

I. Einleitung

„Der gesellschaftliche Mordauftrag: So will ich das nennen, womit die Mütter geistig Behinderter beladen und alleingelassen werden. Denn nicht nur, daß ihnen keine Hilfe zuteil wird, sich mit den eigenen Mordimpulsen auseinander zu setzen, der ‚unheimlichen Versuchung‘: Die Umwelt lädt die kollektiven Mordphantasien in solchen Inszenierungen auch noch zusätzlich auf ihnen ab. Es ist der Haß eines ganzen Volkes, der zu unsäglichen Verbrechen geführt hat, den sie jetzt allein tragen sollen, und das können sie nicht. So wachsen die Schuldgefühle (für eine Schuld, die nicht die ihre ist, an der sie aber, wie wir alle, teilhaben) ins Unermeßliche.“ (Niedecken, 1989, S. 55)

Gleichermaßen fasziniert wie ungläubig erschüttert war ich, als ich mich 1994 im Rahmen meines Zivildienstes in einer Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen das erste Mal mit dem Werk Dietmut Niedeckens befasste. Als junger Musiker war ich tief beeindruckt, mit den Möglichkeiten der Musik als Therapie den Betroffenen helfen zu können, so wie es die Musiktherapeutin Niedecken in ihrem Buch beschrieb. – Aber die These eines „gesellschaftlichen Mordauftrags“, mit dem die betroffenen Mütter alleingelassen werden, was im Buch in den Zusammenhang zu einer behindertenfeindlichen Ausgrenzungsszene gebracht wird, konnte ich nicht nachvollziehen – ja, sie schien mir regelrecht abstrus zu sein.

Einige Jahre später sollten dann jedoch die psychoanalytisch-sozialpsychologischen Reflexionen Niedeckens durch die Fortschritte der pränatalen Diagnostik in erschreckenden Zahlen fassbar werden: Bereits zur Jahrtausendwende stellte sich heraus, dass sich über 90 % aller Mütter für eine Abtreibung ihres ungeborenen Kindes entscheiden, wenn pränatal das Down-Syndrom diagnostiziert wird (Lenhard, 2004, S. 64).

Ist das kein „gesellschaftlicher Mordauftrag“, mit dem die betroffenen Mütter oder Eltern alleingelassen werden?

Die These Niedeckens ist also keineswegs abstrus! – Wohl ist es ungeheuerlich, dass dies von jemanden ausgesprochen wird, wo doch das Ungeheuerliche in Deutschland nun seit mehr als siebenzig Jahren bewältigt gilt: Das ungeheuerliche Verbrechen, bei dem in Deutschland im Nationalsozialismus während der sogenannten *Aktion T4* mehr als 70.000 Menschen mit Behinderungen ermordet wurden (vgl. Paul, 2007, S. 14).

Sicherlich sind aber auch mit dem gesellschaftlichen Fortschritt in unserem Land bis heute zahlreiche Errungenschaften für Menschen mit Behinderungen geschaffen worden, angefangen beim Recht auf Bildung (Antor & Bleidick, 1995) als reguläre Schulpflicht, den Sozialgesetzbüchern und damit auch dem Recht auf einen Arbeitsplatz in einer Werkstatt für behinderte Menschen (§ 136 SGB IX), bis zur Änderung des Artikels 3 des Grundgesetzes (GG) von 1994 („Niemand darf

wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) und dem, zwar umstrittenen aber dennoch vorhandenen, *Teilhabegesetz* (BTHG). Unsere Gesellschaft ist heute glücklicherweise in weiten Bereichen sensibilisiert und in Medien wird Behinderterfeindlichkeit öffentlich gebrandmarkt (z. B. „Einfach nicht witzig! Luke Mockridge nach Behinderten-Witz im Shitstorm“, *Der Westen*, 18.07.2016).

Auch wenn die Bedrohungslage heute für Menschen mit Behinderungen selbstverständlich nicht mehr vergleichbar ist und die gesellschaftliche Positionierung der Betroffenen sich mehr und mehr verbessert, lässt allein der Umstand des immer noch getätigten „Behinderten-Witzes“ (ebd.) erkennen, wie tief verwurzelt Behinderterfeindlichkeit in unserem Denken ist (vgl. dazu auch die Analyse bei Gottwald, 2009).

