

Christoph Egen*, Hans-Peter Waldhoff

Modelle von Behinderung und historische Entwicklungslinien von Behinderungsprozessen. Ein prozesssoziologischer Versuch

Models of Disability and Historical Lines of Development of Disability Processes. A Process-sociological Trial

<https://doi.org/10.1515/zfsoz-2023-2015>

Zusammenfassung: Die bestehenden Modelle von Behinderung weisen eine geringe historische Erdung auf und können aufgrund ihrer teilweise politischen Motivation kaum als Rahmen einer – immer noch ausstehenden – Theorie der Behinderung dienen. Das prozesssoziologische Modell nach Norbert Elias bietet dagegen einen theoretischen Rahmen für die Beschreibung und Erklärung historischer Entwicklungen an, das kleinteilig zerlegte Sichtweisen und affektive Interpretationen historischer Phänomene vermeidet und diachrone, empirisch fundierte Epochenvergleiche als Synthese ermöglicht. Angewendet auf das Phänomen der Behinderung kann eine historische Analyse von Behinderungsprozessen und deren Richtungsänderungen über die Jahrhunderte, die heutige Sichtweise erweitern und ggf. Impulse für zukünftige Umgangsweisen mit dem Phänomen, das kontinuierlich an gesellschaftlicher Bedeutung gewinnt, geben.

Schlagworte: Behinderung; Funktionseinschränkung; Prozesssoziologie; Behinderungsprozesse.

Abstract: Existing Models of disability show less historical grounding and, due to their partly political motivation, can hardly serve as the framework for a – still outstanding – theory of disability. The process-sociological model according to Norbert Elias, on the other hand, offers a theoretical framework for the description and explanation of historical developments, which avoids fragmented perspectives

and affective interpretations of historical phenomena and enables diachronic, empirically based comparison of epochs as a synthesis. Applied to the phenomenon of disability, a historical analysis of disability processes and their directional changes over the centuries can expand today's perspective and, if necessary, provide impulses for future ways of dealing with the phenomenon, which is continuously gaining social importance.

Keywords: Disability; Functional Limitation; Process Sociology; Processes of Disability.

1 Einleitung

Spätestens seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahre 2009 gewinnt das Thema *Behinderung* in Deutschland zunehmend an Präsenz in Öffentlichkeit und Wissenschaft. Auch die im Frühjahr 2019 im Deutschen Bundestag geführte Debatte über die Kostenübernahme eines Bluttests zur Früherkennung von Trisomie 13, 18 und 21 erzeugte eine mediale Aufmerksamkeit auf die vorgeburtliche Selektion im Speziellen und somit auch auf das Thema des Umgangs mit Behinderung im Allgemeinen.

In der wissenschaftlichen Community hat das Thema *Behinderung* seit der Etablierung des Fachgebiets der *Disability Studies* und seit kurzem auch der *Teilhabe-forschung* an deutschen Universitäten und Hochschulen seine historische Außenseiterposition ein Stück weit verlassen. Trotz aller thematischen Präsenz bemängeln Vertreter*innen der Disability Studies noch immer eine weitgehende Theorielosigkeit (vgl. Waldschmidt 2020: 71). Eine Erklärung hierfür liegt darin, dass der Behinderungsbegriff eine extrem heterogene Menschengruppe umfasst und sich sehr unterschiedliche Fachgebiete (Rehabilitationswissenschaften, Sonderpädagogik, Heilpädagogik, Medizin, Soziologie, Psy-

*Korrespondenzautor: Christoph Egen, Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Rehabilitations- und Sportmedizin, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, E-Mail: egen.christoph@mh-hannover.de

Hans-Peter Waldhoff, Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover, Institut für Soziologie, Schneiderberg 50, 30167 Hannover, E-Mail: waldhoff@ish.uni-hannover.de

chologie etc.) mit jeweils anderen Blickwinkeln mit diesem Thema auseinandersetzen. Die verschiedenen Fachgebiete haben verschiedene Behinderungsverständnisse und arbeiten überwiegend an Modellen von *Behinderung*. Eine übergreifende Theoriebildung liegt bislang nicht vor.

Der folgende Text setzt sich mit dem Phänomen der *Behinderung* aus prozesssoziologischer Perspektive auseinander und versucht mit deren Hilfe eine noch weitgehend ausstehende Theorieentwicklung mit anzustoßen. Eine wirkliche Umsetzung einer prozesssoziologischen Untersuchung und Theoriebildung würde sicher einen erheblich größeren Forschungsaufwand erfordern, deswegen ist der folgende Versuch als „Theorie-Skizze“ (Breuer 1999: 5) zu verstehen.

Einleitend wird auf den vorhandenen Behinderungsbegriff und die existierenden Modelle von *Behinderung* eingegangen.

2 Zum Begriff der Behinderung

Der Begriff *Behinderung* hat eine relativ kurze Historie. In dem umfassendsten Wörterbuch der deutschen Sprache im 19. Jahrhundert bezog sich der Begriff *Behinderung* (lat. *Impedimentum*) ursprünglich auf etwas, das sich im Weg befand – z. B. ein Gepäckstück (vgl. Grimm & Grimm 1954: 1341). Die Wortbedeutung verwies somit nicht auf die *Eigenschaft* eines Menschen, sondern auf ein außerhalb eines Menschen liegendes Hindernis oder einen Vorgang – eine Bedeutung, die im aktuellen Behinderungsbegriff wieder auflebt.

Im Mittelalter wurden Menschen mit Funktionseinschränkungen noch mit Begriffen bezeichnet, die – mit Ausnahme des Krüppelbegriffs – relativ präzise die spezifischen Formen des offensichtlichen Gebrechens beschrieben (Blinder, Fußlahmer, Handloser etc.) (vgl. Schmuhl 2010: 11 f.).

Die sich langsam von der Chirurgie lösende Orthopädie versuchte Anfang des 20. Jahrhunderts den schon damals pejorativen Begriff des Krüppels zu ersetzen, um ihre zumeist wohlhabende Patientenlientel nicht in die begriffliche Nähe von Bewohnern der Ende des 19. Jahrhunderts erbauten „Krüppelheime“ der Inneren Mission zu bringen. Hierzu neugeschaffene bzw. umgedeutete Begriffskonstruktionen wie „Brestling“ oder „Hilfling“ setzten sich jedoch nicht durch (vgl. ebd.: 22 f.).

Anfang des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff *Behinderung* in der Fachwelt teilweise bereits verwendet; so spricht der Orthopäde Biesalski von „behinderten Kranken“ (vgl. Biesalski 1926: 10). 1934 wurde schließlich der Begriff

„körperliche Behinderte“ im Gesetz zur „Vereinheitlichung im Gesundheitswesen“ erstmalig kodifiziert. Dabei diente der hier im Sinn der nationalsozialistischen Ideologie gebrauchte Begriff vor allem zur leistungsbezogenen Abgrenzung der „erbgesunden, körperbehinderten Volksgenossen“ von „erbkranken, minderwertigen Krüppeln“ (vgl. Schmuhl 2010: 70).

In der Nachkriegszeit ersetzte der Behinderungsbegriff in der Amtssprache nach und nach die vorherigen Begrifflichkeiten und umfasste zunehmend auch den Bereich der geistigen und seelischen Behinderung. Im Brockhaus entwickelte sich das Lemma *Behinderung* schließlich in der 19. Ausgabe (1980) zu einem lexikalischen Schlüsselbegriff, was auf eine weitgehende Durchsetzung des Begriffs – auch in der Alltagssprache – hindeutet.

Die Begriffsentwicklung ging also über mehr oder weniger *konkrete* Begrifflichkeiten im Mittelalter über einen *Fachbegriff* in der Weimarer Republik hin zu einem *Abgrenzungsbegriff* im Dritten Reich. In der Nachkriegszeit setzte sich der Begriff dann als ein *Sammelbegriff* durch (vgl. Egen & Gutenbrunner 2021: 33 f.).

Die UN-BRK beschreibt in ihrer Präambel, dass sich das Behinderungsverständnis und somit implizit auch der Begriff kontinuierlich weiterentwickeln. Linguisten wiederum weisen darauf hin, dass ein Wechsel von Begrifflichkeiten geschichtlich so lange zu beobachten ist, wie die Einstellung gegenüber den Menschen, die mit diesen Begriffen bezeichnet werden, konstant bleibt; denn erst, wenn sich die Einstellung von nicht-behinderten Menschen gegenüber behinderten Menschen ändert, kann sich ein etablierter oder neuer Begriff ohne pejorative Konnotation langfristig durchsetzen. Ansonsten wird immer wieder ein neuer Begriff gesucht, der jedoch mittelfristig die negative Färbung des Vorgängerbegriffs annimmt und somit eine „euphemistische Treitmühle“ in Gang hält (vgl. Pinker 2003: 299 ff.).

Sowohl in den sozialwissenschaftlich als auch in den medizinisch geprägten Fachdisziplinen haben sich in der Nachkriegszeit unterschiedliche Definitionen von *Behinderung* entwickelt. Dies ist insofern plausibel, als dass jedes Fachgebiet eigene Ziele verfolgt und hierzu Definitionen benötigt, um einen entsprechenden Adressatenkreis festzulegen und anzusprechen. Mediziner verstanden darunter eher eine körperliche Schädigung, Psychologen stellten geistige Entwicklungsrückstände in den Vordergrund und Soziologen analysierten in erster Linie die gesellschaftliche Konstruktion des Phänomens der *Behinderung* (vgl. Mattner 2000: 115).

Auch wenn es keinen Zweifel daran gibt, dass sich Begriffe im stetigen Wandel befinden, so wird vor allem im sozialrechtlichen Bereich eine Definition mit klarer Grenzbeschreibung benötigt, da nur so rechtliche Leistungs-

ansprüche festgestellt und bewilligt werden können. Auch diese Definitionen befinden sich im Wandel. Im Sozialgesetzbuch IX gilt seit dem 01.01.2018 folgende, im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) überarbeitete, Definition:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“ (SGB IX, § 2, Abs. 1)

Um die Vorgaben der UN-BRK zu erfüllen, wurde in dieser Neudefinition eine Relativierung des früheren kausalen Zusammenhangs zwischen Funktions- und Teilhabebeeinträchtigung vorgenommen. Ihren Ursprung hat die Definition – wie bereits ihre Vorgängerin – in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) (vgl. WHO 2001). Die ICF versucht *Behinderung* und *Funktionsfähigkeit* nicht mehr als Eigenschaft einer Person zu konzipieren, sondern als das Ergebnis der Interaktion eines Menschen mit einem „Gesundheitsproblem“ und seiner Umwelt (Kontextfaktoren). *Behinderung* stellt folglich eine *situationsspezifische Erfahrung* dar, die ein Mensch macht, wenn er sich in einer Umgebung befindet, die ihn in seiner gesellschaftlichen Teilhabe einschränkt. Das bedeutet im Prinzip, dass Abweichungen von entsprechenden sozialen Normen im Aussehen und Verhalten sowie bestimmte Krankheiten (z. B. HIV) ebenfalls dazu führen können, Behinderung zu erfahren (im Sinne einer sozialen Funktionseinschränkung), ohne dass der „Tatbestand“¹ einer körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionseinschränkung vorliegt.

Darüber hinaus ist dieser Behinderungsbegriff ein *relationaler Begriff*. Zwei Menschen mit einer identischen Funktionseinschränkung können in sehr unterschiedlichem Ausmaß in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe eingeschränkt sein – je nach sozialem Umfeld und Persönlichkeitsstruktur. Soziale Prozesse verändern folglich genauso den Grad der Teilhabebeeinträchtigung wie entsprechende rehabilitative Individualmaßnahmen.

Der relationale Behinderungsbegriff spiegelt im begrenzten Rahmen den langen soziologischen Diskurs über Individuum und Gesellschaft wider; er symbolisiert die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft. Dieses Behinderungsverständnis lässt sich sozialrechtlich allerdings schwer operationalisieren, daher kommt hier derzeit der

Grad der Behinderung (GdB) zur Anwendung, der sich noch überwiegend nach medizinischen, individuellen Diagnosen richtet. Die jeweilige körperliche, geistige oder seelische Funktionseinschränkung und deren Einfluss auf ggf. andere Funktionen stellen den Indikator für das Ausmaß der Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe dar. Die Versorgungsmedizin-Verordnung, die die Feststellung des GdB regelt und somit den „Wert“ einer *Behinderung* bestimmt, wird derzeit allerdings vor dem Hintergrund des BTHGs teilhabeorientiert überarbeitet und kontrovers diskutiert.

Das im Artikel 1 der UN-BRK festgeschriebene relationale Behinderungsverständnis² – das im Gegensatz zum SGB IX ohne Bezug auf die Dauerhaftigkeit der Einschränkung und die für das Lebensalter typische Entwicklung auskommt – kann inzwischen als ein Minimalkonsens zwischen sozialwissenschaftlich und medizinisch geprägten Fachgebieten betrachtet werden. Diese Fachgebiete beeinflussten nicht nur die unterschiedlichen Behinderungsverständnisse, sondern auch die verschiedenen Modelle von *Behinderung*.

3 Zu den Modellen von Behinderung

In den 1970er Jahren begannen Menschen mit Funktionseinschränkungen³ für ihre Rechte einzutreten und wiesen durch öffentliche Demonstrationen auf gesellschaftliche Barrieren hin, die sie in ihrem Alltag *behinderten*. Die sich hieraus entwickelnde wissenschaftliche Strömung der *Disability Studies* unterstellte den medizinischen, therapeutischen und (heil)pädagogischen Berufen eine Sichtweise, die sie als *Medizinisches Modell von Behinderung* beschrieben.

2 „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ (Artikel 1, UN-BRK 2006).

3 Um keine begriffliche Verwirrung entstehen zu lassen, wird in dieser Arbeit von Menschen mit Funktionseinschränkungen gesprochen. Damit soll verdeutlicht werden, dass es immer schon Menschen mit körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionseinschränkungen gegeben hat, ob diese allerdings auch als *behindert* im Sinne einer sozialen Funktionseinschränkung zu bezeichnen sind, eine offene Frage ist. Eine soziale Funktionseinschränkung kann auch durch eine rein visuelle Abweichung von einer gesellschaftlichen Norm erfolgen, daher verwenden Disability Historians den Begriff der „verkörperten Andersheit“ als eine Analysekategorie für körperliche, geistige und seelische Auffälligkeiten bzw. Differenzen. Dies schließt dann aber eben auch die Diskussion um Schönheitsideale ein, was hier zu weit führen würde.

1 Wobei auch dieser „Tatbestand“ keineswegs Absolutheitsansprüche haben kann. Auch Funktionseinschränkungen sind immer nur in spezifischen historischen, sozialen und kulturellen Kontexten zu verstehen.

Dieses Modell macht *Behinderung* zu einem *individuellen* Problem des Menschen mit einer Funktionseinschränkung, das es medizinisch, therapeutisch und/oder pädagogisch zu behandeln bzw. überwinden gilt. Daher wird das Modell auch als *Individuelles Modell* bezeichnet (vgl. Rommelspacher 1999: 17). Es ist der betroffene Mensch, der sich ändern, der sich an die gesellschaftlichen Bedingungen anpassen und einer vorgegebenen, mindestens Durchschnittsnorm entsprechen muss. Die *Behinderung* wird dabei mit der *Schädigung* (vgl. Thomas 2002: 40) gleichgesetzt und häufig mit „Leid“ assoziiert. Menschen mit Behinderungen werden zu Patient*innen deklariert, deren *Behinderung* zu „heilen“ ist, wobei im Grunde die *Behinderung* bereits das Resultat einer abgeschlossenen Heilung darstellt (vgl. Kastl 2017: 97). Alle sozialen Faktoren und umweltbedingten Barrieren werden in dieser Sichtweise ausgeklammert, *Behinderung* naturalisiert und unabhängig von Kultur und Gesellschaft definiert. Das Modell manifestierte sich 1980 in der Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) – der Vorläuferklassifikation der ICF. Zwar unterschied diese Klassifikation bereits zwischen *Schädigung (Impairment)*, *Funktionseinschränkung (Disability)* und *sozialer Beeinträchtigung bzw. Benachteiligung (Handicap)*, gleichzeitig wurden jedoch sowohl die *Funktionseinschränkung* als auch die *Benachteiligung* kausal auf die vorliegende *Schädigung* zurückgeführt (vgl. Hirschberg 2009: 48 f.). Die ICIDH wird daher auch als Krankheitsfolgemodell oder lineares Modell bezeichnet.

