

Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen

Eine qualitative Studie zur Konstruktion von
Selbstbehauptungsstrategien
im Alltag behinderter Frauen im Kontext grenzüberschreitender
Situationen

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades einer Dr. phil.
an der Pädagogischen Hochschule Freiburg i.Br.

vorgelegt von:
Dagmar Kubanski
aus Berlin

Gutachterinnen der Dissertation:

Erstgutachterin: Prof.'in Dr. Gabriele Sobiech
Zweitgutachterin: Prof.'in Dr. em. Sylvia Buchen

Januar 2012

Hiermit versichere ich an Eides statt, dass ich die Arbeit ohne unerlaubte Hilfe angefertigt habe, dass keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die den Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht wurden.

Dagmar Kubanski

Berlin, den 16.1.2012

Danksagung

Mein Dank gilt den vielen Beteiligten, die mich in den letzten Jahren auf die unterschiedlichste Weise unterstützt haben.

Zuallererst gilt mein Dank denjenigen Frauen, die sich an den Interviews beteiligt haben, die mir ihr Vertrauen schenkten und mir einen tiefen Einblick in ihre Biographien erlaubten. Die Gespräche mit ihnen bilden die Grundlage für die vorliegenden Erkenntnisse.

Für die inhaltliche Begleitung und besonders für die gründliche Vorbereitung meines Promotionsvorhabens an der Pädagogischen Hochschule Freiburg danke ich ausdrücklich meiner Erstgutachterin und Doktormutter Prof.'in Dr. Gabriele Sobiech. Besonders hilfreich und zielführend waren immer wieder ihre Lektüreempfehlungen und die persönlichen Gespräche im gesamten Verlauf. Frau Prof.'in Dr. em. Sylvia Buchen danke ich als Zweitgutachterin ebenfalls für ihr Interesse an meinem Interviewmaterial. Für wertvolle Impulse in Bezug auf die gewählte Forschungsmethodik danke ich Prof. Dr. em. Gerhard Kleining, der mich im Rahmen zweier Forschungswerkstätten der Freien Universität Berlin freundlich und bestimmt mit auf Entdeckungsreise nahm.

Von März 2008 bis Oktober 2011 war ich Mitglied der Gruppe *Leuchtfleuer* der Forschungswerkstatt der Freien Universität Berlin. Der Austausch, die intensive Zusammenarbeit, die unzählbaren Ermutigungen und der fachliche Diskurs waren von unschätzbarem Wert für mich. Mein besonderer Dank geht daher an: Dr. Asita Behzadi, Dr. Stephanie Goeke, Katja Helms, Prof. Dr. Thomas Hestermann, Margit Huber, Dr. Christine Moritz, Juliane Nachtmann, Dr. Cornelia Sander und Karin Welling. Weitere intensive Arbeitsprozesse habe ich Prof. Dr. Annerose Bohrer, Regine Hilt und Prof. Dr. Anja Walter zu verdanken.

Für die Unterstützung bei der Literaturbeschaffung danke ich Monika Hansen.

Für das gründliche Lektorat danke ich herzlich Rosemarie Bohrer und Dr. Helmut von Bialy.

Im Zusammenhang mit meiner Stelle als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ev. Hochschule Berlin möchte ich mich bei meinen Kolleginnen und Kollegen dafür bedanken, dass ich zum Ende meines Promotionsvorhabens Zeit zum Schreiben bekam und hier danke ich besonders Prof. Dr. Matthias Zündel für diese Ermöglichung und die entgegengebrachte Wertschätzung.

Meine Freundinnen haben mich über die gesamte Zeit auf ihre Weise unterstützt und einige „Hochs und Tiefs“ mit mir geteilt. Hier möchte ich nennen: Beate, Hille, Ina, Ingrid und Karin. Zusätzlicher Dank gilt Claudia.

Mein allergrößter Dank gebührt meinem Lebenspartner Christoph, der mich viele Male gestützt, getragen und vor allem mit mir fest an das Gelingen der Promotion geglaubt hat.

Einleitung	3
I. Teil Theoretische Grundlegung	9
1 Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Klassifikationssysteme ...	10
1.1 Verständnisse von Gesundheit und Krankheit.....	11
1.2 Verständnisse von Behinderung.....	16
1.2.1 Der Blick auf Behinderung und die geschichtliche Entwicklung.....	16
1.2.2 Behinderung und Klassifikationssysteme	19
1.3 Der medizinische und soziale Diskurs um den marginalisierten (behinderten) Körper	26
1.4 Zusammenfassung	29
2 Habitus, Stigmatisierung und Scham in Bezug auf das Erleben von behinderten Frauen	30
2.1 Der Habitus-Ansatz von Pierre Bourdieu	32
2.2 Gesellschaftliche und individuelle Zuschreibungsprozesse	39
2.3 Aspekte der Scham und der Beschämung	43
2.4 Zusammenfassung	45
3 Grenzüberschreitung	46
3.1 Das Bewusstsein für die eigene Grenze.....	47
3.2 Grenzüberschreitung und Symbolische Gewalt unter dem Blickwinkel Pierre Bourdieus.....	49
3.3 Sexuelle Gewalt, sexualisierte Gewalt und Grenzverletzung.....	52
3.4 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen und Frauen mit Behinderung	57
4 Forschungsstand	60
4.1 Nationaler Forschungsstand.....	63
4.2 Internationaler Forschungsstand	69
4.3 Zusammenfassung	74
II. Teil Empirischer Teil	75
5 Anlage der Untersuchung	76
5.1 Methodologische Überlegungen: Die Qualitative Heuristik nach Kleining und ihre Modifikation für die vorliegende Arbeit	80
5.1.1 Offenheit der Forschungsperson	81
5.1.2 Offenheit des Forschungsgegenstandes	82
5.1.3 Die maximale strukturelle Variation der Perspektiven in Verbindung mit der 100-Prozent-Regel.....	83

5.2	Stichprobe der interviewten Frauen – Einschlusskriterien	85
5.3	Das problemzentrierte Interview	89
5.3.1	Intervieweffekte	91
5.3.2	Transkription und Postskripte	92
5.3.3	Forschungsethische Überlegungen	94
6	Ergebnisdarstellung	96
6.1	Porträts der interviewten Frauen	98
6.2	Behinderte Frauen verändern ihren Habitus.....	109
6.2.1	Erstwahrnehmung der Behinderung durch Interaktionsprozesse ..	111
6.2.2	Zentrale Fähigkeiten zur Selbstbehauptung	115
6.2.3	Selbstbestimmung erhöhen durch Selbstbehauptungsstrategien..	119
6.3	Habitus, Signaturen und Kapitaldynamiken.....	127
6.3.1	Frau Linde	128
6.3.2	Frau Gast.....	132
6.3.3	Frau Edel.....	135
6.3.4	Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die Kapitaldynamik	139
7	Zusammenfassung aller Ergebnisse und Diskussion	142
7.1	Zusammenfassung aller Ergebnisse.....	143
7.2	Verschränkung mit ausgewählten Aspekten der theoretischen Grundlegung – Diskussion der Ergebnisse.....	146
7.3	Die Kernaussage: Behinderte Frauen wachsen am Widerstand ...	150
7.4	Kritische Reflexion der Forschungsmethodik.....	152
7.5	Weiterer Forschungsbedarf	154
8	Ausblick	156
III.	Teil Verzeichnisse und Anhänge.....	159
9	Literaturverzeichnis	160
10	Abbildungsverzeichnis	178
11	Tabellenverzeichnis	179
12	Anhänge	180

Einleitung

In dieser Forschungsarbeit wird Grenzüberschreitung im doppelten Sinne thematisiert. Es werden behinderte Frauen befragt, die stark und kraftvoll ihren eigenen Weg gehen und damit gesellschaftlich vorgegebene Grenzen überschreiten. Zugleich sprechen sie aber darüber, dass ihre Persönlichkeitsgrenzen in verletzender Weise überschritten wurden und wie sie gelernt haben damit umzugehen.

Bezug nehmend auf Degener (2003) wird deutlich, dass alltägliche Grenzüberschreitungen und sexualisierte Gewalt nicht durch individuelle Verhaltensweisen des Opfers verursacht werden, sondern im Kontext gesellschaftlicher Einstellungen zu den Opfergruppen (Frauen, behinderte Menschen, Kinder) zu sehen sind (vgl. ebd., 222). Hierzu fasst Degener Folgendes zusammen:

Uninformiertheit, gesellschaftliche Isolation und Machtlosigkeit sind die Faktoren, die Mädchen und Frauen mit Behinderung besonders verletzlich machen. [...] Die alltägliche fremdbestimmte Abhängigkeit, die Mädchen und Frauen mit Behinderung in und außerhalb von Einrichtungen der Behindertenhilfe erfahren, verhindert die Entwicklung von Präventionskonzepten (Degener 2003a, 222).

Behinderte Mädchen und Frauen haben häufig bereits Diskriminierungen und Grenzverletzungen im Rahmen von Therapien und Behandlungsmaßnahmen erlebt (vgl. Aly/Tumler 1982, 19ff.). Allerdings haben sie auch gelernt, diese zu Gunsten des Therapieerfolgs nicht zu thematisieren. Therapien konnten von ihnen meist als Kind nicht selbstbestimmt gewählt werden. Die Eltern stellten sich häufig die Frage, ob die Behinderung durch die Therapie „geheilt“ werden könnte. Im weiteren Verlauf ihres Lebens wurden die Mädchen und Frauen mit einer Beeinträchtigung nicht als souveräne Klientinnen wahrgenommen, die sich in eigener Sache einbringen, sondern fühlten sich meist als unmündige Patientinnen abgestempelt. Die Therapie zu verweigern oder anzuzweifeln wurde in den Augen der Fachleute gleichgesetzt mit dem mangelhaften Interesse, etwas für ihre Gesundheit zu tun (vgl. Przytulla/Schneider 2003, 78ff.).

Im Zusammenhang mit dem Thema der Dissertation ist die Neugestaltung des Rehabilitationsrechtes mit der Verabschiedung des SGB IX (Sozialgesetzbuch Neuntes Buch 2001) von Relevanz, denn behinderte Mädchen und Frauen wurden erstmals ausdrücklich als Zielgruppe benannt und

berücksichtigt. Gleich in § 1 SGB IX, der Zielbestimmung des Gesetzes, heißt es, dass den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen werden soll (vgl. Marburger 2008, 11). Diese gesetzlich verankerte Berücksichtigung der besonderen Belange von behinderten Frauen und Kindern ist das Ergebnis einer starken Interessenvertretung von Frauen mit Behinderung und bezieht sich auf alle Lebensbereiche.

Im Rehabilitationssport werden behinderte Mädchen und Frauen durch die Einführung einer ergänzenden Rehabilitationsleistung in besonderer Weise berücksichtigt. Die so genannten Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Mädchen und Frauen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen (§ 44 Abs. 1 Ziff. 3 HS 2 SGB IX; Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2011, 2.5, 6), können als ergänzende Leistung zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation gewährt werden. Die Sinnhaftigkeit dieses gesetzlichen Anspruchs kann an dieser Stelle unterstrichen werden und wird im Verlauf dieser Arbeit wieder zur Sprache gebracht.

Relevanz des Themas

Die Forschungslage belegt eindeutig, dass sexuelle und massive körperliche Angriffe oft die Spitze vieler Manifestationen von Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit körperlicher Behinderung bilden, denen sie täglich ausgesetzt sind. Aufgrund spezifischer Abhängigkeitskonstellationen (s. u.) ist es für sie oftmals schwierig sich zur Wehr zu setzen. In der vorliegenden Studie kommen Frauen zu Wort, die ihre Interessen vertreten und sich behaupten, wenn es die Situation erfordert. Behinderte Frauen sind neben physischer und sexualisierter Gewalt in hohem Maße auch psychischer Gewalt ausgesetzt (vgl. Noack/Schmid 1994; Pircher/Zemp 1996; Klein/Wawrok 1998). Hinzu kommt, dass behinderte Frauen bereits in ihrer Kindheit häufig mit Grenzüberschreitungen in Berührung kommen, so dass es ihnen schwer fällt, diese als solche zu erkennen und zu benennen.

Degener¹ führt dazu beispielhaft aus:

¹ Ausgehend von den Grundsätzen, die für die Disability Studies (vgl. Tervooren 2003, 37-48; Dederich 2007, 17-55) gelten, einer politischen Behindertenbewegung, die vor etwa 40 Jahren in den USA und England entstand, ist es bedeutsam, dass nicht Menschen ohne Behinderungen bzw. so genannte Nichtbehinderte über behinderte Menschen forschen oder aufgrund gewonnener Erkenntnisse über Lebensplanungen von

Die Gründe für die besondere Vulnerabilität von Mädchen und Frauen mit Behinderung sind vielfältig. [...] Wer nicht entscheidet, wann sie aufsteht oder zu Bett geht, weiß oft nicht, dass sie „nein“ sagen darf, wenn sich jemand dazu legt. Wer nicht entscheiden darf, wie sie gewaschen werden möchte und von wem, hat besondere Hürden zu überwinden, sich gegen Übergriffe beim Waschen zu wehren (Degener 2003a, 222).

Dennoch gelingt es den interviewten Frauen als Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deutlich Grenzen zu setzen. Die Frauen haben gelernt an vielen Stellen klar nein zu sagen. Diese Forschungsarbeit wird der Frage nachgehen, wie ihnen dies gelingen konnte.

Fragestellung und Zielsetzung

Ausgehend von den Fragen, welche Bedeutung grenzüberschreitende Situationen im Leben behinderter Frauen haben und welche Bewältigungsstrategien sich anhand des Interviewmaterials rekonstruieren lassen, erschien es naheliegend, Frauen zu interviewen, die als Expertinnen in eigener Sache darüber Auskunft geben konnten. Folgende Fragen waren dabei im weiteren Forschungsprozess leitend:

- Welche subjektiven Deutungen bezüglich der eigenen Wahrnehmung ihrer Behinderung lassen sich bei den Frauen finden?
- Wie äußern sich gesellschaftliche Bedingungen, wie bspw. Reglementierungsmechanismen, Normalisierungsdruck und Formen pädagogischer Disziplinierung, in den Deutungen der Frauen?
- Welche Konflikte und Problemlagen lassen sich im Zusammenhang mit Therapien und medizinischer Versorgung erkennen?

Die Befragung setzte zunächst bei den persönlichen Erfahrungen der Frauen, ihrem Körpererleben und ihren Deutungen an, um herauszufinden, wie sich ihre Lebens- und Erfahrungswelt konstituiert. Ergänzend wurde gefragt, mit welchen Erwartungen die behinderten Frauen an ein

Behinderten entscheiden. In diesem Sinne ist Prof. Dr. Degener Expertin in eigener Sache. Weiter lautet der Anspruch der Disability Studies behinderte Menschen als Wissenschaftler/-innen zu fördern und Fragestellungen im Zusammenhang mit Behinderung nicht allein durch Nichtbehinderte erforschen zu lassen. Im Sinne einer Vorrede ist es für die vorgelegte Dissertation von Bedeutung behinderte Menschen als Autorinnen und Autoren relevanter Literatur zu Wort kommen zu lassen. Persönliche Zuschreibungen werden im Verlauf der Arbeit vermieden, jedoch kann der Leser/die Leserin davon ausgehen, dass ungefähr 30 % der zitierten Literatur von Personen stammt, die aus der Erfahrung einer eigenen Behinderung heraus schreiben und forschen.

Unterstützungsangebot herangehen, z. B. an ein Selbstbehauptungstraining im Rahmen des Rehabilitationssportes, und welche Wünsche und Vorstellungen sie zukünftig daran knüpfen. Antworten auf diese Fragen werden in den perspektivischen Ausblick dieser Forschungsarbeit aufgenommen.

Forschungsstand

Grenzüberschreitungen wurden in den letzten 20 Jahren national und international vor allem im Kontext sexualisierter Übergriffe und Gewalt thematisiert. Dabei ist eine Grenzziehung nicht einfach. Der Fokus auf sexualisierte Gewalt hatte zunächst den Hintergrund, dass behinderten Frauen lange Zeit gar keine Sexualität zugestanden wurde und somit sexuelle Übergriffe als undenkbar galten (vgl. Zinsmeister 2003, 11; Bungart 2005, 20f.). Diese wurden im Übrigen gerichtlich auch nicht verfolgt, weil eine strafgesetzliche Grundlage dafür fehlte (Zinsmeister 2003, 23ff.). Inzwischen hat sich die Forschungslage national und besonders international zu diesem Thema ausgeweitet. Nicht zuletzt die Strafrechtsreform 2003 in Deutschland hat dazu geführt, dieses Thema mehr in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken (vgl. Oberlies 2003, 31–34).

Die vorliegende Forschungsarbeit legt besonderes Augenmerk auf die alltäglichen Grenzüberschreitungen und deren Bewältigung, weil es hierzu explizit bisher wenig Forschung gibt. Dazu wird beispielsweise zwischen Grenzüberschreitung und Grenzverletzung begrifflich unterschieden. Der genaue Blick auf die grenzüberschreitenden Situationen soll helfen die Selbstbehauptungsfähigkeiten der interviewten Frauen zu verstehen, ihre Stärken zu fokussieren und nicht per se von einem Defizit auszugehen.

Darüber hinaus wird nicht geleugnet – und aktuelle Untersuchungen belegen dies weiterhin – dass behinderte Frauen häufig neben sexueller Gewalt auch struktureller Gewalt und diskriminierenden Handlungen ausgesetzt sind (vgl. Schröttle et al. 2011, 5).

Feldzugang und Präkonzepte der Forscherin

An dieser Stelle möchte die Autorin der vorliegenden Dissertation das eigene Eingebundensein in das Feld offenlegen, ihre Präkonzepte kurz darstellen und damit Transparenz für den Forschungsprozess herstellen. Dazu gehören im Wesentlichen die langjährige Berufserfahrung als Motopädin in der psychomotorischen Arbeit mit behinderten Menschen in

sonderpädagogischen wie auch integrativen Zusammenhängen und die Tätigkeit als Selbstbehauptungstrainerin mit behinderten Mädchen und Frauen. Daraus ergibt sich das langjährige Bekanntsein mit dem beforschten Feld, das den Feldzugang erleichterte. Des Weiteren pflegt die Autorin Kontakte zu Vertreterinnen und Vertretern der Disability Studies und zu Netzwerken behinderter Frauen. Während der temporären Zusammenarbeit mit dem Forschungsprojekt ‚SELBST‘² (siehe dazu Kap. 5) im Rahmen der Kooperation mit dem Deutschen Behindertensportverband e.V. erfolgte in der Planungsphase der Dissertation ein inhaltlicher Austausch mit Prof. Dr. Theresia Degener (s. o.) zu der nun vorliegenden Forschung. Der fachliche Austausch bestärkte die Autorin in ihrem Entschluss, ein Forschungsvorhaben zu dem hier vorliegenden Thema zu starten.

Bezug nehmend auf Prof. Dr. em. Gerhard Kleining und den von ihm entwickelten Ansatz der Qualitativen Heuristik, der dieser Arbeit als Auswertungsrahmen unterlegt wird, besteht zudem der Grundsatz, dass das Vorwissen über das Feld ausdrücklich genutzt werden kann. Für die Qualitative Heuristik gilt das Prinzip, dass sich aus einer so genannten Alltagsheuristik in Folge der Abstraktion im Verlauf des fortschreitenden Dialogprozesses eine wissenschaftliche Heuristik entwickelt. (vgl. Kleining 1995, 80ff.) Kleining ermutigte daher die Autorin innerhalb der Forschungswerkstatt der Freien Universität Berlin ihr Vorwissen nicht zu verstecken, sondern neu zu entdecken, es ausdrücklich über die Entwicklung der Forschungsfrage hinaus für den Erkenntnisgewinn zu nutzen und zu explizieren.

Somit verbinden sich in der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit zum einen wissenschaftliche Methoden mit theoretischen Vorkonstruktionen. Zum anderen wird der Alltagsheuristik eine Bedeutung zugeschrieben. Ausgehend davon ist es absolut erforderlich, die subjektiven Auffassungen über den Forschungsgegenstand und damit einhergehende Interpretationen in abstrakte Strukturen oder Muster zu überführen, die helfen die Forschungsfrage mit angemessener Reichweite zu beantworten (vgl. Hagemann 2003, 53ff.). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der kontinuierlichen kritischen Distanznahme durch die Forscherin, welche z. B. durch die Mitgliedschaft in der Forschungswerkstatt realisiert wurde,

² Forschungsprojekt ‚SELBST‘ – Selbstbewusstsein für behinderte Mädchen und Frauen (§ 44 SGB IX), Forschungsprojekt des Friederike-Fliedner-Instituts in Kooperation mit dem Deutschen Behindertensportverband, wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Theresia Degener, LL.M., Prof. Dr. Sabine Kühnert, Julia Zinsmeister. Laufzeit: 2003–2006.

auf deren Bedeutung und Aufgabe im Methodenteil noch näher eingegangen wird.

Sprachliche Sensibilität

Es geht in diesem Punkt um zwei Aspekte: um die Verwendung der weiblichen und männlichen Schriftform sowie um die Bezeichnung der Menschen mit Behinderungen.

Erstens bedient sich die hier vorliegende empirische Studie prinzipiell einer geschlechtersensiblen Sprache. Dies ist bedeutsam, da Behinderung lange eine geschlechtsneutrale Kategorie darstellte (vgl. Schildmann 2001, 7f.). Auch in den Studiengängen der Sonderpädagogik herrschte lange Zeit kein Bewusstsein für die Dimension Geschlecht (vgl. Merz-Atalik 2001, 227). Hinzu kommt, dass mit dem Inkrafttreten der UN-Konvention über die Rechte von behinderten Menschen in Deutschland seit März 2009 explizit ausformuliert wurde, dass ein Zusammenhang zwischen Behinderung und Geschlecht besteht (vgl. Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2010, 18). 2010 wurden mit dem Herausgeberband *Gendering Disability* erstmalig für Deutschland interdisziplinäre Beiträge zu intersektionalen Aspekten von Behinderung und Geschlecht in gesammelter Form vorgestellt (vgl. Wollrad/Jacob/Köbsell/ 2010, 7f.)

Zweitens wird in dieser Studie der Terminus behinderte Frauen (Menschen oder wahlweise Frauen und Männer) verwendet. Damit soll sowohl der sozial und gesellschaftlich verursachte Prozess des Behindert-Werdens als auch des Behindert-Seins als Tatsache ausgedrückt werden (vgl. Hirschberg 2009, 23). Es mag hinzukommen, dass der Forscherin im Feld nur selten Expertinnen und Experten in eigener Sache begegnet sind, die von sich als Menschen (Frauen oder Männer) mit Behinderung gesprochen haben.

I. Teil Theoretische Grundlegung

Der erste Teil der Arbeit gliedert sich in vier Kapitel.

Das erste Kapitel befasst sich mit einer Begriffsklärung und dem Verständnis von Gesundheit, Krankheit, Behinderung sowie mit der Bedeutung von Klassifikationssystemen. Dabei wird der Versuch unternommen, ausgesuchte Aspekte des medizinischen und sozialen Diskurses zusammenzuführen und ihre gegenseitige Bedingtheit im Hinblick auf körpersociologische Überlegungen zu beleuchten.

In einem zweiten Kapitel wird der Habitus-Ansatz Pierre Bourdieus entfaltet, der als theoretischer Begründungsrahmen dient, um Behinderung als Teil des Habitus zu begreifen. Hierzu werden zudem der Stigmatisierungsansatz (Goffman [1963]/1975) skizziert, der Normalisierungsgedanke (Link 1997) aufgegriffen und Aspekte von sozialer Scham (Neckel 1991) verdeutlicht.

Im dritten Kapitel wird neben der Darstellung unterschiedlicher Gewaltformen das Phänomen Grenzüberschreitung fokussiert. Dies erfolgt im Hinblick auf die Tatsache, dass einer Selbstbehauptungssituation ein gewalttätiges oder grenzüberschreitendes Ereignis vorausgehen kann.

Das vierte Kapitel stellt neben einigen grundsätzlichen Überlegungen zum Forschungsstand ausgewählte Studien des nationalen und internationalen Forschungsstandes vor.

1 Gesundheit, Krankheit, Behinderung und Klassifikationssysteme

Im Kapitel 1.1 werden die Phänomene Gesundheit und Krankheit erörtert. Hierzu muss im Vorhinein deutlich gesagt werden, dass eine Grenze zwischen diesen Erscheinungen schwer zu ziehen ist, da es sich um Polaritäten auf einem Kontinuum handelt (vgl. Antonovsky 1997, 22f.). Auf diese Schwierigkeit wird im Verlauf eingegangen. Gesundheit und Krankheit werden daher aus gutem Grund zusammen dargestellt.

Im Kapitel 1.2 geht es u. a. um das Phänomen Behinderung als klassifikatorische Eigenschaft und um die Lebensform Behinderung. Beide Betrachtungsweisen haben ihre Berechtigung, die erste im Sinne einer definitorischen Systematik, die beispielsweise Versorgungsansprüche rechtlich absichert. Behinderung als Lebensform (P. Radke 2011) bezeichnet hingegen einen eher kulturwissenschaftlichen Aspekt der behinderten Menschen selbst. Hier lassen sich Gemeinsamkeiten wie auch Widersprüche entdecken, die es zu beachten gilt.

Im Kapitel 1.3 soll der medizinische und soziale Diskurs um den veränderten Körper in den Blickpunkt kommen, um eine körpersoziologische Perspektive zu eröffnen, die in Kapitel 2 weitergeführt wird.

1.1 Verständnisse von Gesundheit und Krankheit

Es ist wichtig, sich den äußerst vielschichtigen Begrifflichkeiten und Konzepten von Gesundheit und Krankheit zuzuwenden, um im Anschluss Behinderung in diesem Kontext betrachten zu können. Es muss an dieser Stelle klargestellt werden, dass dies nicht vollständig gelingen kann und für die Fragestellung der vorliegenden Forschung kein Hauptthema darstellt³. Dennoch bilden Modelle und Konzepte von Gesundheit und Krankheit den Deutungsrahmen für bestimmte Situationen, die die behinderten Frauen in den Interviews erzählen und die mit Grenzüberschreitung in Verbindung gebracht werden können. Außerdem spiegeln sich in ihnen institutionelle Sichtweisen, die sich im empirischen Teil dieser Arbeit wiederfinden lassen.

Es wird hier zunächst auf die bekannte Definition in der Verfassung der WHO von 1946 verwiesen, die lautet: „Gesundheit wird definiert als ein Zustand eines vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ Auch wenn sie zu Recht als einseitig und lebensfremd kritisiert werden kann, so enthält sie dennoch erste Hinweise auf einen Bereich, wie beispielsweise Wohlbefinden, den zu thematisieren über eine rein medizinisch-naturwissenschaftliche Sicht hinausweist. Diese Definition wird durch die Erklärung von Ottawa⁴ (WHO 1986, 1) abgelöst, die nun explizit lebensweltliche Bezüge einschließt, aber vor allem auch das seelische und soziale Wohlbefinden in die Definition aufnimmt. Unklar bleibt jedoch, ob Gesundheit gegen Krankheit und Behinderung abgegrenzt wird (Hirschberg 2009, 44f.). Mit diesem Defizit an begrifflicher Klarheit soll angedeutet werden, dass es nachweislich auch für eine Weltgesundheitsorganisation schwierig scheint, hier eine Trennschärfe zu realisieren, die

³ Gembris-Nübel hat 2005 zum Thema Gesundheit und Behinderung eine empirische Untersuchung vorgelegt, die sich im Kapitel Konzeptualisierung von Gesundheit und Behinderung ausführlich mit dem Gesundheitsbegriff und dessen Bedeutung im Kontext von Fachleuten in der Behindertenhilfe beschäftigt (vgl. 19–92).

⁴ Die Erklärung von Ottawa im Wortlaut: „[...] Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern und verändern können. In diesem Sinne ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als ein vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. [...]“ Diese Erklärung ist allen internationalen Klassifikationen der WHO vorangestellt (vgl. Hirschberg 2009, 44).

klärend bestimmt, wo Gesundheit aufhört und Krankheit oder Behinderung beginnt (vgl. ebd.). Nachdem es Kritik am bio-medizinischen Modell von Gesundheit und Krankheit in Europa schon seit den 1970er Jahren gab, wurde das salutogenetische Konzept von Antonovsky in den 1980er und 1990er Jahren in Deutschland begeistert aufgenommen (vgl. Kolip/Wydler/Abel 2002, 11f.). Es stellte neben den Erkenntnissen über Krankheiten eine Perspektive auf Gesundheit und deren Erhaltung in den Mittelpunkt. Krankheit und Gesundheit bilden nach Antonovsky keine Dichotomie, sondern werden als miteinander verbunden betrachtet. Es kommt zu einem Paradigmenwechsel von der schicksalhaften Komponente und der akribischen Erforschung des Verlaufs von Krankheiten hin zu mehr Subjektorientierung im Sinne der Aufrechterhaltung von Gesundheit (vgl. Abel/Kolip/Wydler 2002, 197) bis hin zu einer neuen Forschungsrichtung, den Gesundheitswissenschaften (Public Health) (vgl. Waller 2002). Die medizinische Erforschung von Krankheiten und die aktive Gesundheitsförderung laufen seit der Zeit parallel.

Gesundheit rückt damit stärker in die Nähe von Selbstverantwortung und gilt als individuell beeinflussbar. Sowohl Gesundheitserziehung und -förderung als auch Präventionsprogramme zeigen dies bis heute. Stressoren werden nicht mehr nur als schädlich, zerstörend oder belastend für den Körper (den Menschen) betrachtet, „vielmehr rückt die individuelle *Fähigkeit*, flexibel und angemessen auf diese zu reagieren, in den Vordergrund“ (Brunnett 2009, 85/ Hervorhebung i. O.). Das heißt, wenn z. B. Arbeits- und Lebensbedingungen nicht mehr als krank machend betrachtet werden, sondern man diesen mit einem gesunden Leben etwas entgegensetzen kann, entfällt die einfache Konsequenz, dass Stressoren für einen Menschen schädlich sein könnten und folglich verändert oder entfernt werden müssten. Brunnett spricht hier von einem Ideal „gesunder Selbstmodellierung“ (ebd., 81). Gesunderhaltung wird so zu einer permanenten Aufgabe jeder einzelnen Person (vgl. ebd., 87). Das Ziel ist nicht, veränderte und damit gesündere Lebensbedingungen zu schaffen, sondern die Aktivität wird in das Individuum verlagert, das lernen soll mit den neuen (ungesunden) Tatsachen zu leben.

Für das vorliegende Forschungsthema gilt es, zwei Dimensionen dieses Gedankens weiter zu beachten.

Zum einen, wenn es einen Auftrag der Gesellschaft gibt, dass die Gesundheit als ein individuelles Gut gepflegt werden soll, wäre dann die

Geburt eines behinderten Kindes im Sinne eines Gesundheitsrisikos zu vermeiden und weisen Pränataldiagnostik und Präimplantationsmedizin in diese Richtung (s. u.)?

Zum anderen bleibt offen, worin der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Behinderung besteht. Gembris-Nübel (2005) weist nach, dass ein Teil der Fachleute der Behindertenhilfe offenbar Schwierigkeiten hat, Behinderung und Gesundheit zusammen zu denken, ja dass sie diese als Gegensätze erleben.

Demgegenüber formuliert Riegler in ihren Schlussbemerkungen zu ihrer Forschungsarbeit, in der sie behinderte Frauen und Männer als Expertinnen und Experten in eigener Sache interviewt hat: „Hätte ich – als Frau mit Behinderung – drei Wünsche frei, so wäre darunter niemals jener, ‚gesund‘ zu werden, also quasi aus dem Rollstuhl zu steigen“ (Riegler 2006, 113f.). Dieses Zitat mag ein weiteres Indiz für die relative Unschärfe sein, die bei Definitions- oder Abgrenzungsversuchen in diesem Kapitel unausweichlich aufscheint. Es soll daher als Überleitung dienen, um den Begriff Krankheit näher zu bestimmen.

Der Begriff Krankheit findet seinen Ursprung in der Medizin und wurde dort anhand von Krankheitsphänomenen über Jahrhunderte unterschiedlich kulturell geprägt und systematisiert. Sprachgeschichtlich stammt Krankheit von dem mittelhochdeutschen Wort ‚krancheit‘ ab, das für Schwäche, Leid und Not steht (vgl. Hennig 1998). Allein die Wortbedeutung zwingt bereits dazu, eine Grenze zu Behinderung zu ziehen, um die Selbstausslegung ihrer Situation durch die behinderten Menschen in weitere Überlegungen zum Definitionsrahmen einzubeziehen (s. o.).

Da im Rahmen der WHO bis 1980 Behinderungen den Krankheiten subsumiert wurden, ist es naheliegend, dass Krankheit und Behinderung in der Gesellschaft heute häufig noch zusammen wahrgenommen werden. Nicklas-Faust, selbst Ärztin und Mutter einer (schwer-)behinderten Tochter, drückt es folgendermaßen aus und provoziert damit: „Krankheit und Behinderung wird [...] in der Medizin als krankhafte Normabweichung gesehen, die jedenfalls beseitigt werden soll, zumindest unsichtbar gemacht werden soll“ (2003, 44). Während Nicklas-Faust deutlich die defizitäre Blickrichtung der Medizin auf Behinderung hervorhebt, nimmt sie einen kausalen Zusammenhang zwischen Krankheit und Behinderung als gegeben an. Wolff (2004), Facharzt für Humangenetik, stellt ein Missverständ-

nis ins Zentrum seiner Überlegungen zur medizinischen Sicht. Er umschreibt dieses als einen Gegensatz zwischen dem Auftrag der Ärztinnen/Ärzte und den Erwartungen eines behinderten Menschen. Wolff erklärt diese Verständnisschwierigkeit u. a. durch gegensätzliche Botschaften. Der Mensch mit Behinderungen habe einerseits den Wunsch nach Unterstützung. Dieser jedoch kollidiere mit der Annahme, dass beispielsweise ein Therapieangebot immer den Appell beinhalte: „Sei und werde anders“ (Wolff 2004, 30). Auch unterstellt er, dass der Wunsch der Ärztinnen/Ärzte, Leid zu lindern, als Behindertenfeindlichkeit wahrgenommen werden könnte. Ausgehend davon, dass in der Medizin in erster Linie Leid gelindert werden soll, benennt er die vier charakteristischen Bereiche der medizinischen Perspektive: Ätiologie, Symptomatik, Therapie und Prävention. „Ohne Ätiologie kann die Pathogenese einer Störung nicht verstanden werden, ohne Kenntnis der Pathogenese nicht die Symptomatik“ (Wolff 2004, 27). Vordergründig setzt Wolff zwar an dieser Stelle Krankheit mit Behinderung gleich, weiter wird allerdings deutlich, dass mit Prävention bei ihm nicht die „Verhinderung der Behinderung“ gemeint sein soll, sondern die „Verhinderung von behinderungsassoziierten Komplikationen oder Erkrankungen“ (ebd.). Während Nicklas-Faust aus der Perspektive einer Medizinerin und der Erfahrung als Mutter einer behinderten Tochter spricht, plädiert Wolff aus Sicht eines Humangenetikers für eine Einengung auf einen rein medizinischen Blickwinkel und auf den originären Auftrag der medizinischen Heilkunde. Soweit seien hier verschiedene Blickwinkel der (Human-)Medizin angedeutet, wobei die Grenze zur (Bio-)Medizin fließend ist. Beiden Richtungen geht es um die Linderung von Leid und die Wiederherstellung von Gesundheit (vgl. Bundesärztekammer. (Muster-) Berufsordnung, 2011, § 1) auf der Basis von ursächlicher Erforschung von Krankheiten.

Vor dem Hintergrund der (Bio-)Medizin⁵, die einerseits die Lebens- und Überlebenschancen behinderter Menschen verbessern hilft, aber andererseits auch ihr Lebensrecht in Frage stellt, ist es wichtig, Konstruktionen von Krankheit und Behinderung kritisch zu hinterfragen. Die teilweise fortschrittliche Integrations- und Inklusionspolitik und das beispielhafte Engagement der „Mensch zuerst“ – Bewegung⁶ stehen z. B. in einem eklatan-

⁵ Zur Begriffs- und Gegenstandsgeschichte von Bioethik und Biomedizin: Graumann (2009). Bioethik/Biomedizin, 278–283.

⁶ Seit 2001 gibt es den Verein `Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. Ihr Grundsatz lautet: „Wir sind Menschen, die nicht `geistig behindert` genannt werden

ten Widerspruch zu den aktuellen Entwicklungen in der Pränataldiagnostik. Hier zeigt sich in einem medizinischen Teilbereich der Optimierungswunsch⁷ unserer modernen Gesellschaft sehr deutlich. Die selektiven Methoden der Pränataldiagnostik, die auf Erkenntnissen der modernen Gentechnik basieren, führen dazu, dass Frauen oder Paare im Verlauf der Schwangerschaft schwerwiegende individuelle Entscheidungen treffen müssen. Für das Menschenbild einer Gesellschaft kann das bedeuten, Menschen mit Beeinträchtigungen, mit Krankheiten oder Behinderungen werden als „vermeidbar“ angesehen (vgl. Sierck 2001, 12).⁸

Im Interview drückt es eine behinderte Frau folgendermaßen aus: „*Wenn es uns nicht gibt, dann braucht man uns auch nicht akzeptieren*“ (2_Reis:775–776). Sie formuliert in diesem Zusammenhang ihr Beklommensein darüber, dass sie immer weniger Menschen in ihrem Umfeld wahrnimmt, die die gleiche Behinderung haben wie sie.

Im Kapitel 1.1 wird die Schwierigkeit deutlich, Gesundheit und Krankheit gegeneinander abzugrenzen. Die abschließenden Ausführungen des Kapitels zeigen zudem, dass auch die Grenze zu Behinderung fließend ist und wie viele unauflösbare Widersprüche in dem Thema stecken.

Im nächsten Abschnitt wird das Phänomen Behinderung in den Blick genommen.

wollen. Wir benutzen den Begriff 'Menschen mit Lernschwierigkeiten`.' (vgl. www.people1.de)

⁷ Ausführlicher an dieser Stelle Feldhaus-Plumin (2004). In ihrer empirischen Studie wird belegt, dass die Untersuchung des ungeborenen Kindes ein Teil der routinemäßigen Schwangerenvorsorge geworden ist. Die Ergebnisse zeigen, dass Diagnostik als gezielte Suche nach Behinderungen und Erkrankungen verstanden werden kann. Ein entsprechender Befund kann zur Empfehlung eines Schwangerschaftsabbruchs führen (vgl. Feldhaus-Plumin (2004)).

⁸ Weitere Beiträge zu diesem Thema in Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang (2009). Behinderung und Anerkennung.

1.2 Verständnisse von Behinderung

Die vorherigen Ausführungen haben gezeigt, dass sich die Begriffe Krankheit, Gesundheit und Behinderung nicht einheitlich und trennscharf definieren und klassifizieren lassen. Sie sind mehrdimensional und schließen jeweils unterschiedliche Lebensbezüge eines Menschen ein (vgl. Dederich 2009, 15). Da im Fokus der hier vorliegenden Forschungsarbeit das subjektive Erleben und die Selbstausslegung der Frauen mit Behinderungen stehen, ist es notwendig, Behinderung aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten. Im nächsten Kapitel wird zunächst zum besseren Verständnis der Umgang mit Behinderung aus historischer Sicht nachgezeichnet.

1.2.1 Der Blick auf Behinderung und die geschichtliche Entwicklung

Heute richten sich die Grundgedanken der Disability Studies explizit gegen Ausgrenzung und Fürsorgepraxis, verfolgen das soziale Modell von Behinderung, möchten gesellschaftlichen Entwicklungen entgegenwirken, aus behinderten Menschen (einheitliche) Gruppen zu bilden, und heben entsprechend Heterogenität und Diversität hervor (vgl. Dederich 2007; Waldschmidt/Schneider 2007a; Waldschmidt 2009; 125–133; Bösl/Klein/Waldschmidt 2010). So gilt es beispielsweise, altbekannte Umgangsweisen, die Heilung und Rehabilitation in den Mittelpunkt stellen, mit einer gesellschaftlich-kulturellen Perspektive zu konfrontieren, die u. a. diskriminierende Verhaltensweisen in diesen Kontexten hinterfragt (vgl. Dederich 2007, 31).

Zum Verständnis der oben kurz beschriebenen Ziele der Disability Studies ist ein kurzer geschichtlicher Rückblick⁹ unumgänglich.

Während der Naziherrschaft und des Zweiten Weltkriegs gab es kein deutsches Sonderschulwesen mehr. Schulen wurden zerstört, behinderte Menschen galten im Sinne der Erb- und Rassenpflege als lebensunwert (vgl. Romey 1982, 13–26; Sierck 1982, 27–42; Wellmitz 2003, 23f.) und wurden ermordet. Die Nachkriegszeit war geprägt durch eine hohe Anzahl

⁹ Zur Vertiefung einzelner Schwerpunkte wird u. a. verwiesen auf: Wellmitz 2003; Mürner/Sierck 2009; Bösl/Klein/Waldschmidt (Hg.) 2010.

körperbehinderter Menschen infolge des Krieges, so genannter Kriegsversehrter¹⁰.

Durch die Gründung der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und den Mauerbau 1961 entwickelten sich unterschiedliche Bildungssysteme in beiden deutschen Staaten. Gegenseitige Kontakte zwischen deutschen Sonderpädagoginnen bzw. -pädagogen und europäischen Hochschulen sowie ein fachlicher Austausch waren von da an nicht mehr möglich. Während in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) in den 1960er Jahren eher die medizinische Versorgung von behinderten Menschen im Vordergrund stand, verschob sich das Hauptaugenmerk in den 1970er Jahren auf eine stark spezialisierte, sonderpädagogische Förderung, die sich an einer Fülle von Einrichtungen, (Sonderkindergärten, Sonderschulen, Beschützte Werkstätten etc.) ablesen lässt, die in diesen Jahren entstanden oder ausgebaut wurden. Teile davon können sicher als eine Art Wiedergutmachung gedeutet werden in Reaktion auf die Grausamkeiten während der Zeit des Nationalsozialismus. Behinderte Menschen sollten neben Respekt Förderung und Unterstützung erhalten. Dieser Grundgedanke kann für den staatlich verfügbaren Antifaschismus¹¹ in der DDR ebenfalls angenommen werden (vgl. Benner/Eichler/Göstemeyer et al. 2004; Vernooij 2007). Dies alles geschah vor dem Hintergrund damaliger pädagogischer Erkenntnisse meist in größeren Institutionen und in zentralisierter Form.

Im Zuge der politischen 1968er Bewegung in der Bundesrepublik Deutschland, auf die hier nicht eingegangen wird, kam es in der BRD zu Modellversuchen im Bereich integrativer Erziehung und beispielsweise zur Gründung erster ‚Clubs von Behinderten und ihrer Freunde‘. 1982 entstehen die ersten Krüppelgruppen. Diese verweigern Nichtbehinderten die Teilnahme, um einer Vereinnahmung entgegenzuwirken (vgl. D. Radke 1982, 165–170; Mürner/Sierck 2009). Ein weiterer wichtiger Meilenstein sind die Krüppelfrauen um Dinah (Nati) Radke, die zum einen aus den ‚gemischten‘ Krüppelgruppen hervorgingen, sich aber auch gegen die damalige

¹⁰ Tröster (1990, 42–47) konnte in seiner sozialpsychologischen Untersuchung nachweisen, dass die „zugeschriebene Verantwortlichkeit“ einen nicht unerheblichen Einfluss auf die Wahrnehmung eines Menschen mit Behinderung hat, er folgert daraus, „daß eine behinderte Person günstiger beurteilt wird, wenn ihre Behinderung auf äußere, von dieser Person nicht beeinflussbare Ursachen zurückgeführt wird“ (ebd., 48). Diese Zuschreibung traf in seinen Erhebungen auf Kriegsversehrte zu.

¹¹ Dazu ein Zitat aus dem Kontext des Pädagogischen Kongresses 1947: „Diese Erwägungen bestehen darin, daß wir uns nachdrücklich von der nazistischen Mißachtung dieser so schwer vom Schicksal Betroffenen abwenden müssen. Die Meisterung gerade dieser Aufgabe erscheint uns insofern auch als Beweis für die Aufrichtigkeit und Realität unseres neuen Humanismus“ (Benner/Eichler/Göstemeyer et al. (Hg.) 2004, 73).

Frauenbewegung abgrenzen wollten (vgl. Mürner/Sierck 2009, 139ff.). Der Begriff ‚doppelte Diskriminierung‘ prägt bis heute die politische Diskussion von behinderten Frauen. Hier ging es um die Diskriminierung als Frau und als Behinderte zugleich. Die ersten Gesundheitstage in Berlin 1980, das UNO-Jahr der Behinderten 1981 und das Buch von Ewinkel/Hermes et al. (1985) ‚Geschlecht: Behindert. Besonderes Merkmal: Frau‘ stehen für die Aufbruchstimmung in den 1980er Jahren in den (heutigen) alten Bundesländern.

Für beide deutsche Staaten kann gesagt werden, dass gleichermaßen ein Schwerpunkt auf der medizinischen Versorgung lag, wobei phasenweise ein besonderes Augenmerk auf körperbehinderte Kinder¹² gerichtet wurde, für die es spezielle Möglichkeiten gab, Abitur zu machen oder einen Studienplatz zu bekommen. Ansonsten bestand in der DDR ähnlich wie in der BRD ein Sonderschulwesen, das unflexibel und zergliedert war durch seine starke Spezialisierung, für die es heute die Bezeichnung Förderschwerpunkte gibt. Die Ausstattung und Bezahlung der Mitarbeiter/-innen war in den Einrichtungen der DDR vergleichsweise schlechter als in der BRD (vgl. Forster 1998, 282). In der DDR wurde versucht eine so genannte Rehabilitationskette einzuhalten von der Sondergruppe in der Krippe bis zum Platz in einer Beschützten Werkstatt. Betriebe waren zudem verpflichtet eine bestimmte Anzahl geschützter Arbeitsplätze vorzuhalten. In einer besonders schwierigen und zum Teil unmenschlichen Situation befanden sich in beiden deutschen Staaten Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen und geistigen Behinderungen¹³, die als bildungsunfähig, nicht bildbar, praktisch bildbar, schulunfähig, schulbildungsunfähige Förderungsfähige oder als förderungsunfähige Geschädigte galten.

¹² Im Zeitraum zwischen 1957 und 1961 kamen bundesweit etwa 5000 contergangeschädigte Kinder zur Welt. In der DDR wurde die Herstellung des Mittels verboten. In der BRD wurde es erst im November 1961 endgültig aus dem Verkehr gezogen. Bei dem Medikament Contergan handelte es sich um ein Schlaf- und Beruhigungsmittel, das auch gegen Übelkeit wirkte und zu Dysmelien beim Fötus führte. Es wurde von dem Unternehmen Grünenthal GmbH vertrieben (vgl. URL:<http://www.gruenenthal-opfer.de/Contergan>) Etwa im gleichen Zeitraum kam es zu mehreren Polioepidemien (Kinderlähmung = Poliomyelitis), bei denen im Zeitraum 1957–1960 zeitweise bis zu 4198 Kinder in einem Jahr an dieser Virusinfektion erkrankten. Die Schluckimpfung, die die Infektionsrate sofort signifikant senkte, wurde in der DDR 1960 und in der BRD 1962 eingeführt (vgl. URL:<http://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/Polio/Polio/html>).

¹³ Der Begriff „geistig behindert“ ist in Deutschland nach wie vor gebräuchlich, bspw. wird er von der Lebenshilfe oder teilweise von der Sonderpädagogik benutzt; neuere Formulierungen in der Heilpädagogik nutzen das Konstrukt Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (vgl. Vernooij 2007). Die ‚Mensch zuerst‘ Deutschland bevorzugen den Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ (siehe dazu Fußnote 6). In dieser Arbeit werden die Begriffe dem Kontext gemäß unterschiedlich verwandt.

Die Kategorien werden hier bewusst nicht differenziert oder vollständig aufgelistet. Sie sollen lediglich den defizitgeprägten Blick auf Behinderung verdeutlichen.

Diesem Missstand wurde durch die Gründung der ‚Lebenshilfe für geistig Behinderte‘ 1958 in der BRD erstmals und nachhaltig entgegengewirkt. In der DDR gab es zur gleichen Zeit weder eine Behindertenbewegung noch Bestrebungen in Richtung integrativer Erziehung. Menschen in der DDR mit schweren (geistigen) Mehrfachbehinderungen, die keine Sonderschule besuchen konnten, wurden in Sondergruppen überwiegend pflegerisch betreut, befanden sich auf Kinderstationen von Krankenhäusern und lebten oftmals ab dem 18. Lebensjahr in Pflegeheimen. Im Frühjahr 1990 gingen zum ersten Mal in der Geschichte der DDR behinderte Frauen und Männer in Berlin auf die Straße. Neben den Ausgrenzungserfahrungen behinderter Menschen in beiden deutschen Staaten gab es zusätzlich in der DDR keine Öffentlichkeit beispielsweise in Form von Interessenverbänden oder politischer Vertretung (vgl. Schmidt-Kolmer 1983; Schwerin 1990; Vernooij 2007; Mürner/Sierck 2009).

Obwohl hier nur eine grobe Entwicklung bis in die 1990er Jahre nachgezeichnet wurde, gibt es bis heute in unserer Gesellschaft Exklusionspraktiken, die die Disability Studies thematisieren.

Im nächsten Kapitel wird die Bedeutung von Klassifikationssystemen in den Blickpunkt gerückt.

1.2.2 Behinderung und Klassifikationssysteme

Anfangs wird eine Klärung der Begriffe Ordnung, Klassifikation und Konstruktion vorgenommen, denn diese stehen in einer engen Verbindung zu den Definitionen und Vorstellungen von Krankheit und Behinderung und den Konstruktionen von Klassifikationssystemen. Hirschberg (2009) stellt dazu systematische Überlegungen an, die an dieser Stelle aufgegriffen werden. In einschlägigen Nachschlagewerken wird eine planmäßige Systematisierung als Ordnung beschrieben oder mit anderen Worten als „sinnvoller Zusammenhang in einer Vielheit“ (Brockhaus 1989, Band 13, 222), während eine Klassifikation schon eine wesentlich spezifischere Form der Einteilung darstellt. In der medizinischen Nomenklatur wird die Klassifikation in einem einheitlichen Bezugssystem gemeinsamer Merkmale vorgenommen. Es gibt eine klar definierte Grenze zwischen den Klassen, wobei diese Klassen sich gegenseitig ausschließen. Internationale

Klassifikationen werden seit 1948 von der WHO (World Health Organization) entwickelt. Bis 1980 wurde dort Behinderung nicht von Krankheit unterschieden.

Daneben existieren gesellschaftlich relevante Rechtskonstruktionen wie bspw. die Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) und der Grad der Behinderung (GdB), die ebenfalls das Ziel verfolgen, Ansprüche auf Leistungen des Gesundheitssystems zu objektivieren, sicherzustellen und damit Teilhabe und Chancengleichheit für behinderte Frauen und Männer zu realisieren. Die Konstruktion MdE ist 1871 in enger Verbindung zum Kriegsopferrecht entstanden. Diese Konstruktion wird heute nur noch angewendet, wenn es um Berufs- und Erwerbsunfähigkeit geht. Die Konstruktion GdB findet sich im Schwerbehindertenrecht (Teil 2, SGB IX). Hier wird das Ziel verfolgt, Menschen mit einer Behinderung in Arbeit und Gesellschaft wieder einzugliedern (vgl. Hirschberg 2009, 62–66). Vor dem Hintergrund dieser strukturellen Vorüberlegungen¹⁴ wird der Begriff Behinderung und die Bedeutung von Klassifikationssystemen genauer beschrieben.

In den weiteren Ausführungen wird der Zusammenhang zwischen Krankheit und Behinderung wieder aufgenommen. Dies geschieht auf der Basis eines aktuell in der Medizin gängigen Klassifikationssystems. Dieses Erklärungsmodell setzt sowohl soziale als auch personenbezogene Faktoren und die Partizipationsfähigkeit in Bezug zur Behinderung. Unter diesem Blickwinkel wird nachfolgend die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) betrachtet.

Die ICF unterscheidet sich von ihrer Vorgängerin, der International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH), insofern, als nicht Krankheitsfolgen, sondern Gesundheitskomponenten betrachtet werden. Die ICF betont ein mehrdimensionales Verständnis von Behinderung. Damit rückt ein soziales Modell von Behinderung in den Vordergrund, wobei Behinderung dennoch weiterhin als Störung der gesundheitlichen Integrität gesehen wird, die laut der ICF auf verschiedenen Ebenen sichtbar werden kann (siehe Abb. 1):

¹⁴ Für den gründlichen Diskurs wird auf die umfangreiche Bearbeitung des Themas in dem Buch von Marianne Hirschberg (2009) verwiesen: Behinderung im internationalen Diskurs – Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation, und auf die überaus fundierte Analyse rechtlicher Zusammenhänge in Felix Welti (2005) Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat.

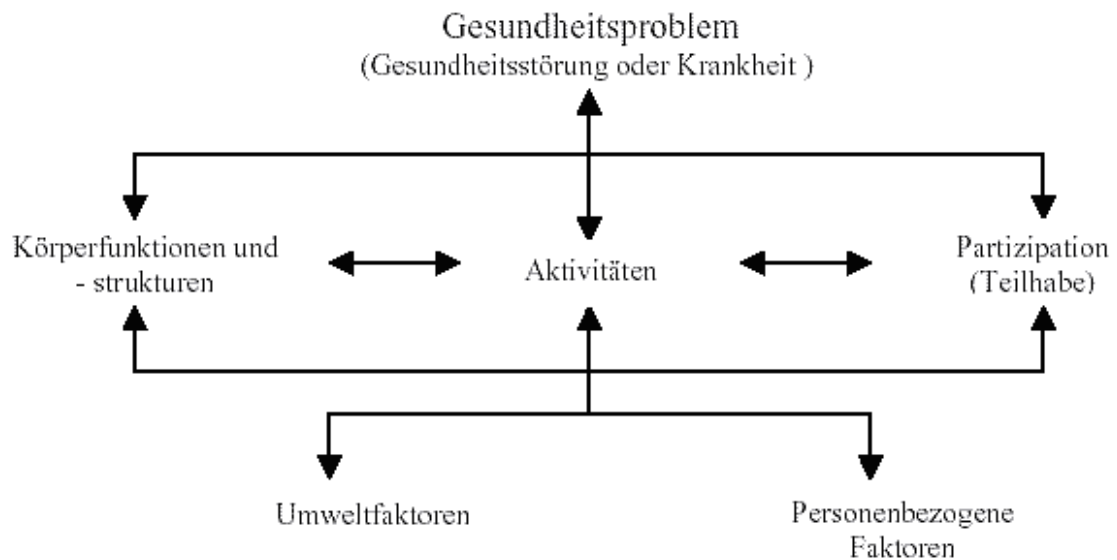


Abbildung 1: Wechselwirkung zwischen den Komponenten der ICF, DIMDI 2005, 23

Diese Ebenen werden in ihrer Wechselwirkung betrachtet und bauen nicht mehr wie in der alten Klassifikation (ICIDH) als Folge der Krankheit aufeinander auf. Sie basieren auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis, das eine Synthese bilden soll zwischen dem medizinischen und sozialen Modell von Behinderung (vgl. Hirschberg 2003, 171f.).

