

Homann, Jürgen/Bruhn, Lars: Anmerkungen zum Verhältnis von Krankheit, Behinderung und Disability Studies, Einführungsveranstaltung der ZeDiS-RVL „Behinderung ohne Behinderte!? Perspektiven der Disability Studies“ am 05. April 2007, Universität Hamburg.

Liebe Studierende,
verehrte Zuhörerinnen und Zuhörer,

ich freue mich, dass Sie den Weg zu uns gefunden haben und begrüße Sie recht herzlich im Namen von Gerlinde Renzelberg, der professoralen Leitung des ZeDiS, sowie von Lars Bruhn, meinem Team-Kollegen, zur ersten Sitzung unserer Ringvorlesung „Behinderung ohne Behinderte!? Perspektiven der Disability Studies“! Ich heiße Jürgen Homann und werde in den nächsten knapp 60 Minuten einen kleinen Einführungsvortrag halten und Sie danach mit unserem Semesterfahrplan bekannt machen, damit Sie wissen, mit wem Sie es in den nächsten Wochen hier zu tun bekommen und mit welchen Themen die GastdozentInnen Sie konfrontieren werden. Danach, aber auch sonst zwischen den einzelnen Abschnitten, sollen Sie dann die Gelegenheit haben, Fragen zu stellen.

Einige Hinweise zum technischen Ablauf - diejenigen unter Ihnen, die bereits Veranstaltungen des ZeDiS besucht haben, werden sich daran erinnern können: In allen Veranstaltungen des ZeDiS, so auch hier in dieser RVL, werden in den einzelnen Sitzungen immer Schrift-DolmetscherInnen eingesetzt, die stets darum bemüht sein werden, alle verbalen Beiträge simultan zu verschriften. Es handelt sich jedoch um keine professionellen Schrift-DolmetscherInnen, da dieses Berufsbild noch recht jung ist und es wie nach vor sehr schwierig ist, geeignete AssistentInnen zu bekommen, die sich solchen Strapazen, noch dazu freiwillig, aussetzen. Daher bitte ich also um Ihr Verständnis, wenn die Verschriftung unter Umständen an der einen oder anderen Stelle ein wenig mehr Zeit in Anspruch nimmt. Es wäre diesbezüglich auch sehr hilfreich, wenn Sie selber immer auch mit darauf achten, dass Ihre Beiträge vollständig und korrekt auf der Leinwand erscheinen – hierfür vielen Dank!

Um die Schrift-DolmetscherInnen zu entlasten, habe ich, wie Sie sehen können, meinen heutigen Vortrag vorab als Powerpoint-Präsentation verschriftet und auch die teilnehmenden GastdozentInnen darum gebeten, es mir gleich zu tun. Die SchriftdolmetscherInnen werden darüber hinaus immer dann, wenn Wortmeldungen kommen, auf Word umschalten, um Fragen, Beiträge etc. mit den dazugehörigen Antworten simultan sichtbar zu machen.

Soweit zum technischen Procedere. Wenn Sie nähere Informationen über das ZeDiS und seine Aktivitäten erhalten möchten, sind Sie herzlich dazu eingeladen, unsere frisch überarbeitete Website unter www.zedis.uni-hamburg.de zu besuchen, wir haben uns bemüht, den Zugang zu den dort ausgestellten Inhalten weitestgehend barrierefrei zu

gestalten, dort haben Sie u. a. auch die Möglichkeit, Vorträge von GastreferentInnen aus früheren Ringveranstaltungen herunterzuladen. Sollten Sie wider Erwarten doch auf Nutzungsprobleme stoßen oder ansonsten gerade in Bezug auf die barrierefreie Gestaltung Hinweise oder Verbesserungsvorschläge haben, wäre es schön, wenn Sie uns das zurückmelden, wir sind für jeden Tipp dankbar.

Einleitung

„Behinderung ohne Behinderte!? Perspektiven der Disability Studies“ – so lautet das Motto dieser Veranstaltung. Behinderung ohne Behinderte? Das mag Ihnen befremdlich vorkommen, denn von Behinderung betroffen scheinen doch ausschließlich bestimmte Menschen zu sein – „Menschen mit Behinderung“, „Menschen mit einer Beeinträchtigung“ oder im schulischen Sprachgebrauch „SchülerInnen mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf“. Solche Menschen also, die eine physische Schädigung haben, deren Gliedmaße beispielsweise fehlen oder funktional eingeschränkt sind oder deren Sinnesorgane teilweise oder gänzlich ausfallen. Oder solche Menschen, die aufgrund cerebraler Schädigungen bzw. Fehlfunktionen in ihrem Verhalten, ihrer Wahrnehmung oder/und ihrem kognitiven Leistungsvermögen beeinträchtigt sind. Und dann gibt es da noch diejenigen in der Grauzone, denen nicht mit medizinischer, dafür aber mit ausgefeilter sonderpädagogischer Diagnostik beizukommen ist: die sich anders verhalten, nicht gut oder/und schnell genug lernen. Und nicht zu vergessen: Menschen mit Migrationshintergrund! Klar ist jedenfalls: Von Behinderung betroffen sind halt nur Behinderte, eine Gruppe, die immer größer wird, ein dehnbare Begriff – nicht von Behinderung betroffene Menschen, die nicht über die soeben beispielhaft genannten persönlichen Merkmale verfügen, haben folglich mit Behinderung nichts zu tun, auch wenn Ihnen vielleicht aufgefallen sein mag, dass die eingangs genannten Personengruppen – „Menschen mit Behinderung“, „Menschen mit einer Beeinträchtigung“ oder „SchülerInnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf“ – keineswegs identisch sein müssen – welche Definition jeweils zum Tragen kommt, hängt vom jeweiligen sozialen Kontext ab – von der jeweiligen Instanz, die sie erforderlich macht und zum Erreichen entsprechender Ziele – Aussonderung und Ausgrenzung inbegriffen – als Handlungslegitimation benötigt, seien es beispielsweise Behörden, ArbeitgeberInnen oder Schulen. Damit wird aber bereits jetzt ersichtlich, dass das Substantiv Behinderung durch Zuschreibungsprozesse mit Bedeutung gefüllt wird, indem bestimmten Menschen in bestimmten Situationen bestimmte Persönlichkeits- oder/und Verhaltensmerkmale beigemessen werden – und dies möglichst anhand überprüfbarer, objektiver Kriterien.

