

Die Flexibilisierung der „Behinderung“

Anmerkungen aus normalismustheoretischer Sicht, unter besonderer Berücksichtigung der „International Classification of Functioning, Disability and Health“

Nicht nur in der allgemeinen Gesellschaft, auch in der Behindertenpolitik ist Normalität zur akzeptierten Leitlinie und Zielsetzung geworden. Seit einiger Zeit befindet sich das „Behinderungsdispositiv“, d. h. die Gesamtheit diskursiver, operativer und subjektiver Strategien und Praktiken, die gemeinsam den sozialen Tatbestand „Behinderung“ konstituieren, in einem grundlegenden Umbruch. Noch bis in die siebziger Jahre des letzten Jahrhunderts hinein handelte es sich um eine vorwiegend ausgrenzende, die Anstaltsverwahrung und Besondere fördernde Apparatur. Heute dagegen haben wir es mit einem Ensemble vielfältiger und flexibler Normalisierungsstrategien zu tun. Sie zielen darauf ab, behinderten Menschen soziale Teilhabe und Selbstbestimmung, mit anderen Worten: ein „normales Leben“ außerhalb von Institutionen und ohne Diskriminierung zu ermöglichen. Was aber meint der Begriff der Normalität? (vgl. [2, 13, 21, 22]) Welchen Stellenwert haben normative Zuschreibungen? Wo lassen sich flexible Normalisierungsstrategien finden? Diesen Fragen soll im Folgenden an den Beispielen des behindertenpolitischen Diskurses, von sozialpolitischen Programmen und den Klassifikationsmodellen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachgegangen werden.

Normativität, Normalität, Normalismus – eine theoretische Skizze

Sowohl in der Fachliteratur als auch in der Alltagskommunikation wird Normalität zumeist umstandslos mit dem Normativen gleichgesetzt.

Normalsein wird definiert als ein Verhalten, das sich nach geltenden Normen ausrichtet. Beispielsweise findet man in der Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete folgenden Eintrag: „*Normalität* Verhalten, das den herrschenden Normen entspricht. Solche Handlungsmuster, an denen sich menschliches Verhalten ausrichtet, werden beobachtbar mit einer unterschiedlichen Häufigkeit tatsächlich befolgt und bilden auf diese Weise statistische Normen oder, anders ausgedrückt, das gesellschaftlich Normale. ...“ ([5], S. 453; Hervorh. dort)

Doch lässt sich das Normale wirklich mit der Normensprechung gleichsetzen? Die Gegenwartsgesellschaft, die von Dynamik, Individualisierung und der Vielfalt von Lebensstilen gekennzeichnet ist, nimmt weniger auf tradierte Normen Bezug, sondern eher auf die statistische Normalität. Die Normalität der Mehrheit oder des Durchschnitts scheint heutzutage den Kitt bereitzustellen, mit dem unter den Bedingungen von Flexibilisierungserfordernissen, Orientierungsnöten und Atomisierungsprozessen der soziale Zusammenhalt konstituiert wird. Zwar existieren weiterhin soziale Normen, denen wir gehorchen müssen oder sollen. Doch gleichzeitig gilt: Im Laufe der letzten beiden Jahrhunderte hat sich die statistische Normalität als eine spezielle Gabelung herausgebildet, die heute neben der Normativität ebenfalls menschliches Verhalten beeinflusst. Tatsächlich kann man gegenwärtig zwei verschiedene Arten von Normen ausmachen, nämlich zum einen „normative Normen“ und zum anderen „normalistische Normen“ (vgl. [13]).

Aus soziologischer Sicht ist mit der *Normativität* die Wirkmächtigkeit von sozialen, ethischen und juristischen Normen gemeint, oder in anderen Worten, der Tatbestand, dass gesellschaftliche Erwartungshaltungen und Regeln existieren, die gegenüber dem Einzelnen durchgesetzt werden sollen (vgl. als Überblick [17]). Für die Einhaltung der normativen Normen sorgen Kontrollmechanismen; im Falle von Nichtbefolgung und Abweichung drohen Strafen und Sanktionen. Normative Normen können als „Punktnormen“ beschrieben werden, als Vorschriften, die präskriptiv gesetzt und den Individuen vorgegeben sind. Von ihrer gesellschaftlichen Funktion her sind sie auf die Herstellung von Stabilität und Anpassung gerichtet; Konformität soll erzeugt, die Gesellschaft vor Aufruhr und Chaos bewahrt werden.

Dagegen beinhaltet die *Normalität* im engeren Sinne, die Durchschnittsnormalität, dass die Menschen vor dem Hintergrund eines Maßstabes miteinander verglichen werden. Normalistische Normen stellen das Individuum vor die Frage: Wer oder wie bin ich, und wie handle ich im Vergleich zu den anderen? Sie meinen nicht regelgerechtes, sondern eher regelmäßiges Verhalten. Normalität in diesem Sinne bezeichnet die Erfahrung, dass als üblich erlebte und statistisch dokumentierte Verhaltensweisen oder Merkmale zu Richtschnüren und Maßstäben für den Einzelnen werden können. Das Entsprechen, das es auch bei den normalistischen Normen gibt, ist nicht auf eine äußere Regel bezogen, sondern beinhaltet den Vergleich mit den anderen. Im Unterschied zu den normativen Normen sind normalistische Norm „Streckennormen“, mehr oder weniger große Bandbreiten, gruppiert um einen Durchschnitt. Gegenüber den Individuen gewinnen zwar auch sie äußere Macht; gleichzeitig sind an der normalistischen Norm immer auch alle beteiligt. Fortwährend stellen wir alle die normale Mitte, die Übergangszonen und die Ränder gemeinsam her. Normalistische Normen sind im Unterschied zur Normativität weniger auf Stabilität gerichtet, sondern auf Veränderung und Dynamik. Vor allem in hoch verdichteten Gesellschaften besitzen sie Wirkmächtigkeit, da sie sich auf statistisches Zahlenmaterial stützen.

Dreh- und Angelpunkt der normalistischen Dispositive ist die vergleichende Beschreibung

der Menschen, ihres Verhaltens und ihrer Merkmale, die mit Hilfe der Statistik vorgenommen wird. Zwar führt auch die auf diese Weise erzeugte Normalität zu Bewertungen und Erwartungshaltungen, jedoch erst im Nachhinein, als Folge der Herstellung einer statistischen Mitte. Der Bewertung voraus geht die vermeintlich objektive und wertneutrale, auf Zahlenmaterial beruhende Beschreibung. Der zentrale Unterschied zwischen den normativen und normalistischen Erwartungshaltungen ist der, dass soziales Handeln und Normsetzung jeweils unterschiedliche Reihenfolgen aufweisen. Im Falle der Normativität führt eine von außen gesetzte Regel, eine soziale Norm zu dem gleichen Verhalten vieler: „Es wird verlangt, dass ich mich so und nicht anders verhalte“. Im Falle der Normalität führt umgekehrt das gleiche Verhalten einer großen Anzahl von Menschen zu einer normalistischen Norm: „Das machen doch alle [viele] so, das ist doch normal“.

