

Cordula Nolte (Hg.)

**Dis/ability History Goes Public -
Praktiken und Perspektiven
der Wissensvermittlung**

[transcript]

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2020 transcript Verlag, Bielefeld

Alle Rechte vorbehalten. Die Verwertung der Texte und Bilder ist ohne Zustimmung des Verlages urheberrechtswidrig und strafbar. Das gilt auch für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Verarbeitung mit elektronischen Systemen.

Umschlagkonzept: Kordula Röckenhaus, Bielefeld

Umschlagabbildung: Collage eines blinden Ausstellungsbesuchers, inspiriert durch Werke des Surrealisten Fernando Azevedo (Calouste Gulbenkian Museum, Lissabon 2013). © Patrícia Roque Martins

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

Print-ISBN 978-3-8376-4804-1

PDF-ISBN 978-3-8394-4804-5

<https://doi.org/10.14361/9783839448045>

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Besuchen Sie uns im Internet: <https://www.transcript-verlag.de>

Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter www.transcript-verlag.de/vorschau-download

Cordula Nolte (Hg.)
Dis/ability History Goes Public –
Praktiken und Perspektiven der Wissensvermittlung

Eine Aufgabe für die Lehre: Analyse der machtvollen Konstruktion von Nicht_behinderung

Marianne Hirschberg

1. EINLEITUNG

Was denken wir über Behinderung und Nichtbehinderung? Was oder wer gilt als behindert oder nichtbehindert? Woran werden wir gehindert? Was hindert uns? Wir selbst oder die Umwelt? Und wie entstehen die Vorstellungen von dem, was als Behinderung oder Nichtbehinderung verstanden wird? Wenn es keine klaren Grenzen gibt, was das Eine oder das Andere ist, woher stammen dann die Begriffe? Diesen Fragen wird im folgenden Beitrag nachgegangen, und es werden Vorschläge zur Umsetzung in der Lehre gemacht.

Gesellschaften sind von Aushandlungspraxen geprägt, dies betrifft besonders den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen bzw. die Erlangung von Chancen. Nicht selten handelt es sich hierbei auch um widerstreitende Diskurse und Praktiken, die sich in Machtverhältnissen ausdrücken. Vielfalt und Widersprüchlichkeiten sind damit kein Gegensatz, sondern immanenter Bestandteil gesellschaftlicher Normalitäten, sie charakterisieren heterogene Gesellschaften. Jedoch sind auch gesellschaftlich lang tradierte Konstruktionen in Verhandlung, was im Folgenden an der machtvollen Konstruktion von Nichtbehinderung untersucht werden soll.

Dieser Aufsatz orientiert sich an dem Foucaultschen Diskursbegriff, der davon ausgeht, „dass in jeder Gesellschaft die Produktion des Diskurses zugleich kontrolliert, selektiert, organisiert und kanalisiert wird – und zwar durch gewisse Prozeduren, deren Aufgabe es ist, die Kräfte und Gefahren des Diskurses zu

bändigen, sein unberechenbar Ereignishaftes zu bannen, seine schwere und bedrohliche Materialität zu umgehen“ (Foucault 1991, 10-11).

So ist zu fragen, wie der Diskurs über Nichtbehinderung sich entwickelt hat und welche Ereignisse und Instrumente diesen markant prägen. Wie werden Behinderung und Nichtbehinderung konstruiert? Als natürliche Phänomene? Oder eher als gesellschaftliche Konstruktion oder Vorstellung? Als Nicht_behinderung – der Unterstrich markiert hier in Anlehnung an den gender gap das Kontinuum zwischen zwei Polen –, also eine beides umfassende Bandbreite von Behinderungen und Nichtbehinderungen? Werden Behinderung und Nichtbehinderung in dieser Spannweite als gesellschaftlich existierende Phänomene und aufeinander verweisende Konstruktionen wahrgenommen oder jeweils separat konstruiert?

Antworten auf diese Fragen sind folgeschwer: Unterschiedliche Akteur*innen, Disziplinen bzw. Professionen haben – je nach Handlungskontext – Konstrukte oder Modelle von Behinderung entwickelt und verfolgen damit unterschiedliche Interessen. Um diese Fragen näher zu beantworten, wird anhand unterschiedlicher Modelle, Klassifikationen und Gesetzesnormen analysiert, wie Behinderung und Nichtbehinderung konstruiert werden. Dies wird exemplarisch an der aktuellen Behinderungsklassifikation der Weltgesundheitsorganisation, der Behinderungs-Definition des Sozialgesetzbuches IX (in der Neufassung des Bundesteilhabegesetzes [BTHG]) sowie der Bestimmung von Behinderung in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als einfachem deutschen Recht veranschaulicht und aus Perspektive der Disability Studies kritisch reflektiert.

Welche Macht weltweit gültige Klassifikationen hierbei haben, welche Diskurse und Praktiken diese hinter- oder auch vordergründig beeinflusst haben, wird reflektiert und zur Diskussion gestellt. Als Schlussfolgerungen aus den Konstruktionen von Behinderung und Nichtbehinderung wird herausgearbeitet, inwiefern das Konstrukt Nichtbehinderung als Normalität als eine dauerhafte gesellschaftliche Folie wirkt und unausgesprochen dominant ist.

2. VORSCHLÄGE ZUR GESTALTUNG DER UNTERRICHTSEINHEIT

In diesem Beitrag werden drei Vorschläge gemacht, wie das Thema „Analyse der machtvollen Konstruktion von Nicht_behinderung“ in Bachelor-Studiengängen geistes- und gesellschaftswissenschaftlicher Fächer gelehrt werden kann. Es ist auch interdisziplinär als Wahlmodul vorstellbar. Je nach Zeit

und nach Vorkenntnissen der Studierenden sind Umfang und detaillierte Erarbeitung zu variieren. So können die drei Themenblöcke:

- a) Historisch-systematische Einführung zu Konstruktionen von Nicht_behinderung
- b) Disability Studies als Analyse-Perspektive
- c) Analyse der Konstruktionen und ihrer disziplinären Herkunft (Rechts-, Gesundheits- und Sozialwissenschaften)

sowohl hinsichtlich der Zeit, kürzer oder länger, als auch bezogen auf die Vertiefungsausrichtung in unterschiedlicher Weise didaktisch-methodisch erarbeitet werden. Hierzu bietet es sich an, neben diesem vorliegenden Aufsatz Hintergrundtexte der Disability Studies und der Medizin- bzw. Psychiatrie- und der Rechtsgeschichte, aber auch andere Materialien zur ergänzenden Fundierung heranzuziehen. Als Materialien können journalistische Texte wie Zeitungsartikel aus der Region als Lebensumfeld der Studierenden bzw. allgemeiner formuliert der Seminarteilnehmenden, Bildmaterialien wie Photos, Poster oder Graphiken und auch Filme zur Anschauung genutzt werden.

Zeitlich lässt sich die Unterrichtseinheit unterschiedlich gestalten, beispielsweise wie folgt:

- i) Komprimiert mit einem Oberseminar oder höheren Fachsemester in einer Doppelstunde (zwei reguläre Seminarsitzungen von je 90 Minuten) bei bereits fundierten Fachkenntnissen
- ii) Als Unterrichtseinheit über vier bis sechs Seminarsitzungen (à 90 Minuten) als Semestereinstieg bei vorhandenen Grundkenntnissen oder als zweite Einheit im Semester, um die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der jeweils disziplinär begründeten Konstruktionen von Behinderung und Nichtbehinderung vertieft zu erarbeiten
- iii) Als vollständiges Seminar von ca. zwölf Seminarsitzungen (à 90 Minuten) in einem Semester, um grundlegend in die Thematik interdisziplinär einzuführen.

Im Folgenden soll an dem komprimierten Oberseminar (i) veranschaulicht werden, wie die Unterrichtseinheit „Analyse der machtvollen Konstruktion von Nicht_behinderung“ durchgeführt werden kann.

Die Unterrichtseinheit könnte in der ersten Sitzung nach einer kurzen Einführung mit einem Brainstorming an der Tafel mit der Gesamtgruppe zum Be-

griff Nicht_behinderung begonnen werden, was sich besonders bei Gruppen bis zu 20 (30) Teilnehmenden anbietet. Hiermit soll das Hintergrundwissen der Teilnehmenden aufgegriffen werden. Der Begriff Nicht_Behinderung ist besonders durch den das Spektrum zwischen Behinderung und Nichtbehinderung verdeutlichenden Unterstrich reizvoll, um die Aufmerksamkeit des Plenums zu erhalten. Eine andere Variante wäre, mit einer Reflexion der Begriffe Nicht_behinderung, Behinderung und Nichtbehinderung in Partnerarbeit anzufangen, um mit diesen drei Begriffen Raum für die Diskussion auch persönlicher Aspekte des Themas zu bieten.

