

Pädagogische Hochschule Freiburg
Institut für Soziologie
Wintersemester 2024/2025
Modul 4/2: Abschlussprüfung

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades *Master of Arts*

Klettern und Inklusion

Eine Analyse des szeneeigenen Diskurses in Bezug auf Behinderung

Erstgutachtende Person: Prof. Dr. habil. Sabine Flick

Zweitgutachtende Person: Dr. Zeynep Islerdas

Maximilian Dinkel

Masterstudiengang Erziehungswissenschaft

Studienrichtung Soziale Arbeit/Sozialpädagogik

Freiburg, den 04.02.2025



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons
Namensnennung-Share Alike 4.0 International Lizenz (CC BY-SA 4.0).
Details zur Lizenz unter <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

DOI: <https://doi.org/10.60530/opus-3551>

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Klettern.....	8
2.1 Entstehungsgeschichte und Ideale	8
2.2 Sicherung und Risiko beim Klettern	12
2.3 Der Körper im Klettersport.....	14
2.4 Organisation des Klettersports.....	18
2.5 Inklusion und Behinderung im Klettersport	19
3 Behinderung.....	23
3.1 Medizinisches, soziales und kulturelles Modell	24
3.2 Kritik am sozialen und kulturellen Modell – wo bleibt der Körper?.....	27
3.3 Behinderung für diese Arbeit	31
4 Inklusion.....	33
4.1 Das Trilemma der Inklusion	33
4.2 Verortung des Positionspapiers des DAV	37
5 Methodologie: Diskursanalyse nach Keller.....	38
5.1 Beschreibung und Abgrenzung des Diskursausschnittes	40
5.2 Diskurstheoretische Fokussierung	42
6 Methode: Grounded Theory.....	43
6.1 Der Prozess des Samplings und Vorstellung des Samples	45
6.2 Der Prozess des Kodierens und Vorstellung des Codesystems	46
7 Analyse und Ergebnisdarstellung	47
7.1 Themen der Artikel.....	48
7.2 Beziehungsstrukturen zwischen Klettern und Behinderung.....	51
7.2.1 <i>Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme</i>	<i>51</i>
7.2.2 <i>Klettern als Ort der Teilhabe.....</i>	<i>55</i>
7.2.3 <i>Klettern als differenzierende Aktivität.....</i>	<i>57</i>

7.2.4	<i>Klettern als Abbau von Differenz</i>	61
7.2.5	<i>Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen</i>	64
7.3	Tonalität des Diskurses.....	65
7.4	Modelle von Inklusion und Behinderung im Diskurs	67
7.4.1	<i>Behinderung</i>	67
7.4.2	<i>Inklusion</i>	70
7.5	Am Rande des Diskurses	73
8	Ergebniszusammenfassung und Diskussion	75
8.1	Ergebniszusammenfassung.....	76
8.2	Diskussion mit Bezug auf das Positionspapier zu Inklusion.....	79
8.3	Abschließende Diskussion.....	83
9	Fazit und Ausblick	86
	Literaturverzeichnis	89
	Eigenständigkeitserklärung	95
	Anhang 1: Sample	96
	Anhang 2: Kategoriensystem.....	97
	Anhang 3: Kodierverzeichnis	99

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Tope-Rope-Sicherung und Vorstiegsicherung. Quelle: www.vdiffclimbing.com/basic-top-rope/	13
Abbildung 2: Comiczeichnung von Eberhard Köpf, auf welcher der historisch zunehmende maximale Schwierigkeitsgrad beim Klettern mit einem immer größer und leichter werdenden Idealkörper in Verbindung gebracht wird. Quelle: vom Künstler zur Verfügung gestellt.	16
Abbildung 3: Schematische Darstellung des Kategoriensystems beim Paraclimbing der ‚International Federation of Sport Climbing‘ (Saurwein 2018, S. 52-54). Eigene Darstellung.....	21
Abbildung 4: Grafische Darstellung des Trilemmas der Inklusion nach Boger. Quelle: Boger, 2017	35
Abbildung 5: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme'. Eigene Darstellung.....	52
Abbildung 6: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Ort der Teilhabe'. Eigene Darstellung	55
Abbildung 7: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als differenzierende Aktivität'. Eigene Darstellung.	58
Abbildung 8: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Abbau von Differenz'. Eigene Darstellung.	61
Abbildung 9: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen'. Eigene Darstellung	64

Abkürzungsverzeichnis

AVS	Alpenverein Südtirol
DAV	Deutscher Alpenverein
GT	Grounded Theory
JDAV	Jugend des Deutschen Alpenvereins
ÖAV	Österreichischer Alpenverein
RED-S	Relative Energy Deficiency in Sports
SAC	Schweizer Alpen-Club
STS	Science and Technology Studies
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WDA	Wissenssoziologische Diskursanalyse

1 Einleitung

Das Klettern hat sich im Laufe der letzten drei Jahrzehnte von seinem Nischendasein hin zu einem Trendsport entwickelt. Das lässt sich nicht zuletzt an der rasant angestiegenen Zahl an Kletterhallen ablesen. Während 1990 noch 25 Kletterhallen in Deutschland existierten, stieg ihre Anzahl bis 2023 um über 2000 Prozent auf 550 Hallen an (Statista, 2023). Diese Hallen werden nach Schätzungen des Deutschen Alpenvereins (DAV) von über einer Million Menschen regelmäßig genutzt – 1990 wurden der aktiven Kletterszene in Deutschland gerade einmal 70.000 Menschen zugerechnet (DAV, 2023b). Die Kletterhallen haben den Zugang und Einstieg in diesen Sport erleichtert: Während für das Klettern am Felsen mehr Expertise, Zeit und Logistikaufwand notwendig sind, reduzieren sich diese Hürden beim Hallenklettern erheblich. Doch wer sind die Menschen, die an Wänden hochkraxeln – wer hat in welcher Form Teil am Boom des Klettersports und warum? Ein Blick in die Kletterhalle offenbart, dass im Verlauf der Klettergeschichte die Dominanz von Männern abgenommen hat und weitere Geschlechter, vor allem Frauen, inzwischen vermehrt Zugang zum Klettern haben, wenngleich hier weiterhin eine Differenzierung stattfindet, wie Kirchner (2018) in einer ausführlichen Studie dargelegt hat. Auch hinsichtlich des Alters scheint ein breites Spektrum im Klettersport vertreten zu sein. Meine langjährige persönliche Klettererfahrung zeigt jedoch auch, dass die Halle und der Fels nicht hinsichtlich aller Differenzkategorien als Begegnungsort verstanden werden können. Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status, People of Color und Menschen, denen eine Behinderung zugeschrieben wird, sind, so die These, die ich aus meiner Erfahrung ableite, im Klettersport stark unterrepräsentiert. Systematische Erhebungen gibt es dazu jedoch nicht.

Ungleiche Teilhabemöglichkeiten können je nach Perspektive verschiedene Ursachen haben. In den Sozialwissenschaften ist spätestens seit dem *linguistic turn* die Annahme präsent, dass soziale Realitäten von Diskursen geprägt sind. Das bedeutet, dass die Art und die inhaltliche Ausgestaltung der sprachlichen Thematisierung von Klettern die Teilhabe von verschiedenen Gruppen ermöglicht und begrenzt. Das *Medium* der Begrenzung und der Ermöglichung ist dabei jedoch nicht nur die Sprache, formen doch Diskurse mitunter auch soziale Praktiken und Materialität, etwa die Preispolitik oder Gebäudearchitektur einer Kletterhalle, die die Zugänglichkeit für bestimmte soziale Gruppen zum Klettern bestimmt. Dieser Annahme folge ich in der vorliegenden Arbeit.

Unter dem Begriff der Inklusion versucht der DAV, die größte Organisation des institutionalisierten Klettersports, die Teilhabemöglichkeit für Menschen mit Behinderung zu erweitern. Auf der Webseite des DAV werden zahlreiche ‚Inklusionsprojekte‘ gelistet (DAV, o. J.-a) und im Jahr 2014 erschien ein Positionspapier, in dem DAV und die Jugend des Deutschen Alpenvereins (JDAV) dieses Anliegen betonen und mit der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) begründen (DAV & JDAV, 2014). Aufgrund der Annahme, dass diskursive Verhandlungen Teilhabemöglichkeiten eröffnen und verwehren, werde ich mich in dieser Arbeit damit auseinandersetzen, wie das Konzept Behinderung im Kontext des Klettersports innerhalb der Klettercommunity verhandelt wird. Daraus leitet sich meine konkrete Fragestellung für diese Arbeit ab:

Wie wird Behinderung in Bezug auf Klettern im szeneeigenen Diskurs thematisiert?

Um dieser Frage nachzugehen, werde ich im Rahmen einer Diskursanalyse mit der Grounded Theory die Publikationen des DAV-eigenen Bergsportmagazins *Panorama* seit der Veröffentlichung des genannten Positionspapiers zu Inklusion hinsichtlich des Konzepts Behinderung untersuchen.

Der Motivation für diese Arbeit liegt meine persönliche Involviertheit in den Themenkomplex aus Klettern, Behinderung und Inklusion zugrunde. Ich bin in den Strukturen des DAV im Rahmen einer Jugendgruppe aufgewachsen. So spielen das Klettern und der DAV seit ich zwölf Jahre alt bin eine bedeutende Rolle in meinem Leben. Seit einigen Jahren bin ich als Trainer in verschiedenen sogenannten ‚inkluisiven Klettergruppen‘¹ aktiv, in denen mitunter Menschen mit Behinderung klettern. Ich selbst verstehe mich folglich als einen Teil der Klettercommunity. Hinsichtlich der Differenzkategorie Behinderung verorte ich mich in einer nichtdiskriminierten Subjektposition. In meiner Bachelorarbeit habe ich Akteur*innen im Bereich des ‚inkluisiven Kletterns‘ interviewt, um Barrieren für Menschen mit Behinderung im

¹ Der Begriff ‚inkluisiv‘ bedeutet im untersuchten Diskurs meist, dass Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam klettern. Ich schreibe hier in einfach Anführungszeichen, da die Verwendung des Begriffs von der Bedeutung in dieser Arbeit abweicht. Im Sinne Bogers (2017, 2023; vgl. auch Kapitel 4) beschreibt der Begriff in dieser Arbeit Prozesse, die eine diskriminierungsärmere Gesellschaft anstreben und keinen Zustand. Im weiteren Verlauf der Arbeit werden auch andere Begriffe so markiert, um diese Differenz deutlich zu machen.

Klettersport zu systematisieren. Dabei ist aufgefallen, dass es mitunter kollektive Wissensbestände und Vorstellungen von Klettern und Behinderung sind, die die Teilhabe verwehren. In diesem Sinne knüpfe ich mit dem vorliegenden Forschungsprojekt an meine Bachelorarbeit an.

Diskursanalytische Arbeiten zum beschriebenen Themenkomplex Klettern und Behinderung liegen bisher nicht vor. Es gibt wissenschaftliche Beiträge, die sich entweder mit Aspekten des Kletterns oder mit Behinderung beschäftigen. Beispielhaft zu nennen ist hier die Arbeit von Schönwiese (2012), der in der öffentlichen Darstellung von Behinderung eine Schicksalskonstruktion erkennt, oder die Analyse eines Internetforums von Waldschmidt (2009), bei der es um die sprachliche Herstellung des Dualismus Normalität und Behinderung geht. In Bezug auf Klettern liegen nur wenige diskurstheoretische Arbeiten vor: Ott (2006) geht dem Alpinismus- und Kletterdiskurs des Jahres 1930 auf die Spur und Peskoller (1998) legt eine „Kulturgeschichte der Höhe“ (ebd.) vor, in der auch das Klettern thematisiert wird. Die genannten Arbeiten haben mir Inspiration für das Vorgehen bei diesem Forschungsprojekt geliefert und erste Einblicke ins Feld ermöglicht.

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage beschäftige ich mich im folgenden *Kapitel (2)* zunächst mit dem Forschungsfeld *Klettern*. Hier zeichne ich zunächst die historische Entwicklung des Sports und die damit zusammenhängenden Ideale nach. Zudem erfolgt eine Beschäftigung mit den Aspekten Sicherheit, Körperlichkeit und Organisation im Klettersport sowie eine erste Annäherung an Behinderung und Inklusion im Kontext Klettern. In *Kapitel 3* gebe ich einen Einblick in den wissenschaftlichen Diskurs zu Behinderung. Dies dient zum einen der Operationalisierung des Behinderungsbegriffs und zum anderen der späteren Verortung der Diskursfragmente. Dasselbe gilt für *Kapitel 4*, in welchem ich das Trilemma der Inklusion vorstelle. In diesem lassen sich verschiedene Strategien zur Herstellung einer gleichberechtigten Teilhabe verorten. Das genannte Positionspapier zur Inklusion des DAV, welches in der späteren Diskussion der Kontrastierung des untersuchten Diskurses dient, wird hier ebenfalls in diesem Trilemma verortet. In *Kapitel 5* geht es um die Methodologie der Diskursanalyse, um die Definition und Beschreibung des untersuchten Diskursausschnitts sowie um die konkrete diskurstheoretische Fokussierung. In *Kapitel 6* lege ich das methodische Vorgehen dieser Arbeit dar, welches sich an der Grounded Theory orientiert. In *Kapitel 7* folgt dann die

Analyse und die systematische Darstellung der daraus entstehenden Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung. Die Ergebnisse werden in *Kapitel 8* zusammengefasst und in Bezug auf die Fragestellung, das Inklusionspapier sowie Aspekte aus den Kapiteln 2-4 diskutiert. In *Kapitel 9* ziehe ich ein Fazit zu der Fragestellung dieser Arbeit und gebe einen Ausblick auf potenzielle Forschungsvorhaben, die im Anschluss an diese Arbeit interessant sein könnten.

2 Klettern

Wird Klettern als das Überwinden von mehr oder weniger vertikalen Hindernissen unter Zuhilfenahme der Extremitäten oder, noch allgemeiner, als das Fortbewegen in steilem Gelände, bei dem es notwendig ist, die Füße *und* Hände zum Einsatz zu bringen, verstanden, so hat Klettern sicherlich eine Geschichte, die so alt ist wie die Menschheit selbst. Das Klettern gehört damit „wie das Gehen, das Laufen, das Springen oder das Schwimmen zu den Grundtätigkeiten des Menschen, die Raum erschließen [...] [und] ist vor allem auf Raumgewinnung nach oben ausgerichtet“ (Warwitz, 2022, S. 76; Anm. des Verf.). Mit der Bewegung in der Vertikalen geht die kletternde Person oft ein Wagnis ein, da es die Möglichkeit des Abstürzens und infolgedessen der Verletzung oder des Todes gibt.

In diesem Kapitel wird zunächst die jüngere Entwicklung des Kletterns als Sport und die damit verbundenen Ideale beleuchtet. Anschließend werden das Risiko, das mit dem Klettern einhergeht, sowie die technischen Möglichkeiten zu dessen Minimierung thematisiert. Darauf aufbauend werden die Bedeutung des Körpers, die organisatorischen Aspekte und schließlich die Themen Inklusion und Behinderung im Klettersport diskutiert.

2.1 Entstehungsgeschichte und Ideale

Das moderne Sportklettern hat sich aus dem klassischen Bergsteigen entwickelt. Der Beginn der Entstehung des Kletterns als eigenständige Disziplin liegt circa 150 Jahre zurück und kann *zum einen* auf eine Verschiebung des Interesses der Bergsteigenden von der bloßen Besteigung eines Gipfels hin zur Wahl einer besonders schweren, ästhetischen oder interessanten Route zurückgeführt werden. Während es zuvor nur eine notwendige Technik war, um den Gipfel zu erreichen, entwickelte sich das Klettern allmählich zu einem Selbstzweck (Stern, 2010, S. 39–40). *Zum anderen* begannen mehr oder weniger

zeitgleich Menschen an kleineren Felsen außerhalb des Alpenraums, insbesondere im sächsischen Elbsandsteingebirge, aus sportlicher Motivation heraus Wände zu besteigen (Glowacz & Pohl, 1992, S. 8). Während das Ziel beim Klettern schwieriger Wände in den Alpen vor allem darin bestand, auf möglichst direktem Weg oben anzukommen, war im Elbsandstein die Frage danach, *wie* dies vonstatten geht, von Anfang an entscheidend: Es entwickelte sich schnell ein Regelwerk, um eine sportliche Fairness zu gewährleisten, welches mit wenigen Ausnahmen technische Hilfsmittel wie Felshaken nur zur Sicherung, nicht aber zur Fortbewegung erlaubte. Bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts galt in den Alpen beim schweren Klettern das Ideal der ‚Direttissima‘, das heißt der Wunsch, einen möglichst geraden Weg vom Fuß bis zum Gipfel des Berges zu finden. Dafür waren alle Hilfsmittel recht, und so wurden sich beim sogenannten technischen Klettern beispielsweise Strickleitern in Haken gehängt, mithilfe derer die Fortbewegung nach oben ermöglicht wurde. Die Erfindung des Bohrhakens – zuvor wurden sogenannte Normalhaken in Risse geschlagen – vervollständigte diese Entwicklung und ermöglichte es, an nahezu glatten Felsplatten emporzusteigen (Stern, 2010, S. 40–42). Diese Entwicklung gipfelte – in doppeltem Wortsinn – 1970 auf dem Cerro Torre, den Cesare Maestri ausgestattet mit einem Kompressor und über 300 Bohrhaken bestieg (Peskoller, 1998, S. 321). In den Vereinigten Staaten entstand inspiriert von der sächsischen Klettertradition eine Gegenbewegung: das Freiklettern. Bei dieser Form geht es darum, die Wand nur mithilfe der vorgefundenen Felsstruktur zu beklettern. Zusätzliches Material – wie beispielsweise Haken – darf nur zur Absicherung genutzt werden und während einer erfolgreichen Besteigung nicht belastet werden. Eine strengere Form dieser Spielart ist das *clean-climbing*, bei dem kein Material in der Wand zurückgelassen werden darf (beispielsweise Haken) und nur sogenannte mobile Sicherungsmittel – Friends, Keile und Schlingen – zum Einsatz kommen. Noch radikaler ist das *free-solo* Klettern, bei dem gar keine Sicherung zum Einsatz kommt und ein Absturz oft zu schweren Verletzungen oder zum Tod führt.

Das Ideal des Freikletterns verbreitete sich Mitte der 70er Jahre dann auch zunehmend in Europa und stellt dort gegenwärtig den am meisten verbreiteten Stil des Kletterns dar (Glowacz & Pohl, 1992, S. 8–9; Stern, 2010, S. 43–44). Als die letzte bedeutende Entwicklung im Klettersport beschreibt Stern die Entstehung des Hallenkletterns. Was anfangs als reines Training für das Klettern am Felsen gedacht war, entwickelte sich seit

der Jahrtausendwende zu einer eigenständigen Form des Sports, welche sich noch weiter vom Bergsteigen entfernt hat. Das Risiko – Absturz, Steinschlag, Unwetter, Verirren *et cetera* – und der Aufwand – Planung, Anfahrt, Zustieg und Ähnliches –, welches das Besteigen von Bergen und das Beklettern von Wänden birgt, ist beim Hallenklettern weitestgehend nicht vorhanden. Hier wird der Fokus weiter auf die körperliche Leistung der kletternden Person gerichtet, die ‚Störfaktoren‘ werden minimiert. Dieser Trend zur Konzentration auf körperliche Leistung ist schon bei der Entwicklung des Freikletterns zu erkennen, bei welchem die technischen Hilfsmittel ausgeschlossen werden. Dieses Ideal der sturzf freien Begehung ohne Belastung von Sicherungsmaterial herrscht auch in der Kletterhalle vor. Abweichungen von diesem Ideal sind in der Halle gleichwohl besonders gut möglich und werden auch vielfach praktiziert. So werden Routen beispielsweise im *top-rope* an bereits vorinstallierten Seilen geklettert oder ‚ausgebouldert‘, wobei die Sicherung immer wieder belastet wird, um sich zu erholen und die nächste Kletterpassage genau zu studieren (Stern, 2010, S. 44). Der moderne Klettersport ist überwiegend von diesem Ideal des Freikletterns geprägt. Ziel der kletternden Person ist es dabei, eine Kletterroute in einem möglichst hohen Schwierigkeitsgrad möglichst nahe an diesem Ideal zu klettern.

Alle Kletterrouten werden auf Schwierigkeitsskalen eingeordnet, um sie zum einen für die kletternde Person einschätzbar zu machen und zum anderen um eine Vergleichbarkeit der Leistung herzustellen. Allgemein lässt sich sagen: Je höher die Zahl, desto schwerer wurde die Route bewertet (Perwitzschky, 2015, S. 25; Stern, 2010, S. 41). Diese Bewertung bietet jedoch keinesfalls einen objektiven Maßstab, da allen Kletternden unterschiedliche konditionelle und koordinative Fähigkeiten zur Verfügung stehen und diese nur eine subjektive Einschätzung in Referenz zu anderen gekletterten Routen abgeben.

Inwieweit das Ideal des Freikletterns erfüllt wird, kann in den verschiedenen Begehungsstilen ausgedrückt werden. Als *onsight* geklettert wird eine Route bezeichnet, die die kletternde Person beim ersten Versuch, ohne zusätzliche Informationen von Personen, die diese bereits geklettert sind, und ohne die Belastung von Hilfs- und Sicherungsmitteln bewältigt. Dieser Stil gilt als die ‚reinste‘ Form des Kletterns. Bei einer *Rotpunkt-Begehung* darf die Route bereits davor geklettert worden sein, Sicherungen dürfen jedoch ebenfalls nicht belastet werden. So gibt es zahlreiche weitere mehr oder

weniger bekannte und relevante Stile (Perwitzschky, 2015, S. 13–15; Stern, 2010, S. 43). Der am weitesten vom Ideal entfernte Stil, beziehungsweise der am wenigsten anerkannte, ist das *top-rope* Klettern (Kirchner, 2018, S. 280), welches in einem verbreiteten Kletterrattgeber folgendermaßen beschrieben wird:

„Das Klettern im Toprope, also mit Seil von oben, ist die Begehungsart, mit der Sie, falls sie Einsteiger sind, das Klettern erlernen. Sie wird Sie ihr ganzes Kletterleben lang begleiten. Beim Toprope kommt für Sie als Kletterer das Seil von oben. [...] Routen, die im Toprope geklettert werden, gelten streng genommen nicht als geklettert. Die große Masse der Kletterer berücksichtigt es aber doch, wengleich Sie der Fairness halber immer sagen sollten, dass Sie eine Route im Toprope geklettert haben“ (Perwitzschky, 2015, S. 13)

Hier wird eine klare Hierarchie deutlich, bei welcher das Begehen von Routen im *tope-rope* an letzter Stelle steht, wengleich auch bei dieser Form des Kletterns eine Nichtbelastung des Sicherungsmaterials und damit das Besteigen mit rein körperlichen Techniken möglich ist. Ausgeschlossen sind jedoch Stürze, was für die meisten zur psychischen Beruhigung und, je nach Fels- oder Hallenwand, auch zur Sicherheit beiträgt. Hier wird, so meine These, der Ursprung des Kletterns im Alpinismus deutlich, welchem die psychische Herausforderung und das potenzielle Risiko immanent sind. Eine weitere Hierarchisierung innerhalb der Kletterszene, so analysiert Kirchner, besteht zwischen dem Fels- und Hallenklettern:

„Während das Klettern in Hallen ursprünglich als Trainingsmöglichkeit für das Klettern am Fels in den Wintermonaten oder an Wochentagen mit wenig frei verfügbarer Zeit diente, ist gegenwärtig eine Distinktion in ‚wahre Kletterer‘ und ‚Plastikwandkletterer‘ (auch ‚Hobbykletterer‘) festzustellen: Die sich selbst als die ‚wahren Kletterer‘ Bezeichnenden nutzen Kletterhallen lediglich zur Vorbereitung für das Klettern an Felswänden und grenzen sich entschieden von Denjenigen ab, die sich ausschließlich oder hauptsächlich in Hallen betätigen“ (Kirchner, 2018, S. 10)

Für viele Kletternde sind der Begehungsstil und die gekletterte Schwierigkeit jedoch auch weniger relevant und es geht mehr um das Erleben der Natur, der Gemeinschaft, der Bewegung oder der ‚Ästhetik‘ der Route. Insbesondere wenn das Gelände alpiner, die Absicherungen schlechter und die Routen länger werden, rückt das Ideal des Freikletterns in den Hintergrund oder ist bei der technischen Kletterei gar nicht erst das Ziel (Kirchner, 2018, S. 10).

Deutlich wird bei dieser kurzen Entstehungs- und Kulturgeschichte des Kletterns, die ich hier insbesondere in Anlehnung an Stern (2010) beschrieben habe, dass der Klettersport eingebettet ist in diskursive und materielle Bedingungen. Stern formuliert dies treffend:

„In der Rückschau auf die Entwicklung des Kletterns wird gut sichtbar, dass und wie Körpertechnik, technische Ausrüstung und ideelle Zielsetzungen in einem dynamischen

Verhältnis zueinander stehen: Spezifische Haken, Schuhwerk (Schuhsohlen), das Gewicht der Ausrüstung, die Belastungsgrenze beispielsweise der Haken, wie und wo sie angebracht werden können (z.B. Express, Friends) usw., alle diese technischen Kriterien sind nicht zu trennen von je spezifischen Gebrauchsmöglichkeiten und Nutzungsabsichten der Kletterer. In einem dynamischen Wechselverhältnis haben sich technische, körpertechnische Innovationen und Ideale bedingt“ (ebd., S. 39–40).

Diese Bedingungen – seien es Ideale oder technische Entwicklungen – sind in einem ständigen Wandel und legen, so meine These, *mitunter* die Zugangsvoraussetzungen und Barrieren fest.

2.2 Sicherung und Risiko beim Klettern

Klettern steht in einem eigenwilligen Verhältnis zu den Kategorien Team- und Individualsportart. Auf der einen Seite geht es wie bei allen Individualsportarten um eine *persönliche* Leistung, auf der anderen Seite benötigt es bei den allermeisten Formen des Kletterns ein Team aus zwei Personen, die sich – meist wechselweise – gegenseitig sichern. Ausnahmen sind das *free-solo* Klettern, bei welchem unter Aufnahme eines hohen Risikos ohne Sicherung geklettert wird, und das *solo* Klettern, wobei hier die kletternde Person selbst für die Sicherung sorgt, was jedoch nur unter bestimmten Bedingungen funktioniert und viel Erfahrung benötigt. Während die beiden letztgenannten Spielarten weniger häufig anzutreffen sind, gibt es in Kletterhallen zunehmend Sicherungsautomaten, die das Klettern zum reinen Individualsport machen. Abgesehen davon benötigt es mindestens zwei Personen, die sich zu einer sogenannten Seilschaft, der „bedeutsamste[n] soziale[n] Interaktionseinheit der Szene“ (Kirchner, 2018, S. 10), zusammenschließen. Während eine Person der Seilschaft klettert, sichert die andere Person und sorgt damit dafür, dass das Risiko einer Verletzung durch einen Sturz erheblich minimiert wird. Dafür kommen vor allem zwei verschiedene Techniken zum Einsatz: Die *top-rope* Sicherung, welche fest mit dem *top-rope* Begehungsstil verbunden ist, und die Vorstiegsicherung.

Bei der *top-rope* Sicherung hängt das Seil bereits am höchsten Punkt der Route im ‚Umlenker‘ und muss von der sichernden Person beim Klettern der anderen Person immer weiter verkürzt werden, sodass es immer ‚straff‘ ist und keinen Absturz zulässt. Diese Technik bietet zwei Vorteile: Zum einen ist sie für die sichernde Person verhältnismäßig anspruchlos, zum anderen kann die kletternde Person nicht weit stürzen (Ewald, 2013, S. 7; Perwitzschky, 2015, S. 35–53).

Bei der Vorstiegsicherung hängt die kletternde Person das Seil in Zwischensicherungen ein, um das Risiko für einen Bodensturz zu minimieren. Dieser ist jedoch insbesondere zu Beginn der Route weiterhin möglich und kann mit zunehmender Höhe in der Regel immer weiter minimiert werden. Beim Weiterklettern von der letzten eingehängten Zwischensicherung baut sich ein immer größer werdendes Sturzpotential auf, welches sich erst beim Einhängen der nächsten Sicherung wieder verringert.

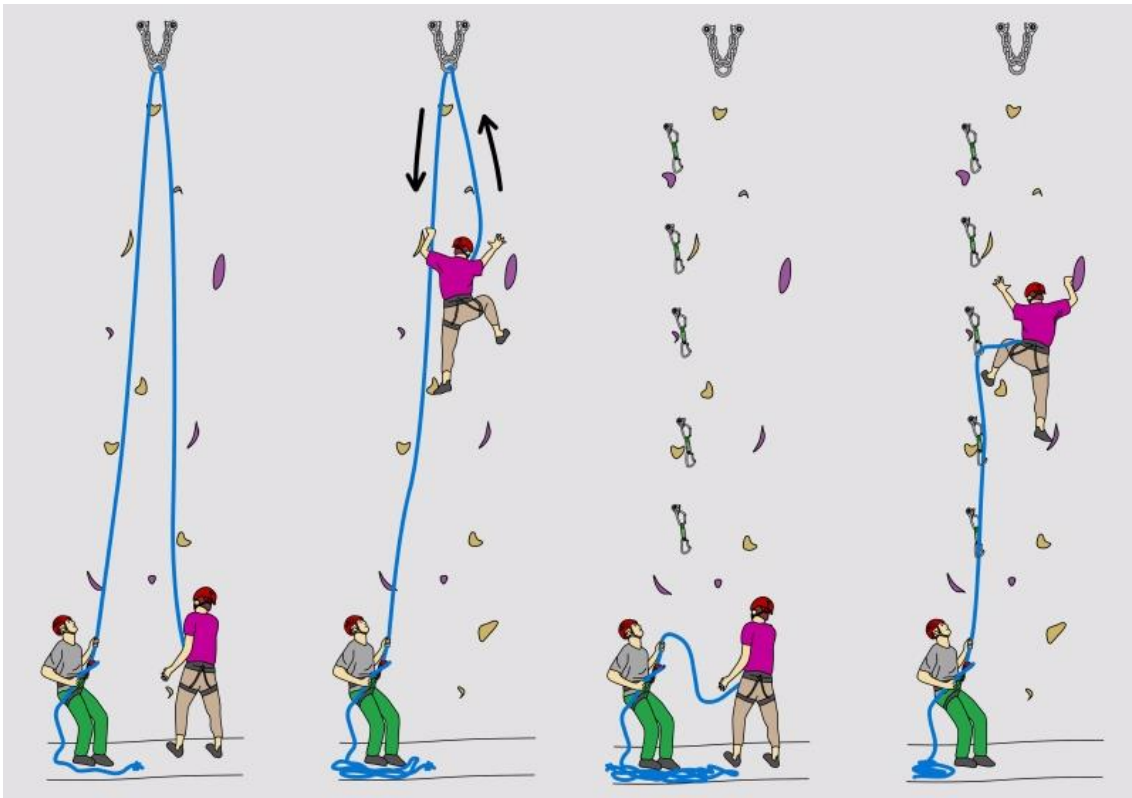


Abbildung 1: Top-Rope-Sicherung und Vorstiegsicherung. Quelle: www.vdiffclimbing.com/basic-top-rope/

Die sichernde Person muss bei der Vorstiegsicherung in einem ständigen Wechsel von Seilabgabe und Seileinnahme darauf achten, dass die kletternde Person gerade so viel Seil hat, dass sie sich frei bewegen kann und gleichzeitig ein Bodensturz vermieden wird. Zusätzlich sollte die Fallenergie der kletternden Person möglichst ‚weich‘ abgefangen werden, um Verletzungen beim Aufprall gegen die Fels- oder Hallenwand zu vermeiden, wozu spezifische Techniken erlernt werden müssen (Kirchner, 2018, S. 11; Perwitzschky, 2015, S. 55–75).

Es wird deutlich, dass das Sichern im Vorstieg ungleich komplexer ist als im *top-rope* und die kletternde Person ein höheres Verletzungsrisiko hat, beziehungsweise ihr Können besser einschätzen muss, um sicher zu sein. *Top-rope* Sicherung ist jedoch nicht immer

möglich, da es hierfür ein bereits installiertes Seil benötigt. Vielen fehlt zudem der ‚Kick‘ und – das ist meines Erachtens am relevantesten – es ist weniger anerkannt als das Klettern im Vorstieg. Bei der Betrachtung des Verhältnisses von Fels- und Hallenklettern zeichnet sich ein ähnliches Bild ab: Hallenklettern ist deutlich zugänglicher, sicherer und weniger komplex, wie Ewald (2013, S. 16-20) gezeigt hat. Und es erfährt wie das *top-rope* Klettern weniger Anerkennung.

Eine mögliche Erklärung für dieses Verhältnis bietet Stern (2010, S. 114–123; vgl. auch Bette, 2004), der das Risiko für den Klettersport als konstitutiv betrachtet. Das Minimieren des Risikos durch das Erwerben und spezifische Kombinieren von Körpertechniken, Wissen, Erfahrung und spezifischem Material im Rahmen der sozialen Konventionen der Klettergemeinde wird von derselben als ein zentrales Element der sportlichen Herausforderung betrachtet. Um diese Fähigkeit zu entwickeln bedarf es, wie dies auch bei anderen Outdoor- und Risikosportarten der Fall ist, eine „längere Phase der Eingewöhnung [...], in der die Aufmerksamkeit der Sportler auf die technischen Details sowie die zu handhabenden Risiken gerichtet ist“ (Stern, 2010, S. 121).

2.3 Der Körper im Klettersport

Im Kapitel über die Entstehungsgeschichte des Kletterns wurde deutlich, dass es einen Trend zur immer stärkeren Fokussierung der körperlich-physischen Leistung gibt und, zumindest im Sportklettern und ganz besonders beim Hallenklettern, das Wissen über sehr spezielle Sicherungstechniken, Routenplanung, Gesteinsqualität und Ähnliches in den Hintergrund rückt. Diese mit der Entwicklung des Freikletterns entstandene Tendenz hat zu einer zunehmenden Optimierung des Körpers durch spezifisches Training und dem Erscheinen dazugehöriger Ratgeber geführt. Diese beschäftigen sich damit, welche körperlichen Faktoren für das Klettern wichtig sind, wie sich diese am besten weiterentwickeln lassen und mit welchen Bewegungen und Techniken sich Wände am besten erklimmen lassen. Beim Sichten dreier solcher Ratgeber (Glowacz & Pohl, 1992; Köstermeyer, 2019; Perwitzschky, 2015) ist mir auf Bildern und durch Bewegungsbeschreibungen aufgefallen, dass als Ausgangspunkt dieser Überlegungen immer ein Körper steht, der als nichtbehindert und weiß sowie *überwiegend* männlich und im mittleren Lebensalter befindlich gelesen wird. Für diese Arbeit ist insbesondere

die Kategorie der Behinderung interessant, auf welche im ältesten der Lehrbücher indirekt verwiesen wird:

„Im Gegensatz zur allgemeinen Auffassung müssen für das Freiklettern keine grundsätzlichen Voraussetzungen erfüllt werden. Wer körperlich gesund und auch nur halbwegs sportlich ambitioniert ist, kann Freiklettern lernen“ (Glowacz & Pohl, 1992, S. 10)

Was Glowacz und Pohl hier ausformulieren, scheint von den anderen beiden Autoren ebenfalls angenommen zu werden und wirft einige Fragen auf: Was ist mit denjenigen, die körperlich nicht gesund sind? Was genau wird unter Gesundheit verstanden? Und was ist mit ‚grundsätzlichen Voraussetzungen‘ gemeint? Es entsteht der Eindruck, als stelle das Klettern – fraglich, ob das Sichern dabei mitgemeint ist – nahezu keine Voraussetzungen an den Körper und nur einige ‚Kranke‘, die jedoch nicht weiter zu beachten sind, können das eben nicht.

In allen drei Lehrbüchern werden Faktoren benannt, die die Kletterleistung beeinflussen. Aufgezählt werden hier Kraft, Ausdauer, Technik, Taktik, Beweglichkeit, Psyche sowie Körpergröße und Gewicht (Köstermeyer, 2019, S. 18; Perwitzschky, 2015, S. 16–17). Betont wird dabei, dass je nach Kletterroute die verschiedenen Faktoren unterschiedlich wichtig oder sogar situativ hilfreich *oder* hinderlich sind:

„Dicke Finger können eine hervorragende Klemmwirkung in einem Granitriss bewirken, das entscheidende Fingerloch im Kalk dagegen treibt den gleichen Kletterer zur Verzweigung, wenn er kurz vor dem unausweichlichen Sturz feststellt, daß [sic] seine Finger dafür eine Nummer zu groß sind. Das gleiche gilt für die Körpergröße. Einerseits kann ein Zweimetermann entscheidende Vorteile bei der Überwindung einer griffarmen Wandstelle habe, ein kleinerer Kletterer dagegen bei der Bewältigung eines abdrängenden Überhangs. Trotzdem hat sich ein Idealbild des Freikletterers für den oberen Schwierigkeitsbereich herauskristallisiert: ein Kompromiß [sic] in den Körpermaßen mit dem richtigen Verhältnis aus Gewicht und Körperkraft“ (Glowacz & Pohl, 1992, S. 11)

Obgleich es nicht *den* optimalen Körper(-zustand) zu geben scheint, so gibt es doch zumindest einige Eigenschaften, die zum schweren Freiklettern hilfreich zu sein scheinen: lange Arme im Verhältnis zur Körpergröße (Affenindex), wenig Gewicht im Verhältnis zur Kraft beziehungsweise Muskelmasse, ein gut ausgebildeter Gleichgewichtssinn, eine ‚starke Psyche‘, die die kletternde Person auch in ‚brenzlichen‘ Situationen ruhig agieren lässt, eine hohe Flexibilität und Ähnliches mehr (Saul et al., 2019). Zudem werden in den Lehrbüchern verschiedene Körpertechniken benannt, die es zu beherrschen gilt: unter anderem Bewegungsauslösung durch die Hüfte, präzises Treten, Gegendrucktechnik und Klemmen (Glowacz & Pohl, 1992; Köstermeyer, 2019; Perwitzschky, 2015). Es fällt auf, dass alle Techniken ein hohes Maß an Flexibilität,

Ansteuerbarkeit und Präzision in allen dem Menschen potenziell verfügbaren Körperteilen erfordern. Die optimalen Körperverhältnisse und Techniken waren jedoch, wie Stern (2010, S. 40) feststellt, nicht zu jedem Zeitpunkt gleich. Je nach verfügbarem Material, vorherrschenden Idealen und Wissen über Körpertechniken schienen unterschiedliche Körper am besten geeignet zu sein. Der Comiczeichner Eberhard Köpf stellt die Auswirkungen des Diskurses auf den Kletterkörper grafisch dar.

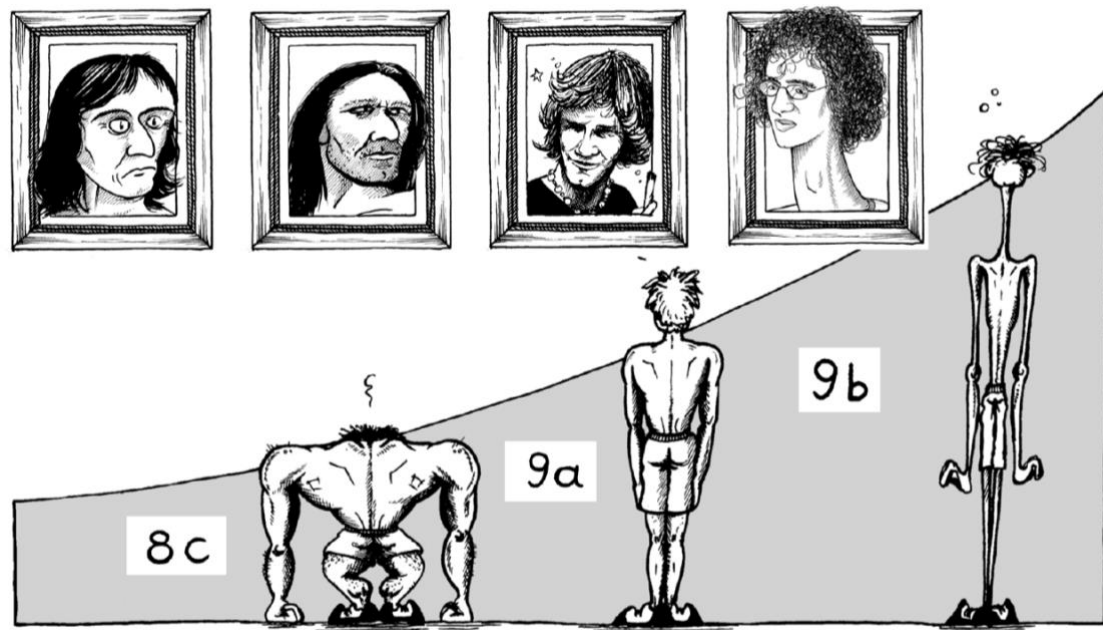


Abbildung 2: Comiczeichnung von Eberhard Köpf, auf welcher der historisch zunehmende maximale Schwierigkeitsgrad beim Klettern mit einem immer größer und leichter werdenden Idealkörper in Verbindung gebracht wird. Quelle: vom Künstler zur Verfügung gestellt.

Die Spitze der hier erkennbaren Entwicklung hat mitunter das pathologisch beschriebene RED-S (*relative energy deficiency in sport*) Syndrom zur Folge. Da das Körpergewicht-Kraft-Verhältnis beim Klettern, insbesondere in den im Hochleistungs- und Wettkampfsport überwiegend vertretenen überhängenden Routen, für den Erfolg als entscheidend gilt, versuchen Sportler*innen ihr Körpergewicht niedrig zu halten, was zu negativen gesundheitlichen Folgen führt. Weibliche Körper sind von diesem Syndrom weitaus häufiger betroffen als männliche (I. Schöffl & Schöffl, 2020).

Mit dem Verhältnis von männlichen und weiblichen Körpern, beziehungsweise den dazugehörigen Vorstellungen im Klettersport beschäftigt sich Babette Kirchner (2018) in einer qualitativen Feldstudie ausführlich. Dabei entnimmt sie ihrem empirischen Material, dass es in der Szene unterschiedliche Wahrnehmungen der Bewegungskompetenz von Männern und Frauen gibt, welcher vor allem im mittleren

Leistungsniveau eine besondere Bedeutung zugemessen wird. Frauen wird, so Kirchner, von der Szene ein qua Natur ungeeigneterer Körper zum Klettern zugeschrieben, da dieser weniger kräftig ist. Um das gleiche Niveau zu erreichen, müssen sie daher mehr trainieren und die geringere Verfügbarkeit von Kraft durch eine bessere Technik ausgleichen. Die dadurch entstehende grazilere, ästhetischere und effizientere ‚feminine‘ Bewegungskompetenz wird von der gesamten Szene bewundert und geschätzt. In den hohen Leistungsniveaus scheint diese vergeschlechtlichte Bewegungskompetenz ein weniger differenzierender Faktor zu sein, da sich die männlichen Athleten diese Perfektion der Technik ebenfalls aneignen müssen. Im unteren Leistungsniveau der ‚Anfänger*innen‘ werden Fehler und Scheitern Kirchner zufolge weniger geschlechtlich typologisiert, sondern auf einen allgemein geringeren Erfahrungsschatz zurückgeführt (Kirchner, 2018, S. 280–284).

Es lässt sich festhalten, dass das Klettern *an sich* als etwas wahrgenommen wird, was prinzipiell allen Körpern möglich ist, es aber unterschiedlich günstige – mitunter als vergeschlechtlicht erscheinende – Körperzustände gibt, welche sich *teilweise* durch gezieltes Handeln wie Training oder Ernährung erreichen lassen. Anders verhält es sich mit dem Sichern, was als ein wesentlicher Bestandteil des Kletterns gilt. Obgleich bei der Beschreibung im vorherigen Kapitel auffällt, dass es sich insbesondere bei der Vorstiegssicherung um einen komplexen Prozess handelt, werden Voraussetzungen dafür weder in der von mir gesichteten Ratgeberliteratur (Glowacz & Pohl, 1992; Köstermeyer, 2019; Perwitzschky, 2015) thematisiert, noch in den sozialwissenschaftlichen Beschreibungen des Klettersports (Hitzler & Niederbacher, 2010, S. 146–152; Kirchner, 2018; Stern, 2010). Lediglich Ewald (2013) beschäftigt sich mit dem Aspekt des Sicherns. In ihrer (organisations-)soziologischen Untersuchung von Vereinskletterhallen geht es jedoch nicht um den Körper, sondern um strukturelle Ursachen für Unfälle durch Sicherungsfehler. Ein Hinweis darauf, dass es auch körperliche Voraussetzungen dafür gibt, die kletternde Person vor einem Absturz zu bewahren, findet sich meiner Recherche nach nur in Bezug auf Kinder. Der DAV und dessen Jugendorganisation (DAV, o. J.-d.; DAV & JDAV, 2011) sprechen diesbezüglich folgende Empfehlung aus:

„Mit zunehmendem (Kletter-)Alter entwickeln sich die motorischen, kognitiven und sozialen Kompetenzen von Kindern, so dass sie in der Regel schrittweise mehr Verantwortung beim Sichern übernehmen können. Das kalendarische Alter dient hierbei als Orientierungshilfe. So kann mit dem Sichern unter Kontrolle ab ca. 8 Jahren angefangen werden. Selbständiges Sichern ganz ohne Aufsicht ist erst ab 14 Jahren möglich. Die entscheidende Frage lautet aber: „Was

kann das Kind?“ und nicht „Wie alt ist das Kind?“. Eine Reduktion auf das Alter verkürzt die Problematik und gibt ihm einen nicht gerechtfertigten Stellenwert. Entscheidend ist die individuelle Sicherungskompetenz“ (DAV & JDAV, 2011).

