

Behinderung im Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit

Begriffliche und medizinethische Erörterungen

Heinz Krebs

Menschen mit einer Behinderung sind dem Gesetz (Verfassung) nach unterschiedslos Mitbürgerinnen und Mitbürger. Aber dieser formale Status realisiert noch nicht ihre gesellschaftliche Integration und solidarische Annahme als Mitmenschen. Die nachfolgenden Betrachtungen werden sich mit diesen Problemen befassen, bezogen auf gesundheitliche, medizinisch-ärztliche Aspekte¹ und ebenso auf ethische Leitlinien in Biomedizin und Genetik.

Vom Menschenbild

Die Begegnung mit *Menschen mit einer Behinderung*² verunsichert. Ihre Andersartigkeit widerspricht der Alltagserfahrung. Bei ersten Begegnungen entstehen Irritationen: Ratlosigkeit, Ängstigung, Befremdung, das Anderssein wird als unheimlich empfunden. Man sucht nach bekannten Zuordnungen und findet sie vermeintlich in Begriffen wie ungesund, krankhaft, leidvoll, abnorm. Damit lässt sich Distanz halten, Experten nicht ausgenommen. Sicherlich spielt, wie der Volksmund es treffend nennt, ein uns allen von Natur aus eigenes »gesundes Misstrauen« eine Rolle dabei.

Eltern, die ein behindertes Kind bekommen haben, geht es nicht anders. Sie sind Menschen ihrer Zeit. So wird die Verarbeitung des erlittenen Schicksals für sie zu einem überaus belastenden, oft dramatischen Prozess. Sie erfahren eine tiefe Kränkung ihres natürlichen (narzisstischen) Selbstwertempfindens. Wie das erlebt wird, zeigt Tabelle 1³ (Finger/Steinebach 1992). Helfende sind gut beraten, sich damit selbstkritisch-reflektierend frühzeitig auseinander zu setzen, was nicht ohne unmittelbare Begegnung gelingt (Krebs 1981 und 1996; Niedecken 1989; Steffen 1981).

1. Medizinisch bedeutet, auf Gesundheitsforschung und -wissenschaft bezogen, ärztlich, die beruflich-fachlich verantwortete Anwendung der Erkenntnisse auf den Menschen.
2. Die sprachliche Substantivwendung »mit Behinderten« beinhaltet, dass man primär eine Eigenschaft anstelle des Menschseins in den Vordergrund stellt. Daher sollte keine Benennung ohne den Zusatz Mensch erfolgen.
3. Tabellen und Abbildungen sind als Denkanstöße zu verstehen, die in ihnen angesprochenen Begriffe können aus Platzgründen nicht im Detail erörtert werden.

Stichworte der Eltern

- Schock
- Enttäuschung
- Traurigkeit
- Wut
- Schwierige Zeit
- Hoffnungslos
- Bilder, die wir nie vergessen werden
- Alles zerstört

Planung - Wünsche - Hoffnungen

- Unendliche Probleme und Fragen
- Ende des Lebens
- Ende der Normalität
- Ungewissheit
- Unbestimmte Vermutungen
- Angst
- Wegschieben des Problems
- Flucht in die Ruhelosigkeit
- »So hatten wir uns unser Kind nicht gewünscht«

Tabelle 1, erstellt aus: Finger 1992.

In der *Gesellschaft* sieht man den Menschen mit einer Behinderung überwiegend reduktionistisch: durch organische (somatische) Defekte gezeichnet und durch eine Vielzahl funktioneller Defizite an einer normalen Lebensführung gehindert. Die befragten Expertinnen und Experten richten ihr Interesse auf die Ursachen und die Katalogisierung der Mängel. Das hilft aber nur weiter, wenn sinnvolle Handlungsperspektiven daraus erwachsen. So fehlt es häufig an einer umfassenden Positiv-Diagnose, die die (dennoch) vorhandenen Fähigkeiten, Begabungen, individuellen Stärken, geistiges Vermögen wie emotionale Sensibilität lebensperspektivisch – allerdings ohne Beschwichtigung oder Verschleierung – ermutigend benennt. Solche Klärungen können nur *mehrdimensional* – somatisch, psychisch, sozial – und zugleich *kooperativ-interdisziplinär* erfolgen. Es bedarf einer *synoptischen, ganzheitlichen* Sichtweise, was über medizinisch-ärztliche Zuständigkeiten weit hinausgeht (s. Konzept und Angebot der Frühförderung der Bundesvereinigung Lebenshilfe 1992).

