

Matthias Forstner

Biophänomenosoziales Modell von Behinderung

Zusammenfassung

Soziale und kulturelle Modelle von Behinderung verorten diese im Gegensatz zu biomedizinischen Modellen nicht in abweichenden und beeinträchtigten Körpern, sondern in einer soziokulturellen Umwelt, die Menschen mit bestimmten Körpern benachteiligt und unterdrückt. Durch diesen Fokus auf gesellschaftliche Strukturen und Prozesse wird die Dimension der individuellen, leiblichen Erfahrung jedoch ausgeblendet. Sie erscheint aber genauso wie die biomedizinische und die soziale Dimension als ein irreduzibler Aspekt von Behinderung. In diesem Beitrag wird ein biophänomenosoziales Modell vorgestellt, um Behinderung umfassender und unter Anerkennung einer biomedizinischen, einer subjektiv leiblich phänomenologischen und einer sozialen Dimension zu konzeptualisieren. Dabei erfolgt eine Orientierung an der gesundheitssoziologischen Unterscheidung zwischen *disease*, *illness* und *sickness* (Hofmann, 2016). Dieses umfassende Modell kann als Framework dienen, um unterschiedliche andere Ansätze zu Behinderung aus diversen Disziplinen zu kombinieren und zu vergleichen. Es ist auch umfassend operationalisierbar und kann somit als konzeptioneller Anker für diverse Messinstrumente dienen, so dass verschiedenste Daten erhoben werden können. Neben einer Erörterung der drei Dimensionen von Behinderung wird in diesem Beitrag argumentiert, dass die in diesem Modell erfolgten Konzeptionen das Streben von Menschen mit Behinderungen nach Gleichberechtigung, Selbstbestimmung und Inklusion unterstützen.

Schlüsselwörter: Behinderung, Soziales Modell, Phänomenologie, Aristoteles, Merleau-Ponty

Biophenomenosociological Model of Disability

Abstract in English

Contrary to biomedical models of disability that locate disability in the deviating and impaired body, cultural and social models see it in a sociocultural environment that disadvantages and suppresses human beings with certain bodies. With this focus on societal structures and processes, however, these models neglect the dimension of individual bodily experience which seems just like the biomedical and the social dimension an irreducible aspect of disability. This paper introduces a biophenomenosociological model to conceptualize disability more comprehensively and with acknowledging its biomedical, its subjective phenomenological bodily as well as its social dimension. Thereby, the model is guided by the well established health sociological distinction between *disease*, *illness* and *sickness* (Hofmann, 2016). The comprehensive model can serve as a framework to compare and combine different approaches to disability from diverse disciplines. Since it can also be operationalized in manifold ways, which means it can serve as the conceptual anchor for diverse measuring instruments, and it enables the collection of varied pieces of data. While elucidating the three stated dimensions of disability, this contribution argues that the conceptualization of this model fosters and promotes the strive for equality, self-determination and inclusion of people with disabilities.

Keywords: disability, social model, phenomenology, Aristotle, Merleau-Ponty

1. Hintergrund und Zielsetzung

Die Konzeptualisierung von Behinderung wird oft als „tale of two models“ (Barnes et al., 1999, S. 20) beschrieben. Während das biomedizinische Modell Behinderungen mit Beeinträchtigungen des Körpers gleichsetzt, interpretieren *soziale* und *kulturelle Modelle* (Hahn, 1985; Oliver, 1997; Waldschmidt, 2005) sie im Gegensatz dazu als gesellschaftliche Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen¹ mitsamt dazugehöriger Ideologien (Bê, 2019; Levi, 2006) und Umweltbarrieren. Während die politische Wichtigkeit des von den *sozialen Modellen* vollzogenen Perspektivenwechsels allgemein gewürdigt wird (Paterson & Hughes, 1999, S. 598; Shakespeare et al., 2006, S. 1104; Waldschmidt, 2005, S. 20), wird vielfach die Vernachlässigung der Körperlichkeit sowie der Perspektive der 1. Person kritisiert (Dederich, 2007; Egen, 2020, S. 29, 32; Martiny, 2015, S. 554; Scully, 2008; Shakespeare et al., 2006, S. 1104). So werden wichtige Aspekte der lebensweltlichen Realität von Menschen mit Beeinträchtigungen und chronischen Krankheiten, wie z.B. Schmerz oder Müdigkeit, nicht ausreichend gewürdigt (Terzi, 2005, S. 202).

Zu diesen Befunden passend, folgert Üstün (2001, S. 318) auf der Basis vergleichender anthropologischer Studien aus 16 Ländern, dass die biomedizinische, die subjektiv-lebensweltliche und die soziale Perspektive als eigenständige Dimensionen des Gesamtphänomens Behinderung² angesehen werden müssen. Ein umfassendes Modell sollte all diese Aspekte erfassen.

Ein weit verbreitetes multidimensionales Modell von Behinderung ist die 2005 veröffentlichte „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)“, welche beansprucht, ein *biopsychosoziales Modell* von Behinderung zu sein und die neben körperlichen Merkmalen auch die soziale Inklusion sowie umweltbezogene und personale Kontextfaktoren berücksichtigt (WHO, 2005, S. 16). Bei letzterem Punkt, welcher der psychologischen Dimension Rechnung tragen soll, werden u.a. Alter und Geschlecht als relevant erwähnt. Dies wird jedoch im Unterschied zu den anderen Komponenten nicht explizit herausgearbeitet; es wird Nutzer*innen überlassen (WHO, 2005, S. 22). Martiny (2015, S. 554) schlägt vor, diese personalen Aspekte nicht mit psychologischen Theorien, sondern mit phänomenologischen Zugängen zu konkretisieren. Mit einer solchen Rekonzeptualisierung könnte die *ICF* – anstatt mit Theorien zur Psychologie der Behinderung oder der Rehabilitation, welche innerhalb der Disability Studies immer wieder als bevormundend kritisiert werden (Goodley, 2014; Reeve, 2006; Shakespeare et al., 2017) – mit der je konkreten Erlebensdimension der Betroffenen selbst erweitert werden. Dies erfolgt über das Konzept des phänomenalen Leibes. Da dieser weder rein physiologisch noch rein psychologisch, sondern als Verschränkung beider Aspekte konzipiert ist, kann dadurch gleichzeitig der oben genannten Forderung nach der Berücksichtigung der Körperlichkeit nachgekommen werden, ohne diese auf biomedizinische Aspekte zu reduzieren.

Im Folgenden soll ein Modell vorgestellt werden, das eine solche Erweiterung vornimmt und mit dem es auch möglich ist, den Grundansatz der *ICF* mit weiteren Modellen von Behinderung aus den Disability Studies sowie mit Erkenntnissen aus den Rehabilitationswissenschaften sowie aus speziellen Soziologien und Philosophien zu verbinden. Mit diesem als *biophänomenosozialen Modell* von Behinderung bezeichneten Ansatz soll, jenseits verkürzender Konzeptionen, ein umfassenderes Verständnis dieses komplexen Phänomens gefördert werden.

Die Orientierung soll dabei entlang der in der Gesundheitssoziologie bereits gut etablierten Trias des Krankheitsphänomens *disease/illness/sickness* (Hofmann, 2016) erfolgen, wobei die einzelnen Dimensionen so ausgelegt werden, dass sie sich zur Modellierung des Gesamtphänomens Behinderung eignen. Demgemäß kann zwischen (1) dem biologischen Körper und seinen Fähigkeiten/Beeinträchtigungen (Dimension: *disease*), (2) dem phänomenalen Leib inklusive Selbst(bild) (Dimension: *illness*) und (3) der Gesellschaft, d.h. der sozialen Sicht bzw. dem sozialen Umgang mit Menschen mit Behinderungen (Dimension: *sickness*) unterschieden werden. Zusätzlich erfolgt die Erweiterung der *ICF* durch die Berücksichtigung anderer Modelle und Ansätze. Somit können mit diesem aus drei Dimensionen bestehenden Modell zahlreiche andere Modelle, Konzepte und Ansätze aus der Literatur verglichen und kombiniert werden.

2. Disease

Der erste Bereich, disease, bezieht sich auf Zustände des materiellen und organischen Körpers, welche aus der Außenperspektive feststellbar sind (Böhme, 2018, S. 24; Carel, 2014b, S. 13; Fuchs, 2020, S. 2). Unter Körper soll wie in der *ICF* der gesamte menschliche Organismus³ (WHO, 2005, S. 17), d.h. inklusive kognitiver und psychischer Aspekte, mitberücksichtigt werden. In Bezug auf das Gesamtphänomen Behinderung interessieren nicht vorübergehende diseases, sondern länger anhaltende Beeinträchtigungen. In der *ICF* wird dies als „Schädigung einer Körperfunktion oder -struktur, wie z.B. eine wesentliche Abweichung oder ein Verlust“ bezeichnet (WHO, 2005, S. 17). Obwohl dies in der *ICF* nicht weiter analysiert wird, legen diese Definitionen und die Tatsache, dass diese Abweichungen im Rahmen von Gesundheitsproblemen analysiert werden, ein objektives Verständnis von Beeinträchtigung als negative Abweichung nahe (WHO, 2005, S. 180). Dieser Realismus in Bezug auf Beeinträchtigungen wird jedoch nicht begründet oder weiter ausgeführt, obwohl er unter anderem in den Disability Studies umstritten (Shildrick, 2019; Waldschmidt, 2005) ist, genauso wie das Unterfangen, körperliche Abweichungen überhaupt zu erfassen (Pfeiffer, 2002).