Daraus folgt, dass sich die ICF zwar von einer medizinischen Interpretation der Behinderung entfernt hat, aber den defizitorientierten Blick nicht ganz aufgibt, der Anpassung und Fürsorge in den Mittelpunkt der Betrachtung eines behinderten Menschen stellt (vgl. ebd.). Ohne Kapitel 2 vorzugreifen, kann hier gesagt werden, dass der Widerspruch zwischen Kategoriensystemen, den damit verbundenen Zuschreibungen und einem ressourcenorientierten Blick auf Behinderung kaum aufzulösen ist.

Die ICF ist u. a. ein sozialpolitisches und klinisches Instrument, um beispielsweise Krankheit und Behinderung zu beurteilen. Darin kann auch der praktische Nutzen für die Bereiche der Rehabilitation und der medizinischen Diagnosen liegen. Hier kann ein so genannter Hilfebedarf abgeleitet oder können Unterstützungsleistungen gewährt werden (vgl. Hirschberg 2003, 172).

Die unterschiedlichen Perspektiven der ICF zeigen, wie Normalität in der ICF konstruiert wird, und auch, dass in ihr unterschiedliche Konstruktionen von Normalität vorliegen, die mit der Konstruktion von Behinderung korrelieren. Hirschberg formuliert, „dass Behinderung einen Oberbegriff darstellt, negativ beurteilt wird und die Interaktion zwischen einem Individuum mit einer Gesundheitsbelastung und den Kontextfaktoren umfasst“ (Hirschberg 2003, 176). Auf die unterschiedlichen Normalitätsvorstellungen, die eng mit den Normen innerhalb einer Gesellschaft verknüpft sind, wird in Kapitel 2.2 noch näher eingegangen.

Trotzdem ist mit der Weiterentwicklung der ICIDH zur ICF ein Fortschritt zu verzeichnen. Es werden die Funktionsfähigkeit, die Behinderung und die Gesundheit unter Bezugnahme auf die Kontextfaktoren (personen- und umweltbezogen) in den Mittelpunkt gerückt (vgl. Hirschberg 2009, 56). Hier hat die Denkweise des sozialen Modells von Behinderung, das die Chancen zur Teilhabe des behinderten Menschen ins Zentrum der Betrachtung hebt, das medizinische Modell, das jahrzehntelang die Funktionsstörungen (das Leiden) in den Mittelpunkt stellte, größtenteils abgelöst. Für die Anwendung der ICF und unter Bezugnahme auf Brunnett (2009) (siehe dazu 1.1), die Gesunderhaltung als eine individuelle Aufgabe betrachtet, wird es schwer fallen, sich behinderte Menschen vorzustellen, die für ihren Leistungsanspruch zum einen ihre Behinderung selbst kategorisieren und zum anderen die Behinderung als Teil ihrer selbst wahrnehmen und akzeptieren, also gleichzeitig Anstrengungen für eine Verbesserung ihrer Lage unternehmen sollen (vgl. Hirschberg 2009, 326).

Neben der ICF existieren auch in der Sonderpädagogik¹⁵ sehr unterschiedliche Paradigmen und Modelle, die bspw. je nach Denkrichtung eher personale, systemische oder interaktionistische Sichtweisen betonen (vgl. Vernooij 23f.). Für eine ausdifferenzierende und an Leistung orientierte Perspektive kann Bleidick als ein anerkannter Vertreter stehen, der Behinderung vor einigen Jahren folgendermaßen definiert hat:

Als behindert gelten Personen, die in Folge einer Schädigung ihrer körperlichen, seelischen und geistigen Funktionen so weit beeinträchtigt sind, dass ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilnahme am Leben der Gesellschaft erschwert werden (Bleidick 1999, 15).

¹⁵ Zur begrifflichen Abgrenzung von Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Behindertenpädagogik und Rehabilitationspädagogik, siehe Vernooij 2007, 18–21.

Für die vorgelegte Arbeit sind bestimmte Handlungskonzepte der Sonderpädagogik nicht Forschungsgegenstand, aber als Hintergrundfolie im Sinne von Ordnungssystemen wirksam (s. o.). Bleidick steht daher hier als Platzhalter, um zu verdeutlichen, welche unterschiedlichen Ausprägungen die Kategorie Behinderung aktuell und in der Vergangenheit hatten.

Ausgelöst durch das Inkrafttreten der ICF im Jahre 2001 sind das Wort Schädigung wie auch der Terminus Störung in vielen Definitionen und Texten zum Thema Behinderung aktuell nicht mehr zu finden, da sie als defizitär, den individuellen Mangel fokussierend und als abqualifizierend gelten (vgl. Felkendorff 2003, 25f.). Das deutsche Sozialgesetzbuch IX und die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-Behindertenrechtskonvention UN-BRK)¹⁶ folgen bspw. dieser Argumentation und nutzen den Begriff Beeinträchtigung.

Für den sozialpolitischen Blickwinkel steht derzeit die UN-BRK. Die Ratifizierung für Deutschland im Jahre 2009 hat sich um angemessene Formulierungen bemüht, so heißt es dort in Artikel 1 zum Zweck der UN-BRK:

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können. [Beginn der Schattenübersetzung/ d. Verf.] *die in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren ihre volle und wirksame Teilhabe gleichberechtigt mit anderen an der Gesellschaft behindern können* (Netzwerk Artikel 3, 2009, 4).

Als übergreifend im Hinblick auf die Diskussion um begriffliche Abgrenzungen und auf das Ringen um Präzisierung kann der Dualismus gesehen werden, dem die Trennung zwischen behindert und nicht-behindert zu Grunde liegt. Dieser findet sich sowohl in medizinischen, sozialpolitischen

¹⁶ Die Autorin bezieht sich ausdrücklich auf die Schattenübersetzung der UN-BRK des Netzwerks Artikel 3 e.V. von 2009, da sie die Auffassung teilt, dass die Wortwahl (hier die Übersetzung der UN-BRK ins Deutsche) einen Einfluss auf die politische Bewusstseinsbildung nimmt (vgl. Netzwerk Artikel 3, 2009, 4). Der Begriff Schattenübersetzung bedeutet, dass die ursprüngliche Wortwahl der offiziellen Übersetzung gegenüber einer politisch reflektierten Übersetzung mit einer Durchstreichung für die Lesenden jederzeit sichtbar bleibt und Ergänzungen gekennzeichnet sind. Original und Schattenübersetzung bleiben somit an allen Stellen unterscheidbar.

und sonderpädagogischen Erklärungsmodellen als auch in Klassifikationssystemen wieder. Aufteilungen dieser Art dienen dazu, wie oben bereits angedeutet, Rechtsansprüche geltend zu machen oder Hilfebedarf zu organisieren. Sie erleichtern, kurz gesagt, das Denken in festgelegten Kategorien. Es soll hier aber um „die Vielfalt jenseits von Dualitäten“ gehen (Raab 2007, 128). Als äußerst bedeutsam wird daher immer wieder die individuelle, persönliche Sicht angesehen, die bereits Riegler (vgl. 2006, 11f.) in ihren Interviews mit Erwachsenen mit einer angeborenen Körperbehinderung herausgearbeitet hat. Das Denken in Dualismen ist nicht sinnstiftend, wenn es um die Selbstausslegung der behinderten Menschen und deren Erleben geht.¹⁷

In Anlehnung an einen Buchbeitrag, der den Titel trägt: „Behinderung als Lebensform und als soziale Barriere“ (List 2004, 36) soll die Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden, dass Menschen mit Behinderung nicht zu Trägern einer Schädigung oder zu Adressaten einer Therapie werden wollen, sondern in der Lage sind, für sich selbst zu sprechen. List ist gehbehindert und im späteren Verlauf ihres Lebens Rollstuhlfahrerin. Sie beschreibt sehr eindrücklich, dass nicht die physische Beeinträchtigung für sie das Hauptproblem darstellt, sondern einerseits räumliche Barrieren sie beeinträchtigen, wie z. B. die Unerreichbarkeit von Orten, andererseits die psychische Barriere, die sie charakterisiert als eine „Mauer von Missachtung und Ignoranz“ (List 2004, 37).

Aus dieser Wahrnehmung entwickelten sich unter anderem die Disability Studies¹⁸, die Anfang der 1980er Jahre in den USA und England entstanden sind. Diese haben die Sichtweisen auf Behinderung in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum maßgeblich beeinflusst und perspektivisch erweitert (s. o.).

¹⁷ „Also dass Behinderung etwas Negatives ist, das habe ich halt begriffen bei meinem ersten Behindertenausweis, weil da bin ich halt ganz vermessen worden und dieser Arzt hat wirklich bei allem, was er gemessen hat gesagt, zu lang, zu kurz, zu krumm, zu dick, zu dünn. (...) also ich bin da raus gegangen und hatte immer das..., also bis zu dem Zeitpunkt, wirklich immer das Gefühl, also mit mir ist schon alles so im Großen und Ganzen in Ordnung. Und da bin ich raus gegangen und habe zu meinem Vater nur gesagt, mein Gott, an mir stimmt ja gar nichts. (...) Und das ist irgendwie so hängen geblieben.“ (10_Schulze:517–525)

¹⁸ Ein kurzer historischer Überblick über die Entwicklung der Disability Studies in Bösl, Elisabeth/ Klein, Anne/ Waldschmidt, Anne (2010) (Hg.). Disability History – Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte, 13–63.

Im nächsten Kapitel wird im Zusammenhang mit dem Forschungsthema die Perspektive etwas eingengt und der Blick auf Menschen mit körperlich sichtbaren Behinderungen gelenkt.

1.3 Der medizinische und soziale Diskurs um den marginalisierten (behinderten) Körper

Medizinischer und sozialer Diskurs können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Von außen gesehen werden jedoch beide vordergründig weit voneinander entfernt geführt. Während der (schul-) medizinische bzw. biomedizinische Diskurs den Körper einteilt und ggf. Abweichungen klassifiziert (siehe dazu Kapitel 1.1 und 1.2), betrachtet der soziale Diskurs (z. B. Disability Studies) vielmehr die Außenwirkung, das Aussehen des Körpers und seine Wirkung auf das Gegenüber einschließlich seiner Reaktionen darauf. Des Weiteren muss ergänzt werden, dass sich ein nicht unwesentlicher Teil der sozialwissenschaftlichen Forschung auf das medizinische Modell von Behinderung bezieht (vgl. Graumann/Grüber et al. 2004, 20f.). Eine Chance könnte darin bestehen, beide Perspektiven in der körpersociologischen Sichtweise zusammenzuführen.

Die Arbeit *am* Körper und der Umgang *mit* dem Körper sollen zuerst skizziert werden. Darauf folgt die Betrachtung des behinderten (veränderten) Körpers.

Gemeinnützige Blutspenden, Transplantationsmedizin und Organhandel sind Teile einer öffentlichen „Vermarktung“ von Körperteilen und Körpersubstanzen. Mit anderen Worten: Der Körper wird in der Medizin in Teilen verwertet (vgl. Feyerabend 2007, 205). Beispielsweise in der Prothesentechnik können fehlende Körperteile nachgebildet (z. B. Beinprothese) oder verschlissene Gelenke ausgetauscht werden (z. B. Hüftprothese).

Gleichzeitig ist der Körper ein Medium der Selbstdarstellung (vgl. Sobiech 2004, 100), der z. B. durch Sport und plastische Chirurgie „zugerichtet“ werden kann. Die Arbeit am Körper oder Körperbewusstsein ist doppeldeutig. Zum einen gibt es das allgemeine Bestreben nach Ganzheitlichkeit und mehr Körpergefühl (z. B. Zuwendung zur traditionellen chinesischen Medizin). Zum anderen muss am Körper für die Selbstdarstellung hart gearbeitet werden. Wer erfolgreich sein will, muss fit sein. Sobiech spricht hier von „ästhetischer Formung des Körpers“ (Sobiech 2004, 101). Training an Maschinen und plastische Chirurgie entsprechen vorrangig einer mechanistischen Sicht auf den Körper. Das Erleben und die sinnliche Seite werden ausgeblendet. Andersartige leibliche Erfahrungen, wie beispielsweise die einer Sinnesbehinderung oder die mit einem Körper mit einer Behinderung, kommen in diesen Überlegungen nicht vor.

Überspitzt betrachtet stehen sich eine mechanistische Betrachtung des Menschen *und* seines Körpers und eine ganzheitliche (leibliche) Betrachtung des Menschen *mit* seinem Körper gegenüber. Auch hier scheint es wieder schwierig, den dualistischen Blick, jetzt die Trennung von Geist und Körper, aufzugeben.

Wie der eigene Körper oder Leib betrachtet wird, ist für eine körpersoziologische Sicht auf den veränderten Körper bedeutsam. Entweder bildet die soziale Ordnung einer Gesellschaft die notwendigen Übereinkünfte dafür, dass „ein bestimmter Körper als behindert kategorisiert wird“ oder es geht „um den subjektiven Umgang mit negativen Bedeutungszuschreibungen und deren Auswirkungen auf persönliche Begegnungen“ (Waldschmidt 2007b, 33). In der vorliegenden Forschung geht es um beide Betrachtungsweisen, denn die sichtbar (körper-)behinderten Frauen sehen sich im Alltag mit beiden Perspektiven konfrontiert.

Der veränderte Körper – Waldschmidt spricht von „verkörperter, gesundheitsbezogener Differenz“ (ebd.) – ist nicht perfekt, nicht normal, „das schroffe Gegenteil von schön, fit und leistungsfähig“ (ebd., 40). Er soll möglicherweise im Laufe des Lebens im Rahmen von Therapie und Rehabilitation ‚korrigiert‘, oder wörtlich ‚wiederhergestellt‘¹⁹ werden. In manchen Fällen soll er sogar ‚vermieden‘ werden (siehe dazu die Ausführungen zu Pränataldiagnostik und Präimplantationsdiagnostik in Kapitel 1.1). Die Brücke zum Thema dieser Forschung entsteht an der Stelle, wo erlebte Grenzüberschreitungen von den interviewten Frauen mit der eigenen Körperbehinderung zusammengebracht werden.

Versteht man dazu wie Dederich Rehabilitation als eine Art der Machtausübung, schließt sich hier seine Frage an, „wie es der Macht und den Herrschaftstechniken gelingen kann, nicht nur äußerlich auf das Subjekt einzuwirken, sondern so im Subjekt wirksam zu werden, dass es sich im gewünschten Sinne selber führt“ (Dederich 2007, 71f.). Diese Frage verweist direkt auf die „strukturierte“ und „strukturierende Struktur“ im Habitus-Konzept (Krais/Gebauer 2002, 22f.), die Inkorporierung von Zuschreibungen und die Wirksamkeit symbolischer Gewalt (vgl. Bourdieu 2006; Fröhlich/Rehbein 2009, 232f.), dem im Weiteren nachgegangen wird. Zuvor folgt in Kapitel 1.4 die Zusammenfassung der Hauptgedanken aus Kapitel 1.

¹⁹ Hier zur Wortbedeutung: Rehabilitation bedeutet „wieder herstellen“, während der eher weniger gebräuchliche Begriff der Habilitation „geeignet machen“ in besserer Weise das Ziel von Unterstützung und Therapie ausdrücken könnte (vgl. UN-BRK, Artikel 26).

1.4 Zusammenfassung

In Kapitel 1 wurde ein Bogen geschlagen über die Diskussion der Phänomene Gesundheit, Krankheit und Behinderung in ihren vielschichtigen Bedeutungen bis hin zu einer körpersoziologischen Perspektive auf den ‚anderen‘ Körper. Ein Ergebnis im Sinne klar umrissener, einheitlicher und allgemeingültiger Definitionen konnte nicht geliefert werden, da es bis heute keine einheitlichen Erklärungen gibt, sondern diese immer nur in unterschiedlichen Kontexten zu beurteilen sind.

Dennoch scheint es von immenser Wichtigkeit, genau diese unterschiedlichen Sichtweisen und Denkansätze nebeneinander zu sehen, denn nur so ist Sozialität zu begreifen bzw. „verkörperte Selbst- und Fremdwahrnehmung sozialen Handelns“ (Pieper/Clénin 2010, 261) zu verstehen. Waldschmidt trifft den Kern des Definitionsproblems, wenn sie sagt:

Gerade am Beispiel von Behinderung ließe sich der Körper als Akteur studieren: das ihm anhaftende Unvorhergesehene, Unordentliche und Bedrohliche, seine Ereignishaftigkeit und Widerspenstigkeit, die Weigerung der Subjekte, sich anzupassen, und ihr Aufbegehren gegen das ‚Ganzmachen‘ und ‚Geraderichten‘ (Waldschmidt 2007b, 41).

Der Habitus eines Menschen schließt Körper und die Wirkung auf die Welt ein und geht von einer fortlaufenden Wechselwirkung intern wie extern aus. Fragen wie die der Bedeutung des Habitus für behinderte Menschen oder der gesellschaftlichen Funktion von Zuschreibungsprozessen werden im Kapitel 2 weiter verfolgt.

2 Habitus, Stigmatisierung und Scham in Bezug auf das Erleben von behinderten Frauen

Im Zentrum dieses Kapitels stehen Erklärungskonzepte, die als Erkenntnisinstrumente dienen, um das Thema „Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen“ gründlicher zu beleuchten. Die theoretischen Betrachtungen fokussieren bewusst soziologische Erklärungsmodelle in Abgrenzung zu tiefenpsychologischen oder individualtheoretischen Ansätzen. Während tiefenpsychologische Ansätze davon ausgehen, dass „die persönliche und gesellschaftliche Wirklichkeit eher von unbewussten Vorgängen gesteuert“ (Richarz 2003, 44) wird, soll hier die Wechselwirkung mit der Umwelt in den Fokus gerückt werden (vgl. ebd.).

Die untersuchten Frauen mit ihrer mehr oder weniger deutlich sichtbaren Körperbehinderung können die täglichen sozialen Interaktionen nicht ausschalten. Die Behinderung bleibt immer erkennbar. Folglich können sie sich den Blicken von außen nicht entziehen. Individuen werden in der Soziologie immer als Akteure in einer sich verändernden gesellschaftlichen Wirklichkeit wahrgenommen und nicht – pointiert ausgedrückt – als Träger eines persönlichen Schicksals. Bette (2010, 69) trifft den Schwerpunkt, wenn er sagt, dass „bei allem Interesse für Individuen und deren Befindlichkeiten, zunächst durch die Subjekte hindurch auf die sozialen Bedingungen [...] zu schauen [ist, d. Verf.]“. Ausgehend von einer Subjektorientierung, die eine Wechselwirkung zwischen Individuum und gesellschaftlichen Strukturen einschließt, pendelt die Betrachtungsweise zwischen den Akteuren und ihren Lebensbedingungen. Diese Auseinandersetzung findet für behinderte Frauen und Männer immer wieder in der täglichen Lebensführung statt. Körpersoziologisch²⁰ kann das bedeuten, den „marginalisierten Körper“ (Schmincke 2007, 11) in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken, um die oben beschriebenen Wechselwirkungen im Alltag besser zu erfassen. Eine Behinderung ist so gesehen nicht ein individuelles Leid, sondern „eine Art Lebensform“ erklärt Peter Radke, Mitglied des Deutschen Ethikrates, in einem Zeitungsinterview anlässlich der Diskussion um die gesetzlichen Bestimmungen zur Präimplantations-

²⁰ Waldschmidt (2007b, 28ff.) kritisiert eine Vernachlässigung von Behinderungsphänomenen im Bereich der Körpersoziologie.

diagnostik. (P. Radke 2011). Das soziale Modell von Behinderung und die UN-Behindertenrechtskonvention greifen diesen Ansatz an vielen Stellen auf (siehe dazu Kap. 1.2).

Im Zentrum der Betrachtung stehen ausgewählte Aspekte von Bourdieus Soziologie, die in Kapitel 2.1 näher erläutert werden. In den Kapiteln 2.2 und 2.3 werden im Sinne einer Perspektiverweiterung u. a. Aspekte des Stigmatisierungsansatzes von Goffman ([1963]/1975) und der sozialen Scham von Neckel (1991) aufgegriffen.

Einen zentralen Bestandteil in Bourdieus Soziologie bildet das Konzept des Habitus mit der Aussage, dass gesellschaftliche Strukturen den Menschen formen. Die Ausstattung mit Kapitalien und die Ressourcen, die daraus resultieren, sind Themen der vorliegenden Forschung. Hinzu kommt die eingeschränkte Bewegungsfreiheit für behinderte Menschen in bestimmten Feldern.

In Kapitel 2.2 wird Bezug genommen auf Goffman und seine Stigma-Theorie. Aber vor allem geht es um Zuschreibungsprozesse und Normalitätsvorstellungen in Bezug auf Behinderung. In seinem Buch „Stigma“ bezieht sich Goffman ([1963]/1975, 10) auf Menschen mit einer so genannten „beschädigten Identität“ und auf ihre Interaktion mit der Umwelt, entscheidend dabei ist die gegenseitige Zuschreibung von Eigenschaften. Das Zusammentreffen sichtbar körperbehinderter Frauen mit augenscheinlich nicht behinderten Menschen in den unterschiedlichen Feldern der Gesellschaft prägt den Habitus. Die behinderten Frauen müssen sich daher über den Einfluss gesellschaftlicher Normen hinwegsetzen. Sie tragen nach Goffman ein Stigma.

Kapitel 2.3 greift das Thema Scham auf, wobei Neckel (1991) als einer der Ersten das Thema in der Soziologie verortet hat und betont, dass es sich hier um ein Phänomen handelt, dessen Erscheinungsformen beispielsweise dort vorkommen, wo Normen verletzt werden. Damit bezieht Neckel (1991, 250) sich sowohl auf Schriften von Goffman zum Thema Stigmatisierung als auch auf Bourdieu, wenn er von einer habituellen Scham spricht, die sich in den Körper einschreibt.

2.1 Der Habitus-Ansatz von Pierre Bourdieu

Eng verbunden mit dem Habitus-Ansatz von Bourdieu sind die Grundbegriffe Feld und Kapital. Diese lassen sich nur bedingt einzeln definieren: Bourdieu betont, dass diese Begriffe „eine systemische Definition haben und für die *systematische empirische Anwendung* gebildet wurden.“ (Bourdieu [1992]/2006, 125/ Hervorhebung i. O.) Zum Beispiel ist die soziale Praxis in den verschiedenen Feldern abhängig vom Kapitalvolumen und Feld. Die Felder können sich mit ihren Akteuren, die einen unterschiedlichen Habitus mitbringen, dynamisch verändern. Feld und Habitus sind insofern ebenfalls miteinander verwoben.

Bourdieu vergleicht soziale Situationen mit einem Spiel, in dem bestimmte Spielregeln herrschen. Diese Spielregeln versteht er nicht als von außen gesetzt, sondern beschreibt sie als „Regelmäßigkeiten“ ([1987]/1992, 85), die offen sind für Veränderungen. Da die Akteure mit ihrem Habitus und ihren unterschiedlichen Kapitalien den sozialen Raum bzw. das Feld gestalten, resultiert daraus in der Summe die gelebte Praxis (vgl. Bourdieu [1987]/1992, 86).

Im empirischen Teil dieser Arbeit werden diese Grundbegriffe in Bezug zur Beobachtung gesetzt, dass behinderte Frauen sich nicht in allen Feldern frei und selbstbestimmt bewegen können oder Einschränkungen hinnehmen müssen. Bedeutsam für die vorliegende Untersuchung ist zudem die Veränderbarkeit oder Stabilität des Habitus, welche auch abhängig ist von den sozialen Verhältnissen, in denen die behinderten Frauen leben. Damit kommen die unterschiedlichen Formen von Kapitalien wieder in den Blick, die auf verschiedenste Weise erworben werden können.

Die verschiedenen Kapitalien verbunden mit dem Habitus einer Person stehen nach Bourdieu für die Handlungschancen, die sich jeweils daraus ergeben. Nach Bourdieu gibt es ökonomisches, kulturelles, soziales und symbolisches Kapital. Letzteres bildet eine Ausnahme, da es immer in Kombination mit den anderen Kapitalformen auftritt.

Das ökonomische Kapital entspricht bei Bourdieu der „dominierenden Kapitalform“ (1983, 189). Hierunter werden sowohl die individuellen finanziellen Möglichkeiten einer Person gefasst, als auch die Marktökonomie und deren gesellschaftliche Bedeutung.

Das kulturelle Kapital einer Person wird nach Bourdieu in inkorporiertes, objektiviertes und institutionalisiertes kulturelles Kapital unterteilt. Das

inkorporierte kulturelle Kapital basiert auf den individuellen Bildungsanstrengungen einer Person, es ist personengebunden und maßgeblich beeinflusst von den primären Bildungserfahrungen eines Menschen. Es ist Bestandteil des Habitus und körpergebunden (vgl. Bourdieu 1983, 186f.). Das objektivierte kulturelle Kapital befindet sich bspw. in Büchern, Gemälden, Denkmälern oder Maschinen. Es ist zwar übertragbar und nicht personengebunden, daher könnte es mittels ökonomischen Kapitals erworben werden, dies aber sinnvoll zu nutzen setzt wiederum inkorporiertes kulturelle Kapital voraus (vgl. ebd., 188f.). Beim institutionalisierten kulturellen Kapital geht es vor allem um offizielle Schulabschlüsse oder akademische Titel, damit kann der erworbene Sachverstand objektiv bewiesen und vor anderen legitimiert werden (vgl. ebd., 189f.).

Als weitere Kapitalsorte wird das soziale Kapital beschrieben, und zwar als die Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen, die der Person Wertschätzung und Anerkennung sichern. Es ist das „Kapital an sozialen Verpflichtungen oder ‚Beziehungen‘“ (Bourdieu 1983, 185). Die Gruppenmitglieder verbinden bspw. Gemeinsamkeiten, die für alle nützlich oder gewinnbringend sind und sie pflegen diese durch Beziehungsarbeit (vgl. ebd., 191f.). Beim symbolischen Kapital schließlich handelt es sich um eine symbolische Wertschätzung, die mit Ehre oder Anerkennung beschrieben werden kann. Das symbolische Kapital verortet Bourdieu ([1994]/1998, 108) bei der „anerkannten Autorität“. Das bedeutet: Von Autoritätspersonen erhält man dieses Kapital und dort liegt die Deutungshoheit darüber, wofür Ehre, Prestige oder Anerkennung zugesprochen wird.

Das symbolische Kapital ist eine beliebige Eigenschaft (eine beliebige Kapitalsorte [...]), wenn sie von sozialen Akteuren wahrgenommen wird, deren Wahrnehmungskategorien so beschaffen sind, daß sie sie zu erkennen (wahrzunehmen) und anzuerkennen, ihr Wert beizulegen, imstande sind (Bourdieu [1994]/1998, 108).

Das symbolische Kapital hat insofern eine Sonderstellung, als es mit den anderen Kapitalsorten zusammen auftritt oder in ihnen enthalten sein kann. Die soziale Praxis bemisst den Wert, den es bekommt. Hier gibt es für das vorliegende Forschungsthema deutlich unterschiedliche Ebenen mit widersprüchlichen Intentionen, an welchen Stellen symbolisches Kapital zugesprochen wird. Zum einen verfügen Menschen mit Behinderung derzeit über eine breite soziale Anerkennung durch die öffentliche Propagierung der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (vgl. Hirsch-

berg 2010) oder beispielsweise durch die Möglichkeit, seit 2006 das Antidiskriminierungsgesetz für sich in Anspruch zu nehmen.

Das Thema Barrierefreiheit ist gewissermaßen en vogue und täglich präsent. Beispielsweise gibt es für gehörlose Menschen eine zunehmende Anzahl von Sendungen mit Untertitelung, die per Teletext wählbar sind, und eingesprochene Filme (Audiodeskriptionen) für blinde Menschen²¹. Zu nennen ist außerdem die Plakatkampagne seit 2011 „Kein Mensch passt in eine Schublade“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes²². Ebenfalls sind öffentliche Diskussionen um baurechtliche Fragen, wie beispielsweise die Frage der Einrichtung von Fahrstühlen in Bahnhöfen oder Gebäuden in den Medien präsent. Zudem werden traditionell auf der Ebene der Fürsorge und Versorgung die symbolische Wertschätzung z. B. in Form von Spendenaktionen der „Aktion Mensch“²³ realisiert oder Bußgelder an Behinderteneinrichtungen abgeführt.

Dagegen ist auf der Ebene der Schwangerschaftsvorsorge eine selektive Praxis²⁴ im Rahmen der Pränataldiagnostik zu beobachten. Und die aktuelle Diskussion um die Präimplantationsdiagnostik²⁵ und ihre gesetzliche Regelung weisen in eine ähnliche Richtung (vgl. Ziemer 2003; Feldhaus-Plumin 2004; Nicklas-Faust 2010; P. Radke 2011; siehe dazu Kap. 1.1).

Der Kapitalbegriff von Bourdieu kann als analytisches Instrument dienen, um im empirischen Teil bestimmten Fragen theoriegeleitet nachzugehen. Durch den Dialog mit dem Interviewmaterial wurden zunächst die sozialen Bedingungen und Determinierungen der Frauen betrachtet, um beispielsweise in einem nächsten Schritt den Fragen nach individuellen Bewältigungsstrategien und deren Konstruktionen im Zusammenhang mit dem Habitus nachzugehen.

Der Habitus liegt tief innen im Menschen und kann als leibgewordene sozialisatorische Lebensgeschichte beschrieben werden.

²¹ Eine Meldung vom 12.3.2011 auf RP-online besagt, dass im Jahre 2010 bspw. rund 950 Filme auf allen deutschsprachigen Sendern gezählt wurden, die mit einer Audiodeskription versehen waren. Recherchen zeigten, dass z. B. in Großbritannien ein Gesetz existiert, dass jeder 10. Fernsehfilm mit einem Bildkommentar versehen werden muss. Systematisches Zahlenmaterial liegt dazu derzeit nicht vor. Ergänzend wird auf eine Diplomarbeit von Julia Schwartz (2008) verwiesen mit dem Titel: Mit den Ohren sehen.

²² Dazu: URL: http://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Service/Kampagne2011/kampagne_node.html

²³ Dazu: Lingelbach, Gabriele (2010 127–150).

²⁴ Weitere Ausführungen zum Thema Ethik und Eugenik in Mürner/Sierck (2009, 88f.). Krüppelzeitung, Brisanz der Behindertenbewegung .

²⁵ Hierzu im Detail Stellungnahme Deutscher Ethikrat (2011).

Als Produkt der Geschichte produziert der Habitus individuelle und kollektive Praktiken, also Geschichte, nach den von der Geschichte erzeugten Schemata; er gewährleistet die aktive Präsenz früherer Erfahrungen, die sich in jedem Organismus in Gestalt von Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata niederschlagen und die Übereinstimmung der Konstanz der Praktiken im Zeitverlauf viel sicherer als alle formalen Regeln und expliziten Normen zu gewährleisten suchen (Bourdieu [1980]/1993, 101).

Bedeutsam dafür sind nach Bourdieu die beiden Seiten des Habitus: „Die Seite der ‚strukturierten Struktur‘ [...], die der Präsenz der Vergangenheit in der Gegenwart“ (Krais/Gebauer, 2002, 22) und die andere Seite, die der „strukturierenden Struktur“ (Krais/Gebauer, 2002, 23.), die die kreative Möglichkeit der Veränderung beinhaltet. „Zwar betont Bourdieu die Bedeutung der frühen Erfahrungen in der Kindheit. Diese bilden im Habitus eine grundsätzliche Haltung zur Welt aus. Sie eröffnen bestimmte Handlungspotenziale im Raum des Möglichen [und/ d. Verf.] verschließen andere“ (ebd., 71). Dessen ungeachtet hebt Bourdieu immer wieder hervor, dass die Beständigkeit des Habitus abhängig von den sozialen Verhältnissen ist (vgl. Krais/Gebauer 2002, 71). Bourdieu unterscheidet zwei Habitusformen: den Klassen- oder Gruppenhabitus und den individuellen Habitus (vgl. Bourdieu [1980]/ 1993, 112). Der Klassen- oder Gruppenhabitus ist ein „nichtindividuelles System verinnerlichter Strukturen“ (ebd.), während der individuelle Habitus geprägt ist durch die Eigenheiten des persönlichen Lebenslaufs.

Die Grundlage der Unterschiede zwischen den individuellen Habitusformen liegt in der Besonderheit der *sozialen Lebensläufe* [...]. Der Habitus, der mit den Strukturen aus früheren Erfahrungen jederzeit neue Erfahrungen strukturieren kann, die diese alten Strukturen in den Grenzen ihres Selektionsvermögens beeinflussen, sorgt für eine einheitliche, von den Ersterfahrungen dominierte Aufnahme von Erfahrungen (Bourdieu [1980]/1993, 113/ Hervorhebung i. O.).

Die Veränderbarkeit oder Stabilität des Habitus spielt für das Thema „Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen“ eine wesentliche Rolle. Mit dem Habitus-Ansatz von Bourdieu wird gezeigt, dass der behinderte Mensch zum einen in seinem individuellen Erleben schon früh gesellschaftlich geformt ist, zum anderen aber die Möglichkeit zur Veränderung besitzt, was in der zugrunde liegenden Frage nach den

Bewältigungsstrategien der behinderten Frauen ein erhebliches Potenzial darstellt.

Der Habitus-Ansatz bietet zudem, da er nicht nur die Individualität der behinderten Frauen berücksichtigt, sondern auch ihr Eingebundensein in gesellschaftliche Prozesse, die Chance ebenfalls ihre Selbstbehauptungsstrategien und deren Konstruktionen unter diesem Blickwinkel zu betrachten. Damit gerät automatisch die soziale Praxis mit ihren Präferenzen in den unterschiedlichen Feldern in den Blick (s. u.).

Habitus, Feld und Kapital können für die vorliegende Forschung nicht getrennt betrachtet werden, so dass auf der einen Seite gesagt werden kann: Behinderte Männer und Frauen bewegen sich theoretisch in allen Feldern einer Gesellschaft und jedes dieser Felder hat spezielle Spielregeln. Auf der anderen Seite wird versucht behinderten Menschen im Rahmen von Klassifizierungen oder Rehabilitationsmaßnahmen spezifische Felder zuzuweisen, hier handelt es sich im engeren Sinn z. B. um soziale Räume (der Behindertenhilfe) mit einer bestimmten ökonomischen, kulturellen und sozialen Bedingungs- bzw. Ausstattung mit Kapitalien. In diesen Räumen existieren folglich besondere subjektive Wahrnehmungen, Wertschätzungen und Wahlpräferenzen (vgl. Ziemen 2004, 268f.; vgl. Goetze 2010, 311f.). Das heißt, dass in den jeweiligen Feldern einer Gesellschaft, den sozialen Räumen und den speziell zugewiesenen sozialen Orten für behinderte Menschen andere Spielregeln herrschen als in den Räumen der so genannten nicht behinderten Menschen. So kann der Zugang zu den Kapitalien möglich, teilweise möglich oder versperrt sein.

Da für die vorliegende Forschungsarbeit im Vorfeld davon ausgegangen wurde, dass das pädagogisch-therapeutische Feld für die behinderten Frauen in ihrer Biographie von großer Bedeutung ist, wurde es in allen Interviews zur Sprache gebracht. Hier soll es als ein Teilfeld verschiedener gesellschaftlicher Betätigungsfelder charakterisiert werden (vgl. Ziemen 2002a, 1). Es stellt sich die Frage, ob Anerkennung, Wertschätzung und damit die Chancen, Kapitalien im Sinne Bourdieus zu erhöhen, dort vorhanden sind. Eine gute Ausstattung mit verschiedenen Kapitalien erhöht folglich die Selbstbehauptungsfähigkeit gegen Formen der Machtausübung (Disziplinierung und Reglementierung) im pädagogischen bzw. therapeutischen Feld und schließt die Fähigkeit, sich gegen Grenzüberschreitungen zu wehren, ein.

Der empirische Teil der Arbeit zeigt deutlich, dass sich z. B. durch ein integratives Umfeld Kapitalien erhöhen lassen, Ressourcen aktiviert werden und sich die Widerstandskraft der Frauen schon als Kind und Mädchen enorm erhöht. Man könnte auch sagen: Die behinderten Frauen, die in dieser Arbeit zu Wort kommen, wachsen mit ihren Auseinandersetzungen. Um sich der Zuweisung zu einem Feld der Behindertenhilfe zu widersetzen, sich nicht abweisen zu lassen oder sich nicht einfach anzupassen, bedarf es einer unterstützenden Umgebung. Goeke (2010, 312) stellt im Resümee ihrer vorgelegten Studie die Frage, ob es ein „Schlüsselkapital“ geben und welche Zugänge es zu bestimmten sozialen Feldern eröffnen könnte (siehe dazu Kap. 4.1). Schlüsselkapitalien sind nach ihrer Auffassung Kapitalien, die den Zugang zu bestimmten Feldern erleichtern. Die hier vorliegende Arbeit hat insofern eine Antwort darauf, als die Interviews belegen, dass kulturelles und ökonomisches Kapital der Schlüssel zu einem selbstbestimmten Leben der behinderten Frauen sind. Ohne den empirischen Teil vorwegzunehmen, kann hier schon auf Bildung als kulturelles Kapital und auf Berufstätigkeit als ökonomisches Kapital verwiesen werden.

Bedeutsam für Behinderung als inkorporierte (einverleibte), erzieherische und sozialisatorische Erfahrungsgeschichte ist, dass sie möglicherweise desintegrierend wirkt. Je nachdem, in welchem sozialen Feld agiert wird und ob der Habitus mit dem dazugehörigen Volumen an Kapitalien dort nutzbringend eingesetzt werden kann, stellt sich die Frage, ob es möglich ist, sich trotz eines ‚behinderten Habitus‘ aus bestimmten Dispositionen zu lösen. Den Variationsspielraum der Kapitalien zu vergrößern und somit die Bewegungsfreiheit zu erhöhen ermöglicht einen umfassenderen Praxisinn zu erwerben und sich in unterschiedlichen sozialen Feldern zu bewegen. Der Praxisinn „konstituiert die Welt als signifikant, indem er spontan ihre immanenten Tendenzen antizipiert“ (Bourdieu [1992]/2006, 42). Anders ausgedrückt erkennt der Praxisinn eine Situation als bedeutsam und passt sich gleichsam intuitiv ähnlich wie in einem Mannschaftsspiel den neuen Gegebenheiten an. Es scheint daher möglich, dass sich sowohl behinderte als auch nicht behinderte Menschen aus Denk- und Emotionschemata lösen können, um bestehende Umgangsformen, die sich in realen Vorurteilen und Zuschreibungen manifestieren, aufzubrechen. Diesen Spielraum müssen sich behinderte Frauen besonders erarbeiten.

Bretländer (2007) nennt dies im Titel ihrer empirischen Arbeit „Kraftakte“ und hat dazu junge Frauen mit einer Körperbehinderung interviewt (siehe dazu Kap. 4.1).

Anschließend werden gesellschaftliche und individuelle Zuschreibungsprozesse weiter dargelegt und in ihrer Wirkung beschrieben.

2.2 Gesellschaftliche und individuelle Zuschreibungsprozesse

Auch heute noch wird der behinderte Mensch als jemand mit geringerer Leistungsfähigkeit beschrieben und durch eine biologische Anomalität gekennzeichnet. Er weicht also ab von dem Gewöhnlichen und der Normalität. Hier spiegelt sich das an Defiziten orientierte medizinische und sonderpädagogische Modell von Behinderung wider. Nicklas-Faust stellt pointiert heraus, dass in der Medizin Behinderung häufig als „krankhafte Normabweichung [...], die jedenfalls beseitigt werden soll“ (Nicklas-Faust 2003, 44; siehe dazu Kap. 1.1), gesehen wird. Formen (sonder-) pädagogischer Reglementierung (siehe dazu Kap. 1.2) seien hier als weitere bedeutsame Aspekte der Defizitorientierung hervorgehoben. Frauen und Männer mit Behinderung befinden sich somit unter einem permanenten Normalisierungsdruck. Eine Fülle von Therapien tragen zu diesem Erleben bei (vgl. Nicklas-Faust 2003, 45). Provokant formuliert stellen Therapien so einen Angriff auf die Integrität der Person dar. Der Körper soll durch Therapien optimiert und das abweichende Verhalten reguliert werden.²⁶ Behinderte Frauen machen zudem die ambivalente Erfahrung, keine „richtigen Frauen“ zu sein. Sie lernen, „dass sie nicht schön und begehrenswert sind und die klassische Frauenrolle als Partnerin und Mutter für sie nicht in Frage kommt“ (Köbsell 2007, 33). An dieser Stelle besteht für sie keine Wahlmöglichkeit.

Erschwerend kommt hinzu, dass die Normalitätsvorstellungen in unserer Gesellschaft nicht konstant sind, d. h. es gibt einen so genannten flexiblen Normalismus (vgl. Link 1997, 78ff.) auch für behinderte Menschen. Sie werden mit z. T. unterschiedlichen oder willkürlichen Maßstäben gemessen (siehe dazu Kap. 1.2). Link unterscheidet zwischen zwei Strategien innerhalb der Normalitätszone, die „protonormalistische Strategie“, die sich als eine stabile Fixierung von Normen kennzeichnen lässt, und die „flexibel-normalistische Strategie“ (Link 1997, 78), die auf Dynamisierung setzt. Um diese beiden Strategien besser nachzuvollziehen, überträgt Link

²⁶ Anmerkung: Eine Behinderung in der (heutigen) modernen Gesellschaft, die ihren Blick stark auf Optimierung und Leistung richtet, soll so unsichtbar gemacht werden. Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik bilden dabei die Spitze des Eisbergs (siehe dazu Kap. 2.1).

sie in systematischer Form auf verschiedene gesellschaftliche und personale Strukturen (vgl. ebd., 79f.). Hier soll der Bereich der von ihm so bezeichneten „Subjekt-Taktiken“ (ebd., 80) herausgegriffen werden. In Ihnen äußert sich die „protonormalistische Strategie“ beispielsweise in einem autoritären Charakter mit einer Tendenz zur „Fassaden-Normalität“, während sich die „flexibel-normalistische Strategie“ (ebd. 78) eher in der Absicht zeigt, sich selbst und andere normal zu finden, mit anderen Worten: authentisch sein zu können (vgl. ebd. 78). Menschen können sich laut Link, treffend formuliert von Hahn, auf Normalitätsvorstellungen beziehen und daran ihr Verhalten oder ihre Lebensgestaltung orientieren.

Dabei dient die Vorstellung von Normalitätsgrenzen den Subjekten als entscheidendes Kriterium, um die entsprechenden Kurvenverläufe zu regulieren: Es geht darum, ein Ausschereins ins ‚Anormale‘ zu vermeiden bzw. ggf. eine zu ‚enge‘ Normalität durch Verschiebung der Grenzen zu erweitern (vgl. Link et al. 1998, 5). (Hahn 2003, 29).

Für Waldschmidt stellt sich die Orientierungsfrage und sie bezieht sich dabei auf Link, wenn sie konstatiert und gleichzeitig fragt: „Normalistische Normen stellen das Individuum vor die Frage: Wer oder wie bin ich bzw. wie handle ich im Vergleich zu anderen?“ (Waldschmidt 2003, 131).

Im Normalisierungskonzept wird dagegen oftmals von einem erlebten Mangel und dem Wunsch nach Anpassung an die Normalität im Falle einer Behinderung ausgegangen. Da es historisch gesehen 1969 in Dänemark entstand und etwa 10 Jahre später in Deutschland weiter entwickelt wurde, kann es als Antwort auf die damals stark institutionalisierten Betreuungssysteme für behinderte Menschen verstanden werden. Denn es ging in diesem Konzept im Wesentlichen um die Normalisierung von Lebensbedingungen (vgl. Thimm 2008, siehe Kap. 1.2.1).

Diese Ansicht über einen erlebten Mangel wird aber von den meisten behinderten Menschen (vgl. Waldschmidt 1999, 2003, 2007) nicht geteilt. Sie nehmen nach wie vor die soziale Behinderung und die damit einhergehende Stigmatisierung als den bedeutsamsten Mangel in ihrem Leben wahr.

Um als nächstes den Aspekt der Stigmatisierung zu verdeutlichen, wird auf die Theorie von Goffman zurückgegriffen.

Goffman ([1963]/1975) verdeutlichte, dass ein „guter“ Behinderter gelernt hat, sich den gesellschaftlichen Erwartungen anzupassen, den Erwartun-

gen zu entsprechen, über sein Befinden zu schweigen und Nicht-Behinderte durch seine Erscheinung nicht zu verunsichern oder gar zu provozieren. Er meinte damit auch, dass man den einmal zugewiesenen Platz möglichst nicht mehr verlässt.

Unter diesen Umständen mag das stigmatisierte Individuum beispielsweise versuchen, „das Eis zu brechen“, indem es explizit auf seinen Fehler auf eine Weise, anspielt, die zeigt, dass es innerlich frei ist, fähig, seinen Zustand spielend leicht hinzunehmen. (Goffman [1963]/1975, 145f.).

Eine so genannte Wechselwirkung mit der Welt schien hier unerwünscht zu sein (vgl. Goffman [1963]/1975). Tröster betont mit Blick auf den Stigmatisierungsansatz von Goffman, dass es sich bei einer Behinderung um „eine Eigenschaft oder ein Merkmal eines Menschen [handelt, d. Verf.], das den Träger in den Augen anderer ‚zutiefst diskreditiert‘ (Tröster 1990, 14). Ein Stigma ist in diesem Sinne nicht ein Kennzeichen oder vielleicht eine ungünstige Eigenschaft. Es wertet vielmehr den gesamten Menschen ab (vgl. Tröster 1990, 14f.). Tröster kritisiert an Goffman, dass er in seinem Ansatz den Aspekt eines gesellschaftlichen Definitions- und Zuschreibungsprozesses vernachlässigt. Ausgangspunkt ist nach Tröster in einem Zuschreibungsprozess nicht das Stigma als Merkmal des Menschen mit Behinderung an sich, sondern es sind z. B. Institutionen oder Barrieren, die sie vom gesellschaftlichen Leben ausschließen. Partizipation sei aufgrund dieser Barrieren gar nicht oder nur unzureichend möglich. Solche Reglementierungsmechanismen isolieren den Menschen mit Behinderung und führen in Folge zu Ausgrenzung und Normalisierungsdruck. Dennoch betont Goffman in seinem Werk die Interaktion mit der Umwelt. Daraus folgen logischerweise Zuschreibungsprozesse. Auch wenn diese bei ihm nicht explizit formuliert werden, lassen sie sich dennoch implizit erkennen. Der mögliche Ausschluss aus dem gesellschaftlichen Leben als ein entscheidender Faktor in der Biographie eines behinderten Menschen bedeutet für das Vorhaben dieser Untersuchung, dass gesellschaftliche Isolation und Machtlosigkeit die behinderten Frauen besonders angreifbar machen.

Der Pathogenese eines Stigmatisierungsprozesses, wie Sartorius (2006) dies in Anlehnung an Goffman ausführt, ist eine andere Sichtweise entgegensetzen, welche die Ergebnisse aus der Empirie der vorliegenden Forschung nahe legen: Der Kreislauf von der Attribution bis zum sozialen

Rückzug, den Sartorius aufzeigt, kann durchbrochen werden. Nach einer offensichtlichen Benachteiligung in Folge von Attributions- und Diskriminierungsakten kommt es bei den interviewten behinderten Frauen zu Selbstbehauptung. Auf diesen Zusammenhang wird im empirischen Teil näher eingegangen. Wenn Selbstbehauptung in einer grenzüberschreitenden Situation nicht stattfinden kann, kommt es häufig zu emotionalen Verletzungen oder Schamgefühlen. Der Bedeutung der Scham in diesem Zusammenhang soll im nächsten Abschnitt weiter nachgegangen werden.

2.3 Aspekte der Scham und der Beschämung

Die Tatsache der häufigen Überschreitung von Schamgrenzen bei Menschen mit Behinderung verweist auf Neckels Modell der „sozialen Scham“. Neckel (1991, 243) konstatiert, dass soziale Scham „die tiefste Art [ist, d. Verf.], einen persönlichen Mangel zu empfinden, weil sie die eigene Selbstachtung ruiniert, das Wertempfinden der Person über die Art des eigenen Seins herabdrückt“. Er geht besonders auf die Diskrepanzwahrnehmung zwischen dem realen und dem idealen Selbst im Innern einer Person ein. Neckel (1991, 244) bezieht sich hier auf Bourdieu und spricht von den „praktischen Deutungskämpfen um das ‚wahrgenommene Sein‘ zwischen den verschiedenen Sozialgruppen einer Gesellschaft.“ Neckel verortet das Thema Scham ausdrücklich im Kontext sozialer Ungleichheit und macht damit deutlich, dass Anlässe der Beschämung nicht ausschließlich ein individuelles Gefühl darstellen, sondern von außen bewirkt und in Folge als Grenzüberschreitung erlebt werden können. Es geht ihm um „Erscheinungsweisen sozialer Mißachtung (Neckel 1991, 20), die durch Ungleichheit in der Gesellschaft entstehen. Gesellschaftliche Klassifizierungen (siehe dazu Kap. 1.2) und Zuschreibungsprozesse (siehe dazu Kap. 2.2) können bei behinderten Menschen zu einer Erfahrung von Minderwertigkeit führen. Ist dies dauerhaft der Fall, kommt es zu einer „habituellen Scham“ (ebd., 250). Neckel bezieht sich dabei auf das Habitus-Konzept von Bourdieu, wenn er soziale Scham als Teil des Habitus denkt. Beispielsweise wurde so genanntes „nachäffen“ von den interviewten Frauen vielfach als beschämend erlebt. Eine Interviewpartnerin schildert, wie sie in der Schule täglich wegen ihres auffälligen Gangbildes nachgemacht wurde.²⁷

Prütting bezieht sich mit seinen Ausführungen zu Gelächter und Scham auf Engel (1845), auf den sich Blume beruft, wenn sie schreibt:

²⁷ „Aber ich hab' halt oft erlebt, dass man nachgemacht wird – also grad in der Grundschule war's nun mal so, dass ich die Treppen hoch musste, [...] und dann wurde halt von gewissen Klassenkameraden gewartet, bis man ein Stückchen gelaufen ist, und dann wurde halt nachgemacht, ne. Das habe ich täglich in der Grundschule bei gewissen Leuten erlebt.“ (2_Reis:116–171)

In welchem Maße sich jemand schämt, ist laut Engel eine Frage des Selbstbehauptungswillens, liegt also darin begründet, wie groß jeweils die Reserven an personaler Emanzipation sind, [...] um damit Scham [...] defensiv herabzumindern oder gar durch Trotz offensiv abzuweisen (Blume 2003, 74ff.) (zit. in Prütting 2006, 127).

Interessant ist dabei, und da folgt Prütting weiter den Ausführungen von Engel, dass es vom Selbstbehauptungswillen abhängt, ob „aus dem Scham-Imperativ – ‚Schäm’ Dich!’ der Scham-Performativ – ‚Ich schäme mich““ (Prütting 2006, 127) wird. Hier ist von einer Stärke die Rede, die sich auch bei den interviewten Frauen mit Behinderungen finden lässt, nämlich beschämenden Situationen offensiv zu begegnen oder sie im Sinne einer Umdeutung zu verarbeiten. Verdichtet sich für Menschen die Erfahrung des Sich-Schämens dauerhaft und verbindet sie sich mit der Biographie, kann es laut Neckel zu einer „Scham als Habitus“ kommen (Neckel 1991, 250). Diese kann sich als Folge einer defizitären Selbstwahrnehmung zu einer „habituellen Scham“ verfestigen (ebd.).

2.4 Zusammenfassung

Die Ausführungen zu Habitus, Stigmatisierung, Zuschreibungsprozessen und sozialer Scham werden nun zusammengeführt. Die Begriffe Feld und Kapital von Bourdieu werden hier nicht noch einmal aufgegriffen, da sie in einem Bedingungsgefüge mit dem Habitus zu betrachten sind und oben ausführlich beschrieben wurden. Bourdieu spricht beim Habitus von der Inkorporierung sozialer Strukturen, von Besonderheiten im Verhaltensstil und im körperlichen Ausdruck eines Menschen, der im Kontext seiner Umwelt verstehbar ist. So scheint es naheliegend, dass die körperliche Behinderung der hier interviewten Frauen, die in Aussehen, Gestik, Mimik und Sprache für das Gegenüber sichtbar wird, den Habitus der behinderten Frauen formt. Anders ausgedrückt: Wenn der Körper als Speicher kultureller und sozialer Wirklichkeit betrachtet wird, ist auch das Behindertsein eine inkorporierte Erfahrung. Stigmatisierungs- und Zuschreibungsprozesse führen dazu, dass die Behinderung als eine von der Norm abweichende Körperlichkeit und Interaktionsfähigkeit wahrgenommen wird. Es kommt zu Ausgrenzungsversuchen von Seiten des Umfeldes und zu Akten der Selbstbehauptung oder des Rückzugs auf Seiten der behinderten Frauen. Die soziale Scham, von Neckel als habituelle Scham charakterisiert, ist für die vorliegende Untersuchung von besonderer Wichtigkeit, da in Pflege- und Therapiesituationen regelmäßig Grenzüberschreitungen stattfinden und dort die Grenzen von Scham und körperlicher Intimität ständig verschoben werden. Die behinderten Frauen haben u. U. erfahren, dass jede/r sie mobilisieren, berühren oder waschen durfte (vgl. Zinsmeister 2007, 40.). In der Einleitung zu dieser Forschungsarbeit wurde dies bereits verdeutlicht.