Heutige Behindertenhilfe kann kein caritativer Auftrag mehr sein, der allein mit dem »guten Herzen« zu erfüllen wäre. Wird der Beistand in der frühen Phase versäumt oder misslingt er, müssen gravierende Fehlentwicklungen im sozialen Gefüge der Familie und der Gesellschaft gegenüber befürchtet werden (Isolation). Sog. *unerwünschte Daseinstechniken* kennzeichnen diesen tragischen Weg (Krebs 1981, 199; Thomae 1979). Auch die nicht seltene Inanspruchnahme sog. *alternativer Therapien* (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2000; Krebs 2001; Schlack u.a. 1998) erscheinen wie Vermeidungsreaktionen oder Fluchten vor der Realität. Dabei sind diese Therapiekonzepte überwiegend weder theoretisch plausibel noch praktisch als

wirksam (evaluativ!) nachgewiesen. Zum Aufgabenbereich der Medizin s. Abbildung 1.

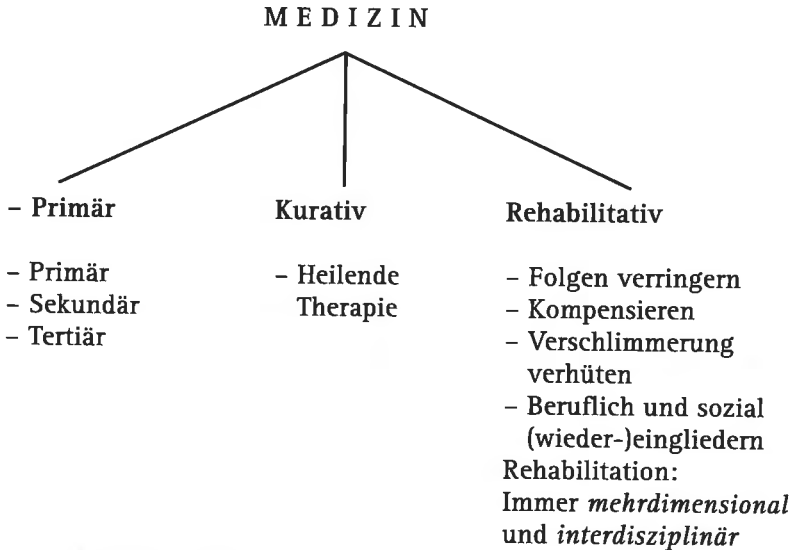


Abbildung 1, © H. Krebs, Bonn

| Begriffe und Zusammenhänge

Der Frage nach dem Gesundheitsverständnis, vor allem bei Behinderung, muss noch etwas genauer nachgegangen werden.

Gesundheit ist ein zentrales Lebensproblem und eine der großen Hoffnungen der Menschen weltweit. Gesundheitserwartungen können unter einfachsten Existenzbedingungen sehr bescheiden oder in hoch zivilisierten Gesellschaften illusionär anspruchsvoll sein (Tabelle 2). Letztere sind aber als *idealtypisch* (Gesundheit, Schönheit, Fitness), *perfektionistisch* (fehlerlos) und *egalitistisch* (jedem die gleiche »Gesundheit«) zu durchschauen. Jedoch werden nicht wenige Menschen, u. a. durch in den Medien ständig vorgegaukelte Utopien (Werbung), entsprechend beeinflusst. Der Annahmehbereitschaft für ein behindertes Kind stehen solche Meinungsbildungen krass entgegen.

Gesundheitserwartungen

- Umfassend
- Somatisch · psychisch · sozial
- Normgerecht
- Permanent
- Ohne Leiden
- Ohne Behinderung
- Ohne Therapie

- Präventiv gesichert
- Kostenfrei
- Abgesichertes/versichertes Wohlergehen (Vollkaskotalität n. v. Weizsäcker)
- Größtmögliches Glück(lichsein) (utilitaristische Perspektive)

Tabelle 2, © H. Krebs, Bonn

Normalität (das Gewohnte) wird meist – fälschlicherweise – mit Gesundheit gleichgesetzt. Es gibt nur spezifische Definitionen von Normalität, die außerdem in einem hohen Maße kultur- und gruppenabhängig sind. Normalität/Anormalität sind Unterscheidungsbegriffe auf statistischer Basis: *quantitative* Angaben zu Häufigkeitsverteilungen von Merkmalen⁴. Und: Nicht jede Anormalität ist krankhaft (z. B. minimale Fehlbildungen, Senkfüße, Schwächen, z. B. der Sinnesorgane).

