

Was ist eine Behinderung?

Der Begriff *Behinderung* ist ein Sammelbegriff für unterschiedlichste Auswirkungen auf den menschlichen Körper, für die es, aufgrund der Verschiedenheiten, an einer einheitlichen Definition mangelt. Im Eigentlichen lassen sich meist drei Definitionen abbilden: Die *gesetzliche* Definition, die *medizinische* Definition und die *Sozial(-politische)* Definition. Zur Ergänzung und zum besseren Verständnis dessen, was Behinderung im gesellschaftlichen Kontext ausmacht, wird auch die *soziologische* Betrachtungsweise angeführt.

Die gesetzliche Definition - Das Sozialgesetzbuch

Im gesetzlichen Kontext bietet das *neunte Sozialgesetzbuch (SGB IX)* den Versuch einer einheitlichen Definition. Nach §2 SGB IX sind „Menschen [...] behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ (§2 Abs. 1 SGB IX).

Die im Gesetzestext angesprochene beeinträchtigte Teilhabe an der Gesellschaft wird in einem in Zehnergraden abgestuften System, dem Grad der Behinderung angegeben. In der weiteren Beschreibung des SGB IX gelten Menschen mit einer Behinderung als schwerbehindert, wenn der Grad der Behinderung mindestens 50 beträgt (§2 Abs. 2 SGB IX).

In Deutschland gelten circa 9% der Gesamtbevölkerung als behindert. Diese Zahlen beziehen sich auf Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis beantragt haben und somit statistisch erfasst wurden. Die Behinderung muss aber nicht in jedem Fall deutlich erkennbar sein. So zählen auch Suchterkrankungen oder einige Beeinträchtigungen der Funktionen von inneren Organen, etwa Diabetes, zu der Kategorie Behinderung.

Die medizinische Definition - Die World Health Organisation

Das Sozialgesetzbuch orientiert sich hier an der Definition der *World Health Organisation (WHO)*. Die WHO formulierte im Jahre 1980 die *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH-1)* und ergänzte diese 2001 mit der überarbeiteten Version ICIDH-2. In der ersten Klassifizierung sollte zwischen der strukturellen *Schädigung (Impairment)*, der funktionalen *Störung (disability)* sowie den damit verbundenen *sozialen Beeinträchtigungen (handicap)* unterschieden werden und so getrennte, parallele Einteilungen vorgenommen werden. Mit dieser Einordnung konnte jedoch lediglich eine defizitorientierte Sichtweise abgebildet werden und die Beschreibung positiver Aspekte war nicht möglich. Weitergehend wurden auch wichtige Komponenten im Prozess der sozialen Beeinträchtigung, nämlich äußere (Umwelt) Faktoren und innere, auf die Person bezogene Faktoren, nicht berücksichtigt.

In der Überarbeitung entwickelte sich der erste Ansatz von einer Klassifikation der Folgen von Krankheiten, hin zu einer Einordnung von Komponenten der Gesundheit, die in der ICIDH-2 niedergeschrieben wurden. In dieser fanden sich auch neue Erkenntnisse der Wissenschaft im Bezug auf die beschriebenen Schädigungen.

Folgerichtig wurde die oben beschriebene Struktur aufgelöst und in der *International Classification of Functioning, Disability and Health*, kurz *ICF* (deut. *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*) 2001 verabschiedet. Die ICF beschränkt den Blick auf Behinderungen nicht auf die Defizite, sondern möchte das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund stellen. Dabei nennt sie vier Bereiche, die eine Behinderung bedingen können.

<i>Körperfunktionen und Körperstrukturen:</i>	Schädigungen, die die Systeme des Körpers, also Körperfunktionen (bspw. Atmung und Verdauung) und Körperstrukturen (Aufbau des Körpers) betreffen.
<i>Aktivitäten:</i>	Definiert die Aktivitäten, die Menschen auch mit Schädigung und Störungen ausüben können, um ein unabhängiges, selbstbestimmtes Leben im Rahmen ihrer Möglichkeiten führen zu können. Wenn ein Mensch bei der Durchführung von Aufgaben Schwierigkeiten hat, dann wird dies als Beeinträchtigung dieser Aktivität bezeichnet.
<i>Teilhabe:</i>	Beschreibt die soziale Teilhabe am Leben der Gesellschaft und das Zusammenleben mit anderen Menschen in bestimmten Lebenssituationen. Wenn ein Mensch Probleme beim Einbezogensein in Lebenssituationen hat, dann ist seine Teilhabe beeinträchtigt.
<i>Kontextfaktoren:</i>	Bilden die gesellschaftliche Umwelt mit ihren sozialen Systemen mit denen der Mensch kommuniziert, wie personelle Bedingungen, Lebensumstände und Lebenshintergründe, ab. Ob und wie ein Mensch behindert ist oder wird, entscheidet sich auch durch die Umwelt und die wechselseitige Beeinflussung der oben dargestellten Faktoren.

In der Fassung aus dem Jahr 2005 wurde das Wort "handicap" nicht mehr verwendet, sondern die Formulierung "Beeinträchtigung der Teilhabe an der Gesellschaft" gewählt.

Dennoch bleibt die rein medizinische Sicht auf Zustände und so auch auf Behinderungen eine defizitorientierte Sicht. Aus medizinischer Perspektive ist die Schädigung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, welche durch genetische, toxische, physikalische, mikrobiologische Faktoren, wie Sauerstoffmangel, Erkrankungen oder Unfälle, hervorgerufen werden kann, die Ursache einer Behinderung (Bender 2012, S. 19). Diese Herangehensweise bewertet *Behinderung* als Problem einer Person, als Folge oder Merkmal einer Krankheit. Daraus ergibt sich ein medizinischer Handlungsbedarf unter den Aspekten Heilung, Anpassung oder Verhaltensänderung, welche ausschließlich von qualifiziertem Fachpersonal durchzuführen ist. Dieser defizitorientierte Ansatz rückt die Schädigung und die Unfähigkeit, sowie die notwendige, passiv zu ertragende Hilfe von außen, in den Fokus.

Ein solches, nur medizinisches, Verständnis ist zu überdenken. Stattdessen stellt die Schädigung von Körperstrukturen und -funktionen nur einen Teil der Behinderung dar und lässt keinen Rückschluss auf die Funktionsfähigkeit zu. „Zwei Personen mit derselben Krankheit können ein unterschiedliches Niveau der Funktionsfähigkeit aufweisen, und zwei Personen mit gleichem Niveau der Funktionsfähigkeit haben nicht notwendigerweise das gleiche Gesundheitsproblem.“ (DMDI, 2010, S. 4)

Behinderung muss also als eine wechselseitige Beziehung zwischen körperlichen Schädigungen, eventuell als Folge einer Krankheit oder eines genetischen Defekts, dem persönlichen Umgehen mit dieser Schädigung und der (Erwartungs-)Haltung der Umwelt verstanden werden. Diese Annahme impliziert den Gedanken, dass Menschen mit einer Behinderung keinesfalls eine homogene Gruppe darstellen.

Die Sozialpolitische Definition - Die Behindertenrechtskonvention

Die *Behindertenrechtskonvention (BRK)*, bzw. das *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* der Vereinten Nationen, enthält im Wesentlichen allgemeingültige Rechte, die bereits in den allgemeinen UN-Menschenrechtskonventionen zu finden sind, erweitert diese jedoch im Speziellen für Menschen mit Behinderungen. Sie wurde im Jahre 2006 von der UNO-Generalversammlung in New York verabschiedet und trat 2009 in Deutschland in Kraft. Das Übereinkommen enthält neben der Präambel 50 Artikel. Im allgemeinen Teil (Artikel 1-9) werden Ziel, Definitionen und Grundsätze der Konvention benannt. Darauf folgen im besonderen Teil (Artikel 10–30) die einzeln aufgeführten Menschenrechte. Weiterhin enthält

die Konvention Regelungen zur Durchführung und Überwachung (ab Artikel 33). Trotz der maßgeblichen Ausrichtung für Menschen mit Behinderungen, fehlt es der BRK tatsächlich an einer Definition von Behinderung selbst. In der Präambel wird allgemein erwähnt, dass „das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der *Wechselwirkung* zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht“. Im Sinne des Artikel 1, Satz 2 der Konvention gelten „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“ als „behindert“. Die Behindertenrechtskonvention löst sich somit von einem rein personellen Verständnis von Behinderungen und folgert, dass ein Mensch, abgesehen von Schädigungen oder Beeinträchtigungen, im Eigentlichen durch Umweltbedingungen selbst *behindert* wird, wenn diese an der Teilhabe an der Gesellschaft hindern.

Die Soziologische Definition - Gesellschaft und Behinderung

Wie oben beschrieben, gelten in Deutschland etwa 9% der Bevölkerung als behindert. Als ein „soziologisches Master-Kriterium“ bei der alltäglichen Bewertung von „behindert“ oder „nicht behindert“ durch die Umwelt, scheint die *Visibilität*, also die Wahrnehmung im Aussehen oder im kommunikativen Verhalten zu sein. Somit gelten einige der in der Statistik erfassten Menschen zwar als behindert, würden diese Begrifflichkeit aber eventuell nicht für ihre Lage verwenden. Um auf die genannten Aspekte zu reagieren, formuliert Kastl folgende Begriffsdefinition:

„Mit Behinderung wird [...] eine nicht terminierte, negativ bewertete, körpergebundene Abweichung von situativ, sachlich und sozial generalisierten Wahrnehmungs- und Verhaltensanforderungen [bezeichnet], die das Ergebnis eines schädigenden (pathologischen) Prozesses bzw. schädigender Einwirkung auf das Individuum und dessen/deren Interaktion mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen ist“ (Kastl 2010, S. 108).

Diese Definition soll anhand einiger Aspekte erläutert werden. *Nicht terminiert* bedeutet hier, dass die Behinderung nicht vorübergehend ist, also kein Prozess oder Krise, sondern dauerhaft ist. Als *negativ bewertet* gilt die Behinderung und nicht der Mensch; also die negative Bewertung durch die gesellschaftliche Zuschreibung. So kann beispielsweise das Hören von Stimmen in einigen Kulturkreisen als positives Merkmal gelten, welches keine Behinderung ist. Die *Körpergebundenheit* sagt aus, dass die Behinderung den eigenen Körper betrifft, oder mit dem eigenen Körper zusammenhängt und nicht das Resultat einer sozialen Ausgrenzung oder Benachteiligung ist. So ist eine soziale Ausgrenzung, die beispielsweise aufgrund der Hautfarbe geschieht, noch keine Behinderung. Erst, wenn aufgrund der Hautfarbe im Laufe [der] Sozialisation basale in einer Gesellschaft erwartete, kognitive Kompetenzen nicht erworben werden können, kann von einer Behinderung die Rede sein. Nicht aber, wenn lediglich der Zutritt zu einer öffentlichen Einrichtung oder ähnlichem verweigert wird. *Die Abweichung von situativ, sachlich und sozial generalisierten Wahrnehmungs- und Verhaltensanforderungen* soll aufzeigen, dass sich die Behinderung immer auf einen sozialen Kontext, eine Umwelt und die dort vorherrschenden Anforderungen an das Individuum bezieht und damit von dem Begriff der Krankheit getrennt werden muss. *Sozial generalisiert* bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Verhaltensanforderungen nicht spezifische Unbegabtheiten eines einzelnen Individuums, sondern generell die Anforderungen an alle Menschen beschreiben. Je mehr eine Person systematisch von sehr *spezifischen* Anforderungen abweicht, desto weniger sind wir geneigt, von Behinderung zu sprechen. Somit haben Behinderungen auch stets einen direkten Realitätsbezug. Wenn ein Mensch in seiner gegenwärtigen Realität nicht behindert wird, beziehungsweise sich seine Behinderung in der vorherrschenden Umwelt nicht oder nicht sonderlich ausgeprägt zeigt, muss dieser als nicht, oder wenigstens als sehr viel weniger behindert gelten, als in einer anderen Umgebung, in der sich die Behinderung deutlicher äußert. Behinderung muss also als relational angesehen werden. Die Frage: „Ist der „lernbehinderte“ Nicht-Schreiber und Nicht-Leser in einer schrift-losen Kultur noch behindert?“, verdeutlicht diesen Umstand.

Als letzter Teil der Definition soll noch die Behinderung als *das Ergebnis eines schädigenden (pathologischen) Prozesses bzw. schädigender Einwirkung auf das Individuum und dessen/deren Interaktion mit sozialen und außersozialen Lebensbedingungen* erläutert werden. Dieses soll aussagen, dass Behinderung nicht als reine äußerliche soziale Benachteiligung verstanden werden darf, was oben bereits mit der Körpergebundenheit beschrieben wurde. Auch ist Behinderung keine Krankheit, die geheilt werden könnte. Der Begriff der Schädigung und der des pathologischen Prozesses der Schädigung sollen dies verdeutlichen und müssen von der Behinderung als solcher getrennt werden. Der pathologische Prozess der Schädigung ist ein dynamischer Vorgang, welcher die eigentliche Funktionsstörung hervorruft. Das Zusammenwirken der Umweltbedingungen in Verbindung mit dieser Schädigung macht die Behinderung aus. In dieser Beschreibung von pathologischem Prozess, Schädigung und Behinderung zeigt sich der Versuch der Abgrenzung zu den chronischen Krankheiten. Da bei diesen der pathologische Prozess nicht abgeschlossen ist, muss von Krankheit gesprochen werden. Diese schädigenden, beziehungsweise pathologischen Prozesse können vielfältig sein. Beispielfhaft sind hier physische Traumatisierungen und Verletzungen, Missverhältnisse von körpereigenen Strukturen, wie einige Herz-/ Kreislaufsyndrome oder auch Gendefekte, Infektionen durch Viren und Bakterien, umweltbedingte Deprivationen oder Überforderungen, wie Stress oder ähnlichem, sowie die bei der Körpergebundenheit zuvor dargestellten Ausgrenzung von basalen in einer Gesellschaft erwarteten, kognitiven Kompetenzen.

Als zusammenfassende Definition kann wohl die von Ulrich Bleidick gesehen werden, der als Professor am Institut für Behindertenpädagogik der Universität Hamburg den Begriff Behinderung wie folgt beschrieben hat:

„Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen oder geistigen Funktionen soweit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden. Behinderung hat damit eine individuelle und eine soziale Seite. Persönliche Lebenserschwerungen liegen etwa dann vor, wenn der Körperbehinderte sich durch die Einschränkung seiner Bewegungsfähigkeit nicht frei bewegen kann und auf Hilfe angewiesen ist; der Gehörlose akustische Signale nicht wahrnimmt und im Straßenverkehr dadurch gefährdet ist; der Blinde sich optisch nicht zu orientieren vermag. Ebenso folgenreich sind die Erschwerungen, die der Behinderte im sozialen Feld erfährt, und die seine Eingliederung in das öffentliche Leben, in die Bildungsinstitutionen, in die Berufs- und Arbeitswelt und in die Familie erschweren“ (Bleidick 1994, S. 650).

Wie bereits erwähnt, besteht also ein enger Zusammenhang zwischen dem Verständnis von Behinderung und dem Umgang mit dieser Personengruppe. Eine rationalisierte Aussage darüber, was Behinderung ist oder zumindest was sie sein kann, stammt von Renate Walthes: „Behinderung ist der nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit“ (Walthes 2003 zit. n. Ortland 2008, S. 11) und kann auch als Ausdruck menschlicher Vielfalt verstanden werden.

Wie entsteht eine Behinderung?

Die Ursachen einer Behinderung können sich im Wesentlichen in drei Zeiträumen entwickeln: *pränatal* (vor der Geburt, während der Schwangerschaft), *perinatal* (während der Geburt) und *postnatal* (nach der Geburt).

Pränatal können viele Faktoren eine Ursache für die Schädigung des Ungeborenen bieten, welche später eine Behinderung auslösen können. Einen erheblichen Teil für die Schädigung der Körperstrukturen und -funktionen des Ungeborenen machen Drogen- und Medikamentenkonsum der Mutter aus. Hierzu zählen auch Alkohol- und Tabakgebrauch. Weiter können chronische Krankheit und Infektionen (Viruskrankheiten), Strahlungen (Röntgenstrahlung), Störungen in der Schwangerschaft (Mangelernährung, Dysfunktionen der Gebärmutter), fehlgeschlagene mechanische Schwangerschaftsabbrüche, Blutgruppenunverträglichkeiten (z.B. Rhesusfaktor Unverträglichkeit) sein. Auch genetische Defekte können hier genannt werden, obwohl bei diesen nicht immer klar ist, ob es sich um eine Ursache oder bereits eine Ausprägung einer Schädigung handelt.

Die Geburt eines Kindes ist in der Entwicklung ein kritischer Punkt. Während der Geburt, *perinatal*, können viele Einflüsse auf das Kind einwirken, welche im Verlauf seiner Entwicklung evtl. zu einer Behinderung führen können. So können unter anderem Sauerstoffmangel, oder mechanische Verletzungen, beispielsweise durch den Gebrauch einer Geburtszange oder Saugglocke sowie Geburtstraumata (Hirnblutungen) auftreten. Ebenfalls kann eine Frühgeburt oder auch die zusätzliche Belastung des Organismus durch einen Kaiserschnitt eine Behinderung begünstigen.

Als *postnatale* Ursachen von Behinderung werden sämtliche Faktoren bezeichnet, die nach dem Abschluss des Geburtsvorganges auftreten. So beispielsweise Sauerstoffmangel, Infektionen und entzündliche Krankheiten des zentralen Nervensystems (Hirnhautentzündung), die Auswirkungen einer Frühgeburt oder Kinderkrankheiten. Das Auftreten der Ursachen kann jedoch auch weit nach der Geburt auftreten. So werden beispielsweise auch Hirntumore, Unfälle und Gewalteinwirkungen, Schädel-Hirn-Traumata oder Kriegsverletzungen als postnatale Ursachen bezeichnet.