Nach einer würdigenden Rückmeldung an die Gesamtgruppe, auch nach einer kurzen Phase des Zusammentragens der Ergebnisse der Partnerarbeit, könnte der Gruppe dieser Aufsatz gegeben werden, um mit ihm offene Fragen des Brainstormings aufzugreifen. Er dient dem Erkenntnisgewinn über die zeit- und gesellschaftliche Entwicklung der Konstruktionen. Der Text sollte in Einzelarbeit gelesen und (je nach Niveau, Vorkenntnissen und Arbeitsweise) mit das Verständnis leitenden, schriftlich zu beantwortenden Fragen versehen werden. Der hiermit vorgenommene Methodenwechsel ermöglicht es, über die Konstruktion von Nicht_behinderung zu reflektieren und eigene Verständnis- sowie inhaltliche Fragen hierzu zu formulieren, die nach einer Pause in der Gesamtgruppe geklärt und auch kontrovers diskutiert werden. Hierzu können auch die im Aufsatz verwandten Referenzquellen herangezogen werden.

Entscheidend ist es, die fehlende Konstruktion von Nichtbehinderung zu problematisieren und ihr Machtpotential kritisch zu erörtern. In Kleingruppenarbeit könnte abschließend herausgearbeitet werden, wie die gesellschaftlich dominante Perspektive des Ableism durch die machtvolle Leerstelle Nichtbehinderung wirkt. Das Oberseminar könnte mit der Entwicklung weiterführender Desiderata schließen, wie an die Analyse der Konstruktion von Nicht_behinderung angeschlossen werden kann.

Für die beiden längeren Varianten der Unterrichtseinheit sind Vertiefungsvorschläge methodisch flexibel zu entwickeln und umzusetzen. Es können beispielsweise je nach Interesse Seminargruppen beauftragt werden, die Entwicklung der unterschiedlichen Konstruktionen zu recherchieren oder auch die Bedeutung der Disability Studies als Forschungsperspektive und als wissenschaftlicher Arm der Behindertenbewegung eigenständig zu erarbeiten. Kurzreferate oder Erörterungen sowie Filmausschnitte zur Erörterung der medialen Repräsentation der Thematik, wie das Spektrum von Behinderung und Nichtbehinderung, in welcher Weise Behinderung und Nichtbehinderung je spezifisch inszeniert werden, können hierbei herangezogen werden.

3. WIE UND WOZU KONSTRUKTIONEN?

Was wird in Bildungseinrichtungen über Behinderung, Nichtbehinderung und die Bandbreite von Nicht_behinderung vermittelt? Was wird gelehrt? Während lange das Konstrukt Behinderung im Fokus stand, soll in diesem Aufsatz die machtvolle Konstruktion von Nicht_behinderung, also des Spektrums von Behinderung und Nichtbehinderung, betrachtet und analysiert werden.

Alle gesellschaftlichen Phänomene existieren nur durch ihre und in ihrer gesellschaftlichen Konstruktion. Etwas „Natürliches“ besteht nicht an sich, sondern immer nur in Beobachtung durch Menschen oder durch von Menschen konstruierte Maschinen (wie Kameras, Drohnen u.a.). Behinderung wird unterschiedlich konzeptualisiert, im Folgenden sollen deren Konstruktionen in medizinischen oder gesundheitswissenschaftlichen Klassifikationen, in sozial- oder kulturwissenschaftlichen Modellen und in juristischen Normen zueinander ins Verhältnis gesetzt werden.

Traditionell wird klassifiziert, was im öffentlichen oder im Fachdiskurs als ungewöhnlich bzw. sonderbar, auch als problematisch beurteilt wird. Dieses wird als Besonderheit, als interessantes Phänomen zum Forschungsgegenstand gemacht. Es sind zumeist Phänomene, die nicht dem herrschenden Maßstab, dem formulierten oder unbewusst verfolgten Ideal entsprechen. Seit Jahrhunderten waren dies körperliche, seelische und geistige Phänomene, je nach Ort und Zeit wurden unterschiedliche Phänomene hierzu gezählt. Im 21. Jahrhundert hat sich vor dem Hintergrund der Entstehung internationaler Fachgesellschaften seit dem 19. Jahrhundert und deren Interesse an international gültigen Regelwerken der Fokus auf Störungen und Abweichungen von dem als normal oder gewöhnlich konstruierten Phänomen verschärft (vgl. Hirschberg 2009, 32-61). Während in früheren Jahrhunderten regional große Unterschiede vorherrschten, wie mit körperlichen, seelischen und geistigen Phänomenen, die auch als Beeinträchtigungen verstanden wurden, umgegangen wurde, hat sich seit der Neuzeit die Orientierung am wirtschaftlich funktions- und leistungsfähigen, verwertbaren Körper verstärkt (vgl. Foucault 1968, 104; Dörner 2017, 692-700). Mit dieser Orientierung verbunden ist die angestrebte internationale Vereinheitlichung von Diagnosen und Klassifizierungsordnungen.

Eine individuelle Beeinträchtigung wurde also in einem Dorf oder einer Stadt im Mittelalter anders konstruiert als im 20. oder 21. Jahrhundert – selbst wenn es sich um dasselbe Dorf oder dieselbe Stadt innerhalb Europas handelt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat mit ihrer Gründung nach dem zweiten Weltkrieg als Folgeorganisation des internationalen statistischen Kongresses dessen Entwicklung internationaler Klassifikationen von Krankheiten

(und ab 1980 von Behinderungen) übernommen (vgl. Hirschberg 2009, 35). Steigend wurden diese Diagnosekataloge ausgeweitet bzw. auch den gesellschaftlichen Vorstellungen angepasst, wie besonders an der Klassifizierung von Homosexualität als Störung im Diagnostic Statistical Manual II (DSM-II) und deren späterer Aufhebung im DSM-IV deutlich wird.

Das Diagnostic Statistical Manual wird von der American Psychiatric Association (APA) herausgegeben. Während Homosexualität noch im DSM-II (1968) als „sexuelle Orientierungsstörung“, später im DSM-III (1980) als „ich-dystone Homosexualität“, mit der ein Zustand anhaltenden Leidens an der eigenen Homosexualität bezeichnet wurde, eingeordnet wurde, wurde sie im DSM-IV-TR (2000) dann mit der Kategorie „nicht näher bezeichnete sexuelle Störung“ diagnostiziert; darunter wurde auch die Unterkategorie „andauerndes und ausgeprägtes Leiden an der sexuellen Orientierung“ (302.9) subsumiert. Gegen den Widerstand der American Psychiatric Association (APA) wurde die Kategorie 1987 aus dem DSM gestrichen, deren öffentliche Entschuldigung und erneuerte Positionierung jedoch dann 1991 erfolgte. Aus der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) wurde Homosexualität als negativ beurteilte Kategorie erst 1992 mit der zehnten Version entfernt, wohingegen allerdings daraufhin dort das Störungsbild der ich-dystonen Sexualorientierung (F66.1) im Bereich der Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgenommen wurde.

Auch die Verbreitung der Diagnose Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom (ADHS) zeigt, wie viele Akteur*innen Interesse daran haben, dieses Syndrom zu diagnostizieren, jemand diagnostizieren zu lassen und auf diese Art und Weise die Aufmerksamkeit weg von gesellschaftlichen Strukturen und der Mehrdimensionalität von Lebensverhältnissen auf individuelle Verhaltensweisen zu lenken. Mehrere Faktoren kamen zusammen, wie der frühere Vorsitzende der APA zu der von ihm selbst früher unterstützten Konstruktion ADHS kritisch darlegt:

„ein veränderter Wortlaut im DSM-IV [im Verhältnis zum DSM-III]; intensive Pharmawerbung in Arztpraxen und Direktwerbung beim allgemeinen Publikum, extensive Medienberichterstattung; Druck vonseiten gestresster Eltern und Lehrer, die ein Interesse daran haben, unruhige Kinder zu bändigen; besondere Förderung und Unterstützung bei vorliegender ADHS-Diagnose; und schließlich der verbreitete Missbrauch verschreibungspflichtiger Stimulanzien zur Leistungsverbesserung am Arbeitsplatz und für mehr Freizeitspaß“ (Frances 2013, 207).