Krankheit gilt weit verbreitet als das Gegenteil von Gesundheit. Die meisten Krankheiten – außer im finalen Stadium – beschränken sich auf Teile oder Funktionsbereiche der organismischen und/oder psychischen Dimension. Auch Krankheit kann nicht allgemein gültig definiert werden. Deshalb entscheiden z. B. Kostenträger nicht nach Diagnosen, sondern nach »Behandlungsbedürftigkeiten«⁵. Das gilt besonders für die so genannten *rehabilitativen Hilfen* und Förderungen. Schließlich weiß man auch, wie subjektiv Krankheit interpretiert werden kann.

Behinderung ist immer Abnormität, aber nicht zwangsläufig Krankheit! Behinderung beruht stets auf einer vorausgegangenen Einwirkung, *Schädigung* genannt. Sie ist *Folge* eines solchen Ereignisses – hinterlassene Spur(en), wobei der Plural deutlich machen soll, dass die meisten Behinderungen primär, sekundär oder konsekutiv Mehrfachbehinderungen sind. Die *Ursachen* sind überaus verschieden: Prä-, peri- oder postnatale Traumata, Infektionen, Gifte, Stoffwechselstörungen, verschiedenste, auch psychische Erkrankungen, ggf. auch schwere Vernachlässigung. Ungünstige Umweltbedingungen wirken zusätzlich einschränkend. Solche *Benachteiligungen* beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich, sie können Behinderung sogar verschlimmern oder weitere (z. B. soziale) hinzufügen.

Bei *chronischem Kranksein* lassen sich die Bedingungelemente für Behinderung (Schädigung und Folgen) gleichfalls unterscheiden (Krebs 1991). Der Krankheitsanteil hat *Prozesscharakter* (chronisch andauernde Einwirkung). Die Erscheinungsbilder variieren stark.

Bedeutsame Aussagen lauten: »(Geistige) Behinderung ist keine Krankheit« und »Behinderung ist nur eine unter vielen möglichen Daseinsformen eines Menschen. Behinderung allein prägt nicht das Wesen eines Menschen« (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1990 und 1993). In einer gleichbenannten Positionsbestimmung der »Vier Fachverbände« (1999, 109 ff.) heißt es:

4. In der Regel gelten Merkmale als normal, wenn sie zu 95 % in einer definierten Population vorkommen.

5. Deutsches Bundessozialgericht, Reichsversicherungsordnung (RVO).

»Die Einzigartigkeit menschlichen Lebens verbietet es, die Würde des Menschseins durch Vergleich mit anderen Lebewesen, ihren Lebensformen und Interessen in Frage zu stellen.«

Synoptische Betrachtung

- Gesundheit, Normalität, Krankheit und Behinderung erweisen sich bei genauer Betrachtung als *relative* Begrifflichkeiten. Sie realisieren sich niemals total und schließen keineswegs einander aus (Krebs 1996).
- Die Gesundheit des Menschen mit einer Behinderung ist keine andere als die nichtbehinderter Personen (Details bei Krebs 2001).
- *Verschiedenheit* (Variabilität) widerspricht nicht der Normalität. Sie ist ein naturgegebenes, mit Abnormität nicht einfach identisches Phänomen. Ohne Verschiedenheit gäbe es keine Evolution und keine Überlebenschancen für die Arten, den Menschen inbegriffen. Widernatürlich sind manipulierte, etwa gentechnische, Gleichmachereien. Das ist längst nicht mehr Sciencefiction. Zu Recht sagt die Bundesvereinigung Lebenshilfe (1990) in Übereinstimmung mit anderen Behindertenverbänden mit Blick auf (geistig) behinderte Menschen: »Es ist normal, verschieden zu sein.« Jeder hat ein »Recht auf Anderssein« (Tarneden/Neuer-Miebach 1994). *Qualitätsmerkmale für Menschsein* dürfen nicht dafür bestimmend sein, wer als Mensch zugelassen wird oder nicht (s. u.).
- Auch Gesundheit muss prägnanter verstanden werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieb sie als körperliches, psychisches und *soziales Wohlbefinden* – wenngleich auch utopisch als *völliges* Wohlbefinden. Ohne diese (utopische) Überzeichnung erfährt die Aussage jedoch eine wichtige Relativierung: Mit Gesundheit (als Wohlbefinden) wird eine *subjektiv-qualitative Befindlichkeit* beschrieben. Realistisch formuliert, ein »Wohlbefinden innerhalb (der Grenzen) des individuellen So-Seins« (Krebs 1996). Eine Sozialstudie (Glatzer/Zapf 1984) ergab, dass nicht wenige Menschen ihre objektiv betrachteten schlechten Lebensbedingungen subjektiv dennoch als gut bezeichnen. Unter Menschen mit einer Behinderung kann man in oft tief beeindruckender Weise diese Einstellung antreffen (Saal 1992). Die Verfasser nennen das Phänomen ein »*Zufriedenheitsparadox*«. Man erkennt, wie stark Menschen die Einschätzung der eigenen Lebensqualität zu variieren und sinngebend zu adaptieren vermögen. Die Sozialmedizin sagt von Menschen mit chronischer Krankheit: Sie sind »bedingt gesund«, was Lebensperspektiven offen hält.

