



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Leistungsbilanz Österreichischer Athleten/innen bei den Paralympics (Zeitraum 1996-2016)“

verfasst von / submitted by

Stephanie Vock

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2017 / Vienna, 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 313 482

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtsstudium
UF Geschichte, Sozialkunde, Politische Bildung
UF Bewegung und Sport

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Harald Tschan

Kurzfassung

Diese vorliegende Diplomarbeit befasst sich einerseits mit theoretischem Wissen über den Behindertensport und andererseits mit den Erfolgen und erbrachten Leistungen der österreichischen Behindertensportler/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996 bis 2016.

Auch wenn das Forschungsinteresse dieser Arbeit sich mit den Leistungsbilanzen der österreichischen Teilnehmer/innen bei Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit 1996 auseinandersetzt, wird vorweg ein theoretischer Rahmen geschaffen, um den/der Leser/in ein Basiswissen und Grundverständnis für diese Thematik zu vermitteln. Die ausgewählte Literatur beschäftigt sich im ersten Teil mit den Begriffen Behinderung, Behindertensport und Paralympics. Diese Termini werden sowohl begrifflich, inhaltlich, historisch als auch strukturell umfassend beschrieben und theoretisch beleuchtet. Zudem wird auch hier aus österreichischer Perspektive berichtet.

Diese hermeneutischen Betrachtungen stellen gleichzeitig eine Überleitung zum zweiten Teil der Arbeit dar, in dem durch eine umfassende historische Datenanalyse die Erfolge der österreichischen Athleten graphisch dargestellt und mit Hilfe der deskriptiven Statistik bewertet werden. Dabei sollen die Ergebnisse der Top-3- und Top-8-Platzierungen der österreichischen Behindertenathleten/innen als auch der Paralympischen Sportarten in diesem Untersuchungszeitraum interpretiert und genauestens analysiert werden.

Um eine detaillierte Analyse zu gewährleisten, werden neben den sportlichen Leistungen auch noch die Teilnehmeranzahl und die geschlechtsspezifischen und altersspezifischen Entwicklungen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen aufgezeigt und in einem weiteren Schritt mit den Erfolgen miteinander verglichen, um einen Zusammenhang zwischen diesen Faktoren herzustellen.

Auffallend ist, dass die Teilnehmeranzahl der heimischen Teilnehmer/innen und die Erfolge bei den Paralympischen Spielen im Zeitraum von 1996 bis heute eine fallende und negative Tendenz aufweisen. Zudem werden vor allem die männlichen Teilnehmer immer älter und es sind mehr Männer als Frauen bei den Paralympischen Spielen vertreten. Bei den Winter-Paralympics ist in den Einzelbewerben generell ein besseres Abschneiden von den heimischen Athleten/innen als bei den Sommerspielen zu verzeichnen.

Abstract

This diploma thesis deals with the theoretical knowledge of the sport of handicapped persons and the achievements of the Austrian disabled athletes during the Paralympian summer and winter games from 1996 to 2016.

Even if the research interest of this work deals with the performance standards of the Austrian participants in Paralympic summer and winter games since 1996, a theoretical framework is created in advance in order to give the reader a basic knowledge and basic understanding for this topic. In the first part, the selected literature deals with the terms disability, disabled sport and paralympics. These terms are comprehensively described and theoretically elucidated both conceptually, substantively, historically and structurally. In this case, too, the Austrian perspective is reported.

These hermeneutic considerations are at the same time a transition to the second part of the work in which the successes of the Austrian athletes are graphically represented by means of a comprehensive historical data analysis and are evaluated with the help of the descriptive statistics. The Top 3 and Top 8 results of the Austrian handicapped athletes at the Paralympic Sports are to be interpreted and analyzed during this investigation period.

In order to ensure a detailed analysis, in addition to sporting performance, the number of participants and the gender-specific and age-specific development of the Paralympic summer and winter games are also shown, and in a further step, the successes are compared with one another in order to establish a link between these factors.

It is striking that the numbers of participants of the local participants and the successes in the Paralympic Games in the period from 1996 to present have a falling and negative tendency. In addition, the male participants are getting older and more men than women are represented at the Paralympic Games. The winter paralympics show in the individual competitions a better performance of the domestic athletes than in the summer games.

Vorwort

Meine Mutter arbeitete ihr ganzes Leben schon mit beeinträchtigten und behinderten Menschen. Während meines Sportstudiums habe ich mir oft die Frage gestellt, wie man behinderte Menschen den sportlichen Zugang erleichtern könnte. Auch wenn es noch immer einige Barrieren für behinderte Menschen gibt und der Behindertensport in der Öffentlichkeit noch nicht den gleichen Stellenwert hat wie für Nichtbehindertensportler/innen, sind sportliche Höchstleistungen von Menschen mit Behinderung etwas Faszinierendes. Da mich die sportlichen Spitzenleistungen von beeinträchtigten Menschen sehr interessieren, ist diese Arbeit in beiden Teilen mit sehr großem Interesse von mir bearbeitet und analysiert worden. Folgende Fragestellungen werden unter anderem im Rahmen meiner Diplomarbeit geklärt: Wie haben sich der Begriff Behinderung, der Behindertensport und das Großereignis der Behindertensportler/innen, die Paralympics im Laufe der Zeit entwickelt? Wie haben sich die Erfolge und Leistungen der österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit dem Jahr 1996 verändert?

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei den Menschen bedanken, die mich auf den Weg durch mein Studium begleitet und unterstützt haben.

Mein größter Dank geht an meine Familie, die mich mein ganzes Leben lang begleitet und bestmöglich unterstützt hat, um meine Ziele zu erreichen. Sie waren auch in schwierigen Zeiten an meiner Seite und haben mich immer wieder aufgebaut, meinen Weg weiter zu gehen und meine Träume zu verwirklichen.

Somit widme ich meinen größten Dank meinem Vater, der mich stets in schwierigen Situationen menschlich als auch finanziell unterstützt hat und immer für mich da war. Vor allem danke ich ihm für seine positiven Worte, die mich immer wieder bekräftigt haben, diesen Weg zu meistern. Ich bedanke mich außerdem bei ihm für das Korrekturlesen einiger meiner Seminararbeiten. Auch wenn ich es nicht oft ausgesprochen habe, danke ich ihm für all das, was er mir gelernt und bisher von seinem Leben weitergegeben hat. Ich bin unheimlich stolz, so einen Vater an meiner Seite zu haben!

Auch meiner Mutter möchte ich von Herzen danken, die ihre ganze Freizeit für mich opferte und mich als Kind und Jugendliche während meiner Schulzeit unterstützte und sich mit Lernproblemen beschäftigte und mich während meines Studiums mit positiven Worten immer bestärkt hat.

Ein weiterer großer Dank möchte ich vor allem meiner Schwester und ihrem Mann Martin, sowie meinem besten Freund Martin aussprechen. Sie haben mir Tipps gegeben, wie ich meine Diplomarbeit gestalten sollte und waren in dieser Zeit eine große Unterstützung für mich. Ich danke euch auch für eure Geduld und positiven Worte während meiner Studienzeit, obwohl sie schwierige Stunden mit mir während meiner Studienzeit durchmachen musste.

Ein großer Dank geht auch an meine Freunde, die sich während meiner Studienzeit meine Probleme mit diversen Prüfungen und Seminararbeiten anhören mussten und vor allem an meine beiden Studienkollegen Alex und Geri, die mich mein ganzes Studium begleiteten und mir immer gut zugesprochen haben.

Zudem bedanke ich mich bei gewissen Menschen, die heute nicht mehr an meiner Seite sind, von denen ich unglaublich viel lernen durfte und die mich bestmöglich unterstützt haben.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei Herrn Univ. Prof. Dr. Tschan für die tolle Betreuung während meiner Diplomarbeit, sowie auch beim ÖPC Team. Speziell geht ein großes Dankeschön an Julia Vogelmayr, die mir durch ihre Tätigkeit beim ÖPC den

Kontakt zu dieser Institution verschafft hat, und an Gerhard Frank, der die Datenbank Paratex erstellt und mir unglaublich viel Informationen übermittelt hat und auch immer bei Fragen für mich erreichbar war.

Ich danke euch vom ganzen Herzen für eure Unterstützung in dieser Zeit!

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Forschungsansatz	8
1.2	Methode.....	10
1.3	Forschungsfragen	11
1.4	Aufbau der Arbeit	13
Teil 1 Theoretische Grundlagen		15
2	Begrifflichkeiten und Definitionen	15
2.1	Sport und Leistungssport	15
2.2	Behinderung und Behinderte/r	18
2.2.1	Entwicklung des Begriffs Behinderung.....	18
2.2.2	Behinderung in ihrer sozialen, medizinischen und politischen Dimension.....	19
3	Behindertensport	34
3.1	Definition Behindertensport.....	34
3.2	Historie des Behindertensports.....	41
3.3	Geschichtliche Entwicklung des Behindertensports in Österreich und Entwicklung des Österreichische Behindertensportverbandes (ÖBSV)	47
3.4	Organisation, Strukturen und Aufgaben des österreichischen Behindertensportverbandes	51
3.5	Ebenen des Behindertensports	54
3.5.1	Rehabilitationssport	54
3.5.2	Breiten- und Freizeitsport	56
3.5.3	Leistungs- und Wettkampfsport.....	57
3.6	Aufgaben, Funktionen und Ziele des Behindertensports	61
3.7	Klassifizierung im Behindertensport	64
3.7.1	Klasseneinteilung nach Behinderungsarten bzw. -gruppen	67
3.7.1.1	Amputiertensport	67
3.7.1.2	Blinden- und Sehbehindertensport.....	67
3.7.1.3	Cerebralparetikersport.....	67
3.7.1.4	Gehörlosen- und Hörbehindertensport.....	68
3.7.1.5	Mentalbehindertensport.....	68
3.7.1.6	Rollstuhlsport	69
4	Paralympics	70
4.1	Begrifflichkeit Paralympics	71
4.2	Der Ursprung der Paralympics und die Entwicklungsgeschichte der Paralympischen Spiele.....	72

4.3	Nationale und internationale Institutionalisierung und Organisationsstruktur der Paralympics.....	81
4.4	Herausforderungen und Inhalte der Paralympics.....	84
4.5	Sportarten und Disziplinen bei den Paralympics.....	85
Teil 2 Leistungsbilanz		87
5	Darstellung und historische Analyse der Leistungsbilanzen der österreichischen Teilnehmer/innen von 1996 bis 2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen.....	87
5.1	Medaillenspiegel	88
5.2	Bilanzen basierend auf Top-8-Platzierungen	104
5.3	Bilanzen der Paralympischen Sportarten	112
6	Darstellung und historische Analyse der österreichischen Teilnehmer/innen von 1996 bis 2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen anhand des Geschlechts, Alters und der Erfolgsbilanz	115
6.1	Darstellung und historische Analyse des Geschlechts der österreichischen Teilnehmer/innen.....	117
6.2	Darstellung und historische Analyse der Altersentwicklung der österreichischen Teilnehmer/innen.....	121
6.3	Leistungsspezifische- und historische Erfolgsanalyse im Zusammenhang auf Alter und Geschlecht.....	124
7	Zusammenfassung und Interpretation (Fazit)	126
Literaturverzeichnis		132
Abbildungsverzeichnis.....		138
Tabellenverzeichnis.....		141
Anhang		142
Eidesstattliche Erklärung.....		144

1 Einleitung

1.1 Forschungsansatz

Ein Mensch springt mit nur einem Bein zwei Meter hoch, ein/e Rollstuhlfahrer/in bestreitet einen Marathon in 1:20.14 Stunden oder ein/e Athlet/in absolviert mit einer Unterschenkelprothese den 100 Meter-Sprint in 11,09 Sekunden. Spätestens hier wird einem klar, dass es sich dabei um absolute sportliche Höchstleistungen behinderter Menschen handelt (Wegner, 2001a).

Der Leistungs- und Wettkampfsport behinderter Menschen erlangte im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung und Beachtung. Die größte Aufmerksamkeit wird dabei den Paralympics gewidmet (Jahnke & Schüle, 2006).

Die Paralympics kann man als das internationale Sportgroßereignis schlechthin für Menschen mit Behinderung bezeichnen. Bei dieser Veranstaltung können Athleten/innen trotz ihres Handicaps ihre körperlichen Möglichkeiten und sportlichen Höchstleistungen aufzeigen und sich mit anderen behinderten Leistungssportler/innen messen und vergleichen (Wegner, 2001a).

Seit ihren Anfängen 1960 in Rom hat sich die Paralympische Bewegung mit hohem Tempo entwickelt und sie ist zu einer Veranstaltung von internationalen Sportwettbewerben gereift, bei denen Behindertensportler/innen sportliche Leistungen auf höchstem Niveau vollbringen (Röthig & Prohl, 2003). Die Spiele in Rom im Jahr 1960 wurden erstmals am gleichen Ort und im Anschluss an die Olympischen Spiele durchgeführt. Allerdings gelang es aus verschiedensten Gründen danach nicht immer, die Wettbewerbe am selben Ort auszutragen (Jahnke & Schüle, 2006).

Eine neuerliche Annäherung des Paralympischen Sports an den Olympischen Sport fand im Jahr 1988 statt. Die Veranstaltung wird seither immer am selben Austragungsort wie die Olympischen Wettbewerbe sowie direkt nach deren Ende abgehalten (Wegner, 2001a).

Die Paralympischen Spiele sind mittlerweile neben den Olympischen Spielen keine Randerscheinung mehr und sie gewannen seither zunehmend an Akzeptanz und Anerkennung in der Öffentlichkeit. Im Laufe der historischen Entwicklung der Paralympics gab es durch die Erweiterung von Behinderungskategorien eine stetige Zunahme der Teilnehmerzahl¹ und damit auch teilnehmenden Nationen (Beck, 2011, S.22).

¹ Aufgrund des besseren Leseflusses des Textes wird in dieser Arbeit bei zusammenhängenden Wörtern nur die männliche Form verwendet, ohne dabei die weibliche Form zu diskriminieren. Ein weiteres Beispiel wäre Sportlerpersönlichkeit.

Viele werden von dem Begriff Paralympics schon etwas gehört haben und bereits von den Spielen der Behindertensportler/innen in irgendeiner Form etwas erfahren haben, dennoch ist den meisten noch unbekannt, was hinter dieser Veranstaltung, deren Idee und Bewegung steht und wie sie sich zu dieser Größe entwickelt hat (Jahnke & Schüle, 2006).

Auch wenn sich der Leistungssport behinderter Menschen schnell entwickelt hat, beschränkt sich die größte Aufmerksamkeit des Behindertensports dennoch auf die Paralympics und bleibt deren Höhepunkt (Schönau, 2008). Es ist festzustellen, dass Spitzenleistungen behinderter Athleten/innen in der Gesellschaft ein geringerer Stellenwert zugesprochen wird als Leistungen nichtbehinderter Sportler/innen (Jahnke & Schüle, 2006).

Zudem ist ein Forschungsmangel hinsichtlich der Anzahl an existierendem wissenschaftlichem Schriftgut über Behindertensport bzw. Paralympics im Vergleich zu den Olympischen Spielen erkennbar (Jahnke & Schüle, 2006).

Der erste Teil dieser Arbeit soll somit ein Versuch sein, dieses Defizit an wissenschaftlichen Schriften zu verringern und einen Gesamtüberblick hinsichtlich dem Behindertensport bzw. Paralympics zu veranschaulichen. Durch eine umfangreiche Literatur- und Internetaufarbeitung sollen einzelne wissenschaftliche Informationen und Aspekte über den Behindertensport und Paralympics aus bereits vorhandenen wissenschaftlichen Unterlagen zusammengetragen und zu einem überblicksmäßigen Gesamtgefüge verarbeitet werden. Es sollen vor allem historische Zusammenhänge und Hintergründe sowie diverse Begriffsdefinition im Vordergrund stehen und dabei die wichtigsten Aspekte der Paralympics sichtbar gemacht werden.

Diese Arbeit soll sowohl Experten/innen als auch Neulinge auf dem Gebiet des Behindertensports ansprechen.

Die sportlichen Leistungen der österreichischen Athleten/innen mit Behinderung stehen im zweiten Teil dieser Arbeit im Zentrum des Interesses. Es soll aufgezeigt werden, zu welchen Leistungen Menschen mit Behinderung fähig sind. Deren Leistungen sind etwas Faszinierendes. Dies zu vermitteln, ist ein weiteres Ziel dieser Arbeit.

Weiters wird eine detaillierte Darstellung der Leistungsübersicht der österreichischen Sportler/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996 bis 2016 dargelegt. Daraus wird ein Gesamtbild der Leistungen heimischer Behindertensportler/innen ersichtlich.

Eine Leistungsbilanz ist wichtig, um die Leistungsfähigkeit der Athleten/innen bewerten zu können. Die Anzahl der gewonnenen Medaillen bzw. die Top-3-Platzierungen sowie die

erzielten Top-8-Platzierungen² werden in dieser Arbeit als Maßstab für die Leistungsbewertung herangezogen und dargestellt. Durch diese Darbietung der Top-Platzierungen können die jeweiligen Leistungen von 1996 bis 2016 des heimischen Teams historisch verglichen und analysiert werden. Zudem werden auch die Leistungsbilanzen der Paralympischen Sportarten in diesem Zeitraum dargestellt und analysiert.

Des Weiteren wird ein historischer Verlauf der Teilnehmeranzahl bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 dargestellt. Mit Hilfe der zu Grunde liegenden Daten werden ebenso alters- als auch geschlechterspezifische Analysen der heimischen Teilnehmer/innen dargestellt, wodurch die Geschlechts- und Altersstruktur im historischen Verlauf sichtbar wird. Anschließend werden Zusammenhänge in Hinblick auf Erfolge, Geschlecht und Alter im Untersuchungszeitraum abgeleitet und analysiert. Somit werden auch geschlechterspezifische als auch altersspezifische Leistungsbilanzen dargestellt.

Die Analyse stützt sich dabei auf die Datenbank des nationalen Paralympischen Committees (<http://www.paratex.at>), welche frei zugänglich ist. Um die Altersstruktur herauszufiltern, wurden die jeweiligen Daten vom Österreichischen Paralympischen Committee (ÖPC) zur Verfügung gestellt.

Die österreichischen Leistungsbilanzen können in dieser Arbeit nicht in einen internationalen Kontext gestellt und mit anderen Leistungsbilanzen anderer Länder verglichen werden, da der Zugang zu internationalen Daten eine Schwierigkeit als auch Ungenauigkeit und für diese Arbeit und einen zu großen Mehraufwand darstellen würde.

1.2 Methode

Diese Diplomarbeit ist in zwei Bereiche gegliedert. Der erste Teil der Arbeit bedient sich der hermeneutischen Methode, bei welcher bereits vorhandene Literatur, wie zum Beispiel Diplomarbeiten, wissenschaftliche Zeitschriften und Bücher und eine umfassende Internetrecherche als Grundlage dienen. Es werden sowohl theoretische Basisinformationen vermittelt als auch geschichtliche Hintergründe über den Behindertensport und die Paralympics dargelegt. Das Ziel des ersten Abschnitts ist es, dem/der Leser/in einen Gesamtüberblick und ein besseres Verständnis für die Thematik zu verschaffen.

² Bei den Top-8-Platzierungen sind die 1.-3. erzielten Ränge und die 4.-8. Plätze inbegriffen.

Diese hermeneutischen Betrachtungsweisen stellen gleichzeitig eine Überleitung zum zweiten Bereich der Arbeit dar, in dem durch eine Datenanalyse die Bedeutung der Leistungen von Behindertensportler/innen untersucht und analysiert werden.

Der zweite Teil der Diplomarbeit ist somit ein statistischer Teil, in dem die Leistungsbilanzen der österreichischen Athleten/innen bei den Großereignissen der Behindertensportler/innen im Zeitraum von 1996 bis 2016 näher erforscht und aufgezeigt und mit Hilfe der deskriptiven Statistik bewertet werden. Als Grundlage für diese Datenanalyse dient die Datenbank des Österreichischen Paralympischen Committees (<http://www.paratex.at/login.asp>). Anhand der Ergebnisse der Datenanalyse soll dargestellt werden, welche Erfolge die österreichischen Athleten/innen bei den Sommer- und Winterspielen erzielt haben. Des Weiteren sollen die Erkenntnisse der Datenanalyse über die historische Erfolgsbilanzen informieren.

1.3 Forschungsfragen

Um dem/der Leser/in ein besseres Basisverständnis über Behinderung, den Behindertensport und den Paralympics allgemein zu liefern, werden folgende Fragestellungen formuliert:

- Was ist unter Behinderung, Behinderten/e sowie Sport und Leistungssport zu verstehen?
- Wie hat sich die Begrifflichkeit Behinderung im Laufe der Jahre entwickelt und verändert?
- Wie wird Behinderung aus sozialen, medizinischen und politischen Sichtweisen definiert und betrachtet?
- Wie war die begriffliche als auch sportliche Entwicklung des Behindertensports, speziell aus österreichischer Sichtweise?
- Wie ist die Historie des österreichischen Behindertensportverbandes?
- Wie ist der Behindertensport in Österreich strukturiert und organisiert?
- Welche Ebenen gibt es im Behindertensport?
- Welche Aufgaben, Funktionen und Ziele verfolgt der Behindertensport?
- Wie erfolgt im Behindertensport die Klassifizierung?
- Wie ist der Begriff Paralympics entstanden?

- Wo und wann waren die Anfänge bzw. wie entstanden die Paralympics und wie entwickelt sich dieses Großereignis für Menschen mit Behinderung im Laufe der Zeit?
- Wie sind die Paralympics auf nationaler und internationaler Ebene strukturiert und organisiert?
- Was sind die Herausforderungen und Inhalte der Paralympics?
- Welche Sportarten werden bei den Paralympics ausgeübt?

Die zentrale zu behandelnde Fragestellung im zweiten Teil lautet:

- Wie hat sich die Leistungsbilanz der österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit dem Jahr 1996 verändert?

Die weiteren wissenschaftlichen Fragestellungen, die sich aufgrund der beschriebenen Forschungsschwerpunkte ergeben, werden im Zuge dieser Diplomarbeit bearbeitet:

- Wie hat sich der Medaillenspiegel der österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit dem Jahr 1996 verändert?
- Welches Paralympisches Großereignis war das erfolgreichste seit 1996, gemessen anhand von Medaillenplatzierungen?
- Wie hat sich die Leistungsbilanz der Top-8-Platzierungen der österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit dem Jahr 1996 verändert?
- Welches Paralympisches Großereignis war das erfolgreichste seit 1996, gemessen anhand von Top-8-Platzierungen?
- Welche Paralympischen Sportarten waren am erfolgreichsten seit 1996, gemessen anhand von Medaillenplatzierungen und Top-8-Platzierungen?
- Wie veränderte sich die Teilnehmeranzahl der österreichischen Mannschaft von 1996 bis 2016?
- Wie veränderte sich die geschlechterspezifische Teilnehmerstruktur der österreichischen Mannschaft von 1996 bis 2016?
- Wie veränderte sich die altersspezifische Teilnehmerstruktur der österreichischen Mannschaft von 1996 bis 2016?

- Sind Zusammenhänge in Hinblick auf Erfolge, Geschlecht und Alter im Untersuchungszeitraum abzuleiten?

1.4 Aufbau der Arbeit

Der theoretische Rahmen dieser Arbeit (Teil 1) beschäftigt sich im zweiten Kapitel mit der Begriffserklärung von Sport und Leistungssport und mit der Analyse des Begriffs Behinderung, bei dem es aus definitorischer Sicht keine allgemeingültigen, sondern vielfältige Ansätze gibt. Zudem wird auf die historische Begriffsentwicklung der Behinderung eingegangen und dieser Begriff in ihren sozialen, medizinischen und politischen Dimensionen erörtert.

Das große dritte Kapitel befasst sich mit den zentralen Themen des Behindertensports. Vorab wird die begriffliche Entwicklung als auch die historische Verlaufsgeschichte des Behindertensports und anschließend auch aus österreichischer Sichtweise dargelegt. Im Anschluss werden die Strukturen und Aufgaben des Österreichischen Behindertensportverbanden (ÖBSV) beleuchtet. Des Weiteren wird in diesem Abschnitt auf die Ebenen des Behindertensports näher eingegangen, um die unterschiedlichen Bereiche des Behindertensports voneinander abzugrenzen. Schließlich werden in diesem Kapitel auch die Aufgaben, Ziele und Funktionen des Behindertensports beschrieben. Das komplexe Klassifizierungssystem als auch die Klasseneinteilung nach den Behinderungsgruppen vervollständigen dieses Kapitel.

Im Kapitel 4 steht die Großveranstaltung Paralympics im Zentrum. Zu Beginn werden die unterschiedlichen Bedeutungen der Begrifflichkeit Paralympics bzw. die verschiedenen Begriffserklärungen von Paralympics diskutiert. Folgend werden sowohl der Ursprung und die Herkunft der Paralympischen Spiele für Behindertensportler/innen geklärt als auch wieder ein geschichtlicher Abriss (Überblick) über die Paralympics gegeben. Wo und wann deren Anfänge waren, wie die Paralympische Bewegung entstanden ist, und wie sich dieses Großereignis für Menschen mit Behinderung im Laufe der Zeit entwickelt hat, wird in diesem Kapitel aufgezeigt. Zudem werden in diesem Abschnitt die Organisationsstruktur der Paralympics sowie die nationalen und internationalen Institutionen der Paralympics thematisiert. Darüber hinaus sollen die Herausforderungen und Inhalte der Paralympics ein Teil dieses Kapitels sein. Abschließend werden die Paralympischen Sportarten vorgestellt.

Nach diesem theoretisch geschaffenen Überblick folgt im Teil 2 eine Analyse der Leistungsbilanzen der Behindertensportler/innen von Österreich bei den Paralympischen

Spielen im Zeitraum von 1996 bis 2016, um eine Erfolgsdarstellung aufzeigen und bewerten zu können.

Im Kapitel 5 werden die Leistungsbilanzen basierend auf Medaillen und Top-8-Platzierungen graphisch dargestellt und anschließend historisch interpretiert. In diesem Abschnitt werden auch die Leistungsbilanzen (Medaillenplatzierungen und Top-8-Platzierungen) der Paralympischen Sportarten veranschaulicht, analysiert und bewertet.

Dem folgt im sechsten Kapitel eine historische Geschlechts- und Altersanalyse der heimischen Athleten/innen im Untersuchungszeitraum. Der Versuch, einen Zusammenhang zwischen den Faktoren Erfolgsbilanz, Geschlecht und Alter herzustellen und darzulegen, bildet den Abschluss dieses Kapitels.

Im abschließenden Kapitel 7 wird ein zusammenfassendes Fazit zur vorgelegten Analyse gezogen.

Teil 1 Theoretische Grundlagen

2 Begrifflichkeiten und Definitionen

Um sich mit Behindertensport auseinanderzusetzen zu können, bedarf es zunächst zu Beginn dieser Diplomarbeit, sich mit dem Begriff ‚Behinderung‘ auseinanderzusetzen. Behinderung kann aus unterschiedlichen Betrachtungsweisen definiert und auch gedeutet werden. Dies soll in im folgenden Kapitel geklärt und erörtert werden. Zuvor wird noch allgemein auf die Bedeutung von Sport und Leistungssport eingegangen.

2.1 Sport und Leistungssport

Bei den Paralympics werden Hochleistungen geboten. Was bedeutet eigentlich Leistungssport? Was macht die sportliche Leistungsfähigkeit aus? Und wie muss man das Training gestalten, um den/die Sportler/in zum Ziel zu führen? Dieser Abschnitt des folgenden Kapitels soll nun diese Fragen beantworten.

Der Begriff ‚Sport‘ kommt ursprünglich aus dem englischen Raum und verfestigte sich 1828 durch einen Reiseschriftsteller im Deutschen. Sport heißt im Englischen eigentlich ‚Vergnügen, Zerstreuung, Spiel, Zeitvertreib‘ und leitet sich vom lateinischen Wort ‚deportare‘ ab, welches die Bedeutung ‚zerstreuen, vergnügen‘ hat. Sport hat sich umgangssprachlich seit den Anfängen des 20. Jahrhunderts zu einem weltweiten verwendeten Begriff entwickelt. Daher kann eine genaue wissenschaftliche Abgrenzung dieser Begrifflichkeit nicht vorgenommen werden. Der Begriff Sport wird vielmehr vom Alltagssprachlichen Gebrauch und von politischen, sozialen und rechtlichen Gegebenheiten bestimmt. Auch das Sporttreiben an sich verändert bzw. vergrößerte das Verständnis des Sportbegriffes. Sport kann in unterschiedlichen Formen von Sportarten betrieben werden, sowie in Sportvereinen und als Schulsport, Wettkampfsport, Ausgleichsport, Spitzensport uvm. Auch immer mehr Menschen nehmen aktiv als auch passiv am Sport teil und es entwickeln sich immer mehr neue Modesportarten und Bewegungsaktivitäten neben den tradierten Sportarten (Röthig & Prohl, 2003). Dabei sollte auch bedacht werden, dass Sport aus einer subjektiven Betrachtungsweise bzw. im Verhältnis eines Individuums gesehen werden muss. Was für eine ältere Frau als sportliche Tätigkeit eingestuft bzw. verstanden wird, muss für einen/e Leistungssportler/in nicht als Sport gelten.

Daher ist eine Präzisierung der Begrifflichkeit bzw. eine eindeutige wissenschaftliche Definition von Sport nicht möglich und es wäre zu weit gefasst, Sport in all seinen unterschiedlichen Varianten zusammenzufassen. Dennoch gibt es viele unterschiedliche

Definitionsversuche von Sport, die unterschiedlichen Herangehensweisen aufweisen (Röthig & Prohl, 2003). Abschließend kann man sagen, dass Sport jede Tätigkeit ist, die körperliche Aktivitäten sind, die das Ziel Leistung zu erbringen verfolgen, und die man erlernen und antrainieren kann und somit zu einer Fertigkeit gemacht werden (Grieswelle, 1978; zit. n. Röthig & Prohl, 2003, S. 494).

Leistungssport ist ein Sport, welches das Ziel verfolgt, eine persönliche Höchstleistung zu erreichen. Leistungssport unterscheidet sich vom Breitensport und Freizeitsport durch einen wesentlich höheren Zeitaufwand und durch ein intensiveres Ausüben eines Sports, sprich durch einen viel höheren persönlichen Einsatz. Dadurch wird Leistungssport zum Hochleistungs- bzw. Spitzensport. Hochleistungssport ist ein Wettkampfsport, der auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene ausgetragen wird. Das Ziel ist die absolute Höchstleistung und der Hauptfokus wird auf sportlichen Erfolg gelegt. Der/die Spitzensportler/innen versuchen an die bestehenden Normen des Rekords heranzukommen oder neue Normen zu setzen. Leistungssport setzt auch eine Spezialisierung und eine Systematisierung von Trainingsvorbereitung für den Wettkampfsport voraus (Röthig, 1992).

Für die sportlichen und leistungsorientierten Bewerbe gelten das Prinzip der Chancengleichheit, das Konkurrenzprinzip und das Fairnessprinzip, die nach klaren Regeln durchgeführt werden. Dies sind zudem weitere Unterscheidungspunkte zum Freizeit- und Breitensport. Leistungssport bietet neben der Arbeitswelt Möglichkeiten der Selbstverwirklichung, prägt die Persönlichkeit und hat erzieherische Auswirkungen (Röthig & Prohl, 2003).

Spitzensportler/innen haben nicht nur ein höheres technisch-taktisches und körperliches Leistungsniveau, sondern sie können auch im Wettkampf Leistungen erbringen, die sie im normalen Training üblicherweise nicht schaffen. Diesen Zustand nennt man ‚Flow-Zustand‘, der auch dadurch entsteht, weil der/die Spitzensportler/in den Wettkampf als positive Herausforderung sieht. Dabei kommt es zu einer Fokussierung auf das ‚Hier und Jetzt‘ und zu einem Wegfall aller Störfaktoren (Weineck, 2010).

Zusammengefasst kann man sagen, Spitzensportler/innen sind in der Lage, verborgene Reserven in einer Stresssituation freizusetzen und ihre Grenzen zu überschreiten (Weineck, 2010).

Sportler/innen können eine sportliche Höchstleistung nur dann erreichen, wenn ein optimales Zusammenspiel von Sportlerpersönlichkeit und Wettkampf- und Rahmenbedingungen besteht (Weineck, 2010).

Die sportliche Leistungsfähigkeit wird von vielen spezifischen Faktoren bestimmt. Je nach Abhängigkeit von einer bestimmten Sportart gehören diese leistungsbestimmenden Faktoren aufeinander abgestimmt, um zur individuellen sportlichen Spitzenleistung zu kommen. Die folgende Abbildung soll die leistungsbestimmenden Faktoren der sportlichen Leistungsfähigkeit verdeutlichen:

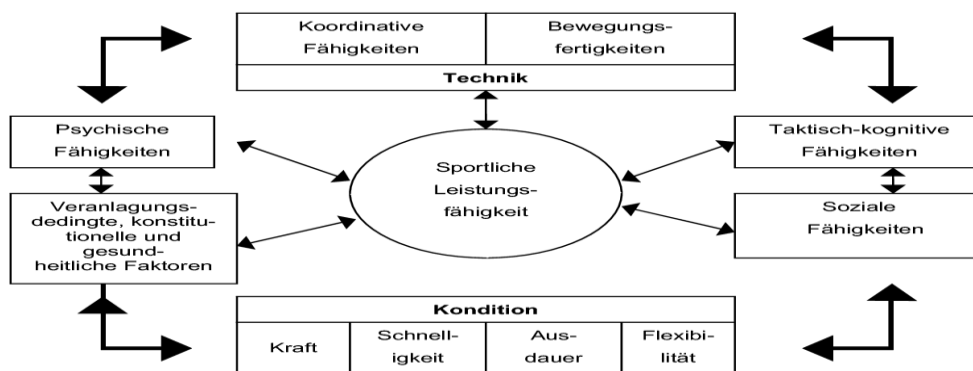


Abb. 1: Vereinfachtes Modell der Komponenten der sportlichen Leistungsfähigkeit (Weineck, 2010, S. 25).

Die sportliche Leistungsfähigkeit wird von der Person bzw. Persönlichkeit des/der Sportlers/in und der Ausformung seiner individuellen Eigenschaften beeinflusst. Die wichtigsten Persönlichkeitsmerkmale, die die sportliche Leistungsfähigkeit beeinflussen, sind eine hochgradige Leistungsmotivation, Leistungsbereitschaft und mentale Stärke, darüber hinaus auch Teamgeist in Mannschaftssportarten, Aufnahmefähigkeit und ein Selbstvertrauen (Weineck, 2010).

Zur Verbesserung der sportlichen Leistungsfähigkeit muss der/die Sportler/in seine/ihre konditionellen, kognitiv-taktischen, koordinativ-technischen und psycho-mentalenen Leistungsfaktoren so gut wie möglich entwickeln und sie im Wettkampf einsetzen (Weineck, 2010).

Betrachtet man die Grafik, stellt man sich die Frage, ob diese Komponente auch auf Behindertensportler/innen zutreffen. Auf einen ersten Blick wirft es Fragen auf. Überlegt man länger, wird einem klar, dass auch Menschen im Rollstuhl, die Spitzenleistungen vollbringen, nicht Schnelligkeit in den Beinen aber in den Armen benötigen. Auch andere Komponenten der sportlichen Leistungsfähigkeit sind nicht nur für einen/e Sportler/in ohne Behinderung, sondern auch für Sportler/innen mit Behinderung ganz wesentlich, um Höchstleistungen im Sport zu erbringen.

2.2 Behinderung und Behinderte/r

Um ein besseres Verständnis über die Begrifflichkeit ‚Behinderung‘ zu erlangen, lohnt es sich, vorab seine historischen Wurzeln zu beleuchten. Daher wird zunächst ein historischer Abriss über die Entwicklung des Begriffs gegeben.

Vorab ist es noch wichtig zu erwähnen, dass statt des Begriffes ‚Behinderte/r‘ es besser wäre, den Begriff ‚Menschen mit Behinderung‘ zu verwenden, da die Begrifflichkeit ‚Behinderte/r‘ ein fehlerhaftes Persönlichkeitsmerkmal abbilde. Mit der Bezeichnung ‚Menschen mit Behinderung‘ tritt ein akzeptierendes Menschenbild in den Vordergrund, sprich, es wird dabei die Person in den Mittelpunkt gerückt (Antor & Bleidick, 2006).

In dieser Arbeit wird trotz dieser Ausführung die Bezeichnungen „behinderte Menschen“ oder „Behinderte/r“ zur Vereinfachung angeführt, dabei werden Menschen mit Behinderung aber nicht diskriminiert oder anderswertig dargestellt. Nicht die Schreibweise ist in dieser vorliegenden Diplomarbeit entscheidend, vielmehr soll sie generell nicht die Behinderung, sondern den Menschen als Ganzes in den Vordergrund stellen.

2.2.1 Entwicklung des Begriffs Behinderung

Das Wort ‚Behinderung‘ und das Verb ‚behindern‘ sind relative junge Bezeichnungen, die erst Anfang des 20. Jahrhunderts ihre Bedeutung im Sinne des heutigen pädagogischen Verständnisses erlebt haben. Das Wort, von dem sich Behinderung und behindert ableiten, ist ‚hindern‘ und nahm ursprünglich eine räumliche Deutung ein, nämlich ‚eine Sache nach hinten stellen‘. Im 18. Jahrhundert wurde ‚gehindert‘ für diese Begriffe angewandt. Bald wurden die Wortbedeutungen schon im juristischen Bereich der Prozessordnung verwendet, sowie auch in der Straßenverkehrsordnung, wo diese auch gegenwärtig noch verortet sind (Hensle & Vernooij, 2002).

Ganz zu Beginn der zwanziger Jahre wurden in der Heilpädagogik Begrifflichkeiten wie Abartigkeiten, Anomalien, Hemmungen oder Fehlentwicklung für den Behinderungsbegriff als sinnverwandtes Wort verwendet (Wegner, 2001b).

Eine wesentliche Änderung der Begrifflichkeit initiierten nach 1918 zahlreiche Kriegsverletzte nach dem ersten Weltkrieg. Anstatt ‚Krüppel‘ bürgerte sich immer mehr der Begriff ‚Körperbehinderte‘ ein, da die kriegsverletzten Personen die Bezeichnung ‚Krüppel‘ nachvollziehbarerweise als diskriminierend empfanden. Der Begriff Krüppel deckte außerdem auch nicht die im Krieg beschädigten Personen mit Seh- und auch Hörschädigungen ab. Von da an begann langsam der Übergang zum Gebrauch des

Behinderungsbegriffs. Durch das Körperbehindertengesetz von 1959 wurde schließlich der Begriff ‚Krüppel‘ konsequent durch ‚Körperbehinderte‘ ersetzt (Hensle & Vernooij, 2002).

In österreichischen Gesetzen beispielsweise scheinen die Begriffe ‚Behinderung‘, ‚behinderte Menschen‘ oder ‚Menschen mit Behinderung‘ erstmals in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf, speziell im Schulpflicht- und Schulorganisationsgesetz (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Im Verlauf der Zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es zu einer weitgehenden Subsumierung verschiedenster Behindertengruppen unter dem Behinderungsbegriff, wie zum Beispiel Sprach- oder Lernbehinderte, die früher als Sprachgestörte bezeichnet wurden, oder auch psychische kranke Menschen (Hensle & Vernooij, 2002).

Schon sehr früh wird die weite Auslegung und Ausdehnung des Begriffs Behinderung deutlich. Dies wird auch im nachstehenden Abschnitt ersichtlich, da körperliche, geistige und seelische Behinderte in die Begriffsbestimmungen mit einbezogen werden. Dennoch birgt hier die Gefahr behinderte Menschen zu einer Gruppe zusammenzufassen, ohne deren Differenzen und Ausgangslage zu betrachten (Wegner, 2001b).

Im Zusammenhang mit dem Begriff Behinderung werden in der Alltagssprache meist Bezeichnungen wie Abweichung, Norm, abnormal oder normal benutzt. Diesem Zugang sind seine Grenzen aufzuzeigen, da es schleierhaft erscheint, nach welcher Norm oder nach welcher Regelhaftigkeit geurteilt wird. Es auch anzumerken, dass ‚Behindertsein‘ ein normales gesellschaftliches Phänomen darstellt (Wegner, 2001b).

2.2.2 Behinderung in ihrer sozialen, medizinischen und politischen Dimension

Es existieren viele Definitionen von Behinderung, die verschiedene Zugänge und ihre eigenen Schwerpunkte aufweisen. Wie bereits erwähnt, kann das Phänomen Behinderung aus differenzierten wissenschaftlichen Perspektiven definiert und betrachtet werden. Diese Vielschichtigkeit dieser Bezeichnung zeigt die Schwierigkeit, eine einheitliche Definition zu finden. Zudem ist es schwierig, eine Begriffsbestimmung zu finden, die zum einen auf das Problemfeld hinweist, aber zum andern die Betroffenen gleichzeitig nicht ausgrenzt. Dies wird nun anhand der folgenden Darstellungen in diesem Teil des Kapitels bewusst gemacht.

Zuvor werden aber noch drei wichtige Leitgedanken angeführt, die in Verbindung mit Behinderung 1951 in Stockholm auf dem Weltkongress der ‚Krüppelwohlfahrt‘ artikuliert

wurden. Auch wenn diese meist durch Vorurteile nichtbehinderter Menschen in der Realität nicht umgesetzt werden, sollen sie bewusst machen, dass auch bei den folgenden Definitionen mit ihren unterschiedlichen Aspekten, der Mensch im Vordergrund steht.

„1. Nicht was der beschädigte Mensch verloren hat, ist wichtig, sondern das, was ihm geblieben ist.

2. Nicht auf den Körperschaden, sondern auf die verbliebene Leistungsfähigkeit muß [sic!] gesehen werden.

3. Es gibt mehr Dinge, in denen sich Behinderte und Nichtbehinderte ähneln als unterscheiden“ (Prokop, 2001, S. 28).

Des Weiteren führt Prokop (2001) hinzu, dass es nicht ausschlaggebend ist, was Menschen mit Behinderung fehlt, sondern wie sie persönlich mit ihrer Behinderung und ihrem Leiden umgehen und in ihrem sozialen Umfeld mit ihrem Schicksal zurechtkommen. Die seelische, psychische und innere Rehabilitation ist oft ein längerer Prozess als die klinische und körperliche Rehabilitation. Die psychische Rehabilitation gelingt umso besser, je schneller Menschen mit Behinderung in ihr Alltagsleben und damit in ihre alte gewohnte und soziale Umgebung zurückkehren. So können sie ihre Probleme bzgl. der Behinderung besser bewältigen und den Umgang damit akzeptieren und die Einstellung dazu verbessern (Prokop, 2001).

Dies bestätigt auch Wegner (2002), der daraufhin weist, dass die Schwere der Behinderung bzw. deren Umgang abhängig vom subjektiven Empfinden ist. „(...) Individuelle Bewertungsprozesse haben einen entscheidenden Anteil darüber, inwieweit der Betroffene mit der Schädigung zu Recht kommt und sein Leben gestalten und bewältigen kann“ (Wegner, 2002, S.135).

Somit kann Behinderung als soziale Kategorie, als rechtliche, administrative und bürokratische Kategorie und als persönliche Erfahrung gesehen werden. Nur so kann die Betrachtungsweise auf die einzelne Person und auf den gesellschaftlichen Kontext gerichtet werden (Naue, 2006). Dies soll im Folgenden in der politischen Definitionsentwicklung auch veranschaulicht werden.

Im Rahmen der Behindertenpolitik versuchte man lange Zeit, eine einheitliche Definition für den Behindertenbegriff und Behinderung zu fassen. Betrachtet man anfänglich diese Definitionen, basierten die meisten auf einem medizinischen Hintergrund. Diese Betrachtungsweise dominierte jahrzehntelang die Behindertenpolitik zahlreicher Staaten. Umweltbedingte, gesellschaftliche und soziale Aspekte wurden weitgehend außer Acht gelassen, sondern man ging von physischen, geistigen oder psychischen Defiziten der

betroffenen Menschen aus. Eine Betrachtungsweise ‚nicht normal zu sein‘, eine Behandlung zu benötigen wurde damit in Verbindung gebracht, dass Menschen vorwiegend als Objekte der Fürsorge angesehen werden. Einhergehend wurde das Bild geprägt, sie als tragische Opfer zu betrachten, die Mitleid benötigen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Eine beginnende Abweichung des medizinischen Zugangs lässt sich 1993 in den UN-Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderung feststellen. Unter ‚Grundbegriffe der Behindertenpolitik‘ zeigt sich eine Umgestaltung der medizinischen – diagnostischen Betrachtungsweise zur Einbeziehung ‚sozialer Beeinträchtigung‘. Es wird auch darauf hingewiesen, sich mit den Bedürfnissen der einzelnen Person, wie Rehabilitation und technischer Hilfen, sowie mit den Unfähigkeiten der Gesellschaft, die eine Teilhabe verhindern, zu beschäftigen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

In Österreich kam in den Debatten zum Behindertengesetz, welches am 1. Juli 1990 in Kraft trat, die Forderung nach einer gesetzlichen Definition von Behinderung auf. Das Österreichische Komitee für Soziale Arbeit hatte bereits 1988 auf Anweisung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales eine Sitzung zu dieser Thematik veranstaltet. Die Teilnehmer/innen durchleuchteten den Behindertenbegriff aus ökonomischen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Perspektiven. Dennoch kamen sie zum Entschluss, dass es aus derzeitiger Sichtweise nicht möglich ist, einen einheitlichen Behindertenbegriff in einem Gesetz aufzunehmen. Allerdings gab es eine Einigung, dass der Behindertenbegriff weit genug gefasst sein muss, um die Behinderung und die besonderen Bedürfnisse behinderter Personen in ihren gesellschaftlichen und sozialen Umfängen zu definieren. Auf diesen Grundlagen basierend wurden zwei Definitionen formuliert. Sie sollten als Auftrag an die Behindertenpolitik des Bundes und der Länder verstanden werden (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1993).

Definition 1:

Behinderte Menschen sind Personen jeglichen Alters, die in einem lebenswichtigen sozialen Beziehungsfeld körperlich, geistig oder seelisch dauernd wesentlich beeinträchtigt sind. Ihnen stehen jene Personen gleich, denen eine solche Beeinträchtigung in absehbarer Zeit droht. Lebenswichtige soziale Beziehungsfelder sind insbesondere die

Bereiche Erziehung, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Beschäftigung, Kommunikation, Wohnen und Freizeitgestaltung.

Definition 2:

Behindert sind jene Menschen, denen es ohne Hilfe nicht möglich ist,

- geregelte soziale Beziehungen zu pflegen,
- sinnvolle Beschäftigung zu erlangen und auszuüben und
- angemessenes und ausreichendes Einkommen zu erzielen.

(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1993, S. 7)

Auch bei diesen beiden Definitionen lässt sich eine wesentliche Änderung des reinen medizinischen Zugangs erkennen. Gesellschaftliche, soziale und umweltbedingte Faktoren sowie das soziale Umfeld werden in dieser Definition neben dem medizinischen Problem formuliert.