Folgerichtig werden nun in Kapitel 3 die Begriffe Grenzüberschreitung und Grenzverletzung ausgelotet und die Begriffe Gewalt und sexualisierte bzw. sexuelle Gewalt davon abgegrenzt. Fließende Übergänge müssen dabei unbedingt beachtet werden, da Grenzüberschreitung, Grenzverletzung und (sexuelle) Gewalt von den behinderten Frauen jeweils unterschiedlich bewertet und eingeordnet werden.

3 Grenzüberschreitung

Grenzüberschreitung ist doppeldeutig und daher nur schwer einzuordnen oder zu definieren. So bietet dieser Begriff einen Interpretationsspielraum, der für diese Arbeit hilfreich erscheint.

Gleichwohl soll begrifflich präzisiert werden, was unter einer Grenzüberschreitung verstanden wird. Dazu werden Grenzverletzung und sexuelle Gewalt voneinander abgegrenzt, wobei die Übergänge aber fließend bleiben. Festzuhalten ist, dass es in dieser Arbeit nicht um die ordnungsbildende Funktion von Gewalt geht, sondern um ihre destruktive, zerstörerische und verletzende Seite (vgl. Hüttermann 2000, 55ff.).

Das Kapitel möchte eine Spur legen, ausgehend von dem Gefühl für die eigene körperliche Grenze und den dazu gehörigen Erklärungsansätzen, wie sich dieses Bewusstsein in einer Einheit von Körper und sozialem Erleben entwickelt. Diesem Weg folgend wird dem Thema Gewalt und Grenzverletzung in seiner verletzenden Dimension nachgegangen. An dieser Stelle wird die Bezeichnung von symbolischer Gewalt als einer „sanften und häufig unsichtbaren Gewalt“ (Bourdieu [1998]/2005c, 66) als Erklärung herangezogen. Dies wird mit einem sehr weitgefassten Gewaltbegriff von Galtung unterlegt. Es folgt eine Begriffsbestimmung für den Bereich der sexuellen Gewalt.

Im letzten Teil wird bewusst der tendenziell passive Blickwinkel des Erleidens und Erduldens verlassen und die aktive Perspektive der Akteurinnen betont, d. h. die Frauen mit Behinderungen, die in dieser Studie zu Wort kommen, überschreiten selbst Grenzen, indem sie sich gegen die Missachtung ihrer Rechte wehren und ihre Interessen aktiv durchsetzen.

3.1 Das Bewusstsein für die eigene Grenze

In diesem Kapitel wird zuerst die Haut als Grenzorgan betrachtet. Damit werden grundlegende Überlegungen zum Thema körperliche Grenze verbunden. Schaut man dazu in ein Lehrbuch für Gesundheitsberufe, findet man gleich am Anfang zu den Funktionen der Haut vier Wesensmerkmale, die sowohl für die physiologische Funktion wie auch für das soziale Erleben stehen:

- die Trennung von Innen- und Außenwelt
- die Haut als Sinnesorgan mit ihren Tastkörperchen
- die Haut als Regulationsorgan für Kälte, Wärme und Flüssigkeit
- die Haut als Spiegel der Seele und Kommunikationsorgan

(vgl. Schäffler/Schmidt 1996, 148)

Die persönliche Grenze bildet sich zunächst in der menschlichen Entwicklung über die Sinne der Taktilität und Propriozeption heraus, d. h. der Mensch entwickelt über die Haut und die Tiefensensibilität eine Vorstellung von sich und seiner Umgebung.²⁸ Gleichzeitig kommuniziert der Säugling oder das Kleinkind über die Pflege mit seinen Bezugspersonen und erhält dort überwiegend auf den Körper (und damit auf sich) bezogene Rückmeldungen in Form von Berührungen, Blicken und sprachlicher Zuwendung. Beides umhüllt den Säugling wie ein zweiter schützender emotionaler Mantel.²⁹ Der Mensch wird berührt und ist berührt, er spürt sich selbst und gleichzeitig seine Grenze (Distanz) zum anderen. „Die Haut ist Symbol für diese Distanz wie für ihre Überwindung in der Berührung“ (König 1997, 436).

²⁸ Diese Vorstellung entwickelt sich bereits vorgeburtlich, wie insbesondere die Forschungen von Comparetti in den 1980er Jahren nachweisen konnten. (vgl. Paritätisches Bildungswerk 1986, S. 9–18). Diese Aspekte werden in dieser Arbeit nicht vertieft, sollen aber auch nicht unerwähnt bleiben.

²⁹ Selbstachtung und Selbstwertgefühl entwickeln sich vor dem Hintergrund einer aufmerksamen Haltung der Bezugspersonen, die schon früh die Grenzen und das eigene Tempo des Kindes beachten, aber auch Grenzen von außen setzen. Hier kann das Thema nur angerissen werden. Allerdings soll die Perspektive um das Körperliche erweitert werden. Daher werden – ausgehend von der Annahme eines prinzipiell bestehenden Zusammenhangs zwischen Körperlichkeit und sozialem Handeln – in loser Abfolge einige Autoren/Autorinnen mit fundierten Aussagen zu dem Thema genannt: Ayres (1984) zur Wahrnehmungsentwicklung, Montagu (1971) für die Bedeutung von Körperkontakt und Haut, König (1997) für die Betrachtung der Haut aus anthropologischer Perspektive, Strub/Tardos (2006) für die Bedeutung der Kommunikation bei der Pflege von Säuglingen und Stadelbacher (2010) für einen Überblick im Bereich der Soziologie.

Besonderheiten treten im Hinblick auf medizinische, therapeutische und pflegerische Maßnahmen auf, die Kinder mit Behinderungen möglicherweise bereits sehr früh (als eingreifend/grenzverletzend) erleben (vgl. Przytulla/Schneider 2003, 78f.). Eine wichtige Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Entwicklung von Schamgefühl und damit verbunden dem Respektieren von Schamgrenzen zu. Weitere Aspekte sind häufige medizinische Untersuchungen, Operationen, das Angefasst-Werden und (bewertende) Blicke im Rahmen therapeutischer Maßnahmen, wie beispielsweise während der Physiotherapie. Vor diesem Hintergrund entwickelt sich ein Gespür für die persönliche Grenze und die Fähigkeit diese zu wahren.

Durch die Tatsache, dass bei einem Menschen mit Körperbehinderung regelmäßig medizinische Untersuchungen oder therapeutische Begutachtungen anstehen, kann es zunehmend schwerer werden, ein Gefühl für die eigene Grenze zu entwickeln oder sie immer wieder neu aufrecht zu erhalten (vgl. Zinsmeister 2007, 38ff.).³⁰ An diesem Punkt wird die Bedeutung von körperlichen Grenzen deutlich.

Zu unterstreichen ist daher die Notwendigkeit den Körper in soziologische Betrachtungen einzubeziehen. Durch Blick auf die Körpergrenzen soll zugleich das Bewusstsein für die körperliche Dimension in sozialen Interaktionen von behinderten Frauen mit ihrer Umwelt geschärft werden. Das heißt, der Körper befindet sich nicht nur aus physiologischer Sicht in einer ständigen Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt, sondern er strukturiert auch durch sein Anderssein die Umgebung. Der behinderte (veränderte) Körper tut dies in besonderer Weise, denn „Marginalisierung und Normalisierung haben eine körperliche Dimension“ (Schmincke 2007, 13). Im Folgenden kommen zuerst Grenzüberschreitungen zur Sprache, die aus der Umgebung in Form beispielsweise symbolischer Gewalt an die Frauen mit Behinderungen gelangen.

³⁰ Frau Schulze erzählt von einer Körperpflegesituation: „Also ich beherrsche zwar immer noch diese Fähigkeit, wenn etwas mit meinem Körper passiert, die Empfindung abzuschalten, ja, also ich bin dann nur im Kopf. Also erzähle halt irgendwas oder sage halt, was sie mit mir machen sollen, aber es gelingt mir meistens, irgendwie nichts dabei zu empfinden.“ (10_Schulze: 479–482)

3.2 Grenzüberschreitung und Symbolische Gewalt unter dem Blickwinkel Pierre Bourdieus

Während im Kapitel 2.1 der Habitus-Ansatz im Kontext von Kapital- und Feldtheorie von Bourdieu erläutert wurde, wird an dieser Stelle der Aspekt der symbolischen Gewalt betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass Akte der Exklusion behinderter Menschen der symbolischen Gewalt zugeordnet werden können. Zunächst ist es wichtig zu verdeutlichen, dass Bourdieu das symbolische Kapital in Verbindung zur symbolischen Gewalt setzt. Bourdieu bezeichnet das symbolische Kapital als „eine beliebige Sorte von Kapital“, da das ökonomische, soziale und kulturelle Kapital in einer bestimmten Konstellation zu symbolischem Kapital werden kann (Bourdieu [1994]/1998, 150). Wenn also symbolisches Kapital mit Anerkennung umschrieben werden kann, so wirft die „Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen oder Institutionen [...] gleichsam eine Rendite ab“ (Peter 2004, 52f.), die Person erhält beispielsweise leichteren Zugang zu Bildung und den entsprechenden Institutionen. Um symbolische Gewalt auszuüben, ist aber nach Bourdieu zuvor ein Akt der Anerkennung oder Abwertung notwendig, der sich aus dem symbolischen Kapital ergibt. In Fortführung des Beispiels der Exklusion heißt das: Die Person mit Behinderung erhält beispielsweise Anerkennung durch die Möglichkeit des Besuchs einer Universität, muss sich dort aber erneut Achtung oder Akzeptanz verschaffen, indem sie sich Akten der symbolischen Gewalt unterwirft. Das kann konkret heißen, sich in bestimmte Hierarchien zu fügen oder Ausgrenzungsversuche von Seiten der Studierenden oder Lehrenden hinzunehmen.

Symbolische Gewalt wird von Peter auch als „sanfte Gewalt“ beschrieben (Peter 2004, 48), um zum Ausdruck zu bringen, dass es sich hier nicht um physische Gewalt³¹ oder offene Repressalien handelt. Dies soll an einem weiteren Beispiel verdeutlicht werden: Wenn also ein erwachsener Mensch mit einer Behinderung zu einer festen Zeit ins Bett gehen muss, damit seine Versorgung, wie beispielsweise die Körperpflege oder andere medizinische Notwendigkeiten gewährleistet werden kann, dann wird die

³¹ Physische Gewaltformen sind Formen von Körperverletzung, treten, schlagen, würgen, das absichtliche Vorenthalten oder Geben von Medikamenten, der Zwang zu essen oder zu trinken oder deren Entzug. Diese werden in dieser Forschungsarbeit nicht näher betrachtet, da sie nicht Gegenstand der Erhebung und der Forschungsfrage waren und darüber hinaus in den Interviews nur sehr selten thematisiert wurden.

‚normalerweise‘ übliche Selbstbestimmung dieses Menschen untergraben, die darin bestände, zu einer frei gewählten Uhrzeit zu Bett zu gehen. Es findet ein Akt symbolischer Gewalt statt. Begründet der behinderte Mensch sich diese Situation etwa in dem Sinne selbst, ‚das Pflegepersonal hat viel zu tun, daher geht es nicht anders...‘ wird symbolische Gewalt wirksam und nach Bourdieu festigen sich so Machtstrukturen. In dem Beispiel kommt es möglicherweise zu einem stillen Einverständnis zwischen dem behinderten Erwachsenen und der Pflegeperson (vgl. Bourdieu [1994]/1998, 173f.).

Auch in kritischen, distanzlosen oder vernichtenden Blicken können sich bspw. Akte der symbolischen Gewalt zeigen, da sie einen Menschen still verhöhnen oder Schamgefühle hervorrufen können (vgl. Prütting 2006, 124). Eine Interviewpartnerin schildert z. B. ihre im wörtlichen Sinne entblößenden Erfahrungen, die sie in einem Sanitätshaus bei der Hilfsmittelversorgung gemacht hat.³²

Handlungen symbolischer Gewalt ergeben sich nach Bourdieu aus der habituellen Abstimmung der Akteure mit ihrem Gegenüber, d. h. auch behinderte Frauen haben möglicherweise Dispositionen verinnerlicht, wie etwa eine habituelle Scham (siehe dazu Kap. 2) oder ein Gefühl der Minderwertigkeit. Nicht-behinderte Akteure haben zuvor dafür die Maßstäbe festgelegt, mit denen bspw. Leistung und Können gemessen wird. Sie bestimmen die Norm und geben damit Anlass zur Beschämung. Akte symbolischer Gewalt reproduzieren sich genau an dieser Stelle immer wieder neu.

Symbolische Gewalt findet sich nach Bourdieu vor allem dort, wo die Anwendung offener Gewalt nicht möglich ist, weil bestimmte Gesetze oder Konventionen dies untersagen (vgl. Peter 2004, 48f.).

In diesem Abschnitt sollte die Bedeutung symbolischer Gewalt insbesondere im Zusammenhang mit der vorliegenden Studie und dem Thema Behinderung veranschaulicht werden. Der Begriff Grenzüberschreitung wurde so theoretisch eingerahmt. Die Bedeutung materieller Gegenstände bei der Ausübung symbolischer Gewalt wurde nicht berücksichtigt, sondern

³² „[...] und der hat das so gemacht, der hat wirklich (...), also dieses Sanitätshaus (...), da hing ich halt dann auch wieder nackt bis auf die Unterhose [...] in diesem Durchgang, ja, da sind dann alle...[vorbei gegangen, d. Verf.]“ (Schulze_10:309–311)

ausschließlich Augenmerk auf die soziale Dimension des Phänomens gerichtet.

Im nächsten Kapitel wird die sexuelle Gewalt als größtmögliche Demütigung einer (behinderten) Frau mit einem hohen zerstörerischen Potenzial in den Blickpunkt gerückt.

3.3 Sexuelle Gewalt, sexualisierte Gewalt und Grenzverletzung

In der vorliegenden Studie ist sexuelle Gewalt nicht der Untersuchungsgegenstand. Dennoch wird das Thema in einigen Interviews angeschnitten. In Bezug auf die Untersuchungsgruppe sind besonders die Grenzbereiche „Körperpflege“ und „therapeutische Intervention“ zu beachten, in denen es leicht zu Anzüglichkeiten oder zweideutigen Berührungen in unterschiedlichen Intimzonen³³ der jeweiligen Person kommen kann. Eine Grenzziehung ist hier besonders schwierig, da ein potenzielles Abhängigkeitsverhältnis (siehe dazu Einleitung) zwischen derjenigen, die Unterstützungsbedarf hat, und dem/der Pflegenden besteht. Zusätzlich kann diese Konstellation geprägt sein von Akten symbolischer Gewalt (siehe Kap. 3.2). Ausgehend zunächst von dem Gedanken eines sehr subjektiv geprägten und dehnbaren Gewaltbegriffs, der Grenzverletzungen und Gewalt als etwas ‚Individuell-Persönliches‘ beschreibt, was gegen den Willen der jeweiligen Frau geschieht (die persönliche Grenze definiert jede Frau selbst), wird verwiesen auf eine bedeutsame Aussage von Degener, die in ihren zahlreichen Publikationen³⁴ immer wieder auf die „besondere Vulnerabilität“ (Degener 2003a, 222) von Mädchen und Frauen mit Behinderungen hingewiesen hat, die sich z. B. aus ihrer Sicht daran zeigt, dass Selbstbestimmung im Alltag auf Grund der Beeinträchtigung schwerer oder gar nicht zu realisieren ist, wenn eine Frau bspw. auf Pflege oder Unterstützung angewiesen ist. Hier kann es besonders schwierig werden, die persönliche Grenze zu definieren. Der Körper wird schnell als öffentlich erlebt. Die jeweilige Person kann nicht mehr einschätzen, wo eine Grenze zu ziehen wäre. Therapien und medizinische Eingriffe können zusätzlich das Gefühl des Grenzverlustes verstärken (vgl. Degener 2007, 167–178). Der nationale und internationale Forschungsstand (siehe dazu Kap. 4) zeigt zudem eindeutig, dass sexuelle Gewalt gegen Frauen mit unterschiedlichsten Behinderungen ein signifikantes und sehr ernst zu nehmendes Problem darstellt und die Dunkelziffer nach wie vor in diesem Bereich sehr hoch ist (vgl. Zinsmeister 2003; Bungart 2005).

³³ Der Begriff Intimzone bezieht sich nicht nur auf die Geschlechtsorgane oder äußere Geschlechtsmerkmale, wie bspw. die Brust, sondern dazu gehören ebenso Gesicht, Mund etc.

³⁴ vgl. Degener 1990, 1991, 1994, 1996, 2002, 2003a, 2003b

Um Missverständnisse zu vermeiden, müssen vor der Annäherung an den Begriff Grenzverletzung die Begriffe sexuelle bzw. sexualisierte Gewalt bzw. Missbrauch oder Ausbeutung, die teilweise synonym verwendet werden, geklärt werden. Umgangssprachlich und alltagsweltlich fällt auf, dass die Begriffe sexualisierte und sexuelle Gewalt häufig qualitativ unterschieden werden, d. h. unter sexualisierter Gewalt werden eher zweideutige Bemerkungen verstanden, wie die so genannte verbale Anmache oder intime Berührungen, die ‚wie nebenbei‘ geschehen. Letztere sind besonders bei Formen der Hilfestellung von Bedeutung, wie beispielsweise das Setzen in den Rollstuhl und das Anbringen eines Befestigungsgurts von einer Helferperson. Sexuelle Gewalt wird dagegen meist assoziiert mit dem Zwang zum Geschlechtsverkehr, einer Vergewaltigung oder dem sexuellen Missbrauch. Diese Aufzählung reißt die Spannbreite nur an und soll dazu dienen, sich einer Eingrenzung anzunähern, die behinderte Frauen selbst gefunden haben. Jenseits alltagstauglicher, strafrechtlicher oder sozialwissenschaftlicher Definitionen soll das Problem zunächst mit einem Zitat von Aiha Zemp umrissen werden, die sexuelle Gewalt als den Ausdruck eines ungleichen Machtverhältnisses charakterisiert.

Menschen mit einer Behinderung stehen in einem Machtungleichgewicht in Bezug auf Ressourcen-, Artikulations- und Informations-, Positions- und Organisationsmacht. Sexuelle Ausbeutung fängt da an, wo eine Person von einer anderen als Objekt zur Befriedigung gewisser Bedürfnisse gebraucht wird und dieser Handlung nicht informiert und frei zustimmen kann. (Zemp 2002, 126).

Für die weitere begriffliche Klärung wird in der vorliegenden Arbeit auf die grundsätzlichen Überlegungen von Bärbel Mickler Bezug genommen. Der Begriff „sexuelle Gewalt“ wird von ihr expliziert als eine Form der Gewalt, die auf sexueller Ebene ausgetragen wird (vgl. Mickler 2001, 102). Dazu gehören alle Handlungen, die von der Vergewaltigung über die sexuelle Nötigung bis zu so genannten Anzüglichkeiten³⁵ reichen können (vgl. Noack/Schmid 1994, 20ff.; Zinsmeister 2003, 13f.; Bungart 2005, 17f.). Den vorangegangenen Überlegungen folgend wird in dieser Arbeit der Begriff sexuelle Gewalt benutzt, daneben werden aber so genannte Anzüglichkeiten (s. o.) nochmals separat betrachtet.

³⁵ Dazu gehören: Bedrängen, Verfolgen, Telefonterror, Einschüchterung, Herabsetzung, Spott, Ausnutzen einer Behinderung, anzügliche Witze erzählen, etc.

Der Begriff Grenzverletzung lässt sich nur schwer gegen sexuelle Gewalt oder den oben zunächst ausgeklammerten Bereich der physischen Gewalt abgrenzen. In dieser Arbeit soll Grenzverletzung als eine physische und/oder psychische Form der Gewalt aufgefasst werden, die nicht zwangsläufig etwas mit Sexualität zu tun haben muss. Grenzverletzungen in physischer Form können z. B. im Zusammenhang mit körperlichen Übergriffen geschehen, wenn etwa der Rollstuhl unvermittelt und ohne vorherige Ankündigung nach hinten angekippt wird, um eine Türschwelle zu überwinden. Die Intimsphäre (psychische Form) kann beispielsweise verletzt werden, wenn Betreuungspersonen in einer Wohneinrichtung ohne Anklopfen ein privates Zimmer betreten oder persönliche (intime) Details der Bewohnerinnen und Bewohner im Teamgespräch verbreiten.

Für eine Horizonterweiterung in diesem Themenfeld wird der norwegische Friedensforscher Johan Galtung, der seinen Erklärungsansatz sehr breit anlegt und sich in der Hauptsache mit Konfliktforschung beschäftigt, mit seinem Modell eines Gewaltdreiecks³⁶ hinzugezogen. Er teilt Gewalt in sichtbare und unsichtbare Gewalt und in direkte, kulturelle und strukturelle Gewalt ein, wobei die sichtbare der direkten Gewalt zugeordnet wird, während die kulturelle und strukturelle Gewalt der unsichtbaren Gewalt zugeordnet werden (vgl. Galtung [1996]/2004).

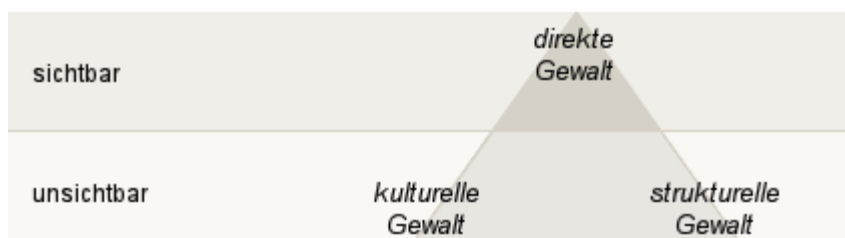


Abbildung 2: Formation der Gewalt, Johan Galtung, 2004

Mit sichtbar und unsichtbar werden die Auswirkungen von Gewalt beschrieben, mit den Termini direkte, kulturelle und strukturelle Gewalt sind die Ebenen, auf denen Gewalt ausgeübt wird, gemeint. Galtung geht

³⁶ Das hier verwendete Gewaltdreieck stammt aus einem Beitrag mit dem Titel „Gewalt, Krieg und deren Nachwirkungen“, der nur noch als Auszug aus 2004 auf der Internetplattform polylog vorliegt. Die Recherche auf der Internetplattform Transcend, auf der nahezu alle frei verfügbaren Texte von Johan Galtung als Download zur Verfügung stehen, und die persönliche Rücksprache mit Dr. Dietrich Fischer (Transcend Deutschland) hat ergeben, dass der Text auf einen englischsprachigen Text von Galtung zurück geht mit dem Titel „Violence, War and the Aftermath“ von 1996. Zum anderen finden sich weitere Ausführungen in einem UN-Manual von Galtung 2000, 13.

zudem davon aus, dass kulturelle und strukturelle Gewaltformen eine Grundlage schaffen für direkte Gewalt. Andersherum wird durch direkte Gewalt die strukturelle und kulturelle Gewalt verstärkt (vgl. Galtung [1996]/2004). Nach Galtung zeigt sich die sichtbare und direkte Gewalt verbal und physisch und geschieht nicht versteckt oder indirekt (ebd.).

Auf das Beispiel Behinderung bezogen heißt dies, jemand wird für alle hörbar verbal beleidigt, beschimpft oder ausgeschlossen oder auf der körperlichen Ebene angegriffen, verletzt, bedroht oder überfallen. Die unsichtbare Gewalt zeigt sich für Galtung nicht offen. Sie drückt sich beispielsweise aus in Macht und Repressalien (ebd.). Ziemen (2003, 3) spricht für den Bereich der Behindertenhilfe z. B. von „paternalistischen Beziehungen“ und bezieht sich dabei auf Jantzen (2002), mit anderen Worten: Hier geschieht etwas zum Wohle des anderen, aber möglicherweise gegen seinen Willen. Dies kann sich sowohl in einem subtilen Normalisierungsdruck als auch in pädagogischen Reglementierungen zeigen. Das heißt, symbolische Gewalt, die weiter oben beschrieben wurde, findet statt und ist gleichzeitig unsichtbar, da sie sich aus den strukturellen und kulturellen Gegebenheiten gut begründen lässt.

Für die hier vorliegende Forschung bedeutet dies: Es werden Grenzüberschreitungen sichtbar gemacht, die gesellschaftlich noch nicht als solche wahrnehmbar sind oder sich vielleicht unter einem ‚pädagogischen Deckmantel‘ verstecken. Oftmals treten sie nicht als direkte und sichtbare Gewalt zu Tage und sind daher schwer zu erkennen. Das Faktum, dass es in der Alltagsgestaltung oder einer Betreuungssituation schwierig wird, Selbst- und Fremdbestimmung klar voneinander abzugrenzen und die Verknüpfungen zu pädagogischen Gegebenheiten, therapeutischen Interventionen oder medizinischen Eingriffen zu entschlüsseln, erschwert die Klärung aus der Perspektive eines behinderten Menschen mit Unterstützungsbedarf erheblich (vgl. Fornfeldt 2000, 33).

In Bezug auf sexuelle Gewalt kann es sein, dass sie zwar unsichtbar bleibt, da sie keine sichtbaren Wunden am Körper hinterlässt, aber es bleiben Traumata und diese Wunden können unauslöschlich sein (vgl. Galtung [1996]/2004). Ebenso hinterlassen alltägliche Beleidigungen, Respektlosigkeit oder Ausgrenzungserfahrungen unsichtbare Wunden.

Die Autorin möchte für die tiefer liegenden Beweggründe von Grenzüberschreitungen im weitesten Sinne sensibilisieren. Die Überlegungen sollen daher nicht bei den Situationen, die den Frauen widerfahren sind, stehen

bleiben, sondern Fragen nach dem Woher und Warum ausdrücklich zu lassen.

Es wird nun bildlich gesprochen ein Wechsel des Blickwinkels vorgenommen: Die Frauen mit Behinderungen überschreiten als Akteurinnen aktiv Grenzen und akzeptieren nicht die ihnen von den Nichtbehinderten auferlegten Schranken. Sie befreien sich, grenzen sich gegen unangemessene Fremdurteile ab und betreten neue soziale Räume. Nach Bourdieu können Felder Räume sein. „Das soziale Spiel ist geregelt, ist Regelmäßigkeiten unterworfen. Was darin geschieht vollzieht sich auf *regelmäßige* Weise;“ (Bourdieu [1987]/1992, 85/ Hervorhebung i. O). Bourdieus Feldlogik ist insofern offen, da sie sich mit den Akteurinnen, ihrem Habitus und den erworbenen Kapitalien verändern können. (vgl. Bourdieu [1992]/2006, 127).

Die Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins (§ 44 Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX), um die es im nächsten Kapitel gehen wird, können die behinderten Frauen dabei unterstützen, diesen Weg zu gehen und Grenzen zu überschreiten.

3.4 Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen und Frauen mit Behinderung

Um die eigene Grenze zu wahren und sich ihrer bewusst zu werden, sich zu wehren oder zu verteidigen gibt es seit über 30 Jahren Selbstverteidigung für Frauen (vgl. Degener 2003a; Kelly 2007, 35f.). Vor diesem Hintergrund sind seit 2003 im Sozialgesetzbuch IX die „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins für Mädchen und Frauen mit Behinderung“ (§ 44 Abs. 1 Ziff. 3) gesetzlich verankert. Damit besteht die Möglichkeit für behinderte Mädchen und Frauen, sich Handlungsräume zu eröffnen bzw. zu erobern. Auf diese spezielle Gelegenheit in Deutschland, ein derartiges Angebot über den Rehabilitationssport als Sozialleistung wahrzunehmen, soll hier eingegangen werden³⁷.

Der Hintergrund ist, dass die interviewten Frauen der Untersuchungsgruppe zum überwiegenden Teil an Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskursen teilgenommen haben und diese ausnahmslos für sich als stärkend erlebten. Außerdem wurden sie in den Interviews zu Wünschen und Erwartungen an ein solches Angebot befragt.

Im Zusammenhang damit ist die Neugestaltung des Rehabilitationsrechtes mit der Verabschiedung des SGB IX von Relevanz. Mädchen und Frauen mit Behinderungen wurden erstmals ausdrücklich als Zielgruppe benannt und berücksichtigt. Gleich in § 1 SGB IX, der Zielbestimmung des Gesetzes, heißt es, dass den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen werden soll. Diese gesetzlich verankerte Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Frauen und Kindern mit Behinderung ist das Ergebnis einer starken Interessenvertretung von behinderten Frauen. Im Rehabilitationssport werden Mädchen und Frauen mit Behinderungen durch die Einführung einer ergänzenden Rehabilitationsleistung in besonderer Weise berücksichtigt. Die so genannten Übungen für behinderte Mädchen und Frauen, die der Stärkung des Selbstbewusstseins dienen (§ 44, SGB IX),

³⁷ In der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1.1.2011 wurde von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) festgelegt: „Rehabilitationssport kann auch spezielle Übungen für behinderte und von Behinderung bedrohte Frauen und Mädchen umfassen, deren Selbstbewusstsein als Folge der Behinderung oder drohenden Behinderung eingeschränkt ist und bei denen die Stärkung des Selbstbewusstseins im Rahmen des Rehabilitationssports erreicht werden kann.“ (BAR 2011, 6)

können als ergänzende Leistung zur beruflichen und medizinischen Rehabilitation gewährt werden.³⁸

Nur selten richten sich Angebote im Sport ausschließlich an behinderte Mädchen und Frauen. Eine Ausnahme stellen daher Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse für Mädchen und Frauen mit Behinderung dar, die seit etwa 15 Jahren in Deutschland angeboten werden. Selbstbehauptungskurse finden in der Regel in Frauenkampfsportschulen statt und wurden in der feministischen Frauen- und Mädchenarbeit entwickelt. Dort können Mädchen und Frauen mit Behinderungen ihr Recht auf (sexuelle) Selbstbestimmung wahrnehmen und einüben (s. o.).

Aufgrund der Forschungslage und des Erfahrungsaustausches mit langjährig tätigen feministischen Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungstrainerinnen, die mit behinderten Frauen arbeiten, kann von einem positiven Effekt des Trainings ausgegangen werden. Es ist das Ziel der Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins, die Frauen in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken, damit sie eigene Entscheidungen treffen und nach ihnen handeln können.

Das Selbstbehauptungstraining hat ausdrücklich nicht die Zielsetzung, ein Training *für* behinderte Frauen, sondern ausdrücklich ein Training *mit* behinderten Frauen zu sein. Mitwirkungsmöglichkeiten bzw. Empowerment bleiben damit keine Floskel. Es gilt im Rahmen des Selbstbehauptungstrainings Strategien zu finden, die geeignet sind das Maß an Selbstbestimmung im Leben der jeweiligen Frau zu erhöhen und sie darin zu unterstützen, sich in die Lage zu versetzen, ihre Belange (wieder) eigenmächtig und selbstverantwortlich zu vertreten und zu gestalten. Die Frauen selbst sind die Akteurinnen und Ergebnisse aus den Workshopevaluationen des Forschungsprojekts SELBST belegen dies. Beispielsweise äußerten die Teilnehmerinnen zu ihrem Lerngewinn, dass sie „rechtzeitiger NEIN sagen“ konnten oder berichteten „von erfolgreich gemeisterten problematische Situationen“ (2008, 375). Empowerment bezeichnet an dieser Stelle ganz konkret sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Trainerin, die Gestaltungsspielräume und Ressourcen jeder einzelnen Teilnehmerin wahrzunehmen und zu nutzen (vgl. Herriger 2009).

³⁸ Anfang Mai 2007 wurde in Berlin ein Europäisches Netzwerk als Organisation behinderter Frauen gegründet. In die Resolution wurde explizit unter den Passus Gewalt aufgenommen: „Prävention von sexualisierter Gewalt durch Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskurse für Mädchen und Frauen mit Behinderung (vgl. Weibernetz 2008, 51).

Zusätzlich muss auf eine gewisse Zweiseitigkeit in diesem Thema hingewiesen werden, da seit der Studie in Nordrhein-Westfalen (vgl. Klein/Palzkill 1998) im Bereich des Sports Gewalt gegen Mädchen und Frauen kein Geheimnis mehr darstellt und durch eine breite öffentliche Kampagne der Versuch einer Enttabuisierung gestartet wurde. Diese Studie zeigt deutlich auf, dass im Sport, der landläufig gewissermaßen als eine heile Welt wahrgenommen wird, unterschiedliche Formen der Grenzüberschreitung stattfinden. Gleichzeitig macht sie deutlich, dass bestimmte Werte des Sports, wie beispielsweise Integration, Fairness oder Rücksichtnahme, für Frauen nur eingeschränkt gültig sind (vgl. Klein/Palzkill 1998, 7f.). In diesem Zusammenhang stellt sich eine Verankerung des Themas – Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins – im Rehabilitationssport als möglicherweise problematisch dar, weil es dort, wie im Sport generell, eine Abwehr in Bezug auf das Thema Gewalt und Grenzüberschreitung gibt. Hierzu darf die interne Kultur des Sports nicht aus den Augen verloren werden. Denn es scheint so, „dass auch ärgste Eingriffe in die Integrität anderer Menschen sozial toleriert, akzeptiert und unter Umständen sogar verklärt werden“ (Klein/Palzkill 1998, 25).

Mit Blick auf dieses Dilemma werden Fragen im Zusammenhang mit einem Effekt eines Selbstbehauptungstrainings oder das erklärte Ziel von mehr Selbstbestimmung noch einmal diskutiert werden müssen.

Ausgehend von der zweideutigen Bedeutung des Begriffs Grenzüberschreitung unter Einbeziehung der Akteurinnenperspektive führten die Überlegungen über die Bedeutung des Bewusstseins für die eigene Grenze, über die Mechanismen der symbolischen Gewalt in diesem Zusammenhang bis hin zu Grenzverletzungen, sexueller Gewalt und der besonderen Schwierigkeit für Frauen mit körperlichen Behinderungen, ein klares Gespür für die eigene Grenze zu entwickeln. Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungsangebote leisten einen wichtigen Beitrag dazu.

Im nächsten Kapitel wird zum einen der nationale und internationale Forschungsstand zum Thema Grenzüberschreitung dargestellt, zum anderen auszugsweise auf Untersuchungen zum Thema (sexuelle) Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen eingegangen.

4 Forschungsstand

Einleitend werden einige grundsätzliche Überlegungen zum Forschungsstand vorgestellt. Studien zum Themenkreis Gewalt und Grenzüberschreitung gegen behinderte Menschen im nationalen und internationalen Raum waren bis in die 1990er Jahre überwiegend quantitativ angelegt und konnten damit ein Bewusstsein für die Tatsache schaffen, dass Frauen und Männer mit Behinderungen in hoher Zahl insbesondere von Gewalt in den verschiedensten Formen betroffen sind. Diese Erkenntnis ist weit reichend, da erstens behinderte Frauen und Männer jahrzehntelang nicht als Opfer von Gewalt wahrgenommen wurden und zweitens Übergriffe, beispielsweise sexuelle, gegen behinderte Frauen strafrechtlich kein Gehör fanden. Für die Strafrechtsreform 2003 in Deutschland kann gesagt werden, dass behinderte Menschen in der Regel im Vorwege als widerstandsunfähig definiert wurden, was meist eine Verringerung des Strafmaßes zur Folge hatte. Durch die Neuregelung ist der Strafrahmen angeglichen worden, so dass bei angenommener Widerstandsunfähigkeit keine Strafmilderung mehr zu erwarten ist. Durch diese Gesetzesänderung ändert sich aber nichts am Ausmaß der Übergriffe gegen behinderte Menschen (vgl. Zinsmeister 2003; Bungart 2005).

Wie bereits in Kapitel 3 dargelegt, ist die Grenze zwischen einer Grenzüberschreitung, einer Grenzverletzung und (sexueller) Gewalt fließend. Diese Schwierigkeit der trennscharfen begrifflichen Abgrenzungen lässt sich auch in den Studien und wissenschaftlichen Aufsätzen finden (s. u.). Ein Grund dafür ist möglicherweise, dass an der Schnittstelle Grenzüberschreitung und Grenzverletzung der Deutungshoheit der behinderten Frauen eine enorme Bedeutung zukommt. Denn zuallererst benennen, interpretieren und bewerten sie ihr Erlebnis von Grenzüberschreitungen durch andere selbst. Zum Beispiel konnten qualitative Untersuchungen in Großbritannien hervorbringen, dass es auch für Frauen (ohne Behinderungen) schwer sein kann, „eine klare Trennungslinie zwischen einer Vergewaltigung und Sex im gegenseitigen Einvernehmen zu ziehen“ (Kelly 2007, 19). In Bezug auf ungewollten Sex führte Kelly 1987 auf dem Hintergrund ihrer qualitativen Studien folgende differenzierende Kategorien ein: „pressurised sex (Sex unter Druck), coercive sex (Sex unter Zwang) und rape (Vergewaltigung)“ (Kelly 2007, 20).

Es wird hier andeutungsweise klar, dass es schwierig ist behindertenfeindliche Übergriffe im weitesten Sinne und sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen im Besonderen klar einzuordnen oder als Straftat zu bewerten. Jenseits von rechtswissenschaftlichen Überlegungen können qualitative Studien helfen auch subtile Formen der Grenzüberschreitung zu benennen, zu präzisieren und schließlich genauer zwischen den verschiedenen Formen der Grenzüberschreitungen zu unterscheiden. Nicht in Abrede gestellt wird dabei, dass es behinderte Frauen gibt, die, wenn sie beispielsweise Lernschwierigkeiten haben, Unterstützung bei der Einordnung grenzüberschreitender Situationen brauchen oder denen eine Deutung und Bewertung von übergriffigen Situationen nicht oder nicht ohne weiteres allein gelingt. Des Weiteren muss Frauen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen besondere Beachtung geschenkt werden und auch Frauen, die aufgrund starker körperlicher Einschränkungen einen hohen Pflegebedarf haben und sich daher in einem besonderen Abhängigkeitsverhältnis zu den Pflegekräften oder Betreuungspersonen befinden (vgl. Senn 1993, 38f.; Goeke 2010, 198f.; Schröttle 2011).

Grenzüberschreitungen im alltäglichen Sinne, wie kompromittierende Blicke, Beleidigungen, Mitleidsbezeugungen oder Ignoranz, geraten in den recherchierten Studien deutlich weniger in den Blick und werden daher in Befragungen eher subsumiert. Dadurch, dass diese Formen der Grenzüberschreitung weniger wahrnehmbar und strafrechtlich nicht relevant sind, werden sie möglicherweise auch alltagsweltlich als weniger bedeutsam empfunden. Besonders interessant in diesem Zusammenhang ist aber, dass Theorien über Gewalt symbolische und strukturelle Gewalttaten als Voraussetzung betrachten für direkte physische Gewalt (siehe dazu Kap. 3).

Im Hinblick auf vorliegende Forschungsergebnisse werden in je einem Kapitel der nationale und internationale Forschungsstand zusammenfassend dargestellt.³⁹ Jeweils nachfolgend werden einzelne thematisch

³⁹ Zur Recherche wurde der Herausgeberband von Jörg M. Fegert und Claudia Müller von 2004 herangezogen, in dem sich trotz des Schwerpunktes „Menschen mit geistiger Behinderung“ wichtige Rechercheergebnisse zum vorliegenden Thema auffinden ließen. Zum einen wurde in diesem Werk der nationale Forschungsstand zuzüglich einschlägiger Fachliteratur und einer kommentierten Bibliographie ausführlich dargestellt und zum anderen eine ausführliche Recherche der einschlägigen Forschung aus Nordamerika, Ka-

interessante Studien und wissenschaftliche Fachaufsätze detaillierter vorgestellt. Die Recherche erfolgte über einschlägige Datenbanken, Bibliotheken und verschiedene Suchmaschinen.⁴⁰

nada und den Niederlanden vorgelegt. Ferner liegt im Fachmagazin Rehabilitation Counseling Bulletin eine Zusammenfassung von Hassouneh-Phillips et al. des Forschungsstandes für die USA von 2002 vor, die etwa zwei Dekaden rückwirkend umfasst. Eingeschlossen sind quantitative und qualitative Studien zum Thema „Missbrauch von Frauen mit Behinderung“, sowie Empfehlungen für weitere Forschungen.

⁴⁰Die Recherche erfolgte über die Datenbanken der Berliner Universitäten und die Staatsbibliothek sowie über das Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft (IMEW). Die Datenbanken wurden mit einer Stichwortsuche abgefragt, die u.a. die Begriffe: Studien mit Frauen mit Behinderung, behinderte Frauen, sexuelle Gewalt, strukturelle Gewalt oder/ und psychische Gewalt umfassten. Im IMEW konnten alle einschlägigen Quellen der letzten 15 Jahre aus dem Bereich Disability Studies direkt eingesehen werden. Hinzu kamen spezielle Suchmaschinen wie beispielsweise pubmed oder Gesis.

4.1 Nationaler Forschungsstand

Da die Linien zwischen einer alltäglichen Grenzüberschreitung, einer massiven Grenzverletzung und sexueller Gewalt fließend sind, sollen hier auch Ergebnisse zusammenfassend dargestellt werden, die den Forschungsgegenstand nicht explizit zum Inhalt haben, aber Berührungspunkte mit der Thematik aufweisen. Im Anschluss an die Zusammenfassung einiger Studien wird auf fünf Studien einzeln eingegangen, die sich entweder direkt mit Mädchen oder Frauen mit Körperbehinderungen beziehen oder/und das Thema Grenzüberschreitung in Verbindung mit Selbstbehauptung thematisieren.

Rückblickend kann für die (west-)deutsche Forschungslandschaft gesagt werden, dass Prof. Dr. Ulrike Schildmann von der Universität Dortmund eine Vorreiterin zu dem Thema Frauen mit Behinderung ist, denn ihr Dissertationsthema lautete bereits 1983 „Lebensbedingungen behinderter Frauen, Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung“. Damit war sie zum damaligen Zeitpunkt Pionierin auf diesem Gebiet. Schildmann befragte erstmalig behinderte Frauen als Expertinnen zu ihren beruflichen und persönlichen Lebensumständen. Im deutschsprachigen Raum wurde dann das Thema sexualisierte Gewalt in den 1980er Jahren aufgegriffen (vgl. Daniels/Degener u.a. 1983; Ewinkel/Hermes u.a. 1985; Degener 1990; Degener 1991; Degener 1996). Erste empirische Erhebungen und wissenschaftliche Abhandlungen erfolgten jedoch erst Mitte der 1990er Jahre. Eine bundesweite Erhebung über sexualisierte Gewalt in stationären Einrichtungen offenbarte in der Hälfte der beforschten Einrichtungen Fälle sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Noack/Schmid 1994). Eine 1998 durchgeführte Studie in Wohneinrichtungen der Berliner Behindertenhilfe bestätigt dieses Ergebnis. Jede dritte bis vierte Bewohnerin in der Altersgruppe der 12- bis 25-Jährigen war von sexualisierter Gewalt betroffen (vgl. Klein/Wawrok 1998). Mit dem Aktionsplan der Bundesregierung (1999) „Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen“ wurde bereits deutlich gemacht, dass insbesondere sexuelle Gewalt nicht mit Einzelmaßnahmen bekämpft werden kann. Im Projektverlauf wurde eine forschungsbasierte Materialiensammlung (Emrich/Gromann/Niehoff 2006) zur Förderung der Selbstbestimmung der Betroffenen und zur Prävention von sexualisierter Gewalt erstellt, die sich vorrangig an Bewohnerinnen und Bewohner von Einrichtungen der Behin-

dertenhilfe richtet. In einer Studie mit dem Titel: „Live – Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung“, die im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) durchgeführt und 2000 erstmalig veröffentlicht wurde, finden sich Ergebnisse einer Befragung von körper- und sinnesbehinderten Frauen, die selbstständig leben. 20,6 % der Frauen haben Erfahrungen mit Formen sexueller Gewalt gemacht. Kamen außerdem anzügliche Witze, Bemerkungen und andere Formen der Belästigung hinzu, so gaben 22,7 % Erfahrungen mit sexueller Belästigung oder Gewalt an (vgl. BMFSFJ 2003, 126). Im Rahmen der repräsentativen Untersuchung (vgl. BMFSFJ 2004) mit dem Titel „Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland“, in der 10 000 in Deutschland ansässige Frauen zuzüglich 500 Frauen türkischer und russischer Nationalität interviewt wurden, gibt es Erkenntnisse über sexuelle Gewalt gegen Frauen, die von Betreuungspersonen oder professionellen Helferinnen und Helfern versorgt werden. Hier liegt das Erleben von körperlicher und sexueller Gewalt bei ca. 4 % der befragten Frauen. Eine Aussage zu der Behinderung der Frauen ist in den Forschungsergebnissen nicht zu finden. Es handelt sich zwar um Frauen mit Pflegebedarf, dieser kann jedoch auch vor dem Hintergrund einer akuten Erkrankung entstanden sein.

Ein Blick in die Polizeikriminalstatistik 2009 zeigt den Geschlechterunterschied der Opfer bezogen auf die Paragraphen 177 Abs. 2, 3 und 4, und 178 StGB (Vergewaltigung, sexuelle Nötigung etc.) deutlich. Bei insgesamt 7314 registrierten Fällen wurden 7,2 % männliche und 92,8 % weibliche Opfer erfasst, die sexuelle Gewalt in unterschiedlicher Form erfahren haben. Auf eine genaue Aufschlüsselung einzelner Tatbestände in den Paragraphen 177 und 178 wird hier verzichtet. Die Zahlen sollen an dieser Stelle nur eine Tendenz beschreiben.

Aktuell ist ein groß angelegtes repräsentatives Forschungsprojekt mit dem Titel „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderung in Deutschland“ (Schröttle et al. 2011) gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), zum Abschluss gekommen und die Kurzzusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse wurde am 22.11.2011 auf dem Fachtag „Nein zu Gewalt gegen Frauen mit Behinderung in Einrichtungen in der Katholischen Akademie Berlin vorgestellt. Mit einer vollständigen Veröffentlichung ist im Frühjahr 2012 zu rechnen. In überzeugender Weise ist es dem Veranstalter Weibernetz e.V.

gelingen die Ergebnisse absolut barrierefrei für alle Anwesenden zu präsentieren. Für die Untersuchung wurden 1561 Frauen im Alter von 16 bis 65 Jahren mit und ohne Behindertenausweis befragt. Davon leben 420 Frauen in Einrichtungen (vgl. Schröttle et al. 2011, 1). Die Befragungsbögen wurden an die jeweiligen Behinderungen angepasst. Zusätzlich wurden 31 Frauen in persönlichen Interviews zu ihren Gewalterfahrungen befragt. Ohne, dass hier die Ergebnisse der Studie schon im Einzelnen und in ihrer Differenziertheit dargestellt werden können, wird von den Autorinnen und Autoren der Studie bereits jetzt herausgestellt, dass mit Blick auf die Gewalterfahrungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen, diese „zwei- bis dreimal häufiger sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend ausgesetzt waren als der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt.“ (Schröttle et al. 2011, 4). Bedeutend für die hier vorgelegte Dissertation ist folgendes Ergebnis: 81–89 % der befragten Frauen gaben an „direkte diskriminierende Handlungen durch Personen und Institutionen“ erlebt zu haben (ebd., 5), d. h. sie sind laut Studie „vielfältigen Formen von Diskriminierung und struktureller Gewalt ausgesetzt.“ (ebd., 12) (siehe Kap. 3.2).

Es folgen fünf ausgewählte Studien, wovon sich vier mit Frauen mit körperlichen Behinderungen und deren Erleben beschäftigen, und eine aktuelle Studie, die das Thema Selbstbestimmung und Empowerment vertieft und konkret der Frage nachgeht, wie gleichzeitig Unterstützung gewährt und dabei Empowerment gefördert werden kann.

Als erstes wird auf die Studie im Rahmen einer Dissertation von Ursula Kulmer (2000) verwiesen, die den Titel trägt „Erfolgskonstruktionen – Strategie-Interviews mit körperbehinderten Frauen“. In dieser qualitativen Studie basierend auf zwölf 2- bis 3-stündigen Strategieinterviews, von denen vier detailliert ausgewertet wurden, wird erstmals eine Interviewmethode genutzt, die auf dem Konzept des Neurolinguistischen Programmierens beruht und auf der Grundlage radikal-konstruktivistischer Ansätze einen präzise ausformulierten Fragenkanon vorgibt. Während des Interviews wurden ergänzend eigens dafür konzipierte Visualisierungstechniken genutzt. Den Auftakt bildete die Frage nach einer selbst erarbeiteten Fähigkeit (vgl. Kulmer 2000, 160ff.). Das Ergebnis ist die Nachzeichnung der individuellen Erfolgsstrategie der jeweiligen Frau bei einer oder mehreren ausgewählten Tätigkeiten, wie beispielsweise einkaufen gehen oder Auto

fahren. Zentrales Ergebnis ist laut dieser Studie der starke persönliche Wille der untersuchten körperbehinderten Frauen und das ausgeprägte Bedürfnis nach Selbstbestimmung (vgl. ebd., 352). Bedeutsam ist in dieser Studie die ressourcenorientierte Perspektive, in der es um die Erfassung von erfolgreichen Handlungsstrategien geht, d. h. die Stärken der behinderten Frauen werden in den Mittelpunkt gestellt (vgl. ebd., 350ff.).

Eine weitere Forschungsarbeit im Rahmen einer Dissertation, die im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung interessante Aspekte aufwirft, ist die Studie „Selbstwertgefühl: behindert? Eine empirische Untersuchung selbstwertrelevanter Aspekte in den Lebensbereichen sichtbar körperbehinderter Mädchen und junger Frauen in der Adoleszenz“ von Inken Tremel (2003). Für diese qualitative Studie wurden insgesamt 31 Frauen leitfadengestützt interviewt, wovon 20 Interviews für die Auswertung und Analyse genutzt wurden. Die Interviews wurden mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Es wurden Kerninhalte extrahiert, um sie anschließend zu Hauptkategorien zusammenzufassen. In dieser Studie konnte empirisch belegt werden, dass junge Frauen mit einer sichtbaren Körperbehinderung in der Pubertät neben den üblichen Entwicklungsaufgaben zusätzlichen Erschwernissen ausgesetzt sind, die ihr Selbstwertgefühl schwächen. Die detaillierte Aufschlüsselung selbstwertfördernder und selbstwerthemmender Aspekte in den unterschiedlichen Lebensbereichen ermöglicht einen Einblick in das Erleben der körperbehinderten jungen Frauen. Als selbstwertfördernde Gesichtspunkte werden beispielsweise die Unterstützung durch die Eltern oder das Eingehen einer Partnerschaft angegeben. Als selbstwerthemmende Faktoren werden z. B. das Überbehütet-Sein oder das Abgeschlossenensein in einer Sondereinrichtung benannt (vgl. Tremel 2003, 142f.). Das Fazit bestätigt vor dem Hintergrund des sozialen Modells von Behinderung, dass nicht die körperliche Behinderung das eigentliche Problem darstellt, sondern dass strukturelle Benachteiligungsfaktoren für die interviewten Frauen vorherrschen.

Mit der qualitativen Studie von Reinhild Kemper und Carina Treu (2007) liegen die Ergebnisse eines Forschungsprojektes vor, das den Titel „Selbst- und Fremdkonzept von Frauen mit Behinderung“ trägt. Für diese Untersuchung wurden 12 breiten- und leistungssportorientierte behinderte

Frauen leitfadengestützt persönlich und am Telefon interviewt. Die Auswertung erfolgte durch das Bilden von Hauptkategorien. Interviewpassagen wurden extrahiert und den Kategorien zugeordnet. Bei den leistungsportorientierten Frauen zeigte sich in der Auswertung ein augenscheinlicher Zusammenhang zwischen dem sportlichen Erfolg und einem positiven Selbstkonzept. Kategorien wie „Durch Sport Identitätsfindung“ oder „Gesundheit, Wohlbefinden durch Sport“ unterstreichen dies (Kemper/Treu 2007, 137ff.). Bei den Breitensportorientierten Frauen finden sich beispielsweise Kategorien wie „Selbstbewusstsein durch sportlichen Erfolg“ oder „Raus aus der Isolation!“ (ebd., 132). Kritisch schätzt die Autorin der vorliegenden Dissertation die Darstellung der Ergebnisse ein. Die etwas unübersichtliche Zuordnung von Inhaltsfenstern enthält an manchen Stellen Stationen einzelner Lebensabschnitte, wie z. B. den Schulwechsel (vgl. ebd., 79), aber in der Mehrzahl finden sich die oben dargestellten Kategorien, die aus den Interviews gebildet wurden. Interessant ist aber, dass die Autorinnen der Studie im Vorwort betonen, „unglaublich 'taffe' Frauen kennen gelernt“ (Kemper/Treu 2007, 9) zu haben. Hier zeigt sich ein durchaus stärkenorientierter Blick auf im Sport engagierte Frauen, denen die Erfolgserlebnisse in diesem Bereich Mut machen und helfen Selbstbewusstsein aufzubauen.

Mit der Studie „Kraftakte: Lebensalltag und Identitätsarbeit körperbehinderter Mädchen und junger Frauen“ von Bettina Bretländer (2007) liegt eine Dissertation vor, die bereits im Titel die Anstrengung verdeutlicht, die behinderte junge Frauen auf ihrem Lebensweg offenbar erbringen müssen. Für die Untersuchung wurden 26 junge Frauen mit einer angeborenen Körperbehinderung nach ihren typischen Tagesabläufen gefragt. Hinzu kamen Fragen zu spezifischen Lebensumständen, wie Therapie und Schulbesuch. Des Weiteren wurde u. a. nach Fremdeinschätzungen in diesen Bereichen gefragt (vgl. Bretländer 2007, 71). Die Interviews wurden mit der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Der Gegenstandsaufschluss erfolgte mikroskopisch genau. Besonders bedeutsam an dieser Stelle sind die intersubjektiven Bewältigungsstrategien, die von Bretländer herausgearbeitet wurden. Interessanterweise finden sich dort auch Hinweise auf die Selbstbehauptungsfähigkeiten der jungen Frauen. Bretländer bezeichnet sie als „verbale Selbstverteidigung“ (ebd., 198) insbesondere im Zusammenhang mit dem

Angestarrt-Werden, d. h. die jungen Frauen setzen sich vehement verbal zur Wehr und gleichen damit z. B. eigene Angstgefühle aus. Die Kraftakte, die die jungen Frauen laut Bretländer im Rahmen ihrer erfolgreichen Identitätsarbeitsleistung erbringen müssen (vgl. ebd., 286ff.), könnten für die hier vorliegende Untersuchung als eine persönliche Ressource für die erlangte Selbstbehauptungsfähigkeit der erwachsenen Frauen mit Behinderung gedeutet werden.