Nicht nur normative, auch normalistische Normen schaffen Ordnung und Kohäsion im sozialen Geschehen. Freiwillig, im Zeichen von Autonomie und Selbstbestimmung, orientieren wir uns an der Mitte der Gesellschaft, den Durchschnittsnormen. Die Normalisierungsstrategien üben keinen im engeren Sinne repressiven Zwang aus. Sie halten uns „lediglich“ dazu an, unser Verhalten danach auszurichten, was die Mehrheit von uns fordert; allein auf diese Weise wirken sie disziplinierend. Um die Wirkmächtigkeit der Normalisierungsgesellschaft genauer zu verstehen, ist es sinnvoll, im Anschluss an die Normalismustheorie [13] zwei Strategien zu unterscheiden:

1. den „Protonormalismus“ und
2. den „flexiblen Normalismus“.

Protonormalistische Strategien lassen sich folgendermaßen kennzeichnen (vgl. [13], S. 77 ff.): Sie sind an der Normativität ausgerichtet, bauen auf der strikten Trennung zwischen dem Normalen und dem Pathologischen auf und beinhalten die dauerhafte Ausgrenzung der Abweichenden. Protonormalistische Verfahren sind beispielsweise dort am Werk, wo die Isolierung und Anstaltsverwahrung von psychisch kranken Menschen propagiert wird und Schüler mit Lernschwierigkeiten als von Natur aus dumm

Ethik Med 2003 · 15:191–202
DOI 10.1007/s00481-003-0242-5
© Springer-Verlag 2003

A. Waldschmidt

Die Flexibilisierung der "Behinderung". Anmerkungen aus normalismustheoretischer Sicht, unter besonderer Berücksichtigung der "International Classification of Functioning, Disability and Health"

Zusammenfassung

Der Beitrag fragt nach dem Stellenwert des Normalitätsbegriffs im Diskurs der Behinderung. Ausgangspunkt ist die These, dass Normalität und Normativität analytisch voneinander getrennt werden müssen. In der heutigen Normalisierungsgesellschaft existieren sowohl wertbezogene, präskriptive ("normative") als auch statistisch fundierte, deskriptive ("normalistische") Normen. Außerdem lassen sich zwei Normalisierungsstrategien kennzeichnen: ein starr ausgrenzender, normierender Ansatz ("Protonormalismus") und eine flexible, normalisierende Strategie ("flexibler Normalismus"). Auf dieser theoretischen Folie wird diskutiert, ob sich im behindertenpolitischen Diskurs und in sozialpolitischen Konzepten Tendenzen der flexiblen Normalisierung auffinden lassen. Der Schwerpunkt des Beitrags liegt auf einer

normalitätstheoretischen Analyse der beiden Klassifikationsmodelle der Weltgesundheitsorganisation. Die "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" (ICIDH 1980) blieb noch der wertbezogenen Normativität verhaftet. Dagegen stellt die "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF 2001) die normalistische (Vergleichs-)Norm ins Zentrum und formuliert das Gebot der Selbstnormalisierung.

Schlüsselwörter

Behinderung · Normalität · Normalisierung · Normalismus · Weltgesundheitsorganisation · International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) · International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

The flexibilization of "disability". Notes from a normalism theory perspective, with special regard to the "International Classification of Functioning, Disability and Health"

Abstract

Definition of the problem: In recent years, the disability dispositive has shifted from an excluding apparatus based on segregation and institutionalization to a set of flexible normalization strategies promising "a normal life" to disabled people. Obviously normality has gained a new meaning in the context of disability policy. *Arguments:* On the basis of the thesis that normality cannot be equated with normativity, it is argued that both "normative" and "normalistic" norms exist in today's normalization society. In a further step, the paper differentiates two strategies: "protonormalism" and "flexible normalism". The issue of whether any tendency towards flexible normalization has appeared is then discussed, using the examples of disability discourse and social policies. Lastly, the two disability classifications presented by the World Health Organization in 1980 and

2001 are analyzed for flexible-normalistic elements. The "International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps" (ICIDH) relied on the normative model of disability, whereas the "International Classification of Functioning, Disability and Health" (ICF) uses the normalistic population norm as a basic category. It also formulates the requirement of self normalization. However, even within the new classification normative norms are still present. *Conclusion:* The paper concludes with the thesis that flexible normalism, while it expands frontiers, does not eliminate the polarity between disability and normality.

Keywords

Disability · Normality · Normalization · Normalism · World Health Organization · ICIDH · ICF

gelten. Dagegen sind die flexiblen Normalisierungsstrategien weicher und durchlässiger. Sie gehen von dem Ideal einer variablen Verteilung der Menschen im sozialen Raum aus, die immer auch wieder veränderbar ist. Sie lassen sich von der Annahme leiten, dass die Individuen zufällig an den Rand geraten sind, dass sie die Grenzbereiche oder den Pol der Anormalität wieder verlassen und zurück in die Mitte der Gesellschaft gelangen können. Die im flexiblen Normalismus ebenfalls bestehende Trennlinie zwischen dem Normalen und dem Unnormalen ist nur gültig für eine mittelfristige Zeitdauer und kann immer wieder neu festgelegt werden. Das Spektrum des Normalen wird nicht stark eingegrenzt, sondern kann sich bis zu den Grenzwerten ausdehnen. Es bestehen kontinuierliche Normalitäten und bewegliche Normalitätsgrenzen.

Allerdings wäre es ein Missverständnis, würde man den Protonormalismus als negativ und den flexiblen Normalismus als positiv qualifizieren. Vielmehr sind die beiden Strategien miteinander verbunden, und es gilt der Imperativ der Rückbindung (vgl. [13], S. 339 ff.). Bei der Expansion der Normalitätsfelder in Richtung auf den Pol der Anormalität darf das Gummiband, das die normale Mitte mit den Grenzzonen verbindet, nicht reißen. Wenn die Gefahr bestünde, dass sich das gesamte Normalfeld auflösen würde, würde ein Umschlag stattfinden. Dann würden wieder die Strategien Anwendung finden, die auf engen Normalitätszonen und fixen Grenzen beharren. Ein aktuelles Beispiel für diesen Rückgriff auf den Protonormalismus ist die Forderung nach lebenslanger Verwahrung von Sexualstraftätern. Die Normalisierungsgesellschaft ist zwar tolerant und duldet allerhand Eskapaden, doch Normalitätsgrenzen sind weiterhin vorhanden und dürfen nicht so ohne weiteres überschritten werden.

