

0. Annäherung an das Thema

0.1 *Die Intention der Arbeit*

Die vorliegende Arbeit wird von einer Vision getragen, für die sie bei ihren Leserinnen und Lesern wirbt: der Vision einer Kirche, in der wahre Begegnung stattfindet: Begegnung zwischen ganz unterschiedlichen Menschen mit ihren je eigenen Fähigkeiten und Begrenzungen, in dieser Arbeit exemplarisch dargestellt anhand von Menschen mit und ohne geistige Behinderung, und Begegnung dieser bunten Gemeinschaft mit Gott. Der Gottesdienst wird hier als der zentrale Ort angesehen, an dem diese Begegnungen möglich sind. Intention dieser Arbeit ist es, ihre Leserinnen und Leser für diesen Traum zu gewinnen und sie zu motivieren, eigene Schritte auf dem Weg zu dessen Verwirklichung zu wagen. Im Hinblick darauf will die vorliegende Arbeit dazu ermutigen, den Gottesdienst in den Gemeinden als Ort der Begegnung zu feiern. Dies kann nur gelingen, wenn er barrierefrei und damit als ‚Gottesdienst ohne Stufen‘ gestaltet wird. Da im deutschsprachigen Raum Forschungsarbeiten zum Gottesdienst mit Menschen mit und ohne geistige Behinderung noch fast gänzlich fehlen, versteht sich die vorliegende Arbeit als eine anfängliche Auseinandersetzung mit dieser wichtigen Thematik.

0.2 *Das Thema der Arbeit*

Das Thema „Gottesdienst ohne Stufen. Ort der Begegnung für Menschen mit und ohne geistige Behinderung“ wird in dieser Arbeit in sechsfacher Weise eingegrenzt: Erstens steht der Gottesdienst im Raum der *evangelischen Kirche* im Zentrum dieser Arbeit im Wissen darum, dass die Weitung des Blicks auf den ökumenischen Gottesdienst als dringend notwendig und bereichernd noch aussteht. Zweitens steht der Gottesdienst in der evangelischen *Kirchengemeinde* im Zentrum im Bewusstsein, dass die dort gewonnenen Erfahrungen einen gemeinsamen Erfahrungshorizont bilden mit denjenigen Erfahrungen in den Gottesdiensten außerhalb der Gemeinden, z. B. an Orten, wo Menschen mit und ohne Behinderung miteinander leben bzw. arbeiten. Drittens steht der Gottesdienst *im engeren Sinne* im Zentrum unter Anerkennung, dass dieser eine untrennbare Einheit bildet mit dem ‚Gottesdienst im Alltag‘. Viertens steht der Gottesdienst *mit Erwachsenen* im Zentrum dieser Arbeit in der Hoffnung, dass die wichtige und erhellende Betrachtung des Gottesdienstes mit Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung Gegen-

stand anderer Arbeiten sein wird. Fünftens steht der Gottesdienst *mit Menschen mit und ohne geistige Behinderung* im Zentrum dieser Arbeit verbunden mit dem Wunsch, dass die diesbezüglichen Überlegungen und Ideen einen kleinen Beitrag leisten auf dem Weg zu einem Gottesdienst mit Menschen in all ihrer Verschiedenheit. Und sechstens steht der *Gottesdienst ohne Stufen*¹ im Zentrum im Wissen darum, dass es sich bei der anvisierten Stufenlosigkeit im Sinne einer umfassenden Barrierefreiheit nicht um einen auf Erden vollends erreichbaren Zustand handelt, sondern um ein Prinzip, welches das Verständnis des Gottesdienstes und seine Gestaltung ebenso prägt wie die unterschiedlichen Begegnungen im Gottesdienst. Die Stufenlosigkeit bezieht sich sowohl auf die räumlichen Gegebenheiten des Gottesdienstortes als auch auf die Gottesdienstgestaltung und die Einstellung der Gottesdienstfeiernden zueinander. Ziel ist es, auf der Basis der Gleichstellung aller Menschen, jedem und jeder Gottesdienstbesuchenden volle Teilhabe und gleichberechtigte Mitwirkung am Gottesdienst zu ermöglichen.

¹ Im Folgenden wird der Begriff ‚Gottesdienst ohne Stufen‘ wegen seines häufigen Vorkommens innerhalb dieser Arbeit der Einfachheit halber nicht mehr in Anführungszeichen gesetzt.