Auch das auf der rechtlichen und gesetzlichen Ebene festgelegte österreichische Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz (BGStG) von 2005 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 Teilhabe 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, 2009, S. 4)

Diese Definition stellt neben den sozialen und gesellschaftlichen Aspekten, auch die persönliche Ebene der Behinderung in den Vordergrund. Sie geht davon aus, dass nicht nur die Funktionsbeeinträchtigung für eine Behinderung entscheidend ist, sondern auch deren Auswirkungen, die die soziale Teilhabe erschwert (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Bei diesen Definitionsversuchen ist immer zu bedenken, dass behinderte Menschen immer zu einer einzelnen Gruppe zusammengefasst werden. Welchen Behinderungsgrad

sie haben und wie unterschiedlich ihre Ausgangslage auch ist, diese Gruppe wird trotz all ihrer Differenzen durch die Aspekte Stigmatisierung und auch Diskriminierung geeinigt (Naue, 2006)

Gerade in Bezug auf Stigmatisierung ist es auch wichtig darauf zu achten, dass Behinderung nicht mit Krankheit gleichzusetzen ist und Behinderung nicht auf eine gleiche Ebene gestellt werden kann. Es gibt zwar behinderte Menschen, die krank sind und kranke Menschen, die eine Behinderung aufweisen können, dennoch besteht hier das Risiko Krankheit mit Behinderung gleichzusetzen. Dies ist jedoch zu vermeiden, denn dadurch würde Behinderung als ‚Abweichung von der gesunden Norm‘ stigmatisiert werden (Naue, 2006).

Wichtig ist Behinderung als Funktionsbeeinträchtigung zu definieren, wie es im Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz von 2005 verdeutlicht wurde. Behinderung erfasse eine Einschränkung, die auf einer nicht nur vorübergehenden physischen oder psychischen Beeinträchtigung zurückführen sei und somit ein Erschwernis für die gesellschaftliche Teilhabe der betroffenen Personen bilde. Behinderung ist demzufolge nicht allein eine Funktionsbeeinträchtigung, sondern in Verbindung mit der erschwerten gesellschaftlichen Partizipation zu betrachten. Daher bewirken Merkmale einer Behinderung und Merkmale einer Gesellschaft erst gemeinsam das Phänomen der Behinderung (Hensle & Vernooij, 2002).

Die Definition von 2005 und besonders deren zeitliche Komponente, die einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten festsetzt und Krankheit als einen temporären Zustand verdeutlicht, zieht eine klare Abgrenzung von Behinderung zur Krankheit.

Der Behinderungsbegriff ist somit kein medizinischer und vom medizinischen Krankheitsbegriff abzugrenzen. Behinderte Menschen sind somit nicht zwangsläufig krank, da sie genauso krank bzw. gesund sein können, wie auch Menschen ohne Behinderung (Hensle & Vernooij, 2002).

„Idealtypisch könnte man sagen: Behinderung fängt dort an, wo Krankheit aufhört. Ein Defektzustand liegt vor, ein Endzustand nach vorangegangenen Krankheitsgeschehen, der weiterer Behandlung trotz, irreversibel ist.“ Behinderung ist damit ein „weiterer möglicher Ausgang von Krankheit neben Gesundheit, Sterben und Krankbleiben“ (Hensle & Vernooij, 2000, S.14).

Betrachtet man den medizinisch orientierten Ansatz in Hinblick auf Behinderung, wird der Betroffene außer Acht gelassen. Aus medizinischem Standpunkt ist dies notwendig, um zu klären, welche ärztlichen oder auch sozialen Maßnahmen getroffen werden müssen und um welche Behinderung es sich handelt (Schroeder-Kurth, 1997).

Charakteristisch für die Medizin ist die Klassifikation in Behinderungsarten. Jochheim und Van der Schoot (1981; zit. n. Wegner, 2001b, S. 26) unterscheiden beispielsweise sechs Behinderungsarten:

1. **Körperliche Behinderungen:** Behinderungen im Bereich der inneren Organe, des Stütz- und Bewegungsapparates und des zentralen und peripheren Nervensystems
2. **Sinnesbehinderungen und Kommunikationsstörungen:** Behinderungen des Sehvermögens (Blindheit), des Hörvermögens und Sprachvermögens
3. **Behinderung der geistigen Leistungsfähigkeit:** Geistige Behinderung, Lernbehinderung
4. **Psychische Behinderungen:** seelische Prozesse wie Suchtmisbrauch oder Verhaltensstörungen
5. **Mehrfachbehinderungen**
6. **Sonstige Behinderungen aus dem Bereich der Onkologie, Dermatologie** (Wegner, 2001b).

Die Schädigung kann demnach sowohl im geistig-seelischen als auch im körperlichen-biologischen Bereich auftreten. Ein anderes Beispiel für eine gängige Klassifizierungsunterscheidung in der Medizin sind Anfallserkrankungen, Geisteskrankheiten oder Psychosen, Hörschädigungen, Sehschädigungen, Intelligenzschädigungen, Altersgebrechlichkeiten, Körperbehinderungen, langfristige Erkrankungen, Sprachbehinderungen und Verhaltensstörungen. Die medizinische Betrachtungsweise unterscheidet nicht nur zwischen unterschiedlichen Behinderungsarten, sondern auch zwischen möglichen Ursachen. Sie sagt allerdings wenig über die Schwere einer Behinderung und der daraus resultierenden Folgen aus, beispielsweise über deren soziale, körperliche, schulische oder berufliche Schwierigkeiten. In der Medizin werden je nach Spezialfach typische Normabweichungen herausgearbeitet (Wegner, 2001b).

Aus medizinischer Sichtweise erläutert Schroeder-Kurth (1997) Behinderungen folgendermaßen:

Behinderungen bedeuten Einschränkungen von körperlichen und/ oder geistigen Funktionen, von Tätigkeiten oder Entfaltungsmöglichkeiten eines Menschen im Vergleich zu Gleichaltrigen in der gleichen Umgebung und Gesellschaft. (...) Behinderungen sind keine

Krankheiten, sondern Konsequenzen im Gefolge von gesundheitlichen Schädigungen und Beeinträchtigungen wie durch Krankheiten oder Unfälle. (Schroeder-Kurth, 1997, S.123).

Dennoch ist eine klare Abgrenzung von Krankheit, Gesundheit und Behinderung sicher nicht immer möglich. Es handelt sich hierbei um festgeschriebene Überbegriffe, deren Bedeutung fast jedem einsichtig erscheint, dennoch gibt es kaum eine einheitliche Definition sondern eine Vielzahl an unterschiedlichen wissenschaftlichen Betrachtungsweisen. Somit sind die Grenzen zwischen diesen Begrifflichkeiten fließend und die Zustände von Krankheit, Gesundheit und Behinderung können sich überschneiden, ineinander übergehen und sind zudem auch vom persönlichen Befinden des Betroffenen abhängig (Peters, 1994).

Betrachtet man wieder die Definitionsversuche in Bezug auf die Behindertenpolitik, ist auch im Behindertenbericht von 2008 ersichtlich, dass es nicht nur eine, sondern zahlreiche unterschiedliche Definitionen von Behinderungen gibt. Dies hat mit den unterschiedlichen Zielsetzungen der Bundes- und Landesgesetze zu tun. Beim bereits angeführten Behindertengleichstellungsgesetz geht es beispielsweise um einen möglichst umfangreichen Schutz, einerseits im Bereich der Bundesverwaltung und andererseits beim Zugang zu und der Versorgung mit Dienstleistungen und Gütern, die der Öffentlichkeit zugänglich sind. Andere Gesetze beziehen sich auf den Arbeitsmarkt, finanzielle Förderung, Beamtendienstrecht, Pflege, Familienausgleich und Sozialversicherung. Daher ist es somit nachvollziehbar und richtig, dass sich die Begriffsbestimmungen von Behinderungen voneinander unterscheiden. Auch in den Landesgesetzen sind die Definitionen von Behinderung nicht vergleichbar (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Cloerkes (1988; zit. n. Cloerkes, 2007, S. 8) führt in seiner Definition von Behinderung neben der Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung, die wie schon aufgezeigt, eine Abgrenzung zur Krankheit ausmacht, auch die Sichtbarkeit einer Abweichung im physischen oder psychischen Bereich an, die grundsätzlich eine ablehnende Reaktion mit sich zieht.

Auf diesen Entschluss kommt Cloerkes (2007), da er unterschiedliche Definitionen analysiert hat und diese bisher sehr weit gefasst waren. Dennoch enthalten viele bisherige Definitionsversuche wesentliche Elemente:

- „Die Dreiteilung in körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigung
- die Benennung von ‚Schädigung‘ als Ausgangspunkt und

- den Verweis auf die sozialen Konsequenzen des Behindertenseins (Beschränkung der gesellschaftlichen Teilhabe)“ (Cloerkes, 2007, S. 5).

Betrachtet man die Punkte eins und drei bei Cloerkes herausgearbeiteten Elementen, kann ein Vergleich zum Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz gezogen werden, indem körperliche, geistige oder psychische Funktionsbeeinträchtigung und das Hindernis an der gesellschaftlichen Teilhabe auch angeführt wurden. Cloerkes (2007) kritisiert jedoch, dass die Entstehung der Behinderung und die gesellschaftliche Reaktion auf diese Schädigung nicht in den Definitionen enthalten sind. Die soziale Reaktion auf die Behinderung, wie bereits bei Cloerkes erwähnt, ist meist negativ behaftet (Cloerkes, 2007).

Cloerkes (2007) erscheint es bei seiner Definitionsanalyse bzw. Begriffsdefinition von Behinderung auch sinnvoll einen Unterschied zwischen Schädigung und Behinderung zu ziehen. Behinderung ist mit Schädigung nicht gleichzusetzen, aus der sie resultiert. Behinderung ist auch nicht mit den gesellschaftlichen Wertungen auf eine Ebene zu stellen, die sich daraus ergeben. Begrifflich steht Behinderung in der Mitte (Hensle & Vernooij, 2002).

Grundlage für diese Unterscheidungen zwischen Schädigung und Behinderung bilden die Definitionen von Riviere (1957-1962; zit. n. Bärsch, 1975, S. 7), die lauten:

Schädigung (impairment) ist jede Abweichung von der Norm, die sich in einer fehlerhaften Funktion, Struktur, Organisation oder Entwicklung des Ganzen oder eines seiner Anlagen, Systeme, Organe, Glieder oder von Teilen hieraus auswirkt.

Behinderung (disability) ist jede Beeinträchtigung, die das geschädigte Individuum erfährt, wenn man es mit einem nicht geschädigten Individuum des gleichen Alters, Geschlechts und gleichem kulturellen Hintergrund vergleicht.

Benachteiligung (handicap) ist die ungünstige Situation, die ein bestimmter Mensch infolge der Schädigung oder Behinderung in den ihm adäquaten psychosozialen, körperlichen, beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten erfährt. (Riviere, 1957-1962, zit. n. Bärsch, 1975, S. 7)

Cloerkes (2007) betont, dass aus soziologischen Blickwinkel vor allem das Handicap als möglicherweise eintretende soziale Auswirkung von Schädigung/Behinderung der

entscheidende Aspekt ist. Auch wenn die Dominanz des Begriffes Behinderung im deutschen Sprachegebrauch existiert, sollte dennoch bei dieser Begriffsverwendung immer die soziale Implikation von ‚Handicap‘ mit bedacht werden. Das deutsche Wort ‚Benachteiligung‘ ist nicht zu verwenden (Cloerkes, 2007).

1980 wurde die Dreiteilung Rivieres in Schädigung, Behinderung und Benachteiligung von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in einer sehr vergleichbaren Weise übernommen, und geht in der ‚International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps‘ (ICIDH) auch von drei Stufen aus:

„Impairment (Schädigung)	Schädigung bzw. Funktionsstörung auf organischer Ebene
Disability (Behinderung)	Funktionsstörung auf der individualen und personalen (Unzulänglichkeit) Ebene
Handicap (Benachteiligung)	Beeinträchtigungen/Konsequenzen auf der sozialen Ebene“ (Vernooij, 2007, S.12).

Theoretisch werden durch die Definition drei Probleme dargestellt. ‚Impairment‘ kann als medizinisches Problem angesehen werden, ‚Disability‘ beschreibt psychologische und ‚Handicap‘ eher sozialpolitische bzw. soziologische Probleme (Vernooij, 2007).

Das Hauptaugenmerk liegt wie auch bei Riviere stark auf einer defizitorientierten Betrachtungsweise von Behinderung. Es gibt eine Klassifizierung von Behinderung im Rahmen eines Krankheitsfolgemodells. Es gibt keine ausdrückliche Bezugnahme auf Kontextfaktoren und es bleiben auch Umweltfaktoren soweit unberücksichtigt (DIMDI, 2005).

Aufgrund der veränderten Betrachtungsweise von Behinderung und ihren sozialen und psychischen Auswirkungen gab es 1997 eine Modifizierung der Fassung der WHO-Klassifikation von 1980, die seit 1998 für jeden zugänglich ist (Vernooij, 2007). Die folgende Abbildung zeigt eine Gegenüberstellung, bei der die im Mittelkasten die neuen Kennzeichnungen ersichtlich sind:

Fassung 1980	-	Fassung 1998
Impairment	Schädigung - Körperliche Ebene -	Impairment
Disability	Fähigkeitseinschränkung - Personale Ebene - Aktivitäts- Möglichkeiten	Activity
Handicap	Benachteiligung - Soziale Ebene - Teilhabe	Participation

Tab. 1: WHO-Klassifikation - International Classification of Impairment, Disability and Handicaps; Fassung von 1980 und 1998 (mod. n. Vernooij, 2007, S. 13).

Bei der Neufassung dominiert eine systemorientierte bzw. fähigkeitsorientierte Sichtweise, die Behinderung auch aus einem institutionellen und sozialen Aspekt betrachtet, sowie auch die positiven Möglichkeiten im Leben eines behinderten Menschen. Deren Förderung soll auf der interdisziplinären Zusammenarbeit, der medizinischen, pädagogischen und sozialen Institution basieren. Die WHO Klassifikation ist dennoch weder ein Diagnose- noch ein Analyseinstrument und sollte als eine theoretische Grundlage dienen (Vernooij, 2007).

Das Konzept der ICIDH von 1977, des zugrundeliegenden bio-psycho-soziale Modells, wurde von der WHO überarbeitet, ergänzt und erweitert und im Mai 2001 in Form des ‚International Classification of Functioning, Disability and Health‘ (ICF) nach mehreren Modifizierungsprozesse als Nachfolgerin der ICIDH von 1980 veröffentlicht. Die Ergänzung und Erweiterung sollte eine Anpassung an die Lebensrealität der Menschen mit Behinderung erzielen und deren kompletten Lebenshintergrund berücksichtigen. Die Fassung im deutschsprachigen Raum der ICF lautet ‚Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI, 2005).

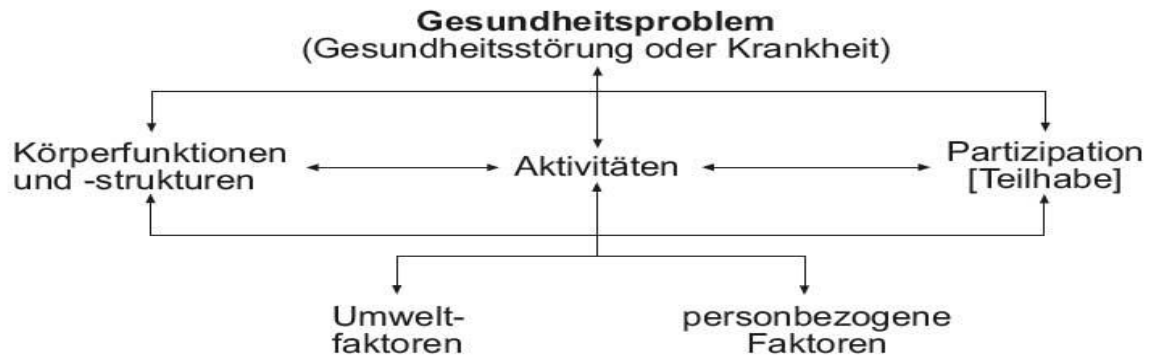


Abb. 2: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005, S. 21).

Wie man aus der Abbildung entnehmen kann, tritt anstelle Schädigung/Impairment Körperfunktion und- strukturen, statt Behinderung/Disability wird Aktivität und Leistung in den Vordergrund gestellt und der Begriff Benachteiligung/Handicap wird durch Partizipation/Teilhabe ersetzt. Die Darstellung soll zudem die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Komponenten der ICF verdeutlichen (DIMDI, 2005).

Wie schon erwähnt, wird bei der Definition Behinderung nun der gesamte Lebenshintergrund im Sinne von Kontextfaktoren mitberücksichtigt und Behinderung gilt als ein „formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit“ (DIMDI, 2005, VII). Weiters basiert die Fassung der ICF von 2001 auf einem Konzept einer funktionalen Gesundheit, bei dem biologische, psychologische und soziale Veränderungen der Gesundheit beachtet werden, sowie individuelle personalbezogene und umweltbedingte Faktoren und deren Wechselwirkung einbezogen werden. Im Gegensatz zur früheren einseitigen Betrachtungsweise der ICDH-Fassung ist das Konzept der ICF ressourcen- und defizitorientiert. Es erfolgt eine Klassifizierung unterschiedlicher Bereiche, in denen Behinderung auftreten kann (DIMDI, 2005). Das Grundmodell ist kein reines Krankheitsfolgenmodell mehr, sondern ein „bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit“ (DIMDI, 2005, VII). Während ‚Folgen‘ die Auswirkungen von Krankheiten in den Blick nehmen, kennzeichnen ‚Komponenten der Gesundheit‘ Bestandteile der Gesundheit (DIMDI, 2005). Daher gilt das Konzept der ICF nicht nur für Menschen mit Behinderung, sondern kann für jedes gesundheitliche Problem angewendet werden (Vernooij, 2007).

Die ICF wird aufgrund der bisherigen Ausführung ein umfassendes Analyseinstrument von Lebenssituationen im Spannungsfeld von Krankheit, Gesundheit, von körperlicher Integrität und Schädigung. Es ist seither ein nationaler und internationaler Datenvergleich

möglich, was bisher aufgrund differenzierter Begrifflichkeiten nicht möglich war (Vernooij, 2007).

Wesentlich bei diesem Modell ist auch, dass jede Komponente sich in negativer und positiver Form ausdrücken lässt (Cloerkes, 2007).

Ein Beispiel für eine positive Darstellung der Körperfunktionen und -strukturen wäre, dass diese ohne Abweichung bzw. gesund sein können oder dass Aktivitäten problemlos durchgeführt werden können. Eine negative Ausdrucksweise der Körperfunktionen und -strukturen wäre, dass sie Störungen und/oder Schädigungen aufweisen können oder dass Aktivitäten mehr oder weniger umfassend beeinträchtigt sein können (Vernooij, 2007).

Das Konzept der ICF von 2001 ist eine wichtige konzeptionelle Erweiterung des Behinderungsbegriffes und bringt viele Vorteile in der Definitionsentwicklung von Behinderung mit sich. Die wichtige Trennung zwischen einer Schädigung und deren Auswirkungen im sozialen und personalen Bereich bleibt erhalten. Somit ist die Begrifflichkeit ‚Behinderung‘ nicht mehr so zentral. Die negative Begrifflichkeit ‚Handicap‘ in der sozialen Betrachtungsweise hat nun einen integrativen Mehrwert erfahren, nämlich ‚Partizipation‘. Cloerkes beschreibt auch, dass das Konzept der ICF ein wesentlicher Fortschritt ist, da die ‚Einstellung gegenüber Behinderten‘ nun gesehen wird (Cloerkes, 2007).

Dennoch ist seiner Ansicht nach der wesentliche Aspekt bei der Definition von Behinderung die „negativ bewertete Abweichung von sozialen Erwartungen“ (Cloerkes, 2007, S. 9). Behinderung wird in sozialer Hinsicht, sprich in der direkten Lebensführung eines behinderten Menschen, in sehr unterschiedlichem Maße wirksam. Somit ist Behinderung relativ (Cloerkes, 2007).

„Behinderung ist nichts Absolutes, sondern erst als soziale Kategorie begreifbar. Nicht der Defekt, die Schädigung ist ausschlaggebend, sondern die Folgen für das einzelne Individuum“ (Cloerkes, 2007, S. 9).

Wer behindert ist, wird erst durch die persönliche Bewertung des Behindertenseins und die sozial vermittelte Kategorisierung sozialer Normen bestimmt (Wegner, 2001b).

Die ‚Relativität von Behinderung‘ spiegelt sich in Zusammenhängen der folgenden vier Faktoren wider:

a) der zeitlichen Dimension, da Behinderung zeitlich begrenzt auftreten kann. Als Beispiel wird Lernbehinderung angeführt, die für kurze Dauer im Kindes- oder Jugendalter in Erscheinung tritt.

b) die subjektive Wahrnehmung des Betroffenen. Nicht die Größe der Schädigung ist relevant, auch kleinere Schädigungen können katastrophale Auswirkungen auf der persönlichen Ebene nach sich ziehen. Für einen/e Spitzensportler/in kann eine Schulterverletzung, die bleibende Schäden verursacht, das vorzeitige Karriereende bedeuten. Hingegen kann diese Verletzung bei jemand anderem eventuell geringere Konsequenzen ergeben.

c) die Relativität der Behinderung in verschiedenen Lebenssituationen sowie Lebensbereichen. Die Behinderung kann dort unterschiedliche Auswirkungen haben, wie beispielsweise in Familie, Schule, Freizeit, Beruf usw. Wir leben in einer Leistungsgesellschaft, gerade was das Arbeitsleben betrifft. Ein Verlust der Sehstärke wird der Grad der Behinderung mit 100 % zugeschrieben, dies sagt dennoch wenig über andere Lebensbereiche oder über deren Arbeitsfähigkeit aus, wenn man beispielsweise den Beruf einer Telefonistin betrachtet.

d) die kulturellen Aspekte in Verbindung mit der sozialen Reaktion auf Behinderung. Eine Reaktion auf eine körperliche Abweichung ist je nach Kultur verschieden. In anderen Ländern gilt etwas als Behinderung, was bei uns nicht so gesehen wird. Allgemein gesehen ist die soziale Reaktion dafür verantwortlich, ob eine Behinderung existiert oder auch nicht (Cloerkes, 2007).

Analysiert man die bereits angeführten wissenschaftlichen Ausführungen und Diskussionen, lassen sich neben der politischen Perspektive zwei anderen Stränge erkennen: die medizinische und die darauf kritische beantwortete soziale Betrachtungsweise von Behinderung.

Zu Beginn war auch der medizinische Ansatz in der Politik vorherrschend. Das medizinische Modell, welche als eine Einteilung nach Behinderungsarten gilt, ist jedoch längst überholt. „In weiten Teil der Sozialpolitik hat sich nun ein ‚finaler Behinderungsbegriff‘ durchgesetzt, der als gesetztes- und verwaltungstechnischer Begriff zur verteilungspolitischen Zwecken dient“ (Antor & Bleidick, 2006, S. 80).

Das medizinische Modell betrachtet Behinderung als einen Defekt, welches von Krankheit, Trauma oder anderen Gesundheitsproblemen verursacht wird. Der Defekt wird als persönlicher Mangel und als Minderwertigkeit angesehen. Der Betroffene sowie der Defekt verliert durch diese Perspektive die soziale und subjektive Dimension und das Interesse der Ärzte gilt der Krankheit und nicht dem Menschen.

Bei den aktuellen Tendenzen wird ein Perspektivenwechsel vom medizinischen zum sozialen Modell verdeutlicht. Behinderung wird im sozialen Modell als gesellschaftliches verursachtes Problem angesehen, welche soziale und einstellungsmäßige Veränderung

erfordert. Im Gegenzug zum medizinischen Modell steht die betroffene Person im Vordergrund und „Behindertsein“ ist gleichzusetzen mit „anders sein“, was dennoch kein Mangel sein muss. Dies soll die folgende Abbildung nochmals verdeutlichen (Wegner, 2001b; DIMDI, 2005; Cloerkes, 2007).

Medizinisches Modell Medical Model	Randgruppen – Modell Social Minority Model
• Behinderung wird gleichgesetzt mit Begrifflichkeiten wie defekt sein, unterlegen sein oder weniger sein als.	• Behinderung wird gleichgesetzt mit „anders sein“, anders bedeutet nicht weniger sein als, es bedeutet ganz einfach anders sein als.
• Ein breites Spektrum biologisch/psychologischer Abnormitäten und Defizite existiert.	• Es gibt nur ein gemeinsame geteilte Erfahrung: das soziale Stigma.
• Die Terminologie tendiert dazu, sehr negativ zu sein.	• Die Terminologie tendiert dazu, positiv oder neutral zu sein. Die Person steht im Vordergrund.
• Diskussionen werden über Defekte, Probleme oder Charakteristika geführt.	• Diskussionen werden über Daten individueller Beurteilungen, persönlicher Stärken und Schwächen geführt.
• Ziel ist, dem Patienten Rat und Rezepte zu geben.	• Ziel ist, das Individuum zu stärken, um eine aktive Rolle in der Selbstverwirklichung zu erreichen.
Medizinisches Modell Medical Model 	Randgruppen – Modell Social Minority Model 

Tab. 2: Medizinisches Modell vs. Randgruppen-Modell (Sherill & Williams, 1996, S. 45; mod. n. Wegner, 2001b, S. 29, Übersetzung des Autors).

Die aufgezeigten Aspekte des Begriffs Behinderung zeigen die Komplexität des Begriffes aus medizinischer, sozialer und politischer Perspektive. Es gibt keine wissenschaftlich anerkannte und allgemein gültige Definition von Behinderung (Wegner, 2001b). Zudem ist noch hinzuzufügen, dass es auch nicht erwünscht sei, „dass für alle Zeiten allgemeingültig festgelegt werde, wer als behindert zu gelten hat und wer nicht“ (Bleidick & Hagemeister, 1992, p. 18 f., zit. n. Wegner, 2001b, S. 19).

Es ist auch zu bedenken, dass die Definitionen von Behinderung meist in Anlehnung ihres/r jeweiligen Autors/in bzw. deren Intention und Gegenstand verfasst worden sind. So betrachtet beispielsweise ein/e behandelnder/e Arzt/Ärztin die organische bzw. gesundheitliche Schädigung, für den/die Pädagogen/in steht die Lernschwäche im Vordergrund, der/die Soziologe/in sieht vor allem die Probleme der Kommunikation und Interaktion sowie die Stigmatisierung und Diskriminierung oder der/die Psychologe/in legt Wert auf die Merkmale der Persönlichkeit (Wegner, 2001b).

Es zeigt sich eine positive Begriffsentwicklung von ‚Krüppel‘ zu ‚Behinderung‘ und auch beispielsweise durch die WHO eine Annäherung Behinderung nicht mehr als Defekt und Schädigung zu beschreiben.

Dennoch steckt in dem Wort Behinderung immer noch das negativ behaftete Wort hindern drinnen, somit werden Menschen mit Behinderung noch immer daran gehindert, gewisse Ziele zu erreichen. Es gab immer wieder Versuche, den Begriff ‚Behinderung‘ zu ersetzen. Gerade im angloamerikanischen Sprachgebrauch entstanden Ausdrücke wie ‚ability‘, ‚behaviorally challenged‘ oder ‚physical challenged‘. Entscheidenden Einfluss für die verwendeten Fachbegriffe in wissenschaftlichen Veröffentlichungen hatte die American Psychological Association (APA), die 1997 die Bezeichnungen ‚person who has a disability‘ oder ‚person with a disability‘ vorschlägt (Wegner, 2001b).

Zudem ist die soziale Reaktion gegenüber Menschen mit Behinderung, der Umgang mit der sichtbaren Andersartigkeit, sowie das gesellschaftliche Verhalten und Akzeptanz besonders hervorzuheben, um Menschen mit Behinderung ein leichteres Leben zu ermöglichen. Wichtig ist, den Menschen im Vordergrund und als Ganzes zu sehen. Es wird noch ein Zitat angeführt, um dies noch zu vertiefen:

Wenn mir meine Behinderung zum Problem werden konnte, lag das nicht primär an der Tatsache, daß [sic] es sie ‚objektiv‘ gab, sondern an der ausschließend-bemitleidenden Reaktion meiner Mitmenschen ihr und damit auch mir gegenüber. Daß [sic] ich nicht ‚richtig‘ zu laufen, zu sprechen vermochte, erfüllte für mich einen ganz und gar ‚normalen‘ Tatbestand – ja im Grund bemerkte ich meinen ‚Mangel‘ nur, wenn ich mein bewußtes [sic] Denken einschaltete.

Oft wird der Behinderte durch seine Sozialisation seelisch weit mehr behindert als durch seine ‚objektive‘ Schädigung. (Saal, 1991, p. 5 ff., zit. n. Wegner, 2001b, S.7)

Zwei zusammenfassende Zitate, um dieses Kapitel abzuschließen, sind folgende Zitate:

„Behindert ist man nicht, Behindert wird man“ (Wegner, 2002, S.133).

„Es ist normal verschieden zu sein“ (Wegner, 2001b, S. 19).

3 Behindertensport

„Behinderung ist ohne Frage eine Benachteiligung, aber kein Makel“ (Scheid & Rieder, 2000). Behinderung ist sicherlich eine höhere Beeinträchtigung beim Sporttreiben. Zudem macht Sport die Behinderung bewusster und macht den/die Betroffenen/Betroffene darauf aufmerksam, sich mit der Behinderung auseinandersetzen zu müssen. Sportliche Aktivität lässt die behinderte Person aber auch spüren, dass man trotz eingeschränkten bzw. verbliebenen Funktionen besonders erstaunliche Leistungen erzielen kann (Scheid & Rieder, 2000).

Behinderung soll nicht als Schicksal betrachtet werden, sie soll behinderte Menschen zu Herausforderung animieren. Sport stellt eine dieser Herausforderungen dar und soll Menschen mit Behinderungen zu neuen Begabungen anregen. Beeinträchtigte Menschen sollen nicht mehr bemitleidet werden, denn sie sind selbstsichere Personen, die mit einer Hand, einem Bein oder im Rollstuhl ihr Leben meistern und dabei auch meistens besondere Fähigkeiten entwickeln können (Scherney, 2002).

Sport ist für Menschen mit Behinderung längst kein unbekannter Lebensbereich mehr. Behindertensport und auch bewegungstherapeutische Maßnahmen werden in Rehabilitationszentren, in Krankenhäusern, in Sonderschulen, in Sportvereinen angewendet und sind auch Teil privater Freizeitgestaltung. Sport von behinderten Menschen gewinnt immer mehr an Medienpräsenz, speziell bei den Paralympics, indem es der Öffentlichkeit immer mehr zugänglich gemacht wird (Wegner, 2001b). Auch die Akzeptanz des Behindertensports steigt allmählich (Scherney, 2002).

Diese Kapitel behandelt das Thema Behindertensport, deren begriffliche Definition, sowie deren historischen Wurzel und deren weiteren Entwicklung. Speziell wird die historische Entwicklung des Behindertensports in Österreich beleuchtet. Des Weiteren wird auch die Entwicklungsgeschichte des Österreichischen Behindertensportverbandes (ÖBSV), als auch deren Organisation, Aufgaben und Strukturen aufgezeigt. Im vorletzten Abschnitt dieses Kapitels wird auf die Ebenen, Aufgaben, Funktionen und Ziele des Behindertensports eingegangen. Abschließend wird das komplexe Klassifizierungssystem im Behindertensport dargelegt und detailliert die unterschiedlichen Behinderungsarten beschrieben.

3.1 Definition Behindertensport

Laut Röthig (1992, S. 62) umfasst Behindertensport „alle sportspezifischen Tätigkeiten von Behinderten, die besonderer sportpädagogischer Anleitung und medizinischer

Betreuung bedürfen“. In der Neuauflage von 2003 definiert Röthig und Prohl, Behindertensport kürzer und schreibt, dass Behindertensport „alle sportlichen Aktivitäten von Menschen mit Behinderung“ beinhaltet (Röthig & Prohl, 2003, S. 71). Zudem kann der Behindertensport auf drei verschiedenen Ebenen, als Rehabilitations-, Breiten- und Freizeit-, und Leistungs- und Spitzensport, betrieben werden. Jede Ebene verfolgt auch unterschiedliche Aufgaben und Ziele (Röthig & Prohl, 2003). Auf diese Punkte wird allerdings genauer in Kapitel 3.5 und 3.6 eingegangen.

Auch Rheker (2005) beschreibt Behindertensport kurz und prägnant. Behindertensport ist ein Sportangebot für jeden behinderten Menschen und steht für alle Behinderungsarten (Seh-, Körperbehinderungen und geistige und psychische Behinderungen) offen.

Bereits 1975 legten die Vereinten Nationen ein viel ausführlicheres Bild von Behindertensport dar. Dies lautete wie folgt:

Der Behindertensport hat Personen zu betreuen, die aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Schädigung körperlicher, seelischer oder geistiger Art nicht in der Lage sind, sich voll oder teilweise aus eigener Kraft wie ein Nichtbehinderter die entsprechende Stellung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu sichern. (Nationale Kommission, 1981, p. 3, zit. n. Rieder, 1996, S. 35)

Der Ausdruck ‚aus eigener Kraft‘ wurde gewählt, da die meisten Anstöße von Institutionen von Nichtbehinderten ausgehen. Diese Formulierung ist für Menschen mit Behinderung typisch, da sie von Menschen ohne Behinderung in gewisser Weise abhängig sind (Rieder, 1996).

Bereits ein Jahr später im Jahr 1976 wurde Behindertensport vom Deutschen Behinderten-Sportverband definiert:

Behindertensport ist die sportliche Betätigung für Behinderte in der Gruppe. Als sporttreibende Behinderte gelten Personen, die wegen einer Funktionsbehinderung im Sport ständiger ärztlicher und spezieller sportpädagogischer Anleitung bedürfen. Der Behindertensport dient der Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit. Er soll die Eigeninitiative fördern. Der positive Effekt kann sich auf die Einzelpersönlichkeit, die Familie, den Beruf und die Gemeinschaft

auswirken. (Deutscher Behindertensportverband, 1976, zit. n. Kosel, 1981, S. 24)

Diese Definition nimmt die ‚Gruppenfähigkeit‘ behinderter Menschen in den Blick und sieht diese Eigenschaft als eine wichtige Voraussetzung, um am Behindertensport teilnehmen zu können. Dennoch birgt die Forderung nach Gruppenfähigkeit als Voraussetzung für die Teilnahme am Behindertensport Probleme mit sich, denn beispielsweise nicht gruppenfähige Kinder und Jugendlichen erwerben diese Fähigkeit ja schließlich erst im und durch den Sport. Des Weiteren werden in dieser Definition nur ‚sporttreibende‘ behinderte Menschen angesprochen, die unter einer Funktionsbehinderung im Sport leiden und die eine ständige ärztliche und pädagogische Betreuung benötigen. Somit gilt dieser Definitionsversuch nur der angesprochenen Zielgruppe, aber nicht für Menschen die eine andere Form von Behinderung haben. Somit wäre den anderen Zielgruppen vom Sport abzuraten, die die festgesetzten Regeln dieser Definition nicht erfüllen (Kosel, 1981).

Betrachtet man dennoch diese Formulierung positiv, ist zu erkennen, dass sportausübende behinderte Menschen unterstützt werden sollen und diese besondere Betreuung im Sport sich auf spezielle Personen beschränken soll, da deren Behinderung spezifische Maßnahmen erfordert (Kosel, 1981).

1985 definierte der Deutsche Behinderten-Sportverband Sport von Behinderten aus einer ähnlichen aber auch abweichenden Betrachtungsweise. Diese Definition beschreibt den Behindertensport als Rehabilitations- und Sozialisationsmaßnahme. Behindertensport hat durch die therapeutische Maßnahmensetzung auch präventive Auswirkungen. Für den Begriff Behindertensport kann sogar auch das Synonym Rehabilitationssport verwendet werden. Auch in dieser Definition von 1985 wird die Erhaltung und Steigerung der allgemeinen Leistungsfähigkeit behinderter Menschen betont. Der Behindertensport geht schließlich über die reine sportliche Aktivität hinaus, indem die Persönlichkeitsstruktur beeinflusst wird. Dabei wird das Selbstbewusstsein gestärkt und das Selbstwertgefühl gefestigt (Kosel & Froböse, 1999).

Dies bestätigen auch Scherney (2002), indem sie betont, dass auch Fachkräfte versichern, dass körperliche Ertüchtigung seelisch positive Auswirkung auf Menschen mit Behinderung hat, sowie auch einen Beitrag zur Selbstverwirklichung und Selbstfindung leisten kann.

Durch sportliche Aktivitäten werden gemeinsame Erlebnisse in einer Gemeinschaft durchlebt und somit Sozialisierungsprozesse gefördert. Dadurch erleichtert

Behindertensport auch eine Integration in die Gesellschaft. Dies hat auch positive Auswirkungen auf die Familie und Beruf. Somit wird durch den Behindertensport eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe erfüllt (Kosel & Froböse, 1999). Heute unterteilt der Deutsche Behinderten-Sportverband den Behindertensport, wie bereits bei Röthig und Prohl (2003) erörtert, in den Rehabilitationssport, den Breitensport und den Leistungssport (Doll-Tepper, 2002a).

Betrachtet man die Begriffsbestimmung von Prokop (1998), ist erkennbar, dass er die Sozialisationsprozesse außer Acht lässt und nur die gesundheitlichen Aspekte des Behindertensports aufzeigt. Er beschreibt, dass der Behindertensport als Rehabilitationsmaßnahme bzw. als eine ärztlich angeleitete Bewegungstherapie zu verstehen ist. Sport für behinderte Menschen stellt ein vielseitiges Training für deren Körper und Funktionen dar. Diese Bewegungsübungen sollen aber genau auf das individuelle Leistungsniveau bzw. dem Ist-Zustand adaptiert werden. Prokop (1998) wählt auch den Begriff Leistungsfähigkeit und sieht den Behindertensport als eine Gewährleistung der Leistungsfähigkeit und Lebensqualität für Menschen mit Behinderung (Prokop, 1998).

Im Jahr 1981 versuchten auch Jochheim und Van der Shoot, sich dem Begriff Behindertensport anzunähern. Auch sie kommen auf dieselben bereits erwähnten Erkenntnisse und definierten Behindertensport wie folgt ausgeführt: „Behindertensport ist darauf gerichtet, präventiv, therapeutisch, reedukativ und rehabilitativ zu wirken“ (Jochheim & Van der Schoot, 1981, S. 18). Zudem trägt er dazu bei, das Handeln und Verhalten einer behinderten Person zu stabilisieren und etwaige Entwicklungsabweichungen und Lebenshindernisse und/ oder Schädigungen aufzugeben bzw. zu reduzieren. Behindertensport wirkt sich auf die intellektuelle, emotionale und Verhaltens- und Handlungsebene aus. Rehabilitation und Behindertensport verfolgen die gleichen Aufgaben und Ziele, somit ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit notwendig. Rehabilitation als auch Behindertensport finden in medizinischen Rehabilitationszentren, in Krankenhäusern, in Sonderschulen, in Erziehungseinrichtungen sowie in Freizeitgestaltungseinrichtungen Anwendung (Jochheim & van der Shoot, 1981).

Auch aus der behindertenpolitischen Perspektive wird Behindertensport definiert. 1993 erläutert das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung Sport für Menschen mit Behinderung. Körperliche Ertüchtigung kann das jeweilige Selbstbewusstsein stärken, ist zudem eine zweckmäßige Freizeitgestaltung und erhöht allgemein das körperliche Wohlbefinden. „Die Sportausübung kann zudem einen wichtigen Beitrag zur Integration behinderter Menschen leisten, sofern sie Begegnung mit nichtbehinderten Menschen ermöglicht“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales,

1993, S. 51). Zusätzlich bilden sportliche Aktivitäten behinderter Menschen wesentliche Bestandteile in Rehabilitationszentren im therapeutischen als auch medizinischen Bereich (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1993).

Um den Zugang zu sportlichen Aktivitäten von Menschen mit Behinderung zu verbessern und zu erleichtern, wären spezifisch ausgebildete Sporttrainer/innen, eine behindertengerechte Ausstattung von Sportanlagen, sowie eine Ausdehnung an Sportausübungsmöglichkeit, die von Fachleuten betreut werden und auch möglichst nah am Wohnort liegen, von besonders großer Bedeutung (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1993).

Im aktuelleren Behindertenbericht von 2008 wird schon genauer und vermehrt auf die Thematik ‚Behinderung und Sport‘ Bezug genommen. Wie bereits beschrieben, ist Behindertensport in seiner vielfältigen Durchführungsform als Breiten,- Rehabilitations- und Leistungssport ein wichtiger Bestandteil für Menschen mit Behinderung, um am sozialen Leben teilnehmen zu können und diese Teilnahme zu erleichtern. Durch sportliche Aktivität gewinnen beeinträchtigte Menschen Vertrauen in ihre eigenen Begabungen und Fähigkeiten, was für die Betroffenen von wesentlicher Bedeutung ist (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

„Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Sport hat zwei Aspekte:

- Behinderte Menschen sind Konsumenten sportlicher Veranstaltungen („ZuschauerInnen‘ mit Behinderung),
- Behinderte Menschen sind aktive ‚SportlerInnen‘“ (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

In der Rolle als passive Sportler/innen bzw. als Zuschauer/innen ist es für behinderte Menschen von großer Wichtigkeit, dass die öffentliche Anbindung zu den Sportanlagen funktioniert, um barrierefrei ans Ziel zu kommen. Damit sind nicht nur öffentliche Verkehrsmittel gemeint, sondern beispielsweise auch spezielle PKW-Parkplätze. Zudem muss auch eine uneingeschränkte Konsumation der sportlichen Darbietung gewährleistet werden. Dies meint, dass eine uneingeschränkte Sichtweise auf das Spielfeld für behinderte Menschen sichergestellt wird, als auch ein barrierefreier Zugang zu den Toiletten und zu den Nahrungsmittelläden (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Im Behindertenbericht von 2008 wird weiterhin ausgeführt, dass durch den Gesundheitssport eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands von Menschen mit Behinderung erzielt werden soll, dass dem Schulsport für den Breitensport eine wichtige Bedeutung zukommt, da er zur regelmäßigen Sportausübung beiträgt und

dass im Spitzensport darauf Acht gegeben werden soll, dass behinderten Menschen ein gleichberechtigter Zugang zu Trainingsmöglichkeiten gewährleistet wird. Damit ist auch eine angemessene Finanzierung gemeint, sowie auch eine mediale Präsenz, um eine Vorbildfunktion und Anerkennung zu garantieren (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009). Eine genauere Auseinandersetzung mit Rehabilitations-, Freizeit- und Leistungssport erfolgt im Kapitel 3.5.

Derzeit gibt es kaum eigene Sportanlagen und Sporteinrichtungen für Sportler/innen mit Behinderung bzw. für Behindertensportvereine. Ursachen dafür sind vorwiegend finanzielle Gründe. Dennoch sind die Sportplätze der Verbände und Sportvereine für Behindertensportler/innen frei zugänglich und können diese mitbenützen. Dies trägt auch zum integrativen Charakter zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen bei. Dieser integrative Ansatz wird beispielsweise auch im speziellen vom Österreichischen Behindertensportverband (ÖBSV) gefördert, indem dieser ‚integrative Behindertensportwochen‘ anbietet. Bei diesen sogenannten integrativen Behindertensportwochen nehmen nichtbehinderte und körperlich- bzw. sinnesbehinderte Jugendliche teil. Ziel ist es, gemeinsam Sport zu betreiben, das Konfliktmanagement dieser Jugendlichen bewusst zu machen und natürlichen den integrativen Aspekt im Bezug Sport zu fördern (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Sport von Menschen mit Behinderung stellt neben der gesellschaftlichen Bedeutung auch den wirtschaftlichen Aspekt in den Vordergrund. Positiv zu vermerken ist auch, dass eine steigende Anzahl von Menschen mit Behinderung, die Sport ausüben, erkennbar ist (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Wie auch bei der Begrifflichkeit ‚Behinderung‘ hat sich der Ausdruck Behindertensport, sowie deren Ansätze im internationalen Kontext als auch im deutschsprachigen Raum im Laufe der Jahre weiterentwickelt. Wie schon erwähnt, differenziert der Deutsche Behinderten-Sportverband zwischen Breiten- und Freizeitsport, Rehabilitationssport und Leistungssport. Im deutschsprachigen Raum existieren daneben weitere Termini wie Sporttherapie und Gesundheitssport, als auch ‚Integrationssport‘ bzw. ‚integrativer Behindertensport, jedoch nicht im englischen Sprachgebrauch. In Bezug auf körperlicher Ertüchtigung von behinderten Menschen wurden dennoch Formulierungen, wie ‚integration‘ oder ‚inclusion‘ im Englischen verwendet. Im internationalen Kontext setzte sich schließlich in den letzten zehn Jahren der englische Begriff ‚Adapted Physical Activity‘ (APA) durch. Dieser Terminus beinhaltet auch die Integrationsangelegenheit und rückt den Menschen mit seiner Individualität und Sonderbarkeit in den Vordergrund (Kosel & Froböse, 1999; Doll-Tepper, 2002b). Sherill (1996, zit. n. Doll-Tepper, 2002b, S.18) erläutert ‚Adapted Physical Activity‘ folgendermaßen:

Adapted Physical Activity umfasst Theorie und Praxis, basierend auf Aktivität von Individuen, deren Einzigartigkeit in Funktion, Struktur oder Erscheinungsbild Fachwissen erfordert im Hinblick auf (a) die Überprüfung und Anpassung des Ökosystems (Mensch-Umwelt) und (b) das Ermöglichen gesellschaftlicher Veränderungen hinsichtlich

- Gleichberechtigten Zuganges
- Integration
- Lebenslangen Wohlbefindens
- Bewegungserfolg
- Ermutigung und Selbstverwirklichung. (Sherill,1996, zit. n. Doll-Tepper, 2002b, S.18)

Adapted Physical Activity ist ein wesentlicher sportwissenschaftlicher Forschungsansatz und ist vor allem durch seine Interdisziplinarität gekennzeichnet (Doll-Tepper, 2002b).

Die nachstehende Grafik soll die umfangreiche Spannweite mit den unterschiedlichen fachwissenschaftlichen Handlungsfeldern von APA um Behindertensport, Integration, Prävention und Rehabilitation demonstrieren.

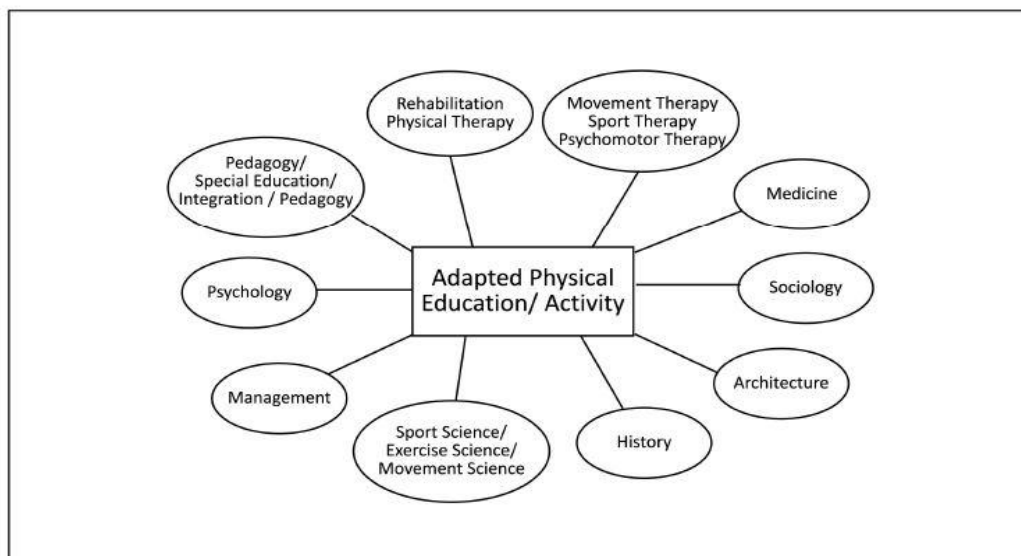


Abb. 3: Adapted Physical Education/ Activity (mod. n. Doll-Tepper, 2002b, S. 19)

3.2 Historie des Behindertensports

Die besondere Bedeutung der Bewegung für die psychophysische Gesundheit und Leistungsfähigkeit war dem Menschen seit jeher bekannt. Es lag daher nahe, die gesundheitsfördernde Wirkung sportlicher Bewegungsreize auch dort auszunützen, wo durch Krankheit, Verletzung oder Geburtsfehler nicht nur körperliche Aktivitätseinschränkungen vorlagen, sondern durch psychische Probleme auch die Lebensqualität eingeschränkt war. (Prokop, 1998, S.6)

Dieses Zitat verweist darauf, dass es den Menschen schon lange bewusst war, dass Bewegungshandlungen bzw. sportliche Aktivitäten heilende und positive Auswirkungen auf den Körper und Geist haben. Diese Erkenntnis ist keine Entdeckung der Moderne, sondern der Behindertensport hat eine lange Entwicklungsgeschichte. Deren Ursprung liegt mehr als 4000 Jahre zurück, denn bereits 3000 v. Chr. gab es im alten Ägypten Bestrebungen die Folgen der damals häufig aufgetretenen Kinderlähmung durch Bewegungsübungen zu lindern. Aus Indien und China stammen vergleichbare Schriften mit diesen Versuchungen. Denn es wird in chinesischen Schriften von Kong Fu (1100 v. Chr.) und im altindischen Schrifttum von Ayur Veda (1800 v. Chr.) die Wichtigkeit der Bewegungstherapie dargelegt. Weitere Berichte zufolge strebte auch der chinesische Kaiser Hoang Ti 2698 v. Chr. an, seine verwundeten und verletzten Krieger mittels Heilturnen wieder kriegseinsatzfähig zu machen (Prokop, 1998).