Diese Kritik an der Inflation psychiatrischer Diagnosen formuliert Allen Frances, der an der Entwicklung des DSH-III und IV für den APA in leitender Funktion beteiligt war. Frances hat allerdings das Interesse an der Verbreitung und die Treffsicherheit, mit der die Diagnose zugewiesen wurde, unterschätzt (Frances 2013, 205-211). Die Macht, Normalität und Abweichung zuzuschreiben, verweist auf das darunterliegende Bedürfnis, Ordnungen herzustellen oder zu sichern, das speziell vor dem Hintergrund der leistungsorientierten gesellschaftlichen Matrix zu begreifen ist.

Wie beide Beispiele exemplifizieren, sind Konstruktionen von Abweichungen als Störung oder Beeinträchtigung grundsätzlich räumlich und zeitlich verortet; universale, örtlich und räumlich unabhängige Störungen oder Beeinträchtigungen gibt es nicht. Sie haben, wie Foucault für Geisteskrankheiten analysiert, „ihre Wirklichkeit und ihren Wert als Krankheit nur innerhalb einer Kultur, die sie als solche erkennt“ (Foucault 1968, 93). In diesem Kontext ist auch die Schaffung von großen Irrenhäusern und weiteren Einrichtungen wie beispielsweise Armenhäusern zu begreifen, in denen die unproduktiven Bevölkerungsgruppen festgesetzt wurden. Als unproduktiv galt, wer nicht in anerkannten gesellschaftlichen Feldern arbeitete. Diese gesellschaftliche Orientierung zeigte sich weiterhin auch an der Entwicklung der Disziplinaranstalten wie Krankenhäusern, Schulen, Kasernen und Gefängnissen, in denen die Bevölkerung zu mehr Produktivität diszipliniert werden sollte (Foucault 1994, 181).

Kurz zusammengefasst gibt es Phänomene, die als Störung oder Beeinträchtigung bezeichnet, diagnostiziert und klassifiziert werden. Diese Beurteilungen werden von medizinischen oder auch psychiatrischen Fachpersonen vorgenommen und können somit nur als zu einem bestimmten Zeitpunkt (selbst unter dem Anspruch der internationalen Gültigkeit) und mit räumlichem Bezug konstruierte Perspektive erachtet werden. Selbst wenn es sich immer um ein Konstrukt und nicht um einen natürlichen Gegenstand handelt, sind diese Konstruktionen von Störungen oder Abweichungen aufgrund ihres verbreiteten Einsatzes in den Feldern Medizin, Psychiatrie, Rechtswesen, Pädagogik und allen humanwissenschaftlichen Disziplinen machtvoll.

Wenn Phänomene als Störungen oder Abweichungen beurteilt werden, ist die Frage, was die Bemessungsgrundlage, der Maßstab hierfür ist. Wie wird also der Maßstab konstruiert? Konkretisiert formuliert: Was wird als Nicht-Störung, Nicht-Abweichung, Nicht-Beeinträchtigung, Nicht-Behinderung – als das Eine, von dem Anderes als abweichend beurteilt wird – konzeptualisiert? Dieser Frage wird im Folgenden vertiefend nachgegangen.

4. KONSTRUKTION VON BEEINTRÄCHTIGUNG ALS ABWEICHUNG

Wenn das Andere, als das Ungewöhnliche, als abweichend von dem Einen konstruiert wird, ist das Eine der Maßstab, es ist auch als das Vorherrschende zu begreifen (vgl. Derridas Kritik an totalisierender Sprache, 1990, 102-105, mit Referenz zu Levinas' Kritik an den Auswirkungen ontologisierenden Denkens, das die Perspektive des Einen als dominant setzt, an der alles Andere gemessen wird 1995, 39-41). Diese traditionell herrschende, ontologische Perspektive definiert die Abweichung über die Richtschnur, das Gewöhnliche, die Norm. Daher wird nun herausgearbeitet, wie das „Übliche, Normale“ konstruiert wird.

Mit Jürgen Link ist die Orientierungsgrundlage präskriptiv als Normativität, beispielsweise als Ideal, oder postskriptiv als statistisch begründete Normalität zu fassen (vgl. Link 1999, 444). Normalistisch wird das „Normale“ mittels Statistiken oder Durchschnittsanalysen im Nachhinein nach der Gesamtschau auf den Gegenstand oder das Themenfeld konstituiert (vgl. Link 1999, 81). Während die eine Variante des Normalismus, die protonormalistische Strategie, sehr eng an Normativität angelehnt ist, umfasst die zweite, die Gesellschaft seit der Moderne stärker kennzeichnende Variante, die flexibel-normalistische Strategie eine größere Bandbreite von Phänomenen. Sie ist also flexibler hinsichtlich der Normalitätsgrenzen, die Vielfalt der eingeschlossenen Phänomene ist größer. Plastisch erklärt Link den Unterschied beider Strategien wie folgt:

„Die normalistische Strategie mit engem Normalspektrum, breiten Bereichen der Anormalität und massiven Normalitätsgrenzen (Gefängnis-, Anstalts- und KZ-Mauern) nenne ich Protonormalismus, die heute herrschende umgekehrte Strategie mit breitem Normalspektrum, maximaler Inklusion und porösen Normalitätsgrenzen flexiblen Normalismus“ (Link 2013, 93).

Beide Varianten von Normalität sind jedoch über Grenzen konstruiert, selbst wenn diejenigen des flexiblen Normalismus als variabler oder poröser beschrieben werden. Damit sind sie auch über die Gegenüberstellung des Normalen und des Abweichenden, Nicht-Normalen, oder allgemeiner formuliert des Einen und des Anderen konstituiert.

Hinsichtlich der Frage danach, was zuerst war, lässt sich jedoch in Anlehnung an Derridas Begriff der Dekonstruktion fragen, ob sich nicht das Eine nur über das Andere, das Abweichende, konstruieren lässt (1983). Zugespitzt hieße das, ohne das Andere, die sogenannte Abweichung von *etwas*, ließe sich *dieses*, das Eine, nicht als Richtschnur, als normal oder Normalität bestimmen.

Wenn jedoch beides nur im Verhältnis zueinander zu verstehen ist, ist dieses Verhältnis instabil bzw. es wird immer wieder neu konstruiert: konstruiert je nach Raum und Zeit, nach gesellschaftlichen Erwartungen, Bedarfen, Herrschafts- und Machtinteressen unterschiedlicher Akteur*innen, die um Erkenntnisse ringen, jedoch nicht alle den gleichen Zugang zum Machtfeld der Definitionen haben. Gemäß Foucault fluktuiert Macht und unterscheidet sich von Herrschaft als manifestierter Regierungsmacht (1983, 113). Gesellschaftlich verbreitete oder dominante Perspektiven haben einen größeren Einfluss als andere Perspektiven, die nicht herrschen, oder Akteur*innen, die ihre Interessen nicht gleichermaßen durchsetzen können. Veranschaulichen lässt sich dies beispielsweise an der Konstruktion des Gesundheitsbegriffs oder auch an der Konstruktion von Behinderung und Nichtbehinderung.

Wie lässt sich der Gesundheitsbegriff näher bestimmen, ohne diesen über Krankheiten oder Gebrechen abzugrenzen (vgl. die Definition von Gesundheit der WHO 1946)? Analog dazu: Wie lässt sich Nichtbehinderung beschreiben, ohne Behinderungen als Gegenüber, als Opposition zu nutzen? Während die Weltgesundheitsorganisation Gesundheit über das Fehlen von Krankheiten oder Gebrechen definiert: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1946), ist es nicht identisch, wie sie als Gegenstück zu Behinderung „keine Behinderung“ oder „Nichtbehinderung“ konstruiert. Dies werde ich im weiteren Verlauf dieses Aufsatzes zeigen.

Doch nicht nur die Weltgesundheitsorganisation, auch andere Akteur*innen haben Behinderung konstruiert und machtvolle Definitionen aufgestellt. Allen gemein ist, dass sie für diejenigen, die sie entwickelt haben, bedeutsam sind. Sie versuchen, diese Definitionen zu verbreiten, ihre Perspektive auf Behinderung wirksam zu machen, wirkmächtig werden zu lassen. Hierbei ist jedoch zu unterscheiden, ob die Autor*innen von Behinderungskonstruktionen gesellschaftlich anerkannte, machtvolle Akteur*innen sind oder nicht. Seit der Neuzeit sind die Disziplinen Medizin, Psychiatrie (und ihre Nachbarwissenschaften) vorherrschend in der Konstruktion des Abweichenden: Krankheit als Abweichung von Gesundheit oder Behinderung als Abweichung von Funktionsfähigkeit. Die Durchsetzung der Interessen gesellschaftlicher Akteur*innen lässt sich auch daran aufzeigen, dass Behinderung bis 1980 mit der Krankheitsklassifikation (ICD) beurteilt wurde. Erst seit 1980 als unterschiedliche Kategorie gegenüber Krankheit gefasst, wurde Behinderung dann eigenständig klassifiziert und somit nicht mehr unter den Krankheitsbegriff subsumiert (vgl. WHO 1980, Hirschberg 2009, 46-57).

5. BEGRIFFSKONSTRUKTIONEN: BEHINDERUNG UND NICHTBEHINDERUNG

Klassifikationen sind sehr plastische Instrumente, Abweichungen zu definieren – das, was gesellschaftlich als störend beurteilt wird. Es wird deutlich, dass die Geschichte von Klassifikationen eine Geschichte der Machtverteilung und der Machtverhältnisse ist. Dörner veranschaulicht die Entstehungsgeschichte von Psychiatrien auch an der Unterscheidung, wer nicht als arbeitsfähig und vernünftig galt (vgl. 2017, 692-695). Wer spricht, wer entscheidet, was wie klassifiziert wird? Dies sind diejenigen, die Positionen erworben haben, in denen ihnen die Entscheidungsmacht zugesprochen wird, Syndrome, Phänomene als behindert oder nichtbehindert zu klassifizieren.

Wer spricht durch Klassifikationen? Es spricht die anerkannte Profession, die in der historischen Abfolge der Entwicklung von Klassifikationsinstrumenten wiederkehrend hierzu beauftragt ist, vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen dominanten Diskurse und der herrschenden Verhältnisse. Dies waren mehrheitlich die Professionen der Medizin und der Psychiatrie – im Anschluss an die Entwicklung der botanischen Klassifikationen (Carl von Linné), aufbauend auf den medizinischen Systematisierungen durch Thomas Sydenham im 17. Jahrhundert –, deren Einfluss im Rahmen der herrschenden Perspektive der (ehemaligen imperialistischen) dem Völkerbund angehörigen Staaten zu verorten ist (vgl. zur Entwicklung der medizinischen Klassifikationen Hirschberg 2009, 28-38).

5.1 Definitionen als Machtinstrument

Gemäß Gregorys Analyse sind gesellschaftliche Konstruktionen mit Macht und dem Zugang zu Ressourcen verbunden (vgl. Gregory 1997). Die jeweils als bedeutsam anerkannte Konstruktion funktioniert somit als Instrument, das zur Durchsetzung von Interessen und gesellschaftlichen Ordnungen genutzt werden kann. Die je konstruierten Definitionen werden als Instrument genutzt, um mit ihnen unterschiedliche Interessen zu verfolgen. Sie bieten einen Einblick „into the nature of the ‚powers-that-be‘ who make and then use definitions to build, maintain, and advance their position in society“ (Gregory 1997, 487). Definitionen können dazu eingesetzt werden, die gesellschaftliche Position, den eigenen Einflussbereich aufzubauen, aufrecht zu erhalten und ggf. sogar auszubauen und zu verbessern. Jedoch ist entscheidend, was definiert wird und was nicht. Was wird konkretisiert und was bleibt diffus bzw. wo besteht eine Leerstelle im Diskurs um Nichtbehinderung?

Diskurse sind gesellschaftlich produzierte Aussagenkomplexe, die einen Gegenstand konkreter fassen, auch Behinderung, Nichtbehinderung oder Normalität. Durch einen Diskurs wird ein Wissenssystem verankert, das verschiedene, gesellschaftlich und subjektiv relevante Funktionen enthält. Bei Foucault bezeichnet der Begriff Diskurs nicht ausschließlich das Sprechen von, zu oder über einen Gegenstand, sondern auch „das gesamte Ensemble der Wissensproduktion wie Institutionen, Regelungen, Verfahren der Wissenserstellung, Ein- und Ausschlüsse von Wissen oder autoritatives Sprechen“ (Bock von Wülfigen 2007, 14).

5.2 Definitionsmacht und Behinderung

Das traditionell herrschende Modell konstruiert Behinderung aus medizinischer, defizitorientierter Perspektive. Diese Perspektive lässt sich auf die seit der Neuzeit zunehmend vorherrschenden gesellschaftlichen Interessen an einer produktivitätsorientierten Verwertung der Körper zurückführen, wie einleitend bereits beschrieben worden ist. Sie ist auch durch eine ontologische Betrachtung auf Körper begründet, diese auf ihr Sosein und mit der Produktivitätsorientierung auf ihre Leistungsfähigkeit zu reduzieren (s.o.). Seit der Aufklärung als sogenanntem Zeitalter der Vernunft hat sich diese nutzenorientierte Perspektive, Menschen bezüglich ihrer Produktivität zu beurteilen, zugespitzt. Daher bezeichnet Dörner die Neuzeit gerade aufgrund der Entwicklung der Asyle und der Einsperrung von als abweichend beurteilten Bevölkerungsgruppen als „finstere Neuzeit“ im Gegensatz zur klassischen Bezeichnung des „finsternen Mittelalter“ (Dörner 2017, 692). Mit der auf die Ausbeutung der Arbeitskraft fokussierten Industrialisierung wurde die Aufgabe von Medizin und Psychiatrie umso differenzierter, als Kriterien für die Arbeitsfähigkeit bei Krankheiten wie beispielsweise die Festlegung der Normaltemperatur zur Überprüfung entwickelt wurden (vgl. Hess 1999, 224; zur Analyse des ärztlichen Blicks in den entstandenen Kliniken vgl. Foucault 1973). Machtanalytisch gefasst wurden die Körper normiert, abweichende Entwicklungen sanktioniert und die Ausführungs- und Leistungsfähigkeit überprüft, um dann passend zur bestmöglichen Ausnutzung der individuellen Fähigkeiten zur Arbeit eingesetzt zu werden (vgl. Foucault 1994, 220-250, speziell 241-248).

Basaglia kritisiert, dass die Intellektuellen und die akademischen Professionen, die an der Konstruktion des Einen als gesellschaftlichem Richtmaß und des Anderen als abweichendem Phänomen mitgewirkt haben, sich dem herrschenden Regime dienstbar gemacht haben (Basaglia et al. 1980). Indem er die von ihm pointiert als „Befriedungsverbrechen“ bezeichnete unterstützende Tätigkeit für

die Unterscheidung und Bewertung des Einen und der hier zugeordneten Gruppe von passenden Menschen sowie der als anders, als abweichend, unpassend charakterisierten Menschen kritisiert, fordert er dazu auf, als individuelle Akteur*innen, aber auch als Profession oder Disziplin die gesellschaftlich machtvolle Konstruktion von beispielsweise „wahnsinnig“ nicht mitzutragen.

Foucault bezeichnet die Verbindung von „Wissen und Macht“ als „Analyse-raster“ (1992, 33). Diese Begriffe haben eine methodologische Funktion; es gibt nicht *ein* Wissen oder *eine* Macht, das oder die ausschließlich agiert. Das Wort Wissen hat die Funktion, „alle Erkenntnisverfahren und -wirkungen zu bezeichnen, die in einem bestimmten Moment und in einem bestimmten Gebiet akzeptabel“ seien, der Begriff Macht hat die Funktion, „viele einzelne, definierbare und definierte Mechanismen“ zu umfassen, „die in der Lage scheinen, Verhalten oder Diskurse zu induzieren“ (Foucault 1992, 32).

Es lässt sich festhalten, dass das medizinische, auf das Individuum ausgegerichtete Modell von Behinderung nicht nur im Kontext von Medizin und Psychiatrie, sondern auch im Rahmen der wirtschaftlichen Interessen seit der Neuzeit reflektiert werden muss. Durch die Bismarck'schen Sozialgesetze Ende des 19. Jahrhunderts, die Arbeitslosen-, Invaliden-, Renten- und Krankenversicherung (vgl. Hirschberg 2009, 64), wurde der Erhalt oder die Wiederherstellung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit nicht nur angestrebt, sondern auch (wenn auch nicht umfassend) abgesichert. Mit diesen Errungenschaften des Wohlfahrtsstaates wurde die definierte, konstruierte Feststellung einer Behinderung mit einem individuellen Leistungsanspruch verbunden. Eine Behinderung gilt als „naturbedingter Nachteil“, aufgrund dessen die jeweilige Person einen Nachteilsausgleich erhält (vgl. Hirschberg 2009, 263-267; mit verallgemeinerten Schlussfolgerungen für Rehabilitation und Teilhabe Welti 2005).

In übergeordneter Perspektive lassen sich die bisherigen Ergebnisse dahingehend fassen, dass die gesellschaftlichen Partizipationschancen stark an die Erwerbstätigkeit eines Menschen gekoppelt sind (vgl. zur intersektionalen Analyse von Behinderung und Geschlecht Libuda-Köster/Schildmann 2016, Schildmann 2000). Auch das gesellschaftliche Bewusstsein ist an Nützlichkeit und Leistungsfähigkeit orientiert, weniger an einer wahrgenommenen Bandbreite von Nicht_behinderung oder an den gesellschaftlichen Benachteiligungsstrukturen, die im sozialen Modell von Behinderung fokussiert werden (s.u.).

6. KLASSIFIKATIONEN, MODELLE, GESETZESNORMEN

6.1 Unterschiedliche Perspektiven auf Behinderung

Mit der humanwissenschaftlichen Konstruktion von Behinderung als Forschungsgegenstand in Medizin, Psychologie, Pädagogik und weiteren Disziplinen wird auf den Hilfebedarf, die Abhängigkeit von anderen, die Linderung oder auch Verhinderung von Beeinträchtigung fokussiert. Behinderte Menschen sollen in ihren Fähigkeiten gefördert und an die nichtbehinderte Gesellschaft angepasst werden. Aus dieser Perspektive sind medizinische Klassifikationen und juristische Konstruktionen konstruiert. Sie stellen Behinderung in den Vordergrund, Nichtbehinderung wird entweder nicht oder nur – aber immerhin – indirekt thematisiert.

6.2 Konstruktion von Behinderung: Klassifikationen der Weltgesundheitsorganisation

Aufgrund des Bestrebens unterschiedlicher Akteur*innen, Krankheit und Behinderung zu unterscheiden, hat die Weltgesundheitsorganisation in den 1970er Jahren die erste Klassifikation von Behinderung entwickelt, die International Classification of Impairment, Disability, and Handicap (ICIDH). Diese differenzierte in Bezug auf die körperliche Ursache (oder Folge einer Krankheit): Impairment, die individuellen Folgen für die eigene Handlungsfähigkeit: Disability, und die Auswirkungen hinsichtlich der gesellschaftlichen Rollenperformanz: Handicap. Als zu linear und kausal kritisiert, wurde die Behinderungsklassifikation von einer Vielzahl von Akteur*innen und daraufhin von verschiedenen Gesundheitsfachleuten weiterentwickelt, wobei ein interaktives Verhältnis mehrerer Komponenten den früheren kausalen Ansatz ersetzen sollte. Die zweite Behinderungsklassifikation, die International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) wurde von der Vollversammlung der Weltgesundheitsorganisation 2001 verabschiedet.

In der Weiterentwicklung von der ersten zur zweiten Behinderungsklassifikation zeigt sich, dass mit dieser nicht nur Behinderung definiert, kategorisiert und klassifiziert wird, sondern Behinderung auch durch ein Pendant, Funktionsfähigkeit, kontrastiert wird. Der dritte Oberbegriff, Gesundheit, bildet allerdings keinen beide umspannenden Rahmen, sondern verdoppelt in gewisser Weise die Bedeutung von Funktionsfähigkeit als Orientierung, als das Eine, von dem Behinderung als abweichend gemessen wird (vgl. Hirschberg 2009, 202-207).

Definiert wird Behinderung in der ICF in zweierlei Hinsichten, die miteinander verbunden sind. Zum einen bildet Behinderung den Oberbegriff von drei Komponenten, zum zweiten wird Behinderung als Ergebnis des Wechselverhältnisses mehrerer Komponenten gefasst: „*Disability* is an umbrella term for impairments, activity limitations and participation restrictions. It denotes the negative aspects of the interaction between an individual (with a health condition) and that individual's contextual factors (environmental and personal factors) [Hervorhebung im Original, M.H.]“ (WHO 2001, 213).

Desgleichen wird Funktionsfähigkeit als Oberbegriff von drei Komponenten und ebenfalls als Ergebnis des Wechselverhältnisses mehrerer Komponenten definiert: „*Functioning* is an umbrella term for body functions and structures, activity and participation. It denotes the positive aspects of the interaction between an individual and that individual's contextual factors (environmental and personal factors) [Hervorhebung im Original, M.H.]“ (WHO 2001, 213).

Beide Definitionen sind parallel konstruiert, jedoch werden nur die Komponenten von Behinderung und nicht diejenigen von Funktionsfähigkeit klassifiziert. Auch wenn Nichtbehinderung nicht explizit benannt ist, wird sie durch den Begriff Funktionsfähigkeit vertreten und ist so indirekt expliziert. Funktionsfähigkeit fungiert gleichermaßen als Normalitätswert, als Maßstab für Behinderung, von dem diese (in ihren unterschiedlichen Komponenten) als graduelle Abweichung beurteilt wird (vgl. Hirschberg 2009, 240-243). Die neue Komponente der Kontextfaktoren mit ihrer besonders hervorzuhebenden Klassifizierung der Umweltfaktoren, differenziert als Barrieren oder Unterstützungsfaktoren, betont zwar die gesellschaftliche Dimension von Behinderung, verändert jedoch nicht die generelle Konstruktion von Behinderung als Abweichung von Funktionsfähigkeit bzw. Nichtbehinderung.

Insgesamt kann als Ergebnis der Diskursanalyse der ICF herausgestellt werden, dass Behinderung und Normalität variabel und flexibel in der ICF konstruiert werden, jedoch auf einer protonormalistischen Grundlage, die in der Gegenüberstellung und der einseitigen negativen Beurteilung von Behinderung begründet ist (vgl. ausführlich Hirschberg 2009, 299-308). Aus der Diskursanalyse lässt sich zudem folgern, wie Klassifikationen als gesellschaftlich geronnene Diskurse und Praktiken Behinderung produzieren und konstruieren: *Doing Disability*. Nichtbehinderung hingegen wird weder in den Klassifikationen noch in gesellschaftlichen Diskursen und Praktiken thematisiert oder gar als Orientierungsmaß problematisiert.

Es gilt jedoch, den Widerstreit von Spannweite und Opposition zwischen Behinderung und Nichtbehinderung als gesellschaftliche Diskurse anzuerkennen,

die durch unterschiedliche Akteur*innen und Disziplinen jeweils vertreten und verstärkt werden.

6.3 Konstruktion von Behinderung: Sozialgesetzbuch IX (in der Neufassung ab 2018 gemäß dem BTHG)

Mit der Verabschiedung des Bundesteilhabegesetzes im Dezember 2016 wird das Sozialgesetzbuch IX (2001) reformiert, es tritt in Stufen bis 2020 in Kraft. Daher wird im Folgenden die Konstruktion von Nicht_behinderung in der neuen Fassung des SGB IX analysiert. Zum besseren Verständnis der Weiterentwicklung werden sowohl die Definition der ersten Fassung des SGB IX als auch die aktuelle des SGB IX (in der Neufassung ab 2018 gemäß dem BTHG) dargelegt. Die neuen Begriffsbestimmungen in § 2 des BTHG sind ab dem 01.01.2018 gültig.

Im Gegensatz zur indirekten Definition von Nichtbehinderung über den Begriff Funktionsfähigkeit in der ICF wird im Sozialgesetzbuch IX (2001) nur Beeinträchtigung definiert. Hierbei wird zwar der Begriff „behindert“ genutzt, jedoch ist er auf die individuelle Beeinträchtigung ausgerichtet: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als 6 Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§ 2 Abs. 1 SGB IX 2001)

Dieses machtvolle Konstrukt enthält drei Kriterien, die Normalität charakterisieren: Die hohe Wahrscheinlichkeit, den für das Lebensalter typischen Zustand und die längere Zeitdauer als sechs Monate. Die Einschränkung der Partizipation wird als Folge dieser charakterisierten Beeinträchtigung konstruiert, ohne dass gesellschaftliche Barrieren oder generell Umweltfaktoren erwähnt werden.