1. Annäherung an das Phänomen der geistigen Behinderung

1.1 Verortung von Behinderung

1.1.1 Gesundheit – Krankheit – Behinderung

Im allgemeinen Sprachgebrauch zeigt sich, dass Menschen mit Behinderung oft zu den Kranken und damit zu den Leidenden und zu Bemitleidenden² gezählt werden. WENDELER sieht in dieser Zuschreibung „die wohl am weitesten verbreitete Rolle, die Menschen mit einer Behinderung zugewiesen wird“ (WENDELER 1993, 47). Wortpaarungen wie etwa „Behinderte und Gesunde“ (BATEL 1992, 4) belegen dieses Verständnis. Selbst bei terminologischer Unterscheidung von Krankheit und Behinderung werden beide Begriffe oftmals miteinander verknüpft, z. B. in Gebeten.³ Deshalb fordern Betroffene, wie etwa der ev. Theologe Ulrich BACH, die strikte Unterscheidung zwischen Krankheit und Behinderung (vgl. BACH, U. 1980, 32).

Gesundheit wird in der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1946 als ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, zit. n. SCHAEFER/BLOHMKE 1972, 331) definiert.⁴ Gesundheit ist demnach ein mehrdimensionales und vor allem auch ein soziales Phänomen. Kritikerinnen und Kritiker bemängeln jedoch, dass die sozialen Zusammenhänge in der Definition der WHO im Unkonkreten bleiben (vgl. HÄMER 1994, 71). Zudem wird das dahinterstehende Gesundheitsverständnis als unbiologisch (vgl. SCHAEFER 1976, 18) und utopisch (vgl. KREBS 2002, 24) angesehen, da es sich bei der Gesundheit nicht um einen statischen Zustand, sondern um einen störanfälligen Prozess handle und sich überdies völliges Wohlbefinden bei keinem Menschen einstelle.

Auch für das Phänomen der *Krankheit* existiert kein allgemeingültiger Begriff. In der Alltagssprache bedeutet ‚krank sein‘ so viel wie ‚nicht gesund‘ sein und damit ‚nicht funktionstüchtig‘ sein. In diversen Lexika wird

² Der inzwischen verstorbene Theologe Ulrich BACH war seit einer Erkrankung im Alter von 21 Jahren selbst auf einen Rollstuhl angewiesen. Er schilderte die Reaktion von Menschen ohne Behinderung beim Anblick von Menschen mit schwerer Behinderung so: „wir sagen: ‚dieses ganze Elend‘“ (BACH, U. 1994, 53).

³ Ein Fürbittengebet in der aktuellen Agende für die EKV und die VELKD beinhaltet die Fürbitte: „Wir beten zu dir um Stärkung für die Kranken und für die geistig oder körperlich Behinderten“ (EGb 1999, 572).

⁴ Ebenso PSCHYREMBEL 2004b, 648.

die Prozesshaftigkeit von Krankheit und deren Regelwidrigkeit herausgehoben (vgl. HARTMANN u. a. 1968, 147f.) und/oder, analog zum Gesundheitsbegriff, die subjektive Wahrnehmung des erkrankten Menschen mit einbezogen (vgl. PSCHYREMBEL 2004c, 983).

Behinderung wird oft mit chronischer Krankheit gleichgesetzt oder zumindest in deren Nähe gerückt. Eine Unterscheidung beider Kategorien erfolgt zumeist nur aus pragmatischen Gründen, etwa, um den von einem Gesetz betroffenen Personenkreis einzugrenzen (vgl. TRÖSTER 1990, 13). So handelt es sich aus medizinischer Sicht bei einer Behinderung um eine vom alterstypischen Zustand abweichende Funktionsbeeinträchtigung, die mindestens sechs Monate andauert und die Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen zur Folge hat (vgl. PSCHYREMBEL 2004a, 205). Da beide Aspekte auch für die Feststellung einer chronischen Krankheit relevant sind, ist die Grenze zwischen Krankheit und Behinderung unklar.