Hier soll eine sowohl naturalistische als auch normative Sicht auf Beeinträchtigungen begründet und als vereinbar mit den Interessen von Menschen mit Behinderungen verteidigt werden. Demgemäß sollen Beeinträchtigungen als negativ zu bewertende bzw. schädliche Abweichungen von speziestypischen Funktionsnormen (Gert et al., 1997, S. 104-105; Murphy, 2021) bzw. als „incapacitating failure of bodily or mental capacities, respectively, to realize their functions“ (Megone, 2000, S. 49) gesehen werden. Dazu bedarf es eines Rekurses auf eine Konzeption von menschlicher Natur, wie sie z.B. Theoretiker*innen des Aristotelischen Naturalismus mit Thompsons Konzept der Lebensform (Thompson, 2004, 2012) bieten. Gemäß Thompson kann ein Ding nur dann als lebendiger Organismus wahrgenommen werden, wenn es als Exemplar einer spezifischen Lebensform interpretiert wird (Brewer, 2009, S. 198; Thompson, 2010, S. 253–254, 2012, S. 77). Eine Lebensform wird beschrieben (Thompson, 2010, S. 254) durch generische Aussagen der Form *S ist/tut/hat F*, wobei *S* für eine Spezies steht und *F* ein Prädikat, z.B. für eine Befähigung (Hoffmann, 2017, S. 156; Thompson, 2010, S. 254). Diese Aussagen gelten nicht universell, sondern sie geben an, was typischerweise oder unter normalen Bedingungen bzw. ohne Einwirkung von außen zutrifft (Thompson, 2004, S. 4, 2012, S. 68–70). Der Lebensformbegriff ist also genauso wie der der Spezies ein Artenbegriff und gibt an, wie Exemplare der Art beschaffen sind.⁴ Somit dient er auch als Evaluationsschema und gibt vor, was eine Anomalie ist. Gemäß obigem Urteil ist ein Exemplar von *S*, welches *F tut/hat/ist*, gut in Bezug auf *F*. Trifft dies nicht zu, so ist das Exemplar defekt in Bezug auf *F* (Thompson, 2012, S. 81).

Für Thompson (2012, S. 81) können Beeinträchtigungen deshalb als eine Form des Defekts gesehen werden. Foot (2001) hat hierfür den Begriff der *natürlichen Normativität* geprägt, wobei für sie nur jene generischen Urteile normativ sind, die sich auf das Gedeihen beziehen (Brewer, 2009, S. 201; Foot, 2001, S. 15–16, 56). Mit Gedeihen meinen aristotelische Naturalist*innen das Erreichen des artspezifischen Guten (Hoffmann, 2014a, S. 124, 2017, S. 158). Gedeihen bezieht sich laut den Neoaristoteliker*innen bei Pflanzen und subrationalen Tieren auf die Selbst- und Arterhaltung. Menschliches Gedeihen sei zwar komplexer und schwieriger zu definieren, wird aber grundsätzlich als genauso objektiv und beobachterunabhängig angesehen. Allgemein wird es im Aristotelianismus als tugendhaftes Beabsichtigen und Handeln gesehen oder als Verwirklichung der Einheit der Tugenden vage umschrieben (Hoffmann, 2017, S. 158–159).⁵ Nussbaum (1992, 2007) präzisiert und schlägt eine konkrete Liste von zum Gedeihen nötigen Befähigungen, wie z.B. sein eigenes „Leben führen zu können, die fünf Sinne benutzen zu können oder nicht nützlichen Schmerz vermeiden zu können“ (Nussbaum, 1992, S. 217–218; Übersetzung M.F.), vor. Wie immer Gedeihen genau präzisiert wird, scheint es plausibel, dass es durch Beeinträchtigungen von Körperfunktionen grundsätzlich erschwert wird. Diese können so in Analogie zu Umweltbarrieren auch als interne Barrieren angesehen werden, welche *prima facie* die Handlungsmöglichkeiten und somit das Gedeihen erschweren (Daniels, 2001, S. 3–4; Thomas, 2007, S. 136).

Diese das Gedeihen erschwerenden Auswirkungen von Beeinträchtigungen, welche Thomas (2007, S. 136) „Beeinträchtigungseffekte“ (engl. *impairment effects*) nennt, können nicht auf den Einfluss von Umweltbarrieren reduziert werden (Cahill & Eggleston, 1994, S. 306; Terzi, 2005, S. 202) – auch deshalb nicht, weil die Vorstellung einer Umwelt – „where all differences have been queered“ (Vehmas & Watson, 2014, S. 648) und deshalb keine Art von Beeinträchtigung Nachteile mit sich zieht – laut Shakespeare (2010) als unmöglich zu verwirklichendes Ideal angesehen werden kann. Das bedeutet nicht, dass Beeinträchtigungen als tragischer Zustand gesehen werden müssen, oder dass Menschen mit Beeinträchtigungen kein gedeihendes

Leben führen könnten (Buchanan, 1996, S. 33). Sie können ein genauso gutes Leben führen wie Menschen ohne. Es erscheint jedoch zumindest plausibel, dass sie dafür *ceteris paribus* mehr Anstrengung, glückliche Umstände und/oder mehr Unterstützung brauchen, wobei das auch von der Schwere der Beeinträchtigung abhängt.

Eine solche Position, die eine *natürliche Normativität* postuliert und mit dem Lebensformbegriff an eine Konzeption von menschlicher Natur appelliert (Glackin, 2016, S. 316; Wild, 2017, S. 89), ist in den Sozialwissenschaften höchst umstritten (Sayer, 1997, S. 453–454). Vor allem radikal-konstruktivistische Strömungen leugnen tendenziell die kulturunabhängige Realität und Normativität von Beeinträchtigungen und erachten deren Behauptung als unterdrückend für Menschen mit bestimmten Körpern (Shildrick, 2019; Waldschmidt, 2005). Ein solcher Radikalkonstruktivismus widerspricht aber dem Alltagsverständnis von Beeinträchtigungen, wie auch in einer viele Kulturen vergleichende Studie im Vorfeld der ICF festgestellt wurde (Üstün, 2001, S. 318–319). Zudem ist zu bedenken, dass die *natürliche Normativität*, mit der Körperfunktionen beurteilt werden, nicht moralisch ist und sich nicht auf den gesamten Menschen bezieht (Burelli, 2019, S. 195; Fisher, 2016, S. 427; Kietzmann, 2020, S. 145; Thompson, 2010, S. 261).⁶ Das Feststellen von Beeinträchtigungen bedeutet keine Be- oder Abwertung einer Person (Cloerkes, 2007, S. 128; Vehmas & Mäkelä, 2008, S. 95) und beeinflusst auch ihre Zugehörigkeit zur Lebensform Mensch in keiner Weise (Pöltner, 2015, S. 254; Sulmasy, 2010, S. 193) – zumal vermutlich jeder Mensch mehr oder weniger stark ausgeprägte Beeinträchtigungen aufweist (Brewer, 2009, S. 199; Shakespeare, 1996, S. 3).

Des Weiteren soll argumentiert werden, dass eine Konzeption der Natur des Menschen als Fundament für die Einforderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen benötigt wird. In der UN-Behindertenrechtskonvention (Präambel h) wird Diskriminierung aufgrund von Beeinträchtigungen als „Verletzung der Würde und des Wertes, die jedem Menschen innewohn[t]“ (BMASGK, 2016, S. 4), bezeichnet. Während diese Aussage einer notwendigen, weil inhärenten Würde eines jeden Menschen in der UN-BRK nicht weiter ausgeführt wird, kann sie sehr gut als Aussage interpretiert werden, jedem Menschen komme qua Menschsein, d.h. von seiner Natur aus, Würde bzw. ein Recht auf würdevolle Behandlung zu⁷ (Brown, 2013, S. 25; Hoffmann, 2014b, S. 43; Pöltner, 2015, S. 261; Possenti, 2015, S. 245; Sulmasy, 2010, S. 188, 190). Da alle Menschen aufgrund ihrer inhärenten Würde das gleiche Recht auf Unterstützung ihres Gedeihens haben, kann durch die Interpretation von Beeinträchtigungen als interne Barrieren der dafür mitunter erhöhte Ressourcenbedarf für die Anpassung der Umwelt oder für die medizinische Versorgung gerechtfertigt werden (Buchanan, 1996, S. 25–27, 34; Daniels, 2001, S. 4–5; Sulmasy, 2010, S. 188–189, 195; Terzi, 2005, S. 202).

3. Illness

Menschen zeichnen sich auch dadurch aus, dass sie eine je eigene Erfahrungs- und Erlebnisperspektive ausbilden. Aus diesem Grund können die körperlichen Aspekte des Gesamtphänomens Behinderung nicht ausschließlich auf die äußere Perspektive reduziert werden (Svenaesus, 2019, S. 466). Aus der Perspektive der 1. Person zählen nicht die Abweichungen von allgemeinen Funktionsnormen an sich, sondern die Auswirkungen dieser auf *ihr* konkretes Leben und Erleben (Toombs, 1987, S. 222).

Im Rahmen der Gesundheitssoziologie wird die Erfahrungsdimension von Krankheit als *illness* bezeichnet und oft mit phänomenologischen Ansätzen beschrieben und untersucht (Svenaesus, 2019, S. 460). In der Phänomenologie werden Phänomene so untersucht, wie sie sich der Erfahrung darbieten. Martiny (2015, S. 554) fordert neben einem *biomedizinischen* und einem *sozialen* auch ein *phänomenologisches Modell* von Behinderung, um die in der ICF angedeutete psychologische Dimension zu konkretisieren und die Erfahrungsdimension des Gesamtphänomens Behinderung erfassen zu können. Die Mitberücksichtigung der Ansichten der Betroffenen kann dabei helfen, Paternalismus zu vermeiden und Selbstbestimmung zu unterstützen – dies wird auch in der Präambel der UN-BRK festgehalten (BMASGK, 2016).

Diesbezüglich soll hier auf das in der deutschsprachigen Wissenschaft gebräuchliche Konzept des Leibes, der analytisch vom objektiv von außen beschreibbaren Körper unterschieden wird, zurückgegriffen werden (Böhme, 2018, S. 24, 41; Carel, 2014b, S. 13). Beim Leib handelt es sich demgemäß sowohl um das Korrelat der körperlichen Empfindung als auch um den Ort sowie die Quelle der körperlichen Selbstwahrnehmung im Hier und Jetzt (Lindemann, 2017, S. 58; Paterson & Hughes, 1999, S. 602). Leib ist also einerseits, wie sich der Körper

von innen anfühlt, und andererseits ist er auch das Medium einer jeglichen menschlichen Erfahrung (Alloa & Depraz, 2019, S. 21; Svenaeus, 2013, S. 230, 2019, S. 462).

Im Zusammenhang mit Leiblichkeit und illness wird sehr oft auf Merleau-Ponty referiert.⁸ Der Leib fungiert laut ihm als „Vehikel des Zur-Welt-seins“ (Merleau-Ponty, 1974, S. 106), das heißt als Schnittstelle und Medium des Selbst zur Umwelt (Böhme, 2018, S. 26). Diese Ausrichtung des Leibes fasst Merleau-Ponty (1974, S. 166) in Anlehnung an Husserl als „Ich kann“⁹ oder in seiner Funktion als implizites Wissen über die Anordnung und Struktur der körperlichen Organe, welches für die Interaktion mit der Welt benötigt wird, auch als Körperschema (Kristensen, 2019, S. 24–25). Das implizite Körperschema kann auch als Vorstellung, d.h. als Körperbild ins Bewusstsein treten (Kristensen, 2019, S. 31–33). Während sich Körper und Leib prinzipiell ontologisch auf denselben Gegenstand beziehen und nur analytisch getrennt werden, können bestimmte Hilfsmittel oder Prothesen eine Ausnahme bilden. Der Blindenstock von Menschen mit Sehbeeinträchtigungen z.B. hört laut Merleau-Ponty (1974, S. 171) auf ein Objekt zu sein und wird als Teil des Leibes erfahren (Reynolds, 2017, S. 423), als eine Art Sinnesorgan, mit dem die Außenwelt und die eigene Position darin wahrgenommen wird.

Im alltäglichen Aufgabenvollzug wird der Leib als *Vehikel des zur-Welt-seins* selbst nicht bemerkt. Illness-Erfahrungen wie Müdigkeit, Angst oder Schmerzen bringen ihn dann negativ und entfremdet ins Bewusstsein (Svenaeus, 2019, S. 462, 468). Dies ist der Fall, weil sie die Ausführung der Routinetätigkeit stören und weil viele der Sensationen an sich negativ sind (Carel, 2014b, S. 17, 2017, S. 99; Svenaeus, 2013, S. 231, 2019, S. 463): „Illness impedes the natural sense of ability and activity“ (Carel, 2014b, S. 14). Somit gilt für den Leib mit illness nicht mehr „Ich kann“, sondern laut Leder (1990, S. 81 zitiert nach Martiny, 2015, S. 556, Übersetzung M.F.) „Ich kann nicht (mehr)“. Svenaeus (2011, S. 336–337, 2013, S. 232) bezeichnet illness deshalb als disharmonisches Gestimmtsein des Leibes auf die Außenwelt. Dieser allgemeine Aspekt der illness-Erfahrung kann auch sehr gut an Merleau-Pontys Untersuchung der Apraxie, einer Störung der motorischen Handlungsfähigkeit, beobachtet werden (Arntzen & Elstad, 2013, S. 65). Die umstandslose und willkürliche Koordination von Körperteilen zur Ausführung von Aktivitäten funktioniert dann nicht und Betroffene können z.B. Werkzeuge nicht mehr oder nur unter großen Anstrengungen benutzen. Da der Leib also nicht mehr dem Willen des Selbst gehorcht, beginnen Betroffene an ihm zu zweifeln (Arntzen & Elstad, 2013, S. 70–71). Die Ursache dafür liegt jedoch laut Merleau-Ponty (1974, S. 168) weder in einer rein kognitiven noch in einer rein motorischen Beeinträchtigung, sondern in einer fehlenden Ausrichtung des Leibes auf die Welt, was dazu führt, dass die „Zuhandenheit“ (Heidegger, 2001, S. 69) von Gegenständen verlorengeht (Arntzen & Elstad, 2013, S. 70–71).

Dass bei illness nicht nur das entfremdende Gewahr-werden des Leibes, sondern auch Phänomene der Verdrängung zu beachten sind, zeigen Ausführungen von Merleau-Ponty (1974, S. 100–107) zu Anosognosie und Phantomglied. Im ersten Fall wird eine objektiv körperlich vorhandene Beeinträchtigung, wie z.B. ein gelähmter Arm, leiblich nicht wahrgenommen und im letzteren etwa ein körperlich nicht mehr vorhandener Arm noch als leiblich präsent empfunden. Beides fasst er als ein unbewusstes Nicht-Anerkennen(-Wollen) einer Beeinträchtigung, da der Leib noch ausgerichtet sei auf eine Welt, in der Aufgaben für funktionsfähige Arme bereitstehen (Merleau-Ponty, 1974, S. 106).

Aufgrund der Nähe und Durchdrungenheit von Leib und Selbst hat illness auch fundamentale Auswirkungen auf das psychologische Selbstbild (Svenaeus, 2013, S. 233; Toombs, 1987, S. 232). Toombs (1987, S. 234) sieht illness als Serie von Verlusten an Integrität, Handlungsfreiheit und Kontrolle. Illness wirkt sich oft auch negativ auf die sozialen Beziehungen und Teilhabe von Betroffenen aus, da manche Aktivitäten nicht mehr oder nur mit Schwierigkeiten möglich sind und andere umständliche Planung notwendig machen.