Die ethische Dimension – Entscheidungs- und Handlungsverantwortung

Medizinisch-ärztliches Handeln, Entscheiden, Beraten muss jederzeit zu rechtfertigen sein. Richtlinien gibt es zahlreich als internationale und regionale Deklarationen, Konventionen bzw. Standes- und Berufsordnungen (ei-

ne Übersicht bei der Bundesärztekammer). Bei dem bekanntesten ärztlich-ethischen Gelöbnis, dem Eid des Hippokrates (ca. 460 – ca. 380 v. Chr.), darf nicht übersehen werden, dass die Schule auf Kos eine besondere esoterische Gruppe darstellte, deren Ethik mit den Auffassungen der übrigen damaligen Welt – und noch lange Zeit später – kaum übereinstimmte. Allgemein wurden nämlich die therapeutischen Hilfen unter Nützlichkeitsaspekten gewährt, was sich erst mit dem Durchsetzen vor allem jüdisch-christlicher Einflüsse allmählich änderte (Eibach 1998).

Auch *Wissenschaft* kann sich von geltenden sittlichen Normen und Geboten nicht ausnehmen. Doch immer wieder werden Sonderregelungen gefordert. Sehr kritisch aufzunehmen sind die propagierten Versprechungen der Genforschung: Zunehmend wird nämlich erkannt, dass das Genom viel komplexer und dynamisch variabler ist, als zunächst angenommen wurde. Seine gefeierte »Entschlüsselung« lässt sich zwar als Text ausdrücken, aber die aus nur vier Buchstaben bestehende »Schrift« steht ohne Punkt und Komma da. Wie sie verlässlich interpretierbar »entziffert« werden kann, weiß bisher niemand genau. Jedenfalls nimmt offenbar mit jeder weiteren »Entschlüsselung« die Komplexität und ihre funktional verwirrende Dynamik zu. Hinzu kommen entscheidend mitwirkende (epigenetische) Umweltfaktoren.

Zweifellos sieht sich die Medizin aus guten Gründen berechtigt, sogar verpflichtet, Fortschritte in ihrem Aufgabenbereich zu bejahen. Aber medizinisch-ärztliches Handeln, vor allem therapeutische Forschung, sind ohne *Zugriffsmöglichkeiten* auf den Menschen nicht denkbar. Einen *Therapieversuch* unter verantwortbaren Bedingungen wird wohl jeder, auch bei erheblichen Risiken, als Ultima Ratio für vertretbar halten. Bei einem sog. *Humanexperiment* motivieren und dominieren jedoch *fremdnützige* Versuchsabsichten. Der Patient wird kaum davon profitieren können, er ist Objekt, vor allem, wenn er *nichteinwilligungsfähig* ist (Kinder, Erwachsene, etwa vom Morbus Alzheimer betroffene Personen), was die ethische Problematik erheblich verschärft. Zwar werden *konsequentialistische* Argumente als Legitimationsgrundlage für solches Vorgehen angeführt, doch die *Fremdnützigkeit* (Heilungsversprechen irgendwann für Dritte) steht im Vordergrund. Schweres Leiden eines Menschen (Patient) gilt als Unzumutbarkeit, zwar auch für ihn, vor allem aber für sein soziales Umfeld (Angehörige, Gesellschaft, Kostenträger). Scheinbar sind er oder sie zu nichts mehr nütze, sie belasten aber die anderen. Unter diesen (utilitaristischen) Aspekten fallen vernichtende Werturteile über Menschen, unbeachtet ihres trotz allem ganz persönlichen Lebenssinnes. Die häufige pauschale Einstufung von Behinderung als schweres Leiden gehört dazu.