Werden hingegen *Gesundheit, Krankheit und Behinderung aus inklusiver Perspektive* wahrgenommen, dann kommt es generell zur Aufhebung der Grenzen zwischen den drei Kategorien. *Gesundheit* wird dann als ein stör anfälliger Prozess, der sich durch die Bewahrung eines „Fließgleichgewichtes im somatischen wie im nicht-somatischen Bereich“ (JACOB 1976, 357) auszeichnet, verstanden. Gesundheit ist dann „nicht die Abwesenheit von Störungen, sondern die Kraft, mit ihnen zu leben“ (RÖSSLER, D. 1977, 63). Demgemäß kann ein Mensch mit einer *chronischen Krankheit* „bedingt gesund“ (KREBS 2002, 24) sein. Aus dieser Sicht erscheint *Behinderung* als „eine besondere Form von Gesundheit“ (VORSTAND 1990, 257).

1.1.2 Perspektiven

Die Zuordnung von Behinderung zu der Kategorie der Leiden hat u. a. zur Folge, dass die Zugehörigkeit der davon betroffenen Menschen zu Gottes guter Schöpfung auf dem Spiel steht. Hier wird es notwendig sein, darüber nachzudenken, wie Leiden im Allgemeinen und Behinderung im Besonderen theologisch zu deuten sind. Weiterhin gilt es zu reflektieren, inwiefern die Schöpfung Gottes gut ist. Überdies wirkt sich die Identifizierung von Behinderung mit Leiden auf die Selbstwahrnehmung und Selbstakzeptanz der davon betroffenen Menschen sowie auf ihre Fremdwahrnehmung seitens ihrer Umwelt aus. Ihnen wird generell eine nur unzureichende Lebensqualität im Sinne eines Unwohlbefindens unterstellt. Euthanasiebestrebungen und Vermeidung der Geburt von Menschen mit Behinderung durch Selektionsverfahren oder Abtreibung sind Folgen davon.

Die gedankliche Verknüpfung von Krankheit und Behinderung führt zur Wahrnehmung von Behinderung als Defekt an der davon betroffenen Person. Das wiederum führt zur Ausblendung des sozialen Aspektes von Behinderung und verhindert in Konsequenz daraus die Übernahme von Verantwor-

tung zur Beseitigung sozialer Barrieren seitens der Gesellschaft und der Kirchen.

Die Unklarheit des Verhältnisses zwischen den Kategorien der chronischen Erkrankung und der Behinderung führt dazu, dass die Behinderung, analog zur chronischen Erkrankung, in die Kategorie der pathologischen Endzustände gerät. Da sich diese nicht mehr ändern lassen, reagieren Menschen ohne Behinderung darauf nicht selten mit Abstandnahme von den davon betroffenen Menschen. Diese wiederum meiden nicht selten, wenn sie die beschriebenen Reaktionen ihrer Mitmenschen verspüren, aus Unsicherheit den Kontakt zu ihnen. Somit hat die Uneindeutigkeit die beiden Kategorien betreffend negative Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Menschen mit und ohne Behinderung.

Aus Sicht eines inklusiven Gesundheitsbegriffes hingegen erscheint eine generelle Einteilung von Menschen in Gesunde, Behinderte und Kranke mehr als fragwürdig. Weiter wehrt die Prozesshaftigkeit der menschlichen Gesundheit jeglicher Hierarchie unter Menschen. Die Desillusion im Hinblick auf das Erreichen einer vollkommenen Gesundheit und die Anerkennung der Relativität von Gesundheit fördern die Akzeptanz von Störungen und Begrenzungen im Leben von Menschen. Dementsprechend relativiert sich auch die Deutung von Behinderung als Normabweichung. Bei ihr handelt es sich nicht um das ganz Andere im Vergleich zu der totalen Gesundheit, sondern um eine graduelle Unterscheidung von (momentaner) Nicht-Behinderung. Weil zudem die Grenzen zwischen Gesundheit und Behinderung fließend sind, sollten Menschen mit Behinderung zunächst als ‚bedingt Gesunde‘ angesehen werden.

1.2 Behinderung

1.2.1 Rückblick auf die Entwicklung des Behindertenbegriffs

Der Terminus ‚Behinderung‘ als Bezeichnung für die funktionale Auswirkung einer Schädigung ist erst seit den 1920er-Jahren gebräuchlich. Anfang des 20. Jahrhunderts war u. a. der Begriff ‚*Krüppel*‘ für Menschen mit Missbildungen⁵ üblich (vgl. JANTZEN 1974, 44). Da dieser im Laufe der Zeit eine deutliche Abwertung erfuhr, indem er zum Ausdruck für Bettler wurde,⁶

⁵ Vgl. z. B. BIESALSKI 1909, 8 u. vgl. PERL 1926.