Anmerkungen zum Krankheitsbegriff

Herausragende Bedeutung kommt hierbei der Medizin zu. Aufgrund umfangreicher vor- wie nachgeburtlicher Diagnoseverfahren (z.B. pränatale Diagnostik, Neugeborenen-Screenings usw.) vermögen MedizinerInnen pathologische Prozesse bzw. Krankheiten

immer frühzeitiger zu erkennen. Entsprechend sind es zumeist MedizinerInnen, die Eltern mit der Diagnose konfrontieren, dass ihr Kind eine Schädigung habe, die dringend therapiert werden müsse, um dauerhafte Folgen (sprich: eine Behinderung) zu vermeiden. Abzugrenzen wäre Behinderung demnach zunächst vom Krankheitsbegriff. Dass das nicht ganz einfach ist, möchte ich anhand einiger, mit kurzen Kommentaren versehener Zitate sowie einer kleinen Geschichte aus einem Buch von Erich Fromm verdeutlichen:

„Die CI-Implantation gehörloser Kinder ist ein aus (präventiv-)medizinischer Sicht notwendiges Unterfangen, weil die Gehörlosigkeit eine Krankheit ist und ein Leben mit Gehörlosigkeit eine verminderte Lebensqualität darstellt“ (Thomas Lenarz, Selbstbewusst Werden 39/1996, S. 6-8).

Ein Beispiel für die Pathologisierung einer Behinderung, von der manche Gehörlose sogar sagen, dass sie gar keine sei: Das Cochlea-Implantat, eine Innenohrprothese, dient MedizinerInnen als geeignetes ‚Therapeutikum‘, um Gehörlosigkeit behandelbar zu machen.

Einige Zeitungsmeldungen ...

„Inzwischen wurde Adipositas von der WHO als Krankheit eingestuft und festgelegt, ab wann man als fettleibig gilt. Körpergewicht durch Größe zum Quadrat lautet die einfache Formel. Jeder Wert über 25 wird als Übergewicht eingestuft, wer auf mehr als 30 Punkte kommt, ist adipös.“ (taz vom 23./24. August 2003, S. 3)

Big ist nicht länger beautiful - und in Zeiten von Fast- und Junkfood erst recht kein Zeichen von Wohlstand und Wohlbefinden mehr: Ein Beispiel für eine sich wandelnde, von der Medizin bewirkte ‚Körperkultur‘, deren Idealvorstellungen junge Mädchen und Frauen in die Magersucht und zum Schönheitschirurgen, Männer zum Marathon und beide Geschlechter in die Fitnessstudios treiben. Nicht so sehr die Nahrung oder Konsumweisen werden problematisiert. Das eigentliche Problem liegt woanders, nämlich in den Individuen.

„Erblich bedingtes Übergewicht - ein Abtreibungsgrund? Dahinter steckt nicht nur der Wunsch nach Selbstbestimmung, sondern auch die materielle Situation. Ein Drittel der Befragten befürchtet finanzielle Belastungen durch ein behindertes Kind. Und Begriffe wie ‚Krankheit‘ und ‚Normalität‘ variieren, sie orientieren sich auch an gesellschaftlichen Leitbildern: Fast jede fünfte Frau gab an, die fiktive Diagnose ‚erblich bedingtes Übergewicht‘ sei für sie ein Abtreibungsgrund.“ (taz vom 14.05.1996, Seite 15)

Ein Beispiel für die unterschwellig wirksame Macht von der Medizin initiiertes Körperbilder, die den Menschen in seiner Existenz und seinem Selbstverständnis völlig neu zu bestimmen scheinen: Für eine bessere Zukunft werden furchtbare Krankheiten ausgerottet und lästige Eigenheiten beseitigt.

„Von der WHO ist die Rechenschwäche als Krankheit anerkannt, nur die Krankenkassen tun sich schwer. Vor der Therapie muss die Diagnose - die Art und das Ausmaß der Rechenschwäche - genau feststehen. [...] Steht eine Rechenschwäche fest, sollte eine vorübergehende Sonderstellung in der Schule angestrebt werden, zum Beispiel Hausaufgabenbefreiungen, Befreiung von Klassenarbeiten und Notenaussetzungen in Mathematik sowie individuelle Versetzungsregelungen.“ (taz vom 28.07.2000, Seite 17)

Ein Beispiel für die ‚Erfindung‘ neuer Krankheiten und Therapien (z.B. auch Hyperaktivität, ADS bzw. ADHS), auch wenn eine physiologische Verortung der Krankheitsursache oftmals (noch) nicht zweifelsfrei geklärt werden konnte. Etwaige Probleme, die unvermittelt auftreten, scheinen immer zuallererst medizinisch indiziert zu sein: Die Schwelle zu dem, was als gesund und normal gilt, wird angehoben, indem leichte motorische oder/und mentale Schwierigkeiten pathologisiert und für behandlungsbedürftig erklärt werden. Pharmazeutische Produkte lassen nicht auf sich warten – oder sind gar schon vorher da.

„Werde ich zu groß? Bleibe ich zu klein? - Für Kinder, die ihre Altersgenossen um Kopfeslänge überragen oder immer zu den Kleinsten gehören eine bange Frage, die zum handfesten Problem werden kann. Ob ein Kind die richtige Größe hat, lässt sich bei den Vorsorgeuntersuchungen anhand von Wachstumskurven mit Normwerten für jedes Alter feststellen. Als normal gilt, was sich um die alterstypische Durchschnittsgröße bewegt, allerdings mit Abweichungen. Außerhalb der Norm liegen Kinder, die größer oder kleiner sind als 97 Prozent der Gleichaltrigen.“ (Hamburger Abendblatt vom 27.08.2003, S. 33)

Spielen keine Krankheitserreger oder pathologischen Prozesse gleich welcher Art eine Rolle, kommt jenes Prinzip zum Tragen, das auch für die Bekleidungsindustrie maßgeblich ist: Gesund bzw. normal ist, wer oder was der Durchschnittsnorm entspricht, mit Ausnahme bestimmter Abweichungen, deren festgelegte Grenzen nicht überschritten werden dürfen. Wer sich sicherheitshalber einmal vermessen lassen möchte, suche bitte eine Apotheke auf mit entsprechendem Service!

*„Vielen wird die Kurzgeschichte von H. G. Wells (1925) *The Country of the Blind* bekannt sein, in der sich ein junger Mann in Malaya verirrt und auf einen Stamm stößt, in dem alle Menschen seit Generationen an angeborener Blindheit leiden, während er sehend ist. Das ist sein Pech, denn sie sind alle ihm gegenüber argwöhnisch. Unter ihnen gibt es gelehrte Ärzte, die seine Krankheit als eine seltsame und bisher unbekanntes Störung in seinem Gesicht diagnostizieren, die alle möglichen sonderbaren und pathologischen Phänomene hervorbringt: ‚Die komischen Dinger, die man Augen nennt und die dazu da sind, im Gesicht eine hübsche leichte Vertiefung zu erzeugen, sind in seinem Fall erkrankt, und zwar so, dass sein Gehirn davon mit betroffen ist. Sie sind stark aufgequollen, er hat Wimpern, seine Lider bewegen sich, wodurch sich sein Gehirn in*

einem Zustand ständiger Erregung und Ablenkung befindet'. Er verliebt sich in ein Mädchen und will es heiraten. Dessen Vater widersetzt sich der Heirat, willigt dann aber unter der Bedingung ein, dass der junge Mann einer Operation zustimmt, mit der er blind gemacht wird. Noch bevor er die Blendung erlaubt, rennt er davon" (Fromm 1995, 17f.).