Abschließend für die ausgewählten deutschen Studien, die allesamt thematische Berührungspunkte mit der hier vorgelegten Untersuchung aufweisen, wird die Forschungsarbeit von Stephanie Goeke (2010) vorgestellt. Sie trägt den Titel: „Frauen stärken sich: Empowermentprozesse von Frauen mit Behinderungserfahrungen; eine Studie im Stil der Grounded Theory Methodology“. Mit qualitativen Interviews, dem Einsatz des Dialog-Konsens-Verfahrens und der Verwendung von Fotografien wurden Frauen mit der Zuschreibung „geistige Behinderung“ befragt.⁴¹ Im Ergebnisteil ihrer Studie werden Merkmale eines individuellen Empowerments der Frauen transparent gemacht und in einer Auf- und Abwärtsspirale charakterisiert (vgl. Goeke 2010, 336). Goeke formuliert mit ihrer Kernkategorie „Individuelles Empowerment auf Augenhöhe zwischen professioneller Unterstützung und Selbstvertretung“ einen zentralen Ansatz, in dem professionelle Unterstützung aus Sicht der Interviewten auf Augenhöhe gestaltet werden sollte, damit sie gelingen kann (ebd., 321ff.). Der Titel der Arbeit „Frauen stärken sich“ legt nahe, dass Frauen mit Behinderung ihr Leben selbst in die Hand nehmen und ggf. Unterstützung erhalten, wenn sie es selbst möchten.

⁴¹ Mit der Darstellung dieser letzten Studie von Stephanie Goeke (2010) soll dem Aspekt Rechnung getragen werden, dass es insgesamt bei Fragestellungen rund um die Themen Grenzüberschreitungen, Bewältigungsstrategien und Stärkung des Selbstbewusstseins wichtig sein wird, Frauen mit verschiedenen Behinderungen differenziert zu betrachten. Dabei geht es in erster Linie um die Wahrnehmung der behinderten Frauen als Expertinnen in eigener Sache und ausdrücklich nicht um das Verfolgen sonderpädagogischer Strategien der höchstmöglichen Spezialisierung und Separierung (siehe dazu Kap. 1.2.1).

4.2 Internationaler Forschungsstand

Mädchen und Frauen mit Behinderung stellen eine Risikogruppe hinsichtlich sexualisierter Gewalt dar. Diese Erkenntnisse wurden in den 1990er Jahren im englischsprachigen Raum belegt (vgl. Crossmaker 1991, 201ff.; Senn 1993; Sobsey 1994). Besonders betroffen sind laut den Untersuchungen Mädchen und Frauen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen durch eine so genannte geistige Behinderung oder Gehörlosigkeit sowie Mädchen und Frauen mit Behinderung, die auf Grund von Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit in besonderen Abhängigkeitsverhältnissen leben. Weder die eigene Familie noch Einrichtungen der Behindertenhilfe sind Schutzräume vor sexualisierter Gewalt, da Täter häufig aus dem Verwandten- oder professionellen Helferkreis stammen (Crossmaker 1991, 201ff.). In einer 1996 veröffentlichten österreichischen Studie gaben rund 64 % der befragten Mädchen und Frauen mit Behinderung an, einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erfahren zu haben (vgl. Pircher/Zemp 1996).

Für die Recherche des internationalen Forschungsstandes mussten zunächst sprachliche Besonderheiten geklärt werden, um eine gezielte Suche zu ermöglichen. Sprachlich wird Missbrauch (abuse) im Englischen wie im Deutschen unterschieden in emotionalen (emotional) und körperlichen (physical) Missbrauch, wobei die Grenzen fließend sind. Behinderterfeindliche Übergriffe werden in Großbritannien⁴² beispielsweise nochmals zusammengefasst unter dem Begriff „hate crime“, was so viel bedeutet wie Verbrechen aus Hass und Vorurteilen. Grenzüberschreitungen, die noch keine Grenzverletzung darstellen, können im Englischen umschrieben werden mit „too intrusive“, was so viel bedeutet wie „zu aufdringlich“. Der Begriff „abuse“ wird weiter übersetzt mit Missbrauch, Misshandlung, Beschimpfung oder Schmähung, in der erweiterten Form als Übergriff, Beleidigung oder Anpöbele. Im Englischen ebenso wie im Deutschen werden verschiedene Formen der Misshandlung unterschieden. In Verbindung mit Gewalt und Straftaten tauchen die Begriffe domestic violence (häusliche Gewalt), battery (Körperverletzung), bullying (Mobbing, Schikane) oder assault (Überfall) bzw. sexual offence (Sexualdelikt)

⁴² Innerhalb der Forschungsnetzwerkstatt der Freien Universität Berlin bestand ein temporärer, persönlicher Kontakt zu einer Stipendiatin am Tizard Centre in Canterbury (Großbritannien), welches weltweit als eines der größten Zentren für Forschung im Kontext von Behinderung (insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten) gilt. Sprachliche Besonderheiten konnten so auf direktem Weg geklärt werden.

auf. Die Recherche erfolgte in der Hauptsache über den Suchbegriff „abuse“ kombiniert mit dem Zusatz „physical disabilities“. Daraus ergaben sich im Hinblick auf die oben beschriebenen Begrifflichkeiten weitere Differenzierungsmöglichkeiten. Ferner wurde namentlich nach aktuellen Studien der einschlägigen Autorinnen (s. o.) aus den 1980er/1990er Jahren gesucht.

Die Recherche von qualitativen und quantitativen Studien ab dem Jahr 2000 bzw. wissenschaftlichen Aufsätzen aus den USA, Australien, Großbritannien und Norwegen bestätigt, dass der Hauptgegenstand der Forschung der „abuse“ in unterschiedlichen Ausprägungen und Kontexten ist. Es geht in den recherchierten Studien und wissenschaftlichen Aufsätzen im Wesentlichen darum, mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Methoden die Häufigkeit von Missbrauch gegenüber Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen festzustellen und den Kontext, in dem der Missbrauch geschieht, näher zu bestimmen. Einige qualitative Studien beschäftigen sich mit dem Charakter von Gewalt gegen Frauen mit körperlichen Behinderungen oder mit der besonderen Verletzbarkeit dieser Personengruppe. Als Ziele werden z. B. in den Studien angegeben, die Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren, bestimmte sich häufig wiederholende Konstellationen, wie z. B. Missbrauch durch Pflegepersonal oder Beziehungspartner, aufzudecken oder zukünftige Handlungsoptionen in Form von Vorschlägen für Weiterbildungsbedarf zu formulieren.

Um aus einer großen Fülle von Studien, die sich mit vielfältigen Fragestellungen und Personengruppen mit sehr unterschiedlichen Behinderungen beschäftigen, das Spektrum der Forschungsthemen der letzten 10 Jahre anzudeuten, wurden drei Studien und drei wissenschaftliche Fachaufsätze exemplarisch ausgewählt, die sich explizit mit Frauen mit körperlichen Behinderungen befassen. Die Entscheidung für eine exemplarische Abbildung des internationalen Forschungsstandes (USA, Großbritannien, Australien, Norwegen) gründet sich darauf, dass es quantitative und qualitative Forschung zum Thema Gewalt und Grenzüberschreitung gegen Frauen (mit Behinderungen) im internationalen Raum seit den 1980er Jahren gibt und beispielsweise daraus angesehene Lehrstühle zu diesem Thema hervorgegangen sind. Zu nennen wären der Lehrstuhl für Gewalt gegen Frauen von Prof. Liz Kelly an der London Metropolitan University (seit 2006) oder die spezialisierte Forschung am Tizard Centre in Canterbury

(seit 1993) in Bezug auf Menschen mit Lernschwierigkeiten⁴³ In Deutschland wird das Thema Gewalt und andere Formen der Grenzüberschreitungen gegen (behinderte) Frauen seit den 1990er Jahren thematisiert und in Forschungsarbeiten vertieft (s. o.). Insgesamt gesehen steht diese Forschung aber noch am Anfang und Lehrstühle zu diesem Thema gibt es noch nicht.

Eine quantitative Studie von Nosek, Hughes, Swedlund, Taylor und Swank aus dem Jahr 2002, durchgeführt in Houston/USA, untersuchte die Selbstwahrnehmung von Frauen mit Körperbehinderungen in Bezug auf ihre Selbstkognition und soziale Isolation. Es wurden Daten gesammelt von 881 Frauen, die in Gemeinschaftswohnungen leben. Davon hatten 475 Frauen leichte und schwere Behinderungen und 406 Frauen hatten keine Behinderungen. Das Ergebnis zeigt, dass Frauen mit Behinderungen ein signifikant niedrigeres Selbstwertgefühl haben als Frauen ohne Behinderungen, ebenso verhält es sich bei der Selbstkognition. Außerdem ist die soziale Isolation signifikant höher. Diese Ergebnisse sind nicht verwunderlich. Jedoch ergab die Pfadanalyse, dass einzig die Berufstätigkeit in bedeutsamer Weise mit einem positiven Selbstwertgefühl korrelierte. Allerdings war das Selbstwertgefühl dabei nicht signifikant an den Bildungsstand gebunden. Zusätzlich spielten erfahrene Zuneigung und Akzeptanz von den Eltern eine zentrale Rolle für das Selbstwertgefühl.

Ein weiterer wissenschaftlicher Aufsatz von Cramer, Gilson und DePoy aus den USA bezieht sich auf eine partizipative⁴⁴ qualitative Studie aus dem Jahr 2004. Die Studie befasst sich mit verschiedenen Formen des Missbrauchs gegen Frauen mit Behinderungen. Es wird davon ausgegangen, dass Frauen mit Behinderungen in erster Linie als schutzlos wahrgenommen werden. In Folge werden drei Formen der Misshandlung unterschieden: die aktive Misshandlung, die Misshandlung durch eine Vorstellung über Behinderung (Vorurteil) und die Misshandlung im Kontext

⁴³ Das Tizard Centre begann 1983 mit der Ernennung von Lektorinnen/Lektoren, die die Aufgabe hatten, Mitarbeiter/-innen zu koordinieren und einen Community Service für Menschen mit Lernbehinderungen aufzubauen. 1993 wurde das Zentrum mit zunehmender Multidisziplinarität selbstständig.

⁴⁴ Der Ansatz der partizipativen bzw. partizipatorischen Forschung bedeutet die Frauen mit Behinderungen als Expertinnen in eigener Sache am gesamten Forschungsprozess zu beteiligen. Das heißt in letzter Konsequenz, dass sie nicht nur als Interviewpartnerinnen zur Verfügung stehen, sondern im weiteren Analyseprozess gestaltend mitwirken (vgl. Flieger 2009, 161).

einer Institution (Sozialeinrichtung). Der Aufsatz deckt die Komplexität möglicher Misshandlungen, die Kontextfaktoren und die Beteiligung von professionellem Pflegepersonal auf.

Ein wissenschaftlicher Aufsatz von Mays aus Australien aus dem Jahr 2006 möchte ergründen, welche Diskriminierungen im Kontext häuslicher Gewalt Frauen mit Behinderungen erfahren. Dabei sollen im Rahmen der Disability Theory insbesondere die Kategorien Armut und Geschlecht genauer betrachtet werden. Der Beitrag basiert auf Informationen aus einer qualitativen Studie, die die unterschiedlichen Wahrnehmungen von Gewalt gegen Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen untersucht hat. Der Aufsatz argumentiert für eine neue Konzeptualisierung häuslicher Gewalt vor dem Hintergrund feministischer Theorie in Bezug auf Frauen mit Behinderungen, die zusätzlich von Armut bedroht sind.

Eine qualitative Studie von Olsvik aus Norwegen untersuchte 2006 bei 13 Frauen mit einer Körperbehinderung zwischen 33 und 61 Jahren, welchen Arten von Gewalt und Missbrauch sie ausgesetzt waren. Diese Untersuchung stellt den ersten Teil einer dreijährigen Untersuchung dar, in der neben qualitativen Interviews auch Fokusgruppen gebildet wurden. Es wurden dabei explizit die Situationen, in denen die Taten geschahen, in die Analyse einbezogen und beleuchtet. Als Ergebnis der Studie wurde eine Typologie des Missbrauchs herausgearbeitet. Hier zeigte sich, dass der persönliche und der strukturelle Missbrauch zentral für die behinderten Frauen sind. Ein weiterer Inhalt ist der Versuch, die Komplexität der Situationen zu beschreiben, in denen ein Missbrauch stattfindet, um diese besser zu verstehen, vor allem im Hinblick auf präventive Maßnahmen.

Mit dem Ziel, die Gesundheitsfürsorge zu verbessern und den Zusammenhang zwischen einer speziellen Behinderung und einer Misshandlungserfahrung zu erhellen, wurde 2009 von Freeborn und Curry ein Aufsatz zu einer qualitativen Studie in den USA veröffentlicht. Für diese Studie wurden 8 Frauen mit cerebralen Lähmungen zweimal interviewt. Die Frauen hatten in zwei Gesprächen Gelegenheit, ihre Lebensgeschichte ausführlich zu erzählen und ihre persönliche Perspektive darzulegen. Es ging den Forscherinnen darum, die Erfahrungen mit Missbrauch von Frauen mit Lähmungen zu thematisieren. Konsequenzen aus dieser Erhe-

bung wurden als Empfehlungen für Pflegende formuliert: Pflegende müssen die Folgen von Misshandlungen verstehen lernen. Sie sollten befähigt werden Misshandlungserlebnisse anzusprechen und den Frauen zuzuhören, wenn sie über Erlebtes berichten. Falls erforderlich können die Pflegenden dann für die nötige Gesundheitsfürsorge sorgen.

Ein weiterer Fachaufsatz von Nixon aus Großbritannien aus dem Jahr 2009 widmet sich der Frage, warum häusliche Gewalt bei Frauen mit Behinderungen kaum öffentlich beachtet wird. Der Aufsatz stellt die These auf, dass aufgrund der vielschichtigen Unterdrückungen von Menschen mit Behinderungen dieses Thema nicht genügend differenziert wird. Der Aufsatz plädiert für eine Untersuchung spezieller Missbrauchsdyamiken im Kontext häuslicher Gewalt.

4.3 Zusammenfassung

Nach diesem kurzen Einblick in ausgewählte nationale und internationale Studien und Fachaufsätze lautet die vorsichtige (vorläufige) Einschätzung, dass es seit den 1980er Jahren im englischsprachigen und skandinavischen Raum (Großbritannien, USA, Australien und Norwegen etc.) zahlreiche empirische Erhebungen zu Diskriminierung und Gewalt gegen Frauen mit Behinderungen mit den unterschiedlichsten Fragestellungen gibt. Das hat dazu geführt, dass dieses Thema enttabuisiert und öffentlich wurde. Etwa seit 10 Jahren entstehen im internationalen Raum zunehmend mehr qualitative Studien. Allerdings gibt es nach wie vor im deutschsprachigen Raum deutlich weniger Untersuchungen und nur wenige qualitative Studien, wie bereits oben ausgeführt wurde.

Festzuhalten für die hier vorgelegte Dissertation ist, dass es neben der Forschung zur Häufigkeit von (sexueller) Gewalt und physischer sowie psychischer Misshandlung bedeutsam ist, die unentdeckten Grenzüberschreitungen im Alltag genauer in den Blick zu nehmen, um sie sichtbar zu machen. Letztendlich müssen die behinderten Frauen selbst in einem qualitativen Setting Situationen beschreiben und individuelle Deutungen mitteilen, um so der alltäglichen Grenzüberschreitung ein Gesicht zu geben.

Nicht vergessen werden darf, wie schon mehrfach angeführt, die Akteurinnenperspektive, die in den bisherigen Studien nur zaghaft in den Blick gerät. Denn behinderte Frauen, die selbstbewusst auftreten, ihren Platz selbstverständlich in den gesellschaftlichen Räumen einnehmen und ihre Rechte wahrnehmen, tragen zur Emanzipation von behinderten Frauen bei. Von ihnen kann man lernen, wie Selbstbehauptung gelebt wird, und ein Richtungswechsel im Denken von der Opfer- zur Akteurinnenperspektive kann vollzogen werden. Vor allem vor dem Hintergrund der aktuellen Inklusions- und Exklusionsdebatte (vgl. Castel 2008, 69–86, Kronauer 2010, 24–58) ist dies bedeutsamer denn je.

Die Akteurinnenperspektive soll in dieser Arbeit sichtbar gemacht werden, wie der folgende empirische Teil der Arbeit veranschaulicht.

II. Teil Empirischer Teil

Der zweite Teil gliedert sich in vier Kapitel.

Kapitel 5 befasst sich einleitend neben dem qualitativen Forschungsparadigma und dem Forschungsdesign mit den inhaltlichen Berührungspunkten zu einem bereits abgeschlossenen Forschungsprojekt. Danach folgen die speziellen Erhebungs- und Auswertungsmethoden der vorliegenden Dissertation.

Kapitel 6 umfasst die gesamte Ergebnisdarstellung, daran schließt sich in Kapitel 7 die Diskussion an.

Kapitel 8 gibt einen Ausblick und erörtert mögliche Forschungsdesiderate.

5 Anlage der Untersuchung

Der vorliegenden Arbeit liegt ein qualitatives Forschungsparadigma zugrunde, das zunächst allgemein charakterisiert werden soll. Die Wahl der Forschungsmethode begründet sich wie folgt: Das Erkenntnisinteresse bezieht sich auf die Vielfalt unterschiedlicher Verhaltens- und Handlungsweisen von behinderten Frauen, aber auch auf ihre Deutungsmuster und ihr subjektives Erleben im Hinblick auf den persönlichen Umgang mit der Behinderung und damit verbundenen Grenzüberschreitungen. Im Kontext der Untersuchung werden zudem Zusammenhänge zwischen dem Erleben von Abhängigkeit und körperlicher Unzulänglichkeit erfasst. Um dieser Komplexität gerecht zu werden, um also auch unerwartet auftauchende Aspekte auswerten zu können, ist Offenheit als ein zentrales Prinzip der qualitativen Forschung unabdingbar. Eine solche Offenheit „gegenüber den Untersuchungspersonen inklusive ihrer individuellen Eigenarten, [...] der Untersuchungssituation sowie [...] den anzuwendenden Methoden soll der informationsreduzierenden Selektion hochstandardisierter Erhebungstechniken entgegenwirken“ (Lamnek 2005, 21). Eine vollkommene Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand insgesamt ist dennoch nicht möglich, da die forschende Person selbst dem Forschungsgegenstand als Subjekt mit persönlichen Erfahrungen, Einstellungen, Präkonzepten oder (Vor-)Urteilen entgegentritt (siehe dazu Einleitung). Deshalb wird die Blickrichtung der Aufmerksamkeit schon mehr oder weniger bewusst gelenkt. Franz Breuer, Professor am Institut für Psychologie in Münster und in der Grounded Theory verwurzelt, hat sich u. a. intensiv mit der Subjektivität innerhalb der Qualitativen Sozialforschung auseinandergesetzt. Er sieht in der Subjektivität positive Erkenntnischancen und verweist auf die hohe Bedeutung der Selbstreflexion. Breuer verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der "Reflektierten Offenheit", der hier herausgegriffen wird. Er meint damit

ein aufmerksames und überlegtes Umgehen mit den eigenen Erkenntnisvoraussetzungen, [...] ein achtsames Registrieren ihrer Auswirkungen auf die eigenen Erlebnisse und Anschauungen sowie auf den eigenen 'Reizwert' und dessen Auslösungen im Untersuchungskontakt (Breuer 2010, 29).

Das, was Breuer hier mit „Reizwert“ umschreibt, lässt sich beispielsweise auch auf unterschiedliche Erfahrungshintergründe von Interviewerin und Interviewten beziehen. Auf diesen Aspekt wird später noch eingegangen. Des Weiteren wurde auf im Vorfeld formulierte Hypothesen verzichtet. Dennoch gehen theoretische Vorkenntnisse und umfangreiche berufliche Erfahrungen mit der Untersuchungsgruppe in die Untersuchung ein. So erscheint es akzeptabel, Erwartungen durch die Theorie und aus einer gewissenhaften Sichtung des Forschungsstandes (siehe dazu Teil I) im Vorhinein zu überdenken und zu explizieren, um die Themen der Befragung dementsprechend auszuwählen (siehe dazu Kapitel 5.3). Zugleich bleibt die Explikation und Reflexion eigener Präkonzepte und persönlicher Vorannahmen ein begleitender Prozess von entscheidender Bedeutung während des gesamten Forschungsprozesses. Meinefeld bekräftigt dies, wenn er dazu feststellt:

Man muss die grundsätzliche Einschränkung akzeptieren, dass jede Wahrnehmung nur unter Rückbezug auf die je eigenen Deutungsschemata Bedeutung gewinnt, also das Vorwissen unsere Wahrnehmung unvermeidlich strukturiert und somit als Grundlage jeder Forschung anzusehen ist (Meinefeld 2008, 271f.).

Qualitative Forschung legitimiert zudem im Sinne einer flexiblen Vorgehensweise „dass der Blickwinkel zunächst weit ist und erst im Verlauf der Untersuchung fortschreitend zugespitzt wird“ (Lamnek 2005, 25). Demnach eignet sie sich zur Erschließung wenig erforschter Bereiche. Die Erhebung geschah daher explorativ, weil derzeit kein ausreichendes Datenmaterial zum Thema Grenzüberschreitungen im Leben von behinderten Frauen und deren Selbstbehauptungsstrategien vorliegt.

Da in der Untersuchung Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen zu Wort kommen und die Betrachtung aus mehreren Perspektiven erfolgt, ist es außerdem sinnvoll, Bezug nehmend auf die Ausführungen von Raab (2007) den Aspekt der Intersektionalität zu bedenken. Es geht hier um ein Analysemodell, „das mit mehreren, nicht hierarchisch angeordneten Analysekr iterien operiert“ (Raab 2007, 128). Die Aspekte Behinderung, Geschlecht und Gesellschaft bilden den Rahmen für die vorliegende Untersuchung, in deren Kern Frauen darüber sprechen, wie sie sich in Bezug auf ihre Behinderungen im gesellschaftlichen Raum wahrnehmen, welche Deutungen über ihre Behinderungen existieren und welche strukturellen gesellschaftlichen Bedingungen sie vorfinden.

Um der aktuellen Diskussion zu partizipativen⁴⁵ Forschungsansätzen angemessen Rechnung zu tragen, muss an dieser Stelle selbstkritisch eingefügt werden, dass es sich bei der vorliegenden Forschungsarbeit nicht um eine partizipative Vorgehensweise handelt. Behinderte Frauen waren zwar als Interviewpartnerinnen (Feldpersonen) an der Untersuchung beteiligt. Durch den hohen Reflexionsgrad und Bildungsstand der Frauen war es möglich, Zielstellung und Vorhaben der vorliegenden Forschungsarbeit im Vorfeld ausführlich mit ihnen zu diskutieren. Daher kann ihre Entscheidung zur Teilnahme auch als frei und bewusst angesehen werden. Eine konsequente Beteiligung an der Entwicklung der Fragestellung, des Forschungsdesigns und der Auswertung war aber nicht vorgesehen. Erschwerend kam für die Autorin hinzu, dass im Rahmen von Qualifizierungsarbeiten derartige Vorgehensweisen und Denkansätze im deutschen Forschungsraum noch sehr unüblich sind. In Großbritannien, Nordamerika und Australien werden Ansätze partizipativer Forschung seit den 1990er Jahren diskutiert. Im deutschsprachigen Raum liegen dazu erst wenige Erfahrungen vor (vgl. Jerg/Goeke 2011).

Nach diesen grundsätzlichen Vorüberlegungen zu ausgewählten Aspekten der Qualitativen Forschung werden Bezugspunkte der vorliegenden Forschung zu einem bereits abgeschlossenen Forschungsprojekt erläutert.

Bezüge zum Projekt SELBST⁴⁶

Diese Arbeit kann als gedankliche Fortführung oder als Ergänzung der umfangreichen Arbeiten des dreijährigen (10/2003–12/2006) durchaus als partizipativ angelegten Forschungsprojektes SELBST eingeordnet werden, in dem die Qualität von Angeboten zur Selbstbehauptung und Selbstverteidigung zum einen deskriptiv im Rahmen einer Bestandsaufnahme und einer Befragung der Trainerinnen bereits bestehender Angebote und Stilrichtungen⁴⁷ in Deutschland untersucht wurde und zum anderen Testübungsstaffeln in unterschiedlichen Settings durchgeführt wurden. Durch teilnehmende Beobachtung, begleitende Interviews mit den

⁴⁵ Einen aktuellen Überblick zum Thema „Partizipative Forschung“ enthält der Buchbeitrag von Bergold/Thomas (2010).

⁴⁶ Projekt: SELBST Stärkung des Selbstbewusstseins für behinderte Mädchen & Frauen (§ 44 SGB IX).

⁴⁷ Neben den Entwicklungen im Behindertensport sind drei wesentliche Ansätze zu nennen, die bereits auf die Frauenbewegung der 1980er Jahre in den alten Bundesländern und die Tradition feministischer Selbstverteidigungskurse zurückgehen: WenDo, Lydia Zijdel und Sunny Graff (SELBST 2008, 94–97).

Übungsleiterinnen sowie Teilnehmerinneninterviews wurden Erfahrungen aus den Kursen erfragt, um evaluierend daraus Qualitätskriterien für zukünftige Angebote zu ermitteln. Ziel des Projektes war es, neben den Qualitätskriterien zwei Curricula für die „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins“ (§ 44, Abs. 1 Ziff. 3 SGB IX) zu entwickeln, die tragfähig für eine Umsetzung in die Praxis sein sollten. Diese beiden umfangreichen Curricula wurden erstellt vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse, einer umfassenden Recherche der rechtlichen Voraussetzungen und eines theoretischen Rahmens, der insbesondere das soziale Modell von Behinderung, den Empowerment-Ansatz und das Resilienzkonzept in den Mittelpunkt stellt. Curriculum 1 enthält die inhaltliche Gestaltung der Selbstbehauptungskurse mit ausformulierten thematischen Einheiten. Curriculum 2 beschreibt Lernfelder für die Aus- und Weiterbildung der Übungsleiterinnen⁴⁸, die im Rahmen des Rehabilitationssports die Kurse zukünftig durchführen sollen.⁴⁹

Frau Prof. Dr. Degener als damalige Projektleiterin und Expertin in eigener Sache unterstützte in diesem Rahmen die Anfangsbemühungen, die nun vorliegende Dissertation zum Thema „Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen“ zu beginnen. Ein fachliches Gespräch mit Dr. Rosa Schneider in Köln (2007), vormals wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt SELBST, ergab in der Vorbereitung zur Zulassung der hier vorliegenden Dissertation eine äußerst positive Resonanz auf das Vorhaben, im Rahmen einer empirischen Studie der Frage nach Grenzüberschreitungen und Selbstbehauptung unter einem explizit qualitativen Fokus nachzugehen.

Mit dieser Einleitung, den konkreten Überlegungen zum Forschungsstil und den inhaltlichen Voraussetzungen, die zu der hier vorliegenden Erhebung und Auswertung führten, sollte der Rahmen des empirischen Teils der Arbeit inhaltlich und strukturell abgesteckt werden. In weiteren Kapiteln wird nun das methodische Vorgehen im Einzelnen dargestellt.

⁴⁸ An dem Ausbildungscurriculum (Curriculum 2) wirkte die Autorin der Dissertation von 2003–2005 in ihrer Funktion als ehrenamtliches Mitglied des Ausschusses Mädchen und Frauen im Behindertensport des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. mit.

⁴⁹ Die Ergebnisse des Projekts SELBST sind in dem Abschlussbericht auf der Seite des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend nachzulesen (SELBST 2008, 379–416).

5.1 Methodologische Überlegungen: Die Qualitative Heuristik nach Kleinig und ihre Modifikation für die vorliegende Arbeit

Im Folgenden wird dargestellt, mit welchen Vorgehensweisen und weiteren Überlegungen geforscht wurde.

Der Begründer der Qualitativen Heuristik ist der Hamburger Soziologieprofessor Gerhard Kleinig. Er entwickelte diese Methode im universitären Kontext, nachdem er viele Jahre vorher in der kommerziellen Marktforschung tätig war. Bei Forschungsreisen in die USA hatte er Kontakt mit Strauss und Glaser, die zusammen die Grounded Theory entwickelten (vgl. Glaser/Strauss [1967]/2005). Aus der Auseinandersetzung mit der Forschungsgruppe um Lazarsfeld und den Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen der Chicago School entwickelte Kleinig die Qualitative Heuristik (vgl. Hestermann 2010, 80).

Die Qualitative Heuristik (Kleinig 1982; 1995; 1999; 2001, 27–36; Hagemann/Krotz 2003; Krotz 2005; Lamnek 2005, 375–382; Kleinig 2007; Burkart/Kleinig/Witt 2010) ist ein wissenschaftliches Entdeckungsverfahren der Sozialforschung, das die Chance bietet, über die Entdeckung von Gemeinsamkeiten das Denken in Dualismen zu überwinden. Dieser Aspekt ist für die Sicht auf die Lebensbezüge von behinderten Frauen besonders bedeutsam, da es die üblichen Strukturen, in den Kategorien behindert und nicht-behindert zu denken, bewusst verlässt und versucht zu überwinden. Das Gemeinsame in den Blick zu nehmen, ist deshalb besonders schwierig, da die Wahrnehmung eher Unterschiede oder Differenzen fokussiert. Diese Form der wissenschaftlichen Annäherung widerspricht damit den Alltagsgewohnheiten, nach denen etwas danach bestimmt wird, worin es sich von anderen unterscheidet.

Innerhalb der qualitativen Heuristik wird der Entdeckungsprozess als ein Dialog mit den Daten, die erhoben werden, gestaltet. Das heißt für die vorliegende Forschung, dass in einem kontinuierlichen Prozess immer wieder Fragen an das Material gestellt werden. Dazu werden Textstellen aus den Interviewtranskripten extrahiert und gegenübergestellt, um daraus Kategorien zu entwickeln. Es erfolgt ein alternierender Prozess zwischen Datenerhebung und Datenauswertung (vgl. Hagemann 2003, 48). Hierbei war das tatsächlich Gesagte maßgeblich und nicht Deutungen darüber, was

die Interviewpartnerinnen wohl gemeint haben könnten. Im Zusammenhang damit war es wichtig, wann immer möglich, Fragen zum besseren Verständnis des Gesagten bereits im Interview selbst zu stellen. Es wurde ein zirkulärer Prozess angestrebt, um der Beantwortung der Forschungsfragen näher zu kommen. In diesem kann weder im Vorhinein die Anzahl der Interviews genau festgeschrieben werden noch lässt sich der qualitative Forschungsprozess „in einen linearen Verlauf zwingen“ (Hagemann 2003, 46). Ein zentraler Punkt innerhalb der Datenerhebung, der Datenauswertung und der theoretischen Rückbezüge ist die Gegenstandsvariation.

Die Qualitative Heuristik ist durch bestimmte Grundregeln gekennzeichnet, die im Folgenden in Bezug zu der vorliegenden Forschungsarbeit beschrieben werden.

5.1.1 Offenheit der Forschungsperson

Die Offenheit der Forschungsperson in der Qualitativen Heuristik beschreibt Kleining folgendermaßen: „Die Forschungsperson soll offen sein für ihren Forschungsgegenstand und ihre Vorstellungen von ihm ändern, wenn die Forschungsdaten dem entgegenstehen“ (Kleining 2001, 27). Diese Äußerung verdeutlicht, dass die Forschungsperson eine suchende und entdeckende sein soll. Kleining geht so weit zu fordern sich im Verlauf des Forschungsprozesses bewusst zu verunsichern, z. B. durch die Suche nach kontroversen Aussagen zum eigenen Forschungsthema (vgl. Kleining 1982, 283). Kleining geht zudem davon aus, dass beispielsweise das Formulieren von Forschungsfragen ohne theoretisches Vorverständnis gar nicht möglich ist. Elementar ist die kontinuierliche Reflexion von eigenen Vorannahmen und deren kritischer Einbezug ist ebenfalls ein Merkmal der Qualitativen Heuristik. Er erfolgt durch eine Prüfung auf zwei Ebenen:

Dies geschieht, indem wir unser Wissen und unsere Ansichten über den Gegenstand, das, was wir von ihm kennen, über ihn glauben, von ihm erfahren haben, als Vorverständnis oder Vor-Urteil akzeptieren, aber diese Kenntnis ist disponibel, veränderbar, überwindbar, als vorläufig auffassen, also offen sind für neue Informationen (Kleining 1982, 231).

Krotz (2005, 213) formuliert dazu knapp: „Vorwissen ist sowohl hinderlich als auch unabdingbar.“ Sicher ist es schwierig, während des Forschungsprozesses mit dem vorhandenen Wissen zu arbeiten und sich gleichzeitig für neue Erkenntnisse zu öffnen. Aber nur so werden Entdeckungen möglich.

5.1.2 Offenheit des Forschungsgegenstandes

Eine weitere Grundregel besagt, dass der Forschungsgegenstand sich im Verlauf des Forschungsprozesses verändern kann, d. h. dass Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung parallel erfolgen können. Diese Vorgehensweise findet sich auch in der Grounded Theory bei Glaser und Strauss ([1967]/2005). Kleining gibt an, dass die Forschungsperson diesen Änderungen folgen sollte, und spricht von einem vorläufigen Forschungsgegenstand (vgl. Kleining 1995, 79). Diese Vorgehensweise bedeutet, mit klaren Fragen an den Forschungsgegenstand heranzutreten, anschließend aus den Erkenntnissen neue Fragen zu entwickeln und in einen dialogischen Prozess mit dem Material einzutreten. Bei dieser schrittweisen Annäherung an den Forschungsgegenstand ist es z. B. wichtig, die Zusammenarbeit im Verbund mit anderen Forschenden zu nutzen oder Aufzeichnungen in Form von Postskripten zu nutzen (Krotz 2005, 213f.; Breuer 2010, 134–141). Nur so kann der Forschungsgegenstand aus verschiedenen Richtungen betrachtet werden.

Als Gegenstandsvariationen wurden aufgefasst:

- Soziodemographischer Hintergrund (Alter, Lebenssituation, Studentin, Berufstätige, Arbeitssuchende, Rentnerin)
- Behinderung in Bezug auf das Ausmaß des Unterstützungsbedarfs (selbstständig, Hilfe im Haushalt, Pflegebedarf (persönliche Assistenz))
- Behinderung in Bezug auf den Zeitpunkt, wann die Behinderung erworben wurde (angeboren oder erworben)

Die folgende Darstellung zeigt den Untersuchungsverlauf, die Gegenstandsvariation und die Analyseschritte.

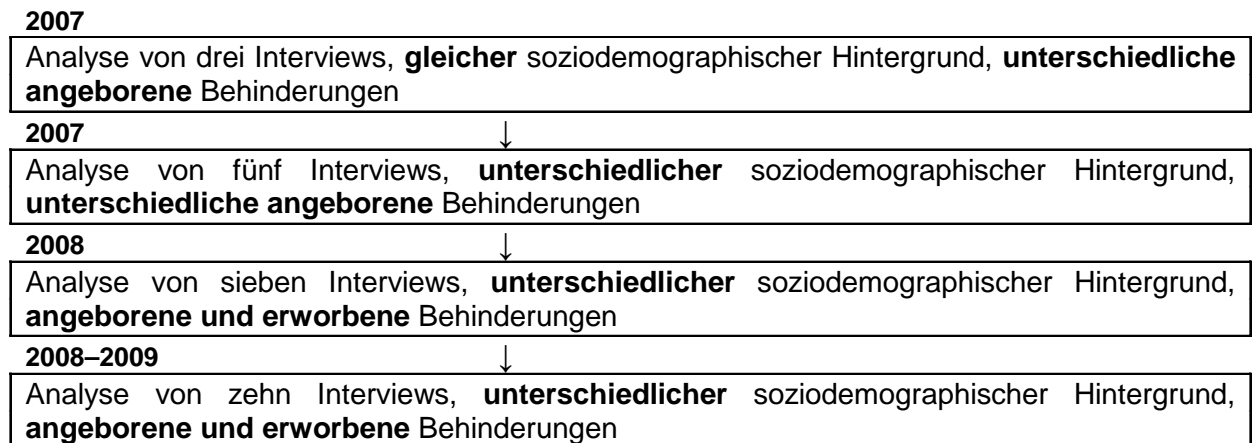


Abbildung 3: Gegenstandsvariation im Untersuchungsverlauf

5.1.3 Die maximale strukturelle Variation der Perspektiven in Verbindung mit der 100-Prozent-Regel

Hier ist gemeint den Untersuchungsgegenstand aus möglichst verschiedenen Richtungen zu betrachten oder den Untersuchungsgegenstand selbst zu variieren. Hiermit soll die Bandbreite der Zugänge vergrößert werden. Um widersprüchliche Betrachtungsweisen in den Blick zu nehmen, war es für die vorliegende Arbeit vor allem sinnvoll, den Kreis der Befragten zu variieren. Kleining formuliert dazu: „Die Forschungsdaten sollen den Forschungsgegenstand unter maximal strukturell verschiedenen Perspektiven abbilden“ (2001, 32). Wie der Forschungsgegenstand im Rahmen der untersuchten Stichprobe konkret variiert wurde, zeigt bereits die obige Abbildung zum Untersuchungsverlauf.

Eine Begrenzung der geforderten Bandbreite ist immer auch durch forschungsorganisatorische Überlegungen beeinflusst. Das Vorhaben muss „sich dann auf einen räumlich und zeitlich eng begrenzten Ausschnitt der Wirklichkeit beziehen“ (Hagemann 2003, 37). Durch die Variation der Perspektiven wird die Datenerhebung zuerst geöffnet. Mit der 100-Prozent-Regel wird sie wieder geschlossen. „Die verschiedenen Daten werden auf ihre Gemeinsamkeiten hin analysiert“ (Kleining 2001, 33). Durch Aufdeckung der tiefer liegenden Gemeinsamkeiten ist es möglich, die innere Struktur des Forschungsgegenstandes zu erkennen. Die Umsetzung ist zunächst schwierig, da die menschliche Wahrnehmung eher die Unterschiede fokussiert. Kleining dazu:

Das *Übereinstimmende* und *Gemeinsame* in den Daten zu finden ist, für sich genommen, der schwierigste Vorgang der qualitativ-heuristischen Forschungspraxis, weil er der „natürlichen“ Alltagspraxis widerspricht, die auf das Erkennen und Bewerten von *Differenzen* abstellt. (Kleining 1995, 243/ alle Hervorhebungen i. O.).

Das bedeutet aber nicht, dass alle Befragten das Gleiche gesagt haben müssen, denn dann würden nur vordergründige Aspekte berücksichtigt, die alle gleichermaßen thematisieren (vgl. Hestermann 2010, 82).

Für die vorliegende Untersuchung wird die 100-Prozent-Regel modifiziert. Es war zwar wichtig, das Denken in den üblichen Unterschieden und Gegensätzlichkeiten durch den Blick auf die Gemeinsamkeiten zu überwinden. Dennoch ist es mit Blick auf die in diesem Feld üblichen Formen der Kategorisierungen und Einordnungsversuche (siehe dazu Kap. 1) bedeutsam, Unterschiede wahrzunehmen und gerade Differenzen nicht auszublenken, um z. B. (Vor-)Urteilen und „Schubladen“, die evtl. daraus resultieren, auf die Spur zu kommen.

5.2 Stichprobe der interviewten Frauen – Einschlusskriterien

Die Auswahl der Frauen, die in dieser Forschungsarbeit interviewt wurden, begründet sich aus ihrer Teilnahme an einem Selbstbehauptungsangebot und ähnlichen Kursen oder einem grundsätzlichen Interesse an einem solchen Angebot. Im Zuge des explorativen Charakters und der Gegenstandsvariation der Untersuchung wurden im Verlauf der Erhebung auch behinderte Frauen einbezogen, die mit diesem Thema noch nicht in Berührung gekommen waren. Weiter wurde der Kreis der Befragten im Sinne einer Perspektiverweiterung (siehe dazu Kap. 5.1.3) bzgl. des soziodemographischen Kontextes (siehe Abb. 3) der behinderten Frauen und des ursächlichen Auslösers für die Behinderung verändert (erweiterte tabellarische Übersicht s. u. Tab. 1).

Zu einigen interviewten Frauen bestanden im Vorfeld Kontakte (siehe dazu Einleitung). Daraus konnte die Autorin und Interviewerin schließen, dass die Frauen bereit sein würden, für die vorliegende Forschungsarbeit beispielsweise über das Thema Grenzüberschreitung und über damit im Zusammenhang stehende biographische Aspekte zu sprechen, außerdem bestand ein tragfähiges Vertrauensverhältnis. Breuer merkt zur Verstehensproblematik treffend an: „Die Möglichkeit des Verstehens setzt *einen gemeinsamen Bezugsrahmen* von erlebbaren Sozialbeziehungen, Sinnstrukturen und interpretierbaren Zeichen voraus“ (Breuer 1998, 28/ Hervorhebung i. O.).

Des Weiteren wurden für die vorliegende Untersuchung bestimmte Frauen mit Behinderungen eingeschlossen, folglich andere ausgeschlossen. Daraus ergab sich zuallererst, dass in dieser Untersuchung Frauen mit Sprachkompetenz befragt wurden. Die Gründe liegen in der Einheitlichkeit der Leitfragen und der damit verbundenen Vergleichbarkeit der Ergebnisse, die für die Untersuchung erreicht werden sollte. Veränderte inhaltliche Fokussierungen oder Schwerpunkte innerhalb des jeweiligen Interviews wurden damit nicht ausgeschlossen. Vielmehr ging es um einen einheitlichen Gesprächsrahmen. Dies soll anhand der folgenden Beispiele der behinderten Frauen, die nicht interviewt wurden, erläutert werden. Frauen mit Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit (in diesem Fall explizit Sprache) kommen in dieser Forschungsarbeit nicht zu Wort. Hier wäre eine veränderte Formulierung der Leitfragen (z. B. in einfacher Sprache

bei so genannten geistigen Behinderungen) notwendig gewesen. Oder eine Gebärdendolmetscherin (z. B. bei gehörlosen Frauen) hätte hinzugezogen werden müssen, dabei hätte beispielsweise gesondert die Übersetzungsproblematik kritisch reflektiert werden müssen. Bei Frauen mit so genannten schweren (Mehrfach-)Behinderungen wäre es außerdem erforderlich gewesen, sie und ihre Bezugspersonen (Helfer/-innen, Assistentinnen/Assistenten) vorab über einen längeren Zeitraum kennen zu lernen, um beispielsweise non-verbale Signale sinnvoll deuten oder interpretieren zu können. Die Gefahr von falschen Deutungen wäre ansonsten sehr groß gewesen. Für die vorliegende Untersuchung wurden 10 Frauen mit einer körperlichen Behinderung interviewt. Hierbei wurde variiert zwischen erworbener und angeborener Behinderung. Alle Frauen haben einen höheren oder mittleren Bildungsabschluss und waren zum Zeitpunkt der Untersuchung studierend (Bachelor/Promotion), arbeitssuchend mit abgeschlossener Berufsausbildung, berufstätig oder bereits Rentnerin. Da weitere Einzelheiten im Ergebnisteil in Einzelporträts dargestellt werden sollen, wird an dieser Stelle versucht Doppelungen und Vorgriffe zu vermeiden. Es folgt eine tabellarische Übersicht. Die Zahlenkodierung entspricht den Originalen der beigefügten CD-Rom, die die vollständigen Transkripte in anonymisierter Form enthält:

Kod.	Anonymisierter Name	Alter zum Zeitpunkt des Interviews	Lebenssituation zum Zeitpunkt des Interviews	Berührungspunkte mit Physiotherapie, Sport und Selbstbehauptung
1	Frau Sand	März 2007 32 J.	Promotionsstudentin	Physiotherapie Rehabilitationssport 1 Kurs Selbstbehauptungstraining
2	Frau Reis	Mai 2007 29 J.	Studentin	Physiotherapie Rollstuhltraining
3	Frau Linde	August 2007 25 J.	Studentin	Physiotherapie Training mit einem speziellen Bewegungstherapiegerät
4	Frau Gast	August 2007 48 J.	berufstätig	Physiotherapie Bogen schießen, schwimmen, Sitzvolleyball, Rollstuhltanz, Handbike etc. 2 Kurse Selbstbehauptungstraining
5	Frau Aster	Oktober 2007 25 J.	Studentin	Physiotherapie
6	Frau Edel	April 2008 64 J.	Rentnerin	Physiotherapie Rudern, Krafttraining, Gymnastik, Handbike
7	Frau Rut	April 2008 43 J.	Rentnerin	Erfahrungen mit Aikido und Selbstbehauptung vor ihrer Erkrankung Physiotherapie Muskeltraining
8	Frau Korn	Mai 2008 54 J.	Rentnerin	Physiotherapie Gymnastik, Gerätetraining, Körperarbeit, 10 Jahre Karate und Jiu-Jitsu
9	Frau Becher	August 2008 23 J.	arbeitssuchend	Physiotherapie Rollstuhltanz, Rollstuhl-Cheerleading, 1 Kurs Selbstbehauptungstraining
10	Frau Schulze	Januar 2009 45 J.	berufstätig	Physiotherapie Schwimmen 2 Workshops DanceAbility

Tabelle 1: Übersicht über die Interviewpartnerinnen

Im Hinblick auf mögliche Gemeinsamkeiten in den verschiedenen Fällen und dabei zu entdeckende Phänomene wurden folgende Aspekte bei der Fallauswahl einbezogen und die Auswahl der behinderten Frauen diesbezüglich noch weiter variiert: Die Frauen kommen aus den alten und neuen Bundesländern, sie stammen aus der so genannten ersten Generation behinderter Frauen und der zweiten Generation, die aus der Sicht der Autorin bereits von einigen Errungenschaften der ersten Generation profitieren konnten.⁵⁰ Alle Frauen sind körperlich und sichtbar behindert, wobei

⁵⁰ Goeke (2010) und Mürner/Sierck (2009) zeigen die Entwicklung von der Krüppelfrauenbewegung bis zum Weibernetz e.V. heute auf. Sie traten 1980 auf den ersten Berliner

das Spektrum in Bezug auf den Unterstützungsbedarf stark variiert. Es wurden Frauen interviewt, die mit einer Behinderung mit progredientem Verlauf leben, d. h. die gesundheitliche Situation verschlechtert sich fortlaufend besonders im Hinblick auf die eigenständigen Fortbewegungsmöglichkeiten und den pflegerischen Unterstützungsbedarf. Zwei Frauen sind spät-behindert, eine Frau erkrankte mit 30 Jahren chronisch mit progredientem Verlauf und eine Frau ist in Folge eines Unfalls seit ihrem 20. Lebensjahr querschnittsgelähmt. Acht Frauen haben eine angeborene Behinderung. Jedoch war dies nicht bei allen sofort nach der Geburt offenbar. Die Diagnose erfolgte teilweise erst während des ersten Lebensjahrs oder danach. Eine der acht Frauen erkrankte während des ersten Lebensjahrs an Kinderlähmung.

Vier Frauen haben sich bereits konkret mit Selbstbehauptung und Selbstverteidigung in einem Kurs beschäftigt und jeweils in einem Zeitraum von einem Wochenende bis zu mehreren Jahren regelmäßig praktiziert. Weitere vier Frauen können sich in naher Zukunft vorstellen, ein Selbstbehauptungsangebot wahrzunehmen. Zwei Frauen schließen dies explizit für sich aus. Alle zehn Frauen treiben aktuell in ihrer Freizeit Rehabilitationssport, Breitensport oder betätigen sich körperlich in überwiegend therapeutischen (physiotherapeutischen) Kontexten.

Gesundheitstagen und im UNO-Jahr der Behinderten 1981 erstmals in Erscheinung. Zu der ersten Generation gehören fünf interviewte Frauen. Sie sind 1981 18–37 Jahre alt. Zur zweiten Generation gehören fünf interviewte Frauen. Sie sind in den Jahren 1975–1985 geboren und wachsen bereits in einem gesellschaftlichen Klima der Veränderung auf. (vgl. auch Mürner/Sierck (2009, 134) zum Thema Krüppelfrauen).

5.3 Das problemzentrierte Interview

Mit qualitativen, leitfadengestützten Interviews, die problemzentriert angelegt waren, wurden die individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Erlebnisse der Frauen mit Behinderungen erforscht. Diese von Andreas Witzel bereits 1982 entwickelte Interviewtechnik zielt „auf eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel 2000, [1]). Witzel lehnt sich zwar nicht explizit an die Methodologie der Qualitativen Heuristik von Kleinig an. Es lassen sich jedoch in seinen Erklärungen Bezüge dazu herstellen, beispielsweise wird das „offenzulegende Vorwissen“ angesprochen und er beschreibt Merkmale einer „elastischen Vorgehensweise“ (ebd., [3]), die in Teilen der Offenheit der Forschungsperson bei der heuristischen Vorgehensweise entspricht. Um den entdeckenden Charakter der Methodologie beizubehalten, erfolgten die Interviews leitfadengestützt in halb-strukturierter Form entlang der Biographie, jederzeit offen für freie Erzählungen der Interviewpartnerinnen (Leitfaden siehe Anhang C). Die im Vorfeld ausgewählten Themenfelder wurden in einem Pretest überprüft. Ein leitfadengestütztes Interview bietet Sicherheit für die Gesprächspartnerin und dient zugleich der Vorstrukturierung für die spätere Auswertung des Datenmaterials.

Witzel stellt weiter drei Grundpositionen in den Mittelpunkt seiner Interviewmethode, die hier im Zusammenhang mit den Instrumenten des problemorientierten Interviews kurz dargestellt werden:

Problemzentrierung: Hiermit ist die Ausrichtung an einem gesellschaftlich bedeutsamen Thema gemeint. Dabei werden die subjektiven und objektiven Erkenntnisse über das Problem zur Konzipierung des Interviewleitfadens genutzt. Der Leitfaden besteht nicht aus vorformulierten Fragen, die schematisch abgearbeitet werden. Er stellt vielmehr einen Rahmen für die Vergleichbarkeit der Interviews dar. Der in dieser Arbeit verwendete Leitfaden ist im Anhang einsehbar.

Gegenstandsorientierung: Hiermit sind Variationsmöglichkeiten hinsichtlich des Forschungsgegenstands angesprochen. Diese beziehen sich sowohl auf gründlich recherchierte, sachbezogene Inhalte im Vorfeld des Interviews als auch auf einen Kommunikationsstil, der sich den Interviewten insofern anpasst, als er beispielsweise die Wortgewandtheit und das Reflexionsvermögen der Gesprächspartner/-innen angemessen berücksicht-

sichtigt. Da in der Arbeit behinderte Frauen interviewt wurden, müssen daraus resultierende Intervieweffekte berücksichtigt werden, denn Interviewerin und Interviewte haben nicht den gleichen Erfahrungshintergrund, mit einer Behinderung zu leben.

Prozessorientierung: Dieser Punkt bezieht sich auf den gesamten Forschungsablauf und beschreibt das Phänomen ausgehend von einem (wachsenden) Vertrauensverhältnis im Verlauf des Interviews, das zur Folge hat, dass die interviewte Person ihre persönliche Geschichte entfaltet und sich erinnern kann. So erzählen die behinderten Frauen entlang ihrer Biographie und rekonstruieren damit ihre Lebensgeschichte. Es wird damit vermieden, dass nur isolierte, sehr knappe oder schematische Antworten auf Fragen gegeben werden (vgl. Witzel 2000, [4]).

Diese übergreifenden Prinzipien ergänzen sich mit den vorangestellten Grundannahmen des qualitativen Forschens und ebenfalls mit den Grundprinzipien der Qualitativen Heuristik. Deshalb stellt das problemzentrierte Interview eine im Kontext dieser Untersuchung passende Erhebungsmethode dar. Des Weiteren ist die Methode sinnvoll, weil sie im Sinne einer Gesprächssituation konzipiert ist. So kann den teilnehmenden Frauen am ehesten ein Gefühl des Verstehens zwischen sich und der Forscherin vermittelt werden. Eine solche Vertrauensbasis zu schaffen ist vor dem Hintergrund der Besprechung zum Teil äußerst persönlicher (intimer) Themen ein notwendiges Anliegen und hätte mit anderen Methoden nicht erreicht werden können. Ausgehend von dem Bewusstsein einer Asymmetrie zwischen Interviewerin und den interviewten Frauen sollte die Kommunikation auf Augenhöhe gestaltet werden. Bourdieu betont in seiner soziologischen Forschung ebenfalls die Aushandlungsprozesse zwischen Forscher/-innen und Beforschten (vgl. 2005, 395). Aushandlungsprozesse fanden in der vorliegenden Forschungsarbeit während der Interviewauswertung zu Fragen der Anonymisierung statt (siehe Kap. 5.3.3).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Interviews in gewisser Weise immer Momentaufnahmen sind. Sie bilden die soziale Wirklichkeit in einem zeitlichen Ausschnitt ab und die Interviewten berichten aus der Vergangenheit und damit aus ihrer Erinnerung oder sprechen Vermutungen aus. Zudem bleibt ein Interview immer ein Austausch zwischen Menschen und damit eine soziale Interaktion. Breuer spricht auch von „subtilen kommunikativen Prozessen“ und „Resonanzen des Forschers in seinem

Forschungsfeld“ (Breuer 2010, 38). Eine objektive oder gar neutrale Situation lässt sich somit aus seiner Sicht nicht herstellen (ebd.).

In den zwei folgenden Kapiteln wird zum einen auf einige Besonderheiten zur Interviewkonstellation und zum anderen auf die Transkription sowie die Bedeutung von Postskripten eingegangen.

5.3.1 Intervieweffekte

Intervieweffekte lassen sich vielfältig und je nach Autor/-in unterschiedlich beschreiben als Interaktionsgeschehen, Frageneffekte oder Rollen- und Verhaltensvariablen, um hier nur einige Beispiele zu nennen (vgl. Flick 1998, 112ff.; Flick 2008a, 167ff.; Helfferich 2005, 128–133; Hopf 2008, 357ff.). In diesem Kapitel werden ausschließlich die Punkte angesprochen, die für die vorliegende Arbeit bei den durchgeführten Interviews von Bedeutung waren.