Zusammenfassend lässt sich die Grundthese der Normalismustheorie so formulieren: Seit der Mitte des 20. Jahrhunderts ist in den westeuropäischen Gesellschaften der Protonormalismus, der die Dichotomie von normal/gesund und abnorm/krank behauptet und die starre Ausgrenzung der Abweichenden beinhaltet, zwar nicht völlig verschwunden, so doch zumindest auf dem Rückzug. Gleichzeitig haben sich flexibel-normalistische Strategien verstärkt

durchgesetzt. Mit ihnen sind größere Normalitätsspektren und variable Grenzziehungen möglich geworden.

Flexible Normalisierung im „Behinderungsdispositiv“

Welche Relevanz haben nun diese Überlegungen für die soziale Problemlage Behinderung? Betrachtet man die Gesamtheit der auf Behinderung bezogenen Diskurse und Praktiken genauer, so kann man tatsächlich auch hier die Wirkmächtigkeit normalistischer Normen und das Vorhandensein normalisierender Strategien identifizieren (vgl. auch [27, 28]). Außerdem gibt es zahlreiche Anhaltspunkte für die Konjunktur des flexiblen Normalismus.

Besonders augenfällig ist dies auf der Ebene des Diskurses. Beispielsweise wurde Ende der neunziger Jahre in einer bundesweiten Öffentlichkeitskampagne für die Gleichstellung von behinderten Menschen geworden (vgl. [15]). In großformatigen Plakaten forderte die „Aktion Grundgesetz“, ein Zusammenschluss von über hundert Behindertenverbänden, die Anerkennung von Behinderung als normale Lebensform. Die Kampagne umfasste mehrere Slogans, die mit dem Begriff des Normalen arbeiteten, z. B.: „Geistig behindert ist auch normal“ und: „Sind Sie etwa normal?“

Schaut man sich diese griffigen Formulierungen genauer an, so wird man feststellen, dass sie auf unterschiedliche Normalitätsbegriffe rekurrieren. Die eher rhetorische Frage „Sind Sie etwa normal?“ appelliert an den Wunsch nach Individualität und Einzigartigkeit. Sie unterstellt, dass eigentlich keiner „nur normal“ sein will, so durchschnittlich wie der Mann oder die Frau auf der Straße. Sie setzt Normalität mit Spießbürgertum gleich und betont die Lust an der Abweichung. Dagegen bezieht sich die Behauptung „Geistig behindert ist auch normal“ auf einen positiven Normalitätsbegriff und reklamiert diesen für den Personenkreis der geistig behinderten. Sie impliziert, dass geistig behinderte Menschen zwar in der Minderzahl sind, jedoch durchaus regelmäßig vorkommen und insofern normale Erscheinungen darstellen. Dieser Slogan scheint außerdem zu unterstellen, dass Normalität etwas Erstrebenswertes ist. Bedeutungsgleiche Formulierungen könnten so lauten: Geistig behinderte Menschen sind „Men-

schen wie wir“; auch sie gehören „in die Mitte der Gesellschaft“.

Die Behindertenverbände haben offenbar kein Problem damit, verschiedene Auffassungen vom Normalen gleichzeitig zu propagieren. Wieso ist dies möglich? Offensichtlich basieren die benutzten Normalitätsbegriffe auf gemeinsamen Grundannahmen. Der Gedanke der Wählbarkeit und Gestaltbarkeit von Normalität liegt beiden Slogans zugrunde. Ein weiterer Berührungspunkt ist die Annahme, dass es möglich ist, Normalität gesellschaftlich herzustellen. Ausgangspunkt ist der Gedanke, dass die Unterscheidungslinie zwischen Normalität und Behinderung nicht starr verläuft, sondern fließend und variabel ist und vielleicht sogar ganz aufgehoben werden kann. Heutzutage gilt Normalität nicht mehr als unveränderliche, dauerhafte (Natur-)Tatsache, sondern als Gestaltungsaufgabe, als etwas, das konstruiert und produziert werden kann, als eine Landschaft, die sich in der Zeit ändert. Die Normalität wird nicht mehr von der Gesellschaft als äußerer Zwang auf die Individuen ausgeübt, sondern von den handelnden Subjekten selbst ausgeformt. Mit anderen Worten, im aktuellen behindertenpolitischen Diskurs wird ein Normalitätsbegriff gebraucht, den man flexibel-normalistisch nennen kann.

Schaut man sich im nächsten Schritt die politische Ebene genauer an, so wird man feststellen, dass hier normalistische Normen ebenfalls eine große Rolle spielen. Auch in der Behindertenpolitik ist die Zielsetzung, behinderten Menschen die Lebensbedingungen der Mehrheitsgesellschaft zu ermöglichen, zum wichtigen Orientierungspunkt geworden. In den relevanten gesetzlichen Bestimmungen der letzten fünfzig Jahre lässt sich die Flexibilisierung der Behinderungslandschaft als eindeutige Tendenz aufweisen (vgl. für einen Überblick über die Behindertenpolitik [3] sowie für einen Kommentar des neuesten Rehabilitationsrechts [11]).

Beispielsweise wurde mit der 1964 eingeführten „Eingliederungshilfe für Behinderte“ des Bundessozialhilfegesetzes Behinderung zu einer „besonderen Lebenslage“, die im Unterschied zu anderen Armutslagen, bei denen nur Hilfe zum Lebensunterhalt zugestanden wird, zu erweiterten Sozialhilfeansprüchen berechtigt. Mit dem Schwerbehindertengesetz von 1974 wurde die

Zielgruppe nicht mehr nach der Schädigungsursache, sondern nach dem Finalitätsprinzip bestimmt und ihre Eingliederung in das Arbeitsleben vorangetrieben. Das Benachteiligungsverbot Behinderter, das 1994 in das Grundgesetz aufgenommen wurde, machte Behinderung zu einer Bürgerrechtsfrage, die mit anderen Differenzierungskategorien, wie etwa dem Geschlecht oder der ethnischen Zugehörigkeit, gleichgesetzt werden kann. Mit dem Bundesgleichstellungsgesetz, das im Mai 2002 in Kraft trat, wird größtmögliche Barrierefreiheit im Alltag angestrebt. Auch das Sozialgesetzbuch IX vom 01. Juli 2001, mit dem das Rehabilitations- und Schwerbehindertenrecht grundlegend reformiert wurde, trug zur Flexibilisierung des Behinderungsbegriffs bei. In diesem Gesetz wird Behinderung folgendermaßen definiert: „§ 2 (1) Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (vgl. [11], S. 13).

In dem entsprechenden Paragraphen des Schwerbehindertengesetzes von 1974 war noch von einem „regelwidrigen Zustand“ die Rede gewesen, und das Leben in der Gesellschaft wurde nicht erwähnt. Nun, 27 Jahre später, wird auf den für das jeweilige Lebensalter typischen Zustand und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft abgehoben. Mit diesen Bezugspunkten schließen die neuen juristischen Formulierungen an die Normalisierungsgesellschaft an.