Phänomenologische Medizintheoretiker*innen wie Toombs (1987, S. 237) interpretieren illness hauptsächlich als Disruption, die den Betroffenen ihren Leib und ihre Lebenswelt entfremdet. Dieser Moment der Unterbrechung ist bei Menschen mit angeborenen Beeinträchtigungen nicht gegeben und auch bei erworbenen Beeinträchtigungen gelingt es den Betroffenen oft, sich auf die neue Situation einzustellen. Tatsächlich legen mehrere Studien nahe, dass sich die berichtete Lebensqualität von Menschen mit und ohne Gesundheitseinschränkung nicht wesentlich unterscheiden bzw. erstere höher ist, als oft angenommen wird (Albrecht & Devlieger, 1999; Carel, 2014a, S. 251–252; Fellingner et al., 2021; Wasserman & Asch, 2014, S. 148–149). Nicht jeder Mensch mit Beeinträchtigungen erlebt seinen Zustand als leidvollen Defekt oder illness (Barnes, 2016), der entweder ständig beklagt oder verdrängt wird. Menschen können lernen, ihren leiblichen Weltbezug, ihr Aktionsfeld und ihre Ziele an ihre körperlichen Fähigkeiten anzupassen, sodass Beeinträchtigungen weniger mit dem *Ich kann nicht* der illness einhergehen (Martiny, 2015, S. 456, 462–463). Einige Autor*innen

argumentieren, dass die Umstellung aufgrund einer illness auch das Gedeihen fördern kann, indem sie z.B. Menschen zur Fokussierung auf das Wesentliche oder zur Ausbildung von Widerstandsfähigkeit oder anderen Tugenden bringt (Carel, 2014a, S. 257–258; Svenaeus, 2011, S. 338). Inwieweit eine solche Adaption auf eine Beeinträchtigung gelingt, hängt neben der Umwelt auch von der Persönlichkeit und dem Schweregrad der Beeinträchtigung ab (Svenaeus, 2011, S. 338). Während aus dieser Sicht zwar illness immer das Gegenteil von Gesundheit ist, ist es auf der subjektiven Ebene in diesem Sinne auch möglich, mit Beeinträchtigungen gesund zu sein.¹⁰

Da der Leib stark mit dem Selbst und Selbstbild¹¹ zusammenhängt, sehen und affirmieren einige Menschen mit Beeinträchtigungen diese als Teil ihres Selbstbildes. Sofern eine solche Behindertenidentität (Shakespeare, 1996; Swain & French, 2000) angenommen wird, kann sie sinnstiftend mitbeeinflussen, ob und wie Menschen sich und ihre Lebensprojekte im Lichte ihrer Beeinträchtigungen wahrnehmen und wie sie mit der Umwelt interagieren. Ausmaß und Art der Identifizierung sowie die Verschränkung mit anderen Identitätskategorien (siehe unten) sind individuell verschieden. Die meisten in der Literatur vorgestellten Konzeptionen von Behindertenidentität bestehen aus einer Dimension des Selbstbildes, die sich vor allem auf die Interpretation der Beeinträchtigungen bezieht, und einer kommunalen Dimension der Identifizierung mit der Behindertencommunity (Forber-Pratt et al., 2017; Hahn & Belt, 2004, S. 454, 458; Shakespeare, 1996, S. 9). Auch mit dem *affirmativen Modell* von Behinderung (Swain & French, 2000) soll betont werden, dass manche Menschen ihre Beeinträchtigungen nicht als tragische Abweichung ansehen und sich als Teil einer stolzen Minderheit und Kultur, die einen wertvollen Teil der menschlichen Vielfalt darstelle, identifizieren.

Bezüglich des Selbstbildes gibt es noch andere Theoretiker*innen zu berücksichtigen, welche die möglichen negativen Auswirkungen von Diskriminierungs-, Stigmatisierungs-, Abwertungs- und Exklusionserfahrungen sowie von materieller Deprivation und Bevormundung (Bê, 2019, S. 179; Watermeyer & Swartz, 2016, S. 275) thematisieren. Diese Abwertungen und Benachteiligungen können auch zu einer Übernahme der negativen Stereotype in das eigene Selbstbild führen. Dies wird oft als internalisierte Unterdrückung bezeichnet (Reeve, 2006, S. 102). In der Gesundheitssoziologie wird in diesem Zusammenhang von internalisiertem Stigma gesprochen. Die Ausbildung davon ist eine mögliche Reaktion auf gesellschaftliche Stigmatisierung einer bestimmten Gruppe (Corrigan & Watson, 2002, S. 47; Ritsher et al., 2003, S. 47; Werner et al., 2012, S. 753, 759). Laut Corrigan und Watson (2002, S. 43) wird jedoch dann nicht mit internalisiertem Stigma, sondern mit Auflehnung gegen die Abwertung reagiert, wenn eine Person viel mit der eigenen, stigmatisierten Gruppe interagiert.

Zu beachten sind sowohl bei der leiblichen Wahrnehmung als auch in Bezug auf das Selbstbild intersektionale Verschränkungen von illness bzw. Behinderung mit anderen potenziellen Identitätskategorien wie z.B. Geschlecht, Ethnizität oder Sexualität (Frederick & Shifrer, 2019; Lorber, 2000). So könnten z.B. manche Frauen ihre Beeinträchtigung aufgrund von anderen sozialen Rollen- und Wertvorstellungen sowie von biologischen Aspekten anders wahrnehmen und damit anders mit der Umwelt interagieren als Männer.

4. Sickness

Neben einer körperlich objektiven und einer leiblich subjektiven Dimension sollte beim Gesamtphänomen Behinderung auch eine genuin soziale und kulturelle Dimension beachtet werden. In der Gesundheitssoziologie entspricht diese Dimension der *sickness*, welche sich auf den gesellschaftlichen Umgang mit kranken Menschen bezieht (Boyd, 2000, S. 10). Gemäß Parsons (1975) können kranke Menschen vorübergehend ihre Rollenverpflichtung nicht erfüllen. Um diese Devianz zu steuern, werden die Betroffenen temporär davon entbunden, ohne dafür beschuldigt zu werden, weshalb sie trotz ihres *Funktionsausfalls* finanzielle Zuwendungen bekommen. Dafür wird ihnen die Verpflichtung auferlegt, den Zustand schnellstmöglich zu überwinden (Gerhardt, 1991, S. 171). Ausschlaggebend für das Einnehmen dieser *sick-role* ist die gesellschaftliche Anerkennung einer disease/illness als *sickness* (Cloerkes, 2007, S. 165–166). Laut Parsons (1975, S. 259) eignet sich das Modell auch für die Beschreibung des Umgangs mit Menschen mit chronischen Krankheiten, wobei die Rollenentbindung nur partiell, dafür aber dauerhaft sei und sich die Verpflichtung nicht auf Heilung, sondern auf Funktionserhaltung beziehe (Gerhardt, 1991, S. 181). Es kann angezweifelt werden, ob dieselben Rechte und Pflichten auch bei stabil bleibenden, gravierenden Beeinträchtigungen bestehen. Zudem

werden in der auf die funktionelle Integration fokussierten Perspektive auch Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse sowie Fragen des Selbstbildes ausgeblendet.

Der gesellschaftliche Umgang mit Menschen mit Behinderungen wird im *britischen sozialen Modell* (Barnes, 2014; Oliver, 1997), im *minority-group Modell* (Hahn, 1985) sowie im *kulturellen Modell* von Behinderung (Shildrick, 2019; Waldschmidt, 2005) thematisiert. In diesen politisch ausgerichteten Ansätzen wird Behinderung oft als Form der Unterdrückung von Menschen mit bestimmten Körpern gesehen. Es geht vor allem um Ableismus und Disablismus: „[Ableism] is that set of assumptions and practices that promote unequal treatment of people because of apparent or assumed physical, mental, or behavioral differences“ (Terry, 1996, S. 4–5). Gemeint ist vor allem eine Ideologie, die von einer normalen Funktionsfähigkeit eines jeden Individuums ausgeht, welche dazu führt, dass materielle und psychologische Barrieren aufrechterhalten werden, welche die soziale Teilhabe von Menschen mit abweichenden Merkmalen behindern (Barnes, 2016, S. 5; Levi, 2006, S. 1). Sie wird oft mit Rassismus und Sexismus verglichen und führt zu Vorurteilen, Paternalismus und Stigmatisierung. Mit Disablismus wird meist weniger eine Ideologie, sondern der das Gedeihen erschwerende Prozess der Schlechterbehandlung von Menschen mit Behinderungen verstanden (Thomas, 2007, S. 73).

Der gesellschaftliche Umgang mit Behinderungen wird auch mit Hilfe des Konzepts der Behindertenrolle analysiert. *Behinderung* sei demnach eine sozial konstruierte Rolle, in die Menschen mit (sichtbaren) Beeinträchtigungen gedrängt würden und die vorgibt, welche Handlungen von ihnen erwartet werden (Barnartt, 2001, S. 55, 66; Safilios-Rothschild, 1970, S. 287–288). Sie würden demgemäß als abhängig, kindhaft und asexuell angesehen und dargestellt (Barnartt, 2001, S. 57; Fine & Asch, 1988, S. 12; Shakespeare, 2007, S. 177–178). Auch die täglichen Interaktionen von Menschen mit und ohne wahrnehmbare Beeinträchtigungen seien oft durch Verunsicherung, Verdrängung der eigenen Hinfälligkeit sowie Ekel auf Seiten der letzteren geprägt (Egen, 2020, S. 159, 214–215; Safilios-Rothschild, 1970, S. 125). Zudem kann auch hier die gesellschaftliche Behandlung von Menschen mit Behinderungen von der Überschneidung der Behindertenrolle mit anderen sozialen Kategorien wie Geschlecht, Ethnizität oder Sexualität abhängen.

Andere Theoretiker*innen meinen, Menschen mit Behinderungen würde in modernen Gesellschaften ein Schwellenstatus zugewiesen (Willett & Deegan, 2001). Sie würden als weder konventionell krank noch als vollkommen gesund (Marks, 1997, S. 86) und tendenziell eher als geschlechtlos und asexuell wahrgenommen. Dieser Zwischenstatus könne auch erklären, weshalb ihre Ansprüche bei der Konstruktion der Umwelt nicht ausreichend bedacht werden, weshalb sie von sozialen Zusammenhängen oft ausgeschlossen oder in Sonderschulen bzw. Werkstätten für Menschen mit Behinderungen abgeschoben würden (Willett & Deegan, 2001).

Diese Umweltfaktoren werden in der *ICF* (WHO, 2005, S. 123) lediglich als Kontextfaktoren, die auf die Interaktion der Hauptkomponenten von Behinderung einwirken, konzipiert (Fougeyrollas & Beaureard, 2001, S. 179–181). Hier soll jedoch die Bedeutung der Umweltbedingungen wie im *Quebec Modell* (Fougeyrollas et al., 2019, S. 30–32)¹² dadurch unterstrichen werden, dass sie als prinzipiell *gleichwichtige* Hauptkomponente des Gesamtphänomens Behinderung betrachtet werden.

Als Folge der Inklusionsbarrieren verfügen Menschen mit Behinderungen oft unter anderem über weniger Zugang zu angemessen bezahlter Erwerbsarbeit und über weniger materielle Ressourcen (Statistik Austria, 2013; Wegscheider & Schaur, 2019).

5. Zusammenwirken der Ebenen beim Behinderungsphänomen

Oben wurden drei analytisch unterscheidbare und irreduzible Dimensionen des Gesamtphänomens Behinderung beschrieben, die dem *biomedizinischen*, dem *phänomenologischen* und dem *sozialen Modell* von Behinderung entsprechen. So werden sowohl Merkmale des biomedizinischen Körpers als auch Daten auf der subjektiv-leiblichen Ebene und Daten bezüglich des gesellschaftlichen Umgangs mit Menschen mit Behinderungen (z.B. Disablismus, ableistische Normen) berücksichtigt und interpretiert. Die Trennung der Sphären ist analytisch zu verstehen und lässt sich nicht absolut durchziehen, da z.B. die leibliche Dimension soziokulturell mitbestimmt wird (Fougeyrollas et al., 2019, S. 31; Verbrugge & Jette, 1994, S. 5). Zudem hängt

die leibliche Wahrnehmung auch vom objektiven Körper ab, von dem er nur analytisch und nicht ontologisch verschieden ist, sowie von soziokulturellen Deutungsmustern und dem Vorhandensein von Umweltbarrieren.¹³

Des Weiteren soll dieses Modell Bemühungen mit einem konzeptionellen Rahmen unterstützen (vgl. Scambler, 2005; Thomas, 2007; Shakespeare & Watson, 2001; Vehmas & Mäkelä, 2008), die versuchen, den Gegensatz zwischen der in der Bioethik vorherrschenden Sicht auf Beeinträchtigungen und diversen Positionen aus den Disability Studies zu minimieren, welche eine affirmative Sicht auf Beeinträchtigung vertreten. Beeinträchtigungen werden demnach allgemein als *prima facie* negative, wenn auch nicht notwendig tragische, Zustände interpretiert. Dies passt zu einer Ausführung von Schramme (2014, S. 86–89), der vorschlägt, Beeinträchtigungen als relativ, aber nicht absolut schlecht zu erachten. Es widerspricht nicht der Tatsache, dass einzelne Individuen das für ihr Leben nicht so empfinden und die Beeinträchtigung affirmieren und als Teil ihres Selbstbildes ansehen. Folglich ist es zwar abstrakt immer besser, nicht beeinträchtigt zu sein, das konkrete Individuum muss aber im Lichte seines Lebensprojekts die eigene Beeinträchtigung nicht als negativen Aspekt interpretieren.

Zudem kann mit diesem Modell die kontroverse Frage, ob Beeinträchtigungen mit Gesundheit vereinbar sind, neu beantwortet werden. Aus der Perspektive der 1. Person werden Beeinträchtigungen analog zu diseases und als Abwesenheit von vollkommener Gesundheit gesehen. Aus phänomenologischer Perspektive wird der Gesundheit die *illness* entgegengesetzt (Svenaeus, 2013, S. 233–234) und subjektiv ist es sehr wohl möglich, bei einer Beeinträchtigung keine *illness* wahrzunehmen, weshalb Menschen mit Beeinträchtigungen aus dieser Sicht vollkommen gesund sein können.

Die radikal-konstruktivistische Sicht, welche Beeinträchtigungen als rein soziokulturelle Konstruktionen ansieht, ist nicht mit diesem Modell vereinbar, wohl aber ein moderater Konstruktivismus, der auch in den anthropologischen Studien von Üstün (2001, S. 319) festgestellt wurde. So stimmt es zwar, dass ableistische Ideologien und Vorurteile dazu führen können, dass Beeinträchtigungen als moralische Defizite wahrgenommen werden, oder dass Leistungen und Wert von Menschen mit Behinderungen nicht ausreichend anerkannt werden, oder dass ihre speziellen Bedürfnisse nicht beachtet werden. Diese Ausgrenzungen können aber auch auf Basis eines grundsätzlichen Realismus in Bezug auf Beeinträchtigung als Form des Disablismus oder als Folge ableistischer Ideologien kritisiert werden.

6. Fazit

In diesem Beitrag wurde mit dem *biophänomenosozialen Modell* ein multiperspektivisches Modell des Gesamtphänomens Behinderung vorgestellt. Dies erfolgte in Anlehnung an das ICF-Modell der WHO, welches dadurch erweitert und konkretisiert wurde, und in Anknüpfung an die in der Gesundheitssoziologie gebräuchliche Unterscheidung zwischen *disease*, *illness* und *sickness*. Die drei Konzepte wurden jedoch nicht eins zu eins aus der Gesundheitssoziologie übernommen, sondern an den Gegenstand angepasst und mit Perspektiven aus den Disability Studies, der Phänomenologie und der Philosophie interpretiert. Neben der ersten Dimension, welche dem biomedizinischen Verständnis entspricht, werden gleichwertig eine je individuelle somatische/psychologische Erfahrungs- und Selbstbildperspektive, welche sowohl positive als auch negative Aspekte berücksichtigt, und eine gesellschaftliche Perspektive, welche soziokulturelle Barrieren, die das Leben von Menschen mit Behinderungen erschweren, thematisiert.

Dieses Modell kann als eine Erweiterung bzw. Konkretisierung der ICF gesehen werden, da 1) der biomedizinische Realismus in Bezug auf körperliche Beeinträchtigungen begründet wird, 2) die Ebene der Person mit den Konzepten phänomenaler Leib und *illness* ausgearbeitet wird, womit sowohl die Wahrnehmung aus der Sicht der konkret Betroffenen als auch Körperlichkeit jenseits biomedizinischer Objektivität in den Blick kommen und 3) Umweltbarrieren wie Ableismus und Disablismus nicht mehr nur als Kontextfaktoren, sondern als gleich wichtige Dimension des Gesamtphänomens Behinderung wahrgenommen werden.

Das aus den drei im Beitrag konzeptionell ausgearbeiteten Dimensionen bestehende Modell kann auch als Framework verwendet werden, um diverse Ansätze und Zugänge zu Behinderung systematisierend zu vergleichen. So wurden in diesem Beitrag mit dem Modell biomedizinische Sichten auf Beeinträchtigungen, Ansätze zu einer affirmativen Behindertenidentität, Ausführungen zu psychologischen Folgen von Disablismus

und soziopolitische Modelle, welche ausgrenzende soziale Prozesse anprangern und die Wichtigkeit der Umweltbedingungen unterstreichen, erfasst.

Das Modell ist auch anschlussfähig für verschiedene Arten, Behinderung zu messen und zu erheben. Es kann somit als konzeptionelles Fundament für die Sammlung von behinderungsspezifischen Daten in Bezug auf körperliche Fähigkeiten, Erleben, Wahrnehmung und Selbstbild sowie Umweltbarrieren und Teilhabe dienen. So kann die Einseitigkeit von *functional screens* durch Informationen über vorhandene Umweltbarrieren und/oder durch Ansichten aus der Perspektive der konkret Betroffenen ausgeglichen werden.

Im Beitrag wurde zudem argumentiert, dass eine Sicht auf Beeinträchtigungen als interne Barrieren erstens nicht heißt, dass Betroffene kein gutes Leben führen können, und dass diese Sicht zweitens damit kompatibel ist, dass eine Beeinträchtigung von Einzelnen als ein in ihrem Leben neutraler oder wertgeschätzter Aspekt angesehen werden kann. Außerdem wird argumentiert, dass die hier vertretene Sicht auf eine Menschennatur für die Forderungen nach Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen vorteilhaft ist. Die dafür nötige Inklusion kann durch Identifizierung und Verringerung von Barrieren auf der sozialen Ebene verbessert werden. Um die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen zu wahren, sollte jedoch zusätzlich auch die individuelle Sicht der je konkret Betroffenen und ihre Wünsche beachtet und respektiert werden.

