
Die Soziologie und das soziale Modell der Behinderung

2

Überblick

Wir haben im Alltag in aller Regel ein sicheres Verständnis darüber, wer eine Behinderung hat und wer nicht. Menschen mit einem »Wasserkopf« oder Gehörlosigkeit sowie Rollstuhlfahrer gehören definitiv dazu, Zwillinge selbstverständlich nicht. Aber wir haben bereits gesehen, dass dieses Verständnis trügerisch sein kann. Im folgenden Kapitel möchte ich nochmals auf andere Weise an unser Alltagsverständnis anknüpfen und die Frage stellen: Woher kommt eigentlich das Wort Behinderung und was bedeutet es? Was zählt bei uns als Behinderung? Und in welchem Verhältnis stehen die sozialen (bzw. soziologischen) und die medizinischen Aspekte?

2.1 Zur Geschichte der Kategorie Behinderung

Das Wort Behinderung geht uns heute selbstverständlich von den Lippen. Hans-Walter Schmuhl zeigt aber in seiner kleinen Geschichte dieses Begriffs, dass seine Verwendung in der deutschen Sprache durchaus jüngeren Datums ist. Bis ins 20. Jahrhundert hinein wurden eine Vielzahl abwertender Bezeichnungen wie zum Beispiel »Krüppel«, »Invalide«, »Irre«, »Idioten«, »Schwach«- oder »Blödsinnige« verwendet. Anfang des 20. Jahrhunderts gab es verschiedene Bestrebungen vor allem für körperbehinderte Menschen weniger diskriminierende Begriffe zu finden. So forderte der »Allgemeine Deutsche Sprachverein« in einer Umfrage 1906 seine Mitglieder auf Vorschläge für Alternativen einzureichen. Dabei kam es zu so seltsamen Wortbildungen wie »Hilfling« oder gar »Brestling«. Letzteres ist von einem heute nicht mehr verwendeten Wort »bresthaft« = »mit Gebrechen behaftet« abgeleitet (Schmuhl 2010: 21 ff.).

Von »Körperbehinderten« wurde dann erstmals in der Zeit der Weimarer Republik gesprochen. Eine erste Hochkonjunktur erfuhr der Begriff ausgerechnet im Dritten Reich, wo er die Funktion der Abgrenzung zwischen im Sinne der nationalsozialistischen Ideologie »legitimen« Körperbehinderten (»Kriegsversehrten«, Unfallopfern u. a.) und den »illegitimen« Behinderten (»Minderwertigen«, »Erbkranken«) zu übernehmen hatte. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg und dem Ende der nationalsozialistischen Diktatur setzte sich der Begriff für alle Menschen mit Körperbehinderungen durch. »Der Begriff der geistigen Behinderung ist bis in die zweite Hälfte der 1950er Jahre hinein nur selten nachweisbar«, schreibt Schmuhl (2010: 86). Erstmals Eingang in ein Gesetz fand das heutige Spektrum »körperlicher«, »geistiger« und »seelischer Behinderung« am 30. Juni 1961 in das Bundessozialhilfegesetz (Schmuhl 2010: 87). *Gesellschaftlich* wirksam wurde dieser Sprachgebrauch vermutlich aber frühestens in den 1980er Jahren. Vielen dürfte die Redeweise von »seelischer« Behinderung bis heute fremd sein.

Die Durchsetzung des Behinderungsbegriff war von Anfang an Ergebnis einer gezielten, auch von Behindertenverbänden getragenen Sprachpolitik im Sinne einer wachsenden Sensibilität für »political correctness« (Schmuhl 2010: 53 f., 92). Wie alle Versuche dieser Art, so ist auch dieser von Bedeutungsverschiebungen und Umwertungen bedroht: in der Jugendsprache ist »behindert« mittlerweile längst wieder zu einem abfällig gemeinten Ausdruck geworden (Schmuhl 2010: 93). Dennoch lässt Semantik und Valenz insbesondere des deutschen Verbes »behindern« ungleich mehr Spielraum für eine differenzierte Begriffsverwendung als die korrespondierenden Ausdrücke anderer europäischer Sprachen. Das wird im Vergleich mit Alternativen wie z. B. englisch »disability«, spanisch »discapacidad« (eigentlich »Nicht- oder »Unfähigkeit«) oder französisch »invalide« (eigentlich: »unwert«!) besonders deutlich. Das deutsche Wort »behindern« hat im Gegensatz zu diesen Ausdrücken eine komplexe syntaktische Valenz. Man kann im Deutschen sagen, dass »jemand durch etwas bei etwas behindert *wird*« oder »behindert *ist*«. Das ermöglicht eigentlich eine sehr differenzierte und kontextsensible sprachliche Bezugnahme. Man kann dann zum Ausdruck bringen, ob man durch den eigenen Körper, durch äußere Umstände oder durch andere Menschen behindert wird. Man kann darauf verweisen, dass man sich nicht grundsätzlich, sondern nur bei bestimmten Aktivitäten behindert fühlt. Es ist eine aktivische und passivische Verwendung möglich. »Behinderung« kann als ein »Sein«, als »Passivum« oder als ein »Haben« formuliert werden.

2.2 Was zählt als Behinderung?

In der modernen Gesellschaft leistet Statistik einen wichtigen Beitrag zur Festlegung dessen, was normal und unnormal, erwartbar und weniger erwartbar ist. Das könnte zur Frage Anlass geben »was zählt eigentlich als Behinderung und wie viele Menschen sind behindert?«. Statistiker müssen schließlich wissen, was sie zählen – sollte man meinen.

Leider ist auch das nicht so einfach, wie man denken könnte. Selbst bei der einfachen Angabe eines Prozentanteils behinderter Menschen an der Gesamtbevölkerung stellen sich ungeahnte Schwierigkeiten. Das kann zunächst ein Blick in die ältere internationale Statistik zeigen. Die Statistikabteilung der Vereinten Nationen (UN) hatte in den 1990-er Jahren die Ergebnisse nationaler Erhebungen gesammelt und zusammen gestellt: die dort genannten Anteile behinderter Menschen an der Gesamtbevölkerung bewegen sich zwischen 0,8% in Syrien (1993) und 33% (Stadt) bzw. 39% (Land) in Norwegen (1991). Diese absurden Unterschiede hängen eindeutig mit der Fragestellung bei der jeweiligen Erhebung zusammen (vgl. insgesamt United Nations 2007). So wurde in Syrien im Rahmen einer repräsentativen Haushaltsbefragung sehr pauschal nach längerfristigen Gesundheitsproblemen gefragt. In Norwegen dagegen wurden eine Fülle funktionaler Beeinträchtigungen (zum Beispiel beim Treppensteigen, bei der Mobilität und anderes mehr) abgefragt und in Form eines Indexes aufaddiert. Das zeigt, dass es sehr darauf ankommt, wie Behinderung statistisch operationalisiert wird. Im Großen und Ganzen erzielt man mit pauschalen Einzelfragen nach »Disability«, »Behinderung«, »Handicap« eher geringe Anteile, mit differenzierten Fragebatterien zu konkreten Beeinträchtigungen eher hohe Anteile. Wenn, was selten geschieht, nicht einheitliche Befragungsinstrumente zugrunde gelegt werden, sind Statistiken über Behinderung also nicht miteinander vergleichbar.