In den für diese Arbeit geführten Interviews teilen Interviewerin und Interviewpartnerin nicht den Erfahrungshintergrund einer Behinderung. Gemeinsam ist ihnen jedoch das *Frausein*, teilweise die soziale Herkunft und das Alter (vgl. Goeke 2010, 249). Bereits im Zusammenhang mit den Erörterungen zu Zielsetzungen der Disability Studies (siehe dazu Kap. 1.2.1) wurde in dieser Arbeit erläutert, dass es die berechtigte Forderung aus den Reihen von behinderten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern gibt, dass nicht wie lange Zeit üblich nicht-behinderte Personen verschiedenster Wissenschaftsdisziplinen *über* Menschen mit Behinderungen forschen und Erkenntnisse darüber verbreiten, was ihnen ‚zutraglich‘ ist, sondern dass dies behinderte Menschen als professionelle Forscher/-innen selbst tun oder innerhalb eines partizipativen Forschungsstils (s. o.) am Forschungsgeschehen so beteiligt sind, dass dies deutlich über den Status als Feldpersonen hinausreicht (vgl. Bergold/Thomas 2010, 333; Koenig et al. 2010, 177f.). In der Studie „Live Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung“ von Eiermann, Häußler und Helfferich aus dem Jahr 2000 wurden beispielsweise für die Erhebung als Interviewerinnen Frauen mit und ohne Behinderung eingesetzt. Die Erfahrungen wurden innerhalb der Studie diskutiert und der Einsatz von behinderten Frauen als Interviewerinnen als überwiegend positiv bewertet. Demgegenüber formuliert Helfferich (2005, 113ff.) in ihren Ausführungen zum gemeinsamen Erfahrungshintergrund und zur Bereitschaft der Interviewten, so

genanntes „Insider-Wissen“ zu erzählen, die sehr interessante Erkenntnis „Nähe erzwingt Abgrenzung, Nähe erzeugt Schonung“. Vor dem Hintergrund ihrer umfangreichen Forschungserfahrungen stellt sie fest, dass es zu verkürzten Darstellungen kommen kann und daraus folgend zu einem „Verlust an Explikation“ (Helfferrich 2005, 108).

Als Fazit lässt sich vermerken, dass es für die Forscherin einen fortlaufenden Auseinandersetzungsprozess bedeutete, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob sie in ihrem gewählten Forschungsfeld willkommen war. Auch wenn diese Frage nicht abschließend beantwortet werden kann, so lässt sich doch an der Dichte der Daten, der intensiven Gesprächsatmosphäre und dem entgegengebrachten Vertrauen ablesen, dass es augenscheinlich zu keinen erkennbaren Einschränkungen oder Konflikten gekommen ist.

5.3.2 Transkription und Postskripte

Die Interviews wurden auf Audiocassetten aufgenommen und jeweils im Anschluss vollständig transkribiert, Auffälligkeiten wurden durch Kommentare oder Zeichen kenntlich gemacht. Die Transkription erfolgte durch drei unterschiedliche Personen nach den üblichen Regeln (vgl. Kuckartz et al. 2007). Die Satzzeichen folgen nicht schriftgrammatikalischen Vorgaben. Die Transkripte weichen stilistisch etwas voneinander ab. Die Form der Verschriftlichung richtete sich dabei nach den Erfordernissen der Forschungsfrage (vgl. ebd.). Für die vorliegende Arbeit reichte es aus, den Inhalt der Interviews vollständig und unverfälscht wiederzugeben. Die konkreten Transkriptionsnotationen befinden sich im Anhang (Teil D). Die vollständigen Transkripte werden für die Begutachtung auf einer CD-Rom beigefügt.⁵¹ Die originalen Interviewausschnitte im Ergebnisteil dieser Arbeit wurden für die bessere Lesbarkeit leicht sprachlich bearbeitet, ohne die Charakteristik und den Inhalt zu verfälschen. Im Verlauf der Textanalyse wurden von der Forscherin kontinuierlich alle Interviews abschnittsweise oder vollständig angehört, um unzulässige Interpretationen zu vermeiden

⁵¹ Die Originaltranskripte enthalten keine Namen und Orte, die Rückschlüsse auf die Identität der Interviewpartnerinnen zulassen. Zum besonderen Schutz der interviewten Frauen, da es sich um eine vulnerable Zielgruppe handelt, wurden in den Anhang keine Auszüge gestellt. Die beigefügte CD-Rom dient ausschließlich dem Nachweis zur Begutachtung der Dissertation. Mit dieser Vorgehensweise soll datenschutzrechtlichen Bestimmungen und forschungsethischen Überlegungen Rechnung getragen werden (vgl. Miethe 2003; Helfferrich 2011).

oder bestimmte Passagen auf die Richtigkeit der Transkription (z. B. medizinische Fachbegriffe, Auslassungen, Pausen oder Unverständliches) zu überprüfen und ggf. Ergänzungen vorzunehmen. Zusätzlich konnte so über einen relativ langen Zeitraum der Forschung die Nähe zum Gegenstand gehalten werden.

Die Interviews wurden in Papierform und anfänglich mit einer Software (Maxqda 2) bearbeitet. Nach kurzer Zeit stellte sich aber die Papierform für die Forscherin als die sinnvollere Methode heraus.⁵² Für die Systematisierung wurden im laufenden Arbeitsprozess einfache Tabellen erstellt, die mit handschriftlichen Notizen ergänzt wurden.

Zu jedem Interview wurde von der Interviewerin im Anschluss ein Postskript angefertigt, in dem Besonderheiten, Rahmenbedingungen, Nachgespräche und persönliche Eindrücke festgehalten wurden. Auch zwischenzeitlicher Kontakt mit einzelnen Interviewpartnerinnen per E-Mail, SMS oder Telefon wurde in Notizform dokumentiert. Diese Aufzeichnungen hatten verschiedene Funktionen. Die Postskripte ermöglichten beispielsweise eine tiefer gehende Reflexion der Gesprächssituation (Interview) und der damit verbundenen Emotionen. Eine besondere Betroffenheit trat im Zusammenhang mit dem Thema Therapieerfahrungen in der Kindheit der interviewten Frauen auf. Hier waren es insbesondere Schilderungen grenzüberschreitender Erlebnisse mit der Konsequenz, dass die Therapien von den behinderten Frauen als physisch oder psychisch schmerzhaft oder einfach nur als sinnlos erlebt wurden. Es kamen wiederholt konkrete Erfahrungen zur Sprache, die sich rückblickend mit der beruflichen Geschichte und den Erfahrungen der Forscherin in einer besonders engen Weise verbanden und daher berührend waren und zu persönlichen berufsbiographischen Reflexionen führten.

Außerdem halfen die Postskripte insgesamt, Irritationen und Betroffenheit aus den Interviews zu verarbeiten, achtsam mit sich als Forscherin umzugehen und Erinnerungen in der Nachbearbeitung wieder wachzurufen. Ferner waren sie nützlich, um Rücksprachen mit den Interviewpartnerinnen auch über lange Zeiträume einzuhalten. Dazu gehörte beispielsweise

⁵² Diese Entscheidung lässt sich damit begründen, dass die Autorin mit dem computergestützten Auswertungsverfahren schnell an ihre Grenzen stieß, was sich u. a. daran zeigte, dass kreative Denkprozesse eher gehemmt als befördert wurden und ein wirklicher Zugewinn für die Systematisierung gegenüber einfachen Tabellen oder Handarbeit nicht erkennbar wurde. Außerdem ließ sich der Umfang von 10 Interviews (rund 10 Stunden Material/260 Seiten) gut ohne Software bearbeiten.

bei Einzelnen sie über den Fortgang und die Fertigstellung der Arbeit auf dem Laufenden zu halten.

5.3.3 Forschungsethische Überlegungen

An dieser Stelle sollen bestimmte Aspekte einer möglichen Rückmeldung an die Interviewpartnerinnen sowie Fragen zur Anonymisierung in den Blick genommen werden. Ausgehend von dem ausgesprochen hohen Interesse an der vorliegenden Forschungsarbeit von einem Teil der interviewten Frauen stand für die Forscherin von Anfang an die Frage der Rückmeldung unwiderruflich im Raum. Vor allem die Annahme, dass die Interviewpartnerinnen mit einer bestimmten Haltung oder Lesart an die Interpretationen herangehen würden, blockierte bisweilen den Entdeckungsprozess und führte „zu einer Art Selbstzensur“ im Denken (Mieth 2003, 229). Diesem Auseinandersetzungsprozess begegnete die Forscherin auf verschiedene Weisen:

- Durch Offenlegen der Zweifel im Rahmen von Forschungssupervisionen
- Durch kontinuierliche Diskussion und Reflexion der damit einhergehenden Fragen in der Forschungswerkstatt
- Durch Selbstreflexion

So konnte die innere Selbstzensur-Sperre immer wieder überwunden werden.

Ein weiterer zentraler Punkt war die Frage zur Form einer gelungenen Anonymisierung, die sich in der Tatsache zuspitzte, dass eine Interviewpartnerin innerhalb der festen Gruppe der Forschungswerkstatt von einer Insiderin des Forschungsfeldes erkannt wurde. Diese Situation führte zu langwierigen Überlegungen bezüglich der Darstellung der Interviewpassagen mit dem Ergebnis, dass nicht alles, was gedacht und analysiert wurde, auch zwingend publiziert werden muss (Mieth 2003, 229). Ergänzend wurde ein ausführliches Gespräch mit der besagten Interviewpartnerin geführt, in dem die oben dargestellten Fakten und Zweifel offen gelegt wurden. Zum einen wurde klargestellt, dass sich die Forscherin für eine gelungene Anonymisierung nicht verbürgen konnte und zum anderen konnte das Interview bei der besagten Interviewpartnerin erneut in Erinnerung gerufen und Korrekturen konnten angeboten werden (vgl. ebd., 235).

In dem folgenden Kapitel 6 werden die Ergebnisse vorgestellt. Es wurden dazu Grenzüberschreitungen in den Blick genommen und die Situationen, in denen sie geschahen, offengelegt. Die behinderten Frauen sind Expertinnen in eigener Sache und konnten aus der Erfahrung heraus berichten, wie es ist, mit einer Behinderung zu leben.

6 Ergebnisdarstellung

Ergebnis dieser Studie ist die Aufschlüsselung grenzüberschreitender Situationen, denen sich die interviewten behinderten Frauen ausgesetzt sahen, die ihnen widerfuhren oder die unvorhersehbar passierten. Sie geschahen als alltägliche Begebenheiten, die häufig von außen als nicht so gravierend angesehen werden oder unsichtbar bleiben. Im Mittelpunkt stehen die subjektiven Deutungen der behinderten Frauen. Die gesellschaftlichen Bedingungen und ihr Habitus geraten dabei unweigerlich in den Blick. Es zeigte sich während der Interviews schnell, dass sich die Frauen behaupten können und damit selbst gesellschaftliche Grenzen überschreiten (siehe Kap. 3). Sie sind demzufolge Akteurinnen und keine Opfer. Einige von ihnen hat ein Selbstbehauptungskurs darin unterstützt, aktiv zu werden.

Ausgehend von der Forschungsfrage, welche Bedeutung grenzüberschreitende Situationen im Leben behinderter Frauen haben und welche Bewältigungsstrategien sich anhand des Interviewmaterials rekonstruieren lassen, erfolgte die Auswertung und Analyse der Interviews auf der methodologischen Basis der Qualitativen Heuristik. Mit diesem Verfahren sollte der Erkundungs-Gegenstand vor allem von verschiedenen Seiten betrachtet werden. Die Qualitative Heuristik bot für die vorliegende Untersuchung die Chance, über die Entdeckung⁵³ von Gemeinsamkeiten das Denken in den Kategorien behindert und nicht-behindert zu überwinden (siehe dazu Kap. 5.1).

Das Vorhaben bezog sich auf einen engen Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit, nämlich auf zehn Frauen mit einer mehr oder weniger deutlich sichtbaren Körperbehinderung. Ziel war es, Gemeinsamkeiten im Umgang mit Grenzüberschreitungen trotz der Verschiedenheit der interviewten Frauen zu entdecken. Die Frauen sind trotz der offiziellen Übereinstimmung *Körperbehinderung*⁵⁴ sehr unterschiedlich mobil: Sie sind Rollstuhlfahrerinnen oder gehend, sie sind beeinträchtigt mit oder ohne progrediente Verläufe ihrer Erkrankung und sie sind Studentinnen, berufstätig oder

⁵³ Kleining unterscheidet zwischen erklärenden, beschreibenden und entdeckenden Verfahren, entdeckende Verfahren „nutzen Suchen-und-Finden-Strategien. Sind sie erfolgreich, können Forschungsgegenstände neu gesehen werden.“ (Kleining, 1995, 216–217)

⁵⁴ Allgemeingültige und insbesondere in der Empirie entwickelte Kategorien werden ab Kapitel 6 kursiv gesetzt.

Rentnerinnen, um hier nur an die wesentlichen Merkmale der Gegenstandsvariation zu erinnern.

Mit den folgenden Einzelporträts wurde versucht, der Selbstausslegung der Frauen so nah wie möglich zu kommen und sich gleichzeitig von medizinisch gefärbten Falldarstellungen abzugrenzen. Im Anschluss an die Einzelporträts richtete sich der Blick zunächst auf die Erstwahrnehmung der Behinderung verbunden mit der Frage, welche zentralen Themen dort sichtbar werden. Die Erkenntnis, dass die Erstwahrnehmung Spuren bei den behinderten Frauen hinterlässt, führt zur Ausformung des Begriffs Signatur, der im Zusammenhang mit dem Habitus-Konzept im Verlauf genauer beschrieben wird. Ausgehend von der Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen dem Erleben grenzüberschreitender Situationen, dem Ausbilden einer Signatur und den Selbstbehauptungsstrategien der behinderten Frauen gibt, werden Grenzüberschreitungen in ihren Erscheinungsformen und Wirkungen auf die Frauen eingeordnet.

6.1 Porträts der interviewten Frauen

Vor zusammenfassenden Darstellungen wird Wert darauf gelegt, die zehn Frauen als Subjekte und Forschungsbeteiligte in Erscheinung treten zu lassen. Im Vordergrund der Porträts stehen dabei nicht ihre Behinderungen im Sinne einer Diagnose, die meist nur in Fußnoten Erwähnung finden, sondern zentrale biographische Stationen im Leben der Frauen, von denen sie berichten und die an dieser Stelle zusammengefasst wurden. Des Weiteren soll die Individualität der behinderten Frauen herausgestellt werden, um medizinischen und pädagogischen Zuschreibungen vorzubeugen. Zu den biographischen Stationen gehören u. a. Kindheit, Jugend-, und Erwachsenenalter sowie Schullaufbahn, Erfahrungen mit Therapie, Bildungsabschluss, Ausbildung oder Studium und Beziehungen. Hinzu kommen ausgewählte Lebensumstände zum Zeitpunkt des Interviews. Es werden nun der Reihe nach Frau Edel, Frau Korn, Frau Rut, Frau Gast, Frau Schulze, Frau Becher, Frau Sand, Frau Reis, Frau Linde und Frau Aster vorgestellt. Die unterschiedliche Länge der Porträts erklärt sich aus dem Detailreichtum der Antworten, der Erzähltiefe und Dauer der Interviews. Außerdem wurde die Zurückhaltung mancher Frauen zu bestimmten Fragen während des Interviews von der Interviewerin sensibel wahrgenommen und vorbehaltlos respektiert, um nicht Akte symbolischer Gewalt zu reproduzieren (siehe Kap. 3.2).

Frau Edel

Frau Edel ist 64 Jahre, Rentnerin und lebt in einer westdeutschen Großstadt. Sie hat einen inzwischen erwachsenen Pflegesohn und war vor der Rente als bio-chemische Assistentin tätig. Frau Edel ist seit ihrem 20. Lebensjahr in Folge eines Autounfalls Rollstuhlfahrerin⁵⁵. Sie geht nach der klinischen Rehabilitationsphase in ihren alten Beruf zurück. Der Unfall stürzt sie zunächst in eine tiefe Krise mit mehreren Suizidversuchen. Heute denkt sie, dass eine psychologische Unterstützung hilfreich gewesen wäre. Frau Edel sagt selbst über ihre damalige Krankengymnastin, „*und ich hatte nun das Glück, dass ich eine sehr, sehr gute Krankengymnastin*

⁵⁵ Frau Edel hat ein spinales Schocktrauma (12. Brustwirbel) in Folge eines Autounfalls mit 20 Jahren.

hatte, die (...) ⁵⁶ hochsensibel war, (...) und sie hat also wirklich sehr speziell sich mit meinem Schicksal befasst, und das war `ne große Hilfe.“ (6_Edel:45–48) Frau Edel hatte verschiedene Partnerbeziehungen und erlebte häufig Ablehnung und Misstrauen von den Familien der jeweiligen Partner, weil sie Rollstuhlfahrerin ist. Mit ihrem letzten Lebensgefährten lebte Frau Edel 20 Jahre bis zu dessen Tod zusammen. Danach sagt sie selbst, hatte sie kein Interesse mehr an einer Partnerschaft und nimmt einen Pflegesohn zu sich. *„Aber ich muss sagen, das mit meinem Pflege-sohn war eine meiner besten Entscheidungen.“ (6_Edel:204–205)* Frau Edel lebt zum Zeitpunkt des Interviews selbstständig, fährt Auto und benötigt teilweise Hilfe beim Einkaufen und im Haushalt. Sie ist begeisterte Ruderin, fährt, so oft sie kann, Handbike und bereist die ganze Welt.

Frau Korn

Frau Korn ist 54 Jahre und wächst zunächst auf dem Land in Norddeutschland auf. Sie besucht keinen Kindergarten. Frau Korn berichtet, dass ihre Behinderung ⁵⁷ erst im Alter von zwei Jahren festgestellt und sie aufgrund langer Krankenhausaufenthalte ein Jahr später als üblich eingeschult wird. In diesem Zusammenhang bleibt ihr besonders das Röntgen in Erinnerung, *„dass die so einzelne Bleiteile hatten und dann halt auch (...), [dass man, d. Verf.] ⁵⁸ nicht zugedeckt [wurde, d. Verf.] vorher, ne.“ (8_Korn:201–202)* Nach der neunten Klasse sind ihre Eltern der Ansicht, ein Volksschulabschluss reiche aus. Frau Korn setzt ihren weiteren Schulbesuch in einer entfernten Kleinstadt durch. Mit 18 Jahren zieht Frau Korn für ihre Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin in eine Großstadt. Sie heiratet mit 32 Jahren, wird, wie selbst sagt, zufällig schwanger und bekommt eine Tochter. Durch ihre Gehbehinderung kann sie die Tochter nur wenig tragen. Daher muss diese viel laufen und früh anfangen, Roller bzw. Rad zu fahren. Frau Korn kann wegen ihrer Beeinträchtigung nur langsam gehen, was zeitweise anstrengend und schmerzhaft für sie ist. Sie lebt zum Zeitpunkt des Interviews selbstständig und ist seit vier Jahren geschieden. Ihre Tochter ist bereits ausgezogen. Frau Korn treibt

⁵⁶ Innerhalb der Interviewzitate kennzeichnet (...) eine Textauslassung, in den Transkriptionen wurde dieses Zeichen für längere Redepausen verwendet, diese wurden für die Zitate nicht übernommen, weil sie nicht bedeutsam waren und selten vorkamen.

⁵⁷ Frau Korn hat aufgrund zu spät erkannter beidseitig angeborener Hüftluxationen eine bleibende Beeinträchtigung in Form einer Gehbehinderung.

⁵⁸ Wortergänzungen zum Verständnis.

in ihrer Freizeit gern Sport und befindet sich in einer Ausbildung zur Übungsleiterin.

Frau Rut

Frau Rut ist 43 Jahre, von Beruf Sozialarbeiterin und seit kurzem Rentnerin. Sie ist gebürtige Rumänin und mit zehn Jahren über eine Familienzusammenführung nach Deutschland gekommen. Zum Studium zieht sie in eine große deutsche Stadt um und lebt seitdem dort. Frau Rut erkrankt mit 30 Jahren an Multipler Sklerose und steht zunächst unter Schock. Nachdem sie sich mit der Situation auseinander gesetzt hat, beendet sie ihre selbstständige Arbeit als Familienhelferin und ist arbeitslos. Frau Rut sagt selbst: *„(...) ja, [da, d. Verf.] konnte ich dann einfach auch krank sein und arbeitsunfähig sein, was ich ja vorher nicht konnte – als (...) selbstständig Arbeitende musste ich ja arbeiten, um Geld zu bekommen, und wenn nicht, habe ich Pech gehabt.“* (7_Rut:137–139) Nach einiger Zeit beginnt sie eine Arbeit in einem Gesundheitszentrum. Frau Rut ist fortlaufend in physiotherapeutischer Behandlung und empfindet dies als Unterstützung. Sie kann sich mit Hilfe von zwei Nordic-Walking-Stöcken gut fortbewegen. Dabei geht sie meist langsam und hat manchmal Gleichgewichtsprobleme. Sie lebt zum Zeitpunkt des Interviews selbstständig in einer Wohnung und bekommt in hauswirtschaftlichen Dingen regelmäßig Unterstützung von Freunden. Sie macht zu Hause ein Bewegungstraining und probiert in diesem Bereich gern neue Möglichkeiten aus. Frau Rut singt in einem Chor und spielt Theater.

Frau Gast

Frau Gast ist 48 Jahre, Rollstuhlfahrerin⁵⁹ und berufstätig. Sie ist in einer ostdeutschen Hafenstadt groß geworden. Zur Wende ist sie 31 Jahre alt. Sie besucht zuerst eine Vorschule und bekommt schon früh täglich Krankengymnastik. Sie hat sich *„immer gerne bewegt, [und, d. Verf.] das ist auch heute noch so, und (...) die frühesten Erinnerungen, da muss ich (...) so vier gewesen sein, da bin ich immer gerne hingegangen zu meiner Tante K.“* [Tante K. ist die Krankengymnastin, d. Verf.] (4_Gast:502–504) Vom 4.–14. Lebensjahr fährt Frau Gast alle ein bis zwei Jahre für einige Wochen zur Kur in eine Spezialklinik. Sie macht dort gegensätzliche Erfahrungen. Sie stößt zum einen auf sehr strenge Erzieher/-innen mit rigi-

⁵⁹ Frau Gast ist mit einem Jahr an Poliomyelitis (Kinderlähmung) erkrankt.

den Vorstellungen und zum anderen auf engagierte Therapeutinnen und Therapeuten, die ein umfangreiches Therapie- und Sportangebot organisieren, an dem sie viel Spaß hat. Sie sagt: „(...), *ich fand das immer schön, mich zu bewegen, und wenn wir da über den Turnsaal hoppten (...) und hinterher wurden wir dann auch gelobt, und das, was ich immer gemocht hab, war die Gemeinschaft, (...)*“ (4_Gast:548–551) Ab dem 6. Lebensjahr bekommt sie für kurze Zeit Privatunterricht, weil die nächste Grundschule zu weit vom Wohnort entfernt liegt. Sie sagt selbst: „*Dann habe ich ein halbes Jahr Privatunterricht gekriegt, bis (...) bis mein Schullehrer das Handtuch geschmissen hat, weil ich war wohl zu frech (...)*“ (4_Gast:20–24) Frau Gast besucht daraufhin die Grundschule⁶⁰ bis zur achten Klasse und wird täglich mit dem Taxi dorthin gebracht. Anschließend besucht sie die Erweiterte Oberschule mit angeschlossenem Internat, macht Abitur und studiert Kunstwissenschaften. Im Internat macht Frau Gast erneut ambivalente Erfahrungen. Einerseits teilt sie ein Zimmer mit acht anderen Mädchen ohne jegliche Privatsphäre, andererseits schätzt sie die Schulbildung und die Lehrer als fachlich hervorragend ein. Ab der 12. Klasse lebt Frau Gast überwiegend bei ihrem damaligen Partner, zieht zum Studium mit ihm zusammen, bekommt mit 23 Jahren ihren ersten Sohn und schließt zeitgleich ihr Studium ab. Frau Gast bekommt direkt nach dem Studium einen geschützten Arbeitsplatz in einem Buch- und Zeitschriftenverlag. 1987 wird ihr zweiter Sohn geboren. Während der dreijährigen Freistellung fällt die Mauer und sie verliert ihren Arbeitsplatz. In der Zwischenzeit beginnt sie sich politisch zu engagieren und lässt sich scheiden. Nach einiger Zeit bekommt Frau Gast eine feste Stelle als Referentin. Zum Zeitpunkt des Interviews lebt Frau Gast mit ihrem Lebenspartner und einem Sohn selbstständig und bekommt Unterstützung durch eine Haushaltshilfe. Sie fährt Auto und bei Bedarf kann sie kurze Strecken mit ihren Gehschienen zurücklegen. Verschiedene Sportarten, wie z. B. Bogenschießen oder Rollstuhltanz zählen zu ihren Hobbys.

⁶⁰ Frau Gast spricht im Interview von Grundschule. Dazu muss ergänzt werden, dass die aus den Grund- und Mittelschulen hervorgegangenen gesamtschulartigen Pflichtschulen der DDR bereits 1959 in Polytechnische Oberschulen umbenannt wurden. Diese waren eingeteilt in Unterstufe (1.–3. Klasse), Mittelstufe (4.–6. Klasse) und Oberstufe (7.–10. Klasse) (vgl. Schwerin 1990, 68–75).

Frau Schulze

Frau Schulze wächst in einer westdeutschen Kleinstadt auf und ist 45 Jahre alt. Sie besucht bis zur Einschulung keinen Kindergarten. Sie hat keinen Rollstuhl⁶¹ und wird im Kinderwagen geschoben. Die Eltern setzen sich für einen Besuch der nächstgelegenen Grundschule ein. Hier bekommt Frau Schulze ihren ersten Rollstuhl zum Schieben, den sie auf Grund ihrer Behinderung nicht selbst bewegen kann. Sie setzt bei der Auswahl von drei Farben ihren Farbwunsch erfolgreich gegen Widerstand aller Beteiligten durch und umschreibt das Ganze als *„ein ziemliches Hickhack“* (10_Schulze:173–174). Bei der Schuleingangsuntersuchung wird sie nach Erzählungen der Eltern vom Arzt fallen gelassen, da er sich nicht vorstellen kann, dass Frau Schulze nicht stehen kann. Mit ungefähr sieben Jahren wurde ihr auf einer Familienfeier zum ersten Mal bewusst, dass sie nicht laufen kann und *„halt meine Cousinen und Cousins nicht mit mir spielen wollten. Die wollten halt unbedingt so Fangenspiele machen. Und als ich dann zu Hause war, habe ich bitterlich geweint.“* (10_Schulze:360–363). Etwa zeitgleich beginnt die physiotherapeutische Behandlung. Nach der 4. Klasse besucht sie für ein Jahr ein Internat für Körperbehinderte. In dieser Zeit wird ihr zum ersten Mal ein Korsett angepasst. Frau Schulze ist dort erstmals auf fremde Pflege angewiesen und kommt in Kontakt mit anderen Kindern mit Behinderung. Sie beschreibt diese Zeit als *„schrecklich“* (10_Schulze:92) und dass sie dort *„körperlich malträtiert“* (10_Schulze:93) wurde. Frau Schulze erkrankt daraufhin und wechselt nach Ablauf des Schuljahres mit Unterstützung des Vaters in die 6. Klasse des Gymnasiums vor Ort. Sie schließt ihre Schulzeit mit dem Abitur ab. In dieser Zeit bekommt sie viel Unterstützung von ihren Mitschülern, die sie tragen und im Rollstuhl schieben. Nach dem Abitur bekommt Frau Schulze ihren ersten Elektrorollstuhl, mit dem sie sich selbstständig fortbewegen kann. Sie wechselt zum Studium an eine Universität, an der es zu diesem Zeitpunkt für Körperbehinderte möglich war zu studieren. Nach vier Jahren wechselt Frau Schulze das Studienfach und die Hochschule und zieht zum ersten Mal in eine eigene Wohnung. Sie äußert auf die Frage nach ihrer aktuellen Lebensgestaltung den Wunsch nach einer Partnerschaft und erzählt von einer länger zurückliegenden Beziehung und ihrem Kind, das heute 20 Jahre alt wäre. Frau Schulze begründet im Interview den Schwangerschaftsabbruch mit der Vererbbarkeit der Behin-

⁶¹ Frau Schulze hat eine progressive spinale Muskeldystrophie/Typ Duchenne.

derung, „*sie (...) will kein Kind, was so ein Leben führen muss.*“ (10_Schulze:530) Heute bereut sie diese Entscheidung, da sie Frauen mit ihrer Behinderung kennt, die Kinder bekommen haben. Frau Schulze schließt 1993 ihr Studium ab und ist seitdem als Sozialarbeiterin tätig und politisch engagiert. Frau Schulze lebt zum Zeitpunkt des Interviews in einer eigenen Wohnung mit persönlicher Rund-um-die-Uhr-Assistenz. Sie ist regelmäßig in physiotherapeutischer Behandlung und hat an zwei DanceAbility-Workshops⁶² teilgenommen.

Frau Becher

Frau Becher ist 23 Jahre alt und wächst in einer westdeutschen Großstadt auf. Sie hat gerade ihre Ausbildung abgeschlossen und sucht eine Stelle. Frau Becher ist Rollstuhlfahrerin⁶³ und ansonsten selbstständig. Sie besucht eine integrative Grundschule bis zur 6. Klasse und wechselt dann in ein Oberstufenzentrum, macht dort Abitur, beginnt im Anschluss ihre Ausbildung als Bürokauffrau und lebt währenddessen im Internat. Als Frau Becher 12 Jahre ist, verschlechtert sich ihre Gehfähigkeit nach einer Operation derart, dass sie danach nur noch mit dem Rollstuhl fahren kann. Das hat für sie nach ihren Aussagen den Vorteil, dass sie sich schneller fortbewegen kann und nicht mehr wegen ihres Ganges gehänselt wird. Frau Becher erinnert sich im Rückblick, dass sie sehr lange in krankengymnastischer und logopädischer Behandlung war. Sie spricht von „*total lange [und, d. Verf.], da konnte ich noch laufen (...) von Kindheit an*“ (9_Becher:174–176). In ihrer Freizeit geht Frau Becher regelmäßig mit ihrer Freundin in die Disko. Im Interview erzählt sie von einer Situation, wo ihre Freundin und sie sich gegen Männer zur Wehr setzen mussten, die ihnen, wie sie selbst sagt „*[an, d. Verf.] die Wäsche wollten*“ (9_Becher:303). Zum Zeitpunkt des Interviews lebt sie mit ihrem Bruder bei ihrem Vater, da sie sich keine eigene Wohnung leisten kann. Frau Becher ist in ihrer Freizeit begeisterte Rollstuhltänzerin und Mitglied in einer Rollstuhl-Cheerleading-Group.

⁶² DanceAbility ist eine Tanzform bei der sich Menschen mit Behinderungen begegnen, non-verbal kommunizieren und sich körperlich ausdrücken können. Ziel ist es, eine gemeinsame Sprache zu finden, bei der die Behinderung keine Rolle spielt (vgl. Scheuer o.J.).

⁶³ Frau Becher hat eine angeborene Querschnittslähmung (spina bifida).

Frau Sand

Frau Sand ist 32 Jahre alt und wächst in einer westdeutschen Kleinstadt auf. Sie besucht nach dem Kindergarten die Grundschule, wechselt nach der 4. Klasse auf ein Gymnasium und macht dort Abitur. Sie beschreibt im Interview aus ihrer Kindheit Situationen verbaler Angriffe auf dem Spielplatz, bei denen ihr ihre Eltern meist zu Hilfe kamen. Ihre Behinderung⁶⁴ nimmt Frau Sand auf direkte Nachfrage in einer Alltagssituation erstmalig wahr, denn sie hat immer dann kaputte Socken, wenn sie offene Sandalen trägt. Weiter sagt sie: *„Hm, ja, das ist komisch zu sagen, weil, weil es für mich jetzt praktisch mein, meine normale Statur ist und mein Normalgang sozusagen, ich kenn` es ja nicht anders.“* (1_Sand:99–101) Frau Sand ist seit ihrer frühesten Kindheit in krankengymnastischer⁶⁵ Behandlung und wird einmal jährlich von ihren Eltern in einer anerkannten Fachklinik vorgestellt. Diese alljährlichen Termine erschließen sich ihr nicht, was sie mit den Worten ausdrückt: (...) *„aber es war immer so`n bisschen das große Mysterium.“* (1_Sand:227–228). Ihre Lehrer auf der Grundschule schlagen für die weitere Schullaufbahn zunächst die Realschule vor. Sie *„beschwätzt“* (1_Sand:91) daraufhin ihre Eltern, da sie auf das Gymnasium möchte. Als sie 14 Jahre ist, unterzieht sie sich auf Empfehlung der Fachklinik einer größeren Operation mit anschließender schmerzhafter krankengymnastischer Nachbehandlung. Frau Sand berichtet von einer normalen Pubertät, in der sie *„lieber mal ins Café“* (1_Sand:369) geht als zur Krankengymnastik. In dieser Zeit hat sie einen Biologielehrer, *„(...) der dann irgendwie so in der 12. Klasse anfang, ab und zu mal `n paar Sprüche zu machen.“* (1_Sand:447–448). Er thematisiert vor der ganzen Klasse ihre Behinderung und möchte wissen, wie sie so zurechtkommt. Kurz darauf beschließt Frau Sand, sämtliche Therapien abubrechen und sich auf ihren Alltag und den zukünftigen Beruf zu konzentrieren. Zum Studium nimmt sie einen Ortswechsel in eine weit von zu Hause entfernte Stadt vor, den sie kurz darauf noch einmal rückgängig macht. Sie kommentiert dazu, dass sie *„anscheinend noch nicht groß genug war“* (1_Sand:29). Nach Abschluss des Studiums (Englisch, Psychologie und Germanistik), einigen berufsbedingten Ortswechseln und verschiedenen Praktika be-

⁶⁴ Frau Sand hat eine angeborene Hemiplegie und zieht daher ein Bein nach.

⁶⁵ „1994 wurde mit der Novellierung des Berufsgesetzes im wieder vereinigten Deutschland eine einheitliche Ausbildung geschaffen und gleichzeitig die Berufsbezeichnung Krankengymnast durch die international übliche Bezeichnung Physiotherapeut ersetzt“ (Deutscher Verband für Physiotherapie, Internetseite).

schließt sie, nach Irland zu gehen, um dort zu arbeiten. In Irland bekommt sie ein Promotionsstipendium. Frau Sand lebt zum Zeitpunkt des Interviews wieder in Deutschland. Sie hat eine eigene Wohnung, ist selbstständig und benötigt keine fremde Hilfe. Frau Sand hat sich aktuell einer Rehabilitationssportgruppe angeschlossen.

Frau Reis

Frau Reis ist 29 Jahre alt und wächst in einer westdeutschen Großstadt auf, in der sie heute auch studiert. Sie besucht nach dem Kindergarten die Grundschule und wechselt nach der 6. Klasse auf ein wohnortnahes Gymnasium. Für die letzten beiden Jahre vor dem Abitur geht sie auf eine integrative Gesamtschule. Frau Reis erklärt dazu im Interview: „ (...) für zwei Jahre, wo ich dann auch mein Abitur gemacht hab', ein Mal bin ich hängen geblieben, deswegen auch der letzte Schulwechsel, weil's nicht funktioniert hat (...) aufgrund der Lehrer.“ (2_Reis:57–61) Frau Reis erzählt, dass sie bis zu diesem Schulwechsel immer die einzige Behinderte⁶⁶ in der Schule ist und es für sie schwierig war, mit den anderen Schülern zurechtzukommen. Sie sagt selbst. „(...) die Akzeptanz des Andersseins der Behinderung war immer ein Kampf.“ (2_Reis:79–80) Sie fügt hinzu, dass sie in dieser Zeit immer Unterstützung von den Erwachsenen hatte. Angesprochen auf Erfahrungen mit Therapien sagt sie: „Massenhaft (...) Furchtbar! Grundsätzlich nie wieder!“ (2_Reis:236–241) Frau Reis wirft nach eigenen Aussagen mit 13 Jahren ihre Oberschenkel-schienen „in die Ecke“ (2_Reis:258), da sie ohne besser klar kommt. Nach dem Abitur und ein paar Umwegen studiert sie Sozialarbeit und steht zum Zeitpunkt des Interviews kurz vor ihrem Abschluss. Frau Reis ist Rollstuhlfahrerin und lebt selbstständig in einer Einliegerwohnung im Hause ihrer Eltern. Zwischendurch lebt sie drei Jahre mit ihrer besten Freundin in einer Wohngemeinschaft. Frau Reis fährt Auto und benötigt keine Hilfe. In hauswirtschaftlichen Dingen wird sie von ihren Eltern und den älteren Geschwistern unterstützt.

Frau Linde

Frau Linde ist 25 Jahre alt, bis zu ihrem 7. Lebensjahr in einer ostdeutschen Hansestadt aufgewachsen und wird 1989 eingeschult. Sie besucht vorher ab dem 2. Lebensjahr die Krippe und „(...) [ich, d. Verf.] bin dann

⁶⁶ Frau Reis hat eine angeborene Querschnittslähmung (spina bifida).

mit sieben Jahren eingeschult worden und bin zunächst erst mal (...) in so 'ne Körperbehindertenschule mit Internat, also da bin ich halt montags bis freitags da gewesen und am Wochenende zu Hause, bis ich dann praktisch in der 2. Klasse in meinem Heimatort in 'ne Regelschule gekommen bin“ (3_Linde:11–15). Frau Linde hat bis zur Einschulung keinen eigenen Rollstuhl⁶⁷, sondern wird im Kinderwagen geschoben. Im Internat erhält sie einen Rollstuhl zum Schieben, den sie selbst nicht vorwärts bewegen kann. Hier wird ihr das erste Mal bewusst, dass sie nicht herumrennen kann wie andere Kinder. Frau Linde bekommt mit 13 Jahren ihren ersten, viel zu großen Elektrorollstuhl und kann sich damit erstmalig selbstständig fortbewegen. Mit 14 Jahren beschließt sie selbst die Aufnahme in eine Klinik, um Klarheit über ihre Erkrankung zu bekommen. Vier Jahre später begibt Frau Linde sich aus eigenem Entschluss in eine Rehabilitationsmaßnahme, wo sie nach eigenen Aussagen *„das erste Mal (...) wirklich selbstständig“ (3_Linde:269)* war. Kurz danach zieht sie zum Studienbeginn in eine andere Stadt. Frau Linde studiert Erziehungswissenschaften, Soziologie und Medienwissenschaften. Ihr ursprünglicher Studienwunsch Kleinkindpädagogik zu studieren, ließ sich wegen der Nicht-Zugänglichkeit der entsprechenden Hochschule nicht verwirklichen. Zum Zeitpunkt des Interviews bewegt sich Frau Linde mit dem Elektrorollstuhl fort, lebt selbstständig und kommt in der Wohnung ohne Rollstuhl zurecht. Zu Hause trainiert sie täglich mit einem Bewegungstherapiegerät. Frau Linde bekommt regelmäßig hauswirtschaftliche Unterstützung von ihrem Bruder und den Eltern.

Frau Aster

Frau Aster ist 25 Jahre alt und studiert Philosophie und Germanistik. Sie lebt in einer westdeutschen Großstadt. Sie nutzt einen Elektrorollstuhl⁶⁸ mit Sitzschale, den sie meist selbst steuert. Sie wohnt zum Zeitpunkt des Interviews in einem abgetrennten Bereich mit ihrer Mutter und deren Lebenspartner zusammen. Frau Aster besucht ab dem dritten Lebensjahr einen integrativen Kindergarten und anschließend eine Integrationsschule bis zum 6. Schuljahr. Anschließend geht sie zur Haupt- und Realschule und wechselt nach drei Jahren auf eine integrative Oberschule, wo sie *„a/s*

⁶⁷ Frau Linde hat eine juvenile progressive spinale Muskelatrophie, Typ Kugelberg Welander.

⁶⁸ Frau Aster hat eine infantile Cerebralparese in Form einer Tetraparese.

erste Behinderte, die nicht selbst schreiben konnte (...) Abitur macht (...)“ (5_Aster:15–16). Frau Aster berichtet von betreuend und therapeutisch eingesetzten Personen, *„die schon immer sehr vorsichtig waren und sehr bedacht auf (...) mein Wohl [waren, d. Verf.]“* (5_Aster:44) Schwierig waren für sie offenbar zwei Operationen. Sie begründet dies selbst so: *„(...) weil ich das von meiner Psyche her nicht so gut verkraftet hatte.“* (5_Aster:76) Ihre Behinderung wird ihr spät – zum Anfang der Pubertät – bewusst. Als Begründung dafür gibt sie an, dass sie *„durch gute und engagierte Erzieher“* (5_Aster:90–91) immer gut integriert war. Frau Aster würde aktuell gern in einer Wohngemeinschaft leben, kann sich aber auch vorstellen, allein zu wohnen. Neben dem Studium engagiert sie sich politisch und ist Schriftstellerin. Sie benötigt aufgrund ihrer Beeinträchtigung Rund-um-die-Uhr-Assistenz und Unterstützung in allen Bereichen des täglichen Lebens.

Zusammenfassung und Übersicht

Nachdem die zehn Frauen aus der vorliegenden empirischen Untersuchung mit ihren biographischen Eckdaten und in ihren Lebensbezügen in Erscheinung getreten sind, werden nachfolgend entsprechend der Forschungsmethodik Einzelaspekte extrahiert und verglichen. Dabei wird auf die Bedeutung der Aussagen im Kontext der erlebten Situation geachtet. Jenseits von medizinischen und sonderpädagogischen Kategoriensystemen (siehe dazu Kap. 1) werden trotz verschiedener Behinderungen Gemeinsamkeiten identifiziert, wenn es um Grenzüberschreitungen *von* und *gegen* behinderte Frauen geht.

Die folgende Tabelle dient als Kurzübersicht und bietet eine Orientierung (siehe Tab. 2). Ein ausführlicherer Überblick (siehe Tab. 1) befindet sich auch in Kapitel 5.2 unter den Informationen zur Stichprobe.

10 Frauen mit einer sichtbaren Körperbehinderung im Alter von 23 – 64 Jahren		
Rentnerinnen	Berufstätige oder arbeitssuchende Frauen	Studentinnen
Frau Edel, 64 Jahre	Frau Gast, 48 Jahre	Frau Sand, 32 Jahre
Frau Korn, 54 Jahre	Frau Schulze, 45 Jahre	Frau Reis, 29 Jahre
Frau Rut, 43 Jahre	Frau Becher, 23 Jahre	Frau Linde, 25 Jahre
		Frau Aster, 25 Jahre

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Interviewpartnerinnen

Im folgenden Kapitel werden die Kategorien dargestellt. Sie beschreiben Gemeinsamkeiten der Frauen im Hinblick auf Grenzüberschreitungen und finden sich begrifflich in Abb. 4 und 5 wieder. Über Verdichtungen werden Beziehungen der Kategorien untereinander sichtbar.

6.2 Behinderte Frauen verändern ihren Habitus

Die folgenden Ergebnisse entstanden in einem schrittweisen Erschließungsprozess, der sich als eine Hin- und Herbewegung zwischen der Erhebung der Daten in Form der Interviews, einem kontinuierlichen Dialogprozess mit den transkribierten Interviewtexten und dem Herstellen theoretischer Bezüge beschreiben lässt. Es ist ein Ergebnisstrukturmodell (siehe Abb. 4) entstanden, das die Ergebnisse in abstrahierter und verdichteter Form systematisch wiedergibt. Ausgehend von der (Erst-) *Wahrnehmung der eigenen Behinderung*, die im Zentrum der um sie herum kreisenden Einflussfaktoren steht, kommt es zu einem Kreislauf aus Veränderungs-, Lenkungs- und Erzeugungsprozessen. Das Modell zeigt, wie sich die Selbst- und Erstwahrnehmung der Behinderung für die Frauen darstellt und wie sich der Habitus entwickelt. Zum einen wird der Habitus durch eine sich beständig ändernde Signatur immer wieder durch die Umgebung neu gerahmt. Zum anderen bleibt der Habitus durch auf unterschiedliche Art und Weise erworbene *Selbstbehauptungsstrategien* und den *Zuwachs von Selbstbestimmung* beweglich oder wird es immer wieder. Der *Zuwachs von Selbstbestimmung* in Auseinandersetzung mit *Grenzüberschreitungen* steht im Mittelpunkt der zweiten Abbildung (siehe Abb. 5), die im Kapitel 6.2.4 vorgestellt wird.

Bevor die Kategorien weiter expliziert werden, werden Begriffe erklärt. Signatur wird hier als neutrale Bezeichnung im Sinne eines Zeichens eingeführt und im Verlauf der Ergebnisdarstellung inhaltlich vertieft. Selbstständigkeit bezieht sich in dieser Forschung auf einen individuellen Entwicklungsprozess der behinderten Frauen in Abhängigkeit von Chancen und Möglichkeiten. Daneben wird Selbstbestimmung von den Interviewpartnerinnen umfassender verstanden als die Fähigkeit, ein Leben nach den eigenen persönlichen Vorstellungen führen zu können, wie bspw. die freie Wahl eines Studienplatzes oder die Möglichkeit, eine Familie zu gründen⁶⁹.

⁶⁹ Zur kurzen Begriffsbestimmung im Feld der Behindertenhilfe: Fornefeld (2009, 183–187). Eine ausführliche historische Analyse in Goeke (2010, 35–77).

Mit der nun folgenden Abbildung werden die untersuchungsrelevanten Kategorien veranschaulicht und in Bezug zueinander gesetzt (siehe Abb. 4).



Abbildung 4: Die Wahrnehmung der eigenen Behinderung in ihren Wechselwirkungen

Die Pfeile in der Abbildung (siehe Abb. 4) symbolisieren den Verarbeitungsprozess, verdeutlichen die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umfeld und zeigen mit der Kreisbewegung einen sich fortwährend wiederholenden und offenen Prozess an. So führen bspw. *interaktive Prozesse* zu Vergleichen mit der sogenannten Normalität und folglich zu Veränderungen im Umgang mit der Behinderung. Diese immer wieder neu stattfindende Auseinandersetzung erzeugt die Signatur, die das Behindert-Werden beinhaltet, aber auch das Behindert-Sein in sich trägt. Dieses Gezeichnet-Werden oder Gezeichnet-Sein verändert die *Habitusentwicklung* der behinderten Frauen immer wieder neu. Das Erleben des Andersseins als Nichtbehinderte wird Teil der Signatur für die behinderten Frauen. Um aus diesem Erfahrungsraum des Andersseins heraustreten zu können, ist es erforderlich, dass die untersuchten Frauen Anstrengung aufwenden, selbstbestimmt zu handeln. Nach Bourdieu überschreiten sie Feldgrenzen (siehe Kap. 2.1) oder verlassen die ihnen möglicherweise zugedachten Räume der Behindertenhilfe. (Vernaldi 2010, 1f.). Sie nutzen dazu verschiedene *Selbstbehauptungsstrategien*, formen ihren Habitus um, treten erneut in einen Kreislauf ein und verhandeln damit ihre Position im sozialen Raum fortlaufend neu.

Das Schema einer sich drehenden Scheibe soll verdeutlichen, dass es sich hier nicht um ein statisches Geschehen handelt, sondern um einen andauernden Verarbeitungsprozess der behinderten Frauen, der im Austausch mit der Umgebung immer wieder Veränderungen unterworfen ist. Auch wenn es sich um ein dynamisches Modell (s. o.) handelt, das Wechselwirkungen enthält und vor allem Bewegungen in ihrer Gesamtheit zeigen möchte, ist es sinnvoll, das Ergebnisstrukturmodell schrittweise zu entwickeln, um den Erschließungsprozess transparent und nachvollziehbar darzustellen.

6.2.1 Erstwahrnehmung der Behinderung durch Interaktionsprozesse

Um den persönlichen Deutungen der interviewten Frauen auf die Spur zu kommen und ein erstes Verständnis vom Forschungsgegenstand zu erlangen, wurde zunächst der Umgang der Frauen mit der eigenen Behinderung in den Blick genommen. Dabei wurde vor allem der Frage nachgegangen, in welchen Situationen die behinderten Frauen die Behinderung erstmalig wahrnahmen. Diese Erfahrungen wurden unter die Kategorie *Wahrnehmung der Behinderung* subsumiert.

Die *Erstwahrnehmung der Behinderung* ereignet sich meist während einer Interaktion. Die behinderte Frau macht Erfahrungen, bei der ihr andere Personen aus dem Umfeld ihr Behindert-Sein aufzeigen. Eine *Signatur der Behinderung* entsteht und ihr Habitus verändert sich. Selten geschieht dies nur durch Selbstwahrnehmung. In den Interviews zeigt sich, dass erst durch eine offene oder verdeckte Signatur der Umgebung das eigene Anderssein wahrgenommen wird. Offen soll hier heißen: Es erfolgt eine direkte und eindeutige Reaktion auf die Behinderung. Verdeckt bedeutet: Die behinderte Frau nimmt eine Reaktion auf ihre Behinderung wahr, diese ist jedoch möglicherweise so indirekt und uneindeutig, dass sie nur für die behinderte Frau selbst wahrzunehmen und als solche einzuordnen ist. Neben den bekannten soziologischen Begriffen wie Stigma oder Labeling Approach (siehe Kap. 2.2), die in ihrer Bedeutung eindeutig die Abwertung der Person durch das Tragen eines Merkmals oder die damit verbundene gesellschaftliche Ausgrenzung in den Mittelpunkt stellen, soll der Begriff Signatur in dem hier entwickelten Strukturmodell neutral sein. Er wird im Sinne eines Zeichens oder einer Standortbestimmung verwendet. Signatur

bedeutet allgemein Aufschrift oder Unterschrift oder ist auch bekannt als digitales Absenderfeld einer elektronischen Nachricht (vgl. Brockhaus 1989, Band 17). Als Signatur wird aber z. B. auch eine Standortnummer in der Bibliothek bezeichnet, also die Stelle, an der ein Buch zu finden ist. Insbesondere am Beispiel einer Standortnummer in der Bibliothek lässt sich gut veranschaulichen, dass eine Signatur aus mehreren Zeichen zusammengesetzt ist, die in dem hier gebrauchten Sinne verschiedene Ausprägungen symbolisieren sollen. *Signatur der Behinderung* stellt unter diesem Blickwinkel eine neue Bezeichnung für eine Kategorie dar, die Behinderung von einem neutralen Standort aus betrachtet und nicht von vornherein von einer negativen Konnotation ausgeht. *Signatur der Behinderung* beschreibt damit etwas Vorübergehendes, Austauschbares oder einen zeitlich begrenzten Standort, der immer wieder neu eingenommen werden kann.

In den folgenden Beispielen sollen zunächst Situationen exemplarisch dargestellt werden, in denen sich die Frauen im Zusammenhang mit der *Erstwahrnehmung der Behinderung*⁷⁰ befanden und die ihnen ihr Anderssein ins Bewusstsein brachten.

Ausschluss und Distanznahme

Zum Zeitpunkt der *Erstwahrnehmung ihrer Behinderung* zeigt sich, wie Frau Aster sich ausgeschlossen fühlt. Ihr fehlt in der Pubertät das Zugehörigkeitsgefühl zur eigenen Bezugsgruppe. „*Richtig schmerzhaft bewusst wurde mir das [Behinderung, d. Verf.] mit Anfang der Pubertät, also so mit elf zwölf Jahren, als es dann anfang, dass sich so Gruppen bilden und dann Mädchen sind doof, und so, Jungen sind auch doof, und als ich dann merkte, (...) dass ich eigentlich zu keiner Gruppe richtig dazu gehöre*“ (5_Aster:92–95). Frau Aster berichtet im Interview von ihrer damaligen Selbstreflexion und wie sie sich isoliert fühlte. Sie erlebt den Ausschluss aus der Gruppe der Gleichaltrigen⁷¹ und gehört als behindertes Mädchen nicht mehr dazu.

Frau Reis hat Folgendes erlebt: „*Irgendwann im Laufe der Grundschule hatten wir mal so'ne Diskussion (...) und da sagte irgend'n Schüler, er hat*

⁷⁰ Wann und durch wen spürten Sie das erste Mal, dass die Behinderung in ihrem Leben eine Rolle spielt? Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Situation? (Interviewleitfaden, siehe Anhang C)

⁷¹ Entwicklungsbedingte Erklärungen für Cliquenbildung oder Abgrenzungsstrategien in der Pubertät wurden als Erklärung hier nicht berücksichtigt.

Angst, sich mit mir abzugeben, weil er könnte sich ja anstecken.“ (2_Reis:114–116) Frau Reis bekommt die irrationale Angst vor Ansteckung eines Mitschülers als Begründung für seine Kontaktverweigerung zu spüren. Sie erlebt, dass sich Mitschüler/-innen von ihr distanzieren, und spürt, wie sie sich von ihr zurückziehen, weil sie meinen, dass sie eine ansteckende Krankheit habe.

Ausgelacht und gehänselt werden

Frau Sand sagt: *„(...) zum Beispiel mal auf dem Spielplatz, dass ich mal in so'ne Horde Kinder geraten bin, die irgendwie halt Sprüche gemacht haben oder mich ausgelacht haben;“* (1_Sand:110–112) Frau Sand wird wegen ihrer Art der Fortbewegung gehänselt und macht die Erfahrung des Ausgelacht-Werdens. Durch die Reaktionen der anderen Kinder bekommt sie zu spüren, dass sie anders ist.

Frau Becher erzählt auf die Frage, wann und wie ihr die Behinderung bewusst wurde: *„Ziemlich früh, also richtig auf jeden Fall in der Grundschule schon, weil ich da auch schon gehänselt worden bin von Mitschülern, und ja, ziemlich schlimm, nicht nur von Mitschülern auch von anderen Kindern, (...) kamen auch schon mal Sprüche von der gegenüberliegenden Straßenseite ‚guck‘ mal wie die läuft (...)“* (9_Becher:75–79) Frau Becher wird ebenfalls für ihre Art des Gehens gehänselt und nimmt wahr, dass etwas nicht mit ihr stimmt.

Verlust der Selbstständigkeit

Für Frau Edel stellt sich die Erstwahrnehmung der Behinderung körperlich dar. *„Das merkte ich eigentlich ziemlich schnell, eigentlich schon im Unfallkrankenhaus und das also bedingt durch die nicht funktionierende Blasen-Mastdarmfunktion. Also das fand ich fast schlimmer als das Nicht-Laufen-Können.“* (6_Edel:31–33) Frau Edel nimmt ihre Behinderung durch den Ausfall existentieller körperlicher Funktionen wahr. Bei ihr geraten kurz nach dem Unfall die verlorenen Fähigkeiten in den Fokus der Wahrnehmung. Frau Edel verliert die Kontrolle über ihre Ausscheidungen, die vor Eintritt der Behinderung selbstverständlich für sie war. Sie macht die Erfahrung einer gravierenden Einschränkung ihrer Selbstständigkeit und von verloren gegangenen Fähigkeiten.

Die ausgewählten Beispiele aus den Interviews zeigen eine erste Gemeinsamkeit: Die (Erst-) *Wahrnehmung der Behinderung* steht immer in einem Zusammenhang mit einem Vergleich zwischen so genannter Normalität und dem eigenen Behindert-Sein. Die Beispiele stehen exemplarisch für verschiedene, aber im Wesen ähnliche Erfahrungen der untersuchten Frauen, bspw. zeigen in der Situation anwesende Personen eine Reaktion auf die Behinderung. Gleichaltrige Kinder signalisieren direkt und offen ihr Gefühl des Befremdetseins oder ihr Unwohlsein.⁷² Die direkt an der Interaktion Beteiligten nehmen einen Vergleich in ihre Botschaft auf, indem sie z. B. die Vermutung äußern, die Behinderung könnte ansteckend sein. Sie drücken hiermit etwas offen verbal aus oder zeigen durch Lachen oder andere Ausdrucksformen an, dass etwas vom Üblichen abweicht. Erst daraus ergibt sich für die untersuchten Frauen das Gefühl des Andersseins. Bei Frau Edel hingegen wird dieser Abgleich aufgrund persönlicher Maßstäbe vorgenommen, da sie ihre Behinderung als Erwachsene erworben hat, vergleicht sie ihre Fähigkeiten vor dem Unfall mit denen danach. Sie bemerkt zwei Dinge, die vor dem Unfall für sie selbstverständlich waren: Sie kann ihre Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren und sie kann nicht mehr gehen.

Zu bedenken ist, dass die in den *interaktiven Prozessen* stattfindenden Vergleiche mit der Normalität immer schon von Erstwahrnehmungen im Hinblick auf Behinderungen präformiert sind, die bereits eine erste *Signatur der Behinderung* vorgebildet haben. Diese Zeichen wirken auf den Habitus und verändern ihn. Frau Aster, Frau Sand, Frau Reis und Frau Edel sind sehr unterschiedlich⁷³. Und dennoch verbindet sie ein dauerhafter Auseinandersetzungsprozess mit ihrer Behinderung. Folglich geraten nicht nur die vielfältigen Benachteiligungen in den Blick, die sich aus einer körperlichen Beeinträchtigung bei geringer Barrierefreiheit ergeben, sondern der in dieser Arbeit vorgeschlagene Blick auf den Habitus eröffnet die Möglichkeit, Wechselwirkungen zwischen dem veränderten Körper und der Gesellschaft aufzunehmen.

⁷² Der Frage, welche Möglichkeiten Kinder in einer solchen Situation in Abhängigkeit von ihrem Alter und Entwicklungsstand haben, ihr Erleben zu zeigen, wird hier nicht nachgegangen. Die untersuchten behinderten Frauen werden in der jeweiligen Situation signiert und das Erlebte lagert sich in ihrem Habitus ab.

⁷³ Die Unterschiede wurden im Rahmen der Gegenstandsvariation in den Kapiteln 5.1.2 und 5.1.3 ausführlich beschrieben.

Es werden nun in einem weiteren Schritt Situationen aus den Interviews heraus gearbeitet, aus denen sich zentrale Fähigkeiten ableiten lassen, die konkret zu einem *Zuwachs an Selbstbestimmung* führen.

6.2.2 Zentrale Fähigkeiten zur Selbstbehauptung

Vor dem Hintergrund des fortwährenden Auseinandersetzungsprozesses der untersuchten Frauen stellt sich zum einen die Frage, ob sie besondere Fähigkeiten entwickeln konnten, um für sich von außen gesetzte Grenzen zu überschreiten oder sich in den für sie grenzüberschreitenden und grenzverletzenden Situationen zu behaupten. Selbstbestimmung wurde im Kontext dieser Forschungsarbeit zwar nicht theoretisch aufgearbeitet, wird aber von den interviewten Frauen im Verlauf der Interviews im Hinblick auf eine Interviewfrage thematisiert. Sie umschreiben den Begriff vor allem im Hinblick auf den Einfluss auf ihre Lebensgestaltung.⁷⁴ Sie benennen Schnittstellen zu den Aspekten Selbstständigkeit und Selbstbehauptung. Außerdem legen sie im Verlauf des Interviews ihre persönliche Entwicklung in diesen Bereichen offen. Bereits in der Einleitung zu dieser Forschungsarbeit klingt an, worin spezifische Schwierigkeiten der behinderten Frauen in Bezug auf ihre Selbstbestimmung bestehen können: z. B. bei der freien Wahl eines Therapieangebotes oder wenn besondere Abhängigkeiten im Alltag durch den erforderlichen Unterstützungsbedarf entstehen. Das Bewusstsein der behinderten Frauen für ihre Grenze und die damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten spielen gleichermaßen eine zentrale Rolle für den als nächstes aufgezeigten Ergebnisraum (siehe Kap. 3.1). Die folgenden Beispiele schildern, wie es den untersuchten Frauen trotz *Grenzüberschreitungen* gelingt, selbstbestimmt zu leben, welche Handlungsweisen sie dabei einsetzen und welche zentralen Fähigkeiten sie dafür benötigen.

Grenzverletzende Situationen beenden

Frau Schulze erzählt aus dem Kontext ihrer Korsettversorgung, welches regelmäßig überarbeitet werden muss. Sie bringt Selbstbestimmung mit dem Beenden einer untragbaren Situation in Zusammenhang: „*Also das letzte Mal hier in X., (...), da war ich Anfang Dreißig und der [Mitarbeiter*

⁷⁴ Der Leitfragenkomplex dazu lautet: Wie sehen Sie sich als behinderte Frau? Sind Sie der Meinung, dass Sie genügend Einfluss auf Ihre Lebensgestaltung haben oder wünschen Sie sich mehr Gestaltungsmöglichkeiten? (siehe Anhang C, Interviewleitfaden)

des Sanitätshauses, d. Verf.] hat das so gemacht, der hat wirklich..., also dieses Sanitätshaus, da hing ich dann halt auch [bezieht sich auf frühere Korsettanpassungen d. Verf.] wieder nackt bis auf die Unterhose und aber in einem Durchgang, ja und dann sind dann alle...“ (10_Schulze:309–311)

Frau Schulze bricht am Ende des Satzes ab und beschreibt nach einer Atempause den Fortgang der Situation weiter. Dabei spricht sie von ihrer Sprachlosigkeit und Hilflosigkeit und wie ihr ihre Assistentin zu Hilfe kommt. *„Und meine Assistentin, die hat dann gesagt, also irgendwie ticken die da nicht sauber, also was soll denn das. Und es gab einen Vorhang. Und jedes Mal, wenn sie den Vorhang zugemacht hat, hat der Typ den Vorhang wieder aufgemacht und alle sind daran vorbei gelaufen, also andere Kunden, Mitarbeiter und ich hing da im Gang.“ (10_Schulze:328–331)*

Im nächsten Zitat wird deutlich, wie Frau Schulze diese Situationen beendet, um sie nicht erneut zu erleben. *„also es muss schon einmal im Jahr neu ausgepolstert werden. Und ich habe das mal gemacht, dass ich dann hier zu einem Sanitätshaus gegangen bin und das (das Korsett, d. Verf.) da ausgezogen habe, (...) und da musste ich dann da auf so einer Liege liegen und das stinkt auch, also hat so einen speziellen Geruch...Und das mache ich nicht mehr, also ich lasse das da hin bringen und wieder abholen. Und nee, das möchte ich nicht.“ (10_Schulze:339–343)*

Indem Frau Schulze entscheidet, nach einem letzten Versuch kein Sanitätshaus mehr persönlich aufzusuchen, bestimmt sie über ihren Körper und sich selbst. Sie schützt sich damit vor den ihr unerträglichen und grenzverletzenden Situationen.

Eigenständigkeit bewahren und sich abgrenzen

Frau Korn bringt Selbstbestimmung mit Eigenständigkeit zusammen. Sie erzählt dazu Folgendes. *„Ja. Da grenz ich mich auch [ab, Zus. d. Verf.]. Also wenn mich jemand zu sehr betuddelt, wo ich immer das Gefühl hab, geht's dir nicht schnell genug, oder so, es schränkt mich dann auch ein. Das will ich nicht. Ich möchte meine Ei-, (...) für mich bedeutet das halt Eigenständigkeit, auch wenn ich vielleicht länger brauchen sollte, ne. Also ich gehe auch eher dann auf Menschen zu, wenn ich jetzt Hilfe brauche, (...)“ (8_Korn:397–401)*

Frau Korn berichtet aus zwei Blickwinkeln von ihrer Selbstbestimmung: Zum einen berichtet sie von ihrem Wunsch, sich im eigenen Tempo fortzubewegen, ohne von außen unter Zeitdruck gesetzt zu werden. Dies bezeichnet sie als Eigenständigkeit. Als weiteres

Beispiel berichtet sie von einer typischen Situation in einem öffentlichen Bahnhof, wenn der Fahrstuhl defekt ist und sie ihr Fahrrad oder den Koffer nicht selbst tragen kann. *„(...) und dann habe ich halt einen direkt angesprochen, (...) und habe ihm angeboten, seine Tasche zu halten, wenn er mir das Fahrrad hochbringt. Und da kommt er, dann hat er drüber gelacht und hat's mir hoch getragen.“* (8_Korn:413–415) Frau Korn macht hier deutlich, dass sie selbst bestimmen und eigenständig handeln möchte. Sie entscheidet selbst, wann sie Unterstützung braucht, und möchte nicht „betuddelt“ (s. o.) werden.

Persönliche Prioritäten setzen und sich wehren

Frau Rut entscheidet selbstbestimmt, wann sie eine medikamentöse Behandlung beginnen möchte. Sie sagt: *„Behandlung ging keine los, (...), außerdem habe ich mich auch dagegen gewehrt, gegen Behandlung, also ich hätte vielleicht behandelt werden können, aber ich wollte das absolut auch gar nicht, also ich musste mich erstmal damit auseinandersetzen, was ich da jetzt habe und wie ich da am besten mit umgehe, und so.“* (7_Rut:119–122) Frau Rut ist erwachsen, als ihre Erkrankung beginnt, und erzählt, dass sie zunächst nach der Diagnosestellung und der damit verbundenen Bewältigung des Schocks ihre Lebenssituation verändert hat. Für sie ist zu Beginn der Erkrankung wichtig, eigene Prioritäten für ihr Leben zu verfolgen, und sie beginnt, die medikamentöse Therapie erst, als sie selbst dazu bereit ist. Auch ihre Arbeitssituation verändert sie dahingehend, dass die Belastung für sie akzeptabel wird. Sie sagt: *„Genau, ich war gleichzeitig krankgeschrieben auch, das heißt, ich war praktisch auch gar nicht erwerbsfähig sozusagen und hab dann mit der Zeit schon überlegt natürlich, dass ich jetzt irgendwas anderes machen möchte, weil einfach nur krank sein, (...) führt auch nicht weiter. Ja, dann hatte ich mir ne Stelle gesucht damals, das war so, ne.“* (7_Rut:162–165) Frau Rut zeigt in Bezug auf ihre medizinische Behandlung und Arbeitssituation, wie sie selbstbestimmt Entscheidungen fällt, die ihre nächste Zukunft betreffen. Sie wehrt sich z. B. gegen Behandlungsvorschläge, die sie nicht für richtig hält.

Die ausgewählten Erzählpassagen stehen beispielhaft für *Grenzüberschreitungen* im Alltag: Es geht um die Themen Hilfsmittelversorgung, persönliche Entscheidungen bezüglich einer medizinischen Behandlung

oder um selbstständige Fortbewegungsmöglichkeiten im individuellen Zeitmaß. Die behinderten Frauen überschreiten hier zum einen selbst Grenzen, indem sie Behandlungsvorschläge ablehnen oder ungefragt angebotene Hilfeleistungen nicht in Anspruch nehmen. Zum anderen werden ihre Grenzen überschritten bis hin zu massiver Grenzverletzung wie im Beispiel der Korsettversorgung. Dennoch behaupten sich die behinderten Frauen in den jeweiligen Situationen und treten damit gesellschaftlich zugeschriebenen Eigenschaften von Behinderung deutlich entgegen, wie z. B. hilflos und entscheidungsunfähig zu sein. Sie beenden Situationen, indem sie nein sagen, diese nicht mehr aufsuchen oder indem sie ihr eigenes Tempo bestimmen. Sie setzen Prioritäten, indem sie sich gegen eine Behandlung wehren.

Für das oben zu Grunde gelegte Schema (siehe Abb. 4) und die hier ausgeführten Beispiele bedeutet das für die untersuchten Frauen: Sie erzeugen Signaturen und lenken damit interaktive Prozesse in neue Bahnen. Dabei lassen sie sich nicht negativ signieren, passen sich nicht unhinterfragt an und verändern dadurch immer wieder ihren Habitus.

Für das unten weiter entwickelte Ergebnisstrukturmodell treten sie in einen neuen Kreislauf auf einer höheren Ebene ein, der mit einem *Zuwachs von Selbstbestimmung* verbunden ist (siehe Abb. 5). Die folgende Abbildung bildet die Hintergrundfolie für die weiteren Ausführungen und detaillierte Bestimmung von *Selbstbehauptungsstrategien*.

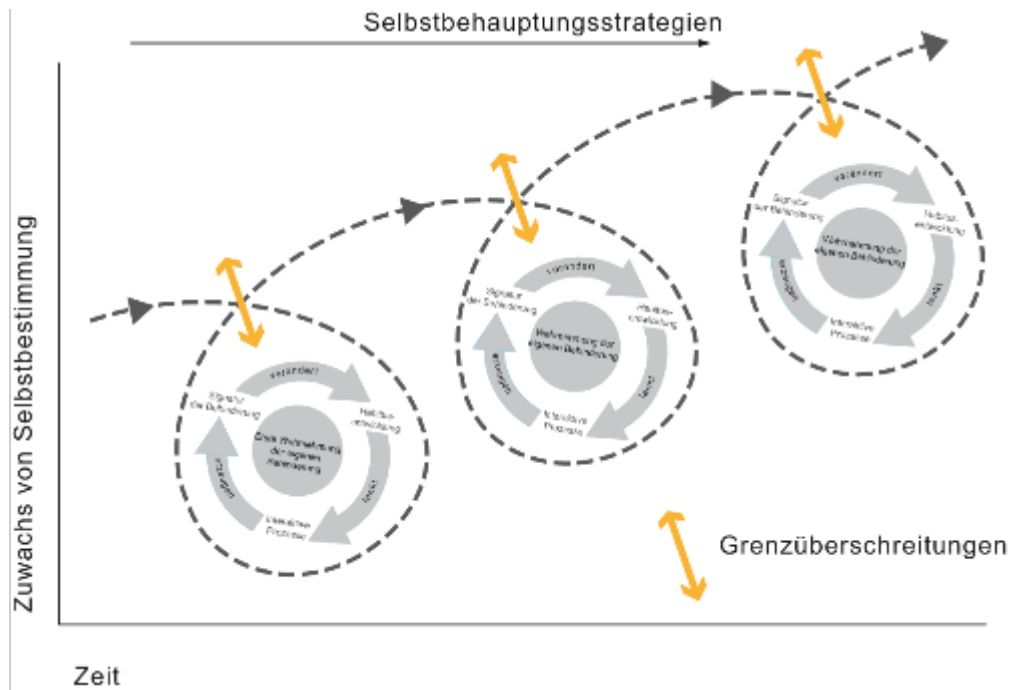


Abbildung 5: Zuwachs von Selbstbestimmung in Auseinandersetzung mit Grenzüberschreitungen (großformatige Grafik S. 189)

6.2.3 Selbstbestimmung erhöhen durch Selbstbehauptungsstrategien

Die Erkenntnis der vorliegenden Forschung, dass die Frauen einen beweglichen Habitus haben, führt zu der Frage, wie dieser veränderbar bleiben kann und welcher Zusammenhang zu ihrem Handeln besteht. In den Daten konnten *Selbstbehauptungsstrategien* über alle Interviews hinweg aufgedeckt werden, die zeigen, dass beinahe täglich etwas für den Erhalt der Selbstbestimmung getan wird. Diese Strategien sind also als essentiell für die Frauen einzuschätzen.

Der von außen signierte Habitus mit dem Zeichen der Behinderung der untersuchten Frauen führt zu fortwährenden Begegnungen, in denen es bspw. auffällt, dass die behinderten Frauen in ihren selbst gewählten Lebenszusammenhängen als Mütter, Studentinnen oder berufstätige Frauen öffentlich in Erscheinung treten, um ihre Rechte selbstbestimmt wahrzunehmen. In diesen Auseinandersetzungen, in denen es um das Überschreiten von Feldgrenzen geht, nutzen die behinderten Frauen unterschiedliche *Selbstbehauptungsstrategien*, die im Folgenden kategorisiert wurden. Dazu wurden aus den Daten jeweils exemplarisch Beispiele ex-

trahiert, unter eine Überschrift subsumiert und mit einer kurzen Kontextnotiz versehen, um jede erzählte Situation in einen Gesamtzusammenhang zurückzuführen (siehe Tab. 3)

Selbstbehauptungsstrategie: Direkte verbale und körperliche Reaktionen

Interviewbeleg	Kontextnotiz
„Ich hatte dann,(...) zum Glück auch ne ganz große Klappe, wenn dann mal was war, ich hab mir halt auch einfach nichts sagen lassen.“ (1_Sand:129–131)	Gleichaltrige Kinder lachen Frau Sand wegen ihres Gangs aus.
„Und bei dem ersten Schieberollstuhl, daran kann ich mich eben sehr genau erinnern, weil die waren damals entweder dunkelblau oder grau, ja und es gab auch noch braun. (...)Und der Mann (...) hat dann eben gesagt, was möchten Sie denn, grau oder blau? (...)Und habe ich gesagt, aber Sie haben doch auch braun da. Und das war dann ein ziemliches Hickhack und irgendwann hat er dann gesagt okay, dann kriegen Sie halt braun. Und ich war total stolz auf meinen braunen Rollstuhl, fand den wirklich sehr, sehr chic.“ (10_Schulze:168–175)	Frau Schulze setzt ihren Wunsch für eine bestimmte Rollstuhlfarbe in einem Sanitätshaus durch.
„Klar, ich habe irgendwann auch gelernt (...) zu kontern (...)“ (9_Becher:333)	Frau Becher wird wegen ihres Gangs gehänselt.
„(...) und ich hab die dann angeschrien und hab wild mit meiner Stütze herum gefuchelt (...)“ (4_Gast:627–628)	Frau Gast wird wegen ihrer Beinschienen verspottet.

Tabelle 3: Direkte verbale und körperliche Reaktionen

Indem die Frauen sich „*einfach nichts sagen lassen*“ (1_Sand:131), „*kontern*“ (9_Becher:333), ihre Wut zeigen oder an ihren Wünschen konsequent festhalten, wie Frau Schulze bei der Wahl der Farbe ihres Rollstuhls, behaupten sie sich, bestimmen selbst und verändern folglich ihren Habitus, indem sie ihn durch ihr selbstbestimmtes Handeln neu einrahmen.

Nachdem die vorherigen Beispiele direktes Handeln zeigen, folgen nun Beispiele für *Selbstbehauptungsstrategien*, die für Außenstehende möglicherweise unsichtbar bleiben oder indirekt wirksam sind.

Die nachfolgenden Situationen zeigen, dass die untersuchten Frauen sich bewusst zurückziehen oder bestimmte Verhaltensweisen ihrer Mitmenschen ignorieren (vgl. Tab. 4)

Selbstbehauptungsstrategie: Bewusster Rückzug und ignorieren

Interviewbeleg	Kontextnotiz
<i>„Fast gar nicht mehr. Ich ignorier’ das eigentlich, also, Blicke oder so, das empfind’ ich gar nicht mehr.“ (9_Becher:247–248)</i>	Frau Becher wird angeschaut, weil sie Rollstuhlfahrerin ist.
<i>„(...) ich hab’ gesagt, das bin ich nicht, das hab’ ich auch den anderen gesagt, ich hab’ mich ganz stark abgegrenzt.(...) [Cassettenwechsel] aber ich hab’ dann immer so daneben gestanden und hab’ mich so’n bisschen abgespalten.“ (4_Gast:718–729)</i>	Frau Gast ist mit einer Gruppe gleichaltriger behinderter Jugendlicher zu einem Ausflug unterwegs.
<i>„(...) das hat mich nicht weiter gestört, dann hab’ ich gedacht, na ja, dann sollen sie halt weggucken, das ist so – also wahrscheinlich hat’ ich ganz gutes dickes Fell oder so, (...) also das hat mich nicht interessiert.“ (6_Edel:322–326)</i>	Frau Edel erlebt, dass in bestimmten Situationen weggeschaut wurde, wenn sie kam.
<i>„(...) also in Phasen, wo ich nicht so gut gehe, da hab’ ich dann auch Gleichgewichtsprobleme, (...) d.h. ich hab’ dann so’n Seemannsgang (...) und da kommen natürlich schon manchmal blöde Kommentare (...) wo ich dann drauf reagieren kann, aber das nicht unbedingt tue, (...)“ (7_Rut:415–423)</i>	Frau Rut beschreibt Situationen in denen sie in der Öffentlichkeit zu Fuß unterwegs ist und ihr Gehen kommentiert wird.
<i>„Ich habe das dann so hingenommen. Hab dann den Kurs gewechselt. Ich hätte mich auch beschweren können, aber ich hatte keine Lust in dem Moment dazu.“ (5_Aster:165–166)</i>	Ein Professor verweigert Frau Aster wegen ihres Rollstuhls die Teilnahme an einem Seminar.

Tabelle 4: Bewusster Rückzug und ignorieren

Indem die Frauen davon sprechen, dass sie etwas hinnehmen oder sich nicht für die Reaktion des Gegenübers interessieren, treffen sie die Entscheidung, einer Auseinandersetzung aus dem Weg zu gehen. Die behinderten Frauen bauen eine innere Distanz auf, die sie wie ein „*dickes Fell*“ (6_Edel:326) gegen Blicke von außen schützen kann.

Aus der Fülle der täglichen Selbstbehauptungssituationen und damit verbundenen *Grenzüberschreitungen* kann vermutet werden, dass die behinderten Frauen durch die Sichtbarkeit ihrer Behinderung eigene Formen der Abgrenzung entwickeln. Damit erhalten insbesondere Formen des Rückzugs einen neuen Stellenwert, denn sie werden hier ausdrücklich von den Frauen nicht als passiv erlebt. Auf die explizite Nachfrage der Inter-

viewerin, wie die Frauen die entsprechenden Situationen für sich bewertet oder empfunden haben, zeigt sich, dass sie in der Lage waren, eine bewusste Entscheidung für ihr Handeln zu treffen. In dem die interviewten Frauen in den oben beschriebenen Situationen äußern, dass sie die Situationen als „unpassend“ (9_Becher:268) einordnen oder sich damit „abgefunden“ (4_Gast:733) haben, drücken sie ihre bewusste Entscheidung aus. Hinzu kommt die Fähigkeit zur Selbstreflexion in Bezug zu den obigen *Selbstbehauptungsstrategien*, die sich in den folgenden Ausführungen zeigt. So sagt Frau Rut: *„Ich weiß nicht, wo die Schmerzgrenze ist, aber da ist schon eine irgendwo! (...) ich denke ich kann mich schon wehren.“* (7_Rut:433–434) Frau Aster äußert sich folgendermaßen: *„Ich glaube, das kann man gar nicht verallgemeinern, das kommt immer auf den denjenigen drauf an, der das macht, und wie meine Tagesform ist, also wie viel ich tolerieren kann an diesem Tag, wie meine Laune ist, ob ich das dann eher auf die humorvolle Seite nehme oder mich ärgere.“* (5_Aster:172–175) Die Frauen in den hier genannten Beispielen verzichten damit ausdrücklich auf eine automatische Konfrontation in bestimmten Situationen.

Es folgen nun Strategien, denen im Kern eine Verständnisdimension innewohnt. Die Frauen erzählen in den Interviews davon, dass sie die Reaktionsweisen der Umgebung verstehen. Es folgen zunächst Beispiele, in denen die behinderten Frauen sich die Reaktionsweisen der Umgebung oder ihre Situation erklären und daran vorrangig einen Anspruch zur Veränderung knüpfen.

Selbstbehauptungsstrategie: Verstehen und fordern oder wünschen

Interviewbeleg	Kontextskizze
<p>„(...) eine fachliche Unterstützung, also psychologische Betreuung, das hätte mir sehr geholfen. Denn ich meine in den ersten zehn Jahren, wie ich schon sagte, da ging es mir zeitweise psychisch sehr, sehr schlecht, (...) und das hätte mir wahrscheinlich das erspart, nehme ich mal an, wenn ich also `ne wirkliche Betreuung gehabt hätte, aber die gab es früher nicht.“ (6_Edel:361–372)</p>	<p>Frau Edel erzählt über ihre Zeit nach dem Autounfall, in der sie sich psychologische Hilfe gewünscht hätte.</p>
<p>„Aber ich glaube, wenn man, grade, wenn man eine Behinderung hat, muss man irgendwie lernen, sich zu denken, das was der andere über mich denkt, ist mir jetzt persönlich in dem Moment egal, ich brauche das und ich will das jetzt und soll der doch denken, was er will (...)“ (5_Aster:461–463)</p>	<p>Frau Aster erzählt rund um das Thema Selbstbehauptungstraining von ihrer Einstellung zu Behörden oder Ärzten, wenn sie eine Leistung benötigt.</p>
<p>„Und, denn natürlich ist es schwierig für andere Leute, wenn sie selber nicht in der Situation sind, das (die Behinderung, d. Verf.) zu erkennen, also so'n gewisses Mitdenken (...) forder' ich schon von anderen Leuten ein, (...)“ (3_Linde:496–498)</p>	<p>Frau Linde erwartet von anderen, dass sie versuchen sich in ihre Lage zu versetzen.</p>
<p>„Ich hab mich da damit auseinandergesetzt bzw. bin auch, wenn mir gewisse Dinge zu blöd waren, zum Schulleiter gegangen und hab gesagt, so geht's nicht, reden Sie mal mit dem. Und insofern, da war dann die Unterstützung wieder da. Und das hat auch funktioniert.“ (2_Reis:176–179)</p>	<p>Bestimmte Ereignisse werden für Frau Reis in der Schule untragbar, so dass sie sich Unterstützung beim Schulleiter holt.</p>

Tabelle 5: Verstehen und fordern oder wünschen

In den Beispielen zeigt sich, dass für die untersuchten Frauen das Verstehen eine Situationsanalyse und einen Erkenntnisgewinn beinhaltet. Sie bringen zum Ausdruck, was ihnen in einer schwierigen Situation geholfen hätte oder schätzen Schwierigkeiten im Umgang damit ein. Ebenso wird ein Mitdenken gefordert verbunden mit der Fähigkeit des Gegenübers, sich in die spezifische Situation einer behinderten Frau hinein zu denken.

In den folgenden Interviewausschnitten wird Verstehen verbunden mit einer rationalen Erklärung. Die Frauen begründen sich damit im Nachhinein Situationen, die sie als problematisch in Erinnerung haben.

Selbstbehauptungsstrategie: Verstehen und rationalisieren

Interviewbeleg	Kontextskizze
<p>„(...) was ich halt schon merke oder gemerkt hab, is' schon der Unterschied wie mein Vater mich und meinen Bruder, (...) dahingehend behandelt, was das Thema, alleine wohnen betrifft. Da merk' ich schon, (...)ne kannse ja nich' und bei meinem Bruder, na ja kann er ja ruhig machen, dabei ...einerseits mit der Behinderung zusammen hängt, (...) aber auch, dass ich die Tochter bin...“ (9_Becher:372–378)</p>	<p>Frau Becher erzählt hier von den Umgangsweisen mit ihr und ihrem Bruder bezüglich des Themas: eigene Wohnung.</p>
<p>„Ja. Aber es war schon (...) also es war eine sehr schwierige Situation, also im Vergleich zu dem, welche Angebote es jetzt für Eltern gibt.“ (10_Schulze:403–404)</p>	<p>Frau Schulze schildert die Schwierigkeiten ihrer Eltern mit ihr und ihrem Bruder angemessen umzugehen.</p>
<p>„(...) und ich denke, meine Eltern hätten auch gar nicht daran gedacht, dass man ein Kind halt auch fördern kann, (...) Und dann hab ich das selbst entschieden und da war ich dann nun schon so alt (16 Jahre, d. Verf.)(...)“ (8_Korn:134–139)</p>	<p>Frau Korn zeigt Verständnis für die Unwissenheit ihrer Eltern.</p>
<p>„(...) ich mein, natürlich werd ich angeguckt, das ist mir auch klar, ich guck' andere Leute auch an, die sich anders bewegen,(...)und ich kann das auch verstehen und ich kann's, (...) auch schon differenzieren, dass es ja nicht gegen mich persönlich geht, sondern man will halt einfach nur gucken, was ist denn mit dem da los.“ (1_Sand:418–424)</p>	<p>Frau Sand versteht, wenn Menschen in der Umgebung hinschauen, wenn etwas anders ist als üblich.</p>

Tabelle 6: Verstehen und rationalisieren

Zusammenfassend kann zu den obigen Situationen gesagt werden, dass sich aus dem Verständnis jeweils Konsequenzen für die interviewten Frauen ergeben. Entweder wird ein Anspruch oder ein Wunsch an die Umgebung formuliert, der es ermöglichen soll, zukünftig anders miteinander umzugehen und Forderungen durchzusetzen oder die gesamten nur schwer beeinflussbaren Situationen werden versachlicht und dadurch aus Sicht der Interviewpartnerinnen gestaltbarer.

Der Forscherin ist bewusst, dass bei der Betrachtung der Interviewpassagen, die für die Verständnisdimension gefiltert wurden, Schnittstellen sichtbar werden zwischen den Verknüpfungen verstehen + fordern/wünschen und verstehen + rationalisieren. Besonders deutlich wird dies aus Sicht der Forscherin an den Strategien, die einen deutlichen

Wunsch oder eine Forderung einschließen, denn diese wären genauso als eine Form der Rationalisierung der Gesamtsituation interpretierbar. Ausschließlich aus der Kenntnis der Interviewverläufe lässt sich differenzieren, welche Intention eine Äußerung eingebettet in ihren jeweiligen Kontext entfaltet. Um aber deutlicher Prioritäten im Hinblick auf die Strategien aufzuzeigen und den Überblick zu erleichtern, erschien hier eine getrennte Darstellung sinnvoll.

Bei der folgenden Strategie steht für die Frauen im Mittelpunkt, die Situation so normal und alltäglich wie möglich zu betrachten. So zeigt sich ein gewisser Pragmatismus, auch ungewöhnliche Situationen, wie auf dem Gesäß die Treppe herunterzurutschen, in einen sogenannten normalen Kontext zu stellen und damit zu relativieren.

Selbstbehauptungsstrategie: Normalisieren und relativieren der Situation

Interviewbeleg	Kontextskizze
<p><i>„Das ist in Ordnung, weil das sieht man auch, und das ist okay, also ich meine, das ist schon okay.“ (7_Rut:410)</i></p>	<p>Frau Rut wird auf der Straße auf ihre Gehbehinderung angesprochen.</p>
<p><i>„Nein, das war überhaupt nicht barrierefrei. Da gab es also vier Stufen, die musste ich ja irgendwie überwinden, und wenn ich raus musste, dann bin ich also mit dem Hintern auf die Stufen und ich hab’ den Rollstuhl nachgezogen.“ (6_Edel:137–139)</i></p>	<p>Frau Edel erzählt von ihrem täglichen Weg vom Wohnheim zur Arbeit.</p>
<p><i>„Das Resultat war dann, dass ich mit 17 oder 18 gesagt hab, okay, ich schmeiß es [die physiotherapeutische Behandlung, d. Verf.] erstmal hin und kümmer mich erstmal nicht mehr drum und versuche erstmal, normal meinen Alltag zu gestalten, ’n Beruf zu haben und – ja, das habe ich bis vor kurzem auch erfolgreich durchgezogen, (...).“ (1_Sand:297–301)</i></p>	<p>Frau Sand beendet ihre physiotherapeutische Behandlung.</p>
<p><i>„Und denn gibt’s Ärztinnen, ne, die irgendwie kaum Zeit... und ziehen sie sich mal eben aus und zehn Minuten später kommen sie dann zurück (...) Ja, aber gut, das ist ja sowieso (...) dieses Patient-Arzt oder Patientin-Ärztin-Verhältnis, da bist du halt auf der schlechteren Seite, sag’ ich jetzt mal.“ (7_Rut:518–524)</i></p>	<p>Frau Rut muss in einer Untersuchungssituation, obwohl sie bereits entkleidet ist, länger warten.</p>

Tabelle 7: Normalisieren und relativieren

Es wird deutlich, dass in den meisten hier genannten Beispielen von alltäglichen Situationen die Rede ist, wie auf der Straße angeguckt werden, morgens zur Arbeit gehen müssen oder eine ärztliche Untersuchung in Anspruch nehmen. Indem aber die untersuchten Frauen sie als „in Ordnung“ (7_Rut:410) darstellen oder sagen „das ist ja sowieso so“ (7_Rut:523), werden sie zuerst in den Kontext des Behindert-Seins gestellt, um sie in einem nächsten gedanklichen Schritt zu verallgemeinern und in der sogenannten Normalität zu verorten. Indem Frau Edel auf dem Gesäß die Treppe herunterrutscht, verhält sie sich gegen die Konventionen, handelt also durchaus offensiv, verortet aber in einem nächsten Schritt die Situation in der Normalität, weil es für sie die einzige Möglichkeit ist, ihre Arbeitsstelle zu erreichen. Ähnlich verhält sich Frau Sand, als sie ihre Therapien beendet: Einerseits geht sie damit einen Schritt in die Normalität einer jungen Frau, die einen Beruf erlernen bzw. ein Studium beginnen möchte. Andererseits widersetzt sie sich direkt der ärztlichen Anordnung, ihre Therapie fortzuführen.

6.3 Habitus, Signaturen und Kapitaldynamiken

An drei unterschiedlichen Beispielen sollen die Über- und Umschreibungsprozesse der *Signatur der Behinderung*, die Zunahme von Selbstbestimmung und mögliche Stagnationen in Verbindung mit der Entwicklung von *Selbstbehauptungsstrategien* dargestellt und diskutiert werden. Damit werden die Zuwächse und Verluste von Kapitalien auf der Basis positiver oder negativer Signaturen aufgezeigt und es wird ihre Verbindung zum Habitus sichtbar gemacht. Für die Interviews bezogen auf die Forschungsfrage heißt das: Alltägliche Grenzüberschreitungen müssen in den Blick genommen werden, um zu verstehen, welche Auswirkungen sie auf die *Habitusentwicklung* der interviewten Frauen haben. Hinzu kommen die *Grenzüberschreitungen*, die von den behinderten Frauen ausgehen, mit denen sie sich neue Räume erschließen und Signatur sowie Habitus verändern. Die Abhängigkeit von den sozialen Verhältnissen kam in Kapitel 2.1 bereits zur Sprache, in dem es um die Veränderbarkeit und Stabilität des Habitus ging.

Alle behinderten Frauen dieser Untersuchung waren bezogen auf ihr kulturelles und ökonomisches Kapital gut ausgestattet (siehe dazu Kap. 6.1). Im Bewusstsein darüber, dass sich das kulturelle Kapital in seiner Ausformung unterscheidet, ist hier im Wesentlichen von inkorporiertem und institutionalisiertem kulturellem Kapital die Rede. Außerdem bringen alle interviewten Frauen Ressourcen an sozialem Kapital mit, begründet u. a. durch das integrative Umfeld, in dem sie groß wurden, und durch die Akzeptanz, die sie dort erfuhren.

Ziel ist es, mit der folgenden Darstellung die zuvor für die Analyse zerlegten Interviews wieder zusammenzuführen und neben den einzelnen Aussagen der interviewten Frauen die Existenz eines elastischen Habitus über einen Lebenszeitraum zu zeigen. Dazu wurden drei Interviews beispielhaft herausgegriffen, um besonders die Kapitaldynamiken innerhalb der Lebensläufe zu zeigen. Da es um das Sichtbarwerden von Gemeinsamkeiten innerhalb der Untersuchungsgruppe geht, wurden vor dem Hintergrund einer möglichst großen Gegenstandsbreite drei behinderte Frauen ausgewählt, die innerhalb der Untersuchungsgruppe weit im Alter auseinander liegen. Daraus ergeben sich Unterschiede im Lebenszyklus und es besteht die Möglichkeit, die *Habitusentwicklung* zusätzlich über die Lebensspanne zu betrachten.

Die Lebensumstände zum Zeitpunkt des Interviews:

- Frau Linde ist 25 Jahre alt und lebt als Studentin erstmalig selbstständig in einer Wohnung.
- Frau Gast ist 49 Jahre alt, hat zwei Söhne, ist berufstätig und lebt mit ihrem Lebenspartner zusammen.
- Frau Edel ist 64 Jahre alt, hat einen Pflegesohn und war vor der Rente berufstätig. Ihr Lebenspartner ist verstorben.

Für die Falldarstellungen in diesem Kapitel wurde im Gegensatz zu den realen Interviewgesprächen die Chronologie der Lebensläufe wieder hergestellt, um die Entwicklung klarer darzustellen. Es werden dabei, ausgehend von der *Erstwahrnehmung der Behinderung*, Beispiele für den Einfluss von Über- und Umschreibungsprozessen gegeben und es wird ihre Wirkung auf die *Signatur der Behinderung* und die *Habitusentwicklung* eingeschätzt. Besonderheiten im Zusammenhang mit dem Erwerb von symbolischem Kapital werden im Anschluss an die folgenden Darstellungen übergreifend aufgegriffen.

6.3.1 Frau Linde

Frau Linde erzählt, wie sie bei einem Vergleich mit ihren nicht-behinderten Freunden ihre Behinderung erstmalig wahrnimmt.

„(...) bestimmte Sachen, die ich nicht mitmachen konnte, (...), wo ich mit Freunden gespielt hab und weiß ich, es ist halt schwierig (...) und dann wurde halt gespielt und dann (...) irgendwie gerannt, (...) dann konnte ich halt nicht mitmachen, es ist jetzt kein konkretes Beispiel, was ich jetzt vor Augen habe, aber so' ne Sachen sind natürlich im Kopf geblieben, (...)“ (3_Linde:91–97)

Frau Linde bringt in dieser Interviewpassage Gewinn und Verlust von sozialem Kapital zur Sprache. Ihre Erfahrung scheint ambivalent. Obwohl sie offenbar in den alltäglichen Spielzusammenhang der Freunde integriert ist, erfährt sie gleichzeitig ihren Ausschluss aus dem konkreten Spiel, weil sie nicht laufen kann. Die negative Signatur steht im Vordergrund.

Frau Linde erzählt weiter, dass sie kleine Strecken laufen kann, aber schon immer einen Rollstuhl benötigte. In diesem Zusammenhang berichtet sie davon, dass sie bis zum vierten Lebensjahr im Kinderwagen geschoben wurde, weil kein Rollstuhl zur Verfügung stand.

„(...) grundsätzlich muss ich den Rollstuhl benutzen, das war halt am Anfang ein ganz normaler Kinderwagen, (...) was natürlich nicht dem Alter entsprechend ist, aber na ja, es ging halt nicht anders, (...)“ (3_Linde:106–109)

Die Rollstuhlversorgung und Mobilität hat für Frau Linde im Zusammenhang mit ihrer Entwicklung zu mehr Selbstbestimmung einen großen Stellenwert. Diese Bedeutung hängt zum einen damit zusammen, dass sie erst spät einen Aktivrollstuhl bekommt, mit dem sie sich zuerst nicht selbst fortbewegen kann. Zum anderen lässt ihre Freundin sie die Abhängigkeit von ihr deutlich spüren. Im Interview erinnert sie sich an diese unangenehme Situation, stellt eine Verbindung zu ihrer heutigen Selbstständigkeit her, verweist bereits auf ihr späteres Handeln und die für sie daraus resultierenden Möglichkeiten zur gesellschaftlichen Teilhabe, denn erst dann kann sie eigenständig soziales Kapital erwerben.

„(...) da hab' ich halt mit ner Freundin sozusagen da gesessen, und ich brauch' aber Hilfe beim Aufstehen, und sie sagte, na, sie geht jetzt los, eigentlich mit dem Wissen, dass ich jetzt selber nicht hochkomme, und hat' s mir dann praktisch auch so präsentiert, (...), wenn ich jetzt hier nicht wäre, dann könntest du ja gar nicht. Und so 'ne Situationen will ich halt vermeiden (...) dadurch, dass ich halt den Elektrorollstuhl habe, bin ich halt auch nicht darauf angewiesen, dass mich jemand nach Hause bringt zum Beispiel, wenn ich abends weg geh.“ (3_Linde:560–567)

Frau Linde bekommt mit etwa zehn Jahren einen Elektrorollstuhl, der viel zu groß für sie ist. Etwa ein bis zwei Jahre später erhält sie den ersten ihrer Körpergröße angepassten Elektrorollstuhl, so dass sie mit etwa 12 Jahren so selbstständig ist, dass sie allein unterwegs sein kann.

„Und dann hab ich 1991, -92, -93, (...) einen Elektrorollstuhl bekommen, na ja, das waren dann halt so Riesenrollstühle, die nicht wirklich auf Kinder angepasst waren, mit dem hab ich dann sozusagen meine ersten Erfahrungen im Elektrorollstuhl gemacht, (...) hab dann -94, -95 so in dem Dreh den ersten richtigen guten Elektrorollstuhl bekommen. Und seitdem bin ich halt mit dem Elektrorollstuhl selbstständig unterwegs, (...) wenn ich reise oder wenn ich irgendwo hinfahre, wo man einen Elektrorollstuhl nicht mitnehmen kann, bin ich halt darauf angewiesen, das mich jemand schiebt, und da benutze ich halt einen normalen Aktivrollstuhl (...)“ (3_Linde:115–124)

Deutlich wird Frau Lindes Entwicklung hin zu immer größerer Unabhängigkeit. Es zeigt sich bei ihr, dass dies nur in Bezug zu den Strukturen der Hilfsmittelversorgung möglich ist, die es ihr mit 12 Jahren ermöglichen, einen adäquaten Elektrorollstuhl zu benutzen. In der oben zitierten Situation kann sie selbst entscheiden, ob sie mit dem Elektrorollstuhl fährt oder sich im Aktivrollstuhl schieben lässt. Diese Entscheidungsmöglichkeit ist in zweierlei Hinsicht interessant, da es sich hier für sie selbst in erster Linie um persönliches Ermessen handelt, an welchen Ort sie gerade möchte. Dies ist eng verknüpft mit den baulichen Barrieren der Nichtzugänglichkeit bestimmter Orte für einen Elektrorollstuhl. In der Interviewsituation entsteht der Eindruck, dass sich bei ihr Selbstständigkeit und strukturelle Barrieren aufwiegen. Mit anderen Worten: Die Möglichkeiten, Grenzen zu überschreiten und soziale Räume einzunehmen, gleichen den möglichen Nachteil des Geschoben-Werdens, der auch Abhängigkeit bedeuten könnte, aus.

Mit Unterstützung ihrer Eltern und der behandelnden Ärztin entscheidet Frau Linde mit 14 Jahren, dass sie für eine genaue Prognose ihrer Erkrankung in eine Klinik aufgenommen werden möchte. Dort erfährt sie, dass bei ihrer Erkrankung keine verminderte Lebenserwartung besteht und dass ihre Muskelerkrankung langsam fortschreitet. Frau Linde dazu:

„Die Prognose ist halt so, dass ich halt ein normales Leben führen kann, halt keine Einschränkungen habe im Älterwerden, also Einschränkungen schon, aber jetzt nicht, dass ich jetzt sage, ich habe ne geminderte Lebenserwartung, (...), aber das ist halt ne fortschreitende Krankheit, und das ist mir bewusst, (...) aber an sich habe ich jetzt keine akuten Probleme. Und da es auch ne langsam fortschreitende Krankheit ist, ist das bei mir auch, dass man sich da währenddessen sozusagen dran gewöhnt und man merkt es dann wirklich erst im Rückblick, (...) was konnte ich vor einem Jahr noch oder was konnte ich vor zwei Jahren, (...)“ (3_Linde:205–214)

Vier Jahre nach dem Klinikaufenthalt verbunden mit der Aufklärung über ihre Erkrankung und der Beendigung der Schule mit dem Abitur beschließt Frau Linde, in eine Rehabilitationseinrichtung zu gehen. Sie macht dort einen weiteren Schritt auf dem Weg zu mehr Selbstständigkeit und Selbstbestimmung. Die Signatur ihrer Behinderung verändert sich zudem spürbar körperlich für sie, indem ihr eine Physiotherapeutin zeigt, was ihr Körper kann.

*„Ich war da das erste Mal richtig selbstständig, also bis dahin hatte ich ja noch bei meinen Eltern gewohnt oder gelebt, und da hatte ich halt vier Wochen selbstständig ein Zimmer, konnt' alles selbstständig organisieren und alles Drum und Dran, (...), das war halt super eigentlich in dem Sinne, von der Therapie halt nicht so ganz, aber ich hatte halt auch ne Therapeutin, die war also sehr bedacht darauf, dass die Therapie abwechslungsreich ist, (...) da habe ich auch Erfolge gespürt, (...) in dem Sinne, (...) aber dass ich Muskeln gespürt hab in dem Sinne, also das, was normalerweise weiches Gewebe ist, auf einmal, wenn ich es angespannt habe, war halt zu spüren, dass da Muskeln sind, am Arm jedenfalls, an den Beinen ist halt nicht groß zu machen gewesen, (...) das war halt schon ein Erfolgserlebnis, (...).
(3_Linde:269–280)*

Auf der Grundlage einer guten Ausstattung mit ökonomischem und kulturellem Kapital nimmt Frau Linde ihr Leben selbst in die Hand. Ein halbes Jahr nach dem Aufenthalt in der Klinik zieht Frau Linde zum Studium nach X. und nach einem weiteren Jahr nimmt sie ihre Therapie wieder auf und trainiert selbstständig zu Hause mit einem Bewegungstherapiegerät.

Bei Frau Linde zeigt sich ein beweglicher Habitus, ihre Signatur der Behinderung verändert sich kontinuierlich hin zu immer größerer Selbstständigkeit und zu einem positiven Körpergefühl. Die anfängliche Abhängigkeit von anderen Personen wird überschrieben durch wachsende Unabhängigkeit und immer größere Selbstbestimmung. Frau Linde bleibt dabei die Auseinandersetzung mit Barrieren im Studium nicht erspart. Zum einen kann sie ihr Wunschfach nicht studieren, weil die entsprechende Hochschule für Rollstuhlfahrer/-innen nicht oder nur sehr umständlich mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen ist. Und zum anderen trifft sie auf folgende Probleme im Studienalltag:

„Jetzt zum Beispiel an der Uni, man kommt an die Uni, man kann studieren, (...) aber man kann nicht wirklich studieren, also die Umstände sind einfach an der Uni so schwierig. Also man hat nicht nur mit der Uni oder mit den Unisachen zu kämpfen, (...) man muss auch noch diese andere, die halt dadurch einfach aufkommt, dass man behindert ist, (...) die muss man gleichzeitig mitbedienen, und da ist es einfach schwierig, sich auf eine Sache zu konzentrieren und die Prioritäten zu setzen (...).“ (3_Linde:756–764)

Im Verlauf des Interviews erläutert Frau Linde genauer, was sie meint. Sie bringt dabei zwei Themen zur Sprache. Einmal, dass sie sich an der

Hochschule oftmals von den Dozentinnen/Dozenten allein gelassen fühlt und ihr Lernen weitgehend selbst gestalten muss. Während nicht-behinderte Studierende konkrete Hilfen oder Anregungen für ihr Studium bekommen, muss sie meist selbst etwas vorschlagen. Ein weiteres Thema ist ihre ökonomische Situation, die es ihr nicht ermöglicht, einen Mehrbedarf bei Behinderung für das Studium bei gleichzeitigem Bafög Bezug zu erhalten. Kein Amt hat ihr bisher weitergeholfen. Sie fühlt sich mit ihrem Anliegen „im luftleeren Raum“ (3_Linde:784).

Im Interview mit Frau Linde geht es zumeist um strukturelle Lebensbedingungen: zunächst um die geringe Selbstständigkeit, weil kein adäquater Rollstuhl zur Verfügung steht, und später um die angespannte Studiensituation. Dennoch werden im Interview auch Themen der Körperlichkeit des Habitus deutlich, z. B. als sie genauer über ihre Erkrankung Bescheid wissen möchte oder körperliche Fähigkeiten entdeckt. Am Ende des Interviews, angesprochen auf noch fehlende Aspekte während des Gesprächs, kommt sie auf einen bedeutsamen Punkt zu sprechen. Sie möchte in erster Linie als Frau wahrgenommen werden und „sich nicht auf die Kategorie Rollstuhl runterreduzieren lassen“ (3_Linde:1087–1088), sie wünscht sich, „dass die Leute gleich umschalten bei der Begegnung mit ihr“ (3_Linde:1093–1094) und würde das als „fortschrittlich“ (3_Linde:1094) empfinden. Frau Linde konstruiert hier selbst einen Zusammenhang zwischen ihrem Rollstuhl, der in sozialen Interaktionen offenbar zu stark in den Vordergrund gerät, während sie sich als Frau nicht und nur zum Teil wahrgenommen fühlt.

Frau Linde besitzt ökonomisches Kapital und trotz der Schwierigkeiten mit den Behörden ist ihre Existenz gesichert. Zusätzlich ist sie als Studentin mit ausreichend kulturellem Kapital ausgestattet. Gerade die letzte Äußerung von Frau Linde zeigt aber, dass sie vor allem im Bereich des sozialen Kapitals starken Schwankungen ausgesetzt ist.

6.3.2 Frau Gast

Frau Gast nimmt ihre Behinderung durch die Benutzung der Schienen zum Laufen und den Reaktionen auf dieses Hilfsmittel zum ersten Mal deutlich wahr.

„Ja, ja, und es war für mich auch 'n richtiges Hilfsmittel. Aber das war eben auch so 'n Punkt, wo ich denn merkte, wo ich meine Behinderung eben dann ganz stark wahrgenommen

habe. Die Menschen, die Kinder, die mich kannten und die mit mir zusammen waren, die haben eigentlich positiv darauf reagiert, da war das so 'n Stück Normalität, mit denen ich enger befreundet war (...). Und die mich nicht kannten, die riefen: „Humpel-Elli“. (...) Und das war furchtbar.“ (4_Gast:596–612)

Frau Gast benennt hier im zweiten Satz des Interviewzitats soziales Kapital als Ressource, indem sie von ihren Freunden akzeptiert und anerkannt wird. Vor diesem Hintergrund erlebt sie die negativen Reaktionen fremder Kinder auf ihre Art sich fortzubewegen. Beide Erfahrungen rahmen ihren Habitus als negative und positive Signatur ein. Frau Gast erzählt weiter im Interview, dass sie sich meist aktiv gewehrt habe, wenn es zu Situationen kam, in denen sie verbal angegriffen wurde, und führt dies auf ihr gutes Verhältnis zu ihrem Körper zurück. In dem nachfolgenden Ausschnitt beschreibt Frau Gast die innige Beziehung zu ihrer Krankengymnastin.

„Ich hab' zum großen Teil Krankengymnastik und so als 'ne Art Zuwendung empfunden, ich hab mich immer gerne bewegt, das ist auch heute noch so, und die frühesten Erinnerungen, da muss ich ja wohl denn so vier gewesen sein oder so, da bin ich immer gerne hingegangen zu meiner Tante K. (...), das war meine Krankengymnastin, ich glaube, da bin ich fast täglich hingegangen, weil der Ansatz zur Therapie ist ja, so früh wie möglich das meiste noch an Muskulatur zu stimulieren.“ (4_Gast:500–504)

Frau Gast beschreibt die krankengymnastische Therapie in ihrer Kindheit als Zuwendung im Sinne einer wertschätzenden Beziehung. Sie erlebt sie aber auch als prägend für ihre ein Leben lang anhaltende Freude an körperlicher Bewegung. Die Krankengymnastin vermittelt ihr ein positives Körpergefühl. Zudem erhöht Frau Gast in diesem intensiven Kontakt ihr soziales Kapital.

Im nächsten Abschnitt erzählt sie, wie schnell eine einzige Begegnung dieses Erleben und die damit einhergehende positive Signatur wieder verändert.

„Und in X hat man mir erst mal mein schönes Körpergefühl dann völlig ausgetrieben. So läuft man nicht rum, nicht mit so zwei Schienen und so'm Minirock, so nicht – „Wie siehst du denn aus“, Und dann fing ich mich plötzlich an, mich irgendwie zu schämen, (...)“ (4_Gast:665–668)

Frau Gast erlebt hier eine Grenzüberschreitung und beschreibt eindrücklich, wie sie Schamgefühle entwickelt bzw. die negative Signatur übernimmt, als sie beurteilt und bewertet wird. Diese Erfahrung lagert sich für längere Zeit in ihrem Habitus ab, wie das nächste Zitat belegt.

Im weiteren Verlauf des Interviews berichtet Frau Gast von einem erneuten Umschreibungsprozess, der erst einige Jahre später stattfindet, und bezieht sich dabei rückblickend auf ihre Erlebnisse in X:

„Und die Schwangerschaft, die war so glücklich, weil ich da dann, also das war eigentlich der Punkt, wo ich dann wieder eins mit meinem Körper wurde und wo das (Erlebnis in X, Zusatz d. Verf.) wieder geheilt wurde letztendlich. Deswegen wollt ich das einfach noch mal erwähnen, weil ich da so erlebt habe, was dieser Körper so kann.“ (4_Gast:1091–1095)

Frau Gast beschreibt hier sehr eindrücklich, wie ihr positives Körpergefühl durch die Schwangerschaft zurückkehrt. Sie benutzt das Sinnbild einer Wunde, die sich schließt. Mit anderen Worten: Es legt sich eine positive Erfahrung über die negative Signatur ihrer Behinderung, und das wiederum verändert ihren Habitus.