Dem folgend gibt es gewisse motorische, kognitive und soziale Voraussetzungen für das Sichern, die für das Erwachsenenalter jedoch nicht thematisiert werden. In einem weiteren Dokument werden diese Voraussetzungen für das selbständige Sichern ohne Aufsicht, welches ungefähr ab dem 14. Lebensjahr möglich sein soll, genauer beschrieben. Dazu zählen *unter anderem* die Wahrnehmung des gesamten Umfelds, Risikoeinschätzung, Selbsteinschätzung, langanhaltende Konzentrationsfähigkeit, Antizipation von Problemen der kletternden Person, Kommunikation mit der kletternden Person, situationsabhängige Anpassung des Sicherungsvorgangs, schnelle Reaktionsfähigkeit und die Veränderung der Sicherungsposition. Sind ein oder mehrere dieser Fähigkeiten bei der sichernden Person nicht vorhanden, so empfiehlt der DAV das Sichern nur unter Aufsicht (DAV, o. J.-d). Diesem Papier folgend ist nicht nur das Klettern, sondern auch das Sichern eine durchaus voraussetzungsvolle Praxis.

2.4 Organisation des Klettersports

Das Klettern zeichnet sich wie andere Trend- und Outdoorsportarten durch einen im Vergleich zu traditionellen Sportarten geringeren Grad der Institutionalisierung aus. Als kleinste Organisationseinheit kann die ‚Seilschaft‘ zweier Personen beschrieben werden, die oft über Jahre hinweg besteht. Darüber hinaus gibt es größere Cliques, die beispielsweise regelmäßig gemeinsam an den Fels fahren, und regionale Szenen, innerhalb derer sich die Aktiven vernetzen. Gleichwohl sowohl in der Halle als auch am Felsen das Klettern überwiegend privat organisiert wird, gibt es, insbesondere in den Hallen, auch regelmäßig stattfindende ‚Treffs‘, die von Vereinen organisiert werden. Auch das Erlernen der Sicherungspraxis findet in der Halle zunehmend über von Vereinen organisierte Kurse statt (Hitzler & Niederbacher, 2010, S. 147-152). Die in Deutschland bedeutendste Organisation für das Klettern ist der DAV. Er betreibt oder verpachtet die Mehrheit der künstlichen Kletteranlagen, betreibt Sicherheitsforschung und spricht diesbezüglich Empfehlungen aus, bietet Kurse und regelmäßige Gruppen an, bildet Trainer*innen aus, organisiert Wettkämpfe und vertritt den Klettersport im Deutschen Olympischen Sportbund. Neben dem DAV gibt es zahlreiche weitere

regionale und überregionale Organisationen, die sich für die Belange von Kletternden einsetzen und die Szene strukturieren.

2.5 Inklusion und Behinderung im Klettersport

Der Begriff der Inklusion bezieht sich zunächst nicht auf eine spezifische Differenzkategorie wie Behinderung, Klasse oder Geschlecht. Vielmehr geht es in einem weiten Verständnis um die „umfassende Teilhabe aller Gesellschaftsmitglieder“ (Peter & Waldschmidt, 2017, S. 29). Die Benennung oder die Orientierung an einer *spezifischen* diskriminierten Gruppe kann sogar je nach Inklusionsverständnis als eine konterkarierende Praxis gelesen werden, wie in Kapitel 4 deutlich wird. Gleichwohl wird in der Breite des gesellschaftlichen Diskurses unter Inklusion vor allem eine Praxis verstanden, die sich auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderung insbesondere im Kontext Schule bezieht (ebd., S. 36). Auch im Kontext des organisierten Sports ist der Inklusionsbegriff präsent und bezieht sich ebenfalls fast ausschließlich auf die Differenzkategorie Behinderung (Derecik & Tiemann, 2021, S. 73).

Dieses Verständnis mit Fokussierung auf Behinderung lässt sich auch im Diskurs des Klettersports wiederfinden. Eine Anfrage² über die Suchmaschine *Startpage* ergab, dass bei jedem der 20 Ergebnissen Inklusion als eine Praxis mit Bezug auf Behinderung verhandelt wurde. Auch der DAV macht auf seiner Webseite deutlich, dass er dieses Verständnis teilt: Während Inklusion auf Menschen mit Behinderung bezogen wird, geht es für den DAV bei Integration um migrantisierte Personen (DAV, o. J.-c). In einem Positionspapier, welches im Jahr 2014 gemeinsam mit der Jugendorganisation erarbeitet und veröffentlicht wurde, entsteht ein etwas präziseres Bild von Inklusion: *Erstens* sollen Angebote im organisierten Berg- und Klettersport so gestaltet werden, dass die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden und Teilhabe möglich ist. Dabei ist darauf zu achten, dass es sowohl exklusive Angebote nur für Menschen mit Behinderung gibt im Sinne eines Schutzraums als auch Angebote für alle. *Zweitens* soll insbesondere die „gedankliche Barriere“ (DAV & JDAV, 2014) gegenüber Menschen mit Behinderung abgebaut werden – also das Vorurteil, dass Menschen

² Die Suchanfrage wurde von mir am 11.12.2024 über die Suchmaschine Startpage mit dem Text ‚klettern inklusion‘ durchgeführt. Gesichtet wurden die ersten 20 nicht ‚gesponsorten‘ Ergebnisse. Startpage verwendet die Ergebnisse der Suchmaschine Google ohne die Verwendung von personalisierten Nutzerdaten und Standortangabe für eine möglichst nutzerunabhängige Suche.

Behinderung keinen Berg- und Klettersport betreiben können. Stattdessen soll die Vielfalt an Körpern und Fähigkeiten als Bereicherung für den Sport und die Gesellschaft betrachtet werden. *Drittens* sollen die physischen Infrastrukturen des DAV so gestaltet sein, dass Menschen mit Behinderung an möglichst wenig Barrieren stoßen. *Viertens* setzen sich DAV und JDAV für die Etablierung und Förderung von Leistungs- und Wettkampfsport für Menschen mit Behinderung ein. Und *fünftens* wird betont, dass es einen Art Kern des Berg- und Klettersports gibt, den es zu wahren gilt.

„Die Berge mit ihren Wanderwegen, Felswänden und Gipfeln stellen natürliche Barrieren dar. Diese aus eigener Kraft zu überwinden ist immanenter Bestandteil des Bergsports. Barrierefreiheit im Bergsport bezieht sich deshalb auf Infrastruktur, für die es Vorschriften für barrierefreies Bauen gibt (z. B. künstliche Kletteranlagen), und Rahmenbedingungen hinsichtlich Teilnahme und Teilhabe an Angeboten. [...] Inklusion und Bergsport/Bergsteigen für Menschen mit Behinderung erfahren auch Grenzen, wenn die Rahmenbedingungen natürliche Grenzen setzen. Klettergipfel sind beispielsweise für Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, nicht aus eigener Kraft erreichbar und viele Wege eignen sich nicht für Menschen mit Sehbehinderungen“ (DAV & JDAV, 2014)

Es wird ein Spannungsverhältnis deutlich zwischen der Anpassung der Praxis einerseits und dem Beibehalten von Idealen, die den Berg- und Klettersport ausmachen, andererseits. Es sind mitunter dieses Ideal, die in Kapitel 2.1 verhandelt wurden. Die Vorstellung, etwas „aus eigener Kraft“ (DAV & JDAV, 2014) erreichen zu müssen, entspricht dem Konzept des Freikletterns.

Ein *weiteres Spannungsverhältnis*, welches ganz allgemein im Kontext des Sportes besteht, befindet sich zwischen Inklusion und dem zu fördernden Leistungs- und Wettkampfsport. In keinem anderen gesellschaftlichen Bereich werden Müller (2017, S. 243-244) zufolge Kategorisierungen anhand des Körpers derart selbstverständlich hingenommen wie im Leistungssport, in welchem es „je nach Sportart [...] Unterteilungen nach Alter, Gewicht sowie Geschlecht“ (Müller, 2017, S. 245) gibt. Menschen mit Behinderung treten meist nicht einmal in denselben Wettkämpfen an. Für sie gibt es spezifische Veranstaltungen, innerhalb derer Kategorien wie die zuvor genannten *und* Kategorien nach verschiedenen Funktionseinschränkungen oder Fähigkeiten bestehen. Häufig ist auch der organisierte Breitensport für Menschen mit und ohne Behinderung in unterschiedlichen Vereinen angesiedelt. Für den Klettersport trifft diese breitensportliche Separierung nach körperlicher *ability* eher weniger zu. Es gibt einzelne Vereine, die sich auf ‚inklusive‘ Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung spezialisiert haben – beispielsweise die Vereine *Stützpunkt Inntal* und *Ich*

will da rauf! Die meisten Angebote finden sich gleichwohl innerhalb der etablierten Vereine und Verbände.

Im Wettkampfsport hingegen findet sich auch beim Klettern die typische Separierung: Menschen mit Behinderung treten in anderen Wettkämpfen an als nichtbehinderte Menschen. Der erste Paraclimbing-Wettbewerb fand 2003 in Chamonix statt. Seitdem haben sich verschiedene Wettkämpfe und eine sich immer wieder leicht verändernde Kategorisierung etabliert. Wie bei den Wettkämpfen der nichtbehinderten Kletternden gibt es die Unterteilung nach Geschlecht in männlich und weiblich. Des Weiteren gibt es ein Kategoriensystem, welches sich auf die körperliche Funktion bezieht, wofür die Athlet*innen einen sogenannten *medical check* durchlaufen müssen. Um einen fairen Wettkampf herzustellen, so argumentiert Saurwein (2018), benötige es diese Kategorien.

Klasse	Kategorie	Behinderung
Visual	B1	Blindheit
	B2	Sehschärfe $\leq 2/60$ oder Gesichtsfeld $\leq 5\%$
	B3	Sehschärfe $\leq 6/60$ oder Gesichtsfeld $< 20\%$
Amputee	AL1	Amputation/Fehlbildung von zwei Beinen
	AL2	Amputation/Fehlbildung von einem Bein
	AU2	Amputation/Fehlbildung von einem Unterarm
	AU3	Amputation/Fehlbildung von einer Hand oder von Fingern
Limited range, power or stability	RP1	Muskelhypertonie, begrenzte Muskelkraft, Ataxie (in unterschiedlicher Ausprägung)
	RP2	
	RP3	

Abbildung 3: Schematische Darstellung des Kategoriensystems beim Paraclimbing der ‚International Federation of Sport Climbing‘ (Saurwein 2018, S. 52-54). Eigene Darstellung.

Hier wird ein Widerspruch zwischen den Idealen der Inklusion und des Leistungssports deutlich: Wie kann gleichzeitig die Vielfalt der unterschiedlichen Körper und die Bestleistung derjenigen Körper, die in annähernder Perfektion auf eine spezifische Herausforderung ausgerichtet sind, gefeiert werden? Ebenso sind ‚Fairness‘ und Chancengleichheit im Grunde keine Logiken des Leistungssports, denn auch innerhalb der einzelnen Kategorien des behinderten und nichtbehinderten Sports haben Menschen völlig unterschiedliche Voraussetzungen dafür, innerhalb dieser erfolgreich zu sein.

Das Thema Behinderung erscheint neben dem Wettkampfsport und dem ‚inkluisiven‘ Breitensport noch in einem weiteren Kontext: Klettern wird als Medium der therapeutischen und pädagogischen Arbeit in Bezug auf chronische Erkrankungen und Behinderungen thematisiert. Im Vorwort ihres breit aufgestellten Praxishandbuchs

beschreiben Kowald und Zajetz (2018) die scheinbar allumfassenden Vorteile des Klettersports für Therapie und Pädagogik.

„Inzwischen wird Klettern vermehrt in der ergo- und physiotherapeutischen Praxis sowie im Rahmen von Erlebnispädagogik und Psychotherapien genutzt. Es geht dabei weniger um den sportlichen Effekt des Kletterns, sondern um verschiedene therapeutische und rehabilitative Ansätze: Im Bereich der Motorik gehören die **Behandlung von Koordinationsstörungen**, die **Förderung der Fein- und Grobmotorik**, **Kraft**, **Ausdauer** sowie der **Reaktion** und **Belastbarkeit** dazu. In der **Wahrnehmung** werden die **Tiefen- und Oberflächensensibilität**, das **Gleichgewicht**, die **räumliche Wahrnehmung** sowie das Körperschema verbessert. Der psychische Bereich wird durch die Förderung von **Selbstvertrauen**, **Selbstwirksamkeitserfahrungen**, **sozialen Kompetenzen**, **Verantwortungsbewusstsein** und **Selbsteinschätzung** gestärkt. Des Weiteren wird durch das Definieren eines Ziels, das Erstellen einer Handlungsplanung, die **Aufmerksamkeitsregulation** und das Erarbeiten von Problemlösungsstrategien die Kognition angesprochen“ (ebd., S. V; Herv. des Verf.).

Zusätzlich zu diesen Aspekten betont Leichtfried (2015, S. 108–109) Vorteile durch die große Variation an Bewegungen, die hervorragenden Anpassungsmöglichkeiten durch Wandneigung und Griffe sowie die verhältnismäßig ausgeglichene Ganzkörperbelastung. Die Anwendung des ‚Wunderheilmittels‘ Klettern wird in zahlreichen Artikeln und Handbüchern für mehr oder weniger spezifische diagnostische Bereiche beschrieben. Beispielsweise geben Soravia und Kolleg*innen (2015) Handlungsempfehlungen für das Klettern als Element in der Suchttherapie, Mroncz (2001) beschreibt die Potentiale bei Kindern mit sogenannten Wahrnehmungsstörungen, Weber (2015) erklärt, wie die Symptome von ADHS gelindert werden können. Lillotte (2003) eröffnet Möglichkeiten der psychomotorischen Entwicklungsförderung und Lukowski (2017b, 2017a) geht umfassend auf verschiedene psychische Erkrankungen ein. Für den Einsatz des Kletterns im erlebnispädagogischen Bereich liefern unter anderem Einwanger (2018) und Müller-Rochholz (2010) Argumente. Gleichwohl dem Klettern von vielen Seiten eine therapeutische und symptomlindernde Wirkung zugesprochen wird, resümieren sowohl Frühauf und Kolleg*innen (2019, S. 6) als auch Grzybowski und Eils (2011, S. 87) in ihren Metaanalysen der Studienlage zur therapeutischen Wirksamkeit von Klettern, dass diese wissenschaftlich bis jetzt nicht belegt werden kann. Die neben den Studien ausgewerteten Erfahrungsberichte von Therapeut*innen und Patien*innen beziehungsweise Adressat*innen seien jedoch durchweg positiv.

In diesem Kapitel wird deutlich, dass der Begriff der Inklusion im Kontext des Klettersports fast ausschließlich in Bezug auf die Differenzkategorie Behinderung verwendet wird. In meiner Arbeit folge ich dieser diskursspezifischen Bedeutung des

Inklusionsbegriffs und lege deshalb meinen Fokus ebenfalls auf Behinderung. Ich treffe damit eine forschungspragmatische Entscheidung, mit der ich im Grunde ein diversitätsorientiertes Inklusionsverständnis – im Sinne einer Inklusionsstrategie aus Empowerment und Normalisierung aus Kapitel 4.1 – untergrabe, da ich, der Diskurslogik folgend, Behinderung als Kategorie reproduziere.

3 Behinderung

Behinderung ist eine zentrale Analysekatgorie in dieser Arbeit. Ich bin auf der Suche nach Verschränkungen, Assoziationen und Verhältnissen im kletterspezifischen Diskurs zwischen den Konzepten Klettern und Behinderung. Was dabei unter Behinderung verstanden wird, möchte ich den Diskursteilnehmern überlassen, weshalb es keinen Sinn ergibt, an dieser Stelle eine enge Definition zu geben. Dennoch möchte ich im Folgenden aus mehreren Gründen ein Spektrum gängiger theoretischer Annäherungen an Behinderung vorstellen. Zunächst soll dadurch meine Perspektive als Sozialwissenschaftler und Pädagoge, welche durch das Wissen über die folgenden Modelle geprägt ist, transparent werden. Des Weiteren bieten die Modelle bei der späteren Analyse der empirischen Daten die Möglichkeit, die Aussagen der Akteur*innen diskurstheoretisch zu verorten. Nicht zuletzt besteht die Notwendigkeit verschiedene Modelle vorzustellen, da ich beim Sampling der empirischen Daten nicht nur nach dem Begriff Behinderung, sondern auch nach dem Konzept Behinderung suche (Kapitel 3.3). Im sozialwissenschaftlichen Diskurs werden die Perspektiven auf Behinderung meist drei verschiedenen Modellen zugeordnet: dem medizinischen Modell, dem sozialen Modell und dem kulturellen Modell. Sie sind historisch in dieser Reihenfolge als Kritik aufeinander entstanden. Diese drei Modelle werde ich im Folgenden vorstellen und mich im Anschluss daran der Kritik am ‚vergessenen Körper‘ zuwenden, welche am sozialen und kulturellen Modell geübt wird. Im letzten Kapitel dieses Abschnittes geht es darum, das Gemeinsame aller Modelle zu finden, um so zu einem möglichst weiten Begriff von Behinderung zu gelangen. Einerseits, um offen dem empirischen Material gegenüber bleiben zu können und andererseits einen Anhaltspunkt zu haben, um was es sich bei Behinderung handelt.

3.1 Medizinisches, soziales und kulturelles Modell

Unter dem *medizinischen Modell* werden von den Sozialwissenschaften Perspektiven zusammengefasst, die Behinderung vor allem als individuelle körperliche Schädigung betrachten. Die Bezeichnung entstand in den 1970er Jahren durch die Behindertenbewegung und den daraus hervorgehenden Disability Studies, welche insbesondere den pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Berufsgruppen eine defizitäre und naturalisierende Perspektive auf Menschen mit Behinderung vorwarfen (Egen & Waldhoff, 2023, S. 193). Eine solche Vorstellung von Behinderung lässt sich vorrangig auf die im 18. Jahrhundert beginnende Klassifizierung von Krankheiten und die damit einhergehenden Normvorstellungen von kranken und gesunden beziehungsweise behinderten und nichtbehinderten Körpern zurückführen. In enger Verbindung damit stehen die durch den Kapitalismus und die zunehmende Ausdifferenzierung der Gesellschaft verursachten hohen Anforderung an den Körper, in spezifischer Weise funktionieren zu müssen – oder, wie Hirschberger (2020) formuliert, „am vorherrschenden gesellschaftlichen Interesse an einer produktivitätsorientierten Verwertung der Körper“ (ebd., S. 61).

In der Logik des medizinischen Modells wird Behinderung mit dem geschädigten Körper gleichgesetzt und als ein kulturunabhängiges Phänomen betrachtet. Um gesellschaftliche Teilhabe herzustellen, soll sich das von Behinderung betroffene Subjekt mithilfe therapeutischer, pädagogischer oder medizinischer Interventionen an den Normkörper angeglichen beziehungsweise an die gesellschaftlichen Anforderungen anschlussfähig gemacht werden. Gesellschaftliche Transformation und Veränderungen der Umwelt stehen nicht im Fokus dieser Perspektiven. Manifestiert hat sich das medizinische Modell unter anderem in der *Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) der Weltgesundheitsorganisation, welche im Jahr 1980 veröffentlicht wurde und wie ihre Nachfolgerklassifikation *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) verschiedene körperliche Normabweichungen definiert. Hier wird zwar, wie auch beim nachfolgend vorgestellten sozialen Modell, zwischen Schädigung (körperlich) und Behinderung (daraus folgende Probleme) unterschieden, aber die Ursache wird allein bei der Schädigung verortet (Egen & Waldhoff, 2023, S. 194).

Wird alltagssprachlich von Behinderung gesprochen, so verbirgt sich dahinter meist eine Perspektive, die sich mehrheitlich dem medizinischen Modell zuordnen lässt. Damit

einher geht eine gesellschaftliche Verantwortungsabgabe an Sondereinrichtungen und Spezialdisziplinen, die sich um das Thema Behinderung zu kümmern haben (Sasse & Moser, 2016, S. 138).

Gegen die Vorstellung von Behinderung als individuelles Problem wehrte sich die in den 1970er Jahren verstärkt aufkommende Behindertenrechtsbewegung. Diese wollte die Verantwortung für Behinderung nicht länger beim Individuum verortet sehen, sondern bei der Gesellschaft, welche Barrieren für Menschen mit Beeinträchtigungen herstellt beziehungsweise diese nicht abbaut. Als Protagonist der wissenschaftlichen Etablierung dieser Perspektive gilt der britische Soziologe und Mitbegründer der Disability Studies Michael Oliver (Maskos, 2022, S. 2).

Der Kerngedanke des sogenannten *sozialen Modells* und der frühen Disability Studies ist die strikte Trennung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung. Beeinträchtigung bezieht sich dabei auf materielle Aspekte des Körpers, Behinderung auf die Interaktion des beeinträchtigten Körpers mit der (sozialen) Umwelt, bei der es aufgrund von Barrieren zu Benachteiligungen gegenüber nichtbeeinträchtigten Körpern kommt.

„Eine Lähmung der Beine, die die Benutzung eines Rollstuhls erforderlich macht, wird zur Behinderung erst durch Bordsteine, Treppen und Trittstufen in Bussen und Bahnen. Eine kognitive Einschränkung, die das Lesen Lernen unmöglich macht, wird zur Behinderung dadurch, dass die Hilfen zur Orientierung im öffentlichen Raum – Wegweiser, Hinweisschilder, Fahrpläne – die Beherrschung eben dieser Kulturtechnik voraussetzen“ (Schmuhl, 2013, S. 13).

Als politisches Projekt machen die Disability Studies mit ihrem sozialen Modell die Gesellschaft für Behinderung verantwortlich – im Besonderen die medizinischen und therapeutischen Disziplinen, die, so die Kritik der Disability Studies, mit ihren Diagnosen und Pathologisierungen Behinderung herstellen oder mindestens reproduzieren. Der Fokus liegt somit ausschließlich auf gesellschaftlichen Strukturen und Barrieren und es findet als Gegenentwurf zum medizinischen Modell eine „Subjektdezentralisierung“ (Gabriel & Kinne, 2022, S. 2) statt. Der körperliche Aspekt von Behinderung – die Beeinträchtigung – wird beim sozialen Modell nicht beachtet.

Trotz des sich völlig unterscheidenden Fokus von sozialem und medizinischem Modell gibt es doch eine zentrale Gemeinsamkeit: Beide Modelle sind defizitorientiert und begreifen Behinderung als ein zu lösendes Problem. Während es beim einen um eine Anpassung des Individuums geht, soll beim anderen eine gesellschaftliche Transformation stattfinden (Egen & Waldhoff, 2023, S. 194; Maskos, 2022, S. 3).

Die beiden letztgenannten Aspekte des sozialen Modells – die Vernachlässigung der Beeinträchtigung und die Defizitorientierung – sind Ausgangspunkt für die Entstehung eines *kulturellen Modells* von Behinderung. Poststrukturalistisch geprägte Wissenschaftler*innen der Disability Studies kritisierten in den 1990er Jahren, dass im sozialen Modell der Körper und die Beeinträchtigung weiterhin der Naturwissenschaft überlassen werden und es auch weiterhin, wie im medizinischen Modell, zu einer Essentialisierung im Dualismus von ‚normal‘ und ‚behindert‘ komme – wenn auch mit einer anderen Absicht.

Sie schlagen daher eine diskurstheoretische Perspektive vor, bei der Behinderung nicht länger als Problem, „sondern als eine spezifische Form der Problematisierung von körperlicher Differenz“ (Gugutzer & Schneider, 2007, S. 35) thematisiert wird. Ausgehend von einer Gesellschaft mit diversen Körpern werden Phänomene wie Behinderung, Beeinträchtigung, Gesundheit und Krankheit als gesellschaftlich konstruierte Kategorien betrachtet, die die hegemoniale Ordnung stabilisieren. Der Dualismus zwischen Behinderung und Normalität ist dadurch nicht im kulturellen Modell verankert, sondern wird als wirkmächtige Differenzkategorie dekonstruiert. Auch die Unterscheidung zwischen Behinderung und Beeinträchtigung, wie sie im sozialen Modell besteht, findet sich im kulturellen Modell so nicht wieder. Vielmehr werden auch körperliche Abweichungen als diskursiv hergestellt verstanden, da es diese ohne spezifische Vorstellungen von Normalität nicht gäbe. Die jeweils gegensätzlich *erscheinenden* Pole sind folglich „relational eng miteinander verbunden, worauf auch die [häufig verwendete] Schreibweise dis/ability“ (Egen & Waldhoff, 2023, S. 195, Anm. des Verf.) oder nicht/Behinderung hinweist. Sie lassen sich im Rahmen des kulturellen Modells besser als Positionen auf einem Spektrum mit fließenden Übergängen betrachten, zwischen denen Menschen im Laufe ihres Lebens unterschiedliche Positionen einnehmen.

Von besonderem Interesse sind die diskursiven Herstellungsprozesse von Differenzkategorien, da hierdurch gesellschaftliche Machtverhältnisse offengelegt und Kategorisierungen als kontingente Phänomene dargestellt werden können. Dabei geht es explizit nicht nur um Behinderung, sondern auch um die ‚unsichtbare‘ Normalität:

„In den Disability Studies geht man davon aus, dass körperliches ‚Anderssein‘ und ‚verkörperte Differenz‘ weit verbreitete Lebenserfahrungen darstellen, deren Erforschung zu Erkenntnissen führt, die nicht nur für die auf ‚Behinderung‘ spezialisierten gesellschaftlichen Teilsysteme und

die sogenannten ‚Betroffenen‘, sondern für die allgemeine Gesellschaft und für das Verständnis des Zusammenlebens von Menschen schlechthin relevant sind. [Das produzierte Wissen] gibt grundlegend Aufschluss über das Verhältnis von Individuum, Gesellschaft und Kultur“ (Waldschmidt & Schneider, 2007, S. 13, Anm. des Verf.)

Deutlich wird hier auch nochmal ein Aspekt, welcher einen zentralen Unterschied zum sozialen und medizinischen Modell markiert: Das kulturelle Modell definiert keine Qualität von Behinderung und Normalität, sondern gibt uns lediglich den Hinweis, dass es sich dabei um etwas handelt, was „durch machtvolle Zeichen und Sprache konstruiert wird“ (Maskos, 2022, S. 4). Als zentrales Modell eines normativen Wissenschaftsprojekts, den Disability Studies, enthält es außerdem den Auftrag, Behinderung und Normalität zu dekonstruieren, um Benachteiligungen und Diskriminierung abzubauen. Prozesse, die die Kategorie Behinderung herstellen oder stabilisieren, werden daher zumeist als negativ bewertet, da sie diskriminierende Strukturen festigen (Egen & Waldhoff, 2023, S. 195; Hirschberg, 2020, S. 70; Maskos, 2022, S. 4).

3.2 Kritik am sozialen und kulturellen Modell – wo bleibt der Körper?

In den deutschsprachigen Sozialwissenschaften sind das zuvor vorgestellte soziale und kulturelle Modell die vorherrschenden Perspektiven auf Behinderung. An beiden Modellen wird Kritik geübt, die sich in unterschiedlicher Argumentation darauf bezieht, dass der Körper in seiner Materialität nicht adäquat in das Verständnis von Behinderung einbezogen wird. Auch das kulturelle Modell ist als eine Kritik des sozialen Modells zu verstehen und arbeitet sich an der Vernachlässigung des Körpers ab, indem es argumentiert, dass auch der beeinträchtigte Körper eine soziale Konstruktion ist.

Die von mir im Folgenden vorgestellten Kritiken haben eine andere Schlagrichtung: Sie wollen nicht (nur) das machtvolle Wirken der Diskurse auf den Körper untersuchen und kritisieren, sondern (auch) die Erfahrung der behinderten Subjekte und die Materialität der Körper und anderen relevanten physischen Entitäten miteinbeziehen.

Kuhlmann kritisiert am sozialen und kulturellen Modell, dass diesem ein „Misstrauen gegenüber jeglicher Form der Fürsorge“ (Kuhlmann, 2005, S. 154) inhärent sei – insbesondere jener, die in Form von medizinischen und therapeutischen Maßnahmen erscheint. Er widerspricht den beiden Modellen darin, dass Behinderung nur durch Normalisierungspraktiken (kulturelles Modell) oder gesellschaftliche Barrieren (soziales Modell) zustande kommt. Vielmehr gäbe es körperliche Zustände, die unabhängig von

der Verfasstheit der Gesellschaft eine individuelle Unterstützung notwendig machen, damit diese deren Träger nicht an der autonomen Lebensgestaltung und gesellschaftlichen Teilhabe hindern. Die Perspektiven der Disability Studies würden Formen der individuellen Unterstützung jedoch „mit einer gewissen logischen Konsequenz“ (ebd., S. 157) nicht als positiv anerkennen können, da sie diese entweder als Normalisierungspraktik oder nur als Ersatz für einen noch ausstehenden Abbau von Barrieren betrachten müssten. Es bedürfe jedoch einiger individueller Fähigkeiten, um am menschlichen Leben teilnehmen zu können. Kuhlmann meint damit „sinnliche Wahrnehmung, [...] elementare Formen der Kommunikation und emotionale Anteilnahme“ (ebd., S. 161). Diese gilt es nach Möglichkeit bis zu einem gewissen Grad zu fördern, um Teilhabe zu ermöglichen.

„Der moderne Menschenrechtsgedanke setzt voraus, dass Menschen, um verschieden sein zu können, nicht nur als Gleiche behandelt werden, sondern in einem elementaren Sinne auch faktisch gleich sein sollten. Nur wenn sie bestimmte ‚Kapazitäten‘ mitbringen oder ihnen zur Ausbildung dieser Möglichkeiten verholfen wird, können sie wirklich ihr eigenes Leben führen“ (ebd., S. 162).

Gerade das Ausbilden dieser Kapazitäten im Sinne *individueller* Förderung und medizinisch-therapeutischer Maßnahmen aufgrund von Beeinträchtigungen würde aus der Perspektive des sozialen und kulturellen Modells stets negativ zu bewerten sein.

Kuhlmann streitet nicht ab, dass es sich bei der Verständigung über diese Kapazitäten um einen schmalen Grat zwischen der notwendigen Herstellung von Grundvoraussetzungen und einem „therapeutischen Paternalismus“ (ebd., S. 162) handelt – vielmehr gäbe es hier ein stetiges Spannungsverhältnis zwischen diesen beiden problematischen Zuständen. Gerade aber in Bezug auf Personen, die ihre Interessen und Handlungsoptionen selbstständig nicht ausreichend artikulieren oder begreifen können, sei es unerlässlich, sich über Maßnahmen Gedanken zu machen, die ein möglichst autonomes Leben ermöglichen, auch wenn sie am beeinträchtigten Individuum ansetzen und nicht (nur) aus Diskursverschiebungen und Barriereabbau bestünden. Dafür ist es notwendig, einen geschädigten Körper in seiner Materialität als solchen anzuerkennen und den defizitären Charakter dieser Schädigungen als kulturunabhängig und vordiskursiv zu betrachten. Dies muss und darf jedoch nicht zu einer defizitären Bewertung des Subjekts und diskriminierenden Strukturen und Verhaltensweisen führen.

Auch Michael Schillmeier (2007), der seine Kritik am vergessenen Körper – oder in diesem Fall besser das vergessene Nichtsoziale – aus der Perspektive der *Science and*

Technology Studies (STS) formuliert, stellt fest, dass die Disability Studies sowohl mit dem kulturellen als auch dem sozialen Modell medizinische und therapeutische Maßnahmen nicht als produktiven Beitrag zur Teilhabe von Menschen mit beeinträchtigten Körpern verstehen können:

„Wie oben beschrieben, bestimmt sich innerhalb des Diskurses der Disability Studies die ›Natur‹ von Behinderung als Ergebnis innergesellschaftlicher Strukturen und Prozesse im Gegensatz zur individuellen ›objektiven‹ Natur der Behinderung. Dadurch entsteht ein eigenartiges Dilemma der Disability Studies im Hinblick auf die medizinische Praxis und auch auf individuelle Erfahrung, auf Körper, Technologien usw. Zwar erkennt der Diskurs der Disability Studies die soziokulturelle Bedeutung der medizinischen Praxis an, kann aber sowohl medizinische Praxis als auch individuelle Körper und Technologien nur mehr als Aspekte der Naturalisierung von Behinderung konzeptualisieren. Die gesellschaftliche Bedeutsamkeit der medizinischen Praxis sowie die Komplexität von Körpern und Technologien als Kultur/Natur-Verknüpfungen kommen so nicht in den Blick“ (Schillmeier, 2007, S. 85).

Schillmeier erkennt in den Perspektiven der Disability Studies die für die Moderne typische Trennung zwischen Natur und Kultur. Während die Disability Studies selbst Behinderung „exklusiv innerhalb [...] sozialer Praxis verortet“ (ebd., S. 81), weist sie den medizinisch-therapeutischen Berufen einen Blick zu, der die Behinderung ausschließlich als natürliche Schädigung betrachtet. Beide Modelle können den jeweils anderen Gegenstandsbereich – also die Materialität beziehungsweise die soziale Konstruiertheit – nicht mit ihrer Perspektive erfassen. Soweit sind sich Schillmeier und Kuhlmann in ihrer Analyse der etablierten Modelle von Behinderung ähnlich. Beide unterschieden sich jedoch in ihrem Anliegen. Während es für Kuhlmann vor allem durch die Perspektiven der Disability Studies zu einem ethischen Problem kommt, steht für Schillmeier die adäquate Erfassung des Forschungsgegenstandes auf dem Spiel. Aufgrund der bereits vor dem Forschungsvorhaben feststehenden Annahme der Disability Studies, dass es sich bei Behinderung um eine soziale Praxis handle, geht die Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand verloren. In gewisser Weise würden sie, so Schillmeier, dasselbe tun, was sie auch der medizinisch-therapeutischen Praxis vorwerfen: sie normalisieren. Zum einen indem sie Behinderung als *reine* soziale Praxis konstruieren, zum anderen indem sie ein einheitliches und unterkomplexes Bild der Medizin zeichnen (Schillmeier, 2007, S. 87–88).

Als Gegenentwurf schlägt Schillmeier vor, Behinderung als Ereignis zu verstehen, welches durch das „komplexe Zusammenspiel von Körpern, Sinnen, Gefühlen, Symbolen, Erfahrungen, Technologien und technologischen Infrastrukturen“ (ebd., S. 91) je situativ hervorgebracht wird. Hierdurch soll es sich erübrigen, eine strikte

Unterscheidung zwischen menschlichen und nichtmenschlichen Akteur*innen beziehungsweise zwischen Natur und Kultur treffen zu müssen. Von Interesse sind bei der Untersuchung des Ereignisses ‚Behinderung‘ in diesem Zusammenhang nicht nur Momente des Behindert-Werdens, sondern auch der Ermöglichung. Durch das offene Herantreten an die Empirie und das ereignishaft-situative Verständnis kommt es zu „multiplen Realitäten von Behinderung, die sich nicht durch eine Theorie oder ein Modell vereinheitlichen lassen“ (ebd., S. 88). Vielmehr sei in diesem Sinne die Forschung zu Ereignissen von Behinderung als „experimentelles Unterfangen“ (ebd., S. 86) zu verstehen, welches sich nicht an disziplinäre Grenzen und Theorien zu halten hat.

Das Einbeziehen von Materialität beziehungsweise das Auflösen der Grenze zwischen Natur und Kultur und die perspektivische Offenheit widersprechen Schillmeier zufolge nicht einem diskurstheoretischen Verständnis von Behinderung. Auch er bezieht sich – wie das kulturelle Modell – auf die Arbeiten Foucaults und spricht von „ereignishaften materialen Diskurs[en]“ (ebd., S. 88). Dem kulturellen Modell ist jedoch beim Untersuchen der Diskurse bereits der Fokus auf die diskursive Konstruktion von Behinderung durch die sprachlich-symbolische Ebene und die Opposition zu medizinisch-naturwissenschaftlichen Disziplinen inhärent. So ist ihr bereits im Vorhinein bekannt, wonach sie sucht, was dem Verständnis von Behinderung die „Ereignishaftigkeit“ (ebd.) und damit die „multiplen Realitäten“ (ebd.) nimmt.

Als dritte Kritik am sozialen und kulturellen Modell stelle ich hier den postphänomenologischen Ansatz von Sabine Gabriel und Tanja Kinne (2022) vor, welcher sich in einigen Aspekten der Perspektive von Schillmeier ähnelt und sich einer verwandten Denktradition zuordnen lässt (Slaby, 2022, S. 34). Stärker als bei Schillmeier liegt jedoch der Fokus auf den „konkreten Erfahrungen des Behindert-Werdens“ (Gabriel & Kinne, 2022, S. 1), deren Fehlen im kulturellen Modell ich auch als Ausgangspunkt der Kritik lese. Diese seien durch die „Subjektdezentralisierung“ (ebd., S. 2) in den gegenwärtigen Disability Studies verloren gegangen und müssten wieder einen Weg in ein Verständnis von Behinderung finden.

„Wir halten es für lohnenswert, Körper und Leib wieder aufzuspüren und ein Behindert-Werden als leibliche Erfahrung in komplexen Beziehungsgeflechten, die neben Körper-Leiblichem auch von diskursiven, nichtorganisch materiellen und medialen Elementen geprägt sind, innerhalb der Disability Studies (wieder) mitzudenken“ (ebd., 2022, S. 2).

Beim Begriff der Erfahrung handelt es sich bei Gabriel und Kinne nicht um ein *rein* subjektbezogenes Erleben, sondern um das Ergebnis aus der Interaktion von körperlich-individuellen Dingen – beispielsweise Schmerz – und intersubjektiven Elementen – beispielsweise Diskursen oder der materiellen Beschaffenheit des Raumes. Das Zusammentreffen dieser verschiedenen Entitäten – Schillmeier würde von (menschlichen und nichtmenschlichen) Akteur*innen sprechen – bringt situativ die Erfahrung des Behindert-Werdens hervor. Situativ meint hier – ähnlich wie bei Schillmeier der Begriff der Ereignishaftigkeit –, dass diese Entitäten nicht immer gleich beschaffen sind und in einer starren Konstellation zueinanderstehen, sondern sich sowohl inhaltlich als auch in der Form der Beziehung zueinander verändern können. Dadurch wird die Erfahrung des Behindert-Werdens zu einer kontingenten. Diese Kontingenz entsteht – anders als beim kulturellen Modell – im Zusammenspiel mit körperlichen/leiblichen/materiellen Aspekten des Behindert-Werdens. Beim kulturellen Modell geht es vielmehr darum zu zeigen, dass es kontingent ist, welche körperlichen Umstände als behindert oder zu einer Behinderung führend wahrgenommen werden.

Um die Erfahrung des Behindert-Werdens zu untersuchen, stehen sowohl das Erfahrungssubjekt selbst als auch die weiteren involvierten Entitäten zur Verfügung. Von Interesse ist vor allem der Prozess des Behindert-Werdens, also die Interaktionsweisen der verschiedenen, beteiligten Entitäten. Diese alle führen in ihrer Verwobenheit zu sozialer Differenzierung und Ausschluss. Durch Veränderung der verschiedenen Entitäten und deren Beziehungen zueinander – beispielsweise Diskursverschiebungen, Prothesen, Interaktionsformen oder Medikamente – kann es auch zu Situationen der Ermöglichung kommen (Gabriel & Kinne, 2022, S. 3–4).

3.3 Behinderung für diese Arbeit

Die vorgestellten Modelle geben verschiedene Perspektiven auf das Phänomen Behinderung und sind in sich ein Beleg dafür, dass sowohl *was* unter dem *Begriff* Behinderung verstanden wird als auch *wer* oder *was* unter die *Kategorie* Behinderung fällt einer Uneinigkeit und stetigem Wandel unterliegt. Je nach Forschungsinteresse und (politischem) Anliegen erscheinen unterschiedliche Perspektiven sinnvoll. So betonen beispielsweise Gabriel und Kinne (2022), dass die Fokussierung des kulturellen Modells auf die symbolische Ordnung eine „logische Folge einer an der Dekonstruktion des

Diskurses um nicht/behinderte Körper interessierten Forschung“ (ebd., S. 2) sei und diese damit „einen wichtigen Beitrag zur Abkehr vom Krankheits-Folge-Modell“ (ebd., S. 2) geleistet habe. Eine Forschung, die das Anliegen der Reduktion von körperlichem Schmerz hat, ist mit einer Perspektive auf Behinderung, die diese als rein diskursiv hervorgebrachte Konstruktion betrachtet, sicherlich weniger gut bedient. Und auch wenn es um die möglichst umfangreiche Teilhabe an der Gesellschaft geht, sind die Perspektiven der Disability Studies möglicherweise zu einseitig auf Diskurse und Strukturen fokussiert (Crow, 2022; Dederich, 2007, S. 166; Forstner, 2022; Gabriel & Kinne, 2022; Kastl, 2017, S. 51–55; Kuhlmann, 2005; Maskos, 2022; Schillmeier, 2007). Für diese einseitige Fokussierung scheinen politische Interessen zumindest teilweise relevant: Gegen den Einbezug von Körperlichkeit, Materialität und Erfahrung wird immer wieder die Sorge eingebracht, zu einer rein subjektzentrierten Vorstellung von Behinderung zurückzufallen, also zum medizinischen Modell (Dederich, 2007, S. 167; Gabriel & Kinne, 2022, S. 2; Kuhlmann, 2005, S. 15).

Für diese Arbeit ist die zuvor geschehene Beschäftigung mit verschiedenen Perspektiven auf Behinderung aus mehreren Gründen wichtig. Wie bereits eingangs betont, geht es erstens darum, durch welche Theoretisierungen meine eigene Perspektive geprägt ist. Zweitens lassen sich bei der Analyse Perspektiven auf Behinderung im empirischen Material verorten. Und drittens geht es um eine Operationalisierung von Behinderung, da ich bei der Analyse des Materials nicht nur nach dem Begriff Behinderung suche, sondern auch nach behindernden Situationen, in denen dieser Begriff oder gängige Synonyme nicht genannt werden. Dafür möchte ich den ‚kleinsten gemeinsamen Nenner‘ aus den zuvor beschriebenen Perspektiven kristallisieren.

Alle Modelle und Perspektiven sind sich einig, dass es sich bei Behinderung um etwas handelt, wodurch es für einzelne Subjekte zu einem Leidensdruck kommt. Dieser kommt entweder durch die eingeschränkte oder in seiner Art unerwünschten Interaktion mit der Umwelt, durch körperliche Empfindungen oder beides zustande. Die Ursache für den so entstandenen Leidensdruck hat dabei immer einen Bezug zum abweichenden beziehungsweise funktionseingeschränkten Körper des Subjekts, welches die Behinderung erfährt. Je nach Modell ist dieser Bezug entweder diskursiv, materiell oder durch eine Verstrickung von symbolischen und materiellen Aspekten hergestellt. Die Dauer des in Verbindung mit dem körperlichen Aspekt auftretenden Leidensdrucks wird

bei einer Behinderung im Gegensatz zu einer Krankheit als mindestens mittelfristig angenommen.

Nach diesem sehr weit gefassten, alle zuvor genannten Modelle umfassenden Begriff von Behinderung werde ich in meinem Sample suchen.

4 Inklusion

Das Thema Inklusion steht der Forschungsfrage übergeordnet und gibt dem Forschungsprojekt eine normative Rahmung: Die Utopie einer inklusiven Gesellschaft und Prozesse, die dorthin führen, sind für mich unbedingt erstrebenswert und die vorliegende Arbeit folgt diesem politischen Motiv. Ganz allgemein verstehe ich unter dem Begriff Inklusion im Anschluss an Mai-Anh Boger (2017) Prozesse, die auf den Abbau von Diskriminierung zielen. Diese beziehen sich zunächst nicht auf eine spezifische Differenzkategorie wie Klasse, Geschlecht oder Behinderung.

Was genau unter Inklusion verstanden wird, unterscheidet sich bisweilen stark und ebenso wenig wie es ein einheitliches Verständnis von Behinderung gibt, ist dies für den Begriff der Inklusion der Fall. In den letzten Jahren hat sich in der medialen Debatte überwiegend ein Inklusionsbegriff breitgemacht, der auf den politischen und gesellschaftlichen Umgang mit Behinderung rekurriert. Die Fokussierung und Benennung einer Differenz- oder Diskriminierungskategorie wird aber, je nach theoretischer Präzisierung, zu einem ersten Fallstrick, wie wir gleich sehen werden. In der Wissenschaft finden sich, abhängig von Disziplin und Denktradition, stark divergierende Konzepte, sodass hier vor einem analytischen Arbeiten zunächst etwas sortiert werden muss (Seifert, 2021, S. 423-425). Dazu werde ich im folgenden Kapitel das Trilemma der Inklusion von Boger vorstellen, welches diese verschiedenen Inklusionsansätze in Beziehung zueinander setzt und darin die verschiedenen Verständnisse von Behinderung verorten. Im Anschluss daran werde ich das Positionspapier zu Inklusion und Behinderung des DAV und dessen Jugendorganisation vorstellen und das sich daraus ergebende Verständnis ebenfalls im Trilemma positionieren.