Um diesem Problem zu begegnen, gab es seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) immer wieder Versuche der Vereinheitlichung der Erfassung. Auf der Basis von auf dieser Grundlage fortgeschriebenen Erhebungen und Schätzungen ging die WHO im Dezember 2015 von über einer Milliarde behinderter Menschen weltweit aus (WHO 2015). Das entspricht ungefähr einem bereits früher ermittelten Anteil von rund 15% an der Weltbevölkerung. In Deutschland bietet die alle zwei Jahre aktualisierte Statistik *schwerbehinderter* Menschen den besten Einblick. Tabelle 1 zeigt die leicht bearbeiteten Daten mit Stand vom 31.12.2013.

An der Verteilung der Prozentwerte fällt zunächst auf, dass die Anteile bei Kategorien, die wir im Alltagssprachgebrauch als geradezu »klassische Behinderungen« wie etwa Verlust von Gliedmaßen, Blindheit, Gehörlosigkeit, Querschnittslähmung, geistige Behinderungen ansehen, verhältnismäßig gering sind (zwischen 0,2 und 4,7%).

Tabelle 1 Schwerbehinderte Menschen am 31. 12. 2013 nach Art der schwersten Behinderung (Statistisches Bundesamt 2014: 8)

Art der schwersten Behinderung	Anzahl	%
Verlust oder Teilverlust von Gliedmaßen	62 390	0,8
Funktionseinschränkung von Gliedmaßen	985 086	13,0
Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und des Rumpfes, Deformierung des Brustkorbes	906 221	12,0
Blindheit und Sehbehinderung	357 018	4,7
Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen	315 799	4,2
• darunter Gehörlosigkeit	250 721	3,3
• darunter Schwerhörigkeit		
Entstellungen u. a., Verlust einer Brust oder beider Brüste,	180 697	2,4
• darunter Kleinwuchs	1691	0,0
• darunter Verlust einer Brust oder beider Brüste	175 525	2,3
Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen bzw. Organsystemen	1 870 556	24,8
• darunter Herz-Kreislauf	473 963	6,3
Querschnittlähmungen, zerebrale Störungen, geistig-seelische Behinderungen, Suchtkrankheiten	1 539 007	20,4
• Querschnittlähmung	17 031	2,1
• hirnorganische Anfälle und Syndrome	156 294	6,9
• hirnorganisches Psychosyndrom mit/ohne Ausfallerscheinungen am Bewegungsapparat	520 705	4,0
• Störungen der geistigen Entwicklung (z. B. Lernbehinderung, geistige Behinderung)	298 813	0,8
• körperlich nicht begründbare Psychosen, Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (»psychische Behinderungen«)	489 043	
• Suchtkrankheiten	57 121	
Sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen	1 332 191	17,6
Insgesamt	7 548 965	100

Hohe Anteile weisen Kategorien wie »Beeinträchtigung der Funktion von inneren Organen« (mit 24,8 %) oder »Funktionseinschränkung von Gliedmaßen« oder der Wirbelsäule (mit 13 bzw. 12 %) auf. Solche Einschränkungen werden im Alltag eher als Krankheiten denn als Behinderungen aufgefasst. Außerdem fällt die hohe Belegung der Residualkategorie »Sonstige« (17,6 %) auf. Das spricht nicht gerade für die Validität und Trennschärfe der zugrunde gelegten Kategorisierungen.

Die Kategorie der »Schwerbehinderung«

Hinter der Kategorie »schwerbehindert« in der Tabellenbeschriftung verbirgt sich eine juristische Kategorie. Als »behindert« gelten laut § 2 des Neunten Sozialgesetzbuches bis einschließlich 2016 Menschen, »wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.« (§ 1 SGB IX).

Diese Teilhabebeeinträchtigung wird als »Grad der Behinderung« in einem nach Zehnergraden abgestuften System von 20–100 festgestellt. Menschen gelten als *schwer*behindert, wenn ihnen ein GdB von 50 oder mehr zuerkannt wurde. Liegen mehrere Behinderungen vor, so wird in der Tabelle die »schwerste« Behinderung ausgewiesen.

Für 2017 ist im Rahmen einer geplanten Gesetzesreform (Bundesteilhabegesetz) eine Neufassung dieser Definition geplant. Sie wird nach dem Stand der Entwurfsfassung vom 26. April 2016 wie folgt lauten: »Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.« Wenn es bei dieser Formulierung bleibt, wird sich im Ergebnis und den rechtlichen Konsequenzen wenig verändern. Die Definition ist insgesamt eher umständlicher, aber deshalb nicht präziser wie ihre Vorgängerin. Auch das Kriterium für Schwerbehinderung (GdB von 50) wird demnach in gleicher Weise gefasst wie vorher.

Daraus wird zweierlei deutlich. Zum einen unterscheidet die juristische Definition von Behinderung und damit auch die Schwerbehindertenstatistik nur über ein sehr formales zeitliches Kriterium (> 6 Monate) zwischen krankheits- und behinderungsbedingten Beeinträchtigungen. Zum zweiten zeigt die Statistik nur eine Teilmenge der im Sinne der Definition Sozialgesetzbuches IX von Behinderung betroffenen Menschen, eben die amtlich festgestellten Schwerbehinderten. Das waren am 31. 12. 2013 rund 7,5 Millionen Menschen. Das Statistische Bundesamt geht für denselben Stichtag von einer Gesamtbevölkerung von rund 80,8 Mil-

tionen aus. Der Anteil schwerbehinderter Menschen an der Gesamtbevölkerung beträgt also 9,3%. Man kann noch die rund 2,7 Millionen Menschen mit einem festgestellten Grad der Behinderung zwischen 20 bis unter 50 hinzunehmen, das Statistische Bundesamt bezeichnet sie als »leichter behindert«. Insgesamt ergibt sich daraus eine Anzahl von 10,2 Millionen Menschen mit einer »amtlich anerkannten Behinderung« im Jahr 2013. Das entspricht einem Anteil von rund 12,6% an der Gesamtbevölkerung. Derzeit ist in diesem Sinne somit ungefähr jeder achte Einwohner der Bundesrepublik behindert (Statistisches Bundesamt 2015b).

Allerdings ist zu beachten, dass diese Zahl nur Menschen betrifft, die sich einer amtlichen Feststellung unterzogen haben und einen GdB von mindestens 20 zuerkannt bekamen. Menschen, die sich keiner amtlichen Feststellung der Behinderung unterzogen haben, sind nicht erfasst. Wie hoch die »Dunkelziffer« ist, lässt sich schwer abschätzen.

Das liegt vor allem daran, dass es bis jetzt keine allgemeingültigen Indikatoren für die Definition und damit die Operationalisierung von Behinderung gibt. Auch über die in der Schwerbehindertenstatistik verwendeten Kategorisierungen kann man sich streiten. Beispielsweise werden die wenigsten den Verlust einer Brust nach einer Krebserkrankung, die Folgen eines Herzinfarkts oder sonstige Einschränkungen im Gefolge einer akuten Erkrankung unter den Begriff »Behinderung« subsumieren. In der Schwerbehindertenstatistik weist aber gerade diese Gruppe mit rund 25% den höchsten Anteil auf. Auch dass Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen oder Suchterkrankungen als Behinderungen aufgefasst werden können, ist nicht für jedermann selbstverständlich. Die Schwerbehindertenstatistik folgt hier dem in der Nachkriegszeit herausgebildeten sozialrechtlichen Konsens einer Dreigliederung des Behinderungsbegriffes (körperlich, geistig, seelisch). Diese findet sich der Sache nach auch in der zitierten gesetzlichen Definition des Neunten Sozialgesetzbuches (§ 2 Abs. 1 SGB IX).