Einteilung von Behinderungen

Im Wesentlichen wird zwischen *körperlichen*, *geistigen* und *seelischen* bzw. *psychischen* Behinderungen unterschieden. In einer etwas feineren Unterteilung lassen sich weiter noch *Sinnesbeeinträchtigungen*, *Lernbehinderungen* und *Sprachbehinderungen* ausdifferenzieren. Die Unterschiede und Auswirkungen sollen im Folgenden herausgestellt werden. Als „Sonderformen“ sollen auch *Autismus* und *Epilepsie* beschrieben werden.

Körperliche Behinderungen

Unter den *körperlichen Behinderungen* werden alle Behinderungen gezählt, die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit die Verhaltensmöglichkeiten eines Menschen so beeinträchtigen, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist.

Ulrich Oskamp, Professor für Körperbehindertenpädagogik an der Universität Dortmund, definiert Körperbehinderung folgendermaßen:

„Als körperbehindert gelten Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, deren Bewegungsfähigkeit aufgrund einer Schädigung des Gehirns, der Nerven, der Muskeln oder des Skelettsystems nicht nur vorübergehend beeinträchtigt ist. Neben der Auswirkung auf die Funktionsfähigkeit der Bewegungsorgane kann die Schädigung als Mitschädigung oder als psychosoziale Folgewirkung das Wahrnehmen, das Denken, das soziale Verhalten, das emotionale empfinden oder die Kommunikationsfähigkeit beeinträchtigen. Dennoch ist die Körperbehinderung nicht als unveränderbar anzusehen. Sie resultiert aus körperlichen, psychischen und sozialen Wechselbeziehungen und wirkt sich, je nach Bewegungsanforderungen und verbliebenen Restfunktionen oder Kompensationsmöglichkeiten, in verschiedenen sozialen Situationen bei jedem Betroffenen anders aus“ (Oskamp 1994. S. 678).

Im Folgenden soll eine Auflistung einiger Diagnosen, die zu körperlichen Behinderungen führen können, einen Einblick in die Vielfalt dieser bieten. Die Anführung beschränkt sich hier auf die häufigsten Schädigungen, die eine Behinderung auslösen können.

Lähmungen, Bewegungsstörungen

Zentral bedingt (ZNS):	<ul style="list-style-type: none"> – (Infantile) Cerebrale Parese: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spastische Lähmung ▪ Athetose ▪ Ataxie
Peripher bedingt (z.B. Nervenleitung):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spina bifida (<i>Offener Rücken</i>) ▪ Querschnittslähmung ▪ Kinderlähmung (<i>Polio</i>) ▪ Muskelschwund
<u>Schädigungen des Skelettsystems</u>	<ul style="list-style-type: none"> – Dysmelien (Fehlbildungen der Gliedmaßen)
	<ul style="list-style-type: none"> – Wachstumsanomalien <ul style="list-style-type: none"> ▪ z.B. Kleinwuchs ▪ Spaltbildungen z.B. Lippen- Kiefer- Gaumen-Spalte ▪ Wirbelsäulendeformationen
	<ul style="list-style-type: none"> – Osteogenesis imperfecta (Glasknochenkrankheit)

Frühkindliche zerebrale Bewegungsschädigung (Infantile Cerebrale Parese)

Wird im Volksmund häufig als „Spastiker“ bezeichnet. Ursache für diese oder ähnliche Formen der frühkindlichen Körperbehinderung ist eine pränatal, perinatal oder postnatal erworbene Schädigung eines Teiles des noch nicht ausgereiften frühkindlichen Gehirns, das für willkürliche Bewegungen verantwortlich ist. Man bezeichnet dies als eine *Infantile Cerebrale Parese* (ICP).

Mit achtzig Prozent ist die *Spastische Lähmung* das häufigste auftretende Symptom von mehreren Erscheinungsformen. Die Muskulatur der Hände, Arme, Beine und Füße, oft auch die des Mundes und Gesichts verkrampft sich dabei nicht steuerbar.

Andere Erscheinungsformen sind erkennbar an verzerrten Bewegungen des Kopfes und des Gesichts und „wurmformigen“ Bewegungen der Arme und Beine (*Athetose*), wieder andere an unkoordinierten, torkelnd erscheinenden Bewegungsmustern (*Ataxie*). Häufig gibt es Mischformen.

Die zerebrale Bewegungsschädigung kann sich auf nur eine Gliedmaße (*Monoplegie*) oder auf beide Gliedmaßen (*Diplegie*) auswirken. Auch kann sie das Einbußen der Bewegungsfähigkeit aller vier Gliedmaßen (*Tetraplegie*) sowie der Sprechorgane (*Dysarthrie*) zur Folge haben. Bei einer Halbseitenlähmung (*Hemiplegie*) sind Arm und Bein einer Körperhälfte betroffen.

Erworbene Bewegungsstörung (Cerebrale Parese)

Tritt eine Schädigung der steuernden Hirnfunktionen im späteren Lebensverlauf auf, so spricht man von einer zerebralen Bewegungsstörung (*Cerebrale Parese, kurz CP*). Diese ähnelt in ihrer Erscheinung jedoch den frühkindlichen Formen. Ursachen können unter anderem Hirnhautentzündungen, Schädel-Hirn-Verletzungen, Hirntumore, Schlaganfälle sein.

Das *Apallische Syndrom* stellt eine der schwersten Formen der cerebralen Parese dar. Der Zustand gleicht dem eines „wachen Komats“.

Als *Querschnittslähmung* wird die völlige oder teilweise Schädigung eines Rückenmarkquerschnittes mit der Folge einer totalen oder teilweisen Lähmung in den unterhalb der Schädigung gelegenen Körperpartien bezeichnet.

Als eine Ursache, welche pränatal, also vorgeburtlich, auftritt, wird die *Spina bifida* genannt. Dies ist der mangelnde Verschluss des embryonalen Rückrats, der bei der Geburt als Spaltbildung in Form eines offenen Rückens erkennbar ist. Trotz operativer Maßnahmen können die Bereiche unterhalb eines Wirbelspaltens teilweise oder ganz gelähmt bleiben. Häufig ist der Kreislauf der Flüssigkeit gestört, der das Gehirn und das Rückenmark umgibt (*Liquor*), so dass die Gefahr besteht, dass sich ein „Wasserkopf“ (*Hydrocephalus*) bildet. Auch dieser Gefahr kann operativ vorgebeugt werden; ein kleines Ventil reguliert den Liquordruck.

Außer der Lähmung der Gliedmaßen, kann sich eine *Querschnittslähmung* auch auf innere Organe, wie z.B. auf Blase, Darm und Sexualorgane, auswirken.

Weitere Ursachen vollständiger oder teilweiser Querschnittslähmung können auch Viruserkrankungen oder Infektionen des Gehirns bzw. Rückenmarks sein. Bekannt ist hier vor allem die *Spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis)*. Es handelt sich um eine Virusinfektion des Rückenmarks oder Stammhirns.

Weiter kann ebenfalls eine *Multiple Sklerose (MS)* zu Lähmungserscheinungen führen. Bei der Multiplen Sklerose handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, bei der Teile der Nervenfasern, die *Myelinschichten*, vom eigenen Immunsystem aufgelöst werden. Genaue Umstände zum Auftreten der Krankheit sind noch nicht bekannt.

Lähmungen als Folge von Muskelerkrankungen

Neben Infektionen und Viruserkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks können auch Schädigungen der Muskulatur Bewegungsstörungen, wie Lähmungen auslösen. Bei der *Progressiven Muskeldystrophie* handelt es sich um eine Muskelerkrankung, die zum Schwund der quergestreiften Muskulatur führt (*Muskelschwund*). Das Muskelgewebe wird zersetzt. Die Krankheit ist erblich, beginnt allerdings erst im Kleinkindalter. Sie wird, in ihren häufigsten Erscheinungsformen (*Duchenne-* und *Becker-Dystrophie*) durch ein mutiertes Gen auf dem X-Chromosom ausgelöst. Wesentlich häufiger sind Jungen betroffen, da das belastete X-Chromosom durch kein gesundes dominiert wird. Der Krankheitsprozess ist von den Beinen zum Schultergürtel hin aufsteigend und mit fortschreitender Lähmung verbunden. Man spricht auch von einer *progredienten* Erkrankung.

Bei einer *Muskelatrophie*, die bei Jungen und Mädchen gleichermaßen vorkommen kann, kommt es zu einer Verringerung und Verkümmern des Muskelgewebes, z.B. dann, wenn der Muskel nicht mehr arbeitet, weil der zuführende Nerv, bspw. durch eine Infektion, abgestorben ist.