„Seitdem wir auf den Ausdruck der Feindseligkeit durch die Tat verzichten mußten – durch den leidenschaftslosen Dritten daran gehindert, in dessen Interesse die Bewahrung der persönlichen Sicherheit liegt –, haben wir ganz ähnlich wie bei der Technik der sexuellen Aggression eine neue Technik der Schmähung ausgebildet, die auf die Anwerbung dieses Dritten gegen unseren Feind abzielt. Indem wir den Feind klein, niedrig, verächtlich, komisch machen, schaffen wir uns auf einem Umwege den Genuß seiner Überwindung, den uns der Dritte, der keine Mühe aufgewendet hat, durch sein Lachen bezeugt.

Wir sind nun auf die Rolle des Witzes bei der feindseligen Aggression vorbereitet. Der Witz wird uns gestatten, Lächerliches am Feind zu verwerten, das wir entgegenstehender Hindernisse wegen nicht laut oder nicht bewußt vorbringen durften, wird also wiederum *Einschränkungen umgehen und unzugänglich gewordene Lustquellen eröffnen.*“ (Freud, 1940a [1905], 112f.)

So ist es unter „politisch korrekt“ sprechenden Menschen nicht gestattet, behindertenfeindliche Schmähungen auszusprechen, noch bewusst vorzubringen. Im Unbewussten bleibt das feindlich Empfundene dennoch bestehen, um von Zeit zu Zeit, ganz im Sinne der Freudschen Fehlleistung (Freud, 2012 [1904]), durchzubringen. Zum Beispiel als Behindertenwitz, der uns gestattet, „das Lächerliche am Feind zu verwerten“. – Wenn der Witz denn nicht aus bewusster Feindseligkeit ausgesprochen wird, vielleicht als Posting eines sogenannten „Internet-Trolls“, wie es das Phänomen anonymer Hasskommentare auf Social-Media-Plattformen zeigt (vgl. ZEIT ONLINE, 2016).

Was ist es, das wir unbewusst oder bewusst als feindlich erleben? So sehr, dass wir uns – affektiv verschoben im Witz statt „in der Tat“ – davon befreien müssen?

Auch an dieser Stelle ist im Werk Dietmut Niedeckens eine These zu finden, unser Unbewusstes zu erklären und zu verstehen: „Zunächst und offensichtlich geht es wohl um die Angst [...]“ (1989, S. 16). Die Angst, selbst so zu sein wie die „geistig Behinderten“, mit ihren lächerlichen Lauten, ihrer Dyslalie, ihrem manchmal grotesken Aussehen und Verhaltensweisen (vgl. ebd.).

1 Im Original hervorgehoben, O.P.

Wenn in dieser Dissertationsschrift trotzdem von „Menschen mit geistiger Behinderung“ gesprochen wird – trotz besseren Wissens um die Macht des unbewusst wirkenden Hasses auf „das Behinderte“ und der Angst vor demselben – dann geschieht dies, weil bis heute noch kein tragfähiger Ersatzbegriff gefunden wurde, um den angesprochenen Personenkreis zu bezeichnen. Stattdessen soll die hier angeschnittene Thematik im Kapitel 2.1 dieser Arbeit weiter problematisiert werden, um die ganze Tragweite dieser psychologischen Mechanismen nachzuvollziehen. Vor diesem Hintergrund lässt sich auch die dramatische Situation von Familien verstehen, die mit der Diagnose der geistigen Behinderung ihres Kindes konfrontiert werden, was im Anschluss daran erörtert werden soll. Durch die Diagnose wird den meisten mit einem Schlag jeglicher Spielraum entzogen.

Spielraum, ihrem Kind mit positiven Gefühlen zu begegnen und eine optimistische Zukunftsperspektive zu entwickeln. Spielraum, den Schicksalsschlag wieder abwenden und die Endgültigkeit seiner Auswirkungen in irgendeiner Form günstig beeinflussen zu können. Spielraum, den Alltag und die Freizeit mit der gleichen Gelassenheit und Zuversicht zu gestalten. Spielraum, entspannt am öffentlichen Leben teilzuhaben und ohne mitleidige Blicke einkaufen, schwimmen oder spazieren zu gehen. Und nicht zuletzt auch Spielraum, um frei und unbelastet mit dem Kind zu spielen.

Eltern geistig behinderter Kinder geht also der Spielraum verloren. – Spielraum kann aber auch in der Musiktherapie verloren gehen!

In meiner Berufspraxis mit Kindern mit geistiger Behinderung kann ich es wiederkehrend erleben, dass auch mir im Spiel mit den betroffenen Kindern der Spielraum verloren geht. Dort, wo eigentlich lustvolles Spiel intendiert ist, ein musikalisch-kreativer Freiraum gegeben ist – in der Musiktherapie – scheinen mir und meinen jungen Klienten allzu oft die Handlungsmöglichkeiten entzogen zu sein. „Das Behinderte“ dominiert allumfassend den Raum, scheint alles zu belasten und zu blockieren, so dass ein Handlungsdruck entsteht, dagegen zu agieren.

Trotz einer Fülle an Spielideen und -möglichkeiten und trotz ansprechender Instrumente entsteht kein Spiel und kein Spielraum. Gewiss, solange ich als Erwachsener die Aktion steuere, kann ich auch mit Reaktionen meines Gegenübers rechnen. Vielleicht lässt sich mein Gegenüber sogar aufgrund der Attraktivität der Musik oder des Instruments vorübergehend auf mein Angebot ein. Wenn diese Attraktivität aber abgeklungen ist, der Appell des Instruments abebbt, dann kann es passieren, dass damit auch jegliches Spiel, jeglicher Spielraum verloren geht. Manchmal gelingt es überhaupt nicht, mit dem Kind zu spielen. Manchmal gelingt es noch nicht einmal, alleine zu spielen, ohne nicht durchgängig auf die problematischen Verhaltensweisen des Kindes reagieren zu müssen. Dann droht das Ganze zu scheitern – und mit ihm das Kind und ich als Musiktherapeut!

Im Erleben dieses Scheiterns bin ich mir dennoch gewiss, dass es gelingen kann, Spielraum wiederzuentdecken, zurückzuerobern und miteinander zu spielen. Aus meiner Erfahrung heraus markiert dies dann oftmals den Wendepunkt im Therapie-

prozess mit einem Kind, weswegen die Frage nach diesem Wendepunkt, nach dem Spielraum für mich ganz persönlich zur bedeutsamsten Frage in der Musiktherapie geworden ist. Der englische Psychoanalytiker und Kindertherapeut Donald Winnicott (1971, S. 47) spricht in diesem Zusammenhang davon, sich erst dem Spielen als „Hauptsymptom“ widmen zu müssen. Seine Überlegungen zur Entwicklung des Spielens (vgl. ebd.) sind daher zentral für die Fragestellungen dieser Arbeit. Neben diesen Überlegungen seien ebenfalls Winnicotts Objektbeziehungstheorie (1971), und als weitere theoretische Einflüsse, die Bindungstheorie (nach Bowlby, 1967; Ainsworth et al., 1978) benannt sowie die umfangreichen Erkenntnisse aus der heil- und sonderpädagogischen Belastungs- und Bewältigungsforschung, die im nächsten Kapitel vorgestellt werden. Aus dem Bereich der Musiktherapie sind neben Dietmut Niedecken auch Rosemarie Tüpker und Barbara Irle zu benennen, durch deren Schriften und Beratung ich gelernt habe, welche Bedeutung Spielraum in der Musiktherapie mit geistig behinderten Kindern hat.

Es soll in dieser Arbeit folgenden Fragestellungen zum Spielraum nachgegangen werden:

Fragestellungen im Bereich heil- und sonderpädagogischer Forschung:

- Inwiefern geht in Familien der Spielraum verloren, wenn beim Kind die Diagnose einer geistigen Behinderung gestellt wird? Warum ist diese Diagnose so schwerwiegend?
- Wie gestaltet sich das Belastungserleben der Eltern durch die Behinderung des Kindes und wie bewältigen sie diese Belastungen?
- Wie gelingt es Eltern, die Behinderungsdiagnose innerlich zu verarbeiten?
- Welche Auswirkungen hat die Behinderungsverarbeitung auf die Beziehung zwischen Eltern und ihrem Kind – auf ihren gemeinsamen Spielraum?

Fragestellungen im Bereich musiktherapeutischer Forschung:

- Wie spielen Kinder mit geistiger Behinderung in einem psychoanalytisch orientierten Musiktherapiesetting? Wie geht in der Musiktherapie Spielraum verloren?
- Bilden sich Elemente „verlorenen Spielraums“ der Eltern-Kind-Beziehung möglicherweise auch hier im Spiel des Kindes ab?
- Lassen sich Zusammenhänge darstellen zwischen den spezifischen Belastungen der Eltern-Kind-Beziehung, der individuellen Behinderungsverarbeitung/-bewältigung der Eltern und den Spiel-/Beziehungsgestaltungen des Kindes?
- Ist es in der Musiktherapie möglich, neuen Spielraum zu entdecken oder wiederzuentdecken und damit ein kuratives, heilsames Beziehungsgeschehen zu initiieren?

2. Wenn der Spielraum verloren geht: Das Trauma „geistiger Behinderung“ und seine Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung

„Klar wünscht man sich gute Gesundheit, diverse Talente und tolle Berufswege für seine Kinder. Aber in unserer Perfektionskultur und unserem Fitnessterror geht eine wichtige Tatsache unter: Eins von zehn Kindern ist chronisch krank, hat Asthma, Epilepsie, Rheuma, Mukoviszidose, ist minderbegabt oder sogar geistig behindert, ohne dass die Ärzte immer wüssten, woran das liegt. Ich habe als Arzt viele tolle Kinder erlebt, die auf andere Art und Weise toll waren. Viele von ihnen hatten einfach nur Pech: kein Sechser bei der Verlosung der Gene, bei der Geburt zu wenig Sauerstoff, schwierige oder suchtkranke Eltern. Gegen die allermeisten ‚Abweichungen‘ gibt es keine Tablette und kein Wundermittel. Gleichzeitig ist der Bereich mit den größten wissenschaftlich belegten Fortschritten nicht etwa die Gentherapie oder die Molekulargenetik, sondern die Sonderpädagogik! [...] Aber viele Krankheiten gehen nicht weg. Und deshalb haben meinen größten Respekt nicht die Wunderkinder, sondern die Wunderfamilien, die das Beste aus dem machen, was eben auch das Leben an Unerfreulichem und Schrecklichem mit sich bringt.“ (Eckart von Hirschhausen, 2017, S. 95f.)

„Behindert ist man nicht, behindert wird man.“

Mit diesem Werbeslogan startete die *Aktion Sorgenkind* 1997 eine Kampagne, die „zur größten behindertenpolitischen Initiative Deutschlands“ (Aktion Mensch, 2018) werden sollte. Es schlossen sich nach und nach mehr als 100 Verbände der Behindertenhilfe an, so dass der Slogan durch die anhaltende Präsenz auf Werbeplakaten, in Anzeigen und im Fernsehen überaus bekannt wurde. Mit dem Wortspiel, das Zustandspassiv durch das Vorgangspassiv auszutauschen, wurde der unter den zunehmenden Einfluss der Sozialwissenschaften in den 1970er Jahren begonnene Perspektivwechsel sehr überzeugend auf den Punkt gebracht, Behinderung nicht allein als Ergebnis einer individuellen Schädigung zu betrachten, sondern auch als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt (vgl. Speck, 1998, S. 224).

Eingeleitet wurde in diesem Zusammenhang auch der Perspektivwechsel innerhalb der *Aktion Sorgenkind* selbst, Menschen mit Behinderungen nicht mehr als *Sorgenkinder* zu betrachten, sondern als selbstbestimmte Akteure ihrer eigenen Bewegung, die nun auch solcherart Aufklärungskampagnen durchführen sollte. Dies wurde in einer Satzungsänderung im Jahr 1999 (Satzung der Aktion Mensch, 2019, § 2, Satz 1) festgelegt, ebenso wie der Entschluss, den Verein in die *Aktion Mensch* umzubenennen (§ 1, Satz 1). So steckt im Begriff *Sorgenkind* zum ei-

nen der Aspekt, Menschen mit Behinderungen als „ewige Kinder“ (Langner, 2012, S. 33, vgl. auch Niedecken, 2003, S. 21) zu betrachten, wodurch auch Erwachsenen mit Behinderungen weiterhin Unmündigkeit unterstellt wird. Zum anderen trägt die Umbenennung der veränderten Sichtweise Rechnung, die betroffenen Menschen nicht mehr als Problem- und Sorgenauslöser zu beschreiben, wodurch der Begriff *Sorgenkind* von den Betroffenen zurecht als diskriminierend empfunden wurde.

Unter psychologischer Sicht bleibt der Begriff *Sorgenkind* jedoch interessant: So war das ursprüngliche Ziel der Namensgebung als *Aktion Sorgenkind* sicherlich, die Anteilnahme und das Mitleid mit den betroffenen Familien zu erhöhen. So wird durch den Fokus auf den Begriff der *Sorge* der spezifische Gefühlszustand der Eltern eines *Sorgenkindes* nachspürbar. Dies beinhaltet das Gefühl der fortwährenden Fürsorge ebenso wie das bedrückende und beängstigende Gefühl, sich zu sorgen; sich zu kümmern – und zu kummern. Es sind Kinder, die Sorgen und Kummer bereiten! – Natürlich, ohne dass dieser Kummer heute gleichsam ausgesprochen wird: Die betroffenen Eltern sind im Zwiespalt, ihre Sorgen über ihr Kind zu fühlen und zu äußern, wodurch sie Gefahr laufen könnten, das ihnen zugedachte Leben einer bemitleidenswerten Familie mit *Sorgenkind* zu führen. Oder sie entscheiden sich für ein weitgehend normales – und ja: sogar glückliches Familienleben! – indem sie „das Beste aus dem machen, was eben auch das Leben an Unerfreulichem und Schrecklichem mit sich bringt“ (Hirschhausen, 2017, S. 95f.).

2.1. Definitionsversuche „geistiger Behinderung“: soziale und psychologische Implikationen

„Es gibt Menschen, die *wir* aufgrund *unserer* Wahrnehmung ihrer menschlichen Tätigkeit, im Spiegel der Normen, in dem *wir* sie sehen, einem Personenkreis zuordnen, den *wir* als ‚geistigbehindert‘ bezeichnen.“ (Feuser, 1996, S. 18)

2.1.1 Definitionsversuche „geistiger Behinderung“

Wenn auch in der Fachwissenschaft der Sonderpädagogik schon in den 1990er Jahren ein „Paradigmenwechsel im Bild geistiger Behinderung“ (vgl. z. B. Feuser, 1996 sowie Eggert, 1996) konstatiert und damit die Wende von der defektorientierten Sicht hin zur kompetenzorientierten Sicht proklamiert wurde, so scheinen sich traditionelle Sichtweisen dennoch beharrlich zu halten. In weiten gesellschaftlichen Bereichen wird weiterhin der Fokus auf das Kranke und das Geschädigte gerichtet, statt *zuerst den Menschen* zu sehen, wie es die aus den USA stammende „People-First“-Bewegung fordert (vgl. Kniel & Windisch, 2005). So gilt „Geistige Behinderung“ in der immer noch aktuellen Fassung der ICD 10 nach wie vor als Krankheit,

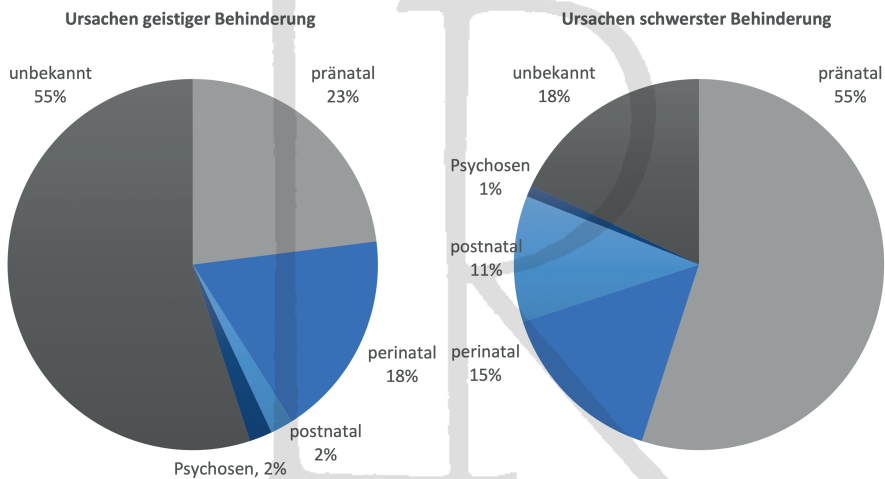


Abb. 1: Ursachen geistiger Behinderung und schwerster (geistiger) Behinderung (nach Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 21f.)

codiert als Intelligenzstörung im Kapitel der Psychischen und Verhaltensstörungen F70–F79.

In der Pathogenese „geistiger Behinderung“ wird somit der Fokus auf die biologischen Faktoren gerichtet, also Genmutationen, Chromosomenanomalien, exogene Läsionen oder weitere Schädigungen (Geburtsschäden, frühe postnatale Hirnschädigungen). Dabei sind bei geistiger Behinderung, wenn es sich nicht um schwerste Behinderungen handelt, „vor allem soziokulturelle Einflüsse pathogenetisch entscheidend“ (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 21, s. Abb. 1).

Unter rein medizinisch-psychiatrischer und psychologischer Sicht kann mitunter eine Sicht dominieren, die den Fokus auf das Pathogene und Defekte der Menschen mit geistiger Behinderung richtet. Das psychiatrische Standardwerk „Der Töller/Windgassen“ (Klappentext) beispielweise übernimmt die Gliederung der ICD 10 und subsumiert „Geistige Behinderung“ so auch in der 17. Auflage von 2014 weiterhin im Kapitel der Krankheiten.

„Geistige Behinderung ist eine angeborene oder früh erworbene Intelligenzminderung, verbunden mit mangelhafter Differenzierung der Persönlichkeit, die ältere Bezeichnung war Oligophrenie. [...]

In der Regel ist zugleich die motorische Entwicklung beeinträchtigt: verspätetes Krabbeln, Stehen und Laufen, verzögerte und verlangsamte Sprachentwicklung. Diese Störungen sind oft früher als die intellektuellen Behinderungen festzustellen. Entwicklungsverzögerung und mangelnde Persönlichkeitsdifferenzierung äußern sich auch schon im Kindesalter in einem ausdrucksarmen Gesicht, darüber hinaus in an-

triebsarmem bis stuporösem Verhalten. Häufiger aber als diese psychomotorische Einengung ist ungezielter Antriebsüberschuss (Hypermotorik).

Gestört ist in erster Linie das Denken, speziell das abstrahierende und theoretische Denken. Der geistig Behinderte bleibt am Sinneseindruck und am Konkreten hängen und kann sich kaum vom Gewohnten lösen, also nur schlecht abstrahieren, einen theoretischen Fall setzen.“ (Tölle & Windgassen, 2014, S. 316)

Manchmal drängt sich auf diesem Wege gar der Eindruck auf, bei Menschen mit geistiger Behinderung „von den Stärken auszugehen“, so wie es der Titel eines prominenten Buches von Dietrich Eggert vorgibt (1997), sei ein sehr elitärer Gedanke geblieben, der nur den Fachleuten aus Förderschulen und Behindertenhilfe vorbehalten sei.

In der Sonderpädagogik hat sich solch eine kompetenzorientierte Sicht in vielen Bereichen durchgesetzt, so wie es z. B. in der *Ausbildungsordnung sonderpädagogische Förderung* in NRW verankert ist (vgl. § 38 AO-SF Schulministerium NRW). Aber auch in der sonderpädagogischen Förderung braucht es, neben einer ausgewogenen Sicht auf Schwierigkeiten und Kompetenzen jedes einzelnen Kindes, ein trennscharfes Kriterium, welche Kinder als „geistig behindert“ gelten (§ 5 AO-SF) und demnach im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung gefördert werden, und welchen Kindern nicht diese Förderung zuteilwird. In der sonderpädagogischen Gutachtenerstellung ist es diesbezüglich gängige Praxis, einen standardisierten Intelligenztest mit den Kindern durchzuführen. So wie auch in der Einteilung der ICD 10 gilt ein Kind dann als „geistig behindert“, wenn es beim Intelligenztest weniger als 70 Punkte erreicht und damit um 2 Standardabweichungen vom Mittelwert der Bevölkerung abweicht. Mit dieser messbaren Grenzsetzung steht scheinbar ein objektives Kriterium zur Verfügung, die geistige Behinderung bei einem Menschen festzustellen, was auch durchaus z. B. in juristischen Auseinandersetzungen als Indiz herangezogen wird. Es bleibt jedoch eine breite Grauzone an sogenannten Grenzgängern, und das angeführte „harte diagnostische Kriterium“ verwäscht sich mitunter erheblich, so dass oftmals daran gezweifelt werden darf (vgl. Paul, 2014, S. 90). Weitere Kritik an diesem Messverfahren bezieht sich darauf, inwiefern die getestete Intelligenzminderung zeitlich invariabel sei und die bei jedem Kind vorhandene Entwicklungsfähigkeit infrage stelle (vgl. Kniel & Windisch, 2005, S. 17).

So ist bei allen Definitionsversuchen zu berücksichtigen, dass hier zuallererst *Menschen* beschrieben werden. Dies gilt für das Verständnis von Behinderung im Allgemeinen und geistiger Behinderung im Besonderen. Es geht um *Menschen*. *Menschen* in ihrer Individualität, Andersartigkeit, Einzigartigkeit. *Menschen*, die vielleicht trotz ihrer Intelligenzminderung über ganz herausragende Qualitäten verfügen, die den erstgenannten Aspekt in den Hintergrund rücken. Manch organisch nachweisbare Schädigung stellt sich bei dem einen Menschen vollständig anders dar als bei einem anderen, weil dieser die Schädigung lebenspraktisch und sozial weitaus besser bewältigen kann. All dies bestimmt die Lebenswirklichkeit

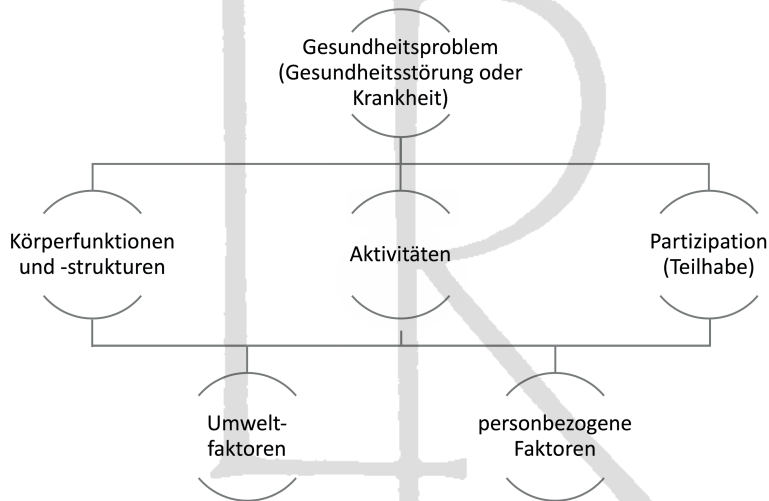


Abb. 2: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF der Weltgesundheitsorganisation WHO (nach DIMDI, 2005, S. 21)

der von Behinderung betroffenen Menschen, „die als solche nur begrenzt objektiv erfassbar ist“ (Fornefeld, 2004, S. 46).

Festzuhalten bleibt somit, dass der soziale Kontext und die soziale Teilhabe für die betroffenen Menschen mit geistiger Behinderung im gleichen Maße zu berücksichtigen ist wie die organische Schädigung. Wenn auch nicht überall, so kommt dies schon in vielen Bereichen der Gesellschaft zum Ausdruck, zum Beispiel im Bericht über die *Lebenslage von Menschen mit Behinderungen* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, der als *Teilhabebericht* (aktuelle Version von 2016) titulierte wird und in dem ein neues Verständnis von Behinderung expliziert wird, dass sich an der UN-Behindertenrechtskonvention orientiert:

„in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (UN-Behindertenrechtskonvention, 2008, S. 1420).

Der *Teilhabebericht* bezieht sich darüber hinaus auch explizit auf die *International Classification of Functioning, Disability and Health* (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, WHO, 2005) (vgl. *Teilhabebericht* BMAS, 2013, S. 30). Wie der Abbildung 2 zu entnehmen ist, werden dabei weniger die Störungen als die Möglichkeiten eines Menschen mit Behinderung in den Vordergrund gerückt. Außerdem sind in der Beschreibung neben den per-