Diese wirft eine weitere Frage auf: was ist unter »Beeinträchtigung gesellschaftlicher Teilhabe« eigentlich zu verstehen und wer entscheidet nach welchen Kriterien, ob sie vorliegt? Dies ist dem Sozialgesetzbuch selbst nicht zu entnehmen. Grundlage für die konkrete Praxis der Zuerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft ist die sogenannte Versorgungsmedizin-Verordnung. Diese Verordnung bietet »Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit«, so deren früherer Titel. Damit wird schon deutlich: die »Teilhabe einschränkung« beurteilen Ärzte und nicht etwa Soziologen.

Es handelt sich bei diesen Anhaltspunkten lediglich um eine Auflistung rein medizinisch gefasster Schädigungen, Beeinträchtigungen oder Störungen, denen mögliche »Grad-der-Behinderung (GdB)«-Punkte zugewiesen werden. Beispielsweise erhält ein Patient, der einen »völligen Verlust der Nase« zu beklagen hat, genau 50 GdB-Punkte. Für eine sogenannte »Stinknase« ist dagegen »je nach

Ausmaß der Borkenbildung und des Foetors« ein Korridor von 20–40 Punkten vorgesehen (Versorgungsmedizin-Verordnung Abschnitt 5). Die genaue Beurteilung unterliegt dem begutachtenden Arzt. Begründungen und Kriterien enthalten die ehemals zu Recht so genannten »Anhaltspunkte« nicht.

Die Verfahrensweise als solche wurde von dem Arzt Viktor von Weizsäcker im Hinblick auf die Teilhabe am Berufsleben schon in den frühen 1930er Jahren infrage gestellt. Weizsäcker war damals selbst immer wieder für Rentenversicherungen als Gutachter tätig, um den damals sogenannten »Grad der Erwerbsminderung« festzustellen. Seine Kritik ist recht radikal:

»Welche intellektuellen Operationen führen den Arzt eigentlich von der Betrachtung eines Röntgenbildes zu der Aussage, es bestehe 0, 20, 40 oder 80 % Erwerbsminderung? Keine! Ein nebelhaftes Gefühlsurteil, ein Eindruck von der moralischen Willigkeit des Kranken, eine unbewusst zustande kommende Gewohnheit des Schätzens wirken zusammen.« (Weizsäcker 1986: 38)

Weizsäcker sieht das grundsätzliche Problem in dem Umstand, dass funktionale Beeinträchtigungen von Menschen nicht allein eine Funktion medizinischer Befunde (Krankheiten) sind, sondern in komplexer Weise vom Alltag der betreffenden Menschen und damit verbundenen Anforderungen sowie seinen sonstigen Fähigkeiten abhängen. Er schreibt:

»Die Pathologie bestimmt die Natur der Krankheit, aber nicht die Form der Verwendbarkeit der verbleibenden Funktionen. Ein Mensch lebt ja nicht mit seinem Krankheitsherd, sondern mit seinen um diesen herum sich neu ordnenden Funktionen. Seine Suffizienz ist doch nicht durch Subtraktion seiner Erscheinungen und Ausfälle von 100 % zu bestimmen ... Ein an beiden Beinen Gelähmter kann voll erwerbsfähig sein und ein Neurotiker ohne Organbefund kann voll erwerbsunfähig sein. ... Derselbe körperliche Zustand... wirkt sich bekanntlich in verschiedenen Arten der Arbeit ganz entgegengesetzt aus und in praxi gibt es nicht eine theoretische Arbeitsfähigkeit, sondern eben die praktischen Arbeitsfähigkeiten für verschiedene Arten von Arbeit.« (Weizsäcker 1986: 36 ff.)

Wenn Weizsäcker hier von verschiedenen Arten von Arbeit spricht, dann hebt er nicht zuletzt auf die sozialen Verhältnisse, die soziale Verfasstheit und die soziale Organisation von Arbeit und ihren Bedingungen ab. Die Frage, wodurch und wobei Menschen behindert sind oder werden, ist damit nicht nur eine medizinische Frage. 1967, auf dem 65. deutschen Fürsorgetag in Hamburg, formulierte der Soziologe Christian von Ferber genau diese Einsicht, lange bevor der Begriff der »Teilhabe« dann 2001 Eingang in das SGB IX fand:

»... Die Rede vom behinderten Menschen meint eine spezifische Situation, in der diese Menschen zur Gesellschaft stehen und die die amtliche Zählung und die medizinische Publizierung nur sehr unzureichend beschreiben und zum Ausdruck bringen. Die Kategorie der Behinderung stellt auf die gesellschaftliche Teilhabe dieser Menschen ab, sie meint ihren von Haus aus anderen Bezug zu den Formen des miteinander Handelns und miteinander Verkehrens oder – wie wir Soziologen sagen – zu den Formen der Kooperation und Kommunikation, in denen die gesellschaftliche Normalexistenz verläuft.« (Ferber 1972: 31)

Christian von Ferber führt im Folgenden aus, wie sehr sich unsere Gesellschaft im Alltag am normativen Konstrukt des »Gesunden, voll Handlungsfähigen« orientiert. Die Situation von behinderten Menschen ist für ihn deshalb nicht in erster Linie von einer medizinischen Problematik geprägt, sondern von einem gesellschaftlichen Minoritätenstatus, einem Problem mangelnder gesellschaftlicher Anerkennung. Zwingende Voraussetzung dieser Anerkennung ist für ihn die Relativierung »gesellschaftlicher Bewertungskriterien«, die Veränderung von Handlungsnormen, und damit letztlich gesellschaftlichen Strukturen und Erwartungsmustern.

2.3 Die Soziologie der Behinderten und der Nationalsozialismus

In den dreißiger Jahren, als Viktor von Weizsäcker seine Kritik formulierte, entsprach diese Einsicht durchaus nicht dem Zeitgeist. Das Verständnis dessen, was wir heute Behinderung nennen, war bei den 1933 an die Macht gelangenden Nationalsozialisten ein völlig anderes. Für sie war Behinderung, wenn sie nicht Resultat einer Kriegsverletzung oder eines Unfalls war, Signum individueller »Minderwertigkeit« und »Erbkrankheit«. Diese Vorstellung, eingebettet in ein von Sozialdarwinismus, Rassenideologie und Eugenik geprägtes Weltbild, war keine genuine Erfindung der Nationalsozialisten. Dessen Erfinder sind vielmehr im Herzen des deutschen Bildungsbürgertums zu suchen, seine Promotoren waren vor allem deutsche Ärzte.

Ein prominentes Beispiel dafür ist der Arzt Fritz Lenz (1887–1976). Dieser war einer der wichtigsten sogenannten Rassenhygieniker des 3. Reichs und kann in gewissem Sinne als Miterfinder dieser (pseudo-)wissenschaftlichen Disziplin gelten. Er war Mitverfasser des 1921 erstmals erschienenen Standardwerks »Menschliche Erblchkeitslehre und Rassenhygiene«, dem sogenannten Baur-Fischer-Lenz. Dieses Werk war die wichtigste Quelle der rassentheoretischen, eugenischen und antisemitischen Argumentationen von Hitlers Buch »Mein Kampf« und damit

der nationalsozialistischen Rassenideologie insgesamt. Davon wird noch im elften Kapitel die Rede sein. Ich erwähne diesen Umstand hier nur, weil es in diesem Zusammenhang eine interessante Querverbindung zur Soziologie der Behinderten gibt.

Dazu muss man wissen, dass die Vertreter einer rassenhygienischen Medizin nach dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft und des Zweiten Weltkrieges nicht etwa einer konsequenten Entnazifizierung unterzogen wurden, sondern bruchlos in Hochschulpositionen in der neu gegründeten Bundesrepublik übergingen. Das galt für Fritz Lenz, der schon 1946 eine Göttinger Professur für »Erblichkeitslehre« besetzte. Das galt auch für Ottmar von Verschuer, Schüler von Lenz, bis 1945 Direktor des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie in Berlin. Verschuer war der Doktorvater des berühmten Auschwitz-Arzt Joseph Mengele. Mengele arbeitete eng mit Verschuer zusammen und belieferte das Kaiser Wilhelm Institut in Berlin mit Blutproben und sogenannten »Präparaten« von getöteten KZ-Häftlingen. Verschuer wurde 1951 dank der Protektion von Fritz Lenz auf einen Lehrstuhl für Humangenetik in Münster berufen und war wiederum aktiv beteiligt an der Berufung seines Nachfolgers im Jahr 1965. Dieser Nachfolger war niemand anders als wiederum der Sohn Fritz Lenz', Widukind Lenz. Zwar war dieser, was die NS-Zeit betrifft, nicht direkt belastet. Eine erhebliche geistige Nähe zu den Ideen des Vaters kann jedoch nicht bestritten werden. Diese und andere Vorgänge sind ein gutes Beispiel für die auch in der Nachkriegszeit noch nachklingende Wirksamkeit eines »rassenhygienischen Milieus« (Kastl 2014a: 27 f.).

Widukind Lenz war einer breiteren Öffentlichkeit allerdings auf eine ganz andere Weise bekannt geworden. Er hatte im Jahr 1961 die Ursache damals auftretender schwerer körperlicher Schädigungen Neugeborener aufgedeckt. Die Mütter hatten während der Schwangerschaft das Thalidomid-Präparat Contergan eingenommen, ein damals gängiges Schlafmittel. Lenz hat durch eine mutige Intervention die Schädigung von weiteren Neugeborenen verhindert. In der Folge war er – als Inhaber der Humangenetikprofessur in Münster – an der Organisation der Entschädigung der Familien beteiligt.

In dieser Eigenschaft kam es zu einer flüchtigen Begegnung mit Günther Cloerkes, dem wichtigsten Vertreter der »Soziologie der Behinderten« in Deutschland. Diese Begegnung war für Cloerkes ausschlaggebend dafür, sich überhaupt mit dem Thema Behinderung zu befassen. Er arbeitete für eine kurze Zeit als wissenschaftliche Hilfskraft in dem Projekt an der Universität Münster mit, das mit der Entschädigung der Contergan-Betroffenen befasst war. Sehr schnell kam es allerdings zu einem offenen Konflikt mit Widukind Lenz über die Behandlung der betroffenen Familien (Kastl/Felkendorff 2014: 53). Cloerkes quittierte den Dienst. Das Thema Contergan und damit Behinderung ließ ihn aber nicht mehr los. Er führte Interviews und Gespräche mit Familien, deren Kinder und Conterganschä-

digungen betroffen waren. Die darin berichteten aggressiven und aversiven Reaktionen der sozialen Umwelt auf die Kinder brachten Cloerkes dazu, eine umfassende Aufarbeitung des Themas »soziale Reaktionen auf Behinderung« in Angriff zu nehmen. Teile dieses Materials sind in seine 1979 veröffentlichte Dissertation »Einstellung und Verhalten gegenüber Körperbehinderten« eingeflossen. Sie dokumentiert auch das Fortwirken rassenhygienischer Denkweisen in der Bevölkerung der Bundesrepublik bis weit in die 1970er Jahre hinein (Cloerkes 1980: bes. Kap. 16–17).

Das Thema Contergan war (und ist) insgesamt für die Bundesrepublik Deutschland zu einem Kristallisationspunkt der gesellschaftlichen Auseinandersetzung um die Rolle behinderter Menschen in der Gesellschaft geworden und hat dazu beigetragen ein verändertes Verständnis der Rolle von behinderten Menschen in der Gesellschaft zu bewirken (Poore 2007: 182 f.). Dazu haben nicht zuletzt vielfältige politische und kulturelle Aktivitäten der Betroffenen selbst beigetragen. Sie gingen einher mit einer zugleich einsetzenden politischen Aufarbeitung der nationalsozialistischen Verbrechen an behinderten Menschen durch engagierte Journalisten und Schriftsteller wie zum Beispiel Ernst Klee.

Günther Cloerkes und mit ihm die Soziologie der Behinderten haben auf ihre Weise zu einer »Entnazifizierung« der Diskurse beigetragen. Sie setzten den in Medizin und in der Bevölkerung nach wie vor wirksamen rassenhygienischen Diskursen soziologische und sozialpsychologische Deutungen von Behinderung und den gesellschaftlichen Reaktionen auf Behinderung entgegen. Die Basis dafür bildete die breite Rezeption von soziologischen und sozialpsychologischen Autoren aus den Vereinigten Staaten. Diese liegen durchweg im Umfeld der sogenannten Chicago School, des Pragmatismus und des Symbolischen Interaktionismus. Zu nennen wären Autoren wie Howard Becker, Eliot Freidson, Erving Goffman, Edwin Lemert, Gordon W. Allport, die sich insbesondere mit der Rolle von gesellschaftlichen Außenseitern, mit Etikettierungs- und Stigmatisierungsprozessen, Vorurteilsforschung, Soziologie abweichenden Verhaltens u. a. auseinandersetzen. Weitere wichtige Impulse lieferten die auf Behinderung im engeren Sinne bezogene Arbeiten von Beatrice A. Wright und Constantina Safilios-Rothschild, auf die auch Erving Goffman in seinem wichtigen Buch über Stigma zurückgegriffen hatte.

Erving Goffman ist derjenige unter den soziologischen »Klassikern«, der sich an zentraler Stelle mit Behinderungen auseinander gesetzt hat (»Stigma«, »Asyle«). Daran knüpften in der Folge weitere Autoren im Kontext des Symbolischen Interaktionismus in den USA an, wie zum Beispiel die selbst von Behinderung betroffenen (Medizin-)Soziologen und Anthropologen Irving Zola, Gary Albrecht, Robert F. Murphy und auch jüngere Autoren wie Bryan Turner und Bill Hughes.¹⁰

10 Dabei ist der Übergang zu den sogenannten »Disability Studies«, denen sich ein Teil der

Die Soziologie der Behinderten in Deutschland

Die »Soziologie der Behinderten« begann sich im deutschsprachigen Raum Anfang der 1970er Jahre institutionell auszudifferenzieren, eng verbunden mit dem Bedarf der mit Behinderung befassten wissenschaftlichen Disziplinen und Professionen der Sonder-, Heil-, Sozial- und Behindertenpädagogik sowie der Rehabilitationswissenschaften. Erster Inhaber einer gleichnamigen Professur an der pädagogischen Hochschule in Heidelberg ist Walter Thimm, zunächst Lehrer an einer Blindenschule, der 1971 mit einer Dissertation mit dem Titel »Blindheit als gesellschaftliche Kategorie – Untersuchungen zu einer Soziologie der Blindheit« promoviert hatte. Er wird 1972 als Professor an die Pädagogische Hochschule Heidelberg zunächst für das Fach »Soziologie der Sehgeschädigten« berufen, auf seinen eigenen Wunsch hin in »Soziologie der Behinderten« erweitert. Die Veröffentlichung eines gleichnamigen Sammelbands im selben Jahr macht Walter Thimm zu einem der Gründerväter und zum deutschen Taufpaten dieses soziologischen Querschnittsfaches. In dem Sammelband finden sich wichtige Beiträge u. a. von Christian von Ferber (darunter der bereits zitierte Vortrag von 1967), Walther Thimm selbst und Klaus Dörner. Von Jürgen Hohmeier wird zusammen mit Manfred Brusten 1975 ein auch für die Soziologie der Behinderten maßgeblicher zweibändiger Sammelband mit dem Titel »Stigmatisierung. Zur Produktion gesellschaftlicher Randgruppen« heraus gegeben.

Nach der Berufung von Walter Thimm an die Universität Münster im Jahr 1980 tritt *Günter Cloerkes* dessen Nachfolge auf der Heidelberger Professur an. Sie schließen an Theorien des symbolischen Interaktionismus und damit an die Tradition des amerikanischen Pragmatismus an und rehabilitieren damit ein demokratisches und humanistisches Erbe (Kastl 2014a: 43). Eine Lehrgestalt fand und findet diese junge Disziplin in Cloerkes Lehrbuch »Soziologie der Behinderten«

Autoren selbst zuordnet, fließend. Unter diesem Etikett wird ein in sich durchaus heterogener, sozial- und kulturwissenschaftlich orientierter Forschungs- und Theorieansatz verstanden, der sich zumindest in manchen seiner Fraktionen als Teil einer emanzipatorischen Behindertenbewegung versteht. Vor allem in der zuletzt genannten Hinsicht werden Disability Studies derzeit in Deutschland rezipiert: es ist aber wichtig sich klar zu machen, dass in der amerikanischen Diskussion Disability Studies viel enger als Fortentwicklung einer im Symbolischen Interaktionismus und Pragmatismus der Chicago School verankerten soziologischen und kulturwissenschaftlichen Forschungsdisziplin verstanden werden wie in Deutschland (dazu Albrecht 2003). Eine gewisse inhaltliche Gemeinsamkeit der Disability Studies liegt in der Betonung einer überwiegend kultur- bzw. wissenssoziologischen Perspektive: d. h. es geht im Schwerpunkt um kulturelle und soziale Deutungsmuster und Deutungsprozesse (Konstruktionen) von Behinderung (vergleiche dazu die Kapitel 9–11 dieses Buches).

(1997 erstmals erschienen, 2007 in 3. Auflage), es ist sehr rasch das Standardwerk zum Thema geworden und bis heute geblieben.

Insgesamt haben die Soziologie der Behinderten (im deutschen Sprachraum) und die Disability Studies (im anglosächsischen Sprachraum) eine in ihrer Stammdisziplin, der Soziologie, nahezu unbemerkte Erfolgsgeschichte hinter sich gebracht. Nicht nur, dass sie zu einer Verbreitung soziologischer Denkweisen in den Nachbardisziplinen geführt haben, sie haben auch die (sozial)politische und (sozial)pädagogische Diskussion und Praxis erheblich beeinflusst. Es ist heute selbstverständlich in der Ausbildung von Sonder- und Heilpädagogen einen soziologischen Klassiker wie *Goffman* zu lesen, von Behinderung als einem Teilhabeproblem und von einem »sozialen Modell« oder »sozialer Konstruktion« von Behinderung zu sprechen.

Auch in sozialpolitischen, -rechtlichen und -administrativen Kontexten wird »Behinderung« mittlerweile selbstverständlich als ein Partizipationsproblem verstanden (ICF, SGB IX). Nimmt man den schon zitierten Vortrag von Christian von Ferber 1967, in dem dieser Behinderung als ein Problem sozialer Teilhabe definiert hatte, als Ausgangspunkt, und das SGB IX 2001 als Zielpunkt, so liegen dazwischen immerhin 34 Jahre Zeit, um diese frühe Einsicht der Soziologie einzuholen. Mit dem Inkrafttreten der UN-Konvention zu den Rechten behinderter Menschen im Jahr 2009 kommt daran niemand mehr vorbei. Auch ihr liegen Modelle und Denkweisen zugrunde, die ohne die in den 1970er Jahren nicht zuletzt von der Soziologie ausgelösten Diskussionen nicht möglich gewesen wären.

Unübersehbar bleibt freilich, dass bezogen auf die gesellschaftliche Praxis einiges zu tun bleibt. Dies beginnt schon bei der eingangs dargestellten rechtlichen Verfahrensweise der Zuweisung des Schwerbehindertenstatus. Trotz der allgegenwärtigen Semantik von Teilhabe und Inklusion begnügt sich dieses Verfahren mit rein medizinischen Kriterien:

»Auch in Zukunft wird es keine Antragstellerinnen oder Antragsteller geben, denen beschieden wird, dass sie zwar die notwendigen medizinischen, nicht aber die hinreichenden sozialen Kriterien für die Zuerkennung einer Behinderung erfüllen. Denn der Gesetzgeber stellt weiterhin einen unmittelbaren Zusammenhang her zwischen dem Ergebnis der ärztlichen Prüfung und dem Ausmaß der sozialen Teilhabe.« (Felken-dorff 2003: 32).

2.4 Medizinisches und soziales Modell

Hinter dem Problem, das Kai Felkendorff hier auf den Punkt bringt, steckt eine für die Soziologie der Behinderung wichtige Diskussion: die Auseinandersetzung zwischen medizinischen Modellen von Behinderung und sozialen Modellen der Behinderung (ICF: 24). Sie hat in Slogans wie »Man ist nicht behindert, man wird behindert.« ihren politischen Ausdruck gefunden. Eng damit verknüpft ist die Unterscheidung von »Impairment« (Schädigung) und »Disability« (Behinderung in engerem Sinne) insbesondere in der britischen Tradition der Disability Studies, die ihrerseits eng mit der politischen Behindertenbewegung verbunden ist.

»Medizinisches Modell« der Behinderung

Ich habe schon darauf hingewiesen, dass es ein »medizinisches Modell« der Behinderung genau genommen gar nicht gibt. Bei dieser Redeweise handelt es sich eher um einen (fach-)politischen Schachzug derer, die das »soziale Modell« der Behinderung durchsetzen wollten und zu diesem Zweck einen möglichst leicht besiegbaren Gegner aufbauen mussten. Dass dieser Gegner in Teilen auch die Medizin bzw. deren professionelle Vertreter, die Ärzte waren, ergibt sich aus dem Ziel der politischen Behindertenbewegung, sich aus professioneller Gängelung zu lösen, die Autorität der Ärzte zu hinterfragen und aufzuweichen, sich gegen die Abhängigkeit von einem als übermächtig empfundenen Rehabilitationssystem zu wehren.