Erklärung/Etymologie der medizinischen Fachbegriffe:

Ataxie	Gestörte Bewegungskoordination
Athetose	Überbeweglichkeit
Dysarthrie	Störung der Sprechweise (Artikulation)
Infantile Cerebrale Parese	infantil: infans (lat.): Kind cerebral: cerebrum (lat.): Gehirn Parese: Motorische Schwäche, unvollständige Lähmung
Dysmelie	Angeborene Fehlbildung an den Gliedmaßen
Dystrophie	Ernährungsstörung (im Gewebe) dys (gr.) Fehler, Störung troph (gr.): die Ernährung betreffend
Hemiplegie	Halbseitige Lähmung plegie (lat.): Lähmung hemi (gr.): halb mono, di, tetra (gr.): eins, zwei, vier
Hydrocephalus	Wasserkopf
progredient	fortschreitend progredere (lat.): voranschreiten
spasmus	Krampf, Verstärkte Muskelspannung
spina bifida	Spina (lat.) Dorn bifida (lat.) gespalten

Ursachen körperlicher Beeinträchtigungen können vielfältig sein und lassen sich im Eigentlichen in die Bereiche der angeborenen, also der prä- und perinatal entwickelten Störungen, und der erworbenen, also postnatalen Schädigungen einteilen.

Angeborene Ursachen können unter anderem die beschriebene Spina bifida, also der embryonal nicht geschlossene Rückenspalt eines Kindes oder auch auf Alkohol-, Drogen-, bzw. Medikamentenmissbrauch in der Schwangerschaft zurückzuführende Entwicklungsstörungen sein. In den 1960er Jahren konnte dies in vielen Fällen als durch das Medikament *Contergan* (Wirkstoff *Thalidomid*) ausgelöst nachgewiesen werden. Perinatal kann ein Sauerstoffmangel, der eine Schädigung des Gehirns zur Folge hat, unter anderem spastische Lähmungen auslösen.

Erworbene Ursachen können Unfälle mit Verlust von Körperteilen oder Schädigungen des zentralen Nervensystems (ZNS) oder auch Schlaganfälle und Hirnblutungen sein.

Sinnesbeeinträchtigungen

Oftmals werden die Sinnesbeeinträchtigungen zu den körperlichen Behinderungen gezählt. Eine Unterscheidung dieser beiden Behinderungsarten findet sich jedoch in der Behindertenrechtskonvention, die im ersten Artikel zwischen langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder eben Sinnesbeeinträchtigungen unterscheidet, welche die Teilhabe an der Gesellschaft behindern. Als Sinnesbeeinträchtigungen werden allgemein alle Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung bezeichnet, die sich auf die Fernsinne, also auf das Sehen und Hören, auswirken.

Sehbehinderung

Bei der Verarbeitung von visuellen Reizen kann es unterschiedliche Störungen geben, die eine Beeinträchtigung hervorrufen können. Von *Sehbehinderung* spricht man erst, wenn das Sehen um einen gewissen Grad beeinträchtigt ist und wenn diese Beeinträchtigung dauerhaft ist. Die vollständige Blindheit, die sich häufig auch in der allgemeinen Sprache wieder findet, ist dabei eher eine Seltenheit und tritt im Eigentlichen nur bei einer vollständigen Zerstörung oder Nichtausbildung des Sehnervs oder Verlust der Augen selbst auf. Zur Differenzierung wird nach Weltgesundheitsorganisation (WHO) in 5 Abstufungen im *ICD-10* unterschieden, die sich am Grad des Sehvermögens (*Visus*) orientieren:

1. *Sehbehinderung*: Ab einem Visus von 0,3, bzw. einem Sehvermögen von 30% wird in Deutschland von Sehbehinderung gesprochen.
2. *Geringgradige Sehbehinderung*: Gegenstandsunterscheidung für Orientierung ausreichend (Sehvermögen 10%; Visus von 0,1 oder weniger)
3. *Hochgradige Sehbehinderung*: Wahrnehmung vager Schatten (Sehvermögen 5% bzw. Visus von 0,05 oder weniger)
4. *Praktische Blindheit*: Wahrnehmung von Lichtschein, d.h. minimaler Sehrest (Visus von 0,02 - gleichbedeutend mit einem Sehvermögen von 2%)
5. *Vollständige Blindheit (Amaurose)*, keinerlei Lichtwahrnehmung und optische Reizverarbeitung mehr vorhanden

Der fast vollständige oder teilweise Verlust der Sehfähigkeit kann vielerlei Ursachen haben, die sich in angeborene und erworbene Ursachen unterteilen lassen. Eine Angeborene Ursache kann beispielsweise das *erbliche Retinoblastom* sein. Hierbei handelt es sich um einen bösartigen Tumor, der bei Kleinkindern entlang der Sehnerven ins Gehirn wächst. Das erblindete Auge scheint zu schielen. Weitere Ursachen können *Mikrophthalmie*, bei dem einer oder beide Augäpfel verkleinert angelegt bzw. nicht vollständig ausgebildet werden, oder *Anophthalmie*, bei welcher das Auge gänzlich fehlt, sein.

Erworbene Ursachen, die sich erst im späteren Leben ausbilden, unter anderem Netzhautablösungen, können beispielsweise infolge einer Diabetes, einer mechanischen Verletzungen oder durch die Schädigung durch Strahlungen, etwa Laser, sein.

Blinde und sehbehinderte Menschen sind in Lernvollzügen, die auf visuellen Eindrücken beruhen, behindert. Sie müssen sich die Informationen, die sehende Personen visuell aufnehmen, vollständig oder überwiegend über andere Wahrnehmungskanäle – insbesondere über das *Gehör* und den *Tastsinn* – aneignen. Das Fehlen des optischen Umweltkontaktes schränkt die Möglichkeiten der zwischenmenschlichen Kommunikation erheblich ein, zudem ist die Mobilität oftmals eingeschränkt und lediglich in der bekannten Umwelt ohne Behinderungen möglich.

Hörbehinderung

Unter Hörbehinderungen werden alle Beeinträchtigungen des auditiven Systems gezählt. Unterschieden wird in Abstufungen, die sich am Verlust des Gehörs gemessen am wahrnehmbaren Dezibelumfang orientieren. Ein Hörverlust von 25 Dezibel bedeutet hier, dass die betroffene Person akustische Signale erst ab einer Lautstärke von mehr als 25 dB wahrnimmt. Dabei wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im *ICD-10* zwischen folgendem differenziert:

- *Geringgradige Schwerhörigkeit*: Die Wahrnehmung akustischer Signale mit niedriger Lautstärke, wie das Ticken einer Uhr, ist eingeschränkt (Hörverlust von etwa 20 dB).
- *Mittelgradige Schwerhörigkeit*: Wahrnehmung von Grundgeräuschen im Alltag ist eingeschränkt (Hörverlust von etwa 40 dB).
- *Hochgradige Schwerhörigkeit*: Wahrnehmung vager Sprachlaute, Gesprächspartner werden bei „normaler“ Lautstärke nicht mehr gehört (Hörverlust von etwa 60 dB).
- *Resthörigkeit*: Wahrnehmung einzelner Geräusche bestimmter Stärke und Frequenz, jedoch sprachtaub im Frequenzbereich der Sprache (Hörverlust von etwa 90 dB)
- *Gehörlosigkeit, Volltaubheit*: Keine auditive Wahrnehmung (nur etwa 0,1% der Gehörlosen sind gänzlich „taub“ und haben keinerlei Wahrnehmung von akustischen Reizen (Hörverlust von mehr als 120 dB)

Der Verlust der Hörfähigkeit kann unterschiedliche Ursachen haben. Auch hier wird zwischen den angeborenen und den erworbenen Ursachen unterschieden. Angeborene Hörbehinderungen können zum Beispiel auf vererbte Taubheiten oder pränatalen Drogen- bzw. Medikamentschaden zurückzuführen sein. Ebenso kann eine Rötelninfektion der schwangeren Mutter zu Hörbehinderungen führen (*Rötelnembryopathie*).

Nach der Geburt auftretende, erworbene Ursachen können bspw. die Folgen einer Masern-Meningitis oder mechanische Verletzungen der Hörorgane sein. Zudem muss auch eine im Alter auftretende Schwerhörigkeit genannt werden, deren Ursachen auf Alterungsprozesse und Lebenswandel (Nikotin, Lärm, Cholesterinwerte) zurückzuführen sind und etwa ab dem 50. Lebensalter beginnt (*Altersschwerhörigkeit*).

Die teilweise erhebliche Einschränkung der Kommunikation bei einer Gehörlosigkeit kann zu sekundären Folgewirkungen im gesamten psychosozialen Bereich führen. Beispielhaft sind seelische Labilität, stärkere Erregbarkeit, insgesamt erschwerte Persönlichkeitsentwicklung zu nennen. Häufig sind solche Verhaltensweisen als das Ergebnis einer kommunikativ bedingten Fehlentwicklung und –Erziehung anzusehen.

