

Marianne Hirschberg

Behinderung im internationalen Diskurs

Die flexible Klassifizierung der
Weltgesundheitsorganisation

Inhalt

Geleitwort.....	9
1 Einleitung.....	11
2 Klassifikationen von Krankheit und Behinderung.....	21
2.1 Systematische Überlegungen.....	21
2.2 Entwicklung von Klassifikationen.....	24
2.2.1 Exemplarische Entwicklung vor der Neuzeit.....	24
2.2.2 Entwicklung medizinischer Systematisierungen im Europa der Neuzeit.....	28
2.3 Medizinische und verwandte Klassifikationen ab dem 19. Jahrhundert.....	32
2.3.1 Die Internationale Nomenklatur von Todesursachen.....	33
2.3.2 Übernahme der Internationalen Klassifikationen von Krankheiten durch die Weltgesundheitsorganisation...	35
2.3.3 Entwicklung einer Amerikanischen Klassifikation psychischer Störungen.....	39
2.3.4 Die Familie Internationaler Klassifikationen der WHO.....	41
2.4 Entstehungsgeschichte der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).....	44
2.4.1 Die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD)...	45
2.4.2 Die erste Internationale Klassifikation von Behinderung (ICIDH).....	46
2.4.3 Die Entwicklung von der ICIDH zur ICF.....	52
2.4.4 Die zweite Internationale Klassifikation von Behinderung (ICF).....	55

2.4.5	Wie wird klassifiziert?	57
2.5	Sozial- und gesundheitspolitische Funktionen von Klassifikationen.....	62
2.5.1	Allgemeine Funktionen von Klassifikationen und anderen Beurteilungssystemen	62
2.5.2	Behinderung und Leistungsanspruch	63
2.5.3	Anwendung von WHO-Klassifikationen im Sozialsystem..	68
2.5.4	Bedeutung der ICF im Rechtswesen	69
2.6	Klassifikationen im Spannungsfeld zwischen sozialer Teilhabe und sozialer Ausgrenzung.....	70
2.6.1	Stigmatisierungen als mögliche Folge von Klassifikationen	72
2.6.2	Individuumsbezogene oder gesellschaftsbezogene Klassifizierung?	73
2.6.3	Spannungsverhältnis zwischen der Begründung von Ansprüchen und Stigmatisierung	74
2.7	Einsatzgebiete und Implementation der ICF.....	75
2.7.1	Vorgesehene Einsatzgebiete	76
2.7.2	Exemplarische Darstellung des Implementationsstandes	77
2.8	Rezeption der ICF	89
2.8.1	Sozialmedizinische Diskussion	89
2.8.2	Sozialwissenschaftliche und behindertenpädagogische Diskussion	94
2.9	Fazit.....	100
3	Theoretische und methodische Grundlagen der Diskursanalyse	103
3.1	Behinderung: ein voraussetzungsreicher und mehrdimensionaler Begriff.....	103
3.1.1	Der Behinderungsbegriff im medizinischen Modell	106
3.1.2	Der Behinderungsbegriff in den Disability Studies – das soziale Modell.....	112
3.1.3	Verhältnis der Theorieansätze.....	122
3.2	Theoretische Grundlagen	124
3.2.1	Diskurs	128
3.2.2	Macht und Subjekt	131