Diese medizinische Sichtweise auf *Behinderung* wurde von den Initiatoren des *Sozialen Modells* kritisiert, da die Medizin hier ihren kurativen Kompetenzbereich überschreitet und als „Institution sozialer Kontrolle“ (Zola 1972) sozialregulativ agiert und so bestehende ungleiche Machtverhältnisse zwischen Menschen zementiert. Als Alternative entwickelten vor allem britische Sozialwissenschaftler*innen zu Beginn der 1980er Jahre das sogenannte *Soziale Modell von Behinderung*. Die Kernaussage dieses Modells lautet, dass *Behinderung* kein Ergebnis medizinischer Pathologie bzw. *Schädigung*, sondern ein Resultat einer sozialen Fehlorganisation ist (vgl. Waldschmidt 2005: 18).

„The inability of people with impairments to undertake social activities is a consequence of the erection of barriers by the non-disabled majority. These social barriers – both physical and attitudinal – limit activity and constrain the lives of people with impairment“ (Thomas 2002: 38).

Nach diesem Modell ist es die Gesellschaft, die beispielsweise aufgrund behindertenfeindlicher Einstellungen und/oder fehlender Barrierefreiheit Menschen mit Funktionseinschränkungen zu *behinderten* Menschen im o. g. Sinn macht. Dies mündete in dem Slogan „Behindert ist man

nicht, behindert wird man“. Entscheidend ist, dass bei diesem Modell die Lösungsstrategie nicht am Individuum, sondern an der Gesellschaft ansetzt. *Behinderung (Disability)* wird als sozial verursachtes Problem betrachtet, bei dem die *Schädigung (Impairment)* im Grunde keine Rolle spielt. Beide Bereiche werden strikt voneinander getrennt. Den Bereich der *Schädigung* in dem theoretischen Diskurs um *Behinderung* vollkommen auszublenden, wird allerdings der Lebensrealität vieler Menschen mit Funktionseinschränkungen nicht gerecht: denn zu glauben, dass mit der Beseitigung aller Barrieren automatisch eine volle gesellschaftliche Teilhabe einhergeht, ignoriert die häufig gemeinsame Schnittmenge von *Behinderung* und Krankheit, die eben auch Schmerzen bedeuten *kann* (vgl. Kuhlmann 2003: 159). Den Körper bei der wissenschaftlichen Beschäftigung mit *Behinderung* nicht zu thematisieren, kommt einer Realitätsverleugung gleich und unterbindet eine Auseinandersetzung mit der subjektiven Körpererfahrung, die jedoch eine hohe persönliche Relevanz hat; denn Funktionseinschränkung als integraler Bestandteil der Identität kann durchaus auch als eine positive und produktive Erfahrung wahrgenommen werden (vgl. Swain & French 2000: 570).

Das *Soziale Modell* dient(e) vor allem dem Kampf um Veränderung der sozialen Verhältnisse und Bürgerrechte einer Minderheit, die bis dahin häufig in Heimen untergebracht war, unter Bevormundung stand und kein selbstbestimmtes Leben führen konnte. Zwar vollzog die Behindertenbewegung mit den *Disability Studies* einen großen emanzipatorischen Schritt, jedoch bedeutete dies zugleich eine hohe Politisierung der *Disability Studies*, die aus diesem Grund über keinen unvoreingenommenen Blick auf ihren Untersuchungsgegenstand verfügt, sondern eher eine *emische*, mithin ausschließlich aus der eigenen Position heraus argumentierende Perspektive ermöglicht. Hier offenbaren sich klare Verbindungslinien zu den inzwischen relativ etablierten *Gender Studies*, die in der Anfangszeit beispielsweise Männer kategorisch aus den Diskussionen ausschlossen, was zur eigenen Positionierung sicher wichtig war, aber auf Dauer genau jene binäre Grenze verfestigt, die doch im Mittelpunkt der kritischen Auseinandersetzung steht bzw. stehen sollte.

Eine weitere Kritik besteht darin, dass sowohl das *Medizinische* als auch das *Soziale Modell Behinderung* als ein „Problem“ diskutieren, das entweder einer individuellen oder einer gesellschaftlichen „Lösung“ bedarf. Beide Modelle sind in ihrem Grundverständnis demzufolge *defizitorientiert* („Behinderung ist etwas, was stört, was nicht sein darf“ – gleichgültig, ob die Ursache im individuellen oder sozialen Bereich verortet wird) – was kaum ein adäquater Ausgangspunkt einer Theorieentwicklung ist. Ganz

anders argumentieren dagegen die Vertreter*innen des *Kulturellen Modells*, die die menschliche Vielfalt und die Akzeptanz der gesellschaftlichen Heterogenität ins Zentrum ihrer Betrachtung stellen.

Man könnte hier noch grundlegender mit Hannah Arendt argumentieren, die die Pluralität der Menschen als Grundtatsache betrachtet und darauf hinweist, dass „eine gemeinsame Welt verschwindet, wenn sie nur noch unter einem Aspekt gesehen wird; sie existiert überhaupt nur in der Vielfalt ihrer Perspektiven“ (Arendt 2014: 73).

Das *Kulturelle Modell* von Behinderung ist eine Weiterentwicklung des *Sozialen Modells* und wurde in den 1990er Jahren von vor allem den amerikanischen Vertreter*innen der *Disability Studies* entwickelt. Das *Kulturelle Modell* erforscht die Konstruktionsmechanismen gesellschaftlicher Normalität in kulturellen Kontexten, in dessen Negation Abweichungen entstehen. Die Generierung von Wissen über die Entwicklung von Körperbildern und -normen sowie inkludierender und exkludierender sozialer Prozesse – worüber sich ebenfalls gesellschaftliche Machtverhältnisse offenlegen lassen – ist dabei von besonderem Interesse. Konsequenterweise ist das Ziel der Verfechter*innen dieses Modells die *De-Konstruktion* von *Behinderung*.

„Demgemäß wird im Rahmen des kulturellen Modells untersucht, wie der behinderte Körper als unerwünschte Differenz beispielsweise in literarischen Texten, Filmen oder der bildenden Kunst hervorgebracht, repräsentiert und mit Sinn aufgeladen wird“ (Dederich 2010: 172).

Denn erst durch die Generierung von Wissen darüber, wie *Behinderung* konstruiert wird, ist auch eine Entwicklung von Strategien zur *De-Konstruktion* möglich.

Das Modell erkennt zwar an, dass bei dem Prozess, wie aus körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionseinschränkungen die Zuschreibung *Behinderung* entsteht, vor allem materielle Barrieren (z. B. Produktionsfaktoren) eine wichtige Rolle spielen, doch auch dahinter verbergen sich immer Ideen, Diskurse und Normierungen. Materielle Hindernisse schränken Menschen sicher in ihrer gesellschaftlichen Teilhabe ein, zu Menschen mit *Behinderung* werden sie aber erst durch entsprechende fachliche Bewertungsprozesse – die es diskurstheoretisch offenzulegen gilt (vgl. Bösl 2009a: 11). Wobei an dieser Stelle auf die Gefahr hingewiesen werden muss, die Lebensrealität der Menschen mit *Behinderung* aus dem Blick zu verlieren, wenn zu einseitig auf Diskurse fokussiert wird.

Das *Kulturelle Modell* an sich konzipiert *Behinderung* nicht als ein zu lösendes Problem, sondern als eine mögliche und selbstverständliche Erscheinungsform menschlicher Vielfalt. Es geht in diesem Modell nicht nur um den Kampf um normative, sondern vor allem um faktische Gleichheit,

also um eine größere kulturelle Repräsentation von Menschen mit Funktionseinschränkung mit der Intention, eine Veränderung der *Wahrnehmung* anzustoßen. Im Gegensatz zu den anderen beiden Modellen ist hier eine klare *Diversityorientierung* zu erkennen. Eine faktische Gleichheit rückt jedoch nur dann in greifbare Nähe, „wenn behinderte Menschen nicht als zu integrierende Minderheit, sondern als integraler Bestandteil der Gesellschaft verstanden werden“ (Waldschmidt 2005: 27), und dieser Einstellungswandel ist nicht allein durch Gesetze realisierbar. Gesetze stellen zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung für faktische Gleichheit dar.

Behinderung ist in diesem Sinne „kein zu bewältigendes ‚Problem‘, sondern vielmehr eine spezifische Form der ‚Problematisierung‘ körperlicher Differenz“ (ebd.: 24). *Behinderung*, in der Bedeutung von *Teilhabe einschränkung*, kann demnach als „nicht gelungene[r] Umgang mit Verschiedenheit“ (Walther 2003: 49) gedeutet werden.

Im *Kulturellen Modell* werden *Behinderung* und Nicht-Behinderung nicht binär voneinander getrennt, worauf auch die Schreibweise „dis/ability“ hinweist, sondern relational eng miteinander verbunden. Das Modell kritisiert darüber hinaus die strikte Trennung von *Kultur* und *Natur* und damit die Aufrechterhaltung der im *Sozialen Modell* vollzogenen Trennung von *Behinderung* und *Schädigung*, denn mit dieser Trennung überlässt man den Bereich der *Schädigung* des Körpers weiterhin der alleinigen Diktion der Medizin, der man doch eine einseitige Sichtweise vorwirft (vgl. Dederich 2007: 37). Schließlich ist der Körper, seine Wahrnehmung und Bewertung, ebenfalls gesellschaftlich und historisch geprägt. *Wahrnehmung* und *Bewertung* von und *Reaktion* auf abweichende Körper und/oder Verhaltensweisen – also das Phänomen der *Behinderung* – sind immer vor dem Hintergrund sozialer Prozesse zu betrachten, sie haben sich entwickelt und entwickeln sich weiter; der *Behinderungsbegriff* ist diesem Verständnis folgend auch ein *relativer Begriff* – sowohl aus historischer als auch aus gesellschaftlicher und kultureller Perspektive (vgl. Sander 2002: 102).

Diese Sichtweise bildet einen guten Anknüpfungspunkt an die theoretischen Grundlagen der ebenfalls stark interdisziplinär ausgerichteten Prozesssoziologie. Denn nur eine Analyse der Verflechtungszusammenhänge von Gesellschafts- und Individualstrukturen, also von Sozio- und Psychogenese, kann ungewollte Folgen sozialer Prozesse reduzieren und eine realitätsangemessenere Orientierung bieten – und dies sind Kernaufgaben der Prozesssoziologie. Bereits die Tatsache der Existenz und der Verbreitung des *Sozialen* und *Kulturellen Modells* weist aus prozesssoziologischer Perspektive auf eine Entwicklungsrichtung hin, in der sich gesellschaftliche Machtverhältnisse im Vergleich

zu früheren Zeiten verändert haben, nämlich von einer naturwissenschaftlich geprägten Deutung durch überwiegend medizinische Fachrichtungen hin zu einer sozialwissenschaftlichen, aber körperliche Vorgänge einbeziehenden Deutung, die darüber hinaus auch bzw. vor allem durch Menschen mit Funktionseinschränkungen geprägt ist.

Der prozessoziologische, auf Synthese zielende Blick in die Vergangenheit – wofür die *Dis/ability History* zwingend benötigt wird – kann aus Sicht der Autoren umfassender als die bislang diskutierten Modelle dazu beitragen, die Entwicklung, die zu dem heutigen Behinderungsverständnis geführt hat, zu verstehen und theoretisch zu untermauern. Die prozessoziologische Sichtweise ermöglicht über die Beschreibung und Erklärung der Richtung von Behinderungsprozessen einen diachronen Epochenvergleich, dem im heutigen Methodenkanon eine Außenseiterposition zu bescheinigen ist.

4 Eine prozessoziologische Perspektive auf Behinderung

Eine prozessoziologische Perspektive fokussiert auf langfristige Entwicklungsprozesse und stellt das „Geworden-Sein“ in den Vordergrund des Erkenntnisinteresses. Der Beschreibung der Entwicklungsprozesse folgt die Erklärung, die wiederum durch empirische Tatsachen abgesichert wird. Empirische soziale Tatsachen sind aus prozessoziologischer Sicht alles, was Menschen hervorbringen (Gesetze, Rituale, Architektur, Tagebüchereinträge, Literatur, Wissenschaften etc.) und nicht nur aus quantitativen oder qualitativen Methoden gewonnenes Wissen, das allerdings im heutigen Methodenkanon über eine hegemoniale Stellung verfügt. Die Verarbeitung dieser Tatsachen bedarf aber ebenfalls einer methodologisch reflektierten Herangehensweise. Beispielsweise wird der gesellschaftlich-staatlichen, soziogenetischen Ebene der Entwicklung in einem Mehr-Ebenen-Modell sozialer Entwicklung zunächst ein Entsprechungsverhältnis zur Ebene individueller, psychogenetischer Entwicklung unterstellt. Eine erweiterte Form dieses Modelles ist die „Triade der Grundkontrollen“ (Elias 1996: 173 f.), der zufolge die Kontrollchancen über außermenschliche Geschehniszusammenhänge, über zwischenmenschliche Zusammenhänge und der Kontrolle jedes einzelnen über sich selbst als interdependent zu betrachten sind. Dieses Modell ist später ergänzt worden, indem die zwischenmenschliche Ebene von Elias in die global-zwischenstaatliche und die innergesellschaftliche ausdifferenziert wurde und man kann an Elias anknüpfend die Ebene des symbolischen Universums und insbesondere die über die Generationen entwickelte

Sprach- und Begriffswelt anfügen (vgl. Waldhoff 2009: 14). Man kann mittels dieses Modells als Forschungsprogramm beispielsweise fragen, wie die gegenseitige Beeinflussung der Begriffsbearbeitung internationaler Organisationen hinsichtlich Gesundheit, Krankheit und Behinderung in unterschiedlichen Staatsgesellschaften aufgegriffen wird und wie unterschiedliche kulturelle Perspektiven, insbesondere auch die von Behinderung betroffener Menschen, in interkulturellen Prozessen verarbeitet werden. Zu solchen Verarbeitungsprozessen gehören neben dem Umgang mit sozialen Barrieren im engeren Sinne auch der Umgang mit außermenschlichen materiellen Hindernissen aller Art.

Methodisch gesehen bedeutet dies, dass sich auf der einen Seite aus gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen das Verhalten und Empfinden von Menschen ableiten lässt und es auf der anderen Seite möglich ist, aus individuellem Verhalten und Empfinden auf gesellschaftliche Prozesse zu schließen. Es geht um eine „gegenseitige Konstitution von Gesellschaften und Individuen“ (Bogner & Rosenthal 2017: 43). Zwar bilden Sozio- und Psychogenese zwei Seiten derselben Medaille und stehen in ständiger Wechselwirkung, man muss nach Elias jedoch, um Menschen bzw. den sozialen Kanon ihres Verhaltens zu verstehen, von den Vielen zu den Einzelnen hindenken. Anders ausgedrückt ist das Verhalten und Empfinden des Einzelnen die individuelle Ausprägung des gemeinsamen Kanons der Vielen (vgl. Elias 2022: 161).

Auf Basis seiner sozio- und psychogenetischen Analyse und mit Hilfe eines prozessoziologischen begrifflichen Instrumentariums stellt Elias für die westeuropäische Gesellschaft komplexe Zivilisationsveränderungen – im Sinne einer zunehmenden Verschiebung von Fremd- zu Selbstzwängen – vom Mittelalter bis zur Gegenwart als Teil eines „blinden“ bzw. „ungeplanten“ sozialen Langzeitprozesses fest (vgl. Elias 1977a, 1977b). Dieser Prozess der Zivilisation hatte und hat auch spezifische Auswirkungen auf die *Wahrnehmung* und *Bewertung* von und *Reaktion* auf Menschen mit Funktionseinschränkungen – die Elias allerdings nie explizit thematisiert hat (vgl. Egen 2020).

Dabei muss beachtet werden, dass es kaum möglich ist, den facettenreichen Umgang mit Menschen, die unterschiedlichste Funktionseinschränkungen aufweisen, darzustellen und zu erklären. Betrachtet man beispielsweise den Umgang mit gehörlosen Menschen im Mittelalter, werden andere soziale Prozesse, andere Nuancen zu finden sein als bei Menschen mit fehlenden Gliedmaßen. Vermutlich gab es auch gegenüber Mitgliedern einer dieser „Gruppen“⁴, deren Funktionseinschränkungen Ähnlichkei-

⁴ Der Begriff wird hier in Anführungszeichen gesetzt, um darauf hinzuweisen, dass es im Mittelalter nicht die Gruppe der Blinden, Tauben

ten aufweisen, deutliche Unterschiede in den gesellschaftlichen Reaktionen, je nach sozialem Status der Person und je nachdem, ob es sich um eine angeborene oder durch Krankheit, Kampf, Unfall oder Bestrafung erworbene Funktionseinschränkung handelte. Dreht man die Frage hingegen um und fokussiert auf die sozialen Prozesse, die zu einer *Behinderung* im soziologischen Verständnis – im Sinne gesellschaftlicher Abwertung und Ausgrenzung – führen, können möglicherweise gesellschaftliche Entwicklungsrichtungen beschrieben und erklärt werden. Wenn auch der Begriff der *Behinderung* im Mittelalter noch nicht existierte, sondern erst in der Moderne bzw. Postmoderne seine heutige Bedeutung erlangte, so lassen sich doch *Prozesse*, die zur Abwertung von Menschen mit Funktionseinschränkungen und zu deren Ausgrenzung aus einer Gemeinschaft führen, schon seit der Antike nachweisen. Im Umkehrschluss lässt sich mit dem Blick auf diese *Behinderungsprozesse*, als Machtbeziehung zwischen abwertenden und abgewerteten Menschen, auch der Wandel der jeweiligen gesellschaftlichen Norm und des damit verbundenen Menschenbildes beschreiben und erklären. Und solche „Verflechtungsstrukturen und Prozesse zu untersuchen und zu erklären ist eine der Hauptaufgabe der Sozialwissenschaften und besonders der Soziologie“ (Elias 2006a: 519).

Behinderungsprozesse sind als all jene Prozesse zu verstehen, durch die Menschen mit Funktionseinschränkungen abgewertet und aus der Gesellschaft ausgeschlossen werden und die das Ziel verfolgen, sie an eine gesellschaftliche Norm anzupassen, ihnen Teilhabe zu verwehren oder sie sogar zu vernichten. *Enthinderungsprozesse* fokussieren ihren Gegenpol also auf gesellschaftliche Teilhabe und auf Akzeptanz der an menschlicher Vielfalt ausgerichteten sozialen Prozesse.

Soziale Prozesse sind nach Elias „kontinuierliche, langfristige, d. h. gewöhnlich nicht weniger als drei Generationen umfassende Wandlungen der von Menschen gebildeten *Figurationen*“ (Elias 2003a: 270). Unter *Figurationen* versteht Elias Beziehungsnetzwerke von Menschen, die mit zunehmenden sozialen Abhängigkeiten bzw. Interdependenzen immer komplexer werden. Dieser Begriff ist der Versuch, den starren Dualismus von Individuum und Gesellschaft gedanklich zu überwinden. Der einzelne Mensch ist von Natur aus – von seiner gesamten biologischen Konstitution – auf Gesellschaft angewiesen, so dass eine Gegenüberstellung von Individuum und Gesellschaft die Realitätsangemessenheit vieler Theorien in Frage stellt.

etc. gab, sondern nur aus heutiger Perspektive von einer „Gruppe“ gesprochen werden kann (vgl. Davis 1995: 82). Die „Gruppen“ wurden erst durch die Konzentrierung und Internierung der Menschen an einem Ort, also durch zunehmende Institutionalisierung erzeugt.

Be- und Enthinderungsprozesse können eng miteinander korrespondieren, d. h. eine Gesellschaft kann sich für eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Funktionseinschränkungen in Richtung einer umfassenden *Enthinderung* entwickeln und gleichzeitig für eine andere Gruppe von Menschen mit Funktionseinschränkungen *Behinderungsprozesse* verstärken. Beispiele hierfür finden sich im „Dritten Reich“ bei den Kriegsversehrten und „zivilen Körperbehinderten“, die bereits begrifflich auf Distanz zu den so genannten „erbkranken Siechkrüppeln“ gebracht wurden. Auch in der Gegenwart lässt sich beobachten, dass immer für diejenigen Gruppen von Menschen mit Funktionseinschränkungen etwas für eine bessere gesellschaftliche Teilhabe getan wird, die am ehesten den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechen (z. B. höhere Arbeitsleistungsfähigkeit oder bessere Bildungsprognose). Allen anderen bleiben viele gesellschaftliche Chancen nach wie vor verschlossen.

Mit Begriffspaaren wie Integration-Desintegration, Engagement-Distanzierung, Exklusion-Inklusion kann die Richtung sozialer Prozesse innerhalb der betrachteten Epochen angezeigt werden. Die Bestimmung der Richtung von Behinderungsprozessen ist die prozesssoziologische Aufgabe, die sich im Folgenden stellt.

5 Zur Sozio- und Psychogenese von Behinderungsprozessen von der Vor- bis zur Postmoderne

a. Mittelalter bis 17. Jahrhundert: In der ständisch geprägten, dezentral organisierten Gesellschaftsstruktur des Mittelalters existierte weder eine spezielle institutionalisierte Fürsorge für Menschen mit Funktionseinschränkungen noch eine systematische topographische Ausgrenzung. Im städtischen Bereich gab es zwar vereinzelt so genannte Narrentürme und Tollhäuser, aber die Struktur, Verbreitung und Systematik dieser Anlagen war noch weit von derjenigen späterer Sondereinrichtungen (Irrenanstalten, Krüppelheime etc.) entfernt (vgl. Fandrey 1990).

Es ist davon auszugehen, dass Menschen mit körperlichen Abweichungen im Mittelalter eine deutlich größere Präsenz im Alltag hatten als beispielsweise im 18. oder 19. Jahrhundert – einerseits durch fehlende medizinische und technische Möglichkeiten, Kriegs-, Unfall-, Alters- und/oder Krankheitsfolgen ohne bleibende sichtbare Schäden zu behandeln, andererseits durch am Körper vollzogene Bestrafungsformen sowie durch das weitgehende Fehlen von Sondereinrichtungen. Generell wurde dem Körper im Diesseits noch keine so hohe Bedeutung beigemessen wie zu spä-

teren Zeiten. Der Blick des mittelalterlichen Menschen war auf das bessere Leben im Jenseits gerichtet, für das man im Diesseits durchaus bereit war, die Widrigkeiten des Lebens zu ertragen (vgl. Labisch 1989a: 16). So waren Schmerz, Leid und Gebrechen stete und somit erfahrbare Begleiter mittelalterlicher Menschen – sie gehörten in gewisser Weise zur *conditio humana*. Vor allem *erworbene Funktionseinschränkungen* wurden aus diesem Grund im Mittelalter bis zu einem bestimmten Grad als gewöhnliche Begleitumstände des Lebens akzeptiert (vgl. Metzler 2006: 26). Erst wenn dieser retrospektiv kaum bestimmbare Grad überschritten war, wurde der Körper als different oder das Verhalten als deviant wahrgenommen, die Betroffenen entsprechend der vorhandenen Deutungsmöglichkeiten bewertet und behandelt. Diese Deutungsmöglichkeiten basierten zu jener Zeit eher auf religiös-dämonischen als auf medizinisch-theoretischen Grundsätzen. Denn immer dort, wo

„es Menschen an sicherem, wirklichkeitsgerechtem Wissen fehlt, da sind sie selbst unsicherer; da werden sie leichter erregt, geraten schneller in Panik, sie füllen die Lücken des realistischen Wissens mit Phantasiewissen und suchen die Furcht vor unerklärlichen Gefahren durch Phantasiemittel zu beschwichtigen“ (Elias 2002: 76 f.).

Daher gab es gerade bei *angeborenen Funktionseinschränkungen* eine ambivalente Einstellung: Einerseits waren Kinder mit stark von der damaligen Normvorstellung abweichenden Funktionseinschränkungen lebende und mahnende Beispiele für die Sünde und Verfehlungen der Eltern (Schuldzuschreibung an die Eltern) oder Beispiel für das Wirken des Teufels, der das betreffende Kind „ausgetauscht“ hat (Schuldentlastung der Eltern), andererseits wiederum „benötigt“ Gott kranke und funktionseingeschränkte Menschen, um Wunder vollbringen zu können und die *Caritas* zu legitimieren (vgl. Lee 2013: 298).

Das Normalitätsspektrum des äußerlichen Erscheinungsbildes war den Ausführungen folgend und aus heutiger Perspektive signifikant größer als zu späterer Zeit. Ferner müssen die Grenzen tolerierter Verhaltensweisen aufgrund fehlender einheitlicher Verhaltensvorgaben weniger eng gewesen sein als beispielsweise im 18. und 19. Jahrhundert. Der Umgang mit Menschen mit Funktionseinschränkung war daher uneinheitlich und weniger festgelegt. Die häusliche Gemeinschaft, die Wir-Gruppe, musste den Umgang mit funktionseingeschränkten Mitmenschen jeweils in einem ihr zur Verfügung stehenden Rahmen verhandeln (vgl. Frohne 2014: 384). Das deutet keinesfalls darauf hin, dass der Umgang „besser“ war, sondern nur, dass er anders war und von einer großen regionalen, ethnischen, wirtschaftlichen und standesspezifischen Varianz auszugehen ist. Hierbei spielte die Haltung der Kirche und

insbesondere die der regionalen Vertreter des Klerus eine bedeutende Rolle. Aber solange das Zusammenleben für das jeweilige hausgemeinschaftliche System tragbar war, hatten jene Menschen einen selbstverständlichen Anteil am gesellschaftlichen Leben – und wurden auch kaum als „anders“ oder „fremd“ wahrgenommen. Erst wenn die Tragfähigkeit an ihre Belastungsgrenze kam, wurden Menschen mit – vor allem geistigen – Funktionseinschränkungen sicher auch angekettet, versteckt oder totgeschlagen (vgl. Dörner 1994: 370).

Ebenfalls fungierten Hospitäler, Klöster, Leprosorien und Narrentürme als Anlaufstellen, die als letzte Möglichkeiten der Versorgung in Betracht gezogen werden konnten (vgl. Fandrey 1990: 36 f.; Belker-van den Heuvel 2001: 276 f.; Jetter 1966: 53).

Psychogenetisch kann davon ausgegangen werden, dass Funktionseinschränkungen kaum Peinlichkeits- oder Schamgefühle oder Ekel und Abscheu bei mittelalterlichen Menschen verursachten; Funktionseinschränkungen waren weniger verdeckt, allgegenwärtig und daher nahezu vertraut bzw. unmittelbar erfahrbar.

Mit dem Etikett der Andersartigkeit oder Fremdheit waren eher Menschen versehen, die aus einem anderen Kulturkreis, aus einer anderen Stadt oder einem anderen Land kamen (vgl. Kühnel 2008: 477 ff.). Im Mittelalter hatten die Arbeits- und Heiratsfähigkeit bzw. die Ehrbarkeit des Menschen eine weitaus größere Bedeutung und daher unter Umständen – bei Unfähigkeit oder Verfehlungen – eine größere „behindernde“ Wirkung im Zusammenleben der Wir-Gruppe als das Aussehen oder Verhalten eines Menschen (vgl. Frohne 2014: 218).

Behinderungsprozesse im Mittelalter waren folglich nur vereinzelt institutionalisiert (z. B. bei den Aussätzigen), sie waren eher affektiv besetzte, spontane Handlungen einzelner Menschen, die vermutlich immer dann eintraten, wenn die Möglichkeit eines Zusammenlebens nicht mehr vorhanden war, wenn die Tragfähigkeit des jeweiligen häuslichen Umfelds an ihre Grenze kam. Die Existenz von *systematischen* Ausgrenzungs- und Abwertungsprozessen von Menschen mit Funktionseinschränkungen aufgrund ihrer Funktionseinschränkung kann für das Mittelalter im Großen und Ganzen verneint werden.⁵

⁵ Dabei ist zu beachten, dass Menschen mit schwersten körperlichen und/oder geistigen Funktionseinschränkungen im Mittelalter aufgrund fehlender medizinischer Möglichkeiten häufig nur geringe Überlebenschancen hatten – unabhängig davon, ob diese angeboren oder durch Unfall oder Krankheit erworben waren; und vielleicht wurden auch vereinzelt Kinder mit angeborenen Funktionseinschränkung durch unterlassene Hilfeleistung ihrem Schicksal überlassen, so dass Menschen mit schwersten Funktionseinschränkungen sehr wahrscheinlich entsprechend seltener im mittelalterlichen Alltag in Erscheinung traten.

b. Moderne (18. Jahrhundert bis Mitte 20. Jahrhundert): Die Richtung der *Behinderungsprozesse* änderte sich im Laufe des weiteren Zivilisationsprozesses. Über das Mittelalter bis weit in das 20. Jahrhundert hinein bewirkte eine zunehmende Verflechtung menschlicher Handlungen (z. B. steigende Abhängigkeit vom Handel und zunehmende Arbeitsteilung) und die damit zusammenhängende Zentralisierung der Staatsgewalt (Handel braucht Sicherheit) eine Rationalisierung des menschlichen Verhaltens, d. h., es wuchsen die Anforderungen an den Einzelnen, das eigene Verhalten und so auch das Denken und Fühlen auf die langfristigen Konsequenzen hin auszurichten. Spontane, affektive Verhaltensweisen (z. B. direkte Gewaltanwendung) schaden dem wirtschaftlichen Erfolg des Bürgers – der als eine neue gesellschaftliche Macht im feudalistischen System des Mittelalters allmählich den „Schatten der Burg“⁶ verließ und eine prägende Rolle im vor allem städtischen Zusammenleben in West- und Mitteleuropa einnahm. Dabei stellten die neuen Verhaltensstandards probate Mittel zur Distinktion gegenüber anderen gesellschaftlichen Schichten dar. Die Abgrenzung zu niederen Schichten bzw. die Zugehörigkeit zur eigenen Schicht war von existenzieller Bedeutung – vor allem für Adel und Bürgertum. So sorgten Verfehlungen, Gesichtsverlust, ein schlechter Ruf oder ganz allgemein ein von der damaligen Norm abweichendes Verhalten dafür, dass diese Menschen tendenziell gemieden wurden, was sich wiederum negativ auf deren Lebensunterhaltserwerb auswirkte und durchaus den sozialen Tod zur Folge haben konnte.

Verhaltensweisen bewegten sich zunehmend in einem normierten Kontext, und all jene Verhaltensweisen, die das gesellschaftliche Korsett überforderten, wurden als abweichend empfunden und mussten „korrigiert“ oder „bekämpft“ werden. Mit den Worten von Elias (1977b):

„Die Richtung dieser Veränderung des Verhaltens im Sinne einer immer differenzierteren Regelung der gesamten psychischen Apparatur ist bestimmt durch die Richtung der gesellschaftlichen Differenzierung, durch die fortschreitende Funktionsteilung und die Ausweitung der Interdependenzketten, in die, mittelbar oder unmittelbar, jede Regung, jede Äußerung des Einzelnen unausweichlich eingegliedert ist“ (Elias 1977b: 317).

Ganz konkret bedeutet dies eine Verfeinerung der sozialen Standards (Formalisierung) für die Verrichtung und Kontrolle natürlicher Körperfunktionen (Nahrungsaufnahme, Entleerung der Verdauungsorgane, Schnäuzen, Ausspucken, Schlafen, Gewaltanwendung, Sexualität etc.), die

sich erst über äußere Regeln und schließlich über eine Ausweitung der Selbstzwangapparatur, psychoanalytisch gesprochen eine Vergrößerung des „Über-Ichs“, und nacheinander gestaffelt innerhalb der verschiedenen Gesellschaftsschichten (von oben nach unten) durchsetzte (vgl. Alkemeyer 2000: 109). Dies blieb jedoch nicht ohne Konsequenzen: „Anstand und Zivilität trennen; sie schaffen eine soziale Distanz zwischen denen, die die Verbesserung verkörpern und denen, die das nicht tun“ (Hughes 2015a: 125). Und hier ist einer der Ausgangspunkte für die binäre Trennung von Menschen mit und ohne Funktionseinschränkungen zu finden. Die Machtbalance – eine Struktureigentümlichkeit jeder menschlichen Beziehung – zwischen den beiden Gruppen entwickelte sich dabei kontinuierlich bis in die Postmoderne hinein zuungunsten der Menschen mit Funktionseinschränkungen.