Neben den Fernsinnen können selbstverständlich auch die Nahsinne, also Geschmacks- (Ageusie), Geruchs- (Anosmie) und Tastsinn (Anästhesie) betroffen sein. Diese gelten jedoch, aufgrund ihrer geringeren Auswirkungen auf die Umwelt, als weniger starke Behinderung an der Teilhabe der Gesellschaft.

Geistige Behinderungen

Die Schwierigkeit der Begriffsfindung

Der Begriff *geistige Behinderung* umfasst unterschiedliche Aspekte, Vorstellungen und Assoziationen. Dadurch ergibt sich eine gewisse Unschärfe und Unklarheit über den eigentlichen Inhalt. Geistige Behinderung ist nicht klar definiert und nicht als *allgemeingültige Diagnose* zu

verstehen. Die Vielfältigkeit der Ausprägungen, die dieser Sammelbegriff beschreibt, sollen im Folgenden erläutert werden.

Der Begriff *geistige Behinderung* ist nicht klar abgegrenzt und auch schwierig gewählt, da es sich, im Unterschied zu *sensorischen* oder *motorischen* Schädigungen, nicht um eine einzelne beeinträchtigende Funktion handelt. Es ist eine komplexe Behinderung, die sich auf den gesamten Menschen erstreckt. „Geistig“ ist hier eine Formulierung, die ihren Ursprung in der Elterninitiative *Lebenshilfe für das geistige Kind* aus dem Jahre 1958 hat, aus der die heutige paritätische Einrichtung *Lebenshilfe* erwachsen ist. Eigentlich war der Begriff als Abgrenzung zum *körperlichen* gedacht.

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung ist der Terminus *geistig* weitgehend akzeptiert und beschreibt die komplexen Zusammenhänge auf neurobiologischer Ebene. So ist allgemein anerkannt, dass der *bewusste Geist* durch die Aktivierung der Nervenzellen (*Neuronen*) und der Bildung von Synapsenverbindungen entsteht. Die Verarbeitung von Sinneseindrücken, daraus resultierende Gefühle und die Komplexität des hormonellen Systems im Gehirn, betreffen den gesamten *Geist* und nicht nur den Verstand.

Otto Speck, ein Sonderpädagoge, der wesentlichen Einfluss auf die Geistigbehinderten- und Heilpädagogik hat(te), beschreibt dies wie folgt:

„Was als „Geist“ entsteht, kann als „Inhalt der Aktivität“ des Gehirngewebes, d.h. als Ergebnis der unaufhörlichen, dynamischen Kartierungstätigkeit des Gehirns verstanden werden: Gedanken, Intellekt, Gefühle, Motive, Wahrnehmungen (Klänge, Gerüche, Geschmack), Bewertungen u.Ä. Viele dieser Bilder, die über die Interaktion zwischen Organismus und Objekt entstehen, verändern sich immer wieder (Lernen). Der Mensch braucht diese ständige Gehirnkartierung bzw. diese „geistigen Prozesse“ für das Management und die Steuerung seiner Lebensprozesse“ (Speck 2016, S. 47).

Eine *geistige* Behinderung kann also als Schädigung der Hirnfunktionen beschrieben werden, die die Aktivität und die Weiterentwicklung des Gehirns und damit auch die geistige Entwicklung beeinträchtigen. Das Ausmaß kann dabei ganz unterschiedlich und individuell sein und verschiedene Ursachen haben. Diese Ursachen können sowohl im Erbgut, als auch als Resultat von Erkrankungen, Verletzungen oder Mangelerscheinungen auftreten.

Eine Einteilung der Beeinträchtigungen, die durch geistige Behinderungen erlebt wird, ist schwierig, da die Erscheinungsformen sehr unterschiedlich sein können. Dies zeigt sich auch in der Begrifflichkeit und Beschreibung, die in den letzten Jahren immer wieder gewechselt hat und doch keine für alle akzeptable Ausdrucksweise hervorgebracht hat. Diese Begriffsvielfalt ist vor allem dadurch entstanden, dass keine stigmatisierende oder besondernde Ausdrucksweise verwendet werden sollte. Anthropologisch und ethisch muss immer davon ausgegangen werden, egal welche Begrifflichkeit verwendet wird, dass Menschen mit Behinderungen Menschen mit gleicher Würde sind. Sie unterscheiden sich lediglich in den Ausprägungen ihrer individuellen Eigenheiten. Dabei können individuelle Unterschiede dazu führen, dass die Eigenständigkeit in einem Maße eingeschränkt ist, dass diese Person auf Hilfe angewiesen ist. Da bei der Gewährung von diesen Hilfen Klarheit über den Sachverhalt bestehen sollte, hat sich der Begriff der „geistigen Behinderung“ (engl. mental retardation) international etabliert.

Als eine Definition kann so angebracht werden, dass unter „geistiger Behinderung“ eine Erscheinungsform menschlicher Eigenart zu verstehen ist, bei der als Folge von bio-organischer Schädigung lebenslang ein (erheblicher) Rückstand der mentalen (geistigen und intellektuellen) Entwicklung zu beobachten ist. Dieser kann sich verschiedenartig auf das Verhalten auswirken und manifestiert sich in einer Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, sodass ein spezieller pädagogischer Förderbedarf notwendig wird (Speck 2016, S. 51).

Die Problematik in der Findung eines allgemeingültigen Begriffs liegt darin, dass nicht eine rein psychische oder physische Beeinträchtigung der betroffenen Menschen, wie bspw. die Unfähigkeit zu sehen o.Ä., beschrieben wird, sondern ein solch komplexer Zustand prägnant und ohne Stigmatisierung zusammengefasst werden muss, der weder eine Besonderung darstellt, noch einen negativen Beigeschmack hat. Dieser muss sowohl von der Mehrheit der Betroffenen, als auch den wissenschaftlichen und pädagogischen Fachkräften akzeptiert werden.

Negativbeispiele aus der Vergangenheit gibt es hier genügend. So schlägt sich in Begrifflichkeiten wie *Blödsinn*, *Idiotie*, *Schwachsinn*, *Kretinismus* oder *Geistesschwäche* immer die negative Begutachtung der Betroffenen nieder, die nicht selten auch gezielt exkludieren sollte. Durch die wissenschaftliche Medizin, die im 19. Jahrhundert den *Schwachsinn* und die *Geistesschwäche* zu erforschen versuchte, wurden Betroffene abgewertet. Unterstützung fand dies in biologischen Theorien zur Evolution, die, frei nach Charles Darwin, die Ausleseprozesse und die Dominanz des Stärkeren auch auf den Menschen mit Behinderungen übertrug und so zu einer Minderung des Lebenswertes dieser führte (*Sozial-Darwinismus*). Die ersten Ansätze der *negativen Eugenik*, also der negativ bewerteten Erbanlagen, brachten in den 1860er Jahren auch Begrifflichkeiten wie *Mongolismus* hervor, der von dem Entdecker der Trisomie 21 (*Down-Syndroms*) Langdon Down selbst geprägt wurden. Im Zuge der „goldenen 20er Jahre“ zum Anfang des 20. Jahrhunderts wurden, auch aus volkswirtschaftlichen Gründen, Geisteschwäche als „*lebensunwertes Leben*“ deklariert. Einen grausamen Höhepunkt fand dies in der Zeit des Nationalsozialismus, in der Menschen mit Behinderungen, vor allem mit geistigen Behinderungen, zwangssterilisiert, interniert und später systematisch getötet wurden.

Der heutzutage gängige Begriff ist *Menschen mit (geistiger) Behinderung*. Dieser scheint in erster Linie etwas negatives auszudrücken und eher defizitorientiert zu sein, soll aber eigentlich, von der historischen Herleitung, zum Ausdruck bringen, dass es sich zunächst einmal um einen Menschen handelt, dessen Behinderung nur einen Teil seiner Selbst ausmacht. Der Begriff hat in der Diskussion den der *Geistigbehinderten* abgelöst, der das Defizit weiter in den Vordergrund gestellt hat. Mit dem „neuen“ Begriff soll der pädagogische Ansatz, nämlich das Lern- und Entwicklungspotential des Menschen, in den Fokus gestellt werden und die Behinderung als ein Teil des Individuums, welches ihn mit ausmacht, aber nicht überstrahlt, wahrgenommen werden. In Betracht der historischen Herleitung erfüllt die Begrifflichkeit scheinbar den Auftrag, die komplexen Zusammenhänge in Teilen abzudecken und dennoch nicht die negative Ausrichtung der historischen Begriffe zu übernehmen, im alltäglichen Gebrauch jedoch verliert sich diese Überlegung häufig und gibt nicht immer den eigentlichen Begriffssinn wieder.

Was geistige Behinderung ist, kann also nicht oder nur schwer allgemeingültig und in Kürze beschrieben werden und erklärt sich vor allem nicht aus sich selbst heraus. Es handelt sich vielmehr um eine Umschreibung, die weitgehend in eine soziale Dimension hineinreicht und sowohl gesellschaftlich vorherrschende Einstellungen beinhaltet, was als geistige Behinderung beschrieben wird, als auch die Vorurteile dem gegenüber.