4.1 Das Trilemma der Inklusion

Mit dem Trilemma der Inklusion bietet Mai-Ahn Boger (2017) eine theoretische Übersicht und Möglichkeit zur Strukturierung verschiedener Inklusionsstrategien

beziehungsweise Diskriminierungsverständnissen, welche mitunter an die zuvor vorgestellten Modelle von Behinderung anschließen. Ausgangspunkt der Theorie sind die drei von Boger attestierten Bedürfnisse von diskriminierten Personen und Gruppen in Bezug auf Inklusion: die Bedürfnisse nach Empowerment, Normalisierung und Dekonstruktion. Diese Bedürfnisse stehen in einem trilemmatischen Verhältnis zueinander, was bedeutet, dass immer nur zwei davon in einer Inklusionsstrategie kombiniert werden können und dabei das dritte logisch ausgeschlossen wird. Damit lassen sich immer wieder auftretende Konflikte in sozialen Bewegungen (Boger, 2023), der sozialen Arbeit und bei Inklusionsbestrebungen von Organisationen beschreiben. Ich werde zunächst die drei Bedürfnisse erläutern und im Anschluss daran auf die drei Kombinationen von Inklusionsstrategien eingehen.

Bei *Empowerment* geht es darum, dass eine diskriminierte Gruppe oder Person in ihrer wie auch immer entstehenden Benachteiligung gesehen wird. Hierfür bedarf es der Konstruktion einer Gruppe, die auf ihre gemeinsame Benachteiligung hinweist oder für die eine *Awareness* von Außenstehenden hergestellt werden kann. Bei Empowerment im Sinne Bogers geht es vor allem um Erfahrungen der diskriminierten Subjekte und um materielle (Miss-)Verhältnisse, woran bereits deutlich wird, dass hier Anschlussfähigkeit an die unter Kapitel 3.2 beschriebenen Kritiken der ‚vergessenen Körperlichkeit‘ besteht und sich zur theoretischen Beschreibung insbesondere (post-)phänomenologische und (post-)marxistische Ansätze eignen. Unter *Normalisierung* wird das Bedürfnis verstanden, nicht als besonders oder anders wahrgenommen oder behandelt zu werden. Je nach Inklusionsstrategie geht es entweder darum, durch den Abbau von Barrieren Zugang zur bestehenden Normalität zu schaffen oder die Vorstellungen von Normalität in Frage zu stellen (Boger, 2017). An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass insbesondere beim Bedürfnis der Normalisierung darauf zu achten ist, um *wessen* Bedürfnis es sich dabei handelt und was hinter diesem steht. Auch kapitalistisch organisierte Gesellschaften haben in ihrer Logik ein Interesse an der Normalisierung ihrer Mitglieder, um zum einen eine möglichst hohe Produktivität zu gewährleisten und zum anderen um die Legitimität der Gesellschaftsform aufrechtzuerhalten (Cremer-Schäfer, 2018; Holzkamp, 1997; Maurer, 2012). Hierbei geht es aber vor allem um eine Normalisierung der Körper und Handlungsweisen der Subjekte – also um etwas explizit anderes als die Normalisierung im Interesse der diskriminierten Subjekte, von der Boger

spricht. Diese Form der Normalisierung ist es, die von den Disability Studies in Form des medizinischen Modells kritisiert wird (siehe Kapitel 3.1). Im Falle von Behinderung hat Normalisierung jedoch eine ambivalente Bedeutung, auf die Kuhlmann hingewiesen hat. So kann es sein, dass es erforderlich ist, Maßnahmen der Normalisierung des Körpers in bestem Wissen und Gewissen an Personen zu vollziehen, um die ‚notwendigen Grundvoraussetzungen‘ des menschlichen Lebens herzustellen (siehe Kapitel 3.2).

Der dritte Bedürfnisbegriff in Bogers Trilemma ist *Dekonstruktion*. Hierbei geht es darum, bestehende Bilder und Narrative als kontingent zu enttarnen und durch Alternativen zu ersetzen, die nicht an die bestehenden Dichotomien wie krank/gesund oder weiblich/männlich anknüpfen, sondern diese in Frage stellen. Vorherrschende sprachlich-diskursive Ordnungen sollen irritiert und verändert werden, um Stereotype und Klischees, die zur Benachteiligung führen, abzubauen (Boger, 2017). Dieses Bedürfnis schließt an ein Verständnis von Behinderung an, welches dem des kulturellen Modells der Disability Studies entspricht (siehe Kapitel 3.1).

Zu Inklusionsstrategien kommt es nach Boger durch die Kombination von je zwei dieser beschriebenen Bedürfnisse, wodurch jedoch das dritte einen logischen Ausschluss erfährt. Dieses Verhältnis wird von Boger in einem Dreieck dargestellt, welches eine gute Orientierungshilfe bietet.

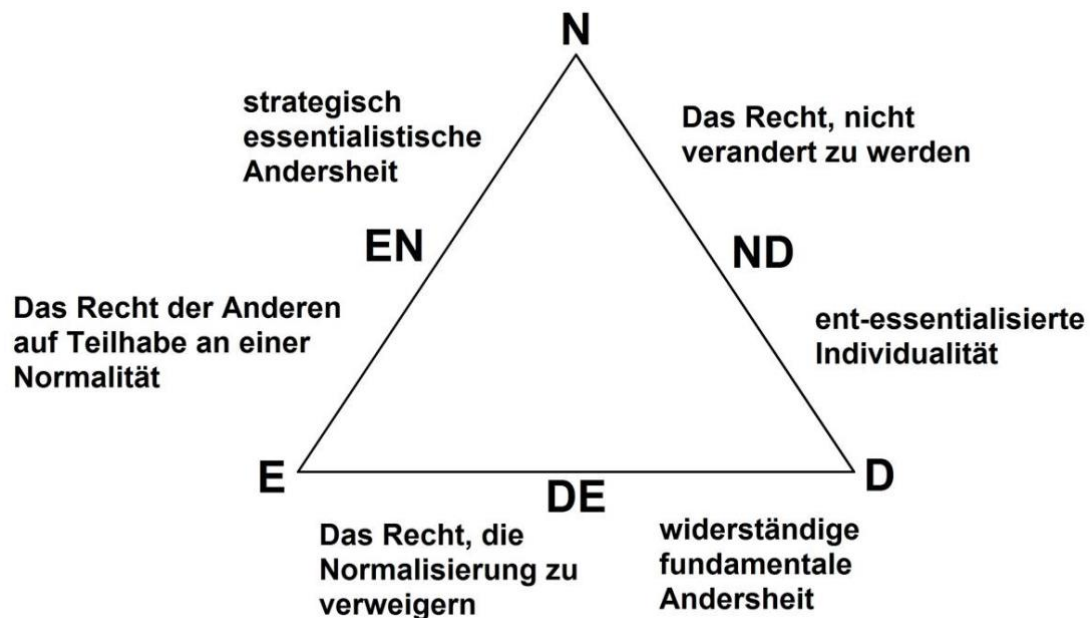


Abbildung 4: Grafische Darstellung des Trilemmas der Inklusion nach Boger. Quelle: Boger, 2017

Wird eine Inklusionsstrategie aus Empowerment und Normalisierung kombiniert, dann geht es darum, die barrierefreie Teilhabe an einer bestehenden Normalität für eine diskriminierte Gruppe zu erreichen. Hierfür müssen jedoch spezifische Gruppen benannt werden, um für diese relevante Barrieren abbauen oder spezifische Angebote schaffen zu können. Dies führt jedoch zu einer Essentialisierung und einer Reproduktion der bestehenden Kategorien, was sich dem Bedürfnis nach Dekonstruktion entgegensetzt. Auf dieser Achse lässt sich insbesondere das soziale Modell von Behinderung verorten: Um das politische Ziel der Teilhabe zu verfolgen, haben sich Menschen mit Funktionseinschränkungen zusammengeschlossen, um auf ihren Ausschluss und ihre Bedürfnisse hinzuweisen, die sonst als Einzelschicksale untergehen und nicht adressierbar sind. Boger spricht hier in Anlehnung an Spivak von einer „strategisch essentialistische[n] Andersheit“ (Boger, 2017, o. S.). Dieser Ausschluss soll dann durch die Beseitigung von Barrieren beendet werden.

Die Kombination aus Dekonstruktion und Normalisierung möchte die vorherrschende Ordnung aus Dichotomien auflösen und Normalität und Andersheit in Frage stellen. In der Utopie dieser Inklusionsstrategie gibt es dann keine Normalen und Anderen mehr, sondern nur noch individuelle Subjekte. Die Benennung einer spezifischen Gruppenzugehörigkeit oder Diskriminierungsform und damit das Zugeständnis von besonderen Leistungen, Unterstützungen oder Anerkennung einer besonderen Sprechposition – also das, was Boger als Empowerment beschreibt – steht dazu jedoch in einem Widerspruch (Boger, 2017). Dieses Verständnis von Inklusion lässt eine klare *Diversity*-Orientierung erkennen (Egen & Waldhoff, 2023, S. 195) und entspricht dem Blick des kulturellen Modells auf Behinderung.

Die dritte Verbindung besteht zwischen Empowerment und Dekonstruktion. Hier geht es darum, die Andersheit bewusst zu betonen und sich nicht an eine bestehende Normalität anpassen zu wollen. Dekonstruiert werden sollen hier zunächst nicht die Gruppen, sondern die Bewertung und die zugeschriebenen Stereotype eben jener. Es wird explizit von einem Standpunkt aus gesprochen und es ist relevant, ob sich dieser innerhalb oder außerhalb der Erfahrung von Andersheit befindet. In diesem Sinne lassen sich die Disability Studies auch hier verorten, da es mitunter darum geht, vom Standpunkt der Diskriminierten aus die Normalität in Frage zu stellen (Boger, 2017). Als Beispiel *par excellence* ließe sich hier die politische Praxis sogenannter *pride parades*, aber mitunter

auch das Herstellen exklusiver Räume wie *safer spaces* nennen. Anknüpfen können an dieser politischen Strategie insbesondere auch erfahrungszentrierte Perspektiven wie der postphänomenologische Ansatz von Gabriel und Kinne.

Die hier vorgestellten Inklusionsstrategien lassen sich nicht immer scharf voneinander unterscheiden, viele Vertreter*innen einer Position sind sich der vorgestellten Ambivalenzen bewusst und es gibt den Versuch, Ansätze zu integrieren, wie zum Beispiel Matthias Forstner (2022) mit seinem *biophänomenosozialen* Modell von Behinderung. Dies kann meines Erachtens jedoch höchstens darauf hinweisen, dass alle drei Zugänge ihre Berechtigung und spezifische Funktion haben, jedoch nicht die inhärente Widersprüchlichkeit auflösen.

4.2 Verortung des Positionspapiers des DAV

Das in Kapitel 2.5 bereits kurz vorgestellte Positionspapier des DAV und der JDAV (2014) möchte ich an dieser Stelle in Bogers Trilemma der Inklusion verorten. Das 2014 beschlossene Dokument begründet zunächst über die 2009 ratifizierte UN-BRK die Notwendigkeit von Inklusion im Berg- und Klettersport. Anschließend werden aus den Artikeln 8 (Bewusstseinsbildung aller Menschen), 30 (Teilhabe an Sport und Kultur) und 24 (Teilhabe an Bildung) der UN-BRK spezifischere Positionen und Ziele in Bezug auf den organisierten Berg- und Klettersport abgeleitet.

Aufgrund der Herleitung über die UN-BRK und der Fokussierung auf die Differenzkategorie Behinderung wird die Achse zwischen Dekonstruktion und Normalisierung ausgeschlossen, da es zur Benennung eben dieser Kategorie kommt. Die Inklusionsstrategie, welche sich aus Empowerment und Dekonstruktion ergibt, wird ebenfalls ausgeschlossen, da es im Inklusionspapier darum geht, bisher Ausgeschlossene in eine bestehende Normalität des Bergsports zu integrieren, was dem Gedanken der ‚radikalen Andersheit‘ diametral gegenübersteht.

Die explizite Benennung von spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung wird im Positionspapier als Grundlage für die Gestaltung von ‚barrierefreien‘ Angeboten und der Ermöglichung von Mitbestimmung genutzt. Dies lässt sich der Achse zwischen Empowerment und Normalisierung zuordnen. Der Ansatz des DAV, Menschen mit Behinderung einerseits Teilhabe zu ermöglichen und sie andererseits aktiv in die Gestaltung der Angebote einzubinden, entspricht dem Paradigma des Empowerments. So

wird im Positionspapier deutlich gemacht, dass *Teilhabe* über die bloße *Teilnahme* hinausgeht:

„Echte Teilhabe geht aber über ein bloßes Mit-Mach-Angebot (Teilnahme) hinaus. Menschen mit Behinderung sollen auch die Chance haben, im Rahmen ihrer Möglichkeiten Verantwortung zu übernehmen“ (DAV & JDAV, 2014, S. 1).

Gleichzeitig zeigt sich ein starker Fokus auf die Normalisierung, da das Ziel darin besteht, Barrieren in bestehenden Strukturen abzubauen und eine gleichberechtigte Teilhabe am Bergsport zu ermöglichen. Dies wird durch die Forderung nach barrierefreien Angeboten und infrastrukturellen Anpassungen deutlich:

„Die Berge mit ihren Wanderwegen, Felswänden und Gipfeln stellen natürliche Barrieren dar. Diese aus eigener Kraft zu überwinden ist immanenter Bestandteil des Bergsports. Barrierefreiheit im Bergsport bezieht sich deshalb auf Infrastruktur [...] und Rahmenbedingungen hinsichtlich Teilnahme und Teilhabe an Angeboten“ (ebd., S. 3)

Hier wird jedoch auch eine Grenze von Inklusion festgelegt. So scheint es eine Art Wesenskern des Bergsports zu geben, der auch für eine mögliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung nicht angetastet werden soll. Eine Modifizierung von Berglandschaften, wie sie anlässlich verschiedener (Kletter-)Ideale und Arten des Bergsteigens (siehe Kapitel 2.1) ständig vorgenommen wurde, scheint unzulässig.

Insgesamt lässt sich das Positionspapier klar auf der Achse zwischen Empowerment und Normalisierung verorten, wobei der Ansatz der Dekonstruktion logisch ausgeschlossen wird. Durch die Betonung von Anpassung und Teilhabe innerhalb bestehender Strukturen bleibt die Kategorie ‚Behinderung‘ als Differenzkategorie bestehen. Dies entspricht einer pragmatischen Haltung, die darauf abzielt, konkrete Verbesserungen für Menschen mit Behinderung zu schaffen, ohne dabei die zugrunde liegenden gesellschaftlichen Machtverhältnisse oder Normvorstellungen umfassend zu hinterfragen.

5 Methodologie: Diskursanalyse nach Keller

Um meine Forschungsfrage nach der Thematisierung von Behinderung in Bezug auf Klettern im szeneeigenen Diskurs zu bearbeiten, nehme ich die Perspektive der wissenssoziologischen Diskursanalyse (WDA) nach Rainer Keller ein. Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die zugrundeliegenden Annahmen und Implikationen dieser Methodologie, definiert und beschreibt den untersuchten Diskursausschnitt und nimmt eine diskurstheoretische Fokussierung vor.

Die WDA ist ein interpretativ-hermeneutisches sozialwissenschaftliches Forschungsprogramm, das die Wissenssoziologie mit der foucaultschen Diskursanalyse kombiniert (Keller, 2006, S. 116). Die Wissenssoziologie geht davon aus, dass Gesellschaften von intersubjektivem Deutungs- und Handlungswissen geprägt sind. Diese Wissensbestände entstehen historisch, werden durch Sozialisation vermittelt und durch Institutionen stabilisiert. Sie beeinflussen das Handeln und Verstehen der Subjekte, ohne diese vollständig zu determinieren, da individuelle Interpretation und Transformation des Wissens möglich bleiben (ebd., S. 119).

Die Wissenssoziologie untersucht, wie gesellschaftliche Wirklichkeiten konstruiert werden. Da ein direkter Zugang zu diesem Wissen nicht möglich ist, erfolgt die Analyse über die Interpretation von Sprache und kultureller Medien. Keller kritisiert jedoch, dass die klassische Wissenssoziologie den Fokus zu stark auf allgemeine Wissensbestände legt und institutionell produziertes Sonderwissen, wie jenes von Professionen oder wissenschaftlichen Disziplinen, vernachlässigt. Dieses Sonderwissen kann erheblichen Einfluss auf basales Alltagswissen haben und erfordert daher zusätzliche Konzepte, um Konflikte, Machtkämpfe und gültige Wirklichkeitsdefinitionen zu erfassen (ebd., S. 123). Hier schließt Keller an die Diskurstheorie von Michel Foucault an, um der Wissenssoziologie Begriffe und Konzepte wie Diskurspraktiken, Akteur*in und Diskursstrukturen hinzuzufügen (ebd., S. 129). Im foucaultschen Sinne bezeichnen Diskurse „abgrenzbare übersituative Zusammenhänge von Äußerungsformen (Praktiken der Artikulation) und Inhalte (Bedeutungen), die mehr oder weniger stark institutionalisiert sind“ (ebd., S. 131).

Der Zugang zu Diskursen ist durch Machtstrukturen wie Bildungstitel geregelt, die bestimmen, wer als legitime*r Sprecher*in gilt (ebd., S. 125). Diese Sprecher*innen, die Diskursakteur*innen, haben begrenzte Freiheiten: Sie müssen sich an Diskursregeln halten, können jedoch innerhalb dieser Regeln Diskurse beeinflussen. Diskurse sind geprägt von Konkurrenz um Deutungshoheit zwischen Akteur*innen und anderen Diskursen. Zudem prägen sie die symbolische Ordnung der Gesellschaft, indem sie definieren, was als wahr, normal oder abweichend gilt (ebd., S. 128).

Keller schlägt für die wissenssoziologische Diskursanalyse drei Schritte vor: (1) Festlegung des Diskurses (z. B. thematisch, disziplinspezifisch oder akteurspezifisch), (2) Formulierung der Fragestellung und Fokussierung auf bestimmte diskurstheoretische

Aspekte und (3) Auswahl von Erhebungs- und Auswertungsmethoden (ebd., S. 138). Diesen drei Schritten folge ich im Rahmen der Kapitel 5.1, 5.2 und 6.

5.1 Beschreibung und Abgrenzung des Diskursausschnittes

Der Untersuchungsgegenstand dieser Forschung ist der szeneeigene Diskurs der Kletternden hinsichtlich der Wechselwirkung zwischen Klettern und Behinderung. In dieser Formulierung stecken bereits zwei diskursrahmende Aspekte. Zum einen wird der untersuchte Diskurs thematisch auf Klettern und Behinderung begrenzt, zum anderen akteursspezifisch durch den Ausschluss von szenefremden Beiträgen. Des Weiteren habe ich mich aus forschungspragmatischen Gründen für die Untersuchung *eines* Diskursmediums über einen Zeitraum von zehn Jahren beschränkt: Analysiert werden in dieser Arbeit Artikel aus dem Mitgliedermagazin *Panorama* des DAV, welche zwischen den Jahren 2014 und 2024 publiziert wurden.

Das *Panorama* erscheint sechsmal pro Jahr und wird an die über 1,5 Millionen Mitglieder (DAV, o. J.-b) des DAV postalisch oder per Mail versendet. Mit einer Auflage der Printversion von knapp 650.000 Exemplaren bei der dritten Ausgabe im Jahr ist das *Panorama* laut Angaben des Herausgebers „Europas größtes Alpin- und Outdoor-Magazin“ (DAV, 2023a). Es ist jedoch davon auszugehen, dass aufgrund der kostenlosen Zusendung an die Vereinsmitglieder das *Panorama* weniger gelesen wird als eine Zeitschrift, für deren Kauf sich die Leser*innen aktiv entschieden. Inhaltlich geht es um sämtliche Themen des Bergsports – das Klettern nimmt inhaltlich folglich nur einen Teil der Publikation ein.

Neben dem *Panorama* gibt es Zeitschriften, die sich ausschließlich auf das Thema Klettern spezialisiert haben. Zu nennen sind für den deutschsprachigen Raum die Printmagazine *Climax* und *Klettern* sowie das Online-Magazin *Lacrux*. Des Weiteren erscheint viermal jährlich das Bergsport-Fachmagazin *Bergundsteigen* mit semiwissenschaftlichem Charakter, welches ebenfalls vom DAV in Kooperation mit den Bergsportvereinen SAC, AVS und dem ÖAV herausgegeben wird. Der innerhalb der Kletterszene geführte, öffentlich zugängliche Diskurs über Klettern und Behinderung wird nicht nur in den zuvor genannten Magazinen geführt. Auch auf Webseiten, sozialen Medien und in der Literatur wird dieses Thema verhandelt.

Aus mehreren Gründen habe ich mich für die Analyse des *Panoramas* entschieden: Im Vergleich zu den Beiträgen in den sozialen Medien und auf Webseiten, hoffe ich, bei der Analyse von Zeitschriften auf ein ungleich breiteres Themenspektrum und dichtere Formulierungen zu treffen. Die Analyse von verschiedenen Genres der Literatur zum Thema dieses Projekts erscheint mir unverhältnismäßig aufwendig und gleichwohl von geringerer Relevanz für den szeneeigenen Diskurs. Bei der Auswahl der Zeitschrift besticht das *Panorama* mit seiner sehr hohen Auflage und der dadurch potenziell hohen Relevanz für den Diskurs. Des Weiteren habe ich bei einem ersten Durchsuchen der fünf genannten Magazine (*Panorama*, *Climax*, *Klettern*, *Bergundsteigen* und *LacruX*) im *Panorama* die mit Abstand höchste Anzahl an Artikeln zum Thema Klettern und Behinderung in den letzten zehn Jahren gefunden. Nicht zuletzt waren auch forschungspragmatische Gründe richtungsweisend: Während der Zugang zu den Ausgaben der *Klettern* und der *Climax* in einer für die Datenanalyse verwertbaren Form mit hohen Kosten verbunden ist – jede Ausgabe muss einzeln als PDF erworben werden –, ist das *Panorama* kostenlos und frei zugänglich. Zudem lässt sich durch die Analyse einer Zeitschrift das Forschungsfeld klar eingrenzen.

Die Festlegung des untersuchten Diskurszeitraums auf die letzten zehn Jahre – Anfang 2014 bis Ende 2024 – begründet sich durch das im Jahr 2014 von DAV und JDAV herausgegebene, in dieser Arbeit bereits mehrfach genannte Positionspapier (DAV & JDAV, 2014) zu Inklusion von Menschen mit Behinderung im Bergsport.

Die thematische Eingrenzung wurde entlang der Konzepte Behinderung und Klettern vollzogen. Da das ausgewählte Diskursmedium sich inhaltlich weder ausschließlich mit Behinderung noch mit Klettern befasst, wird jeweils eine eingrenzende Definition benötigt. In Bezug auf den Begriff des Kletterns überlasse ich die Definitionsmacht gänzlich den Diskursakteur*innen – also den Autor*innen des *Panoramas*: Alles, was sie als Klettern bezeichnen, ist für die Fragestellung relevant. Hinsichtlich des Konzeptes der Behinderung habe ich mich jedoch für eine *inhaltliche* Definition entschieden, welche ich in Kapitel 3.3 vorgenommen habe und an dieser Stelle nochmal reformuliere:

Behinderung verstehe ich für diese Arbeit als etwas, wodurch bei den von Behinderung Betroffenen eine Benachteiligung oder ein Leidensdruck entsteht oder zugeschrieben wird. Die Ursache für das Erfahren des Leidensdrucks oder der Benachteiligung wird mit dem Körper des Erfahrungssubjekts in Verbindung gebracht und besteht entweder durch

den Körper selbst oder durch die eingeschränkte oder unerwünschte Form der Interaktion mit der Umwelt aufgrund dessen Abweichung von einem Normal- oder Gesundheitszustand. Die Dauer der so entstehenden oder zugeschriebenen Erfahrung wird als länger anhaltend eingeschätzt. Unter Körper und Körperlichkeit werden in diesem Zusammenhang auch Aspekte des Psychischen und Kognitiven miteingeschlossen.

5.2 Diskurstheoretische Fokussierung

Nachdem der Diskursrahmen für das Forschungsvorhaben abgesteckt ist, geht es darum festzulegen, auf welche diskurstheoretischen Aspekte sich das Forschungsvorhaben konzentriert. Diskurse können hinsichtlich verschiedener Eigenschaften analysiert werden und es hängt von der Fragestellung und dem Forschungsinteresse ab, auf welche davon der Fokus gelegt wird. Keller führt eine beispielhafte Liste auf, durch welche sich das Tableau an Möglichkeiten für eine Diskursanalyse erahnen lässt:

„Diskurse können z.B. daraufhin untersucht werden wie sie entstanden sind und welche Aushandlungsprozesse in der Konstruktion des Diskurses stattfinden, welche Veränderungen sie im Laufe der Zeit erfahren, was ihre Protagonisten, Adressaten und Publika sind, welche manifesten und/oder latenten Inhalte (kognitiver, moralisch-normativer und ästhetischer Art) sie transportieren, d.h. welche Wirklichkeit sie konstruieren, welche Mittel sie sich dabei bedienen, wie sie intern und strukturiert und reguliert sind, auf welcher Infrastruktur sie aufbauen, welche (gesellschaftlichen) Folgen und Machtwirkungen sie haben und in welchem Verhältnis sie zu anderen zeitgenössischen Diskursen stehen“ (Keller, 2006, S. 137).

Die Forschungsfrage dieser Arbeit nach der Art und Weise der Thematisierung von Behinderung und Klettern verlangt allem voran nach einer Auseinandersetzung mit der inhaltlichen Strukturierung des Diskurses. Keller zufolge lässt sich diese hinsichtlich ihrer Deutungsmuster, Klassifikationen, Phänomenstrukturen und narrativen Strukturen offenlegen (Keller, 2011, S. 240). Unter Deutungsmustern werden unterschiedliche Interpretationsweisen von Ereignissen, Artefakten oder sonstigen Verhandlungsgegenständen des Diskurses verstanden. Sie sind entweder diskursspezifisch oder knüpfen an allgemeingültige Deutungsmuster an und verleihen den Verhandlungsgegenständen einen individuellen Sinn (ebd.). So wird *möglicherweise* das Vorhandensein eines Aufzugs innerhalb eines behinderungsspezifischen Diskurses als ‚ein Schritt Richtung Barrierefreiheit‘ gelobt, während er bei Verhandlungen zum Thema ökologische Nachhaltigkeit als ein ‚Verbraucher elektrischer Energie‘ kritisiert wird. Klassifikationen stellen im Vergleich zu Deutungsmustern eine noch basalere und

diskursübergreifend stabilere Form von Typisierungsprozessen dar. Insbesondere die allgemein unumstrittene Entscheidung der Zuweisung eines Wortes zu einem bestimmten Ding oder Ereignis kann als ein solcher Klassifikationsprozess gedeutet werden (ebd., S. 244). Beim vorhergenannten Beispiel sind bereits das Erkennen und Benennen der technischen Apparatur *als* Aufzug Formen der Klassifikation. Die Phänomenstruktur eines Diskurses greift die Klassifikationen und Deutungsmuster auf und bringt sie hinsichtlich eines Themas – oder Phänomens – in sinnhafte Beziehungen zueinander (ebd., S. 248-249). Handelt es sich bei dem zu analysierenden Phänomen um die Installation des Aufzugs, so ließen sich weitere Diskursfragmente beispielsweise hinsichtlich ihrer Ursachen-Wirkungs-Beziehung zu der Diskurslogik folgenden Struktur akkumulieren. Die vierte inhaltsstrukturierende Kategorie bezeichnet Keller als narrative Struktur des Diskurses. Diese wiederum umfassen die drei zuvor genannten Kategorien und fügen sie zu einer größeren Erzählung zusammen (ebd., S. 251).

Auch wenn das Hauptaugenmerk auf der inhaltlichen Strukturierung des Diskurses liegt, werden am Rande auch weitere diskursrelevante Fragestellungen behandelt. So geht es beispielsweise auch um die Verknüpfung zu weiteren zeitgenössischen Diskursen, insbesondere zu dem des Sportkletterns und zum wissenschaftlichen Behinderungs- und Inklusionsdiskurs. Hierfür wurden diese beiden in den vorhergehenden Kapiteln in Kürze dargestellt. Und im vorhergehenden Unterkapitel wurde kurz angeschnitten, auf welchen ‚Bühnen‘ im Sinne von diskursrelevanten Medien das Thema Klettern und Behinderung *mitunter* verhandelt wird.

6 Methode: Grounded Theory

Obgleich es zur Umsetzung einer wissenssoziologischen Diskursanalyse nicht ‚die eine‘ Methode gibt, haben sich Verfahren etabliert, die sich an der Grounded Theory (GT) orientieren. Keller selbst zieht an verschiedenen Stellen seiner Beschreibung der WDA Verbindungen zur GT (z. B. Keller, 2011, S. 251; S. 275; S. 323) und schlägt diese als *eine* mögliche Methode für eine WDA vor (Keller, 2006, S. 137). Ich möchte im Folgenden kurz die Grundsätze der GT vorstellen, in diesem Zusammenhang die Entscheidung zur Orientierung an der GT begründen und mein konkretes methodisches Vorgehen in dieser Arbeit darlegen.

Die GT ist eine Sammlung von Verfahren und Grundsätzen zur Erhebung und Auswertung qualitativer Daten, welche auf die Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss zurückzuführen ist. Es handelt sich bei der GT nicht um ein festgelegtes Verfahren, da es gerade eines der Grundsätze der GT ist, mit Offenheit und Flexibilität an den Forschungsgegenstand heranzutreten (Strübing, 2018, S. 124). Da ich mich im Rahmen dieser Arbeit mit einem bisher wissenschaftlich nicht untersuchten (Teil-)Diskurs beschäftige und es dabei um eine erste Exploration des Feldes geht, bietet sich ein solch offenes Verfahren an. Es sollen – im Anschluss an das Prinzip der Offenheit – keine „gegenstandsbezogenen theoretischen Vorannahmen getroffen“ (ebd., S. 125), sondern lediglich Vorannahmen reflektiert, und ein Überblick über das Forschungsfeld hergestellt werden. Im Rahmen der Kapitel *Klettern, Behinderung und Inklusion* habe ich dies versucht umzusetzen. Da ich die aus dem Material gewonnenen Daten im Sinne der Offenheit und aufgrund der Ermangelung vorhergehender Forschungsprojekte nur teilweise nach bereits bestehenden Kategorien strukturiere, sondern diese vor allem induktiv aus dem Material heraus bilde, eignet sich das in der GT verankerte zirkuläre Vorgehen. Diesem zufolge sind Datenerhebung, Datenanalyse und Theoretisierung keine aufeinanderfolgenden Prozesse. Vielmehr findet eine „Parallelisierung“ (ebd.) dieser Arbeitsschritte statt, damit diese wechselseitig aufeinander Einfluss nehmen können. Inwiefern dies in meiner Arbeit stattgefunden hat, lässt sich in den folgenden Unterkapiteln nachvollziehen.

Ein weiteres Kernelement der GT ist die „Methode des ständigen Vergleichens“ (Glaser 1965, zitiert nach Strübing 2018, S. 127). Erkenntnisse werden dabei durch das Beobachten von Gemeinsamkeiten und Unterschieden zwischen verschiedenen Fällen gewonnen. Zu Beginn des Forschungsprozesses ist aufgrund der methodischen Offenheit jedoch noch nicht klar, welche Kriterien für den Vergleich entscheidend sein werden. Deshalb wird das Sample im Sinne der Zirkularität erst im Verlauf des Prozesses schrittweise zusammengestellt. Ziel ist es, eine Auswahl zu treffen, die sowohl minimale als auch maximale Kontrastierungen ermöglicht (ebd., S. 128). Bei der minimalen Kontrastierung werden Fälle herangezogen, die in den relevanten Dimensionen dem vorhergehenden Analysegegenstand möglichst ähnlich sind. Im Gegensatz dazu umfasst die maximale Kontrastierung Fälle, die in diesen Dimensionen stark abweichen. Welche

Dimensionen dabei tatsächlich relevant sind, wird fortlaufend im zirkulären Prozess der GT überprüft und angepasst.

Um einen Datenkorpus zusammenzustellen, der den Anforderungen des minimalen und maximalen Vergleichens genügt, findet in der GT ein theoretisches Sampling statt. Für die Analyse der erhobenen Daten werden drei Schritte des Kodierens vorgeschlagen. Ich werde in den folgenden zwei Unterkapiteln zum einen diesen Prozess des Samplings beschreiben und zum anderen mein Vorgehen beim Kodieren darlegen.

6.1 Der Prozess des Samplings und Vorstellung des Samples

Das Sample für dieses Projekt wurde in mehreren Schritten erstellt. Zunächst wurde der gesamte Textkorpus aller Ausgaben der Zeitschrift *Panorama* aus den Jahren 2014–2024 nach Artikeln mit den Begriffen *Behinderung*, *behindert*, *Handicap*, *Inklusion*, *Integration* und *Therapie* durchsucht. Die auf diese Weise identifizierten Artikel wurden daraufhin geprüft, ob sie thematisch das Klettern behandeln. Zusätzlich wurden die Inhaltsverzeichnisse jeder Ausgabe nach Überschriften und Kurzbeschreibungen durchsucht, die auf Behinderung im erweiterten Sinne dieser Arbeit hinweisen. Die Liste der Suchbegriffe wurde um die Worte *Sucht*, *Krankheit* und *Rehabilitation* erweitert, und der beschriebene Prozess wurde mit dieser erweiterten Liste wiederholt. Insgesamt konnten so 57 Artikel identifiziert werden, die den Kriterien des Diskurses entsprechen. Auf Basis dieser Artikel begann der zweite Schritt der Datenauswahl, der sich am Prinzip des Theoretischen Samplings der GT orientierte (Strübing, 2018, S. 129). Zunächst wurde ein erster Artikel ausgewählt und kodiert (siehe Kapitel 6.2). Anschließend wurde ein weiterer Artikel ausgewählt, der sich thematisch oder in anderen Aspekten deutlich vom ersten unterschied. Parallel dazu entstand ein Kategoriensystem (Anhang 2), das kontinuierlich verfeinert wurde und weitere Kontraste zwischen den Artikeln sichtbar machte. Dieses Vorgehen, bei dem Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung gleichzeitig stattfinden, entspricht der zirkulären Forschungslogik der GT (Strübing, 2018, S. 125). In beiden Schritten der Datenerhebung haben sowohl das Wissen über das Forschungsfeld, welches durch die theoretische Sensibilisierung anhand relevanter Literatur (siehe Kapitel 2-3) und meine persönlichen Erfahrungen (siehe Kapitel 1) entstanden ist, als auch Erkenntnisse, die während des Kodierens des Materials gewonnen wurden, eine Rolle gespielt (ebd., S. 132).

Der Prozess des theoretischen Samplings wurde bis zur *theoretischen Sättigung* fortgeführt, bei der keine neuen Erkenntnisse durch die Analyse weiterer Artikel mehr gewonnen werden konnten. Insgesamt wurden von den 57 relevanten Artikeln 25 für das finale Sample dieser Arbeit ausgewählt.

Eine Liste dieser 25 Artikel befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang 1). Alle Artikel erhielten eine spezifische Bezeichnung, die für die Quellenangabe im Fließtext verwendet wird. Dieses System ermöglicht eine klare Zuordnung und erleichtert die Nachvollziehbarkeit im Forschungsprozess. Die Bezeichnung setzt sich aus einem großen *A*, einer fortlaufenden Nummerierung, dem Erscheinungsjahr sowie einem Kürzel für die thematische Zuordnung zusammen (siehe Kapitel 7.1). Zum Beispiel steht die Bezeichnung *A4-17-W/P* für einen Artikel aus dem Jahr 2017, der primär die Themen *Wettkampf* (W) und *Kletternde Persönlichkeit mit Behinderung* (P) behandelt.

6.2 Der Prozess des Kodierens und Vorstellung des Codesystems

Der Prozess des Kodierens der Forschungsdaten fand parallel zum oben beschriebenen zweiten Schritt des Samplings mithilfe des Programms *MAXQDA24* statt. Kodieren in der GT bezeichnet den Prozess der systematischen Analyse von Daten. Hierbei werden durch das Zerlegen, Vergleichen und Kategorisieren von Texten theoretische Konzepte entwickelt. Es dient dazu, aus den empirischen Daten Muster, Kategorien und Beziehungen herauszuarbeiten, und erfolgt in drei verschiedenen Modi: offen, axial und selektiv (Strübing, 2018, S. 131-134).

Beim offenen Kodieren habe ich alle Stellen, die mir hinsichtlich der Fragestellung relevant erschienen, in *MAXQDA24* markiert und mit einem Kode versehen. Die Codes wurden größtenteils induktiv erstellt, also nicht auf Basis einer bestehenden Systematisierung, sondern direkt aus dem Material heraus. Lediglich hinsichtlich der Konzepte Inklusion und Behinderung wurde deduktiv kodiert, das heißt nach der Systematisierung, die theoriebasiert in den Kapiteln 3 und 4 erarbeitet wurde. Die so entstandenen *induktiven* Codes wurden dann in Kategorien und Subkategorien zu einem Kategoriensystem zusammengefügt, welches beim Hinzukommen neuer Daten mehrfach überworfen und neu strukturiert wurde. Dies verdeutlicht erneut das Prinzip der Zirkularität der GT, bei dem Datenerhebung, Analyse und Theoriebildung in einem dynamischen Wechselspiel stehen.

Das axiale Kodieren hat ebenfalls parallel zum Sampling und zum offenen Kodieren stattgefunden. Hierbei wurde unter Zuhilfenahme des Kodierparadigmas je eine zentrale Kategorie identifiziert, und weitere Kategorien in logische Beziehungen zu dieser gesetzt. Die GT schlägt vor, diese Sortierung hinsichtlich Ursachen, Kontext, intervenierender Bedingungen, Strategien und Konsequenzen vorzunehmen (Strübing, 2014, S. 134–136). Im Sinne der Gegenstandsbezogenheit habe ich diese Systematik für meine Forschung adaptiert. Beim Prozess des axialen Kodierens sind die in meiner Analyse zentralen fünf Beziehungsstrukturen – Keller (2011, S. 251) verwendet hier den Begriff Phänomenstruktur für die WDA – entstanden, welche in ihrer Systematik auch im Kategoriensystem zu erkennen sind.

Das selektive Kodieren im Sinne der Entwicklung *einer* zentralen Kernkategorie oder Logik, nach welcher sich das gesamte Datenmaterial hinsichtlich der Fragestellung interpretieren lässt, ist im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgt. Dies liegt zum einen an der explorativen Ausrichtung des Forschungsprojektes, welches den Fokus auf die Erkundung des Themas Behinderung im Kletterdiskurs und nicht auf eine umfassende Theorieentwicklung legt. Zum anderen hat sich kein „abduktiver Blitz“ (Strübing, 2014, S. 50) eingestellt, durch welchen sich eine Kernkategorie hätte bilden können. Vielmehr gibt es mehrere, gleichwertig nebeneinanderstehende zentrale Kategorien.

Durch den beschriebenen Kodierprozess ist ein Codesystem mit zehn Kategorien entstanden, welches bis zu zwei Subebenen beinhaltet und im Anhang zu finden ist (Anhang 2). Jeder Hauptkode und Subkode hat ein individuelles Kürzel, mit welchem im Text auf diesen verwiesen wird. Alle Kürzel für Kodes beginnen mit einem großen *K* und einer fortlaufenden Nummerierung für den Hauptkode. Subkodes beginnen jeweils mit dem Kürzel des dazugehörigen Hauptkodes und je nach Ebene mit einem oder zwei weiteren Buchstaben. So ist beispielsweise der Kode *K3-B-O* ein Subkode zweiter Ebene der Hauptkategorie *K3*. In Anhang 3 befindet sich ein Kodierverzeichnis, in welchem alle kodierten Textstellen mit dem dazugehörigen Kode- und Artikelkürzel zu finden sind.

7 Analyse und Ergebnisdarstellung

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der diskursanalytischen Untersuchung des Kletterdiskurses hinsichtlich der Thematisierung von Behinderung vorgestellt. Die Gliederung der Kapitel entspricht dabei der Struktur des Kategoriensystems. Zunächst

geht es um die zentralen Themen der einzelnen Artikel (Kapitel 7.1). Im Anschluss werden die artikelübergreifenden Beziehungsstrukturen – das zentrale Analyseergebnis – zwischen Klettern und Behinderung vorgestellt (Kapitel 7.2). Darauffolgend geht es um die überwiegend positive Berichterstattung und die Abwesenheit von Schwierigkeiten und Problemen innerhalb des Diskurses (Kapitel 7.3). In Kapitel 7.4 werden die im Diskurs vertretenen Modelle von Inklusion und Behinderung vorgestellt. Abgeschlossen wird die Ergebnisdarstellung mit der Vorstellung von Artikeln, die nicht *exakt* der thematischen Definition entsprechen – beispielsweise weil nicht spezifisch von Klettern, sondern nur von Bergsteigen allgemein geschrieben wird –, aber dennoch spannende Ergänzungen aufzeigen, die im Diskurs auftauchen *könnten*.

7.1 Themen der Artikel

Beim ersten Durchsuchen der Artikel ist mir bereits aufgefallen, dass es einige sich wiederholende Themen gibt, unter denen der Diskurs zu Klettern und Behinderung im *Panorama* verhandelt wird. Ich spreche hier jeweils vom zentralen Thema oder Aufhänger der Artikel, um welches sich weitere Themen und Erzählungen gliedern. Bei den meisten Artikeln wird bereits in der Überschrift oder im Vorspann deutlich, welches Thema hauptsächlich verhandelt wird. Ich habe die verschiedenen Themen in sieben Kategorien eingeteilt, die ich im Folgenden vorstellen werde (K1 und Subkodes). Sie ermöglichen einen ersten Überblick über den Datenkorpus und vermitteln einen Eindruck der inhaltlichen Strukturierung des Diskurses. Die meisten Artikel des Datenkorpus lassen sich einem alleinigen Thema zuteilen, einige sind jedoch auch in zwei Themenkategorien vertreten.

Das im Datenkorpus am stärksten vertretene Thema habe ich *Kletterangebote für Menschen mit Behinderung* genannt. In den Artikeln dieser Kategorie (K1-KB) werden im DAV organisierte Gruppen vorgestellt, in denen Menschen mit Behinderung gemeinsam klettern. Es handelt sich jedoch nicht um ‚inklusive‘ Angebote, in denen Menschen mit und ohne zugeschriebener Behinderung als Teilnehmende aufeinandertreffen. Beispielhaft für diese Kategorie an Artikeln lässt sich folgendes Diskursfragment nennen:

„Wenig später war Lilos wöchentlicher Klettertreff geboren. Seitdem unterstützt sie in der Kletterhalle Thalkirchen jeden Montag derzeit sieben Kletterinnen mit Handicaps wie Blindheit, Multipler Sklerose, Muskelschwäche oder eben Parkinson“ (A15-16-KB).

Eine mit dieser eng in Verbindung stehende Kategorie ist jene mit der Bezeichnung *Kletterangebote für Menschen mit und ohne Behinderung*. Dieser Kategorie sind Texte zugeordnet, in denen es hauptsächlich um das Vorstellen von institutionalisierten Gruppen, Vereinen oder sonstigen Angeboten geht, die im oben genannten Sinne als ‚inklusive‘ bezeichnet werden können (K1-KI). Folgendes Ankerbeispiel lässt sich nennen:

„Im Münchner Verein ‚Ich will da rauf e.V.‘ klettern Menschen mit und ohne Behinderung seit fast zehn Jahren ganz selbstverständlich miteinander und zeigen, dass ganz schön viel geht, wenn man zusammenhält“ (A11-16-KI).

Der Anstoß zur Unterscheidung dieser beiden Kategorien kommt aus dem Positionspapier, in dem es heißt, dass „die Entwicklung von inklusiven Angeboten und von Angeboten in ‚geschützten‘ Räumen“ (DAV & JDAV, 2014, S. 3) anzuvisieren sind. In den Artikeln, in denen Angebote nur für Menschen mit Behinderung vorgestellt werden, wird diese ‚Schutzfunktion‘ jedoch nicht thematisiert und es ist ebenso möglich, dass die Räume beispielsweise aufgrund der ‚Tradition von Separierung‘ oder der Komplexität aufgrund von unterschiedlichen Leistungsniveaus in ‚inklusive‘ Gruppen exklusiv ausgerichtet werden.

Eine weitere zentrale Themenkategorie ist *Therapeutisches Klettern*. Hier werden Artikel einsortiert, in denen es vorrangig um eine heilende, therapierende oder gesundheitsfördernde Wirkung des Klettersports geht (K1-TK). Berichtet wird von Einzelpersonen oder institutionalisierten Gruppen, in diesem Fall auch von solchen, die nicht über den DAV organisiert sind.