Auf diese Weise entwickelten sich über Jahrhunderte gymnastisch-therapeutische Übungen bis hin zum gegenwärtigen Verständnis des Behindertensports. Einen wesentlichen Impuls für Bewegungstherapie und den Behindertensport ging in allen Jahrhunderten hauptsächlich von Ärzten aus, die Anhänger der gesundheitsfördernden Gymnastik waren, die zudem die Wichtigkeit körperlicher Ertüchtigung erkannten und diese auch für Behandlungen von Behinderungen anwendeten. Das Wort Gymnastik leitet sich vom griechischen Wort gymnos (=nackt) ab und wird über Jahrhunderte als Synonym für heilende und gesundheitsfördernde Übungen verwendet (Guttmann, 1979; Prokop, 1998).

Prokop (1998) schreibt, dass es eine große Anzahl an Vorkämpfer für den Behindertensport gab. Zahlreiche Ärzte der Antike beispielsweise wie Hippokrates, Heraklit von Ephesus oder Herodikos von Selymbria, der als Vater der Heilgymnastik gilt, setzten sich für Bewegungstherapie behinderter Menschen ein. Galen (129-199 n. Chr.), der selbst gelähmt war, war nicht nur der Arzt von Kaiser Marc Aurel, sondern er gilt auch

als erster Sportarzt der Geschichte, da er versuchte, verletzte römische Gladiatoren mit einer spezifischer Heilgymnastik wieder wettkampffähig zu machen (Prokop, 1998).

Im Mittelalter und der Renaissance wurde mittlerweile medizinische und therapeutische Gymnastik in zahlreichen Ländern durchgeführt und großer Wert darauf gelegt. Für diese Zeit sind englische, deutsche und französische Ärzte besonders hervorzuheben. Es wurden einige Bücher über die Wirkung der medizinischen Gymnastik veröffentlicht. Nicholas Andry prägte beispielsweise das Wort Orthopädie und betonte die große therapeutische Bedeutung physischer Übungen und der Hydrotherapie. Eine Reihe von Namen, wie u.a. die Franzosen Jalade-Lafond, Pravaz und Delpech oder die Deutschen Schreiber und Heine sind zu nennen, um die Pioniere des Behindertensports bzw. der medizinischen Gymnastik anzuführen. Viele wiesen darauf hin, dass die Durchführung dieser Bewegungsübungen ausschließlich unter medizinischer Kontrolle bzw. ärztliche Anleitung stattfinden darf (Guttmann, 1979).

Wichtige Publikation dieser Zeit waren ‚Gymnastik für die Jugend‘ (1793) von Guths Muth, der damit auf die wesentliche Bedeutung der körperlichen Aktivität für eine richtige Entwicklung hingewiesen hat. Darauf aufbauend erschienen die Arbeiten ‚Medizinische Gymnastik‘ von Werner im Jahr 1845 und 1847 ‚Gymnastik für Blinde‘ von dem österreichischen Pädagogen Klein, die sich gründlicher mit physischen Übungen als medizinische Bewegungstherapie für behinderte Menschen beschäftigten (Guttmann, 1979; Prokop, 1998).

Aus der beginnenden Heilgymnastik entwickelten sich zunehmend aktivere und sportliche Bewegungsformen und somit auch ein gewisser sportlicher Leistungsgedanke. Es gab viele behinderte Menschen, die auf Eigeninitiative Sport ausübten, auch wenn sie oft gegen medizinische Ratschläge von Ärzten handelten (Guttmann, 1979; Prokop, 1998). Im Jahr 1880 fand in London erstmals ein Lauf für Amputierte statt, welcher als ‚cripple race‘ bezeichnet wurde und welcher für große Begeisterung sorgte. Bekannt wurde auch der Boxer Lord Bryon, der mit einem deformierten Bein gegen einen Nichtbehinderten Boxkämpfe austrug und diese auch oftmals erfolgreich (Prokop, 1998). Zudem lernte er Schwimmen und Rudern (Guttmann, 1979).

Ein großer Anstoß für den modernden Behindertensport bzw. für die Entwicklung des Versehrtensports lieferte der Erste Weltkrieg (1914-1918). Aufgrund der hohen Anzahl an Kriegsversehrten stieg die Aufmerksamkeit und Neugier an Krankengymnastik bzw. Bewegungstherapie als Wiederherstellung beeinträchtigter Menschen vor allem nach dem Ersten Weltkrieg stark an. Somit nahm der Behindertensport eine immer wichtig werdende Rolle ein. So entwickelten sich in vielen Ländern medizinische Fachbereiche,

beispielsweise wie Sportmedizin und physikalische Medizin (Guttmann, 1979; Prokop, 1998).

Durch die große Anzahl an Verletzten nach dem Ersten Weltkrieg befürworteten schon einige sehr bekannte Ärzte wie Harnack, Schede, Kohlrausch, Würtz oder Mallwitz sportliche Bewegungsübungen, die zu einer Verbesserung der physischen aber auch psychischen Gesamtsituation führen (Kosel, 1981).

Während dem Ersten Weltkrieg entstanden auch einige Publikationen über medizinische Gymnastik als Rehabilitationmethode. In diesen Schriften gehen die Begriffe Heilturnen, Heilgymnastik, Bewegungstherapie, Sporttherapie, Heilsport und Rehabilitationssport, als auch deren Inhalte meistens ineinander über. Der Grund dafür ist, dass der Ausdruck Sport motivierender wirkt als Bewegungstherapie, auch wenn es sich primär um eine heilgymnastische Bewegungstherapie im Zuge einer ambulanten Behandlung handelt (Prokop, 1998).

Es fanden sich immer mehr Behindertensportler/innen, damals Versehrtensportler/innen, vor allem nach dem Ersten Weltkrieg zusammen, um einerseits zusammen Sport zu betreiben und zum anderen in die Öffentlichkeit zu treten und damit ihre Bedürfnisse und Wünsche besser vertreten zu können. Durch den Gruppenzusammenschluss folgten somit einige Vereinsgründungen bzw. Sportverbandsgründungen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. 1910 wurde der Deutsche und 1924 der Internationale Gehörlosensportverband gegründet und 1928 der erste deutsche Blindensportverein. Im gleichen Jahr wurde auch die Fédération Internationale Médicine Sportive (FIMS) gegründet (Guttmann, 1979; Prokop, 1998). Zu erwähnen ist auch, dass 1924 bereits zum ersten Mal die Weltspiele für Gehörlose in Paris stattfanden (Doll-Tepper, 2002a).

„Die Kenntnisse über die sportliche Betätigung mit Versehrten und das Wissen um ihren therapeutischen Wert fanden vor allem im Zweiten Weltkrieg ihren Niederschlag“ (Kosel & Froböse, 1999, S.16). Der Zweite Weltkrieg forderte eine große Zahl von Verletzten, allein in Deutschland waren es 1,5 Millionen beschädigte Kriegssoldaten. Dank der bereits gut entwickelten Chirurgie überlebten einige Kriegsversehrte, doch ihre Verluste an Gliedmaßen mussten rehabilitiert werden. Die Medizin hatte bereits mit Sport als Hilfe für Behandlung, Rehabilitation und Therapie positive Erfahrungen gesammelt. Rehabilitationssport war während dem Zweiten Weltkrieg eine ganz wesentliche Hilfestellung in dieser Zeit, denn er sollte nicht nur menschliche Aspekte beinhalten, sondern primär die verletzten Kriegsversehrten schnellstmöglich wieder einsatzfähig machen. Doch einige Kriegssoldaten wollten nicht mehr in den Krieg ziehen, zögerten die

Genesung bewusst hinaus und schließlich war Selbstverstümmelung die Folge (Prokop, 1998).

Nach dem Zweiten Weltkrieg ist eine Veränderung der Zielsetzung des Behindertensports zu beobachten. Es gab einen beginnenden Betrachtungswechsel von medizinischer hin zur pädagogischen, als auch sozialen und psychologischen Bedeutung des Behindertensports, welche Kosel und Froböse (1999) folgendermaßen beschreiben:

Waren in den Anfängen des Versehrtensports medizinische Aspekte für seine Durchführung bestimmend, so gewannen nun pädagogische Zielsetzungen und Inhalt mehr an Bedeutung. Sie wurden vor allem von LORENZEN in seinem ‚Lehrbuch des Versehrtensports‘ (1961) niedergelegt. Darüber hinaus kann dieses Werk als erste umfassende Darstellung des Versehrtensports angesehen werden. (Kosel & Froböse, 1999, S. 16)

Nach dem Zweiten Weltkrieg entwickelte der Behindertensport, in der Schweiz wurde er früher als Invalidensport und in Deutschland und in Österreich als Versehrtensport bezeichnet, eine gewisse Eigendynamik und Selbstständigkeit. Es wurden spezielle Ausbildungslehrgänge oder Schulungen mit Behindertenschwerpunktsetzung veranstaltet. Es gab beispielsweise Ausbildungen für spezifische Behinderten-Sportbetreuung oder spezielle Lehrgänge für Versehrtensportärzte/innen. In Österreich zum Beispiel fand 1951 der erste Skilehrwartelehrgang für Kriegsbehinderte in St. Christoph statt und 1949 wurden in Deutschland Übungsleiter für spezielles Behindertenturnen ausgebildet (Prokop, 1998). An der Sporthochschule Köln führte Rektor Professor Diem einen Lehrstuhl für Behindertensport ein, wo sportlich geschulte Behindertentherapeuten und Behindertenbetreuer ausgebildet wurden (Guttmann, 1979).

Auch die Sportorganisationsentwicklung kann nach dem Zweiten Weltkrieg eine rasche Dynamik aufweisen. Der Behindertensport wurde zunehmend organisierter und es entstanden diverse Wettkämpfe für Behindertensportler/innen. Die ehemaligen Kriegsteilnehmer, speziell die Blinden und Amputierten, leisteten wichtige Beiträge für den Behindertensport, da sie auf Eigeninitiative Sportklubs gründeten. 1949 wurden in Deutschland die ersten sportlichen Wettkämpfe von Kriegsgeschädigten organisiert. 1950 wurde der erste Skiwettkampf für Amputierte in Bayern veranstaltet und 1951 kam es zur Gründung des Deutschen Versehrtensportverbandes (DVD) (Guttmann, 1979). Dieser „wurde von der Regierung der Bundesrepublik Deutschland als Organisation für den

Versehrtensport aller Formen für Zivilbeschädigte und Kriegsbeschädigte anerkannt“ (Guttmann, 1979, S.19). Auch in Österreich und in Frankreich sowie auch in anderen Ländern wurden in der frühen Nachkriegszeit Sportorganisationen für alle Formen von Behinderungen aufgrund von Eigeninitiative ehemaliger Kriegsteilnehmer gegründet (Guttmann, 1979).

Nicht nur auf nationaler Ebene, auch auf internationaler Ebene wurde eine Sportorganisation für den gesamten Behindertensport gegründet. Die Gründung wurde im Jahr 1964 vollzogen und trug den Namen International Sportorganisation for all Disabled (ISOD), bei denen erstmals alle Formen von Behinderungen zusammenfasst wurden (Prokop, 1998). Diese internationale und unabhängige Sportorganisation stand vor allem für „Amputierte, Blinde und Behinderte nach zerebraler Kinderlähmung und Läsionen des Rückenmarks“ offen (Guttmann, 1979, S. 20). Auf Deutsch hieß diese Organisation ‚Internationale Sportorganisation für Behinderte‘ (Guttmann, 1979).

Es gab aber nicht nur Sportorganisationsgründung für alle Behindertengruppen, man versuchte auch sportliche Wettkämpfe zu organisieren, wo alle Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen teilnehmen konnten. Für internationale Sportveranstaltungen trägt auch hier die ISOD die Verantwortung. Die ersten Weltspiele für Behinderte wurden 1974 im Sportstadion in Stoke Mandeville veranstaltet. Dabei wurden die Regeln für weitere Spiele getestet, anschließend verbessert und 1976 bei den Olympischen Spielen für Behinderte in Toronto angewendet (Guttmann, 1979).

Sir Ludwig Guttmann war nicht nur Förderer für Querschnittsgelähmte, er leistete generell einen großen Beitrag zur Verbreitung und schnelleren Entwicklung des Behindertensports bzw. des Behindertenleistungssports. Er gründete nach Kriegsende ein Zentrum für Paraplegiker und organisierte erstmals 1948 die Stoke Mandeville Games für Gelähmte in England. Er begründete die Paralympische Bewegung (Prokop, 1998). Deren Weiterentwicklung und Verlauf wird jedoch im Kapitel 4.2 genauer beleuchtet.

Der Wandel vom Versehrten- zum Behindertensport vollzog sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Nicht nur im Sprachgebrauch ersetzte Behinderter, der für Unfall- und Zivilgeschädigte gebraucht wurde, den Begriff des Kriegsversehrten, auch der Terminus des Behinderten hat den Begriff des Versehrten in den neueren Sozialgesetzgebungen ersetzt. Somit entstand der Begriff Behindertensport. Der Wandel zeigt sich auch auf organisatorischer Ebene, anhand der Umbenennung des Deutschen Versehrtensport Verbands (DVS) in den Deutschen Behindertensportverband (DBS) im Jahr 1975, da immer mehr Zivil- und Unfallbeschädigte statt Kriegsversehrte aufgenommen wurden (Kosel & Froböse, 1999).

Zudem gibt es auch immer weniger Kriegsversehrte, die Sport betreiben. Der Anteil von Kriegsversehrten an behinderten Menschen beträgt heute nur mehr knapp 10 %, 1945 waren es ca. 95%. Sie legten dennoch den Grundstein für rehabilitative Maßnahmen für behinderte als auch unbehinderte Menschen (Prokop, 1998).

Da es immer weniger Kriegsversehrte gibt, ist dies einer der Hauptgründe, wieso sich ein Wechsel vom Versehrtensport zum Behindertensport vollzog. Im Gegenzug gibt es immer mehr sportlich aktive Zivilgeschädigte, also Personen mit einer Behinderung durch einen Unfall. Nicht nur Zivilgeschädigte finden im Behindertensport Möglichkeiten, sich zu bewegen und Spaß in der Freizeit zu haben, auch Kinder und Jugendliche, die von Geburt an beeinträchtigt sind, können Spiel und Sport erleben (Rheker, 2005). Da als wesentlicher Aufgabenbereich die Rehabilitation des Behindertensports gesehen wird, wird als Synonym auch Rehabilitationssport für Behindertensport verwendet (Kosel & Froböse, 1999). Durch das Rehabilitationsgesetz im Jahr 1956 wird der Behindertensport als echte Heilmaßnahme gesehen und somit auch staatlich anerkannt. Alle behinderten Menschen haben seither rechtlichen Anspruch auf sportliche Aktivität und die Durchführung des Behindertensports wird seither vom Staat finanziell unterstützt (Prokop, 1998).

Die Anfänge des Behindertensports nach dem Zweiten Weltkriege waren also bis Mitte der 70er Jahre als Versehrtensport vorherrschend. Die rehabilitativen Motive waren zu Beginn im Vordergrund, erst in den 80er und 90er Jahren kam es zu Annäherung an den Hochleistungssport nichtbehinderter Sportler/innen. Zudem wurde auch vermehrt dem Breiten- und Freizeitsport Beachtung geschenkt. Daher unterscheidet man, wie bereits erwähnt, heutzutage beim Behindertensport zwischen Rehabilitations-, Breiten- und Leistungssport (Doll-Teppe, 2002a).

In den letzten Jahren hat sich die Weiterentwicklung des Behindertensports zunehmend durch eine Erweiterung der Behinderungsformen und durch ein vergrößertes Behindertensportangebot verändert. Kontinuierlich werden neue Behinderungen entdeckt, die für den Behindertensport geeignet sind, wie multiple Sklerose oder Schlaganfallpatienten. Darüber hinaus gibt es zunehmend ein differenziertes Behindertensportartenprogramm. Neben den traditionellen Sportarten, wie Rollstuhlbasketball beispielsweise, gibt es ein immer größer werdendes Angebot wie zum Beispiel Rollstuhltennis, Rollstuhlorientierungslauf oder Rollstuhltanz. Diese Entwicklung wird sich weiterhin fortsetzen und ist noch lange nicht abgeschlossen. Der Behindertensport wird durch neue Behinderungen, neue Sportarten und neue Wettbewerbe weiterhin umgeformt werden (Rheker, 2005).

3.3 Geschichtliche Entwicklung des Behindertensports in Österreich und Entwicklung des Österreichische Behindertensportverbandes (ÖBSV)

Nachdem der geschichtliche Hintergrund des Behindertensports im internationalen Kontext skizziert wurde, soll nun im Folgenden die historische Entwicklung, beginnend mit der Pionierperiode des österreichischen Behindertensports, erläutert werden.

Der damalige ÖVSV beschreibt, dass sich die österreichische Behindertensportgeschichte in 3 Abschnitte einteilen lässt:

- Pionierzeit (1945-1973)
- Perfektionszeit (1974-1987)
- Moderner Behindertensport (ab 1988) (Kneissl, 1988).

Die Pionierzeit begann nach dem Zweiten Weltkrieg, als Kriegsversehrte wieder ihrer Leidenschaft zum Sport trotz ihrer Behinderung nachgehen wollten. Bald erkannte man, dass nicht nur Nichtversehrte, sondern auch Versehrte Sport aufgrund ihrer Hingabe als auch Erfindungsreichtum ausüben konnten (Kneissl, 1984).

Guttmann (1979) beschreibt mit Begeisterung, wie es Sportler/innen gelang, nach einer Amputation ihre früheren Fähigkeiten in der vor der Behinderung ausgeübten Sportart wieder im ähnlichen Ausmaß zu erwerben. Sie zeigten eine unglaubliche schnelle Anpassungsfähigkeit an neuen Gegebenheiten und konnten wieder an Hochleistungswettbewerben von Menschen mit Behinderungen oder ohne Behinderung teilnehmen. Dabei verweist er auf den einen beidbeinig amputierten Skisportlehrer in Österreich, der danach wieder seinem Beruf nachgehen konnte (Guttmann, 1979).

Dennoch waren Versehrtensportler/innen nicht nur zur Sportausübung fähig, denn der Versehrtensport in Österreich konnte bald eine rasante Entwicklung vorweisen. Schon bald schlossen sich in Österreich Versehrtengruppen zusammen und es kam zu Vereinsgründungen, zu Lehrgängen als auch zu sportlichen Wettkämpfen. Vor allem die Versehrtenschiläufer können als die Pioniere des Versehrtensports in Österreich bezeichnet werden (Kneissl, 1984). Der Österreichische Skiverband (ÖSV) gründete bereits 1947 das „Referat für Krückenschillauf“ und 1948 das „Referat für Versehrtenschillauf“. Schwimmen zählte ebenfalls zu den ersten Behindertensportarten, da schon in den 40er Jahren diese Sportart in den Bundesländern Wien, Kärnten und Steiermark ausgeführt wurde (Österreichischer Behindertensportverband, 2008). Dennoch führten bereits 1945 Behinderungsgruppen auch andere verschiedene Sommer-, Hallen- als auch Wintersportarten aus. Ausgeführt wurden sie vor allem von Blinden, Amputierten

als auch Querschnittsgelähmten (Kneissl, 1984). Als Beispiel kann in diesem Zusammenhang auf die Turnermannschaft in der Steiermark, die Blindenskigruppe in Wien und die Skigruppe in Tirol, die sich im Jahr 1946 bildeten, aufmerksam gemacht werden. Diese und andere Sportgruppen der beginnenden Zweiten Republik wurden mit Hilfe des Österreichischen Skiverbandes und der Kriegsoferversverbände, die in dieser Zeit dem Versehrtensport auch eine kleine finanzieller Stütze war, oder in Eigenregie gegründet (Kneissl, 1988). Die Basis des Versehrtensports war dennoch von wenig finanziellen Hilfsmitteln und Unterstützung sowie Aufopferung geprägt (Kneissl, 1984).

Anfangs waren die Versehrten für ihr Sporttreiben des Öfteren mit Anfeindungen und Protesten von Teilen der Gesellschaft als auch Behördenvertretern konfrontiert. Die Versehrtensportler/innen trieben Sport aus Begeisterung zu ihm und nicht aufgrund ihrer Behinderung. Bald konnten schließlich auch viele dieser Kritiker vom positiven Wert des Sports von behinderten Menschen überzeugt werden (Kneissl, 1988).

Bald nahmen die sportlichen Aktivitäten Wettkampfcharakter an und 1947 fanden die ersten Versehrtenmeisterschaften in Österreich statt. Zu dieser Zeit wurden bereits auch die ersten Skikurse für Amputierte in Saalbach veranstaltet. 1948 wurde der erste Versehrtensportclub in Linz gegründet, weitere folgten in Wien und Graz (Prokop, 2001). Bereits Ende der 1940er Jahre wurden erste Wintersportwettbewerbe für Menschen mit Behinderung organisiert, 1949 fanden auch schon die ersten Weltwinterspiele der Gehörlosen in Österreich statt (Jahnke & Schüle, 2006). Im Jahr 1951 wurde die erste Versehrtensportwoche an der Bundesanstalt für Leibeserziehung in Wien ausgetragen, die seither jährlich in der österreichischen Bundesportschule Schiellen in der Steiermark durchgeführt wird und für alle Personen mit unterschiedlichsten Behinderungen sowie auch für geistig behinderte Menschen zugänglich ist. Im gleichen Jahr wurde zudem in Österreich das Versehrtensportabzeichen verliehen, um sportliche Leistungen von behinderten Menschen anzuerkennen. Seit dem Jahr 1951 wurden unterschiedliche Ausbildungsmöglichkeiten und Lehrgänge für Behindertensportbetreuer angeboten. Wie bereits erwähnt, fand im gleichen Jahr der erste Skilehrwartelehrgang für Kriegsbehinderte in St. Christoph am Arlberg statt, an dem vor allem Amputierte teilnahmen. Ab 1962 wurde der Bedarf an geschulten Sportbetreuern/innen und Sporttherapeuten/innen immer größer. Daher wurde in Wien ein eigenes Ausbildungsfach für Behindertensportlehrer/innen an der Bundesanstalt für Leibeserziehung eingeführt. Später waren diese Absolventen/innen in rehabilitativen Institutionen besonders gefragt (Prokop, 2001).

Ein Höhepunkt in der geschichtlichen Entwicklung des Versehrtensports in Österreich war, dass nach zahlreichen Vereinsgründungen in den jeweiligen Bundesländern auch auf

der Bundesebene 1958 der Österreichische Versehrtensport Verband (ÖVSV) geschaffen wurde (Scherney, 1991).

Im Jahr 1959 wurde der Verband der Querschnittgelähmten Österreichs (VQÖ) gegründet und schloss sich dem ÖVSV an. In dieser Zeit waren somit neben den Organisationen der Amputierten- und Blindensportler/innen drei Behindertengruppen im Verband vertreten (ÖBSV, 2017a).

Kneissl (1984) schreibt, dass die Pionierphase bzw. dessen Entwicklungsphase mit dem Jahr 1973 endete. Sie war eine sehr wichtige Zeit, da sie wesentliche Voraussetzungen für den modernen Versehrtensport setzte und von zahlreichen Veränderungen geprägt war (Kneissl, 1984). Dies ist vor allem auch in einem internationalen Kontext zu betrachten. In den 70er Jahren kam es zu einem Aufschwung an internationalen Sportwettkämpfen, wie den ersten Paralympischen Sommerspielen in Toronto 1976 oder den ersten Paralympischen Winterspielen 1976 in Schweden. Die Teilnahme an diesen sportlichen Wettkämpfen als auch die Vorbereitung für diese Großveranstaltungen hatten große Effekte bzw. Auswirkungen auf den österreichischen Behindertensport. Der Versehrtensport musste fortlaufend verändert, verbessert und an die Versehrten angepasst werden. Auch die Trainings- und Wettkampfvorbereitungen wurden zunehmend leistungsorientierter und verbessert. Zudem wurden Strukturen des ÖVSV immer wieder verändert und spezialisiert. Dies führte zu einer zunehmenden Professionalisierung des Behindertenleistungssportes. Des Weiteren etablierten sich nationale Vergleichswettkämpfe bzw. Staatsmeisterschaften für Menschen mit Behinderung und es kam zu Verbesserungen des Regelwerks und der Regulativen bei der Durchführung dieser nationalen Meisterschaften. Die Weiterentwicklung internationaler Vergleichswettbewerbe, aber auch auf nationaler Ebene, erforderte zudem Erweiterungen der Sportarten und zudem eine entsprechende Anpassung an die jeweiligen Behinderungsarten. Es entsteht somit eine wechselseitige Anpassung. Die Versehrten passen sich fortlaufend an den Sport an und auch der Sport passt sich an die unterschiedlichen Arten von Behinderungen an. Wie bereits im vorigen Kapitel angeführt, wird dieser Prozess immer wieder durch neue Behinderungsgrade, neue Sportarten und neue Wettbewerbe neu belebt werden (Kneissl, 1988; Scherney, 1991).

Die Perfektionszeit wurde als der zweite Abschnitt der Geschichte des österreichischen Behindertensportverbandes bezeichnet und war zu Beginn von einer stürmischen Entwicklung, vor allem aufgrund internationaler Wettbewerbe gekennzeichnet. Der Versehrtensport erfuhr in dieser Zeit durch den Bund und durch das Internationale Olympische Committee (IOC) eine Aufwertung in der Öffentlichkeit, da bei den Olympischen Spielen auch Demonstrationsbewerbe der Behindertensportler/innen

stattfinden. In der rasanten Entwicklung entstanden also auch der Kontakt zu nichtbehinderten Sportler/innen bzw. deren Sportorganisationen. Im ÖSVS wurde immer mehr Behinderungsarten aufgenommen. Neben den Kriegsversehrten, den Menschen mit Sinnesbehinderung (Blinde) wurden auch Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen (zerebral Bewegungsbeeinträchtigte und Querschnittgelähmte), als auch Geistigbehinderte und Mehrfachbehinderte im ÖSVS beheimatet, da sie zunehmend im Sport eine Lebensaufgabe sahen (Kneissl, 1988). Waren ursprünglich Kriegsversehrte und die traditionellen Behindertensportgruppen wie die Amputierten, Blinden und Querschnittsgelähmten im ÖVSV vertreten, entstanden immer mehr krankheitsbedingte und unfallgeschädigte Behinderungen von Menschen. So kam es 1982 zur Aufnahme von Menschen mit Cerebralparese im ÖVSV und 1985 wurden auch Sportler/innen mit Mentalbehinderung (Mehrfachbehinderung) im ÖVSV integriert (Österreichischer Behindertensportverband, 2008). Im ÖSVS wurden zudem Fachausschussanleitungen für Blinden-, Spastiker-, Rollstuhl-, Amputierten- und Mehrfachbehindertensport eingeführt, wodurch die fach- und behindertenspezifische Sporttätigkeit optimiert wurde. Der ÖSVS wurde ein geregelter Sportverband (Kneissl, 1988). „Der ÖSVS wird zu einem überparteilichen Dachverband für alle sporttreibenden Behinderten zu einem Behindertensportverband. So ist diese Etappe nicht nur gekennzeichnet von einer Entwicklung von der Improvisation zur Perfektion, sondern auch von der Entwicklung vom Versehrten-sport zum Behindertensport“ (Kneissl, 1988, S. 14).

Auf organisatorischer als auch inhaltlicher Ebene wurde der Wandel vom Versehrten- zum Behindertensport anhand der Namensänderung des Österreichischen Versehrten-sportverbands (ÖVSV) in den Österreichischen Behindertensportverband (ÖBSV) im Jahr 1989 ersichtlich (Scherney, 1991). Diese Umbenennung sollte signalisieren, dass der ÖBSV eine österreichweite Sportorganisation für alle behinderten Athleten/innen sein will. Damit einher ging die Öffnung des organisierten Sports in Österreich für alle sporttreibenden behinderten Menschen, unwesentlich mit welcher Behinderung, denn durch die Aufnahme der Gehörlosensportler/innen im Jahr 1989 waren in Österreich alle Behindertengruppen in einem Sportverband vereinigt (Österreichischer Behindertensportverband, 2008). Somit fand in Deutschland der Wandel vom Versehrten-sport zum Behindertensport mit der gleichzeitig einhergehenden Inklusion bzw. Ausweitung auf andere Behinderungsarten früher als in Österreich statt.

Ab 1988 versuchte man die bisher erreichten Ziele zu sichern, dem Behindertensport weiterhin zu modernisieren und professionalisieren und auch eine finanzielle Absicherung zu erreichen (Kneissl, 1988). 1976 wurde der ÖVSV bereits als außerordentliches Mitglied der österreichischen Bundessportorganisation (BSO) anerkannt. Im Folgenden kam es zu

Versuchen, dass der Sport von Menschen mit Behinderungen in einem Rehabilitationsgesetz verankert werden soll. Man strebte zudem eine ordentliche Mitgliedschaft bei der Österreichischen Sportorganisation (BSO) an. Dies sollte nicht nur einen finanziellen Vorteil, sondern auch eine ideelle Anerkennung bewirken. 2003 gelang es dem ÖBSV als ordentliches und auch stimmberechtigtes Mitglied der BSO anerkannt zu werden und er wurde in die wichtigsten Gremien der BSO mit Sitz und Stimme aufgenommen (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Um den finanziell immer aufwändiger werdenden Behindertenleistungssport mit zusätzlichen Mitteln zu unterstützen und ihn auch international bestmöglich vertreten zu können, wurde 1998 das ‚Österreichische Paralympische Committee‘ (ÖPC) ins Leben gerufen. Seit dem Jahr 2003 existiert durch eine Novellierung des Bundes-Sportförderungsgesetzes ein gesetzlicher Anspruch auf eine staatliche Sportförderung. Dadurch wurde eine gesetzliche Basis für die Finanzierung des Behindertensports als auch eine finanzielle Absicherung in Österreich geschaffen. Zudem wurde 2005 eine Individualförderung auf Grundlage der Sporthilfe eingeführt, die aus den Mitteln des Fonds zur Förderung des Behindertensports stammen. Der Fonds zur Förderung des Behindertensports (FFBS) wurde von den Österreichischen Lotterien eingerichtet. Dieser langfristige angelegte Fond unterstützt diverse Projekte des Behindertensports (Österreichischer Behindertensportverband, 2008; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009). Auch wenn die AUVA (Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt) als Geldgeber und finanzieller Unterstützer seit dem Jahr 1968 existierte und die Weiterentwicklung des Behindertensports in Österreich förderte, musste der ÖVSV zuvor meistens schwere finanzielle Krisen überwinden, da er von freiwilligen Förderungen abhängig war und diese jedes Jahr neu beantragen musste (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

3.4 Organisation, Strukturen und Aufgaben des österreichischen Behindertensportverbandes

Der Österreichische Behindertensportverband ist als Fach- und Dachverband als auch Interessenvertretung für alle Behindertensportorganisationen der wichtigste Träger des Behindertensports in Österreich und koordiniert die Sportorganisation behinderter Menschen in Österreich (ÖBSV, 2017b).

Der ÖBSV ist föderalistisch organisiert. In allen neun Bundesländern gibt es neben der Bundeszentrale in Wien jeweils einen Landesverband, die jeweils ordentliche Mitglieder des ÖBSV darstellen. Die jeweiligen Landesverbände sind für die Anliegen der

Behindertensportvereine in den Bundesländern verantwortlich und versuchen diese zu koordinieren. Die Vereine sind somit ordentliche Mitglieder des ÖBSV und Mitglieder der jeweiligen Landesverbände. Zudem sind sie unter anderem auch für die Veranstaltung der Landesmeisterschaften zuständig (ÖBSV, 2017b).

Das ÖBSV-Sportprogramm umfasst im Moment rund 40 unterschiedliche Sportarten von Breiten- bis Hochleistungssport, wobei die Bedürfnisse der unterschiedlichen Behinderungen von eigenen eingerichteten Kompetenz-Gremien (Fachausschüsse) koordiniert werden (ÖBSV, 2017b).

Im ÖBSV existieren auch Sportart-Referate, um im Bereich des Hochleistungssports gezielt arbeiten zu können und den internationalen Ansprüchen und Forderungen des Behindertensports gerecht zu werden. Die Sportart-Referenten/innen unterstützen Athleten/innen aus allen Behindertengruppen unabhängig von ihrer Art der Behinderung in einer gewissen Sportart und vertreten die einzelnen Sportdisziplinen. Sie bilden auch ein wichtiges Verbindungsglied zwischen dem ÖBSV und den inkludierenden Bundes-Sportfachverbänden (ÖBSV, 2017b). Die sportspezifischen Referate für Ski Alpin und Nordisch, Schwimmen und Radsport arbeiten eng mit den Fachverbänden des Nicht-Behindertensports zusammen, um den integrativen Ansatz zu gewährleisten. Weitere Referate für Leichtathletik, Tennis, Schießen und Tischtennis sind im Aufbau. Zudem gibt es noch je ein Referat für Jugend- und Seniorensport (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Das Generalsekretariat ist für tägliche büro- und finanztechnische Abläufe und Ausführungen zuständig als auch für die Kontaktaufnahme zu allen Mitgliedern und Ausschüssen verantwortlich (ÖBSV, 2017b).

Aufgrund der mittlerweile im ÖBSV beheimateten Sportbehinderungsgruppen kann zwischen den folgenden Bereichen des Behindertensports differenziert werden. Für diese Behinderungsgruppen existieren sechs Fachausschüsse, die für die jeweiligen Behindertengruppen alle relevanten Aufgaben koordinieren und wahrnehmen:

- Amputiertensport
- Blinden- und Sehbehindertensport
- Cerebralparetikersport
- Mentalbehindertensport (Sport für Menschen mit Lernschwierigkeiten)
- Hörbehindertensport
- Rollstuhlsport (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Der Aufgabenschwerpunkt dieser Fachausschüsse liegt vor allem darin, die Betreuung von unterschiedlichen Behinderungsgruppen im Bereich des Breitensports zu sichern, sprich, ihnen ein breites Bewegungs- und Sportangebot zu ermöglichen und die Kompetenz im Behindertensport weiterzuentwickeln (ÖBSV, 2017c).

Zur Koordinierung und Umsetzung des breitgefächerten Sportartenprogramms treffen sich die Fachausschüsse bei den Bundessportausschuss-Sitzungen. An diesen Sitzungen nehmen auch die Landessportwarte/innen, die Referenten/innen für Jugend-Seniorensport und Aus- und Fortbildung teil, um deren Anliegen zu besprechen (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Der ÖBSV ist im internationalen Bereich der österreichische Vertreter der betreuten Behinderungsgruppen bzw. Behindertensportdisziplinen und daher mit seinen Behindertensportgruppen auch Mitglied unterschiedlicher internationaler Sportverbände:

- International Wheelchair and Amputee Sports Federation (IWAS; Amputierten- und Rollstuhlsport)
- International Blind Sports Association (IBSA; Blindensport)
- Cerebral Palsy International Sports and Recreation Association (CP-ISRA; Cerebralparetikersport)
- International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability (INAS; Sport mit Mentalbehinderten)
- International Wheelchair Basketball Federation (IWBF)
- International Wheelchair Rugby Federation (IWRF)
- International Federation of CP-Football (IFCPF)
- Federation Internationale De Powerchair Football Association (FIPFA) (Österreichischer Behindertensportverband, 2008; ÖBSV, 2017d).

Zu erwähnen sei noch, dass sich die internationalen behindertenspezifischen Sportorganisationen seit den 1950er Jahren formierten, um die spezifischen Interessen der jeweiligen Behinderungsgruppen zu vertreten (Röthig & Prohl, 2003).

Wie bereits erwähnt, ist der ÖBSV seit 1996 Mitglied der Bundes-Sportorganisation (BSO). Seit 2003 ist der ÖBSV durch eine Umstrukturierung der BSO auch in finanziellen Angelegenheiten stimmberechtigt. Ein eigener Ansprechpartner für den Sport behinderter Menschen im Sportministerium wurde im Jahr 2006 eingerichtet (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Der ÖBSV ermöglicht einen sportlichen Vergleich auf nationaler und internationaler Ebene, da er nationale und internationale Wettkämpfe für den Behindertenleistungssport als auch für den Behindertenbreitensport organisiert und veranstaltet. Weitere Aufgaben sind die Durchführung von Kursen und Lehrgängen, die Beschickung von nationalen und internationalen Wettkämpfen und die Erarbeitung von Regulativen. Zudem organisiert der ÖBSV die Österreichischen Meisterschaften und diese werden von einer Landesorganisation durchgeführt. Der ÖBSV übernimmt aber auch Teile der Finanzierung, Vorbereitung und Entsendung österreichischer Spitzenathleten/innen für die Paralympischen Spiele, Europa- und Weltmeisterschaften. Verantwortlich für die Erstellung des Kaders ist der Sportausschuss. Der/die Sportwart/in hat die Leitung des Sportausschusses inne (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Zusammenfassend kann man sagen, „der ÖBSV ist ein ‚Multisparten-Fachverband‘ für den Amputierten-, Blinden- Rollstuhl-, CP-, Mentalbehinderten- und Hörbehindertensport. Er ist zugleich ein Dachverband, denn er vereinigt die Landesverbände mit den Vereinen und die nach Behinderungsarten differenzierten Fachausschüsse“ (Österreichischer Behindertensportverband, 2008, S. 30).

Diese speziellen behinderungsspezifischen Strukturen des ÖBSV, wie die Behindertensportvereine, die Fachausschüsse, die Sportreferate, die für die Betreuung der österreichischen Spitzenathleten/innen verantwortlich sind und mit den jeweiligen Fachverbänden zusammenarbeiten, ermöglichen es, dass behinderte Menschen auf ihrer gewählten Ebene Sport ausüben können und somit ihre Lebensqualität steigern können (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

3.5 Ebenen des Behindertensports

Wie in dieser Arbeit bereits erwähnt, kann der Behindertensport auf drei Ebenen betrieben werden. Man unterteilt ihn in Rehabilitationssport, Breiten- und Freizeitsport und in den Leistungs- und Wettkampfsport. In diesem Kapitel sollen diese drei Bereiche genauer analysiert werden, wobei der Leistungs- und Wettkampfsport vordergründig behandelt wird. Schließlich sind die Paralympics eindeutig dieser Ebene zuzuordnen.

3.5.1 Rehabilitationssport

Rehabilitation umfasst einige Maßnahmen. Medizinische Maßnahmen verfolgen das Ziel, Behinderung zu minimieren, pädagogische Maßnahmen sind für eine bestmögliche Bildung und Erziehung behinderter Jugendlicher, und berufliche und soziale Maßnahmen

ermöglichen Menschen mit Behinderung eine bessere Integration in die Gesellschaft (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 1993).

Vorraussetzung für eine Rehabilitation ist das Bewusstmachen und die Akzeptanz der Behinderung, eine klare und gefühlsfreie Bindung zu ihr und die Anregung der restlichen psychischen und physischen Kräfte. Selbständigkeit ist hierfür ganz wesentlich. Körperliche Aktivität setzt diese Bindung voraus, da nur solch eine Einstellung erfolgreich sein kann. Diese Einstellung ist den Rehabilitationsträgern mittlerweile bewusst geworden. Daher ist Sport mit der Begrifflichkeit ‚Rehabilitationssport‘ als zusätzliche Rehabilitationsmaßnahme im sozialen Leistungsrecht verankert worden (Scheid & Rieder, 2000). „Rehabilitationssport ist im sozialen Leistungsrecht definiert als ergänzende Leistung zur Rehabilitation und muss deshalb ärztlich verordnet sein“ (Zimmer, 2000, S. 89). Diese begleitende therapeutische Maßnahme ist demnach eine Heilmaßnahme, welche gesetzlich anerkannt ist (Röthig, 1992). Ein Synonym für den Rehabilitationssport ist ‚ambulanter Behindertensport‘, welcher eben auch finanziell von den Krankenkassen unterstützt wird (Rheker, 2005).

Rehabilitationssport ist sekundäre Prävention mit dem Ziel, Risikofaktoren zu vermindern, auszuschalten, Krankheiten vorzubeugen oder aktuelle Behinderungen, Beschwerden zu mildern, dadurch einen entsprechenden Gesundheitszustand, Fitneß [sic!] und Widerstandskraft aufzubauen und durch eine adäquate Lebensführung zu sichern. Die tertiäre Prävention ist ebenfalls Aufgabenfeld des Rehabilitationssports, da irreversible Behinderungen sich ohne Bewegungsbehandlungen verschlechtern und Befindlichkeit und Lebensgefühl stark beeinträchtigt würden. (Rieder, 1996, S. 39)

Unter Sekundärprävention versteht man jene Maßnahmen, die versuchen, den ursprünglichen Gesundheitszustand nach einer Erkrankung, Schädigung oder Verletzung wiederherzustellen. Tertiärprävention versucht, irreversible Störungen oder chronische Erkrankungen zu behandeln und eine Verhinderung von weiteren Sekundärbeeinträchtigungen zu bewirken. Dieser Gruppe werden Menschen mit Behinderung zugeordnet. Sportliche Aktivität wird sowohl in der Sekundär- als auch in der Tertiärprävention eingesetzt, und man geht nicht nur von körperlichen, sondern auch von einer psychischen als auch sozialen Wirkungen aus (Wegner, 2001b).

Der Rehabilitationssport kann einerseits bewegungstherapeutische Übungen beinhalten, die in einer Gruppe ausgeführt werden. Deren Auswahl als auch die gezielte Anwendung orientiert sich an der Behinderung. Andererseits umfasst Rehabilitationssport auch

Sportarten, die während der Durchführung ärztlich betreut oder überwacht werden können und bei denen keine erhöhte Verletzungsgefahr besteht bzw. kein weiteres gesundheitliches Risiko eingegangen wird. Beispiele für diese Sportarten wären Schwimmen, Bewegungsspiele oder Leichtathletik. Die Durchführung des Rehabilitationssports soll von einem/einer Sportlehrer/in angeleitet werden, der/die spezielle Ausbildungen in diesem Bereich nachweisen kann (Kosel & Froböse, 1999).

3.5.2 Breiten- und Freizeitsport

Freizeitsport ermöglicht durch seine Offenheit an Organisationsmöglichkeiten und durch sein vielseitiges Sportangebot auf die differenzierten Erwartungen und Bedürfnisse von behinderten Menschen einzugehen. Am Freizeitsport können viele Behindertengruppen als auch Menschen ohne Behinderung teilnehmen, und er eignet sich somit zur Kommunikation, sozialen Interaktion und Integration (Rheker, 2002).

Zudem kann der Breiten- und Freizeitsport zum Erhalt der Leistungsfähigkeit und zur Vorbeugung weiterer Schäden von behinderten Menschen beitragen. Nach dem zeitlich begrenzten Rehabilitationssport ist es von großer Bedeutung, weiterhin sportlich aktiv zu bleiben und am Breiten- und Freizeitsport teilzunehmen, um den oft durch die Behinderung bedingten Bewegungsmangel auszugleichen (Kosel & Froböse, 1999).

„Breitensport wird vergleichbar dem Nichtbehinderten-Sport als Vereinssport betrieben. Auch hier ist ein behindertenorientiertes Angebot das wesentliche Merkmal. (Zimmer, 2000, S. 89). Breitensport von behinderten Menschen weist demnach gegenüber dem Breitensport von Menschen ohne Behinderung keine wesentlichen Unterschiede auf. Im Mittelpunkt stehen differenzierte Spiel- und Sportmöglichkeiten. Der Wettkampf- und Leistungsgedanke ist dabei nicht vordergründig, sondern es geht dabei um Wohlergehen und Freude an der sportlichen Aktivität. Dennoch können auch durch Breitensportwettkämpfe und Sportfeste sportliche Leistungen verglichen werden. Die Sportausübung soll von qualifizierten Trainern/innen betreut und angeleitet werden (Wegner, 2001b). Sie sollen im sozialen Gefüge des Vereins dazu beitragen, dass „der Breitensport von Menschen mit Behinderungen eine weitere Stufe in der Rehabilitation und gesellschaftlichen Integration darstellt“ (Wegner, 2001b, S. 104).

Nach Röthig und Prohl (2003) wird für Freizeitsport im internationalen Kontext die Bezeichnung ‚Sport für alle‘ verwendet. Somit umfasst der Freizeitsport den Erholungssport, Familiensport, Breitensport, Alltagssport, Integrationssport, Gesundheitssport, Sozialsport, Alternativsport, Urlaubssport, Ausgleichssport uvm. Diese große Vielzahl an Wortbedeutungen weist auf die dynamische Eigenschaft eines

Sportverständnisses hin, welche sich nicht nur mehr an den Regeln und Sportarten der internationalen Sportfachverbände ausrichtet. Seit den 80er Jahren gibt es eine Menge an Erklärungsmodellen zum gegenwärtigen Sport. Trotz der systematischen Unterschiedlichkeit in begrifflicher Hinsicht kann folgende Strukturierung vorgenommen werden, die inhaltlich soweit übereinstimmt:

- Breitensport wird als klassisches, wettkampfbezogenes Sportmodell' bezeichnet, welches sich durch Amateurcharakter auszeichnet und auf allen unteren Vereinsebenen ausgeführt wird. Einige Sportarten werden mit großem Interesse regelmäßig wettkampfmäßig am Wochenende ausgeführt, andere Sportarten seltener.
- Freizeitsport wird als ‚Spaßsport‘ oder als Alltagssport betrieben. Daran können durch regelveränderte Spielformen unterschiedliche Altersgruppen teilnehmen, sowie auch leistungs- und geschlechtsheterogene Gruppen. Zudem existiert ein hoher Grad an Selbstbestimmung. Die Angebote beschränken sich nicht nur auf Vereinsebene, sondern werden auch von privaten Institutionen, Volkshochschulen, Kirchengruppen und kommerziellen Einrichtungen angeboten.
- Gesundheitssport bzw. Sozialsport wird als Dienstleistung zur Prävention oder Rehabilitation, als soziale Integrationsmaßnahme oder zur Resozialisation angeboten.
- Alternativsport wird als eine neue Spiel- und Bewegungskultur' bezeichnet, die sich beispielsweise durch die Wiederbelebung von Bewegungskünsten und durch die Integration von Bewegungs- und Spielformen anderer Kulturen auszeichnet und meist von Erwachsenen in Vereinen oder an Hochschulen ausgeführt wird (Röthig & Prohl, 2003).