Als ein weiteres Beispiel für die normalistische Flexibilisierung lässt sich das Normalisierungsprinzip betrachten. Dieses Reformkonzept, das in den fünfziger und sechziger Jahren in Skandinavien und in den USA entwickelt und in der Bundesrepublik zu Beginn der Achtziger aufgegriffen wurde, gilt heute in der Behindertenhilfe als Standard, wenn es darum geht, institutionelle Praxiskonzepte und kommunale Versorgungsprogramme zu entwickeln (vgl. [6, 16]). Aus normalismustheoretischer Sicht handelt es sich bei dem Reformansatz um eine Strategie, die auf die Auflösung oder zumindest Verkleinerung von Sonderterritorien abzielt.

Anstatt Behinderte in einer großen Anstalt am Rande der Stadt unterzubringen, sollen selbstständiges Wohnen, Arbeiten und Leben inmitten der Gemeinschaft realisiert werden. Mit Hilfe differenzierter Territorien sollen die Betroffenen und ihre Familien ihre Randposition abstreifen und näher an die gesellschaftliche Mitte heranrücken, kurz, „ein Leben so normal wie möglich“ [25] führen können.

Auch die beiden jüngeren behindertenpolitischen Refombewegungen, die Integrationspädagogik und der „Selbstbestimmt-Leben-Ansatz“, weisen eindeutig Dimensionen der flexiblen Normalisierung auf. Bei der Integrationspädagogik, die Mitte der siebziger Jahre begründet wurde, geht es darum, über eine gemeinsame Erziehung aller Kinder Denormalisierungsprozesse von vorne herein zu verhindern. Mit Hilfe integrativer Prozesse im Bildungssystem soll sich die Grenze zwischen Normalität und Abweichung auflösen in Richtung auf eine „Pädagogik der Vielfalt“ [19]. Der Ansatz „Selbstbestimmt Leben“, der im Laufe der achtziger Jahre aus der Behindertenbewegung heraus entstand, legt den Schwerpunkt auf die größtmögliche Autonomie erwachsener Behinderter bei der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen. Schwerpunkt ist die selbstorganisierte Assistenz außerhalb von stationären Einrichtungen [14]. Dieses Konzept impliziert die Erfordernis der Selbstnormalisierung. „Bin ich noch normal?“ – Dieser Frage müssen sich heutzutage nicht mehr nur nichtbehinderte, sondern auch behinderte Menschen stellen.

Flexible Normalisierung in den Behinderungsbegriffen der Weltgesundheitsorganisation

Die Flexibilisierung der Behinderung lässt sich außerdem gut anhand der beiden Behinderungsmodelle der WHO verdeutlichen. Bereits die „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (kurz: ICIDH), die in den siebziger Jahren entwickelt und 1980 veröffentlicht wurde, kann als ein Schritt in Richtung des flexiblen Normalismus gewertet werden [29]. Mit ihr gelang es, die Gleichsetzung von Behinderung mit gesundheitlicher Schädigung, chronischer Krankheit oder bleibendem Defekt zumindest zu relativieren. Die sozialen Folgeerscheinungen wurden

stärker betont, und die sozialwissenschaftlich-pädagogische Perspektive erhielt einen höheren Stellenwert.

Die ICIDH arbeitete mit den Grundbegriffen „impairment“, „disability“ und „handicap“, die im Deutschen sehr unterschiedliche Übersetzungen erfuhren. „Disability“ hieß abwechselnd Behinderung, Beeinträchtigung, Leistungsmin- derung oder funktionelle Einschränkung; für „handicap“ wurden die Termini Behinderung, Benachteiligung oder Beeinträchtigung benutzt (vgl. für einen Überblick [12], S. 188 ff.).¹ In der Version des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung von 1983, die sich um eine möglichst wortgetreue Wiedergabe der englischen Formulierungen bemühte, verwendete man die Begriffe „Schädigung“, „Beeinträchtigung“ und „Behinderung“. Zur Erläuterung heißt es: „*Schädigung*: Jeder Verlust oder jede Anomalie einer psychologischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion. *Beeinträchtigung*: Jede (auf eine Schädigung zurückgehende) Einschränkung der Fähigkeit oder die Unfähigkeit, eine Tätigkeit so und im Rahmen dessen auszuüben, was für einen Menschen als normal gilt. *Behinderung*: Eine auf eine Schädigung oder Beeinträchtigung zurückgehende Benachteiligung, die einen bestimmten Menschen teilweise oder ganz daran hindert, eine Rolle auszufüllen, die für ihn nach Alter und Geschlecht und sozio-kulturellen Faktoren normal wäre“ (zit. n. [12], S. 196 f.; Hervorh. dort).

Interessanter Weise lässt sich der Rekurs auf das Normale in allen drei Begriffsbestimmungen aufweisen. Bei der Schädigung wird der biologisch-medizinische Begriff der Anomalie benutzt; die Beeinträchtigung wird als eingeschränkte funktionelle Normalität beschrieben; auf der Ebene der Behinderung findet sich im Kontext von rollentheoretischen Grundannahmen der Bezug auf Normalität im Sinne von Üblichkeit und sozialen Erwartungen. Mit diesen Formulierungen wird, wenn auch noch etwas uneindeutig und vermischt mit anderen Normkonzepten, so doch zumindest vom Ansatz her ein normalistischer Behinderungsbegriff entworfen.

¹ Die neueste Variante findet sich in der deutschen Übersetzung der ICF. In eher ungewöhnlicher Manier wird hier „disability“ mit „Fähigkeitsstörung“ angegeben ([4], S. 5).

Mit anderen Worten, das Feld der Behinderung wird als offene und geräumige Landschaft gedacht. Im Innern ist dieses Feld dreidimensional und nach außen hin variabel. Die Pole Behinderung und Normalität werden nicht eindeutig voneinander abgegrenzt; eher werden weiche Grenzziehungen markiert, die situativ und relational festgesetzt werden können. Behinderung ist nicht mehr ein unveränderlicher, allein biophysischer Zustand, sondern ein relativer Prozess, der auch von soziodemographischen und -kulturellen Faktoren abhängig ist und sich primär als soziale Benachteiligung äußert. Gleichzeitig wird Behinderung zu einem dynamischen Geschehen, das offen für Beeinflussung und Lenkung ist. Mit dem Bezug auf das Rollenkonzept gerät außerdem die Bedeutung von Interaktions- und Kommunikationsprozessen in den Blick.

Festgehalten werden kann, dass mit dem Behinderungsmodell von 1980 die Medizin zumindest teilweise ihre Definitionsmacht an die Sozialwissenschaft abgab. In der ICIDH war die Ebene des „impairment“ zwar weiterhin medizinisch fundiert, doch „disability“ und „handicap“ als die beiden anderen Ebenen basierten unverkennbar auf normalistischen Prämissen. Bereits das erste WHO-Klassifikationssystem kann somit dem flexiblen Normalismus zugeordnet werden.