Das wesentliche Handlungselement für die Legitimierung medizinisch-praktischer Interventionen stellt die Diagnose dar; sie konstatiert als quasi naturwissenschaftlich-mathematische Aussage für PatientInnen im ungünstigen Fall ein Krankheitsbild, das „wie jedes Ding und jeder Sachverhalt der natürlichen Welt konstante Eigenschaften aufweist und unter festen Gesetzmäßigkeiten steht“ (Wieland 1975, 42). Dabei orientiert sich die Medizin „unter dem Vorbehalt möglichen Irrtums“ an vom Individuum unabhängigen systematischen Klassifizierungen von normativen Krankheitsbildern. Letztere helfen der Medizin zu bestimmen, „was sein soll oder nicht sein soll, nicht aber, was ist oder nicht ist“ (Wieland 1986, 38). Demzufolge handelt es sich beim medizinisch definierten Krankheitsbegriff um die Bewertung eines aus medizinischer Sicht *unerwünschten Zustandes*, der die unbedingte Aufforderung zur Beseitigung desselben impliziert. Als entscheidendes Handlungskriterium hierfür gilt die „aktuelle oder zukünftige Hilfsbedürftigkeit des Menschen“ (Wiesing 1996, 158). Entsprechend bezeichnet beispielsweise der vorhin zitierte HNO-Mediziner Thomas Lenarz die CI-Versorgung gehörloser Kinder als ein aus (präventiv-) medizinischer Sicht notwendiges Unterfangen, weil die Gehörlosigkeit seiner Einschätzung nach eine Krankheit sei und ein Leben mit Gehörlosigkeit eine verminderte Lebensqualität bedeute. Jene negative Einschätzung der Gehörlosigkeit lässt zudem eine moralisierende Komponente des Krankheitsbegriffes sichtbar werden: Mittels des Krankheitsbegriffes klassifiziert die Medizin einen realen Ist-Zustand als 'unerwünscht' bzw. 'schlecht' (um nicht zu sagen böse), wohingegen ein ärztliches Eingreifen, das dem zu erreichenden Soll-Zustand, nämlich der Gesundheit, dient, grundsätzlich eine gute Handlung darstellt. Die Diagnose ‚krank‘ impliziert also zwangsläufig auch immer die Aufforderung zu helfen – einen Menschen hingegen im kranken Zustand zu belassen, stellte eine in jeder Hinsicht (ethisch-moralisch-juristisch) verwerfliche Handlung dar. Die aktiv handelnde Person in der klassischen ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung ist die behandelnde ÄrztIn – von der PatientIn wird für gewöhnlich nicht erwartet, dass sie die Initiative übernimmt und ihre Situation selber verbessert, auch wenn im Zuge der fortschreitenden Ökonomisierung der Medizin bzw. der Gesundheitspolitik aufgrund chronisch knapper finanzieller Ressourcen Entscheidungen verstärkt an PatientInnen delegiert werden, wie es gegenwärtig beispielsweise anhand der massiven Zunahme von Selbstmedikationen zu beobachten ist.

Michel Foucault hat die soziale Einflussnahme der Medizin als „Medikalisierung“ der Gesellschaft bezeichnet. So habe seit dem Durchbruch der am naturwissenschaftlichen Paradigma orientierten Medizin eine „generelle Medikalisierung des Verhaltens, der Haltungen, Diskurse, Wünsche usw.“ (Foucault 1978, 94) stattgefunden, in deren Folge die sozialen Rollen und die Verhaltensweisen der Menschen tiefgreifend beeinflusst

wurden. Dabei haben wir es nach Galbraith im Falle der Medizin offensichtlich mit einer „konditionierenden Macht“ (Galbraith 1987, 40ff.) zu tun:

„Die Ausübung konditionierender Macht [...] wird durch eine Änderung des Bewußtseins, der Überzeugungen und des Glaubens bewirkt. Überredung und Überzeugung, Erziehung und Ausbildung sowie ein gesellschaftlich bedingtes Eingeschorensein auf das scheinbar Natürliche, Ordentliche und Richtige veranlassen den einzelnen, sich den Willen eines anderen oder einer Gruppe unterzuordnen. Die Unterwerfung entspricht dem selbstgewählten Kurs und wird nicht als das erkannt, was es tatsächlich ist“ (Galbraith 1987, 18).

Allerdings ist sich auch der Machtausübende dieses Umstandes nicht stets bewußt, vielmehr stellt das „Sich-Fügen in die Autorität anderer und die Unterwerfung unter einen fremden Willen [ein] bevorzugtes Ziel des Betroffenen selbst [dar]“ (Galbraith 1987, 40f.). Demzufolge ist das individuell-menschliche (Selbst-)Bewusstsein und Verhalten durch die Medizin innerlich geprägt und konditioniert worden.

Dieser Umstand droht die Form eines expansiven „diagnostischen Imperialismus“ (Illich 1995, 55ff.) anzunehmen, der die Autonomie des Menschen zunehmend in Frage stellt.

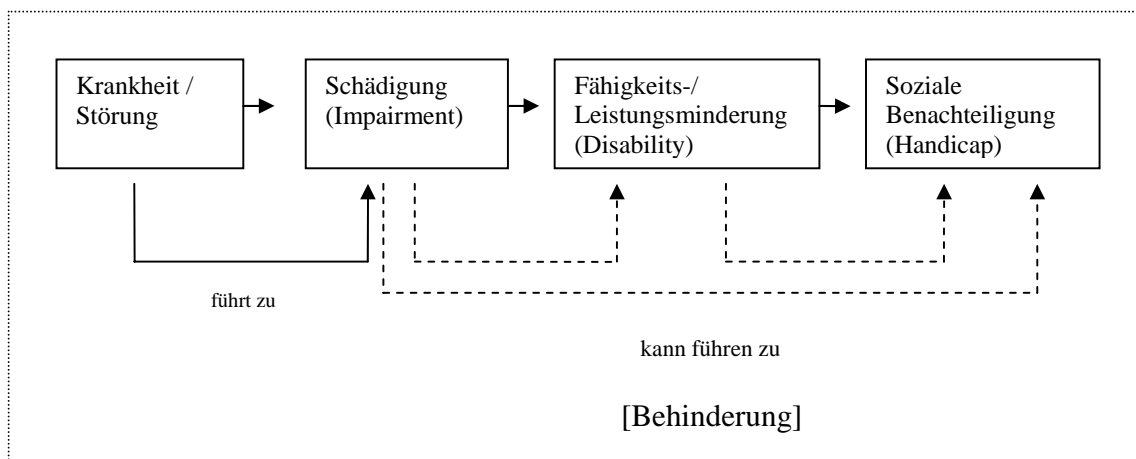
Die Erfolge der Biomedizin und der Gentechnologie, vor allem aber die zunehmende Umkehrung kurativer in präventive Medizin haben zur Folge, dass die „Expandierung medizinischer Kontrolle“ (Borck 1996, 18) infolge erweiterter technologischer Möglichkeiten beständig zunimmt und im wahrsten Sinne uferlos zu werden droht. Denn jene von den MedizinerInnen mit dem „präventiven Stigma“ (Illich 1995, 65ff.) der Behandlungsbedürftigkeit etikettierte Menschen „werden zu Patienten gemacht, ohne krank zu sein“ (Illich 1995, 65). Es besteht darüber hinaus die Gefahr, dass sie iatrogenen, d.h. durch die Medizin selbst verursachten Gesundheitsrisiken ausgesetzt werden. Zwar hat der scheinbar unaufhaltsame Siegeszug der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin seit dem Beginn der Neuzeit zutiefst belastende religiöse Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit weitgehend zurückgedrängt. Andererseits droht die Gefahr einer mystizistischen Fortschrittsgläubigkeit, die „eine Erwartungshaltung des totalen Sieges über Krankheiten“ (Borck 1996, 16) impliziert. Indem die Medizin in maßgeblicher Weise gesellschaftliche Vorstellungen von gesundheitlicher Normalität erzeugt, übt sie ebenso einen entscheidenden Einfluss auf das Menschenbild gleichwie Selbstverständnis des Menschen aus: Der gesunde Mensch sowie dessen physische wie intellektuelle Leistungsfähigkeit drohen in überhöhter Weise zu gesellschaftlichen Leitbildern zu werden.

Auf den grundsätzlich bedrohlichen ambivalenten Charakter medizinischer Deutungs- und Handlungsmacht hat Hans Jonas in seinem Hauptwerk „Das Prinzip Verantwortung“ hingewiesen. So führt er aus, dass „die Befreiung geisteskranker Patienten von [offensichtlich] quälenden und funktionsstörenden Symptomen [...] eindeutig wohltätig zu sein [scheint]. Aber von der Erleichterung des Patienten [...] führt ein unauffälliger Übergang zu der Erleichterung der *Gesellschaft* von der Lästigkeit schwierigen

individuellen Benehmens unter ihren Mitgliedern: das heißt der Übergang von ärztlicher zu sozialer Anwendung [...]“ (Jonas 1984, 51; Herv. i.O.). Die Ambivalenz medizinischer Interventionen besteht demnach grundsätzlich darin - und das gilt explizit in Bezug auf von Behinderung betroffene Menschen -, dass unter Umständen Menschen in ihrer Freiheit und Selbstbestimmung oder Selbstentfaltung eingeschränkt werden können – oder erst gar nicht mehr geboren werden. Damit aber gewinnt medizinisches Handeln Bedeutung in einer Dimension, die Klaus Dörner die „Soziale Frage“ genannt hat: „Was machen wir [...] mit denen, die nicht so sind wie wir [...]; wofür sind sie da, und wie gehen wir mit ihnen um?“ (Dörner 1993, 8).

WHO-Definitionen

Bis 1980 gab es ausschließlich medizinische Klassifikationen von Krankheiten. In jenem Jahr stellte die WHO mit der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH) erstmalig eine Klassifikation vor, die Krankheit von Behinderung abgrenzen sollte:



Die ICIDH zählt die drei Ebenen Impairment, Disability und Handicap auf. Um zwischen Krankheit und Behinderung zu differenzieren, erschien es dabei angebracht, Schädigung und Behinderung zu trennen und Behinderung insbesondere um die Dimension der sozialen Benachteiligung zu erweitern. Ein Beispiel: Ein Kind wird mit einer medizinisch diagnostizierten Hörschädigung geboren (Impairment). Diese Hörschädigung kann mehr oder minder den Erwerb einer hinreichenden Lautsprachkompetenz erschweren, die benötigt wird, um lautsprachlich kommunizieren zu können (Disability). Dies wiederum kann unter Umständen zur Folge haben, dass der oder die Betroffene am politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben der Gesellschaft nicht oder nur eingeschränkt teilhaben kann (Handicap).

Die ICIDH stieß auf unterschiedliche Resonanz – zum einen stieß die Erweiterung um die Dimension des Handicaps auf Zustimmung, da hierdurch auch mögliche soziale Folgen von Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen verstärkt in den Blick gerieten und diskutiert wurden. Die wesentliche Kritik richtete sich jedoch dagegen, dass die Klassifikation weitgehend dem ‚medizinischen Modell‘ entspricht und letztlich einem monokausalen Erklärungszusammenhang folgt, da die erste Dimension Impairment für die Entstehung der folgenden Dimensionen Disability und Handicap ursächlich ist (vgl. Bleidick 1999, 16f.). Die mehrdimensionale Komplexität des Phänomens Behinderung wurde somit auf ein Problem reduziert, dessen Ursache in den betroffenen Menschen zu verorten ist. Behinderte blieben fürsorgebedürftige Kranke. Eine Sichtweise, gegen die sich u.a. die Krüppelbewegung formierte. 1981, dem UNO-Jahr der Behinderten (!), kam es so zu Störungen des „Jahres der Behinderer“ (vgl. Steiner 1983, 88). Gezielt vorbereitet wurden diese Aktionen von Selbstbetroffeneninitiativen, also den Behinderten, unter dem Motto „Jedem Krüppel seinen Knüppel“ (Köbsell 2006, 4)

Aufgrund seiner Unzulänglichkeiten – monokausale Verursachung, reine Defizitperspektive, personale Zuschreibung des Defizits – wurde die ICIDH als ‚Krankheits-Folgemodell‘ insbesondere auch von Selbstbetroffenen abgelehnt.

Infolge der international anhaltenden Kritik begann dann ab 1997 der Revisionsprozess der ICIDH und 2001 wurde schließlich mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF, zu deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) von der WHO eine neue Klassifikation vorgestellt, die den gesellschaftlichen Kontext durch die Einbeziehung insbesondere von Umweltfaktoren, wozu neben dem sozialen Umfeld auch technische Produkte und die Infrastruktur zählen, stärker akzentuiert und erweitert. Auch werden zuweilen weniger negative Begrifflichkeiten verwendet, beispielsweise erfährt das bisherige Handicap durch den Begriff der Partizipation nunmehr eine klare, positiv besetzte und auf Inklusion ausgerichtete Zielsetzung. Bei genauerem Hinsehen zeigen sich jedoch im Vergleich zur Vorgängerversion nicht überwundene Schwächen: Ausgangspunkt ist nach wie vor die, soweit feststellbare, objektive Abweichung von der u. a. medizinisch definierten Norm - und die damit verbundene negative Bewertung von Behinderung als etwas, das nicht sein soll(te).

Bisher haben wir uns ausschließlich mit Sichtweisen von Behinderung befasst, die eine zweifelsfreie Abgrenzung von Krankheit und Behinderung zumindest fragwürdig erscheinen lassen. Behinderung scheint letztlich immer etwas zu sein, dessen Ursache im Sosein einzelner Menschen aufzuspüren und vermittels geeigneter Maßnahmen oder Therapien zu bekämpfen ist - und unterscheidet sich damit nicht wesentlich von Krankheit. Sichtweisen also, denen zufolge Behinderung individualtheoretisch begründet wird, indem die Ursache von Behinderung ausschließlich mit einer körperlichen Auffälligkeit, mit physiologischen, psychischen oder/und intellektuellen Beeinträchtigungen im jeweiligen betroffenen Individuum verortet wird, lassen sich unter dem Oberbegriff des ‚Medizinischen Modells‘ subsumieren. Zugespißt ließe sich sagen, dass diese Paradigmata das Phänomen Behinderung in letzter Konsequenz einzig

und allein auf die Dimension der als pathologisch klassifizierten, individuellen Schädigung reduzieren – die Schädigung *ist* die Behinderung. Aus dieser Sicht erscheint es nur folgerichtig, dass alle erdenklichen Maßnahmen ergriffen werden müssen, die Schädigung zu therapieren, in der Annahme, hierdurch negative Folgen und unerwünschte Eigenheiten verhindern zu können. Damit aber werden die sich de facto bietenden Lebensbedingungen in ihren komplexen Wirkungszusammenhängen und somit die Erfahrungen der Betroffenen selber weitgehend ausgeblendet.

Ich möchte diesen Abschnitt mit einem Zitat aus einem Buch beenden, das den Schwenk, den wir jetzt vollziehen, prägnant auf den Punkt bringt:

„Von einem Mann erfuhr ich, daß Ärzte ihm geraten hatten, sich einen Fuß abnehmen zu lassen, damit ihm eine Prothese gemacht werden könnte. Ein Bein war aufgrund einer Kinderlähmung kürzer als das andere. Er hatte gelernt auf Krücken zu gehen und trampelte durch die Welt. Er empfand den Rat der Ärzte als Körperverletzung“ (Mann 1995, 11).

Disability Studies und das Soziale Modell von Behinderung

Maßgeblich für Disability Studies (DS) ist die Perspektive des Sozialen Modells von Behinderung. Dieses Modell unterscheidet sich diametral von der soeben beschriebenen klassischen Herangehensweise der Rehabilitationswissenschaften, wonach Behinderung als ein zu behebender, quasi krankhafter individueller Zustand lokalisiert wird, der möglichst wegtherapiert werden muss. Ich möchte das noch einmal an einem persönlichen Beispiel veranschaulichen:

Wenn ich als hörgeschädigter Mensch im Zugabteil sitze und die Durchsage einer wichtigen Zugfahrplanänderung nicht mitbekomme, würde die klassische Herangehensweise gemäß dem Medizinischen Modell das Problem dadurch zu lösen versuchen, mich mit Hilfe z.B. von Hörgeräten und spezieller pädagogischer oder/und sonstiger Therapie idealtypischerweise künftig in die Lage zu versetzen, derlei wichtige Durchsagen akustisch wahrnehmen und auditiv verarbeiten zu können, so dass ich meinen Anschlusszug nicht verpasse und zur rechten Zeit am gewünschten Ort ankomme – oder mir dabei zu helfen, mir ein „gewisses Maß an Robustheit“ (Pöhle 2000, 98) anzueignen, um frustrierende Erfahrungen nicht zu tragisch zu nehmen.

Auf der praktischen Ebene wird Integration somit zu einem Ziel, dessen Erreichen ganz entscheidend von dem Betroffenen als ‚Träger der Behinderung‘ selber abhängt – ob ein solcher Mensch integriert werden kann, hängt größtenteils davon ab, inwieweit diese Person die Auswirkungen einer medizinischen Schädigung oder/und Beeinträchtigung kompensieren kann. Unter solchen Vorzeichen stellt Integration dann wiederum auf der interaktionalen Ebene auch keine wirkliche Forderung mehr dar, die sich an alle richtet - auch die praktische Ausgrenzung von Behinderung betroffener Menschen kann aus dieser Sicht nicht von Behinderung betroffenen Menschen letztlich nicht zur Last gelegt

werden, da Behinderung zum alleinigen Problem der Betroffenen erklärt wird, das nicht von Behinderung betroffene Menschen eigentlich nicht wirklich zu interessieren braucht.

Im Gegensatz zum Medizinischen Modell, dem gemäß das Gelingen von Integration also einzig und allein von den individuellen (Un-) Möglichkeiten des einzelnen Individuums abhängig ist, fragt das soziale Modell danach, *welche außerindividuellen Bedingungen Behinderung erst verursachen*. Behinderung ist demgemäß sozial konstruiert, eine Folge gesellschaftlich bedingter bzw. verursachter Umstände. Ein Geschehen also, dem beispielsweise damit begegnet werden könnte (um auf das Beispiel der Zugfahrplanänderung zurückzukommen), dass hörgeschädigten Menschen so wichtige Informationen wie Zugfahrplanänderungen in adäquater Weise, z.B. visuell in schriftlicher oder/und gebärdensprachlicher Form, mitgeteilt werden. Behinderung meint hier somit ein situatives Ereignis, in dem von Behinderung betroffene Menschen von den gesellschaftlichen Verhältnissen – in unserem Beispiel ein nicht barrierefreier Personenzugverkehr – *behindert werden*. Gelungene Integration und Teilhabe vollziehen sich auf der praktischen gleichwie interaktionalen Ebene, indem die außerindividualen Bedingungen und damit das soziale Miteinander an Bedeutung gewinnen.

Um es noch mit weiteren Beispielen auszudrücken, die jeder/m einleuchten dürften:

Nicht der Rollstuhlfahrer ist behindert, weil er nicht durch die Tür passt, sondern er wird behindert, weil die Tür zu schmal gebaut ist!

Nicht der von Sehbehinderung betroffene Mensch ist behindert, weil er den Weg nicht findet, sondern er wird behindert, weil es an entsprechenden Wegehinweisen und -markierungen mangelt, die es ihm ermöglichen, am gewünschten Ziel (unversehrt) anzukommen!

Nicht der von Körperbehinderung betroffene Mensch ist behindert, weil er bestimmte Aufgaben, beispielsweise am Arbeitsplatz, nicht ausführen kann, sondern er wird behindert, weil ihm der Gebrauch der zur Verrichtung seiner Tätigkeiten erforderlichen Geräte aufgrund eines inadäquaten Designs versagt bleibt oder/und ihm notwendige Assistenz verweigert wird!

Statt zu fragen „Was stimmt nicht an bzw. mit mir?“ lautet die Frage aus Sicht der DS „Was ist falsch an den gesellschaftlichen Bedingungen?“ – oder statt zu fragen „Kann ich nicht arbeiten, weil ich behindert *bin*?“ lautet die DS-relevante Frage „Welche Probleme mit der behindertengerechten Gestaltung des Arbeitsplatzes oder gar mit negativen Einstellungen und Haltungen nichtbetroffener KollegInnen?“.

Ach, und das noch: Bitte sagen Sie mir unbedingt sofort bescheid, wenn Sie meinen hiesigen Ausführungen inhaltlich nicht Folge leisten können – das Problem liegt dann nicht in Ihnen (!) begründet, dass Sie ausstattungsbedingt außerstande sind, die Informationen wahrzunehmen und kognitiv zu verarbeiten, geistig oder sonst wie behindert *sind*, sondern in der Darreichungsform und Ausdrucksweise dieses Vortrags,

da es mir dann offenbar nicht gelingt, Ihnen die Informationen in einer adäquaten Weise zu vermitteln, die Ihnen ein Verstehenkönnen überhaupt ermöglichen! Dafür vielen Dank!

Die Liste der Beispiele ließe sich beliebig verlängern.

DS betrachten Behinderung gemäß dem sozialen Modell als das Produkt bzw. Konstrukt gesellschaftlicher Bedingungen. Sie rücken damit anstelle der körperlichen Konstitution, deren individuelle Eigenart im Übrigen nicht bestritten wird, die kulturellen, ökonomischen und sozialen Kontexte, aus denen heraus Behinderung als historisch wandelbare Kategorie ‚produziert‘ bzw. konstruiert wird, ins Zentrum ihrer Bemühungen. Dem Verständnis der DS zufolge ist Behinderung somit räumlich, zeitlich und gesellschaftlich verortet: Behinderung ist ein *Ereignis*, ein *situatives Geschehen*, das stattfindet und *kein unabänderlicher Zustand eines Individuums*.

Aus der Sicht der DS steht hierbei zudem weniger Behinderung als vielmehr Normalität zur Disposition – es handelt sich also um einen wissenschaftlichen Ansatz, der ganz offen Partei ergreift für die Standpunkte und Interessen von Behinderung betroffener Menschen, ohne dadurch den eigenen wissenschaftlichen Geltungsanspruch aufzugeben. Parteilichkeit bedeutet in diesem Zusammenhang aber nicht, von Behinderung betroffenen Menschen unter allen Umständen und unhinterfragt in ihren Einstellungen und Meinungen Recht zu geben.

DS messen den verschiedenen Theorien und Begründungszusammenhängen in Bezug auf das Phänomen Behinderung unterschiedliche Bedeutung bei. Dies ist nicht ungewöhnlich, sondern auch aus wissenschaftlicher Sicht durchaus legitim – wissenschaftliche Theorien und Modelle unterliegen mit Habermas grundsätzlich einem „erkenntnisleitenden Interesse“ und explizieren daher letztlich (in mehr oder minder wissenschaftlicher Form) bloße Meinungsäußerungen. In diesem Sinne sind alle (!) wissenschaftlichen Theorien und Analysen *parteilich* – die große Frage ist hierbei immer bloß, *für wen Partei ergriffen wird bzw. wer daraus einen Nutzen ziehen kann*.

Grundsätzlich sind daher alle (!) wissenschaftlichen Ansätze und Theorien und Disziplinen darauf hin kritisch zu hinterfragen, welche Wertvorstellungen und anthropologischen Leitbilder sie explizieren und welche Machtansprüche in ihnen zur Geltung kommen, die als gesellschaftliche Machtverhältnisse wirksam werden, d.h. ob sie von Behinderung betroffene Menschen in ihrer Selbstbestimmung und ihren Möglichkeiten zur Selbstentfaltung und gesellschaftlichen Teilhabe einschränken bzw. *behindern*. Auch dies beinhaltet die vorhin angesprochene Parteilichkeit der DS, nämlich all das zu unterstützen, was asymmetrische Machtverhältnisse abzubauen hilft und eine gegenseitige Akzeptanz und Annahme fördert.

Dass dies ein schwieriges Unterfangen darstellt, ergibt sich nicht bloß aus der Tatsache, dass von Behinderung betroffene Menschen gegenüber der hegemonialen Mehrheit der Bevölkerung in der Minderheit sind. Vielmehr ist auch auf die Wirksamkeit des

Foucault'schen Normalitätsdispositivs selbst in emanzipatorischen Bewegungen hinzuweisen, demzufolge in einer sich permanent verändernden Normalisierungsgesellschaft nach wie vor Normen Bestand haben, die gesellschaftlichen Veränderungen innerhalb subkultureller ‚Gegenbewegungen‘ rationale wie emotionale Grenzen setzen - Vorstellungen von Normalität werden natürlich auch von jenen, die ihnen nicht entsprechen, von frühester Kindheit an verinnerlicht und prägen somit das eigene Selbstverständnis nachhaltig. Natürlich sind von Behinderung betroffene Menschen der erhöhten Gefahr ausgesetzt, aufgrund zahlreicher Erfahrungen der Benachteiligung und des sozialen Ausschlusses beispielsweise Minderwertigkeitsgefühle, Isolationstendenzen, aggressives oder sonstiges Fehlverhalten zu entwickeln – Fachleute sind dann auch immer recht schnell dabei, derartige Verhaltensweisen als ‚in der Behinderung begründete Eigenart‘ zu naturalisieren, ohne dass sie oftmals überhaupt eine Vorstellung davon besitzen, welchen Bedingungen und Verhältnissen von Behinderung betroffene Menschen tagtäglich ausgesetzt sind, die es ihnen abverlangen, ihre Behinderung immer möglichst so zu kompensieren, dass sie das Lebensgefühl nicht von Behinderung betroffener Menschen sowie deren Interessen und Bedürfnisse möglichst nicht in negativer, unangenehmer Weise tangieren – bestenfalls also eine Superkrüppel-Mentalität ausbilden, die es beständig und unter allen Umständen aufrechtzuerhalten gilt. Hier gilt es, sich in Erinnerung zu rufen, dass die Genese des Selbstbewusstseins sozial vermittelt ist und menschliches Verhalten nicht einfach vorgegeben, sondern im Prozess menschlichen Verhaltens selber und in der Interaktion mit anderen Subjekten erst gewonnen wird.