Am Beispiel von Frau Gast zeigt sich im Verlauf eine zumeist ungestörte Kindheit, in der die Behinderung zwar eine Rolle spielte, weil täglich Therapie stattfand und Hilfsmittel benötigt wurden, daneben aber ein völlig gewöhnlicher Alltag möglich war. Die Interviewpartnerin erzählt beispielsweise während des Interviews, dass sie mit ihren Schienen auf Bäume geklettert ist. Frau Gast überschreitet damit Grenzen. Sie lebt in einer Umgebung, die es ihr ermöglicht, mit der notwendigen praktischen Unterstützung eine Grundschule zu besuchen. Frau Gasts Selbstbestimmung wird in allen Bereichen befördert und respektiert. So kann sie die Konfrontation mit den Wertvorstellungen einiger anderer Kinder, die sie als „Humpel-Elli“ (4_Gast:611) beschimpfen, überschreiben mit der erfahrenen Wertschätzung in dem ihr vertrauten Kreis von Familie, Freunden und ihrer Krankengymnastin.

Zu Beginn der Pubertät und mit dem Wechsel in eine andere Einrichtung kommt es zu einem massiven Bruch, denn die Behinderung, die vorher ein Teil ihrer Lebensrealität war, wird von einem Tag auf den anderen zu einer negativen Signatur. Mit der Äußerung „wie siehst du denn aus?“ (4_Gast:666) wird die persönliche Grenze von Frau Gast in verletzender Weise überschritten. Weitere Grenzüberschreitungen folgen während der

Zeit in dieser Einrichtung. Sie reagiert daraufhin mit Schamgefühlen und spricht von ihrem daraus resultierenden Rückzug. Bezug nehmend auf die obige Situation sagt sie später im Interview: *“(...) und danach hatt’ ich ganz lange an meinem Selbstbild und an meinem Körperbild zu knabbern.”* (4_Gast:1090–1091)

Im Zusammenhang mit ihren Schwangerschaften erzählt Frau Gast, dass besonders die Ärzte und das Pflegepersonal im Krankenhaus Zweifel daran äußerten, ob sie die Schwangerschaft bewältigen kann. Aussagen wie, *„muss das denn sein?“* oder *„wie wollen Sie das nur schaffen?“* (4_Gast:1106–1108) bleiben Frau Gast besonders beim zweiten Kind nicht erspart und sie musste sich dagegen abgrenzen.⁷⁵

Vor dem Hintergrund dieser vielfältigen Situationen, die Frau Gast bewältigen musste, kann sie auf eine stabile Kapitalbasis aus ökonomischem und kulturellem Kapital zurückgreifen. Obwohl es in ihren Leben Zeiten gibt, in denen sie die Kündigung ihrer Arbeitsstelle verkraften muss, bleibt ihre Existenz dennoch gesichert. Zusätzlich muss sie in ihrem Leben größere Unsicherheiten im Bereich des sozialen Kapitals verkraften.

6.3.3 Frau Edel

Frau Edel nimmt ihre Behinderung das erste Mal im Krankenhaus wahr, als sie ihre Ausscheidungen nicht mehr kontrollieren kann. Dass sie nicht mehr gehen kann, empfindet sie zunächst als weniger beeinträchtigend. Im Interview bringt sie die beiden Phänomene zusammen mit der erfahrenen Einschränkung, bestimmte Orte nicht mehr frei aufsuchen zu können. Sie nimmt ihre Selbstbestimmung als spürbar eingeschränkt wahr.

„Das merkte ich eigentlich ziemlich schnell, eigentlich schon im Unfallkrankenhaus und das also bedingt durch die nicht funktionierende Blasen-Mastdarmfunktion. Also das fand ich fast schlimmer als das Nicht-Laufen können und das dadurch auch eingeschränkt nicht Raus-gehen-können. Und da das ja 1964 war, gab es ja noch keine Möglichkeiten, anders auf die Toilette zu gehen, es gab die normalen Toiletten und man musste immer vorher gut überlegen, wohin geh’ ich, ja, wie sieht das Umfeld aus, kann ich da den Tag überstehen oder nicht.“ (6_Edel:33–36)

⁷⁵ Wie tief verwurzelt derartige Wertvorstellungen und Vorurteile sind, zeigte sich in abgeschwächter Form auch im Kreis der Teilnehmer/-innen der Forschungswerkstatt als im Zuge der Auswertung bestimmter Interviewpassagen Erstaunen darüber geäußert wurde, dass behinderte Frauen eigene Kinder bekommen.

Weiter schildert Frau Edel im Interview, dass mit ihr in der Klinik nicht über die Folgen des Unfalls gesprochen wurde. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang das Glück, das sie mit einer Krankengymnastin hatte, die sie von Anfang an betreute, die ihr Sicherheit gab und mit ihr gemeinsam nach Bewältigungsmöglichkeiten suchte.

„Also darüber gesprochen wurde gar nicht, das ist einfach so, dass man nur gesagt hat: Sie wissen, dass Sie nicht laufen können, und irgendwann wurde mir denn gesagt, jetzt muss ein Rollstuhl bestellt werden, und dann stand ein Rollstuhl da, der zweimal so groß war wie ich, und dann musste ich mich damit auseinandersetzen. (...) und ich hatte nun das Glück, dass ich eine sehr, sehr gute Krankengymnastin hatte, die also da sehr, hochsensibel war, (...) und sie hat sich wirklich sehr speziell mit meinem Schicksal befasst, und das war ne große Hilfe.“ (6_Edel:41–48)

Von der Krankengymnastin aus der Klinik wird sie noch viele Jahre weiter betreut und baut mit deren Hilfe eine neue Signatur auf, denn sie muss sich mit der Tatsache einer bleibenden Behinderung auseinandersetzen. Nach einem Jahr wird Frau Edel aus der Klinik entlassen und geht an ihre alte Arbeitsstelle zurück. Hier greift sie auf ökonomische und soziale Kapitalien zurück, die ihr bereits vor ihrer Behinderung zur Verfügung standen. Sie kann selbstständig wohnen, für ihren Lebensunterhalt sorgen und nimmt die gewachsenen Kontakte zu ihren Kollegen wieder auf.

„(...) nach einem Jahr Krankenhausaufenthalt konnte ich quasi in die alte Arbeitsstelle wieder rein, vorher war ich biochemische Assistentin. nun konnte ich aber nicht mehr die Arbeit machen, die ich vorher gemacht habe aber man hat mich dann an alle möglichen verschiedenen Positionen gesetzt. und ich konnte gleich wieder arbeiten. und das war dann natürlich auch (...), was Integration angeht, (...) einer der wichtigsten Faktoren überhaupt: also auf der einen Seite die Selbstständigkeit, dadurch, dass ich Geld verdient habe und unabhängig war, auf der anderen Seite der Kontakt mit den Kollegen, das waren ja alles Nichtbehinderte die mussten sich also mit mir auseinandersetzen und umgekehrt, das war ein großer Glücksfall. Aber von der medizinischen Seite, muss ich sagen, war gar nix, gar nix, und ich hab sie auch nicht weiter in Anspruch genommen.“ (6_Edel:103–112)

Frau Edel spricht sehr offen darüber, wie sie nach dem Eintritt ihrer Behinderung wieder in den Alltag zurückkommt. Obwohl es durch den Unfall zu einem massiven Bruch in ihrem Leben kommt, gelingt es ihr aufgrund

der Rückkehr in ihren alten Beruf und das vertraute Umfeld, ihre finanzielle Unabhängigkeit abzusichern und trotz widriger Wohnverhältnisse selbstständig zu leben. Angesprochen auf Ihr Körpergefühl und die mit der Behinderung verbundenen Veränderungen zeigt sich, wie schwer es ihr anfangs fällt, die körperlichen Beeinträchtigungen zu akzeptieren.

*„Sehr ablehnend, sehr ablehnend. Also man kann sich ja vorstellen, mit 22 ist man sehr eitel, man möchte tanzen gehen, schön aussehen, weiß ich was..., und dadurch, dass die Beine atrophiert waren und der Körper sich natürlich verändert hat, ich fand mich also, ja, furchtbar, und ich habe das auch nicht akzeptiert., und da hab ich Jahre, also ich würd' doch sagen, zehn Jahre bestimmt gebraucht.“
(6_Edel:159–163)*

In diesen ersten zehn Jahren durchläuft Frau Edel einige schwere Krisen, behält aber ihre Arbeitsstelle und lernt einen Lebensgefährten kennen, mit dem sie bis zu dessen Tod zusammen ist. Die Interviewpassage zeigt, wie Frau Edel sich selbst negativ signiert. Der größte Einschnitt für ihre *Habitusentwicklung* sind die erlebten körperlichen Einbußen, denn im Bereich des ökonomischen und kulturellen Kapitals kann sie auf ihre Ressourcen erfolgreich zurückgreifen. Frau Edel spricht rückblickend während des Interviews die fehlende psychologische Unterstützung in den ersten Jahren an, die sie aufgrund der Krisen dringend benötigt hätte. Erst Jahre später und im Nachhinein, als sie gemeinsam mit ihrem Pflegesohn eine Therapie beginnt, werden ihr die Hintergründe ihrer Krisen klar.

Vor dem Hintergrund der Beziehung zu ihrer Krankengymnastin, einer gesicherten Existenz durch einen festen Arbeitsplatz, der Akzeptanz, die sie durch ihre Kollegen erfährt, gelingt es Frau Edel in einem langwierigen und kräftezehrenden Prozess, sich zu stabilisieren. Eine dauerhafte Partnerschaft und der spätere Lebensabschnitt mit ihrem Pflegesohn sind von entscheidender Bedeutung, wenn es um den Erwerb von sozialem Kapital geht.

Frau Edel ist heute Rentnerin und sehr mobil. Sie reist viel, lebt selbstständig und manchmal stößt sie noch an die Grenzen ihrer Behinderung. Es gibt bspw. emotionale Grenzen, die in enger Verbindung mit ihrem körperlichen Erleben stehen:

„Es gibt natürlich einige Punkte, die mir wehtun, grade, wenn ich dann draußen in der schönen Natur bin und will am Strand lang laufen und es geht nicht, aber das geht nun mal nicht, aber das tut mir auch weh.“ (6_Edel:438–441)

Frau Edel spricht hier über den Verlust des Gehens und den Schmerz, der damit in ihrem Erleben verbunden ist.

Des Weiteren gibt es strukturelle Grenzen bei der Umsetzung ihrer Reisepläne:

„Also das Schärfste, was ich erlebt habe, war wirklich Teneriffa, das ist ein Vierstundenflug (...), vier Stunden reichen eben nicht und ich musste auf die Toilette, da guckten die mich hilflos an und sagten, Sie sind alleine, , ich sag ja, ja – ähm, ja das ist aber hier nicht geplant (...). Dann hab ich gesagt, dann tun sie mir bitte einen Gefallen und schließen sie die Toilette für alle, dann bin ich vielleicht glücklich. Ja, die haben dann auch gelacht, und es mit Müh und Not, irgendwie ging es dann, haben die mich halb getragen, halb gezogen, halb weiß ich was, (...) es war furchtbar!“ (6_Edel:488–501)

Frau Edel wird in obiger Situation damit konfrontiert, dass sie nicht selbstständig zur Toilette gehen kann. Auch wenn sie versucht, mit Humor auf die Hilflosigkeit des Personals zu reagieren, so ist es für sie grenzüberschreitend, auf die oben beschriebene Weise zur Toilette gebracht zu werden. Sie erzählt im Interview an anderer Stelle, welche Konsequenzen sie aus der obigen Situation gezogen hat um ihre Selbstbestimmung wieder herzustellen. Frau Edel versorgt sich nun auf Flugreisen mit entsprechendem Hygienematerial.

Anhand der Geschichte von Frau Edel zeigt sich, wie die Signatur der Behinderung bei ihr entsteht. Ihre Erstwahrnehmung erlebt sie negativ. Sie ist geprägt vom Wegfall körperlicher Kontrolle und vorheriger Selbstständigkeit. Im Laufe ihres Lebens beginnt ein Überschreibungsprozess dieser als negativ erlebten Signatur. Sie beschließt das Interview mit einfachen Worten und einem Statement: *„Tja, das (fehlende Blasen-/Mastdarmkontrolle, d. Verf.) ist doof, aber es gibt Schlimmeres.“ (6_Edel:861)* Es entsteht der Eindruck, dass der Schmerz über den Verlust der Kontrolle über ihre Ausscheidungen geblieben ist, subjektiv für sie vermutlich der einzige Bereich, wo sie nicht selbstbestimmt sein kann.

Bei Frau Edel zeigt sich, dass sie vor dem Hintergrund einer guten Ausstattung mit ökonomischen und kulturellen Kapitalien ihre Existenz sichern kann und soziales Kapital zuerst am Arbeitsplatz erwirbt. Dennoch haben die Unsicherheiten beim Erwerb von sozialem Kapital in Bezug auf ihre Partnerwahl in den ersten Jahren nach dem Unfall aus Sicht von Frau Edel ihr Leben erheblich erschwert.

6.3.4 Zusammenfassung der Ergebnisse im Hinblick auf die Kapital- dynamik

Es werden nun zusammenfassend *Signatur der Behinderung, Habitusentwicklung* und die erkennbaren Kapitaldynamiken zueinander in Beziehung gesetzt.

Die folgenden zwei Tabellen zeigen die Ergebnisse noch einmal verdichtet. Es werden charakteristische Bereiche für *Signaturen der Behinderung* innerhalb ihrer Felder aufgezeigt. Die erste Zeile enthält zentrale Gemeinsamkeiten aus den Interviews in Bezug auf die Bereiche, in denen Erfahrungen mit dem Umfeld gemacht wurden. Die daraus resultierende *Habitusentwicklung* sowie jeweils Kapitalzuwächse und -verluste. Die zweite Zeile greift als gesellschaftliches Feld Therapie- und Pflegesituationen heraus, da es sich hier für die untersuchten Frauen um einen bedeutsamen Erfahrungsraum in Bezug auf das Thema *Grenzüberschreitung* handelt.

Erleben der Behinderung in bestimmten Feldern	Signatur verändert Habitusentwicklung durch	Kapitalzuwachs
... soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - die Unterstützung durch die Eltern - Wahlmöglichkeiten bei der Lebensgestaltung - Mobilität - Unterstützung durch andere Menschen - Selbstständigkeit am Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Ökonomisches Kapital ↑ Soziales und kulturelles Kapital ↑ Symbolisches Kapital
... Therapie und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Erhalt von Eigeninitiative und Selbstständigkeit - Verbessertes Körpergefühl und Wohlbefinden 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Soziales und kulturelles Kapital ↑ Symbolisches Kapital

Tabelle 8: Kapitalzuwächse

Erleben der Behinderung in bestimmten Feldern	Signatur verändert Habitusentwicklung durch	Kapitalverlust
... soziales Umfeld	<ul style="list-style-type: none"> - Benachteiligung bei der Arbeitssuche und im Studium - eingeschränkte Wahlmöglichkeiten bei der Lebensgestaltung - Eingeschränkte Mobilität - Erniedrigung insbesondere durch fremde Menschen 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Ökonomisches Kapital ↓ Soziales Kapital ↓ Symbolisches Kapital
... Therapie und Pflege	<ul style="list-style-type: none"> - Schmerzen - Fremdbestimmung - Erniedrigung und Scham 	<ul style="list-style-type: none"> ↓ Soziales Kapital ↓ Symbolisches Kapital

Tabelle 9: Kapitalverluste

Bis hierher konnte gezeigt werden, dass die untersuchten Frauen, ausgehend von der *Wahrnehmung ihrer Behinderung*, den Um- und Überschreibungsprozess ihrer *Signatur der Behinderung* in Abhängigkeit von Werten, Strukturen und Praktiken der Gesellschaft durch ihr eigenes Handeln beeinflussen. Sie behaupten sich in unterschiedlichen gesellschaftlichen Feldern, erwerben Praxissinn, zeigen Initiative, werden aktiv und erleben Kapitalzuwachs.

Weiter wird deutlich, dass der Habitus mit der Signatur der Behinderung verinnerlicht, aber nicht festgeschrieben ist. Die sichtbare körperliche Beeinträchtigung bleibt immer ein Teil der Person und damit des Habitus. Dieser kann jedoch immer wieder unterschiedlich signiert werden. Habitus und Signatur verändern und lenken *interaktive Prozesse* immer wieder neu und ermöglichen Über- und Umschreibungsprozesse. So kommt es im Idealfall zum Erwerb von Kapitalien. Damit wiederum ist es möglich, in eine andere Grundhaltung zu gelangen, d. h. die behinderten interviewten Frauen steigern ihr Selbstvertrauen durch Prozesse der Selbst- und Fremdanerkennung. Durch den daraus resultierenden *Zuwachs an Selbstbestimmung*, lassen sich vielfältige *Selbstbehauptungsstrategien* realisieren und ihr symbolisches Kapital wächst. Diese Entwicklung kann Rückschläge erfahren, wenn beispielsweise in verletzender und zerstöre-

rischer Weise Grenzen der behinderten Frauen überschritten werden und diese Erfahrungen Teil des Habitus werden. In diesen Situationen kommt es zu Kapitalverlusten und Einbußen beim Erwerb von symbolischem Kapital.

Trotz dieser Verluste und den krisenhaften Ereignissen wird für die interviewten Frauen ihr Selbstwertgefühl im Kern nie zerstört. Sie kommen über die Krisen hinweg und überwinden die Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden. Vor dem Hintergrund einer weitgehend stabilen ökonomischen Absicherung, einer sicheren Rücklage aus sozialem und kulturellem in Verbindung mit symbolischem Kapital hat sich bei ihnen eine dauerhafte Kraftreserve gebildet.

7 Zusammenfassung aller Ergebnisse und Diskussion

Die Ergebnisse wurden oben zum einen im Hinblick auf den *Zuwachs von Selbstbestimmung* in Auseinandersetzung mit *Grenzüberschreitung* dargestellt. Zum anderen wurde der Zusammenhang zwischen *Habitusentwicklung*, *Signatur der Behinderung* und Kapitaldynamiken an drei konkreten Beispielen beleuchtet. Diese zwei Ergebnisstränge werden hier zusammengeführt.

Im Anschluss werden die Ergebnisse mit ausgewählten Aspekten der theoretischen Grundlegung diskutiert. Vor diesem Hintergrund erfolgen die Beantwortung der Forschungsfrage und eine kritische Methodenreflexion.

7.1 Zusammenfassung aller Ergebnisse

Ausgehend von der Frage, wie die Behinderung von den Interviewpartnerinnen das erste Mal wahrgenommen wurde und welche Gefühle in diesem Zusammenhang auftraten, zeigt sich, dass es sich hierbei um grenzüberschreitende Situationen handelt. Drei wesentliche Erfahrungen charakterisieren das Erlebte:

- Ausschluss und Distanznahme,
- ausgelacht und gehänselt werden und
- Verlust der Selbstständigkeit.

Diese Erfahrungen hinterlassen Spuren bei den untersuchten Frauen und werden als *Signatur der Behinderung* bezeichnet. Damit wird zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Biographie der untersuchten Frauen der Habitus durch die Signatur zum ersten Mal durch Reaktionen von außen auf die Behinderung negativ verändert. Im Anschluss an die *Erstwahrnehmung der eigenen Behinderung* erleben die interviewten Frauen im Laufe ihres Lebens wiederholt Situationen, in denen *Grenzüberschreitungen* stattfinden. Es werden zum einen ihre persönlichen Grenzen in verletzender Weise überschritten. Zum anderen überschreiten sie von Anfang an selbst Grenzen, indem sie ihr Leben nach eigenen Vorstellungen gestalten. Dazu entwickeln sie folgende zentrale Fähigkeiten der Selbstbehauptung:

- grenzverletzende Situationen beenden,
- Eigenständigkeit bewahren und sich abgrenzen und
- persönliche Prioritäten setzen und sich wehren.

Nimmt man diese zentralen Fähigkeiten genauer in den Blick, so zeigen sich bei den Frauen zum einen häufig Handlungen, die mit bewussten Überlegungen oder einer bestimmten Strategie verbunden sind, und zum anderen so genannte Automatismen, die möglicherweise aus bereits Gelerntem resultieren. Der Habitus, leitend für das soziale Handeln, funktioniert nach Bourdieu bewusst und unbewusst (vgl. Fröhlich/Rehbein 2009, 114). In dieser Forschungsarbeit wurden bewusste Handlungen im Sinne von *Selbstbehauptungsstrategien* untersucht. Folgende Strategien kristallisierten sich heraus:

- direkte verbale und körperliche Reaktionen,
- bewusster Rückzug und ignorieren,

- verstehen und fordern oder wünschen,
- verstehen und rationalisieren und
- normalisieren und relativieren der Situation.

Ausgehend von der Forschungsfrage, welche Rolle Grenzüberschreitungen im Leben der behinderten Frauen spielen und wie sie damit umgehen, konnte der Begriff Signatur weiter ausgeformt werden. In den Daten zeigt sich, dass unterschiedliche Signaturen, die sich im Laufe des Lebens wie Zeichen auf den Habitus legen, in ihrer Wirkung von der Elastizität und Festigkeit des Habitus der untersuchten Frauen abhängig sind und diese Prozesse immer in Abhängigkeit zu ihren Lebensverhältnissen und den Zugängen zu Kapital geschehen. *Selbstbehauptungsstrategien* werden immer dann eingesetzt, wenn es zu *Grenzüberschreitungen* im doppelten Sinne kommt, d. h. es werden zum einen von den Frauen aktiv Grenzen überschritten, um bspw. neue Räume einzunehmen oder selbstbestimmt zu leben und zum anderen werden die persönlichen Grenzen der behinderten Frauen von außen in verletzender Weise überschritten. Die interviewten Frauen bauen mit dem *Zuwachs an Selbstbestimmung* ihren Praxisinn aus und nutzen die oben herausgearbeiteten Strategien variabel.

Wie bereits zu Anfang der Arbeit erörtert (siehe Kap. 2.1.), spielen ökonomisches und kulturelles Kapital (Berufstätigkeit und Bildung) für alle untersuchten Frauen eine entscheidende Rolle für den Zugang zu sozialen Räumen und erleichtern bzw. ebnen den Weg in eine selbstbestimmte Lebensweise. Die Grundlage dafür scheint bei den untersuchten behinderten Frauen das soziale Kapital als persönliche Ressource zu bilden, welches sich vor allem durch Zugehörigkeitsgefühle und erfahrene und akzeptierte Wertschätzung auszeichnet. Alle interviewten Frauen setzen ihre Lebensentwürfe um und vermissen nur selten Unterstützung.

Mit Blick auf weitere Gemeinsamkeiten bezüglich der Kapitaldynamik zeigen die Ergebnisse, dass alle untersuchten Frauen während ihres Lebens Kapitalreserven bilden, die vor allem aus kulturellem und sozialem Kapital bestehen. Sie gelangen zu Bildung im Rahmen ihrer Schullaufbahn und unternehmen im Anschluss noch weitere individuelle Anstrengungen, sich beruflich zu qualifizieren oder akademische Abschlüsse zu erwerben. Gleichzeitig erleben sie Zugehörigkeit und tragfähige Beziehungen zu Familie und Freundeskreis. Alle zehn Frauen sind oder waren berufstätig, studieren mit staatlicher Unterstützung oder bekommen Hilfen von ihren Eltern. So ist immer ausreichend ökonomisches Kapital vorhanden, um die

Bildungsbestrebungen sicher zu stellen. Allerdings zeigen die Ergebnisse durchaus Engpässe bei der ökonomischen Absicherung. Zum Beispiel war eine der zehn interviewten Frauen zum Zeitpunkt des Interviews arbeits-suchend und es deuteten sich bei ihr im Interview erste Schwierigkeiten bei der ökonomischen Absicherung an, denn sie zog nach ihrer Ausbildung, während derer sie in einem angeschlossenen Internat lebte und bereits einen festen Verdienst hatte, aufgrund des Arbeitsplatzverlustes zu ihrem Vater zurück. Bei einer weiteren Interviewpartnerin zeigen sich Schwierigkeiten beim Bafög-Bezug und bei der Beantragung des Mehrbedarfs bei Behinderung. Es ist davon auszugehen, dass fünf der zehn interviewten Frauen aufgrund ihres Alters ihre Berufstätigkeit in einer Zeit aufnahmen, als der Arbeitsmarkt noch nicht so angespannt war wie heute. Personen mit Beeinträchtigungen und so genannter geringerer Leistungsfähigkeit haben es auf dem freien Arbeitsmarkt zunehmend schwer, vermittelt zu werden (vgl. Castel 2008, 73).

Neben dem Erwerb von ökonomischem, kulturellem und sozialem Kapital bilden die Ergebnisse indirekt den Erwerb von symbolischem Kapital ab. Hier wurden erhebliche Schwankungen durch das gesamte Datenmaterial sichtbar. Anerkennung und Wertschätzung ist in den entsprechenden gesellschaftlichen Feldern nicht konstant. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit der Bestätigung in den Hauptlebensbereichen Studium, Beruf, Therapie, Freund- und Partnerschaft immer ein Zuwachs von symbolischem Kapital verbunden ist. Kommt es aber in diesen Bereichen zu verletzenden Grenzüberschreitungen, Abwertungen und Missachtung, folgt daraus ein deutlicher Verlust von symbolischem Kapital. Weitestgehend unberührt von dieser Dynamik bleibt für die untersuchten Frauen das (inkorporierte) kulturelle Kapital, das im Laufe ihres Lebens Teil ihres Habitus geworden ist. Erworbene Bildungs- und Berufsabschlüsse und der diesbezügliche familiäre Rückhalt stehen nicht zur Disposition. Die Daten zeigen weiter, dass auch das soziale Kapital im vertrauten Kreis der Mitmenschen konstant bleibt. Hier erfahren alle untersuchten Frauen durchgängig Akzeptanz und sind Teil eines stabilen Netzes aus sozialen Beziehungen, dem sie sich zugehörig fühlen.

7.2 Verschränkung mit ausgewählten Aspekten der theoretischen Grundlegung – Diskussion der Ergebnisse

Für die Diskussion muss die Frage nach der Bedeutung des symbolischen Kapitals zuerst gestellt werden, denn symbolisches Kapital wird nach Bourdieu immer zusammen mit den anderen Kapitalsorten erworben. Es geht im Wesentlichen um die Anerkennung und Würdigung im jeweiligen Feld, in dem sich die Akteure zu einem bestimmten Zeitpunkt bewegen. Obwohl die Ergebnisse einen Zuwachs an symbolischem Kapital bei den Frauen zeigen, tritt neben sichtbaren Verlusten (s. o.) in diesem Bereich ein gravierender Widerspruch zu Tage: Die interviewten Frauen bekommen in Bezug auf ihre individuellen Bildungsanstrengungen oder die selbstständige Gestaltung ihres Lebens symbolisches Kapital in Form von Anerkennung zugesprochen, machen aber gleichzeitig gesamtgesellschaftlich die Erfahrung, dass ihr Lebenswert grundsätzlich in Frage gestellt wird (Ziemen 2004, 267f.). Auf der einen Seite gibt es in Deutschland eine fortschrittliche Gesetzgebung⁷⁶, die allgemein Gleichbehandlung absichert und Diskriminierung entgegentritt. Auf der anderen Seite geben 53 % schwangere Frauen bei einer Befragung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) die Meinung ab, dass die Pränataldiagnostik zur allgemeinen Schwangerschaftsvorsorge dazu gehören sollte. 61,6 % der Frauen gaben dazu weiter an, dass sie die Pränataldiagnostik in Anspruch nahmen, um Gesundheitsschäden beim Kind auszuschließen (BZgA, 2006). Die Möglichkeiten der Präimplantationsdiagnostik haben die Auseinandersetzung mit möglichen Behinderungen biologisch vorverlegt, indem die Untersuchung auf Gesundheitsrisiken bereits vor dem Einpflanzen des Embryos in die Gebärmutter stattfinden kann (Beck-Gernsheim 2008, 34f.). Ohne sich zu weit vom eigentlichen Forschungsgegenstand der vorliegenden empirischen Untersuchung zu entfernen, zeigt sich hier möglicherweise eine Begründung für die zum Teil diffuse Wahrnehmung der behinderten Frauen, Feldgrenzen nur mit großer Anstrengung überschreiten zu können oder im Alltag mit nicht rational nachvollziehbarer Ablehnung konfrontiert zu werden. Auch Akte symbolischer Gewalt sind im Kontext der Untersu-

⁷⁶ Sozialgesetzbuch IX, Bundesgleichstellungsgesetz, Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz und die UN-Behindertenrechtskonvention sind in den Jahren 2001-2008 in Kraft getreten.

chung als Erklärung für empfundene Abweisung nicht auszuschließen (siehe Kap. 3.2).

Insbesondere die negativen Signaturen zeigen, dass den behinderten Frauen vor allem Wertschätzung, Respekt und Akzeptanz für ihren Körper nicht zugesprochen werden. Auch damit sind vor allem Einbußen für die Erlangung von symbolischem Kapital verbunden. Da das Habitus-Konzept ausdrücklich „der körperlichen Dimension des Sozialen“ (Krais 2004, 96) Bedeutung verleiht, sollen an dieser Stelle die „strukturierte Struktur“ und „strukturierende Struktur“ (Krais/Gebauer 2002, 22f.) als zwei Seiten des Habitus erneut aufgegriffen werden. So legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass der strukturierten Struktur des Habitus die Behinderung innewohnt und dies insbesondere vor dem spezifischen Hintergrund einer sichtbaren Körperbehinderung, die entweder von Geburt an besteht oder zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben erworben wurde. Die Behinderung wird in beiden Fällen einverleibt bzw. inkorporiert und ist damit nach Bourdieu Teil des individuellen Habitus.

Dabei ist es der Forscherin wichtig, als Resultat der empirischen Untersuchung begrifflich nicht mehr von einem behinderten Habitus zu sprechen (siehe Kap. 2.1). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass mit diesem Begriff bestimmte Merkmale unwiderruflich festgeschrieben würden. Dies entspricht aber nicht der in dieser Forschung entwickelten Vorstellung eines elastischen, veränderbaren Habitus mit einer sich permanent verändernden Signatur der Behinderung. Der veränderte Körper kann im Sinne Bourdieus eine Disposition sein, die zwar beständig, aber nicht unveränderbar in ihrer Wahrnehmung von außen ist. In diesem Kontext spielen Signaturen, die sich direkt oder indirekt auf den Körper beziehen, eine wichtige Rolle für die Habitusentwicklung, denn hier kann die Beständigkeit des veränderten Körpers immanent, die Wahrnehmung von außen darauf und seine Wirkung auf andere aber flexibel gedacht werden. Möglich ist dies im Sinne einer permanent veränderbaren Signatur. Diese Prozesse wurden weiter oben als Über- und Umschreibungsprozesse charakterisiert.

Die Ergebnisse belegen für den therapeutischen Bereich als einem spezifischen gesellschaftlichen Feld, welche zentrale Bedeutung den Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten in diesem Prozess zukommt: Während die physiotherapeutische Behandlung der untersuchten Frauen in ihrer Kindheit zumeist als problematisch und selten bestärkend erlebt wurde, ist

ein deutlicher Einstellungswechsel für alle untersuchten Frauen im Erwachsenenalter zu beobachten. Die Frauen erleben die therapeutischen Angebote unterstützend vor allem in Bezug auf ihr körperliches Wohlbefinden und ermutigend im Hinblick auf ihre körperlichen Fähigkeiten. Sie entscheiden sich bewusst und eigenständig für oder gegen ein Therapienangebot. Besonders die Beispiele aus Kapitel 6.3 zeigen eindrücklich, welche zentrale Bedeutung die bestärkende Haltung und die in Folge positive Signatur der Physiotherapeuten bzw. -therapeutinnen für die Habitusentwicklung der untersuchten Frauen hat. Die Signatur der Behinderung tritt in Gestalt positiver Therapieerfahrungen als Teil der strukturierenden Struktur des Habitus in Erscheinung.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass der überwiegende Teil der befragten Frauen in ihrer Freizeit Sport- und Bewegungsangebote wahrnimmt (siehe Tab. 1). Diese reichen von verschiedenen Formen des Tanzes, Rudern oder Handbike fahren bis zu Rehabilitationssportangeboten. Alle Frauen berichten hier übereinstimmend von Spaß und Freude an der Bewegung. Dies stimmt mit aktuellen Studienergebnissen überein (Kemper/Treu 2007) und unterstreicht die Bedeutung positiver Körper- und Bewegungserfahrungen.

In dieser Forschungsarbeit wurden behinderte Frauen untersucht, die mitten in der Gesellschaft leben. Sie sind damit ein greifbarer Beweis für eine gelungene Integration. Die Untersuchung zeigt dies nicht nur für die behinderten Frauen, die besonders mobil sind, sondern auch für diejenigen, die mit einem hohen Unterstützungsbedarf selbstständig leben, studieren oder berufstätig sind. Wenn aber Grenzüberschreitungen in ihrer gesamten Spannbreite in den Mittelpunkt der Betrachtung gestellt werden, wird sichtbar, dass nicht von einem inklusiven Gesellschaftsmodell gesprochen werden kann (Steinhart 2008, 29ff.). Gesellschaftliche Exklusionspraktiken, vorgeburtliche Ausschlussdiagnostik und insbesondere gegen behinderte Frauen gerichtete Gewalt bestehen weiterhin. Aktuelle Zahlen aus diesen Bereichen (BZgA 2006, BMFSFJ 2011) belegen dies eindrücklich. Die untersuchten behinderten Frauen bilden eine Ausnahme, was ihren kontinuierlichen Zuwachs und hohen Grad von Selbstbestimmung betrifft. Daraus wird später notwendiger Forschungsbedarf abzuleiten sein.

Viele der erlebten Grenzüberschreitungen resultieren aus der Erfahrung des Andersseins und sind in ihrer Intension gebunden an die dualistische

Sichtweise auf das Thema Behinderung, die alle gesellschaftlichen Felder durchzieht. Die Kategorien behindert und nicht-behindert, die sich an den jeweiligen Normalitätsvorstellungen der Gesellschaft orientieren (siehe Kap. 2.2), verstellen daher oft den unvoreingenommenen Blick auf den jeweiligen Menschen. Das soziale Modell von Behinderung stützt diese Annahme, indem Behinderung nicht als ein individuelles Problem gesehen wird, sondern als gesellschaftlich verursacht durch Barrieren im täglichen Leben, wie bspw. Treppen für Rollstuhlfahrer/-innen oder die entgegengebrachte abwertende Einstellung eines anderen (vgl. Goeke/Kubanski 2012 [9]). In diesem Kontext ist die Gewaltdiskussion von Bedeutung. Es bestätigt sich in dieser qualitativen Untersuchung, dass Formen symbolischer und indirekter Gewalt, wie sie von Bourdieu und Galtung beschrieben werden (siehe Kap. 3.2 und 3.3), die Basis für direkte Gewalt bzw. Grenzverletzungen bilden.

Die hier vorgelegten Forschungsergebnisse zeigen auf der einen Seite, dass die Frauen vorgegebene Grenzen überschreiten, dazu verschiedene Selbstbehauptungsstrategien einsetzen und Kapitalgewinne erlangen. Vor dem Hintergrund guter Kapitalreserven bestehen für die behinderten Frauen Wahlmöglichkeiten in Bezug auf ihre Lebensführung und damit ist ihr Bewegungsspielraum weit reichend. Sie besetzen konsequent neue soziale Räume und nehmen dafür große Anstrengungen in Kauf. Auf der anderen Seite erleben sie Ausgrenzung und Erniedrigung und wehren sich dagegen. Dabei sorgen sie dafür, dass ihre Grenze gewahrt bleibt und profitieren von ihrer ausgeprägten Reflexionsfähigkeit.

7.3 Die Kernaussage: Behinderte Frauen wachsen am Widerstand

Im Anschluss an die Ergebnisdiskussion wird an dieser Stelle die Forschungsfrage beantwortet. Ausgehend von der Forschungslage, die Grenzüberschreitungen im Zusammenhang mit behinderten Frauen bisher überwiegend quantitativ und schwerpunktmäßig unter dem Blickwinkel zerstörerischer Verletzungen betrachtet hat, ging es in dieser Arbeit vor allem darum, mit einem qualitativen Fokus die im Alltag eher weniger sichtbaren Situationen im Zusammenhang mit Grenzüberschreitungen und deren Bewältigung in den Blick zu nehmen. Die Akteurinnenperspektive wurde von Anfang an hervorgehoben. Es sind ausdrücklich Situationen betrachtet worden, in denen die Frauen selbst aktiv Grenzen überschreiten. Das zentrale Ergebnis der Studie ist, dass Grenzüberschreitungen und Selbstbehauptungsstrategien in zwei Richtungen wirksam sind. Die untersuchten Frauen behaupten sich gegen Grenzüberschreitungen von außen mit verschiedenen Strategien und sie müssen besondere Anstrengungen in Kauf nehmen, wenn sie von sich heraus Grenzen überschreiten möchten. Die Untersuchung verweist darauf, dass diese Strategien im Laufe des Lebens in immer wieder neuer Auseinandersetzung mit grenzüberschreitenden Situationen gelernt werden. Da die untersuchten Frauen sichtbar körperbehindert sind, stehen sie zudem in einer unausweichlichen Wechselbeziehung mit ihrer sozialen Umgebung. Ihr sichtbares Anderssein zwingt sie gewissermaßen zu einer Auseinandersetzung, an der sie beständig wachsen. Ihre Selbstbestimmung nimmt kontinuierlich zu und positive Signaturen treffen auf einen elastischen Habitus.

Im Hinblick auf die Beantwortung der Forschungsfrage zeigen die empirischen Ergebnisse dieser Untersuchung, die für einen begrenzten Ausschnitt der sozialen Wirklichkeit Geltung haben, dass grenzüberschreitende Situationen und ihre fortwährende Auseinandersetzung damit zu einem kontinuierlichen Zuwachs von Selbstbestimmung führen können. Die Frauen wachsen am Widerstand, der ihnen als Grenze in Form von Reglementierungsmechanismen und gesellschaftlichem Normalisierungsdruck entgegenkommt. Dazu nutzen sie individuelle Bewältigungsstrategien zur Selbstbehauptung sehr bewusst und überschreiten als Folge Feldgrenzen.

Als problematisch hat sich in der Untersuchung der Bereich der therapeutischen und medizinisch/pflegerischen Versorgung gezeigt. Selbstbestimmung kann im Kindesalter häufig nur eingeschränkt gelebt werden und Grenzüberschreitungen werden überwiegend als verletzend erlebt. Eine Verfolgung eigener Ziele und Prioritäten sowie ein Verständnis für die Ziele der Therapie sind laut den Untersuchungsergebnissen erst ab der Pubertät möglich. Aus letzterem ergibt sich Forschungsbedarf, der weiter unten für den Bereich der Physiotherapie konkretisiert wird.

7.4 Kritische Reflexion der Forschungsmethodik

Eine kritische Reflexion der Forschungsmethodologie ist in der qualitativen Sozialforschung ein notwendiges Qualitätskriterium. Daher soll im Folgenden kritisch auf die Erhebungsmethode, die persönliche Nähe zum Forschungsfeld, die Qualitative Heuristik als Methodologie sowie auf die Perspektive partizipativer bzw. partizipatorischer Forschungsansätze⁷⁷ eingegangen werden.

Als Erhebungsmethode haben sich leitfadengestützte (problemzentrierte) Interviews bewährt. Vor allem die Vorabinformationen über die geplanten Gesprächsinhalte ermöglichten den interviewten Frauen eine freie Entscheidung und gaben gleichzeitig die nötige emotionale Sicherheit sowie die erforderliche Transparenz für die Interviewsituation. Bei der Akquise der Interviewpartnerinnen erwies sich die Nähe zum Feld als vertrauensbildend. Es war zusätzlich notwendig, die Interviewpassagen immer wieder im Kreise der Forschungswerkstatt zu diskutieren. So konnten eigene aus der Nähe zum Feld resultierende vertraute Deutungsmuster kontinuierlich kritisch reflektiert und überwunden werden.

Die Qualitative Heuristik als ein freies Entdeckungsverfahren ist einerseits chancenreich und macht es andererseits schwer, den Forschungsgegenstand und die Forschungsfragen konsequent im Blick zu behalten. Hier war besonders hilfreich, die Interviews wiederholt anzuhören, um während des Dialogprozesses mit den Daten eine Rückbindung an den Forschungsgegenstand sicher zu stellen.

Die Chancen, die partizipatorische Ansätze für die Forschung bieten können, liegen im Kern darin, eine langjährige Forschungstradition im deutschsprachigen Raum zu hinterfragen, bei der in Bezug auf Forschungsarbeiten, die die Lebenssituation behinderter Menschen thematisierten, häufig auf Stellvertreteraussagen zurück gegriffen wurde. (vgl. Goeke/Kubanski 2012).

An dieser Stelle muss selbstkritisch festgehalten werden, dass ein Einbezug der Forschungssubjekte in alle Phasen des Forschungsprozesses bei der vorliegenden Arbeit möglich gewesen wäre, dies aber in der konzeptionellen Anlage des Promotionsvorhabens nicht vorgesehen war. Um das Forschungsvorhaben im laufenden Prozess strukturell nicht zu gefährden

⁷⁷ Zur begrifflichen Abgrenzung von partizipativ und partizipatorisch, siehe Goeke/Kubanski (2012 [5]).

und zeitlich zu begrenzen, wurde daher von einer weiteren Beteiligung der Interviewpartnerinnen im Auswertungsprozess abgesehen. Als positiv daran wird die Distanz bewertet, die so zu einem bereits vertrauten Forschungsfeld gewonnen werden konnte.

Perspektivisch ist eine kritische Nachbetrachtung der Ergebnisse mit den Interviewpartnerinnen geplant, wenn diese es wünschen.

7.5 Weiterer Forschungsbedarf

Hier werden nun Forschungsdesiderate im Sinne weiterer Perspektiven, die sich an diese Untersuchung anschließen könnten, eröffnet.

Zuerst wird die körpersoziologische Perspektive aufgegriffen.

Die Körpersoziologie ergänzt aus Sicht der Autorin das soziale Modell von Behinderung und ermöglicht die Perspektive, den Körper in seinem Eigensein und in seiner Wirkung auf andere zu betrachten (siehe Kap. 1.2.1). Bisher spielte der veränderte Körper kaum eine Rolle in der körpersoziologischen Forschung. Auch in dieser Arbeit war der veränderte Körper nicht der Forschungsgegenstand, sondern die Betrachtung von Grenzüberschreitungen im Leben der behinderten Frauen im Hinblick auf gewachsene Selbstbehauptungsstrategien. Dennoch zeigen die Ergebnisse, dass der Körper immer eine Rolle für das Erleben des Andersseins der interviewten Frauen spielt. Auf den Körper wird von der Umgebung immer wieder in grenzüberschreitender Weise verbal und non-verbal Bezug genommen und der Körper wirkt auf die Umgebung zurück (vgl. Gugutzer/Schneider 2007, 34). Demgegenüber stehen positive Körper- und Bewegungserfahrungen (s. o.), bei denen die Freude an der körperlichen Betätigung im Mittelpunkt steht, und diese verweisen auf eine weitere wichtige Forschungsperspektive.

Die Erkenntnisse, die für das bewegungstherapeutische Feld gewonnen wurden, weisen auf Forschungsbedarf mit einem körpersoziologischen Ansatz hin. Aussagen, die den Körper zum Inhalt haben, entfalten eine hohe Bedeutsamkeit für die behinderten Frauen. Bestimmte Äußerungen scheinen retrospektiv wie eingraviert in den Habitus und haben eine Narbe hinterlassen. Therapeutische Settings mit Menschen mit einer Körperbehinderung, wie bspw. die fast immer stattfindende physiotherapeutische Behandlung, sollten in ihrer Ausformung und Wirkung genauer betrachtet werden.

Auf eine weitere Forschungsperspektive verweist Anne Waldschmidt als Expertin in eigener Sache und als Wissenschaftlerin explizit (siehe Kap. 1.3), indem sie sagt:

Es ist überhaupt nicht normal einen behinderten Körper zu haben! Als das schroffe Gegenteil von schön, fit und leistungsfähig repräsentiert der behinderte Körper den marginalisierten Körper *par excellence*; in den unterschiedlichsten Kontexten legitimiert er soziale Ausgrenzung und Diskriminierung (Waldschmidt 2007b, 40/ Hervorhebung i. O.)

Waldschmidt unterstreicht mit diesen Worten die von ihr favorisierte Forschungsperspektive, den „Körper als Akteur“ zu studieren (2007b, 41) und dabei auch Feldgrenzen in den Blick zu nehmen. Die hier vorgeschlagene Sichtweise auf einen elastischen Habitus, der durch die Signatur der Behinderung verändert werden kann, könnte einen geeigneten Rahmen dafür bilden.

Der Forschungsbedarf für die Zielgruppe der behinderten Männer, der bereits auf der Fachtagung in Oldenburg 2007 „Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in Theorie und Praxis“ zum einen von Schildmann (2007) für den Bereich der Behindertenpädagogik angesichts der Datenlage als dringlich hergeleitet und zum anderen von Sandfort (2007, 102ff.) deutlich angemahnt wurde, soll auch hier unterstrichen werden. Dabei müssen gesellschaftliche Männlichkeitsbilder (vgl. Blomberg 2007) genauso aufgearbeitet werden wie die Tatsache, dass behinderte Männer dem traditionellen Männerbild oftmals nicht gerecht werden können. Bereits die länger zurückliegenden Erkenntnisse eines Projektberichts von Zemp/Pircher/Schoibl (1997) zeigen, dass behinderte Jungen und Männer unbedingt auch als Opfer von Gewalt wahrzunehmen sind und nicht ausschließlich als Täter in den Blick geraten sollten. Eine Studie des BMFSFJ von 2006 belegt dies eindrücklich für sogenannte nicht-behinderte Männer. Grenzüberschreitungen im Leben behinderter Jungen und Männer sollten unter einem qualitativen Fokus differenziert in den Blick genommen werden.

8 Ausblick

Vor dem Hintergrund, dass es für behinderte Mädchen und Frauen einen gesetzlichen Anspruch auf „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins“ (vgl. § 44 SGB IX) gibt, die im Rahmen des Rehabilitationssports gewährt werden können, und weil auf die Sinnhaftigkeit dieses Angebots in der Einleitung dieser Arbeit bereits hingewiesen wurde, sollen in diesem Abschnitt einige Aspekte aus den Interviews zu diesem Thema und im Sinne eines perspektivischen Ausblicks kritisch aufgegriffen werden.

Die untersuchten Frauen bewegen sich zum Zeitpunkt der Interviews in allen gesellschaftlichen Feldern, leben selbstbestimmt und benötigen nach eigenen Aussagen größtenteils kein Selbstbehauptungstraining oder Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins. Diese Aussage überraschte zunächst, führte aber zur Entdeckung einer wichtigen Frage: Was hat die untersuchten Frauen so stark gemacht? Oder anders ausgedrückt: Welchen Zusammenhang gibt es zwischen Grenzüberschreitungen und Selbstbehauptungsstrategien? In den Interviews zeigte sich auf Nachfrage, dass einige Frauen vor längerer Zeit an einem Selbstbehauptungskurs, einem Rollstuhltraining oder an einer Rollstuhlgruppe für Mädchen teilgenommen oder eine Selbstverteidigungssportart erlernt hatten, dies von ihnen aber nicht unbedingt mit der Frage nach Selbstbehauptung in Verbindung gebracht wurde. Aus den positiven Erfahrungen lässt sich zusammenfassen, dass insbesondere die Wertschätzung durch die Trainerinnen und die Erfahrung, Handlungsstrategien für schwierige Situationen zu erlernen, im Mittelpunkt des Interesses standen und im Nachhinein als hilfreich erinnert wurden. Des Weiteren gingen die Vorstellungen darüber, in welchem Rahmen ein solches Angebot sinnvoll wäre und welchen Inhalt das Training haben sollte, weit auseinander. Während einige Frauen im Kreise behinderter Frauen möglichst unter Leitung einer behinderten Trainerin an einem Kurs teilnehmen würden, bevorzugten andere Frauen eine integrative Gruppe oder könnten sich vorstellen, mit Männern gemeinsam zu üben. Allerdings äußerten alle den Wunsch, explizit körperliche Selbstverteidigungstechniken zu erlernen. Insgesamt herrschte Unklarheit über den Charakter dieser Sozialleistung und über die Frage, für welche Zielgruppe das Training vorgesehen ist.

Blickt man insgesamt auf die Entwicklung der „Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins“, die seit 2001 im § 44 SGB IX verankert sind und

2002 erstmals in die Rehabilitationssportverordnung aufgenommen wurden, ist festzuhalten, dass die Entwicklungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung der Trainerinnen insofern fortschreiten, als 2011 die erste bundesweite Weiterbildung für Übungsleiterinnen gestartet wurde (Deutscher Behindertensportverband e.V., 2012). Es besteht jedoch im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, bspw. bezüglich einer angemessenen Verordnungspraxis, deutlicher Handlungsbedarf. Das Forschungsprojekt SELBST (siehe Kap. 3.4) hat 2006 sowohl dezidierte Ergebnisse zu den rechtlichen Voraussetzungen als auch konkrete Vorschläge für die Realisierung und Umsetzung der Weiterbildung der Übungsleiterinnen vorgelegt sowie umfangreiche Vorschläge für konkrete Kursinhalte geliefert. Diese können für die Umsetzung als Qualitätskriterien genutzt werden. Die Studie des BMFSJ „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderung in Deutschland“ (Schröttle et al. 2011) macht zudem deutlich, dass behinderte Frauen ein Training zur Stärkung des Selbstbewusstseins benötigen und verweist hier insbesondere auf behinderte Frauen, die in Einrichtungen leben, da diese nach derzeitigem Erkenntnisstand zu einem hohen Prozentsatz von Gewalt und Übergriffen betroffen sind.

Versucht man die Ergebnisse der hier vorliegenden Untersuchung auf diese Ausführungen zu beziehen, können sie dafür hilfreich sein, Grenzüberschreitungen im Leben behinderter Frauen genau zu verstehen, Anregungen für praktikable Bewältigungsstrategien zu entdecken und letztlich partizipatorische Forschungsvorhaben durchzuführen, die sich insbesondere den behinderten Frauen mit Lernschwierigkeiten und den Frauen, die in Einrichtungen leben, annehmen, da beide Gruppen aktuell noch wenig zu Wort kommen (Goeke 2010, siehe dazu Kap. 4.2; Goeke/Kubanski 2012 [13]).

Insgesamt kann hier konstatiert werden, dass sich im Forschungszeitraum (2007–2012) der vorgelegten empirischen Untersuchung die körpersoziologischen und kulturwissenschaftlichen Forschungsansätze in Deutschland rund um das Thema Behinderung beachtlich weiter entwickelt haben. Und dabei sind gerade nicht die anwendungsbezogenen Forschungen in Medizin und Pädagogik gemeint, denn diese betrachten den Körper häufig als Empfänger therapeutischer oder rehabilitativer Maßnahmen und untersuchen in diesem Zusammenhang bspw. konkrete Coping-Strategien (vgl. Waldschmidt 2005).

Als wegweisend werden hier die körpersoziologischen und kulturwissenschaftlichen Ansätze von Waldschmidt (2007), Gugutzer und Schneider (2007) sowie die grundlegende Fruchtbarmachung der Disability Studies für den deutschsprachigen Raum von Dederich (2007) angesehen. Kerstin Ziemen (2004) ist richtungweisend für den Transfer von Pierre Bourdieus Soziologie in das integrative Feld der Behindertenpädagogik.

Diese Arbeit wird als Beitrag zur Diskussion zu einer körpersoziologischen Forschungsperspektive auf das Thema Behinderung verstanden. Dazu kann der Habitus-Ansatz Pierre Bourdieus ein überzeugendes Erklärungs-konstrukt sein. Ebenso möchte die Arbeit Impulse setzen, partizipatorische Forschungsansätze in Bezug auf Frauen und Männer mit Behinderungen in Zukunft stärker zu verfolgen.

Das letzte Wort gebührt einer Interviewpartnerin und es soll an dieser Stelle unkommentiert bleiben.

Auf die abschließende Frage, ob ihr noch etwas Wichtiges durch den Kopf ginge oder während des Interviews nicht angesprochen wurde, sagte sie:

„Also der entscheidende Punkt, das war eben das, was ich vorhin gesagt habe. Also das es wirklich wichtig ist, den Kindern zu vermitteln, so wie du bist, dass ist in Ordnung und du bist halt liebenswert. Und ja. Also wirklich es den Kindern irgendwie zu ermöglichen, ein gesundes Selbstbewusstsein zu entwickeln.“ (10_Schulze: 655–658)

III. Teil Verzeichnisse und Anhänge

Es folgt nun das Literaturverzeichnis in alphabetischer Reihenfolge. Daran schließen sich das Abbildungsverzeichnis und das Tabellenverzeichnis an. Die Anhänge sind von A-D gegliedert. Allen eingereichten Exemplaren wurde eine CD-ROM mit den vollständig anonymisierten Transkripten der Interviews beigelegt.

9 Literaturverzeichnis

Abel, Thomas/ Kolip, Petra/ Wydler, Hans (2002). Sense of coherence und Salutogenese. In Hans Wydler/ Petra Kolip/ Thomas Abel (Hg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim und München: Juventa, 197–201.

Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen (1999) Online in Internet:
http://www.soziales.sachsen.de/download/Soziales/Aktionsplan_der_Bundesregierung_zur_Bekaempfung_von_Gewalt_gegen_Frauen.pdf [Zugriff: 1.3.2010].

Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Kampagne: „Kein Mensch passt in eine Schublade“ Online in Internet:
http://www.antidiskriminierungsstelle.de/DE/Service/Kampagne2011/kampagne_node.html [Zugriff: 14.1.2012]

Antonovsky, Aaron (1997). Salutogenese. Tübingen: dgvt Verlag.

Aly, Monika/ Aly, Götz/ Tumler, Morlind (1982). Kopfkorrektur oder der Zwang gesund zu sein. Berlin: Rotbuch Verlag.

Aranat e.V. (Hg.) (2000). Qualitätsmerkmale von Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskursen für Mädchen und Frauen. Lübeck.

Ayres, Jean A. (1984). Bausteine der kindlichen Entwicklung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer-Verlag.

Beck-Gernsheim, Elisabeth (2008). Der kontrollierte Embryo. Pränataldiagnostik zwischen Wahlmöglichkeit und Erwartungsdruck. In Margaretha Kurmann (Hg.) (2009), "Da stimmt doch was nicht ..." Logik, Praxis und Folgen vorgeburtlicher Diagnostik; 29. Februar–1. März 2008, Deutsches Hygiene-Museum Dresden; Kongressdokumentation. Online in Internet: <http://d-nb.info/995865116>. 28–37 [Zugriff: 1.12.2011].