3.5.3 Leistungs- und Wettkampfsport

Auch Behindertensportler/innen wollen sich mit anderen behinderten Menschen messen, wollen an ihre körperlichen Grenzen gehen und wollen ihre Leistung in konkurrierender Weise mit anderen Leistungen vergleichen. Der/die Athlet/in begibt sich durch regelmäßigen und hohen Übungsaufwand auf die Ebene des Leistungs- und Wettkampfsports (Scherney, 2002).

Der Leistungssport bzw. Hochleistungssport von behinderten Menschen ist mit dem Spitzensport von Nichtbehindertensportlern/innen vergleichbar, da es die gleichen bzw. ähnliche Prinzipien verfolgt (Röthig & Prohl, 2003). Denn auch Sportler/innen mit Behinderung betreiben Hochleistungssport, um eine individuelle Höchstleistung zu

erzielen. Dies verlangt ein Höchstmaß an persönlichem Einsatz, um an die bestehenden absoluten Normen des Rekords heranzukommen oder neue Normen zu setzen. So wird Leistungssport für Menschen mit Behinderung im engeren Sinne zu Leistungs- bzw. und Spitzensport. Dafür sind ein spezielles Training und eine Spezialisierung notwendig (Röthig, 1992).

Auch der Deutsche Behindertensportverband (1998, S.5) definiert Leistungssport in vergleichbarer Weise und fügt demzufolge noch wesentliche Punkte hinzu:

Unter Leistungssport versteht man den mit dem Ziel der Erreichung einer persönlichen Höchstleistung betriebenen Sport. Leistungssport kann je nachdem, ob Leistung als absoluter oder relativer Wert aufgefasst wird, einen engen oder weiten Bedeutungsspielraum erhalten. Im weiteren Sinne ist jedes Sporttreiben Leistungssport, da der Leistungsvollzug einen Grundbestandteil des Bewegungsverhaltens darstellt, das sich in verschiedenen Sportarten (...) konkretisiert. Das entscheidende Kriterium für den Leistungssport im weitesten Sinn ist das an persönlichen und damit an relativen Grenzen orientierte Anspruchsniveau der Leistungssport treibenden Menschen. (DBSJ, 1998, p. 5, zit. n. Doll-Tepper, 2002a, S. 257)

Der Wettkampfgedanke und das Streben nach einer eigenen Bestleistung bestimmen somit den Leistungssport. Wie bei Spitzensportler/innen ohne Behinderung müssen Behindertensportler/innen regelmäßig körperlich trainieren und werden durch regelmäßige ärztlichen Sportkontrollen und Anleitungen unterstützt (Wegner, 2001b). Behindertenleistungssportler/innen betreiben einen großen Trainingsaufwand, der von 8 bis 15 Stunden pro Woche ausmachen kann und geht über das natürliche Maß an Trainingsstunden hinaus (Kosel & Froböse, 1999). Leistungssportler/innen mit Behinderung müssen auch nach den aktuellsten und modernen sportwissenschaftlichen Erkenntnissen vorbereitet werden. Trainingsaufbau und Wettkampfvorbereitung wird wie bei nichtbehinderten Spitzensportler/innen in gleicher Weise absolviert. Der sportliche Leistungsvergleich findet durch die Teilnahme an nationalen und internationalen Behindertenwettbewerben statt (Scherney, 2002).

Wichtig ist dabei zu betrachten, dass der Leistungsvergleich mit Nichtbehinderten Sportler/innen nicht im Mittelpunkt steht, sondern eine Gegenüberstellung zwischen

Sportler/innen mit Behinderung, die eine vergleichbare Schädigung aufweisen. Für Behindertensportler/innen sind die Paralympics, die im Anschluss an die Olympischen Spiele und an den gleichen Wettkampfstätten wie die Olympischen Spiele stattfinden, der Höhepunkt im internationalen Vergleichskampf (Wegner, 2001b). In den letzten Jahren wurde immer öfters sogar 'Paralympischer Sport' als Synonym für den Behindertenleistungssport verwendet (Doll-Teppe, 2002a). Für geistig behinderte Menschen stellen dies auf internationaler Ebene die 'Special Olympics' dar (Wegner, 2001b). Für die gehörlosen Spitzenathleten/innen ist die Teilnahme an den Deaflympics das höchste sportliche Ziel (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009). Die Deaflympics (Weltspiele für Gehörlose) werden alle zwei Jahre veranstaltet. In diesem Zusammenhang ist wichtig anzumerken, dass Athleten/innen mit Hörschädigung bzw. gehörlose Sportler/innen nicht an den Paralympics teilnehmen. Somit sind die Paralympics ein sportliches Großereignis für amputierte, sehbehinderte, mentalbehinderte Sportler/innen sowie für Menschen mit Behinderungen am Stütz- und Bewegungsapparat, mit Störungen des zentralen Nervensystems (Zerebralparetiker) und Rollstuhlsportler/innen (Scherney, 2002).

Nicht jeder/jede Behindertensportler/in kann ein/e Leistungssportler/in sein. Der Behinderungsgrad bzw. die Schwere der Behinderung, die Begabung und die Veranlagung, die körperliche und geistige Verfassung sind schließlich entscheidend, ob ein Mensch mit Behinderung am Behindertenleistungssport erfolgreich als auch ohne Folgeschäden teilnehmen kann (Scherney, 2002). Auch die apersonalen Vorraussetzungen sind wichtig, damit Behindertensportler/innen einen Spitzensport betreiben können. Mit apersonalen Vorraussetzungen sind das Umfeld, wie die familiäre und berufliche Situation und auch die räumlichen Möglichkeiten zur Ausführung des Sports gemeint (Quade, 2000). Mittels des Klassifizierungssystems bzw. mit definierten Schadensklassen, die in den Wettkampfbestimmungen geregelt sind, versucht man, vergleichbare Gegebenheiten und faire Wettkampfbedingungen für Athleten/innen mit Behinderung zu schaffen (Wegner, 2001b). Aufgrund dieses Systems sollen nur Athleten/innen mit vergleichbaren und ähnlichen funktionellen Beeinträchtigungen, verbliebenen Fähigkeiten bzw. Schäden in Wettkämpfen gegeneinander antreten. Somit wird das Prinzip der Chancengleichheit verfolgt. Anhand der definierten Schadensklassen werden die Wettbewerbsdziplinen der Sommer- und Wintersportarten, sowie die unterschiedlichen Sportspiele festgelegt. Innerhalb der jeweiligen Schadenklassen werden ebenfalls auch die Leistungsbewertungen als auch die Anerkennung von Rekorden vollzogen. Das Klassifizierungssystem ist ein sehr komplexes und für einen nicht informierten/e Zuschauer/in kaum durchschaubar. Dies wird des Öfteren als Ursache

genannt, warum ein Desinteresse gegenüber dem Behindertensport besteht (Kosel & Froböse, 1999). In den neueren Klassifizierungsansätzen gibt es eine Erweiterung neben den rein medizinischen und sportunspezifischen Kriterien. Es wird nun auch nach funktionalen Aspekten der jeweiligen Behinderung klassifiziert. Dabei werden die rein medizinischen, verhaltensbezogenen und funktionsspezifischen Eigenschaften und Kriterien einbezogen (Wegner, 2001b). Da Behinderungsgruppen unterschiedliche Behinderungsbilder aufweisen können, ist die funktionelle Klassifizierung ein gerechteres Einstufungssystem als die rein medizinische. Bei der rein ‚medizinischen Klassifikation‘ wurden die Sportler/innen ausschließlich nach ihren verschiedenen Behinderungsbildern gruppiert. Zudem bewirkte die funktionelle Klassifikation auch eine Reduzierung der Schadensklassen, wodurch auch für Zuschauer eine überschaubarere und nachvollziehbarere Struktur entsteht und diese damit auch positive Auswirkungen für deren Interesse mit sich zieht (Jahnke & Schüle, 2006).

Der Behindertenleistungssport hat sich in den letzten Jahren stark weiter entwickelt und wurde zunehmend professionalisiert. Auch wenn nur 5% aller österreichischen Behindertensportler/innen Spitzenleistungssport betreiben, wurden in Österreich einige finanzielle Mittel auf die Beine gestellt. Zu erwähnen ist hier beispielsweise der ‚Fonds zur Förderung des Behindertensport‘, welcher 2003 ins Leben gerufen worden ist. Um Spitzensportler/innen bestmöglich zu unterstützen und zu fördern, wurde wie schon erwähnt, 1998 das Österreichische Paralympische Committee (ÖPC) gegründet. Durch die Weiterentwicklung und Leistungsverbesserung des Behindertenleistungssports im internationalen Raum wird eine intensive Vorbereitung aller österreichischen Athleten/innen gefordert. Dies bedeutet für Sportler/innen einen ständig steigenden Erfolgsdruck, was dazu führt, dass sie ihrem Sport mehr Zeit widmen müssen und auf eine ständige Verbesserung der Technik und des Materials hinarbeiten müssen (Österreichischer Behindertensportverband, 2008). Leistungssport von Menschen mit Behinderung fördert die Weiterentwicklung von Hilfsmitteln, wie zum Beispiel Spezialrollstühlen oder Prothesen, da das erarbeitete Wissen im Sport von den Herstellern für die Alltagshilfsmitteln genutzt wird (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

Viele Behindertensportler/innen nehmen an internationalen Wettbewerben als Amateursportler/innen teil, da sie weiterhin berufstätig bleiben müssen. Nicht viele Sportler/innen können professionell arbeiten, da nur wenige unterstützt werden können und somit ein optimales Umfeld für deren Leistungssport haben (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2009).

3.6 Aufgaben, Funktionen und Ziele des Behindertensports

Sport spielt für das Wohlbefinden von Menschen mit Behinderung eine besondere Rolle. Allgemein kann man sagen, dass Sport behinderter Menschen die gleichen Ziele verfolgt wie körperliche Aktivität von nichtbehinderter Menschen. Zudem spielt Sport für Menschen mit Behinderung eine große therapeutische Rolle und hat für die physische, soziale und psychologische Rehabilitation der Behindertensportler/innen eine große Bedeutung (Guttmann, 1979).

Guttmann (1979) nennt drei Zielsetzungen des Behindertensports:

- Sport als kurativer Faktor: Behindertensport beinhaltet eine heilende Funktion, ist eine ergänzende Heilmaßnahme zu krankengymnastischen Übungen und dient zur physischen Wiederherstellung. Behinderte Menschen lernen im Wettkampf ihre Leistung zu steigern und zudem ihre Müdigkeit zu überwinden.
- Der rekreative Wert des Sports und seine psychologische Bedeutung: Sport ist mehr als nur Rehabilitation. Behinderte Menschen lernen dabei sich zu überwinden. Dies ist für einen behinderten Menschen, der generell mit schwierigeren Situationen im Leben konfrontiert ist, von wesentlicher Bedeutung. Die Motivation und die Willensstärke zur körperlichen Aktivität und der Wunsch nach Lebensfreude verhelfen zur Wiederherstellung des psychischen Gleichgewichts. Dies befähigt den Mensch mit Behinderung mit seinem körperlichen Schaden besser klar zu kommen. Zudem ist das Ziel des Sports Selbstdisziplin, Selbstsicherheit, persönliche Würde, geistige Aktivität sowie das Gefühl für Wettkampf und Freundschaft bzw. Verbundenheit zu fördern.
- Sport als Mittel zur sozialen Integration: Durch körperliche Aktivität können Kontakte mit der Umwelt neu belebt oder wiederhergestellt werden, die eine soziale Reintegration in die Gesellschaft beschleunigen und begünstigen. Gemeinsames Sporttreiben von behinderten und nichtbehinderten Menschen führt zu einem gegenseitigen besseren Verständnis (Guttmann, 1979).

Laut Wegner (2001b) werden durch Guttmann (1979) drei spezielle Zielsetzungen angesprochen, die therapeutische-kurative, sprich die körperliche, die psychologische und die soziale Zielsetzung (Wegner, 2001b). Rieder (1996) weist darauf hin, dass psychosoziale Effekte des Behindertensports eine größere Bedeutung für Menschen mit Behinderung aufweisen als die motorischen und körperlichen Ziele des Behindertensports (Rieder, 1996).

Kosel und Froböse (1999) unterscheiden hingegen zwischen allgemeinen und speziellen Aufgaben bzw. Zielen des Behindertensports. Allgemeine Zielbestimmungen des Behindertensports enthalten praktische Maßnahmen und Konzepte: die Prävention von Behinderung und Krankheit, die berufliche, gesundheitliche und soziale Reintegration von Menschen mit Behinderung und die Realisierung von Sport auf allen Ebenen. Der Behindertensport ist, wie bereits angesprochen, von sehr großer Bedeutung für den Rehabilitationsbereich, den Guttman (1979) als den kurativen Faktor beschreibt. Die allgemeinen Aufgaben und Ziele bilden für Menschen mit Behinderung als auch für nichtbehinderte Menschen die Basis für eine konsequente Gestaltung und Umsetzung sportlicher Aktivitäten und lassen sich in nachstehende Zielbestimmungen zusammenfassen:

- Kondition und Funktionstraining
- Wahrnehmungsförderung
- Fertigungs- und Bewegungsbildung
- Anwendung- und Bewegungsgestaltung und Leisten (Kosel & Froböse, 1999).

Diese Hauptpunkte sind nicht eigenständig zu betrachten, sondern sind eng miteinander verbunden. Die aufgezeigten Schwerpunkte orientieren sich an den unterschiedlichen Sportarten und werden im Behindertensport primär von der Behinderung bestimmt. Des Weiteren sind noch soziale, emotionale und kognitive Funktionen des Behindertensports zu nennen (Kosel & Froböse, 1999).

Die behinderungsspezifischen Aufgaben und Ziele werden von den allgemeinen Zielbestimmungen entwickelt und abgeleitet. Sie werden von den jeweils spezifischen Voraussetzungen der Behinderung und ihren psychologischen Konsequenzen bestimmt. Bei der Planung und Umsetzung behinderungsspezifischer Aufgaben darf nicht die Behinderung mit ihren Beeinträchtigungen das Hauptaugenmerk sein, vielmehr stehen die verbliebenen Fähigkeiten der behinderten Personen im Vordergrund. Die individuellen Körperverhältnisse oder Sinnesbehinderungen von den jeweiligen Behindertensportlern/innen erfordern eine weitere Unterscheidung der Aufgabenstellung und Zielangaben. Die Individualisierung aufgrund der verschiedenen Behinderungsgrade ist im Behindertensport von großer Wichtigkeit zu sehen (Kosel & Froböse, 1999).

Kurz (1986; zit. n. Wegner, 2001b, S. 109) teilt die Vielschichtigkeit der Wert- bzw. Sinndimension von Sport in sechs Punkte ein, die für jeden Sport und somit auch für den Behindertensport von Relevanz sind:

- Die körperliche Tätigkeit bewirkt ein Wohlergehen und man erwartet sich dadurch positive Auswirkungen auf die Figur und Gesundheit.
- Körperliche Aktivität vermittelt Erlebnis, Gefühle und Sensation und man erfährt dadurch besondere Erfahrungen.
- Bewegungsausführungen bedeuten Ästhetik, Ausdruck und Gestaltung, wo man sich ausdrücken und kommunizieren und auch anderen Mitmenschen Gefühle mitteilen kann.
- Vergleicht man sich mit anderen, bzw. verlangt man etwas persönlich von sich, dann gehört Leistung, Selbstsicherheit und Aktivierung unmittelbar dazu und wird im Erfolg oder Verlust, im Gelingen oder Scheitern von dem/der Athleten/in durchlebt.
- Sportlicher Leistungsvergleich bedeutet durch die Unvorhersehbarkeit des Ausgangs auch Abenteuer, Dramatik, Neugier und Anspannung, die in ihrer risikoreichen Situation sehr lustvoll empfunden werden kann.
- Die Zusammengehörigkeit, die Geselligkeit und das Gemeinsame durch sportliche Tätigkeit ist oft spontan und nicht gezwungen und ein wesentlicher Gesichtspunkt, immer wieder zusammenzukommen und das Miteinander in Kooperation aber auch Konkurrenz spüren zu wollen (Kurz, 1986; Wegner, 2001b, S. 109).

Quade (2000, S. 24) fasst folgende Zielbereiche des Behindertensports zusammen, die im Positionspapier des Deutsche Behinderten-Sportverbandes von 1997 beschrieben werden.

- Erhaltung und Steigerung der verbliebenen körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit,
- die Aktivierung der Eigeninitiative,
- die Überwindung von Hemmungen und Hemmnissen,
- der Aufbau und die Festigung der inneren Stabilität, der Identität und des Selbstvertrauens,
- die Einnahme eines festen und anerkannten Platzes in der Gesellschaft,

- die Behauptung im Wettstreit mit Nichtbehinderten. (Quade, 2000, S. 24)

Rheker (2005) fasst die Zielsetzungen der unterschiedlichen Ebenen des Behindertensports zusammen. Die Aufgabe des Rehabilitationssports ist es, den Reha-Prozess fortzusetzen und dadurch eine gesellschaftliche Integration zu gewährleisten. Breitensport verfolgt die Ziele, der zweckfreien sportlichen Durchführung, Freude am Bewegungs-, Spiel- und Sportangebot und zudem fördert Behindertenbreitensport die Gesundheit und die Geselligkeit. Ziel des Leistungssports ist es, dass sich Behindertenathleten/innen sportlich gegeneinander messen können, sprich deren Leistung vergleichen können und den Wettkampfgedanken nachgehen können (Rheker, 2005).

3.7 Klassifizierung im Behindertensport

Es gibt eine Vielzahl an Wettbewerben und Behinderungsklassen im Behindertenleistungssport. Dies bewirkt eine verringerte Transparenz der sportlichen Leistungen von behinderten Menschen in der Gesellschaft. Im Zusammenhang mit einer besseren Medienpräsenz wird die Forderung nach einer Reduzierung von Behindertenklassen und auch der Bewerbe immer größer. Dies wird auch vermehrt durch die immer größer werdende Klassenzusammenlegung und durch die neuen Wettkampfsysteme (neue Klassifizierungsansätze, Prozentsysteme, Punktebewertungen) gewährleistet. Dennoch ist die Erhaltung eines differenzierten Systems wichtig, um die behinderungsabhängigen Leistungen der Athleten/innen gerecht bewerten zu können. Somit wäre es wichtig, wenn die mediale Berichterstattung dieses komplexe System interpretiert und reflektiert bzw. Informationen über die jeweiligen Klasseneinteilungen gibt, um die sportlichen Leistungen der behinderten Menschen in der Öffentlichkeit nachvollziehbarer und transparenter zu machen (Österreichischer Behindertensportverband, 2008).

Klassifizierungen existieren nicht nur im Behindertensport. Auch im Leistungs- und Wettkampfsport der Nichtbehindertensportler/innen, wie Gewichtheben und Judo, gibt es Klassen bzw. Klassifizierungssysteme. Durch die Klassifizierung sollen Menschen mit Behinderung für den Wettkampfsport motiviert werden, weil sie wegen körperlicher Defizite keine Möglichkeit auf eine erfolgreiche Partizipation hätten. Durch das Klassifizierungssystem werden Behindertenathleten/innen entsprechend ihrem Behinderungsgrad in jeder Sportart in unterschiedliche Klassen eingeteilt bzw. in ähnliche

Gruppen zusammengefasst, damit deren Leistungen miteinander vergleichbar werden und somit die Chancengleichheit für alle Behindertensportler/innen im Wettkampf gewährleistet ist (ÖBSV, 2017e).

Für die Zuteilung bzw. Einstufung des/der Athleten/in zur jeweiligen Sportklasse ist ein Klassifizierungsteam zuständig. Um diese Klassifizierungen ausführen zu können, müssen die Klassifizierer/innen eine eigene sportartspezifische Ausbildung ablegen. Vor dem Wettbewerb müssen Behindertensportler/innen ihre IPC-Klassifizierung vorweisen. Da sich Beeinträchtigungen im Laufe der Jahre verändern können, kann es sein, dass eine Neubewertung der Klassifizierung im Verlauf der sportlichen Karriere ausgeführt werden muss (ÖPC, 2017c).

Für jede unterschiedliche Disziplin benötigt man unterschiedliche Fähigkeiten und Fertigkeiten, somit hat jede Sportart auch ihr eigenes Klassifizierungssystem. Die sportliche Leistung in den unterschiedlichen Wettbewerben kann je nach Grad der Beeinträchtigung bzw. Einschränkung eines/einer Sportlers/in unterschiedlich beeinflusst werden. Beispielsweise hat das Fehlen eines Armes in Laufbewerben eine geringere Auswirkung auf die sportliche Leistung als bei einem Schwimmbewerb. Daher können Athleten/innen mit verschiedenen Beeinträchtigungen in eine Sportklasse zusammengelegt werden, je nachdem, wie sehr die Behinderungsart die sportliche Leistung in der jeweiligen Sportdisziplin beeinflusst (ÖPC, 2017c).

Die Handicaps, die behinderte Menschen beim Leistungssport haben, sind viel größer, differenzierter und vielfältiger als bei Nichtbehindertensportler/innen. Beispielsweise haben blinde Athleten/innen eine andere Beeinträchtigung als körperbehinderte Sportler/innen oder selbst die Athleten/innen mit Behinderungen der Arme bilden eine ungleiche Gruppe, auch wenn all deren Beine voll funktionstüchtig sind. Die Vielfalt der verschiedenen Behinderungskategorien bzw. und Behinderungsarten führte zur Auswahl spezifischer Sportdisziplinen und zu einer Entwicklung eigener Klassifizierungssysteme (ÖBSV, 2017e).

Grundsätzlich werden drei Arten bei der Klassifizierung unterschieden:

- Nach **Art der Behinderung** (Amputierte, Sehbehinderte, Cerebralparetiker, Mentalbehinderte, Hörbehinderte und Rollstuhlfahrer/innen), abhängig von der ärztlichen Diagnose. Diese Behinderungsarten werden im Folgenden unter den Punkten 3.7.1 genauer beschrieben.

- Nach **Ausmaß der Funktion**, ausgehend von der Sportart und der Fähigkeit des/der Sportlers/Sportlerin, trotz Beeinträchtigung diese Disziplin durchzuführen, beispielsweise Radfahren, Schwimmen, Tischtennis uvm. Durch dieses integrative System werden verschiedene Behinderungsarten bzw. -gruppen in einer Klasse zusammengefasst. Sportspezifische Testreihen erheben die funktionelle Klasse und werden durch Beobachtungen im Wettbewerb überprüft. Durch diese vorteilhafte funktionelle Klassifizierung können Athleten/innen mit ähnlichen funktionellen Fähigkeiten, aber möglicherweise mit unterschiedlichen Behinderungsformen gemeinsam in einer Disziplin bzw. einem Bewerb an den Start gehen bzw. gegeneinander antreten.
- **Nach dem Handicap**: Um die sportliche Leistung einzuschätzen, wird der Funktionsverlust numerisch beziffert. Die Handicapwertung im Golfsport der Nichtbehinderten wird als Vorbild gesehen (ÖBSV, 2017e).

Erstmals kam diese Änderung im Klassifizierungssystem im Jahr 2006 bei den Winterspielen in Turin zum Einsatz, um das Wettkampfsystem noch transparenter zu machen und um die Anzahl der Klassen zu reduzieren. Dabei werden die funktionellen Aspekte noch mehr berücksichtigt. Das Handicap- bzw. ‚Faktor-System‘ (Punktesystem) wird im Alpinen Skilauf angewendet, das ‚Prozent-System‘ im Nordischen Skilauf. Im alpinen Skilauf gehen nur mehr drei verschiedene Klassen an den Start. Die individuellen Endzeiten werden mit einem Faktor, der für die jeweiligen Behindertenklassen festgelegt ist, multipliziert und können somit gewertet werden. Um eine regelmäßige Evaluierung zu gewährleisten, werden nach jedem Rennen anhand der vorliegenden Resultate die Faktoren aller Klassen neu berechnet. „Bei dem ‚RHC-KREK-System‘ (‚Realistic Handicap Competition und Kreative Renn Ergebnis Kontrolle‘) des Alpinen Skilaufs wird die Faktorenberechnung (reale Zeit multipliziert mit behinderungsspezifischem Faktor) jeweils innerhalb der drei Klassen der blinden, stehenden und sitzenden Skifahrer durchgeführt (‚3-Klassen-System‘)“ (Jahnke & Schüle, 2006, S.159).

Kurz zusammengefasst liegt dem Wettkampf- und Wertungssystem im Behindertensport die Überlegung zugrunde, die Bewertung entsprechend der Funktionsfähigkeit der behinderten Personen zu erstellen. In diesem System sind auch die Sportarten und Sportspiele festgelegt. Die Behindertensportler/innen sind in Wettkampfklassen eingestuft, denen behinderungsgerechte Disziplinen zugeordnet sind. Die Leistungsbewertung erfolgt innerhalb der definierten Schadensklassen, wodurch Chancengleichheit der Athleten/innen gewährleistet werden soll (Kosel & Froböse, 1999).

3.7.1 Klasseneinteilung nach Behinderungsarten bzw. -gruppen

3.7.1.1 Amputiertensport

Der Sport für amputierte Menschen umfasst Personen mit Funktionsbeeinträchtigungen der oberen und unteren Extremitäten. In erster Linie sind Menschen mit Amputation, Verkrümmung oder Missbildung eines Gliedmaßes, Exartikulation, hochgradige Bewegungseinschränkung der Gelenke als auch inkomplette bzw. komplette Lähmung der Arm- und Beinmuskulatur betroffen. Diese Personen sind meist auf technische Hilfsmittel, wie Prothesen oder Orthesen angewiesen, um motorische Bewegungen zu verbessern bzw. erst zu ermöglichen. Zu den wichtigsten Sportarten für Amputiertensportler/innen zählen Skilauf Alpin und Nordisch, Radfahren, Leichtathletik, Segeln, Sitzball, Schwimmen, Sportschießen, Sitzvolleyball, Tennis und Tischtennis (ÖBSV, 2017f). Die Klassifizierungseinstufung der Amputiertensportler/innen erfolgt nach ihrer jeweiligen Behinderung in neun Klassen (A1-A9) (ÖBSV, 2017e).

3.7.1.2 Blinden- und Sehbehindertensport

Unter Blindheit versteht man ein vollständiges oder fast vollständiges Ausbleiben der Lichtwahrnehmung. Ein Grund dafür kann ein Hindernis für die Lichtstrahlen auf ihrem Weg zum Sehnerv oder eine Sehnervkrankung oder eine Erkrankung der für das Sehen zuständigen Gehirnregion sein. Weitere Ursachen können Erkrankungen, beispielsweise Diabetes mellitus oder Bluthochdruck, für eine Erblindung darstellen. Manche Personen sind von Geburt an blind oder viele Menschen erblinden im Laufe der Zeit durch Krankheiten oder durch Augenerkrankungen. Sehbehinderte Personen sind oft auf eine Begleitung für deren sportlichen Aktivitäten angewiesen. Zu den wesentlichsten Sportarten für blinde Menschen gehören Judo, Torball bzw. Goalball, Radsport (Tandem), Schwimmen, Leichtathletik, alpiner und nordischer Skilauf und Sportschießen (mit akustischer Zielvorrichtung) (ÖBSV, 2017f). Die Blinden- und Sehbehindertensportler/innen werden für die medizinische Klassifizierung im Sport in drei verschiedene Klassen eingeteilt. Diese Einstufung erfolgt nach dem verbliebenen Sehvermögen: Vollblind, Schwerst-Sehbehindert, Sehbehindert (B1-B3) (ÖBSV, 2017e).

3.7.1.3 Cerebralparetikersport

Die Cerebralparese äußert sich in einer Bewegungsstörung, die ihre Ursache in einer gleichbleibenden Gehirnschädigung hat. Diese Schädigung kann zu Störungen der Kraft und des Tonus der Muskulatur, des Bewegungsablaufes als auch der Körperhaltung

führen. Zusätzlich zur Bewegungsstörung können Sprach-, Seh-, Sprach- und Hörstörungen oder epileptische Anfälle auftreten. Der Cerebralparetiker kann seinen Körper aufgrund schlecht dosierter Bewegungen bzw. zu starker angespannter oder schlaffer Muskeln nicht ansteuern. Menschen mit Cerebralparese haben es aufgrund ihrer Bewegungsstörung bzw. mangelnden Muskelfunktionen oft schwer, bestimmte Sportarten überhaupt ausführen zu können. Mögliche Sportarten für Cerebralparetiker sind Boccia, Leichtathletik, Schwimmen, Radfahren, Fußball, Tischtennis und Wintersport (ÖBSV, 2017f). Die Cerebralparetikerathleten/innen werden in vier sitzende (C1-C4) und vier stehende Klassen (C5-C8) bzw. in auf den Rollstuhl angewiesene Sportler/innen und gehfähige Sportler/innen unterteilt (ÖBSV, 2017e).

3.7.1.4 Gehörlosen- und Hörbehindertensport

Hörbehindertensportler/innen ist die einzige Behindertenkategorie mit einer eigenen Kultur, Sprache und eigenem Weltverband. Durch das Ausbleiben der Kommunikation können sich Gehörlose meist mit anderen Behinderten als auch mit Nichtbehinderten nicht verständigen. Somit sind sie von vielen Bereichen der Gesellschaft abgeschnitten. Auch wenn Gehörlose körperlich unversehrt sind, besteht für sie im Wettbewerb keine Chancengleichheit mit Hörenden. Der Grund dafür ist, dass die Hörbehinderung das Erlernen von Bewegungsformen beeinflusst. Gehörlose betreiben die Disziplinen Badminton, Eishockey, Fußball, Leichtathletik, Sportkegeln, Tennis, Volleyball, Orientierungslauf, Tischtennis, Schwimmen, Ski alpin, Sportschießen sowie Wassersportarten wie Kanu oder Rudern (ÖBSV, 2017f). Gehörlosigkeit bei Hörbehindertensportler/innen liegt dann vor, wenn ein Hörverlust von mindestens 55 Dezibel auf dem besseren Ohr gegeben ist. Außerdem dürfen diese Sportler/innen bei der sportlichen Tätigkeit keine Hörgeräte tragen. Diese Behinderungsart hat, wie schon beschrieben, ihren eigenen Gehörlosensportverband und organisiert ihre eigenen Weltspiele (=Deaflympics). Somit sind diese Behindertensportler/innen nicht bei den Paralympics integriert (ÖBSV, 2017e).

3.7.1.5 Mentalbehindertensport

Der Begriff Mentalbehinderung fasst verschiedene Ausprägungsformen zusammen, wie Lernbehinderungen, leichte Mentalbehinderung bis zu schweren mehrfachen sowohl körperlich als auch geistigen Beeinträchtigungen. Mentale Behinderung ist keine Krankheit und nicht heilbar. Durch eine gezielte Sport- und Bewegungserziehung kann eine motorische als auch kognitive Verbesserung erzielt werden. Die wichtigsten

Disziplinen für Mentalbehindertensportler/innen sind: Leichtathletik, alpinen und nordischen Skilauf, Leichtathletik, Schwimmen, Tischtennis, Fußball, Tennis, Boccia, Stockschießen und Kegeln (ÖBSV, 2017f). In dieser Klasse dürfen Menschen mit geistiger Behinderung, Verhaltensstörungen, Down Syndrom, usw. und Lernbehinderung, die einen IQ von unter 70 aufweisen, an den Start gehen. Trotz der großen Bandbreite an Behinderungsformen gibt es momentan nur eine einzige Klasse, es wird aber versucht, ein neues gerechteres Klassifizierungssystem zu entwickeln (ÖBSV, 2017e).

3.7.1.6 Rollstuhlsport

Der Rollstuhlsport umfasst Personen, die für sportliche Ausübung einen Rollstuhl benötigen. Zu den Rollstuhlsportlern/innen zählen rückenmarksgeschädigte Menschen, Personen mit Amputationen der Beine, aber auch Menschen mit anderen Behinderungen. Bei einer Rückenmarksschädigung kommt es je nach Lokalisation und Ausmaß und Lokalisation der Läsion zu einer kompletten oder unvollständigen Lähmung (Parese), die sich in sensiblen, motorischen und vegetativen Ausfällen äußert. Im österreichischen Rollstuhlsport liegt der Schwerpunkt in den Disziplinen Rollstuhl-Rugby, Rollstuhl-Basketball, Rollstuhl-Tischtennis, Rollstuhl-Tennis, alpinen und nordischen Schilauf, Handbike, Leichtathletik, Schwimmen und Schießen (ÖBSV, 2017f). Die Klassifizierungseinstufung wird nach dem Wirbelsegment vorgenommen, unterhalb dem die Lähmung existiert. Es gibt vier bis maximal acht Klassen je nach Sportart. Die Einstufungen erfolgen je nach den besonderen Anforderungen der Disziplin. Man unterscheidet zwischen der Lähmung der Halswirbelsäule (C5-C8), Lähmungen der Brustwirbelsäule (TH1-TH12) und Lähmungen im Lendenbereich (L1-S2). Somit werden Rollstuhlfahrer/innen in Paraplegiker, die von einer Lähmung der Beine betroffen sind, und Tetraplegiker, bei denen alle vier Extremitäten (Arme und Beine) gelähmt sind, unterteilt (ÖBSV, 2017e).

Auf die genaue Klassifizierung in den jeweiligen Sportarten wird in dieser Arbeit nicht eingegangen, da dieses Kapitel zu umfangreich wäre. Die genauen Klassifizierungseinstufungen nach Behinderungen als auch die Klassifizierung in den jeweiligen Sportarten können auf der Homepage des Österreichischen Behindertensportverbands unter den Punkten Klassifizierung und Sportarten als auch auf der Homepage des Österreichischen Paralympischen Committees unter dem Punkt Sportarten nachgelesen werden.

4 Paralympics

Ein Mensch springt mit nur einem Bein zwei Meter hoch, ein/e Rollstuhlfahrer/in bestreitet einen Marathon in 1:20.14 Stunden oder ein/e Athlet/in absolviert mit einer Unterschenkelprothese den 100 Meter-Sprint in 11,09 Sekunden. Spätestens hier wird einem klar, dass es sich dabei um absolute sportliche Höchstleistungen behinderter Menschen handelt (Wegner, 2001a). Der Leistungs- und Wettkampfsport behinderter Menschen erlangte im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung und Beachtung. Die größte Aufmerksamkeit wird dabei den Paralympics gewidmet (Jahnke & Schüle, 2006).

Die Paralympics kann man als das internationale Sportgroßereignis schlechthin für Menschen mit Behinderung bezeichnen. Bei dieser Veranstaltung können Athleten/innen trotz ihres Handicaps ihre körperlichen Möglichkeiten und sportlichen Höchstleistungen aufzeigen und sich mit anderen behinderten Leistungssportler/innen messen und vergleichen (Wegner, 2001a).

Seit ihren Anfängen 1960 in Rom hat sich die Paralympische Bewegung mit hohem Tempo entwickelt und sie ist zu einer Veranstaltung von internationalen Sportwettbewerben gereift, bei denen Behindertensportler/innen sportliche Leistungen auf höchstem Niveau vollbringen (Röthig & Prohl, 2003). Die Paralympischen Spiele sind mittlerweile neben den Olympischen Spielen keine Randerscheinung mehr und gewannen seither zunehmend an Akzeptanz und Anerkennung in der Öffentlichkeit. Im Laufe der historischen Entwicklung der Paralympics gab es durch die Erweiterung von Behinderungskategorien eine stetige Zunahme der Teilnehmerzahl und damit auch teilnehmenden Nationen (Beck, 2011).

Viele werden von dem Begriff ‚Paralympics‘ schon etwas gehört haben und bereits von den Spielen der Behindertensportler/innen in irgendeiner Form etwas erfahren haben, dennoch ist den meisten noch unbekannt, was hinter dieser Veranstaltung, deren Idee und Bewegung steht und wie sie sich zu dieser Größe entwickelt hat (Jahnke & Schüle, 2006).

Auch wenn sich der Leistungssport behinderter Menschen schnell entwickelt hat, beschränkt sich die größte Aufmerksamkeit des Behindertensports dennoch auf die Paralympics und bleibt deren Höhepunkt (Schönau, 2008). Es ist festzuhalten, dass Spitzenleistungen behinderter Athleten/innen in der Gesellschaft ein geringerer Stellenwert zugesprochen wird als Leistungen nichtbehinderter Sportler/innen (Jahnke & Schüle, 2006).

Zudem ist ein wissenschaftlicher Forschungsmangel in der schriftlichen Auseinandersetzung über die Paralympics im Vergleich zu den Olympischen Spielen

erkennbar. Ziel des folgenden Kapitels ist, bereits gewonnene Kenntnisse und Informationen zu einem schlüssigen Gesamtgefüge zusammenzutragen (Jahnke & Schüle, 2006).

Im folgenden Abschnitt wird zu Beginn der Begriff Paralympics analysiert, im Folgenden werden die Entstehungsgeschichte und der historische Verlauf der Paralympischen Spiele dargelegt. Anschließend wird auf die Strukturen und die Organisation der Paralympics sowie deren internationalen und nationalen Institutionen (Internationales Paralympisches Committee und Österreichisches Paralympisches Committee) eingegangen. Abschließend werden noch die Herausforderungen und Inhalte der Paralympics sowie die Sportarten und Disziplinen, die bei den Paralympischen Spielen teilnehmen, beschrieben.

4.1 Begrifflichkeit Paralympics

Für die Begrifflichkeit Paralympics existieren unterschiedliche Erklärungsansätze. ‚Para‘ wird mit ‚gleichsam‘ oder ‚wie‘ übersetzt und drückt eine Verknüpfung und Nähe zu der Olympischen Bewegung aus. In anderen und früheren schriftlichen Quellen wird aufgezeigt, dass Paralympics von dem Wort Paraplegie abgeleitet wird. Das Wort Paraplegie bedeutet doppelseitige Lähmung (Röthig & Prohl, 2003).

Auch Janke (2007) beschreibt diese zwei Interpretationen dieses Begriffes. Einerseits entstand das Wort aus den Begriffen ‚Paraplegic‘ und ‚Olympics‘ und andererseits leitet sich das Wort aus der Verbindung der Wörter ‚para‘, was sich aus dem Griechischen herleitet und „bei, neben“ bedeutet, und ‚Olympics‘ bzw. ‚parallel‘ und ‚Olympics‘ ab. Letzteres wird aus heutiger Sichtweise in der verwendeten Definition des Internationalen Paralympischen Committees (IPC) bestätigt und aufgrund der Teilnahme unterschiedlicher Behinderungsarten ist der Ansatz der ‚Paraplegia‘ zurückzuweisen. Zudem gleicht die zweite Ansicht dem Gedanken, dass die Paralympics im Anschluss und am gleichen Austragungsort wie die Olympischen Spiele durchgeführt werden (Jahnke, 2007).

Laut Wegner (2001a) verweist auch der Deutsche Behindertensportverband (2000) darauf, dass das Wort ‚Paralympics‘ nicht auf die Koppelung der Wörter ‚Paralysis‘, was Lähmung bedeutet, und Olympics zurückgeht, sondern hebt die enge räumliche und zeitliche Verbindung und Parallele zu den Olympischen Spielen (Parallel-Olympics oder Para-Olympics) hervor (2000; zit. n. Wegner, 2001a, S. 84).

Ursprünglich und erstmalig wurde der Terminus ‚Paralympics‘ vermutlich bei den Spielen in Tokio im Jahr 1964 gebraucht. Diese Bezeichnung verbreitete sich wahrscheinlich nur

in Japan, da Guttman, der als Begründer der Paralympischen Bewegung gilt, auf den Namen ‚Stoke Mandeville Games‘ bestand. Dennoch ist seine erste Verwendung nicht mehr klar nachvollziehbar (Jahnke & Schüle, 2006). Doll-Tepper (2002a) schreibt im Gegenzug, dass der Terminus ‚Paralympics‘ 1984 für die ‚World Wheelchair Games‘ in Stoke Mandeville verwendet wurde und sich seitdem durchgesetzt hat (Struton, 1998; zit. n. Doll-Tepper, 2002a, S. 257).

Beck (2011) schreibt, wie bereits öfters beschrieben, dass der Behindertensport bis in die 70er Jahre im Zusammenhang mit dem rehabilitativen Aspekt zu betrachten war, daher wurden die Paralympics zu Beginn als ‚Weltspiele der Gelähmten‘ bezeichnet (Beck, 2011). 1972 in Heidelberg sprach man vor allem von den ‚Weltspielen der Gelähmten‘ und im Jahr 1976 wurde in Toronto der Begriff ‚Weltspiele für Behinderte‘ für die Sommerspiele verwendet (Jahnke & Schüle, 2006).

Seit den Paralympics in Seoul im Jahr 1988 beschloss das IOC, dass die Spiele für behinderte Menschen stets am gleichen Ort wie die Olympischen Wettkämpfe durchgeführt werden (Jahnke & Schüle, 2006). Somit wurde die Bezeichnung ‚Paralympics‘ seit dem Jahr 1988 „aus Gründen der Verdeutlichung von Nebeneinander und Gleichwertigkeit zu den Olympischen Spielen eingeführt und anerkannt“ (Beck, 2011, S.22).

Maier (2002) beschreibt seine Enttäuschung, da von dem Begriff ‚Paralympics‘ das O entfallen ist. Somit ist die erhoffte Einheit der Paralympischen und Olympischen Spiele nicht mehr klar erkennbar. Das Wort ‚olympisch‘ bedeutet für Maier völkerverbinden. Die Olympische Idee sollte eigentlich verbinden und nicht trennend sein. Doch leider ist der Behindertensport neben dem Nichtbehindertensport noch nicht gleichwertig anerkannt. Dies wird leider durch einen separaten Namen, einen Dachverband und einem separaten Organisationskomitee verdeutlicht (Maier, 2002).

4.2 Der Ursprung der Paralympics und die Entwicklungsgeschichte der Paralympischen Spiele

Die Olympischen und Paralympischen Spiele verfolgen ähnliche ethische Werte, dennoch ist deren Entstehungsgeschichte unterschiedlich. Die Anfänge der Olympischen Spiele liegen in der Antike und die Paralympische Bewegung entstand erst Mitte des 20. Jahrhunderts und es dauerte länger, bis sich die beiden Veranstaltungen einander annäherten (Jahnke, 2007).

Sir Ludwig Guttman wird heute als Gründer der Paralympischen Bewegung angesehen. Er rief am 28. Juli 1948 die ‚Stoke-Mandville-Spiele‘ für Gelähmte, die seitdem als jährliches Sportfest stattfanden, ins Leben. Sie legten die Basis für die Entwicklung der Paralympischen Sommerspiele (Gutmann, 1979).

Sir Ludwig Guttman war nicht nur Förderer für Querschnittsgelähmte, der Entwicklungsverlauf der Spiele für Menschen mit einer Querschnittlähmung in Stoke Mandeville, England, veranschaulicht eine zunehmende Akzeptanz, Professionalisierung, Organisation und Internationalisierung des Behindertenleistungssports (Jahnke & Schüle, 2006).

Zu Beginn der Paralympischen Bewegung standen die rehabilitativen Gesichtspunkte im Vordergrund. Sportliche Betätigung sollte den Kriegsgeschädigten des 2. Weltkrieges zur Gesunderhaltung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft verhelfen. „Dies war auch das Leitmotiv der Arbeit von Sir Ludwig Gutmann (...)“ (Röthig & Prohl, 2003, S. 420).

Der Arzt Sir Ludwig Guttman „erkannte den therapeutischen Wert des Sports für Querschnittsgelähmte und verbreitete sein Ideengut über die ganze Welt“ (Kosel & Froböse, 1999, S.17). Im Auftrag der britischen Regierung eröffnete der Neurologe und Neurochirurg im Jahr 1944 das erste Zentrum für Rückenmarksverletzte im Stoke Mandeville Hospital in Aylesbury (Jahnke, 2007). Dieses Zentrum diente als medizinische Vorbereitung für die zweite Front und sollte eine ganzheitliche klinische Behandlung als auch soziale und psychologische Rehabilitation von Querschnittsgelähmten umfassen. „Der Erfolg des Sports als heilende Übung und klinische Behandlung gab den Anstoß zur Gründung einer Sportbewegung für die Gelähmten“ (Guttman, 1979, S. 25). Durch diese Initiative bildeten sich an Kliniken Rollstuhlsportgruppen und es entstanden zahlreiche Rollstuhlsportvereine. Die Entwicklung des Gelähmtensports, ausgehend von Stoke Mandeville, verbreitete sich auch auf andere Länder (Kosel & Froböse, 1999). Zudem leistete Sir Guttman einen wesentlichen Beitrag für das Verständnis, dass eine körperliche Beeinträchtigung kein Hindernis für ein regelmäßiges, systematisches und intensives Training ist und dieses auch leistungsorientiert durchgeführt werden kann. Die körperlichen Defizite können bei sportlicher Aktivität oft kompensiert werden, welches sehr positive Effekte auf die Persönlichkeitsstruktur und deren Umfeld haben kann (Guttman, 1979).

Das Bestreben von Guttman war es, regelmäßig internationale Sportbewerbe für Behindertensportler/innen zu veranstalten, die ähnlich wie die Olympischen Spiele in einem vierjährigen Rhythmus abgehalten werden sollten und durch das Zusammentreffen vieler behinderten Menschen Motivation und Hoffnung zu vermitteln (Röthig & Prohl,

2003; Jahnke, 2007). Zudem verfolgte er das Ziel, dass Behindertenathleten/innen die gleiche Anerkennung geschenkt wird wie nichtbehinderten Sportlern/innen und dass diese in die Olympische Bewegung integriert werden (Doll-Teppe, 2002a). Die Olympiade der Gelähmten wurde daher nicht zufällig am Eröffnungstag der Olympischen Sommerspiele von London in den Sportanlagen der von ihm geleiteten Rehabilitationsklinik 1948 durchgeführt. Im Gründungsjahr der ersten Stoke-Mandeville-Spiele nahmen lediglich 14 kriegsversehrte Männer und 2 Frauen teil, doch diese Spiele verdeutlichten der Öffentlichkeit die sportlichen Möglichkeiten von Menschen mit Querschnittlähmungen. Sie waren sehr erfolgreich und inspirierten zu Beginn in vielen Teilen Englands und später auch weltweit viele betroffene Menschen (Guttmann, 1979). Ein Jahr später waren es bereits fünf unterschiedliche Krankeneinrichtungen, die an den Stoke-Mandeville-Games teilnahmen (Jahnke & Schüle, 2006). Mit jedem Jahr stieg die Teilnehmerzahl, die Anzahl der Länder als auch die Zahl der Sportarten bei den jährlich durchgeführten Spielen von Stoke Mandeville kontinuierlich an (Guttmann, 1979).

Im Jahr 1952 nahmen die Stoke-Mandeville-Spiele erstmals einen internationalen Charakter an, da erstmalig niederländische Kriegsversehrten an den Wettkämpfen teilnahmen. Es beteiligten sich an diesen Wettbewerben bereits 130 Sportler/innen. Der erste Schritt zu einem internationalen Sportereignis war nun vollzogen, da auch ein internationales Komitee für die Spiele von Stoke Mandeville gegründet und der Versuch unternommen wurde, dass die Spiele alle vier Jahre im gleichen Land wie die Olympischen Spiele veranstaltet werden sollen (Guttmann, 1979).

1960 fanden die Wettbewerbe der Querschnittgelähmten mit zwölf vertretenden Sportarten erstmals nicht mehr in Stoke Mandeville, sondern in Rom statt. Die Spiele in Rom wurden in diesem Jahr erstmals im gleichen Olympiastadion als auch im Anschluss an die Olympischen Spiele durchgeführt. Daher gelten sie als die ersten offiziellen Paralympischen Sommerspiele. Guttmanns Vorstellungen, die Wettbewerbe für behinderte Menschen nach Vorbild der Olympischen Spiele auszurichten, wurde nun teilweise erfüllt. Seither wurden die Olympiade der Menschen mit Lähmungen wie die Olympischen Spiele im gleichen Vier-Jahreszyklus veranstaltet. Allerdings gelang es, wie im Folgenden beschrieben, aus verschiedensten Gründen danach nicht immer, die Wettbewerbe am selben Ort auszutragen (Jahnke & Schüle, 2006).

400 Athleten/innen mit Rückenmarksverletzungen aus 23 Nationen nahmen in Rom erstmals unter ähnlichen Bedingungen wie bei Olympischen Spielen teil. Die vertretenen Disziplinen waren Basketball, Bogenschießen, Speerwurf, Fechten, Kugelstoßen, Schwimmen, Tischtennis, Fünfkampf, Snooker, Zielspeerwerfen, Keulenwerfen und Dartchery. Letztere ist eine Kombination aus Pfeilwerfen und Bogenschießen. Das

öffentliche Interesse war sehr groß, was sich beispielsweise in der Eröffnung der Spiele durch die Frau des damaligen italienischen Staatspräsidenten und den im Anschluss an die Spiele stattgefundenen Empfang aller Sportler/innen mit deren Begleiter/innen durch Papst Johannes XXIII. zeigte (Jahnke & Schüle, 2006).

Die Stoke-Mandeville-Spiele wurden in den Jahren zwischen den Olympischen Spielen wie gewohnt jährlich in England abgehalten (Guttmann, 1979).

Die internationalen Stoke-Mandeville-Spiele wurden 1964 in Tokio veranstaltet. Bei diesen Spielen nahmen 380 Rollstuhlsportler/innen aus 23 Nationen im neu erbauten Olympiastadion im Anschluss an den Olympischen Spiele teil. Sie brachten auch abseits des Sports positive Auswirkungen mit sich, wie Guttmann (1979) folgendermaßen beschreibt:

Die Öffentlichkeit zeigte an diesen Spielen, wie sich aus der Zahl von mehr als 100 000 Zuschauern ergibt, großes Interesse. Die Spiele in Tokio hatten eine außerordentliche allgemeine Wirkung auf die Öffentlichkeit in sozialer Sicht. Die japanische Regierung richtete innerhalb von 6 Monaten eine Fabrik für Querschnittgelähmte und andere behinderte Arbeiter ein, nachdem die sportlichen Fähigkeiten von Männern und Frauen im Rollstuhl solch öffentliches Aufsehen erregt hatten und den großen Wert des Sports in der sozialen Rehabilitation der Schwerbehinderten so deutlich gemacht hatten. (Guttmann, 1979, S. 28)

In den folgenden Jahren zeigte sich aufgrund fehlenden Verständnis bzw. Kooperationsbereitschaft als auch aufgrund organisatorischer Probleme des Olympischen Organisationskomitees in Mexiko 1968 und München 1972, dass eine gemeinsame Veranstaltung mit den Olympischen Sommerspielen noch nicht selbstverständlich war. So wurden die Spiele alternativ 1968 in Tel Aviv und 1972 in Heidelberg im neuen Sportstadion ausgetragen. Die Zahl der teilnehmenden Athleten/innen lag in Tokio noch bei 380 aus 23 Nationen, in Tel Aviv waren es bereits 750 aus 29 Ländern und in Heidelberg nahmen bereits 1000 Wettkämpfer/innen aus 44 Ländern an den Sommerspielen für Querschnittgelähmte teil (Guttmann, 1979).

Einen Wendepunkt stellt das Jahr 1976 dar, auch wenn es erneut nicht gelang, die Sommerolympiade im Olympiastadion auszutragen. Einerseits nahmen erstmals neben

den 1100 gelähmten Athleten/innen auch 600 Amputierten- und Blindensportler/innen bei den Sommerspielen in Toronto teil. Andererseits wurden in diesem Jahr auf Beschluss der Hauptversammlung der ISOD die ersten Paralympischen Winterspiele im schwedischen Örnköldsvik ausgetragen, an denen sehbehinderte und amputierte Sportler/innen allerdings nicht gelähmte Athleten/innen partizipierten. Erst Ende der 1980er Jahre entstanden aufgrund verbesserter Material- bzw. Ausrüstungsentwicklung internationale Sportwettbewerbe für Rollstuhlfahrer/innen. Als Vorläufer der Paralympischen Winterspiele können die Ski-Weltwinterspiele 1972 und die ersten offiziellen Skiweltmeisterschaften für behinderte Menschen 1974 genannt werden, welche jeweils in Frankreich stattfanden. Insgesamt waren bei den ersten Paralympischen Winterspielen 250 Teilnehmer/innen aus 16 Nationen am Start (Guttmann, 1979; Jahnke & Schüle, 2006; Jahnke, 2007).

Diese Sommerspiele in Toronto können als die Geburtsstunde der modernen Paralmpics bezeichnet werden, da sie einen Übergang, die rein für querschnittslähmte Menschen ausgerichtet waren, hin zu der Öffnung für andere Behinderungsgruppen markieren (Jahnke & Schüle, 2006). Daher kann im engeren Sinn erst ab den Spielen von 1976 in Toronto von den ‚Olympischen Spielen für behinderte Menschen‘ gesprochen werden (Scherney, 1991). Im Jahr 1976 wurde auch erstmals der Ablauf der Olympiade durch politische Interventionen gestört. Grund war das Teilnahmeverbot von acht Mannschaften. Dieses Teilnahmeverbot ging von deren Regierungen bzw. deren nationalen Sportorganisationen der Nichtbehinderten aus. Der Boykott entstand aufgrund der offiziellen Teilnahme der südafrikanischen Republik, ungeachtet deren diskriminierender Apartheitspolitik (Guttmann, 1979).

Auch im Jahr 1980 wurden die Sommer-Paralmpics nicht in der Olympiastadt Moskau aufgrund fehlender Akzeptanz der Gastgeber veranstaltet. Dennoch waren die Spiele in Arnheim erfolgreich, da neben gelähmten, amputierten, sehbehinderten Menschen auch Zerebralparetiker an den Wettbewerben teilnahmen. Bereits 42 Nationen und 2500 Athleten/innen partizipierten (Jahnke & Schüle, 2006).

Einen Rückschlag für die Paralympische Bewegung von Menschen mit Behinderung stellte das Jahr 1984 dar, als Los Angeles wegen angeblicher massiver finanzieller Schwierigkeiten die Veranstaltung absagen und New York als Austragungsstadt einspringen musste (Scherney, 1991). Dennoch konnten die Wettbewerbe aller Behindertengruppen nicht in einer Stadt veranstaltet werden, daher wurden nur die Sommerspiele der Rollstuhllathleten/innen in Stoke Mandeville abgehalten. Insgesamt

nahmen an diesen Spielen 4080 Sportler/innen aus 42 unterschiedlichen Ländern teil (Jahnke & Schüle, 2006).

Eine neuerliche Annäherung des Paralympischen Sports an den Olympischen Sport fand im Jahr 1988 statt, da in Seoul (Korea) die Olympischen und Paralympischen Spiele seit 1964 wieder gemeinsam in denselben Wettkampfstätten und im Anschluss daran ausgetragen wurden. Die Veranstaltung wird seither immer am selben Austragungsort wie die Olympischen Wettbewerbe, sowie direkt nach deren Ende abgehalten und ist mittlerweile neben den Olympischen Spielen keine Randerscheinung mehr (Wegner, 2001a). An diesen Sommer-Paralympics 1988 partizipierten 3053 Behindertensportler/innen aus 61 unterschiedlichen Nationen. Dieses Ereignis im Jahr 1988 zeigt durch das immer größer werdende mediale Interesse, dass der Sport zunehmend und weniger die Behinderung im Vordergrund zu steht (Jahnke & Schüle, 2006).

1984 und 1988 fanden die dritten und vierten Winter-Paralympics jeweils in Innsbruck statt, was sich nicht nur positiv auf den österreichischen, sondern auch auf den internationalen Behindertensport auswirkte. Im Jahr 1984 wurden erstmals Demonstrationsbewerbe von Behindertensportler/innen bei den Olympischen Winterspielen in Sarajevo veranstaltet (Jahnke, 2007). Zu erwähnen ist noch, dass bei den ersten beiden Winterspielen noch der Begriff ‚olympisch‘ verwendet wurde, da man sie ‚Winter Olympic Games for the Disabled‘ bezeichnete. Bereits 1984 war dies nicht mehr der Fall, da die Paralympische Bewegung danach den Schutz der Olympischen Symbolik respektierte (Jahnke & Schüle, 2006).

Diese beiden Veranstaltungen im Jahr 1984 und 1988 hatten zudem auch positive Auswirkungen für die Weiterentwicklung der Winter-Paralympics. „Ein erster Schritt in Richtung Integration Paralympischer Winterspiele in die Olympische Bewegung erfolgte 1984, als die Austragungen erstmals unter die Schirmherrschaft des IOC gestellt wurden“ (Jahnke, 2007, S. 252). Die Behindertenspiele im Jahr 1984 wurden erstmalig offiziell seitens der IOC finanziell gefördert und anerkannt, wodurch ihnen ein Olympischer Stellenwert verliehen und ein gleichwertiger internationaler Rang wie den Olympischen Spielen zugeordnet wurde (Jahnke, 2007).

Die Winterspiele in Innsbruck 1988 waren auch von einer Modifizierung der internationalen Klassifikationseinteilung des (Winter-) Sports als auch von einer Verwendung einer neuen technischen Erfindung bzw. Materialentwicklung gekennzeichnet, da das System neben der rein medizinischen Klassifizierung um die der funktionellen Klassifikation erweitert wurde. Somit wurden die Sportler/innen nicht mehr rein medizinisch begutachtet, sondern auch auf deren funktionellen Fähigkeiten überprüft,

die für ihre jeweilige Disziplin bzw. für die Qualität der ausübenden Sportart relevant sind und dementsprechend eingeteilt. Ärzte und Sportexperten beobachten die Athleten/innen während der Sportausübung, um sie nach ähnlichen Fähigkeiten wie Beweglichkeit, Balance und Koordination zu beurteilen und einzustufen. In diesem Jahr fand die Monoski-Ausrüstung für Rollstuhlfahrer/innen erstmals ihre Anwendung, da die alpinen Wettbewerbe im Monoski 1988 offiziell ins Paralympische Sportprogramm aufgenommen wurden (Jahnke & Schüle, 2006).

Bei den Paralympischen Winterspielen gelang es im Gegenzug zu den Sommer-Paralympics erst im Jahr 1992 zum ersten Mal in Tignes-Albertville (Frankreich), die Behindertenwettbewerbe am gleichen Austragungsort wie die Olympischen Winterspiele auszutragen. Seither finden die Paralympischen Winterspiele in denselben Wettkampfstätten wie die Olympischen Winterspiele statt (Jahnke & Schüle, 2006).

Zu erwähnen ist auch ein wichtiger Beschluss, der zwischen 1992 und 1994 getroffen wurde. In dieser Zeit wurden der Olympische und somit auch der Paralympische Zeitrhythmus und zwar in einen zweijährigen Abstand geändert, damit die Sommer- und Winterspiele nicht mehr im gleichen Jahr stattfinden (Jahnke & Schüle, 2006).

Sportler/innen mit einer Geistigen- bzw. Lern -Behinderung konnten erstmals offiziell 1996 bei Paralympischen Sommerspielen in Atlanta (USA) und 1998 bei Paralympischen Winterspielen in Nagano (Japan) in der Disziplin Langlauf an den Start gehen. Doch bei den Winterspielen 2002 in Salt Lake City (USA) wurde diese Sportart für diese Behinderungsgruppe wieder aus dem Programm genommen. Ursache hierfür war, dass bei den Sommer-Paralympics in Sydney (Australien) im Jahr 2000 ein paar spanische Basketballspieler ihre mentale Behinderung nur vorgetäuscht hatten, worauf das gesamte betroffene Team disqualifiziert wurde und somit für einen Skandal sorgte. Da bisher vom zuständigen Verband (International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability- INAS-FID) kein zuverlässiges und klares Klassifizierungssystem für seine Athleten/innen entwickelt wurden, nahmen auch im Jahr 2006 bei den Winter-Paralympics in Turin keine Athleten/innen mit mentaler Behinderung teil (Jahnke & Schüle, 2006). Aufgrund eines Beschlusses des IPC im Jahr 2009 konnten Menschen mit intellektueller Behinderung erst wieder 2012 an den Spielen in London teilnehmen. Somit konnten Menschen mit geistiger Beeinträchtigung zu den Paralympischen Sommerspielen 2004 in Athen und 2008 in Peking überhaupt nicht an den Start gehen (INAS, 2017).

Die Paralympische Bewegung ist durch eine stetige Zunahme an Medienpräsenz als auch durch eine Professionalisierung auf organisatorische Ebene gekennzeichnet. Dies zeigte sich bereits bei den Spielen in Sydney. „Mit mehr als 1,2 Millionen zahlreichen

Zuschauen, weltweiter Beachtung in den Medien und professioneller Organisation wird Sydney als internationaler Durchbruch der Paralympischen Bewegung bezeichnet“ (Wegner, 2001a, S.84).

„Eine kleine, zunächst eng den Olympischen Merkmalen verhaftete Organisation hat sich zu einer kontinuierlich wachsenden, eigenständigen und selbstbewussten Bewegung gewandelt“ (Jahnke, 2007, S.251). Durch diese Emanzipierung zu einer selbstständigen Veranstaltung, die sich bei den Verbänden durchgesetzt hat und in den Medien große Aufmerksamkeit geschenkt wird, entstand ein freundschaftliches Verhältnis zum IOC bzw. eine enge Kooperation zwischen den beiden Organisationskomitees. Durch die mittlerweile gewachsene Selbstständigkeit der Paralympics wäre diese Veranstaltung bzw. Behindertenathleten/innen in die Olympischen Spiele zu integrieren bzw. einzubeziehen mittlerweile nur mehr schwer möglich. Trotzdem arbeiten die beiden Weltorganisationen eng zusammen und nutzen die Synergieeffekte aus den gemeinsamen Organisationsstrukturen. Weiterhin werden die Paralympics am gleichen Veranstaltungsort wie die Olympischen Spiele sowie kurz im Anschluss darauf ausgetragen. Somit können beide Ereignisse als ein gemeinschaftliches Sportfest unter Aufrechterhaltung individueller Besonderheiten bezeichnet werden (Jahnke, 2007).

Da in diesem Kapitel nicht zu jedem Austragungsort der Paralympics mit deren Teilnehmer/innenzahl eingegangen werden kann, soll die nachstehende Tabelle einen Überblick über die Austragungsorte, deren teilnehmenden Nationen und die Anzahl der teilnehmenden Athleten/innen bei den bisher stattgefundenen Paralympischen Spielen geben:

Tab. 3: Tabelle der Sommer- (weiß) und Winter- (blau) Paralympics (Jahr, Austragungsort, Anzahl der teilnehmenden Nationen und Athleten/innen)

Jahr	Sommer Winter	Ort	Teilnehmende Nationen	Teilnehmer/innen
1960	S	Rom, Italien	23	400
1964	S	Tokyo, Japan	21	375
1968	S	Tel Aviv, Israel	29	750
1972	S	Heidelberg, Deutschland	43	984
1976	W	Örnsköldsvik, Schweden	16	250
1976	S	Toronto, Kanada	38	1657
1980	W	Geilo, Norwegen	18	350
1980	S	Arnhem, Niederlande	42	1973
1984	W	Innsbruck, Österreich	21	457
1984	S	New York + Stoke, USA/Großbritannien	96	2900
1988	W	Innsbruck, Österreich	22	397
1988	S	Seoul, Korea	61	3057
1992	S	Barcelona, Spanien	83	3001
1992	W	Tignes, Frankreich	24	475
1994	W	Lillehammer, Norwegen	31	492
1996	S	Atlanta, USA	104	3259
1998	W	Nagano, Japan	32	571
2000	S	Sydney, Australien	122	3881
2002	W	Salt Lake City, USA	36	416
2004	S	Athen, Griechenland	135	3808
2006	W	Turin, Italien	39	477
2008	S	Peking, China	146	3951
2010	W	Vancouver, Kanada	44	502
2012	S	London, Großbritannien	164	4237
2014	W	Sochi, Russland	45	541
2016	S	Rio, Brasilien	TBC	4350
SOMMER	Standardabweichung		47,28	1382,20
	Mittelwert		79,07	2572,20
WINTER	Standardabweichung		9,83	86,71
	Mittelwert		29,82	448,00

Quelle: mod. n. ÖPC (2017f); IPC(2017c); IPC (2017d)

4.3 Nationale und internationale Institutionalisierung und Organisationsstruktur der Paralympics

Zeitgleich zu den Wettbewerben für Rollstuhlfahrer/innen formierten sich unterschiedliche internationale Sportorganisationen bzw. Behindertensportweltverbände, die die sportlichen Interessen spezifischer Behinderungskategorien auf internationaler Ebene organisierten und vertraten. Im Laufe der historischen Entwicklung entstand ein internationales Verbandssystem (Wegner, 2001a; Jahnke & Schüle, 2006).

1924 wurde der erste Weltverband der Gehörlosen, das Comité International des Sports Sourds (CISS), gegründet. Mittlerweile wird diese Behindertensportorganisation international als International Committee of Sports for the Deaf (ICSD) bezeichnet, welche für die Veranstaltung der Deaflympics die Hauptverantwortung trägt. Die gehörlosen Sportler/innen haben somit ihre eigenen Weltspiele und nehmen nicht an den Paralympics teil (Deaflympics, 2017).

1952 wurde auf Initiative von Sir Ludwig Guttmann die ‚International Stoke Mandeville Games Federation‘ (ISMGF) gegründet. Dieser Verband sollte Rollstuhl- und Gelähmtensportler/innen fördern und wurde später in die ‚International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation‘ (ISMWSF) umbenannt. Da immer mehr Sportler/innen mit unterschiedlichen Behinderungen Sport ausübten und an Sportwettkämpfen partizipieren wollten, wurde 1964 auf Veranlassung von Sir Guttmann, die ‚International Sport Organization for the Disabled‘ (ISOD) gegründet. Dieser Verband diente vor allem amputierten und blinden Sportler/innen sowie Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, die als ‚Les Autres‘, z.B. Menschen mit einer Missbildung der Gliedmaßen bezeichnet wurden. 1968 wurde ebenfalls in England der ‚International Cerebral Palsy Society‘ gegründet, die zehn Jahre später zur Gründung des internationalen Sportverbandes für Zerebralparetiker namens ‚Cerebral Palsy – International Sport and Recreation Association‘ (CP-ISRA) führte. Des weiteren folgte 1981 die Gründung eines eigenständigen Sportverbandes für blinde Menschen, die ‚International Blind Sports Association‘ (IBSA) und 1986 entstand die internationale Sportorganisation für Menschen mit mentaler Behinderung bzw. Lernbehinderung, die ‚International Sports Federation for Persons with Mental Handicap‘ (INAS-FMH), welche sich 1999 in ‚International Sports Federation for Persons with Intellectual Disability‘ (INAS-FID) umbenannte (Doll-Tepper, 2002a; Röthig & Prohl, 2003; Jahnke & Schüle, 2006). Die einzelnen internationalen Sportverbände bauten ein eigenes Wettkampfwesen und eigene Klassifizierungssysteme für die einzelnen Behinderungsgruppen auf (Doll-Tepper, 2002a).

Im Jahr 1989 wurde das ‚Internationale Paralympic Committee‘ (IPC) in Düsseldorf als internationaler Dachverband bzw. Weltverband für den internationalen Behindertensport und deren unterschiedlichen Behindertensportorganisationen ins Leben gerufen (Scherney, 2002). Die verschiedenen internationalen Behindertensportverbände (ISOD, ISMWSF, IBSA, CP-ISRA, INAS-FMH und CISS) traten dem IPC bei. 1995 trat dennoch CISS wieder aufgrund eigener Autonomiebestrebungen, und nachdem sie auch die Gehörlosenweltspiele eigenständig durchführen wollten, aus dem IPC aus. Die Aufgabe des IPC's ist es, die Interessen der verschiedenen Behinderungsgruppen weltweit zu vertreten. Seit 1999 hat das IPC seinen Sitz in Bonn. Davor wurde in den 80er Jahren aufgrund von Koordinierungs- auch Kommunikationsproblemen zwischen den behindertenspezifischen Sportorganisationen als auch mit dem IOC, das ‚International Coordinating Committee‘ (ICC) gegründet (Wegner, 2001a; Röthig & Prohl, 2003). Das ICC hatte die Aufgabe, zum einen die Paralympischen Spiele zu beaufsichtigen und zu organisieren, zum anderen die Kooperation der internationalen Verbände der verschiedenen Behinderungsgruppen als auch die Zusammenarbeit und Kommunikation mit dem IOC zu verbessern. Es wurde mit dem ICC ein klarer Ansprechpartner für das IOC gegründet. Aufgrund Demokratiedefizite in der Organisation des ICC wurde diese 1993 schließlich aufgelöst und deren Aufgaben auf das IPC übertragen (Jahnke & Schüle, 2006).

Seit 1989 hat nun das IPC die Aufgabe, die Verantwortung für die Entwicklung als auch Durchführung bzw. Organisation der Paralympischen Sommer- und Winterspiele zu tragen (IPC, 2017a). Im Moment sind neben den 178 Nationalen Paralympischen Committees, den Regionalen Organisationen und den Internationalen Sportverbänden auch vier internationale Behindertensportorganisationen (International Organisations of Sport for the Disabled (IOSD's) bestehend aus CPISRA, IBSA, INAS und IWAS) Mitglied im IPC. Zudem haben diese Organisationen das Recht, Anträge einzureichen, bei den Sitzungen abzustimmen, Kandidaten/innen für geeignete IPC-Gremien zu nominieren und an IPC-Aktivitäten teilzunehmen (IPC, 2017b).

Zu erwähnen sei in diesem Zusammenhang, dass sich die seit 1964 bestehende Institution ISOD (International Sport Organization for the Disabled) und die 1952 gegründete ISMWSF (International Stoke Mandeville Wheelchair Sports Federation) im Jahr 2004 zusammengeschlossen und sich in IWAS (International Wheelchair and Amputee Sports Federation) unbenannt haben, um damit nur einen einzigen Sportweltverband für Menschen mit einer körperlichen Behinderung zu schaffen (IWAS, 2017).

Die Mitgliederverbände des IPC`s geben bereits Aufschluss, welche Behinderungsarten an den Paralympics teilnehmen. Bis auf die gehörlosen Sportler/innen partizipieren körper- bzw. sinnesbehinderte Menschen, sprich Athleten/innen mit Amputationen, mit Sehbehinderung, mit Mentalbehinderung, mit Behinderungen am Stütz- und Bewegungsapparat, mit Störungen des zentralen Nervensystems (Zerebralparetiker) und Rollstuhlsportler/innen (Scherney, 2002).

Seit dem Jahr 1988 werden die Olympischen und Paralympischen Spiele gemeinsam in denselben Wettkampfstätten und im hintereinander ausgetragen (Wegner, 2001a). Dies wird auch in weiterer Zukunft durch eine Vereinbarung zwischen Internationalen Olympischen Committee (IOC) und Internationalen Paralympischen Committee (IPC) im Jahr 2001 beibehalten. In diesem Abkommen wurde festgelegt, dass die Sommer- als auch Winterparalympics am gleichen Austragungsort bzw. im gleichen Olympiastadion wie die Olympischen Spiele und immer zwei Wochen nach deren Ende stattfinden (ÖPC, 2017a). Des Weiteren muss eine Bewerbung für die Austragung für beide Großveranstaltungen gleichzeitig erfolgen, da diese in einem Dokument zusammengeführt und behandelt werden. 5 Jahre später, im Jahr 2006 wurde das bestehende Abkommen vertraglich erneut weiterentwickelt und unterzeichnet, indem eine weitere finanzielle Unterstützung seitens des IOC an das IPC bis 2016 gewährleistet wird und zudem eine Verständigung auf gemeinsame technische Regelwerke festgeschrieben wurde (Jahnke, 2007).

Wie schon erwähnt, existiert auch auf nationaler Ebene ein Paralympisches Committee. 1998 wurde das Österreichische Paralympische Committee (ÖPC) ins Leben gerufen, welches im Gegensatz zum Österreichischen Behindertensportverband (ÖBSV) nur für den Spitzensport behinderter Athleten/innen und das Sponsoring der Paralympics zuständig ist. Aus organisatorischer Sichtweise war dies ein bedeutender Schritt, um die Teilnahme österreichischer Spitzensportler/innen an Paralympischen Sommer- und Winterspielen bestmöglich zu unterstützen, zu fördern und diese auch international zu vertreten. Der ÖPC koordiniert bzw. organisiert die Teilnahme der vom ÖBSV nominierten Spitzensportler/innen an den Paralympics. Diese Institution ist zudem für die Finanzierung bzw. Aufbringung der finanziellen Mittel und für die Teilnahme der Athleten/innen an Paralympics verantwortlich (Österreichischer Behindertensportverband, 2008). Im spezifischen fördert der ÖPC den Spitzensport von körperlich beeinträchtigten, sehbeeinträchtigten und mental beeinträchtigten Menschen, in Bezug auf deren Teilnahme an dieser Großveranstaltung. Des Weiteren verfolgt das ÖPC das öffentliche Interesse und die Begeisterung in der österreichischen Gesellschaft für die Paralympische

Bewegung zu erhöhen bzw. zu wecken und vertritt Österreich bei internationalen Versammlungen bzw. Kongressen (ÖPC, 2017b).

4.4 Herausforderungen und Inhalte der Paralympics

Zu den wesentlichsten gegenwärtigen Themen und Herausforderungen des Behindertensports bzw. der Paralympischen Spielen zählen unter anderem folgende Bereiche:

- Verhältnis der Paralympischen Bewegung zu den Olympischen Spielen
- Klassifikation: Die Entwicklung eines fairen Klassifikationssystems für verschiedene Behinderungs- und Sportarten
- Integrationsbestrebungen (z.B. Forderungen, dass Behindertensportwettbewerbe im Zusammenhang mit Weltmeisterschaften oder Olympischen Spielen durchgeführt und als vollwertig behandelt werden, als auch die Aufnahme von nichtbehinderten Athleten/innen und diverse Behinderungsarten)
- Zulassungsbestimmungen (z.B. intellektuelle Behinderungen, geringe oder schwere Behinderungen)
- Leistungsmessung
- Ende der Sportkarriere bei Behindertensportler/innen
- Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung im Sport bzw. Einstellung von behinderten Menschen gegenüber dem Sport
- Medien, Marketing und Sponsoring
- Spezielle Sportverletzungen und deren Prävention
- Diskrepanz zwischen Industrienationen und Entwicklungsländern (z.B. hinsichtlich der Rollstühle, Sportgeräte oder Prothesen)
- Ethnische und geschlechtsspezifische Aspekte der Paralympischen Sportbewegung
- Öffentliches Interesse und Interesse der Zuschauer
- Barrieren von Sporttreibenden mit Behinderungen und deren Teilnahme am Sport
- Professionalisierung des gesamten Paralympischen Wettkampfsystems

- Anwendbarkeit biomechanischer, leistungsphysiologischer und anderer Prinzipien auf den Behindertenleistungssport
- Doping und andere nicht erlaubte leistungssteigernde Maßnahmen
- Maßnahmen der ‚Öffentlichkeitserziehung‘ und Informationsverbreitung
- Gleichberechtigung von Sportlern/innen mit unterschiedlicher Herkunft, Geschlecht etc.
- Hochleistungssport im Kindes- und Jugendalter (Doll-Tepper, 2002a; Röthig & Prohl, 2003).

1993 wurde auf Veranlassung IPC's ein Sportwissenschaftliches Komitee (IPC Sport Science Committee- IPCSSC) gegründet. Das IPC ergriff mit dieser Gründung eine zukunftsweisende Initiative, um zukünftig sportwissenschaftliche und sportmedizinische Themengebiete, Kenntnisse und Anforderungen bezüglich des Behindertenleistungssports aufzugreifen, zu verbessern und zu behandeln. Für diese sportwissenschaftlichen Themen bzw. Fragestellungen ist das IPCSSC zuständig und wird für das IPC als Ratgeber herangezogen (Doll-Tepper, 2002a; Röthig & Prohl, 2003).

4.5 Sportarten und Disziplinen bei den Paralympics

Ein historischer Rückblick über die Erweiterung der diversen Paralympischen Sportarten seit Beginn der ersten Paralympischen Bewegung seit 1960 und 1976 wird in diesem Kapitel nicht thematisiert, da es diese Arbeit sprengen würde. Dieses Kapitel soll vielmehr einen Überblick über die gegenwärtigen Behindertensportarten bei den Paralympics geben. Aktuell sind im Paralympischen Programm 22 Sommer- und 5 Wintersportarten vertreten. Menschen mit mentaler Beeinträchtigung können nur in den Disziplinen Schwimmen, Leichtathletik und Tischtennis partizipieren (ÖPC, 2017c).

Das IPC trägt nicht nur die Verantwortung, die Paralympics zu organisieren, sondern ist zudem auch für die Verwaltung von neun Paralympischen Behindertensportarten (Gewichtheben, Schwimmen, Ski Alpin/Snowboard, Biathlon, Langlauf, Leichtathletik, Schießen und Wheel Chair Dance Sport) zuständig. In den letzten Jahren wurden alle anderen Disziplinen in die internationale Sport Fachverbände inkludiert (ÖPC, 2017c).

Zu den Sommersportarten zählen:

- Boccia
- Bogenschießen

- Fußball 5-a-side
- Fußball 7-a-side
- Gewichtheben
- Goalball
- Judo
- Leichtathletik
- Para-Badminton
- Para-Kanu
- Para-Triathlon
- Radfahren
- Reiten
- Rollstuhl-Basketball
- Rollstuhl-Fechten
- Rollstuhl-Rugby
- Rollstuhl-Tennis
- Rudern
- Schießen
- Schwimmen
- Segeln
- Sitzvolleyball
- Tischtennis (ÖPC, 2017d).

Zu den Wintersportarten zählen:

- Biathlon
- Ice Sledge Hockey
- Para-Snowboard
- Rollstuhl-Curling
- Ski Alpin

- Skilanglauf (ÖPC, 2017e).

Die genauen Erklärungen zu den jeweiligen Sportarten können unter der Homepage des Österreichischen Paralympischen Committee`s nachgelesen werden.

Teil 2 Leistungsbilanz

Die sportlichen Leistungen der österreichischen Athleten/innen mit Behinderung stehen im zweiten Teil dieser Arbeit im Zentrum des Interesses. Es soll zudem aufgezeigt werden, zu welchen Leistungen Menschen mit Behinderung fähig sind.

5 Darstellung und historische Analyse der Leistungsbilanzen der österreichischen Teilnehmer/innen von 1996 bis 2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen

In diesem folgenden Abschnitt dieser Arbeit soll eine detaillierte Darstellung der Leistungsübersicht der österreichischen Sportler/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996 bis 2016 dargelegt werden. Daraus wird ein Gesamtbild der Leistungen heimischer Behindertensportler/innen als auch eine historische Entwicklung deren Leistungen ersichtlich.

Die Anzahl der gewonnenen Medaillen bzw. die Top-3-Platzierungen sowie die erzielten Top-8-Platzierungen werden als Maßstab für die Leistungsbewertung herangezogen und dargestellt. Durch die Darbietung der Top-Platzierungen können die jeweiligen Leistungen von 1996 bis 2016 des heimischen Teams historisch verglichen, bewertet und analysiert werden.

In diesem Abschnitt werden auch die Leistungsbilanzen der Paralympischen Sportarten im historischen Untersuchungszeitraum grafisch dargestellt und anschließend bewertet. Es werden in diesem Kapitel somit die besten Top-3-Ränge und besten Top-8-Platzierungen in den jeweiligen Sportarten im Zeitraum von 1996-2016 klar erkennbar.

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass derartige Daten naturbedingt eine natürliche Streuung haben. Solange die Werte vom Mittelwert nach unten oder oben innerhalb gewisser Grenzen (=Standardabweichung) liegen, kann die Streuung als normal angesehen werden. Um ein natürliches Maß der Streuung zu gewährleisten, wird im Folgenden und während der weiteren Analysen der Mittelwert im jeweiligen Untersuchungszeitraum und plus/minus dessen Standardabweichung

herangezogen. Dadurch wird eine bessere Interpretation und Aussagekraft der Analyse ermöglicht. In den Diagrammen ist der Mittelwert durch die rote Linie und die $\pm$ Standardabweichung durch den blau schraffierten Bereich gekennzeichnet.

Grundsätzlich ist zu erwähnen, dass, je höher die Standardabweichung ist, sprich, je größer der Abstand der Ober- und Untergrenze ist bzw. die Werte weiter vom Mittelwert entfernt sind, die sich aus einer größeren Schwankung bzw. Streuung der Ergebnisse ergibt, und umso mehr Ausreißer bzw. umso mehr Werte außerhalb der Standardabweichung liegen, desto geringer ist die Aussagekraft der zu analysierenden Daten und des Mittelwertes. Zudem sinkt die Wahrscheinlichkeit, den Mittelwert wieder zu erreichen, wenn eine hohe Standardabweichung vorliegt.

5.1 Medaillenspiegel

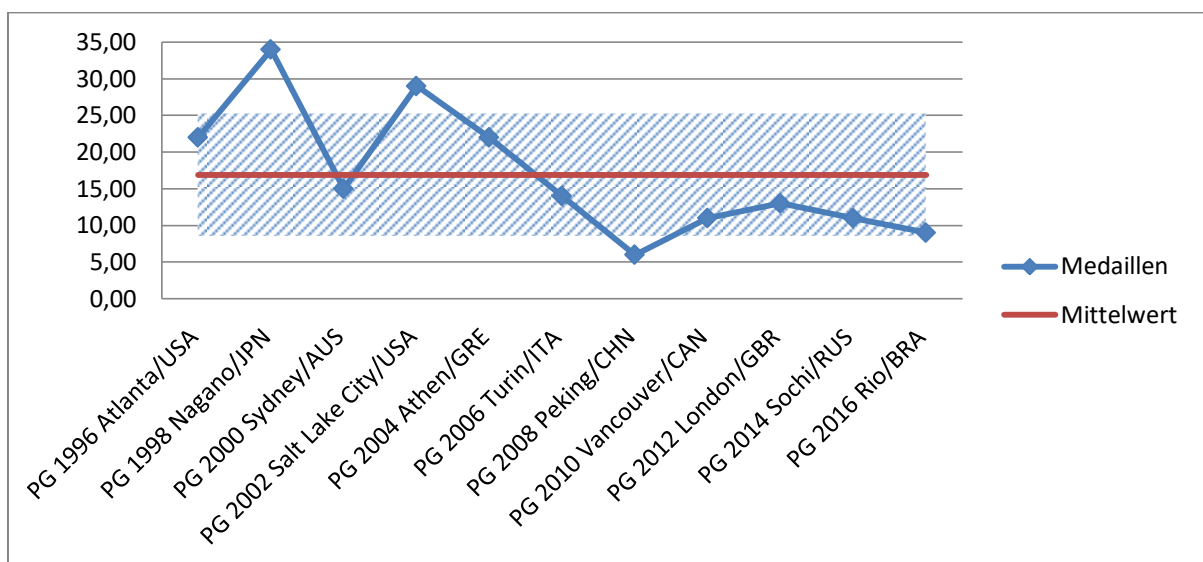


Abb. 4: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 16,91; Standardabweichung = 8,36 (Obergrenze = 25,27; Untergrenze = 8,55)

Im Zeitraum von 1996-2016 wurden bei den jeweiligen Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Durchschnitt 16,91 Medaillen in den Einzel- und Teambewerben von österreichischen Athleten/innen gewonnen.

Auffällig ist, dass bis zum Jahr 2004 dieser Mittelwert von 16,91 Medaillen zweimal außerhalb der natürlichen Schwankung ($= 8,36$; Obergrenze $= 25,27$; Untergrenze $= 8,55$) übertroffen wurde. In Nagano (1998) mit 34 gewonnenen Medaillen sowie in Salt Lake City (2002) mit 29 gewonnenen Medaillen liegt die Anzahl der Medaillen nicht nur deutlich über dem Mittelwert, sondern auch über der Standardabweichung. Der Mittelwert von 16,91 Medaillen wird im Jahr 2008 in Peking, wo Österreich lediglich 6 Medaillen gewinnen konnte, unterschritten und liegt außerhalb der natürlichen Streuung.

Der Normalbereich ($\pm$ Standardabweichung) des gesamten Berichtszeitraumes ist verhältnismäßig groß, d.h. die Ober- und Untergrenze der Standardabweichung liegt relativ weit auseinander. Dies lässt sich durch die massive Streuung der gewonnenen Medaillen in den ersten Jahren von 1996-2004 und durch die anschließende kontinuierliche negative Medaillenbilanzentwicklung erklären. Das wird durch die 34 gewonnenen Medaillen in Nagano im Jahr 1998 deutlich, wohingegen in Peking im Jahr 2008 nur 6 Medaillen gewonnen werden konnten. Somit lässt die Erwartung des zukünftigen Abschneidens bei Paralympischen Spielen wenig Konkretisierung zu, da die Schwankungen im Berichtszeitraum zu hoch sind. Wenn man jedoch nur die letzten 4 Paralympischen Spiele, sprich, den Zeitraum von 2010-2016 betrachtet, kommt man zu einer anderen Aussage: Durch die hier vorliegende geringe Schwankung der gewonnenen Medaillen (zwischen 9 und 13 Medaillen) lässt sich ein anderer historischer Trend und eine geringere Streuung erkennen, als dies in der Langzeit von 1996-2002 der Fall ist.

Grundsätzlich ist auch sehr auffällig, dass bis zum Jahr 2004 der Mittelwert überstiegen wurde, jedoch seit 2006 der Medaillenspiegel deutlich unter dem Mittelwert liegt. Zudem ist die Tendenz auch seit den Paralympischen Winterspielen in Salt Lake City im Jahr 2002 stetig fallend, jedoch ist wieder ein besseres Abschneiden in den Jahren 2010 (Vancouver) und 2012 (London) erkennbar. Auch wenn die historische Entwicklung in den letzten Jahren eher einen Abwärtstrend aufweist und sie an der unteren Grenze der natürlichen Streuung liegt, befindet sich die historische Erfolgsbilanz dennoch seit 2010 (Vancouver) noch im Normalbereich.

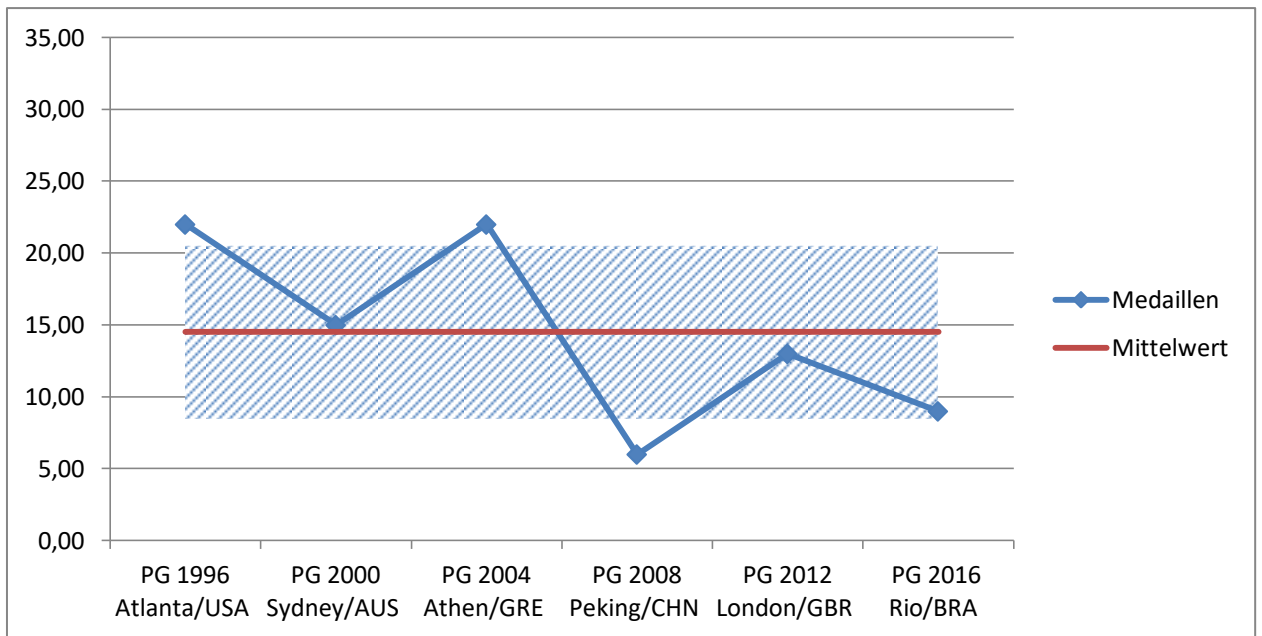


Abb. 5: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016
Mittelwert = 14,50; Standardabweichung = 6,02 (Obergrenze = 20,52; Untergrenze = 8,48)

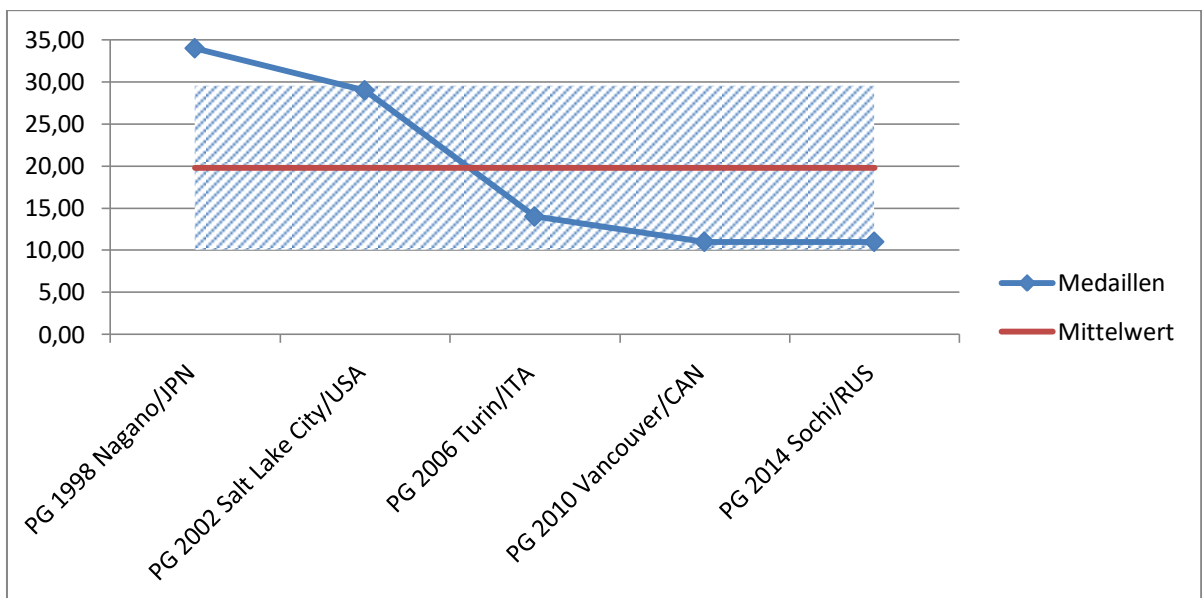


Abb. 6: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 19,80 Standardabweichung = 9,74 (Obergrenze = 29,54; Untergrenze = 10,06)

Vergleicht man die Paralympischen Winter- und Sommerspiele von 1996-2016, ist auffällig, dass die Anzahl der gewonnenen Medaillen bei den Winterspielen kontinuierlich sinkt, währenddessen der Medaillenspiegel bei den Sommerspielen deutlichen Schwankungen unterlegen ist, wobei auch bei den Sommerspielen eine negative Tendenz zu erkennen ist. Es ist zwar so, dass bei den Winterspielen als auch bei den Sommerspielen bis 2004 der Mittelwert überstiegen wurde, aber die Schwankungen bei den Sommerspielen positiver ausfallen als die stetig fallende Tendenz bei den Winterspielen.

Bei den Paralympischen Sommerspielen gibt es von 6 Paralympischen Spielen 3 Ausreißer außerhalb des Normalbereichs (in den Jahren 1996, 2004 und 2008), wobei es bei den Paralympischen Winterspielen nur einen Ausreißer (im Jahr 1998) gibt. Somit ist die Gleichmäßigkeit der Medaillen bei den Paralympischen Winterspielen höher als bei den Paralympischen Sommerspielen.

Bei den Paralympischen Winterspielen beträgt der Mittelwert 19,80 Medaillen, der Mittelwert bei den Paralympischen Sommerspielen liegt bei 14,5 Medaillen. Daher ist das Gesamtergebnis bei den Winterspielen trotz der kontinuierlich fallenden Tendenz der errungenen Medaillen laut den Mittelwerten deutlich besser als bei den Sommerspielen.

Wie bereits in der Einführung dieses Kapitels beschrieben, kann man mittels der Standardabweichung eine eindeutige Aussage darüber treffen, ob der Mittelwert der gewonnenen Medaillen im Berichtszeitraum einen repräsentativen Erwartungswert darstellt. Betrachtet man nun die Standardabweichung bei den Sommer- und Winterspielen, ist aber festzustellen, dass die Winterspiele eine höhere Standardabweichung mit 9,74 aufweisen als die Sommerspiele. Die Standardabweichung der Sommerspiele beträgt 6,02. Die höhere Standardabweichung bei den Winterspielen impliziert deutlich größere Schwankungen der Ergebnisse um den Mittelwert. Somit ist es riskant, den Mittelwert als Erwartungswert der Ergebnisse heranzuziehen. Daher ist die Aussagekraft, dass bei den Winterspielen von 1996-2016 besser abgeschnitten wurde als die Sommerspiele, gering. Jedoch kann man sagen, dass die Winterspiele in Hinblick auf die gewonnenen Medaillen „erfolgreicher“ waren als die Sommerspiele.

Um die Forschungsfrage der erfolgreichsten Paralympischen Spiele im Betrachtungszeitraum von 1996 bis 2016 zu beantworten, ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Paralympischen Spiele im Winter im Jahr 1998 in Nagano die bisher erfolgreichsten Spiele in Einzel- und Teambewerben mit 34 gewonnenen Medaillen waren. Bei den Sommerspielen in Einzel- und Teambewerben von 1996-2016 weisen

zwei Spiele, nämlich Atlanta (1996) und Athen (2004) mit jeweils 22 Medaillen, die höchste Medaillenbilanz auf.

Tab. 4: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016

Jahr	Ort	Gold	Silber	Bronze	Gold	Silber	Bronze
		Einzel	Einzel	Einzel	Team	Team	Team
1996	Atlanta/USA	6	2	9		4	1
1998	Nagano/JPN	7	15	11		1	
2000	Sydney/AUS	2	7	6			
2002	Salt Lake City/USA	9	10	10			
2004	Athen/GRE	8	9	4		1	
2006	Turin/ITA	3	4	7			
2008	Peking/CHN	4	1	1			
2010	Vancouver/CAN	3	4	4			
2012	London/GBR	4	3	6			
2014	Sochi/RUS	2	5	4			
2016	Rio/BRA	1	4	4			
Gewonnene Medaillen		49	64	66	0	6	1

Wie in der oben angeführten *Tabelle 4* ersichtlich, wurden in Summe bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 insgesamt 186 Medaillen gewonnen, davon aber lediglich 7 Medaillen in Teambewerben.

Trotz der insgesamt geringen Anzahl an gewonnenen Medaillen in den Teambewerben bei den Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 ist festzustellen, dass in dieser Hinsicht die Paralympischen Sommerspiele im Jahr 1996 in Atlanta mit 5 gewonnenen Medaillen im Team die erfolgreichsten Spiele waren. Bei den Paralympischen Winterspielen wurde im Beobachtungszeitraum hingegen nur eine Medaille (1998 in Nagano, Japan) errungen.

Die bisherigen Interpretationen beinhalten alle Medaillen der Einzel- und Teambewerbe. *Tabelle 4* verdeutlicht, dass die Einzel-Medaillen den maßgeblichen Teil der gewonnenen Medaillen bei den Sommer- und Winter-Paralympics ausmachen, daher werden bei den folgenden Analysen die Einzelbewerbe herausgehoben und im Detail interpretiert.

Da die Anzahl der errungenen Medaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 das nahezu identische Ergebnis, wie die Anzahl der gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen

Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 (Abbildung 4; Abbildung 5; Abbildung 6) aufweisen, werden die Diagramme der Einzelbewerbe nicht dargestellt. Des Weiteren werden die Ergebnisse der gewonnenen Gold-, Silber, und Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen dargestellt.

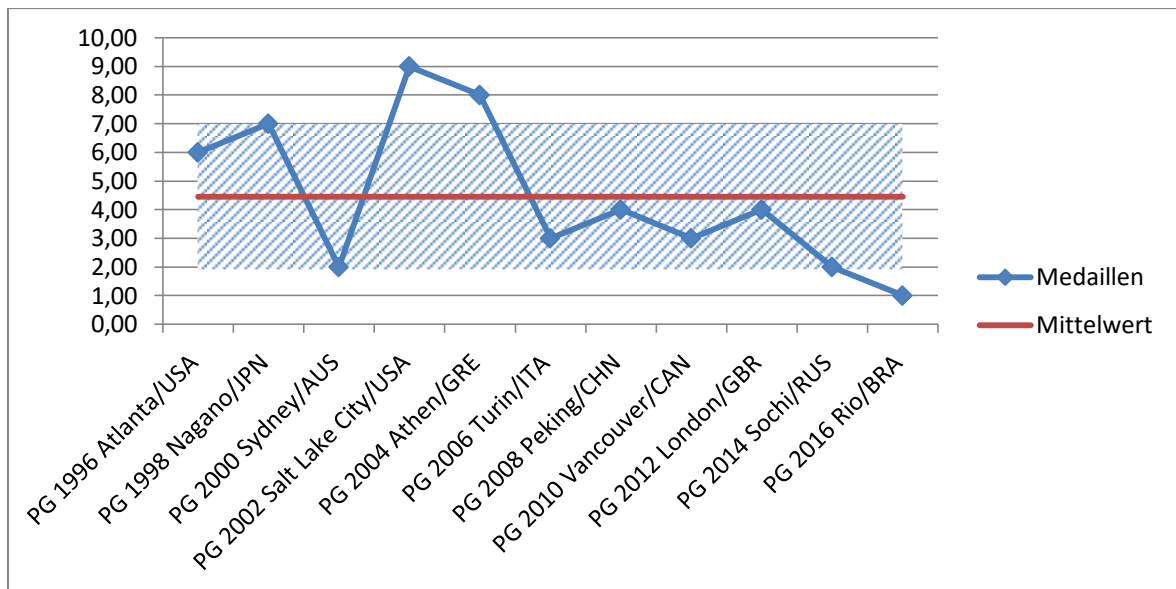


Abb. 7: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016. Mittelwert = 4,45; Standardabweichung = 2,54 (Obergrenze = 6,99; Untergrenze = 1,92)

Im Berichtszeitraum von 1996-2016 hat Österreich bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Durchschnitt 4,45 Goldmedaillen pro paralympischer Teilnahme errungen.

In diesem Diagramm kann man erkennen, dass bei drei Paralympics die gewonnenen Goldmedaillen außerhalb der Standardabweichung (= 2,54; Obergrenze = 6,99; Untergrenze = 1,92;) liegen. Der Mittelwert wird somit bis zum Jahr 2004 zweimal außerhalb der natürlichen Streuung überschritten. In Salt Lake City (2002) mit 9 Goldmedaillen und in Athen (2004) mit 8 gewonnenen Goldmedaillen liegt die Anzahl der errungenen Goldmedaillen nicht nur deutlich über dem Mittelwert, sondern auch über der Standardabweichung. Der Mittelwert von 4,45 durchschnittlich errungenen Goldmedaillen wird zudem im Jahr 2016 in Rio, wo Österreich nur eine Goldmedaille gewinnen konnte, einmal unterschritten.

In der Grafik ist ersichtlich, dass zwei Ergebnisse (in Sydney/2000 und in Sochi/2015) deutlich an der unteren Grenze der natürlichen Streuung liegen. Dennoch befinden sich die jeweils 2 gewonnenen Goldmedaillen trotzdem noch im Normalbereich.

Grundsätzlich ist auffällig, dass bis zum Jahr 2004 eine bessere Medaillenbilanz erzielt wurde, bis auf einen negativen Ausreißer von nur 2 Goldmedaillen im Jahr 2000 in Sydney. Seit 2006 ist festzustellen, dass die Werte unter dem Mittelwert liegen und eine kontinuierlich negative Entwicklung vor allem bei den drei letzten Spielen erkennbar ist. Den Höhepunkt dieser negativen Tendenz stellen die Sommerspiele in Rio im Jahr 2016 dar, wo von österreichischen Athleten/innen lediglich eine Goldmedaille gewonnen werden konnte.

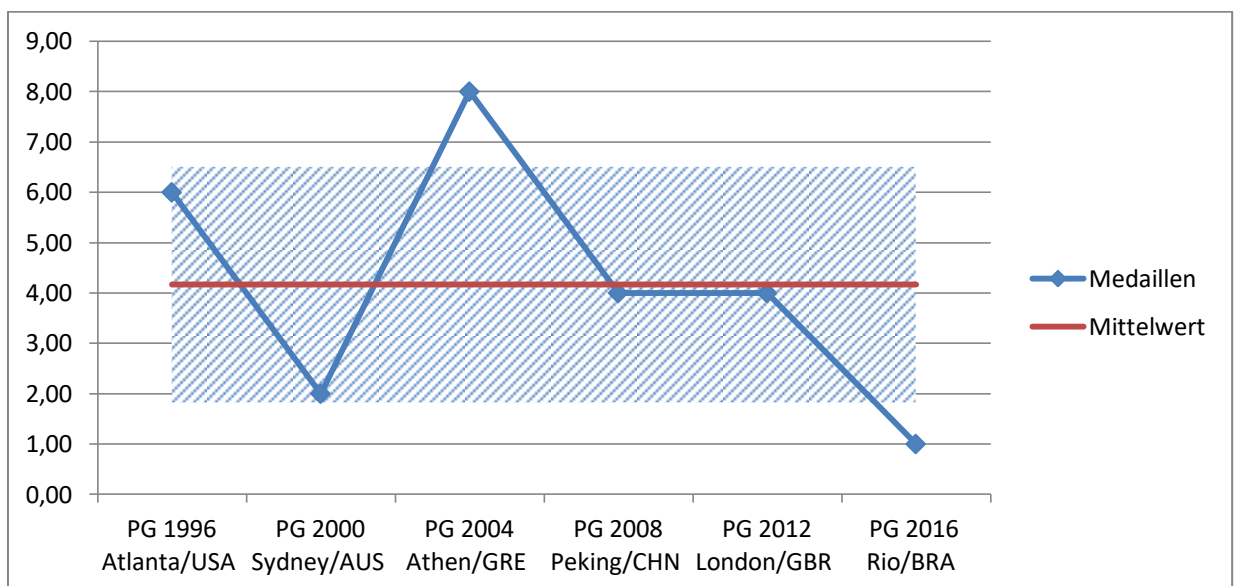


Abb. 8: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016

Mittelwert = 4,17; Standardabweichung = 2,34 (Obergrenze = 6,51; Untergrenze = 1,83)

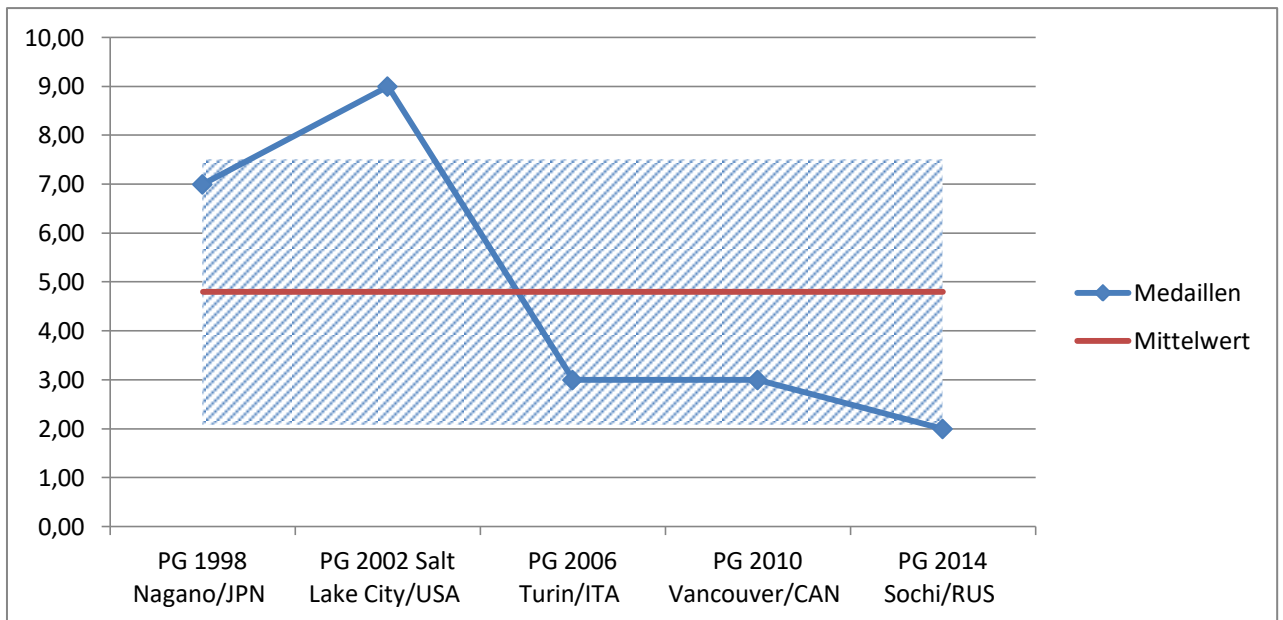


Abb. 9: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016

Mittelwert = 4,80; Standardabweichung = 2,71 (Obergrenze = 7,51; Untergrenze = 2,09)

Vergleicht man die Paralympischen Winter- und Sommerspiele von 1996-2016 hinsichtlich der errungenen Goldmedaillen, ist auffällig, dass die letzten Sommer- und Winterspiele (2016 in Rio und 2014 in Sochi) in diesem Zeitraum die Spiele mit den geringsten Erfolgen im Berichtszeitraum waren. In Rio im Jahr 2016 wurde bei den Sommer-Paralympics nur eine Goldmedaille und in Sochi im Jahr 2014 wurden bei den Winter-Paralympics nur 2 Goldmedaillen gewonnen. Diese beiden Ergebnisse stellen die beiden negativen Ausreißer dar. Dennoch ist festzuhalten, dass das Ergebnis mit einer gewonnenen Goldmedaille bei den Paralympischen Sommerspielen in Rio um einiges deutlicher außerhalb der Standardabweichung (Untergrenze=1,83) als bei den Paralympischen Winterspielen in Sochi liegt. Denn bei den Paralympischen Winterspielen in Sochi im Jahr 2014 wurden 2 Medaillen errungen und die untere Grenze der Standardabweichung liegt bei 2,09.

Der Goldmedaillenspiegel ist bei den Paralympischen Sommerspielen bis 2008 und den Winterspielen im Zeitraum von 1996-2006 deutlichen Schwankungen unterlegen. Dennoch können in diesem Zeitraum die besten Ergebnisse festgestellt werden. Bei den Paralympischen Sommerspielen in Salt Lake City im Jahr 2002 und bei den Winter-Paralympics in Athen im Jahr 2004 wurden jeweils 9 und 8 Goldmedaillen durch österreichische Behindertensportler/innen errungen. Beide Ergebnisse liegen nicht nur deutlich über dem Mittelwert, sondern auch klar über der natürlichen Streuung. Somit

weisen die Paralympischen Winter- als auch die Sommerspiele jeweils einen positiven und einen negativen Ausreißer auf.

Bei den Paralympischen Sommerspielen ist eine deutlich stärker ausgeprägte negative Entwicklung zu erkennen, als dies bei den Paralympischen Winterspielen in den letzten Jahren der Fall war, auch wenn die letzten 3 Winter-Paralympics hinsichtlich der Medaillenbilanz unter dem Mittelwert liegen. Bei den Paralympischen Sommerspielen zeigt der Rückgang von 4 Medaillen im Jahr 2012 in London auf eine Medaille im Jahr 2016 in Rio eine schlechtere Entwicklung als bei den Winterspielen, obwohl auch bei den Winter-Paralympics die Tendenz in den letzten Jahren nicht hervorragend ist. Dennoch ist die Differenz (-3 Medaillen) bei den Sommer-Paralympics größer als die Differenz in den Jahren 2010 auf 2014 (-1) bei den Winter-Paralympics.

Bei den Paralympischen Winterspielen beträgt der Mittelwert 4,80 Medaillen, der Mittelwert bei den Paralympischen Sommerspielen liegt bei 4,17. Daher ist das Gesamtergebnis bei den Winterspielen trotz der fallenden Tendenz der gewonnenen Medaillen laut den Mittelwerten ein wenig besser als bei den Sommer-Paralympics.

Betrachtet man wieder die Standardabweichung der Sommer- und Winterspiele, ist erkennbar, dass die Winterspiele eine höhere Standardabweichung mit 2,71 vorweisen. Dennoch ist auch zu erwähnen, dass der Unterschied zu der Standardabweichung bei den Sommerspielen mit 2,34 nicht so deutlich ist. Trotzdem ist zu sagen, dass durch die höhere Standardabweichung bei den Winterspielen somit keine gute Einschätzung über den Mittelwert der gewonnenen Medaillen bei den Winterspielen abgegeben werden kann, und die gewonnenen Medaillen mehr um den Mittelwert streuen als bei den Sommerspielen.

Abschließend ist nochmals festzuhalten, dass im Jahr 2002 in Salt Lake City bei den Winter-Paralympics die meisten Goldmedaillen (9 Medaillen) von österreichischen Athleten/innen gewonnen wurden. Bei den Sommer-Paralympics waren dies die Spiele in Athen mit 8 gewonnenen Goldmedaillen im Jahr 2004.

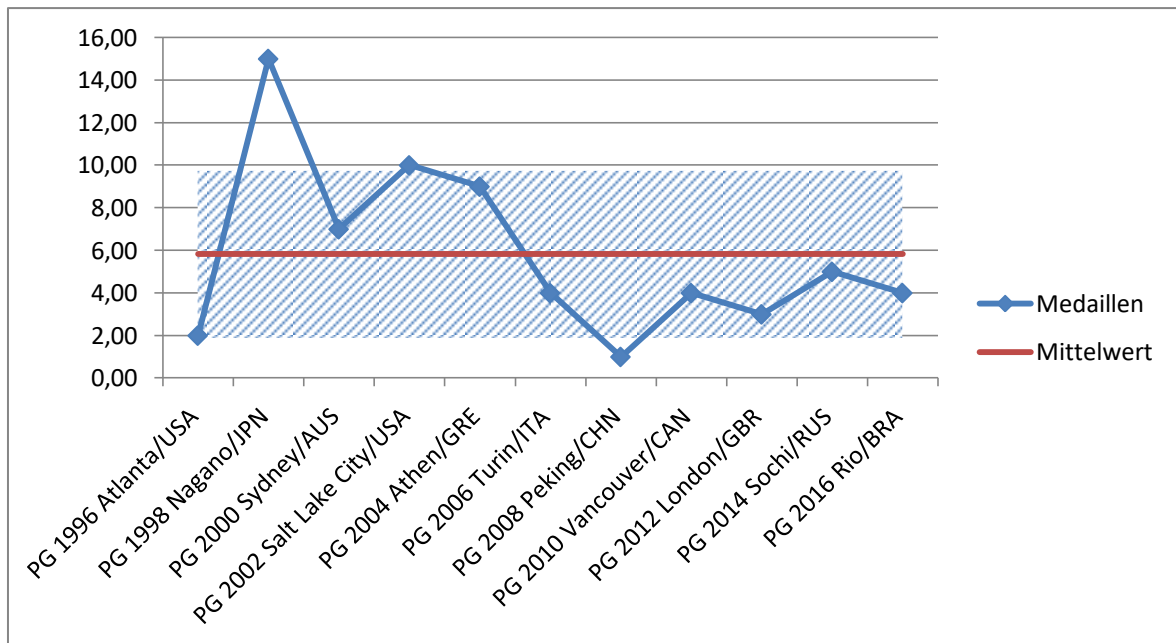


Abb. 10: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 5,82; Standardabweichung = 3,93 (Obergrenze = 9,75; Untergrenze = 1,89)

Diese Abbildung der gewonnenen Silbermedaillen weist ein ähnliches Bild wie bereits die zuvor dargestellte und interpretierte Bilanz der Goldmedaillen in den Einzelbewerben (Abbildung 7) als auch der gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 (Abbildung 4) auf. Auch in dieser Darstellung (Abbildung 10) weisen die Paralympischen Sommer- und Winterspiele von 1996-2004 deutlich bessere Ergebnisse auf als nach 2004, auch wenn ein negativer Ausreißer im Jahr 1996 in Atlanta mit nur 2 Silbermedaillen erkennbar ist. Auch wenn dieses Ergebnis von 1996 an der unteren Grenze der natürlichen Streuung liegt, liegen diese 2 gewonnenen Silbermedaillen noch im Normalbereich. Ein äußerst positiver Ausreißer, der deutlich außerhalb der natürlichen Schwankung (= 3,93; Obergrenze = 9,75; Untergrenze = 1,89) liegt, ist mit den 15 errungenen Silbermedaillen im Jahr 1998 in Nagano festzustellen. Trotzdem ist festzuhalten, dass die Winter-Paralympics bereits 19 Jahre zurück liegen.

Seit 2006 liegt die Anzahl der gewonnenen Silbermedaillen kontinuierlich unter dem Mittelwert von durchschnittlich 5,82 errungenen Silbermedaillen. In dieser negativen Entwicklung seit 2006 wurde die geringste Silbermedaillenanzahl im Jahr 2008 in Peking mit nur einer Silbermedaille erreicht. Der Mittelwert wird daher nur einmal außerhalb der natürlichen Streuung unterschritten. Auch wenn im gesamten Berichtszeitraum eine

negative Tendenz ersichtlich ist, gab es seit 2008 in Peking wieder eine steigende Entwicklung, auch wenn diese Ergebnisse nach wie vor unter dem Mittelwert des Berichtszeitraumes liegen.

Das positivste Ergebnis im Jahr 1998 in Nagano und das schlechteste Ergebnis im Jahr 2008 in Peking sind somit die beiden Ausreißer, die außerhalb der Standardabweichung liegen.

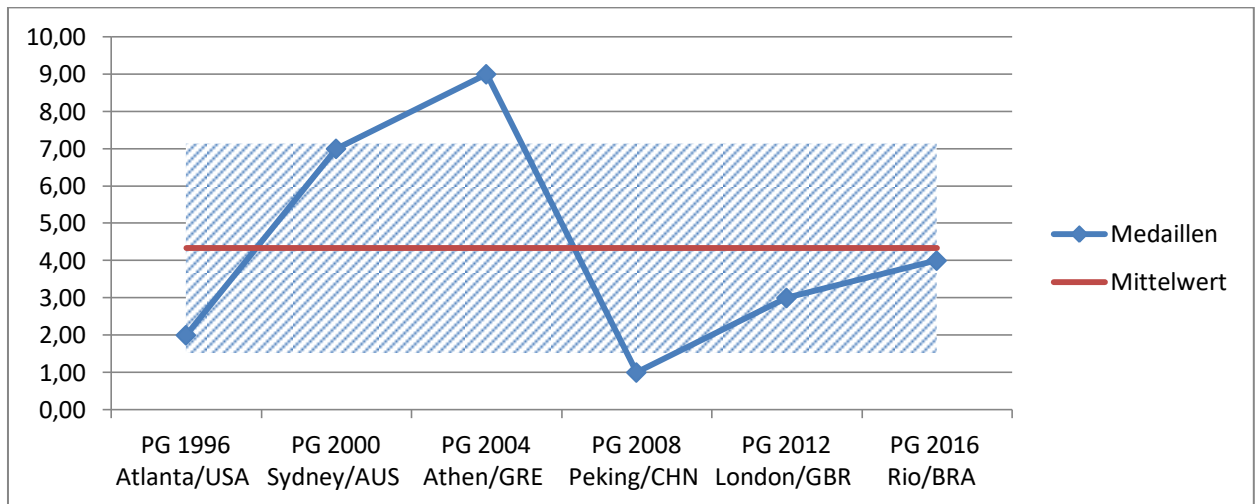


Abb. 11: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016

Mittelwert = 4,33; Standardabweichung = 2,81 (Obergrenze = 7,14; Untergrenze = 1,52)

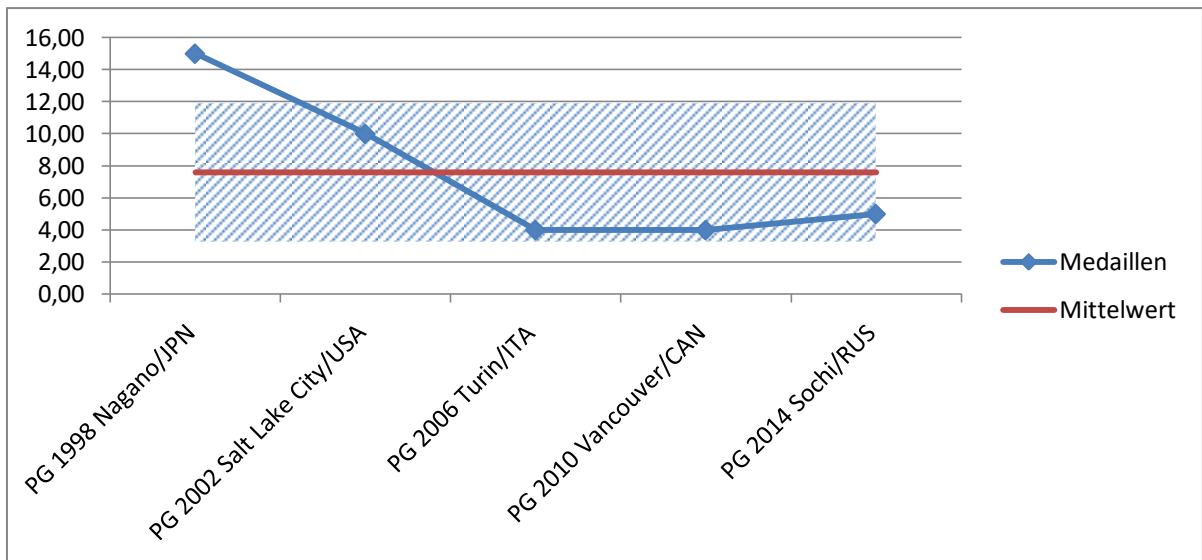


Abb. 12: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016

Mittelwert = 7,60; Standardabweichung = 4,32 (Obergrenze = 11,92; Untergrenze = 3,28)

Vergleicht man diese Darstellung mit der Abbildung 8 der gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016, wurden im Jahr 2016 in Rio am wenigsten Goldmedaillen errungen.

Bei der Abbildung 11 fällt auf, dass bei den Paralympischen Sommerspielen die Sommerspiele in Rio die positive Tendenz (hinsichtlich der Anzahl der errungenen Silbermedaillen), welche seit den Sommer-Paralympics in Peking im Jahr 2008, bei welchen nur eine Silbermedaille gewonnen wurde, fortgesetzt werden konnte. Es folgte eine Steigerung in London im Jahr 2012 auf 3 und in Rio 2016 auf 4 gewonnene Silbermedaillen. Die Silbermedaillentendenz der letzten Jahre ist somit positiv zu bewerten, wenngleich auch die Goldmedaillentendenz bei den Paralympischen Sommerspielen negativ ist.

Bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen bis 2004 ist eine positive Tendenz zu verzeichnen, auch wenn ein negativer Ausreißer in Atlanta mit 2 Medaillen erkennbar ist. Dieser liegt dennoch im Normalbereich der Sommer-Paralympics (Obergrenze = 7,14; Untergrenze = 1,52). Sonst liegen alle Ergebnisse über dem Mittelwert, der bei den Paralympischen Winterspielen bei 7,60 und bei den Paralympischen Sommerspielen bei 4,33 liegt. Die beiden Mittelwerte zeigen deutlich, dass die Ergebnisse bei den Paralympischen Winterspielen besser sind als bei den Sommerspielen. Im Vergleich dazu wurde auch bei den Paralympischen Winterspielen das schlechteste Ergebnis mit 4 gewonnenen Silbermedaillen verzeichnet (Turin/2006 und Vancouver/2010), bei den

Paralympischen Sommerspielen datiert die geringste Anzahl an Silbermedaillen mit nur einer Silbermedaille aus dem Jahr 2008 (Peking).

Trotz des besseren Mittelwertes bei den Paralympischen Winterspielen als bei den Sommerspielen ist die Tendenz bei den Winterspielen stetig fallend, während bei den Sommerspielen der letzten Jahre eine positive Entwicklung vorliegt.

Bei den Paralympischen Winterspielen existiert nur ein positiver Ausreißer (1998 in Nagano), während bei den Paralympischen Sommerspielen ein positiver (2004 in Athen) und ein deutlich negativer Ausreißer (2008 in Peking) außerhalb der Standardabweichung erkennbar ist. Die Obergrenze der Standardabweichung bei den Winter-Paralympics liegt bei 11,92, die Untergrenze bei 3,28.

Vergleicht man die Standardabweichung der Sommer- und Winterspiele, weisen wieder die Winterspiele eine deutlich höhere Standardabweichung mit 4,32 auf als die Sommerspiele mit 2,81. Auch wenn in den Abbildungen 11 und 12 auf dem ersten Blick nicht sofort erkennbar, ist durch die höhere Standardabweichung bei den Winterspielen feststellbar, dass die gewonnenen Silbermedaillen deutlich mehr um den Mittelwert streuen als bei den Sommerspielen. Da zwar der Mittelwert der Winterspiele besser ist als bei den Sommerspielen, aber die Standardabweichung höher, ist ein Vergleich der Werte nicht aussagekräftig. Der Mittelwert der Winterspiele ist für die Einschätzung der tatsächlich gewonnenen Silbermedaillen daher nicht gut geeignet.

Abschließend ist festzuhalten, dass im Jahr 2004 in Athen bei den Sommer-Paralympics die meisten Silbermedaillen mit 9 gewonnenen Medaillen von österreichischen Athleten/innen errungen wurden. Bei den Winter-Paralympics stellen dies die Spiele in Nagano mit 15 gewonnenen Silbermedaillen im Jahr 1998 dar.

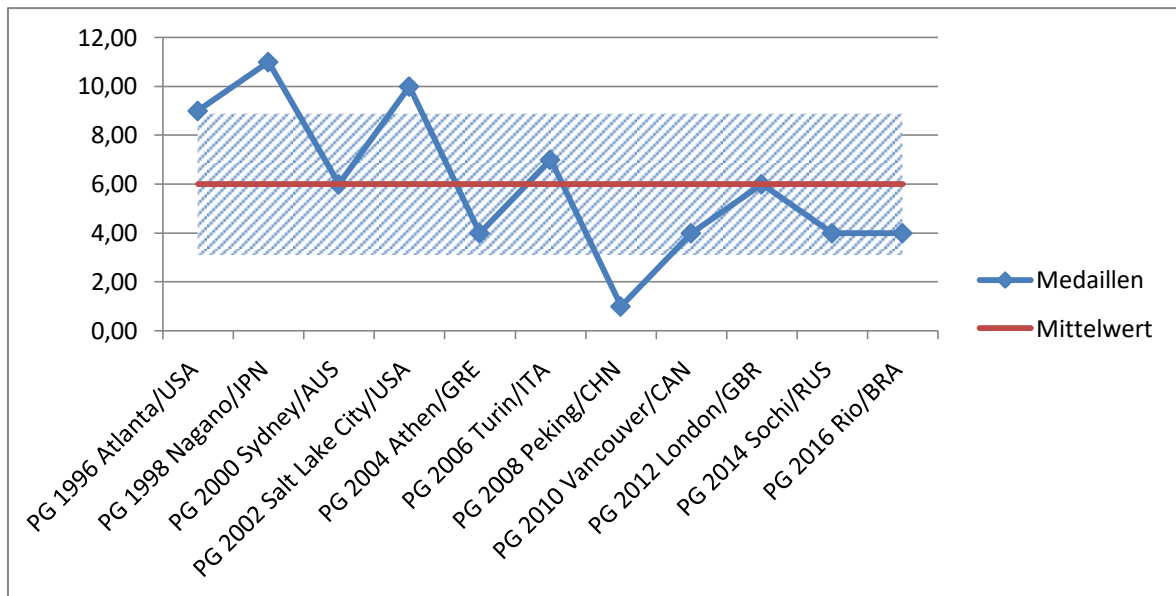


Abb. 13: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 6; Standardabweichung = 2,89 (Obergrenze = 8,89; Untergrenze = 3,11)

Im Berichtszeitraum von 1996-2016 haben die österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Durchschnitt 6 Bronzemedailles gewonnen.

Die Anzahl der errungenen Bronzemedailles weist im Berichtszeitraum große Schwankungen auf. Auch wenn große Schwankungen erkennbar sind, ist zudem auch eine negative Entwicklung seit Beginn zu verzeichnen. Eine positive Tendenz ist im Jahr 2012 in London festzustellen. Dennoch liegen die Ergebnisse seit 2008 in Peking kontinuierlich unter dem Mittelwert des Beobachtungszeitraumes. Trotz der fallenden negativen Tendenz ist seit Vancouver 2010 eine Stagnation an gewonnenen Bronzemedailles festzustellen. Auch wenn die Ergebnisse der letzten Jahre unter dem Mittelwert liegen, ist hier keine abfallende Tendenz zu verzeichnen.

Ein deutliches Abfallen der Anzahl an errungenen Bronzemedailles ist seit dem Jahr 2006 klar erkennbar. In Turin im Jahr 2006 wurden 7 Bronzemedailles gewonnen, hingegen in Peking im Jahr 2008 nur eine Bronzemedaille. Dieses Jahr 2008 stellt auch einen negativen Ausreißer außerhalb der Streuung (= 2,89; Obergrenze = 8,89; Untergrenze = 3,11) von insgesamt 4 Ausreißern dar. Der Mittelwert wird dreimal außerhalb der natürlichen Schwankung überschritten (im Jahr 1996 in Atlanta mit 9, im Jahr 1998 in Nagano mit 11 und 2002 in Salt Lake City mit je 10 gewonnenen Bronzemedailles).

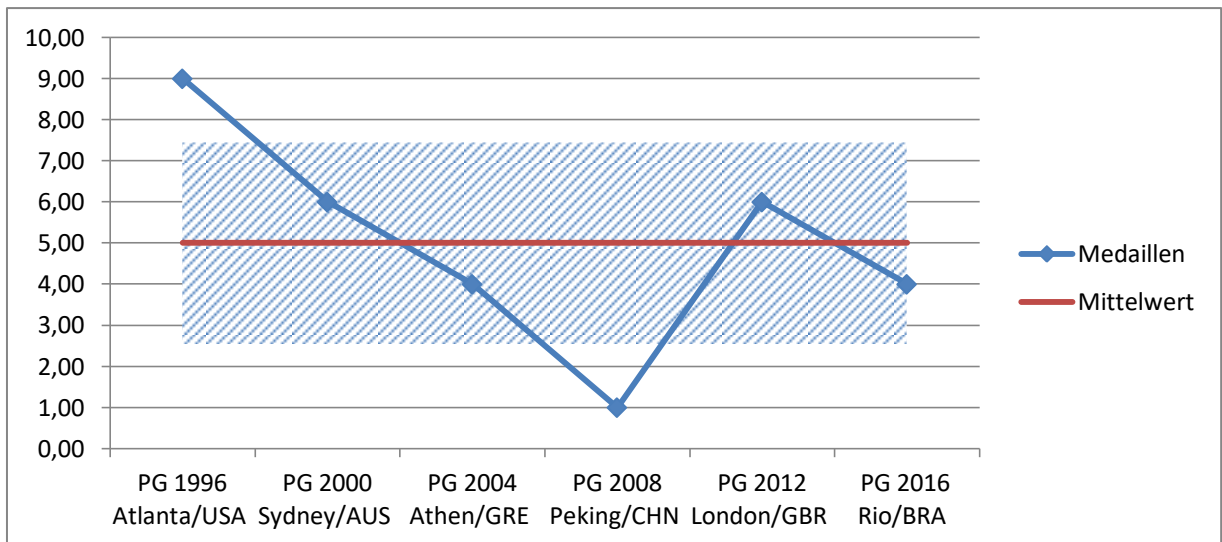


Abb. 14: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016

Mittelwert = 5; Standardabweichung = 2,45 (Obergrenze = 7,45; Untergrenze = 2,55)

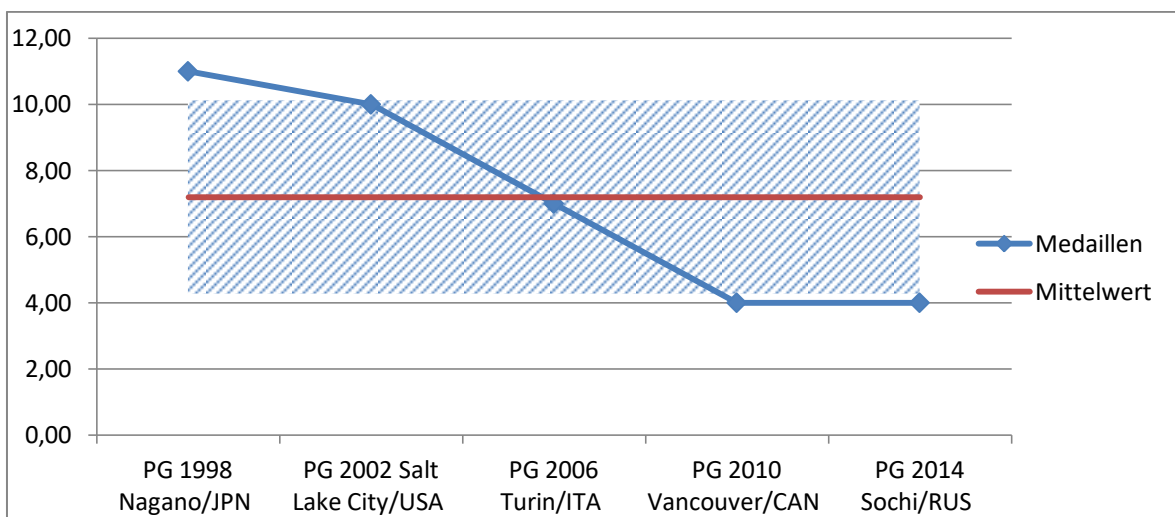


Abb. 15: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016

Mittelwert = 7,20; Standardabweichung = 2,93 (Obergrenze = 10,13; Untergrenze = 4,27)

Bei den Paralympischen Winterspielen ist grundsätzlich seit 2002 eine deutlich fallende und negative Tendenz feststellbar, während die Paralympischen Sommerspiele von Beginn (1996) an eine signifikante fallende Tendenz aufweisen. Bei den Paralympischen Sommerspielen ist jedoch seit 2008 in Peking, bei welchen nur eine Bronzemedaille

errungen werden konnte, eine deutlich aufsteigende Tendenz zu verzeichnen, und die Ergebnisse liegen im Jahr 2012 in London über dem Mittelwert.

Der Mittelwert beträgt bei den Paralympischen Sommerspielen im Durchschnitt 5 Bronzemedailles und bei den Paralympischen Winterspielen 7,20 Medaillen. Daher ist ein ähnliches Bild wie bei den errungenen Silbermedaillen bei den Winter-Paralympics (Abbildung 12) zu erkennen, nämlich dass die Paralympischen Winterspiele von einer kontinuierlich negativen Entwicklung geprägt sind, auch wenn der Mittelwert besser ist als bei den Paralympischen Sommerspielen.

Grundsätzlich ist die Standardabweichung ($= 2,45$; Obergrenze $= 7,45$; Untergrenze $= 2,55$) bei den Paralympischen Sommerspielen kleiner als bei den Winterspielen, da die Ergebnisse bei den Sommerspielen deutlich mehr in der Nähe des Mittelwertes liegen und die Sommerspiele nur einen klaren positiven und einen deutlich negativen Ausreißer aufweisen (im Jahr 1996 in Atlanta und im Jahr 2008 in Peking mit je 9 und einer gewonnenen Bronzemedaille). Bei den Paralympischen Winterspielen ist die Standardabweichung ($= 4,27$; Obergrenze $= 10,13$; Untergrenze $= 4,27$) größer als bei den Sommerspielen, da keine Einheitlichkeit der Ergebnisse zu erkennen ist. 3 von 5 Ergebnissen der Paralympischen Winterspiele liegen außerhalb des Normalbereichs, daher ist die Aussage der Ergebnisse bzw. des Mittelwertes wenig aussagekräftig. Der positive Ausreißer liegt 1998 mit 11 gewonnenen Bronzemedailles in Nagano und die negativen Ausreißer liegen mit jeweils 4 errungenen Bronzemedailles in den Jahren 2010 in Vancouver und im Jahr 2014 in Sochi außerhalb des Normalbereichs.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass im Jahr 1996 in Atlanta bei den Sommer-Paralympics die meisten Bronzemedailles, nämlich 9, von österreichischen Athleten/innen gewonnen wurden. Bei den Winter-Paralympics wurde diese Bestleistung im Jahr 1998 in Nagano mit 11 Bronzemedailles erreicht.

Abschließend kann noch ein Vergleich zwischen den errungenen Gold-, Silber- und Bronzemedailles im Berichtszeitraum von 1996-2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen gezogen werden. Bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen in Einzelbewerben wurden mit 66 Bronzemedailles die meisten Medaillen gewonnen. Dem folgen knapp 64 gewonnenen Silbermedaillen. Gesamt gesehen aber wurden mit 49 Goldmedaillen am wenigsten Medaillen errungen. Dies wird in *Tabelle 4* verdeutlicht. Dieses Ergebnis wird auch durch die Mittelwerte der im Durchschnitt gewonnenen Medaillen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen bestätigt. Der Mittelwert der gewonnenen Goldmedaillen beträgt 4,45 (Standardabweichung $= 2,54$), der Mittelwert der Silbermedaillen beträgt 5,82 (Standardabweichung $= 3,93$) und der Mittelwert der

Bronzemedailen bei den Sommer- und Winter-Paralympics beträgt 6 (Standardabweichung = 2,89) (Abbildung 7; Abbildung 10; Abbildung 13). Laut deren Standardabweichungen ist zu erkennen, dass die gewonnenen Silbermedaillen deutlich mehr um den Mittelwert streuen und die Aussagekraft des Mittelwertes riskant einzustufen ist. Bei den Bronzemedailen zeigt die geringere Standardabweichung, dass der Mittelwert für eine gute Einschätzung der tatsächlichen errungenen Medaillen geeignet ist.

5.2 Bilanzen basierend auf Top-8-Platzierungen

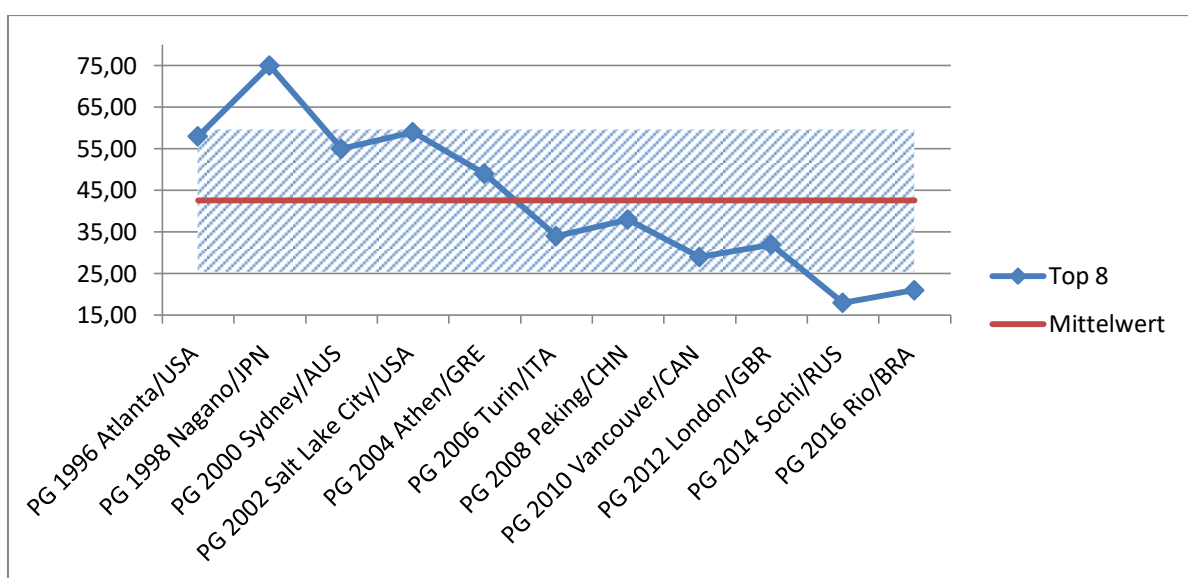


Abb. 16: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016

Mittelwert = 42,55; Standardabweichung = 17,10 (Obergrenze = 59,65; Untergrenze = 25,45)

Die oben angeführte Darstellung weist sehr unterschiedliche Ergebnisse bei den erzielten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996-2016 auf. Beispielsweise werden im Jahr 1998 in Nagano 75 Top-8-Platzierungen erreicht, hingegen in Sochi im Jahr 2014 nur 18 Top-8-Platzierungen. Grundsätzlich führen sehr viele unterschiedliche Werte aufgrund der großen Streuung zu einem großen Normalbereich. Somit ist in diesem Zusammenhang wieder die Aussagekraft des Normalbereiches gering.

Es ist nicht zu verschweigen, dass in Betracht aller Ergebnisse die 75 Top-8-Platzierungen in Nagano 1998 nie wieder annähernd erreicht wurden, sondern die Tendenz über den gesamten Untersuchungszeitraum stetig und offensichtlich fallend ist.

Zudem kann erwähnt werden, dass eine Zunahme der Anzahl an durchgeführten Sportarten im Berichtszeitraum festzustellen ist. Im Jahr 2000 in Sydney bei den Paralympischen Sommerspielen konnten die österreichischen Athleten/innen beispielsweise an 18 Sportarten teilnehmen, hingegen konnten in Rio 2016 die Behindertenathleten/innen an 22 Sportarten teilnehmen. Bei den Winter-Paralympics im Jahr 2002 in Salt Lake City konnten die heimischen Behindertensportler/innen an 4 Sportarten teilnehmen, im Jahr 2014 konnten die Athleten/innen bereits in 6 Sportarten an den Start gehen (ÖPC, 2017g). Somit kann man sagen, dass aufgrund der zunehmend durchgeführten Disziplinen im Untersuchungszeitraum auch mehr Medaillen bzw. Top-8-Platzierungen im Laufe der Jahre gewonnen und errungen hätten werden können. Es ist nun festzustellen, dass die steigende Anzahl an durchgeführten Disziplinen die zuvor erwähnte fallende Medaillentendenz als auch die negative Entwicklung der Top-8-Platzierungsbilanz im Untersuchungszeitraum unterstreicht.

Es gibt 3 Ausreißer in dieser Darstellung, davon sind zwei negativ. Der Mittelwert wird zweimal außerhalb der natürlichen Streuung ($= 17,10$; Obergrenze $= 59,65$; Untergrenze $= 25,45$) unterschritten, dies ist in Sochi im Jahr 2014 und in Rio im Jahr 2016 mit jeweils 18 und 21 erreichten Top-8-Platzierungen. Ein positiver Ausreißer befindet sich oberhalb der Standardabweichung, dies geschah in Nagano im Jahr 1998 mit 75 erzielten Top-8-Platzierungen.

Generell ist eine massiv fallende Entwicklung der erreichten Top-8-Platzierungen in diesem Berichtszeitraum zu verzeichnen, mit kaum einer Aussicht auf Verbesserung. Denn auch der Mittelwert beträgt 42,55 bei den durchschnittlich erzielten Top-8-Platzierungen im Berichtszeitraum, und dieser Wert wird auch bei den letzten Paralympischen Spielen in Rio im Jahr 2016 nicht annähernd erreicht.

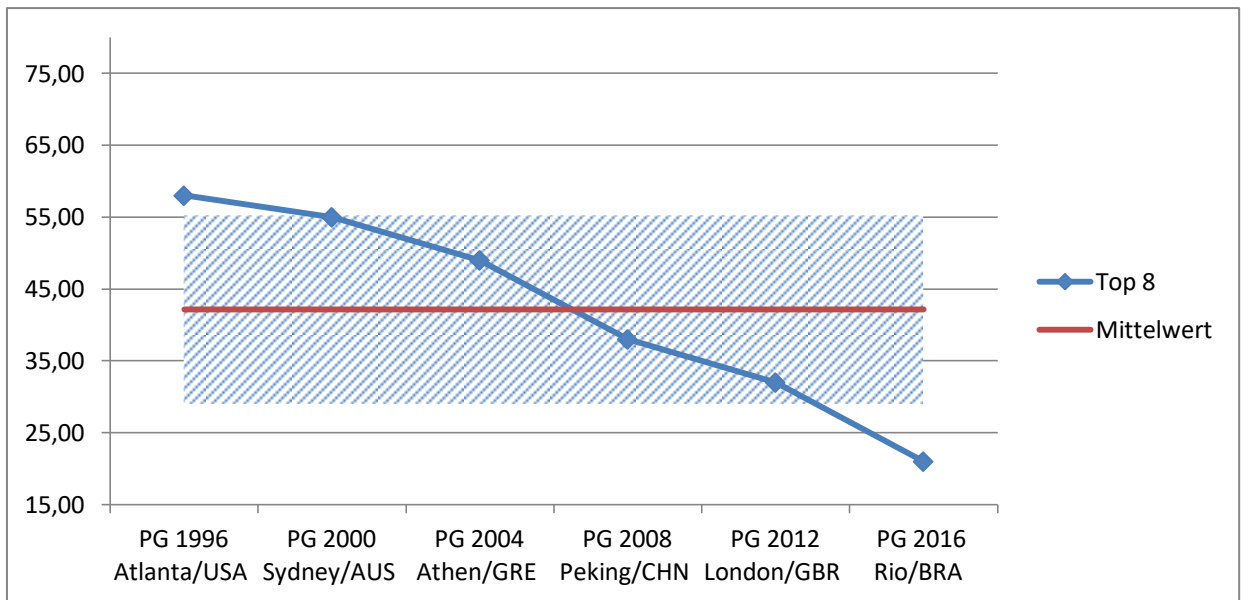


Abb. 17: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016
Mittelwert = 42,17; Standardabweichung = 13,11 (Obergrenze = 55,28; Untergrenze = 29,06)

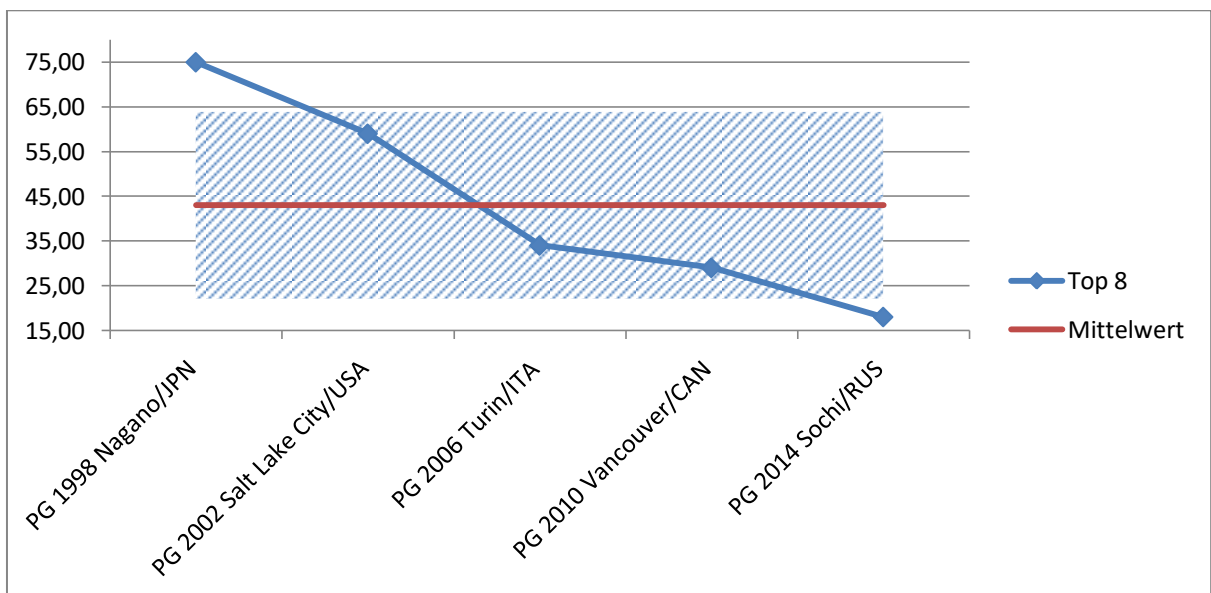


Abb. 18: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 43,00; Standardabweichung = 20,89 (Obergrenze = 63,89; Untergrenze = 22,11)

Zieht man einen Vergleich zu den gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016, ist auffällig, dass die Ergebnisse der Sommerspiele bei den gewonnenen Medaillen im Berichtszeitraum (Abbildung 5) größeren Schwankungen unterliegen. Hingegen sind die Ergebnisse bei den gewonnenen Medaillen bei den Winterspielen (Abbildung 6) stetig fallend. Bei den Top-8-Platzierungen ist erkennbar, dass bei den Paralympischen Sommer- als auch Winterspielen (Abbildung 17; Abbildung 18) eine stetig negative Entwicklung vorliegt.