Anmerkungen

¹ In diesen Zusammenhängen ist die Begrifflichkeit sehr wichtig. Um die durch das britische *soziale Modell* forcierte Unterscheidung zwischen Beeinträchtigung und Behinderung zu verwenden, werden die Betroffenen immer dann als Menschen mit Beeinträchtigungen bezeichnet, wenn diese biologische Komponente im Vordergrund steht. In allen anderen Fällen wird der Begriff *Menschen mit Behinderungen* verwendet.

² Der Begriff *Gesamtphänomen Behinderung* soll sich hier auf eine Gesamtsicht, d.h. auf alle drei Dimensionen – *disease*, *illness* und *sickness* – gemeinsam, beziehen.

³ In diesem Beitrag werden, wie im oben angeführten ICF-Zitat, die Begriffe Körper und Organismus mehr oder weniger synonym verwendet. Organismus meint hier den lebenden Körper (*living body*), der aus der Außenperspektive betrachtet wird, im Gegensatz zum Leib (*lived body*) aus der Perspektive der 1. Person (Fuchs, 2020, S. 2–3).

⁴ Während einige Theoretiker*innen den Lebensformbegriff tendenziell mit dem biologischen Speziesbegriff gleichsetzen (Buhler, 2016, S. 55), sehen ihn andere als Begriff, der sich darauf bezieht, wie wir individuelle Organismen notwendigerweise wahrnehmen (Hoffmann, 2014a, S. 98; Thompson, 2004, S. 16). Für beide Varianten gelten sich davon ableitende Urteile als objektiv (Hoffmann, 2014b, S. 50–51).

⁵ Alternativ und ähnlich vage können gedeihende Menschen als diejenigen beschrieben werden, die effektive und nicht schlechte Mittel wählen, um aus guten Gründen allgemein gute Ziele zu verfolgen (Hoffmann, 2017, S. 158).

⁶ Ein Herz, das nicht in der Lage ist, genug Blut zu pumpen, ist aber nicht moralisch schlecht. Eine Bewertung eines Menschen als gut oder schlecht bezieht sich auf genuin menschliche Aspekte wie den Charakter (Foot, 2001, S. 66; Megone, 2000, S. 63).

⁷ Diesbezüglich kann entweder argumentiert werden, dass Menschen qua Menschsein deshalb Würde gebiert, da sie rationale Lebewesen sind, wobei dies aber auch auf Menschen zutrifft, die ihre Rationalität temporär oder permanent nicht im vollen Maße ausüben können (Lee & George, 2008; Sulmasy, 2010). Alternativ meint Hoffmann (2014b), Würde sei nichts anderes als das Gebot, dass jeder Organismus so behandelt werden muss, dass er gemäß der Lebensform, der er zugehört, gedeihen kann. Eine ähnliche aristotelische Sicht vertritt Brown (2013, S. 25).

⁸ Kastl (2020, S. 79–80) macht darauf aufmerksam, dass Merleau-Ponty im Original nicht zwischen Körper und Leib unterscheidet und für beide Perspektiven *corps* verwendet. Die Unterscheidung, die Kastl selbst aus konzeptionellen Gründen ablehnt, würde dem Original von deutschen Übersetzer*innen aufoktroziert. Auch er selbst plädiert für ein ambiges, doppelbödiges Körperverständnis (Kastl, 2020, S. 102–105).

⁹ Dieses „*Ich kann*“ kann als eine der Formulierungen angesehen werden, die Kastl (2020, S. 63–86) als „romantisches Körperkonzept“ bezeichnet. Natürlich sagt der Leib nicht im wörtlichen Sinn „*Ich kann*“, sondern es ist ein unterbewusster, teils kognitiver, teils somatischer Prozess gemeint.

¹⁰ Weil der das Gedeihen erschwerende Effekt von mentalen Beeinträchtigungen durch ihren Einfluss auf das Denken, Fühlen und (Selbst)Wahrnehmen entsteht, ist hier die Unterscheidung zwischen von außen betrachteten Beeinträchtigungen und der Innenperspektive kontroversieller und schwerer durchzuführen. An Ausführungen von Hofmann (2016, S. 17–18) anknüpfend lassen sich zumindest *prima facie* die von außen feststellbaren Abweichungen von mentalen Funktionsnormen (disease/Beeinträchtigungen) von der subjektiven Wahrnehmung von ihnen (illness) unterscheiden. Zumal auch Beeinträchtigungen ohne wahrgenommene illness vorstellbar sind.

¹¹ Das Selbst soll hier das Bewusstsein aus der Perspektive der 1. Person und dabei eine zusammengehörige und eigenständige Entität sein. Das Selbstbild besteht aus den bewussten und unbewussten Vorstellungen und Einstellungen, welche das Selbst über bzw. zu sich selbst hat. Durch Identifizierung kann eine sozial vorhandene Identitätskategorie in das Selbstbild integriert werden.

¹² Das auch „*Disability Creation Process (DCP)*“ genannte *Quebec Modell* ging ursprünglich aus Arbeiten mit dem Ziel der Konzeptualisierung der Umwelt für die *ICF* hervor. Aufgrund von Unzufriedenheit mit der Entwicklung der *ICF* entwickelten die Autor*innen ihr Modell jedoch unabhängig von dieser weiter (Fougeyrollas et al., 2019, S. 28).

¹³ Grundsätzlich kann der Leib als im Zentrum des Modells stehend angesehen werden, da er sowohl mit dem objektiven Körper als auch mit der soziokulturellen Umwelt und mit dem Ich überlappt und mit ihnen in Wechselwirkung steht.

Literatur

- Albrecht, G. L. & Devlieger, P. J. (1999). *The disability paradox: high quality of life against all odds. Social science & medicine* (1982), 48(8), 977–988. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00411-0](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00411-0)
- Alloa, E. & Depraz, N. (2019). „Edmund Husserl: Ein merkwürdig unvollkommen konstruiertes Ding“. In E. Alloa, T. Bedorf, C. Grüny & T. N. Klass (Hrsg.), *Leiblichkeit: Geschichte und Aktualität eines Konzepts* (2. Aufl., S. 7–22). UTB.
- Arntzen, C. & Elstad, I. (2013). The bodily experience of apraxia in everyday activities: a phenomenological study. *Disability and rehabilitation*, 35(1), 63–72. <https://doi.org/10.3109/09638288.2012.687032>
- Barnartt, S. (2001). Using role theory to describe disability. In S. N. Barnartt & B. M. Altmann (Hrsg.), *Research in Social Science and Disability: Bd. 2. Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go* (S. 53–75). Emerald Group Publishing Limited.
- Barnes, C. (2014). The Social Model of Disability: Valuable or Irrelevant? In N. Watson, A. Roulstone & C. Thomas (Hrsg.), *Routledge handbook of disability studies* (S. 12–29). Routledge.
- Barnes, C., Mercer, G. & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Polity Press.
- Barnes, E. B. (2016). *The minority body: A theory of disability. Studies in feminist philosophy*. Oxford University Press.