Was ist geistige Behinderung?

Medizinisch betrachtet stellt eine geistige Behinderung die Herabsetzung oder Minderung der maximal erreichbaren Intelligenz dar, die aufgrund einer Schädigung des Gehirns auftritt. Diese *Intelligenzminderungen* werden im Eigentlichen in vier Kategorien zusammengefasst, welche sich auch in der *International Classification of Diseases (ICD -10, internationale Klassifikation der Krankheiten)* der Weltgesundheitsorganisation unter den Kennziffern F.70 – F.73 wiederfinden und sich am Intelligenzquotienten (*IQ*) der betroffenen Personen orientiert.

Leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F.70)

In der ersten Kategorie werden Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung und geringem Hilfebedarf gefasst. Der *IQ-Bereich liegt zwischen 50 und 69 Punkten*. Betroffene sind meist in der Lage, sich in angemessener Form sprachlich zu verständigen, Beziehungen aufzunehmen und diese auch zu erhalten. Im Kindesalter kann es in der Schule zu Lernschwierigkeiten kommen, die jedoch häufig durch sonder- und heilpädagogische Förderung ausgeglichen werden und Lesen, Schreiben und im begrenztem Zahlenraum Rechnen erlernt werden kann. Auch im persönlichen und sozialen Bereich können, durch entsprechende Förderung, weitgehende Selbstständigkeit erreicht werden und nach berufsfördernden Maßnahmen kann auch einer entsprechenden Berufstätigkeit nachgegangen werden. Weitere Begleitung, Beratung und Erwachsenenbildung im späteren Lebensverlauf können den erreichten Stand

sichern. Dies gilt auch für bereits geschlossene oder neu aufzunehmende Beziehungen zu anderen Personen.

Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10 F.71)

Die zweite Kategorie umfasst Menschen mit einer mittelgradiger Intelligenzminderung bzw. Menschen mit mäßiger geistiger Behinderung und mittlerem Hilfebedarf (*IQ Bereich zwischen 35-49 Punkten*). Diese Personengruppe kann sich in einfacher Sprache verständigen und Beziehungen aufnehmen. Ihre Sprache und verwendeten Begriffe sind konkret, fassbar und praxisbezogen. In der Schule erlernen sie Schrift und Umgang mit Zahlen häufig bruchstückhaft oder nicht. Es ist ihnen möglich, sich im einfachen Maße räumlich zu orientieren, die zeitliche Orientierung umfasst etwa den Tagesablauf und bestimmte, sich wiederholende Ereignisse im Jahresablauf. Kinder und junge Erwachsene dieser Gruppe können durch sonder- und heilpädagogische Maßnahmen soweit gefördert werden, dass sie sich im lebenspraktischen Bereich selbst helfen und in einer überschaubaren vertrauten Umgebung zurechtfinden. Im Bezug auf die Gesellschaft haben sie meist allgemeine Umgangsformen erlernt und sind in der Lage, einfache Tätigkeit auszuüben und somit auch einem unterstützten beruflichen Alltag nachzugehen. Da sie jedoch häufig Anleitung und in vielen Lebensbereichen der ständigen Hilfe bedürfen, ist ein gänzlich eigenständiges Leben kaum möglich.

Schwere Intelligenzminderung (ICD-10 F.72)

In die dritte Kategorie fallen Menschen mit schwerer geistigen Behinderung und hohem Hilfebedarf, die einen *IQ zwischen 20 und 34 Punkten* aufweisen. Bei Menschen mit schweren Intelligenzminderungen beschränkt sich der Spracherwerb häufig auf einzelne Worte oder Laute. Im zwischenmenschlichen Kontakt werden Beziehungen häufig mit lebhaften körperlichen Bewegungen aufgenommen. Durch frühzeitig beginnende sonder- und heilpädagogische Förderung können sie einfache Umgangsformen erlernen oder auch einfache Tätigkeiten ausführen. Sie sind jedoch stets auf ergänzende Hilfen angewiesen. Sie bedürfen der Anleitung, der Aufforderung, des Hinweises und des Lobes, um ihre Fertigkeiten anzuwenden und Beziehungen zu halten.

Schwerste Intelligenzminderung (ICD-10 F.73)

Zu den Menschen mit schwersten Intelligenzminderungen werden Menschen mit einem *IQ von weniger als 20 Punkten* gezählt. Dies sind Menschen mit schwerster geistiger Behinderung und sehr hohem Hilfebedarf. Aus einem Lehrbuch der Heilerziehungspflege von Thesing und Vogt ist zu entnehmen, dass diese Menschen „sich ausschließlich durch ihren Körper und durch Laute [äußern] und von sich aus keine Beziehung aufnehmen [können]. Sie bedürfen der umfassenden körperlichen Pflege und Hilfe in allen lebenspraktischen Bereichen. Durch Zuwendung, Berührung, Ansprache, Musik kann ihre Wahrnehmung differenziert und erweitert werden, so dass sie auf ihre Umgebung reagieren und auch selbst Bedürfnisse mitzuteilen lernen. Auf diese Weise entsteht eine mitmenschliche Beziehung, die von der betreuenden Person abhängig ist“ (Thesing/ Vogt, 2013, S.195 ff.)

Mit der Begrifflichkeit *Menschen mit einer geistigen Behinderung* werden also eine Vielzahl von Menschen mit verschiedensten Schädigungen in unterschiedlichen Hirnarealen bezeichnet, deren Intelligenz im beschriebenen Maße von der Norm abweicht und deren Entwicklung aufgrund dieser Schädigung im Vergleich als abweichend bezeichnet wird.

Trisomie 21 - Das Down-Syndrom

Als häufigste angeborene Form einer geistigen Behinderung gilt das *Down-Syndrom*. Es handelt sich hierbei um einen, erstmal 1866 vom englischen Arzt *Langdon H. Down* beschriebenen Zustand, den dieser in seinen „Beobachtungen zu einer ethnischen Klassifizierung von Schwachsinnigen“ publizierte. In diesen versuchte Down, die damals bekannten Gruppen von geistigen Behinderungen, damals noch Schwachsinnigen, bestimmten Rassen zuzuordnen. Daraus hervor ging „der mongolische Typus der Idiotie“, weshalb die Trisomie 21 früher auch

häufig als *Mongolismus* bezeichnet wurde, da eine gewisse Ähnlichkeit zu Mongolen beschrieben wurde (Speck 2016, S. 23).

Die eigentliche Ursache der Trisomie 21 wurde erst im Jahre 1959 von einer Forschergruppe um *Jérôme Lejeune* herausgefunden. Das Syndrom ist Folge einer nicht vollständig abgeschlossenen Teilung der Chromosomenpaare der Keimzellen, also Ei- bzw. Samenzellen. Die Erbinformation wird während des Teilungsprozesses normalerweise gleichmäßig auf die entstehenden Keimzellen verteilt, sodass diese dann einen einfachen Chromosomensatz von 23 Chromosomen haben. So kann bei einer späteren Befruchtung durch die Verschmelzung von Eizelle und Spermium wieder ein Organismus mit doppeltem Chromosomensatz von 46 Chromosomen entstehen. Bei der Aufteilung der 46 Chromosomen auf die entstehenden Keimzellen kommt es zu einer so genannten *Non-Disjunction*, einer nicht komplett abgeschlossenen Teilung der Chromosomenpaare. Eine neue Zelle besitzt dann insgesamt 24 statt 23 Chromosomen. Verschmilzt diese später bei der Befruchtung mit einer anderen "normalen" Keimzelle, ist das Ergebnis eine *trisome Zelle* - sie beinhaltet drei Exemplare des betreffenden Chromosoms - also insgesamt 47 Chromosomen. Beim Down-Syndrom ist es das Chromosom Nummer 21. Daher stammt auch der heute gängige Name *Trisomie 21*.

Auch wenn die Trisomie 21 als häufigste genetische, bzw. angeborene Ursache für geistige Behinderungen gilt, ist die geistige Entwicklung stark abhängig von der Förderung im Kindesalter. Somit können Intelligenzminderungen sehr unterschiedlich ausfallen.

Menschen mit Trisomie 21 sind verhältnismäßig klein, haben eine schräggestehende Lidachse am Auge, eine breite Nasenwurzel, einen flachen Hinterkopf, kleine Hände und Finger und nur eine Handfurche in der Handinnenfläche. Da das Vorkommen von trisomen Zellen häufig ein erhöhtes Risiko für organische Schädigungen darstellt, ist ein angeborener Herzfehler bei Menschen mit Trisomie 21 nicht selten.