„Corona, Krieg und persönliche Sorgen: Fast jeder dritt Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens psychisch. Sport kann helfen – die Psychotherapeutin Susanne Lehner behandelt drei junge Menschen an der Kletterwand“ (A18-23-TK).

In der Kategorie *Kletternde Persönlichkeit mit Behinderung* werden die Geschichten einzelner Personen erzählt (K1-P). Die Behinderung oder längerfristige Einschränkung nimmt eine zentrale Rolle hinsichtlich des Kletterns ein. Die Personen nehmen beispielsweise an ‚Paraclimbing Wettkämpfen‘ teil, lindern ihre Symptome durch Klettern oder können ‚überraschenderweise‘ trotz ihrer Behinderung klettern.

„Phil ist 41 Jahre alt, Vater eines Sohnes und leidenschaftlicher Sportkletterer. Er klettert stark – so stark, dass er bei den Weltmeisterschaften 2023 in Bern antritt. Und er hat eine ganz spezielle Beziehung zum Klettern. Denn der Sport hat sein Leben gerettet“ (A5-23-P).

Die Kategorie *Wettkampf* umfasst Artikel, in denen es um spezifische (Teil-)Wettkämpfe für Menschen mit Behinderung geht. Es werden Ergebnisse mitgeteilt oder die ‚tolle Atmosphäre‘ beschrieben (K1-W). Obgleich in dieser Kategorie nur zwei Artikel vertreten sind, machen derartige Artikel einen großen Anteil an der Gesamtmenge der von mir identifizierten Artikel im *Panorama* aus. Da es sich jedoch vor allem um sehr kurze und redundante redaktionelle Beiträge handelt, wurden sie im Prozess des theoretischen Samplings nicht ausgewählt.

„Bereits 2023 organisierte die Sektion mit dem Verein Special Olympics Thüringen e.V. deutschlandweit den ersten anerkannten Wettkampf für Menschen mit körperlicher wie geistiger Behinderung in der Sportart Klettern: als eigene Wertungsklasse integriert in den Weimarer Kletterwettkampf“ (A19-24-W).

In der Kategorie *Institutionalisierung des Kletterns für Menschen mit Behinderung* geht es um die Erweiterung oder Einrichtung von Strukturen, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Klettersport zu ermöglichen (K1-IK). Hier geht es einmal um den Bau einer ‚barrierefreien‘ Halle, um eine spezifische Trainer*innenausbildung für das Trainieren von Menschen mit Behinderung und um die Möglichkeit für Menschen mit Behinderung den Kletterschien – ein Zertifikat, welches die Sicherungskompetenz attestiert – zu absolvieren. Beispielhaft lässt sich folgender Abschnitt anführen:

„Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bisher hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen“ (A9-22-IK/KI).

Die Kategorie *Essstörungen durch Klettern* beinhaltet nur einen Artikel (A20-24-S). Hier wird die Gefahr thematisiert, dass Menschen sich unterernähren, um höhere Leistungen durch ein geringeres Körpergewicht zu erzielen. Dies wird vor allem im Kontext des Leistungssports thematisiert und als *relative energy deficiency in sports* (RED-S) bezeichnet. Durch RED-S kann es zu weitreichenden und anhaltenden körperlichen Schädigungen kommen.

„Essstörungen beim Klettern. Weniger Körpergewicht ist gleich mehr Leistung – diese Faustformel taucht im Leistungssport immer wieder auf. Auch beim ambitionierten Klettern unterliegen Sportler*innen der Versuchung, durch Hungern besser werden zu wollen. Über die Gefahren berichtet Stephanie Geiger“ (A20-24-S).

Obgleich dieses Thema nur in einem relativ kurzen Artikel im *Panorama* verhandelt wird, hat es in den letzten Jahren eine zunehmend mediale Aufmerksamkeit bekommen und

wird in den im Vorfeld durchsuchten Medien (siehe u. a. Burmester, 2023; Zühlke, 2024) ausführlicher behandelt.

Neben den sieben vorgestellten Themenkategorien gibt es den ‚Container‘ *Interessantes vom Diskursrand (DR)*. Hier sind Artikel versammelt, die durch die thematische Definition des Diskurses aussortiert wurden, da sie entweder von der Sammelkategorie Bergsteigen oder Bergsport, nicht jedoch spezifisch vom Klettern schreiben, oder das Konzept Behinderung nicht eindeutig oder zentral genug positionieren. Ich widme diesen Themen, die bei der Wahl eines anderen Diskursmediums mitunter einen Platz in dieser Verhandlung gefunden hätten, das Unterkapitel 7.5.

7.2 Beziehungsstrukturen zwischen Klettern und Behinderung

In den Artikeln meines Datenkorpus steht das Konzept Behinderung in verschiedenen Relationen zum Klettern. Das wird schon durch die zuvor vorgestellten zentralen Themen der Artikel deutlich. Im Sinne der WDA möchte ich im Gegensatz zum vorherigen Kapitel an dieser Stelle die Zuteilung von Kategorien zu einzelnen Artikeln aufbrechen und fall- und themenübergreifende Diskursstrukturen nachzeichnen.

Die für mich fünf zentralen Phänomenstrukturen (Keller, 2011, S. 248) sind beim axialen Kodieren unter Zuhilfenahme des Kodierparadigmas (Strübing, 2021, S. 26) entstanden. In diesem Sinne kann Klettern in Bezug auf Behinderung als (1) *Mittel zur Bearbeitung von körperbezogenen Problemen*, als (2) *Ort der Teilhabe*, als (3) *differenzierende Aktivität*, als (4) *Abbau von Differenz* und als (5) *Ursache für Beeinträchtigungen* im Rahmen des untersuchten Diskurses auftreten.

7.2.1 Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme

Das Klettern als *Mittel zur Bearbeitung von körperbezogenen Problemen (K2)* steht in enger Verbindung mit dem Thema *Therapeutisches Klettern (K1-TK)*. Es beschränkt sich jedoch nicht nur auf diese Artikel, sondern lässt sich in über der Hälfte der analysierten Artikel identifizieren. In folgendem Schema, welches durch das Kodierparadigma der GT inspiriert ist, lässt sich die Logik dieser Phänomenstruktur erkennen.

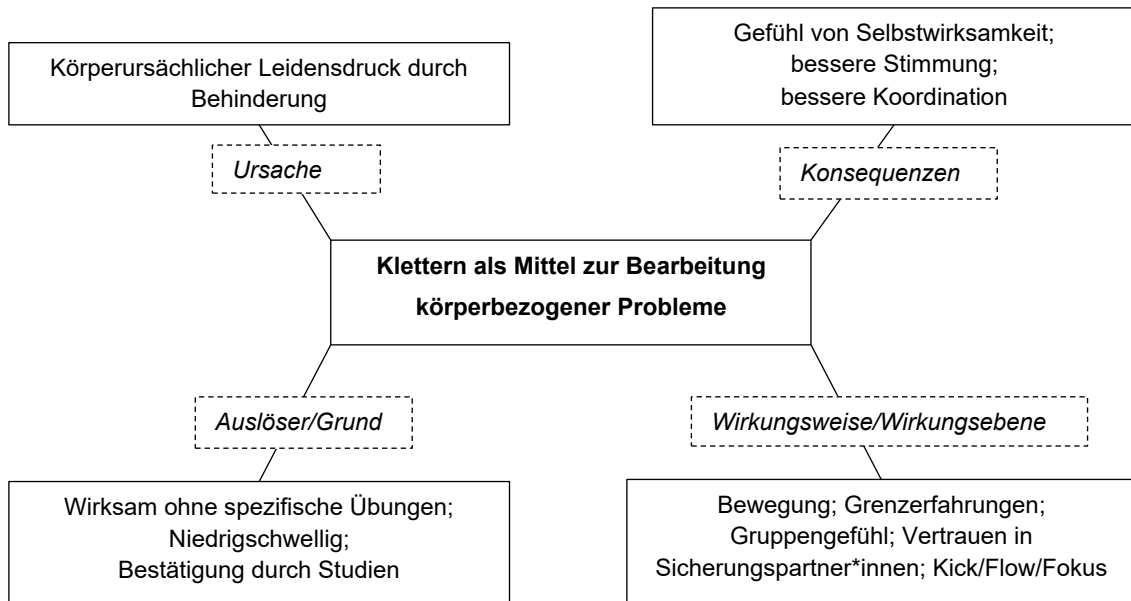


Abbildung 5: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme'. Eigene Darstellung.

Sprachlich im Mittelpunkt steht in den Artikeln die Wirkungsweise in Bezug auf das Klettern. Diese werden in den verschiedenen Artikeln als sehr vielfältig beschrieben. So ist beispielsweise „gerade für das Training der Koordination [...] das Klettern ein genialer Sport“ (A12-15-P) und „mit der Zeit wird der Bewegungsspielraum größer, die Körperwahrnehmung besser und die Muskeln werden stärker“ (A1-21-TK). Auf der *Ebene des Bewegungsapparats* wird Klettern deshalb als „genialer Rehasport“ (A13-14-TK/P) und als Ersatz für die Krankengymnastik (A12-15-P) gehandelt.

Auch hinsichtlich psychischer Beschwerden, beispielsweise „bei Depressionen, Burnout, ADHS oder auch Bindungsstörungen“ (A18-23-TK) wird das Klettern als geeignetes Gegenmittel beworben. Zudem soll es Ex-Drogenabhängigen dabei helfen, Stabilität in den ‚neuen Alltag‘ zu bringen (A16-16-TK/KI). Wie genau das Klettern bei all diesen psychischen Belastungen helfen kann, ist so unterschiedlich wie die Diagnosen selbst. Eine Wirkweise ist der ‚Kick‘ oder ‚Flow‘, den das Klettern auslösen kann:

„Gerade das Bouldern bewährt sich aus vielerlei Gründen als gutes Mittel gegen den Rückfall. Den ehemaligen Usern von ‚Crystal‘ gibt das Klettern den Kick, den sie sich mit dem Aufputschmittel künstlich holten – aber beim Klettern ist das gute Gefühl auch am nächsten Tag noch da“ (ebd.).

Der Fokus, der durch den Kick entsteht, kann zudem auch dabei helfen das „Gedankenkarussell“ (A1-21-TK) zu durchbrechen. Patient*innen mit Depressionen hilft das Klettern, „die eigene Selbstwirksamkeit wieder zu spüren und etwas aus eigener Kraft

zu schaffen“ (A18-23-TK). Des Weiteren soll das Klettern helfen, das Selbstbewusstsein zu stärken, was von vielen Autor*innen so geschrieben wird. Beispielhaft ist diese Passage:

„Die Klettergruppe gründete sich 2013 mit dem Ziel, an Multipler Sklerose erkrankten Menschen durch das Klettern neue körperliche Erfahrungen zu ermöglichen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken“ (A8-18-KB).

Martin Seeger, der selbst als Teilnehmer mit Behinderung in einer Klettergruppe dabei ist, drückt dies in einem zum Klettern passenden Bild aus: „Ich hatte auf einmal ein ganz neues Körpergefühl. Ich schaute nicht wie immer zu den Leuten hoch, sondern jetzt auch mal auf sie runter“ (A12-15-P). Ein außerdem häufig genanntes Stichwort ist die Grenzerfahrung. Durch diese sollen zum therapeutischen Zweck „die individuellen Themen [der Patient*innen] zum Vorschein“ (A18-23-TK, Anm. des Verf.) gebracht werden und das Erkennen eben jener Grenzen erlernt werden:

„So können Burnout-Patienten und -Patientinnen oft ihre Grenzen schlecht einschätzen. ‚Sie überfordern sich bis zur totalen Erschöpfung‘, sagt Alexander Heimbeck. ‚In den Körper zu spüren ist hier besonders wichtig! Die Signale des Körpers richtig zu deuten, hilft Muster zu erkennen und sich mit dem Therapeuten neue Handlungsoptionen zu erarbeiten.‘ So kann es zum Beispiel ein komplett neues Handlungsmuster sein, sich selbst zu erlauben, beim Klettern eine Pause zu machen“ (A1-21-TK).

Und zu guter Letzt sind es die sozialen Erfahrungen, die eine therapeutische Wirkung entfalten sollen, so wie das Eingehen „einer sozialen Bindung [...], die auf Vertrauen basiert“ oder das Finden neuer Bezugspersonen durch das Klettern nach Lebensumbrüchen:

„Der Entzug ist eine Sache – dauerhaft clean zu bleiben eine ganz andere. Das Clubgründungsmitglied Nadine erzählt: ‚Nach dem Gefängnis oder einer Entgiftung wenden sich die meisten komplett vom alten Bekanntenkreis ab, um nicht rückfällig zu werden. Es ist dann schwierig, wieder Freunde zu finden, die nicht mit Drogen zu tun haben‘. Der wöchentliche Treff in der Boulderhalle kann helfen, neue Kontakte zu knüpfen“ (A16-16-TK/KI).

Als Auslöser oder Grund für die Anwendung des Kletterns zu therapeutischen Zwecken lassen sich neben der schlichten Erfahrung, dass es funktioniert, in den Artikeln ein paar weitere Argumente finden. So wird beispielsweise als Vorzug beschrieben, dass das Klettern „ganz ohne spezifische Übungen“ (A1-21-TK) „therapeutisch wirksam sein“ (ebd.) kann und diese Wirksamkeit zudem durch Studien bestätigt sei (A1-21-TK; A18-23-TK). Zudem wird geschrieben, dass im therapeutischen Bereich nach Alternativen zu Medikamenten gesucht wird und sich bei psychischen Erkrankungen mitunter das Klettern etabliert hat (A1-21-TK). So kommt es im Fall von Sebastian Schmid

beispielsweise zur Empfehlung durch den „Heilpraktiker für Psychotherapie“ (A13-14-TK/P), der „oft Outdoorsport als erlebnisorientierte Therapiemethode einsetzt“ (ebd.). Die Wirksamkeit wird gepaart mit einer scheinbaren Niedrigschwelligkeit: „Außerdem braucht man nicht viel Ausrüstung oder Kondition und macht schnell Fortschritte“ (A16-16-TK/KI).

In einigen Artikeln, insbesondere in jenen, die nicht dem Thema *Therapeutisches Klettern* (K1-TK) zugeordnet sind, ist der heilende oder symptomlindernde Effekt jedoch auch nur ein Teilanreiz oder eine Begleiterscheinung. Für Michael G. beispielsweise scheint das Klettern auch eine Art Motivation zu sein, sich körperlich zu betätigen, was sich wiederum positiv auf seine Krankheit auswirkt:

„Vom ersten ‚Schnupperklettern‘ an wusste ich: Dies ist meine Chance, meinen Körper, meine Kraft, meine Koordination und noch einiges mehr zu verbessern. [...] Dieser Tag hat etwas in mir verändert. Wieder ein Ziel zu haben, etwas zu tun, was meinen Körper und meinen Geist in eine neue Balance bringt“ (A3-20-KB/P).

In zwei Berichten über zwei Wettkampfsportler rückt der ‚Reha-Effekt‘ noch mehr in den Hintergrund und Antrieb für das Klettern ist der Ehrgeiz, schwerer zu klettern (A5-23-P) und Wettkämpfe zu gewinnen (A4-17-W/P).

Die Ursachen für die Anwendung des *Kletterns als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme* können in eben jenen Problemen selbst, beziehungsweise dem Wunsch danach, diese zu bearbeiten, gesehen werden. Als Ursachen dafür werden in den Artikeln zum einen zahlreiche Diagnosen, Beschwerden und Formen von Behinderungen genannt aber auch gesellschaftliche Umstände (u. a. A1-21-TK; A18-23-TK) und persönliche ‚Schicksalsgeschichten‘ (u. a. A4-17-W/P; A5-23-P).

Die Konsequenz der hier thematisierten Phänomenstruktur kann in der Symptomlinderung der ursächlichen körperlichen – und hierbei ist die Psyche miteinbezogen – Probleme beziehungsweise in der erfolgreichen Wirkung des (therapeutischen) Kletterns gesehen werden. Konkret berichtet wird beispielsweise von besserem Gehen und Stehen am nächsten Tag (A10-14-KB) und von besserer Stimmung bei Jugendlichen mit Depressionen (A18-23-TK). In einem Artikel attestiert ein Therapeut Verbesserungen hinsichtlich verschiedenster körperlicher Aspekte:

„Meine Therapeuten finden, dass sich Aktivität und Beweglichkeit zwischenzeitlich wesentlich verbessert haben. Und meine Füße und Zehen geben Rückmeldung, da wo elf Jahre nix zu spüren war. Das Klettern ist für mich die perfekte Ergänzung zu meinen sonstigen Therapien. Mein Gleichgewicht, die Koordination und die Konzentration verbessern sich – ohne Konzentration kommt man in der Wand nicht sehr weit“ (A3-20-KB/P).

Und in einer anderen im Diskurs erzählten Geschichte hängt der Protagonist seine „Krankengymnastik nach 44 Jahren an den Nagel“ (A12-15-P).

Nicht immer werden die spezifischen Vorzüge des Kletterns thematisiert und es bleibt mitunter unscharf, ob die positiven Auswirkungen schlicht das Resultat von Sport und Begegnungen sind und das Klettern eine von vielen Möglichkeiten ist, diese zu erfahren. Es bleibt jedoch der Eindruck, im Besonderen durch die Dominanz dieser Phänomenstruktur im Diskurs, dass das Klettern eine Art ‚Wundermittel‘ gegen Beschwerden auf den unterschiedlichsten Ebenen ist.

7.2.2 Klettern als Ort der Teilhabe

Eine weitere prominente Beziehungsform zwischen Klettern und Behinderung lässt sich durch die Phänomenstruktur beschreiben, die ich *Klettern als Ort der Teilhabe* (K3) genannt habe. Die folgende schematische Darstellung gibt einen Einblick in deren Logik.

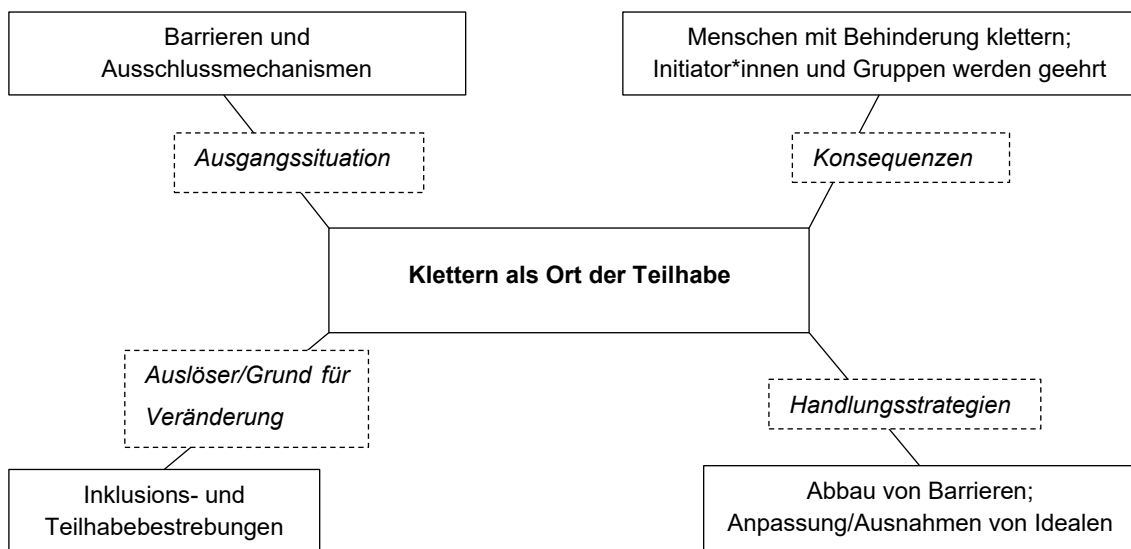


Abbildung 6: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Ort der Teilhabe'. Eigene Darstellung

Diese Phänomenstruktur ist eine Sammlung von Narrativen, in denen das Klettern als Sport für Menschen mit Behinderung zugänglich wird. Zu Beginn dieser Erzählungen stehen Barrieren und Ausschlussmechanismen, die sich in drei verschiedene Unterkategorien gliedern lassen. Es gibt organisatorische Barrieren, materielle Barrieren und solche, deren Ursache in Wissensbeständen liegt. Zur Veranschaulichung von organisatorischen Barrieren lässt sich folgendes Beispiel anführen:

„Die sichtbare Freude und der Stolz in den Augen der Teilnehmer*innen sind es auch, was die Betreuer motiviert, den organisatorischen Aufwand auf sich zu nehmen. Denn eine Kletterveranstaltung mit einer Gruppe Sehbeeinträchtigter ist kein schnelles Kletterdate. Vom aufwendigen Papierkram mal abgesehen, sollte ein Betreuungsschlüssel von 2:1 gegeben sein – auch wenn viele der Jugendlichen sich gegenseitig sichern können“ (A2-20-KB).

Hier wird von hohem bürokratischen und personellen Aufwand geschrieben. Dieser kann zwar im vorliegenden Fall überwunden werden, aber das scheint nicht selbstverständlich. In weiteren Artikeln wird von „Schwierigkeit [berichtet], genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte für den Verein zu generieren“ (A11-16-KI, Anm. des Verf.) und davon, dass Menschen mit Behinderung bis vor kurzem keinen Kletterschein – eine Art Zertifikat des DAV, welches die Sicherungskompetenz auf Grundlage einer standardisierten Prüfung bestätigt – ablegen konnten.

Materielle Barrieren liegen mitunter wegen des Mangels an Aufzügen in Kletterhallen (A9-22-IK/KI), des für Menschen mit Sehbehinderung ungeeigneten Weges zur Halle (A2-20-KB) oder des Fehlens von Toiletten an Kletterfelsen in der ‚Natur‘ vor (A10-14-KB). Des Weiteren werden hohe Geräuschpegel in den Hallen (A2-20-KB), ungeeignete Griffhöhen (A7-17-KI) und die hohen Anforderungen an den Körper beim Fädeln der notwendigen Knoten (A2-20-KB) und beim Klettern selbst thematisiert (A5-23-P).

Die Barrieren durch Wissensbestände werden weniger explizit thematisiert. Sie lassen sich aus der oft angesprochenen ‚Irritation‘ darüber, dass Menschen mit Behinderung klettern können, ableiten. Diese ist sowohl in Berichten über die eigene, von Behinderungen geprägte, Kletterpraxis, als auch in Berichten *über* Kletternde mit Behinderung wiederzufinden:

„Ich bin verwundert, wie viele Reserven noch in meinem Körper stecken, die beim Klettern abgerufen werden. Ich hätte nie erwartet, dass so etwas noch bei mir geht“ (A3-20-KB/P).

„Wer nichts sieht, sieht schon nicht, wie tief es runtergeht? Dafür gibt's andere Probleme. SOLVEIG MICHELSEN war beeindruckt, wie eine Jugendgruppe bei München trotzdem die Wand raufkommt“ (A2-20-KB).

Des Weiteren gibt es Wissensbestände darüber, wie Klettern funktioniert und was ‚richtiges‘ Klettern ist. Auch diese lassen sich an vielen Stellen implizit ableiten (siehe Kapitel 7.2.3). Wenn diese nicht an die Fähigkeiten der unterschiedlichen Körper angepasst werden, entstehen hier ebenfalls Barrieren, die es zu überwinden gilt.

Der Grund dafür dafür, dass Menschen trotz dieser Barrieren an Kletterangeboten teilnehmen beziehungsweise diese initiieren oder anleiten, liegt – je nach Typ der Barriere – beispielsweise am ehrenamtlichen Engagement Einzelner (A15-16-KB; A2-20-KB), an

den schönen Erfahrungen, die in diesen Klettergruppen gemacht werden (A15-16-KB) an der Irritation von Wissensbeständen durch Bekannte (A12-15-P) oder durch Inspiration durch das Wettkampfklettern von Menschen mit Behinderung (A10-14-KB).

Die Handlungsstrategie, um Klettern zum Ort der Teilhabe zu machen, besteht im Abbau der Barrieren beziehungsweise im Anpassen von Idealen des Kletterns oder durch das ‚Gewähren‘ von Ausnahmen für Menschen mit Behinderung. Beispielsweise wird in Bad Aibling eine ‚barrierefreie‘ Halle gebaut (A9-22-IK/KI), Griffe werden anders geschraubt (A7-17-KI) und es werden verstellbare Wände eingerichtet:

„Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert“ (A11-16-KI).

Des Weiteren soll die Vorstellung davon, dass Menschen mit Behinderungen nicht klettern können, durch einen „Aktionstag Inklusion“ (A19-24-W) überwunden werden. Es wird die Möglichkeit eingeführt, dass Menschen mit Behinderung den Kletterschein machen können (A17-17-IK) und dank ‚Kreativität‘ werden Normalabläufe des Kletterns konfiguriert:

„Was sie mit Kreativität meint, zeigt sich ein paar Minuten später. Martina fühlt sich unsicher, deshalb steigt die freiwillige Helferin Madeleine in die Nebenroute ein – dadurch kann sie Martina auf gleicher Höhe begleiten. Und ihr mit Worten, einem aufmunternden Schulterklopfen oder einer beruhigenden Berührung mehr Sicherheit geben“ (A11-16-KI).

Im Falle des Funktionierens der hier dargelegten Handlungsstrategie kommt es dazu, dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, am Klettersport teilzuhaben (K3-K-T). Eine weitere Konsequenz ist, dass die Initiator*innen und Gruppen Auszeichnungen und Ehrungen erhalten (K3-K-E):

„Hier können Menschen mit und ohne Behinderung zusammen klettern und sich selber einbringen, ob ehrenamtlich oder beruflich. Das ist gelebte Inklusion“, würdigte Bayerns Sozialministerin Ulrike Scharf das Engagement der Sektion Stützpunkt Inntal. Und verlieh ihr für das Projekt der bundesweit ersten Inklusionskletterhalle im Mai 2022 den mit 10.000 Euro dotierten Innovationspreis Ehrenamt des Bayerischen Sozialministeriums“ (A9-22-IK/KI).

Bei einem Artikel ist diese Ehrung gleichzeitig der Auslöser für die Berichterstattung (A8-18-KB).

7.2.3 Klettern als differenzierende Aktivität

Die beiden Phänomenstrukturen *Klettern als Abbau von Differenz* (K5) und *Klettern als differenzierende Aktivität* (K4) stehen in enger Verbindung mit *Klettern als Ort der*

Teilhabe (K3). Bei Letzterem geht es zunächst darum, dass Menschen mit Behinderung die Möglichkeit haben, zu klettern. Bei den im Folgenden vorgestellten Diskurslogiken wird diese *Teilhabe* jeweils als die intervenierende Bedingung betrachtet. Die Handlungsstrategien führen jedoch einmal zu einer Differenzierung von Körpern hinsichtlich deren Funktionalität und einmal zum Abbau von pauschalisierenden Vorstellungen und zu Begegnungen von Menschen mit und ohne Behinderung. Diese beiden Prozesse sind nicht voneinander getrennt, sondern laufen sowohl in den Artikeln als auch in den darin erzählten Geschichten parallel zueinander ab. Ich werde zunächst auf Klettern als differenzierende Aktivität eingehen. Auch hierfür gibt es eine grafische Darstellung:

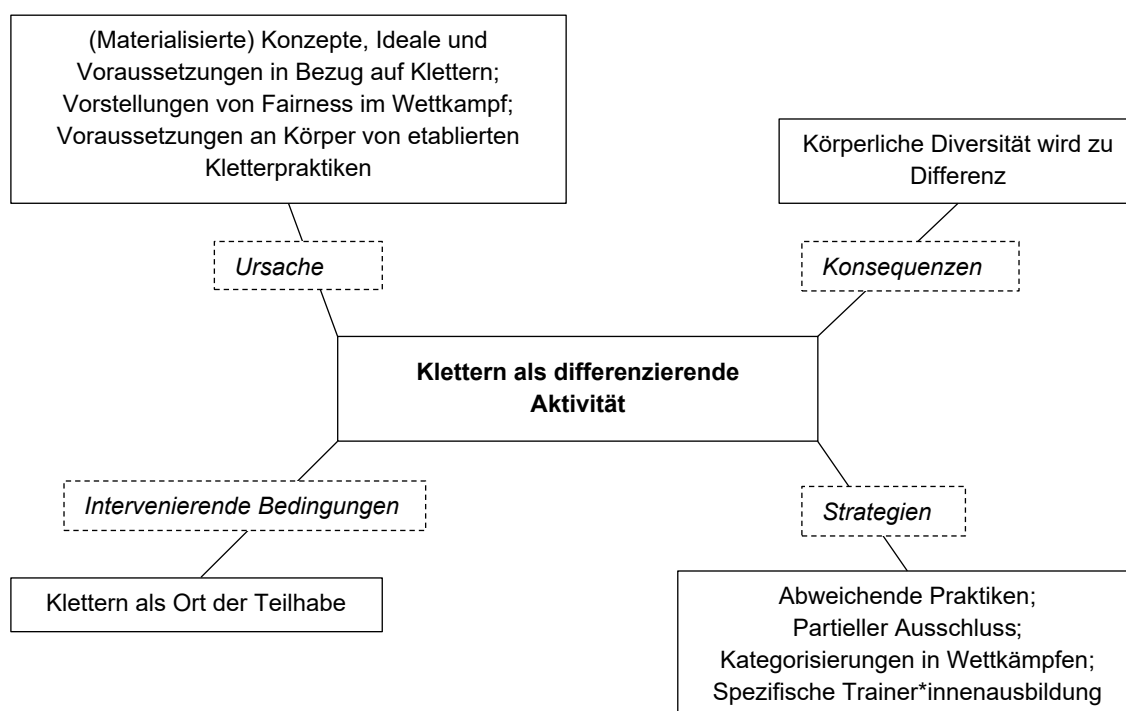


Abbildung 7: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als differenzierende Aktivität'. Eigene Darstellung.

Bei dieser Phänomenstruktur handelt es sich an vielen Stellen nicht um ein explizites Narrativ – es möchte von den Schreibenden so nicht vermittelt werden. Vielmehr entsteht es oft unintendiert, beispielsweise beim Bericht über die veränderte Praxis des Kletterns, um *Teilhabe* zu ermöglichen. Dies möchte ich an einer Textstelle verdeutlichen, die ich vorher bereits als Beispiel für den Barriereabbau angeführt habe:

„Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert“ (A11-16-KI).

Hier wird Menschen mit Behinderung pauschal die Fähigkeit abgesprochen, an steilen Wänden zu klettern und sie werden zudem mit Kindern und Anfänger*innen gleichgesetzt, was im Sinne dieser Phänomenstruktur als die *Strategie* zur Differenzierung beschrieben wird. Sie werden als einheitliche Gruppe konstruiert und in ihrem Kletterniveau mit Anfänger*innen gleichgesetzt. Die *Ursache* dafür liegt mitunter in dem in Form von Kletterwänden materialisierten Ideal des steilen Kletterns, welches an den Bedürfnissen von starken und hinsichtlich des Bewegungsapparates eher uneingeschränkten Körpern orientiert ist. Die *Konsequenz* ist, dass körperliche Diversität, in diesem Fall die Fähigkeit verschieden steile Wände klettern zu können, Anlass zur Differenzierung wird. Der „Meilenstein der Inklusion“, der auf der einen Seite materielle Barrieren abbaut, wird zum Anlass der Kategorisierung in dieser Berichterstattung. Diese Art der ‚Differenzierungsstrategie‘ in Form einer abweichenden Praxis, die als solche markiert wird, findet sich noch an einigen weiteren Stellen. Eine Gruppe von ehemaligen Suchterkranken, die durch das Klettern ihre neuen Verhaltensmuster stabilisieren wollen, werden als „keine gewöhnliche Kletterclique“ (A16-16-TK/KI) konstruiert. Grund dafür sind ihre „mehr als durchschnittlich tätowierten Körperteile“ (ebd.) und die „Offenheit jedes Einzelnen gegenüber neuen Gesichtern“. Die meisten Differenzierungen verlaufen jedoch näher an der Kletterpraxis als an jener des Styles und den sozialen Umgangsformen:

„Wir haben unterschiedliche Sachen probiert, um die Beinkraft mit Hilfe der Arme zu erhöhen. Peter hatte die Idee, Seilschlingen an den Füßen und am Klettergurt zu befestigen. Damit klappt es jetzt sehr gut. Der Sichernde zieht immer ein wenig mit. Oft ist auch ein „Beikletterer“ dabei; in der Regel unser Sohn Flo. Er greift mal zu und gibt Tipps. Und sein Grinsen macht mir immer Mut ...“ (A10-14-KB).

Die hier thematisierte Kletterpraxis ermöglicht die Teilhabe und wirkt gleichzeitig differenzierend, da sie abweichend ist von den ansonsten üblichen Modi des Kletterns. Neben dieser Form der Differenzierung gibt es auch jene, die aufgrund von kletter- und sicherheitsrelevanten Fähigkeiten erfolgt. Sie ist insofern verwandt mit den zuvor vorgestellten ‚Differenzierungsstrategien‘, als dass ihre Ursachen ebenfalls in der Normalvorstellung der Kletterpraxis liegen. Prominent ist hier eine Differenzierung

aufgrund der (zugeschriebenen) Kompetenz, vorsteigen und sichern zu können (vgl. zu den Begrifflichkeiten Kapitel 2.1 und 2.2):

„Einige von ihnen können sichern, einige sogar vorsteigen, andere nicht“, schildert Lilo die körperlichen Voraussetzungen. Bei den meisten Zweierteams sichert sie deshalb nach, aber sie lässt sich auch selbst von ihren Teilnehmerinnen sichern. „Das ist ein großer Vertrauensbeweis. Bei Behindertengruppen ist es oft so, dass sie nicht sichern, keinen Achterknoten lernen und einfach mit dem Karabiner eingehängt werden. Ich bin der Meinung, wenn jemand sichern kann, dann soll er das auch machen“ (A15-16-KB).

Die Differenzierung entsteht hier im Gegensatz zu den oben genannten Beispielen nicht durch eine als abweichend markierte Praxis, sondern durch einen partiellen Ausschluss aus der idealen Kletterpraxis. Als Ursache kann hier die Etablierung von Sicherungstechniken gesehen werden, die hohe Anforderungen an den Bewegungsapparat, die Wahrnehmung und die Intelligenz stellen, welche zur Vermeidung von potenziell schweren Verletzungen während des gesamten Klettervorgangs abgerufen werden müssen. Ähnlich wie beim Sichern und Vorsteigen gibt es auch bei der Trainer*innenausbildung bestimmte Kompetenzen, deren Nichtbeherrschung zum, in diesem Fall gänzlichen, Ausschluss führt:

„Großes Thema war auch die Frage, inwieweit der DAV es behinderten Menschen ermöglichen kann und sollte, an einer Trainerausbildung teilzunehmen. Teilnehmer wie Kursleiter waren sich einig: Inklusion soll keinesfalls bedeuten, dass die speziellen Zugangsvoraussetzungen oder die inhaltlichen Kursanforderungen „aufgeweicht“ werden. Denn die fachliche Kompetenz von Trainern und Trainerinnen muss wie in allen Kursen aus dem DAV-Ausbildungsangebot sichergestellt sein“ (A6-17-1K).

Durch das In-Verbindung-Bringen dieser Kompetenzen mit der Kategorie Behinderung wird pauschal zumindest angezweifelt, ob Menschen mit Behinderung diese erfüllen können.

Eine weitere Differenzierungsstrategie, welche ganz *explizit* im Diskurs verhandelt wird, findet sich beim Thema Wettkampfsport. Durch das vom nichtbehinderten Wettkampfklettern meist separat veranstaltete ‚Paraclimbing‘ findet zunächst eine Zuweisung zur Kategorie Behinderung statt. Des Weiteren wird in verschiedene ‚Behinderungskategorien‘ unterteilt:

„Regelmäßig auf dem Treppchen steht das IWDR-Mitglied Alex, 2015 war er Sieger in der Kategorie „Erwachsene Handicap körperlich“, 2016 wurde er Zweiter“ (A11-16-KI).

„Ein deutscher Weltmeister: Bei der Paraclimbing-WM in Paris gewann Korbinian Franck (27) aus Bad Feilnbach Gold in der Kategorie RP1 („begrenzte Reichweite, Kraft oder Stabilität“) – vor seinem Teamkameraden Nils Helsper“ (A4-17-W/P).

Als ursächliche Begründung wird im Diskurs ein Ideal von Fairness angeführt, welches durch diese Kategorisierungen erfüllt werden soll:

„Um einen fairen Wettkampf zu garantieren, wurden alle Teilnehmenden zunächst in Leistungsgruppen eingeteilt, in denen sie gegen ähnlich starke und schnelle Starter*innen antraten“ (A19-24-W).

Wie bereits in Kapitel 2.5 dargelegt handelt es sich hierbei um den für den Leistungssport typischen Prozess der Differenzierung. Neben einer Vorstellung von Fairness sind es das gesellschaftlich verbreitete Prinzip des Wettbewerbs und des Leistungsvergleiches, welche hier ursächlich für die Differenzierung sind.

Zuletzt kann noch die Institutionalisierung der Behinderungskategorie auf der Ebene der Trainer*innenqualifizierung als differenzierend gelesen werden.

„Elf Ehrenamtliche aus unterschiedlichen DAV-Sektionen haben bereits die neu konzipierte Ausbildung zur Trainerin C oder zum Trainer C Klettern für Menschen mit Behinderungen abgeschlossen, bis Oktober werden zwölf weitere folgen“ (A11-16-K).

Sie suggeriert, dass für das Anbieten von Trainings und Breitensportgruppen, in denen Menschen mit Behinderung teilnehmen, pauschal spezifische Kenntnisse notwendig sind, die für andere Gruppen nicht benötigt werden.

7.2.4 Klettern als Abbau von Differenz

Die bereits erwähnte Phänomenstruktur *Klettern als Abbau von Differenz* (K5) hat als Konsequenz den Abbau von Vorurteilen und die Etablierung von Begegnungsräumen – also einen Abbau von (sozial-)räumlicher Differenz. Auch hier ist die Teilhabe am Klettern die intervenierende Bedingung.

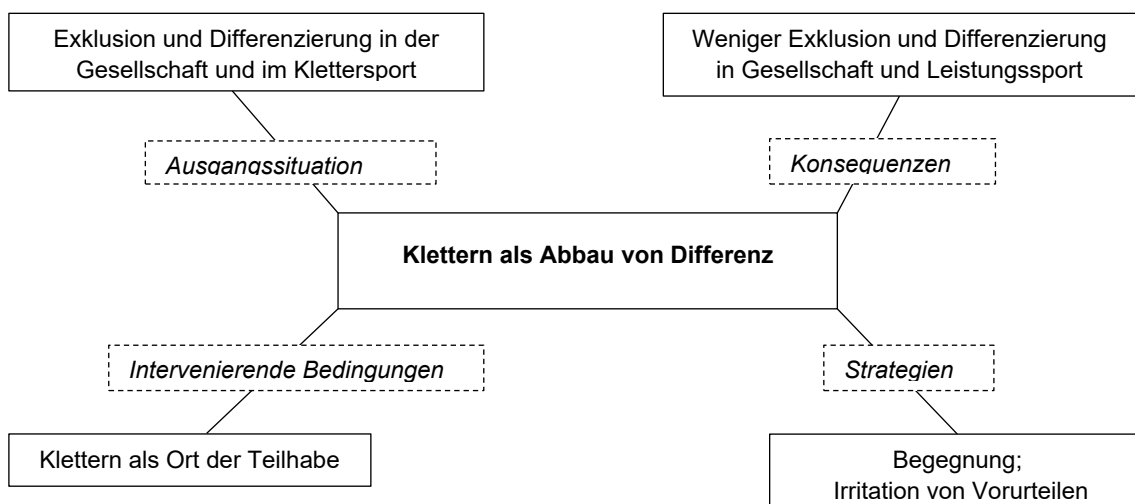


Abbildung 8: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Abbau von Differenz'. Eigene Darstellung.

Die Ausgangssituation ist die gesamtgesellschaftliche Exklusion sowie (kletterspezifische) Vorurteile gegenüber Menschen mit Behinderung. In den Texten äußert sich dies über Beschreibungen von Irritationen, dass Kletternde mit Behinderung gar nicht so sind, wie erwartet wurde.

„Das Klettern tut so gut‘, schwärmt Jan* schon beim Aufwärmen in dem kleinen Boulderraum mit den weichen Matten und wirkt dabei alles andere als autistisch“ (A11-16-KI).

„Seit etwa April 2013 steht immer mal wieder ein leerer Rollstuhl in der Karlsruher DAV-Kletterhalle. Sicher fragt sich das badische Klettervolk: Was sucht ein Rollstuhl in einer solchen Halle? Schauen sie sich dann um, denken sie bestimmt: „Ach ja, dem da drüben könnte der Rollstuhl gehören, nur wie kommt dieser Typ so weit die Wand hoch?“ Ja, irgendwie konnte ich es auch nicht glauben, dass das funktioniert“ (A12-15-P).

Aus beiden Textstellen lässt sich ableiten, dass es vor dem beschriebenen erkenntnisreichen Moment Vorstellungen gab oder weiterhin gibt, die nicht zutreffend sind. Und auch in der Beschreibung der Kletterhalle als Begegnungsraum verbirgt sich implizit, dass sich Menschen mit und ohne Behinderung an vielen Orten des Lebens nicht begegnen. Ganz im Gegenteil dazu wird beispielsweise nicht von der Kletterhalle als Ort der Begegnung der Geschlechter gesprochen, obgleich diese dort viel häufiger aufeinandertreffen.

Genau in dieser Irritation von Vorurteilen, den Begegnungen und dem Erkennen der situativen Irrelevanz von Behinderungszugehörigkeiten liegt die Möglichkeit des Abbaus von Differenz – also die Handlungsstrategie in dieser Phänomenstruktur. Die Irritation von pauschalisierenden Vorstellungen weist zwar wie beschrieben auf verbreitete Vorurteile hin, ist aber gleichzeitig eine Form der Sichtbarmachung und ein Schritt in Richtung ihrer Auflösung, da diskriminierende Diskurse auf diese Weise das Potential zur Aktualisierung haben. Die Irritationen können entweder durch Diskursmedien wie das *Panorama*, in der direkten Interaktion mit Menschen, die als behindert wahrgenommen werden, oder durch die Kletterpraxis am eigenen Körper erfahren werden.

Der ‚Begegnungsraum‘ hat in diesem Sinne eine doppelte Bedeutung. Die Begegnung hat zum einen einen Wert an sich im Sinne der Verringerung der bestehenden Segregation und dient gleichzeitig als potenzieller Ort der Irritation. Eine Textstelle, die nichts im engeren Sinne mit der Praxis des Kletterns zu tun hat, aber die Kombination der Logiken von Begegnungsraum und Irritation veranschaulicht, ist folgende:

„In jedem Bereich [der Kletterhalle] werden Menschen mit Behinderung arbeiten, denen damit der Weg in den ersten Arbeitsmarkt geöffnet wird. Ein weiterer Ansatz, aufzuzeigen, dass Menschen mit Einschränkung wirtschaftliche Arbeit leisten und in ihrem „So-Sein“ eine Bereicherung für unsere Gesellschaft im beruflichen Miteinander wie in der alltäglichen Begegnung sind“ (A9-22-KI/KI; Anm. des Verf.)

Hier *soll* die Vorstellung irritiert werden, dass Menschen mit Behinderung *keine* Bereicherung im „beruflichen Miteinander“ (ebd.) und der „alltäglichen Begegnung“ (ebd.) sind – und das durch die Begegnung in der Kletterhalle.

Eine weitere Funktion des Kletterns hinsichtlich des Abbaus von Differenzierung, die im Text explizit vermittelt wird, liegt in der beim Klettern scheinbar gemachten Erfahrung der Irrelevanz der Zugehörigkeit zu Behinderungskategorien:

„Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den Anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom Anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte ‚Arsch an die Wand‘, ‚Zapple nicht so rum‘ oder ‚Richte dich endlich mal auf‘. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen“ (A12-15-P).

Klettern wird hier von einer Person, die selbst im Bewegungsapparat eingeschränkt ist, als eine Aktivität beschrieben, bei der es keine Rolle spielt, ob eine Person eine Behinderung hat oder nicht, solange es nur genügend Offenheit bei allen Beteiligten gibt. Begründet wird dies damit, dass *alle* abhängig von Kletterpartner*innen sind und *alle* vor der gleichen Herausforderung stehen. Ein ähnliches Bild wird in dieser Textstelle vermittelt:

„Na, machen wir Behindertenraten, was hab ich denn?“, begrüßt mich Elisabeth, eine seiner Kletterpartnerinnen, lachend und trifft den Nagel auf den Kopf. Hier geht es keine Sekunde darum, wer welche Behinderung hat oder nicht, es geht darum, dass alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und dass jeder jeden auf seine Weise unterstützen kann“ (A11-16-KI).

Hier wird auf eine sarkastische Art die Kategorisierung von verschiedenen Behinderungen kritisiert und betont, dass *alle* individuelle Stärken und Schwächen haben.

„Einige sind ‚Clients‘, die aktuell auf dem Weg aus der Drogensucht sind, andere wie Nadine und Johannes sind sogenannte ‚Peers‘, also Ex-Drogenkonsumenten, die schon über mehrere Jahre clean sind und als Vorbilder agieren. Und dann sind Leute dabei, die keine eigenen Erfahrungen mit Drogensucht haben, aber die Clients und Peers als Freizeitpartner schätzen. ‚Als ich zum ersten Mal herkam‘, sagt Flo, ‚wusste ich gar nicht, wer ein Client war und wer nicht, die einzelnen Geschichten erfährt man halt dann Stück für Stück.‘ Alle begegnen sich auf einer Ebene, um gemeinsam zu klettern, Spaß zu haben und den Kopf vom Alltag frei zu bekommen“ (A16-16-TK/KI).

In diesem Artikel, bei dem es um das Klettern als Unterstützung bei der Suchtbewältigung geht, wird nicht von einer generellen Irrelevanz unterschiedlicher Beziehungen zum

Thema Sucht gesprochen. Es spielt jedoch in Bezug auf das Klettern keine Rolle und scheint zunächst nicht erkennbar zu sein. Im Vordergrund steht das Nachgehen einer gemeinsamen Aktivität, welche die Zugehörigkeiten irrelevant macht.

7.2.5 Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen

Eine sich von den anderen Phänomenstrukturen gänzlich unterscheidende Logik liegt bei *Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen* (K6) vor.

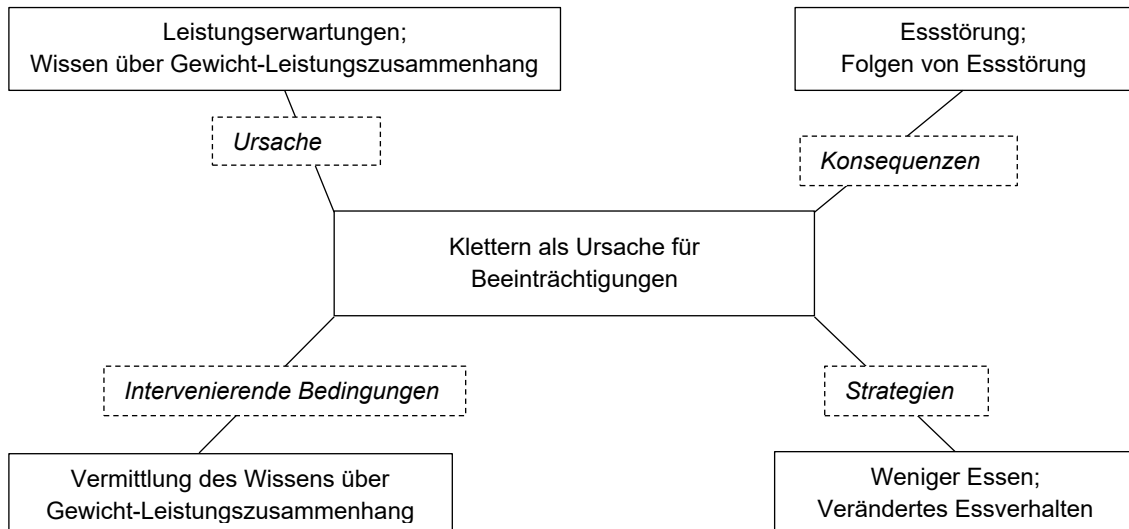


Abbildung 9: Darstellung der Beziehungsstruktur 'Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen'. Eigene Darstellung

Es gibt im untersuchten Diskursausschnitt lediglich einen Artikel, der dieser Logik folgt. Bei diesem geht es um Essstörungen, welche durch das Wettkampfklettern verursacht werden. Als *Ursache* werden eine hohe Leistungserwartung (A20-24-S) und die Annahme über den Zusammenhang von Körpergewicht und Kletterleistung thematisiert:

„Gewisse Sportarten bergen aber einfach das Risiko, ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln. Auch der Bergsport“, sagt Malte Claussen, Leiter der Sportpsychiatrie und -psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Die Rechnung ist ganz einfach: Je weniger der Körper wiegt, desto weniger Kraft ist zur Bewegung nötig. Deshalb wird gerade in Sportarten, in denen gegen die Schwerkraft angekämpft wird, an der Gewichtsschraube gedreht“ (ebd.).

Als *intervenierende Bedingung* lässt sich hier die Vermittlung dieses Wissens verstehen. In diesem Fall bekommt die betroffene Person „In der heimischen Kletterszene“ (ebd.) den „Eindruck, dass leichte Kletterinnen bessere Chancen im Wettkampf“ (ebd.) haben. Die daran anschließende Handlungsstrategie ist ein verändertes Essverhalten mit dem Ziel weniger zu wiegen:

„Bewusst keine Butter aufs Brot schmieren, um Kalorien zu sparen. Vor dem Kletterurlaub eine Diät einlegen, um für schwierige Routen ein paar Kilos loszuwerden. Genau wissen, wie Kohlehydrate mit Eiweiß zu kombinieren sind, um nicht zuzunehmen“ (ebd.).

Die Konsequenzen dieser Phänomenstruktur sind die im Klettersport überproportional häufig auftretenden Essstörungen, deren Folgen und – seitens des Alpenvereins – die Entwicklung eines Präventionskonzeptes (ebd.). Die Folgen in Bezug auf den Körper werden sehr drastisch beschrieben:

„Der Tod ist zweifellos die schlimmste Folge. Aber eine Minderernährung über viele Jahre hinterlässt Spuren. ‚Vierzigjährige, die körperlich fertig sind, mit Ermüdungsfrakturen, kaputten Gelenken, zwei Hüftendoprothesen‘, nennt Schöffl nur einige mögliche Auswirkungen.“ (ebd.)

Die Beziehung zwischen Klettern und Behinderung lässt sich insofern beschreiben, als dass das Klettern ursächlich für körperbezogene Probleme ist. Diese Logik lässt sich in weiteren Artikeln finden, die nicht in die von mir vorgenommene Definition des Diskurses fallen, da sie entweder nicht explizit von Klettern, sondern von Bergsteigen allgemein oder nicht explizit von langfristigen körperbezogenen Problemen (Behinderung) berichten. Diese Artikel werden in Kapitel 7.5 verhandelt.

7.3 Tonalität des Diskurses

Mit Ausnahme des Artikels über Essstörungen im Klettersport (A20-24-S) wird in allen Artikeln insgesamt positiv über die Beziehung zwischen Klettern und Behinderung geschrieben. Kritik, Probleme oder Schwierigkeiten finden beinahe keinen Platz im Diskurs. Lediglich drei identifizierte Passagen stellen abseits des Themas Essstörungen diesbezüglich eine Ausnahme dar.

„Unsere Vision ist Inklusion – also die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft“, sagt Katrin, die beim IWDR zuständig ist für Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit und die Organisation der Klettergruppen. Bei ihrer Arbeit wird sie regelmäßig von der Realität eingeholt: „Ich arbeite jetzt schon so viele Jahre im inklusiven Bereich und manchmal habe ich das Gefühl, es verändert sich einfach gar nichts.“ Ob es restriktive Eintrittsregelungen für soziale Gruppen in der Halle sind – Ermäßigungen nur tagsüber, wo die meisten arbeiten, ob ohne oder mit Handicap – oder die Schwierigkeit, genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte für den Verein zu generieren“ (A11-16-KI).

Berichtet wird hier von einer Person, die Klettergruppen mitunter für Menschen mit Behinderung organisiert. Sie beklagt, dass es hinsichtlich der ‚Inklusion‘ keine positive Weiterentwicklung gäbe, und macht das daran fest, dass es Ermäßigungen lediglich tagsüber gibt und sie nicht genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte finden kann. Die kurz ausgeführte Kritik wird direkt mit „positiven Beispielen“ (ebd.)

nivelliert. In einem Artikel über den Bau der „bundesweit erste[n] Inklusionskletterhalle“ (A9-22-IK/KI) wird über Barrieren in anderen Hallen geklagt:

„Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bisher hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen“ (ebd.).

Das Berichten über diese Kritik findet jedoch auch eingebettet in die Erfolgsgeschichte des Baus der ‚Inklusionshalle‘ statt. Die dritte Passage findet sich in einem Kurzbericht über die Ausbildung zum „Trainer C für Menschen mit Behinderungen“ (A6-17-IK). Hier wird festgestellt, dass „es beim Thema Inklusion [...] noch viel zu tun gibt“ (ebd.), ausgelöst durch die Erkenntnis, dass bei der Ausbildungsstätte des DAV in „Sachen Barrierefreiheit noch etwas Luft nach oben“ (ebd.) sei.

Der Artikel zum Thema Essstörungen beim Klettern ist der einzige, der in seinem Grundtenor Kritik an Strukturen übt. Hier wird ein Appell an die medizinische Kommission der internationalen Sportklettervereinigung formuliert, die Regeln bei den Wettkämpfen so zu verändern, dass diese keine Essstörungen provozieren. Zudem wird festgestellt, dass der Klettersport einfach das Risiko berge, „ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln“ (A20-24-S).

Abgesehen von diesem Artikel und den drei zuvor genannten Passagen wird auf der Ebene des Expliziten nur positiv über Klettern und Behinderung geschrieben. Seien es die hervorragende therapeutische Wirkung (K2-W), die gut funktionierenden Gruppen, in denen Menschen mit Behinderung klettern (K1-KB; K1-KI), die erfolgreiche Institutionalisierung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung (K1-IK) oder der Barriereabbau (vgl. K3-BA) – alles scheint gut zu funktionieren. Auch wird der Eindruck erweckt, es würden ständig Preise für Initiativen und Gruppen verliehen (K3-K-E). Es drängt sich jedoch die Frage auf, ob es tatsächlich wenig Negatives zu berichten gibt, oder ob schlicht nur die Erfolgsgeschichten erzählt werden.

Im Subtext der Diskursfragmente werden Aspekte sichtbar, die auf problematisierbare Umstände hinweisen. So ist beispielsweise die oft sensationsartige Berichterstattung über Gruppen, in denen Menschen mit Behinderung klettern, ein Hinweis darauf, dass dies noch weit weg ist vom Normalzustand:

„Richtig gehört: Klettern mit Behinderung! Das geht, sehr gut sogar, wenn engagierte Menschen sich zusammentun und etwas auf die Beine stellen“ (A11-16-KI, S. 1).

Und auch der Umstand, dass dies nur zu gehen scheint, wenn sich ‚zufällig‘ ein paar Engagierte zusammentun, scheint weit weg von einer gleichberechtigten Teilhabe. Es ließe sich außerdem statt einem Artikel über die „erste Inklusionskletterhalle“ (A9-22-IK/KI) mit einem kurzen Einwand, dass es in den meisten Hallen viele Barrieren gibt, auch die umgekehrte Berichterstattung vorstellen: Eine Reportage über die zahlreichen Barrieren für Menschen mit Behinderung in den Kletterhallen der Republik. Kaum vorstellbar ist auch, dass es neben den persönlichen Erfolgsgeschichten, in denen Menschen mit Behinderung zum Klettern kommen (K1-P), nicht auch jene gibt, in denen dieser Zugang verwehrt bleibt. Hierüber gibt es jedoch keine Erzählungen.

In informellen Gesprächen und meiner eigenen Arbeit im Bereich des Kletterns habe ich erfahren, dass der Abbau von Barrieren in Kletterhallen und die Bereitstellung von Mitteln, um die Teilhabemöglichkeit zu erweitern, nicht immer (reibungsfrei) funktionieren. So wird beispielsweise kontrovers diskutiert, ob sich die hohen Kosten für einen Aufzug wirklich lohnen würden für die wenigen, die darauf angewiesen sind. Es ist zudem oft stark umkämpft, für welche Zielgruppenbedürfnisse wie viele Kletterrouten geschraubt werden.

Es scheint, als würde im ausgewählten Diskursausschnitt fast ausschließlich positiv über die Beziehung zwischen Klettern und Behinderung berichtet werden, obgleich es auch sicherlich Anlässe zur Kritik gäbe. So wird eine Art ‚Best-Practice-Diskurs‘ erzeugt, in dem das Wissen über Missstände keinen Platz findet. Ein Grund dafür könnte sein, dass das *Panorama* ein vom Alpenverein selbst herausgegebenes Magazin ist und dieser gleichzeitig die größte Organisation des institutionalisierten Kletterns ist.

7.4 Modelle von Inklusion und Behinderung im Diskurs

In den untersuchten Diskursfragmenten tauchen unterschiedliche Bilder von Inklusion und Behinderung auf, welche ich im Folgenden mit Bezug auf Kapitel 3 und 4 darstellen werde.

7.4.1 Behinderung

Behinderung wird überwiegend im Sinne des medizinischen und sozialen Modells verwendet. Im Kontext der Beziehungsstruktur *Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme* (Kapitel 7.2.1) ist ein ‚medizinischer Blick‘ dominant. Der Fokus liegt auf dem Individuum und dessen Körper und es geht um die (Wieder-

)Herstellung von körperlichen Funktionen durch ein therapeutisches oder pädagogisches Setting beim Klettern oder durch das Klettern selbst. Präsent ist dabei auch die Verwendung von diagnostischen Begriffen und die Beschreibung von defizitären Eigenschaften, die durch das Klettern bearbeitet werden sollen:

„So können Burnout-Patienten und -Patientinnen oft ihre Grenzen schlecht einschätzen ‚Sie überfordern sich bis zur totalen Erschöpfung‘, sagt Alexander Heimbeck. ‚In den Körper zu spüren ist hier besonders wichtig! Die Signale des Körpers richtig zu deuten, hilft Muster zu erkennen und sich mit dem Therapeuten neue Handlungsoptionen zu erarbeiten.‘ So kann es zum Beispiel ein komplett neues Handlungsmuster sein, sich selbst zu erlauben, beim Klettern eine Pause zu machen“ (A1-21-TK).

Auch wenn es nicht um die Bearbeitung körperbezogener Probleme geht, sind die dem medizinischen Modell entspringenden diagnostischen Kategorisierungen präsent. Sie dienen dann mitunter dazu, gemeinsame Erfahrungsräume und Bedürfnisse zu beschreiben, wie im Falle einer Gruppe von Menschen mit Multipler Sklerose (A8-18-KB), oder um Abweichungen von der ‚normalen‘ Kletterpraxis zu begründen:

„Auf den ersten Blick ist die Klettergruppe des Sehbehinderten- und Blindenzentrums Südbayern (SBZ) eine Jugendgruppe wie jede andere... wäre da nicht verblüffend viel Disziplin. Die ist hier oberstes Gebot, denn die drei Mädels und fünf Jungs sind überwiegend blind oder sehbeeinträchtigt, sehen teils nur bis zu einer Distanz von dreißig Zentimetern“ (A2-20-KB, S. 2).

Hier liefert die Sehbehinderung und das ‚Defizit‘ nicht weit sehen zu können dem Lesenden die Begründung für die ‚verblüffend‘ hohe Disziplin.

Das *soziale Modell* findet vor allem im Zusammenhang mit der Beziehungsstruktur *Klettern als Ort der Teilhabe* (K3) Verwendung. Die genannte Beziehungsstruktur entspricht dem sozialen Modell insofern, als dass es um den Abbau von Barrieren geht, welche in diesem Fall für die Behinderung verantwortlich sind.

„Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert“ (A11-16-KI).

Auch die defizitäre Logik, die dem sozialen Modell von Behinderung inhärent ist, findet sich in den entsprechenden Diskursfragmenten wieder. Während diese beiden Modelle in der *expliziten* Thematisierung von Behinderung dominant sind, gibt es zwei von mir identifizierte Passagen, in denen Behinderung als diskursiv hergestellt beschrieben wird:

„Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den Anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom Anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte ‚Arsch an die Wand‘, ‚Zapple nicht so rum‘ oder ‚Richte dich

endlich mal auf. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen“ (A12-15-P).

„Na, machen wir Behindertenraten, was hab ich denn?“, begrüßt mich Elisabeth, eine seiner Kletterpartnerinnen, lachend und trifft den Nagel auf den Kopf. Hier geht es keine Sekunde darum, wer welche Behinderung hat oder nicht, es geht darum, dass alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und dass jeder jeden auf seine Weise unterstützen kann“ (A11-16-KI).

In beiden Textstellen scheint allein das kollektive Wissen über Behinderung für Ausschlüsse verantwortlich zu sein. Würde es dieses nicht geben und alle über genügend „Offenheit [...] bei sich selbst und bei den Anderen“ (A12-15-P) verfügen, so ginge es nur um die „individuellen Stärken und Schwächen“ von jedem Einzelnen. Diese Idee der allein diskursiv konstruierten Realität von Behinderung entspricht dem *kulturellen Modell* von Behinderung.

Die Forderung nach Subjekt- und Erfahrungszentrierung, die im postphänomenologischen Ansatz von Gabriel und Kinne (2022) laut wird, findet im untersuchten Diskurs wenig Platz. Lediglich in drei Artikeln (K10-A) schreiben Autor*innen über ihre Erfahrungen aus einer Perspektive mit Behinderung. Die Kürze der Artikel und die spärliche Thematisierung der konkreten Erfragungen, die hinsichtlich des Kletterns mit Behinderung (möglicherweise) gemacht werden, lassen hier keine Rückschlüsse zu.

Die Phänomenstruktur *Klettern als differenzierende Aktivität* spielt sich auf zwei Ebenen ab. Zum einen geht es darum, wie *durch* die Art und Weise der Thematisierung von Klettern und Behinderung im *Panorama* Differenz diskursiv hergestellt wird, wenn beispielsweise Menschen mit Behinderung als Gruppe benannt werden und ihnen spezifische Eigenschaften zugewiesen werden (siehe Kapitel 7.2.3). Diese Perspektive entspricht insofern dem kulturellen Modell, als dass der Diskurs von mir als forschender Person als ursächlich für die Differenzierung betrachtet wird und es um den Prozess der Herstellung geht. Zum anderen geht es darum, wie *auf der Ebene des Beschriebenen* durch die Wechselwirkung von Körpern mit unterschiedlicher Funktionalität, durch die im Kletterdiskurs dominierenden Ideale und durch die materiale Umgebung Differenz ereignishaft hergestellt wird. Hier lässt sich die von Schillmeier beworbene Perspektive erkennen, nach welcher Behinderung durch eben jene ereignishaftige Wechselwirkung hergestellt wird.

Bei der Phänomenstruktur *Klettern als Abbau von Barrieren* gibt es ebenfalls zwei Ebenen: Zum einen kann es durch die Berichterstattung im *Panorama* zu

Diskursverschiebungen im Sinne des Abbaus von pauschalisierenden Vorstellungen kommen, was der Perspektive des kulturellen Modells entspricht. Zum anderen wird auf der Ebene der Kletterpraxis eine Geschichte erzählt, in welcher dasselbe durch Begegnungen und positive Erfahrungen mit und durch unterschiedlich befähigte Körper passiert.

Bei Berichten über Wettkämpfe und bei der Beziehungsstruktur *Klettern als Ursache für Behinderung* greift wieder das medizinische Modell. Bei ersteren werden Menschen analog zur medizinischen Diagnostik aufgrund von körperlichen Merkmalen in Kategorien unterteilt. Bei Zweiterem ist es das dem medizinischen Modell inhärente Krankheitsfolgenmodell, welches der Erzählung eine Logik verleiht.

7.4.2 Inklusion

Der *Begriff* der Inklusion wird im Diskurs, wie bereits in Kapitel 2 vorweggenommen, fast ausschließlich in Bezug auf Behinderung verwendet. In vielen Textpassagen zeichnet sich ein grobes Bild davon ab, was unter Inklusion verstanden wird. Das Verständnis von Inklusion erscheint dabei unterschiedlich.

„Unsere Vision ist Inklusion – also die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft“, sagt Katrin, die beim IWDR zuständig ist für Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit und die Organisation der Klettergruppen“ (A11-16-KI).

In dieser Textpassage wird Inklusion als ein höheres Ziel oder eine Motivation der Arbeit im Kletterverein beschrieben. Das Handeln im Verein erscheint als ein Baustein, um das Ziel der „gleichberechtigte[n] und selbstbestimmte[n] Teilhabe“ (ebd.) zu erreichen. Eine etwas andere Vorstellung wird in folgender Passage deutlich:

„Der DAV Weimar möchte mit der Inklusion von Menschen mit Behinderung in den Kletterhallenalltag die gegenseitige Akzeptanz im Verein und in der Kletterhalle fördern und hofft, Kooperationen mit Schulen und weiteren Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nachhaltig auszubauen“ (A19-24-W).

Hier scheint mit Inklusion die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Klettern gemeint zu sein, welche die gegenseitige Akzeptanz von Menschen mit und ohne Behinderung fördern soll. Interessant ist hier, dass die Menschen mit Behinderung als diskriminierte Gruppe für die Herstellung ihrer eigenen Akzeptanz durch die Anwesenheit in der Kletterhalle verantwortlich zu sein scheinen und Akzeptanz nicht als eine Art Grundvoraussetzung verstanden wird. Wie in dieser Textpassage zeichnet sich

an weiteren Stellen ein Bild von Inklusion ab, welches auf die Integration von Menschen mit Behinderung in die moderat adaptierte, vorherrschende Normalität zielt:

„Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen. Doch zur Inklusion gehört auch Verständlichkeit – dabei hilft die so genannte ‚Leichte Sprache‘“ (A17-17-IK).

Während in den zuvor genannten Textstellen Inklusion auf eine dauerhafte Teilhabe und Barriereabbau zielt, scheint sich dies in der folgenden Passage nur auf einen einzelnen Zeitraum zu beziehen:

„Anne war eine der sechzig aktiven Teilnehmer*innen des Aktionstags Inklusion, der im Frühjahr im DAV-Kletterzentrum Offenburg stattfand. Ob Menschen mit Mehrfachbehinderung, Menschen mit Sehbehinderung, geistiger Beeinträchtigung oder fehlenden Gliedmaßen – an diesem Tag kamen alle ins Kletterzentrum, um eines zu tun: klettern“ (A19-24-W).

Im Vergleich zu der ersten Passage, bei der unter Inklusion die „gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft“ (A11-16-KI) verstanden wird, fokussiert sich die zweite Passage auf eine situative und ereignisbezogene Teilhabe, die vor allem durch das gemeinsame Klettern symbolisiert wird, jedoch keine umfassende gesellschaftliche Perspektive oder strukturelle Veränderung thematisiert.

Ogleich unterschiedliche Verständnisse von Inklusion in den vorherigen Zitaten deutlich werden, lassen sich diese im Trilemma der Inklusion (Kapitel 4.1) alle auf der Achse zwischen Empowerment und Normalisierung verorten. Es geht immer darum, eine diskriminierte Gruppe in eine bestehende Normalität durch den Abbau von Barrieren zu integrieren. Hierbei handelt es sich um das diskursdominierende Narrativ in Bezug auf Inklusion. Diese Beobachtung ist naheliegend, da in Bezug auf *Behinderung* das ‚verwandte‘ *soziale Modell* eine dominante Rolle einnimmt. Diese Stellung teilt es sich zwar mit dem medizinischen Modell, welches sich jedoch völlig außerhalb des Trilemmas bewegt, da es bei diesem die Teilhabe und der Abbau von Diskriminierung im Mittelpunkt stehen.

Inklusionsbestrebungen, die sich auf den Achsen Empowerment-Dekonstruktion und Normalisierung-Dekonstruktion befinden, sind im Diskurs fast nicht vertreten. Lediglich einige wenige Stellen lassen diese Ansätze erahnen. Zu nennen sind hier unter anderem jene Diskursfragmente, die im vorherigen Kapitel auf das *kulturelle Modell* von Behinderung hingewiesen haben:

„Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den Anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom Anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte ‚Arsch an die Wand‘, ‚Zaple nicht so rum‘ oder ‚Richte dich endlich mal auf‘. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen“ (A12-15-P).

Neben der Kritik, dass der Begriff Inklusion zu einer leeren Worthülse verkommt, lässt sich hier eine Inklusionsidee entdecken, die sich zwischen Normalisierung und Dekonstruktion verorten lässt. Es wird die Individualität eines jeden Einzelnen betont und von den Zuschreibungen von Gruppenzugehörigkeiten abgesehen. Durch gegenseitige Unterstützung können die individuellen Ziele trotz körperlicher Unterschiede erreicht werden. Ein ähnliches Bild zeichnet diese Stelle:

„Na, machen wir Behindertenraten, was hab ich denn?“, begrüßt mich Elisabeth, eine seiner Kletterpartnerinnen, lachend und trifft den Nagel auf den Kopf. Hier geht es keine Sekunde darum, wer welche Behinderung hat oder nicht, es geht darum, dass alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und dass jeder jeden auf seine Weise unterstützen kann“ (A11-16-KI).

Hier wird dezidiert Kritik an der Kategorisierung nach unterschiedlichen körperlichen Merkmalen geübt und stattdessen ebenfalls die Individualität aller Körper und deren Fähigkeiten betont. Der Ausgleich dieser Unterschiede liegt auch hier in der gegenseitigen Unterstützung.

Auch für die Inklusionsstrategie aus Empowerment und Dekonstruktion konnte ich im Diskursausschnitt einen Abschnitt finden, welcher dieser Idee entspricht. Im entsprechenden Artikel wird ein Kletterer mit Behinderung zitiert:

„Das sei vielleicht auch der Hauptunterschied zwischen ‚Normalos‘ und Parasportler*innen. Sie machen ihren Sport für sich, für niemanden sonst. Und niemand neidet den anderen etwas. Allein deshalb sollten Parasportarten mehr Aufmerksamkeit bekommen, meint Phil. „Es ist immer noch eine Nische, aber das wird dem nicht gerecht, was dort geleistet wird: Paraclimber sind viel stärker als normale Kletterer!“ (A5-23-P).

Hier wird eine klare Differenzierung zwischen Kletternden mit und ohne Behinderung gemacht. Die Kletternden mit Behinderung haben jedoch kein Defizit oder sollen in die vorherrschende Normalität integriert werden. Vielmehr gibt es eine eigenständige, als wertvoll beschriebene Kletterkultur der Menschen mit Behinderung, in der es weniger Neid und Konkurrenzdenken gibt. Kletternde mit Behinderung werden als stärker beschrieben und die Abgrenzung zu den nichtbehinderten Kletternden scheint hier mit einem gewissen Stolz einherzugehen. Dekonstruiert wird hier die defizitäre Position von

Kletternden mit Behinderung und die vorherrschende Vorstellung des Leistungsvergleichs im Sport.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Inklusionsverständnis im Diskurs des Klettersports überwiegend auf der Achse zwischen Empowerment und Normalisierung verortet ist. Dies spiegelt sich in Bestrebungen wider, Menschen mit Behinderung durch spezifische Angebote und den Abbau von Barrieren in bestehende Strukturen zu integrieren. Ansätze, die Dekonstruktion einbeziehen, sind hingegen seltener vertreten. Vereinzelt wird jedoch die traditionelle Dichotomie zwischen „behindert“ und „nicht behindert“ hinterfragt, indem individuelle Fähigkeiten betont und normative Kategorien aufgelöst werden.

7.5 Am Rande des Diskurses

Beim Prozess des Samplings sind mir, wie in Kapitel 7.1 bereits erwähnt, Artikel aufgefallen, die nach der thematischen Definition nicht in die Auswahl passen, aber dennoch hinsichtlich der diskursiven Verhandlung von Klettern und Behinderung interessant sind. Diese Artikel, welche an der Endung *DR* im Kürzel zu erkennen sind, werden im Folgenden in aller Kürze vorgestellt.

Drei der fünf Artikel greifen die in Kapitel 7.2.5 vorgestellte Beziehungsstruktur *Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen* auf. Einer dieser Artikel widmet sich der Analyse aller im Jahr 2023 gemeldeten Unfälle in Kletterhallen (A22-24-DR). Hierbei wird von Verletzungen und sogar Todesfällen durch Stürze gesprochen, langfristige körperliche Schädigungen, die unter die Definition von Behinderung dieser Arbeit fallen würden, werden jedoch nicht explizit thematisiert. Ein weiterer Artikel mit dem Titel „Traumatische Ereignisse am Berg“ (A21-24-DR) beleuchtet Notlagen oder Unfälle in den Bergen als Auslöser für langfristige psychische Belastungen. Dabei steht jedoch nicht das Klettern im Fokus. Ein dritter Artikel beschreibt das Bergsteigen als eine Aktivität mit potenziellem Suchtcharakter, geprägt durch das ständige Streben nach anspruchsvolleren Routen und intensiveren Erlebnissen (A25-15-DR). Dieses Verhalten könne zu psychischen Beschwerden führen. Auch hier wird Klettern nicht ausdrücklich erwähnt. Das Narrativ der „Bergsucht“ ist mir im Rahmen meiner Recherchearbeit häufig begegnet und wurde in anderen Publikationen auch explizit mit dem Klettern in

Zusammenhang gebracht (Nestler, 2024). Darüber hinaus existiert eine wissenschaftliche Studie, die das Suchtpotenzial des Bergsteigens untersucht (Habelt et al., 2023).

Unter dem Titel „Ob du behindert bist“ (A23-26-DR) wird in einem satirischen Kurzbeitrag infrage gestellt, ab welchem Bedarf an Hilfsmitteln, die für das Bergsteigen herangezogen werden, Menschen eine Behinderung zugeschrieben wird.

„Ohne Stahlseil wagen es heute die wenigsten, über den Jubiläumsgrat von der Zug- zur Alpspitze zu turnen. Obwohl Ferdinand Henning schon 1897 bewiesen hat, dass es auch ohne geht. Bei all den Hilfsmitteln, die ihr Menschen am Berg braucht, frage ich mich schon manchmal: Seid ihr nicht alle irgendwie behindert?“ (A23-16-DR).

Der Artikel lässt sich als Kritik an der Dichotomie von Behinderung und Nichtbehinderung lesen, indem er hinterfragt, welche Hilfsmittel im Diskurs des Bergsteigens als legitim betrachtet werden. Dabei wird deutlich, dass die Zuschreibung von Normalität stets von kulturellen und historischen Kontexten abhängt. Der Text fordert dazu auf, bestehende Vorstellungen von Behinderung und Normalität kritisch zu reflektieren und sensibilisiert für die Kontingenz dieser Konzepte. In diesem Sinne kann er als eine dem kulturellen Modell nahestehende Kritik, beziehungsweise als Inklusionsstrategie zwischen Empowerment und Normalisierung verstanden werden.

In seinem Artikel „Was zählt? Alpinistische Höchstleistung in einer sich wandelnden Welt“ (A24-22-DR) reflektiert der Alpinismus-Chronist Andi Dick, welche Leistungen im Bergsport als herausragend anerkannt werden und auf welchen Kriterien diese Bewertung basiert. Er betont, dass Höchstleistungen nicht allein anhand von Touren oder Routen bewertet werden können, da zahlreiche weitere Bedingungen eine Rolle spielen und Vergleiche somit schwierig sind. Darüber hinaus kritisiert er den Widerspruch zwischen dem Anspruch auf gesellschaftliche Inklusion und der geringen Sichtbarkeit von Leistungen von Menschen, denen nicht die Privilegien weißer, männlicher, nichtbehinderter Personen aus einer hohen sozialen Klasse zukommen. In diesem Zusammenhang wird auch auf das Thema Klettern und Behinderung kurz eingegangen:

„Wenn dann Menschen aus dem Nicht-Mainstream starke Leistungen bringen: Wann sind sie chronik-,würdig? Ist es eigentlich nicht auch eine Art von Diskriminierung, die Leistung eines Menschen nur wegen seiner Zugehörigkeit zu einer Minderheit zu dokumentieren? Nach dem Motto: ‚ganz gut für eine Frau/einen Menschen mit Migrationshintergrund/eine Person of Color‘? Und wollte man Topleistungen aus allen Gesellschaftsgruppen würdigen, könnte man sich verzetteln wie bei den Paracimbing-Wettbewerben, wo neun Startklassen noch ausdifferenziert werden. Ein Ziel absoluter ‚Gerechtigkeit‘ wird sich in einer Alpinismus-Chronik kaum verwirklichen lassen“ (A24-22-DR).

Wie in keinem anderen Diskursfragment wird hier explizit der im Trilemma der Inklusion thematisierte Widerspruch zwischen den drei Bedürfnissen Empowerment, Normalisierung und Dekonstruktion thematisiert. In der gegenwärtigen Praxis der Anerkennung von Höchstleistungen werden diskriminierte Gruppen integriert, indem ihnen eigene Kategorien zugeteilt werden, innerhalb derer ihre Leistungen sichtbar werden. Die Zugangsbarrieren zur ‚Chronik der Höchstleistungen‘ werden durch die Anerkennung einer geringeren Leistungsfähigkeit – gemessen an den Standards der Mehrheitsgesellschaft – und der entsprechenden Einteilung in eine passende Kategorie gesenkt. Das entspricht der Inklusionsstrategie auf der Achse Empowerment und Normalisierung. Das Bedürfnis nach Dekonstruktion wird durch die notwendige Kategorisierung unmöglich gemacht. Das stellt auch Dick in seinem Artikel fest und fragt, ob diese gängige Praxis nicht diskriminierend sei. Als eine Art Gegenvorschlag auf der Achse von Dekonstruktion und Normalisierung kann folgende Passage gelesen werden:

„Vieles bleibt eh im Dunkeln, das meiste ist prinzipiell kaum vergleichbar, Vollständigkeit nicht erreichbar. Doch bleibt ein Ziel, das sich auch die alpinen Ehrenpreise wie der Piolet d’Or gesetzt haben: Inspiration. Und inspirieren können auch die Leistungen von ‚benachteiligten‘ Menschen (Alter, Sozialstatus, Herkunft)“ (A24-22-DR).

Die vorherrschende Praxis der Anerkennung alpinistischer Leistungen am Maßstab der Schwierigkeit von Routen wird angezweifelt. Stattdessen sollen alpinistische Leistungen aufgrund ihres Potenzials zur Inspiration anderer sichtbar gemacht werden. Auf diese Weise haben Dick zufolge alle Menschen die Chance, in die Chroniken einzugehen, wodurch Kategorisierungen dekonstruiert werden können und alle Menschen zu einer ‚neuen Normalität‘ gehören. Die Anerkennung von weiterhin bestehenden Nachteilen und damit die Möglichkeit für Empowerment wird jedoch durch die Dekonstruktion der Kategorisierungen ausgeschlossen.

8 Ergebniszusammenfassung und Diskussion

In diesem Kapitel werden die zuvor dargestellten Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung und des Positionspapiers zu Inklusion des DAV diskutiert. Dafür werde ich zunächst die Fragestellung aufgreifen, um die Ergebnisse entlang dieser zu komprimieren. Die Diskussion erfolgt unter Zusammenführung der komprimierten

Ergebnisse, des Positionspapiers zu Inklusion sowie der Erkenntnisse aus den Kapiteln 2-4.

Die *Fragestellung* dieser Arbeit lautet „*Wie wird Behinderung in Bezug auf Klettern im szeneeigenen Diskurs thematisiert?*“. Als exemplarisches Medium für den szeneeigenen Diskurs wurden die Ausgaben des DAV-Magazins *Panorama* der letzten zehn Jahre ausgewählt. Für den Begriff Behinderung wurde eine sehr weite Definition angenommen: Im Rahmen der vorliegenden Diskursanalyse werden unter Behinderung Ereignisse verstanden, die als längerfristig bestehendes Problem verhandelt werden und in deren Ursachenbeschreibung eine Referenz zum normabweichenden Körper hergestellt wird (siehe Kapitel 3.3).

8.1 Ergebniszusammenfassung

Die Ergebnisse der Diskursanalyse hinsichtlich dieser Fragestellung wurden in Kapitel 7 ausführlich dargestellt. Es wurden (1) die zentralen Themen des Diskurses, (2) fünf verschiedene Beziehungsstrukturen, welche das Verhältnis von Klettern und Behinderung im Diskurs prägen, (3) die Tonalität des Diskurses, (4) das Verständnis von Inklusion und Behinderung im Diskurs und (5) Themen am Rande des Diskurses analysiert und vorgestellt.

Behinderung wird im Diskurs über Klettern im *Panorama* in Gestalt verschiedener Themen verhandelt. Ein zentraler thematischer Schwerpunkt liegt auf Kletterangeboten für Menschen mit Behinderung, die sowohl in Form exklusiver Gruppen als auch als ‚inklusive‘ Angebote gestaltet werden. Ebenso wird Klettern häufig mit seiner therapeutischen Wirkung verknüpft, indem es zur Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit beiträgt. Des Weiteren gibt es Berichte über einzelne Kletternde mit Behinderung und deren persönlichen Bezug zum Klettern. Ein bedeutender Anteil der Artikel verhandelt außerdem das Thema Wettkämpfe von Kletternden mit Behinderung – in diesem Kontext oft als Paraclimbing bezeichnet. Ein weiterer Themenkomplex ist die Institutionalisierung von Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Klettern, etwa durch barrierefreie Kletterhallen oder spezifische Trainer*innenausbildungen. In einem Artikel wird das Risiko für Essstörungen durch die Ideale und Anforderungen im Leistungssport thematisiert.

Neben den expliziten Themen lassen sich im Diskurs fünf verschiedene artikelübergreifende Beziehungsstrukturen zwischen Klettern und Behinderung identifizieren. Erstens wird Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperlicher und psychischer Probleme thematisiert, wobei der Sport eine heilende oder therapierende Funktion übernimmt. Dieses Narrativ ist sehr stark vertreten – auch in Artikeln, deren Thema nicht das therapeutische Klettern ist. Zweitens gibt es die Beziehungsstruktur Klettern als Ort der Teilhabe, bei welcher Barrieren abgebaut werden, um das Klettern für Menschen mit Behinderung zu ermöglichen. Im Rahmen der Erzählung der Teilhabe kommt es sowohl zur Differenzierung als auch zum Abbau von Differenzierung hinsichtlich der Kategorie Behinderung. Bei der Beziehungsstruktur *Klettern als differenzierende Aktivität* wird die Differenzkategorie Behinderung *implizit* durch das Aufzeigen von spezifischen Kletterpraktiken für Menschen mit Behinderung, die von Standards und Idealen der Szene abweichen, und durch den partiellen Ausschluss von der Kletterpraxis aufgrund der (scheinbar) fehlenden Passung zwischen Körpern und Kletterpraktiken (re-)konstruiert. *Explizit* passiert dasselbe durch Kategorisierungen bei Wettkämpfen. Gleichzeitig wird Klettern im Diskurs auch zum Mittel des Abbaus von Differenz. Dies passiert zum einen durch die oft beschriebene Irritation von essentialisierenden Wissensbeständen – ‚es war total überraschend, dass Menschen mit Behinderung klettern können‘ – und durch die Begegnung von Menschen mit und ohne Behinderungen in den Sportstätten. Die fünfte Beziehungsstruktur – *Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen* – wird nur durch das Thema Essstörungen durch den Leistungssport bedient. Am Diskursrand finden sich jedoch weitere Artikel, welche die Logik des Gegennarrativs zu *Klettern als Mittel zur Bearbeitung von körperbezogenen Problemen* beinhalten.

Die Tonalität der Berichterstattung im Diskurs über Behinderung und Klettern ist überwiegend positiv geprägt. Die Teilhabe von Menschen mit Behinderung wird als bereichernd und erfolgreich dargestellt, während kritische Perspektiven und Herausforderungen nur selten thematisiert werden. Der Fokus liegt auf Erfolgsgeschichten und Best-Practice-Beispielen, welche die Potenziale des Kletterns in Bezug auf Teilhabe und Therapie hervorheben. Probleme wie organisatorische und finanzielle Barrieren oder individuelle Schwierigkeiten finden lediglich am Rande

Erwähnung. Gleichzeitig zeigt die häufig sensationsartige Berichterstattung über Behinderung im Kontext von Klettern, dass Teilhabe noch keine Normalität darstellt.

Die Perspektive auf Behinderung im Diskurs ist geprägt von einer Dominanz des medizinischen und sozialen Modells. Behinderung wird entweder als defizitärer Körperzustand oder als Ergebnis gesellschaftlicher Barrieren thematisiert. Ansätze des kulturellen Modells, die Behinderung als diskursiv konstruiertes Konzept betrachten, treten nur vereinzelt auf. Analog dazu wird Inklusion vorwiegend als Abbau von Barrieren und Integration in bestehende Strukturen verstanden – also auf der Achse von Normalisierung und Empowerment. Vereinzelt lassen sich jedoch auch Ansätze erkennen, die eine Dekonstruktion normativer Kategorien anstreben. Dabei wird auf die Diversität *aller* Körper abseits von Kategorien sowie auf eine Praxis der Solidarität und gegenseitigen Unterstützung hingewiesen, was einer Inklusionsstrategie aus der Kombination von Dekonstruktion und Normalisierung entspricht. In einem Artikel ist ein Moment von Dekonstruktion und Empowerment zu erkennen. Hier wird aktiv eine Differenzierung von Kletternden mit Behinderung gegenüber Kletternden ohne Behinderung und ein damit einhergehender Stolz über die Haltung in der Klettercommunity mit Behinderung konstruiert.

Am ‚Rand des Diskurses‘ gibt es einige Artikel, die entweder keinen direkten Bezug zum Klettern, sondern nur allgemein zum Bergsport aufweisen oder in denen nicht *explizit* auf *längerfristige* Probleme mit Bezug zum normabweichenden Körper eingegangen wird. Dennoch eröffnen sie eine relevante Perspektive für die Diskussion, mitunter weil die verhandelten Themen und Narrative in anderen Medien im ‚Kletter- und Behinderungsdiskurs‘ Platz finden. Drei der fünf Artikel bedienen die Phänomenstruktur *Klettern als Ursache für Behinderung*, beschäftigen sich thematisch jedoch nicht mit Essstörungen im Leistungssport, sondern mit Bergsteigen als Sucht, psychischen Erkrankungen durch Unfälle beim Bergsteigen sowie Verletzungen und Tod in Kletterhallen. Daneben gibt es zwei Artikel, in denen für den Diskurs bemerkenswert kritisch und explizit über die Differenzkategorie Behinderung debattiert wird.

Insgesamt zeigt sich, dass Behinderung im szeneeigenen Diskurs des Kletterns auf vielfältige Weise thematisiert wird, wobei die Tonalität fast durchweg positiv bleibt. Es wird besonders das therapeutische Potenzial und die erfolgreiche Teilhabe von Menschen mit Behinderung, sei es in exklusiven oder in Gruppen für Menschen mit und ohne

Behinderung, hervorgehoben. Schwierigkeiten, Probleme oder Herausforderungen werden kaum explizit thematisiert, es sei denn sie wurden erfolgreich überwunden. Der Diskurs konstruiert Behinderung überwiegend im Sinne des medizinischen oder sozialen Modells und thematisiert Inklusion als Abbau von Barrieren zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der bestehenden Normalität. Inklusions- und Behinderungsmodelle, die dekonstruktive Ansätze beinhalten, finden kaum Raum.

8.2 Diskussion mit Bezug auf das Positionspapier zu Inklusion

Das DAV-Inklusionspapier (DAV & JDAV, 2014), dessen Herausgabe die Begründung für den Beginn des Analysezeitraums liefert, gibt Empfehlungen und stellt Forderungen hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK im Alpenverein.

Das Positionspapier bezieht sich explizit auf Menschen mit Behinderung. Für diese Gruppe soll die gleichberechtigte Teilhabe an allgemeinen Angeboten des Bergsports ermöglicht sowie exklusive Angebote im Sinne von Schutzräumen etabliert werden. Menschen mit Behinderung sollen dabei neben der Möglichkeit zur Teilnahme auch die Möglichkeit zur Mitgestaltung haben. Dafür sollen *einerseits* bestehende Angebote hinterfragt und angepasst sowie diskriminierende Wissensbestände zu Behinderung und physische Barrieren in „künstlichen Kletteranlagen“ (ebd., S. 3) abgebaut werden. *Andererseits* wird eine „Kompetenzentwicklung für Menschen mit Behinderung“ (ebd.) als eine wichtige Voraussetzung zur Teilhabe am Bergsport beschrieben. Des Weiteren sollen in den DAV-eigenen Medien über „generelle Themen von Menschen mit Behinderung, über behindertenspezifische Bergsporttechniken und über praktische Umsetzungen“ (ebd., S. 2) berichten und „vorbildliche Projekte aus den Sektionen“ dargestellt werden. Daneben ist der Wettkampf- und Leistungssport für Menschen mit Behinderung zu fördern. Es wird eine Haltung gefordert, die „Vielfalt und Heterogenität [...] als Bereicherung“ (ebd., S. 1) und „Behinderungen als ganz normalen Teil einer vielfältigen Gesellschaft“ (ebd., S. 4) versteht. Gleichzeitig werden auch Grenzen der Teilhabe beschrieben: Den Kern des Bergsports, welcher als das Überwinden der „natürlichen Barrieren“ (ebd., S. 3) wie „Wanderwege, Felswände oder Gipfel [...] aus eigener Kraft“ (ebd.) beschrieben wird, gilt es zu erhalten.

Die Ergebnisse der Diskursanalyse lassen sich auf zwei Ebenen hinsichtlich des Inklusionspapiers diskutieren. Erstens inwiefern dessen Ansprüche auf der Ebene des

Erzählten umgesetzt werden und zweitens inwiefern die Art und Weise des Berichtens den Forderungen entspricht.