Die Industrialisierung spielte in diesem Prozess ebenfalls eine tragende Rolle. Sie benötigte auf der einen Seite „Standardkörper“ für die Fließbandproduktion, so dass abweichende Körper untauglich wurden, auf der anderen Seite verursachte der industrielle Produktionsprozess durch fehlenden oder mangelhaften Arbeitsschutz sowie schlechte Arbeitsbedingungen zunehmend kranke und funktions eingeschränkte Menschen. Gleichzeitig wurden durch die Industrialisierung die früheren Hausgemeinschaften aufgelöst und das Phänomen der Kleinfamilie „erzeugt“; jene war mit funktionseingeschränkten Familienmitgliedern aufgrund der veränderten Arbeitsweise (Trennung von produktiver und sozialer Sphäre) häufig überfordert, so dass zunehmend kirchliche und staatliche Strukturen die Funktionen der früheren Hausgemeinschaft übernehmen mussten. Moderne Sozialsysteme lösten schließlich die traditionellen Hilfs- und Unterstützungssysteme als Kompensationsinstitutionen ab (vgl. Labisch 1989b: 117).

Die Struktur der wirtschaftlichen Basis einer Gesellschaft und die der Beziehungen der Menschen, die diese Gesellschaft miteinander bilden, verändern sich immer nur gemeinsam, und so verändern sich auf psychogenetischer Ebene mittelfristig auch die Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen der Menschen. Der Zivilisationsprozess schreibt sich über die Sozialisation in die Individuen ein, er wird Bestandteil ihrer Identität. Eine immer länger werdende Bildungsphase zeugt beispielsweise von immer komplexeren Anforderungen nicht nur hinsichtlich der Aneignung des umfangreichen Spezialwissens, sondern ebenfalls für die Entwicklung einer höchst komplexen, variablen, stabilen und allseitigen Selbststeuerung (vgl. Elias 2006b: 339).

In der modernen Welt wurde über zentralistische Kräfte der Nationalstaat zum Ziel und Heterogenität aus diesem Grund zum „Feindbild“ erklärt. Dies fing bei der Standardisierung von Produkten und an Normalkörpern

⁶ Der Begriff „Bürger“ entspringt dem mittellateinischen „burgus“, was auf eine topographische Nähe zur Burg hinweist.

orientierten Produktionsweisen an, ging weiter mit der Festlegung von Normalitätsvorstellungen im Bildungssystem sowie der Entwicklung eines immer homogener werdenden Verhaltenskanons, in dessen Kontrast alles Abweichende als Störung empfunden wurde, und gipfelte in Bestrebungen zur Homogenisierung ganzer Bevölkerungsgruppen. Die Definitionsmacht darüber, was als „normal“ angesehen wurde, ging schließlich in der Moderne von den Händen der Theologen mehr oder weniger vollständig in diejenigen der Naturwissenschaftler über – mit entsprechenden Konsequenzen für das Menschenbild. Die Behandlung von Menschen mit körperlichen Funktionseinschränkungen lag dabei in der Verantwortung der Medizin, die Behandlung von Menschen mit geistigen Funktionseinschränkungen, in der der sich langsam als medizinische Subdisziplin etablierenden Psychiatrie oder in der der Pädagogik (vgl. Schmuhl 2010: 31).

Gleichwohl hatte die Religion in ihrer institutionalisierten Form der beiden großen christlichen Bekenntniskirchen eine gewisse Relevanz bei der Zementierung der familialen und sozialen Strukturen der modernen Industriegesellschaft. Insbesondere die von Max Weber analysierte „protestantische Ethik“ (Weber 2000) untermauerte eine leistungsorientierte Arbeitsethik, deren Ansprüchen Menschen mit Funktionseinschränkungen oft nicht genügen konnten. In der Moderne richtete sich der Wert eines Menschen nun tendenziell immer mehr nach seiner Arbeitsleistung, nach seiner Leistungsfähigkeit und seinem wirtschaftlichen Erfolg in der Gesellschaft – also nach etwas quantitativ Messbarem –, so dass alle, die diesen Erfolg nicht vorweisen konnten und beispielsweise von sozialstaatlichen Maßnahmen lebten, als Kostenfaktor in eine Spirale der Abwertung gerieten (vgl. Jantzen 2018: 159). In einer Gesellschaft, in der sich der Wert eines Menschen ausschließlich an seinem wirtschaftlichen Nutzen orientiert, müssen Menschen mit Funktionseinschränkungen als „Mängelwesen“ (Gehlen 1940) und als „lösungsbedürftiges soziales Problem“ erscheinen (vgl. Hughes 2014: 55). Hier lässt sich eine Verschiebung der Wertmaßstäbe menschlichen Lebens aufgrund einer utilitaristischen Ethik beobachten, die auf die Beziehungen zwischen Menschen einwirkt. Begleitet vom wissenschaftlichen Diskurs des Sozialdarwinismus und der Rassenhygiene konnten Staats-, Rechts- und Naturwissenschaftler seit Ende des 19. Jahrhunderts und besonders im frühen 20. Jahrhundert Begriffe wie „Minderwertige“, „Ballastexistenzen“, „lebensunwertes Leben“, „leere Menschenhüllen“ und „geistige Tote“ in der Öffentlichkeit verwenden, ohne dass dies eine relevante gesellschaftliche Empörung hervorrief (vgl. Dörner 1989; Zimmermann 2000: 27 ff.). Aus der soziologischen Analyse der Vergangenheit ist hier zu erkennen, dass dramatischen soziokulturellen Veränderungen häufig

sprachlich-begriffliche Änderungsprozesse vorausgehen, und so geht auch in diesem Kontext mit den trennenden Begrifflichkeiten eine topografisch-reale soziale Ausgrenzung der mit den neuen Begriffen bezeichneten Menschen einher. Die *soziale Frage*, auf die die Rassentheorie und vor allem die Eugenik schließlich der Ansicht waren, eine Antwort geben zu können, lautete: Was machen wir normalen Bürger mit denjenigen, die nicht so sind wie wir, deren Leistungswert sie ökonomisch unbrauchbar macht; wofür sind sie da, wie gehen wir mit ihnen um und wieviel dürfen sie kosten? (vgl. Dörner 1994: 374).

Menschen mit gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten und generell mit körperlichen und/oder geistigen „Abweichungen“ wurden bis in die 1930er Jahre hinter die „Kulisse des gesellschaftlichen Lebens“ (Elias 1977b: 313) in speziell dafür konzipierte Einrichtungen verbannt, aber auch in sogenannten „Freak-Shows“ ausgestellt und „vorgeführt“⁷. In diesem Zusammenhang ist es kein Zufall, dass zur selben Zeit sowohl „Freaks“ als auch Menschen aus fremden Ländern das Interesse des bürgerlichen Publikums weckten, verkörperten doch beide Gruppen Menschen, die so wahrgenommen wurden, als ob sie aus einer anderen, einer fremden Welt stammen (vgl. Davis 1995: 91 f.).

Die massenhaft erbauten Sondereinrichtungen, die im Laufe des 19. Jahrhunderts überall in Westeuropa entstanden, sind architektonische Zeugen der Anfänge dieses Prozesses und Beweis für einen neuen gesellschaftlichen Bedarf an Versorgungseinrichtungen, den es vorher in dieser Form offensichtlich nicht gegeben hat.

Die Eugenik (griech. „gutes Erbe“) als seit Beginn des 20. Jahrhunderts weltweit zunehmend akzeptierte Wissenschaft sah alle Formen der Funktionseinschränkung als genetisch determiniert an und postulierte zunächst die Sterilisation bzw. Kastration funktionseingeschränkter Menschen. Diese Maßnahmen wurden in zahlreichen Ländern praktiziert. In der Folgezeit bezogen die Nationalsozialisten die Kosten der Unterbringung, der pflegerischen und medizinischen Betreuung und der Ernährung funktions-eingeschränkter Menschen in ihre ökonomischen Überlegungen ein und stellten der Bevölkerung die finanziellen

⁷ Die Menschen, die in diesen Freak-Shows auftraten, dürfen jedoch nicht ausschließlich als passive Opfer diskriminierender Praktiken angesehen werden. Zumindest diejenigen mit rein körperlichen Funktionseinschränkungen hatten durchaus Einfluss auf die Shows und gelangten zum Teil zu einer gewissen Berühmtheit und manche von ihnen zu Reichtum und konnten sich aufgrund der Freak-Shows ein bürgerliches Leben leisten, sie waren verheiratet, hatten Kinder und besaßen ein eigenes Haus (beispielsweise Lavinia Warren, Charles Stratton und Prince Randian). Ein Verbot bzw. die Abnahme des Interesses an diesen Shows bedeutete für die dort „beschäftigten“ Menschen häufig den sicheren Weg in die Arbeitslosigkeit (vgl. Sierck 2017: 59).

Möglichkeiten ihrer sozialen Sicherung bei einem Wegfall dieser Kosten dar. Diese wirtschaftliche „Kosten-Nutzen-Rechnung“ wurde propagandistisch begleitet (vgl. Bauman 1992: 86; Kastl 2017: 295 ff.). Als Konsequenz postulierte die Regierung schließlich ein „erbgesundes“ Volk und die Verhinderung „erbkranken Nachwuchses“ als Staatsziel. Zur Durchsetzung dieser Vorstellungen wurden funktionseingeschränkte Menschen in Betreuungseinrichtungen als „unheilbar krank“ abqualifiziert. Dieser ideologische Unterbau führte schließlich zur Euthanasie (griech. „guter Tod“). Grundlage zur Organisation der Tötung des sogenannten „unwerten Lebens“ bildete das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14.07.1933, das 1938 um die rassistische und 1941 um die ethische Indikation erweitert wurde. Die betroffenen Menschen wurden pseudonaturwissenschaftlich-ökonomischer Logik unterworfen und klassifiziert. Aufgrund dieser sozialdarwinistischen Legitimation wurden sie letztlich ermordet. Die T4-Aktion (benannt nach der verantwortlichen Dienststelle in der Tiergartenstraße 4 in Berlin) und die Morde an schätzungsweise 216.400 Menschen mit Funktionseinschränkungen (vgl. Faulstich 2000: 227) stellen den Kulminationspunkt der Bestrebung dar, enge Normalitätsgrenzen zu sichern und jegliche Heterogenität zu verleugnen. Eine entscheidende Legitimationsmacht für die Internierung und Vernichtung von Menschen war eine entgrenzte Naturwissenschaft, die ihre Erkenntnisse auf soziale Zusammenhänge übertrug. Über scheinbar objektive Zahlen, Maße und Statistiken wurde eine soziale Ordnung bzw. Normalität konstruiert und alle Menschen, die nicht in das naturwissenschaftlich deklarierte Normalitätsspektrum passten, wurden als Objekte in verwaltungstechnische Zusammenhänge gefasst und „bearbeitet“.⁸ Allerdings hätte ohne einen entsprechenden im bürgerlichen Kanon verankerten psychogenetischen Nährboden dieser soziogenetische Prozess kaum ein solches Ausmaß erreichen können.

Der Prozess der Zivilisation (als kontinuierliche Erweiterung der Internalisierung von Fremdwängen) schaffte auf diese Weise ganz offensichtlich Gruppen von Menschen, die nicht mehr in das System der proklamierten sozialen Ordnung der Moderne passten und dementsprechend angepasst werden sollten. Das bedeutet, dass sich die soziogenetische Ausgrenzung von Menschen mit Funktionseinschränkungen in der Moderne psychogenetisch auch durch die Erweiterung der Selbstkontrollapparatur erklären lässt: Nicht nur das eigene Verhalten geriet unter ihr Diktat, sondern ebenfalls das beobachtete Verhalten bei

anderen; emporsteigende Affekte wie Ekel, Peinlichkeit und Abscheu gegenüber Menschen mit Funktionseinschränkungen waren und sind Ausdruck dieser Erweiterung.

Diese Affekte sind mit Rückgriff auf Erdheim (1996) und Gruen (2002) als verdrängte angstbesetzte Anteile des Beobachters zu verstehen, die nicht ins Bewusstsein vordringen dürfen und aus diesem Grund häufig so massiv im Inneren bekämpft werden. Dieser Kampf richtet sich schließlich nach außen, was sich auf individueller Ebene in „Behindertenfeindlichkeit“ und auf gesellschaftlicher Ebene in den „rassenhygienischen Maßnahmen“ offenbarte. Alles, was dem Bürger als wild, schmutzig, gewalttätig oder lüstern erscheint, weist er dementsprechend von sich oder sperrt es ein, um ebendiese Versuchungen in sich selbst besser kontrollieren zu können (vgl. Muchembled 1990: 13).

„Das Leben in der Moderne wird [...] von allem gestört, was uns an unsere animalischen und triebhaften Ursprünge oder Instinkte erinnert, aber auch von Objekten und Ereignissen, die Ekel und Abscheu auslösen“ (Hughes 2015b: 112; Weglassung in Klammern C.E.).

Bei Betrachtung der „Freaks“ konnten Bürger beispielsweise sehen, was die „animalischen unkontrollierten Triebe“ aus Menschen machen und sich gleichzeitig ihrer eigenen Normalität versichern (vgl. Hughes 2015a: 127). Der Begriff „Freak“ diente daher auch als Bezeichnung für jemanden, der sich nicht ins bürgerliche Leben einordnete bzw. nicht einordnen konnte oder wollte (vgl. Brockhaus 2006: 693).

Die Verdrängung der eigenen Unvollkommenheit, der Zerbrechlichkeit des menschlichen Lebens – ein Phänomen, das sicher erst durch die längere Lebenszeit im Laufe der Moderne entstanden ist – wirkt sich psychogenetisch im angstbesetzten, distanzierten Empfinden und Verhalten und soziogenetisch in der Internierung von Menschen mit Funktionseinschränkungen aus.

Der Grad der Identifikation mit jenen Menschen sank mit dem Anstieg des Anspruchs an die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, der Verbesserung der medizinischen Behandlungsmethoden, der damit einhergehenden längeren Lebensdauer und der Institutionalisierung der sozialen Fürsorge. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Verletzlichkeit und Vergänglichkeit geriet aus dem Blickfeld des modernen Menschen, unterlag der „hygienischen Verdrängung“ und wurde zu einem Tabuthema (vgl. Elias 1982: 49). Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass es die Angst vor Funktionseinschränkungen ist, die Menschen im Umgang mit Menschen mit Funktionseinschränkungen behindert. Hier haben sicher zum guten Teil die auch in der Gegenwart zu beobachtenden Kontaktvermeidungsstrategien und Unsicherheiten gegenüber jenen Menschen ihren Ursprung.

⁸ Eine zunehmende Bürokratisierung der Gesellschaft bewirkt ganz offenbar einen wachsenden physischen und psychischen Abstand zu den „Objekten“ der Verwaltung.

Die Moderne hatte sich eine soziale, perfekte Ordnung zum Ziel gesetzt. Um dieses Ziel zu erreichen, sollte alles, was die Ambivalenz⁹ dieser Ordnung offenbarte, stigmatisiert, isoliert oder entfernt werden – was mit dem Rückgriff auf zentralisierte, bürokratische Institutionen auch möglich war (vgl. Bonacker & Römer 2008: 368). In diesem Sinne dienten die systematischen und institutionalisierten *Behinderungsprozesse* dem „Projekt“ der Moderne. Das Normalitätsspektrum wurde in der Moderne schmaler, die Ränder der Abweichung breiter.

c. Postmoderne (Mitte 20. Jahrhundert bis Gegenwart): In der Soziologie bezeichnet der Begriff der Postmoderne die Zeit nach 1945 bis zur Gegenwart; sie wird als Teil bzw. Weiterentwicklung der Moderne konzipiert¹⁰. Vor dem Hintergrund staatlicher Demokratisierungs- und wirtschaftlicher Globalisierungsprozesse und in Verbindung mit einem entsprechenden Wirtschaftswachstum kam es in der Nachkriegszeit zu einem *Individualisierungs- und Pluralisierungsprozess*, also einer – im Vergleich zur Moderne – noch umfassenderen Freisetzung des Individuums aus traditionellen Bezügen bei gleichzeitiger Erweiterung der Möglichkeit zum Ausleben alternativer Lebensformen (vgl. Yildiz 1997: 17 ff.). Man kann in Bezug auf Verhaltensstandards in vielen Lebensbereichen von einem Doppelprozess sprechen: der Verringerung der Kontraste bei Vergrößerung

der Spielarten (vgl. Elias 1977b: 342). Das Umfassende daran ist, dass dieser Prozess erstmals in der Geschichte nicht nur einen kleinen gesellschaftlichen Kreis tangiert, sondern beinahe alle in Mittel- und Westeuropa lebenden Menschen in unterschiedlichem Ausmaß einschließt, wodurch sich auch die Grenzen zwischen gesellschaftlichen Klassen und Schichten und später zwischen Mehrheiten und Minderheiten zwar nicht aufgelöst, in ökonomischer Hinsicht sogar tendenziell verstärkt, in kultureller Hinsicht und Lebensstilen gleichwohl aber relativiert haben.