In Deutschland ist etwa eines von 650 Neugeborenen von der Trisomie 21 betroffen. Ursachen lassen sich vermehrt im Alter der Eltern bei der Zeugung des Kindes feststellen. So ist das Risiko bei Frauen, die nach dem 40. Lebensjahr schwanger werden, erheblich höher, ein Kind mit Trisomie 21 zu gebären. Bei Männern, die nach ihrem 55. Lebensjahr ein Kind zeugen, verhält sich dies ähnlich. Eine pränatale Diagnose kann durch eine Fruchtwasseruntersuchung (*Amniozentese*) festgestellt werden.

Menschen mit Trisomie 21 verfügen im Allgemeinen über eine gesunde Emotionalität und eine außerordentlich hoch entwickelte Fähigkeit, soziale Kontakte zu knüpfen. Selbstverständlich, mühelos, offen und direkt begegnen sie anderen Menschen. Auch gelten sie als Personen, die ihre eigenen Bedürfnisse gut durchsetzen können

Autismus

Der Begriff *Autismus* geht auf das griechische Wort *autos*, was etwa *selbst* oder *selbstbezogen* bedeutet, zurück. Häufig wird darunter ein *in sich zurückgezogen sein* oder *in sich gekehrt leben* verstanden.

Im Eigentlichen gibt es zwei Grundformen des Autismus, die unterschieden werden können: Der *Kanner-Autismus* und der *Asperger-Autismus*, benannt nach dem amerikanischen Psychiater Kanner und dem österreichischen Kinderarzt Asperger. Unabhängig voneinander beschrieben beide in den 1940er Jahren eine Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Kontaktstörungen zur menschlichen und dinglichen Umwelt.

Kanner beschrieb die schwere, extreme Verlaufsform, den so genannten *frühkindlichen Autismus*. Dieser geht mit einer *Kontaktstörung* einher. Aufgrund dieser kapseln sich Autisten extrem ab, sie können keinen Blickkontakt herstellen, sie entwickeln keine Mimik und Gestik mit Symbolgehalt (*Prinzengesicht*) und zeigen weder im frühkindlichen Verhalten, noch später Neugierverhalten. Weiter zeigen Autisten ein ängstlich-zwanghaftes Bedürfnis nach Gleichhaltung der Umwelt. Sie haften an ganz bestimmten Ordnungen, deren Änderungen sie häufig als bedrohlich ansehen. Dies zeigt sich oftmals in einer *Objektfixierung*. Häufig lassen sich bei Autisten stereotypen Bewegungen und wiederholende Interaktionen an Objekten, wie das Schaukeln mit dem Oberkörper, das Fächern mit den Fingern sowie das Kreiseln und Wirbeln von bspw. Ringen oder Kugeln beobachten. Diese wiederholenden Körper- und Objektbewegungen werden als lustvoll erlebt und können über lange Zeiträume ausgeübt werden. Teil

dieser Selbststimulation kann auch autoaggressives Verhalten sein. Neue Handlungsmuster lassen sich nur schwer integrieren und imitatives Lernverhalten fehlt meist gänzlich. Aufgrund dessen bleibt die Sprachentwicklung bei vielen Autisten vollständig aus oder ist verzögert. Entwickelt sie sich, wird Sprache häufig nicht zur Kommunikation, sondern aus Freude an Lauten und Wortklängen eingesetzt und zeigt sich oft in Selbstgesprächen oder im Nachsprechen von Wörtern und Sätzen (*Echolalie*). Auch ist häufig eine Neigung zu Affektausbrüchen zu beobachten. Schreien, Lachen, Weinen wechseln rasch, ohne erkennbare Ursache. Zudem sind auch Störungen in der Sensomotorik zu beschreiben, wie das Fehlen von Erschreckensreaktion und gestörte Reflexhandlungen.

Asperger-Autisten zeigen die beschriebenen sozialen und emotionalen Persönlichkeitsstörungen ebenfalls, aber in deutlich milderen Verlaufsformen. Zudem können Menschen mit Asperger-Autismus in soziale Interaktionen treten und bilden bisweilen so genannte *Inselbegabungen*, also außergewöhnliche Leistungen in speziellen Bereichen, aus (Thesing T.; Vogt M. 2013, S.185).

Sozialrechtlich gesehen gelten Formen des Autismus in Deutschland als Behinderung und werden als *Entwicklungsstörungen* klassifiziert, was jedoch von vielen Betroffenen eher abgelehnt wird. Häufig wird deshalb bei abgeschwächten Formen wie dem Asperger-Autismus oder so genannten *autistischen Zügen*, die abgeschwächte Formen oder so kompensierte Symptome beschreiben, die nur eine sehr geringe Beeinträchtigung des Alltages mit sich bringen, auch von *Persönlichkeitsstörungen* gesprochen, da dies als Differentialdiagnose eher zutreffend ist.

Psychische bzw. seelische Behinderungen

Psychische Behinderungen bezeichnen eine Bandbreite an dauerhaften und gravierenden Beeinträchtigung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe einer Person, die auf Symptome von psychischen bzw. seelischen Störungen zurückzuführen sind. Dabei wirkt sich die Beeinträchtigung im Wesentlichen auf zwei Ebenen aus. Zum einen die Behinderungen durch eingeschränkte psychische Funktionen aufgrund der Erkrankung selbst, z. B. wegen kognitiver Störungen (Defizite bei Aufmerksamkeit und Handlungsplanung, Denkstörungen, mangelnde Krankheitseinsicht) oder Negativsymptomen. Weitere Beispiele sind Probleme mit der Selbstregulation, der Motivation, der Orientierung und der Wahrnehmung. Und zum anderen Behinderungen, die aus der spezifischen, individuellen Strategie zur Bewältigung einer psychischen Störung resultieren. Hierunter fallen Schwierigkeiten mit der Selbstversorgung, der Kommunikation mit anderen, hinsichtlich von Ausbildungsleistungen oder Arbeitsanforderungen und bezüglich des sicheren Bewegens in der Öffentlichkeit.

Statistisch betrachtet haben Patienten mit *Schizophrenie*, *Zwangsstörung* und *affektiven Psychosen* das größte Risiko einer psychischen Behinderung. Aber auch andere Erkrankungen wie schwere Fälle von *Persönlichkeitsstörungen* oder *ADHS*, die *Folgen von Drogen- und Alkoholabhängigkeit* und *organische Störungen* wie *Demenzen* können zu psychischer Behinderung führen.

Lernbehinderungen

Unter Lernbehinderungen werden häufig sämtliche Beeinträchtigungen im Schulalltag zusammengefasst, die von der „normalen“ Entwicklung für eine Altersspanne abweichen. Der Pädagoge Karl-Heinz Eser beschreibt dies wie folgt: „Lernbehinderung ist ein breites und vielschichtiges Grenzsyndrom (...) zwischen ‚Geistiger Behinderung‘ im engeren Sinne und ‚Normalentwicklung‘, ohne eine qualitativ eigene, eindeutige und klar abgrenzbare Störungskategorie zu bilden - eine Behinderung auf den zweiten Blick“ (Eser, 2015, S.7). Als Lernbehinderungen sind demnach beispielsweise Lese- und Rechtschreibschwächen oder Rechenstörungen zu bezeichnen, die nicht als Folge einer Intelligenzminderung, wie bei der geistigen Behinderung auftreten, sondern andere Hintergründe, wie beispielsweise fehlende Selbstregulation und Handlungskontrolle im Unterricht oder auch eine Diskrepanz zwischen den sprachlichen Kompetenzen und dem Schriftspracherwerb, haben.

Sprachbehinderungen

Als Sprachbehinderungen werden eine Vielzahl von Abweichungen im Spracherwerb, der Fähigkeit, sprachliche Strukturen für die Kommunikation zu verwenden, der Stimme, dem Sprechen und dem Redefluss bezeichnet. Im Spracherwerb wird von Verzögerungen in der Sprachentwicklung gesprochen, wenn ein Kind von unter 36 Monaten mindestens um 6 Monate vom alterstypischen Spracherwerb abweicht. Das Nutzen von sprachlichen Strukturen für die Kommunikation kann durch Ursachen wie *Aphasie*, bei der eine Schädigung der Hemisphäre des Gehirns vorliegt, oder *Mutismus*, welches eher eine soziale Kontaktstörung ist, da die Sprechorgane intakt sind und eher in Verbindung mit Sozialphobien auftritt, beeinträchtigt werden. Der Redefluss kann durch *stottern*, *poltern* (dem überhasteten Sprechen und „Verschlucken“ einzelner Wort und/ oder Satzteile) oder *Dyslalien* (Störung bei der Bildung von Sprechlauten, auch „stammeln“ oder beispielhaft das Lispeln) gestört sein.