Was soeben beschrieben wurde, ist die geradezu klassische Situation des psychoanalytisch als »*Projektion*« bezeichneten *Fremdbestimmungsanspruches*: Was mir als Außenstehendem unzumutbar erscheint, muss, so der (Trug-)Schluss, für den betroffenen Menschen selbst unendlich viel unerträglicher sein. Ist man da zur »Erlösung« nicht sogar verpflichtet? Doch bereits der Volksmund entlarvt diese Frage: »von sich auf andere schließen«. Die »einfachste« Lösung, eine radikale, tödliche Selektion, wird jedoch zunehmend, angeblich als sittlich vertretbar, erwogen und praktiziert (Verwer-

fung von Embryonen nach Forschung, tödliche Konsequenzen nach Präimplantationsdiagnostik, Abtreibung nach pränataler Diagnostik, Euthanasie, demnächst eine Tötungspille?). Und Ärzte übernehmen die Handreichungen dazu. Palliativ nachweislich tief greifende Hilfen können sich nur mühsam zu Wort melden. Wo bleibt das Bewusstsein vom ärztlichen Ethos zu heilen, zu lindern und dabei das Recht auf Unversehrtheit und Leben nicht anzutasten? Noch aber ist es mit Sicherheit nicht die Mehrzahl der Ärzte, die solche Wege für erlaubt hält. Dörner (1988) hat auf die Unvertretbarkeit eines »tödlichen Mitleids« eindrucksvoll hingewiesen.

Medizinisch-ärztlich sind konfliktbesetzte *ethische Grauzonen* notwendiger Entscheidungsfindungen allerdings nicht immer zu umgehen.⁶ Der Arzt kennt Problemsituationen, die strikt gesinnungsethisch keine einfache Lösung ermöglichen, sondern Güterabwägung nahe legen. Aber es geht längst nicht mehr nur um derart zugespitzte Problemsituationen, sondern darum, ob Meinungsbildungen und ebenso problematische gesetzliche Regelungen nicht bereits zu ethischen Grenzüberschreitungen geführt haben, die die Tür zu *Beliebighkeitsentscheidungen* (z. B. »Designerbaby«) bereits weit öffneten. Eibach (1998) hat sich ausführlich hierzu geäußert und differenzierte Kriterien wie eindeutig zu benennende Grenzen erlaubten Entscheidens und Handelns aufgezeigt.

| Schlussbemerkungen

Das Recht auf Leben, Würde, Unversehrtheit und gesellschaftliche Integration sowie auf solidarische Hilfen steht den Menschen mit einer Behinderung in vielen Ländern formal wie jedem Mitbürger/jeder Mitbürgerin zu. Die Realisierung sieht jedoch sehr unterschiedlich aus.

Von der modernen Genforschung dürfen wir künftig ungeahnte gesundheitliche Hilfen und therapeutische Möglichkeiten erwarten. Insoweit ist es ethisch nicht nur erlaubt, sondern geboten, diese neuen Wege wissenschaftlich zu erschließen und sie in der ärztlichen Praxis anzuwenden. Unabdingbare Voraussetzung ist allerdings die Gewinnung dieser Erkenntnisse auf ethisch vertretbare Weise. Über die Schwierigkeiten einer gesellschaftlichen Konsensfindung dazu sollte man sich aber nicht täuschen.

Die großen *präventiven* Forschungsvorhaben⁷ und sozialpolitische Tendenzen lassen zunehmend Bestrebungen erkennen, anstelle des Rechtes auf Gesundheit eine Pflicht dazu einzufordern. »Vergessen« scheinen Ausführungen in der Enquête »Chancen und Risiken der Gentechnologie« des Deutschen Bundestages, wo es heißt: »Genetische Analysen auf der DNA-

6. Es ist nicht Aufgabe dieses Beitrages und liegt nicht in der alleinigen Kompetenz des Verfassers, die ethische Diskussion ausführlich zu führen.

7. Von der WHO einmal aufschlussreich mit dem Titel »Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000« (später unter Löschung der Jahresangabe variiert) bezeichnet.