Während in der Moderne versucht wurde, eine scheinbar „natürliche“ gesellschaftliche Ordnung über wissenschaftlich fundierte und politisch legitimierte Ausschließung und Auslöschung der als störend empfundenen „Fremden“ herzustellen und so die *soziale Frage* zu beantworten, toleriert die Gesellschaft der Postmoderne eine Vielzahl individuell gewählter Lebensstile. Damit verschwinden allerdings keineswegs die Ambivalenzen der Moderne, sie stellen aber keine politisch und kollektiv zu lösenden Probleme mehr dar; die Bearbeitung von Ambivalenzen hat sich privatisiert (vgl. Bonacker & Römer 2008: 368).

„Die gesellschaftlichen Institutionen geben keine einheitlichen sozialen und moralischen Standards mehr vor, so dass sich die Individuen selbst um Orientierung in der sozialen Welt und Identitätsfindung kümmern müssen“ (Kron & Reddig 2006: 371).

⁹ Mit Ambivalenzen sind Widersprüchlichkeiten gemeint, die durch beispielsweise die Freisetzung der Menschen aus vormodernen traditionellen Bezügen und einer eindeutigen transzendentalen Ordnung in der Moderne und Postmoderne in Erscheinung treten. Die „Entzauberung der Welt“ (Weber) erfordert zwingend andere sinnhafte Bezüge zur Orientierung des „Mängelwesens Mensch“ (Gehlen 1940). Das „Gleichmachen“ im Streben nach einem Nationalstaat als neue, scheinbar perfekte Ordnung, als durch rationale Planung erreichbares gesellschaftliches Endziel, legt dabei Ambivalenzen offen – z. B. die Existenz von Fremden, Kranken, Irren und Arbeitslosen – die eine Herstellung dieser Ordnung gefährdeten. Als ambivalent wahrgenommene Situationen, Objekte oder Subjekte rufen Unsicherheit und Hilflosigkeit hervor, verursachen Angst und fordern eine Auflösung der eintretenden Spannung. Auch die Wissenschaftssysteme und als wissenschaftlich etablierten Methoden der Moderne werden oft mehr zur Angstabwehr als zum Erkenntnisgewinn eingesetzt, ebenfalls durch die Abwehr von Ambivalenz, Paradoxien und Dialektik (vgl. Devereux 1984). Kontrolle oder Akzeptanz der Ambivalenzen stellen dabei zwei zur Verfügung stehende Strategien dar um die Spannung aufzulösen. Die erste trifft auf die Moderne zu, die zweite eher auf die Postmoderne (vgl. Bauman 1992).

¹⁰ In dieser Zeit entfaltet sich in Mittel- und Westeuropa die Demokratie, der Wohlstand und die individuelle Freiheit durch Marktgesetze, technisch-wissenschaftliche Fortschritte sowie weitere Rationalisierung und Säkularisierung, gleichzeitig werden diese Errungenschaften durch dieselben Kräfte wieder gefährdet (vgl. Zima 2016: 52; weiterführend siehe Lüscher 1997).

Die Postmoderne ist also eine „Moderne ohne Illusionen“ (vgl. Bauman 1995: 55). Die Grenze dessen, was als „normal“ angesehen wird, hat sich zwar in der Postmoderne aufgrund der Vielzahl von Idealen und des gesetzlich verankerten Selbstbestimmungsrechts im Vergleich zur Moderne weit geöffnet – vieles, was früher verboten und undenkbar war, ist nun erlaubt und denkbar – dennoch standen vorerst Menschen mit Funktionseinschränkungen jenseits dieser Grenze, denn die neuen Ideale orientieren sich an einer relativ strikt normierten Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Schönheit. Hughes (2002) stellt diesbezüglich fest: „The post-modern celebration of difference seems to be swallowed up by the modern penchant for aesthetic normalisation and the valorisation of ideal standards of beauty“ (Hughes 2002: 580).¹¹

¹¹ Körper werden gemacht, in traditionellen Gesellschaften durch Rituale und in postmodernen Gesellschaften durch individuelle Entscheidungen, die sich häufig an der medial vermittelten Norm orientieren. Orbach (2010) führt weiter aus, dass der Körper zu einer Form von Arbeit geworden ist. Er hat sich vom Produktionsmittel in das zu Produzierende verwandelt und somit vom Subjekt zum Objekt (vgl. Orbach 2010: 14), mit allen Problemen, die ein Selbstbild als funktionaler Gegenstand mit sich bringt.

Die Vergesellschaftung des Menschen in der Postmoderne vollzieht sich nicht mehr *ausschließlich* über die Herkunftsfamilie oder die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, sondern zum großen Teil über den Konsum, für den jedoch in der Regel Arbeitsfähigkeit eine Voraussetzung bildet, mit den entsprechenden Konsequenzen für all diejenigen, denen die Mittel hierfür fehlen und diejenigen, die den Idealen der Konsumwelt nicht entsprechen (vgl. Jantzen 2018: 171 f.).

Menschen mit Funktionseinschränkungen lebten in der direkten Nachkriegszeit zumeist in den noch weitgehend isolierten Sondereinrichtungen. In den 1970er und 1980er Jahren formierte sich öffentlichkeitswirksamer Widerstand gegen die paternalistische Bevormundung in diesen Einrichtungen, aber auch gegen Barrieren im öffentlichen Nahverkehr und gegen behindertenfeindliche Gerichtsurteile. Um Ernst Klee und Gusti Steiner entstand eine Behindertenbewegung, die sich unter anderem durch Verleihung der „Goldenen Krücke“ an die jeweils „größte Niete der Behindertenarbeit“ erfolgreich gegen Unterdrückung und Bevormundung wehrte (vgl. Köbsell 2018: 320 f.). Diese Form des Protests wäre in früherer Zeit undenkbar gewesen und weist auf eine allmähliche Verringerung der Machtdifferenziale zugunsten von Menschen mit Funktionseinschränkung hin.

Durch das Hervortreten aus den „geschützten“ Räumen war der erste Schritt zu mehr Selbstbestimmung getan, wobei Selbstbestimmung nicht gleichzusetzen ist mit der häufig utopisch anmutenden vollständigen Selbstständigkeit oder Autonomie; Selbstbestimmung bedeutet hier im Sinne der „Selbstbestimmter-Leben“-Bewegung die

„Kontrolle über das eigene Leben zu haben, basierend auf der Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, die die Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren“ (DeLoach et al. 1983: 64, Übersetzung Horst Frehe).

Während in der Moderne die Vorstellungen von Krankheit und Funktionseinschränkung in erster Linie durch die Naturwissenschaften geprägt waren und Menschen mit Funktionseinschränkungen dem naturwissenschaftlichen Deutungshorizont entsprechend „objektiv“ abgewertet wurden, erweitert sich die Bewertungshoheit in der Postmoderne auch auf andere Berufe (Gesundheitsfachberufe, Sozialwissenschaften, Sonderpädagogik etc.) und – was entscheidend ist – auf diejenigen Menschen, die mit Funktionseinschränkungen leben. Immer mehr Menschen mit Funktionseinschränkungen sind Kulturschaffende, sind in der Öffentlichkeit präsent, gestalten aktiv die Gesellschaft mit und werden als „Experten in eigener Sache“ anerkannt; dies alles ist keine Selbstverständlichkeit und wurde hart

er kämpft. Die Etablierung der *Disability Studies* in der wissenschaftlichen Community ist der beste Beweis dafür, dass sich die Deutungshoheit bezüglich der Bewertung von Menschen mit Funktionseinschränkungen verschoben hat (vgl. Bösl 2009b: 339).

Auch die Tatsache, dass sich immer mehr Professionen und universitäre Lehrstühle¹² damit auseinandersetzen, *Behinderung* gesellschaftlich zu verorten und so der biologistischen eine soziale und kulturelle Sichtweise gegenüber stellen, die sich im *Sozialen und Kulturellen Modell* von Behinderung manifestiert und weiterentwickelt, ist ein klares Zeichen dafür, dass sich sowohl nicht-medizinische Professionen als auch Menschen mit Funktionseinschränkungen als Gruppe einen gesellschaftlichen Machtzuwachs erkämpft haben. So wird auch der Behinderung des Denkens über Behinderung das scheinbar Selbstverständliche genommen.

Kodifiziert hat sich dieser Machtzuwachs auf internationaler Ebene erst relativ spät in der bereits anfangs erwähnten UN-BRK (die als verlängerter Arm der 1948 erklärten Menschenrechte angesehen werden kann), an der auch Menschen mit Funktionseinschränkungen aktiv mitgearbeitet haben. Hier wird auf völkerrechtlicher Basis die Gleichberechtigung von Menschen mit *Behinderungen* deklariert. Deutschland hat diese Konvention 2009 ratifiziert, wodurch Bund und Länder aufgefordert sind, die Rechte von Menschen mit *Behinderungen* sicherzustellen, also Benachteiligungen zu verhindern und geeignete Maßnahmen zur Realisierung der Ziele der Konvention umzusetzen. Das Übereinkommen hat ebenfalls die vorher rein medizinisch geprägte Begriffsauslegung von *Behinderung* abgelöst. Die Konvention verwendet das Behinderungsverständnis der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) von 2001, der zufolge *Behinderung* aus der Wechselbeziehung zwischen den individuellen Voraussetzungen und den gesellschaftlichen Bedingungen entsteht. Es handelt sich folglich um ein Verständnis, das versucht, das *Medizinische* bzw. *Individuelle* mit dem *Sozialen Modell* zu verbinden.

Nach Köbsell (2018) wird mit der UN-BRK der Abbau behinderender Barrieren in der Gesellschaft als Einlösung von Menschenrechten eingefordert. Daher wird diesbezüglich auch von einem *Menschenrechtsmodell* von *Behinderung* gesprochen (vgl. Köbsell 2018: 324).

¹² Der erste Lehrstuhl für Disability Studies in Deutschland wurde in Köln geschaffen und 2009 mit Anne Waldschmidt besetzt. Doch auch an vielen weiteren Universitäten und Hochschulen sind entsprechenden Forschungs- und Lehrtätigkeiten zu verzeichnen.

Trotz erreichter normativer Gleichheit und einer gesteigerten Präsenz in der Öffentlichkeit und den Medien bleibt die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit Funktionseinschränkung ambivalent: Es hat den Anschein, als ob unsere gegenwärtige Gesellschaft Menschen mit Funktionseinschränkung entweder als „Superkrüppel“ (Paralympics) oder als „Sorgenkind“ wahrnimmt – sich aber noch schwer damit tut, sie als „normale“ Mitbürger*innen anzuerkennen und zu behandeln (vgl. Aguayo-Krauthausen 2014: 247). Besondere Leistungen jener Menschen anzuerkennen oder Mitleid mit ihnen zu empfinden scheint psychologisch einfacher zu sein, als sie vollständig in die Sphäre der Normalität eintreten zu lassen. Dies alles entspricht nach Devereux (1984) der menschlichen Neigung, „Differenzen einerseits zu leugnen und andererseits zu vergrößern“ (Devereux 1984: 195).¹³

Eine weitere Ambivalenz der Postmoderne liegt in der rechtlichen Gleichstellung und zunehmenden öffentlichen Präsenz von Menschen mit Funktionseinschränkungen bei gleichzeitigen Bestrebungen, diese Menschen durch biomedizinische Eingriffe nicht mehr „entstehen zu lassen“ (vgl. Köbsell 2006: 74).

Mit euphemistischen Begriffen werden die biomedizinischen Möglichkeiten der Pränataldiagnostik (PND) unter dem Deckmantel der Selbstbestimmung und Verantwortung vermarktet, obwohl bei einem entsprechenden Befund bis auf wenige Ausnahmen keine pränatalen Therapien zur Verfügung stehen. Zwar können sich werdende Eltern durch ein entsprechendes Ergebnis der PND einerseits auf ein Leben mit einem funktionseingeschränkten Kind vorbereiten, andererseits weisen alle bisherigen Erhebungen darauf hin, dass sich die überwiegende Mehrheit der betroffenen Eltern für einen Schwangerschaftsabbruch ent-

scheidet (vgl. Deutscher Bundestag 2017: 18). Durch die Präimplantationsdiagnostik (PID) wird dagegen bereits vor der Implantation, mithin noch außerhalb des Mutterleibes, eine Auswahl der für eine Implantation „optimal“ geeigneten Föten vorgenommen. Habermas (2001) warnt hinsichtlich der zunehmenden Verfügbarkeit und Inanspruchnahme biomedizinisch intervenierender Verfahren vor einer „liberalen Eugenik“ (vgl. Habermas 2001). Andere Autoren (z. B. Irrgang 2002, Fuchs 2008 und Bauer 2010) sprechen von einer „Eugenik von unten“, die im Gegensatz zu einer „Eugenik von oben“ eben keine staatliche Planung oder Aufforderung mehr benötigt – auch ein Zeichen der Privatisierung von Strategien zur Reduktion von Ambivalenzen. Die beunruhigende Tendenz, die sich hier abzeichnet, lässt den Schluss zu, dass es irgendwann als nicht mehr zumutbar erscheinen könnte, ein Kind mit erhöhtem Erkrankungsrisiko zu entbinden, sondern Babys mit Wunschmerkmalen, so genannte „Designerbabys“, zur Normalität werden. Die Vermeidung „unerwünschter“ genetischer Disposition führt möglicherweise zur Produktion eines Menschentyps mit „gewünschter“ genetischer Ausstattung.

Wie sich die Menschen der Postmoderne mit der grundlegenden Ambivalenz zwischen dem Streben nach Perfektion bei gleichzeitiger normativer Akzeptanz von Verschiedenheit langfristig arrangieren, bleibt abzuwarten. Der Hinweis darauf, was die Allmachtsphantasien einer „perfekten“ sozialen Ordnung in der Moderne anzurichten vermögen, mag vielleicht Anlass bieten, sich mit ihrem Gegenteil, den Ohnmachtsgefühlen, intensiver auseinanderzusetzen, anstatt sie mit der Scheinkontrolle blinder naturwissenschaftlicher Fortschrittsgläubigkeit zu verdrängen (und durch Konsum zu betäuben). Die Abhängigkeit der Menschen voneinander – gerade vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der zunehmenden Zahl von Menschen mit Funktionseinschränkungen – wird weiter steigen, und technische Errungenschaften können hier kaum die grundlegenden Bedürfnisse von Menschen befriedigen. Eine Antwort auf die existenziellen Fragen des risikoreichen Lebens kann von wissenschaftlicher Seite aus nicht erfolgen; hier bedarf es klarer Grenzsetzungen seitens ethischer Institutionen und eines intensiveren gesellschaftlichen Diskurses.

Für die Postmoderne ist eine De-Institutionalisierung von Behinderungsprozessen bei einer gleichzeitigen Institutionalisierung von Enthinderungsprozessen feststellbar. Das Normalitätsspektrum hat sich aufgrund rechtlicher Errungenschaften ausgeweitet, die Ränder der Abweichung werden schmaler. Die Kontrolle der Grenzen hat sich vom Staat zum Markt hin verschoben, der z. B. über die massenmediale Vermittlung von Schönheitsidealen und die proklamierte Pflicht zur Selbstoptimierung (vgl. Hughes 2000:

¹³ Dass Differenzen bzw. Ungleichheiten teilweise gar nicht mehr benannt werden dürfen, hängt vermutlich auch mit der Vorstellung zusammen, dass mit Feststellung von Differenz automatisch eine Abwertung und Benachteiligung verbunden sei. Wenn faktische Differenzen sprachlich verschleiert oder gar verleugnet werden, ändert dies vorerst nichts an den durch diese Differenzen verursachten gesellschaftlichen Konsequenzen. Ein Einstellungswandel kann nur durch Erkenntnis und entsprechende gesellschaftliche Rahmenbedingungen (z. B. rechtliche Gleichstellung und einer Änderung der ausschließlich leistungsorientierten Ökonomie) erfolgen, aber sicher nicht durch eine rein sprachliche Kosmetik. Der Blick sollte sich folglich eher darauf richten, welche Konsequenzen aus einer differenzierenden Wahrnehmung gezogen werden müssen und wie vermieden werden kann, dass aus einer reinen Feststellung von Differenz Benachteiligungen entstehen. Die Verleugnung von Differenzen schlägt sich auch im Sammelbegriff „Behinderung“ nieder, der das Bild einer scheinbar homogenen Menschengruppe transportiert, die symbolisch auf das Piktogramm des Rollstuhlfahrers reduziert wird. Die menschliche Vielfalt spiegelt der aktuelle Behinderungsbegriff nicht adäquat wider.