Als medizinisches Modell wurde insofern eher die etwas polemische Außencharakterisierung einer vermeintlich für die Medizin typischen Sichtweise auf Behinderungsphänomene ausgegeben. Gemeint war, dass Behinderung nur unter dem Gesichtspunkt einer naturwissenschaftlich fassbaren Schädigung oder Funktionseinschränkung und ihrer individuellen rehabilitativen Kompensation her verstanden werde. Ausschließlich das Individuum werde in diesem Modell als persönlich betroffen von tragischen Umständen betrachtet, denen durch fachkundige »Behandlung« und Rehabilitation begegnet werden müsse (Oliver 1996: 32 ff.).

Diese Version der Dinge wurde im Wesentlichen von dem britischen Soziologen Michael Oliver in den frühen 1980er Jahren »kanonisiert«. Allerdings muss er selbst die geringe Plausibilität der Bezeichnung »medizinisches Modell« bemerkt haben. Er ersetzt sie deshalb durch den Ausdruck »individuelles Modell der Behinderung«, das er allerdings nach wie vor dominant im Feld der Medizin am Werk sieht und als Ausdruck einer »medicalisation of disability« ansieht (Oliver 1996: 33).

Soziales Modell der Behinderung und die Unterscheidung »impairment« – »disability«

Als wichtige Quelle des sozialen Modells führt Oliver die politische Diskussion in Großbritannien in den 1970er Jahre an. 1972 gründeten Paul Hunt, Vic Finkelstein und andere ebenfalls körperbehinderte Aktivisten die Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS), eine in den Folgejahren maßgebliche politische Organisation körperbehinderter Menschen. Ziel der Organisation war die Herstellung gleichberechtigter Lebensmöglichkeiten für behinderte Menschen, die Abschaffung segregierender Einrichtungen und physischer wie sozialer Barrieren. In einer 1974 entstandenen Publikation werden die maßgeblichen Sätze formuliert.

»In our view, it is society which disables physically impaired people. Disability is something imposed on top of our impairments, by the way we are unnecessarily isolated and excluded from full participation in society. Disabled people are therefore an oppressed group in society. To understand this it is necessary to grasp the distinction between the physical impairment and the social situation, called disability, of people with such impairment. Thus we define impairment as lacking part of or all of a limb, or having a defective limb, organism or mechanism of the body; and disability as the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organisation which takes little or no account of people who have physical impairments and thus excludes them from participation in the mainstream of social activities.« (UPIAS 1976: 3)

Wie das Zitat zeigt, bildet die Unterscheidung von »impairment« und »disability« den entscheidenden Punkt. Unter »impairment« wurde die objektive Schädigung einer anatomischen Struktur oder eines körperlichen Prozesses verstanden, unter »disability« dagegen eine bestimmte Aktivitätseinschränkung und ein damit verbundener generell nachteiliger gesellschaftlicher Status. Behinderung im Sinne von »disability« hat im Verständnis Olivers nichts mit dem Körper zu tun, sondern sei ausschließlich eine Konsequenz sozialer Unterdrückung (Oliver 1996: 35). Das *soziale* Modell macht sich deswegen den Slogan »Disabled by society and not by our bodies!« zu eigen. Ein Anfang der 90er Jahre von der damaligen Aktion Sorgenkind benutzter deutscher Slogan, der das der Sache nach aufgreift, lautet: »Man ist nicht behindert, man wird behindert.«

Barrieren als Zumutungsnormen

Gemeint ist in beiden Fällen: erst gesellschaftliche Barrieren führen zu einer Beeinträchtigung von Aktivitäten und zu Ausgrenzungen. Bekanntlich können Randsteine bei Gehwegen eine physische Barriere für Rollstuhlfahrer darstellen (für blinde Menschen sind sie wiederum sehr wichtig zur räumlichen Orientierung). »Barrieren«, könnte man in Anknüpfung an den voran gegangenen Abschnitt sagen, sind verkleidete Normen der Gesellschaft darüber, womit Menschen aus eigener Kraft zurechtkommen müssen. Beispielsweise steht hinter der hohen Bürgersteigkante oder der Treppe im Rathaus die Erwartung, dass die Bewältigung der damit verbundenen Höhendifferenzen jedem zumutbar ist. Die Forderung nach Barrierefreiheit ist nichts anderes als eine Aufforderung diese Normen zugunsten behinderter Menschen zu verändern: grundsätzlich sollen alle Höhendifferenzen auch durch Rampen oder Aufzüge überbrückt werden können. Gemeint sind aber auch Barrieren im übertragenen Sinn, zum Beispiel in Form von unverständlichen Texten und Formularen (bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen), mangelnde optische Kommunikation (bei gehörlosen Menschen) und generell: Stigmatisierungen, Stereotypen, Vorurteile. Sowohl der Umgang mit Behinderung als auch diese selbst erhält auf diese Weise eine politische Dimension: diese Barrieren müssen abgebaut werden, behinderte Menschen sind eine unterdrückte und ausgegrenzte Minderheit. Es geht damit um die Herstellung gerechter Lebensverhältnisse.

Michael Oliver fasst die Unterschiede zwischen dem von ihm so genannten individuellen (medizinischen) Modell und dem sozialen Modell von Behinderung in einer eingängigen und oft zitierten tabellarischen Gegenüberstellung zusammen:

Tabelle 2 Individuelles (medizinisches) Modell und soziales Modell der Behinderung

The individual model	↔	The social model
personal tragedy theory	↔	social oppression theory
personal problem	↔	social problem
individual treatment	↔	social action
medicalisation	↔	self-help
professional dominance	↔	individual and collective responsibility
expertise	↔	experience
adjustment	↔	affirmation
individual identity	↔	collective identity
prejudice	↔	discrimination
attitudes	↔	behaviour
care	↔	rights
control	↔	choice
policy	↔	politics
individual adaption	↔	social change

Quelle: Oliver 1996: 34

men (siehe Tabelle 2), die insbesondere den anti-professionalistischen Impuls und politischen Impetus dieser Betrachtungsweise verdeutlicht.

Nicht-Geher und Nicht-Flieger

Oliver geht in seiner Politisierung und Soziologisierung des Behinderungsbegriffs sehr weit. Beispielsweise formuliert er in einer seiner ersten Veröffentlichungen folgende These und greift sie in seinem Buch *Understanding Disability* wieder auf:

»The aim of the research should not be to make the legless normal, whatever that may mean, but to create a social environment where to be legless is irrelevant.« (zit. in Oliver 1996: 97)

In dieser Logik entwirft Oliver eine Soziologie des Gehens, die provokativ die Frage »What's so wonderful about walking?« in den Mittelpunkt stellt (Oliver 1996: 109). Er entlarvt darin eine »Normalitätsideologie« (»ideology of normality«), die Nicht-Geher langwierigen und demütigenden rehabilitativen Maßnahmen unterzieht, um ein unvollkommenes Fast-Gehen zu ermöglichen. Oliver kritisiert die Heilsversprechungen und Bemühungen der Medizin, einstmals durchtrennte Spinalnerven wieder heilen zu können und damit querschnittsgelähmten Menschen wieder das Gehen zu ermöglichen. Oliver sieht in allen diesen Phänomenen eine Form der Machtausübung gegenüber behinderten Menschen und ihrer Anpassung an eine Norm der »behindernden Gesellschaft« (disablist society), letztlich eben die Unterdrückung einer abweichenden Minderheit:

»the aim of rehabilitation is to encourage walking and nearly-walking, and to control through therapeutic interventions, non-walkers and nearly walkers both individually and as a group.« (Oliver 1996: 106)

Oliver spitzt das zu der Frage zu, warum die Gesellschaft Nicht-Geher dafür bestraft, weil sie nicht gehen, aber beispielsweise Nicht-Flieger nicht dafür, dass sie nicht fliegen können:

»...we do not punish non-flyers for not flying. In fact we do exactly the opposite. We spend billions of dollars, yen, deutschmarks and pound every year providing non-flyers with the most sophisticated mobility aids imaginable. They are called aeroplanes. An aeroplane is a mobility aid for non-flyers in exactly the same way as a wheelchair is a mobility aid for non-walkers.« (Oliver 1996: 108)

Für Oliver resultieren daraus vor allem zwei politische Forderungen: soziale Umwelt so zu gestalten, dass sie der Mobilität der Nicht-Geher keine oder möglichst wenig Barrieren in den Weg legt und die kulturellen Deutungsmuster, die das »Gehen« zu einer Normalität, zum Inbegriff von Selbstständigkeit, Autonomie, sexueller Potenz und Attraktivität macht, radikal zu dekonstruieren.

2.5 Kritik am sozialen Modell

Dass Barrieren für behinderte Menschen nach Möglichkeit reduziert werden sollten, darüber dürfte es keinen Dissens geben. Über die Gleichsetzung von »Flugbehinderung« und »Gehbehinderung«, von Rollstühlen und Flugzeugen kann man aber mit Sicherheit streiten (Shakespeare 2006: 51). Dieser Vergleich geht von der Prämisse aus, man könne die Anatomie des menschlichen Körperbaus hier außer Betracht lassen. Oliver sieht es offenbar *nicht* als gegebene Tatsache an, dass Menschen per biologischer Ausstattung Beine haben und keine Flügel, mithin als Gattungswesen auf eine begehbare Umwelt hin angelegt sind (vgl. Schramme 2003: 67). Das anders zu sehen wie Oliver, spricht weder gegen eine technische Erschließung anderer Lebensräume wie Wasser und Luft, noch gegen eine technische Erschließung der üblicherweise begehbaren Umwelt für die vielen Menschen, die in ihrer Gehfähigkeit beeinträchtigt sind. Die Behauptung Olivers, Behinderung habe in keinem Fall etwas mit dem Körper zu tun, lässt sich aber eigentlich nur aus seinem politischen Interesse heraus verstehen.

Der wissenschaftliche Anspruch des »sozialen Modells« wird mittlerweile sehr einhellig aus interaktionistischen, phänomenologischen und sozialkonstruktivistischen Perspektiven kritisiert. Im Zentrum der Kritik steht insbesondere die zu einfache Dichotomie von »impairment« und »disability«. So macht zum Beispiel Tom Shakespeare eine Sichtweise von Behinderung als einer *komplexen Interaktion intrinsischer und extrinsischer Faktoren* geltend, die in seiner Sicht bei jeder Behinderung wirksam sind und die eine Gleichsetzung von Behinderung mit äußeren und sozialen Barrieren unrealistisch erscheinen lässt (Shakespeare 2006: 57). Auch eine *phänomenologische Perspektive* (z. B. Bill Hughes/Kevin Paterson 1997: 334 f.) kommt zu dem Schluss, dass in der Erfahrung behinderter Menschen nicht scharf zwischen »impairment« und »disability«, zwischen einer physischen und sozialen Ebene getrennt werden kann.¹¹ Anne Waldschmidt wendet aus *sozialkonstruktivistischer Sicht* ein, dass auch »impairment« (und generell: Körper) nicht unabhängig von sozialen Deutungen bestehe:

11 »The body – be it impaired or not – is an experiencing agent, itself a subject and therefore a site of meaning and source of knowledge about the world. The impaired body is a lived

»Aus einer theoretisch differenzierten Sicht muss nicht nur die Behinderung, sondern auch die Schädigungsebene als gesellschaftlich hergestellt begriffen werden. Die medizinischen Kategorien, die für die körperlichen und verkörperten Merkmale von Auffälligkeit und Abweichung (»impairments«) benutzt werden, sind nicht ahistorische und gesellschaftsneutrale Gegebenheiten, naturwissenschaftliche oder gar »natürliche« Tatsachen, sondern sie haben – wie Behinderung – ebenfalls ihre Geschichte, ihre kulturelle Bedeutung und ihre sozialen Konstruktionsmodi.« (Waldschmidt 2006a: 88)

Allerdings muss man Waldschmidts Formulierungen ergänzen, um mögliche Missverständnisse zu verhindern. Der Umstand, dass etwas sozial konstruiert ist, sagt nichts über dessen ontologischen Status aus. »Herstellen« und »konstruieren« sind nicht dasselbe (vgl. dazu die Überlegungen in Kapitel 9).

Tom Shakespeares Kritik

Exemplarisch vertiefen möchte ich in diesem Zusammenhang Tom Shakespeares Kritik am sozialen Modell. Shakespeare ist, wie Oliver, selbst von einer körperlichen Behinderung betroffen und war nach eigener Darstellung ein Protagonist des sozialen Modells. Allerdings hat er mittlerweile eine kritisch-differenzierte Position entwickelt. Shakespeare will nach wie vor nicht die politischen Verdienste des »sozialen Modells« bestreiten, aber er wirft Oliver (behinderungs-)politisch motivierte kontraproduktive Übertreibungen vor. So werden in seinen Augen die Interessen behinderter Menschen konterkariert,

- wenn im Zeichen des sozialen Modells Selbsthilfeorganisationen, die sich für behinderungs-(bzw. schädigungs-)spezifische Belange einsetzen (z. B. Gehörlosigkeit, Sehbehinderung, geistige Behinderung, Multiple Sklerose) pauschal abgelehnt werden, mit dem Argument *impairment* spiele politisch keine Rolle;
- wenn medizinische Forschung oder medizinische Interventionen grundsätzlich kritisch gesehen werden;
- wenn rehabilitationsbezogene statistische Erhebungen bekämpft werden (Shakespeare 2006: 32).

body. Disabled people experience impairment, as well as disability, not in separate Cartesian compartments, but as an art of a complex interpenetration of oppression and affliction.« (Hughes/Paterson 1997: 334 f.)

In allen diesen Punkten bis hin zu Fragen von Pränataldiagnostik und Abtreibung plädiert Shakespeare für eine differenzierte Betrachtungsweise, aus seiner Sicht gerade im (politischen) Interesse behinderter Menschen.

Verflechtung von impairment und disability

Shakespeare weist insbesondere auf den wechselseitig vermittelten Charakter von körperlicher Schädigung (*impairment*) und funktionaler Beeinträchtigung (*disability*) hin. Weder lässt sich die Bedeutung von *impairment* von der soziokulturellen Realität abkoppeln, noch geht die funktionale Beeinträchtigung in dieser auf. Auch mache der Körper als solcher, ebenso wie die Spezifik der Schädigung dem sozial Möglichen durchaus Vorgaben. So macht es auch für soziales Handeln und soziale Deutungen einen Unterschied, ob jemand Schmerzen hat oder nicht, ob eine Schädigung sichtbar ist oder nicht, ob Schädigungen statisch, wie bei der multiplen Sklerose auf unberechenbare Weise progredient oder wie bei schizophrenen Erkrankungen episodisch verfasst sind. Dass dies so ist, ist aber kein Ergebnis sozialer Konstruktion.