Wie bereits in Kapitel 4.2 erörtert, lässt sich das Positionspapier innerhalb des Trilemmas der Inklusion auf der Achse zwischen Normalisierung und Empowerment verorten. Auch wenn es im Diskurs vereinzelte Fragmente gibt, die in dieser Hinsicht anders einzuordnen sind, so lässt er sich doch überwiegend der EN-Achse zuordnen. In Bezug auf Behinderung lassen sich im Positionspapier sowohl das medizinische als auch das soziale Modell wiederfinden: Im Sinne des sozialen Modells müssen zur Teilhabe die Angebote umstrukturiert und Barrieren abgebaut werden. Die Notwendigkeit einer Kompetenzentwicklung zur Teilhabe ist ein am Individuum ansetzender Aspekt und kann einer medizinischen Perspektive zugeordnet werden. Wie in Kapitel 7.4 dargelegt, sind auch im Diskurs das medizinische und das soziale Modell dominant. Dekonstruktive Ansätze finden kaum Beachtung.

In der gleichzeitigen Betonung der Notwendigkeit einer Kompetenzentwicklung *und* einer Anpassung der Umwelt steckt die Idee Kuhlmanns (Kapitel 3.2) von grundlegenden „Kapazitäten“ (Kuhlmann, 2005, S. 160), welche für eine Teilhabe notwendig sind und die es zu fördern gilt. Während Kuhlmann von der allgemeinen Teilhabe an der demokratisch verfassten Gesellschaft spricht, ist im Inklusionspapier von Bergsport die Rede. Zur Teilhabe an diesen beiden Räumen scheint es – folgen wir dem Inklusionspapier des DAV – jeweils Ausschlussmechanismen zu geben, die nicht über einen Abbau von Barrieren, sondern nur über die Arbeit am Körper der Individuen überwunden werden können.

In der Berichterstattung des *Panoramas* finden sich zahlreiche Beispiele für Kletterangebote sowohl für Menschen mit als auch ohne Behinderung. Ebenso gibt es exklusive Gruppen nur für Menschen mit Behinderung. Es bleibt jedoch unklar, ob diese Gruppen explizit als Schutzräume konzipiert wurden, wie es das Positionspapier vorsieht, oder ob sie sich aus anderen pragmatischen Gründen, wie dem möglicherweise divergierenden Leistungsniveau oder organisatorischen Anforderungen, so entwickelt haben. Die Art der Berichterstattung legt nahe, dass solche inklusiven und exklusiven Angebote noch keine Selbstverständlichkeit sind, sondern weiterhin als Besonderheit wahrgenommen werden. Dies zeigt sich beispielsweise in der Art der Darstellung, die oft auf die außergewöhnlichen Leistungen oder innovativen Strukturen hinweist, anstatt sie

als normalen Bestandteil des Klettersports zu präsentieren. Hier besteht eine Diskrepanz zum Inklusionspapier, welches eine umfassende und gleichberechtigte Teilhabe fordert. Die Mitgestaltung durch Menschen mit Behinderung wird in den Artikeln kaum thematisiert. In einem Artikel (A10-14-KB) wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung nicht nur als Teilnehmer*innen, sondern auch als Gestalter*innen von Klettergruppen fungieren. Insgesamt werden Menschen mit Behinderung meist eher als Teilnehmer*innen oder Inspirationsfiguren dargestellt, aber selten als Akteur*innen, die die Strukturen des Klettersports aktiv mitbestimmen.

Sowohl im Positionspapier als auch im Diskurs geht es viel um den Abbau von Barrieren und das Anpassen von Angeboten. Unterschiede gibt es bei der Verhandlung der ‚Grenze von Inklusion‘. Das Positionspapier sieht diese in der Ermangelung der Fähigkeit, beispielsweise Felswände aus „aus eigener Kraft“ (DAV & JDAV, 2014, S. 3) zu überwinden. Obgleich unklar bleibt, was „aus eigener Kraft“ (ebd.) genau bedeutet, da Herausforderung im Berg- und Klettersport meist im Team bewältigt werden und auch das Nutzen von im Vorhinein bestehender Infrastruktur wie Hütten, Wege und Bohrhaken als Widerspruch gegen dieses Kredo verstanden werden kann, scheinen die im Diskurs dargestellten Praktiken davon abzuweichen. Im Diskurs wird wiederholt von Praktiken geschrieben, die auf die aktive Unterstützung beim Klettern hinweisen (K3-BA). Diese erscheinen zwar als differenzierende Abweichung von der Norm, hindern jedoch nicht an der Teilhabe. Im Diskurs liegt die Grenze der (vollständigen) Teilhabe vielmehr beim Aspekt der Sicherheit. So wird ein partieller Ausschluss beim Vorsteigen oder Sichern damit begründet, dass für das sichere Durchführen dieser etablierten Praktiken Kapazitäten notwendig sind, die nicht allen Menschen mit Behinderung zur Verfügung stehen. Die im Positionspapier geforderte Möglichkeit zur Kompetenzentwicklung, um diese Grenzen der Teilhabe durch die Arbeit am Körper des Individuums zu verschieben, wird im Diskurs nicht thematisiert.

Das Inklusionspapier fordert explizit, dass vorbildliche Projekte in den DAV-eigenen Medien dargestellt werden. Diese Forderung wird vom *Panorama* erfüllt. Die Berichterstattung konzentriert sich stark auf positive Beispiele von gelungener Teilhabe und hebt Erfolge hervor. Problematische Aspekte oder Herausforderungen werden nur selten thematisiert. Es entsteht dadurch ein Best-Practice-Diskurs, der einerseits inspirierend wirken kann, andererseits aber auch den Eindruck vermittelt, dass Inklusion

im Klettersport weitgehend reibungslos funktioniert. Diese Form der Berichterstattung kann selbst als Teil des Inklusionsprozesses betrachtet werden. Sie trägt dazu bei, dass der Klettersport als ein offener und inklusiver Bereich wahrgenommen wird und dass Menschen mit Behinderung ermutigt werden, sich diesem Sport zuzuwenden. Zudem kann das bestehende Vorurteil, dass Menschen mit Behinderung keinen Bergsport betreiben können, irritiert werden. Gleichzeitig bleibt jedoch die Frage offen, inwieweit durch diese ausschließlich positive Darstellung kritische Reflexionen über bestehende Hürden und Herausforderungen unterbleiben und möglicherweise überhöhte Erwartungen hinsichtlich der Teilhabe von Menschen mit Behinderung an den Sport herangetragen werden.

Neben dem Spannungsfeld zwischen dem Erhalt von Praktiken und Idealen des Kletterns auf der einen Seite und der Reduktion von Zugangsvoraussetzungen auf der anderen entsteht sowohl im Inklusionspapier als auch im Diskurs ein weiterer Konflikt: Während das Inklusionspapier dazu anregt, Vielfalt und Heterogenität zu schätzen und im Diskurs an manchen Stellen die Irrelevanz von Zugehörigkeiten in Bezug auf Behinderung betont wird, werden Menschen mit Behinderung sprachlich an vielen Stellen vereinheitlicht. Im Inklusionspapier ist zum Beispiel die Rede von „generelle Themen von Menschen mit Behinderung“ (DAV & JDAV, 2014, S. 2) und auch im Diskurs findet an vielen Stellen eine Essentialisierung statt (u.a. Kapitel 7.2.3), für die keine ‚strategische Notwendigkeit‘ im Sinne des Trilemmas der Inklusion ersichtlich wird.

„Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert“ (A11-16-KI).

Hier besteht meines Erachtens nicht die Notwendigkeit, Menschen mit Behinderung hinsichtlich deren Kletterkönnens zu pauschalisieren und auf einer Niveaustufe mit Kindern und Anfänger*innen zu platzieren. Die einstellbare Neigung ließe sich auch schlicht mit *allgemein* unterschiedlichen Bedürfnissen unabhängig von Differenzkategorien begründen. An anderer Stelle wird der Nutzen der Kategorie deutlich:

„Richtig gehört: Klettern mit Behinderung! Das geht, sehr gut sogar, wenn engagierte Menschen sich zusammentun und etwas auf die Beine stellen“ (A11-16-KI).

Um der Vorstellung, dass Menschen mit Behinderung nicht klettern können, etwas entgegenzusetzen, wird eben jene Kategorie verwendet. Hierbei handelt es sich um den Ausschluss von Dekonstruktion auf der Normalisierung-Empowerment-Achse.

Es zeigt sich, dass es im Diskurs viele Übereinstimmungen mit dem Inklusionspapier gibt. Die jeweils prägenden Konzepte von Behinderung und Inklusion scheinen dieselben zu sein, es findet eine Berichterstattung über positive Beispiele statt, und es liegt ein starker Fokus auf der Anpassung von Angeboten und dem Barriereabbau. Die im Inklusionspapier als wichtig erachtete Kompetenzentwicklung wird im Diskurs nicht betont. Es werden jeweils ‚Grenzen der Inklusion‘ angesprochen, wobei diese an unterschiedlichen Stellen verortet werden. Für die abschließende Diskussion möchte ich insbesondere die Frage nach diesen Grenzen und der Bedeutung ‚aus eigener Kraft‘ mitnehmen.

8.3 Abschließende Diskussion

In der abschließenden Diskussion möchte ich vier Spannungsfelder aufzeigen, die für mich im untersuchten Diskurs zentral sind. Das erste Spannungsfeld betrifft die vielfach angesprochene ‚Grenze der Inklusion‘.

Im Diskurs wird es implizit deutlich und im Positionspapier wird es explizit thematisiert: Menschen mit Behinderung sollen am Bergsport teilhaben können, gleichzeitig sollen gewisse Kernaspekte des Klettersports erhalten bleiben. Hier stoßen wir auf ein Grundproblem. Egal wie ein Sport, ein Raum oder eine Veranstaltung gestaltet wird, es wird nie eine Barrierefreiheit für alle geben. Es besteht jedoch die Möglichkeit, Klettern möglichst vielen verschiedenen Körpern zugänglich zu machen, indem Praktiken, Infrastruktur, Wissensbestände und Ähnliches mehr hinsichtlich ihrer ausschließenden Funktion hinterfragt und angepasst werden. Um es *allen* Menschen zu ermöglichen, an einer bestimmten Route – sei es in der Kletterhalle oder am Felsen – an das Top, also das obere Ende der Route, zu gelangen, wäre es neben vielen weiteren Maßnahmen nötig, an jedem Einstieg einen Aufzug zu bauen. Neben der finanziellen Schwierigkeit, dies umzusetzen, wären sicherlich die meisten Kletternden empört, denn sie können am nun verbauten Felsen nicht mehr klettern. Eine weitere Möglichkeit, allen Menschen Zugang zum Klettern zu gewähren bestünde darin, eine *unendlich* weite Definition von Klettern vorzulegen. Denn wenn *alles* Klettern ist, können *alle* daran teilhaben. Der Begriff des

Klettern würde jedoch überflüssig, da er sich von nichts mehr abgrenzt. Teilhabe für alle wird folglich nie möglich sein und es wird immer eine ‚Grenze der Inklusion‘ geben. Die diskursive Herstellung dieser Grenze erfolgt mitunter im untersuchten Diskurs. Wie bereits erwähnt bleibt im Inklusionspapier unklar, was genau mit ‚aus eigener Kraft‘ gemeint ist. Denn ‚aus eigener Kraft‘, ohne bestehende Infrastruktur, ohne Wissen über Routen, ohne Sicherungspartner*in und vieles mehr schafft es eigentlich niemand irgendwo hochzuklettern. Meine These ist, dass ‚aus eigener Kraft‘ eigentlich bedeutet, die Wand mit den Techniken, die gerade etabliert, am nichtbehinderten Körper ausgerichtet und für die keine weiteren Anpassungen an der Kletterwand nötig sind, hochzuklettern. So vermittelt es das Inklusionspapier. Im untersuchten Diskurs wird mit mehr Flexibilität an den Kletterbegriff herangetreten. Hier ist die Entwicklung von neuen Techniken, um einem breiteren Spektrum an Körpern Zugang zum Klettern zu verschaffen, eine gängige Erzählung. Doch auch diese erscheinen im Diskurs als Abweichung vom ‚richtigen Klettern‘ und sind nur zulässig, wenn ein Körper als behindert markiert ist. Doch sie können gleichzeitig auch als erste Schritte im Prozess der Etablierung eines inklusiveren Konzepts von Klettern sein. Was genau unter Klettern verstanden wird, hat sich, wie in Kapitel 2.1 gezeigt wurde, in den letzten Jahrzehnten stetig gewandelt und kann auch jetzt im Rahmen einer Öffnung des Kletterns für ein breiteres Spektrum an unterschiedlichen Körpern eine Neujustierung erfahren. Genau dieses Spannungsfeld wird am ‚Rande des Diskurses‘ im Artikel „Ob du behindert bist“ (A23-16-DR) explizit auf eine satirische Weise angesprochen.

Ein weiteres Spannungsfeld zeigt sich in der fast ausschließlich positiven Darstellung von Klettern und Behinderung im Diskurs, während implizit gleichzeitig bestehende Hürden der Teilhabe erkennbar sind. Der untersuchte Diskurs präsentiert die Teilhabe von Menschen mit Behinderung nahezu ausschließlich als Erfolgsgeschichte. Diese Berichterstattung kann einerseits ein wertvolles Mittel zur Sensibilisierung und Motivation sein, indem sie Vorurteile irritiert und Menschen mit Behinderung ermutigt, am Klettersport teilzuhaben. Andererseits birgt diese einseitig optimistische Darstellung die Gefahr, dass strukturelle Probleme und Herausforderungen unsichtbar bleiben. Tatsächlich macht der Diskurs implizit deutlich, dass zahlreiche strukturelle und organisatorische Barrieren weiterhin bestehen und eine gleichberechtigte Teilhabe erschweren. Häufig fehlt es an finanziellen Ressourcen für eine umfassend barrierearme

Infrastruktur und die Bereitschaft, etablierte Routinen und Praktiken kritisch zu hinterfragen, ist nicht durchgängig vorhanden. Zudem zeigen die oft sensationsartigen Erzählungen, dass Teilhabe von Menschen mit Behinderung noch keine Normalität zu sein scheint. Eine differenziertere Berichterstattung, die neben positiven Beispielen auch bestehende Herausforderungen sichtbar macht, könnte dazu beitragen, den Inklusionsprozess weiter voranzubringen. Zudem würde eine solche differenzierte Darstellung ermöglichen, realistischer einzuschätzen, welche Körper tatsächlich am Klettern teilhaben können und wo die sogenannten „Grenzen der Inklusion“ liegen.

Des Weiteren macht sich ein Spannungsfeld zwischen dem dominierenden Inklusionsparadigma auf der Achse von Empowerment und Normalisierung und den vereinzelt Ansätzen, die ein Moment der Dekonstruktion beinhalten, auf (Kapitel 4.1 und 7.4). Hierbei handelt es sich weniger um ein Spezifikum des Kletterdiskurses, sondern, wie die Theorie der trilemmatischen Inklusion zeigt, um ein systematisch wiederkehrendes Problem beim Versuch, diskriminierende Strukturen abzubauen. Behinderung als Kategorie wird benannt, um auf Benachteiligungen hinzuweisen, Barrieren abzubauen und diskriminierende Wissensbestände zu irritieren. Dabei kommt es jedoch zwangsläufig zu Essentialisierungen, wie in Kapitel 7.2.3 gezeigt werden konnte. Die vereinzelt auftretenden Inklusionsansätze, die eine Dekonstruktion der Kategorisierung (ND) oder eine Dekonstruktion der Wertung der Kategorisierungen sowie der vorherrschenden Werte und Normvorstellungen (ED) anstreben, stehen hierzu im Widerspruch und finden kaum Raum. In Prozessen der Inklusion, also dem Abbau von Diskriminierung, sind diese Spannungen – so die Position Bogers (2017), die ich für diese Arbeit übernehme – unvermeidbar und müssen ausgehalten werden. Dabei ist jedoch wichtig, die Bedürfnisse nach Empowerment, Dekonstruktion und Normalisierung als gleichermaßen wichtig anzuerkennen und sensibel für ihre Widersprüchlichkeit zu sein. Die Rekonstruktion der Kategorie Behinderung und die damit einhergehende Essentialisierung gilt es gänzlich zu vermeiden, insofern damit keine Strategie der Reduktion von Benachteiligungen verfolgt wird. Hierfür können die Diskursakteur*innen – in diesem Fall die Autor*innen des *Panorama* – noch sensibler werden (siehe vorheriges Kapitel).

Das letzte Spannungsfeld bezieht sich auf die im Diskurs erkennbaren begünstigenden und erschwerenden Eigenschaften des Klettersports für eine gleichberechtigte Teilhabe

eines breiten Spektrums verschiedener Körper. An vielen Stelle im Diskurs wird hervorgehoben, dass Klettern „besonders für Inklusionsprojekte geeignet“ (A11-16-KI) ist. Hierfür werden verschiedene Argumente ins Feld geführt, die vor allem darauf abzielen, dass Klettern eine Art ‚Individual-Teamsport‘ ist. Während für die Ausübung zwar immer ein Team benötigt wird und die gegenseitige Unterstützung in der Praxis des Sports angelegt ist, wird er gleichzeitig meist nicht in Form eines Wettbewerbs gegenüber anderen ausgetragen. Aus diesem Grund können die Seilschaften prinzipiell völlig unterschiedliche Leistungsniveaus haben. Des Weiteren kann die sportliche Anforderung durch das Klettern an verschiedenen Felsstrukturen und durch das Schrauben von Routen mit den unterschiedlichsten Griffen an verschieden geneigten Wänden auf einem breiten Spektrum variiert werden. Im Gegensatz dazu bringt das beim Klettern bestehende Risiko für Verletzungen oder sogar den Tod, wenn die Sicherungstechniken nicht korrekt ausgeführt werden, eine Eigenschaft mit, die in Bezug auf eine gleichberechtigte Teilhabe kontraproduktiv wirkt. Die gegenwärtig etablierten Sicherungstechniken verlangen nach verschiedenen Fähigkeiten, die während des gesamten Sicherungsprozesses konstant gewährleistet werden müssen, wozu nicht alle Körper in der Lage sind. Hier wird es nötig, Körper hinsichtlich ihrer Fähigkeit zu sichern einzuteilen. Die Entwicklung neuer Praktiken, die weniger anspruchsvoll sind, könnte hier Abhilfe leisten. Innerhalb des untersuchten Diskurses wirkt sich auch die starke Präsenz des Therapienarrativs negativ auf das Inklusionspotential aus, da hier stets ein defizitärer Blick auf Behinderung mittransportiert wird.

9 Fazit und Ausblick

Hinsichtlich der Fragestellung, wie Behinderung im szeneeigenen Diskurs des Kletterns thematisiert wird, konnte die Analyse zeigen, dass im ausgewählten Medium, dem *Panorama*, in den letzten zehn Jahren verschiedene, sich wiederholende Narrative präsent sind.

Es dominiert eine positive Erzählweise, die insbesondere auf die erfolgreiche Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Klettersport, die therapeutischen Potenziale des Kletterns und die Institutionalisierung inklusiver Strukturen fokussiert ist. Es konnten wiederkehrende Beziehungsstrukturen zwischen Klettern und Behinderung identifiziert werden: Klettern wird als therapierend, als Ort der Teilhabe, als Differenz abbauend und

herstellend sowie als ursächlich für körperliche Beeinträchtigungen thematisiert. Hinsichtlich der Vorstellung von Behinderung nehmen das medizinische und soziale Modell eine dominante Rolle ein, in Bezug auf Inklusion ist der Diskurs von Strategien aus Normalisierung und Empowerment geprägt. Abweichungen davon sind selten.

Im Vergleich mit den Forderungen aus dem Inklusionspapier des DAV zeigen sich große Übereinstimmungen mit der Praxis des Kletterns auf der Ebene des Inhalts des Diskurses, sowie mit der Form des Diskurses selbst. Eine spannende Unterscheidung liegt in der unterschiedlichen Verortung der ‚Grenze der Inklusion‘ für Menschen mit Behinderung. Das Inklusionspapier sieht diese Grenze dort, wo Menschen nicht ‚aus eigener Kraft‘ mit den etablierten Mitteln klettern können. Im Diskurs ist diese ‚Grenze‘ zwar auch sichtbar, da alternative Kletterpraktiken als solche markiert werden, fungiert jedoch nicht als Ausschlussmechanismus. Eine im Diskurs präsente Differenzierung findet entlang der Fähigkeit zu Sichern statt. Ist diese nicht gegeben, kommt es zu Ausschlüssen von der Sicherungspraxis, die ein elementarer Bestandteil des Sports ist. Ein *nur* im Inklusionspapier vertretener Aspekt ist die Kompetenzentwicklung von Menschen mit Behinderung zur Teilhabe. Dieser, der medizinischen Logik entsprechende Ansatz zur Teilhabe wird im Diskurs nicht thematisiert. Hier hat der untersuchte Diskurs allem Anschein nach einen blinden Fleck, denn wenn es ‚Grenzen der Inklusion‘ hinsichtlich des Barriereabbaus gibt, erscheint die Anpassung des Körpers als einzige Alternative, um Teilhabe umzusetzen.

Die Art und Weise, wie der Diskurs über Klettern und Behinderung berichtet, macht deutlich, dass gleichberechtigte Teilhabe zum aktuellen Stand noch keine Normalität darstellt. Der Diskurs lässt sich dahingehend kritisieren, dass er durch seine positive Berichterstattung die bestehenden Barrieren verschleiert. Ein weiterer Kritikpunkt ist die Rekonstruktion der Differenzkategorie Behinderung in jenen Fällen, in denen sie nicht zum Zwecke des Abbaus von Diskriminierung verwendet wird. Außerdem wäre es, so meine These, dem Inklusionsprozess dienlich, dekonstruktive Perspektiven auf Behinderung und Inklusion stärker ins Licht zu rücken.

Insgesamt erscheint Behinderung im Kontext des Kletterns im Anschluss an Schillmeier als etwas, was durch das komplexe Zusammenspiel von Zuschreibungen, Körperzuständen, Idealen, etablierten Praktiken und materialisierten Diskursobjekten wie Sicherungsgeräten, Kletterhallen oder Bohrhaken entsteht. Die Teilhabe am Klettern

kann durch die Modifikation dieser behindernden Aspekte einem breiten Spektrum an verschiedenen Körpern ermöglicht werden. Grenzen dieser Teilhabe bestehen dort, wo die ‚unveränderbaren‘ Kernaspekte des Sports gesehen werden und noch keine Sicherungstechniken normalisiert oder entwickelt wurden, die von möglichst vielen Körpern zu bewerkstelligen sind.

Im Anschluss an diese Analyse wäre eine Annäherung an Diskursfragmente anderer Art wie beispielsweise Praktiken des Kletterns interessant. Während sich diese Arbeit auf die sprachlich-diskursive Ebene im *Panorama* konzentriert hat, könnte eine ethnografische Untersuchung der Praxis erweiterte Einblicke hinsichtlich Barrieren und Ausschlussmechanismen im Klettersport bieten. Eine Analyse von Vereinsstrukturen, konkreten Praktiken und Abläufen innerhalb von Klettergruppen sowie der Wechselwirkungen zwischen Trainer*innen, Sportler*innen sowie organisatorischen und materiellen Rahmenbedingungen könnte zeigen, in welcher Beziehung die Narrative des untersuchten Diskurses mit der konkreten Kletterpraxis stehen.

Darüber hinaus wäre eine Erweiterung der Analyse auf andere Medien sinnvoll. Die Berichterstattung im *Panorama* zeigt ein spezifisches Bild, das durch die institutionelle Nähe zum DAV beeinflusst sein könnte. Ein Vergleich mit anderen Kletter- und Bergsportmagazinen wie *Bergundsteigen*, *Klettern* oder *Climax* sowie Onlineforen könnte aufzeigen, ob und inwiefern die positive Darstellung der Teilhabe von Menschen mit Behinderung spezifisch für das *Panorama* als DAV-eigenes Medium ist oder ob ähnliche Narrative auch in unabhängigen Formaten dominieren. Zudem könnte die Auswertung von Sitzungsprotokollen einzelner DAV-Sektionen und deren Gremienarbeit die Perspektive auf die Aushandlung von Inklusionsprozessen erweitern.

Ein außerdem relevanter Forschungsansatz wäre die vergleichende Untersuchung des Kletterdiskurses mit anderen Sportarten. Klettern bietet durch seine Kombination aus Individual- und Teamsport, seinem starken Ideal des Freikletterns und der Seilschaft als zentrale soziale Einheit spezifische Bedingungen für die Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Ein Vergleich mit klassischen Individual- oder Mannschaftssportarten könnte aufzeigen, welche Momente der In- und Exklusion tatsächlich kletterspezifisch sind. Ebenso wäre eine Analyse des Kletterdiskurses außerhalb des deutschsprachigen Raums interessant, um zu untersuchen, ob und wie in anderen Diskursräumen mit den thematisierten Spannungsverhältnissen umgegangen wird.

Literaturverzeichnis

- Bette, K.-H. (2004). *X-treme: Zur Soziologie des Abenteuer- und Risikosports*. transcript.
- Boger, M.-A. (2017). Theorien der Inklusion – eine Übersicht. *Zeitschrift für Inklusion*, 1. <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/413>
- Boger, M.-A. (2023). (Re-)Produktion von Diskriminierung in sozialen Bewegungen. In A. Scherr, A. El-Mafaalani, & A. C. Reinhardt (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 1–13). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11119-9_52-1
- Burmester, S. (2023). Im Roten Bereich. *Klettern*, 3(23), 46–51.
- Cremer-Schäfer, H. (2018). Soziale Ausschließung als Voraussetzung und Folge Sozialer Arbeit. In R. Anhorn, E. Schimpf, J. Stehr, K. Rathgeb, S. Spindler, & R. Keim (Hrsg.), *Politik der Verhältnisse—Politik des Verhaltens* (S. 35–50). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-17954-0_3
- Crow, L. (2022). *Das gesamte Leben einbeziehen: Eine Erneuerung des sozialen Modells der Behinderung*. https://doi.org/10.15203/ZDS_2022_1.02
- DAV. (o. J.-a). Angebote für Menschen mit Behinderung im DAV. *alpenverein.de*. Abgerufen 11. Dezember 2024, von <https://www.alpenverein.de/verband/bergsport/sportentwicklung/inklusion-integration/angebote-fuer-menschen-mit-behinderung-im-dav>
- DAV. (o. J.-b). Der DAV in Zahlen. *alpenverein.de*. Abgerufen 9. Januar 2025, von <https://www.alpenverein.de/verband/ueber-den-dav/der-dav-in-zahlen>
- DAV. (o. J.-c). Inklusion & Integration. *alpenverein.de*. Abgerufen 11. Dezember 2024, von <https://www.alpenverein.de/verband/bergsport/sportentwicklung/inklusion-integration>
- DAV. (o. J.-d). *Stufenentwicklung vom beaufsichtigten zum selbständigen Sichern beim Klettern an künstlichen Kletterwänden in Abhängigkeit von kognitiven, sozialen und motorischen Leistungsmerkmalen (Fähigkeiten/Fertigkeiten)*. Abgerufen 9. Dezember 2014, von https://www.alpenverein.de/files/beurteilungskriterien_sicherungsstufen.pdf
- DAV. (2023a). Mediadaten der DAV-Medien. Erfolgreich werben in DAV Panorama und auf alpenverein.de. *alpenverein.de*. https://www.alpenverein.de/artikel/mediadaten-werben-in-dav-panorama-und-auf-alpenverein-de_98b69e92-e8f2-402a-b04a-224a723c5f26

- DAV. (2023b). Zahlen und Fakten zum Klettersport in Deutschland. *alpenverein.de*.
https://www.alpenverein.de/verband/presse/hintergrundinfos/zahlen-und-fakten-zum-klettersport-in-deutschland#:~:text=Kletter*innen%20in%20Deutschland%20geben,Kleinanlagen%20in%20Schulen%20und%20Tageseinrichtungen.
- DAV, & JDAV. (2011). *Empfehlung zur Sicherungskompetenz von Kindern und Jugendlichen beim Klettern*.
https://www.alpenverein.de/files/dav_und_jdav_empfehlung_zur_sicherungskompetenz_ki-1709543898.pdf
- DAV, & JDAV. (2014). *Inklusion leben! Menschen mit und ohne Behinderung treiben gemeinsam und gleichberechtigt Bergsport. Positionspapier des Deutschen Alpenvereins (DAV) und der Jugend des Deutschen Alpenvereins (JDAV)*.
https://www.alpenverein.de/chameleon/public/a0ce88e9-a95a-de40-ac55-ecd830809277/DAV_JDAV_Positionspapier_Inklusion_25240.pdf
- Dederich, M. (2007). *Körper, Kultur und Behinderung: Eine Einführung in die Disability Studies*. Transcript.
- Derecik, A., & Tiemann, H. (2021). Integration im Sport – Inklusion im Sport – Diskurse und Perspektiven. In A. Güllich & M. Krüger (Hrsg.), *Sport in Kultur und Gesellschaft* (S. 73–96). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-53407-6_25
- Egen, C., & Waldhoff, H.-P. (2023). Modelle von Behinderung und historische Entwicklungslinien von Behinderungsprozessen. Ein prozessoziologischer Versuch. *Zeitschrift Für Soziologie*, 52(2), 191–212.
<https://doi.org/10.1515/zfsoz-2023-2015>
- Einwanger, J. (2018). Erlebnispädagogik. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 81–95). Schattauer.
- Ewald, U. (2013). *Gefährdungen beim Hallenklettern—Soziologisch betrachtet*. wvb, Wiss. Verl.
- Forstner, M. (2022). *Biophenomenosoziales Modell von Behinderung*.
https://doi.org/10.15203/ZDS_2022_1.03
- Frühauf, A., Sevecke, K., & Kopp, M. (2019). Ist-Stand der Fachliteratur zu Effekten des therapeutischen Kletterns auf die psychische Gesundheit – Fazit: Viel zu tun. *neuropsychiatrie*, 33(1), 1–7. <https://doi.org/10.1007/s40211-018-0283-0>
- Gabriel, S., & Kinne, T. (2022). *Auf den Spuren körper-leiblicher Differenzierungen als Erfahrungen sozialer In- und Exklusion. Eine postphänomenologische Perspektive auf Körper und Behinderung*.
https://doi.org/10.15203/ZDS_2022_2.06
- Glowacz, S., & Pohl, W. (1992). *Richtig Freiklettern* (2., durchges. Aufl). BLV.

- Grzybowski, C., & Eils, E. (2011). Therapeutisches Klettern—Kaum erforscht und dennoch zunehmend eingesetzt. *Sportverletzung · Sportschaden*, 25(02), 87–92. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245539>
- Gugutzer, R., & Schneider, W. (2007). Der „behinderte“ Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursociologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 31–53). Transcript.
- Habelt, L., Kemmler, G., Defrancesco, M., Spanier, B., Henningsen, P., Halle, M., Sperner-Unterweger, B., & Hüfner, K. (2023). Why do we climb mountains? An exploration of features of behavioural addiction in mountaineering and the association with stress-related psychiatric disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(3), 639–647. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01476-8>
- Hirschberg, M. (2020). Eine Aufgabe für die Lehre: Analyse der machtvollen Konstruktion von Nicht_Behinderung. In C. Nolte (Hrsg.), *Disability history goes public: Praktiken und Perspektiven der Wissensvermittlung* (S. 51–75). Transcript.
- Hitzler, R., & Niederbacher, A. (2010). *Leben in Szenen: Formen juveniler Vergemeinschaftung heute* (3., vollständig überarbeitete Auflage). VS Verlag.
- Holzkamp, K. (1997). *Schriften. 1: Normierung, Ausgrenzung, Widerstand*. Argument-Verlag.
- Kastl, J. M. (2017). *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-04053-6>
- Keller, R. (2006). Zur Aktualität sozialwissenschaftlicher Diskursanalyse—Eine Einführung. In R. Keller, A. Hirsland, W. Schneider, & W. Viehöfer (Hrsg.), *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse. Bd. 1: Theorien und Methoden* (2., aktualisierte und erw. Aufl.). VS, Verl. für Sozialwiss.
- Keller, R. (2011). *Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms* (3. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kirchner, B. (2018). *Bewegungskompetenz: Sportklettern-zwischen (geschlechtlichem) Können, Wollen und Dürfen*. Springer VS.
- Köstermeyer, G. (2019). *Peak Performance: Klettertechnik und Klettertraining von A-Z* (9. überarbeitete Auflage). tmms-Verlag.
- Kowald, A.-C., & Zajetz, A. K. (2018). Vorwort. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.), *Therapeutisches Klettern: Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. V–VI). Schattauer.

- Kuhlmann, A. (2005). Behinderung und die Anerkennung von Differenz. *WestEnd, Jg.* 2(H. 1), 153–164.
- Leichtfried, V. (2015). Therapeutisches Klettern – eine Extremsportart geht neue Wege. In F. Berghold, H. Brugger, M. Burtscher, W. Domej, B. Durrer, R. Fischer, P. Paal, W. Schaffert, W. Schobersberger, & G. Sumann (Hrsg.), *Alpin- und Höhenmedizin* (S. 107–117). Springer Vienna. https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1833-7_11
- Lillotte, R. (2003). Psychomotorische Entwicklungsförderung am Beispiel eines Kletterprojekts in einem offenen, integrativen Kinder- und Jugendhaus. In *Praxis der Psychomotorik* (Bd. 28, Nummer 3, S. 177–186).
- Lukowski, T. (2017a). KiT: Klettern in der Therapie. In K. Mehl (Hrsg.), *Erfahrungsorientierte Therapie* (S. 121–128). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54544-7_5
- Lukowski, T. (2017b). *Klettern in der Therapie*. Ernst Reinhardt Verlag.
- Maskos, R. (2022). *Behinderte Subjekte als ‚Ensemble gesellschaftlicher Verhältnisse‘ – Oder: Schlaglichter auf einen nicht-reduktionistischen Materialitätsbegriff in den Disability Studies*. https://doi.org/10.15203/ZDS_2022_1.06
- Maurer, S. (2012). Soziale Arbeit als Regierungskunst? Zur Bedeutung einer machtanalytischen Perspektive in der Sozialen Arbeit. In B. Hauptert (Hrsg.), *Soziale Arbeit in Gesellschaft: Teil der Lösung—Teil des Problems* (S. 113–131). Peter Lang.
- Mroncz, T. (2001). Klettern für Kinder mit Wahrnehmungsstörungen—Mehr als die Eroberung der dritten Dimension. In *Motorik* (Bd. 24, Nummer 3, S. 87–93).
- Müller, M. (2017). „You know you’re not part of it“. Die Konstruktion von Unvergleichbarkeit behinderter Menschen im (Hochleistungs-)Sport. In M. Müller & C. Steuerwald (Hrsg.), *„Gender“, „Race“ und „Disability“ im Sport: Von Muhammad Ali über Oscar Pistorius bis Caster Semenya* (S. 243–282). Transcript.
- Müller-Rochholz, E. (2010). Klettern für Soft Skills. Klettern als erlebnispädagogische Maßnahme für Jugendliche ohne Ausbildung. Wie ein Klettertag am Anfang eines sozialen Lernprozesses steht. In *Sportpädagogik* (Bd. 34, Nummer 5, S. 20–23).
- Nestler, S. (2024). Wenn Berglust zur Bergsucht wird. *Bergundsteigen, 126*, 92–97.
- Ott, M. (2006). Schwere Felsfahrt. Leo Maduschka und der alpinistische Diskurs um 1930. In R. Gugutzer (Hrsg.), *Body turn* (S. 249–262). transcript Verlag. <https://doi.org/10.1515/9783839404706-011>
- Perwitzschky, O. (2015). *Klettern: Das Standardwerk. Technik & Sicherheit für Halle und Fels* (5. Aufl., Neuausg). BLV.

- Peskoller, H. (1998). *BergDenken: Eine Kulturgeschichte der Höhe* (2. Aufl). Eichbauer.
- Peter, T., & Waldschmidt, A. (2017). Inklusion. Genealogie und Dispositivanalyse eines Leitbegriffs der Gegenwart. *Sport und Gesellschaft*, 14(1), 29–52. <https://doi.org/doi:10.1515/sug-2017-0003>
- Sasse, A., & Moser, V. (2016). Behinderung als alltagspraktische, historische und erziehungswissenschaftliche Kategorie. In I. Hedderich, G. Biewer, J. Hollenweger, & R. Markowetz (Hrsg.), *Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik* (S. 138–145). Verlag Julius Klinkhardt.
- Saul, D., Steinmetz, G., Lehmann, W., & Schilling, A. F. (2019). Determinants for success in climbing: A systematic review. *Journal of Exercise Science & Fitness*, 17(3), 91–100. <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2019.04.002>
- Saurwein, K. (2018). Paracimbing. *Bergundsteigen*, 104, 48–58.
- Schillmeier, M. (2007). Zur Politik des Behindert-Werdens. Behinderung als Erfahrung und Ereignis. In A. Waldschmidt & W. Schneider, *Disability studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Transcript.
- Schmuhl, H.-W. (2013). Einführung. In H.-W. Schmuhl & U. Winkler (Hrsg.), *Welt in der Welt: Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History* (S. 9–20). Kohlhammer.
- Schöffl, I., & Schöffl, V. (2020). Chronische Mangelernährung im Klettersport. In V. Schöffl, I. Schöffl, T. Hochholzer, & C. Lutter (Hrsg.), *Klettermedizin* (S. 177–183). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61090-9_13
- Schönwiese, V. (2012). *Behinderung als Schicksals-Konstruktion. Zur Analyse von öffentlichen Darstellungen behinderter Menschen*. Innsbruck University Press. <https://doi.org/10.25969/MEDIAREP/1534>
- Seifert, R. (2021). Exklusion/Inklusion als Analysekatoren: Chancen und Fallstricke für die Soziale Arbeit. In R. Anhorn & J. Stehr (Hrsg.), *Handbuch Soziale Ausschließung und Soziale Arbeit* (Bd. 26, S. 423–444). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19097-6_12
- Slaby, J. (2022). Das Stichwort: Postphänomenologie. *Information Philosophie*, 2, 34–38.
- Soravia, L., Stocker, E., Schläfli, K., Schönenberger, N., Schreyer, M., Dittrich, T., & Grossniklaus, C. (2015). Klettern als Chance in der Suchtbehandlung. *Suchttherapie*, 17(01), 34–39. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548898>

- Statista. (2023). *Anzahl der Kletter- und Boulderhallen in Deutschland von 1990 bis 2023*. [https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1254077/umfrage/anzahl-kletterhallen-in-deutschland/#:~:text=Die%20Anzahl%20der%20Kletterhallen%20stieg,%3E100qm%20Kletterfl%C3%A4che\)%20in%20Deutschland.](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1254077/umfrage/anzahl-kletterhallen-in-deutschland/#:~:text=Die%20Anzahl%20der%20Kletterhallen%20stieg,%3E100qm%20Kletterfl%C3%A4che)%20in%20Deutschland.)
- Stern, M. (2010). *Stil-Kulturen: Performative Konstellationen von Technik, Spiel und Risiko in neuen Sportpraktiken*. Transcript.
- Strübing, J. (2018). *Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). De Gruyter Oldenbourg.
- Strübing, J. (2021). *Grounded Theory: Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung eines pragmatistischen Forschungsstils*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-24425-5>
- Waldschmidt, A. (2009). „Normalität“ und „Behinderung“ im Alltagswissen: Diskursanalyse eines Internetforums. *SWS-Rundschau*, 3 (49), 314–336.
- Waldschmidt, A., & Schneider, W. (2007). Disability Studies und Soziologie der Behinderung. Kultursoziologische Grenzgänge—Eine Einführung. In A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (S. 9–28). Transcript.
- Warwitz, S. (2022). *Sinnsuche im Wagnis: Leben in wachsenden Ringen. Erklärungsmodelle für grenzüberschreitendes Verhalten* (1st ed). wbv Media GmbH & Co. KG.
- Weber, F. (2015). *Therapeutisches Klettern für Kinder mit ADHS: Visuelle Wahrnehmung und sensorische Integration*. Diplomica Verlag GmbH.
- Zühlke, R. (2024). Hungern zum Erfolg. *Bergundsteigen*, 126, 110–113.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Maximilian Dinkel, dass ich die Masterarbeit mit dem Titel

Klettern und Inklusion - Eine Analyse des szeneeigenen Diskurses in Bezug auf Behinderung

eigenständig erbracht, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken (Texte, Textbausteine und/oder-fragmente) als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde nicht, auch nicht in Teilen, unter Verwendung eines textbasierten Dialogsystems (wie ChatGPT) oder auf andere Weise mit Hilfe einer künstlichen Intelligenz von mir verfasst. Die Arbeit habe ich in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise noch keiner Prüfungsbehörde zu Prüfungszwecken vorgelegt. Mir ist bekannt, dass Zuwiderhandlungen gegen den Inhalt dieser Erklärung einen Täuschungsversuch darstellen, der grundsätzlich das Nichtbestehen der Prüfung zur Folge hat.

Freiburg, den 04.02.2025



Maximilian Dinkel

Anhang 1: Sample

A1-21-TK	Bergbauer, T., & Polenz, J. (2021). An die Wand - Aus der Krise. DAV Panorama, 2(73), 52–54.
A2-20-KB	Michelsen, S. (2020). Klettern ohne Augenlicht. DAV Panorama, 3(72), 54–56.
A3-20-KB/P	G., M. (2020). Mut zur Überwindung. DAV Panorama, 1(72), 10.
A4-17-W/P	Beim Klettern kann ich meine Kraft rauslassen. (2017). DAV Panorama, 1(69), 28.
A5-23-P	Brock, K., & Goldhagen, V. (2023). Schicksalsdinge. DAV Panorama, 4(75), 58–61.
A6-17-IK	Geht nicht- gibt's nicht! (2017). DAV Panorama, 5(69), 108.
A7-17-KI	Inklusion mal andersrum. (2017). DAV Panorama, 2(69), 10.
A8-18-KB	Stern für die GäMSen. (2018). DAV Panorama, 2(70), 110.
A9-22-IK/KI	„Hier kommst du an, hier darfst du sein!“ (2022). DAV Panorama, 5(74), 89.
A10-14-KB	„Ich hätte nie gedacht, dass das klappt!“. (2014). DAV Panorama, 4(66), 17.
A11-16-KI	Frühholz, C. (2016). Ein toller bunter Haufen. DAV Panorama, 5(68), 90–93.
A12-15-P	Seeger, M. (2015). Klettern, meine neue Leidenschaft. DAV Panorama, 4(67), 8.
A13-14-TK/P	Am scharfen Ende zurück ins Leben. (2014). DAV Panorama, 2(22), 18.
A14-16-P	Laux, C. (2016). Balsam für die Seele. DAV Panorama, 2(68), 8.
A15-16-KB	Pröttel, M. (2016). Warum tun die das? DAV Panorama, 5(68), 98–100.
A16-16-TK/KI	Tafertshofer, V. (2016). Ein Kick, der bleibt. DAV Panorama, 1(68), 65–66.
A17-17-IK	Winter, S. (2017). Alle dürfen klettern. DAV Panorama, 6(69), 56–57.
A18-23-TK	Eichner, S. (2023). Heilen in der Vertikalen. DAV Panorama, 6(75), 49–50.
A19-24-W	Miteinander hoch hinaus! (2024). DAV Panorama, 4(76), 88.
A20-24-S	Geiger, S. (2024). Schwer wiegende Probleme. DAV Panorama, 6(75), 22–23.
A21-24-DR	Brunner, H., & Winter, S. (2024). Akute Belastung. DAV Panorama, 5(76), 46–48.
A22-24-DR	DAV Sicherheitsforschung (2024). Kletterhallen-Unfallstatistik 2023. DAV Panorama, 5(76), 22–23.
A23-16-DR	Ob du behindert bist. (2016). DAV Panorama, 5(68), 70.
A24-22-DR	Dick, A. (2022). Was zählt? DAV Panorama, 6(74), 24–25.
A25-15-DR	Ruoß, M. (2015). Bergsucht taugt nicht als Vorbild. DAV Panorama, 2(67), 8.

Anhang 2: Kategoriensystem

K1	<i>Hauptthemen der Artikel</i>
K1-KB	<i>Kletterangebote für Menschen mit Behinderung</i>
K1-KI	<i>Kletterangebote für Menschen mit und ohne Behinderung</i>
K1-TK	<i>Therapeutisches Klettern</i>
K1-P	<i>Kletternde Persönlichkeit mit Behinderung</i>
K1-W	<i>Wettkampf</i>
K1-IK	<i>Institutionalisierung des inklusiven Kletterns</i>
K1-S	<i>Essstörungen durch Klettern</i>
K1-DR	<i>Interessantes vom Diskursrand</i>
K2	<i>Klettern als Mittel zur Bearbeitung körperbezogener Probleme</i>
K2-U	<i>Ursachen</i>
K2-A	<i>Auslöser/Grund</i>
K2-W	<i>Wirkungsweise/Wirkungsebene</i>
K2-K	<i>Konsequenzen</i>
K3	<i>Klettern als Ort der Teilhabe</i>
K3-B	<i>Barrieren und Ausschlussmechanismen</i>
K3-B-O	<i>Organisatorisch</i>
K3-B-M	<i>Materiell</i>
K3-B-W	<i>Wissensbestände</i>
K3-A	<i>Auslöser/Grund für Veränderung</i>
K3-BA	<i>Barriereabbau/Anpassungsstrategie</i>
K3-K	<i>Konsequenzen</i>
K3-K-T	<i>Teilhabe</i>
K3-K-E	<i>Ehrung von Akteur*innen</i>
K4	<i>Klettern als differenzierende Aktivität</i>
K4-U	<i>Ursache</i>
K4-S	<i>Strategien</i>
K4-S-T	<i>spezifische Trainer*innenausbildung</i>
K4-S-A	<i>Abweichende Praxis</i>
K4-S-K	<i>Kletter-und Sicherheitsrelevante Kompetenzen</i>
K4-S-W	<i>Kategorisierungen in Wettkämpfen</i>
K4-K	<i>Konsequenzen</i>
K5	<i>Klettern als Abbau von Differenz</i>
K5-A	<i>Ausgangssituation</i>
K5-S	<i>Strategien</i>
K5-S-Z	<i>Irrelevanz von Zugehörigkeiten</i>

K5-S-B	<i>Begegnungsraum</i>
K5-S-V	<i>Irritation von Vorurteilen</i>
K5-K	<i>Konsequenzen</i>
K6	<i>Klettern als Ursache für Beeinträchtigungen</i>
K6-U	<i>Ursachen</i>
K6-I	<i>Intervenierende Bedingungen</i>
K6-S	<i>Strategien</i>
K6-K	<i>Konsequenzen</i>
K7	<i>Kritik/Probleme</i>
K8	<i>Konzepte von Behinderung</i>
K8-K	<i>Kulturelles Modell</i>
K8-S	<i>Soziales Modell</i>
K8-M	<i>Medizinisches Modell</i>
K9	<i>Konzepte von Inklusion</i>
K9-ND	<i>Normalisierung-Dekonstruktion</i>
K9-DE	<i>Dekonstruktion-Empowerment</i>
K9-NE	<i>Normalisierung - Empowerment</i>
K10	<i>Autor*innen/Sprecher*innen Position</i>
K10-K	<i>Keine erkennbare Positionierung</i>
K10-I	<i>Person mit Behinderung im Interview</i>
K10-A	<i>Autor*in hat Behinderung</i>

Anhang 3: Kodierverzeichnis

Kode	Artikel	Kommentar	Segment
K1-KB	A8-18-KB	Bericht über Klettergruppe für Menschen mit Behinderung	Die Klettergruppe gründete sich 2013 mit dem Ziel, an Multipler Sklerose erkrankten Menschen durch das Klettern neue körperliche Erfahrungen zu ermöglichen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken. Inzwischen haben sich in der Gruppe Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zusammengefunden; sie treffen sich alle 14 Tage zum gemeinsamen Klettern in der Halle.
K1-KB	A2-20-KB	Bericht über Klettergruppe für Kinder mit Sehbehinderung	Auf den ersten Blick ist die Klettergruppe des Sehbehinderten- und Blindenzentrums Südbayern (SBZ) eine Jugendgruppe wie jede andere.
K1-KB	A10-14-KB	Bericht über Klettergruppe für Menschen mit Multipler Sklerose	In Wuppertal haben die beiden die Gruppe „Die GäMSen“ gegründet, in der MS-Betroffene gemeinsam klettern.
K1-KB	A3-20-KB/P	Bericht über Klettergruppe für Menschen mit Behinderung	Schon seit zehn Jahren gibt es in der DAV-Sektion Frankfurt die Abteilung „KLETTHERAPIE“ – und mittlerweile noch weitere Kletter-Angebote für Menschen mit Behinderungen.
K1-KB	A15-16-KB	Bericht über Klettergruppe für Menschen mit Behinderung	Wenig später war Lilos wöchentlicher Klettertreff geboren. Seitdem unterstützt sie in der Kletterhalle Thalkirchen jeden Montag derzeit sieben Kletterinnen mit Handicaps wie Blindheit, Multipler Sklerose, Muskelschwäche oder eben Parkinson.
K1-KI	A7-17-KI	Bericht über Kletter-AG an Schule mit Schüler*innen mit und ohne Behinderung	Und weil Hallenklettern der Sportlehrerin optimal erschien, um „Grenzen zu erfahren, Körperwahrnehmung zu schulen, Fertigkeiten auszubauen ...“, gründete sie schon vor zehn Jahren eine inklusive Klettergruppe.
K1-KI	A9-22-IK/KI	Bericht über DAV Sektion, in der Menschen mit und ohne Behinderung gemeinsam Klettern	Im Alpenvorland bei Rosenheim leistet eine kleine Alpenvereinssektion etwas ganz Großes: Hier klettern die Mitglieder gemeinsam – und leben Offenheit, Respekt und Vielfalt barrierefrei.
K1-K	A11-16-KI	Bericht über Verein, in dem Menschen mit und ohne Behinderung zusammen Klettern	Im Münchner Verein „Ich will da rauf e. V.“ klettern Menschen mit und ohne Behinderung seit fast zehn Jahren ganz selbstverständlich miteinander und zeigen, dass ganz schön viel geht, wenn man zusammenhält.
K1-KI	A16-16-TK/KI	Bericht über Kletterprojekt mit Drogenabhängigen, Ex-Drogenabhängigen und Personen ohne persönlichen Drogenbezug	Einige sind „Clients“, die aktuell auf dem Weg aus der Drogensucht sind, andere wie Nadine und Johannes sind sogenannte „Peers“, also Ex-Drogenkonsumenten, die schon über mehrere Jahre clean sind und als Vorbilder agieren. Und dann sind Leute dabei, die keine eigenen Erfahrungen mit Drogensucht haben, aber die Clients und Peers als Freizeitpartner schätzen.
K1-TK	A18-23-TK	Bericht über therapeutisches Klettern	Corona, Krieg und persönliche Sorgen: Fast jeder dritte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens psychisch. Sport kann helfen – die Psychotherapeutin Susanne Lehner behandelt drei junge Menschen an der Kletterwand.
K1-TK	A16-16-TK/KI	Bericht über therapeutisches Klettern mit (Ex-) Drogenabhängigen	Sport ist echt! Das zeigt eine Bergsportgruppe in Nürnberg, die ehemalige Drogenabhängige im Leben festigt.
K1-TK	A13-14-TK/P	Bericht über Person, die einen Unfall hatte und Klettern als Therapie anwendet	Nach 16 Wochen im Koma und vier Jahren Reha hat ein junger Oberbayer das Klettern als Therapie entdeckt.
K1-TK	A1-21-TK	Bericht über die Wirkweisen von therapeutischem Klettern	Klettern als Therapie
K1-P	A3-20-KB/P	Bericht über persönliche Klettergeschichte mit Behinderung	Schon seit zehn Jahren gibt es in der DAV-Sektion Frankfurt die Abteilung „KLETTHERAPIE“ – und mittlerweile noch weitere Kletter-Angebote für Menschen mit Behinderungen. Ein Teilnehmer berichtet.
K1-P	A4-17-W/P	Interview mit Wettkampfkletterer mit Behinderung	Ein deutscher Weltmeister: Bei der Paraclimbing-WM in Paris gewann Korbinian Franck (27) aus Bad Feilnbach Gold in der Kategorie RP1 („begrenzte Reichweite, Kraft oder Stabilität“) – vor seinem Teamkameraden Nils Helsper.
K1-P	A12-15-P	Bericht über persönliche Klettergeschichte von Person mit Behinderung	Ich, Martin Seeger, 46, Informatiker und seit Geburt behindert. Sauerstoffmangel während der Geburt führte zu einer Sprachbehinderung und zu einer Spastik, die meine Motorik einschränkt und mich an den Rollstuhl bindet. Die Idee zum Klettern hatte ein Freund.

K1-P	A13-14-TK/P	Bericht über persönliche Klettergeschichte von Person mit Behinderung	Nach 16 Wochen im Koma und vier Jahren Reha hat ein junger Oberbayer das Klettern als Therapie entdeckt. Und steigt nun sogar schon vor.
K1-P	A14-16-P	Bericht über persönliche Klettergeschichte von Person mit Krebs	Christine Laux (47) liebt das Sandsteinklettern – auch noch, oder erst recht, nachdem bei ihr vor fünf Jahren Dickdarmkrebs diagnostiziert wurde.
K1-P	A5-23-P	langer Bericht über Wettkampfkletterer mit Behinderung	Phil ist 41 Jahre alt, Vater eines Sohnes und leidenschaftlicher Sportkletterer. Er klettert stark – so stark, dass er bei den Weltmeisterschaften 2023 in Bern antritt. Und er hat eine ganz spezielle Beziehung zum Klettern. Denn der Sport hat sein Leben gerettet.
K1-W	A4-17-W/P	Interview mit Wettkampfkletterer mit Behinderung	Ein deutscher Weltmeister: Bei der Paraclimbing-WM in Paris gewann Kobinian Franck (27) aus Bad Feilnbach Gold in der Kategorie RP1 („begrenzte Reichweite, Kraft oder Stabilität“) – vor seinem Teamkameraden Nils Helsper.
K1-W	A19-24-W	Bericht über den ersten Kletterwettkampf für Menschen mit ‚geistiger‘ Behinderung in Deutschland	Bereits 2023 organisierte die Sektion mit dem Verein Special Olympics Thüringen e. V. deutschlandweit den ersten anerkannten Wettkampf für Menschen mit körperlicher wie geistiger Behinderung in der Sportart Klettern: als eigene Wertungsklasse integriert in den Weimarer Kletterwettkampf.
K1-IK	A17-17-IK	Kletterschein für Menschen mit Behinderung	Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen.
K1-IK	A9-22-IK/KI	Bau einer barrierearmen Kletterhalle	Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bislang hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen.
K1-IK	A6-17-IK	Trainer*innenausbildung für Klettern mit Menschen mit Behinderung	Seit 2016 neu im DAV-Programm ist die Ausbildung zum Trainer C für Menschen mit Behinderungen.
K1-S	A20-24-S	Essstörungen beim Klettern (RED-S)	Essstörungen beim Klettern. Weniger Körpergewicht ist gleich mehr Leistung – diese Faustformel taucht im Leistungssport immer wieder auf. Auch beim ambitionierten Klettern unterliegen Sportler*innen der Versuchung, durch Hungern besser werden zu wollen. Über die Gefahren berichtet Stephanie Geiger.
K1-DR	A25-15-DR	Beitrag, der Bergsport als Suchtmittel thematisiert	Bergsucht taugt nicht als Vorbild.
K1-DR	A24-22-DR	Kategorisierung von Behinderung bei der Anerkennung von Leistungen wird hinterfragt	Ist es eigentlich nicht auch eine Art von Diskriminierung, die Leistung eines Menschen nur wegen seiner Zugehörigkeit zu einer Minderheit zu dokumentieren? Nach dem Motto: „ganz gut für eine Frau/einen Menschen mit Migrationshintergrund/eine Person of Color“? Und wollte man Topleistungen aus allen Gesellschaftsgruppen würdigen, könnte man sich verzetteln wie bei den Paraclimbing-Wettbewerben, wo neun Startklassen noch ausdifferenziert werden.
K1-DR	A21-24-DR	Psychische Probleme durch dramatische Erfahrungen beim Bergsteigen	Wer am Berg unterwegs ist, kann trotz sorgfältiger Vorbereitung und bester Ausrüstung in eine Notlage geraten oder einen Unfall erleiden. Nach solchen belastenden Ereignissen im Bergsport ist es wichtig, das Erlebte zu verarbeiten und sich gegebenenfalls externe Hilfe zu holen.
K1-DR	A22-24-DR	Statistik von Unfällen mit Verletzungen beim Klettern in der Halle	Von DAV-Sektionen werden gut 220 künstliche Kletteranlagen betreut, bei KLEVER (Kletterhallenverband e.V.) sind es 69. Eine beträchtliche Zahl an Sportstätten, in denen in Deutschland geklettert und gebouldert wird. Demnach ist es nicht verwunderlich, dass dabei auch Unfälle passieren. Seit einigen Jahren geben beide Verbände jährlich eine gemeinsame Unfallstatistik heraus.
K1-DR	A23-16-DR	Satirischer Beitrag, der Ideale beim Bergsteigen und die Kategorie Behinderung hinterfragt	Bei all den Hilfsmitteln, die ihr Menschen am Berg braucht, frage ich mich schon manchmal: Seid ihr nicht alle irgendwie behindert?
K2-U	A18-23-TK	Viele Menschen leiden im Laufe ihres Lebens an psychischen Erkrankungen	Corona, Krieg und persönliche Sorgen: Fast jeder dritte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens psychisch.

K2-U	A5-23-P	Persönliche 'Schicksalsgeschichte'	Dann kam der Unfall, der sein ganzes Leben veränderte. Der 17. September im Jahr 2016: „Wir waren auf dem Rückweg von Ikea. Es war Starkregen, richtig viel Aquaplaning. Ich bin gefahren, meine Freundin saß neben mir. In einer Linkskurve ist mir der Wagen dann ausgebrochen – ziemlich schnell, ziemlich stark – und wir sind von einem entgegenkommenden Fahrzeug gerammt worden. Direkt in die Fahrerseite rein. Meine Freundin dachte, ich sei tot.“
K2-U	A4-17-W/P	Persönliche 'Schicksalsgeschichte'	2009 hat es mich auf der Straße beim Radfahren geschmissen und ein Auto konnte nicht mehr bremsen. Schädel-Hirn-Trauma, sechs Wochen Koma, neun Monate Krankenhaus, drei Monate Reha.
K2-U	A1-21-TK	Viele Menschen leiden unter psychischen Erkrankungen	In Deutschland erkrankt laut einer Studie des Robert-Koch-Instituts (DEGS1- Studie mit Zusatzmodul „psychische Gesundheit“) jährlich mehr als ein Viertel der Erwachsenen psychisch. Zu den drei häufigsten Krankheitsbildern zählen Angststörungen, Depressionen und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum. Was auch aus der Studie hervorgeht: Die Mehrheit begibt sich nicht in Behandlung, dabei kommt das Thema mentale Gesundheit immer mehr in der Mitte der Gesellschaft an. Daten der Krankenkassen zeigen, dass der Bedarf an Therapie und Behandlungsmöglichkeiten stetig wächst. Psychische Krankheiten sind inzwischen genauso häufig wie andere „Volkskrankheiten“, etwa Bluthochdruck oder Diabetes.
K2-U	A1-21-TK	Schlechtes Einschätzen von persönlichen Grenzen	So können Burnout-Patienten und -Patientinnen oft ihre Grenzen schlecht einschätzen. „Sie überfordern sich bis zur totalen Erschöpfung“, sagt Alexander Heimbeck. „In den Körper zu spüren ist hier besonders wichtig! Die Signale des Körpers richtig zu deuten, hilft Muster zu erkennen und sich mit dem Therapeuten neue Handlungsoptionen zu erarbeiten.“ So kann es zum Beispiel ein komplett neues Handlungsmuster sein, sich selbst zu erlauben, beim Klettern eine Pause zu machen.
K2-A	A3-20-KB/P	Engagement von Ehrenamtlichen	Dank dem DAV und seinen tollen Betreuern und Betreuerinnen habe ich wieder etwas für mich gefunden, das mir neuen Ansporn und Kraft gibt, nicht aufzugeben.
K2-A	A4-17-W/P	Ehrgeiz durch Wettkampf. (Hier codiert, da später im Interview deutlich wird, dass es auch um Rehabilitation geht)	Mein Ziel war es, vorn mit dabei zu sein. Dafür habe ich dreimal pro Woche trainiert und so manchen Tag fürs Training freigenommen.
K2-A	A1-21-TK	Keine spezifischen Übungen notwendig	„Das Klettern kann therapeutisch wirksam sein – ganz ohne spezifische Übungen. Die Kletterwand spiegelt einem die eigenen Themen und hilft, diese auf den Tisch zu bringen“, erklärt Dr. Alexander Heimbeck, der leitende Sport- und Bewegungstherapeut an der psychosomatischen Schön Klinik Roseneck.
K2-A	A1-21-TK	Wirksamkeit von Klettern durch Studien bestätigt	Die Wirksamkeit von Klettern und Bouldern bestätigen die Ergebnisse verschiedener Studien. 2015 entwickelte ein Team aus Psychologinnen und Soziologinnen an der Universität Erlangen das Programm „Klettern und Stimmung“ und startete eine Pilotstudie. Ab Mai 2017 begleiteten sie in einer zweiten Studie 133 Patienten und Patientinnen bei Boulder-Einheiten mit psychotherapeutischen Elementen. Sie erforschten die Wirkung des jeweils achtwöchigen Programms auf depressive Menschen. Die Ergebnisse der Studie stellten sie Anfang 2020 auf dem weltweit ersten Kongress zum Thema Klettern in der Psychotherapie an der Schön Klinik Roseneck vor. Ergebnis: Die Erkrankten zeigten mit der Zeit auffällig weniger depressive Symptome. Sie fühlten sich körperlich besser, ausgeglichener und verspürten wieder mehr Selbstvertrauen.
K2-A	A19-24-W	Bestreben durch gemeinsames Klettern von Menschen mit und ohne Behinderung gegenseitige Akzeptanz zu fördern	Der DAV Weimar möchte mit der Inklusion von Menschen mit Behinderung in den Kletterhallenalltag die gegenseitige Akzeptanz im Verein und in der Kletterhalle fördern und hofft, Kooperationen mit Schulen und weiteren Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nachhaltig auszubauen.
K2-A	A18-23-TK	Wirksamkeit von Klettern durch Studien bestätigt	Ergebnisse aktueller Studien zeigen: Bouldern ist wirksamer als reine körperliche Bewegung und kann mindestens so wirksam wie eine Verhaltenstherapie sein

K2-A	A16-16-TK/KI	Vorteil des Kletterns: Es wird nicht viel Ausrüstung benötigt und es werden schnell Fortschritte gemacht	Außerdem braucht man nicht viel Ausrüstung oder Kondition und macht schnell Fortschritte.
K2-A	A13-14-TK/P	Idee von Heilpraktiker	Die Idee dazu hatte Cameron Paul, Heilpraktiker für Psychotherapie in Hausham, der oft Outdoorsport als erlebnisorientierte Therapiemethode einsetzt.
K2-A	A5-23-P	Ehrgeiz, schwerer zu klettern	2018 wurde er zum Teamtraining eingeladen, noch im selben Jahr belegte er einen zweiten Platz bei seinem ersten internationalen Wettkampf. Auch dadurch hat er neue Trainingsziele gefunden, die ihn immer weitermachen lassen. „Ich konnte vor vier Jahren keine Sekunde an einer Leiste hängen – heute mache ich daran wieder Klimmzüge. Solche Ziele mögen für andere schwachsinnig erscheinen, mich motiviert so etwas total.“
K2-A	A5-23-P	Ehrgeiz, schwerer zu klettern	Manches bleibt und wird nie besser werden, aber insgesamt ist der 41-Jährige mit sich im Reinen: „Ich habe jedes Jahr Fortschritte gemacht. Jetzt immer noch. Ich habe schon das Ziel, wieder einmal eine Tour im 10. Grad zu klettern. Ich will mir das beweisen.“ Und so weit ist der Zehner gar nicht mehr weg: Im 9. Grad ist Phil bereits wieder unterwegs.
K2-A	A1-21-TK	Alternative Behandlungsmöglichkeiten wie zum Beispiel Klettern sind verbreitet	Genauso wie es bei Krankheiten wie Bluthochdruck neben Medikamenten andere Behandlungsmöglichkeiten gibt, setzen Therapeuten bei psychischen Erkrankungen ebenfalls auf Alternativen. Zum Beispiel auf das Klettern.
K2-W	A18-23-TK	Beim Klettern kommen individuelle Themen zum Vorschein	Dabei kommen an der Wand individuelle Themen zum Vorschein, wie Ängste oder der Umgang mit eigenen Grenzen.
K2-W	A18-23-TK	Klettern kann bei verschiedenen psychischen Erkrankungen helfen	Bei welchen Erkrankungen kann therapeutisches Klettern unterstützen? Es kann bei Depressionen, Burnout, ADHS oder auch Bindungsstörungen helfen. Dabei kommen an der Wand individuelle Themen zum Vorschein, wie Ängste oder der Umgang mit eigenen Grenzen.
K2-W	A18-23-TK	Gruppengefühl beim Klettern hat positiven Effekt auf die Symptome der psychischen Erkrankungen und Jugendliche können neue Beziehungserfahrungen machen	Das Gefühl der Zugehörigkeit zur Gruppe (Gruppenkohäsion) und die Beziehungen untereinander haben einen Effekt auf die Symptome der Einzelnen. Die Jugendlichen machen in der Gruppe neue Beziehungserfahrungen und können neue Rollen ausprobieren. Mal sind sie die Starken, mal erleben sie Unterstützung von der Gruppe.
K2-W	A16-16-TK/KI	Klettern als Möglichkeit für (Ex-) Konsument*innen Freundschaften zu knüpfen	Beim Sichern vertraut man sich gegenseitig sein Leben an. Dadurch entstehen Freundschaften, wie man sie im Drogenmilieu nicht findet.
K2-W	A16-16-TK/KI	Klettern als eine Art Substitution für den Kick beim Drogenkonsum	Gerade das Bouldern bewährt sich aus vielerlei Gründen als gutes Mittel gegen den Rückfall. Den ehemaligen Usern von „Crystal“ gibt das Klettern den Kick, den sie sich mit dem Aufputzmittel künstlich holten – aber beim Klettern ist das gute Gefühl auch am nächsten Tag noch da.
K2-W	A16-16-TK/KI	Klettern als Ort der Begegnung für Ex-Drogenabhängige, die ihren Freundeskreis verloren haben	Der Entzug ist eine Sache – dauerhaft clean zu bleiben eine ganz andere. Das Clubgründungsmitglied Nadine erzählt: „Nach dem Gefängnis oder einer Entgiftung wenden sich die meisten komplett vom alten Bekanntenkreis ab, um nicht rückfällig zu werden. Es ist dann schwierig, wieder Freunde zu finden, die nichts mit Drogen zu tun haben. Der wöchentliche Treff in der Boulderhalle kann helfen, neue Kontakte zu knüpfen.“
K2-W	A3-20-KB/P	Klettern motiviert, trotz Behinderung körperlich aktiv zu sein	Dieser Tag hat etwas in mir verändert. Wieder ein Ziel zu haben, etwas zu tun, was meinen Körper und meinen Geist in eine neue Balance bringt.
K2-W	A14-16-P	Erinnerungen ans Klettern helfen in Tagen, an denen „gar nichts geht“	So habe ich auch die Bewältigung der Erkrankung versucht anzugehen. Geholfen haben mir die vielen schönen Erlebnisse und Erinnerungen an Klettertage und Bergtouren, besonders in den Tagen, wenn bei mir gar nichts mehr ging, die Couch mein Begleiter war.
K2-W	A13-14-TK/P	Klettern eignet sich zur Rehabilitation	Und ich will darauf hinweisen, was für ein genialer Rehasport das Klettern ist
K2-W	A18-23-TK	Klettern kann besonders bei Depressionen helfen, da Selbstwirksamkeit erfahren wird	Besonders auch bei Depressionen kann therapeutisches Klettern helfen, die eigene Selbstwirksamkeit wieder zu spüren und etwas aus eigener Kraft zu schaffen.

K2-W	A12-15-P	Klettern gut für Koordinationstraining	Gerade für das Training der Koordination ist das Klettern ein genialer Sport.
K2-W	A12-15-P	Neues, gutes Körpergefühl durchs Klettern	Es war ein fantastisches Gefühl. Ich hatte auf einmal ein ganz neues Körpergefühl. Ich schaute nicht wie immer zu den Leuten hoch, sondern jetzt auch mal auf sie runter.
K2-W	A11-16-KI	Klettern gut für Psyche	Ob ihr Arm und die Finger kräftiger geworden sind? „Nicht so sehr“, meint Martina, „aber vor allem mental ist das Klettern eine gute Sache.“
K2-W	A10-14-KB	Körper wird gestreckt und Muskeln angesprochen	Klettern tut mir einfach gut. Der Körper wird gestreckt, alle Muskeln werden angesprochen. In den Tagen danach kann ich besser stehen und gehen.
K2-W	A15-16-KB	Klettern ist gut für die Koordination bei Menschen mit Parkinson	2010 entdeckte Lilo, die seit etwa zwölf Jahren an Parkinson erkrankt ist, für sich selbst das Klettern als große Chance. „Der Sport ist gerade bei frisch Erkrankten sehr gut für die Koordination. Die Kletterwand zwingt mir die Rechts-Links-Koordination, die bei Parkinson oft nicht mehr richtig funktioniert, geradezu auf“, erklärt die sportliche Frau.
K2-W	A5-23-P	Muskelaufbau	Phil muss es wissen. Denn ihn hat der Sport wortwörtlich gerettet. Ein Gutachterkreis hat seinen Unfall rekonstruiert und bewertet. Sein jahrzehntelanges Training, die dadurch aufgebauten Muskeln haben ihm das Leben gerettet.
K2-W	A7-17-KI	Grenzerfahrungen, Schulung von Körperwahrnehmung	„Wir inkludieren auch Jugendliche ohne Behinderung“, sagt Kirsten Kaib; 25 Prozent nichtbehinderte Schüler hat die Edith-Stein-Schule in Hochheim am Main. Und weil Hallenklettern der Sportlehrerin optimal erschien, um „Grenzen zu erfahren, Körperwahrnehmung zu schulen, Fertigkeiten auszubauen ...“, gründete sie schon vor zehn Jahren eine inklusive Klettergruppe. 14 Jugendliche sind derzeit dabei, darunter zwei ohne Behinderung.
K2-W	A4-17-W/P	Motivation durch Klettern, nach Unfall wieder aktiv zu sein	Ich musste alles wieder lernen: sprechen, laufen ... Dann hat meine Mutter den Verein „Stützpunkt Inntal“ entdeckt, der Kurse für Klettern mit Handicap anbietet. Dort habe ich mich Stück für Stück wieder hochgekämpft.
K2-W	A3-20-KB/P	Muskelaufbau, Koordination, Nerven sensibilisieren	Aber Höhe ist nicht mein Ziel. Technik, Kraftaufbau, Koordination, Nerven zu sensibilisieren und kontinuierlichen Muskelaufbau, das will ich.
K2-W	A1-21-TK	Klettern bringt eigene Themen hervor	„Das Klettern kann therapeutisch wirksam sein – ganz ohne spezifische Übungen. Die Kletterwand spiegelt einem die eigenen Themen und hilft, diese auf den Tisch zu bringen“, erklärt Dr. Alexander Heimbeck, der leitende Sport- und Bewegungstherapeut an der psychosomatischen Schön Klinik Roseneck.
K2-W	A3-20-KB/P	Verbesserung von Kraft, Körper und Koordination	Vom ersten „Schnupperklettern“ an wusste ich: Dies ist meine Chance, meinen Körper, meine Kraft, meine Koordination und noch einiges mehr zu verbessern.
K2-W	A2-20-KB	Stärkung von Selbstvertrauen durch Klettern	Claudia Bichlmayer (Sozialpädagogin am SBZ), die zusammen mit Wolfgang Seidl (ehrenamtlicher Trainer der Sektion Oberland) und Neele Ostin (Erzieherin am SBZ) die Gruppe leitet, bestätigt: „In zehn Berufsjahren habe ich noch nichts Vergleichbares kennengelernt, was das Selbstvertrauen der Jugendlichen so stärkt wie das Klettern.“
K2-W	A1-21-TK	Erfahren von Vertrauen und Unterstützung	Wie verhalte ich mich und wie kommuniziere ich in Beziehungen? Klettern ist ein Spiegel für Alltagsthemen und Verhaltensweisen. Wer klettert, ist darauf angewiesen, mit seinem Sicherungspartner eine soziale Bindung einzugehen, die auf Vertrauen basiert. Man begibt sich vertrauensvoll in die Hände der Partnerin oder des Partners und erfährt auf diese Art und Weise soziale Unterstützung.
K2-W	A1-21-TK	Gedankenkarussell wird durch Fokus beim Klettern unterbrochen	Darüber hinaus liegt der Fokus auf dem „Hier und Jetzt“. Denn beim Klettern ist man so stark auf den nächsten Tritt oder Griff konzentriert, dass man anders als beim Wandern, Laufen oder Radeln das Gedankenkarussell im Kopf stoppen kann.
K2-W	A1-21-TK	Gefühle können in der Extremsituation ‚Klettern‘ besser wahrgenommen werden	Fragen wie „Was fühle ich gerade? Was spüre ich in meinem Körper?“ sind essenziell, um den Heilungsprozess voranzutreiben. Beim Klettern sind Betroffene mit einer „Extremsituation“ konfrontiert und können dadurch Gefühle wie Angst und Panik intensiver, schneller und differenzierter wahrnehmen.
K2-W	A1-21-TK	Verbesserung von Bewegungsspielraum, Körperwahrnehmung und Muskeln	Sie bauen durch regelmäßiges Klettern mehr Kraft und Kondition auf und steigern dadurch ihre Leistung. Mit der Zeit wird der Bewegungsspielraum größer, die Körperwahrnehmung besser und die Muskeln werden stärker.

K2-W	A1-21- TK	Grenzen erkennen, Signale des Körpers deuten, Muster erkennen, neue Handlungsoptionen	So können Burnout-Patienten und -Patientinnen oft ihre Grenzen schlecht einschätzen. „Sie überfordern sich bis zur totalen Erschöpfung“, sagt Alexander Heimbeck. „In den Körper zu spüren ist hier besonders wichtig! Die Signale des Körpers richtig zu deuten, hilft Muster zu erkennen und sich mit dem Therapeuten neue Handlungsoptionen zu erarbeiten.“ So kann es zum Beispiel ein komplett neues Handlungsmuster sein, sich selbst zu erlauben, beim Klettern eine Pause zu machen.
K2-W	A8-18- KB	Selbstbewusstsein stärken und neue körperliche Erfahrungen machen	Die Klettergruppe gründete sich 2013 mit dem Ziel, an Multipler Sklerose erkrankten Menschen durch das Klettern neue körperliche Erfahrungen zu ermöglichen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken.
K2-W	A5-23-P	Klettern als Motivator im Leben trotz Schicksalsschlag	„Die Arbeiten hatten sich verändert, Prozesse sind weitergelaufen und so musste ich mich erst wieder einarbeiten – zusätzlich zu erschöpfenden Therapien, alltäglichen Lebensaufgaben und meiner weiteren Genesung.“ Aber das Klettern war sein täglicher Motor, bald konnte Phil sein Training wieder intensivieren. „Das war meine Therapie daheim. Ich habe trainiert, war motiviert voranzukommen, nie zufrieden mit dem Status quo.“
K2-K	A3-20- KB/P	Verbesserung des Bewegungsapparats und der Konzentration durch das Klettern	Meine Therapeuten finden, dass sich Aktivität und Beweglichkeit zwischenzeitlich wesentlich verbessert haben. Und meine Füße und Zehen geben Rückmeldung, da wo elf Jahre nix zu spüren war. Das Klettern ist für mich die perfekte Ergänzung zu meinen sonstigen Therapien. Mein Gleichgewicht, die Koordination und die Konzentration verbessern sich – ohne Konzentration kommt man in der Wand nicht sehr weit.
K2-K	A5-23-P	Leben durch intensives Training gerettet	Phil muss es wissen. Denn ihn hat der Sport wortwörtlich gerettet. Ein Gutachterkreis hat seinen Unfall rekonstruiert und bewertet. Sein jahrzehntelanges Training, die dadurch aufgebauten Muskeln haben ihm das Leben gerettet.
K2-K	A12-15- P	Hat Krankengymnastik aufgehört	Seit ich klettere, habe ich meine Krankengymnastik nach 44 Jahren an den Nagel gehängt.
K2-K	A18-23- TK	Nach dem therapeutischen Klettern herrscht bessere Stimmung	Susanne hat wie zu Beginn die Karten mit den Emojis ausgebreitet. Vincent schiebt seinen Wolf vom unteren Ende der Skala in die Mitte. „Etwas besser.“
K2-K	A10-14- KB	Besseres Gehen und Stehen in den Tagen nach dem Klettern	Klettern tut mir einfach gut. Der Körper wird gestreckt, alle Muskeln werden angesprochen. In den Tagen danach kann ich besser stehen und gehen.
K3-B-O	A17-17- IK	Bis vor kurzem nicht möglich für Menschen mit Behinderung einen Kletterschein zu machen	Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen.
K3-B-O	A11-16- KI	Finanzielle Barrieren und zu wenig Personal	„Ich arbeite jetzt schon so viele Jahre im inklusiven Bereich und manchmal habe ich das Gefühl, es verändert sich einfach gar nichts.“ Ob es restriktive Eintrittsregelungen für soziale Gruppen in der Halle sind – Ermäßigungen nur tagsüber, wo die meisten arbeiten, ob ohne oder mit Handicap – oder die Schwierigkeit, genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte für den Verein zu generieren.
K3-B-O	A2-20- KB	Herstellung von Sicherheit beim Klettern für sehbehinderte Personen verursacht hohen Personalaufwand	Die sichtbare Freude und der Stolz in den Augen der Teilnehmer*innen sind es auch, was die Betreuer motiviert, den organisatorischen Aufwand auf sich zu nehmen. Denn eine Kletterveranstaltung mit einer Gruppe Sehbeeinträchtigter ist kein schnelles Kletterdate. Vom aufwendigen Papierkram mal abgesehen, sollte ein Betreuungsschlüssel von 2:1 gegeben sein – auch wenn viele der Jugendlichen sich gegenseitig sichern können.
K3-B-M	A2-20- KB	Knoten für Sehbeeinträchtigte schwer	Alle sind heiß aufs Klettern, aber zunächst müssen die Achter geknotet werden – für die meisten die schwerste Übung.
K3-B-M	A10-14- KB	Klettern ist am Felsen schwierig, da zum Beispiel Toiletten erreichbar sein müssen	Unsere Intention heißt: in die Berge! Das ist aber nicht einfach zu organisieren. Toiletten müssen zum Beispiel erreichbar sein.
K3-B-M	A9-22- IK/KI	Bauliche Barrieren in Kletterhallen	Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bislang hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen.

K3-B-M	A7-17-KI	Griffhöhen für Rollstuhlfahrende ungeeignet	Dort wurden sogar die Einstiege angepasst: Die ersten Klettergriffe sind bodennah angebracht, so dass es direkt aus dem Rollstuhl losgehen kann.
K3-B-M	A5-23-P	Barriere durch hohe Anforderung an Beweglichkeit des Körpers beim Klettern	Um Weihnachten 2016 kam er aus der stationären Reha – austherapiert, als bester Patient. Dennoch: „Klettern war immer noch unmöglich für mich.“ Der rechte Arm ließ sich nicht beugen, alle Extremitäten waren ohne Muskulatur „total dünn geworden“.
K3-B-M	A2-20-KB	Hoher Geräuschpegel in der Halle als Barriere für Sehbeeinträchtigte	Die ist hier oberstes Gebot, denn die drei Mädels und fünf Jungs sind überwiegend blind oder sehbeeinträchtigt, sehen teils nur bis zu einer Distanz von dreißig Zentimetern. Da muss doppelt auf Sicherheit geachtet werden: Die Taschen liegen nicht verstreut herum, sondern fein säuberlich an einer Stelle; wer nicht mit Klettern oder Sichern beschäftigt ist, setzt sich auf den Boden; auch laute Unterhaltungen sind tabu – die Geräuschkulisse in der Halle ist ohnehin anstrengend genug.
K3-B-M	A2-20-KB	Weg von U-Bahn zu Kletterhalle nicht barrierefrei für Sehbehinderte	Und leider gibt es auch keine Wegmarken von den U-Bahnen in die Hallen, sodass keiner der Blinden selbstständig anfahren kann.
K3-B-W	A12-15-P	Es ist unerwartet, dass die Kletterhalle für Menschen im Rollstuhl barrierearm gestaltet ist	In der Halle drin war ich sehr überrascht. Was ist denn das, ein Aufzug in einer Kletterhalle? Damit hatte ich jetzt wirklich nicht gerechnet. Es gibt sogar eine behindertengerechte Toilette, was ist denn hier los?
K3-B-W	A12-15-P	Person im Rollstuhl kommt gar nicht auf die Idee, dass sie Klettern könnte	Ja, irgendwie konnte ich es auch nicht glauben, dass das funktioniert.
K3-B-W	A10-14-KB	Kletterkönnen ist unerwartet für MS-Betroffene	Das Klettern ist mir sehr wichtig. Ich hätte nie gedacht, dass das klappt!
K3-B-W	A3-20-KB/P	Erwartung, dass Klettern nicht mehr möglich ist wegen Beeinträchtigung	Ich bin verwundert, wie viele Reserven noch in meinem Körper stecken, die beim Klettern abgerufen werden. Ich hätte nie erwartet, dass so etwas noch bei mir geht.
K3-B-W	A3-20-KB/P	Ängste von Menschen mit Behinderung, zu klettern	Hut ab vor den Menschen, die das möglich machen, und Hut ab vor den Menschen mit Behinderung, die sich das zutrauen – da müssen viele Ängste überwunden werden.
K3-B-W	A2-20-KB	Vorstellung, dass Sehbehinderte nicht gut klettern könnten	Wer nichts sieht, sieht schon nicht, wie tief es runtergeht? Dafür gibt's andere Probleme. SOLVEIG MICHELSEN war beeindruckt, wie eine Jugendgruppe bei München trotzdem die Wand raufkommt.
K3-A	A10-14-KB	Inspiration durch Paraclimbing Wettkämpfe	Inspiziert haben mich besonders Videos vom Paraclimbing. Über Google habe ich dann die Münchner Gruppe „MS on the Rocks“ entdeckt und Kontakt aufgenommen; später noch zu anderen Handicap-Klettergruppen in Neu-Ulm, Bottrop und Köln.
K3-A	A19-24-W	Durch Inklusion in der Kletterhalle soll gegenseitige Akzeptanz von Menschen mit und ohne Behinderung gefördert werden	Der DAV Weimar möchte mit der Inklusion von Menschen mit Behinderung in den Kletterhallenalltag die gegenseitige Akzeptanz im Verein und in der Kletterhalle fördern und hofft, Kooperationen mit Schulen und weiteren Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nachhaltig auszubauen.
K3-A	A15-16-KB	Gemeinsames Erfolgserlebnis als Grund, sich ehrenamtlich als Trainerin zu engagieren	Ein entscheidender Aspekt für die Motivation zu ihrer ehrenamtlichen Arbeit ist das gemeinsame Erfolgserlebnis. „Wenn man vor einer Route steht, von der man nicht weiß, ob man sie schafft, und die Gruppe zusammenhält und einen anfeuert, dann wächst man oft über sich hinaus.“
K3-A	A15-16-KB	Initiative einer Person mit Behinderung, für die es kein Angebot gab	Sie fragte bei der DAV-Sektion Oberland nach Kletterkursen mit Handicap, und der Vorsitzende Dr. Walter Treibel antwortete: „So etwas gibt es hier nicht. Aber dann machen wir das jetzt.“
K3-A	A11-16-KI	Zusammenhalt ermöglicht gemeinsames Klettern von Menschen mit und ohne Behinderung	Im Münchner Verein „Ich will da rauf e. V.“ klettern Menschen mit und ohne Behinderung seit fast zehn Jahren ganz selbstverständlich miteinander und zeigen, dass ganz schön viel geht, wenn man zusammenhält.
K3-A	A11-16-KI	Durch Engagement kann Klettern mit Behinderung ermöglicht werden	Klettern mit Behinderung! Das geht, sehr gut sogar, wenn engagierte Menschen sich zusammentun und etwas auf die Beine stellen.
K3-A	A2-20-KB	Teilhabe durch ehrenamtliches Engagement	Mit viel persönlichem Einsatz: Claudia besitzt nun auch den Kletterschein, Wolfgang beherrscht die Punktschrift.
K3-A	A12-15-P	Ein Freund macht auf Klettergruppe aufmerksam	Die Idee zum Klettern hatte ein Freund. In der Sauna, bei 90 Grad, berichtete er mir, dass er jetzt wieder öfter klettere und dass es beim DAV eine Inklusionsgruppe gebe.

K3-BA	A19-24-W	Aktionstag für Menschen mit Behinderung in der Kletterhalle	Anne war eine der sechzig aktiven Teilnehmer*innen des Aktionstags Inklusion, der im Frühjahr im DAV-Kletterzentrum Offenburg stattfand. Ob Menschen mit Mehrfachbehinderung, Menschen mit Sehbehinderung, geistiger Beeinträchtigung oder fehlenden Gliedmaßen – an diesem Tag kamen alle ins Kletterzentrum, um eines zu tun: klettern.
K3-BA	A17-17- IK	Bei unterschiedlichem Gewicht kann der sichernden Person ein Gewichtssack angehängt werden	Wenn man eine Person beim Klettern sichert, muss man etwa gleich viel wiegen. Wenn man weniger wiegt, kann man die Person nicht gut sichern. Aber man kann am Körper einen Gewichts-Sack tragen. Dann wiegt man mehr und kann die Person gut sichern.
K3-BA	A17-17- IK	Menschen mit Behinderung können jetzt einen Kletterschein machen	Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen.
K3-BA	A11-16- KI	In der Neigung verstellbare Kletterwand, die für Menschen mit Behinderung und Kinder und Anfänger geeignet ist	Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert.
K3-BA	A11-16- KI	Spezielle Technik: Person klettert in benachbarter Route, um Sicherheit zu geben	Was sie mit Kreativität meint, zeigt sich ein paar Minuten später. Martina fühlt sich unsicher, deshalb steigt die freiwillige Helferin Madeleine in die Nebenroute ein – dadurch kann sie Martina auf gleicher Höhe begleiten. Und ihr mit Worten, einem aufmunternden Schulterklopfen oder einer beruhigenden Berührung mehr Sicherheit geben.
K3-BA	A9-22- IK/KI	Bau einer ‚barrierefreien‘ Kletterhalle	Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bislang hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen. Das Konzept des neuen, sektionseigenen „Basislagers“: ein barrierefreier Zugang zu allen Bereichen, viel Platz zwischen den einzelnen Sicherungslinien und die Halle als Inklusionsbetrieb.
K3-BA	A7-17-KI	Anpassung der Griffhöhe für Rollstuhlfahrende	Dort wurden sogar die Einstiege angepasst: Die ersten Klettergriffe sind bodennah angebracht, so dass es direkt aus dem Rollstuhl losgehen kann.
K3-BA	A2-20- KB	Barriereabbau durch Zurufen von Griffpositionen	Die Sehenden unterstützen die anderen mit Zurufen, wo die nächsten Griffe und Tritte zu finden sind.
K3-K-E	A9-22- IK/KI	Das gemeinsame Klettern von Menschen mit und ohne Behinderung wird als etwas ‚ganz Großes‘ gelobt	Im Alpenvorland bei Rosenheim leistet eine kleine Alpenvereinssektion etwas ganz Großes: Hier klettern die Mitglieder gemeinsam – und leben Offenheit, Respekt und Vielfalt barrierefrei.
K3-K-E	A8-18- KB	Klettergruppe für Menschen mit MS ausgezeichnet	„Die GämSen“ der DAV-Sektion Wuppertal wurden mit dem „Großen Stern des Sports“ in Gold 2017 ausgezeichnet. Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier überreichte den Initiatoren der Handicap-Klettergruppe, Peter und Petra Weigel, Ende Januar in Berlin den mit 10.000 Euro dotierten Preis.
K3-K-E	A11-16- KI	Preis für Personen, die Klettergruppe für Menschen mit und ohne Behinderung anbieten	2013 erhielten Frauke Zahradnik (frühere Leiterin der Inklusionsgruppe) und Matthias Henn (Sektionsreferent für Inklusion), die Leiter der inklusiven Klettergruppe der Sektion Karlsruhe, den „Ehrenamtspreis Sport“ der Stadt.
K3-K-E	A11-16- KI	Preis für Person, die Klettergruppe für Menschen mit und ohne Behinderung anbietet	Claudia Bezold hat die DAV-Fortbildung „Klettern für Menschen mit Behinderungen“ besucht und für ihr Engagement den Erlanger Inklusionspreis 2015 der Stiftung Lebenshilfe erhalten.
K3-K-E	A9-22- IK/KI	Verein für Kletternde mit und ohne Behinderung bekommt Preis	„Hier können Menschen mit und ohne Behinderung zusammen klettern und sich selber einbringen, ob ehrenamtlich oder beruflich. Das ist gelebte Inklusion“, würdigte Bayerns Sozialministerin Ulrike Scharf das Engagement der Sektion Stützpunkt Inntal. Und verlieh ihr für das Projekt der bundesweit ersten Inklusionskletterhalle im Mai 2022 den mit 10.000 Euro dotierten Innovationspreis Ehrenamt des Bayerischen Sozialministeriums.
K3-K-E	A3-20- KB/P	Lob an Ehrenamtliche, die Klettern für Menschen mit Behinderung möglich machen	2018 bin ich auf das Klettern beim DAV gestoßen. Hut ab vor den Menschen, die das möglich machen, und Hut ab vor den Menschen mit Behinderung, die sich das zutrauen – da müssen viele Ängste überwunden werden.