560) die Positionierung der Grenze wieder in die entgegengesetzte Richtung drückt, folglich die Ränder vielleicht wieder verbreitert.

6 Zur prozesssoziologischen Theorieentwicklung. Ansätze und Limitationen

Im vorliegenden Text ging es darum, zunächst einen synthesebildenden Theorieansatz darzustellen, der Schwächen vorhandener Modelle von Behinderung überwindet – beispielsweise eine einseitige Fokussierung auf politische Paradigmen und die Zementierung des Dualismus' von Gesellschaft und Individuum – und der einen praktischen Erkenntnisgewinn liefert. Eine Erkenntnis lautet, dass es im Kern um das sich wandelnde Menschenbild geht, das den Umgang mit Menschen mit Funktionseinschränkungen in den betrachteten Epochen beeinflusste und auf das unsere Gesellschaft in Zukunft besonders achten muss. Der *Behinderungsbegriff*, in seiner Doppeldeutigkeit („behindert sein“ – behindert werden“), bezeichnet ein ubiquitäres biologisches und gesellschaftliches Phänomen, das die Fragilität und Unvollkommenheit des Lebens ins Bewusstsein ruft und uns darüber hinaus zu einer kritischen und bewussten Reflexion unseres an Perfektionismus und Leistungsfähigkeit gekoppelten Menschenbildes auffordert. So gesehen ist *Behinderung* als Forschungsfeld ein Querschnittsthema von Medizin und Sozialwissenschaften par excellence.

Als konstituierendes Element für eine noch ausstehende Theoriebildung bietet sich aus Sicht der Autoren die Prozesssoziologie von Elias an, da sie keine politische Zielsetzung verfolgt und den oben genannten Dualismus überwindet, indem sie die sich gegenseitig bedingende Entwicklung von Gesellschafts- und Persönlichkeitsstruktur beschreibt und erklärt und hierbei – im Gegensatz zu beispielsweise der Systemtheorie (Luhmann) – nicht den Bezug zum Menschen verliert. Dabei deckt sie die Teilhabebedingungen unserer Gesellschaft realitätsangemessen als zwar prinzipiell veränderbare, aber relativ starr *erscheinende* Fakten auf. *Behinderung* als Teilhabe-einschränkung bzw. Erfahrung ist demnach kein Phänomen, das ausschließlich mit der jeweiligen körperlichen, geistigen und/oder seelischen Funktionseinschränkung erklärt werden kann, sondern das ebenso durch historische, soziale und kulturelle Prozesse beeinflusst wird. Die Ebene der konkreten Funktionseinschränkungen aus dem Diskurs herauszuhalten ist eine zu einseitige Perspektive. Funktionseingeschränkte Menschen werden aufgrund ihrer Funktionseinschränkung häufig

eine höhere Abhängigkeit von medizinischen Expert*innen haben. Ihr Lebensschicksal verlangt ihnen in der Regel auch eine höhere Leistung der Versöhnung mit der eigenen Person und ihren Lebensumständen ab. Umso wichtiger ist es, für die *Disability Studies* hierbei eine inkludierende statt eine exkludierende Strategie zu verfolgen.

Um zu verhindern, den „Wald vor lauter Bäumen“ nicht mehr sehen zu können, kann bei dem Blick in die Vergangenheit eine theoretische Erdung helfen, die sich nicht in lauter Einzelschicksalen und Ausnahmen verliert. Dabei unterscheidet sich das methodische Vorgehen bei einem solchen Unterfangen im hohen Maße von dem Vorgehen von Studien die sich auf die Gegenwart beziehen, die sich eher auf quantitative oder qualitative Datenauswertungen konzentrieren und die entsprechend normierte Gütekriterien berücksichtigen müssen.

Eines der Gütekriterien für die Verlässlichkeit einer wissenschaftlichen Methode stellt die *Reliabilität* dar, die allerdings in einer Arbeit, die sich auf lange Prozesse bezieht, kaum anwendbar ist, denn im „Laboratorium der Soziologie“ (Elias 1985) sind Messwiederholungen unter gleichen Bedingungen prinzipiell ausgeschlossen. Hier ist nur eine tangential Annäherung durch Verwendung vielfältiger Quellen und Anwendung eines übergeordneten theoretischen Konzepts möglich, um die Entwicklung beschreiben und erklären zu können. Denn ein „totales Verstehen dessen, was eigentlich gewesen ist, wäre nur als ebenso totale Wiederholung zu erfüllen“ (Heintel zitiert nach Dinzelsbacher 2008: XXXIII). So kommt Elias (2003) zu der Schlussfolgerung: „Es ist die Entdeckung, die die Forschung als wissenschaftlich legitimiert, und nicht die Methode“ (Elias 2003b: 44).

Ganz in diesem Sinne wurde hier versucht, induktiv aus der Synthese verschiedener Quellen¹⁴ einen widerspruchsfreien Theorieansatz von Behinderungsprozessen zu entwickeln, der sich empirisch begründen lässt, und der die langen *Linien der Geschichte* nicht aus dem Blick verliert, indem er sich deduktiv aus der prozesssoziologischen Zivilisationstheorie ableitet. Hier zeigt sich auch die Abgrenzung zu Foucault: Zwar lässt sich mit Foucault plausibel skizzieren, wie z. B. die Medizin als disziplinierende Macht mit dem „klinischen Blick“ (Foucault 1973) menschliche Körper in der Moderne klassifizierte und so verkörperte Differenz erst diskursiv herstellte, aber die Entwicklung von Behinderungsprozessen über mehrere Epochen lässt sich nicht durch eine reine Diskurs-Analyse beschreiben und erklären. Die alleinige Betonung auf diskursiv konstruierte An-

¹⁴ Wie in qualitativen Studien kann es hier immer nur um einen möglichst hohen Grad der theoretischen Sättigung gehen (vgl. Strübing et al. 2018: 90).

dersheit ist ebenso selektiv wie die alleinige Betonung einer naturbedingten Andersheit.¹⁵ Die foucault'sche Erkenntnis wäre hier eher als eine weitere Quelle der Absicherung für einen betrachteten Zeitraum prozesssoziologisch zu bearbeiten.¹⁶

Dem zweiten Gütekriterium – der Objektivität – wird sich in einer prozesssoziologischen Arbeit durch entsprechend hohe Selbstreflexion, also durch „engagierte Distanz“ (Elias 1983) in einer Subjekt-Objekt-Beziehung zwischen Forscher und Erforschten, angenähert (siehe hierzu ausführlicher Egen 2020: 223 ff.).

Die Validität – also die Frage danach, ob wirklich das gemessen wird, was man messen möchte – als letztes Gütekriterium wird in einer prozesssoziologischen Herangehensweise durch die Wechsellinse von Theorie und Empirie soweit möglich abgesichert und dadurch, ob es sich in einer Zeitreihe anordnen lässt, die eine plausible Prozessdynamik abzubilden erlaubt.

Das zugrundeliegende Material wird von uns in Form einer „Theorie-Skizze“ (Breuer 1999: 5) zusammengefasst, die unseres Erachtens eine „theoretische Hinlänglichkeit“ (Dey 1999) aufweist.

Eine „gerichtete Wahrnehmung“ (Fleck 1980: 130)¹⁷ bei der Quellenauswahl kann niemals vollständig ausgeschlossen werden – aber ist dies nicht auch spätestens bei der Interpretation von reinen qualitativen und quantitativen Daten immer der Fall? Wichtig ist im Umgang mit dem empirischen Material eine entsprechende Reflexion der „gerichteten Wahrnehmung“.

Zusammenfassend lassen sich die Behinderungsprozesse in den drei beobachteten Epochen wie folgt prozesssoziologisch beschreiben und erklären:

Vom Mittelalter bis ins 17. Jahrhundert waren Behinderungsprozesse *unsystematischer, individueller, affektiver und differenzierter* als zu späteren Zeiten. *Unsystemati-*

sch, durch eine weitgehend fehlende institutionelle Infrastruktur und einer damit einhergehenden noch nicht vorhandenen gesellschaftlichen Wahrnehmung von Menschen mit Funktionseinschränkungen als „Gruppe“; dadurch auch *individueller*, da familiäre Strukturen jeweils in dem ihnen zur Verfügung stehenden Rahmen den Umgang mit einem funktionseingeschränkten Menschen aushandeln mussten und es generell an festgelegten Verhaltensstandards fehlte. *Affektiver*, durch ein generell niedrigeres Selbstzwangsniveau in der mittelalterlichen Gesellschaft, was sicher zu spontaneren Reaktionen führte, die vermutlich immer dann eintraten, wenn die Möglichkeit eines Zusammenlebens nicht mehr vorhanden war, wenn die Tragfähigkeit des jeweiligen häuslichen Umfelds an ihre Grenze kam. *Differenzierter*, da es eine große regionale, ethnische, wirtschaftliche und standesspezifische Varianz im alltäglichen Umgang gegeben haben wird. Auch die Ursache der Funktionseinschränkung, ob durch Krieg, Krankheit, Bestrafung oder komplikationsreiche Geburt, wird einen nicht unerheblichen Einfluss auf den Involvierungsgrad in Behinderungsprozesse gehabt haben.

Die Umgangsformen waren informeller, so dass viele Verhaltensstandards mittelalterlicher Menschen in späteren Epochen im Bereich der Devianz zu verorten wären (vgl. Huizinga 1938). Das, was heute in Bezug auf die körperliche Erscheinungsform unter Normalität verstanden wird, war weiter gefasst, so dass weit weniger Menschen mit Beeinträchtigungen als „anders“ wahrgenommen wurden als in der Moderne. Die Grenzen zur Andersheit wurden primär durch religiöse Mächte definiert (siehe Abb. 1). Die Existenz von *systematischen* Behinderungsprozessen kann für das Mittelalter bis zum 17. Jahrhundert im Großen und Ganzen verneint werden.

In der Moderne kam es im Zusammenhang mit der Auflösung von Ambivalenzen durch Homogenisierung heterogener gesellschaftlicher „Elemente“ zur *Institutionalisierung* von Behinderungsprozessen. Die aufgrund zunehmender Interdependenzketten notwendig gewordene Formalisierung und Zivilisierung des Verhaltens vor allem der bürgerlichen Gesellschaft forderte entsprechende Kontrollen ein. Alles was die bürgerliche Ordnung störte, wurde mit naturwissenschaftlicher Flankierung hinter die „Kulisse des gesellschaftlichen Lebens“ (Elias 1977b: 313) verlagert, soziogenetisch in speziell zu diesem Zwecke errichtete Sondereinrichtungen verbannt und psychogenetisch über eine Art „hygienische Verdrängung“ (Elias 1982: 49) kontrolliert. „Der Zivilisationsprozess mobilisiert Ekel und Verachtung gegenüber körperlicher Differenz und Beeinträchtigung und rechtfertigt damit die Etikette der Ausschließung und Abscheu“ (Hughes 2014: 56).

15 Sicher ist die Wahrnehmung von Devianz und körperlicher Differenz immer auch diskursiv beeinflusst, allerdings nicht nur. Ein beinamputierter Mensch würde sicher seine „Andersheit“ nicht rein diskursiv begründen, sondern seine Beeinträchtigung durchaus auch mit seiner realen körperlichen Differenz von einer wie auch immer gearteten Mehrheit und der eigenen Körpererfahrung beschreiben.

16 Die alleinige Fokussierung auf Diskurse im Mittelalter hätte beispielsweise eine sehr einseitige Sichtweise befördert, da in erster Linie männliche und zumeist kirchliche Würdenträger bzw. Männer, die eine religiös geprägte Bildung erfuhren, lesen und schreiben konnten.

17 Nach Fleck erlernen Menschen im Laufe ihrer beruflichen Sozialisation eine fachspezifische „Wahrnehmungsbereitschaft“ bzw. eine „gerichtete Wahrnehmung“ (Fleck 1980: 130), die dem jeweiligen im „Denkkollektiv“ vorherrschenden „Denkstil“ entspricht. Das „Denkkollektiv“ wirkt im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess als eine Art Filter zwischen dem beobachteten Objekt und dem erkennenden Subjekt (vgl. Fleck 1983: 177).

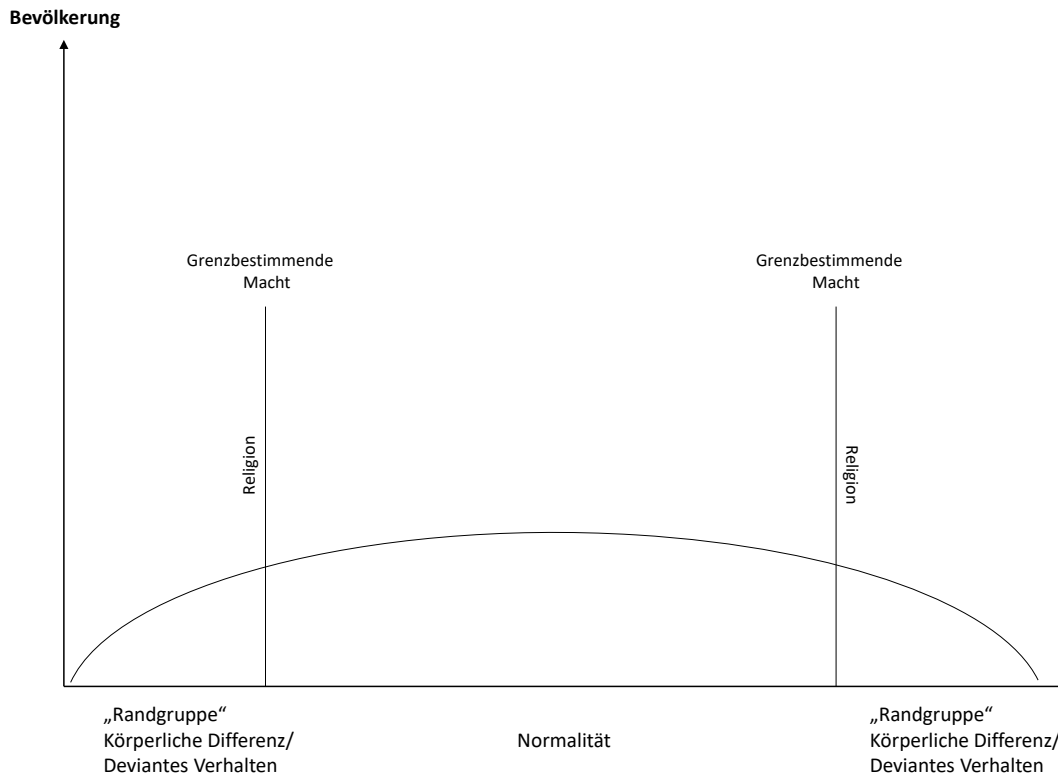


Abbildung 1: Verhältnis von Normalität und Abweichung im Mittelalter bis 17. Jahrhundert

Im Zuge der Industrialisierung der Arbeit ersetzte die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eines Individuums zunehmend den vorherigen Stellenwert als Mitglied der Herkunftsfamilie. Menschen mit Funktionseinschränkungen wurden zu einem sozialen Problem, da sie häufig nicht den standardisierten Maschinen und der Zeittaktung gewachsen waren und zudem durch fehlende Betreuung in der auf die Kleinfamilie geschrumpften häuslichen Gemeinschaft der Bedarf nach externen Lösungen entstand. Als Reaktion kam es zum (Aus-)Bau von Sondereinrichtungen. Dadurch wurden Menschen mit Funktionseinschränkungen vermehrt dem öffentlichen Blick entzogen, gesellschaftlich ausgegrenzt und in Verbindung mit naturwissenschaftlichen Klassifizierungen durch überwiegend Mediziner und Pädagogen abgewertet. Dies stellte den Nährboden der theoretischen und im Dritten Reich praktisch umgesetzten Eugenik dar.