Selbstverständlich kann – wie immer im Zusammenspiel mit sozialen Kontexten – eine Schädigung zur Ursache einer Behinderung werden. Ohne Hände kann ich nicht mit einem Schraubenzieher oder einer Feile umgehen, Nicht-rechnen-können infolge einer Gehirnschädigung schließt mich von der Berufstätigkeit eines Statistikers oder eines Wirtschaftsmathematikers aus. Wer die Fähigkeit verloren hat, neue Gedächtnisinhalte zu bilden (anterograde Amnesie), kann nicht als Psychotherapeut oder Erzieherin arbeiten. Solche Ausschlüsse sind nicht per se Formen sozialer Diskriminierung. Mit ihnen ist es durchaus zu vereinbaren, quasi in Anwendung eines gemäßigten sozialen Modells, besser geeignete Formen der Beteiligung an gesellschaftlicher Arbeit zu suchen und zu finden. Aber genau dazu muss sehr wohl die Spezifik einer Schädigung berücksichtigt werden. Diese ist keineswegs neutral für die Frage der Handlungsmöglichkeiten einer Person. Genauso kann es aber auch sein, dass umgekehrt eine Schädigung durch gesellschaftlich bedingte Faktoren (Machtausübung, Diskriminierung, Deprivation) überhaupt erst hervorgerufen wird oder aber eine Mischung aus beidem eintritt. So gesehen bedarf es nicht nur einer Soziologie der Behinderung, sondern auch einer Soziologie der Schädigung (Hughes/Paterson 1997).

Auch in der subjektiven Erfahrung von Behinderung lassen sich »Impairment« und »disability« nicht so fein auseinander dividieren, wie es das soziale Modell unterstellt. Shakespeare spricht in diesem Zusammenhang von einer »inextricable interconnection of impairment and disability« (Shakespeare 2006: 36) und setzt dem Slogan: »People are disabled by society, not by their bodies« den

eingestandermaßen weniger mobilisierungstauglichen Slogan entgegen: »People are disabled by society as well as by their bodies.« (Shakespeare 2006: 11)

Barrierefreie Welt – eine Illusion?

Eine *möglichst* barrierefreie Welt hält auch Shakespeare für eine anstrebenswerte politische Zielsetzung. Aber die vom radikalisierten sozialen Modell unterstellte Welt *ohne* Barrieren charakterisiert er als nicht einlösbare Ideologie. Beispielsweise ließen sich, so Shakespeare, Barrieren für mobilitätsbehinderte Menschen in einer städtischen Umgebung leichter abbauen. Möchte der betroffene Mensch sich aber im Hochgebirge, in einer Fjordlandschaft oder am Strand bewegen, wird dies eben schwerer oder gar nicht möglich sein. Hinter der Utopie der barrierefreien steckt auch ein Mythos gesellschaftlicher Machbarkeit. Behinderungs- bzw. schädigungsbezogene Barrieren können immer nur bis zu einem gewissen Grad von der Gesellschaft kompensiert werden. Auch wenn, wie auf der Insel Martha's Vineyard im 19. Jahrhundert, Hörende die Gebärdensprache beherrschen (vgl. Kapitel 7), sind damit nicht alle Barrieren für gebärdende gehörlose Menschen aufgelöst:

»Hearing people would have had the advantage of two forms of communication, speech and sign language, whereas Deaf people would have been limited to one form of communication, however effective. They would not have had the same choices as their hearing companions to leave the community and trade or travel off-island. They would have been disadvantaged in experiencing and negotiating the natural world because of the lack of one of their major senses.« (Shakespeare 2006: 51)

Eine Barriere steht immer in einem doppelten Bezug: zu einer sozialen Struktur (bzw. einer damit verknüpften Normalitätserwartung), aber eben auch zu einer körperlichen Struktur und Disposition, ggf. eben einer Schädigung. Das bedeutet aber auch: was für den einen eine Barriere ist, kann für den anderen das Gegenteil sein. So können Randsteine oder Riffelungen für blinde Menschen eine wichtige Orientierungshilfe darstellen, für Rollstuhlfahrer sind sie Hindernisse.¹² Leichte Sprache ist für manche Voraussetzung für Kommunikation, für andere wiederum deren Einschränkung. Die ganz und gar für jede Gruppe von Menschen barrierefreie Umwelt würde in einer sterilen Totalumgestaltung gewachsener Strukturen münden, die sich niemand wünschen kann. Die dadurch erzielte Teilhabe würde um den Preis der Elimination dessen, woran man teilhaben soll, erzielt.

12 Ein Argument von Günther Cloerkes.

In Wirklichkeit also ist der Abbau von Barrieren sehr oft ein politischer Kompromiss, in den schädigungsbedingte und mit der spezifischen sozialen sowie natürlichen Umwelt verknüpfte Möglichkeiten gleichermaßen eingehen. Dass hier sehr viel mehr möglich ist, als bisher getan wird, muss man ausdrücklich unterstreichen. Aber eine Totalelimination von Barrieren (übrigens auch für nicht-behinderte Menschen) ist wohl – Shakespeares Einschätzung folgend – in der Tat eine Illusion. Dafür gibt es auch noch einen anderen Grund. Er liegt schlicht und einfach darin, dass soziale Praxis und soziale Praktiken so eng mit bestimmten Anforderungen und ihnen korrespondierenden Fähigkeiten verknüpft sein können, dass eine Veränderung dieser Anforderungen diese Praxis selbst bis zur Unkenntlichkeit verändern würde. Der barrierefreie Zugang würde mit der Elimination dessen, wozu man Zugang haben möchte, erkaufte. Der hinter diesem Problem liegende konstitutive Zusammenhang sozialer Praxis mit körperlichen Kompetenzen soll im folgenden Kapitel vertieft werden.

Impulse:

1. Suchen Sie sich ein geeignetes öffentliches Gebäude in Ihrer Nähe – ein Institutsgebäude an der Universität, ein Amt, ein Krankenhaus, eine Galerie, was auch immer. Versuchen Sie für Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen (z. B. Mobilitätseinschränkungen, Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive Einschränkungen, psychische Problemlagen) jeweils sichtbar werdende Barrieren zu beschreiben und zu analysieren. Greifen Sie, wenn möglich, auf die Expertise Betroffener zurück. Diskutieren Sie Möglichkeiten der Abhilfe und setzen Sie sich dabei mit den Thesen Mike Olivers und Tom Shakespeares auseinander.
2. Verschaffen Sie sich über das Internet einen Einblick in die Internationale Klassifikation für Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF der Weltgesundheitsorganisation (DIMDI 2005). Diese hat den Anspruch einer Synthese von medizinischem und sozialem Modell. Beschreiben und diskutieren Sie kritisch, ob und auf welche Weise die ICF diesem Anspruch gerecht wird.



<http://www.springer.com/978-3-658-04052-9>

Einführung in die Soziologie der Behinderung

Kastl, J.M.

2017, XVIII, 358 S. 19 Abb., 5 Abb. in Farbe., Softcover

ISBN: 978-3-658-04052-9