Benner, Dietrich/ Eichler, Wolfgang/ Göstemeyer, Karl-Heinz/ Sladek, Horst (Hg.) (2004). Quellentexte zur Theorie und Geschichte der Reformpädagogik. Teil 3.1: Staatliche Schulreform in SBZ und DDR. Weinheim et al.: Beltz, 72–75.

Bergold, Jarg/ Thomas, Stefan (2010). Partizipative Forschung. In Gunter Mey/ Katja Mruck (Hg.), Handbuch Qualitativer Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 333–344.

Bette, Karl-Heinrich (2010). Sportsoziologie. Bielefeld: transkript.

Bleidick, Ulrich (1999). Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart: Kohlhammer.

Bösl, Elisabeth/ Klein, Anne/ Waldschmidt, Anne (Hg.) (2010). Disability History – Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Bielefeld: transkript.

- Blomberg, Christoph (2007). Jungen als Opfer sexueller Gewalt – Notwendigkeiten und Schwierigkeiten einer adäquaten Wahrnehmung. In Bettina Rulofs (Red.), *Schweigen schützt die Falschen*. Essen: Agentur Tricom, 47–58.
- Bourdieu, Pierre (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In Reinhard Kreckel (Hg.), *Soziale Ungleichheiten*. Sonderband 2 der sozialen Welt. Göttingen: Schwartz, 183–198.
- Bourdieu, Pierre (1992). *Rede und Antwort*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1987)
- Bourdieu, Pierre (1993). *Sozialer Sinn*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1980)
- Bourdieu, Pierre (1998). *Praktische Vernunft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1994)
- Bourdieu, Pierre (2001): *Meditationen*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1997)
- Bourdieu, Pierre (2005a). Verstehen. In Pierre Bourdieu/ Gabrielle Balazs/ Stéphane Beaud et al. (Hg.), *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Studienausgabe. Konstanz: UVK. 393–410. (Original erschienen 1993)
- Bourdieu, Pierre (2005b). *Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Schriften zu Politik und Kultur 1. Hamburg: VSA-Verlag. (Original erschienen 1992)
- Bourdieu, Pierre (2005c). *Die männliche Herrschaft*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1998)
- Bourdieu, Pierre/ Wacquant, Loïc J. D. (2006). *Reflexive Anthropologie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1992)
- Bretländer, Bettina (2007). *Kraftakte: Lebensalltag und Identitätsarbeit körperbehinderter Mädchen und junger Frauen*. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Breuer, Franz (1998). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag. (Textfassung vergriffen) Online in Internet: <http://www.qualitative-forschung.de/information/publikation/modelle/breuer/breuer.pdf> [Zugriff: 1.8.2011].
- Breuer, Franz (2010). *Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Brockhaus, Friedrich (1989). *Brockhaus Lexikon – Band 13 und 17*. Mannheim: dtv.
- Brunnett, Regina (2009). *Die Hegemonie symbolischer Gesundheit. Eine Studie zum Mehrwert von Gesundheit im Postfordismus*. Bielefeld: transkript.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR e.V.) (Hg.). *Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1.1.2011*.

Frankfurt/M. Online in Internet: http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/empfehlungen/downloads/Rahmenvereinbarung_Rehasport_2011.pdf [Zugriff: 31.1.2011].

Bundesärztekammer. (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2011). Online in Internet: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.100.1143#B41> [Zugriff: 3.7.2011].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2003). Einmischen – Mitmischen. Informationsbroschüre für behinderte Mädchen und Frauen. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2004). Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland, Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse. Online in Internet: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html> [Zugriff: 17.8.2007].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2006). Gewalt gegen Männer. Personale Gewaltwiderfahrnisse von Männern in Deutschland – Ergebnisse der Pilotstudie. Online in Internet: <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationliste,did=20558.html> [Zugriff: 1.12.2010].

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009). Lebenslagen behinderter Frauen in Deutschland – Auswertung des Mikrozensus 2005, Zusammenfassung. Online in Internet: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=132950.html> [Zugriff: 10.12.2009].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2006) (Hg.). Schwangerschaftserleben und Pränataldiagnostik. Ausgewählte Ergebnisse. Köln. Online in Internet: <http://www.bzga.de/pnd/index.php?id=887> [Zugriff: 12.12.2011].

Bungart, Petra (2005). Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.

Burkart, Thomas/ Kleining, Gerhard/ Witt, Harald (2010). Dialogische Introspektion. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Castel, Robert. Die Fallstricke des Exklusionsbegriffs. In Heinz Bude/ Andreas Willisch (Hg.), Exklusion. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 69–86.

Cramer, Elizabeth P./ Gilson, Stephen F./ Depoy, Elizabeth (2004). Women with Disabilities and Experiences of Abuse. In *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 7. Jg., Nr. 3–4, 183–199.

Crossmaker, Maureen (1991). Behind Locked Doors – Institutional Sexual Abuse. In *Sexuality and Disability*, 9. Jg., Nr. 3, 201–219.

Daniels, Susanne von/ Degener, Theresia/ Jürgens, Andreas (Hg.) (1983). Krüppel – Tribunal. Menschenrechtsverletzungen im Sozialstaat. Köln: Pahl-Rugenstein Verlag.

Dederich, Markus (2007). Körper, Kultur und Behinderung. Bielefeld: Transcript.

Dederich, Markus (2009). Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie. In Markus Dederich/ Wolfgang Jantzen (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer, 15–39.

Dederich, Markus/ Jantzen, Wolfgang (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer.

Degener, Theresia (1990). Opfer wehrlos in jeder Hinsicht. In pro familia magazin, 1. Jg., 3–5.

Degener, Theresia (1991). „Das glaubt mir doch sowieso keiner“: Behinderte Frauen berichten. In Doris Janshen (Hg.), Sexuelle Gewalt. Die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung. Frankfurt/M.: Zweitausendeins, 219–222.

Degener, Theresia (1994). Die sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen. Rechtliche Aspekte. In Eva-Maria Weinwurm-Krause (Hg.), Sexuelle Gewalt und Behinderung. Hamburg: Kovac, 15–24.

Degener, Theresia (1996). Benachteiligung Frauen. In Frauen und Gesundheit, Heft 26, 34–38.

Degener, Theresia (2003a). Workshop zum Thema „Jede Frau und jedes Mädchen kann sich wehren.“ In Gisela Hermes/ Swantje Köbsell (Hg.), Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003, Kassel: bifos, 221–225.

Degener, Theresia (2003b). Mit dem Sozialrecht gegen sexualisierte Gewalt? Warum sich Sozialleistungsträger und Sozialleistungserbringer Gedanken machen sollten. In Julia Zinsmeister (Hg.), Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht. Opladen: Leske + Budrich, 89–92.

Degener, Theresia/ Dern, Susanne/ Dieball, Heike/ Frings, Dorothee/ Oberlies, Dagmar/ Zinsmeister, Julia (2007). Antidiskriminierungsrecht. Handbuch für Lehre und Beratungspraxis. Mit Lösungsbeispielen für typische Fallkonstellationen. Frankfurt a.M.: Fachhochschulverlag.

Deutsche Beamten-Jugend NW (Hg.) (2003). Qualitätsmerkmale Selbstbehauptung und Selbstverteidigung. Für Mädchen und junge Frauen mit Behinderung. Köln.

Deutscher Behindertensportverband e.V. Mädchen und Frauen. Wichtige Termine. Online in Internet: <http://www.dbs-npc.de/DesktopDefault.aspx?tabid=25&tabIndex=-1> [Zugriff: 1.12.2011].

Deutscher Ethikrat (Hg.) (2011). Präimplantationsdiagnostik – Stellungnahme. Berlin. Online in Internet: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf> [Zugriff: 1.11.2011].

Deutscher Verband für Physiotherapie – Zentralverband der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e.V. Beruf und Bildung – Überblick zur Geschichte. Online in Internet: <http://www.zvk.org> [Zugriff: 4.3.2011].

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Online in Internet: [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich akzeptiere](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere) S. 23. Die Grafik wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO. [Zugriff: 23.12.2011].

Dowe, Dieter/ Kuba, Karlheinz/ Kubina, Michael (Hg.) (2005). FDGB – Lexikon (Arbeitsversion): Sozialversicherung (SV). Berlin. online-Version in Internet: [http://library.fes.de/FDGB-lexikon/texte/sachteil/s/Sozialversicherung_\(SV\).html](http://library.fes.de/FDGB-lexikon/texte/sachteil/s/Sozialversicherung_(SV).html) [Zugriff: 3.5.2011].

Eiermann, Nicole/ Häußler, Monika/ Helfferich, Cornelia (2000). Live, Leben, Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung: Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). Band 183. Stuttgart, Berlin, Köln: W. Kohlhammer.

Emrich, Carolin/ Gromann, Petra/ Niehoff, Ulrich (2006). Gut Leben – Persönliche Zukunftsplanung realisieren – ein Instrument. Marburg: Verlag der Lebenshilfe.

Ewinkel, Carola/ Hermes, Gisela et al. (Hg.) (1985). Geschlecht behindert. Besonderes Merkmal Frau. München: AG SPAK.

Fegert, Jörg M./ Müller, Claudia (Hg.) (2004). Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung. Köln: verlag nebes und noack.

Feldhaus-Plumin, Erika (2004). Versorgung und Beratung zu Pränataldiagnostik – Konsequenzen für die psychosoziale und interdisziplinäre Beratungsarbeit. Göttingen: V&R unipress.

Felkendorff, Kai (2003). Ausweitung der Behinderungszone: Neue Behinderungsbegriffe und ihre Folgen. In Günther Cloerkes (Hg.), Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter, 25–52.

Feyerabend, Erika (2007). Warenförmige Körper. Über die Kommerzialisierung von Körperstoffen in der Medizin. In Torsten Junge/ Imken Schmincke (Hg.), Marginalisierte Körper. Münster: Unrast-Verlag, 205–222.

Fischer, Dietrich (2011). About Peace and Conflict Transformation. Vortrag. World Peace Academy 28 June 2011.

Flick, Uwe (1998). Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Flick, Uwe (2008a). Stationen des qualitativen Forschungsprozesses. In Uwe Flick/ Ernst von Kardorff/ Heiner Keupp/ Lutz v. Rosenstiel/ Stephan Wolff (Hg.), Handbuch Qualitative Sozialforschung. München: Beltz Psychologie Verlagsunion, 147–173.
- Flick, Uwe/ von Kardorff, Ernst/ Steinke, Ines (Hg.) (2008b). Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch Verlag.
- Flieger, Petra (2009). Partizipative Forschung: Wege zur Entgrenzung der Rollen von ForscherInnen und Beforschten. In Jo Jerg/ Kerstin Merz-Atalik/ Ramona Thümmler/ Heike Tiemann (Hg.), Perspektiven auf Entgrenzung. Erfahrungen und Entwicklungsprozesse im Kontext von Inklusion und Integration. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 159–172.
- Fornefeld, Barbara (2000). Selbstbestimmung und Erziehung von Menschen mit Behinderung. In Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 1, 27–34.
- Fornefeld, Barbara (2009). Selbstbestimmung/Autonomie. In Markus Dederich/ Wolfgang Jantzen (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer, 183–187.
- Forster, Rudolf (1998). Der Weg geistig behinderter Jugendlicher und Erwachsener ins Arbeitsleben. Vergleichende Analyse des beruflichen Rehabilitationssystems im Bereich der Bundesrepublik Deutschland und der ehemaligen DDR zur beruflichen Integration von Menschen mit geistiger Behinderung. Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz.
- Freeborn, Donna/ Curry, Mary Ann (2009). Experiences of Mistreatment Among Women with Cerebral Palsy. In Women & Health, 49. Jg., Nr. 6–7, 555–572.
- Fröhlich, Gerhard/ Rehbein, Boike (2009). Bourdieu Handbuch, Leben-Werk-Wirkung. Stuttgart: J.B. Metzler
- Galtung, Johan (1996) Gewalt, Krieg und deren Nachwirkungen. Vortragstitel im Original: VIOLENCE, WAR AND THE AFTERMATH: DYNAMIC PEACE-BUILDING by Johan Galtung, Peace Network May 1996, liegt als Auszug von 2004 auf der Internetplattform polylog vor. Online in Internet: <http://them.polylog.org/5/fgj-de.htm> [Zugriff:1.3.2011].
- Galtung, Johan (2000). UN-Manual (United Nations), Conflict Transformation by Peaceful Means (The Trascend Method), Participants' Manual, Trainers' Manual. Kapitel: Conflict theory and practise: a perspective, 1-2. Genf: United Nations.
- Gembris-Nübel, Roswitha (2005). Gesundheit und Behinderung. Frankfurt/M.: Mabuse-Verlag.
- Glaser, Barney G./ Strauss, Anselm L. (2005). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. 2. korrigierte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. (Original erschienen 1967)
- Goeke, Stephanie (2010). Frauen stärken sich – Empowermentprozesse von Frauen mit Behinderungserfahrungen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

- Goeke, Stephanie/ Kubanski, Dagmar (2012). Menschen mit Behinderung als GrenzgängerInnen im akademischen Raum – Chancen partizipatorischer Forschung [84 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 6., Online in Internet: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/issue/current> (Publikation Ende 1/2012).
- Goffman, Erving (1975). *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt/M.: Suhrkamp. (Original erschienen 1963)
- Graff, Sunny (1995). *Mit mir nicht*. Berlin: Orlanda-Frauenverlag.
- Graumann, Sigrid (2009). Bioethik/Biomedizin. In Markus Dederich/ Wolfgang Jantzen (Hg.), *Behinderung und Anerkennung*. Stuttgart: Kohlhammer, 278–283.
- Graumann, Sigrid/ Grüber, Katrin/ Nicklas-Faust, Jeanne/ Schmidt, Susanna/ Wagner-Kern, Michael (Hg.) (2004). *Ethik und Behinderung – Ein Perspektivenwechsel*. Frankfurt/M.: Campus-Verlag.
- Gugutzer, Robert (2004). *Soziologie des Körpers*. Bielefeld: transcript.
- Gugutzer, Robert/ Schneider, Werner (2007). Der behinderte Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung. In Anne Waldschmidt/ Werner Schneider (Hg.), *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung*. Bielefeld: transcript, 31–53.
- Hagemann, Otmar (2003). Qualitativ-heuristische Methodologie im Lehr-Dialog. In Otmar Hagemann/ Friedrich Krotz (2003), *Suchen und Entdecken – Beiträge zu Ehren Gerhard Kleinings*. Berlin: Rhombos, 31–62.
- Hagemann, Otmar/ Krotz, Friedrich (2003). *Suchen und Entdecken – Beiträge zu Ehren Gerhard Kleinings*. Berlin: Rhombos.
- Hahn, Alois (2003). Aufmerksamkeit und Normalität. In Jürgen Link/ Thomas Loer/ Hartmut Neuendorff (2003), *„Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe*. Heidelberg: Synchron, 23–37.
- Hassouneh-Phillips Dena/ Curry Mary Ann (2002). Abuse of women with disabilities: State of the science: *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 45(2), 96–104.
- Helfferich, Cornelia (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferich, Cornelia (2011). Forschungsethik, Datenschutzbestimmungen und Einwilligungserklärung. In *Ein Manual zur Durchführung qualitativer Einzelinterviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 190–192.
- Hennig, Beate (1998). *Kleines Mittelhochdeutsches Wörterbuch*. Tübingen: Niemeyer.
- Hermes, Gisela (2001). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Umfrage bei Anbietern sowie Trainern und Trainerinnen von/für Selbstbehauptungs- und Selbstverteidigungskurse/n für Mädchen und Frauen mit Behinderung*. Berlin/Kassel.

Hermes, Gisela/ Köbsell, Swantje (Hg.) (2003). Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Kassel: bifos.

Herriger, Norbert (2009). Grundlagentext Empowerment. Online in Internet: <http://www.empowerment.de/Grundlagentext.html> [Zugriff: 8.12.2011].

Hestermann, Thomas (2010). Fernsehgewalt und die Einschaltquote: Welches Publikumsbild Fernsehschaffende leitet, wenn sie über Gewaltkriminalität berichten. Baden-Baden: Nomos, 79–111.

Hirschberg, Marianne (2003). Ambivalenzen in der Klassifizierung von Behinderung. In Ethik und Medizin, Band 15, Nr. 3, 171–179.

Hirschberg, Marianne (2009). Behinderung im internationalen Diskurs – Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation. Frankfurt/M.: Campus-Verlag.

Hirschberg, Marianne (2010). Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. In Positionen. Berlin: Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 3/2010.

Hopf, Christel (2008). Qualitative Interviews – ein Überblick. In Uwe Flick/ Ernst von Kardorff/ Ines Steinke (Hg.) (2008b). Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag, 349–360.

Hurrelmann, Klaus (1990). Politik für Kinder und Jugendliche in den beiden deutschen Staaten. In Pädagogik und Schule in Ost und West, 38. Jg., Nr.2, 79–85.

Hüttermann, Jörg (2000). „Dichte der Beschreibung“ oder Ursachenforschung der Gewalt? Anmerkungen zu einer falschen Alternative im Lichte der Problematik funktionaler Erklärungen. In Journal für Konflikt- und Gewaltforschung, 2. Jg., Nr.1, 54–69.

Jacob, Jutta/ Wollrad, Eske (Hg.) (2007). Behinderung und Geschlecht - Perspektiven in Theorie und Praxis. Dokumentation einer Tagung Oldenburger Beiträge zur Geschlechterforschung. Oldenburg: BIS-Verlag.

Jantzen, Wolfgang (2002) Materialistische Behindertenpädagogik. Online in Internet: <http://basaglia.de/Artikel/Materialistische%20BHP.htm> [Zugriff: 2.1.2012].

Jerg, Jo/ Goeke, Stephanie (2011) „Entdecken was geht“ – Möglichkeiten Inklusiver Forschung in Hochschulseminaren. Teilhabe, 3. Jg., Nr. 1, 17–23.

Kelly, Liz (2007). Sexuelle Gewalt. Wo stehen wir heute? Ein Überblick über die Zugänge zu Vergewaltigung und sexueller Gewalt in Großbritannien. Vortragskript. Landeskommission Berlin gegen Gewalt, 17–44. Online in Internet: <http://www.frauen-gegen-gewalt.de/dokumente/files/aa400be07374d4eea2e78ddca51241e.pdf> [Zugriff: 1.7.2011].

Kemper, Reinhild/ Treu, Carina (2007). Selbst- und Fremdkonzept von Frauen mit Behinderung. Aachen: Meyer & Meyer.

Klein, Michael/ Palzkill, Birgit (1998). Studie: Gewalt gegen Mädchen und Frauen im Sport. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen.

Klein, Susanne/ Wawrok, Silke (1998). Abschlussbericht des Forschungsprojektes: Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Die Sicht der Betroffenen, Analyse bestehender institutioneller Hilfsmöglichkeiten und eine bedarfsorientierte Versorgungsplanung, Charité Berlin 9/1995–8/1997. Berlin: Charité.

Kleining, Gerhard (1982). Umriss zu einer Methodologie qualitativer Sozialforschung. In Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 34. Jg. Nr. 2, 224–253.

Kleining, Gerhard (1995). Lehrbuch entdeckende Sozialforschung. Von der Hermeneutik zur qualitativen Heuristik, Bd. 1. Weinheim: Beltz.

Kleining, Gerhard (1999). Qualitative Sozialforschung. Teil II: Der Forschungsprozess. Fernuniversität – Gesamthochschule Hagen, Fachbereich Erziehungs-, Sozial- und Geisteswissenschaften.

Kleining, Gerhard (2001). Offenheit als Kennzeichen entdeckender Forschung. In Kontrapunkt: Jahrbuch für kritische Sozialwissenschaft und Philosophie, Nr.1, 27–36, Online in Internet: <http://www.ssoar.info/ssoar/GetDocument?resid=851> [Zugriff: 1.3.2010].

Kleining, Gerhard (2007). Der qualitative Forschungsprozess. In Gabriele Naderer/ Eva Balzer (Hg.), Qualitative Marktforschung in Theorie und Praxis. Grundlagen, Methoden und Anwendungen. Wiesbaden: Gabler, 189–230. Online in Internet: <http://www.ssoar.info/ssoar/GetDocument?resid=893> [Zugriff: 1.2.2010].

Köbsell, Swantje (2007). Behinderung und Geschlecht – Versuch einer vorläufigen Bilanz aus der Sicht der deutschen Behindertenbewegung. In Jutta Jacob/ Eske Wollrad (Hg.), Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in Theorie und Praxis. Dokumentation einer Tagung. Oldenburg: BIS-Verlag, 31–49.

Köbsell, Swantje (2009). Medizinierung. In Markus Dederich, Wolfgang Jantzen (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer, 274–277.

Kolip, Petra/ Wydler, Hans/ Abel, Thomas (2002). Gesundheit: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Einleitung und Überblick. In Hans Wydler/ Petra Kolip/ Thomas Abel (Hg.), Salutogenese und Kohärenzgefühl. Grundlagen und Empirie und Praxis eines gesundheitswissenschaftlichen Konzepts. Weinheim und München: Juventa, 11–19.

König, Oliver (1997). Haut. In Christoph Wulf (Hg.), Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie. Weinheim: Beltz, 436–445.

Koenig, Oliver/ Buchner, Tobias/ Kremsner, Gertraud/ Markus Eichinger (2010). Inklusive Forschung und Empowerment. In Anne-Dore Stein/ Stefanie Krach/

- Imke Niediek (Hg.), Integration und Inklusion auf dem Weg ins Gemeinwesen. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 176–190.
- Krais, Beate/ Gebauer, Gunter (2002). Habitus. Bielefeld: transcript.
- Krais, Beate (2004). Habitus und soziale Praxis. In Margareta Steinrücke (Hg.), Pierre Bourdieu – Politisches Forschen, Denken und Eingreifen. Hamburg: VSA, 91–106.
- Kronauer, Martin (2010). Inklusion – Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage des Gegenwart. In Martin Kronauer (Hg.), Inklusion und Weiterbildung – Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld: Bertelsmann, 24–58.
- Krotz, Friedrich (2005). Neue Theorien entwickeln. Eine Einführung in die Grounded Theory, die Heuristische Sozialforschung und die Ethnografie anhand von Beispielen aus der Kommunikationsforschung. Köln: Herbert von Halem.
- Kubanski, Dagmar (2005). Übungen zur Stärkung des Selbstbewusstseins. In Praxis der Psychomotorik, 30. Jg., Nr.5, 101–103.
- Kubanski, Dagmar (2010). Selbstbehauptung in der Pflege. STOPP – bis hierhin und nicht weiter! In PraxisPfleger, 1. Jg., Nr.1, 13–15.
- Kuckartz, Udo/ Dresing, Thorsten/ Rädiker, Stefan/ Stefer, Claus (2007). Qualitative Evaluation – Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kulmer, Ursula (2000). Erfolgskonstruktionen – Strategie-Interviews mit körperbehinderten Frauen. Münster, Hamburg, London: LIT.
- Lamnek, Siegfried (2005). Qualitative Sozialforschung, 4. Aufl. Weinheim: Beltz PVU.
- Lingelbach, Gabriele (2010). Konstruktionen von ‚Behinderung‘ in der Öffentlichkeitsarbeit und Spendenwerbung der Aktion Sorgenkind seit 1964. In Elisabeth Bösl/ Anne Klein/ Anne Waldschmidt (Hg.), Disability History – Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Bielefeld: transcript Disability Studies, 127–150.
- Link, Jürgen (1997). Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- List, Elisabeth (2004). Behinderung als Lebensform und soziale Barrieren. In Sigrid Graumann/ Katrin Grüber/ Jeanne Nicklas-Faust/ Susanna Schmidt/ Michael (Hg.), Ethik und Behinderung – Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt/M.: Campus-Verlag, 36–45.
- Marburger, Horst (2008). SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Vorschriften und Verordnungen. Mit Kommentierung. Regensburg: Walhalla Verlag.

- Mays, Jennifer M. (2006). Feminist disability theory: domestic violence against women with a disability. In *Disability & Society*, 21. Jg., Nr. 2, 147–158.
- Meinefeld, Werner (2008). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Forschung. In Uwe Flick/ Ernst von Kardorff/ Ines Steinke (Hg.), *Qualitative Forschung*. Hamburg: Rowohlt Verlag, 265–275.
- Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. Online in Internet: <http://www.people1.de> [Zugriff: 27.09.2007].
- Merz-Atalik, Kerstin (2001). Interkulturelle Pädagogik in Integrationsklassen. Subjektive Theorie von Lehrern im gemeinsamen Unterricht von Kindern mit und ohne Behinderung. Opladen: Leske+Budrich.
- Miethe, Ingrid (2003). Das Problem der Rückmeldung. Forschungsethische und -praktische Erfahrungen und Konsequenzen in der Arbeit mit hermeneutischen Fallrekonstruktionen. Magdeburg: Zentrum für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (ZBBS) 4. Jg., Nr. 2, 223–240.
- Mikler, Bärbel (2001). Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung – Unabhängige parteiliche Beratung und Unterstützung. In Gisela Hermes/ Brigitte Faber (Hg.), *Mit Stock, Tick und Prothese*. Kassel: bifos Schriftenreihe, 102–116.
- Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein Westfalen (Hg.) (2010). *Schweigen schützt die Falschen*. Landessportbund Nordrhein-Westfalen, CD-Rom.
- Montagu, Ashley (1971). *Körperkontakt. Die Bedeutung der Haut für die Entwicklung des Menschen*. Stuttgart: Klett.
- Moser, Vera (2001). Identitätskonstruktionen in der Sonderpädagogik. Welche Normalität wird produziert? In Ulrike Schildmann (Hg.), *Normalität, Behinderung und Geschlecht*. Opladen: Leske + Budrich.
- Mürner, Christian/ Sierck, Udo (2009). *Krüppelzeitung: Brisanz der Behindertenbewegung*. Neu-Ulm : AG-SPAK-Bücher.
- Neckel, Sighard (1991). *Status und Scham: Zur symbolischen Reproduktion sozialer Ungleichheit*. Frankfurt/M.: Campus-Verlag.
- Netzwerk Artikel 3 (2009). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Korrigierte Fassung der zwischen Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung, S. 4. Online in Internet: http://www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf [Zugriff 21.12.2011].
- Nicklas-Faust, Jeanne (2003). Ziele der Medizin – Betrachtung des Arzt-Patientenverhältnisses. In Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (Hg.), *Behinderung und medizinischer Fortschritt. Dokumentation der gleichnamigen Tagung*, Bad Boll, 44–45.

Nicklas-Faust, Jeanne (2010). Freibrief für Selektion. Leserbrief zu: Dambruch. Gentests an Embryonen von Linus Geisler. In Dr.med. Mabuse, Nr.188, 6–7.

Nixon, Jennifer (2009). Domestic violence and women with disabilities: locating the issue on the periphery of social movements. In *Disability & Society*, 24. Jg., Nr. 1, 77–89.

Noack, Cornelia/ Schmid, Hanna, J. (1994). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Esslingen: Fachhochschule für Sozialwesen (FSH).

Nosek Margaret A./ Hughes Rosemary B./ Swedlund Nancy/ Taylor, Heather B./ Swank, Paul (2003). Self-esteem and women with disabilities. In *Social Science & Medicine*, 56. Jg., Nr. 8, 1737–1747.

Oberlies, Dagmar (2003). Der Stellenwert der Selbstbestimmung behinderter Menschen im Sexualstrafrecht. In Julia Zinsmeister (Hg.), *Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht*. Opladen: Leske + Budrich, 27–39.

Olsvik, Vigdis Mathisen (2006). Vulnerable, Exposed and Invisible: A Study of Violence and Abuse against Women with Physical Disabilities. In *Scandinavian Journal of Disability Research*, 8. Jg., Nr. 2–3, 85–98.

Paritätisches Bildungswerk – Bundesverband e.V. (Hg.) (1986). Von der „Medizin der Krankheit“ zu einer „Medizin der Gesundheit“. Referat von Prof. A. Milani Comparetti in der zusammenfassenden Darstellung von Eckhard Jäger. (Der Vortrag, der diesem Text zugrunde liegt, wurde 1985 in Frankfurt/ M. auf einer Tagung gehalten. Er konnte vom Autor nicht mehr persönlich autorisiert werden, da dieser plötzlich verstarb, er wurde aufgrund von Tonbandmitschnitten erarbeitet.) In Dokumentation einer Fachtagung des Paritätischen Bildungswerks Bundesverband. Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit. Frankfurt/M.: Paritätisches Bildungswerk - Bundesverband, 9–18.

Peter, Lothar (2004). Pierre Bourdieus Theorie der symbolischen Gewalt. In Margareta Steinrücke (Hg.), *Pierre Bourdieu. Politisches Forschen, Denken und Eingreifen*. Hamburg: VSA-Verlag, 48–73.

Pieper, Barbara/ Clénin, Daniel (2010) Verkörperte Selbst- und Fremdwahrnehmung sozialen Handelns. Eine praktisch-theoretische Forschungsperspektive. In Fritz Böhle/ Margit Wehrich (Hg.), *Die Körperlichkeit sozialen Handelns*. Bielefeld: transkript, 261–296.

Pircher, Erika/ Zemp, Aiha (1996). Weil alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien: Bundeskanzleramt, Abt. I/10.

Polizeiliche Kriminalstatistik für das Jahr 2009 (PKS) (2010). Die Kriminalität in der Bundesrepublik Deutschland. IMK-Kurzbericht, Bundeskriminalamt, Wiesbaden. Online in Internet: Pks2009ImkKurzbericht.pdf Ergänzt durch: Die im Anhang des PKS-Jahrbuchs 2009 abgedruckten Tabellen mit allen 6-stelligen

Strafdatenschlüssel. Online in Internet: Pks2009_6steller.pdf [Zugriff: 31.5.2010].

Prütting, Lenz (2006). „Und auf Vernichtung läuft's hinaus.“ Über Gelächter und Scham. In Berliner Debatte Initial, 17. Jg., Nr. 1–2 Mitgefühl/ Scham und Macht, 123–136.

Przytulla, Viktoria/ Schneider, Christiane (2003). Workshop zum Thema „Therapie zwischen Wegmachen des Anders-seins und dem Gewinn an Lebensqualität. In Gisela Hermes/ Swantje Köbsell (Hg.), Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Kassel: bifos, 78–79.

Raab, Heike (2007). Intersektionalität in den Disability Studies. Zur Interdependenz von Behinderung, Heteronormativität und Geschlecht. In Anne Waldschmidt/ Werner Schneider (Hg.), Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Bielefeld: transcript, 127–148.

Radke, Dinah (Nati) (1982). Krüppelfrauen erobern wir uns den Tag! In Michael Wunder/ Udo Sierck (Hg.). Sie nennen es Fürsorge. Berlin: Verlagsges. Gesundheit, 165–170.

Radke, Dinah (Nati) (2003). Ist behindert sein normal? In Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation. Kassel: bifos e.V., 113–115.

Radke, Peter (2011). „Menschen sind nicht planbar.“ In Berliner Zeitung vom 14.4.2011, Interview mit Katja Tichomirowa. Online in Internet: <http://www.berliner-zeitung.de/archiv/autor-peter-radke-ueber-pid--behinderte-kinder-und-gesellschaftlichen-druck--menschen-sind-nicht-planbar-10810590,10782038.html> [Zugriff: 10.12.2011]

Rehbein, Boike (2006). Die Soziologie Pierre Bourdieus. Konstanz: UVK-Verlagsgesellschaft mbH.

Richarz, Bernard (2003). Behinderung als Trauma. In Gisela Hermes/ Swantje Köbsell (Hg.), Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Kassel: bifos, 42–50.

Riegler, Christine (2006). Behinderung und Krankheit aus philosophischer und lebensgeschichtlicher Perspektive. Berlin: Inst. Mensch, Ethik und Wissenschaft.

Romey, Stefan (1982). Von der Aussonderung zur Sonderbehandlung. In Michael Wunder/ Udo Sierck (Hg.), Sie nennen es Fürsorge. Behinderte zwischen Vernichtung und Widerstand. Berlin: Verlagsgesellschaft Gesundheit, 13–26.

RP-online (2011). Wenn Blinde fernsehen möchten. In der Onlineausgabe der Rheinischen Post vom 12.3.2011. Online in Internet: <http://www.rp-online.de/kultur/film/wenn-blinde-fernsehen-moechten-1.1998832> [Zugriff: 9.12.2011].

Sandfort, Lothar (2007). Mannhaft erobern! In Jutta Jacob/ Eske Wollrad (Hg.), Behinderung und Geschlecht – Perspektiven in Theorie und Praxis, Oldenburg: BIS-Verlag, 99–108.

Sartorius, Norman (2006). Aktive Bekämpfung der Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Bundesärztekammer. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/2aSartorius.pdf> [Zugriff: 1.12.2007].

Schäffler, Arne/ Schmidt, Sabine (Hg.) (1996). Mensch, Körper, Krankheit. Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck, Bad Homburg v. d. Höhe: Jungjohann Verlag bei Gustav Fischer, Verlag Dr. Max Gehlen, 147–156.

Scheuer, Cornelia (o.J.). Tanz – Was hat das mit mir zu tun? Contact Improvisation und „Danceability“ im Vergleich zu den Grundsätzen in der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung und im Peer Counseling. Online in Internet: <http://www.zsl-mz.de/PC/diplomarbeit/Contact%20Improvisation%20und%20Danceability%20-%20Conny%20Scheuer.pdf> [Zugriff: 13.12.2011].

Schildmann, Ulrike (1983). Lebensbedingungen behinderter Frauen. Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung. Gießen: Focus Verlag.

Schildmann, Ulrike (Hg.) (2001). Normalität, Behinderung und Geschlecht. Opladen: Leske + Budrich.

Schillmeier, Michael (2007). Zur Politik des Behindert-Werdens. Behinderung als Erfahrung und Ereignis. In Anne Waldschmidt/ Werner Schneider (Hg.), Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Bielefeld: transcript, 79–86.

Schmidt-Kolmer, Eva (1983). Pädagogik. Lehrbuch für die medizinische Fachschulausbildung in der DDR. Berlin: Verlag Volk und Gesundheit.

Schmincke, Imke (2007). Außergewöhnliche Körper. Körpertheorie als Gesellschaftstheorie. In Torsten Junge/ Imke Schmincke (Hg.), Marginalisierte Körper. Münster: Unrast-Verlag, 11–26.

Schröttle, Monika/ Hornberg, Claudia/ Glammeier, Sandra/ Sellach, Brigitte/ Kavemann, Barbara/ Puhe, Henry/ Zinsmeister, Julia (2011). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Kurzzusammenfassung der zentralen Ergebnisse. Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften und Interdisziplinäres Zentrum für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF). Online in Internet: http://www.uni-bielefeld.de/IFF/for/zentrale_ergebnisse_kurzfassung.pdf [Zugriff: 15.12.2011].

Schwartz, Julia (2008). Mit den Ohren sehen. Diplomarbeit. Verfügbar über: http://server8.bibl.hff-potsdam.de/F/?func=direct&doc_number=000150677&local_base=HFF01

Schwerin, Eckart (1990). Die Bildungsreform in der DDR als gesamtgesellschaftlicher Prozeß. In Pädagogik und Schule in Ost und West. Oldenburg, 38. Jg., Nr. 2, 68–75,

SELBST (2008). Projekt: Selbst. Stärkung des Selbstbewusstseins für behinderte Mädchen & Frauen (§ 44 SGB IX). Abschlussbericht. Online in Internet: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=121214.html [Zugriff: 31.3.2009].

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Arbeit und Frauen (2006). Scheinbar nirgendwo und doch überall, Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung, Dokumentation der Fachtagung vom 25. November 2004 anlässlich des Internationalen Tages zur Beendigung jeder Form von Gewalt gegen Frauen. Berlin

Senn, Charlene Y. (1993). Gegen jedes Recht. Sexueller Mißbrauch und geistige Behinderung. Berlin: Donna Vita.

Sierck, Udo (1982). Mißachtet – Ausgesondert – Vernichtet. Zur Geschichte der Krüppel. In Michael Wunder/ Udo Sierck (Hg.), Sie nennen es Fürsorge. Berlin: Verlagsges. Gesundheit, 27–42.

Sierck, Udo (2001). Anpassungsdruck. Aus Aktion Sorgenkind wird Aktion Mensch. In Zusammen: behinderte und nicht behinderte Menschen, 21. Jg., Nr. 1, 12–13.

Sobiech, Gabriele (2004). „Unvermeidlich weiblich“ – Konstruktionsweisen von Geschlecht durch die ästhetische Arbeit am Körper. In „*Betrifft Mädchen*“. Institut für soziale Arbeit e.V., Münster (Hg.), Thema: „Das geht unter die Haut“ – Mädchen und Körperkult. 17. Jg., Nr. 3, 100–106.

Sobsey, Dick (1994). Violence and abuse in the lives of people with disabilities: The end of silent acceptance? Baltimore: Brookes Publishing.

Sozialgesetzbuch Neuntes Buch 2001. Online in Internet: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/> [Zugriff: 15.1.2012]

Stadelbacher, Stephanie (2010). Die klassische Soziologie und der Körper. Handlungstheoretische Zugänge und ihr Verhältnis zur Körperlichkeit der Akteure. In Fritz Böhle/ Margit Wehrich (Hg.), Die Körperlichkeit des sozialen Handelns. Bielefeld: transcript, 35–58.

Steinhart, Ingmar (2008). Praxis trifft Inklusion. In Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis, 40 Jg. (1), 29–34.

Strub, Ute/ Tardos, Anna (2006). Im Dialog mit dem Säugling und Kleinkind. Berlin: Pikler Gesellschaft Berlin.

Tervooren, Anja (2003). Der verletzte Körper. In Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation. Kassel: bifos, 37–48.

Thimm, Walter (Hg.) (2008). Das Normalisierungskonzept. Marburg: Lebenshilfe Verlag.

- Tiemann, Heike (2006). Erfahrungen von Frauen mit Körperbehinderung im Hochleistungssport. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.
- Tremel, Inken (2003). Selbstwertgefühl: behindert? Eine empirische Untersuchung selbstwertrelevanter Aspekte in den Lebensbereichen sichtbar körperbehinderter Mädchen und junger Frauen in der Adoleszenz. Online in Internet: <http://www.zhb-flensburg.de/dissert/tremel/selbstwertgefuehlbehindert.pdf> [Zugriff: 2.2.2011].
- Tröster, Heinrich (1990). Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber.
- Turner, Bryan S. (2001). Disability and the Sociology of the Body. In Gary L. Albrecht/ Katherine, D Seelman/ Michael Bury (Hg.), Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks, CA: Sage, 252-266.
- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hg.) (2010). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online in Internet: http://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuer_e_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff: 12.12.2011].
- Vernaldi, Matthias (2010). Keine Heimat – Heim. Mondkalb, Zeitschrift für das organisierte Gebrechen, 4. Jg., Nr. 1, 1–2.
- Vernooij, Monika, A. (2007). Einführung in die Heil- und Sonderpädagogik. Wiebelsheim: Quelle & Meyer.
- Waldschmidt, Anne (1999). Selbstbestimmung als Konstruktion. Opladen: Leske + Budrich.
- Waldschmidt, Anne (2003). Behinderte Menschen zwischen Normierung und Normalisierung. In Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation. Kassel: bifos, 129–137.
- Waldschmidt, Anne (2005). Disability Studies. Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung. In Psychologie & Gesellschaftskritik, 29. Jg., Nr. 1, 9–31.
- Waldschmidt, Anne/ Schneider, Werner (Hg.) (2007a). Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung. Bielefeld: transcript.
- Waldschmidt, Anne (2007b). Behinderte Körper: Stigmatheorie, Diskurstheorie und Disability Studies im Vergleich. In Torsten Junge/ Imken Schmincke (Hg.), Marginalisierte Körper. Münster: Unrast-Verlag, 27–43.
- Waldschmidt, Anne (2009). Disability Studies. In Markus Degener/ Wolfgang Jantzen (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer, 125–133.
- Waller, Heiko (2002). Gesundheitswissenschaften. Stuttgart: Kohlhammer.

Weibernetz e.V. (Hg.) (2008). Mit einer Stimme in Europa. Resolution. Kassel: Selbstverlag Weibernetz e.V., 50–53.

Wellnitz, Barbara (2004). Zur Entwicklung der Körperbehindertenpädagogik in der DDR. In Heilpädagogik online, 3. Jg., 21–43.

Welti, Felix (2005). Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Tübingen: Mohr Siebeck.

WHO: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (1946) – Übersetzung (Stand: 25.6.2009) – Online in Internet: <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/0.810.1.de.pdf> [Zugriff: 29.4.2011].

WHO (1986). Erklärung von Ottawa. Online in Internet: <http://www.euro.who.int/de/who-we-are/policy-dokuments/ottawa-charta-for-health-promotion>; [Zugriff: 28.4.2011].

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1 (1), Art. 22, Online in Internet: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228> [Zugriff: 1.7.2010].

Wolff, Gerhard (2004). „Behinderung“ – Die medizinische Sicht. In Sigrid Graumann/ Katrin Grüber/ Jeanne Nicklas-Faust/ Susanna Schmidt/ Michael Wagner-Kern (Hg.), Ethik und Behinderung – Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt/M.: Campus-Verlag, 25–35.

Wollrad, Eske/ Jacob, Jutta/ Köbsell, Swantje/ (2010). Einleitung. In Jutta Jacob/ Swantje Köbsell/ Eske Wollrad (Hg.), Gendering Disability – Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transkript, 7–13.

Wunder, Michael (2009). Eugenik. In Markus Dederich / Wolfgang Jantzen (Hg.), Behinderung und Anerkennung. Stuttgart: Kohlhammer, 284–288.

Zemp, Aiha/ Pircher, Erika / Schoibl, Heinz (1997). Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter. Online in Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/zemp-gewalt.html> [Zugriff: 15.12.2011]

Zemp, Aiha (2002). Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 51. Jg., Nr.8, 610–625.

Ziemen. Kerstin (2002a). Das integrative Feld – ein Feld der Anerkennung?! Online in Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/ziemen-erkennung.html> [Zugriff: 26.9.2009].

Ziemen, Kerstin (2002b). Anerkennung und Aneignung. Grundlegende Kategorien einer Behindertenpädagogik/Integrativen Pädagogik. Online in Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/ziemen-kategoriem.html> [Zugriff: 26.9.2009].

Ziemen. Kerstin (2003). Anerkennung – Selbstbestimmung – Gleichstellung. Online in Internet: <http://bidok.uibk.ac.at/library/ziemen-gleichstellung.html> [Zugriff: 26.9.2009].

Ziemen, Kerstin (2004). Das integrative Feld im Spiegel der Soziologie Pierre Bourdieus. In Rudolf Forster (Hg.), *Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 264–277.

Zinsmeister, Julia (2003). Einführung – Sexualisierte Gewalt in der Lebenswirklichkeit behinderter Menschen. In Julia Zinsmeister (Hg.), *Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht – Gewaltprävention und Opferschutz zwischen Behindertenhilfe und Strafjustiz*. Opladen: Leske+Buderich, 11–17.

Zinsmeister, Julia (2007). Sexuelle Gewalt gegen behinderte Mädchen und Frauen. In Bettina Rulofs (Hg.), „Schweigen schützt die Falschen“. *Sexualisierte Gewalt im Sport – Situationsanalyse und Handlungsmöglichkeiten*. Düsseldorf: Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, 31–45.

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF, DIMDI, 2005, 23	21
Abbildung 2:	Formation der Gewalt, Johan Galtung, 2004	54
Abbildung 3:	Gegenstandsvariation im Untersuchungsverlauf	83
Abbildung 4:	Wahrnehmung der eigenen Behinderung (Gestaltung: Regine Hilt)	110
Abbildung 5:	Zuwachs von Selbstbestimmung in Auseinandersetzung mit Grenzüberschreitungen (Gestaltung: Regine Hilt)	119

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Interviewpartnerinnen	87
Tabelle 2: Soziodemographische Daten der Interviewpartnerinnen	107
Tabelle 3: Direkte und verbale Reaktionen	120
Tabelle 4: Bewusster Rückzug und ignorieren	121
Tabelle 5: Verstehen und fordern (wünschen)	123
Tabelle 6: Verstehen und rationalisieren	124
Tabelle 7: Normalisieren und relativieren	125
Tabelle 8: Kapitalzuwächse	139
Tabelle 9: Kapitalverluste	140

12 Anhänge

A	Informationsschreiben an die Teilnehmerinnen der Studie	181–182
	Kommentar zur Entscheidung	
B	Interviewleitfaden als Vorabinformation	183–184
C	Interviewleitfaden	185
D	Transkriptionsnotationen	188

A Informationsschreiben an die Teilnehmerinnen der Studie Kommentar zur Entscheidung

1. Mail

Liebe Frau...,

im Rahmen meiner geplanten Doktorarbeit zum Thema „Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderung“ an der Pädagogischen Hochschule Freiburg, in der es auch um Selbstbehauptungsstrategien gehen wird, plane ich persönliche Interviews mit behinderten Frauen zu führen. Daher möchte ich Sie heute fragen, ob Sie sich vorstellen können ein Interview mit mir zu führen. Selbstverständlich bleiben Sie für die geplante Untersuchung anonym. Außerdem würde ich das Interview an einem Ort ihrer Wahl durchführen bzw. gerne einen neutralen Ort organisieren, der barrierefrei zugänglich ist.

Wenn Sie Interesse haben, schicke ich Ihnen eine Zusammenfassung des Interviewleitfadens, damit Sie sich besser entscheiden können.

Sollten Sie noch Nachfragen haben, melden Sie sich gerne bei mir per Mail oder Telefon.

Telefonisch bin ich gut zu erreichen am...unter...

Viele Grüße von

2. Mail

Liebe Frau...,

ich freue mich sehr, dass Sie Interesse haben als Interviewpartnerin an meiner Untersuchung im Rahmen meines Promotionsvorhabens „Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderung“ teilzunehmen. Anbei schicke ich Ihnen die Zusammenfassung meines Interviewleitfadens, damit Sie noch einmal nachlesen können, welche Fragen ich Ihnen stellen möchte. Sollten Sie nach wie vor mit einem Interview einverstanden sein, melden Sie sich kurz per Mail oder per Telefon bei mir zurück, damit wir den Termin und den Ort konkret absprechen können.

Telefonisch bin ich gut zu erreichen am...unter...

Viele Grüße von

Entscheidungsprozess

Im Rahmen dieser Anschreiben wurden zu inhaltlichen Fragen in einzelnen Fällen Telefonate geführt oder ergänzende Mails geschrieben. Die Orts- und Terminabsprachen waren teilweise langwierig.

Die Interviews erstreckten sich insgesamt über fast zwei Jahre. Gründe dafür waren u. a. die Krankheit einzelner Interviewpartnerinnen und längere Entscheidungsprozesse in Bezug auf die Zusage, der sich in einem großen Abstand zwischen erster und zweiter Mail äußerten.

B Interviewleitfaden als Vorabinformation

Titel der Doktorarbeit:
Grenzüberschreitungen im Leben von Frauen mit Behinderungen

Interviewleitfaden:

Einführung: Nach der Begrüßung und der Zusicherung der Anonymität werde ich mit Ihnen besprechen, ob etwas beachtenswert im Zusammenhang mit der Interviewsituation ist, wie z.B. feste Pausenzeiten oder Unterstützungsbedarf. Wichtig ist der Aspekt der absoluten Freiwilligkeit, der während des gesamten Interviews berücksichtigt wird, und dies insbesondere in Bezug auf den Inhalt der Fragen und die Gestaltung der Situation.

Biographische Daten: Name, Alter, Geburtsort, weitere Wohn- und Lebensorte

Einstieg: Wann und durch wen spürten Sie das erste Mal, dass die Behinderung in Ihrem Leben eine Rolle spielt?

1. Welche Erfahrungen haben Sie mit Therapien gemacht? Welche Erinnerungen gibt es für Sie daran?
2. Wie haben Sie den eigenen Körper, Ihr Denken und Ihr Wahrnehmen erlebt? Was haben Sie empfunden?
3. Wie hat Ihre Umwelt auf sie reagiert und wie ging es Ihnen mit diesen Reaktionen?
4. Was glauben Sie, hätte Ihnen damals geholfen oder „gut“ getan?
5. Brauchen Sie Unterstützung oder Begleitung und wenn ja, welche und von wem?
6. Wie würden Sie sich heute sehen als behinderte Frau und haben Sie genügend Einfluss auf ihre Lebensgestaltung?

**Ergänzende Fragen für Frauen, die bereits an einem Selbstbehauptungskurs/
Selbstbehauptungsangebot teilgenommen haben:**

- Sie haben schon mal an einem Selbstbehauptungskurs teilgenommen, was hat Ihnen da geholfen oder was erschien Ihnen sinnvoll?
- In welchen Räumen und wo haben die Kurse stattgefunden?
- Was wünschen Sie sich zusätzlich an Unterstützung (Hilfe) und Beratung? Möchten Sie ggf. von den Trainerinnen bzw. Kursleiterinnen unterstützt oder begleitet werden?
- Was können Sie sich zukünftig vorstellen? Welche Wünsche haben Sie an ein sinnvolles Selbstbehauptungsangebot?

**Ergänzende Fragen für Frauen, die noch nicht an einem Selbstbehauptungs-
kurs/ Selbstbehauptungsangebot teilgenommen haben:**

- Können Sie sich vorstellen, was Sie da machen möchten? Was fänden Sie sinnvoll?
- Warum möchten Sie an einem Selbstbehauptungskurs teilnehmen? Was versprechen Sie sich davon?
- Können Sie sich vorstellen, dass Sie sich Unterstützung und Begleitung von den Trainerinnen bzw. Kursleiterinnen wünschen würden?
- Welche Wünsche haben Sie an ein sinnvolles Selbstbehauptungsangebot? Welche Vorstellungen haben Sie?

C Interviewleitfaden

7. **Biographische Daten:** Name, Alter, Geburtsort, weitere Wohn- und Lebensorte
8. **Einstieg:** Wann und durch wen spürten Sie das erste Mal, dass die Behinderung in ihrem Leben eine Rolle spielt? Welche Gefühle verbinden Sie mit dieser Situation?
9. Welche Erfahrungen haben Sie mit Therapien gemacht? Welche Erinnerungen haben Sie daran?
Aspekte: Formen der Therapie/Methoden, männliche oder weibliche Therapeutinnen/Therapeuten, Dauer der Therapie, Einzel- oder/und Gruppentherapie, Kontakt zu Ärztinnen/Ärzten, Rolle der Eltern oder anderer Bezugspersonen
10. Wie haben Sie Ihren eigenen Körper wahrgenommen erlebt und was haben Sie empfunden?
Aspekte: Körperwahrnehmung, Gefühle wie Wohlbefinden/Schmerzen, Operationen, Äußerungen von Anderen in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit, Aussehen, Wahrnehmung von Unterschieden
11. Wie hat Ihre Umwelt auf Sie reagiert und wie ging es ihnen mit diesen Reaktionen?
Aspekte: in verschiedenen Altersstufen, Veränderungen in den Reaktionen in den unterschiedlichen Lebensphasen (Altersstufen), gab es ein erkennbares Gefühl des „Andersseins“, deutliche oder weniger deutliche Zuschreibungen
12. Was glauben Sie, hätte ihnen damals geholfen oder „gut“ getan? Aspekte: Vertrauenspersonen (Eltern, Pädagoginnen/Pädagogen, Therapeutinnen/Therapeuten, Freundinnen/Freunde etc.), Institutionen
13. Brauchen Sie Unterstützung oder Begleitung und wenn ja, welche und von wem?
Aspekte: Umgang mit Hilfe, wird die Selbstständig-

keit/Selbstbestimmung trotz Hilfe (-bedarf) und Unterstützung gewahrt, Ansprechpartner/-innen, wer unterstützt und/oder hilft Ihnen?

14. Wie sehen Sie sich als behinderte Frau? Sind Sie der Meinung, dass Sie genügend Einfluss auf Ihre Lebensgestaltung haben oder wünschen Sie sich mehr Gestaltungsmöglichkeiten?

Ergänzende Fragen für Frauen, die bereits an einem Selbstbehauptungskurs/ Selbstbehauptungsangebot teilgenommen haben:

- Sie haben schon mal an einem Selbstbehauptungskurs teilgenommen, durch wen (und evt. mit wem) sind Sie dort hingekommen? Was war der Anlass an einem solchen Kurs teilzunehmen?
- In welchen Räumen und wo haben die Kurse stattgefunden?
- Welche Art der Räume bevorzugen Sie für die Durchführung der Kurse? Können Sie beschreiben, wie diese aussehen sollen?
- Was wünschen Sie sich zusätzlich an Unterstützung (Hilfe) und Beratung? Möchten Sie von den Trainerinnen bzw. Kursleiterinnen unterstützt oder begleitet werden?
- Was können Sie sich zukünftig vorstellen? Welche Wünsche haben Sie an ein Selbstbehauptungsangebot?
- Haben Sie im Kurs Kontakte knüpfen können, die auch nach dem Kurs Bestand haben oder beschränken sich die Kontakte auf die Kurstermine?

Ergänzende Fragen für Frauen, die noch nicht an einem Selbstbehauptungskurs/ Selbstbehauptungsangebot teilgenommen haben:

- Sie haben noch nie an einem Selbstbehauptungskurs teilgenommen, warum möchten Sie an einem Selbstbehauptungskurs teilnehmen? Was versprechen Sie sich davon?
- Haben Sie eine Vorstellung, was sie da machen möchten? Was fänden Sie sinnvoll?
- In welchen Räumen und wo sollen die Kurse stattfinden? Wie müssten die Räume aussehen, damit Sie sich dort wohl fühlen können?

- Wünschen Sie sich Unterstützung und Begleitung von den Trainerinnen bzw. Kursleiterinnen?
- Möchten Sie durch den Kurs Kontakte knüpfen?

Abschlussfrage: Gibt es noch Aspekte, die Sie ansprechen möchten, die wir vielleicht während des Interviews vergessen haben?

D Transkriptionsnotationen

Durch externe Transkription von drei verschiedenen Personen weichen die Transkripte stilistisch voneinander ab. Weitere Erläuterungen in Kapitel 5.3.1. Eine CD-ROM wurde beigelegt.

(...)	Pausen
...	zögern
???	unverständlich
(lacht, Cassettenwechsel etc.)	Informationsbesonderheiten
[ähäm, mhm, ja]	Überschneidungen beim Sprechen nur in Interview Nr. 9
N.	Namenskürzel
Frage:	=Interviewerin spricht, nur bei Interview Nr. 10

E Zuwachs von Selbstbestimmung in Auseinandersetzung mit Grenzüberschreitungen