DS sind daher bestrebt, dieser ‚Behinderung in den Köpfen‘, der eigenen Selbstentfremdung und inneren Zerrissenheit, entgegenzuwirken, um ein kritisches, emanzipatorisches Bewusstsein darüber zu fördern, dass es nicht nur darauf ankommt, sich mit gegebenen Verhältnissen, die sozial konstruiert sind, zu arrangieren und nach Mitteln und Wegen zu suchen, wie man am besten mit ihnen umgeht. Das liefe nämlich nur auf einen nicht enden wollenden ‚Kampf mit der Schwäche‘ und einem heldenhaften Ringen um soziale Anerkennung hinaus, so dass allenfalls Akzeptanz und Respekt geerntet werden können, niemals jedoch eine gegenseitige, gleichberechtigte Annahme. Vielmehr geht es darum, sich der eigenen Kräfte und (Un-) Möglichkeiten gewahr zu werden, um letztlich aufgrund eines veränderten Selbstbewusstseins eigene Werte zu definieren, die der nicht von Behinderung betroffenen Mehrheitsgesellschaft möglicherweise vollkommen unbekannt sind.

Behinderung ohne Behinderte? Wir dürfen gespannt sein, wie das zu verstehen sein kann – und wie schwer es immer wieder fallen wird, einem Behinderungsverständnis im Sinne von Krankheit wieder und wieder die Stirn zu bieten – dem Motto der Bremer Sommeruni 2003 gemäß: Behinderung neu zu denken.

Soweit der inhaltliche Teil des heutigen Tages. Sie haben jetzt Gelegenheit für Fragen und Anmerkungen. Danach würde ich gerne noch dazu übergehen, Ihnen den Veranstaltungsplan kurz vorzustellen:

Die DS sind ein Kind der kritisch-emanzipatorischen Behindertenbewegung, deren AktivistInnen sich nicht länger damit abfinden konnten und wollten, den staatlich legitimierten und zugewiesenen Status als bloße Forschungsobjekte und FürsorgeempfängerInnen von zumeist nicht selber betroffenen professionellen HelferInnen, die schon immer zu wissen glaubten, was für von Behinderung betroffene Menschen richtig und wichtig ist, einzunehmen. So skandierten Mitglieder der Krüppelbewegung Anfang der 1980er Jahre das Motto „Konfrontation statt Integration!“ und prangerten damit insbesondere die fortwährend bestehende Fremdbestimmung durch professionelle HelferInnen an, die auch nicht durch äußerliche Veränderungen oder besonders engagierte HelferInnen überwunden werden kann, da sich hierdurch die Situation nur scheinbar verbessert und sich das asymmetrische Machtverhältnis zwischen professionellen HelferInnen und von Behinderung betroffenen Menschen eher noch zu verfestigen droht – ein Zitat von Horst Frehe, der in dieser RVL auch bei uns zu Gast sein wird, mag dies veranschaulichen: „Die idealistische Forderung, übergangslos Heime und Anstalten aufzulösen, ignoriert die Folgen der täglichen Zerstörung. Die heroische Geste mancher Helfer, jemanden aus dem Heim ‚herauszuholen‘ führt unweigerlich zum Scheitern des Ausbruchversuches“ (Horst Frehe; Konfrontation oder Integration, forum Heft 18/1982, 13). Ohne das vehemente Auftreten zahlreicher, auch vieler namenloser AktivistInnen, die mit ihrem kritischen Engagement schier unüberwindbare paternalistische Dogmen- und Gedankengebäude zum Einsturz brachten, gäbe es heute ganz sicher keine DS – Udo Sierck, der bekannte Autor und Mitinitiator der Krüppelbewegung wird nächste Woche ein Resümee aus den letzten 30 Jahren der Bewegung ziehen und sicherlich auch viele kritische Anmerkungen für uns bereithalten, die die gegenwärtige und zukünftige Situation betreffen.

Eine Woche später, am 19.04., wird uns dann Jörn Schadendorf die Ehre geben und die Situation in unserer Stadt im Hinblick auf mobile Barrierefreiheit kritisch hinterfragen – Herr Schadendorf ist Mitglied des Personalrats bzw. der Schwerbehindertenvertretung der Uni Hamburg sowie stellvertretender Vorstandssprecher des Club 68, Verein für Behinderte und ihre Freunde e.V.

Für die darauf folgende Sitzung am 26.04. wird im allgemeinen Vorlesungsverzeichnis mit dem Vortrag von Rabeya Müller der erste von insgesamt drei Beiträgen angekündigt, die sich explizit mit dem Thema beschäftigen, welche Bilder von Behinderung sich in den drei Abrahamitischen Religionen ausfindig machen lassen. Frau Müller, Leiterin des Instituts für Internationale Pädagogik und Didaktik (IPD) sowie stellvertretende Vorsitzende des Zentrums für islamische Frauenforschung und Frauenförderung in Köln wird uns besuchen und über Bilder von Behinderung im Islam referieren, dies allerdings nicht am 26.04, sondern erst in der abschließenden Sitzung am 12.07. – die Sitzung am 26.04. ist folglich vakant und müsste, sollten sich Ihrerseits keine besonderen Wünsche bzw. Anlässe ergeben, ausfallen. Gegebenenfalls findet sich ja auch unter den anwesenden Studierenden eine Person oder eine Gruppe, die gerne ein Thema von besonderem Interesse vortragen möchte. Sollte dies der Fall sein, lassen Sie uns das bitte bis zur nächsten Sitzung wissen.

Zumindest hat die Verschiebung des Vortrags von Frau Müller die Chronologie wieder richtig gestellt, denn Christentum und Islam sind ja bekanntlich aus dem Judentum hervorgegangen: Am 03.05. wird Rachel Herweg, Erziehungswissenschaftlerin und Judaistin aus Berlin, das Thema „Bilder von Behinderung aus jüdischer Sicht“ behandeln. Die Dritte im Bunde ist dann Ester Bollag aus dem Diakonischen Begegnungszentrum Feuerherz, die sich dem Thema Behinderung aus spezifisch christlicher Sicht dann am 10.05. nähern wird.

In der Woche darauf sind erst einmal Pfingstferien ☺

Am 24.05. wird dann Iris Beck einen Vortrag über die Bedeutung der DS für die Ausbildung von BehindertenpädagogInnen bei uns halten – Die Auseinandersetzung der traditionellen Behinderten- und auch der Sonderpädagogik mit den DS steht ja eher noch am Anfang, ist aber dringend erforderlich, um aus der jeweils eigenen Haltung herauszukommen und sich gegenseitig konstruktiv zu kritisieren und wo möglich zu ergänzen. Wir sind jedenfalls sehr gespannt darauf, ob und welche Impulse Frau Beck den DS für die Behindertenpädagogik abzugewinnen vermag.

Am 07.06. wird uns dann eine gute Bekannte und liebe Freundin besuchen, die TeilnehmerInnen aus vorangegangenen ZeDiS-Ringveranstaltungen schon kennen werden: Swantje Köbsell aus Bremen, Autorin zahlreicher Schriften, eine Ikone der kritisch-emanzipatorischen Behindertenbewegung, quasi von Anfang an dabei und nicht klein zu kriegen, wird einen Vortrag zum Thema „Peers und Integration“ halten und dabei vielleicht auch Bezug auf eine neuere Untersuchung nehmen, die im Rahmen des Visionenkongresses der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben im November 2006 in Bremen vorgestellt wurde und u. a. Erfahrungen von Selbstbetroffenen innerhalb der integrativen Beschulung berücksichtigt.

„Superkrüppel“ – eine Erfahrung bzw. Mentalität, von der viele von Behinderung betroffene Menschen zu berichten wissen, da sie quasi von klein auf darauf abgerichtet werden, ihre Behinderung mit allen nur erdenklichen Mitteln ‚unsichtbar‘ zu machen, um es allen fortwährend zu zeigen, dass sie ihren Platz auf dieser Welt auch verdienen – Oliver Tolmein, der bekannte Autor und Rechtsanwalt aus Hamburg, wird sich diesem Thema in der Sitzung am 14.06. zuwenden.

Wir haben dann in den darauf folgenden zwei Sitzungen zwei von Hörbehinderung betroffene Damen bei uns zu Gast, die aus unterschiedlichen Perspektiven von ihren beruflichen Erfahrungen berichten werden. Zunächst wird Corinna Frey, eine junge Sonderpädagogin aus Nürnberg, am 21.06. ihre während des Referendariats gemachten Erfahrungen kritisch reflektieren. Eine Woche später freuen wir uns sehr, mit Birgit Milenk-Hell eine liebe Freundin und die seinerzeit landesweit erste von Hörbehinderung betroffene Lehrerin bei uns zu haben, die diese Ausbildung überhaupt – allen Hindernissen und Anfeindungen zum Trotz – absolvierte und heute Materialien für den Religionsunterricht in der Hörgeschädigtenschule Hamburg entwickelt.

Dass Helfen auch die Form einer verfügenden (Gewalt-)Herrschaft annehmen kann, die die Selbstbestimmung das autonome Handeln von Behinderung betroffener Menschen behindert, verdeutlichte Horst Frehe, ein Vertreter der Krüppelbewegung, u. a. in seinem Beitrag „Die Helferrolle als Herrschaftsinteresse nichtbehinderter ‚Behinderten-(Be)-Arbeiter““ bereits in den 1980er Jahren. Diese Erkenntnis ist nach wie vor hochaktuell, auch wenn sich seitdem zumindest die gesetzlichen Rahmenbedingungen scheinbar zugunsten von Behinderung betroffener Menschen verändert haben – genannt sei an dieser Stelle nur die Gleichstellungsgesetzgebung, die Einrichtung persönlicher Budgets usw. Horst Frehe hat sich dazu bereit erklärt, seinen damals verfassten Beitrag zu aktualisieren und wird in der vorletzten Sitzung am 05.07. das Thema „Was Helfen bedeutet: Eine kritische Auseinandersetzung mit der professionellen Helferrolle“ behandeln.

Jetzt sind Sie hoffentlich nicht alle vollkommen erschlagen und dürfen gerne das Wort ergreifen! Gibt es zum Fahrplan Fragen, Anmerkungen etc.?

Dann bleibt mir nur noch, Ihnen recht herzlich dafür zu danken, dass Sie so lange durchgehalten haben! Ich wünsche uns allen nicht nur ein spannendes Semester, sondern ein spannendes SOMMERSEMESTER - und würde mich freuen, Sie nächste Woche wieder begrüßen zu dürfen. Haben Sie schöne Osterfeiertage und herzlichen Dank!

Literaturnachweise

Bleidick, U.; Behinderung als pädagogische Aufgabe, Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie, Stuttgart, Berlin, Köln 1999.

Borck, C.; Anatomien medizinischer Erkenntnis, der Aktionsradius der Medizin zwischen Vermittlungskrise und Biopolitik, in: ders. (Hg.); Anatomien medizinischen Wissens, Medizin, Macht, Moleküle, Frankfurt/M. 1996, S. 9-52.

Dörner, K.; Tödliches Mitleid, Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder die Soziale Frage: Entstehung, Medizinisierung, NS-Endlösung, heute, morgen, 3. Aufl., Gütersloh 1993.

Foucault, M.; Dispositive der Macht, Über Sexualität, Wissen und Wahrheit, Berlin 1978.

Frehe, H.; Konfrontation oder Integration?, forum Heft 18/1982.

Fromm, E.; Die Pathologie der Normalität, 2. Aufl., Weinheim, Basel 1995.

Galbraith, J.K.; Anatomien der Macht, München 1987.

Illich, I.; Die Nemesis der Medizin, Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, 4., überarb. Aufl., München 1995.

Jonas, H.; Das Prinzip Verantwortung, Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt/M. 1984.

Köbsell, S.; Gegen Aussonderung – für Selbstvertretung, zur Geschichte der Behindertenbewegung in Deutschland, http://www.zedis.uni-hamburg.de/wp-content/uploads/2007/01/bewegungsgeschichte_kobsell.pdf (Stand: 4.4.2007).

Mann, I.; Lernen können ja alle Leute, 3., unveränderte Auflage, Weinheim, Basel 1995.

Pöhle, K.-H.; Pädagogische, andragogische und geragogische Intervention bei Schwerhörigen und Ertaubten, in: G.-F. Bolle u.a. (Hg.); Einführung in die Schwerhörigenseelsorge, Hamburg 2000, S. 87-107.

Steiner, G.; In eigener Sache, in: H. Deppe-Wolfinger (Hrsg.); behindert und abgeschoben, zum Verhältnis von Behinderung und Gesellschaft, Weinheim, Basel 1983, S. 79 – 92.

Wieland, W.; Diagnose, Überlegungen zur Medizintheorie, Berlin/New York 1975.

Ders.; Strukturwandel der Medizin und ärztliche Ethik, Philosophische Überlegungen zu Grundfragen einer praktischen Wissenschaft, Heidelberg 1986.

Wiesing, U.; Stil und Verantwortung, Zur Medizin in der Postmoderne, in: Borck, C. (Hg.); Anatomien medizinischen Wissens, Medizin, Macht, Moleküle, Frankfurt/M. 1996, S. 154-167.