Obwohl die Erfolge bei den Paralympischen Winterspielen eine deutlicher ausgeprägte und stärker abfallende Tendenz als die Sommer-Paralympics vorweisen, ist der Mittelwert mit 43 durchschnittlich erzielten Top-8-Platzierungen bei den Winterspielen nahezu gleich mit dem Mittelwert der Paralympischen Sommerspiele von 42,17. Dies ist auf das äußerst erfreuliche Ergebnis von 1998 in Nagano mit 75 erreichten Top-8-Platzierungen zurückzuführen.

Auch wenn die Paralympischen Sommerspiele nicht so eine klare stetige negative Entwicklung wie bei den Winterspielen vorweisen, ist auch die Tendenz bei Paralympischen Sommerspielen wie auch bei den Winterspielen hinsichtlich der Anzahl an Top-8-Platzierungen kontinuierlich abnehmend.

Vergleicht man nochmal die Ausreißer der Paralympischen Sommer- und Winterspiele, sind ähnliche Ergebnisse erkennbar. Sowohl bei den ersten und letzten Paralympischen Sommerspielen als auch bei den Paralympischen Winterspielen sind jeweils ein positiver als auch negativer Ausreißer festzustellen. In den Jahren 1996 und 1998 (Atlanta und Nagano mit je 58 und 75 erreichten Top-8-Platzierungen) und bei den letzten Spielen in den Jahren 2014 bzw. 2016 (Sochi und Rio mit je 18 und 21 erreichten Top-8-Platzierungen) liegen die Ergebnisse außerhalb des natürlichen Schwankungsbereiches. Somit ergeben sich grundsätzlich bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen eine ähnliche Tendenz und ein ähnliches Bild.

Auch wenn man nochmals die beiden Mittelwerte miteinander vergleicht (42,17 bei den Sommerspielen und 43 bei den Winterspielen), kommt man zu demselben Ergebnis wie bereits gerade beschrieben, da die Mittelwerte nahezu gleich sind.

Auch wenn jeweils 2 Ausreißer bei beiden Spielen im Berichtszeitraum vorliegen und deren Mittelwerte fast gleich sind, ist dennoch deren Standardabweichung unterschiedlich. Vergleicht man die Standardabweichung, kommt man nämlich zu einem anderen Ergebnis. Die Standardabweichung der Winterspiele (20,11) ist deutlich höher als bei den Sommerspielen (13,11). Daher ist die Aussagekraft des Mittelwertes bei den Winterspielen nicht so signifikant wie bei den Sommerspielen und zudem streuen die

gewonnenen Medaillen deutlicher um den Mittelwert als bei den Sommerspielen. Auch wenn deren Mittelwerte statistisch gesehen nahezu ähnlich sind, ist dennoch durch die unterschiedliche Standardabweichung die Aussagekraft der zu analysierenden Daten und des Mittelwertes der Winterspiele gering.

Um die Forschungsfrage der erfolgreichsten Paralympischen Spiele im Betrachtungszeitraum bei den Top-8-Platzierungen von 1996-2016 zu beantworten, ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Paralympischen Spiele im Winter 1998 in Nagano die bisher erfolgreichsten Spiele mit 75 Platzierungen waren. Bei den Sommer-Paralympics waren dies die Spiele in Atlanta 1996 mit 58 erreichten Top-8-Platzierungen.

Tab. 5: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016

Jahr	Ort	TOP 8 Einzel	TOP 8 Team
1996	Atlanta/USA	52	6
1998	Nagano/JPN	74	1
2000	Sydney/AUS	50	5
2002	Salt Lake City/USA	59	0
2004	Athen/GRE	47	2
2006	Turin/ITA	34	0
2008	Peking/CHN	35	3
2010	Vancouver/CAN	29	0
2012	London/GBR	31	1
2014	Sochi/RUS	18	0
2016	Rio/BRA	19	2
Erzielte TOP 8		448	20

Wie in der oben angeführten *Tabelle 5* ersichtlich, wurden in Summe bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 insgesamt 448 Top-8-Platzierungen, davon aber nur 20 Top-8-Platzierungen im Team, erreicht. Die *Tabelle 5* verdeutlicht, dass die Einzel-Top-8-Platzierungen den maßgeblichen Teil der erzielten Platzierungen bei den Sommer- und Winter-Paralympics darstellen.

Trotz der geringen Anzahl der erreichten Top-8-Platzierung in den Teambewerben bei den Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 ist dennoch festzustellen, dass die Paralympischen Sommerspiele in Atlanta im Jahr 1996 mit 6 erreichten Top-8-Platzierungen im Team die erfolgreichsten Spiele waren. Bei den Paralympischen

Winterspielen wurde hingegen im Berichtszeitraum nur eine Top-8-Platzierung im Team erreicht, dies war jene des Jahres 1998 in Nagano (Japan).

Da die Anzahl der erreichten Top-8-Platzierungen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 das nahezu identische Ergebnis wie die Anzahl der erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 (Abbildung 16; Abbildung 17; Abbildung 18) aufweisen, werden die Diagramme der Einzelbewerbe nicht dargestellt. Des Weiteren werden die Ergebnisse der erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen dargestellt.

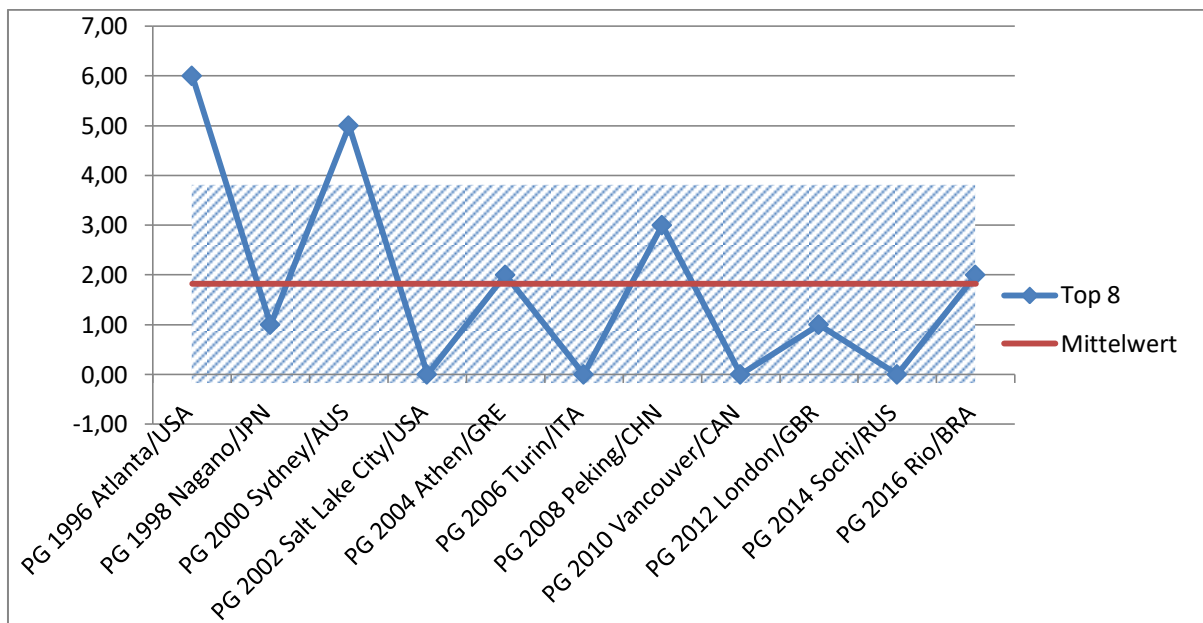


Abb. 19: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016
Mittelwert = 1,82; Standardabweichung = 1,99 (Obergrenze = 3,81; Untergrenze = -0,17)

Im Zeitraum von 1996-2016 wurden bei den jeweiligen Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Durchschnitt 1,82 Top-8-Platzierungen in Teambewerben von österreichischen Athleten/innen erreicht.

Auffallend bei Teambewerben ist, dass bei ersten beiden Paralympischen Sommerspielen 2 positive Ausreißer erkennbar sind. Diese beiden Ergebnisse wurden in Atlanta im Jahr 1996 und in Sydney im Jahr 2000 mit je 6 und 5 erzielten Top-8-Platzierungen erreicht.

Diese beiden positiven Ausreißer liegen nicht nur deutlich über dem Mittelwert, sondern auch außerhalb des Normalbereichs (= 1,99; Obergrenze: 3,81; Untergrenze=-0,17).

Seit 1996 ist eine negative Tendenz von Beginn weg zu erkennen. Dennoch ist anzumerken, dass die Ergebnisse der Top-8-Platzierungen in Teambewerben grundsätzlich großen Schwankungen unterliegen. Dies wird in den folgenden Grafiken in der Unterscheidung zwischen Paralympischen Sommer- und Winterspielen nochmals klar deutlich.

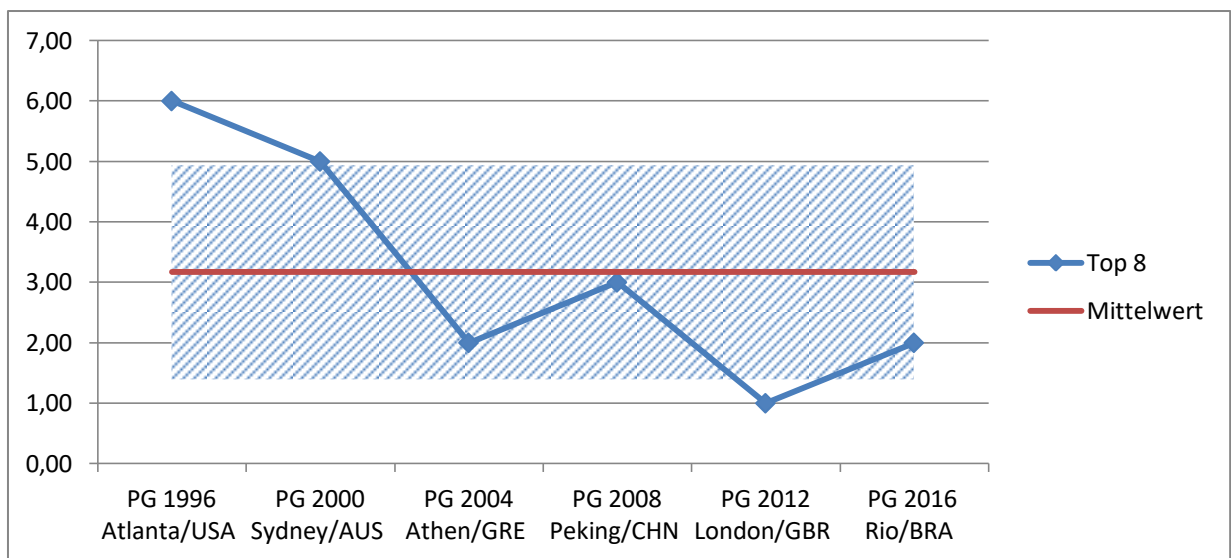


Abb. 20: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016

Mittelwert = 3,17; Standardabweichung = 1,77 (Obergrenze = 4,94; Untergrenze = 1,39)

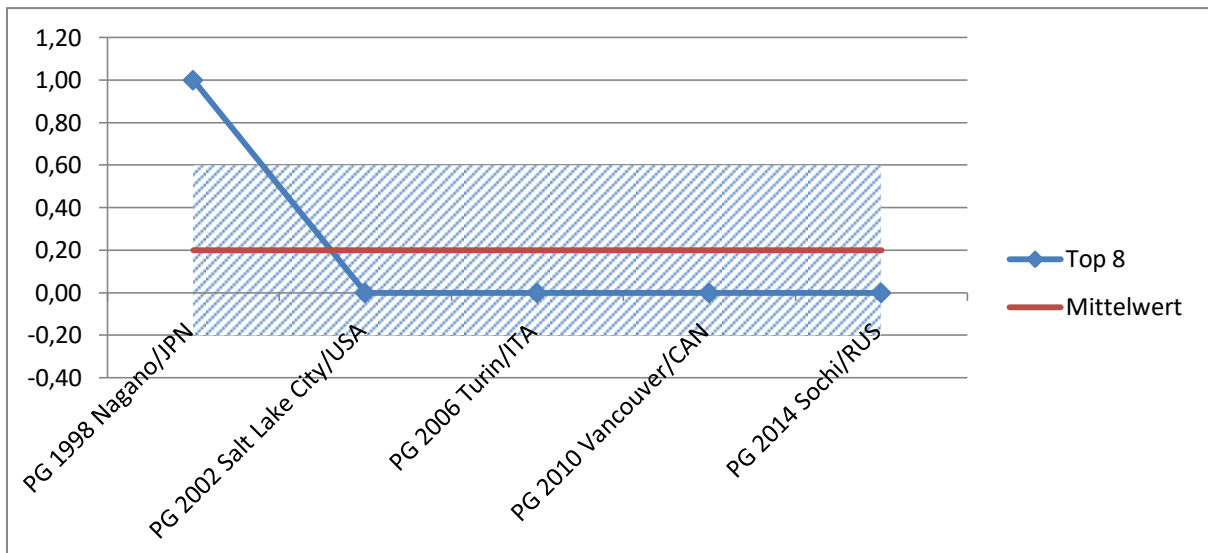


Abb. 21: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016

Mittelwert = 0,20; Standardabweichung = 0,40 (Obergrenze = 0,60; Untergrenze = -0,20)

Die zuvor erwähnten Schwankungen entstehen, weil bei den Paralympischen Winterspielen im Vergleich zu den Paralympischen Sommerspielen seit 2002 in Salt Lake City überhaupt keine Top-8-Platzierung durch das heimische Team mehr erreicht werden konnte.

Vergleicht man die Mittelwerte der Sommer- und Winterspiele (3,17 und 0,20), sind die Sommerspiele bei den Teambewerben erfolgreicher. Dennoch ist zu sagen, dass die Standardabweichung mit 1,77 wesentlich höher ist als die der Winterspiele mit 0,20. Daher weisen die Ergebnisse große Schwankungen um den Mittelwert auf und es wäre zudem riskant, die Aussagekraft des Mittelwertes der Sommerspiele heranzuziehen.

Auch wenn bei den Paralympischen Sommerspielen zu Beginn positive Ergebnisse der Top-8-Platzierungen in Teambewerben vorliegen, ist dennoch eine fallende Tendenz und negative Entwicklung der Top-8-Platzierungen im Berichtszeitraum erkennbar, und seit 2004 in Athen liegen die Ergebnisse auch immer unter dem Mittelwert.

Abschließend ist noch zu sagen, dass die Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 (Abbildung 16) ein ähnliches Bild wie der Medaillenspiegel in Einzel- und Teambewerben zeigen (Abbildung 4). Auch bei den Top-8-Platzierungen ist eine positive Erfolgsbilanz der Top-8-Ränge bis 2004 erkennbar. Seit 2004 ist aber wieder eine negative Tendenz festzustellen. Dennoch ist zu sagen, dass die negative Entwicklung bzw. negative Schwankung im Jahr 2000 in Sydney im Vergleich zu dem Medaillenspiegel in Einzel- und

Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 viel deutlicher ausgeprägt ist als bei den Top-8-Platzierungen.

Die Darstellung der erzielten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 (Abbildung 19) weist ein anderes Bild auf, da sehr viele Schwankungen von 1996-2016 vorliegen. Der Grund dafür sind die geringe Anzahl der erreichten Team-Top-8-Platzierungen bei den Winterspielen im Berichtszeitraum. Dennoch ist auch wieder eine negative Tendenz der Top-8-Platzierungen in Teambewerben im Untersuchungszeitraum erkennbar.

5.3 Bilanzen der Paralympischen Sportarten

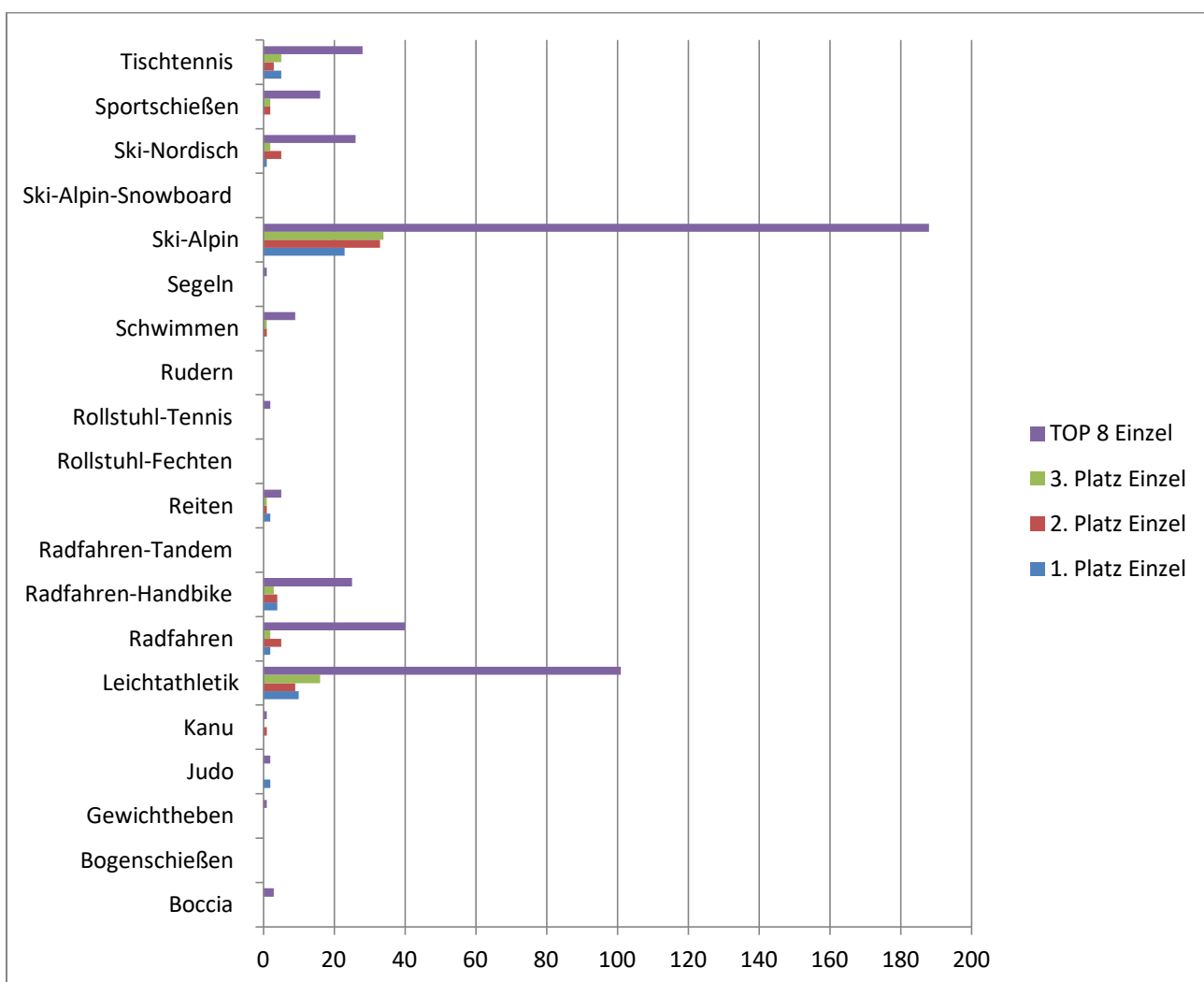


Abb. 22: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016

Auf den ersten Blick ist ersichtlich, dass die erfolgreichsten Paralympischen Sportarten in Einzelbewerben Ski-Alpin und Leichtathletik sind. Zudem kann man sagen, dass die Sportart Skilauf den größten Anteil an erreichten Rängen bei den Paralympischen Winterspielen und die Sportart Leichtathletik den größten Anteil an erreichten Rängen bei den Paralympischen Sommerspielen in den Einzelbewerben ausmacht. Um die Forschungsfrage zu beantworten, können demnach anhand von Medaillenplatzierungen und Top-8-Platzierungen im Berichtszeitraum die Sportarten Ski-Alpin und Leichtathletik als die erfolgreichsten in den Einzelbewerben genannt werden.

Von allen erreichten Top-8-Platzierungen in der Sportart Ski-Alpin wurden 48% durch Medaillen gewonnen, d.h., dass nahezu die Hälfte aller Top-8-Platzierungen durch die Plätze 1-3 erreicht wurde. Dies stellt eine Dominanz Österreichs bei den gewonnenen Medaillen in der Sportart Ski-Alpin dar, da im Skifahren sehr viele Top-3 Ränge errungen werden konnten.

Hingegen wurden in Leichtathletik von den gesamten erreichten Top-8-Platzierungen nur 34% durch Medaillenränge errungen. Dieses Ergebnis unterstreicht nochmals die Erfolge der österreichischen Athleten/innen im Ski-Alpin Bereich.

Darüber hinaus ist noch Ski-Nordisch bei den Winterspielen im Untersuchungszeitraum als erfolgreich zu bezeichnen, obwohl hier nur wenige Medaillen errungen wurden, nämlich nur 8 von 26 Top-8-Platzierungen.

Bei den Paralympischen Sommerspielen sind neben Leichtathletik noch die Erfolge in Tischtennis, Sportschießen sowie Radfahren und Radfahren-Handbike in den Einzelbewerben hervorzuheben. Auch hier ist auffällig, dass die Medaillen nur einen geringen Anteil an gesamten Top-8-Platzierungen ausmachen.

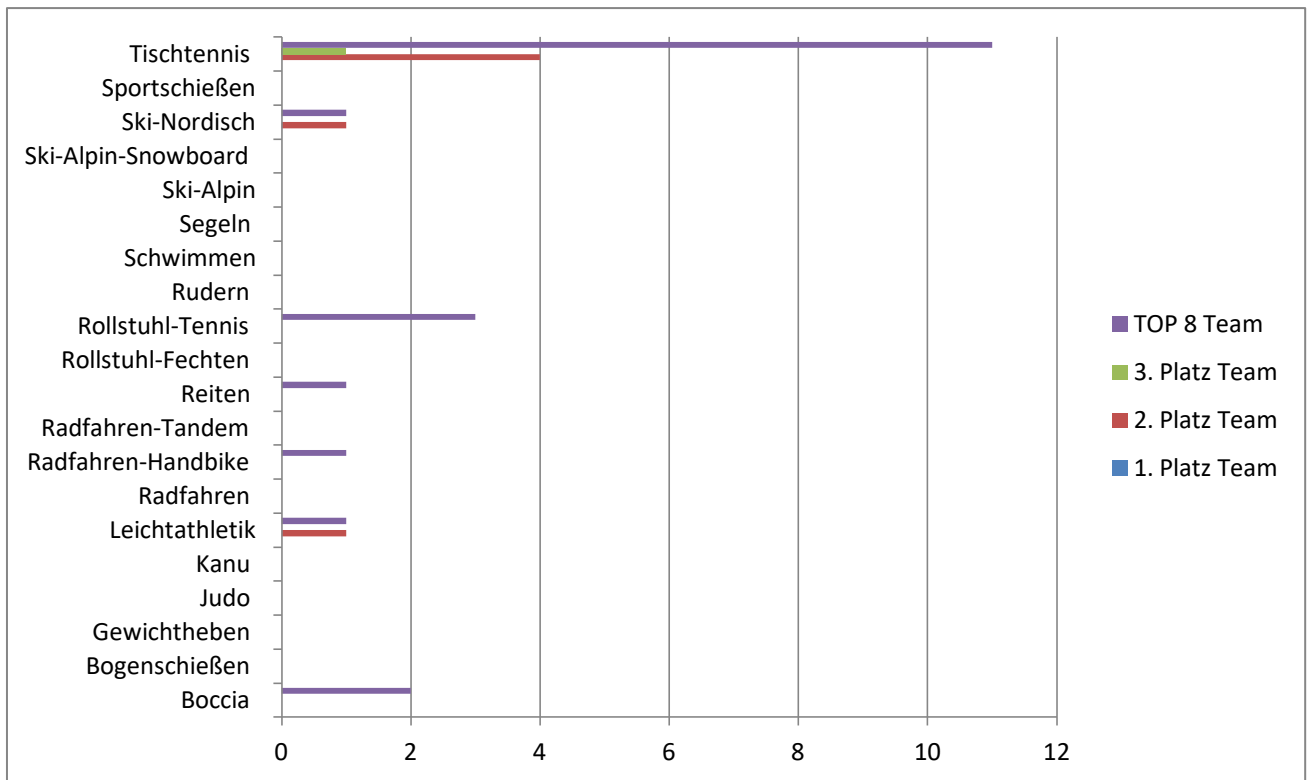


Abb. 23: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016

Teamerfolge sind vorrangig bei den Sommer-Paralympics zu verzeichnen, da bei den Paralympischen Winterspielen im Berichtszeitraum lediglich nur einmal ein 2. Platz in Ski-Nordisch erreicht wurde.

In Tischtennis wurden ganz offensichtlich die besten Erfolge bei den Teamsportarten im Zeitraum von 1996-2016 erreicht. Bei dieser Sportart ist zu erwähnen, dass ähnliche Erfolge wie in der Sportart Ski-Alpin im Einzelbewerb erzielt wurden. Denn 45% von allen Top-8-Platzierungen waren gewonnene Medaillen.

Im Rollstuhl-Tennis wurden zwar 3 Top-8-Platzierungen erreicht, aber keine Platzierung davon war eine Medaille bzw. ein Top-3 Rang.

6 Darstellung und historische Analyse der österreichischen Teilnehmer/innen von 1996 bis 2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen anhand des Geschlechts, Alters und der Erfolgsbilanz

Im folgenden Abschnitt wird ein historischer Verlauf der Teilnehmeranzahl bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 dargestellt. In einem weiteren Schritt werden durch eine Analyse des Alters und des Geschlechts der heimischen Teilnehmer/innen die geschlechts- und altersspezifische Teilnehmerstruktur im historischen Verlauf sichtbar. Abschließend wird der Versuch unternommen, einen Zusammenhang in Hinblick auf Erfolge, Geschlecht und Alter mit Hilfe der zu Grunde liegenden Daten im Untersuchungszeitraum abzuleiten. Somit werden in diesem Kapitel auch geschlechtsspezifische und auch altersspezifische Leistungsbilanzen dargestellt.

Tab. 6: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016

Jahr	Ort	Sommer	Winter
1996	Atlanta/USA	46	
1998	Nagano/JPN		34
2000	Sydney/AUS	49	
2002	Salt Lake City/USA		22
2004	Athen/GRE	46	
2006	Turin/ITA		24
2008	Peking/CHN	38	
2010	Vancouver/CAN		19
2012	London/GBR	32	
2014	Sochi/RUS		13
2016	Rio/BRA	28	
Teilnehmeranzahl		239	112

Grundsätzlich ist erkennbar, dass bei den jeweiligen Paralympischen Sommerspielen, die im Zeitraum von 1996-2016 stattfanden, deutlich mehr heimische Teilnehmer/innen als bei den jeweils im Vier-Jahren-Rhythmus ausgetragenen Paralympischen Winterspielen von 1998-2014 an den Start gingen. Bei den Paralympischen Sommerspielen ist ab dem Jahr 2004 eine Abnahme der österreichischen Athleten/innen feststellbar. Bei den Winterspielen für Behindertensportler/innen hingegen ist eine Abnahme der Teilnehmer/innen bereits ab 1998 ersichtlich. Dies lässt sich nochmals in den nachstehenden Grafiken und durch die dargestellten Trendlinien verdeutlichen.

Die stetige Abnahme der österreichischen Athletenanzahl wirft Fragen auf. Warum konnte seit nahezu zwanzig Jahren keine Steigerung der Teilnehmeranzahl bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996-2016 erzielt werden? Wurden Verbandsstrukturen, Förderungen, Trainingsangebote, Klassifizierungsregelungen für Behindertensportler/innen geändert bzw. reduziert? In dieser Arbeit können diese Fragen nicht analysiert werden, da es den Rahmen sprengen würde. Dennoch ist in diesem Bereich nachzufragen, da bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit verbesserte Strukturänderungen als auch vermehrte Förderungen für Behindertenleistungssportler/innen im Laufe der Jahre und eine zunehmende historische Professionalisierung des Behindertenleistungssports erkennbar ist. Daher stellt sich auch die Frage, ob es Regeln zur Teilnehmerreduzierung im Verlauf der Jahre gab.

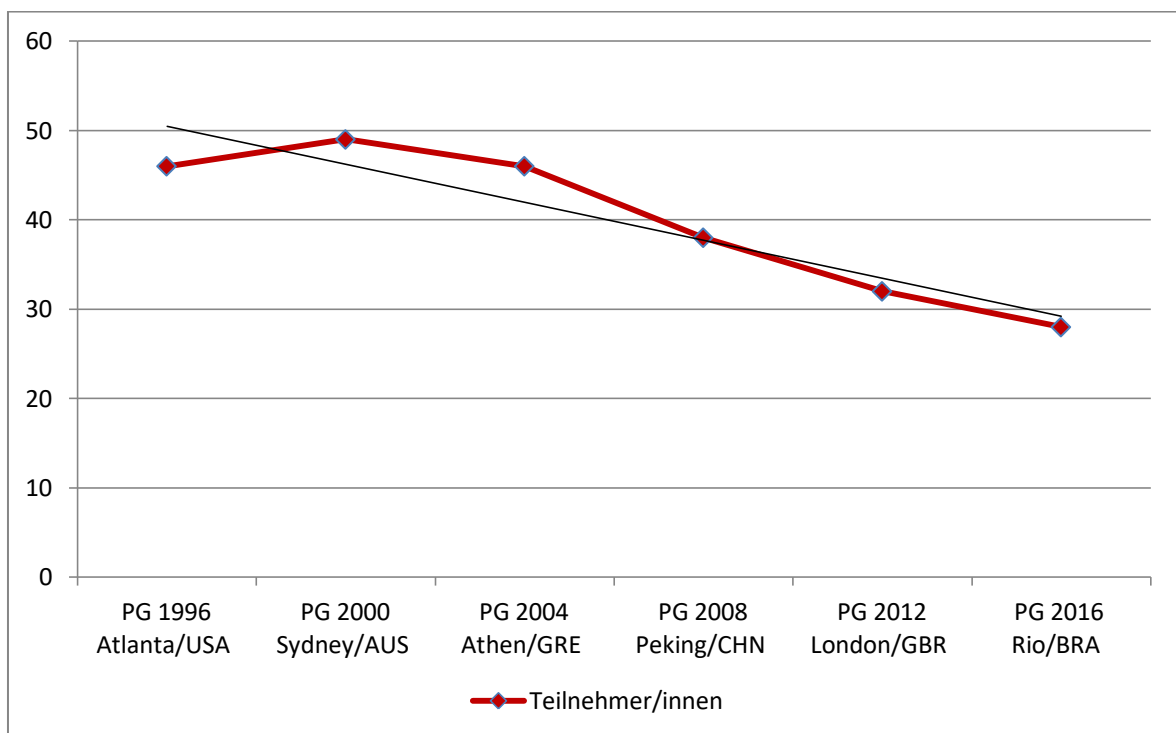


Abb. 24: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016

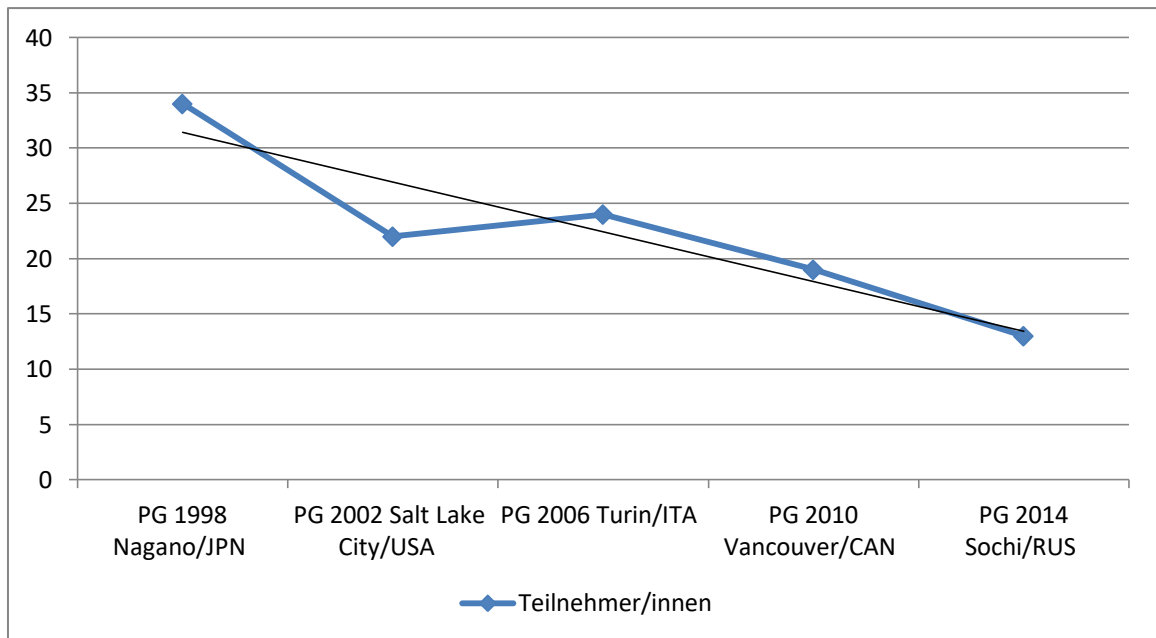


Abb. 25: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspiele von 1998-2014

6.1 Darstellung und historische Analyse des Geschlechts der österreichischen Teilnehmer/innen

Eine weitere Veranschaulichung der Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Sommer- als auch Winter-Paralympics von 1996-2016 wird durch eine geschlechtsspezifische Analyse im folgenden Abschnitt dargelegt.

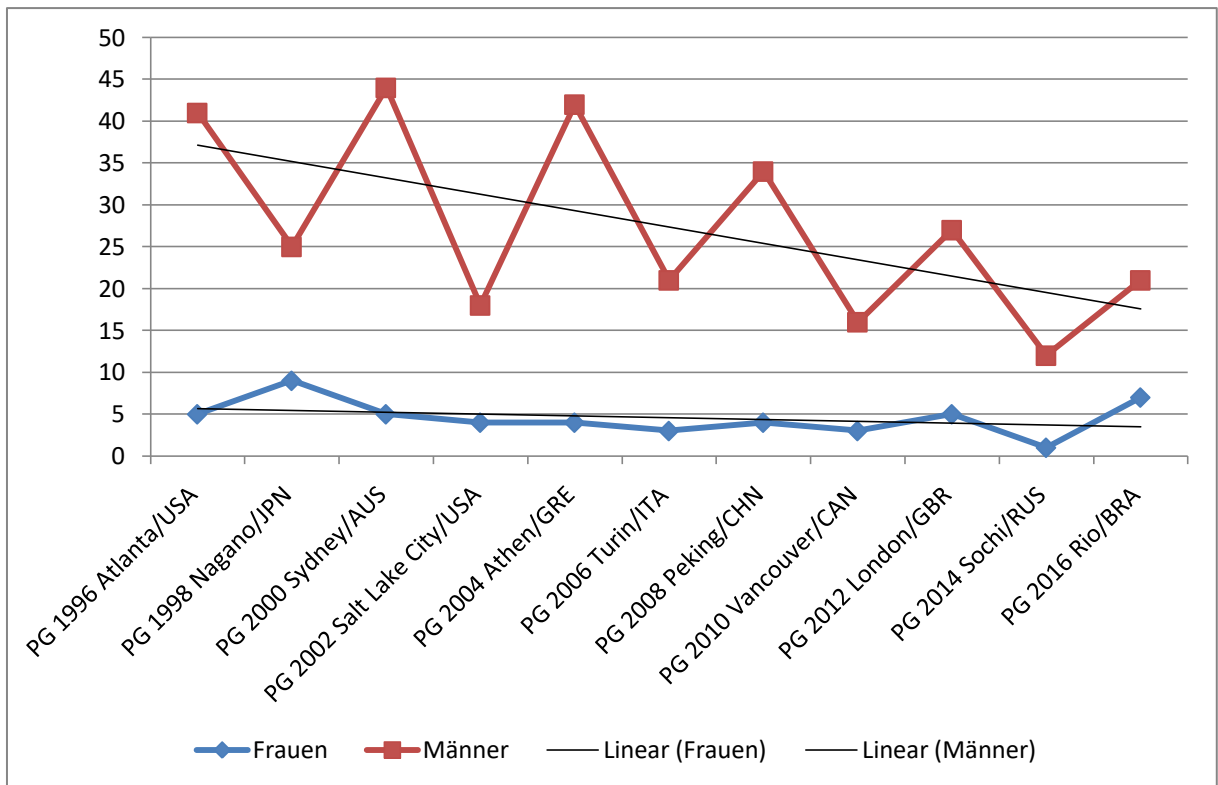


Abb. 26: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 getrennt nach Frauen und Männer

Im Wesentlichen ist erkennbar, dass viel weniger Frauen als Männer an den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 teilgenommen haben. Zudem ist auch durch die dargestellte Trendlinie (dunkelblau) ein Sinken der österreichischen männlichen Teilnehmerzahl über die Jahre ersichtlich. Auch der Anteil der Frauen an den Paralympischen Spielen von 1996-2016 sinkt, jedoch ist deren Abnahme nicht so auffällig wie bei den Männern.

Betrachtet man die Schwankungen bei den Männern, die an den Paralympischen Sommer- und Winterspielen seit 1996 teilnahmen, fällt auf, dass grundsätzlich deutlich weniger männliche Teilnehmer bei den Winterspielen als bei den Sommerspielen an den Start gingen. Betrachtet man die Teilnehmeranzahl bei den Frauen im Vergleich der Paralympischen Sommer- und Winterspiele von 1996-2016, ist deren Teilnehmeranzahl nahezu gleichbleibend, auch wenn insgesamt gesehen eine sinkende Tendenz der weiblichen Teilnehmer festzustellen ist. Somit ist kein signifikanter Unterschied der Teilnehmeranzahl bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 bei den Frauen festzustellen, bei den Männern hingegen ist er erheblich.

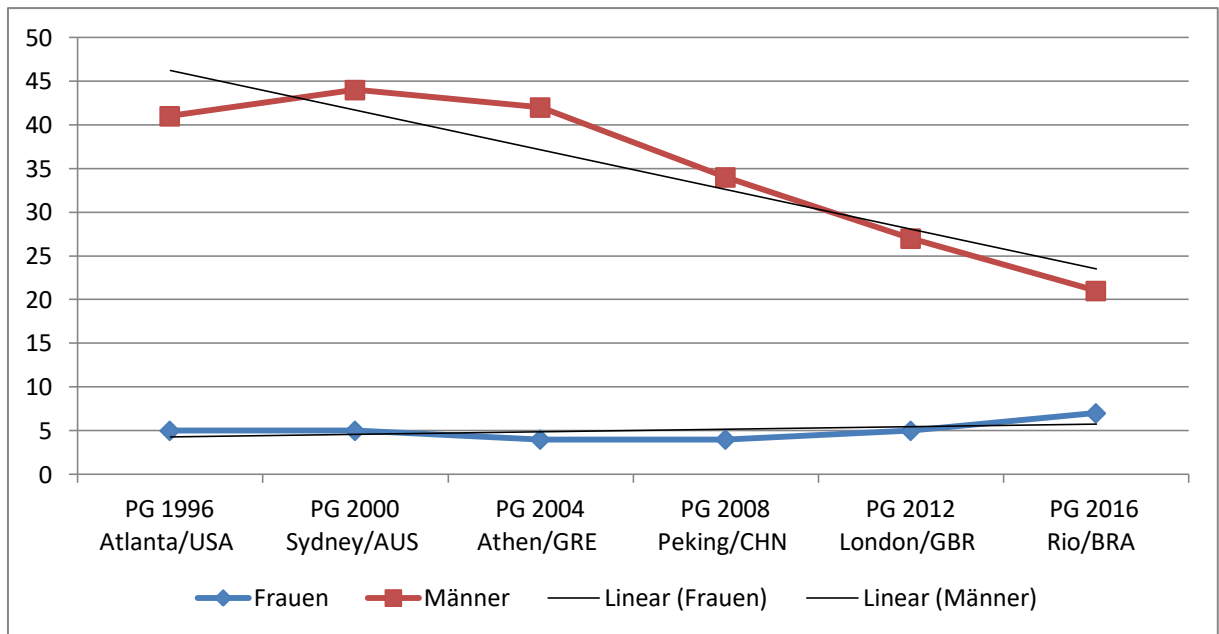


Abb. 27: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen 1996-2016 getrennt nach Frauen und Männer

Bei den Paralympischen Sommerspielen, die im Zeitraum von 1996-2016 ausgetragen wurden, ist ein signifikanter Rückgang der männlichen Teilnehmerzahl erkennbar. Ein deutlicher Abfall bei den männlichen Athleten ist erst ab den Paralympischen Sommerspielen im Jahr 2004 feststellbar. Bei den Sommerspielen der Behindertensportler/innen von 1996-2016 ist im Vergleich zur Gesamtdarstellung der Paralympischen Winter- und Sommerspiele von 1996-2016 in der Unterscheidung von Frauen und Männer (Abbildung 26) sogar ersichtlich, dass die weibliche Teilnehmeranzahl leicht steigt.

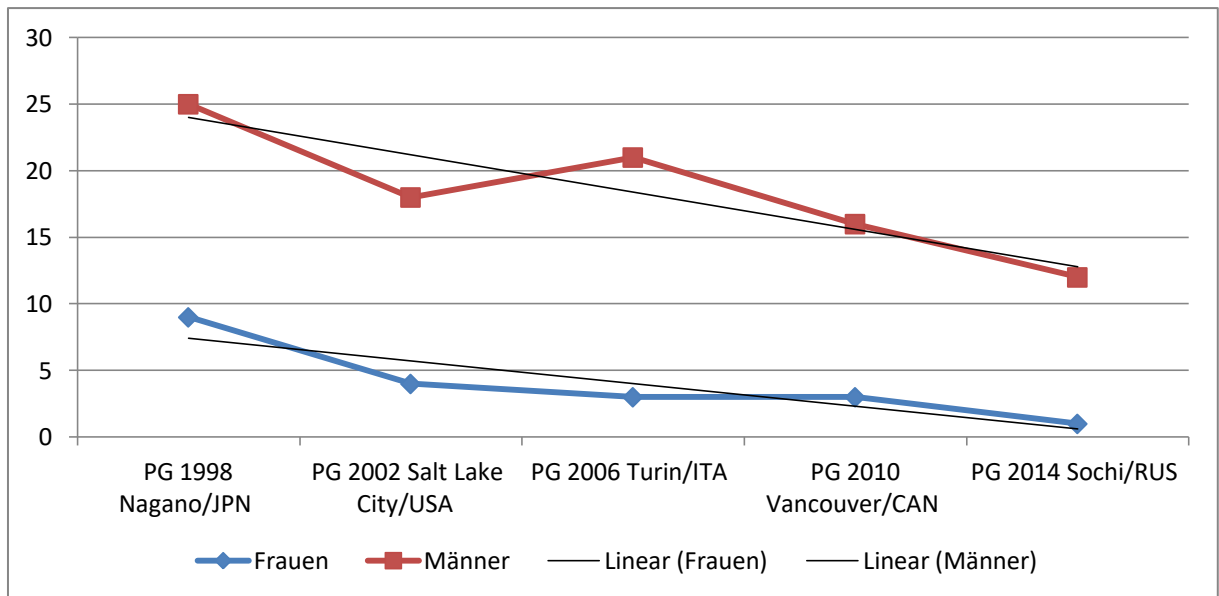


Abb. 28: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspielen von 1998-2014 getrennt nach Frauen und Männer

Betrachtet man die Trendlinie bei den Winter-Paralympics im Zeitraum von 1998-2014, ist auch hier eine signifikante Abnahme der männlichen und weiblichen Athletenanzahl erkennbar. Im Vergleich zu den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016 nimmt die Teilnahme der männlichen Behindertensportler/innen bei den Winter-Paralympics von 1998-2014 schon ab dem Jahr 1998 ab, bei den Paralympischen Sommerspielen ist eine Abnahme der männlichen Teilnehmerzahl erst im Jahr 2004 festzustellen.

6.2 Darstellung und historische Analyse der Altersentwicklung der österreichischen Teilnehmer/innen

In diesem Abschnitt folgt eine Darstellung der altersspezifischen Analyse der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Sommer- als auch Winter-Paralympics von 1996-2016.