Gleichwohl erntete die ICIDH auch Kritik (vgl. etwa [3], S. 4ff.; [12], S. 188 ff.; [26], S. 354 ff.). Vorgeworfen wurde ihr, dass letztendlich der defizitorientierte Ansatz nicht wirklich überwunden wurde. Das Modell unterstellte, dass eine Beeinträchtigung umstandslos auf eine körperliche Schädigung zurückzuführen ist und auch Behinderung als soziale Benachteiligung ursächlich aus einer Beeinträchtigung bzw. Schädigung resultiert. Ein umgekehrt wirksamer Prozess, der von der sozialen Benachteiligung über die Beeinträchtigung zur Schädigung laufen würde, wie es etwa bei Lernbehinderung oder Hospitalisierungsprozessen durchaus der Fall sein kann, war auf Basis der ICIDH nicht denkbar. Die Klassifikation implizierte vielmehr eine Einbahnstraße, die von der Schädigung ausging und in der Behinderung endete; sie begründete somit Behinderung letztlich als direkte Folge einer medizinischen Pathologie. Zwar wurden die gesellschaftlichen Dimensionen nicht ausgeblendet; sie wurden jedoch eher als Auswirkung eines biologisch-organischen Schadens und nicht in ihrer eigenen Dynamik berücksich-

tigt. Das Klassifikationsmodell von 1980 beinhaltet somit einen protonormalistischen Kern, wenngleich es auf den ersten Blick flexibilisierend daherkam.

Als Konsequenz der vielfach formulierten Kritik begann die WHO zu Beginn der neunziger Jahre mit der Revision der ICIDH. In mehreren Schritten wurde das Klassifikationssystem grundlegend überarbeitet und schließlich im Mai 2001 unter der Bezeichnung „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (kurz: ICF; auf deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet (vgl. die autorisierte Fassung [30], die deutsche Übersetzung [4]; für einen Einblick in die Umsetzungspraxis in Deutschland und der Schweiz [7, 8, 20, 23, 24]).²

Statt eines dreidimensionalen, kausalen Begriffssystems, wie es die ICIDH vorsah, hat man sich nun für eine komplexere, matrixähnliche Struktur entschieden. Diese ermöglicht Multifaktorialität, -kausalität und -dimensionalität. Die Basis des Modells bilden zwei Teile, die wiederum jeweils zwei Komponenten beinhalten. Der erste Teil heißt „functioning³ and disability“, den zweiten Teil bilden die „contextual factors“. „Functioning and disability“ differenziert sich in die beiden Komponenten „body functions and structures“ sowie in „activities and participation“. Im Bereich der Kontextfaktoren werden die beiden Komponenten „environmental factors“ und „personal factors“ unterschieden; hierbei werden Letztere aufgrund ihrer Variabilität in der ICF nicht klassifiziert und deshalb auch nicht näher definiert.⁴ Die ICF-Komponenten werden in

² Zum Zeitpunkt der Erarbeitung dieses Beitrags existiert nur der autorisierte englische Text der ICF. Über www.dimdi.de ist eine deutsche Korrekturversion einsehbar (vgl. [4]). Vergleicht man die beiden Fassungen miteinander, sind Übersetzungsunterschiede augenfällig, die durchaus inhaltliche Relevanz besitzen. Ich orientiere mich deshalb vorzugsweise an dem englischen Text.

³ „Functioning“ wurde im Deutschen mit „Funktionsfähigkeit“ übersetzt.

⁴ Diese Einordnung hat übrigens zur Konsequenz, dass zentrale gesellschaftliche Differenzierungsmerkmale, wie Alter, Geschlecht und ethnische Herkunft, in der Klassifikation nicht (mehr) berücksichtigt werden. Wenig systematisch mutet auch an, dass neben den genannten Kategorien folgende Aspekte in

der englischen Textfassung folgendermaßen charakterisiert:

- *Body functions* are the physiological functions of body systems (including psychological functions).
- *Body structures* are anatomical parts of the body such as organs, limbs and their components.
- *Impairments* [dt.: Schädigungen, Anmerk. der Autorin] are problems in body function or structure such as significant deviation or loss.
- *Activity* is the execution of a task or action by an individual.
- *Participation* is involvement in a life situation.
- *Activity limitations* [dt.: Beeinträchtigungen der Aktivität, Anmerk. der Autorin] are difficulties an individual may have in executing activities.
- *Participation restrictions* [dt.: Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe], Anmerk. der Autorin] are problems an individual may experience in involvement in life situations.
- *Environmental factors* make up the physical, social and attitudinal environment in which people live and conduct their lives“ ([30], S. 10; Hervorh. dort).⁵

ungeordneter Reihenfolge aufgezählt werden und ebenfalls unberücksichtigt bleiben: „... other health conditions, fitness, lifestyle, habits, upbringing, coping styles, social background, education, profession, past und current experience (past life events and concurrent events), overall behaviour pattern and character style, individual psychological assets and other characteristics“ ([30], S. 17). An anderer Stelle heißt es lapidar: „Their assessment is left to the user, if needed“ ([30], S. 19). Mit anderen Worten: Insbesondere soziologisch und sozialpsychologisch relevante Aspekte werden außer Acht gelassen.

⁵ Deutsche Version: „*Körperfunktionen* sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen (einschließlich psychologische Funktionen). *Körperstrukturen* sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile. *Schädigungen* [engl.: „impairments“, Anmerk. der Autorin] sind Beeinträchtigungen einer Körperfunktion oder -struktur, wie z. B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust. Eine *Aktivität* bezeichnet die Durchführung einer Aufgabe oder Handlung (Aktion) durch einen Menschen. *Partizipation* [Teilhabe] ist das Einbezogensein in eine Lebenssituation. *Beeinträchtigungen der Aktivität* [engl.: „activity limitations“, Anmerk. der Autorin] sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei der

Schaut man sich diese Reihe von Definitionen an, so fallen sowohl die neue Nomenklatur als auch Übersetzungsunterschiede ins Auge. Im Vergleich zur ICDH kommt in der Originalversion der ICF zwar der Begriff „impairment“ vor, jedoch fehlen nun „disability“ und „handicap“. In dem englischen Kapitel zur neuen Terminologie ([30], S. 213) findet man den Hinweis, dass die Formulierungen „activity limitations“ und „participation restrictions“ die alten Begriffe „disability“ und „handicap“ ersetzen sollen. Im Gegensatz dazu hat man sich in der deutschen Korrekturversion [4] dafür entschieden, die neue englische Wortwahl nicht aufzunehmen. Stattdessen werden die beiden Begriffe „limitation“ und „restriction“ mit demselben Wort, nämlich „Beeinträchtigung“ übersetzt. Allerdings war „Beeinträchtigung“ bereits in der deutschen ICDH-Nomenklatur benutzt worden, und zwar zumeist für „disability“ im alten Sinne – Verständnisprobleme sind also vorprogrammiert. Zudem hat man mit dieser Begriffswahl zumindest für den deutschen Sprachraum eine Chance vergeben. Diese hätte darin bestanden, das eigene Vokabular wortgetreuer an der englischen Fassung auszurichten und auf diese Weise eine stärker flexibel-normalistisch ausgerichtete Nomenklatur zu entwickeln. Als genereller Eindruck fällt auf, dass sich die deutsche Version weniger konsequent als die englische Fassung von protonormalistischen Implikationen zu lösen vermag. Die Übersetzungen von „functioning“ als „Funktionsfähigkeit“, von „limitation“, „restriction“ und auch „problem“ als „Beeinträchtigung“ sind Beispiele für eine stärker normativ konnotierte Sprache in der deutschen Übersetzung.⁶

Durchführung einer Aktivität haben kann. *Beeinträchtigungen der Partizipation* [Teilhabe; engl.: „participation restrictions“, Anmerk. der Autorin] sind Probleme, die ein Mensch beim Einbezogensein in eine Lebenssituation erlebt. Umweltfaktoren bilden die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt ab, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten“ ([4], S. 14; Hervorh. dort).

⁶ Andererseits kann eingewandt werden, dass auch die englische Fassung der Normativität nicht entkommt. Besonders deutlich wird dies in der Verwendung der Begriffe „capacity“ (dt.: Leistungsfähigkeit) und „performance“ (dt.: Leistung) als Beurteilungsmerkmale. Zwar hat „capacity“ auch die eher deskriptive Bedeutung von „Fähigkeit“ und „Vermögen“, und „performance“ kann übersetzt werden mit „Vorführung“,

Zur englischen Terminologie werden in der ICF folgende Ausführungen gemacht ([30], S. 242): Auf „handicap“ sei ganz verzichtet worden, da das Wort im Englischen eine stark abwertende Konnotation besitzt. Bei „disability“ habe man dem Einfluss von behinderten Menschen⁷ nachgegeben und die Entscheidung gefällt, den Begriff nicht als eigene Komponente, sondern als „overall umbrella term“ zu verwenden ([30], S. 242).

Mit anderen Worten: In der ICF hat „disability“ offensichtlich den Platz des „handicap“ eingenommen und eine neue, erweiterte Bedeutung erhalten. Um zu erfahren, was in der englischen Version der ICF unter der übergeordneten Kategorie „Behinderung“ verstanden wird, kann man sich nicht allein auf die Definitionen der Komponenten beziehen, sondern muss nochmals auf die Suche gehen. Es findet sich folgende Erläuterung: „The components of Functioning and Disability in Part 1 of ICF can be expressed in two ways. On the one hand, they can be used to indicate problems (e.g. impairment, activity limitation or participation restriction summarized under the umbrella term disability); on the other hand they can indicate nonproblematic (i.e. neutral) aspects of health and health-related states summarized under the umbrella term functioning“ ([30], S. 8).⁸

„Durchführung“ und „Verrichtung“ (oder auch eher frei mit „Rollenhandeln“), jedoch sind beide Termini zugleich eng verknüpft mit der Leistungsgesellschaft. Insofern ist es adäquat, in der deutschen Version „Leistungsfähigkeit“ und „Leistung“ zu benutzen. Als Nebeneffekt dieser Wortwahl fallen allerdings die im Englischen noch vorhandenen weiteren Konnotationen weg.

⁷ Während hierzulande eine Diskussion der ICF aus Sicht behinderter Menschen noch aussteht, hat bereits die ICIDH2 als Vorläuferversion innerhalb der angloamerikanischen *Disability Studies* heftige Kontroversen provoziert. Die Standpunkte sind sehr unterschiedlich: Während Bury [1] argumentiert, das Klassifikationsmodell sei hilfreich für Sozialpolitik und Sozialplanung und deshalb im Interesse behinderter Menschen, formuliert Pfeiffer [18] eine Polemik und stellt eine Verbindung zu Eugenik und Euthanasie her. Aus feministischer Sicht äußert Hurst [9] eine differenzierte Kritik und die Hoffnung, dass vor allem wegen des höheren Stellenwerts der Umweltfaktoren die Betroffenen das Modell für ihre Zwecke nutzen können.

⁸ Deutsche Version: „Die Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung in Teil 1 der ICF können in zweifacher Weise betrachtet werden. Zum einen können sie verwendet werden, um Probleme aufzuzeigen (z. B. Schädigungen, Beeinträchti-

Und an anderer Stelle heißt es: „Disability is characterized as the outcome or result of a complex relationship between an individual’s health condition and personal factors, and of the external factors that represent the circumstances in which the individual lives. Because of this relationship, different environments may have a very different impact on the same individual with a given health condition“ ([30], S. 17.⁹

Einmal ist bemerkenswert, dass die Kontextfaktoren nun einen systematischen Stellenwert erhalten haben und das Verhältnis zwischen Behinderung und Umwelt nicht mehr nur als eine Einbahnstraße, sondern eher als eine Wechselwirkung verstanden wird. Zum anderen muss festgehalten werden, dass offensichtlich in der ICF Behinderung als das Ergebnis von „Problemen“ angesehen wird. Probleme können bei den Körperfunktionen und/oder -strukturen auftauchen und gelten dann als „impairment“, sie können außerdem aus eingeschränkter Aktivität oder Partizipation resultieren. In jedem Fall stellen die Probleme, die unter die Bezeichnung „disability“ subsumiert werden, das Gegenteil dessen dar, was in der ICF als „functioning“ (dt.: Funktionsfähigkeit) bezeichnet wird, nämlich der unproblematischen, neutralen Aspekte von Gesundheit und von mit Gesundheit verbundenen Zuständen. Kurz, auch in der ICF figuriert „disability“ offenbar als negativer Pol eines größeren Normalfeldes, dessen Bezugspunkt die Gesundheit darstellt und das im Inneren dichotom strukturiert ist. Dazu heißt es unmissverständlich in der englischen Textfassung: „Disability is an umbrella term for

gungen der Aktivität oder Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe], zusammengefasst unter dem Oberbegriff *Behinderung*). Zum anderen können sie verwendet werden, um nicht problematische (z. B. neutrale) Aspekte des Gesundheitszustands und der mit Gesundheit zusammenhängenden Zustände aufzuzeigen (zusammengefasst unter dem Oberbegriff Funktionsfähigkeit)“ ([4], S. 12; Hervorh. dort).

⁹ Deutsche Version: „Behinderung ist gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Gesundheitsproblem eines Menschen und seinen personalbezogenen Faktoren einerseits und der externen Faktoren, welche die Umstände repräsentieren, unter denen Individuen leben, andererseits. Wegen dieser Beziehungen können verschiedene Umweltkonstellationen sehr unterschiedliche Einflüsse auf denselben Menschen mit einem Gesundheitsproblem haben“ ([4], S. 20).

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)" ([30], S. 213).