- Bê, A. (2019). Ableism and disablism in higher education: The case of two students living with chronic illnesses. *Alter*, 13(3), 179–191. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2019.03.004>
- BMASGK. (2016). UN-Behindertenrechtskonvention: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung und Fakultativprotokoll. Neue deutsche Übersetzung. <https://broschuere.service.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19>
- Böhme, G. (2018). *Leib: Die Natur, die wir selbst sind. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 2270*. Suhrkamp.
- Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts. *Medical humanities*, 26(1), 9–17. <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.9>
- Brewer, T. (2009). The Foundations of Neo-Aristotelianism: Critical Notice of Michal Thompson, *Life and Action*. *Philosophical Books*, 50(4), 197–212. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0149.2010.00493.x>
- Brown, C. (2013). Human rights and human nature. In C. Holder & D. Reidy (Hrsg.), *Human Rights* (S. 23–38). Cambridge University Press.
- Buchanan, A. (1996). Choosing who will be disabled: genetic intervention and the morality of inclusion. *Social philosophy & policy*, 13(2), 18–46. <https://doi.org/10.1017/S0265052500003447>
- Buhler, K. (2016). *Becoming What We Are: Virtue and Practical Wisdom as Natural Ends* [Dissertation]. University of Kentucky.
- Burelli, C. (2019). Norms from Nature. Etiological Functions as Normative Standards. *Phenomenology and Mind*, 17, 188–179. <https://doi.org/10.13128/pam-8036>
- Cahill, S. E. & Eggleston, R. (1994). Managing Emotions in Public: The Case of Wheelchair Users. *Social Psychology Quarterly*, 57(4), 300–312. <https://doi.org/10.2307/2787157>
- Carel, H. (2014a). Ill, but Well: A Phenomenology of Well-Being in Chronic Illness. In J. E. Bickenbach (Hrsg.), *Cambridge disability law and policy series. Disability and the good human life* (S. 243–270). Cambridge University Press.
- Carel, H. (2014b). The Philosophical Role of Illness. *Metaphilosophy*, 45(1), 1–27. <https://doi.org/10.1111/meta.12065>
- Carel, H. (2017). Illness and Its Experience: The Patient Perspective. In T. Schramme & S. Edwards (Hrsg.), *Springer reference. Handbook of the philosophy of medicine* (S. 93–108). Springer Science+Business Media.
- Cloerkes, G. (2007). *Soziologie der Behinderten: Eine Einführung* (3. Aufl.). Edition S. Winter.
- Corrigan, P. W. & Watson, A. C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.35>
- Daniels, N. (2001). Justice, health, and healthcare. *The American journal of bioethics : AJOB*, 1(2), 2–16. <https://doi.org/10.1162/152651601300168834>
- Dederich, M. (2007). *Körper, Kultur und Behinderung: Eine Einführung in die Disability Studies. Disability Studies: Bd. 2*. transcript.
- Egen, C. (2020). *Was ist Behinderung? Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit Funktionseinschränkungen vom Mittelalter bis zur Postmoderne. Medical humanities*. transcript.

- Fellinger, J., Dall, M., Gerich, J., Fellinger, M., Schossleitner, K., Barbaresi, W. J. & Holzinger, D. (2021). Is it feasible to assess self-reported quality of life in individuals who are deaf and have intellectual disabilities? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(10), 1881–1890. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01957-y>
- Fine, M. & Asch, A. (1988). Disability Beyond Stigma: Social Interaction, Discrimination, and Activism. *Journal of Social Issues*, 44(1), 3–21. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1988.tb02045.x>
- Fisher, N. (2016). Natural and Ethical Normativity. *The Southern Journal of Philosophy*, 54(4), 417–439. <https://doi.org/10.1111/sjp.12201>
- Foot, P. (2001). *Natural goodness*. Clarendon.
- Forber-Pratt, A. J., Lyew, D. A., Mueller, C. & Samples, L. B. (2017). Disability identity development: A systematic review of the literature. *Rehabilitation psychology*, 62(2), 198–207. <https://doi.org/10.1037/rep0000134>
- Fougeyrollas, P. & Beureard, L. (2001). Disability: An Interactive Person-Environment Social Creation. In G. L. Albrecht, K. D. Seelman & M. Bury (Hrsg.), *Handbook of disability studies* (S. 171–194). Sage Publications.
- Fougeyrollas, P., Boucher, N., Edwards, G., Grenier, Y. & Noreau, L. (2019). The Disability Creation Process Model: A Comprehensive Explanation of Disabling Situations as a Guide to Developing Policy and Service Programs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 25–37. <https://doi.org/10.16993/sjdr.62>
- Frederick, A. & Shifrer, D. (2019). Race and Disability: From Analogy to Intersectionality. *Sociology of Race and Ethnicity*, 5(2), 200–214. <https://doi.org/10.1177/2332649218783480>
- Fuchs, T. (2020). The Circularity of the Embodied Mind. *Frontiers in psychology*, 11, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01707>
- Gerhardt, U. (1991). *Gesellschaft und Gesundheit: Begründung der Medizinsoziologie (1. Aufl.)*. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft: Bd. 970. Suhrkamp.
- Gert, B., Culver, C. M. & Clouser, K. D. (1997). *Bioethics: A return to fundamentals*. Oxford University Press.
- Glackin, S. N. (2016). Three Aristotelian Accounts of Disease and Disability. *Journal of Applied Philosophy*, 33(3), 311–326. <https://doi.org/10.1111/japp.12114>
- Goodley, D. (2014). The Psychology of Disability. In N. Watson, A. Roulstone & C. Thomas (Hrsg.), *Routledge handbook of disability studies* (S. 310–323). Routledge.
- Hahn, H. (1985). Toward a politics of disability: Definitions, disciplines, and policies. *The Social Science Journal*, 22(4), 87–105. <https://www.independentliving.org/docs4/hahn2.html>
- Hahn, H. D. & Belt, T. L. (2004). Disability Identity and Attitudes Toward Cure in a Sample of Disabled Activists. *Journal of health and social behavior*, 45(4), 453–464. <https://doi.org/10.1177/002214650404500407>
- Heidegger, M. (2001). *Sein und Zeit* (18. Aufl.). Niemey
- Hoffmann, T. (2014a). *Das Gute. Grundthemen Philosophie*. De Gruyter.
- Hoffmann, T. (2014b). Human Rights, Human Dignity, and the Human Life Form. In M. Albers, T. Hoffmann & J. Reinhardt (Hrsg.), *Human Rights and Human Nature* (S. 43–56). Springer.

- Hoffmann, T. (2017). Tugend und Gedeihen: Philippa Foots Naturalismus der menschlichen Vernunft. In M. Hähnel (Hrsg.), *Aristotelischer Naturalismus* (S. 154–160). J. B. Metzler.
- Hofmann, B. (2016). Disease, Illness, and Sickness. In M. Solomon, J. R. Simon & H. Kincaid (Hrsg.), *The Routledge Companion to Philosophy of Medicine (Chapter 2)*. Routledge.
- Kastl, J. M. (2020). *Generalität des Körpers: Maurice Merleau-Ponty und das Problem der Struktur in den Sozialwissenschaften*. Velbrück.
- Kietzmann, C. (2020). Metaphysische und epistemologische Schwierigkeiten des Aristotelischen Ethischen Naturalismus. In M. Hähnel & J. Noller (Hrsg.), *Die Natur der Lebensform: Perspektiven in Biologie, Ontologie und praktischer Philosophie* (S. 143–167). mentis Verlag.
- Kristensen, S. (2019). Maurice Merleau Ponty I - Körperschema und leibliche Subjektivität. In E. Alloa, T. Bedorf, C. Grüny & K. T. Nikolaus (Hrsg.), *Leiblichkeit: Geschichte und Aktualität eines Konzepts* (2. Aufl., S. 23–36). UTB GmbH.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. University of Chicago Press.
- Lee, P. & George, R. P. (2008). The Nature and Basis of Human Dignity. *Ratio Juris*, 21(2), 173–193. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9337.2008.00386.x>
- Levi, S. J. (2006). Ableism. In G. L. Albrecht (Hrsg.), *Encyclopedia of disability* (S. 1–4). Sage Publications.
- Lindemann, G. (2017). Leiblichkeit und Körper. In R. Gugutzer, G. Klein & M. Meuser (Hrsg.), *Handbuch Körpersoziologie: Bd 1: Grundbegriffe und theoretische Perspektiven* (S. 57–66). Springer.
- Lorber, J. (2000). Gender contradictions and status dilemmas in disability. In B. M. Altmann & S. N. Barnatt (Hrsg.), *Research in Social Science and Disability: Bd. 1. Expanding the Scope of Social Science Research on Disability* (S. 85–103). Emerald (MCB UP).
- Marks, D. (1997). Models of disability. *Disability and rehabilitation*, 19(3), 85–91. <https://doi.org/10.3109/09638289709166831>
- Martiny, K. M. (2015). How to develop a phenomenological model of disability. *Medicine, health care, and philosophy*, 18(4), 553–565. <https://doi.org/10.1007/s11019-015-9625-x>
- Megone, C. (2000). Mental illness, human function and values. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*, 7(1), 45–65. <https://www.muse.jhu.edu/article/28331>
- Merleau-Ponty, M. (1974). *Phänomenologie der Wahrnehmung: Bd.7. Phänomenologisch-psychologische Forschungen* (Nachdruck 1966). De Gruyter.
- Murphy, D. (2021). Concepts of Disease and Health. In E. N. Zalta (Hrsg.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (1. Aufl.). Metaphysics Research Lab, Stanford University.
- Nussbaum, M. C. (1992). Human Functioning and Social Justice: In Defense of Aristotelian Essentialism. *Political Theory*, 20(2), 202–246. <https://doi.org/10.1177/0090591792020002002>
- Nussbaum, M. C. (2007). *Frontiers of justice: Disability, nationality, species membership. The Tanner lectures on human values*. The Belknap Press of Harvard University Press.
- Oliver, M. (1997). *The Politics of Disablement* (11. Ausgabe). Palgrave Macmillan.
- Parsons, T. (1975). The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. The Milbank Memorial Fund Quarterly. *Health and Society*, 53(3), 257–278. <https://doi.org/10.2307/3349493>