Mit dieser gesellschaftlichen Entwicklung verbreiterten sich die Ränder der Abweichung der Gaußschen Normalverteilungskurve. Der mittlere Bereich – der Normalität symbolisiert – wurde schmaler bzw. das Spektrum tolerierter Verhaltensweisen und körperlicher Erscheinungsformen enger (siehe Abb. 2).

In der Postmoderne haben die Enthinderungsprozesse auf soziogenetischer Ebene an Einfluss gewonnen und Be-

hinderungsprozesse an Dominanz verloren. In der Tendenz wurden Enthinderungsprozesse institutionalisiert, Behinderungsprozesse dagegen *de-institutionalisiert* und partiell ins Private verschoben (z. B. PND, PID).

Durch die Demokratisierung des Staates und der Gesellschaft lernten und lernen Menschen allmählich Heterogenität zu akzeptieren und Ambivalenzen auszuhalten. Menschen mit Funktionseinschränkungen erkämpften sich einen Machtzuwachs der sich in rechtlichen Errungenschaften niederschlägt und sich in der Betonung auf Selbstbestimmung („Experte in eigener Sache“) äußert.

Durch die Informalisierung (Wouters 1999) von Verhaltensweisen und generell der Pluralisierung des gesellschaftlichen Lebens wird der Bereich der Normalität wieder weiter, doch die Grenzen dieser Normalität werden vor allem im Hinblick auf körperliche Erscheinungsformen durch mediale Vorbilder abgesteckt und vom Markt reguliert. Trotz rechtlicher Errungenschaften stellen Menschen mit Funktionseinschränkungen psychogenetisch immer noch für viele Menschen das Gegenteil des „Normalen“ dar; das, was einen in seinem an Perfektion orientierten Selbstbild irritiert (siehe Abb. 3). Psychogenetisch hinkt der postmoderne Mensch der soziogenetischen Entwicklung der Enthinderungsprozesse folglich hinterher.

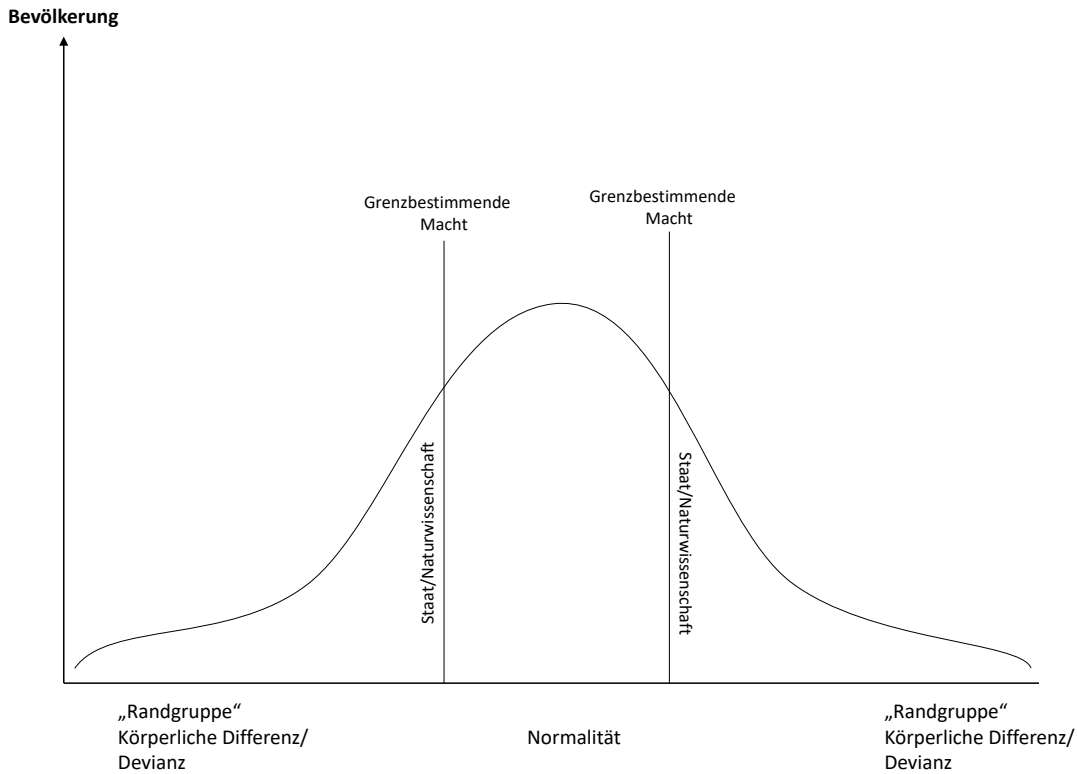


Abbildung 2: Verhältnis von Normalität und Abweichung in der Moderne

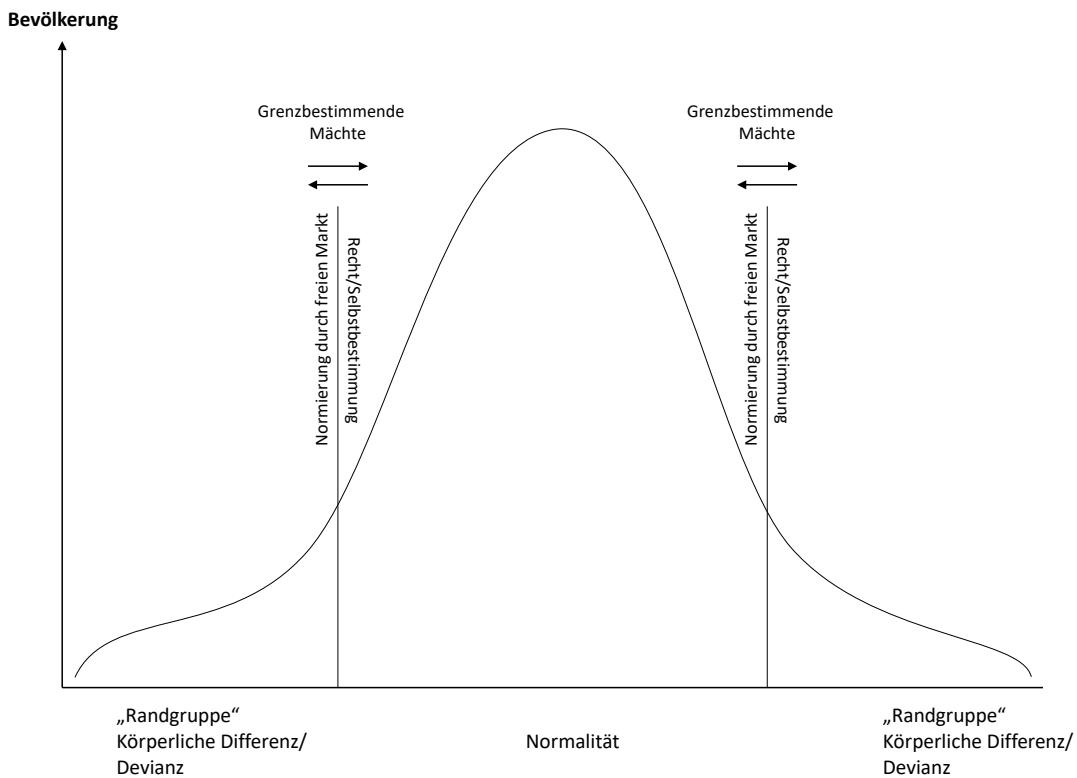


Abbildung 3: Verhältnis von Normalität und Abweichung in der Postmoderne

Tabelle 1: Diachroner stichwortartiger Epochenüberblick

	Mittelalter bis 17 Jh.	Moderne (18. bis Mitte 20. Jh.)	Postmoderne (Mitte 20. Jh. bis Gegenwart)
Wahrnehmung	Körperliches Aussehen hatte noch keine so große Bedeutung. Blick war eher auf das Seelenheil im Jenseits gerichtet. Hohe Präsenz von aus heutiger Sicht abweichenden Körpern in der Öffentlichkeit, sorgte für eine relativ indifferente Wahrnehmung.	Körperliches Aussehen und distinguiertes Verhalten gewann an Bedeutung. Gruppe der „Unnormalen“ wurde größer und entwickelte sich zu einem sozialen Problem, das einer Lösung bedurfte (Hegemoniale Problemwahrnehmung).	Anerkennung (bei besonderen Leistungen) vs. Mitleid, trotz hoher öffentlicher Präsenz – auch in den Medien. Auf dem Weg zur Ressourcen- bzw. Kompetenzwahrnehmung. Körper wird zum formbaren Projekt.
Bewertung funktionseingeschränkter Menschen	Ambivalente Bewertung, die stark von Ausprägung und Ursache abhängig war: Einerseits als Strafe für Verfehlungen andererseits als Notwendigkeit für die Caritas. Generell gehörte beispielsweise Gebrechlichkeit zur <i>conditio humana</i> .	Minderwertige Objekte, animalische Kreaturen (Freak-Shows) und für die Industrie nicht brauchbare Menschen. Negative Bewertung. Angewiesen auf karitative Wohltätigkeit und soziale Fürsorge.	Gleichberechtigte Mitbürger mit Rechtsansprüchen auf Kompensationsmaßnahmen und -leistungen.
Bewertungsinstanzen	Theologie	Naturwissenschaften, Medizin, (Heil-)Pädagogik	Interdisziplinärer Diskurs unter Einbeziehung Betroffener.
Reaktion	Individuelle Angelegenheit des häuslichen Umfelds. Nur vereinzelte spezielle Institutionen (Leprosorien, Narrentürme) vorhanden.	Systematische Ausgrenzung in Sondereinrichtungen. Bestrebungen von Korrektur bis hin zur Vernichtung. Anthropophagie ¹⁸ und anthropoemische ¹⁹ Strategie (Lévi-Strauss 1970). Protonormalismus (Link 1996).	Rehabilitationseinrichtungen. Selbstbestimmtes Leben. Menschenrechte. Aber auch: Biomedizinische Bestrebungen behinderten Menschen pränatal zu selektieren. Anthropophagie, anthropophile und pränatale anthropoemische Strategie. Flexibler Normalismus (Link 1996).
Sozialer Handlungsmodus	Individueller Umgang.	Soziale Kontrolle.	Machbarkeit.
Gesellschaftsform	Feudalismus/Merkantilismus	(Früh-)Kapitalismus	Soziale Marktwirtschaft
Staatsform	Monarchie	Monarchie/Demokratie/Diktatur	Demokratie

Die moderne Verbindung zwischen Arbeits- und Leistungsfähigkeit und der „Wertigkeit“ eines Menschen ist in der postmodernen Gesellschaft allerdings nicht vollständig verschwunden und wird weiterhin ambivalente Reaktionen hervorrufen. Die Ambivalenzen und Ambiguitäten des Lebens haben sich nicht aufgelöst, geändert hat sich deren Verarbeitung, die sich vom Staat auf das Individuum verschoben hat, dort häufig Orientierungsprobleme und Überforderungsgefühle verursacht und daher immer wieder psychogenetische Gegenbewegungen auslöst, die letzten Endes als eine Reaktion auf die Unfähigkeit angesehen werden kann, sich mit den Ambivalenzen und Ambiguitäten arrangieren zu können.

Die soziale Grundtatsache und der Erklärungsrahmen lautet bezüglich der Selbstwertbeziehungen zwischen

Gruppen von Etablierten und Außenseitern: „Die soziale Existenz von Menschen ist nicht zuletzt auch abhängig von dem Bild, das Menschen voneinander haben, von dem Sinn und Wert, den sie einander zuschreiben“ (Elias 2022: 79) und das „Wertempfinden der Menschen wandelt sich mit dem Wandel der Bedingungen ihres Zusammenlebens und so auch mit dem Wachstum ihres Wissens, das zu diesen Bedingungen zählt“ (Elias & Scotson 1993: 277). Ein syntheseorientierter Theorieansatz, wie ihn die Prozesssoziologie vertritt, könnte Orientierung dabei geben, einen theoretisch fundierten diachronen Epochenüberblick zu erarbeiten, der in der Lage ist, die vielfältigen Entwicklungsschübe und -linien umfangreicher zu beschreiben und zu erklären (stichwortartige Ansätze hierzu siehe auch Tab. 1).

Wirklich erforderlich für die detaillierte Erarbeitung einer umfassenderen Beschreibung und Erklärung von Behinderungsprozessen mit höherer historischer „Evidenz“ wäre allerdings die Einrichtung eines entsprechend geför-

¹⁸ Anpassung des Andersartigen durch Korrektur (Assimilation).

¹⁹ Ausgrenzung oder Vernichtung des Andersartigen.

derden Forschungsschwerpunkts, wie er für die Dis/ability History beispielsweise im Rahmen der Creative Unit „Homo debilis. Dis/ability in der Vormoderne“ temporär bereits vorhanden war.

Um neue Forschungspfade mit Leben zu füllen und zukunftsgerichtete Denkwege über Behinderung zu eröffnen, ist es aber unerlässlich, alte Behinderungen des Denkens über Behinderung aus dem Weg zu räumen. Dafür helfen eine prozesssoziologische Rekonstruktion und kritische Sichtung der bisherigen Entwicklung der Denk- und Handlungsmuster in diesem Feld, wie sie hier skizziert wurden.