K4-U	A17-17- IK	Sichern ist voraussetzungsvoll und kann nicht von allen ohne Hintersicherung ausgeführt werden	Vielleicht braucht man beim Sichern eine zusätzliche Sicherung, weil man eine bestimmte Behinderung hat. Die zusätzliche Sicherung heißt: Hintersicherung. Man kann die Prüfung trotzdem machen. Hintersicherung ist keine Hilfe.
K4-U	A19-24- W	Ideal von fairem Wettkampf als Begründung zur Kategorisierung	Um einen fairen Wettkampf zu garantieren, wurden alle Teilnehmenden zunächst in Leistungsgruppen eingeteilt, in denen sie gegen ähnlich starke und schnelle Starter*innen antraten.
K4-U	A2-20- KB	Normalerweise wird eigenständig geklettert und Griffe werden nicht angesagt / Sehvermögen notwendig zum Klettern	Die Sehenden unterstützen die anderen mit Zurufen, wo die nächsten Griffe und Tritte zu finden sind.
K4-U	A3-20- KB/P	Normalerweise wird eigenständig geklettert und nicht durch Seilzug unterstützt	Ich hab's tatsächlich geschafft, vielleicht auch dank der Hilfe meines Kletterpartners, der ein wenig am Seil mitgeholfen haben wird.
K4-U	A10-14- KB	Techniken zur Unterstützung der Beinkraft entsprechen nicht dem Ideal	Wir haben unterschiedliche Sachen probiert, um die Beinkraft mit Hilfe der Arme zu erhöhen. Peter hatte die Idee, Seilschlingen an den Füßen und am Klettergurt zu befestigen. Damit klappt es jetzt sehr gut. Der Sichernde zieht immer ein wenig mit. Oft ist auch ein „Beikletterer“ dabei; in der Regel unser Sohn Flo. Er greift mal zu und gibt Tipps. Und sein Grinsen macht mir immer Mut ...
K4-U	A11-16- KI	Abweichende Kletterpraxis	„Den Kindern wird es schnell zu viel, dann geht die Aufmerksamkeit nach unten. Das müssen wir als Betreuer immer im Blick haben. Ob beim Einbinden, beim korrekten Einlegen des Seiles in das Sicherungsgerät ... wir müssen schauen, dass die nicht plötzlich allein losklettern, außerdem hinter sichert immer noch ein Helfer, wenn sie selber sichern“, erklärt Evi. Überhaupt fällt auf: Bei allem spielerischen Zugang vor allem in den Kindergruppen steht das Thema Sicherheit immer an vorderster Stelle. Vor dem Start an der Wand geht der Trainer und Vereinsvorstand Manfred die wichtigsten Dinge durch: Gefahrenzone am Boden freihalten, Partner-Check durchführen, Seilkommandos beherrschen. Gesichert wird ausschließlich mit Halbautomaten oder Auto-Tubes, die Kinder lernen von Anfang an, die Geräte korrekt zu bedienen.
K4-U	A16-16- TK/KI	Vorstellung vom Style eines normalen Kletterers	Dass es keine gewöhnliche Kletterclique ist, lassen die mehr als durchschnittlich tätowierten Körperteile erahnen. Viel mehr aber noch die Offenheit jedes Einzelnen gegenüber neuen Gesichtern.
K4-U	A17-17- IK	Ähnliches Gewicht als Voraussetzung zum Klettern	Wenn man eine Person beim Klettern sichert, muss man etwa gleich viel wiegen. Wenn man weniger wiegt, kann man die Person nicht gut sichern. Aber man kann am Körper einen Gewichts-Sack tragen. Dann wiegt man mehr und kann die Person gut sichern.
K4-U	A17-17- IK	Bisher wurde Menschen mit Behinderung durch Ermangelung der Möglichkeit einen Kletterschein zu machen die Sicherungskompetenz abgesprochen	Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen.
K4-U	A11-16- KI	Verschiedenen Kletterstilen wird Wertigkeit zugerechnet / es gibt verschiedene Kletterstile mit unterschiedlichen Ansprüchen	Julian ist der Kleinste der K11, einer von elf Klettergruppen des Vereins. Aber der stärkste Kletterer, daher darf er als Einziger in der Gruppe vorsteigen, also klettern ohne Sicherung von oben.
K4-U	A17-17- IK	Voraussetzung zum Sichern ist das sichere Stehen oder Sitzen im Rollstuhl	Es gibt Kletter-Regeln. Die Kletter-Regeln sind auch für Menschen mit Behinderungen. Einige Regeln sind besonders wichtig: Man muss sicher auf den Füßen stehen können. Wenn man im Rollstuhl sitzt: Man muss sicher im Rollstuhl sitzen.
K4-U	A15-16- KB	Vorstieg ist mehr wert als Top-rope	Wie zum Beispiel die blinde Sandra, die mit Lilos Hilfe Kletterrouten sogar im Vorstieg meistert.
K4-U	A13-14- TK/P	Vorstiegeklettern gefährlich, deshalb ist viel Vertrauen notwendig	Trotzdem braucht es neben guter Einschätzung auch Vertrauen, wenn man Sebastian ans „scharfe Ende“ des Seils lässt – wie immer, wenn man einen Schutzbefohlenen in die Nähe seiner Grenzen gehen sieht.

K4-S-T	A11-16-KI	Besondere Trainer*innenausbildung	Elf Ehrenamtliche aus unterschiedlichen DAV-Sektionen haben bereits die neu konzipierte Ausbildung zur Trainerin C oder zum Trainer C Klettern für Menschen mit Behinderungen abgeschlossen, bis Oktober werden zwölf weitere folgen.
K4-S-T	A15-16-KB	Besondere Fortbildung für Trainer*innen	Lilo absolvierte 2011 eine Ausbildung als Kletterbetreuerin und 2012 die spezielle Fortbildung „Klettern mit Menschen mit Behinderung.“
K4-S-T	A17-17-IK	Spezifische Trainer*innenausbildung	Eine Lizenz heißt zum Beispiel: Trainer C Klettern für Menschen mit Behinderungen
K4-S-T	A11-16-KI	Besondere Trainer*innenausbildung	Claudia Bezold hat die DAV-Fortbildung „Klettern für Menschen mit Behinderungen“ besucht und für ihr Engagement den Erlanger Inklusionspreis 2015 der Stiftung Lebenshilfe erhalten.
K4-S-A	A11-16-KI	In der Neigung verstellbare Kletterwand, die für Menschen mit Behinderung und Kinder und Anfänger geeignet ist	Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert.
K4-S-A	A2-20-KB	Bei Klettergruppe von sehbehinderten Jugendlichen besonders viel Disziplin gefordert, um Sicherheit zu gewährleisten	Die ist hier oberstes Gebot, denn die drei Mädels und fünf Jungs sind überwiegend blind oder sehbeeinträchtigt, sehen teils nur bis zu einer Distanz von dreißig Zentimetern. Da muss doppelt auf Sicherheit geachtet werden: Die Taschen liegen nicht verstreut herum, sondern fein säuberlich an einer Stelle; wer nicht mit Klettern oder Sichern beschäftigt ist, setzt sich auf den Boden; auch laute Unterhaltungen sind tabu – die Geräuschkulisse in der Halle ist ohnehin anstrengend genug.
K4-S-A	A2-20-KB	Spezielle Technik: die Sehenden sagen den Sehbehinderten die Griffe und Tritte an	Die Sehenden unterstützen die anderen mit Zurufen, wo die nächsten Griffe und Tritte zu finden sind.
K4-S-A	A3-20-KB/P	Spezielle Technik: Sicherungsperson zieht am Seil	Ich hab's tatsächlich geschafft, vielleicht auch dank der Hilfe meines Kletterpartners, der ein wenig am Seil mitgeholfen haben wird.
K4-S-A	A5-23-P	Anderes sportliches Verhalten: Bei Kletternden mit Behinderung kein Neid und Konkurrenzkampf	Das sei vielleicht auch der Hauptunterschied zwischen „Normalos“ und Parasportler*innen. Sie machen ihren Sport für sich, für niemanden sonst. Und niemand neidet den anderen etwas. Allein deshalb sollten Parasportarten mehr Aufmerksamkeit bekommen, meint Phil. „Es ist immer noch eine Nische, aber das wird dem nicht gerecht, was dort geleistet wird: Paraclimber sind viel stärker als normale Kletterer!“
K4-S-A	A11-16-KI	Spezielle Technik: Person klettert in Nebenroute, um Sicherheit zu geben	Was sie mit Kreativität meint, zeigt sich ein paar Minuten später. Martina fühlt sich unsicher, deshalb steigt die freiwillige Helferin Madeleine in die Nebenroute ein – dadurch kann sie Martina auf gleicher Höhe begleiten. Und ihr mit Worten, einem aufmunternden Schulterklopfen oder einer beruhigenden Berührung mehr Sicherheit geben.
K4-S-A	A16-16-TK/KI	Keine gewöhnliche Klettergruppe wegen vielen Tattoos und Offenheit gegenüber Neuen	Dass es keine gewöhnliche Kletterclique ist, lassen die mehr als durchschnittlich tätowierten Körperteile erahnen. Viel mehr aber noch die Offenheit jedes Einzelnen gegenüber neuen Gesichtern.
K4-S-A	A10-14-KB	Spezielle Technik, um Beinkraft zu erhöhen	Wir haben unterschiedliche Sachen probiert, um die Beinkraft mit Hilfe der Arme zu erhöhen. Peter hatte die Idee, Seilschlingen an den Füßen und am Klettergurt zu befestigen. Damit klappt es jetzt sehr gut. Der Sichernde zieht immer ein wenig mit. Oft ist auch ein „Beikletterer“ dabei; in der Regel unser Sohn Flo. Er greift mal zu und gibt Tipps. Und sein Grinsen macht mir immer Mut ...
K4-S-A	A17-17-IK	Anderer Prüfungsmodalität für Menschen mit Behinderung beim Kletterschein	Vielleicht braucht man beim Sichern eine zusätzliche Sicherung, weil man eine bestimmte Behinderung hat. Die zusätzliche Sicherung heißt: Hintersicherung. Man kann die Prüfung trotzdem machen. Hintersicherung ist keine Hilfe.
K4-S-A	A17-17-IK	Anderer Prüfungsmodalität für Menschen mit Behinderung beim Kletterschein	Sie können beim Klettern Hilfe bekommen. Aber sie müssen sich selber sichern können. Dabei darf ihnen keiner helfen.
K4-S-K	A15-16-KB	Fähigkeit zu sichern und Konten zu machen als differenzierende Faktoren	Bei den meisten Zweierteams sichert sie deshalb nach, aber sie lässt sich auch selbst von ihren Teilnehmerinnen sichern. „Das ist ein großer Vertrauensbeweis. Bei Behindertengruppen ist es oft so, dass sie nicht sichern, keinen Achterknoten lernen und einfach mit dem Karabiner eingehängt werden. Ich bin der Meinung, wenn jemand sichern kann, dann soll er das auch machen.“

K4-S-K	A11-16-KI	Aufgrund der geringen Aufmerksamkeitsspanne muss Aufmerksamkeit und Kontrolle durch das Personal gegeben sein	„Den Kindern wird es schnell zu viel, dann geht die Aufmerksamkeit nach unten. Das müssen wir als Betreuer immer im Blick haben. Ob beim Einbinden, beim korrekten Einlegen des Seiles in das Sicherungsgerät ... wir müssen schauen, dass die nicht plötzlich allein losklettern, außerdem hintersichert immer noch ein Helfer, wenn sie selber sichern“, erklärt Evi. Überhaupt fällt auf: Bei allem spielerischen Zugang vor allem in den Kindergruppen steht das Thema Sicherheit immer an vorderster Stelle. Vor dem Start an der Wand geht der Trainer und Vereinsvorstand Manfred die wichtigsten Dinge durch: Gefahrenzone am Boden freihalten, Partner-Check durchführen, Seilkommandos beherrschen. Gesichert wird ausschließlich mit Halbautomaten oder Auto-Tubes, die Kinder lernen von Anfang an, die Geräte korrekt zu bedienen.
K4-S-K	A11-16-KI	Differenz durch Vorstieg und Top-rope	Julian ist der Kleinste der K11, einer von elf Klettergruppen des Vereins. Aber der stärkste Kletterer, daher darf er als Einziger in der Gruppe vorsteigen, also klettern ohne Sicherung von oben.
K4-S-K	A8-18-KB	Sichern können oder nicht können als differenzierende Kategorie	Seit Einführung des „Trainer C für Menschen mit Behinderung“ bilden „Die GäMSen“ allerdings auch ihre Mitglieder im Sichern aus.
K4-S-K	A15-16-KB	Fähigkeiten des Sicherns und Vorsteigens als differenzierende Faktoren	„Einige von ihnen können sichern, einige sogar vorsteigen, andere nicht“, schildert Lilo die körperlichen Voraussetzungen.
K4-S-K	A6-17-IK	Nicht alle können Trainer*innenausbildung machen, da fachliche Kompetenz erfüllt werden muss	Großes Thema war auch die Frage, inwieweit der DAV es behinderten Menschen ermöglichen kann und sollte, an einer Trainerausbildung teilzunehmen. Teilnehmer wie Kursleiter waren sich einig: Inklusion soll keinesfalls bedeuten, dass die speziellen Zugangsvoraussetzungen oder die inhaltlichen Kursanforderungen „aufgeweicht“ werden. Denn die fachliche Kompetenz von Trainern und Trainerinnen muss wie in allen Kursen aus dem DAV-Ausbildungsangebot sichergestellt sein.
K4-S-W	A19-24-W	Kategorisierung durch Wettkämpfe	Bereits 2023 organisierte die Sektion mit dem Verein Special Olympics Thüringen e. V. deutschlandweit den ersten anerkannten Wettkampf für Menschen mit körperlicher wie geistiger Behinderung in der Sportart Klettern: als eigene Wertungsklasse integriert in den Weimarer Kletterwettkampf.
K4-S-W	A11-16-KI	Verschiedene Kategorien für Menschen mit Behinderung bei Wettkampf	Regelmäßig auf dem Treppchen steht das IWDR-Mitglied Alex, 2015 war er Sieger in der Kategorie „Erwachsene Handicap körperlich“, 2016 wurde er Zweiter.
K4-S-W	A11-16-KI	Eigene Wertung bei Wettkampf für Menschen mit Behinderung	Aber es gibt auch positive Beispiele, wie etwa die von der Sektion Oberland mit Unterstützung der Sektion München ausgerichtete Münchner Stadtmeisterschaft im Klettern. Es ist bislang die einzige große Kletterveranstaltung in Deutschland, die auch eine eigene Behinderten-Wertung hat.
K4-S-W	A4-17-W/P	Verschiedene Wettkampfkategorien bei Wettkampf für Menschen mit Behinderung	Ein deutscher Weltmeister: Bei der Paraclimbing-WM in Paris gewann Korbinian Franck (27) aus Bad Feilnbach Gold in der Kategorie RP1 („begrenzte Reichweite, Kraft oder Stabilität“) – vor seinem Teamkameraden Nils Helsper.
K4-K	A8-18-KB	Spezielle Trainer*innenausbildung: Aufgrund der Differenzierung ist diese notwendig	Seit Einführung des „Trainer C für Menschen mit Behinderung“ bilden „Die GäMSen“ allerdings auch ihre Mitglieder im Sichern aus.
K4-K	A6-17-IK	Spezielle Trainer*innenausbildung: Aufgrund der Differenzierung ist diese notwendig	Seit 2016 neu im DAV-Programm ist die Ausbildung zum Trainer C für Menschen mit Behinderungen. Die ersten
K5-A	A12-15-P	Rollstühle in der Kletterhalle werden als ungewöhnlich wahrgenommen	Seit etwa April 2013 steht immer mal wieder ein leerer Rollstuhl in der Karlsruher DAV-Kletterhalle. Sicher fragt sich das badische Klettervolk: Was sucht ein Rollstuhl in einer solchen Halle? Schauen sie sich dann um, denken sie bestimmt: „Ach ja, dem da drüben könnte der Rollstuhl gehören, nur wie kommt dieser Typ so weit die Wand hoch?“ Ja, irgendwie konnte ich es auch nicht glauben, dass das funktioniert.

K5-A	A15-16-KB	Ofť wird bei Klettergruppen mit Behinderung pauschal die Kompetenz zum Sichern abgesprachen	Bei den meisten Zweierteams sichert sie deshalb nach, aber sie lässt sich auch selbst von ihren Teilnehmerinnen sichern. „Das ist ein großer Vertrauensbeweis. Bei Behindertengruppen ist es oft so, dass sie nicht sichern, keinen Achterknoten lernen und einfach mit dem Karabiner eingehängt werden. Ich bin der Meinung, wenn jemand sichern kann, dann soll er das auch machen.“
K5-A	A11-16-KI	Vorstellung, dass Menschen mit Behinderung das gleiche Niveau haben wie Anfänger*innen und Kinder	Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbare Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern den Weg in die Vertikale erleichtert.
K5-A	A11-16-KI	Vorstellung, dass Klettern mit Behinderung nicht geht	Richtig gehört: Klettern mit Behinderung! Das geht, sehr gut sogar, wenn engagierte Menschen sich zusammentun und etwas auf die Beine stellen.
K5-A	A12-15-P	Vorstellung, dass Person, die einen Rollstuhl benötigt, nicht Klettern kann	Seit etwa April 2013 steht immer mal wieder ein leerer Rollstuhl in der Karlsruher DAV-Kletterhalle. Sicher fragt sich das badische Klettervolk: Was sucht ein Rollstuhl in einer solchen Halle?
K5-A	A11-16-KI	Vorstellung davon, wie eine autistische Person wirkt	„Das Klettern tut so gut“, schwärmt Jan* schon beim Aufwärmen in dem kleinen Boulderraum mit den weichen Matten und wirkt dabei alles andere als autistisch
K5-S-Z	A12-15-P	Unabhängig von einer Behinderung stehen alle vor der Herausforderung, die Wand hochzukommen	Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte „Arsch an die Wand“, „Zapple nicht so rum“ oder „Richte dich endlich mal auf“. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen.
K5-S-Z	A11-16-KI	Der Fokus liegt nicht auf verschiedenen Behinderungen, sondern auf individuellen Stärken und Schwächen	„Na, machen wir Behindertenraten, was hab ich denn?“, begrüßt mich Elisabeth, eine seiner Kletterpartnerinnen, lachend und trifft den Nagel auf den Kopf. Hier geht es keine Sekunde darum, wer welche Behinderung hat oder nicht, es geht darum, dass alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und dass jeder jeden auf seine Weise unterstützen kann.
K5-S-Z	A16-16-TK/KI	Gruppenzugehörigkeiten in Bezug auf Sucht spielen in der Klettergruppe zunächst keine Rolle	Einige sind „Clients“, die aktuell auf dem Weg aus der Drogensucht sind, andere wie Nadine und Johannes sind sogenannte „Peers“, also Ex-Drogenkonsumenten, die schon über mehrere Jahre clean sind und als Vorbilder agieren. Und dann sind Leute dabei, die keine eigenen Erfahrungen mit Drogensucht haben, aber die Clients und Peers als Freizeitpartner schätzen.
K5-S-B	A16-16-TK/KI	Begegnungsraum für Ex-Drogenabhängige mit anderen Personen	Einige sind „Clients“, die aktuell auf dem Weg aus der Drogensucht sind, andere wie Nadine und Johannes sind sogenannte „Peers“, also Ex-Drogenkonsumenten, die schon über mehrere Jahre clean sind und als Vorbilder agieren. Und dann sind Leute dabei, die keine eigenen Erfahrungen mit Drogensucht haben, aber die Clients und Peers als Freizeitpartner schätzen.
K5-S-B	A15-16-KB	Positive Begegnungen mit nichtbehinderten Kletternden	Wichtig sind Lilo auch die vielen positiven Begegnungen mit nicht behinderten Kletterern. „Bei meiner Ausbildung zur Kletterbetreuerin wurde ich von den anderen mit vielen kleinen Dingen unterstützt. Das war eine super Erfahrung für mich.“
K5-S-B	A11-16-KI	In der Kletterhalle begegnen sich Menschen unterschiedlichen Geschlechts, Alters, Szenen und Ability	Die Kletterhalle als Hort der Eitelkeiten? Eines ist sie ganz sicher: ein Ort der Begegnung. Hier treffen sich Tag für Tag Jung und Alt, Mädels und Jungs, Hipster und Hippies. Topfitte, wie die Schulmedizin es definiert, und solche mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen.
K5-S-V	A7-17-KI	Vorstellung des behinderten Körpers, der schlecht klettern kann, wird in Frage gestellt	Besonders beeindruckt war Kirsten Kaib von einem Schüler ohne Beine: „Das war interessant, wie anders der Körperschwerpunkt war und was er zu leisten imstande war.“

K5-S-V	A9-22- IK/KI	Durch die Anstellung von Menschen mit Behinderung können diese als Bereicherung für die Gesellschaft wahrgenommen werden	In jedem Bereich werden Menschen mit Behinderung arbeiten, denen damit der Weg in den ersten Arbeitsmarkt geöffnet wird. Ein weiterer Ansatz, aufzuzeigen, dass Menschen mit Einschränkung wirtschaftliche Arbeit leisten und in ihrem „So-Sein“ eine Bereicherung für unsere Gesellschaft im beruflichen Miteinander wie in der alltäglichen Begegnung sind.
K5-S-V	A2-20- KB	Irritation der Vorstellung, dass Sehbehinderte nicht gut klettern können	Wer nichts sieht, sieht schon nicht, wie tief es runtergeht? Dafür gibt's andere Probleme. SOLVEIG MICHELSEN war beeindruckt, wie eine Jugendgruppe bei München trotzdem die Wand raufkommt.
K5-S-V	A14-16- P	Irritation der Vorstellung, dass behinderte Person nicht klettern kann	Alle waren erstaunt, wie ich da so jede Tour nachgestiegen bin. Ich auch. Dabei hatte ich in den vergangenen zwei Jahren genau drei Routen in der Pfalz geklettert.
K5-S-V	A19-24- W	Irritation der Vorstellung, dass Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung keine Speedrouten klettern können	Insgesamt meldeten sich 91 Starter*innen aus acht Bundesländern zum Wettkampf an, geklettert wurde im Toprope, im Vorstieg und am Sicherungsautomaten sogar eine Speedroute.
K5-S-V	A11-16- KI	Irritation der Vorstellung, wie eine Person mit Autismus wirkt	„Das Klettern tut so gut“, schwärmt Jan* schon beim Aufwärmen in dem kleinen Boulderraum mit den weichen Matten und wirkt dabei alles andere als autistisch
K5-S-V	A11-16- KI	Irritation der Vorstellung, dass Klettern mit Behinderung nicht geht	Richtig gehört: Klettern mit Behinderung! Das geht, sehr gut sogar, wenn engagierte Menschen sich zusammentun und etwas auf die Beine stellen.
K6-U	A20-24- S	Logik des Klettersports verleitet zu Essstörung	„Gewisse Sportarten bergen aber einfach das Risiko, ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln. Auch der Bergsport“, sagt Malte Claussen, Leiter der Sportpsychiatrie und -psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Die Rechnung ist ganz einfach: Je weniger der Körper wiegt, desto weniger Kraft ist zur Bewegung nötig. Deshalb wird gerade in Sportarten, in denen gegen die Schwerkraft angekämpft wird, an der Gewichtsschraube gedreht.
K6-U	A20-24- S	Hohe Leistungsansprüche	Angela Eiter war elf Jahre alt, als sie mit dem Klettern begann. Sie sei ein Talent, wurde ihr gesagt, aus ihr könne eine sehr erfolgreiche Kletterin werden.
K6-I	A20-24- S	Kletterszene vermittelt die scheinbaren Vorteile eines besonders leichten Körpers fürs Klettern	In der heimischen Kletterszene bekam sie den Eindruck, dass leichte Kletterinnen bessere Chancen im Wettkampf hätten.
K6-S	A20-24- S	Verändertes Essverhalten, um beim Klettern mehr zu erreichen	Bewusst keine Butter aufs Brot schmieren, um Kalorien zu sparen. Vor dem Kletterurlaub eine Diät einlegen, um für schwierige Routen ein paar Kilos loszuwerden. Genau wissen, wie Kohlenhydrate mit Eiweiß zu kombinieren sind, um nicht zuzunehmen.
K6-S	A20-24- S	Wenig Essen, um geringes Gewicht und dadurch bessere Performance beim Klettern zu erreichen	Auch der Ausnahme-Alpinist Hansjörg Auer, der 2019 ums Leben kam, bekannte sich zu seiner Magersucht. In seiner Biografie schildert er, wie er Kletter-Kollegen bewusst nur beim Essen zusah, obwohl er selbst „extrem hungrig“ war. „Es ist zu einer Herausforderung für mich geworden, den Körper total im Griff zu haben. Mental stärker zu sein als ich selbst. Ich bin total krank in meinem Kopf“, schrieb Auer. Bei einer Körpergröße von 182 Zentimetern wog er zeitweise nur noch 56 Kilogramm.
K6-K	A20-24- S	DAV hat Präventionskonzept für Essstörungen	Als Fachverband für Sport- und Wettkampfklettern ist sich der DAV seiner Verantwortung für einen nachhaltigen und gesunden Leistungssport bewusst und hat ein eigenes RED-S-Präventionskonzept verabschiedet.
K6-K	A20-24- S	Im leistungsorientierten Klettersport sind Essstörungen ein großes Thema	Beim leistungsorientierten Klettern würden sie aber häufiger auftreten, und im Spitzensport seien sie tatsächlich ein Thema. In einer aktuellen Befragung bekannten sich 14 Prozent der Leistungskletterinnen zu Essstörungen. 15 Prozent gaben an, die Regelblutung würde ausbleiben. Ein indirektes Symptom von Magersucht.
K6-K	A20-24- S	Im leistungsorientierten Klettersport sind Essstörungen ein großes Thema	Beim leistungsorientierten Klettern würden sie aber häufiger auftreten, und im Spitzensport seien sie tatsächlich ein Thema. In einer aktuellen Befragung bekannten sich 14 Prozent der Leistungskletterinnen zu Essstörungen.
K6-K	A20-24- S	Essstörungen sind beim Klettern häufiger als in Gesamtgesellschaft	Im Großen und Ganzen seien Essstörungen im Klettersport eine Randerscheinung, sagt er. Dennoch gibt es sie im Freizeitbereich öfter als in der normalen sportlichen Bevölkerung – mit zunehmender Tendenz.

K6-K	A20-24-S	Durch das Klettern wird eine Essstörung entwickelt	Angela Eiter war elf Jahre alt, als sie eine Magersucht entwickelte. „Ich hatte als Kind eigentlich einen guten Appetit und aß das gern, was mein Magen vertrug, allerdings stolperte ich unbewusst in die Magersucht hinein“, erzählt sie ihre erschreckende Geschichte über den Kampf mit dem Körpergewicht.
K6-K	A20-24-S	Essstörungen haben Langzeitfolgen, können sogar tödlich sein	Der Tod ist zweifellos die schlimmste Folge. Aber eine Minderernährung über viele Jahre hinterlässt Spuren. „Vierzehnjährige, die körperlich fertig sind, mit Ermüdungsfrakturen, kaputten Gelenken, zwei Hüftendoprothesen“, nennt Schöffl nur einige mögliche Auswirkungen.
K6-K	A20-24-S	Forderung an Klettervereinigung gegen Essstörungen durch Regelwerk bei Wettkämpfen vorzubeugen	Der dringende Appell der medizinischen Kommission der Internationalen Sportklettervereinigung IFSC lautet zwar, bei Weltcupveranstaltungen im Klettern den Body-Mass-Index (BMI) der Athletinnen und Athleten zu kontrollieren und bei Unterschreiten des Mindest-Index eine weitere medizinische und psychologische Abklärung einzuleiten und gegebenenfalls ein Startverbot auszusprechen.
K7	A6-17-IK	Ausbildungsstätte für den Kurs ‚Klettern für Menschen mit Behinderung‘ nicht ‚barrierefrei‘	Dass es beim Thema Inklusion aber noch viel zu tun gibt, zeigte sich am Rande des Kurses in der DAV-Jugendbildungsstätte in Bad Hindelang, die in Sachen Barrierefreiheit noch etwas Luft nach oben hat.
K7	A9-22-IK/KI	In vielen Kletterhallen gibt es Barrieren	Die Sektion hat in Bad Aibling die bundesweit erste Inklusionskletterhalle gebaut, die diesen Herbst eröffnet wird. Bislang hatten die Klettergruppen die umliegenden Hallen in der Region genutzt, waren dabei jedoch immer wieder auf Hindernisse wie fehlende Aufzüge oder zu hohe Stufen gestoßen.
K7	A11-16-KI	Nicht genügend ehrenamtliche Kräfte, nicht genügend finanzielle Mittel	„Ich arbeite jetzt schon so viele Jahre im inklusiven Bereich und manchmal habe ich das Gefühl, es verändert sich einfach gar nichts.“ Ob es restriktive Eintrittsregelungen für soziale Gruppen in der Halle sind – Ermäßigungen nur tagsüber, wo die meisten arbeiten, ob ohne oder mit Handicap – oder die Schwierigkeit, genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte für den Verein zu generieren.
K7	A20-24-S	Risiko durch Bergsport ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln	Zwar steht der Bergsport im Ruf, gesund zu sein. „Gewisse Sportarten bergen aber einfach das Risiko, ein gestörtes Essverhalten zu entwickeln. Auch der Bergsport“, sagt Malte Claussen, Leiter der Sportpsychiatrie und -psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.
K7	A20-24-S	Kritik an Regeln im Wettkampf, die Essstörungen provozieren	Der dringende Appell der medizinischen Kommission der Internationalen Sportklettervereinigung IFSC lautet zwar, bei Weltcupveranstaltungen im Klettern den Body-Mass-Index (BMI) der Athletinnen und Athleten zu kontrollieren und bei Unterschreiten des Mindest-Index eine weitere medizinische und psychologische Abklärung einzuleiten und gegebenenfalls ein Startverbot auszusprechen. Doch die IFSC setzt die Empfehlung bei den Wettkämpfen nicht um. Aus seiner medizinischen Praxis kennt Schöffl Fälle, die sich aus dem Wettkampfsport zurückgezogen haben, als das Gewicht problematisiert wurde.
K7	A20-24-S	Essstörungen im Klettersport häufiger als in der Gesamtbevölkerung	Im Großen und Ganzen seien Essstörungen im Klettersport eine Randerscheinung, sagt er. Dennoch gibt es sie im Freizeitbereich öfter als in der normalen sportlichen Bevölkerung – mit zunehmender Tendenz.
K8-K	A12-15-P	Kategorie Behinderung ist überflüssig, da alle vor der gleichen Herausforderung stehen und alle gegenseitige Unterstützung benötigen	Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte „Arsch an die Wand“, „Zapple nicht so rum“ oder „Richte dich endlich mal auf“. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen.

K8-K	A11-16-KI	Kategorie Behinderung ist überflüssig, da alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und es um gegenseitige Unterstützung geht	„Na, machen wir Behindertenraten, was hab ich denn?“, begrüßt mich Elisabeth, eine seiner Kletterpartnerinnen, lachend und trifft den Nagel auf den Kopf. Hier geht es keine Sekunde darum, wer welche Behinderung hat oder nicht, es geht darum, dass alle ihre individuellen Stärken und Schwächen haben und dass jeder jeden auf seine Weise unterstützen kann.
K8-S	A11-16-KI	Abbau von Barrieren	Ein Meilenstein der Inklusion in der Karlsruher Kletterhalle ist die absenkbar Kletterwand, deren stufenlos einstellbare Neigung Menschen mit Behinderung, aber auch Kindern oder Anfängern, den Weg in die Vertikale erleichtert.
K8-S	A11-16-KI	Integration von Menschen mit Behinderung in die bestehende Normalität	Menschen mit Einschränkungen werden ins Sektionsleben eingebunden, für die Sektion bedeutet das, für die Möglichkeit der Teilhabe so weit wie möglich ohne „Besonderheiten“ Sorge zu tragen.
K8-S	A11-16-KI	Barrieren als Problem im Inklusionsprozess	„Ich arbeite jetzt schon so viele Jahre im inklusiven Bereich und manchmal habe ich das Gefühl, es verändert sich einfach gar nichts.“ Ob es restriktive Eintrittsregelungen für soziale Gruppen in der Halle sind – Ermäßigungen nur tagsüber, wo die meisten arbeiten, ob ohne oder mit Handicap – oder die Schwierigkeit, genügend finanzielle Mittel und ehrenamtliche Hilfskräfte für den Verein zu generieren.
K8-S	A9-22- IK/KI	Abbau von Barrieren	Das Konzept des neuen, sektionseigenen „Basislagers“: ein barrierefreier Zugang zu allen Bereichen,
K8-M	A7-17-KI	Medizinische Krankheits- und Behinderungskategorien	Mit unterschiedlichsten Handicaps – ADHS, Autismus, Cerebralparese, Muskeldystrophien, Spina Bifida ... – klettern und sichern die Jugendlichen im Toprope, unterstützt von vier ausgebildeten Betreuerinnen und Betreuern.
K8-M	A19-24- W	Medizinische Krankheits- und Behinderungskategorien	Bereits 2023 organisierte die Sektion mit dem Verein Special Olympics Thüringen e. V. deutschlandweit den ersten anerkannten Wettkampf für Menschen mit körperlicher wie geistiger Behinderung in der Sportart Klettern: als eigene Wertungsklasse integriert in den Weimarer Kletterwettkampf.
K8-M	A8-18- KB	Medizinische Krankheits- und Behinderungskategorien	Die Klettergruppe gründete sich 2013 mit dem Ziel, an Multipler Sklerose erkrankten Menschen durch das Klettern neue körperliche Erfahrungen zu ermöglichen und ihr Selbstbewusstsein zu stärken.
K8-M	A5-23-P	Dank stabiler Muskulatur durch Klettern verlief Unfall besser	„Mein Neurologe in der Klinik hat mir gesagt: Ohne das Muskelkorsett am Rücken wäre ich zerbrochen, da wäre meine Wirbelsäule einfach zerplatzt. Oftmals denke ich: Ist das vielleicht so ein Schicksalsding? Ich habe mich echt jahrelang vorbereitet auf genau diesen Tag. So kommt es mir oft vor.“
K8-M	A1-21- TK	Medizinische Studie bestätigt Wirksamkeit von Klettern	Die Wirksamkeit von Klettern und Bouldern bestätigen die Ergebnisse verschiedener Studien. 2015 entwickelte ein Team aus Psychologinnen und Soziologinnen an der Universität Erlangen das Programm „Klettern und Stimmung“ und startete eine Pilotstudie. Ab Mai 2017 begleiteten sie in einer zweiten Studie 133 Patienten und Patientinnen bei Boulder-Einheiten mit psychotherapeutischen Elementen. Sie erforschten die Wirkung des jeweils achtwöchigen Programms auf depressive Menschen. Die Ergebnisse der Studie stellten sie Anfang 2020 auf dem weltweit ersten Kongress zum Thema Klettern in der Psychotherapie an der Schön Klinik Roseneck vor. Ergebnis: Die Erkrankten zeigten mit der Zeit auffällig weniger depressive Symptome. Sie fühlten sich körperlich besser, ausgeglichener und verspürten wieder mehr Selbstvertrauen.
K8-M	A1-21- TK	Bessere Wahrnehmung von Gefühlen durch Klettern	Fragen wie „Was fühle ich gerade? Was spüre ich in meinem Körper?“ sind essenziell, um den Heilungsprozess voranzutreiben. Beim Klettern sind Betroffene mit einer „Extremsituation“ konfrontiert und können dadurch Gefühle wie Angst und Panik intensiver, schneller und differenzierter wahrnehmen.
K8-M	A1-21- TK	Burnout-Patienten sollen lernen ihre Grenzen zu erkennen	So können Burnout-Patienten und -Patientinnen oft ihre Grenzen schlecht einschätzen. „Sie überfordern sich bis zur totalen Erschöpfung“, sagt Alexander Heimbeck. „In den Körper zu spüren ist hier besonders wichtig! Die Signale des Körpers richtig zu deuten, hilft Muster zu erkennen und sich mit dem Therapeuten neue Handlungsoptionen zu erarbeiten.“ So kann es zum Beispiel ein komplett neues Handlungsmuster sein, sich selbst zu erlauben, beim Klettern eine Pause zu machen.

K8-M	A1-21-TK	Klettern ist therapeutisch wirksam ohne Übungen	„Das Klettern kann therapeutisch wirksam sein – ganz ohne spezifische Übungen. Die Kletterwand spiegelt einem die eigenen Themen und hilft, diese auf den Tisch zu bringen“, erklärt Dr. Alexander Heimbeck, der leitende Sport- und Bewegungstherapeut an der psychosomatischen Schön Klinik Roseneck.
K8-M	A4-17-W/P	Behinderung als Folge von Unfall	2009 hat es mich auf der Straße beim Radfahren geschmissen und ein Auto konnte nicht mehr bremsen. Schädel-Hirn-Trauma, sechs Wochen Koma, neun Monate Krankenhaus, drei Monate Reha
K9-ND	A12-15-P	Kategorie Behinderung ist überflüssig, da alle vor der gleichen Herausforderung stehen und alle gegenseitige Unterstützung benötigen	Man spricht immer von Inklusion. Ich hasse das Modewort. Denn oft ist dahinter nur heiße Luft. Alles was jeder von uns braucht (behindert oder nicht), ist Offenheit – bei sich selbst und bei den anderen. Ob Übungswand oder Überhang, jeder braucht einen Sicherer und ist abhängig vom anderen. Jeder hat sein eigenes Ziel, das er aber nur zusammen mit dem Partner erreicht. Und wie motivierend sind dabei die Worte „Arsch an die Wand“, „Zapple nicht so rum“ oder „Richte dich endlich mal auf“. Unterschiede hin oder her, in einer Kletterhalle oder am Fels stehen alle Kletterer vor der gleichen Herausforderung, und das ist die Wand, die sie erklimmen wollen.
K9-ND	A9-22-IK/KI	Behinderung nicht relevant, da alle die gleichen Rechte und Pflichten haben und gegenseitiger Respekt als wichtigerer Wert gelebt wird	„Alle spielen mit, alle haben den gleichen Anteil am Geschehen. Das heißt, dass alle gleiche Rechte, aber auch gleiche Pflichten haben. Wir dürfen gemeinsam über ein Gruppenmitglied lachen, das eine Steilvorlage dazu liefert, aber auch gleichermaßen verärgert sein. Inklusion bedeutet, jedem Menschen mit dem gleichen Respekt und der gleichen Ernsthaftigkeit seiner Person gegenüber zu begegnen.“
K9-DE	A5-23-P	Klettern mit Behinderung beschreibt die Kultur der Kletternden mit Behinderung als weniger neidvoll	Das sei vielleicht auch der Hauptunterschied zwischen „Normalos“ und Parasportler*innen. Sie machen ihren Sport für sich, für niemanden sonst. Und niemand neidet dem anderen etwas. Allein deshalb sollten Parasportarten mehr Aufmerksamkeit bekommen, meint Phil. „Es ist immer noch eine Nische, aber das wird dem nicht gerecht, was dort geleistet wird: Paraclimber sind viel stärker als normale Kletterer!“
K9-NE	A19-24-W	Integration von Menschen mit Behinderung in bestehendes System an ‚Aktionstag‘	Anne war eine der sechzig aktiven Teilnehmer*innen des Aktionstags Inklusion, der im Frühjahr im DAV-Kletterzentrum Offenburg stattfand. Ob Menschen mit Mehrfachbehinderung, Menschen mit Sehbehinderung, geistiger Beeinträchtigung oder fehlenden Gliedmaßen – an diesem Tag kamen alle ins Kletterzentrum, um eines zu tun: klettern.
K9-NE	A19-24-W	Integration von Menschen mit Behinderung in bestehendes System	Der DAV Weimar möchte mit der Inklusion von Menschen mit Behinderung in den Kletterhallenalltag die gegenseitige Akzeptanz im Verein und in der Kletterhalle fördern und hofft, Kooperationen mit Schulen und weiteren Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nachhaltig auszubauen.
K9-NE	A17-17-IK	Barrierenabbau und Integration in bestehendes System	Auch Menschen mit Behinderungen können beim DAV klettern; neuerdings können sie sogar durch Bestehen der Kletterschein-Prüfung ihre Kompetenz beweisen. Doch zur Inklusion gehört auch Verständlichkeit – dabei hilft die so genannte „Leichte Sprache“. Hier ein Beispiel.
K9-NE	A12-15-P	Kritisiert später dieses Verständnis	Viel ist zu lesen über Inklusion. Hier einmal aus Sicht eines Betroffenen.
K9-NE	A12-15-P	Kritisiert später dieses Verständnis	Die Idee zum Klettern hatte ein Freund. In der Sauna, bei 90 Grad, berichtete er mir, dass er jetzt wieder öfters klettere und dass es beim DAV eine Inklusionsgruppe gebe.
K9-NE	A11-16-KI	Inklusion als Integration von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft	„Unsere Vision ist Inklusion – also die gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft“
K9-NE	A9-22-IK/KI	Barrierenabbau und Integration von Menschen mit Behinderung in die Arbeitswelt	Das Konzept des neuen, sektionseigenen „Basislagers“: ein barrierefreier Zugang zu allen Bereichen, viel Platz zwischen den einzelnen Sicherungslinien und die Halle als Inklusionsbetrieb, will heißen: In jedem Bereich werden Menschen mit Behinderung arbeiten, denen damit der Weg in den ersten Arbeitsmarkt geöffnet wird.

K9-NE	A7-17-KI	Normalitätsvorstellungen werden in Frage gestellt	„Wir inkludieren auch Jugendliche ohne Behinderung“, sagt Kirsten Kaib; 25 Prozent nichtbehinderte Schüler hat die Edith-Stein-Schule in Hochheim am Main. Und weil Hallenklettern der Sportlehrerin optimal erschien, um „Grenzen zu erfahren, Körperwahrnehmung zu schulen, Fertigkeiten auszubauen ...“, gründete sie schon vor zehn Jahren eine inklusive Klettergruppe. 14 Jugendliche sind derzeit dabei, darunter zwei ohne Behinderung.
K10-K	A6-17-IK	Beitrag der Redaktion	red/dr
K10-K	A5-23-P	Vorstellung der Autor*innen	Karina Brock und Vera Goldhagen sind für die Öffentlichkeitsarbeit des DAV Erlangen zuständig. Als leidenschaftliche (Berg-) Sportlerinnen zollen sie den Leistungen von Parasporthler*innen wie Phil höchsten Respekt.
K10-K	A20-24-S	Vorstellung der Autor*innen	Stephanie Geiger schreibt als freiberufliche Alpinjournalistin auch gerne über Hintergründe des Sports.
K10-K	A18-23-TK	Keine weiteren Infos über Autor*in	SOLVEIG EICHNER
K10-K	A17-17-IK	Vorstellung der Autor*innen	Stefan Winter ist als Ressortleiter Sportentwicklung beim DAV unter anderem für das Thema Inklusion zuständig. Seinen Text hat die Lebenshilfe Bremen in „Leichte Sprache“ übertragen.
K10-K	A16-16-TK/KI	Keine weiteren Infos über Autor*in	Von VRONI TAFERTSHOFER.
K10-K	A15-16-KB	Keine weiteren Infos über Autor*in	Michael Pröttel
K10-K	A13-14-TK/P	Beitrag der Redaktion	ad
K10-K	A11-16-KI	Keine weiteren Infos über Autor*in	Von Christine Frühholz
K10-K	A2-20-KB	Keine weiteren Infos über Autor*in	SOLVEIG MICHELSEN
K10-K	A10-14-KB	Beitrag der Redaktion	jk
K10-K	A9-22-IK/KI	Beitrag der Redaktion	red
K10-K	A8-18-KB	Beitrag der Redaktion	red
K10-K	A7-17-KI	Beitrag der Redaktion	kk/red
K10-K	A19-24-W	Beitrag der Redaktion	red
K10-K	A1-21-TK	Vorstellung der Autor*innen	Theresa Bergbauer und Jascha Polenz bieten Workshops und Inhalte zu den Themen Yoga, Klettern und Stressmanagement an.
K10-I	A4-17-W/P	Interview mit kletternder Person mit Behinderung	Ein deutscher Weltmeister: Bei der Paraclimbing-WM in Paris gewann Korbinian Franck (27) aus Bad Feilnbach Gold in der Kategorie RP1 („begrenzte Reichweite, Kraft oder Stabilität“) – vor seinem Teamkameraden Nils Helsper.
K10-A	A12-15-P	Erfahrungsbericht von kletternder Person mit Behinderung	Viel ist zu lesen über Inklusion. Hier einmal aus Sicht eines Betroffenen.
K10-A	A14-16-P	Erfahrungsbericht von kletternder Person mit Krebs	Alle waren erstaunt, wie ich da so jede Tour nachgestiegen bin. Ich auch. Dabei hatte ich in den vergangenen zwei Jahren genau drei Routen in der Pfalz geklettert. Habe kaum die Füße hochgekriegt, ungelenkt, der Gleichgewichtssinn hat gelitten. Die Operationen und die Chemotherapien haben unendlich Kraft gekostet. Seit fast fünf Jahren kämpfe ich gegen den Krebs.
K10-A	A3-20-KB/P	Erfahrungsbericht von kletternder Person mit Behinderung	Schon seit zehn Jahren gibt es in der DAV-Sektion Frankfurt die Abteilung „KLETTHERAPIE“ – und mittlerweile noch weitere Kletter-Angebote für Menschen mit Behinderungen. Ein Teilnehmer berichtet.