Nun definiert das Sozialgesetzbuch in seinem neunten Buch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (§ 2 SGB IX in der Neufassung ab 2018 gemäß dem BTHG) Behinderung ähnlich, jedoch mit Bezug zur Begriffsbestimmung der Behindertenrechtskonvention (s.u.):

„(1) Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. (2) Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das

Lebensalter typischen Zustand abweicht. (3) Menschen sind von Behinderung bedroht, wenn eine Beeinträchtigung nach Satz 1 zu erwarten ist.“

Auf diese Definition wird in anderen deutschen Gesetzen vielfach verwiesen, sie ist die Grundlage für sozialrechtliche Leistungsansprüche in Bezug auf behinderte Menschen.

Auch in der Neufassung des SGB IX (BTHG 2018) wird Behinderung über die *Abweichung* der individuellen Funktion, Fähigkeit oder Gesundheit vom für das Lebensalter eines Menschen typischen, als normal angesehenen Zustand definiert. Ebenso wie die SGB IX-Definition von 2001 charakterisiert das SGB IX (BTHG 2018) Behinderung durch zwei weitere Kriterien: die *Alterstypik* sowie die hohe *Wahrscheinlichkeit*, mit der eine Beeinträchtigung länger als ein halbes Jahr von der in dem jeweiligen Lebensalter angenommenen bzw. erwarteten Normalität abweicht. Diese *Normalitätsorientierung* – gekennzeichnet durch die drei Merkmale der Wahrscheinlichkeit, der Abweichung und der Alterstypik – grenzt die Begriffsbestimmung von Behinderung weiterhin entscheidend ein.

Der Behinderungsbegriff des SGB IX entspricht eher dem Verständnis von individuellen Beeinträchtigungen der UN-BRK als dem dortigen Verständnis von Behinderung, da er eine bestimmte *Mindestdauer* von sechs Monaten vorsieht und körperliche, geistige und seelische Formen aufzählt. Der Begriff Barrieren wird zwar erwähnt, jedoch wird die Bedeutung von Barrieren für die Entstehung von Behinderung nicht herausgestellt. Der Behinderungsbegriff des SGB IX orientiert sich somit in beiden Fassungen, in der erneuerten Fassung weniger als in der alten, an einem medizinischen Verständnis von Behinderung. Das Kriterium der Dauer von sechs Monaten bietet nicht mehr als einen Anhaltspunkt, da chronische Erkrankungen aufgrund intensiverer oder schwächerer Schübe unterschiedlich lange dauern können. Chronische Erkrankungen lassen sich daher über das Kriterium der Dauer nicht adäquat erfassen. Das *Alterskriterium* erscheint nur plausibel für jüngere Altersgruppen, für Menschen höheren Alters nicht. Ältere Menschen sind häufig gebrechlich und pflegebedürftig; in dieser Altersgruppe ist es dementsprechend sogar typisch, beeinträchtigt zu sein. Die Beschreibung des Alters könnte daher eher auf die Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Pflege verweisen, also auf unterschiedliche finanzielle Budgets und deren Begründungen.

Die Definition im SGB IX führt die Einschränkung gesellschaftlicher Partizipation zwar auf das Verhältnis von Beeinträchtigung und Barrieren zurück, bzw. auf die Barrieren, denen beeinträchtigte Menschen begegnen. Jedoch wird ausführlicher auf Beeinträchtigungen eingegangen, weniger auf einstellungs- und umweltbedingte Partizipationseinschränkungen. Nichtbehinderung kann nur

aus der Verneinung herausgelesen werden, was zwar nicht expliziert ist, jedoch aufschlussreich sein kann: Menschen wären gemäß § 2 Abs. 1 SGB IX nichtbehindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit *nicht* mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft *nicht* beeinträchtigt ist. Dies wird in der Neufassung des SGB (BTHG 2018) ähnlich formuliert.

Diese Definition, 2001 in Kraft getreten und 2018 reformiert, seit 2018 anteilig an der BRK ausgerichtet, ist leitend für die Bewilligung von Leistungen für behinderte Menschen. Wie das gesamte deutsche Recht soll auch das SGB IX (BTHG) und damit auch diese Definition im Licht der am 26. März 2009 in Deutschland als einfaches Recht in Kraft getretenen Behindertenrechtskonvention gelesen werden. Inwiefern dies vollzogen wird, ist an der Rechtsprechung nicht einheitlich zu erkennen, sondern ist vielschichtig (vgl. [www.reha-recht.de/vom 30.04.2019](http://www.reha-recht.de/vom_30.04.2019)).

6.4 Konstruktion von Behinderung: Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Die Behindertenrechtskonvention ist entwickelt worden, um die systematische und strukturelle Benachteiligung behinderter Menschen zu beantworten. Auch wenn alle vorher verabschiedeten Menschenrechtsverträge für alle Menschen und folglich auch für behinderte Menschen gelten, wurde beschlossen, dass es notwendig sei, die Rechte behinderter Menschen noch einmal explizit herauszustellen und somit auch deren Rechtsausübungsmöglichkeiten zu stärken (vgl. Degener 2009). Mit der Behindertenrechtskonvention sind die Staaten, die die Konvention unterzeichnet und ratifiziert haben, verpflichtet, das Ziel zu verfolgen, „den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“ (Art. 1 Abs. 1 BRK)

Definiert wird nicht Behinderung, sondern die Gruppe behinderter Menschen wird charakterisiert: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Art. 1 Abs. 2 BRK; vgl. Hirschberg 2011)

Ähnlich wie in der ICF und in der Neufassung des SGB IX (BTHG 2018) wird Behinderung hier als Ergebnis der Wechselwirkung von Beeinträchtigung

gen und Barrieren konstruiert. Diese Definition ist am neuesten und hinsichtlich des zeitlichen Kriteriums offener als die SGB-IX-Definition (in seiner BTHG-Fassung). Ebenso wie im SGB IX wird jedoch auch nur Behinderung als Charakteristikum behinderter Menschen definiert und nicht Nichtbehinderung. Diese hat allerdings nicht die Funktion eines Maßstabs, an der Behinderung als Abweichung gemessen wird.

In der Behindertenrechtskonvention wird hingegen herausgestellt, dass Barrieren die Teilhabe behinderter Menschen einschränken und wie der Staat behinderten Menschen den Zugang zu allen Lebensbereichen ermöglichen muss, damit sie ihre Rechte ausführen und genießen können. Nichtbehinderung fungiert nicht als Maßstab, jedoch wird mit dem häufig verwendeten Begriff „gleichberechtigt“ verdeutlicht, dass behinderte Menschen aus Menschenrechtsperspektive gleichberechtigt mit nichtbehinderten Menschen sind.

7. DIE KONSTRUKTION DES EINEN UND DES ANDEREN AUS PERSPEKTIVE DER DISABILITY STUDIES

Die Kontroverse zwischen medizinischem und sozialem Modell von Behinderung lässt sich auch als Kampf um die Definitionsmacht, um die Konstruktion von Behinderung, bezeichnen. Das soziale Modell von Behinderung wurde von der britischen Behindertenbewegung seit den 1970er Jahren entwickelt. In ihm liegt der Fokus auf den gesellschaftlichen Barrieren und Ausschlussprozessen, durch die beeinträchtigte Menschen von der nichtbehinderten Mehrheitsgesellschaft benachteiligt werden (s.u.).

Mike Oliver, einer der britischen Begründer der Disability Studies, fasst zusammen, wie Behinderung in den letzten 100 Jahren konstruiert wurde: zum einen als medizinisches Problem, das möglichst geheilt oder gelindert, und zum zweiten als soziales Problem, das sozial versorgt werden soll:

„In the past 100 years or so, industrial societies have produced disability first as a medical problem requiring medical intervention and second as a social problem requiring social provision. Research, on the whole, has operated within these frameworks and sought to classify, clarify, map and measure their dimensions“ (Oliver 1992, 101).

Im sozialen Modell von Behinderung, das die Disability Studies stark prägt und die Gegenüberstellung von Beeinträchtigung und Behinderung aufgreift, wird Nichtbehinderung nicht definiert. Die Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) definiert impairment als „lacking all or part of a limb, or

having a defective limb, organ or mechanism of the body“ und disability als „the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organisation which takes no or little account of people who have physical impairments and thus excludes them from participation in the mainstream of social activities“ (UPIAS 1975). Diese grundlegende Definition analysiert die gesellschaftlichen Verhältnisse in ihrer Wirkung für beeinträchtigte Menschen, die gesellschaftlich benachteiligt und behindert werden.