Literatur

- Aguiayo-Krauthausen, R., 2014: Dachdecker wollte ich eh nicht werden. Das Leben aus der Rollstuhlperspektive. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Alkemeyer, T., 2000: Zeichen, Körper und Bewegung. Aufführungen von Gesellschaft im Sport. Habilitationsschrift, Freie Universität Berlin.
- Arendt, H., 2014: Vita activa oder Vom tätigen Leben. München: Piper.
- Bauer, A.W., 2010: Zukunftsvisionen von 1910: „Eugenik gab es vor Hitler und es gibt sie bis heute“ Interview von Franziska Badenschier. ZEIT ONLINE. <https://www.zeit.de/wissen/geschichte/2010-02/geschichte-eugenik-interview> (letzter Zugriff: 31.08.2020).
- Bauman, Z., 1992: Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Neuauflage 2005, 2. Auflage, Lemförde: Hamburger Edition.
- Bauman, Z., 1995: Postmoderne Ethik. Lemförde: Hamburger Edition.
- Belker-van den Heuvel, J., 2001: Aussätzige. „Tückischer Feind“ und „Armer Lazarus“. S. 270–299 in B.-U. Hergemöller (Hrsg.), Randgruppen der spätmittelalterlichen Gesellschaft. Warendorf: Fahlbusch.
- Biesalski, K., 1929: Leitfaden der Krüppelfürsorge. 3. Auflage. Leipzig, Hamburg: Leopold Voss.
- Bogner, A. & G. Rosenthal, 2017: Biographien – Diskurse – Figurationen. Methodologische Überlegungen aus einer sozialkonstruktivistischen und figurationssoziologischen Perspektive. S. 43–68 in T. Spies & E. Tuijter (Hrsg.), Biographie und Diskurs. Methodisches Vorgehen und Methodologische Verbindungen. Wiesbaden: Springer VS.
- Bonacker, T. & R. Oliver, 2008: (Post)Moderne. S. 355–372 in: N. Baur, H. Korte, M. Löw & M. Schroer (Hrsg.), Handbuch Soziologie. Wiesbaden: Springer VS.
- Bösl, E., 2009a: Dis/ability History: Grundlagen und Forschungsstand. H-Soz-Kult. <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/forum/2009-07-001> (letzter Zugriff: 15.10.2019).
- Bösl, E., 2009b: Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Bielefeld: Transcript.
- Breuer, F., 1999: Einleitung. S. 3–6 in: Ders., Abseits. Marginale Personen – Prekäre Identitäten. Münster: LIT.
- Brockhaus, 2006: Enzyklopädie in 30 Bänden. 21., völlig neu bearbeitete Auflage, Band 9, FASZ-FRIER, Leipzig: F.A. Brockhaus.
- Davis, L.J., 1995: Enforcing Normalcy: Disability, Deafness and the Body. London: Verso.
- Dederich, M., 2007: Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld: Transcript.
- Dederich, M., 2010: Behinderung, Norm, Differenz. Die Perspektive der Disability Studies. S. 170–184 in: F. Kessl & M. Plöber (Hrsg.), Differenzierung, Normalisierung, Andersheit. Soziale Arbeit als Arbeit mit den Anderen. Wiesbaden: Springer VS.
- Deutscher Bundestag 2017: Wissenschaftliche Dienste. Sachstand WD 9-3000 – 024/17. Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer Behinderung oder vorgeburtlichen Schädigung des Kindes in Deutschland seit 1996. <https://www.bundestag.de/resource/blob/516748/bb117fe4968bb2e8a440de7782a924ea/wd-9-024-17-pdf-data.pdf> (letzter Zugriff: 01.06.2021).
- DeLoach, C., D.W. Ronnie & W.W. Guy, 1983: Independent Living: Philosophy, Process, and Services. Baltimore: University Park.
- Dey, I., 1999: Grounding grounded theory. San Diego: Academic Press.
- Devereux, G., 1984: Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Dinzelbacher, P., 2008: Zu Theorie und Praxis der Mentalitätsgeschichte. S. XVIII–XLIII in Ders. (Hrsg.), Europäische Mentalitätsgeschichte. Hauptthemen in Einzeldarstellungen. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Dörner, K., 1989: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens oder: die Soziale Frage: Entstehung – Medizinisierung – NS-Endlösung – heute – morgen. Mit einem Beitrag von Fredi Saal. Gütersloh: Jakob van Hoddis.
- Dörner, K., 1994: Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. Leviathan 22 (3): 367–390.
- Egen, C., 2020: Was ist Behinderung? Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Funktionseinschränkungen vom Mittelalter bis zur Postmoderne. Bielefeld: Transcript.
- Egen, C. & C. Gutenbrunner, 2021: Reflexionen über den Begriff der Behinderung. RP Reha 2021 (3): 24–33.
- Elias, N., 1977a [1939]: Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, Band I. Wandlungen des Verhaltens in den westlichen Oberschichten des Abendlandes. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 1977b [1939]: Über den Prozeß der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen. Band II. Wandlungen der Gesellschaft. Entwurf zu einer Theorie der Zivilisation. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 1982: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 1983: Engagement und Distanzierung. Arbeiten zur Wissenssoziologie I. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 1985: „Ein Mann wird 87. Der Menschenforscher Norbert Elias“, Interview mit Carmen Thomas, WDR 2, 30.05.1985.
- Elias, N. & J.L. Scotson, 1993: Etablierte und Außenseiter. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 1996: Was ist Soziologie? Weinheim, München: Juventa.
- Elias, N., 2002 [1983b]: Altern und Sterben: Einige soziologische Probleme. S. 69–90 in: Ders., Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Humana Conditio. Gesammelte Schriften Band 6. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 2003a: Prozesse, Soziale. S. 270–277 in: Schäfers, B. (Hrsg.), Grundbegriffe der Soziologie. 8., überarbeitete Auflage. Opladen: Leske + Budrich.
- Elias, N., 2003b [1986]: Einführung. S. 42–120 in: N. Elias & E. Dunning, Sport und Spannung im Prozeß der Zivilisation. Gesammelte Schriften Band 7. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 2006a [1977]: Zur Grundlegung einer Theorie sozialer Prozesse. S. 509–560 in: Ders., Aufsätze und andere Schriften I. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Elias, N., 2006b [1988]: Was ich unter Zivilisation verstehe. Antwort auf Hans Peter Dürr. S. 334–341 in: Ders., Aufsätze und andere Schriften III. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Elias, N., 2022: Sozialer Kanon, soziale Existenz und das Problem der Sinnggebung. Ein soziologischer Essay. Wiesbaden: Springer.
- Erdheim, M., 1996: Das Eigene und das Fremde. Ethnizität, kulturelle Unverträglichkeit und Anziehung. S. 173–190 in: H. Haase (Hrsg.), Ethnopschoanalyse. Wanderungen zwischen den Welten. Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Fandrey, W., 1990: Krüppel, Idioten, Irre. Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland. Stuttgart: Silberburg-Verlag.
- Faulstich, H., 2000: Die Zahl der „Euthanasie“-Opfer. S. 218–234 in: A. Frewer & C. Eickhoff (Hrsg.), „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main/New York: Campus.
- Fleck, L., 1980 [1935]: Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fleck, L., 1983 [1960]: Krise in der Wissenschaft. Zu einer freien und menschlichen Wissenschaft. S. 175–181 in Ders., Erfahrungen und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, M., 1973: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. München: Hanser.
- Frohne, B., 2014: Leben mit „kranckheit“. Der gebrechliche Körper in der häuslichen Überlieferung des 15. und 16. Jahrhunderts. Überlegungen zu einer Disability History der Vormoderne. Affalterbach: Didymos-Verlag.
- Fuchs, R., 2008: Life Science. Eine Chronologie von den Anfängen der Eugenik bis zur Humangenetik der Gegenwart. Berlin: LIT.
- Gehlen, A., 1940: Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt. Berlin: Junker und Dünhaupt.
- Grimm, J. & W. Grimm, 1854: Deutsches Wörterbuch von Jacob und Wilhelm Grimm. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Gruen, A., 2002: Der Fremde in uns. 12. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Habermas, J., 2001: Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hirschberg, M., 2009: Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation. Frankfurt am Main und New York: Campus.
- Hughes, B., 2002: Bauman's Strangers: Impairment and the Invalidation of Disabled People in Modern and Post-modern Cultures. *Disability & Society* 17 (5): 571–584.
- Hughes, B., 2000: Medicine and the Asthetic Invalidation of Disabled People. *Disability & Society* 15 (4): 555–568.
- Hughes, B., 2014: Invalidierung: Eine Theoretisierung der Ausschließung von Behinderung. *Widersprüche* 34 (133): 51–58.
- Hughes, B., 2015a: Zivilisierung und ontologische Invalidierung von Menschen mit Behinderung – Teil I. *Widersprüche* 35 (135): 121–131.
- Hughes, B., 2015b: Zivilisierung und ontologische Invalidierung von Menschen mit Behinderung – Teil II. *Widersprüche* 35 (136): 105–115.
- Huizinga, J., 1938 [1919]: Herbst des Mittelalters. Studien über Lebens- und Geistesformen des 14. und 15. Jahrhunderts in Frankreich und in den Niederlanden. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Irrgang, B., 2002: Humangenetik auf dem Weg in eine neue Eugenik von unten? Bad Neuenahr-Ahrweiler: Europäische Akademie – Graue Reihe Nr. 31.
- Jantzen, W., 2018 [1974]: Sozialisation und Behinderung. Studien zu sozialwissenschaftlichen Grundfragen der Behindertenpädagogik. Unveränderte, um zwei aktuelle Vorworte erweiterte Neuauflage der Ausgabe von 1974. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Jetter, D., 1966: Geschichte des Hospitals. Band 1. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850. Wiesbaden: Franz Steiner.
- Kastl, M.J., 2017: Einführung in die Soziologie der Behinderung. 2. völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Köbsell, S., 2006: Behinderte Menschen und Bioethik. Schlaglichter aus Deutschland, Großbritannien und den USA. S. 59–79 in: Hermes, G. & Rohrmann, E. (Hrsg.), Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als ein neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK.
- Köbsell, S., 2018: Ohne Kampf keine Rechte. Zur Geschichte der Behindertenbewegung in Deutschland. S. 317–334 in: Hoffmann, T., Jantzen, W. & Stinkes, U. (Hrsg.), Empowerment und Exklusion. Zur Kritik der Mechanismen gesellschaftlicher Ausgrenzung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kron, T. & M. Reddig, 2006: Zygmunt Bauman: die ambivalente Verfassung moderner und postmoderner Kultur. S. 363–377 in: S. Moebius & D. Quadflieg (Hrsg.), Kultur. Theorien der Gegenwart. Wiesbaden: VS Verlag.
- Kuhlmann, A., 2003: Therapie als Affront. Zum Konflikt zwischen Behinderten und Medizin. *Ethik in der Medizin* 15 (3): 151–160.
- Kühnel, H., 2008: Das Fremde und das Eigene. Mittelalter. S. 477–492 in: P. Dinzelbacher (Hrsg.), Europäische Mentalitätsgeschichte. Hauptthemen in Einzeldarstellungen. 2., durchgesehene und ergänzte Auflage. Stuttgart: Alfred Kröner.
- Labisch, A., 1989a: Gesundheitskonzepte und Medizin im Prozeß der Zivilisation. S. 15–36 in: A. Labisch & R. Spree (Hrsg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Labisch, A., 1989b: Homo hygienicus: soziale Konstruktion von Gesundheit. S. 115–138 in: F. Wagner (Hrsg.), Medizin. Momente der Veränderung. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer.
- Lee, C., 2013: The Measure of Man: Behinderung und Krankheit bei den Angelsachsen. S. 292–305 in C. Nolte (Hrsg.), Phänomene der „Behinderung“ im Alltag. Bausteine zu einer Disability History der Vormoderne. Affalterbach: Didymos.
- Lévi-Straus, C., 1970 [1955]: Taurige Tropen. Indianer in Brasilien. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Link, J., 1996: Versuche über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Lüscher, K., 1997: Postmoderne Herausforderungen an die Soziologie. S. 94–117 in: S. Hradil (Hrsg.), Differenz und Integration: die Zukunft moderner Gesellschaften; Verhandlungen des 28. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Dresden 1996. Frankfurt am Main: Campus.
- Mattner, D., 2000: Behinderte Menschen in der Gesellschaft. Zwischen Ausgrenzung und Integration. Stuttgart: Kohlhammer.
- Metzler, I., 2006: Disability in Medieval Europe. Thinking about physical impairment during the high Middle Ages, C. 1100–1400. New York: Routledge.
- Muchembled, R., 1990: Die Erfindung des modernen Menschen. Gefühlsdifferenzierung und kollektive Verhaltensweisen im Zeitalter des Absolutismus. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Orbach, S., 2010: Bodies: Schlachtfelder der Schönheit. Zürich: Arche Literatur.
- Pinker, S., 2003: Das unbeschriebene Blatt. Die moderne Leugnung der menschlichen Natur. Berlin: Berlin-Verlag.
- Rommelspacher, B., 1999: Behindernde und Behinderte – Politische, kulturelle und psychologische Aspekte der Behindertenfeind-

- lichkeit. S. 7–34 in: Dies. (Hrsg.), *Behindertenfeindlichkeit. Ausgrenzung und Vereinnahmung*. Göttingen: Lamuv.
- Sander, A., 2002: Behinderungsbegriffe und ihre Integrationsrelevanz. S. 99–106 in: H. Eberwein & S. Knauer (Hrsg.), *Integrationspädagogik*. 6., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Beltz.
- Schmuhl, H.-W., 2010: *Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung*. 1. Auflage, Berlin: IMEW-Selbstverlag.
- Sierck, U., 2017: *Widerspenstig, eigensinnig, unbequem. Die unbekannte Geschichte behinderter Menschen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Strübing, J., S. Hirschauer, R. Ayaß, U. Krähnke & T. Scheffer, 2018: Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie* 42 (2): 83–100.
- Swain, J. & F. Sally, 2000: Towards an Affirmation Model of Disability. *Disability & Society* 15 (4): 569–582.
- Thomas, C., 2002: Disability Theory: Key Ideas, Issues, and Thinkers. S. 38–57 in: C. Barnes, L. Barton & M. Oliver (Hrsg.), *Disability Studies Today*. Cambridge: Wiley.
- UN-BRK, 2006: General Assembly. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). Resolution 61/106, New York.
- Waldhoff, H.-P., 2009: *Verhängnisvolle Spaltungen. Versuche zur Zivilisierung wissenschaftlichen Wissens*. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Waldschmidt, A., 2005: Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychologie und Gesellschaftskritik* 29 (1): 9–31.
- Waldschmidt, A., 2020: Jenseits der Modelle. Theoretische Ansätze in den Disability Studies. S. 56–73 in: D. Brehme, P. Fuchs, S. Köbsell & C. Wesselmann (Hrsg.), *Disability Studies im deutschsprachigen Raum. Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Walther, R., 2003: *Einführung in die Blinden- und Sehbehindertenpädagogik*. München: Ernst Reinhardt.
- Weber, M., 2000 [1904/1905 bzw. 1920]: *Die protestantische Ethik und der Geist des Kapitalismus*. Textausgabe auf der Grundlage der ersten Fassung von 1904/05 mit einem Verzeichnis der wichtigsten Zusätze und Veränderungen aus der zweiten Fassung von 1920. Herausgegeben und eingeleitet von Klaus Lichtblau und Johannes Weiß. Weinheim: Beltz Athenäum.
- WHO, 2001: ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Stand Oktober 2005, Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Wouters, C., 1999: *Informalisierung. Norbert Elias' Zivilisationstheorie und Zivilisationsprozesse im 20. Jahrhundert*. Opladen, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Yildiz, E., 1997: *Die halbierte Gesellschaft der Postmoderne. Probleme des Minderheitendiskurses unter Berücksichtigung alternativer Ansätze in den Niederlanden*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Zima, P.V., 2016: *Moderne/Postmoderne*. 4. Auflage. Stuttgart: UTB.
- Zimmermann, V., 2000: Die „Heiligkeit des Lebens“ – Geschichte der Euthanasie in Grundzügen. S. 27–45 in: A. Frewer & C. Eickhoff (Hrsg.), *„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte – Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik*. Frankfurt am Main, New York: Campus.
- Zola, I. K., 1972: Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review* 20 (4): 487–504.

Autoren

Christoph Egen

Medizinische Hochschule Hannover
Klinik für Rehabilitations- und Sportmedizin
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
E-Mail: egen.christoph@mh-hannover.de

Dr. phil. Christoph Egen, geb. 1982 in Waiblingen. Studium der Sozialwissenschaften und Pädagogik in Hannover und Paris. Seit 2011 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Klinik für Rehabilitations- und Sportmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover; seit 2014 Klinikmanager ebendort. 2017 Norbert-Elias-Graduiertenstipendium. 2019 Promotion in Hannover. Seit 2019 Lehrbeauftragter des Instituts für Sonderpädagogik der Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover. 2020 Norbert-Elias-Postdocstipendium. Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung, rehabilitative Versorgungslücken, Soziologie der Behinderung. Wichtigste Publikationen: Egen, C., C. Gutenbrunner & T. Meyer, 2022: Menschen mit Behinderung. S. 207–216 in F.W. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, R. Busse & N. Schneider (Hrsg.), *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. 4. Auflage. Amsterdam: Elsevier. Egen, C. & J. Beyer, 2022: Rehabilitative Versorgungslücken in Deutschland. Eine kritische Bestandsaufnahme für den Bereich der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung. *das Krankenhaus* 2022 (9): 761–771. Egen, C. & C. Gutenbrunner, 2021: Reflexionen über den Begriff der Behinderung. *RP Reha* 2021 (3): 24–33. Egen, C., 2020: Was ist Behinderung? Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Funktionseinschränkungen vom Mittelalter bis zur Postmoderne. Bielefeld: transcript.

Hans-Peter Waldhoff

Gottfried Wilhelm Leibniz Universität Hannover
Institut für Soziologie
Schneiderberg 50
30167 Hannover
E-Mail: waldhoff@ish.uni-hannover.de

Prof. Dr. phil. Hans-Peter Waldhoff, geb. 1953 in Hamburg. Studium der Soziologie und Politischen Wissenschaft in Göttingen, Paris, Bielefeld und Hannover. Promotion in Hannover. Habilitation in Soziologie und Sozialpsychologie. Außerplanmäßiger Professor an der Leibniz-Universität Hannover 2001. Forschungsschwerpunkte: Zivilisationstheorie, Wissenssoziologie, Tiefenpsychologie. Wichtigste Publikationen: Waldhoff, H.-P., 2022: Einleitung. S. 1–16 in N. Elias, *Sozialer Kanon, soziale Existenz und das Problem der Sinngebung. Ein soziologischer Essay*. Wiesbaden: Springer VS. Waldhoff, H.-P., 2019: *Eros und Thanatos. Über die Verflechtung von Lebens- und Todestrieben und ihre riskante Spaltung im Zivilisationsprozess*. Weilerswist: Velbrück. Waldhoff, H.-P., 2014: Menschen im Singular und im Plural – Norbert Elias' grundlagentheoretischer Beitrag zur Gruppenanalyse. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 50: 111–145. Waldhoff, H.-P., 2009: *Verhängnisvolle Spaltungen. Versuche zur Zivilisierung wissenschaftlichen Wissens*. Weilerswist: Velbrück.