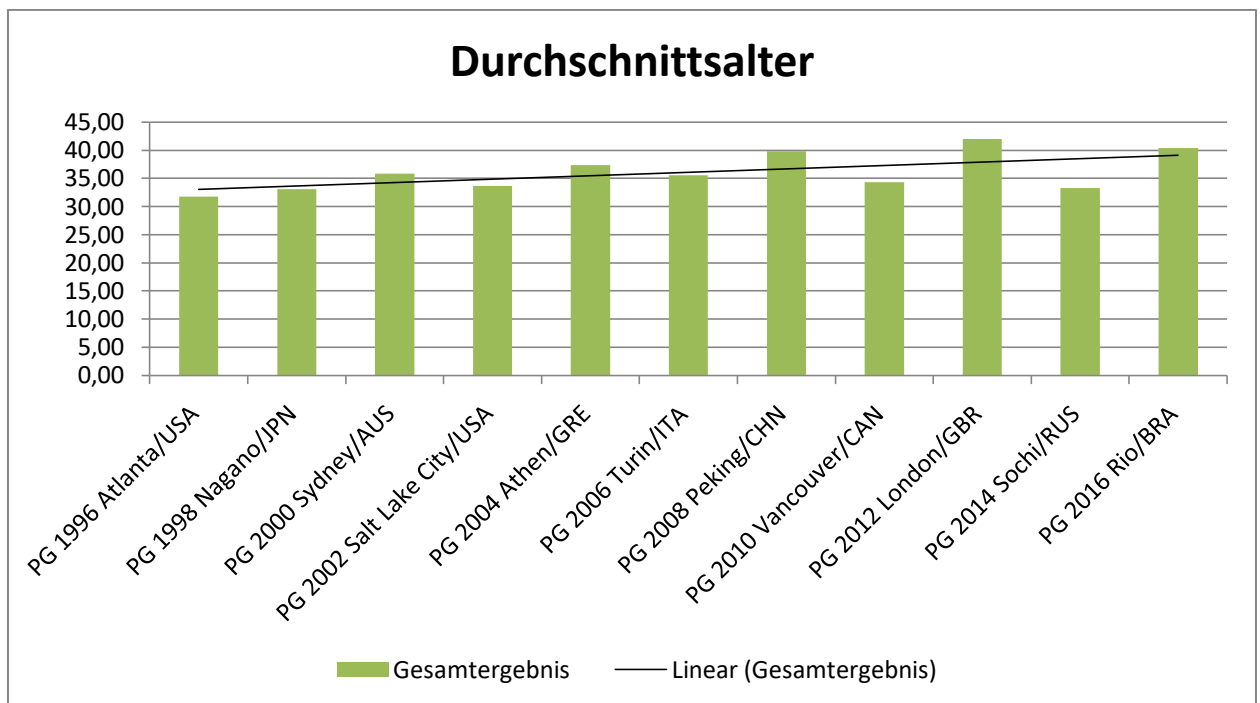


Abb. 29: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016

Anhand der Trendlinie wird deutlich, dass das Durchschnittsalter von Männern und Frauen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996-2016 stetig ansteigt.

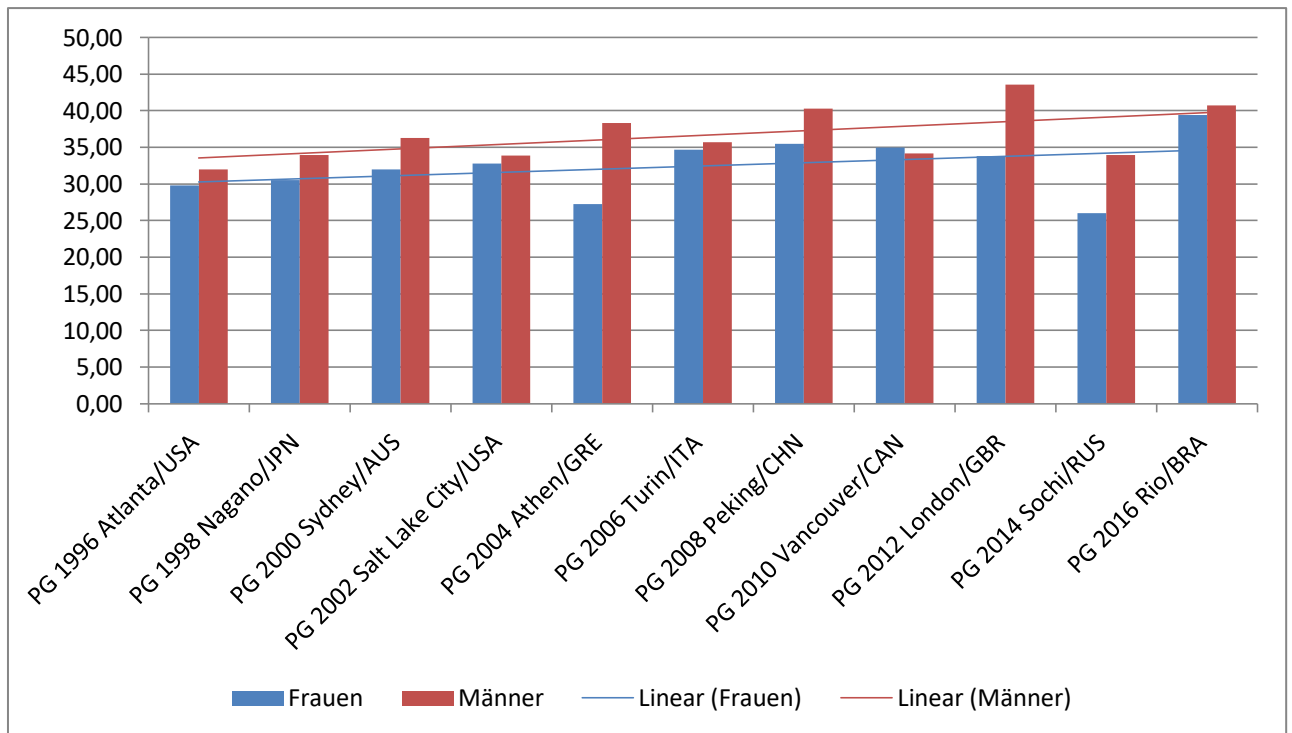


Abb. 30: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016, getrennt nach Frauen und Männern

Aufgrund der Darstellung der Trendlinien von Männern und Frauen lässt sich erkennen, dass das Durchschnittsalter der Männer bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Zeitraum von 1996-2016 deutlicher angestiegen ist als bei den Frauen. Dennoch ist festzustellen, dass das Durchschnittsalter der teilnehmenden Frauen und Männer im Berichtszeitraum höher wird.

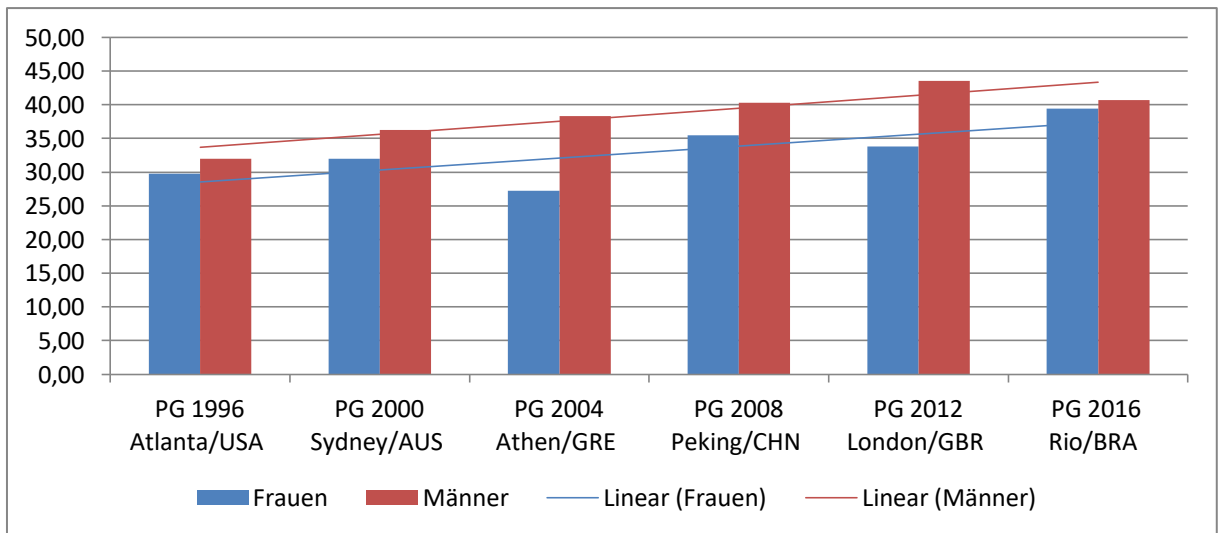


Abb. 31: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016, getrennt nach Frauen und Männern

Bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016 ist festzustellen, dass das Durchschnittsalter der Frauen und Männer parallel zueinander ansteigt (Abbildung 31).

Zudem bestätigen die Sommerspiele von 1996-2016 das Ergebnis der vorigen Analyse der Sommer- und Winterspiele (Abbildung 30), dass das Durchschnittsalter bei Frauen und Männern von 1996-2016 höher wird.

Zu erwähnen ist, dass bei den Paralympischen Sommerspielen in Athen im Jahr 2004 das Durchschnittsalter der Frauen mit 27,25 Jahren am niedrigsten war. Bei den Sommer-Paralympics in London 2012 waren die männlichen Teilnehmer mit 43,56 Jahren am ältesten.

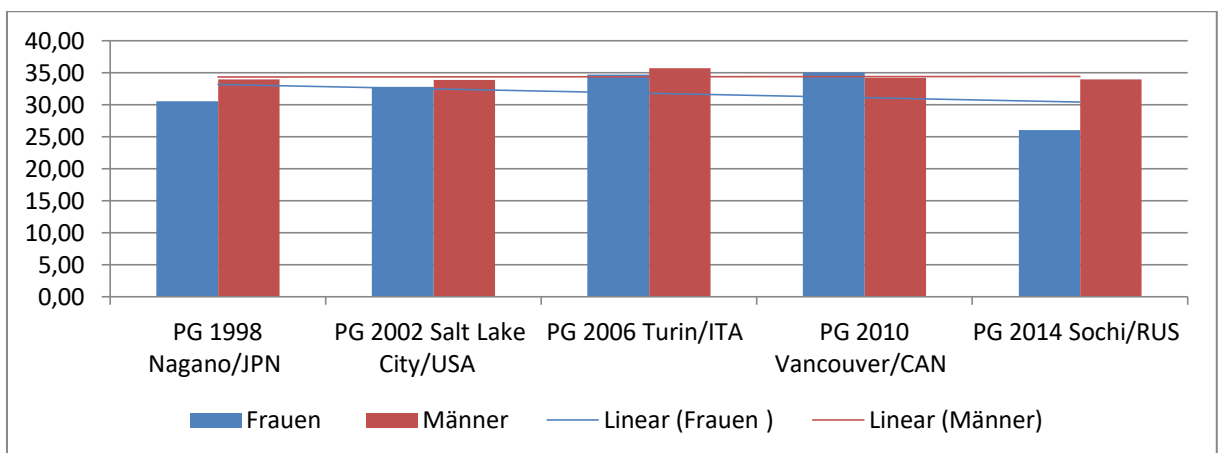


Abb. 32: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspielen von 1998-2014, getrennt nach Frauen und Männern

Wie bereits erwähnt, wird das Ergebnis der Sommer- und Winterspiele (Abbildung 30), welches auf einen Anstieg des Durchschnittsalters beider Geschlechter verweist, bei den Sommerspielen (Abbildung 31) bestätigt. Bei den Paralympischen Winterspielen von 1998 bis 2014 hingegen lässt sich jedoch ein anderer Trend feststellen: Hier wird durch die dargestellten Trendlinien ersichtlich, dass das Alter der Frauen im Laufe der Paralympischen Winterspiele von 1998-2014 jünger wird, während sich das Alter der männlichen Teilnehmer über die Zeit der Paralympischen Winterspiele von 1998-2014 nicht signifikant ändert. Das Alter der männlichen Behindertenathleten bleibt sogar gleich.

Bei den Paralympischen Winterspielen in Sochi im Jahr 2014 hatten die Frauen das jüngste Durchschnittsalter von 26 Jahren. Im Vergleich dazu hatten die weiblichen Behindertensportlerinnen bei den Winter-Paralympics in Vancouver nur vier Jahr zuvor ein Durchschnittsalter von 35 Jahren. Dies ist ein wesentlicher Unterschied von neun Jahren.

6.3 Leistungsspezifische- und historische Erfolgsanalyse im Zusammenhang auf Alter und Geschlecht

Mit der immer geringeren Gesamtteilnehmeranzahl über den Berichtszeitraum (Kapitel 6) ist festzustellen, dass auch die Erfolge nachgelassen haben. Grundsätzlich hängt der Erfolgsabfall natürlich auch damit zusammen, dass weniger österreichische Athleten/innen bei den Paralympischen Spielen an den Start gingen. Ein Ausreißer in Salt Lake City im Jahr 2002 zeigt, dass trotz geringer Teilnehmeranzahl mit nur 22 Teilnehmer/innen, dennoch 59 Top-8-Platzierungen erzielt werden konnten. Dennoch ist zu erwähnen, dass der Rückgang des Erfolges deutlicher ist als der Rückgang der Teilnehmeranzahl in den Jahren von 1996-2016.

Interessant ist hinsichtlich der Teilnehmeranzahl bei den Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 zu beobachten, dass trotz der höheren Teilnehmeranzahl der österreichischen Athleten/innen bei den Sommerspielen im Vergleich zu den Winterspielen, die Winterspiele in Hinblick der durchschnittlich gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Rängen in den Einzelbewerben von 1996-2016 erfolgreicher waren als die Sommerspiele. Dennoch ist in diesen Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Standardabweichung der Winterspiele höher ist als bei den Sommerspielen. Daher muss bedacht werden, dass die Aussagekraft des Mittelwertes bzw. des Erfolges gering ist.

Aus den bereits im Kapitel 6.1 erwähnten Erkenntnissen ist festzuhalten, dass mit abnehmender Teilnehmeranzahl bei den Männern auch die Erfolge in Hinblick auf die gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in den Einzelbewerben bei

den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Berichtszeitraum abnehmen. Da die Frauenteilnehmeranzahl in diesem Zeitraum nicht so signifikant sinkt und nahezu gleichbleibend ist und der Erfolg dennoch weniger wird, kann man deuten, dass die Frauen keinen wesentlichen Anteil an der Erfolgsbilanz haben. Die Männer liefern also den wesentlich größeren Beitrag für die Leistungsbilanz. Das hängt möglicherweise damit zusammen, dass generell weniger Frauen als Männer an den Paralympischen Spielen teilnahmen.

Vergleicht man die Leistungsbilanzen in Zusammenhang mit gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in Einzelbewerben, so ist erkennbar, dass die jüngeren Teilnehmer/inneren besser abgeschnitten haben als die älteren Teilnehmer/innen. Dieses Ergebnis wird in den Jahren 1996 in Atlanta mit einem Gesamtdurchschnittsalter von 31,74 mit 52 erreichten Top-8-Platzierungen und 2016 in Rio, mit einem Gesamtdurchschnittsalter 40,39 im Zusammenhang mit 19 erreichten Top-8-Rängen bestätigt. Ein anderes Beispiel wäre 1998 in Nagano mit 33 gewonnenen Medaillen und einem Gesamtdurchschnittsalter von 33,06 im Vergleich beispielsweise zu London im Jahr 2012 mit einem Durchschnittsalter von 42,03 mit nur 13 errungenen Medaillen. Letzteres ist ein gutes Beispiel, um einen Vergleich zu ziehen, da auch die Gesamteilnehmerzahl in Nagano mit 34 Teilnehmer/innen und in London, wo 32 Sportler/innen an den Start gingen, gleichbleibend ist.

Auch beim Durchschnittsalter der Frauen wird dieses Ergebnis bestätigt, dass, wie bereits beschrieben, umso jünger die Frauen waren, umso mehr Top-8-Platzierungen in den Einzelbewerben erreicht wurden. Lediglich in Sochi im Jahr 2014 war hier eine Ausnahme mit einem Durchschnittsalter von 26 Jahren und 18 Top-8-Platzierungen in den Einzelbewerben.

Vergleicht man die Paralympischen Winter- und Sommerspiele von 1996-2016, wurden bei den Winterspielen in Hinblick auf die im Durchschnitt gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen besser abgeschnitten als bei den Sommerspielen. Zudem ist festgestellt worden, dass sich das Durchschnittsalter der teilnehmenden Männer bei den Winterspielen von 1996-2016 nicht signifikant ändert und das Durchschnittsalter der Frauen zunehmend jünger wurde. In diesen Zusammenhang kann behauptet werden, dass das gleichbleibende Durchschnittsalter der Männer und das geringere Durchschnittsalter der Frauen bei den Winterspielen den größeren Erfolg der Winterspiele im Berichtszeitraum beeinflussten. Dennoch ist im Zusammenhang der betrachteten Mittelwerte wieder zu bedenken, dass die Standardabweichung der Winterspiele wieder einen höheren Wert aufweist als die der Sommerspiele. Daher muss beachtet werden, dass die Aussagekraft des Mittelwertes gering ist.

7 Zusammenfassung und Interpretation (Fazit)

- Zum Medaillenspiegel in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 ist grundsätzlich zu sagen, dass in den ersten Jahren im Zeitraum von 1996-2004 mehr Medaillen errungen worden sind als bei den folgenden Paralympics. Es ist daher eine eher abfallende Tendenz als auch negative Entwicklung bei den gewonnenen Medaillen im Berichtszeitraum erkennbar.
- Bei den Paralympischen Winterspielen in Einzel- und Teambewerben von 1996-2016 werden im Durchschnitt mehr Medaillen von den heimischen Athleten/innen in den Einzel- und Teambewerben errungen als bei den Paralympischen Sommerspielen. Daher waren die Paralympischen Winterspiele in Einzel- und Teambewerben im Durchschnitt erfolgreicher als die Sommerspiele. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Standardabweichung bei den Winterspielen höher ist, wodurch die Aussagekraft des Ergebnisses bzw. des Mittelwertes gering ist.
- Die erfolgreichsten Spiele aus österreichischer Sicht waren in Einzel- und Teambewerben im Untersuchungszeitraum die Winter-Paralympics in Nagano (1998) mit 34 gewonnenen Medaillen. Bei den Sommer-Paralympics von 1996-2016 weisen die Spiele in Atlanta (1996) und Athen (2004) mit jeweils 22 Medaillen die höchste Medaillenbilanz in den Einzel- und Teambewerben auf.
- Vergleicht man die Einzel- und Teambewerbe der von den österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen bei den Paralympischen Winter- und Sommerspielen von 1996-2016 miteinander, ist festzustellen, dass in den Einzelbewerben 186 Medaillen gewonnenen worden sind, hingegen nur 7 Medaillen im Team. Davon wurden 5 Teammedaillen bei den Sommerspielen in Atlanta im Jahr 1996 errungen, die damit die erfolgreichsten Spiele von 1996-2016 darstellen. Bei den Winterspielen wurde im Vergleich nur eine Teammedaille in Nagano 1998 für Österreich errungen. Das Ergebnis zeigt, dass in den folgenden Jahren und vor allem in den letzten Jahren seit 2006 keine einzige Teammedaille bei den Paralympischen Sommer- als auch Winterspielen für Österreich gewonnen werden konnte.
- Bei der Gold-, Silber- und Bronzemedailienbilanz in Einzelbewerben bei den Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 ist wie auch bei der gewonnenen

Medaillenanzahl in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 bis zum Jahr 2004 eine bessere Medaillenbilanz erreicht worden. Die darauffolgenden letzten Jahre ergaben eine negative Entwicklung in der Erfolgsbilanz. Bei den errungenen Bronzemedailles in Einzelbewerben ist dennoch festzustellen, dass die Ergebnisse bis 2004 größeren Schwankungen unterlegen sind. Dennoch ist von 1996-2016 bei den gewonnenen Silbermedaillen in den Einzelbewerben in den letzten 4 Jahren eine steigende Tendenz und bei der gewonnenen Bronzemedailienanzahl in den Einzelbewerben eine Stagnation an errungenen Bronzemedailles festzustellen.

- Bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016 werden in den Einzelbewerben im Durchschnitt mehr Gold-, Silber- und Bronzemedailles von österreichischen Athleten/innen errungen als bei den Paralympischen Sommerspielen. Dennoch ist zu beachten, dass der Mittelwert für die Einschätzung der tatsächlich gewonnenen Medaillen nicht gut geeignet ist, weil die Winterspiele bei den Gold-, Silber- und Bronzemedailles eine höhere Standardabweichung aufweisen als bei den Sommerspielen.
- Festzuhalten ist, dass bei den Winter-Paralympics im Jahr 2002 (Salt Lake City) die meisten Goldmedaillen mit 9 Medaillen in Einzelbewerben im Berichtszeitraum von österreichischen Athleten/innen gewonnen wurden. Bei den Sommer-Paralympics waren die Spiele im Jahr 2004 in Athen mit 8 Goldmedaillen am erfolgreichsten.

Im Jahr 2004 in Athen wurden bei den Sommer-Paralympics die meisten Silbermedaillen, nämlich 9, von österreichischen Athleten/innen in Einzelbewerben errungen. Bei den Winter-Paralympics waren die Spiele in Nagano mit 15 gewonnenen Silbermedaillen im Jahr 1998 am erfolgreichsten.

Bei den Bronzemedailles wurden im Jahr 1996 in Atlanta bei den Sommer-Paralympics die meisten Medaillen mit 9 in den Einzelbewerben errungen. Bei den Winter-Paralympics stellen diesen Erfolg die Spiele in Nagano mit 11 gewonnenen Bronzemedailles im Jahr 1998 dar.

- Vergleicht man die gewonnenen Gold-, Silber- und Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen, wurden mit 66 errungenen Medaillen am meisten Bronzemedailles von österreichischen Athleten/innen im Zeitraum von 1996-2016 gewonnen.
- Bei den Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 ist wie beim

Medaillenspiegel in den Einzel- und Teambewerben als auch bei der Gold, Silber- und Bronzemedailienbilanz in Einzelbewerben eine ähnliche negative Tendenz festzustellen. Von 1996-2004 ist wieder eine positive Erfolgsbilanz bei den Top-8 Platzierungen erkennbar. Dennoch ist zu sagen, dass die negative Entwicklung im Jahr 2000 in Sydney bei den Top-8-Platzierungen (Abbildung 16) im Vergleich zum Medaillenspiegel in Einzel- und Teambewerben (Abbildung 4) und zu den Gold-, Silber- und Bronzemedailien in Einzelbewerben (Abbildung 7; Abbildung 10; Abbildungen 13) nicht so deutlich ist.

- Zwischen den Paralympischen Sommer- und Winterspielen ist in Hinblick auf die erreichten Top-8-Platzierungen in den Einzel- und Teambewerben von 1996-2016 kein wesentlicher Unterschied zu ziehen, da sich die Mittelwerte (Winter-Paralympics=43; Sommer-Paralympics= 42,17) nahezu ähnlich sind. Dennoch bestätigt das nachfolgende Ergebnis und der höhere Mittelwert der Winter-Paralympics, dass die österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Winterspielen noch mehr Top-8-Rängen als bei den Sommerspielen erreichten. Trotzdem ist wieder zu beachten, dass die Standardabweichung der Winterspiele deutlich höher ist als bei den Sommerspielen. Daher ist die Aussagekraft des Mittelwertes bei den Winterspielen nicht so signifikant wie bei den Sommerspielen.
- Im Berichtszeitraum waren die Paralympischen Spiele im Winter 1998 in Nagano die bisher erfolgreichsten Spiele mit 75 Top-8-Platzierungen in den Einzel- und Teambewerben. Bei den Sommer-Paralympics waren dies die Spiele in Atlanta 1996 mit 58 erreichten Top-8-Platzierungen in den Einzel- und Teambewerben.
- Vergleicht man die Einzel- und Teambewerbe der erreichten Top-8-Platzierungen bei den Paralympischen Winter- und Sommerspielen von 1996-2016 miteinander, ist festzustellen, dass in den Einzelbewerben 484 Top-8-Platzierungen erzielt worden sind, hingegen nur 20 Top-8-Platzierungen im Team. Davon wurden 6 Top-8-Platzierungen im Team- bei den Sommerspielen in Atlanta im Jahr 1996 für Österreich errungen, die auch die erfolgreichsten Spiele im Berichtszeitraum darstellen. Bei den Paralympischen Winterspielen wurde hingegen im Berichtszeitraum nur eine Top-8-Platzierung im Team im Jahr 1998 in Nagano erreicht. Das Ergebnis zeigt, dass in den folgenden Jahren eine negative Tendenz bei den Top-8-Platzierungen im Team bei den Paralympischen Sommerspielen zu verzeichnen ist. Bei den Winterspielen wurde seit 2002 keine einzige Top-8-Platzierung mehr im Team bei den Paralympischen Spielen von 1996-2016 errungen.

- Die erfolgreichsten Paralympischen Sportarten in Einzelbewerben, gemessen anhand von Medaillen-Platzierungen und Top-8-Platzierungen im Berichtszeitraum, waren bei den Paralympischen Winterspielen die Sportart Ski-Alpin und bei den Paralympischen Sommerspielen Leichtathletik. Zu erwähnen sei, dass nahezu die Hälfte von allen erreichten Top-8-Platzierungen in der Sportart Ski-Alpin durch Medaillnränge erzielt wurden. Dies zeigt den Erfolg als auch die Dominanz der Österreicher/innen bei den gewonnenen Medaillen in der Sportart Ski-Alpin. Die größten Teamerfolge bei den Sommer- Paralympics wurden im Tischtennis erreicht.
- Grundsätzlich ist bei den Paralympischen Sommer- als auch Winterspielen von 1996-2016 eine Reduzierung der Teilnehmeranzahl zu verzeichnen. Zudem kann noch erwähnt werden, dass bei den Paralympischen Winterspielen im Untersuchungszeitraum auch weniger Athleten/innen teilnahmen als bei den Sommerspielen.
- Bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 nehmen grundsätzlich weniger Frauen als Männer teil. Die Abnahme der Teilnehmeranzahl bei den Frauen im Zeitraum von 1996-2016 ist nicht so deutlich wie bei den Männern. Vergleicht man die Teilnahmezah der Frauen und Männer bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Berichtszeitraum, ist festzustellen, dass weniger Männer bei den Winterspielen teilnehmen. Bei den Frauen ist dieser Unterschied zwischen Sommer- und Winterspielen nicht so signifikant.
- Grundsätzlich ist festzuhalten, dass das Durchschnittsalter von Männer und Frauen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen im Berichtszeitraum steigt. Dennoch ist der Altersanstieg im Durchschnitt bei den Frauen nicht so signifikant wie bei den Männern. Bei den Paralympischen Winterspielen ist dennoch festzuhalten, dass sich das Durchschnittsalter der Männer von 1996-2016 nicht deutlich verändert und das Durchschnittsalter der Frauen sogar jünger wird.
- Mit der zunehmenden geringeren Gesamtteilnehmeranzahl im Berichtszeitraum ist festzustellen, dass auch die Erfolge nachgelassen haben. Zudem ist zu erwähnen, dass der Rückgang der Erfolge deutlicher als der Rückgang der Teilnehmeranzahl ist.

Interessant ist in Hinblick auf die Teilnehmerzahl bei den Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 auch zu sagen, dass trotz der höheren Teilnehmeranzahl der österreichischen Athleten/innen bei den Sommerspielen im

Vergleich zu den Winterspielen, die Winterspiele hinsichtlich der durchschnittlich gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Rängen in den Einzelbewerben von 1996-2016 erfolgreicher waren als die Sommerspiele. Dennoch ist in diesen Zusammenhang auch darauf hinzuweisen, dass die Standardabweichung der Winterspiele höher ist als bei den Sommerspielen. Daher muss bedacht werden, dass die Aussagekraft des Mittelwertes gering ist.

- Da die Teilnehmeranzahl der Männer signifikant sinkt, die Frauenanzahl eher gleichbleibend ist und die Erfolge von 1996-2016 bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen stetig abnehmen, kann gedeutet werden, dass die Männer einen größeren Beitrag zur Leistungsbilanz lieferten als die Frauen. Dennoch muss berücksichtigt werden, dass auch die Teilnehmeranzahl der Frauen im Untersuchungszeitraum generell geringer ist als bei den Männern.
- Wenn man einen Zusammenhang in Hinblick auf Leistungsbilanzen und Alter zieht, ist erkennbar, dass jüngere Teilnehmer/innen mehr Medaillen und Top-8-Platzierungen gewonnen haben als die älteren Teilnehmer/innen.

Vergleicht man die Paralympischen Winter- und Sommerspiele von 1996-2016, haben die Winterspiele in Hinblick auf die gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen besser abgeschnitten als die Sommerspiele. Zudem ist festzustellen, dass sich das Durchschnittsalter der Männer bei den Winterspielen von 1996-2016 nicht signifikant ändert und das Durchschnittsalter der Frauen zunehmend jünger wurde. In diesem Zusammenhang kann behauptet werden, dass das gleichbleibende Durchschnittsalter der Männer und das geringere Durchschnittsalter der Frauen bei den Winterspielen den größeren Erfolg der Winterspiele im Berichtszeitraum beeinflussten. Dennoch ist im Zusammenhang der betrachteten Mittelwerte wieder zu bedenken, dass die Standardabweichung der Winterspiele wieder einen höheren Wert aufweist als die der Sommerspiele. Daher muss beachtet werden, dass die Aussagekraft des Mittelwertes gering ist.

- Zusammenfassend kann man festhalten, dass von 1996-2016 eine fallende Tendenz bei den Erfolgen als auch bei der Teilnehmeranzahl der österreichischen Athleten/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen zu verzeichnen ist. Die Paralympischen Winterspiele verzeichneten im Berichtszeitraum in den Einzelbewerben, obwohl die Teilnehmeranzahl geringer als bei den Sommerspielen war, im Durchschnitt größere Erfolge. Hingegen sind in den Teambewerben die Sommer-Paralympics erfolgreicher. Zudem wird vor allem

das Durchschnittsalter der männlichen Teilnehmer immer höher und es waren mehr Männer als Frauen bei den Paralympischen Spielen vertreten.

Literaturverzeichnis

- Antor, G. & Bleidick, U. (Hrsg.). (2006). *Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Bärsch, W. (1975). Der Behinderte in der Gesellschaft. In G. Heese (Hrsg.), *Behinderte. Inmitten oder am Rande der Gesellschaft* (2., durchgesehene Aufl.) (S. 7-23). Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.
- Beck, S. (2011). *Leistungssport mit Handicap. Medienanalyse der Sommer-Paralympics 2008 in Peking*. Erfurt: Eobanus.
- BMASK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.). (2009). *Behindertenbericht 2008. Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008*. Wien: BMASK Eigenverlag.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (1993). *Das Behindertenkonzept der österreichischen Bundesregierung*. Graz: Druck- und Verlagshaus Styria.
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung* (3. Aufl.). Heidelberg: Winter.
- Deaflympics. (2017). About the ICSD. Zugriff am 08. Juni 2017 unter <https://www.deaflympics.com/icsd.asp>
- DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.). (2005). *ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Neu-Isenburg: MMI Medizinische Medien Informations GmbH.
- Doll-Tepper, G. (2002a). Historische und aktuelle Entwicklung im Leistungssport von Menschen mit Behinderung. In V. Scheid (Hrsg.), *Facetten des Sports behinderter Menschen* (Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW Bd. 11, S. 255-278). Aachen: Meyer & Meyer.
- Doll-Tepper, G. (2002b). Integrativer Behindertensport — Entwicklungen und Perspektiven. In H. Ohlert & J. Beckmann (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S. 15-26). Schorndorf: Hoffmann.
- Guttmann, L. (1979). *Sport für Körperbehinderte*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Hensle, U. & Vernooij, M. A. (2002). *Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte* (7., korrigierte Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

- International Paralympic Committee (IPC). (2017a). The IPC - Who we are. About us. Zugriff am 09. Juni 2017 unter <https://www.paralympic.org/the-ipc/about-us>
- International Paralympic Committee (IPC). (2017b). The IPC - Who we are. IPC operational structure. Zugriff am 09. Juni 2017 unter <https://www.paralympic.org/the-ipc/operational-structure>
- International Paralympic Committee (IPC). (2017c). Summer Paralympic Games Overview. Zugriff am 15. Juni 2017 unter <https://www.paralympic.org/paralympic-games/summer-overview>
- International Paralympic Committee (IPC). (2017d). Winter Paralympic Games Overview. Zugriff am 15. Juni 2017 unter <https://www.paralympic.org/paralympic-games/winter-overview>
- International Wheelchair & Amputee Sports Federation (IWAS). (2017). ISMWSF History. Zugriff am 09. Juni 2017 unter <http://www.iwasf.com/iwasf/index.cfm/about-iwas111/history/ismwsf-history/>
- Jahnke, B. & Schüle, K. (2006). *Entstehung und Entwicklung der Paralympischen Winterspiele: Örnköldsvik 1976 bis Turin 2006*. Köln: Strauß.
- Jahnke, B. (2007). Paralympische und Olympische Bewegung — eine Geschichte der Annäherung am Beispiel der Winter-Paralympics. In H. Deimel, G. Huber, K. Pfeifer & K. Schüle (Hrsg.), *Neue aktive Wege in Prävention und Rehabilitation* (S. 243-258). Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH.
- Jochheim, K.-A. & van der Schoot, P. (1981). Behindertensport und Rehabilitation. In K.-A. Jochheim & P. van der Schoot (Hrsg.), *Behindertensport und Rehabilitation. Dokumentation und Bericht zum Stand der Forschung im Bereich des Sports mit Psychisch-Behinderten und Geistig-Behinderten* (Schriftreihe des Bundesinstituts für Sportwissenschaft Bd. 37, S. 17-26). Schorndorf: Hoffmann.
- Kneissl, O. (1984). *Versehrtensport. Allgemeiner Teil*. Wien: Bundesanstalt für Leibeserziehung.
- Kneissl, O. (1988). 30 Jahre Österreichischer Versehrtensportverband. Basis für den Behindertensportverband der Zukunft. In Österreichischer Versehrtensportverband. *30 Jahre ÖVSV. Rückblick Vorschau* (S. 11-14). Wien: Österreichischer Versehrtensportverband.
- Kosel, H. (1981). *Behindertensport. Körper- und Sinnesbehinderte*. München: Pflaum.

- Kosel, H. & Froböse, I. (1999). *Rehabilitations- und Behindertensport. Körper- und Sinnesbehinderte* (2., völlig neu überarbeitet Aufl.). München: Pflaum.
- Maier, B. (2002). Paralympische Spiele in Sydney. In B. Maier & A. Scherney (Hrsg.), *Leistungssport für Menschen mit Behinderung? Ansichten – Analysen – Argumente* (Schriftenreihe der Christlichen Sportakademie Österreichs, 21, S.11-22). Hollabrun: MBC.
- Naue, U. J. (2006). *Behindertenpolitik heute. Zwischen alten Inhalten und neuen Möglichkeiten. Eine vergleichende Studie*. Wien: Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften.
- Österreichischer Behindertensportverband (2008). *Golden Moments. ÖBSV 50 Jahre Österreichischer Behindertensportverband*. Wien: Österreichischer Behindertensportverband.
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017a). Die Sektionen des ÖBSV 1958–1980 und das Sportsekretariat Organisation. Zugriff am 08. Mai 2017 unter <https://obsv.at/verband/chronik/sektionen-im-oevsv-1958-1980-und-das-sportsekretariat/>
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017b). Organisationsstruktur. Zugriff am 17. Mai 2017 unter <https://obsv.at/verband/struktur/>
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017c). Kompetenz-Gremien. Zugriff am 17. Mai 2017 unter <https://obsv.at/verband/struktur/kompetenz-gremien/>
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017d). Mitgliedschaften. Zugriff am 17. Mai 2017 unter <https://obsv.at/verband/mitgliedschaften/>
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017e). Klassifizierung im Behindertensport. Zugriff am 12. Juni 2017 unter <https://obsv.at/sport/klassifizierung/>
- Österreichischer Behindertensportverband (ÖBSV). (2017f). Behinderungsgruppen. Zugriff am 12. Juni 2017 unter <https://obsv.at/sport/behinderungsgruppen/>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017a). Die Geschichte der Paralympics. Zugriff am 01. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/paralympics/geschichte>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017b). Ziele & Aufgaben. Zugriff am 09. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/ueber-uns/ziele-aufgaben>

- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017c). Allgemein. Sportarten allgemein. Zugriff am 11. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/sport-und-medieninfo/sportarten/allgemein>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017d). Sportarten Sommer. Zugriff am 11. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/sport-und-medieninfo/sportarten/sommer>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017e). Sportarten Winter. Zugriff am 11. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/sport-und-medieninfo/sportarten/winter>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017f). Medaillenspiegel. Zugriff am 15. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/sport-und-medieninfo/medaillenspiegel>
- Österreichisches Paralympischen Committee (ÖPC). (2017g). Sportarten Winter. Zugriff am 11. Juni 2017 unter <http://www.oepc.at/index.php/de/paralympics/sommer/rio-2016>
- Peters, K. H. (1994). Gesundheit, Krankheit, Behinderung. In E. Grond, W. Schwarzer Wolfgang (Hrsg.), *Einführung in die Sozialmedizin für Sozialarbeiter, Sozial- und Heilpädagogen* (4., durchgesehene Aufl.) (S.19-22). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Prokop, L. (1998). *Aufgabe Behindertensport*. Purkersdorf: Brüder Hollinek.
- Prokop, L. (2001). *Medizinische und soziologische Aspekte des Behindertensports*. Dissertation. Wien: Universität Wien, Fakultät für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften.
- Quade, K. (2000). Nachwuchsförderung — Wie kommen Behinderte zum Leistungssport? In V. Scheid & H. Rieder (Hrsg.), *Behindertensport. Wege zur Leistung. Dokumentation zum Kongress der Stiftung Behindertensport am 5. und 6. November 1999* (S. 88-98). Aachen: Meyer & Meyer.
- Rheker, U. (2002). Integrationssport, Sport ohne Aussonderung — Pädagogische Konzeption für einen ‚Sport für alle‘. In H. Ohlert & J. Beckmann (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S. 47-81). Schorndorf: Hoffmann.
- Rheker, U. (2005). *Spiel und Sport für alle. Integrationssport für Familie, Verein und Freizeit* (3., Aufl.). (Schriftenreihe des Behinderten-Sportverbandes NW Bd. 1). Aachen: Meyer & Meyer.

- Rieder, H. (1996). Sport im Bereich von Prävention und Rehabilitation. In H. Rieder, G. Huber & J. Werle (Hrsg.), *Sport mit Sondergruppen* (S. 34-42). Schorndorf: Hofmann.
- Röthig, P. (Hrsg.). (1992). *Sportwissenschaftliches Lexikon* (6. Völlig neu bearbeitet Aufl.). Schorndorf: Hofmann Schorndorf.
- Röthig, P. & Prohl, R. (Hrsg.). (2003). *Sportwissenschaftliches Lexikon* (7., völlig neu bearbeitete Aufl.). Schorndorf: Hofmann.
- Scheid, V. & Rieder, H. (Hrsg.). (2000). *Behindertensport. Wege zur Leistung. Dokumentation zum Kongress der Stiftung Behindertensport am 5. und 6. November 1999*. Aachen: Meyer & Meyer.
- Scherney, A. (1991). *Zur Situation des behinderten Menschen in Kultur und Gesellschaft und Ansätze zur Integration unter besonderer Berücksichtigung des (Behinderten) Sports/ der Leibesübungen*. Wien: Universität Wien, Fakultät der Grund- und Integrativwissenschaften.
- Scherney, A. (2002). Wettkampfsport. Das Recht der Menschen die Herausforderung anzunehmen! In B. Maier & A. Scherney (Hrsg.), *Leistungssport für Menschen mit Behinderung? Ansichten – Analysen – Argumente* (Schriftenreihe der Christlichen Sportakademie Österreichs, 21, S.23-36). Hollabrun: MBC.
- Schönau, C. (2008). *Behindertensport und Darstellung in den Medien. Medienanalyse der Winter-Paralympics 2006 in Turin*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Schroeder-Kurth, T. (1997). Der medizinische Blick auf Behinderungen. Genetische Beratung und Pränatale Diagnostik aus ärztlicher Sicht. In S. Kleinert, R. Beck, G. Höglinger, C. Kentrup, N. Moriabadi, J. Nützel, N. Tilgen & T. Weißgerber (Hrsg.), *Der medizinische Blick auf Behinderung. Ethische Fragen zwischen Linderung und Minderung* (S. 123-132). Würzburg: Königshausen & Neumann.
- The International Federation for Intellectual Disability Sport (INAS). (2017). History of INAS. Zugriff am 08. Juni 2017 unter <http://www.inas.org/about-us/who-we-are-2/history-of-inas>
- Wegner, M. (2001a). Die Paralympics – „Sport für alle“ auch für Menschen mit Behinderung". In B. Kaulitz & H. Haag (Hrsg.), *Olympische Idee – Olympische Bewegung – Olympische Spiele. Dimensionen und Perspektiven* (Kieler Schriften zur Sportwissenschaft, S. 84-96). Kiel: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel.
- Wegner, M. (2001b). *Sport und Behinderung. Zur Psychologie der Belastungsverarbeitung im Spiegel von Einzelfallanalysen*. Schorndorf: Hofmann.

- Wegner, M. (2002). Sozialpsychologische Aspekte des Sporttreibens Behinderter. In H. Ohlert & J. Beckmann (Hrsg.), *Sport ohne Barrieren* (S. 133-152). Schorndorf: Hofmann.
- Weineck, J. (2010). *Optimales Training. Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings* (16., durchgesehene Aufl.). Balingen: Spitta.
- Vernooij, M. A. (2007). *Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Theoretische und praktische Grundlagen der Arbeit mit beeinträchtigten Menschen* (8., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Zimmer, M. (2000). Medizinische Wirkungen des Leistungssports behinderter Menschen. In V. Scheid & H. Rieder (Hrsg.), *Behindertensport. Wege zur Leistung. Dokumentation zum Kongress der Stiftung Behindertensport am 5. und 6. November 1999* (S. 88-98). Aachen: Meyer & Meyer.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Vereinfachtes Modell der Komponenten der sportlichen Leistungsfähigkeit (Weineck, 2010, S. 25).....	17
Abb. 2: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF (DIMDI, 2005, S. 21).....	29
Abb. 3: Adapted Physical Education/ Activity (mod. n. Doll-Tepper, 2002b, S. 19)	40
Abb. 4: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 Mittelwert = 16,91; Standardabweichung = 8,36 (Obergrenze = 25,27; Untergrenze = 8,55)	88
Abb. 5: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016 ...	90
Abb. 6: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016	90
Abb. 7: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996- 2016.....	93
Abb. 8: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016.....	94
Abb. 9: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Goldmedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016	95
Abb. 10: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996- 2016.....	97
Abb. 11: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016.....	98
Abb. 12: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Silbermedaillen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016	99
Abb. 13: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996- 2016.....	101
Abb. 14: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016.....	102
Abb. 15: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Bronzemedailles in Einzelbewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016	102

Abb. 16: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016	104
Abb. 17: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016.....	106
Abb. 18: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016.....	106
Abb. 19: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016	109
Abb. 20: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016	110
Abb. 21: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Winterspielen von 1996-2016.....	111
Abb. 22: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in Einzelbewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016	112
Abb. 23: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen und erreichten Top-8-Platzierungen in Teambewerben bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016	114
Abb. 24: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016	116
Abb. 25: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspielen von 1998-2014	117
Abb. 26: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016 getrennt nach Frauen und Männer.....	118
Abb. 27: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen 1996-2016 getrennt nach Frauen und Männer.....	119
Abb. 28: Österreichische Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspielen von 1998-2014 getrennt nach Frauen und Männer.....	120
Abb. 29: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016.....	121
Abb. 30: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- und Winterspielen von 1996-2016, getrennt nach Frauen und Männern.....	122

Abb. 31: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommerspielen von 1996-2016, getrennt nach Frauen und Männern	123
Abb. 32: Durchschnittsalter der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Winterspielen von 1998-2014, getrennt nach Frauen und Männern	123

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: WHO-Klassifikation - International Classification of Impairment, Disability and....	28
Tab. 2: Medizinisches Modell vs. Randgruppen-Modell (Sherill & Williams, 1996, S. 45; mod. n. Wegner, 2001b, S. 29, Übersetzung des Autors).	32
Tab. 3: Tabelle der Sommer- (weiß) und Winter- (blau) Paralympics (Jahr, Austragungsort, Anzahl der teilnehmenden Nationen und Athleten/innen)	80
Tab. 4: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen gewonnenen Medaillen in Einzel- und Teambewerben bei Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016	92
Tab. 5: Anzahl der von österreichischen Athleten/innen erreichten Top-8-Platzierungen in Einzel- und Teambewerben bei Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016	108
Tab. 6: Anzahl der österreichischen Teilnehmer/innen bei den Paralympischen Sommer- (weiß) und Winterspielen (blau) von 1996-2016	115

Anhang

Excel- Tabellen

Jahr / Ort	Einzel 1. Platz	Einzel 2. Platz	Einzel 3. Platz	Einzel TOP 4-8	Team 1. Platz	Team 2. Platz	Team 3. Platz	Team TOP 4-8
PG 1996 Atlanta/USA	6	2	9	35		4	1	1
PG 1998 Nagano/JPN	7	15	11	41		1		
PG 2000 Sydney/AUS	2	7	6	35				5
PG 2002 Salt Lake City/USA	9	10	10	30				
PG 2004 Athen/GRE	8	9	4	26		1		1
PG 2006 Turin/ITA	3	4	7	20				
PG 2008 Peking/CHN	4	1	1	29				3
PG 2010 Vancouver/CAN	3	4	4	18				
PG 2012 London/GBR	4	3	6	18				1
PG 2014 Sochi/RUS	2	5	4	7				
PG 2016 Rio/BRA	1	4	4	10				2
Grand Total	49	64	66	269		6	1	13

Jahr	Ort	Gesamt TN	Frauen TN	Frauen Alter	Männer TN	Männer Alter	Gesamt Alter	Top8 Einzel	Top 8 Team	Einzel 1.	Einzel 2.	Einzel 3.
1996	Atlanta	46	5	29,80	41	31,98	31,74	52	6	6	2	9
1998	Nagano	34	9	30,56	25	33,96	33,06	74	1	7	15	11
2000	Sydney	49	5	32,00	44	36,25	35,82	50	5	2	7	6
2002	Salt Lake C.	22	4	32,75	18	33,89	33,68	59	0	9	10	10
2004	Athen	46	4	27,25	42	38,33	37,37	47	2	8	9	4
2006	Turin	24	3	34,67	21	35,71	35,58	34	0	3	4	7
2008	Peking	38	4	35,50	34	40,29	39,79	35	3	4	1	1
2010	Vancouver	19	3	35,00	16	34,19	34,32	29	0	3	4	4
2012	London	32	5	33,80	27	43,56	42,03	31	1	4	3	6
2014	Sochi	13	1	26,00	12	33,92	33,31	18	0	2	5	4
2016	Rio	28	7	39,43	21	40,71	40,39	19	2	1	4	4

Sportart	Einzel 1. Platz	Einzel 2. Platz	Einzel 3. Platz	Einzel TOP 8 4-8	Team 1. Platz	Team 2. Platz	Team 3. Platz	Team TOP 8 4-8
Boccia				3				2
Bogenschießen								
Gewichtheben				1				
Judo	2							
Kanu		1						
Leichtathletik	10	9	16	66		1		
Radfahren	2	5	2	31				
Radfahren-Handbike	4	4	3	14				1
Radfahren-Tandem								
Reiten	2	1	1	1				1
Rollstuhl-Fechten								
Rollstuhl-Tennis				2				3
Rudern								
Schwimmen		1	1	7				
Segeln				1				
Ski-Alpin	23	33	34	98				
Ski-Alpin-Snowboard								
Ski-Nordisch	1	5	2	18		1		
Sportschießen		2	2	12				
Tischtennis	5	3	5	15		4	1	6
Gesamtergebnis	49	64	66	269		6	1	13

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde weder an einer anderen Stelle eingereicht (z. B. für andere Lehrveranstaltungen) noch von anderen Personen (z.B. Arbeiten von anderen Personen aus dem Internet) vorgelegt.“

Stephanie Vock , Wien 2017