Von dieser Analyse gesellschaftlicher Bedingungen ist auf Ableism zu verweisen, eine diskriminierende Ideologie, durch die Körper als behindert oder auch nichtbehindert konstruiert und produziert werden. Diese gesellschaftlich wirkmächtige diskursive Strategie, die unsere Gesellschaft umfassend prägt, wird analog zu anderen Diskriminierungsstrategien wie Rassismus, Sexismus oder auch Ageism konzeptionell als Ableism gefasst. Campbell erklärt Ableism als „a network of beliefs, processes and practices that produces a particular kind of self and body (the corporeal standard) that is projected as the perfect, species-typical and therefore essential and fully human. Disability then is cast as a diminished state of being human“ (Campbell 2001, 44). Ableism ist also eine Diskriminierungsstrategie, die sich in vielfältiger Form auswirkt und manifestiert.

Auch in der Konstruktion des Einen und des Anderen ist sie wirkmächtig. Dreht man die traditionelle, gesellschaftlich dominante Perspektive um, so ist zu fragen, wie das Andere, die nichtbehinderte Andersheit für behinderte Menschen zu fassen ist. Die Konstruktion des Anderen ist verbunden mit der Konstruktion eines Standards, gegenüber dem Menschen sich ins Verhältnis setzen oder den sie – da sie ihn sogar internalisiert haben – als Maßstab für sich selbst und die eigene Identität begreifen. Goodley führt hierzu aus, dass dieser Standard, das Andere für behinderte Menschen, durch die behindernde, benachteiligende ableistische Gesellschaft konstituiert ist (2011, 79). „The big Other“ für behinderte Menschen umfasse Charakteristika wie „cognitively, socially and emotionally able and competent, biologically and psychologically stable, genetically sound and ontologically responsible“ (Goodley 2011, 79). Die Referenz auf genetische Faktoren lässt sich sowohl in der ICF (Hirschberg 2009, 195-201) als auch in der gesellschaftlichen Orientierung und suprastaatlichen Erforschung des Humangenomprojekts erkennen. In diesem Kontext kann Normalität als „sane, autonomous, self-sufficient, reasonable, law-abiding and economically viable“ konstruiert werden (Goodley 2011, 79). Dies bezeichnet Kafer pointiert als „compulsory ablebodiedness“, als herrschendes Konstrukt, durch das alle Menschen zu einer Orientierung an Nichtbehinderung/Funktionsfähigkeit verpflichtet werden und behinderte Menschen unter einem beständigen Druck stehen, ihr Sosein als Ver-

lust, heilungsbedürftig, defizitär oder zumindest abweichend erklären oder rechtfertigen zu müssen (vgl. Kafer 2003).

Verallgemeinert und in Beziehung mit anderen Diskriminierungsstrategien wie Sexismus, Rassismus, Ageism oder Classism sind weitere Faktoren wie „männlich, weiß, Mittelklasse, jung oder mittleren Alters“ als machtvoll herauszustellen (zu deren Analyse vgl. u.a. Junker/Roth 2010). Stuart Hall präzisiert die Wirkmächtigkeit gesellschaftlicher Konstruktionen hinsichtlich Rassismus folgendermaßen: „Ich fasse das bisherige in einer Paradoxie zusammen: ‚Rasse‘ existiert nicht, aber Rassismus kann in sozialen Praxen produziert werden. Das ist m. E. das Kennzeichen für den ideologischen Diskurs“ (Hall 2016, 172). Die Verwobenheit von Diskursen und Praktiken verweist auf die Macht, wie etwas gesellschaftlich produziert wird: in Halls Analyse Rassismus, rassistische Verhaltensweisen, Stigmatisierungen, Benachteiligungen und Diskriminierungen. Ein Gegendiskurs oder gesellschaftlicher Gegenentwurf kann allerdings auch durch Diskurse und Praxen Raum und Bedeutung erhalten, wenn dieser von Akteur*innen verfolgt und gesellschaftlich aufgegriffen und verbreitet wird.

8. ÜBER DIE GEGENÜBERSTELLUNG VON BEHINDERUNG UND NICHTBEHINDERUNG HINAUS

Während Behinderung und Nichtbehinderung als eindeutig trennbare Phänomene konstruiert werden und diese Gegenüberstellung perpetuiert wird, diskutieren die Disability Studies, dass jeder Mensch im Laufe seines Lebens eine Beeinträchtigung erwerben kann und Menschen immer nur zeitweilig nichtbehindert sind: „temporarily able-bodied“ (Davis 2002). Mit höherem Lebensalter steigt somit die Wahrscheinlichkeit, unterschiedliche Beeinträchtigungen zu erwerben, Barrieren zu begegnen und behindert zu werden.

Als weitere Perspektive, die sich von der Gegenüberstellung von Behinderung und Nichtbehinderung abhebt, ist die Bandbreite zwischen Behinderung und Nichtbehinderung herauszustellen (Hirschberg 2009, 315). Hierbei wird betont, dass beide keine eindeutig abgrenzbaren Phänomene sind, sondern es sich um unterschiedliche Dimensionen, Grade auf einer Skala bzw. innerhalb eines breiten Spektrums handelt (vgl. auch die Analyse der ICF als flexibelnormalistisches Klassifikationsinstrument, wobei in der ICF die Pole aufrechterhalten sind und noch keine transnormalistische Strategie *jenseits* einer konstruierten Normalität verfolgt wird, Hirschberg 2009, 304).

Zwar lassen sich die Pole als Behinderung oder Nichtbehinderung bezeichnen, jedoch ist diese Konstruktion wenig bedeutsam, weil jede individuelle Be-

hinderung je eigene Ausprägungen hat. Das Auftreten von Behinderungen in einer Gesamtgruppe lässt sich hierbei nicht als „entweder – oder“, „entweder behindert oder nichtbehindert“ beschreiben, sondern nur in ihrer Differenz im Gesamtspektrum. Dieses Spektrum lässt sich auch als „Nicht_behinderung“ umschreiben, was allerdings sprachlich auf die Gegenüberstellung als Orientierung verweist. Von einer breiten Differenz unterschiedlicher Körper zu sprechen, die höchst variabel innerhalb von Gesellschaften sein kann, erscheint als Anforderung, eine breite Vielfalt als gesellschaftliche Differenz wahrnehmen zu können, ohne einen Vergleichsmaßstab (behindert oder nichtbehindert) zu benötigen.

9. SCHLUSSFOLGERUNGEN: MACHTINSZENIERUNG DURCH LEERSTELLE LEHREN

In den anerkannten sozialrechtlichen Konstruktionen und gesundheitswissenschaftlichen Klassifikationen sind keine expliziten Definitionen von Nichtbehinderung oder Normalität enthalten. Hier besteht eine Leerstelle, die jedoch ein machtvolles Zeichen darstellt. Das Nichtdefinierte, das Unsichtbare, Nichtbehinderte beherrscht den Diskurs, ohne selbst bezeichnet zu werden. Nichtbehinderung muss somit als machtvolles Dispositiv von Funktions- und Leistungsfähigkeit, als Teil des gesellschaftlichen Ableism (vgl. Campbell 2009) gelesen werden, gerade weil Nichtbehinderung nicht durch Definitionen, sondern durch deren Fehlen thematisiert ist.

Was folgt jedoch hieraus für die machtvolle Leerstelle dessen, was als Nichtbehinderung dominant regiert und durch die gesellschaftlichen Diskurse, Architektur und Manifestationen in Gesundheits-, Sprach- und Öffentlichkeitsregimen herrscht? Wie kann dieser machtvollen Leerstelle begegnet werden, wie kann sie kritisiert und entkräftet werden – über die individuellen Bestrebungen hinausgehend, sich durch die Machtinszenierung des Einen über das Andere, Nichtbehinderung über Behinderung, nicht dermaßen regieren lassen zu wollen (vgl. Foucault 1992, 12-15)? Mit Foucaults Reflexion von Kritik bedeutet „nicht regiert werden wollen, [...] diese Gesetze da nicht mehr annehmen wollen, weil sie ungerecht sind, weil sie unter ihrer Altehrwürdigkeit oder unter dem bedrohlichen Glanz, den ihnen der heutige Souverän verleiht, eine wesenhafte Unrechtmäßigkeit bergen“ (1992, 13). Da Klassifikationen und Gesetzesnormen Behinderung als Abweichung konstruieren, so verbirgt sich hinter diesen altehrwürdigen Gesetzen die Unrechtmäßigkeit, Behinderung nicht als gesellschaftliches Phänomen wahrzunehmen. Die in Klassifikationssystemen enthaltene Konstruktion der Abweichung ist folglich hinsichtlich ihrer Machtverhältnisse zu be-

fragen, wodurch die Kritik eine „Funktion der Ent-unterwerfung“ [Bindestrich durch M.H. gesetzt] erhält (Foucault 1992, 15).