Fragt man im zweiten Schritt nach dem Stellenwert von Norm und Normalität in dem neuen Behinderungsmodell, so muss man zunächst konstatieren, dass sich in der oben wiedergegebenen Komponenten-Definition ([30], S. 10) diese Begrifflichkeiten nicht mehr finden. Sehr bewusst hat man sich um eine wertneutrale Sprache bemüht. Im Unterschied zur ICIDH wird die Komponente „impairment“ nicht mehr als „anomaly“, sondern als „problem“ (dt.: „Beeinträchtigung“) oder „significant deviation“ (dt.: „wesentliche Abweichung“) beschrieben. Auf der funktionellen und gesellschaftlichen Ebene ist der Bezug auf Normgeltung und Rollenerwartungen völlig weggefallen; die Komponenten „activity“ und „participation“ weisen nun „limitations“ (dt.: Beeinträchtigungen) und „restrictions“ (dt.: Beeinträchtigungen) beziehungsweise „difficulties“ (dt.: Schwierigkeiten) und „problems“ (dt.: Probleme) auf. Vertieft man sich allerdings in die Lektüre der ICF-Erläuterungen, wird man der Norm doch wieder begegnen. Beispielsweise wird der verwendete Körperbegriff so beschrieben: „Impairments of structure can involve an *anomaly*, defect, loss or other significant deviation in body structures“ ([30], S. 12; Hervorh. von der Autorin).¹⁰

Auch an anderer Stelle findet sich der medizinische Normalitätsbegriff wieder, etwa als „genetic abnormality“ (dt.: „genetische Abnormalität“) oder „dysfunction in body functions or structures“ (dt.: „Dysfunktion in Körperfunktionen oder –strukturen“; [30], S. 13). Bemerkenswerter als dieser eigentlich zu erwartende Befund ist allerdings die Entdeckung, dass die normalistische Norm nun eine zentrale Bedeutung erhalten hat. Sie taucht im Kontext der ICF als so genannter Bevölkerungsstandard auf und hat offensichtlich die Stelle eingenommen, die zuvor von der medizinischen Norm

besetzt war (vgl. hierzu auch [4], S. 132). Während Letztere in den Hintergrund tritt, wird die Bevölkerungsnorm zur entscheidenden Richtschnur. Bezogen auf die Schädigungsebene heißt es etwa: „Impairments represent a deviation from certain *generally accepted population standards* in the biomedical status of the body and its functions“ ([30], S. 12; Hervorh. von der Autorin).¹¹

Bei der Messung der Kategorien „capacity“ (dt.: Leistungsfähigkeit) und „performance“ (dt.: Leistung) wird ebenfalls mit der Bevölkerung als Bezugsgröße gearbeitet: „Limitations or restrictions are assessed against a *generally accepted population standard*. The standard or norm against which an individual's capacity and performance is compared is that of an individual without a similar health condition (disease, disorder or injury, etc.) The limitation or restriction records the discordance between the observed and the expected performance. The expected performance is the population norm, which represents the experience of people without the specific health condition“ ([30], S. 15 f.; Hervorh. von der Autorin).¹² Ganz im Sinne des Normalismus hat in der ICF der Bezugsgruppenvergleich einen systematischen Stellenwert erhalten. Offensichtlich besitzt er die Funktion, die Wertproblematik zu umgehen, die mit der Normativität verbunden ist. Gleichzeitig dient er als Maßstab, um die einzelnen in der Behinderungslandschaft zu positionieren. Besonders aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang die ICF-Checklist [10],

¹¹ Deutsche Version: „Schädigungen stellen eine Abweichung von gewissen, *allgemein anerkannten Standards* bezüglich des biomedizinischen Zustands des Körpers und seiner Funktionen dar.“ ([4], S. 16; Hervorh. AW) Bemerkenswert ist, dass in der deutschen Übersetzung dieser Passage das englische Wort „population“ weggefallen ist.

¹² Deutsche Version: „*Beeinträchtigungen der Aktivität oder Partizipation [Teilhabe]* werden vor dem Hintergrund allgemein akzeptierter Bevölkerungsstandards beurteilt. Der Standard oder die Norm, mit der die Leistungsfähigkeit und Leistung einer Person verglichen wird, ist die eines Menschen ohne ein vergleichbares Gesundheitsproblem (Krankheit, Gesundheitsstörung oder Verletzung usw.). Die Einschränkung oder Beeinträchtigung dokumentiert den Gegensatz zwischen der beobachteten und erwarteten Leistung. Die erwartete Leistung ist die Bevölkerungsnorm, welche die Erfahrung von Menschen ohne dieses besondere Gesundheitsproblem repräsentiert“ ([4], S. 19; Hervorh. dort).

¹⁰ Deutsche Version: „Schädigungen der Struktur können eine *Anomalie*, ein Defekt, Verlust oder eine andere wesentliche Abweichung der Körperstruktur sein“ ([4], S. 16; Hervorh. von der Autorin).

die für die Anwendung des Klassifikationssystems in klinischen Kontexten eine Gebrauchsanweisung liefert. Sie sieht vor, dass bei der Befragung der behinderten Person zu der Komponente „activities and participation“ die folgende Frage gestellt wird: „How does this compare with someone, just like yourself only without your health condition?“ ([10], S. 10 ff.).

Aus normalitätstheoretischer Sicht beinhaltet diese Frage die Aufforderung zur normalistischen Selbstverortung. Die behinderte Person wird mit der Aufgabe konfrontiert, sich mit ihren „peers“ zu vergleichen: Wer oder wie bin ich bzw. wie handle ich im Vergleich zu den anderen? Das ist die entscheidende Frage, die von der normalistischen Norm aufgeworfen wird. Ihr subtil-disziplinierender Charakter zeigt sich darin, dass nicht der Vergleich mit der Bezugsperson, die mit der gleichen gesundheitlichen Beeinträchtigung lebt, abverlangt, sondern als Maßstab ein imaginärer *nichtbehinderter* Anderer vorgegeben wird.

Die eigene Verortung in der normalistischen Landschaft von Gesundheit, Krankheit und Behinderung – dieses Erfordernis steht insbesondere im flexiblen Normalismus im Mittelpunkt. Denn während der Protonormalismus sich damit zufrieden gibt, Normalitäten auf der Oberfläche, durchaus auch „Fassaden-Normalitäten“ ([13], S. 80) zu produzieren, ist der flexible Normalismus mit dem Gebot der Selbstnormalisierung eng verknüpft. Er macht Formen der Identitätsbildung und des Selbstmanagements notwendig, die sich an statistischen Kurvenlandschaften und Bezugsgruppen orientieren und diese für die individuelle Justierung des eigenen Verhaltens nutzen. Die Beobachtung, dass nun auch das neue Klassifikationssystem der WHO die Aufforderung zu normalisierenden „Subjekttaktiken“ ([13], S. 80) enthält, lässt die Schlussfolgerung zu, dass der aktuelle Behinderungsdiskurs den Anschluss an den flexiblen Normalismus gefunden hat.