3.2.3	Normalität und Subjekt	139
3.3	Methodische Grundlagen.....	146
3.3.1	Diskursanalytische Begriffsbestimmungen	148
3.3.2	Modifizierungen diskursanalytischer Verfahren für die Klassifikationsanalyse	152
3.4	Fazit.....	155
4	Analyse der Hauptstrukturen der ICF	157
4.1	Untersuchung von Konzeption und Ausarbeitung der ICF-Komponenten	157
4.1.1	Körperfunktionen und -strukturen, Schädigungen.....	158
4.1.2	Aktivität und Partizipation, Aktivitätsbeeinträchtigungen und Partizipationseinschränkungen	165
4.1.3	Umweltfaktoren, Barrieren und Unterstützungsfaktoren..	177
4.1.4	Personbezogene Faktoren	190
4.2	Untersuchung der qualitativen Bewertung inhaltlicher Schwerpunkte.....	195
4.2.1	Genetische Faktoren	195
4.2.2	Gesundheit.....	202
4.2.3	Positive Klassifizierung.....	207
4.2.4	Ethische Leitlinien	212
4.2.5	Veränderung von einem linearen zu einem interaktiven Verhältnis der Komponenten.....	218
4.2.6	Subjektives Wohlbefinden und Lebensqualität	225
4.2.7	Perspektive des befragten Menschen.....	229
4.3	Fazit der Strukturanalyse.....	234
5	Feinanalyse	244
5.1	Die sprachlichen Mittel der ICF	244
5.1.1	Textoberfläche	245
5.1.2	Sprachstil.....	249
5.1.3	Inhaltliche Referenzen	253
5.2	Geistige Behinderung in der ICF	258
5.2.1	Abbildung des Phänomens <i>geistige Behinderung</i>	259

5.2.2	Komplementäre Anwendung von ICF und ICD-10	270
5.3	Fazit der Feinanalyse	278
6	Gesamtanalyse	282
6.1	Diskursstranganalyse.....	282
6.2	Der biopsychosoziale Ansatz als konzeptioneller Hintergrund..	289
6.3	Ergebnisse der Klassifikationsanalyse – Opposition oder Bandbreite von Behinderung und Normalität?.....	299
7	Quo vadis, ICF? Ergebnisse und Ausblick.....	309
7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	309
7.2	Auflösung oder Beibehaltung der Kategorie Behinderung?.....	314
7.3	Perspektiven für eine zukünftige Klassifikation von Behinderung	322
7.4	Forschungsperspektiven	329
	Abbildungen	332
	Tabellen	333
	Register	335
	Literatur.....	337

3 Theoretische und methodische Grundlagen der Diskursanalyse

Dieses Kapitel stellt die theoretischen und methodischen Grundlagen der ICF-Analyse dar. Im Zentrum steht der Begriff Behinderung, dessen Dimensionen und Interpretationen in verschiedenen Kontexten ausgeleuchtet werden. Des Weiteren wird geklärt, was unter Diskursen verstanden wird und welche diskurstheoretischen und -analytischen Ansätze dieser Arbeit zugrunde gelegt sind. Es wird begründet, weshalb sich die diskurstheoretischen Ansätze dazu eignen, die ICF als Klassifikation von Behinderung theoretisch zu reflektieren und als Basis für die Analyse der ICF zu dienen. Daran anschließend wird ausgeführt, welche diskursanalytischen Ansätze zur Untersuchung der ICF herangezogen und welche Modifikationen dazu vorgenommen werden. Die diskursanalytischen Methoden bauen auf den diskurstheoretischen Ansätzen auf und eignen sich daher, um die theoretischen Grundlagen analytisch umzusetzen.

3.1 Behinderung: ein voraussetzungsreicher und mehrdimensionaler Begriff

Seit der erstmaligen Verwendung des Begriffs *Behinderte* 1919 als Bezeichnung für körperlich beeinträchtigte Menschen (vgl. 2.1, Biesalski 1926) wurden die Begriffe Behinderung beziehungsweise Behinderter unterschiedlich definiert (vgl. unter anderem Bach 1976, Schildmann 1983, Jantzen 1987, Cloerkes 1988, Bleidick 1999, Schildmann 2000a, Sander 2002 sowie 3.1.1 und 3.1.2). Das vorliegende Werk versteht den Begriff Behinderung als Zusammenspiel von Behindertsein und Behindertwerden. Hierzu führte Schildmann bereits 1983 aus: »Der Prozess der Behinderung, das heißt des Behinderens beziehungsweise des Behindert-Werdens, schlägt also bei der ei-

nen der beiden beteiligten Gruppen um in die Lebensqualität des Behindertseins« (1983: 40).