⁶ Die Verbindung zwischen sogenannten Krüppeln und Bettlern ist schon sehr alt. So wurden bereits im griechischen Altertum (ca. 600 v. Chr.) Krüppel zu Bettlern gemacht (vgl. SCHMUTZLER 1996, 55).

erfolgte die Suche nach einem neuen, nicht diskriminierenden und umfassenderen Terminus (vgl. VERNOOIJ 2007, 8). So wurden Begriffe wie ‚*Hilfling*‘, ‚*Gebrechlicher*‘ (vgl. PERL 1926, 53) oder ‚*Körper-Gebrechlicher*‘ (vgl. HERBST 1999, 18) vorgeschlagen. In den 1920er-Jahren trat erstmals der Bezeichnungskomplex ‚*Behinderung – behindert*‘ auf, und zwar in der Fürsorgeverwaltung und in der deutschen Heilpädagogik (vgl. BIESALSKI 1926, 11). In einer Untersuchung des STATISTISCHEN LANDESAMTES BADEN aus dem Jahre 1925 findet sich die Bezeichnung ‚*Körperlich-Gebrechlicher*‘ (vgl. HERBST ebd.). Und PERL sprach 1926 von ‚*körperlich Behinderten*‘ (vgl. PERL ebd., 50). Der Behindertenbegriff wurde in den 1920er-Jahren vereinzelt (vgl. ebd., 51), später zunehmend in Zusammensetzungen verwendet, welche die verschiedenen Behinderungsarten bezeichneten (etwa: ‚*Gehbehinderter*‘). 1957 wurde das Körperbehindertengesetz verabschiedet, in dem der Begriff ‚*Krüppel*‘ konsequent durch ‚*Körperbehinderte/r*‘ ersetzt wurde. Schließlich setzte sich sowohl in der Alltags- als auch in der Rechtssprache die Bezeichnung ‚*Behinderter*‘ ohne erläuternden Zusatz durch. Nach dem zweiten Weltkrieg fand sie Eingang in das Bundessozialhilfegesetz (vgl. HERBST ebd., 19) und in die Öffentlichkeitsarbeit. KritikerInnen hingegen bemängeln dessen allgemeinen Gebrauch. So betont z. B. MÖCKEL, kein Kind sei nur ‚*Behinderter*‘. Deshalb könne der Begriff ‚*Behinderung*‘ nicht stillschweigend in den Begriff ‚*Behinderter*‘ umgemünzt werden (vgl. MÖCKEL 1982, 31).

1.2.2 Verständnis von Behinderung

Bis in die 1980er-Jahre hinein wurde Behinderung als *individuale Beeinträchtigung* und damit als Defekt an dem davon betroffenen Menschen gesehen. Zu den Vertreterinnen und Vertretern dieser Sicht gehörten damals BACH (vgl. BACH, H. 1975, 9) und der DEUTSCHE BILDUNGSRAT (vgl. DEUTSCHER BILDUNGSRAT/BILDUNGSKOMMISSION 1979, 32). Seit den 1980er-Jahren wurde die Perspektive auf das Phänomen der Behinderung erweitert. So hob z. B. der Soziologe CLOERKES den *Doppelcharakter von Behinderung* heraus. Seiner Ansicht nach ist ein Mensch als behindert anzusehen, wenn zwei Faktoren vorliegen: zum einen „eine Abweichung von wie auch immer definierten gesellschaftlichen Erwartungen“ (CLOERKES 1997, 75) und zum anderen eine negative Reaktion darauf (vgl. ebd.). Entscheidend sei „die ‚soziale Reaktion‘“ (ebd.), sie schaffe „Behinderungen und Behinderte“ (ebd.). Mit ihrer „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (WHO 1980)⁷, der ersten allgemein gültigen internationalen Klassifikation für die unterschiedlichen

⁷ Im Folgenden wird die für diese Klassifikation der WHO übliche Abkürzung ICDH verwendet.

Behinderungen und Beeinträchtigungen, legte die WHO ein *dreidimensionales Modell von Behinderung* vor, das Störungen, nun auf drei Ebenen, aufzeigt: erstens auf der Ebene der körperlichen und/oder psychischen Struktur und Funktion („*Impairment*“; WHO 1980, 47), zweitens auf der Ebene der Fähigkeiten („*Disability*“; ebd., 143) und drittens auf der Ebene der sozialen Stellung oder der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben („*Handicap*“; ebd., 183). Da dieses Klassifikationsschema weiterhin einen störungs- und defektorientierten Ansatz aufwies, entschied sich die WHO zu einer Revision ihres Modells. In der neuen Fassung, der ‚International Classification of Functioning, Disability and Health‘⁸ (vgl. dies. 2001), wird der allein individuumzentrierte Blick zugunsten einer systemorientierten Betrachtungsweise geweitet, die Rolle der Umwelt beim Prozess der Ausprägung einer Beeinträchtigung intensiver berücksichtigt und der ganze Lebenshintergrund der Betroffenen stärker wahrgenommen (vgl. SCHUNTERMANN 2005, 11). Es geht nicht mehr um die Klassifikation von Krankheitsfolgen, sondern um Komponenten von Gesundheit und deren Beeinträchtigungen.⁹ Behinderung wird von einem bisher personalen zu einem nun sozialen Phänomen und Inklusion zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe. Entscheidende Aspekte der ICF sind dann in das Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (vgl. HEIDEN 1998) und in das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (vgl. DAU/DÜWELL/JOUSSEN 2014) aufgenommen worden. Der Behinderungsbegriff des SGB IX nimmt allerdings noch zwei weitere Aspekte hinzu: den Zeitbezug (Zustand länger als 6 Monate) sowie das Prinzip der Altersinäquivalenz (altersuntypische Störung der Funktionen).¹⁰

1.3 Geistige Behinderung

1.3.1 Begrifflichkeiten für das Phänomen der geistigen Behinderung

Hinsichtlich des Sachverhaltes der geistigen Behinderung zeigt sich im Laufe der Geschichte ein permanenter Begriffswandel. Bis in die Neuzeit hinein wurde jene mit anderen Phänomenen wie Krankheit, Körper-, Sinnes- und Sprachbehinderung sowie Verelendung in sich wandelnden Konstruktionen zusammengefasst (vgl. KOBİ 2000, 63). Erst nach der Französischen Revo-

⁸ Eine Kurzversion der ‚International Classification of Functioning, Disability and Health‘ (im Folgenden abgekürzt als ICF) bietet SCHUNTERMANN 2005, 145-228.

⁹ Vgl. ebd., 37-58.

¹⁰ Vgl. § 2 Absatz 1 SGB IX (DAU/DÜWELL/JOUSSEN 2014).

lution erfolgte erstmals eine systematische Erforschung der geistigen Behinderung sowie deren klare Unterscheidung von psychischen Erkrankungen.

Im Alten Rom und in Griechenland wurden Menschen mit körperlicher bzw. geistiger Normabweichung als ‚*Morionen*‘ bezeichnet. Die griechische Wurzel des Wortes bedeutet ‚Torheit‘ (μωρία; vgl. BAUER, W. 1988c, 1075). Des Weiteren gab es die Konstruktion ‚*Monster*‘. Das Wort leitet sich her von lat. ‚monstrum‘, ‚Ungeheuer, Scheusal‘ (vgl. PFEIFER 2003c, 887) und bezeichnete Menschen oder Tiere, die in irgendeiner Form aus dem Rahmen des Vertrauten fielen (vgl. PERRIG 1987, 41). Den so Bezeichneten wurde die Gottebenbildlichkeit abgesprochen und eine ähnliche Funktion wie die des Bösen zugeschrieben (vgl. ebd., 45).

Im Mittelalter war die Konstruktion der ‚*Wechselbälger*‘ weit verbreitet (vgl. BACHMANN 1985). Die Entstehung eines sog. Wechselbalges wurde auf unterschiedliche Ursachen zurückgeführt (vgl. KIRMSSE 1922, 86-88). Eine in Anlehnung an heidnische Überlieferungen entstandene Kausallegende geht davon aus, dass der Teufel in einem Augenblick mütterlicher Unaufmerksamkeit das jeweilige gesunde Kind gegen ein geistig und körperlich schwer geschädigtes Kind, einen sog. Wechselbalg, ausgetauscht habe (vgl. SPECK 2005, 15f.). LUTHER soll, wie eine quellenkritisch ungesicherte Niederschrift eines Tischgespräches zeigt, solche Kinder als „massam carnis“ (WA TR V Nr. 5207,9,31) d. h. als ‚Fleischklumpen‘ bezeichnet haben. Er selbst habe ein solches Kind in Dessau ertränken wollen, sei aber von der Obrigkeit daran gehindert worden (vgl. WA TR V Nr. 5207,9,17-20).

Auch in den folgenden Jahrhunderten gab es eine Reihe von unterschiedlichen Benennungen für Menschen mit geistiger Behinderung. Sie wurden als ‚*Idioten*‘ (vgl. PFEIFER 2003b, 571), ‚*Kretinen*‘ (vgl. KOBI 2000, 66), ‚*Blödsinnige*‘ (vgl. PFEIFER 2003a, 150) oder ‚*Schwachsinnige*‘ (vgl. ders. 2003f, 1252f.) bezeichnet. Die Pejoration, die jedes Etikett im Laufe der Zeit erfuhr, machte jeweils aufs Neue die Suche nach einem neutraleren Begriff erforderlich. Folgeschwer war besonders die Wahrnehmung und Bezeichnung von Menschen mit geistiger Behinderung als ‚*kulturhindernde Ballastexistenzen*‘, die ihre Wurzeln im 19. Jh. hat. BINDING/HOCHE sprechen den ihrer Meinung nach unheilbar Blödsinnigen aus volkswirtschaftlichen Gründen jegliches Existenzrecht ab. Mit ihrer Sicht waren sie Wegbereiter des nationalsozialistischen Gedankengutes (vgl. BINDING/HOCHE 1920).

Erst die 1958 gegründete Elterninitiative ‚Bundesvereinigung Lebenshilfe für das behinderte Kind‘¹¹ forderte mit Erfolg das Schulrecht für ihre Kinder und führte den Terminus ‚*Geistigbehinderte/r*‘ ein (vgl. VERNOOIJ 2007, 214). Bis heute ist die Bezeichnung ‚*Geistige Behinderung*‘ wegen ihrer Defizitfixierung (vgl. SPECK ebd., 49) und der als unzutreffend beurteilten Gleichsetzung von Kognition und Geist (vgl. FORNEFELD 2002, 50)

¹¹ Heute trägt die Vereinigung den Namen ‚BUNDESVEREINIGUNG LEBENS-
HILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG E. V.‘.

in der Kritik. FEUSER sieht in dieser Benennung sogar den Verweis eines Menschen aus seiner Gattung (vgl. FEUSER 2000, 147). Im Folgenden kam es zur Ausprägung sogenannter ‚Menschen-mit-Formeln‘ wie z. B. ‚*Menschen mit geistiger Behinderung*‘ oder ‚*Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer intellektuellen Fähigkeiten*‘. In jüngster Zeit kommt es verschiedentlich zur Auflösung des Behindertenbegriffes. Behinderung wird als „normale (übliche) Variante menschlicher Daseinsformen“ (SPECK 2005, 69) definiert. Während FEUSER Begriffe wie den der ‚geistigen Behinderung‘ für ein „entmenschlichendes Instrumentarium der Theoriebildung, Sprache und Praxis“ (FEUSER ebd., 162) hält, betont SPECK: „Die Akzeptanz des Andersseins kann nicht von Namen abhängig sein“ (SPECK ebd., 50).

1.3.2 Geistige Behinderung aus Sicht verschiedener Fachrichtungen

Aus *medizinischer* Sicht wird das Phänomen der geistigen Behinderung, nach einem Perspektivwechsel in den 1990er-Jahren, nun nicht mehr nur als Defekt an dem davon betroffenen Menschen verstanden, sondern als ein Syndrom¹² gedeutet, das immer auf einer körperlichen Basis, sehr häufig auf einer Schädigung des Gehirns bzw. des Nervensystems beruht (vgl. ebd., 53) und für dessen Entstehung Umwelteinflüsse eine bedeutende Rolle spielen (vgl. NEUHÄUSER 2000, 38). Da nicht jede organisch-genetische Schädigung zwangsläufig zu einer geistigen Behinderung führt, wird die Intelligenzminderung für deren primäres Charakteristikum (vgl. GONTARD 2003, 25) erachtet.

Aus *psychologischer* Sicht handelt es sich bei einer geistigen Behinderung ebenso vornehmlich um eine Intelligenzminderung. Viele psychologische Theorien sehen darin inzwischen gleichfalls ein „individuelles Ergebnis einer spezifischen mehrdimensionalen Informationsverarbeitung“ (SPECK ebd., 60; Hv. wgl.). Die „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“¹³ der WHO weist für die Diagnose einer geistigen Behinderung ein Doppelkriterium auf: eine Intelligenzminderung und eine verminderte soziale Kompetenz (vgl. WHO 2005, 256-259). Auch die AAIDD¹⁴ ergänzt das Klassifikationskriterium der Intelligenzminderung durch dasjenige der herabgesetzten sozialen Kompetenz. Zur Diagnostizierung einer geistigen Be-

¹² Der Begriff ‚Syndrom‘ meint die regelhafte Kombination von Symptomen, die ätiologisch oder pathogenetisch miteinander im Zusammenhang stehen und daher im Rahmen der Diagnose auch zusammen betrachtet werden müssen (vgl. FORNEFELD 2002, 52).

¹³ Abgekürzt: ICD-10.

¹⁴ Die „American Association on Intellectual and Developmental Disabilities“ (AAIDD) ist eine amerikanische Interessenvereinigung von Angehörigen und befreundeten Personen von Menschen mit geistiger Behinderung.

hinderung müssen neben der Intelligenzminderung mindestens zwei der folgenden Bereiche des täglichen Lebens beeinträchtigt sein: Kommunikation, Selbstversorgung, Wohnen, Sozialverhalten, Benutzung der Infrastruktur, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, lebensbedeutsame Schulbildung sowie Freizeit (vgl. GOLL 1998, 23).

Aus *soziologischer* Sicht besteht eine Verbindung zwischen Behinderung und Sozialschichtzugehörigkeit. Behinderung nehme bei unteren Sozialschichten und steigender Armut zu (vgl. CLOERKES 1997, 66).¹⁵ Diverse Untersuchungen bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung¹⁶ ergaben, dass diese zwar aus allen Schichten kommen, dass der Anteil derjenigen aus einer unteren Sozialschicht allerdings unerwartet hoch sei. Insbesondere schwere geistige Behinderung sei in den unteren Sozialschichten häufiger anzutreffen als in den oberen (vgl. KUSHLICK/BLUNDEN 1974, 58).¹⁷

Aus *pädagogischer* Sicht wird die geistige Behinderung inzwischen als „interaktionales Ergebnis und interaktionaler Prozess“ (SPECK 2005, 71) verstanden. Für dieses komplexe Phänomen sei die Wechselwirkung dreier Faktoren charakteristisch: einer psychophysischen Schädigung, der Umwelt mit ihrer Reaktion auf den jeweiligen Menschen mit Behinderung und der von der Behinderung betroffenen Person, deren Selbst sich in der sozialen Interaktion konstituiere (vgl. ebd., 70f.). Was die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung angeht, so gibt es unterschiedliche Theorien: erstens die älteren Differenz- und Defekttheorien und zweitens die Entwicklungstheorien.¹⁸ Die Differenz- und Defekttheorien gehen bei der geistigen Behinderung von einem generellen Defizit aus (vgl. ZIGLER 1969, 548-550), durch den sich davon betroffene Menschen auch dann von Menschen ohne geistige Behinderung unterscheiden, wenn beide das gleiche Intelligenzniveau aufweisen. Die gegenwärtig präferierten Entwicklungstheorien hingegen sehen sowohl Übereinstimmungen als auch Unterschiede im Entwicklungsprozess von Menschen mit und ohne geistige Behinderung. Sie gehen davon aus, dass beide Personengruppen zwar dieselben Entwicklungsstufen durchlaufen (vgl. ZIGLER/HODAPP 1986, 39), dass es aber Unterschiede im Tempo der Entwicklung und im Abschluss derselben gebe. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen mehr Zeit zur Automatisierung ihrer Informationsverarbeitungsprozesse und zur Aneignung von Speicher- und Bearbeitungsstrategien sowie von Wissen. Auch seien ihre Kompetenzen nur zeitweilig verfügbar (vgl. SARIMSKI 2003, 45). Die Retardierung wird entweder für die Gesamtentwicklung oder für einzelne Dimensionen, etwa die Intelligenz und die Sprache, angenommen (vgl. SPECK 1974, 93f.).

¹⁵ Gründe dafür bietet THIMM 1977, 52-54.

¹⁶ Vgl. EGGERT 1969, 35 u. vgl. KUSHLICK/BLUNDEN 1974, 50.

¹⁷ Gründe dafür finden sich bei BACH, H. 2001, 60f. Einen Überblick über die aktuellen Forschungsergebnisse bietet SPECK 2005, 60-64.

¹⁸ Vgl. WENDELER 1976.