Ebene werden auch neue Probleme verursachen und alte Probleme der genetischen Beratung und pränatalen Diagnostik verschärfen«⁸ (Catenhusen/Neumeister 1990, 151 ff.).

So gesehen erscheint der Mensch mit einer Behinderung erneut bedroht. Im »Weißbuch der Vier Fachverbände« (1999) heißt es: »Grundlage einer ... umfassenden Gewährleistung ist ein Menschenbild, das die Achtung vor jeglichem menschlichen Leben unter der einzigen Voraussetzung in den Mittelpunkt stellt, dass es von Menschen abstammt. Mit der Beschränkung auf diese biogenetische Definition soll klargestellt werden, dass niemandem eine darüber hinausgehende Definitionsmacht zusteht, die Eigenschaft »Mensch« von weiteren Voraussetzungen abhängig zu machen.« Das habe auch für geklonte Menschen zu gelten (Dörr 1999, 29). Michael Schibilsky (1999) sagt: »Der Mensch ist mehr als seine Krankengeschichte, er hat eine Lebensgeschichte.« Wir alle – die Theologie nicht ausgenommen – werden uns intensiver als bisher mit der evolutionär-genomischen Geschichte des Menschen und mit unserer breiten biologischen Verknüpfung mit der Natur befassen müssen. Das erhöht die spezielle, globale Verantwortung der Gattung Mensch. Jeder, vor allem aber Forschung, empirische Wissenschaft und unter den Berufen nicht zuletzt der Arzt, sind hier sittlich besonders verantwortliche Meinungsbildende wie Handlungsbeauftragte. Gewaltige Paradigmenwechsel stehen bevor.

Literatur

- BUNDESÄRZTEKAMMER DEUTSCHLAND, Übersichten über Gelöbnisse, Berufs- und Standesordnungen (s. auch Landesärztekammern), Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln, <http://www.bundesaerztekammer.de>
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE für Menschen mit geistiger Behinderung (Hg.), Grundsatzprogramm, Marburg/Lahn 1990.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE für Menschen mit geistiger Behinderung, Frühe Hilfen – Frühförderung aus Sicht der Lebenshilfe, Marburg/Lahn 1992.
- BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE für Menschen mit geistiger Behinderung, Therapie, Marburg/Lahn 2000.
- CATENHUSEN, WOLF-MICHAEL/NEUMEISTER, HANNA (Hg.), Chancen und Risiken der Gentechnologie, Frankfurt a. M. u. a. ²1990.
- DÖRNER, KLAUS, Tödliches Mitleid, Gütersloh 1988.
- DÖRR, GÜNTER/GRIMM, RÜDIGER/NEUER-MIEBACH, THERESE (Hg.), Aneignung und Enteignung. Der Angriff der Bioethik auf Leben und Menschenwürde, Düsseldorf 2000.
- EIBACH, ULRICH, Sterbehilfe – Tötung aus Mitleid?, Wuppertal ²1998.
- FINGER, GERTRAUD, Die Eltern – Ein Brief, in: Finger, Gertraud/Steinebach, Christoph, Frühförderung zwischen passionierter Praxis und hilfloser Theorie, Freiburg i.Br. 1992.
- GLATZER, WOLFGANG/ZAPF, WOLFGANG, Lebensqualität in der Bundesrepublik, Frankfurt a. M. u. a. 1984.

8. Z. B. bezogen auf die Präimplantationsdiagnostik; der Text ist aufschlussreich, auch bezüglich inzwischen eingetretener Sinneswandlungen, etwa bei Politikern in Deutschland.

- KREBS, HEINZ, Aspekte zur psychosozialen Situation des behinderten Kindes und seiner Umwelt, in: Biermann, Gerd (Hg.), Handbuch der Kinder-Psychotherapie, München 1981, 626–641.
- KREBS, HEINZ, Solidarität mit behinderten Menschen. Sozialethische Aspekte aus medizinischer Sicht, in: Schibilsky, Michael (Hg.), Kursbuch Diakonie. Festschrift für Ulrich Bach, Neukirchen-Vluyn 1991, 79–93.
- KREBS, HEINZ, Entwicklung und Förderung als Beratungsinhalt, in: Zeres, Klaus/Rüdel, Reinhardt (Hg.), Selbsthilfegruppen und Humangenetiker im Dialog, Stuttgart 1993, 147–153.
- KREBS, HEINZ, Gesundheit – Krankheit – Behinderung. