

Über die Schwierigkeit, anders zu sein. Der behinderte Körper im Spannungsfeld zwischen Konstruktions- und Dekonstruktionsprozessen

HEIKE SCHNOOR

Wenn Herr Keuner einen Menschen liebte

»Was tun sie«, wurde Herr Keuner gefragt, »wenn Sie einen Menschen lieben?«

»Ich mache einen Entwurf von ihm«, sagte Herr Keuner,

»und Sorge, dass er ihm ähnlich wird.«

»Wer? Der Entwurf?«

»Nein«, sagte Herr Keuner, »der Mensch.«

(B. Brecht)

Behinderung wird stets als Abweichung von körperlichen Normen verstanden und an körperlichen Äußerungen, Körperformen, Bewegungen oder Lauten festgemacht. Von daher durchziehen Diskurse über den ›behinderten‹ bzw. als ›behindert‹ wahrgenommenen, erlebten und behandelten Körper alle Bereiche der Rehabilitation. Derzeit lassen sich vier verschiedene Vorstellungen zu Behinderung unterscheiden, die auf je unterschiedlichen Modellannahmen beruhen und zu grundverschiedenen Behandlungsstrategien führen.

1. Von der Konstruktion und Dekonstruktion des behinderten Körpers

1.1 BEHINDERUNG IM MEDIZINISCHEN VERSTÄNDNIS

Der Körper wird im Selbstverständnis der Medizin objektiv untersucht, diagnostisch verschlüsselt und praktisch behandelt. Auf diese Weise wird der Körper einer wissenschaftlich fundierten Praxis zugänglich und präventiv oder kurativ behandelt. Man kann davon sprechen, dass der Körper im Selbstverständnis der Medizin als außergesellschaftliches und ahistorisches Faktum betrachtet und zum Objekt gemacht wird. Mit Hilfe eines eindrucksvollen Arsenalts technischer, pharmakologischer und medizinischer Interventionsmöglichkeiten wird der kranke Körper behandelt, kontrolliert und manipuliert (vgl. Dederich 2007, 57ff.).

In der medizinischen Praxis wird ständig um die Grenzziehung zwischen Normalität und Pathologie gerungen. Diese Auseinandersetzung ist beispielsweise in den Debatten bei der Festlegung von Grenzwerten nachweisbar. In diesen Grenzwerten wird eine Norm festgelegt, dessen Über- bzw. Unterschreiten einen gesunden Körper in einen behandlungsbedürftigen überführt. Die Verschiebung dieser Grenzen ist nicht nur den jeweils neuesten medizinischen Forschungsergebnissen geschuldet, sondern markiert auch den je aktuellen Stand in der Auseinandersetzung um die Definitionsmacht zwischen den einzelnen Akteuren im Gesundheitswesen: Eine Verschiebung von Grenzwerten macht u.U. tausende Menschen behandlungsbedürftig und diese stellen einen Markt für die jeweiligen Therapeuten im Gesundheitssystem dar. Im milliardenschweren Gesundheitsmarkt wird die Grenze zwischen Norm und Abnorm zu einem ökonomischen Faktor.

Behinderung beginnt im medizinischen Verständnis dort, wo Krankheit aufhört, weil eine Heilung nicht gelingt. Damit verweist eine Behinderung stets auf die Grenzen medizinischer Heilungsversprechen. Trotzdem gilt der behinderte Körper als behandlungsbedürftig und die Betroffenen stehen einem großen Markt konstruktiver aber auch destruktiver Behandlungsangebote gegenüber.

Mit den Fortschritten medizinischer Behandlungsmöglichkeiten verschieben sich die Grenzen der Behinderung. Wenn neue Behandlungsmöglichkeiten Erkrankungen überwinden helfen, die früher zu einer Behinderung führten, verringert sich die Anzahl behinderter Personen. Außerdem ermöglichen Fortschritte in der medizinischen und technischen Entwicklung neue Kompensationsmöglichkeiten behinderungsbedingter Funktionseinschränkungen (z.B. Chochlea Implantate, Computer mit Sprachausgabe, Lesegeräte für Sehgeschädigte, funktionsfähigere Pro-

thesen). Zugleich wächst die Zahl der Personen, die nach intensivmedizinischen Behandlungen überleben, aber eine gravierende Behinderung zurückbehalten.

Letztlich verfolgt die Medizin das Ziel, Behinderung zu verhindern (z.B. Pränataldiagnostik), zu überwinden (z.B. Operationen) oder zumindest unsichtbar zu machen (z.B. Prothesen). Die immer geläufiger werdende Manipulation des Körpers spitzt sich beim behinderten Körper noch einmal zu: Operationen, medikamentöse, krankengymnastische, ergotherapeutische Behandlungen etc. werden versucht, um ihn zu optimieren und zu normalisieren. Zugleich stößt therapeutische Machbarkeit aber auch an ihre Grenzen, weil sich der behinderte Körper allen Manipulationsversuchen gegenüber als widerständig erweist. Er lässt sich letztlich nicht vollständig wieder herrichten und normalisieren.

In diesem Spannungsfeld von Machbarkeit und Widerständigkeit wird der behinderte Körper für den Betroffenen zum Austragungsort von Unterwerfung und Auflehnung, von Resignation und Kampf, von Rückzug oder offensiver Auseinandersetzung. Köbsell macht darauf aufmerksam, dass das Verhältnis Betroffener zur Medizin mit großen Ambivalenzen verbunden ist (Köbsell 2003, 31): Zwar gibt es bei den Betroffenen über lange Zeit die Hoffnung auf Wiederherstellung durch medizinische Therapien und sie fühlen sich angewiesen auf lebenserhaltende und -verlängernde Maßnahmen. Doch der Umgang mit den Grenzen medizinischer Interventionen wird heikel. Gerade in einer Welt der Machbarkeit, in der der Grad künstlicher Körperlichkeit immer größer wird (Herzschrittmacher, künstliche Herzklappen und Gelenke), steigt die Gefahr auch bei Ärzten, Behinderung wie eine Krankheit zu behandeln und therapeutisch zweifelhafte oder sogar schädliche Interventionen durchzuführen.

1.2 DER BEHINDERTE KÖRPER IM BIO-PSYCHO-SOZIALEN PARADIGMA

Der Körperdiskurs erfährt im Kontext des bio-psycho-sozialen Modells von Behinderung eine Perspektiverweiterung (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2001, 19ff. [DIMDI]). Nach dem bio-psycho-sozialen Verständnis liegt einer Behinderung zwar die Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder -struktur zugrunde – und begrenzt die Möglichkeiten der Durchführung von Aufgaben oder Handlungen –, aber diese Einschränkungen können durch Umweltbedingungen verstärkt oder abgeschwächt werden. Beispielsweise führt eine Querschnittslähmung zu einem Verlust der Gehfähigkeit, aber diese lässt sich mit Hilfe eines Rollstuhls gut kompensieren. Dies gilt jedoch nur unter der Voraussetzung, dass die Umgebung barrierefrei gestaltet ist. Treppen

vor dem Eingang öffentlicher Gebäude schließen die Benutzung dieser Einrichtungen durch Rollstuhlfahrer aus und behindern die Betroffenen in ihrer Möglichkeit, ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Zu den schädigungsbedingten Einschränkungen kommen also gesellschaftliche hinzu und ergeben erst zusammen das konkrete Ausmaß an Behinderung. Zu den relevanten Umweltfaktoren zählen all die materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Umweltfaktoren im häuslichen Bereich, am Arbeitsplatz, in der Schule, bei Behörden oder im sozialen Netzwerk, die eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder behindern. Das bio-psycho-soziale Modell führt zudem eine Reihe von personenbezogenen Faktoren auf, die ebenfalls einen Einfluss auf die Behinderung nehmen. Dazu zählen beispielsweise das Geschlecht, das Alter, die Fitness, der Lebensstil, der Charakter und der Bewältigungsstil einer Person.

Im bio-psycho-sozialen Modell wird also ein mehrperspektivischer Zugang zum Verständnis von Behinderung gewählt, der die dynamische Wechselwirkung zwischen Gesundheitsproblemen auf der einen Seite und Kontextfaktoren auf der anderen Seite in den Blick nimmt. Interventionen müssen vor diesem Hintergrund neben medizinischen und rehabilitativen Ansätzen auch psychosoziale und soziale Bedarfe berücksichtigen. Interventionsstrategien ermitteln dann die jeweils relevanten Einflussfaktoren und versuchen diese so zu beeinflussen, dass die Auswirkungen einer Behinderung minimiert werden. Vor diesem Hintergrund können individuelle medizinische, psychologische oder rehabilitationspädagogische Hilfestrategien mit komplexen sozialen und gesellschaftlichen Maßnahmen kombiniert werden. Der behinderte Körper bleibt auch in diesem Modell der Ausgangspunkt der Betrachtung. Obwohl die in der Medizin thematisierte Ebene der körperlichen Schädigung im bio-psycho-sozialen Paradigma um die soziale Dimension einer Behinderung ergänzt wird, bleibt die individuelle biophysische Schädigung als Normabweichung der alleinige Ursprung einer Behinderung. Auch wenn Unterstützungsmöglichkeiten auf allen Ebenen entwickelt werden, haben letztlich die Betroffenen ihre Behinderung zu bewältigen. Das bio-psycho-soziale Modell bleibt deshalb letztlich eine professionelle und disziplinäre Perspektive auf Behinderung.

1.3 BEHINDERUNG VOR DEM HINTERGRUND EINER SOZIALEN UND KULTURELLEN PERSPEKTIVE

Im Unterschied zum medizinischen und bio-psycho-sozialen Paradigma rückt die Betroffenenperspektive im sozialen Modell von Behinderung in das Zentrum der Betrachtung. Hermes weist darauf hin, dass Normen und Wertvorstellungen vor dem Hintergrund eines sozialkonstruktivisti-

schen Paradigmas als kollektive Deutungsmuster verstanden werden (vgl. Hermes 2007, 69ff.). Da eine Norm nicht ohne ihr Gegenteil vorstellbar ist, ist Gesundheit nicht ohne Krankheit und Normalität nicht ohne Behinderung denkbar. Beide Kategorien stehen in einem dichotomen Verhältnis zueinander. Die Protagonisten dieser Perspektive verweisen darauf, dass die Kategorie Normalität letztlich auf einer gesellschaftlichen Übereinkunft beruht und zum Maßstab dafür wird, wer als behindert gilt. Normalität umfasst letztlich all die Kriterien, die das uneingeschränkte Funktionieren eines Menschen im jeweiligen Sozial- oder Gesellschaftssystem ermöglichen (vgl. Zemp 2006, o.S.). Von daher – so wird argumentiert – kann eine Überwindung von Behinderung nicht über die individuelle Normalisierung einer behinderten Person erreicht werden, sondern nur über die Flexibilisierung bzw. Änderung gesellschaftlich hergestellter Maßstäbe (vgl. Hermes 2007, 69ff.).

Das soziale Modell von Behinderung betont die negativen Folgen einer Etikettierung als »Behinderter« für die Betroffenen. Verwiesen wird u.a. auf die Stigmatheorie von Goffman, der schon in den 1960er Jahren festgestellt hat, dass die Tendenz besteht, die körperliche Abweichung einer Person zu einem bestimmenden Merkmal zu erklären und diese Person dann sozial auszugrenzen (vgl. Goffman 1968). So gesehen sind soziale Ausgrenzungen das Ergebnis sozialer Strukturen.

Festzuhalten wäre, dass ein soziales und konstruktivistisches Verständnis von Behinderung dazu beiträgt, ein relativistisches Körperbild zu zeichnen, in dem letztgültiges, objektives Wissen über den Körper obsolet ist (vgl. Rohrmann 2007, 93ff.). Diese Wendung im Körperdiskurs gipfelt in der Forderung der Akzeptanz des Anders-Seins: Nicht die Erfüllung bestimmter Körpernormen, sondern die Unterschiedlichkeit von Menschen wird zum Kennzeichen von Normalität. Vor diesem Hintergrund kann eine Vielzahl von Interventionen auf der gesellschaftlichen Ebene entwickelt werden (z.B. das Diskriminierungsverbot), die u.a. auch das Selbstverständnis behinderter Personen zu ihrem Körper berühren.

Das soziale Modell bekommt durch das kulturwissenschaftliche Paradigma noch eine Erweiterung (vgl. Dederich 2007, 57ff.). Hier wird untersucht, wie und unter welchen Bedingungen Gesellschaften den individuellen Körper in den Blick nehmen und ihm Bedeutung zuschreiben. Aus dieser Perspektive wird der Körper zu einem kulturellen Repräsentationsraum, in dem sich ökonomische Lebensverhältnisse, Rollenerwartungen, soziale Erfahrungen, ästhetische Vorstellungen, aber auch Praktiken der Körperkontrolle ausdrücken. Hier wird herausgearbeitet, dass der Körper in jeder Epoche anders gedacht wird und nur innerhalb eines kulturell und lebensweltlich geschaffenen Verweisungszusammenhangs verständlich ist. Aus diesem Grund blickt der kulturwissenschaftliche Ansatz auf die

Hintergründe der Körperbilder und auf die kulturellen Praxen des Umgangs mit ihm.

Aus einer kulturwissenschaftlichen Perspektive wirft eine Problematisierung des behinderten Körpers ein Licht auf die Lebensbedingungen der Mehrheitsgesellschaft und ihren Umgang mit dem Körper. Der behinderte Körper irritiert gängige Körpervorstellungen und macht so virulente, kulturell geprägte Körpernormen mit ihren Vorstellungen von Attraktivität und Leistungsfähigkeit bewusst. Auch wenn kaum ein Mensch den gängigen Schönheitsidealen entspricht, so entfalten sie doch eine Wirksamkeit: Je rigider diese Normen in einer Gesellschaft durchgesetzt werden, desto größer ist die Gruppe derer, die damit ausgegrenzt wird. Dies hat auch Konsequenzen für den Konformitätsdruck, dem alle Mitglieder der Gesellschaft ausgesetzt werden: Da kein Mensch davor gefeit ist, eine Behinderung zu entwickeln und die potentielle Gefahr dazu mit zunehmendem Alter steigt, erinnern behinderte Menschen auch gut angepasste Menschen daran, dass ihr Körper zerbrechlich und verletzbar ist und dass eine vollständige Körperkontrolle Fiktion bleibt. Darin liegt das Bedrohungspotential behinderter Personen für alle anderen. In einer Kultur, in der es immer normaler wird, den Körper künstlich und technisch zu manipulieren, werden Körperbilder geschaffen, in denen Normabweichungen weniger Platz haben. Künstliche Herzklappen und Gelenke, Brust- und Gefäßimplantate, Botox und Faltenunterspritzung sind inzwischen weithin akzeptierte Eingriffe. Vor diesem Hintergrund wird der abweichende Körper mit großer Selbstverständlichkeit zum Objekt von Heilung oder Rehabilitation gemacht. Therapien zur Defektreduktion reichen von prothetischen Ausrüstungen und plastischer Chirurgie bis hin zu rehabilitativen Maßnahmen. Operationen, in denen die äußeren Merkmale eines Down-Syndrom eliminiert werden, sind hier nur als ein Beispiel zu nennen.

Die kulturwissenschaftliche Diskursgeschichte über den behinderten Körper thematisiert diese vielschichtigen Zusammenhänge: Die wechselnden gesellschaftlichen Vorstellungen von Ästhetik und Leistungsfähigkeit gehören ebenso dazu, wie die Anforderungen durch Arbeitsbedingungen und der Stand medizinischer Behandlungsmöglichkeiten und technischer Hilfsmittel. Eine kulturwissenschaftliche Perspektive nimmt aber auch die Sozialgeschichte behinderter Menschen, mit den darin eingeschlossenen sozialen Prozessen der Exklusion oder Inklusion, in den Blick.

2. Vom professionellen Umgang mit der Abweichung und den Folgen für das Machtgefüge zwischen der behinderten Person und ihrem Helfer

Alle oben beschriebenen Diskurse sind auch in der Rehabilitationspädagogik historisch nachweisbar und haben die Disziplin geprägt (vgl. Rohrmann 2004, 17ff.). Zudem haben sie eine Reihe von Auswirkungen auf das Hilfesystem und das Selbstverständnis der professionellen Helfer gezeigt. Schaut man auf die professionellen Hilfestrategien, so kann man feststellen, dass sie sich historisch betrachtet im Spektrum zwischen paternalistischen und emanzipatorischen Hilfeansätzen bewegen.

Dies kann für jede Behinderungsform nachgezeichnet werden. Am Beispiel der Sozialgeschichte von Personen mit einer geistigen Behinderung soll dies im Folgenden exemplarisch geschehen, denn in ihr verdeutlicht sich die Veränderung der gesellschaftlichen Praxis im Umgang mit den Betroffenen besonders prägnant (vgl. Mühl 2000, Klauß 2008, Wacker 2008). Der jeweils vorherrschende Diskurs über eine Behinderung zeigt sich schon an dem Begriff, der zur Bezeichnung einer Behinderung gewählt wird, und der definitorischen Abgrenzung gegenüber anderen Formen der Behinderung. Die Bezeichnung für diese Form der Behinderung hat sich historisch immer wieder verändert: Wurden die Betroffenen noch bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts im Kontext medizinischer Terminologien als »Blödsinnige« oder »Idioten« bezeichnet, nannte man sie ab 1958 in Anlehnung an die englische Bezeichnung »mental retardation« »Geistigbehinderte«. Diese Bezeichnung wurde später in »Personen mit einer geistigen Behinderung« verändert, um damit auszudrücken, dass eine geistige Behinderung nur eines von vielen Merkmalen einer Person ist. In den letzten Jahren wurde diese Begrifflichkeit weiter relativiert in »Personen, die als geistig behindert bezeichnet werden«. Der Versuch, positive Bezeichnungen für diesen Personenkreis zu etablieren, wie z.B. »Andersbegabte«, konnte sich nicht durchsetzen. Aktuell versuchen die Betroffenen selbst die Benennung »Personen mit Lernschwierigkeiten« durchzusetzen, wodurch die Grenze zur Lernbehinderung terminologisch aufgehoben wird. Jede Bezeichnung enthält eine eigene Konnotation, die auf die so bezeichneten Personen zurückwirkt. Zugleich muss festgestellt werden, dass – solange wie die so Bezeichneten sozial benachteiligt und ausgegrenzt sind – jede Bezeichnung letztlich auch stigmatisierende Folgen für die Betroffenen haben wird.

Der so benannte Personenkreis umfasst eine außerordentlich heterogene Gruppe, deren definitorische Abgrenzung schwer fällt. Obwohl immer wieder die Forderung aufgestellt wurde, diesen Personenkreis positiv zu

beschreiben, herrschen im disziplinären Diskurs bis heute defizitorientierte Beschreibungen vor, in denen all die Bereiche aufgezählt werden, die unterhalb des normal üblichen Leistungsniveaus angesiedelt sind. Dies betrifft z.B. die Bereiche der intellektuellen, motorischen und sprachlichen Fähigkeiten.

Brachte die Diagnose einer geistigen Behinderung im sog. Dritten Reich die Gefahr der Zwangssterilisierung und Tötung mit sich, führte sie in der Nachkriegszeit zur Einweisung in totale Institutionen und ab den 1970er Jahren zur Förderung in speziellen sonderpädagogischen Institutionen. Derzeit werden neben der Betreuung von Personen mit einer geistigen Behinderung in Sonderinstitutionen auch inklusive Bildungs-, Wohn- und Arbeitskonzepte entwickelt und erprobt mit dem Ziel, die Betroffenen am Leben in normalen Kontexten teilhaben zu lassen. Auch wenn man konstatieren muss, dass die aktuelle Versorgungsrealität weit hinter den hier geschilderten konzeptionellen Ausrichtungen zurückliegt und sich nur langsam und gegen viele Widerstände durchzusetzen beginnt, wird doch im Rückblick eine erfreuliche Entwicklungslinie sichtbar. Diese professionellen Behandlungskonzepte sind nicht nur die Folge eines Wandels in den oben geschilderten paradigmatischen Diskursen, sondern sie sind auch Ausdruck einer langsam wachsenden Bereitschaft der Gesellschaft, Menschen mit einer Behinderung in ihrer Mitte aufzunehmen.

Diese Entwicklung impliziert auch eine Veränderung des professionellen Selbstverständnisses der dort Tätigen. Sind Personen mit einer geistigen Behinderung in der Nachkriegszeit in vollstationäre Einrichtungen eingewiesen worden, so wurden sie dort von Pflegekräften versorgt, die sich – nach eigenem Selbstverständnis – in einem Gefühl christlicher Nächstenliebe für Bedürftige aufopferten. In der Praxis dieser Einrichtungen waren die Betroffenen dort jedoch weitgehend entmündigt und dem Personal ausgeliefert. In der pädagogischen Wende der 1960er bis 1980er Jahre wurden viele rehabilitationspädagogische Spezialeinrichtungen gegründet: Sonderkindergärten, Sonderschulen, Wohnheime und Werkstätten für behinderte Menschen gehören hierzu. Im Unterschied zu den stationären Vollzeiteinrichtungen waren diese Einrichtungen räumlich in der Gemeinde verortet, aber die Betroffenen blieben in diesen Spezialeinrichtungen unter sich. Die dort tätigen Sonder- und Heilpädagogen waren ihrem Selbstverständnis nach für die optimale Förderung der Betroffenen zuständig. Dazu wurden sie diagnostiziert und mit Hilfe spezieller Förderprogramme in ihrem Kompetenzaufbau unterstützt. Man wollte sie in diesen segregierenden Einrichtungen auf ein Leben »so normal wie möglich« vorbereiten. Separation wurde in diesem Selbstverständnis als ein Weg zur Integration dieses Personenkreises verstanden. Auch in diesen Hilfeansätzen verblieb die Definitionsmacht in den Händen der Professionellen, sie

entschieden über die Aufnahme in Einrichtungen und über den Einsatz konkreter Fördermaßnahmen. Die Selbsthilfebewegungen behinderter Personen (»Krüppelbewegung«, »people first«, Elternvereinigungen) und ihrer Angehörigen hat diese Hilfeansätze nachhaltig kritisiert und forderte gesellschaftliche Teilhabe und eine weitgehende Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Inanspruchnahme von Hilfen (vgl. Niehoff 2008, 330ff.). Seit kurzem haben Betroffene die Möglichkeit, mit Hilfe ihres persönlichen Budgets die für sie notwendige Unterstützung direkt »einzukaufen«. Der Professionelle wird zum Assistenten für den Assistenznehmer, der dem Helfer gegenüber als Arbeitgeber auftreten kann.

Im Zuge der gerade beschriebenen Entwicklung wird der Professionelle mit einem radikalen Rollenwechsel konfrontiert, der eine Machtumkehr impliziert: Vom allmächtigen Pfleger und Förderer wird er zum Assistenten der behinderten Person (vgl. Schulze-Weigmann 2008, 118ff.). Die Beziehung zwischen der behinderten Person und ihrem Assistenten wird der Tendenz nach enthierarchisiert: Der zuvor Machtlose gewinnt die Kontrolle über sein Leben zurück. Auch wenn sich die professionellen Hilfestrategien in der aktuellen Praxis immer noch im Spektrum zwischen paternalistischen und emanzipatorischen Hilfeansätzen bewegen, lässt sich feststellen, dass diese Veränderungen gravierende Rückwirkungen für das Selbstverständnis der Rehabilitationspädagogik haben: Sie haben eine Krise der rehabilitationspädagogischen Disziplin ausgelöst, die bis heute nicht überwunden wurde. Zugleich eröffnet diese Entwicklung aber einen Spielraum für eine positivere Identitätsentwicklung der Betroffenen.

3. Von der Schwierigkeit, anders zu sein: der Zusammenhang von Körper und Identität

Alle Menschen gleichen ihren Körper mit den vorherrschenden körperlichen Idealvorstellungen ab. Insofern ist die Einschätzung des eigenen Körpers eng mit den kulturellen Vorgaben zu Attraktivität und Schönheit verbunden. Nun macht fast jeder Mensch die kränkende Erfahrung, von körperlichen Idealvorstellungen abzuweichen. In diesem Sinne sind behinderte Personen vor ein Thema gestellt, das viele Menschen betrifft. Eine Behinderung spitzt diese Erfahrung jedoch erheblich zu: Hier werden gesellschaftliche Minimalvorstellungen des Körpers langfristig, deutlich und unwiederbringlich unterschritten. Da der Körper einen Kristallisationspunkt für Identitätsbildungsprozesse darstellt, hat der behinderte Körper zwangsläufig Rückwirkungen auf die Identität der Betroffenen. Sie prägen das Selbstbild einer Person und werden durch die Reaktionen der Umwelt auf den Körper noch verstärkt. Behinderung als ein Feld soma-

tischer und psychischer Irritation beeinflusst auch die zwischenmenschlichen Interaktionen. Behinderte Personen berichten immer wieder von Abscheu, Mitleid oder verstohlener Neugierde von Seiten Nichtbehinderter. Diese Reaktionen sind verletzend und wirken wie ein Angriff auf das Selbstwertgefühl bzw. das narzisstische Gleichgewicht behinderter Menschen. Dies hat Folgen für die Identität Betroffener.

Erikson unterscheidet zudem zwischen Ich-Identität und Gruppenidentität (vgl. Erikson 1973, 15ff.) und sieht beide in einem komplementären Wechselverhältnis zueinander stehen. Er schreibt: »Das bewusste Gefühl, eine persönliche Identität zu besitzen, beruht auf zwei gleichzeitigen Beobachtungen: der unmittelbaren Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit, und der damit verbundenen Wahrnehmung, dass auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen.« (Erikson 1973, 18) Wobei Identität neben einem stabilen, unveränderlichen Kern (ein dauerndes inneres Sich-Selbst-Gleichsein), einen flexiblen, sich ständig verändernden Anteil umfasst, der aus den Interaktionen mit der Mitwelt erwächst. Den sozialen Einfluss auf die Identitätsbildung beschreibt Erikson so: »Jedes Kind hat eine ganze Anzahl von Möglichkeiten, sich mehr oder weniger versuchsweise mit realen oder phantasierten Menschen beiderlei Geschlechts und auch mit Gewohnheiten, einzelnen Zügen, Berufen und Ideen zu identifizieren. Aber die geschichtliche Periode, in welcher es lebt, liefert ihm nur eine beschränkte Anzahl sozial bedeutungsvoller Modelle, in welchen es seine Identitätsfragmente zu einem leistungsfähigen Ganzen zusammenfügen kann.« (A.a.O., 22) Die Gesellschaft bietet Modelle sowohl für eine positive als auch für eine negative Identität. Während in heutiger Zeit positive Identität an Attribute für Klugheit, Schönheit und Leistungsfähigkeit geknüpft ist, ist laut Erikson »die unbewusste negative Identität (das Bild, dem ähnlich zu sein das Ich am meisten fürchtet) [...] aus Bildern eines mißhandelten [...] Körpers, einer ethnisch fremden Gruppe und einer ausgebeuteten Minderheit zusammen(ge)setzt« (a.a.O., 28). Behinderung ist in dieser Lesart ein Kennzeichen für eine negative Identität, ein Phantasma für Minderwertigkeit, Hilflosigkeit, Hässlichkeit. Positive und negative Identität stehen in dialektischem Verhältnis zueinander: die eine ist der Spiegel der anderen (vgl. a.a.O.).

Schon Erikson machte darauf aufmerksam, dass sich Einzelne diesem auch identitätsstiftenden Prozess kaum entziehen können. Er schreibt, »dass in jedem auf Unterdrückung, Ausstoßung und Ausbeutung beruhenden System der Unterdrückte, Ausgestoßene und Ausgebeutete unbewusst an das negative Leitbild glaubt, das zu verkörpern er von der herrschenden Gruppe gezwungen wird« (Erikson 1973, 29). Schlüsselerfahrungen in diesem Sinne sind entsprechende diagnostische Zuordnungen und ihre sozialen Konsequenzen (wie z.B. die Aufnahme in Sonderinsti-

tutionen). Betroffene identifizieren sich unbewusst mit diesem negativen Leitbild. Es wird Teil ihrer Ich-Identität. Die Folge ist eine dreifache Behinderung: Neben der Schädigung mit ihren Funktionseinbußen und dem Ausschluss aus der vollen Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen, kann sich eine behindernde Identität entwickeln. Sie zeigt sich beispielsweise in dem Schamgefühl, einen minderwertigen, nicht vollständigen Körper zu haben, in der Angst, anderen zur Last zu fallen, oder in dem Schuldgefühl bei der Annahme von Hilfe.

4. Die offensive Inszenierung des Anders-Seins in der zeitgenössischen Kunst

So lange Behinderung als ein Phantasma für Minderwertigkeit, Hilflosigkeit und Hässlichkeit gilt, ergibt sich für Betroffene die Notwendigkeit zur Identitätsarbeit. Stigmanagement mit den Strategien des Verbergens einer Behinderung (z.B. durch den Einsatz von Prothesen), des Rückzugs aus sozialen Kontakten oder des Überspielens funktioneller Einschränkungen ist ein möglicher Ansatz. Die Suche nach Aufwertung und Kompensation von Insuffizienzgefühlen (z.B. durch Hochleistungssport) ist eine andere Strategie. Die Notwendigkeit solcher Strategien bleibt so lange bestehen, wie die Betroffenen sich an den gängigen – jedoch für sie unerreichbaren – Körpernormen orientieren. Letztlich führt jedoch jedes Streben nach unerreichbarer Perfektion in die Sackgasse.

Eine Überwindung behindernder Identitätsaspekte setzt die Akzeptanz eigener Gewordenheit voraus. Es ist eine Entwicklungsaufgabe und Herausforderung für die Betroffenen, sich mit ihrem geschädigten Körper selbst anzunehmen. Sie müssen dazu das vermeintlich Negative ihres Körpers psychisch integrieren. Der Lohn ist vielfältig: Zum einen können sie Authentizität und Selbstvertrauen gewinnen sowie Stärke schöpfen für die eigene Weiterentwicklung. Zum anderen ist die Akzeptanz des Faktischen auch die Basis für Toleranz und Einfühlungsvermögen gegenüber anderen Personen, die vor diesem Hintergrund auch gesehen werden können wie sie sind. Außerdem ist der Wunsch, von anderen komplett, d.h. inklusive der Beschädigung, angenommen zu werden auf diese Weise auch eher erreichbar.

Vor dem Hintergrund eines sozialwissenschaftlichen Verständnisses beschreitet die neue Behindertenbewegung dazu einen offensiven Weg (vgl. Hermes 2007, 75f.): Sie stellt gängige Körpernormen und Schönheitsideale sowie daraus abgeleitete Rollenbilder radikal in Frage. Slogans wie »Es ist normal, anders zu sein« ebnen den Boden dafür, Differenz als Lebensstil zu propagieren und die scheinbaren Widersprüche von Behin-

derung und Attraktivität zu überwinden. Eine Relativierung und Abgrenzung von gängigen Körperbildern kann als ein Weg zur Bewältigung der Behinderung betrachtet werden, weil für die Betroffenen ein Raum für die Aussöhnung mit dem geschädigten Körper entsteht.

Die Einmischung in den Körperdiskurs beginnt derzeit durch Menschen mit Behinderung selbst: behinderte Hochleistungssportler (z.B. Metroz oder Buggenhagen), behinderte Künstler (z.B. Lapper oder Quasthoff), behinderte Schauspielerinnen (z.B. Laborit oder Radtke), behinderte Fotomodelle (z.B. Mills) aber auch behinderte Wissenschaftlerinnen, die die Forschungsrichtung der Disability Studies entwickelt haben (z.B. Degen, Hermes) gehören dazu. Ihnen gemeinsam ist, dass sie offensiv und selbstbewusst mit ihrer Behinderung in das Licht der Öffentlichkeit treten und so die Dekonstruktion gesellschaftlicher Körpernormen betreiben. Auf diese Weise werden sie zu einem Modell für ein neues Selbst- und Rollenverständnis behinderter Personen.

Neben dem Sport und der Wissenschaft bietet sich die zeitgenössische bildende Kunst als Forum für diesen Prozess an. Die Thematisierung der Behinderung in den künstlerischen Arbeiten erfolgt sowohl mit den Mitteln der Photographie als auch denen der Performance, der Malerei oder des Theaters. Die zeitgenössische bildende Kunst stellt einen Spielraum dar, in dem der behinderte Körper in unverstellter oder künstlerisch überformter Weise präsentiert werden kann. Die Betrachter sollen durch die Betrachtung des geschädigten Körpers irritiert, ja provoziert werden. Man möchte erreichen, dass in den Rezipienten eine Auseinandersetzung mit ihren herkömmlichen ästhetischen Wahrnehmungen in Gang gesetzt wird. Da Kunstwerke je nach Betrachter, je nach Publikum und von den in das Geschehen Einbezogenen unterschiedlich interpretiert werden, wird ein über den einzelnen Betrachter hinausgehender Diskussionsprozess über die Bedeutungen des künstlerischen Gegenstandes angeregt. Auf diese Weise werden Klischees und Vorurteile aufgedeckt und der im Gewand der Kunst ikonisiert zur Schau gestellte behinderte Körper schafft eine Gelegenheit für die Dekonstruktion gesellschaftlicher Normen.

Der Betrachter wird auch mit seinem eigenen Erschrecken angesichts körperlicher Versehrtheit konfrontiert und mit seiner Angst vor dem potentiellen oder real stattfindenden Verfall des eigenen Körpers. Damit öffnet sich ein Raum für die emotionalen Folgen gängiger Körperdiskurse. Die ästhetische Darstellung des behinderten Körpers mildert jedoch dieses Empfinden. Auf diese Weise erleichtert die künstlerische Darstellung des Makels den Tabubruch, der bis heute mit der Präsentation des Anders-Seins verbunden ist.

Abbildung 1 und 2: Gerhard Aba und Alison Lapper



Darüber hinaus wird in diesen Kunstwerken der Anspruch eingelöst, dass Kunst in der Gegenwart etwas wahrnehmbar macht, das in die Zukunft der Gesellschaft wirkt. Die Infragestellung gängiger Sehgewohnheiten gehört dazu: Die ästhetische Darstellung des behinderten Körpers zeigt, dass Schönheit jenseits aktueller Körpernormen möglich ist. Wenn Behinderte ihren geschädigten Körper authentisch, selbstbewusst und würdevoll präsentieren, wirken sie modellhaft und stehen für all jene, die dem körperlichen Perfektionsdruck der Werbe- und Modewelt etwas entgegensetzen. Diese positiven Rollenvorbilder vermitteln allen Betrachtern – behindert oder nicht – Mut für die Auseinandersetzung und Akzeptanz ihres eigenen Gewordenseins. So entstehen neue Spielräume zur Selbstwertregulation. Gelingt dies, dann reduziert sich der Normierungsdruck auch auf andere Bevölkerungsgruppen.

Kunst arbeitet mit Inszenierungen (Verkleidungen, Posen) und bietet so einen Raum für ein Spiel mit unterschiedlichen Rollen und Identitäten. Die Behinderung wird zwar in Szene gesetzt, aber die Protagonisten zeigen sich zugleich in anderen Rollen, als Künstlerinnen und Künstler, als Sportler, als Mann oder Frau.

Die Kombination von Sexualität und Behinderung stellt ein doppeltes Tabu dar und wird in der Kunst ebenfalls zu einem Thema gemacht. Behinderte Personen, die sich in der Regel nicht als geschlechtliche Wesen wahrgenommen fühlen, präsentieren sich hier auch als Sexualpartner.

Abbildung 3 und 4: Lisa Bufano und Gerald Métroz



Die hier vorgestellten Beispiele lassen erkennen, dass ein selbstbewusster Umgang mit der Differenz unter bestimmten Voraussetzungen möglich ist. »Ob und inwieweit beeinträchtigte Menschen ein Gegengewicht zur Dominanz medialer Bilder und den vorherrschenden Normalitätsvorstellungen herstellen und diese beeinflussen können«, hält Hermes derzeit jedoch nicht für absehbar (Hermes 2007, 76). Gleichwohl ist unstrittig, dass behinderte Personen selbst einen gewichtigen Anstoß zu einem Diskurs über vorherrschende körperliche Normalitätsvorstellungen ausüben. Identitätsarbeit unter den Bedingungen einer Behinderung wird derzeit ein Stück Dekonstruktion gesellschaftlicher Körperideale leisten müssen. Nur so entsteht ein Raum für die Annahme des So-Seins. Ein gesellschaftlicher Diskurs über die Konstruktion und Dekonstruktion von Körperbildern vergrößert einen solchen Entwicklungsraum und erleichtert so auch die individuelle Bewältigung eines solchen Schicksals.

Literatur

- Brecht, Berthold (1949): Geschichten von Herrn Keuner. Berlin (Gebrüder Weiss).
- Dederich, Markus (2007): Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld (transcript).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für die Familie Internationaler Klassifikationen (Hg.) (2004): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Köln.
- Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Goffman, Erving (1968): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt a.M. (Suhrkamp).
- Hähner, Ulrich, Ulrich Niehoff, Rudi Sack, Helmut Walther, George Theunissen (1998): Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuordnung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg (Lebenshilfe Verlag).
- Hanko, Martin F. (2001): Schönheit im Zeitalter der Massenmedien. In: Andreas Hergovich (Hg.): Psychologie der Schönheit. Wien (WUV Universitätsverlag), 137-157.
- Hermes, Gisela, Brigitte Faber (2001): Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen. Kassel (Bifos).
- Hermes, Gisela (2007): Behinderung und Normalität. In: Heike C. Schnoor (Hg.): Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart (Kohlhammer), 69-78.

- Klauß, Theo (2008): 50 Jahre pädagogische Förderung und Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: *Geistige Behinderung*, 47, 1, 26-41.
- Köbsell, Swantje (2003): Behinderte und Medizin – Ein schwieriges Verhältnis. In: AG »Medizin(ethik) und Behinderung« in der Akademie für Ethik in der Medizin (Hg.): *Behinderung und medizinischer Fortschritt. Dokumentation der gleichnamigen Tagung vom 14.-16. April 2003 in Bad Boll*, 31-41.
- Lüke, Katja (2006): Von der Attraktivität »normal« zu sein. Zur Identitätsarbeit körperbehinderter Menschen. In: Gisela Hermes, Eckhard Rohrmann (Hg.): *Nichts über uns – ohne uns. Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*. Neu-Ulm (AG SPAK Bücher), 128-139.
- Mühl, Heinz (2000): *Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer).
- Niehoff, Ulrich (2008): »Ich sage, wo's lang geht!« In: *Geistige Behinderung*, 47, 4, 330-341.
- Rohrmann, Eckhard (2004): Dialog der Generationen – Diskurse der Sonderpädagogik der letzten 40 Jahre. In: Heike C. Schnoor, Eckhard Rohrmann (Hg.): *Sonderpädagogik: Rückblicke, Bestandsaufnahmen, Perspektiven*. Bad Heilbrunn (Klinkhardt), 17-26.
- Rohrmann, Eckhard (2007): Die gesellschaftliche Konstruktion von Normalität und Anders-Sein. In: Heike C. Schnoor (Hg.): *Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen*. Stuttgart (Kohlhammer), 93-97.
- Schnoor, Heike C. (Hg.) (2006): *Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Schnoor, Heike C. (Hg.) (2007): *Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Schulze-Weigmann, Volker (2008): Die Doppelte Machtumkehr. Domum – Ein neues Konzept zur Selbstentmachtung von Assistenten in sozialen Einrichtungen. In: *Geistige Behinderung*, 47, 2, 118-126.
- Snyder, Sharon, David Mitchell (2004): Die Aufmerksamkeit wieder auf den Körper richten. In: Jan Weisser, Cornelia Renggli (Hg.) (2004): *Disability Studies. Ein Lesebuch*. Luzern (Edition SZH), 77-105.
- Steiner, Gusti (1974): Entwurf eines neuen Selbstbewusstseins. In: Ernst Klee (Hg.): *Behindertsein ist schön*. Düsseldorf (Patmos), 122-133.
- Stiftung Deutsches Hygiene-Museum und Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e.V. (Hg.) (2001): *Der (im-)perfekte Mensch, vom Recht auf Unvollkommenheit*. Ostfildern (Hatje Cantz).

- Wacker, Elisabeth (2008): 50 Jahre soziologische Entwicklung. In: Geistige Behinderung, 47, 1, 42-61.
- Waldschmidt, Anne (Hg.) (2003): Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation. Kassel.
- Wetzel, Ralf (2004): Eine Widerspenstige und keine Zähmung. Systemtheoretische Beiträge zu einer Theorie der Behinderung. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme).
- Zemp, Ahia (2006): Wie viel Integration braucht ein behinderter Mensch? Vortrag auf der PRO-INFIRMIS Delegiertenkonferenz vom 17. Juni 2006. URL: www.proinfirmis.ch/de/artikel.php?myfile=zemp.pdf§or=1 (abgerufen am 11. Januar 2007).

Abbildungsnachweise

- Abb. 1: Gerhard Aba: http://www.art-port.cc/resources/cache/2f/a9/75331-m8go-kriegerin_im_weissgeschminkten_korper.jpg
(Zugriff am 30.4.2009)
- Abb. 2: Alison Lapper: http://www.post-gazette.com/images4/20061008/trv_alison_lapper_posing_230.jpg
(Zugriff am 30.4.2009)
- Abb. 3: Lisa Bufano: http://farm3.static.flickr.com/2153/2461333304_91af14a38c_o.jpg
(Zugriff am 30.4.2009)
- Abb. 4: Gerald Métroz: <http://www.haber3.com/images/gallery/76/3.jpg>
(Zugriff am 30.4.2009)