Schlussbemerkung

Insgesamt erweist sich die normalismustheoretische Perspektive als anregend, um das Phänomen der Behinderung neu zu denken und aktuelle Entwicklungen theoretisch einzuordnen. Auf den Ebenen des Diskurses und der

Politik lässt sich das Wirken flexibel-normalistischer Strategien tatsächlich feststellen. Die Detailanalyse zeigt allerdings auch, dass hinter der flexiblen Normalisierung häufig doch wieder die präskriptive Normativität hervorlugt. Anhand des neuen WHO-Klassifikationssystems lässt sich gut veranschaulichen, welche Anstrengungen in der Normalisierungsgesellschaft unternommen werden, um normative Wertungen zu vermeiden, ausgrenzende Ansätze zurückzudrängen und der Flexibilisierung mehr Raum zu geben. Allerdings zeigt dieses Beispiel auch, dass ein Entkommen aus der Polarität anscheinend kaum möglich ist. Es mag gelingen, innerhalb der Behinderungslandschaft die Zwischenräume und Übergangszonen zu erweitern, die Kontextualisierung des Behinderungsbegriffs kann erreicht werden und auch mit der Selbstverortung wird man sicherlich erfolgreich sein, doch verhindert werden kann offenbar nicht, dass das dichotom strukturierte, normalistische Feld als solches und damit auch die Normalitätsgrenze bestehen bleibt. Trotz aller Bemühungen um Deskription und Wertneutralität, trotz des Bezugs auf Statistik und Bezugsgruppen, trotz des Zurückdrängens biomedizinischer Kategorisierungen, ein entscheidender Aspekt sperrt sich gegen die Flexibilisierungsverfahren: Die normative Bewertung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen ändert sich kaum. Weiterhin bildet Behinderung den negativ beurteilten Gegensatz zu einem positiv besetzten Phänomen. Vor dem Hintergrund dieser Beharrungstendenz ist es allerdings fraglich, ob es als Fortschritt bewertet werden kann, wenn künftig der Positivpol von Behinderung nicht mehr Normalität, sondern „Funktionsfähigkeit“ genannt wird.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. Anne Waldschmidt

Soziologie in der Heilpädagogik,
Sozialpolitik und Sozialmanagement, Universität zu Köln,
Frangenheimstr. 4, 50931 Köln
E-Mail: anne.waldschmidt@uni-koeln.de

Literatur

1. Bury M (2000) A comment on the ICIDH2. *Disabil Soc* 15:1073–1077
2. Canguilhem G (1974) *Das Normale und das Pathologische*. Hanser, München
3. Cloerkes G (2001) *Soziologie der Behinderten*, 2. neu bearb. u. erw. Aufl. Winter, Heidelberg

4. DIMDI, Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hrsg) (2002) ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Entwurf zu Korrekturzwecken, Stand 24. Sept. 2002.ftp://ftp.dimdi.de/pub/klassi/icfkor.pdf . Gesehen 11.04.2003
5. Dupuis G, Kerkhoff W (Hrsg) (1992) Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete. Marhold, Berlin
6. Eisenberger J et al. (Hrsg) (1999) Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach: Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Diakonie, Reutlingen
7. Ewert T, Cieza A, Stucki G (2003) Die ICF in der Rehabilitation. Physikal Med Rehabilitationsmed Kurortmed 12:157–162
8. Hollenweger J, Hefti H (2002) ICF-Klassifikation: eine geeignete Grundlage für praxistaugliche Messinstrumente? Manag Care 6:31–34
9. Hust R (2000) To revise or not to revise. Disab Soc 15:1083–1087
10. ICF Checklist (2001) Version 2.1a, Clinician form for international classification of functioning, disability and health. World Health Organization, Genf
11. Kossens M, Maaß M, Steck B, Wollschläger F (2003) Grundzüge des neuen Behindertenrechts. SGB IX und Gleichstellungsgesetz. Beck, München
12. Lindmeier C (1993) Behinderung – Phänomen oder Faktum? Klinkhardt, Bad Heilbrunn
13. Link J (1998) Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird, 2. akt. u. erw. Aufl. Westdeutscher Verlag, Opladen
14. Miles-Paul O (1992) „Wir sind nicht mehr aufzuhalten“. Behinderte auf dem Weg zur Selbstbestimmung. AG SPAK, München
15. Mittler KJ, Zirden H (1997) Eine Kampagne? Eine Kampagne! Warum es die „Aktion Grundgesetz“ gibt. In: Arnade S et al. (Hrsg) Die Gesellschaft der Behinderten. Das Buch zur Aktion Grundgesetz. Rowohlt, Reinbek, S 19–27
16. Nirje B (1994) Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. Vierteljahresschr Heilpaedagog Nachbargebiet 63:12–35
17. Peuckert R (2003) Stichwort „Norm, soziale“. In: Schäfers B (Hrsg) Grundbegriffe der Soziologie, 8. überarb. Aufl. Leske + Budrich, Opladen, S 255–258
18. Pfeiffer D (2000) The devils are in the details: the icidh2 and the disability movement. Disab Soc 15:1079–1082
19. Prengel A (1993) Pädagogik der Vielfalt. Verschiedenheit und Gleichberechtigung in Interkultureller, Feministischer und Integrativer Pädagogik. Leske + Budrich, Opladen
20. Rentsch HP et al. (2001) Umsetzung der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) in die Alltagspraxis der Neurorehabilitation. Ein interdisziplinäres Projekt am Kantonsspital Luzern. Neurol Rehabil 7:171–178
21. Ritter H (1984) Stichwort „Normal, Normalität“. In: Ritter J, Gründer K (Hrsg) Historisches Wörterbuch der Philosophie, 6. Bd. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, S 906–928
22. Rolf T (1999) Normalität: Ein philosophischer Grundbegriff des 20. Jahrhunderts. Fink, München
23. Schuntermann MF (2001) Behinderung nach ICF und SGB IX – Erläuterungen und Vergleich. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg) Reha-Info, Frankfurt/M., o. Jg. (6): 20–23
24. Schuntermann MF (2003) Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung 58:52–59
25. Thimm W, Ferber C von, Schiller B, Wedekind R (1985) Ein Leben so normal wie möglich führen... Zum Normalisierungskonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark. Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V., Marburg
26. Waldschmidt A (1998) Aussonderung oder Selbstbestimmung? Behinderungsbegriffe und ihre Konsequenzen. In: Kolb S, Seithe H im Auftrag der IPPNW (Hrsg) Medizin und Gewissen: 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß. Mabuse, Frankfurt/M, S 350–360
27. Waldschmidt A (1998) Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung: Veränderungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. Soz Probl 9:3-25
28. Waldschmidt A (2003) Ist Behindertsein normal? Behinderung als flexibelnormalistisches Dispositiv. In: Coerkes G (Hrsg) Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Winter, Heidelberg, S 83–101
29. WHO, World Health Organization (1980) International classification of impairments, disabilities, and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease. World Health Organization, Genf
30. WHO, World Health Organization (2001) International classification of functioning, disability and health: ICF. World Health Organization, Genf