Diese Definition greift zum einen die biologische Dimension auf, mit der Behinderung als körperliche, seelische oder geistige Manifestation betrachtet wird.⁹⁷ Dies wird mit der ICF als Schädigung und gegebenenfalls auch als Aktivitätsbeeinträchtigung gefasst. Zum anderen verweist dieses Zusammenspiel gleichzeitig auf die gesellschaftliche Dimension, da Menschen behindernde Bedingungen oder Benachteiligungen als Behinderung erfahren. Diese Bedingungen werden mit der ICF als Partizipationseinschränkung aufgrund von gesellschaftlichen Barrieren beziehungsweise benachteiligenden Umweltfaktoren bezeichnet.

Schildmann bezieht sich auf Jantzens Charakterisierung von Behinderung, der Behinderung in seiner bereits 1973 aufgestellten Arbeitsdefinition als Produkt des Verhältnisses zwischen individuellen Merkmalen und gesellschaftlichen Vorstellungen darlegt:

»Behinderung kann nicht als naturwüchsig entstandenes Phänomen betrachtet werden. Sie wird sichtbar und damit erst als Behinderung existent, wenn Merkmale und Merkmalskomplexe eines Individuums aufgrund sozialer Interaktion und Kommunikation in Bezug gesetzt werden zu gesellschaftlichen Minimalvorstellungen über individuelle und soziale Fähigkeiten. Indem festgestellt wird, dass ein Individuum aufgrund seiner Merkmalsausprägung diesen Vorstellungen nicht entspricht, wird Behinderung offensichtlich, sie existiert als sozialer Gegenstand erst von diesem Augenblick an.« (zit. nach Jantzen 1992: 18)

Mit dieser Erklärung weist Jantzen auf die untrennbare Beziehung biologischer, psychischer und sozialer Prozesse hin. Sofern individuelle Merkmale die gesellschaftlichen Erwartungen dessen, was als normal oder als Mindestmaß angesehen wird, nicht erfüllen, werden sie als Behinderung aufgefasst (vgl. ausführlich Jantzen 1974: 19ff.). Ob eine Behinderung von anderen als solche wahrgenommen wird, ist also grundsätzlich abhängig vom jeweiligen gesellschaftlichen Kontext. Jantzen spitzt diese Perspektive dahingehend zu, Behinderung primär als sozialen Gegenstand zu begreifen, der erst dann entstehe, wenn individuelle Merkmale gesellschaftlichen Minimalvorstellungen nicht entsprächen (vgl. Jantzen 1974).

Schildmann betont den interaktiven Prozess von Behindertsein und Behindertwerden unter Bezugnahme auf gesellschaftliche Normalitätsvorstel-

97 Die ICIDH unterscheidet drei Dimensionen von Behinderung: die körperliche/biologische (impairment), die individuelle (disability) und die gesellschaftliche (handicap), (vgl. Abb. 5).

lungen von Leistung und Gesundheit (vgl. 1983, 2000a, 2002). Im Rahmen ihrer normalismustheoretischen Forschungstätigkeit untersucht sie, wie sich diese Abhängigkeit konkretisiert: Eine Behinderung werde von den jeweils herrschenden gesellschaftlichen Normalitäten abgeleitet, die sich besonders auf den Feldern Leistung, Gesundheit und Intelligenz ausdrücken (vgl. Schildmann 2000a: 92, ausführlicher vgl. 3.2.2).⁹⁸

Im Folgenden werden zwei konträre Modelle von Behinderung, das medizinische und das soziale Modell,⁹⁹ dargestellt, um die unterschiedlichen Dimensionen von Behinderung aufzuzeigen. Hierdurch wird der theoretische Hintergrund erklärt, auf den sich die ICF bezieht (vgl. ICF 20). Da das medizinische Modell innerhalb der Disability Studies auch *individuelles Modell* genannt wird, werden beide Begriffe gleichbedeutend gebraucht. Die erste Bezeichnung verdeutlicht die Herkunft des medizinischen Modells: Es entstand in der Medizin, wurde jedoch mit der Entstehung der Humanwissenschaften von diesen übernommen und traditionell von ihnen vertreten. Dagegen betont die zweite Bezeichnung, dass das Individuum im Zentrum steht und der gesellschaftlichen Umwelt weniger Bedeutung zugemessen wird. Die Disability Studies definieren Behinderung in Abgrenzung zum medizinischen Modell, wobei sich zwei Strömungen unterscheiden lassen: eine sozial- und eine kulturwissenschaftliche (vgl. u. a. Oliver 1990, Morris 1991, Mitchell/Snyder 1997, Thomson 1997, Thomas 2002a). Die sozialwissenschaftlichen Ansätze stützen sich hauptsächlich auf das soziale Modell, die kulturwissenschaftlichen Ansätze beziehen sich dagegen eher auf das »minority group model« oder das Menschenrechtsmodell (Williams 2001: 125). In allen Modellen wird Behinderung konstruiert und mit einer bestimmten Bedeutung versehen; aufgrund seines langen Bestehens hat das medizinische Modell eine hohe Wirkungsmacht.