- Paterson, K. & Hughes, B. (1999). Disability Studies and Phenomenology: The carnal politics of everyday life. *Disability & Society*, 14(5), 597–610. <https://doi.org/10.1080/09687599925966>
- Pfeiffer, D. (2002). The Philosophical Foundations of Disability Studies. *Disability Studies Quarterly*, 22(2), 3–23. <https://dsq-sds.org/article/view/341/429>
- Pöltner, G. (2015). Menschennatur und Speziesismus. In M. Rothhaar & M. Hähnel (Hrsg.), *Normativität des Lebens - Normativität der Vernunft?* (S. 251–270). De Gruyter.
- Possenti, V. (2015). Reasons in favor of normativity of life/nature. In M. Rothhaar & M. Hähnel (Hrsg.), *Normativität des Lebens – Normativität der Vernunft?* (S. 237–250). De Gruyter.
- Reeve, D. (2006). Towards a Psychology of Disability: The Emotional Effects of Living in a Disabling Society. In D. Goodley & R. Lawthom (Hrsg.), *Disability and psychology: Critical introductions and reflections* (S. 94–107). Palgrave Macmillan.
- Reynolds, J. M. (2017). Merleau-Ponty, World-Creating Blindness, and the Phenomenology of Non-Normate Bodies. *Chiasmi International*, 19, 419–436. <https://doi.org/10.5840/chiasmi20171934>
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. & Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31–49. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.08.008>
- Safilios-Rothschild, C. (1970). *The sociology and social psychology of disability and rehabilitation*. Random House.
- Sayer, A. (1997). Essentialism, Social Constructionism, and beyond. *The Sociological Review*, 45(3), 453–487. <https://doi.org/10.1111/1467-954X.00073>
- Scambler, S. (2005). Exposing the Limitations of Disability Theory: The Case of Juvenile Batten Disease. *Social Theory & Health*, 3(2), 144–164. <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700045>
- Schramme, T. (2014). Disability (Not) as a Harmful Condition: The Received View Challenged. In J. E. Bickenbach (Hrsg.), *Cambridge disability law and policy series. Disability and the good human life* (S. 72–92). Cambridge University Press.
- Scully, J. L. (2008). *Disability bioethics: Moral bodies, moral difference. Feminist constructions*. Rowman & Littlefield.
- Shakespeare, T. (1996). Disability, Identity and Difference. In C. Barnes & G. Mercer (Hrsg.), *Exploring the divide: Illness and disability*. Disability Press.
- Shakespeare, T. (2007). *Disability rights and wrongs* (Reprinted). Routledge.
- Shakespeare, T. (2010). The social model of disability. In L. J. Davis (Hrsg.), *The disability studies reader* (S. 266–273). Routledge.
- Shakespeare, T., Bickenbach, J. E., Pfeiffer, D. & Watson, N. (2006). Models. In G. L. Albrecht (Hrsg.), *Encyclopedia of disability* (S. 1101–1107). Sage Publications.
- Shakespeare, T., Watson, N. & Alghaib, O. A. (2017). Blaming the victim, all over again: Waddell and Aylward's biopsychosocial (BPS) model of disability. *Critical Social Policy*, 37(1), 22–41.

- Shakespeare, T. & Watson, N. (2001). The social model of disability: An outdated ideology? In S. N. Barnartt & B. M. Altmann (Hrsg.), *Research in Social Science and Disability: Bd. 2. Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go* (S. 9–28). Emerald Group Publishing Limited.
- Shildrick, M. (2019). Critical Disability Studies: Rethinking the conventions for the age of postmodernity. In N. Watson & S. Vehmas (Hrsg.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (S. 32–44). Routledge.
- Statistik Austria. (Hrsg.). (2013). *Standard-Dokumentation Metainformationen zum Mikrozensus – Ad-hoc-Modul 2011 „Erwerbstätigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen“*. Direktion Bevölkerung – Bereich Demographie, Gesundheit, Arbeitsmarkt.
http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=070404
- Sulmasy, D. P. (2010). Dignity, Disability, Difference, and Rights. In D. C. Ralston & J. H. Ho (Hrsg.), *Philosophical Reflections on Disability* (Bd. 104, S. 183–198). Springer.
- Svenaesus, F. (2011). Illness as unhomelike being-in-the-world: Heidegger and the phenomenology of medicine. *Medicine, health care, and philosophy*, 14(3), 333–343. <https://doi.org/10.1007/s11019-010-9301-0>
- Svenaesus, F. (2013). Naturalistic and Phenomenological Theories of Health: Distinctions and Connections. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 72, 221–238. <https://doi.org/10.1017/S135824611300012X>
- Svenaesus, F. (2019). A Defense of the Phenomenological Account of Health and Illness. *The Journal of medicine and philosophy*, 44(4), 459–478. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhz013>
- Swain, J. & French, S. (2000). Towards an Affirmation Model of Disability. *Disability & Society*, 15(4), 569–582. <https://doi.org/10.1080/09687590050058189>
- Terry, P. M. (1996). *Preparing Educational Leaders To Eradicate the 'Isms'*. Annual Meeting of the International Congress on Challenges to Education, Arruba, Palm Beach.
- Terzi, L. (2005). A capability perspective on impairment, disability and special needs. *Theory and Research in Education*, 3(2), 197–223. <https://doi.org/10.1177/1477878505053301>
- Thomas, C. (2007). *Sociologies of disability and illness: Contested ideas in disability studies and medical sociology*. Palgrave Macmillan.
- Thompson, M. (2004). Apprehending Human Form. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 54, 1–18. <https://doi.org/10.1017/S1358246100008444>
- Thompson, M. (2010). Drei Stufen natürlicher Güte. In T. Hoffmann & M. Reuter (Hrsg.), *Practical Philosophy: Bd. 12. Natürlich gut: Aufsätze zur Philosophie von Philippa Foot* (S. 253–262). De Gruyter.
- Thompson, M. (2012). *Life and action: Elementary structures of practice and practical thought*. Harvard University Press.
- Toombs, S. K. (1987). The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship. *The Journal of medicine and philosophy*, 12(3), 219–240. <https://doi.org/10.1093/jmp/12.3.219>
- Üstün, T. B. (Hrsg.). (2001). *ICIDH-2 series. Disability and culture: Universalism and diversity*. Hogrefe & Huber.
- Vehmas, S. & Mäkelä, P. (2008). A realist account of the ontology of impairment. *Journal of medical ethics*, 34(2), 93–95. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.019042>

- Vehmas, S. & Watson, N. (2014). Moral wrongs, disadvantages, and disability: a critique of critical disability studies. *Disability & Society*, 29(4), 638–650. <https://doi.org/10.1080/09687599.2013.831751>
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994). *The disablement process. Social science & medicine (1982)*, 38(1), 1–14. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90294-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90294-1)
- Waldschmidt, A. (2005). Disability Studies: individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29(1), 9–31. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-18770>
- Wasserman, D. & Asch, A. (2014). Understanding the Relationship between Disability and Well-Being. In J. E. Bickenbach (Hrsg.), *Cambridge disability law and policy series. Disability and the good human life* (S. 139–167). Cambridge University Press.
- Watermeyer, B. & Swartz, L. (2016). Disablism, Identity and Self: Discrimination as a Traumatic Assault on Subjectivity. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 26(3), 268–276. <https://doi.org/10.1002/casp.2266>
- Wegscheider, A. & Schaur, M. (2019). Arbeit und Beschäftigung von arbeitsmarktfernen Menschen mit Behinderungen in Oberösterreich. *SWS Rundschau*, 59(1), 46–65.
- Werner, S., Corrigan, P., Ditchman, N. & Sokol, K. (2012). Stigma and intellectual disability: a review of related measures and future directions. *Research in developmental disabilities*, 33(2), 748–765. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.009>
- WHO – World Health Organization. (2005). *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Wild, M. (2017). Was ist biologisch am Aristotelischen Naturalismus? In M. Hänel (Hrsg.), *Aristotelischer Naturalismus* (S. 89–106). J. B. Metzler.
- Willett, J. & Deegan, M. (2001). Liminality and Disability: Rites of Passage and Community in Hypermodern Society. *Disability Studies Quarterly*, 21(3). <https://dsq-sds.org/article/view/300/349>

Zum Autor

Mag. Mathias Forstner, Bsc., MSc., hat an der Johannes Kepler Universität Wirtschaftsinformatik und Soziologie studiert und ist nun dort Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie (Abteilung für Empirische Sozialforschung) und im Doktoratsstudium Wirtschafts- und Sozialwissenschaften im Rahmen des Projekts PromoLi (Promotion ohne Limit). Seine Arbeitsschwerpunkte sind: Disability Studies und Methoden der empirischen Sozialforschung, insbesondere digital social science.

E-Mail: Matthias.Forstner@jku.at