Als allgemeine Definition kann man folgendes ansehen: „Sprachbehinderte sind Menschen, die beeinträchtigt sind, ihre Muttersprache in Laut und/ oder Schrift impressiv und/ oder expressiv altersgerecht zu gebrauchen und dadurch in ihrer Persönlichkeits- und Sozialentwicklung sowie der Ausformung und Ausnutzung ihrer Lern- und Leistungsfähigkeit behindert werden.“ (Knura, 1992, S. 3)

Epilepsie

Als *Epilepsie* (zu Deutsch *Angriff* oder *Überfall*) wird eine Erkrankung bezeichnet, die mit dem Auftreten von mehreren (mindestens zwei im Abstand von 24 Stunden) Anfällen einhergeht, die nicht auf erkennbare Ursachen, wie bspw. einer Entzündung des Gehirns oder eine Kopfverletzung zurückzuführen sind. Dabei kann das Bewusstsein erhalten oder getrübt sein. Einen einmalig aufgetretenen Anfall bezeichnet man als Gelegenheitsanfall, wenn Anfallsauslöser in der Vorgeschichte zu finden sind. Im Kindesalter sind als bekanntes Beispiel Fieberkrämpfe zu nennen, die noch nicht als Epilepsie bezeichnet werden.

Mögliche Auslöser für einen Anfall können u.a. *Schlafmangel*, *Alkohol* und *Alkoholentzug*, *Lichtreize* (insbesondere das Flickerlicht, z.B. in Diskotheken), *Fieber* oder auch *Sauerstoffmangel* sein. 4 – 5% aller Menschen erleiden im Laufe ihres Lebens einen Gelegenheitsanfall. Nur 0,5% aller Menschen erkranken an einer Epilepsie. Familiäre Häufungen werden für manche Epilepsiearten beschrieben, eine genaue Vererbungsfolge ist jedoch nicht bekannt. Eine Epilepsie kann sich in jedem Alter manifestieren.

Wie entsteht ein epileptischer Anfall?

Generell kann jedes Gehirn Krampfanfälle produzieren. Im Gehirn spielen sich ständig Vorgänge mit Erregung und Hemmung von Nervenzellbahnen ab, die auf elektrischen Entladungen beruhen. Das Gehirn steuert so vielfältige Körperfunktionen, wie Bewegungen, Atmung, nimmt Gefühle wahr und vieles mehr. Bei der Epilepsie wird die entstehende Erregung im Gehirn nicht oder nur unvollständig gehemmt und breitet sich damit auf andere Nervenfasern aus. Man vermutet ursächlich Störungen im Zellstoffwechsel, wodurch krankhafte Erregungszustände produziert werden.

Klassifikation der Anfallsformen

Seit dem Jahr 2017 werden epileptische Anfälle in Anfälle mit fokalem, generalisiertem und unbekanntem Beginn, dabei jeweils mit den beiden Untergruppen motorisch (mit Bewegungsstörungen) und nicht-motorisch (ohne Bewegungsstörungen) eingeteilt. Zusätzlich bei den fokal beginnenden Anfällen der Angabe, ob eine Störung des Bewusstseins vorliegt oder nicht.

Fokale Anfälle

Andere Ausdrücke für einen *fokalen epileptischen Anfall* sind *Herdanfall* oder früher auch *partieller Anfall* (wird nicht mehr benutzt, weil sie häufiger zu dem Missverständnis eines „teilweisen“ Anfalls Anlass gab). Diese Anfallsform ist dadurch gekennzeichnet, dass sie in einer umschriebenen Region einer Großhirnhälfte beginnt und sich entsprechend bemerkbar macht.

Dabei ist es gleich, ob es im weiteren Verlauf (sekundär) zu einer Ausbreitung auf beide Gehirnhälften kommt (sekundäre Generalisierung). Insbesondere ein Anfallsbeginn mit einer *Aura* (Sinneswahrnehmungen, die einen Anfall ankündigen können) hat einen hohen Aussagewert darüber, in welcher Hirnregion der Anfall seinen Ursprung hat, denn sie ist das Ergebnis einer umschriebenen Aktivierung von Nervenzellverbänden.

<i>einfache fokale Anfälle</i>	(das Bewusstsein ist erhalten)
<i>komplexe fokale Anfälle</i>	(mit Bewusstseinsstörung)
<i>fokale Anfälle mit Entwicklung zu sekundär generalisierten Anfällen</i>	

Generalisierte Anfälle

Ein Anfall wird als *generalisiert* bezeichnet, wenn der Verlauf und die Symptome keine Hinweise auf eine anatomisch begrenzte Lokalisation geben und keine Zeichen eines lokalen (herdförmigen) Beginns zu erkennen sind.

<i>Absenzen (Abwesenheit)</i>	Anfälle mit kurzer Bewusstseinspause ohne Sturz, früher auch französisch als <i>Petit-mal</i> bezeichnet. Der Betroffene hält in seiner Bewegung inne, „stiert“ vor sich hin und kann keine Aufforderungen ausführen. Teilweise treten sog. Automatismen, also Schmatzen, Kauen oder ähnliche Störungen der mimischen Muskulatur auf. Meist dauert dieser Zustand nur Sekunden und wird vom Betroffenen nicht bemerkt
<i>myoklonische Anfälle</i>	mit einzelnen oder unregelmäßig wiederholten Zuckungen einzelner Muskelgruppen
<i>klonische Anfälle</i>	unwillkürliche, rhythmische Kontraktionen von Muskeln bzw. Muskelgruppen
<i>tonische Anfälle</i>	Versteifung bzw. Verkrampfung einzelner Muskelgruppen oder des ganzen Körpers
<i>tonisch-klonische Anfälle</i>	großer Anfall mit Bewusstseinsverlust, Sturz, Verkrampfung und anschließend rhythmischen Zuckungen beider Arme und Beine, früher auch Konvulsion oder französisch <i>Grand-mal</i> genannt.
<i>atonische (astatische) Anfälle</i>	plötzlicher allgemeiner Verlust der normalen Muskelspannung

Es gibt einige Anfallsarten, die an bestimmte Tageszeiten, so z.B. an den Schlaf oder das Aufwachen, gebunden sind. Eine solche Zuordnung kann wichtige Hinweise auf die Anfallsart und deren Behandlung liefern.

Sonderformen epileptischer Anfälle

<i>Status epilepticus</i>	ununterbrochene Folge von Anfällen, zwischen denen der Betroffene das Bewusstsein nicht wiedererlangt oder einen Anfallszustand, der länger als 5 Minuten dauert. Es kann sich dabei sowohl um fokale oder generalisierte Anfälle handeln. Der Status epilepticus ist als lebensbedrohlich anzusehen. Die Sterblichkeit wird mit 25% angegeben. Der Betroffene muss umgehend antiepileptisch und intensivmedizinisch behandelt werden, um diesen Anfallszustand zu unterbrechen. Ggf. muss eine Beatmung erfolgen. Nach ca. 30 min Anfallsdauer tritt eine Hirnsubstanzschädigung ein.
---------------------------	---

	Als Ursache werden am häufigsten Sauerstoffmangel im Blut, Durchblutungsstörungen des Gehirns, Hirnblutungen oder eine bekannte Anfallskrankheit verantwortlich gemacht.
<i>Epileptischer Dämmerzustand</i>	Anfallszustand, bei dem der Betroffene scheinbar wach und orientiert erscheint, zum Teil auch geordnete Handlungen ausführt. Den Angehörigen fällt auf, dass er „anders als sonst“ ist. Das Erinnerungsvermögen ist für diesen Zeitraum erloschen.

Literaturhinweise:

[DIMDI] DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (Hrsg.) (2010): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. World Health Organization. Genf.

[ICD-10-GM] (2004): *International Classification of Diseases (German Modification) - Internationale Klassifikation der Krankheiten (Deutsche Modifikation)*. World Health Organization. Genf.

[SGB IX] Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*.

[UN-Behindertenrechtskonvention] *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*.

BENDER, Svenja (2012): *Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik*. Psychosozialverlag. Gießen.

ESER, Karl-Heinz (2015): *Lernbehinderung im Spiegel der ICF – Systemische Sicht und Definition*. In: „Lernen fördern“. Heft 2/2015.

BLEIDICK, Ulrich (1999): *Behinderung als pädagogische Aufgabe*. W. Kohlhammer. Stuttgart.

KASTL, Jörg Michael (2010): *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. VS Verlag. Wiesbaden.

KNURA, Gerda/ NEUMANN, Berthold (1992): *Pädagogik der Sprachbehinderten*. (Bd. 7). Spiess Volker Verlag. Berlin.

ORTLAND, Barbara (2008): *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. W. Kohlhammer. Stuttgart.

OSKAMP, Ulrich (1994): *Körperbehinderung und chronische Erkrankungen*, In: Zeitschrift für Heilpädagogik. Jahrgang 45. Heft 10/1994. Berlin

SENCKEL, Barbara (2004): *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten. Eine entwicklungspsychologische Einführung*. 7., völlig überarbeitete Auflage. Beck. München.

SPECK, Otto (2016): *Menschen mit geistiger Behinderung - Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. Ernst Reinhardt Verlag. München.

THESING, Theodor, VOGT, Michael (2013): *Pädagogik und Heilerziehungspflege – Ein Lehrbuch*. Lambertus - Verlag. Freiburg im Breisgau.