Die Macht von Nichtbehinderung in Frage zu stellen, erfordert mehr als nur einen kritischen Diskurs, nämlich auch Aushandlungsprozesse mit den dominanten Akteur*innen im Feld zu führen: unter Bezugnahme auf die Teilhabeorientierung des SGB IX, auf die (wenn auch noch weiter zu differenzierende) Klassifizierung von Barrieren mit der ICF und auf die staatliche Verpflichtung der Umsetzung voller, wirksamer und gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabebedingungen behinderter Menschen gemäß der BRK. Die gesellschaftliche Partizipation sozial benachteiligter Gruppen muss immer wieder neu erkämpft werden innerhalb widersprechender Diskurse und Praktiken vor dem Hintergrund der machtvollen Orientierung an Nichtbehinderung.

Diese Analyse ist in Lehrformaten in geeigneter Weise aufzugreifen, ob als längere Seminareinheit oder Bildungsreihe, um die Verbindung von Wissen und Macht in Konstruktionen wie Nicht_behinderung Studierenden, Schüler*innen und anderen Bildungsteilnehmer*innen zu vermitteln. Die hierzu oben vorgeschlagenen Gestaltungsmöglichkeiten können erprobt und ergänzt oder eigene entwickelt werden. Je nach fachlichem Rahmen bieten sich geistes- und gesellschaftswissenschaftliche, philosophische, historische, soziologische, rechtliche, pädagogische oder weiterführende Seminarangebote der Disability Studies und anderer interdisziplinärer Studien – auch zu den anderen Beiträgen dieses Sammelbandes – an, um die Bedeutung der zeitlich und räumlich gebundenen gesellschaftlichen Konstruktion von Dis_ability, Nicht_Behinderung in der Lehre zu verbreiten. Besonderes Potential haben vermutlich fächerübergreifende Lehrangebote. Wenn beispielsweise Lehrende und Studierende aus Fächern, in denen üblicherweise diskursanalytisch gearbeitet wird, zusammentreffen mit Vertreter*innen der Rechtswissenschaft oder Rechtsgeschichte, die meistens andere methodische Instrumente verwenden, ist zu erwarten, dass unterschiedliche Lesarten der zugrunde gelegten Texte fruchtbare Irritationen und Reibungen hervorrufen. Gerade diese vermögen, für Erkenntnisse zu sensibilisieren, in welchem Maße Leerstellen, Nichterwähnungen, Unausgesprochenes und (Ver)Schweigen gesellschaftspolitische Wirkung entfalten.

BIBLIOGRAPHIE

- Basaglia, Franco/Foucault, Michel/Castel, Robert/Wulff, Erich/Chomsky, Noam/Laing, Ronald/Goffman, Erving u.a. (1980): Befriedungsverbrechen. Über die Dienstbarkeit der Intellektuellen, hg. von Franco Basaglia/Franca Basaglia-Ongaro, Frankfurt/Main.
- Bock von Wülffingen, Bettina (2007): Genetisierung der Zeugung. Eine Diskurs- und Metaphernanalyse reproduktionsmedizinischer Zukünfte, Bielefeld.
- Campbell, Fiona Kumari (2001): Inciting Legal Fictions: Disability's Date with Ontology and the Ableist Body of the Law, in: Griffith Law Review 10, Heft 1, S. 42-62.
- Campbell, Fiona Kumari (2009): Contours of Ableism. The Production of Disability and Aabledness, London.
- Davis, Lennard (2002): Bending over Backwards. Disability, Dismodernism & Other Difficult Positions, New York.
- Degener, Theresia (2009): Menschenrechte und Behinderung, in: Behinderung und Anerkennung. Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch der Behindertenpädagogik, hg. von Markus Dederich/Wolfgang Jantzen, Stuttgart, S. 160-169.
- Derrida, Jacques (1983): Grammatologie, Frankfurt/Main.
- Derrida, Jacques (1990): Die différance, in: Postmoderne und Dekonstruktion. Texte französischer Philosophen der Gegenwart, hg. von Peter Engelmann, Stuttgart, S. 76-113. [französisches Original 1988]
- Dörner, Klaus (2017): Wege der Psychiatrie (Psychiatriegeschichte), in: Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, hg. von Klaus Dörner/Ursula Plog/Thomas Bock/Peter Brieger/Andreas Heinz/Frank Wendt, Köln, S. 687-714.
- Foucault, Michel (1968): Psychologie und Geisteskrankheit, Frankfurt/Main.
- Foucault, Michel (1973): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks, München.
- Foucault, Michel (1983): Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit, Band 1, Frankfurt/Main.
- Foucault, Michel (1991): Die Ordnung des Diskurses, Frankfurt/Main.
- Foucault, Michel (1992): Was ist Kritik?, Berlin.
- Foucault, Michel (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/Main.
- Frances, Allen (2013): Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen, Köln.

- Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3234), das durch Artikel 27 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2541) geändert worden ist.
- Goodley, Dan (2011): *Disability Studies. An Interdisciplinary Approach*, London.
- Gregory, Robert (1997): *Definitions as Power*, in: *Disability and Rehabilitation* 19, Heft 11, S. 487-489.
- Hall, Stuart (2016): *Rassismus als ideologischer Diskurs*, in: *Was ist Rassismus? Kritische Texte*, hg. von Dorothee Kimmich/Franziska Bergmann/Stephanie Lavorano, Ditzingen, S. 172-187.
- Hess, Volker (1999): *Die moralische Ökonomie der Normalisierung. Das Beispiel Fiebermessen*, in: *Normalität und Abweichung. Studien zur Theorie und Geschichte der Normalisierungsgesellschaft*, hg. von Werner Sohn/Herbert Mehrrens, Wiesbaden, S. 222-243.
- Hirschberg, Marianne (2009): *Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation*, Frankfurt/Main.
- Hirschberg, Marianne (2011): *Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenrechtskonvention (Positionen der Monitoring-Stelle, Nr. 4)*, Berlin.
- Junker, Carsten/Roth, Julia (2010): *Weiß sehen. Dekoloniale Blickwinkel mit Zora Neale Hurston und Toni Morrison*, Sulzbach/Taunus.
- Kafer, Alison (2003): *Compulsory Bodies. Reflections on Heterosexuality, Compulsory Able-Bodiedness*, in: *Journal of Women's History* 15, Heft 3, S. 77-89.
- Levinas, Emmanuel (1995): *Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen*, München.
- Libuda-Köster, Astrid/Schildmann, Ulrike (2016): *Institutionelle Übergänge im Erwachsenenalter (18-64 Jahre). Eine statistische Analyse der Verhältnisse zwischen Behinderung und Geschlecht*, in: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 85, Heft 1, S. 7-24.
- Link, Jürgen (1999): *Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird*, Wiesbaden.
- Link, Jürgen (2013): *Flexibilisierung minus Normalität gleich Prekarität? Überlegungen über Prekarisierung als Normalisierung*, in: *Facetten der Prekarisierungsgesellschaft. Prekäre Verhältnisse. Sozialwissenschaftliche Perspektiven auf die Prekarisierung von Arbeit und Leben*, hg. von Oliver Marchart, Bielefeld, S. 91-106.
- Oliver, Michael (1992): *Changing the Social Relations of Research Production?*, in: *Disability, Handicap & Society* 7, Heft 2, S. 101-114.

- Schildmann, Ulrike (2000): 100 Jahre allgemeine Behindertenstatistik. Darstellung und Diskussion unter besonderer Berücksichtigung der Geschlechterdimension, in: Zeitschrift für Heilpädagogik 51, Heft 9, S. 354-360.
- Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) (1975): Fundamental Principles of Disability, London.
- Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat – Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen.
- World Health Organisation (1946): Constitution of the WHO, Genf.
- World Health Organisation (1980): The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, Genf.
- World Health Organisation (1992): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD), 10. Revision, Band 1 – Systematisches Verzeichnis Version 1.3, Gesamtausgabe Österreich Schweiz Deutschland, Bern.
- World Health Organisation (2001): The International Classification of Functioning, Disability and Health, Genf.