Definitionen haben unterschiedliche Funktionen: Sie konkretisieren Bedeutungen von Begriffen und vereinfachen die Verständigung. Anhand von Definitionen lassen sich Begriffe und ihre Bedeutungen unterscheiden. Hierbei bestimmt die Perspektive, aus der ein Begriff definiert wird, die Deutung des Begriffs entscheidend. Dies lässt sich auch an den verschiedenen Definitionen von Behinderung erkennen: Behindertenpädagogische, soziologische, medizinische, sozial- und kulturwissenschaftliche Disziplinen vertreten je-

98 Ulrike Schildmann hat Jürgen Links Normalismustheorie für die Behindertenpädagogik differenziert und fruchtbar gemacht (vgl. unter anderem Schildmann 2000a, 2001, 2002, 2004a).

99 Im Folgenden wird der Begriff *Modell* verwendet und die Konkretisierung von *Behinderung* weggelassen.

weils ihre eigenen Perspektiven, aus denen sie Behinderung betrachten und in deren Kontext sie Behinderung definieren. Eine Definition beruht also auf Voraussetzungen, die beachtet werden müssen, wenn man Begriffe diskutiert.

Zudem können Definitionen als Instrument verwendet werden, um unterschiedliche Interessen oder Ziele zu verfolgen. Definitionen bieten einen Einblick, »into the nature of the ›powers-that-be‹ who make and then use definitions to build, maintain, and advance their position in society« (Gregory 1997: 487). Gregory bezieht sich auf die Diskussion um die Modelle von Behinderung, im englischsprachigen Raum konkretisiert an der Kontroverse zwischen dem medizinischen und dem sozialen Modell von Behinderung. Er weist darauf hin, dass derjenige, der den Behinderungsbegriff definiert, mit der eigenen Perspektive Vorteile durchsetzen kann. Dieses Merkmal von Definitionen, ihre Bedeutung als Machtinstrument, ist mit den Interessen verschiedener Akteure verbunden: derjenigen, die Behinderung definieren; derjenigen, die von der Ausrichtung der Definition profitieren und schließlich behinderte Menschen selbst. Die weitere Diskussion der Behinderungsbegriffe und die Diskursanalyse der ICF greift dieses Merkmal von Definitionen als Machtinstrument auf, um die Definitionen von Behinderung nicht auf ein theoretisches Konstrukt zu reduzieren.

3.1.1 Der Behinderungsbegriff im medizinischen Modell

Angesichts dessen, dass das medizinische Modell bis in die 1970er Jahre die einzige und bis in die 1980er Jahre die offizielle und gewöhnliche Sicht auf Behinderung darstellte, lassen sich nur wenige AutorInnen finden, die das medizinische Modell primär vorstellen und noch nicht kritisieren (vgl. Sander 1985: 21). Die medizinische, individualisierende Perspektive wurde jedoch nicht nur als üblich angesehen, sondern sie war auch sicher verankert: »By the beginning of the twentieth century, the individual approach to disability – which sees its diagnosis and solution in medical knowledge – was securely entrenched« (Barnes et al. 1999: 21).

Kritische Aussagen zu finden, stellt dagegen eine geringere Schwierigkeit dar, da sich alternative Modelle, so konkret das soziale Modell, erst in Abgrenzung zu diesem allgemein üblichen, »übermächtigen« Modell gebildet haben (siehe unten). Das medizinische Modell ist nicht theoretisch begrün-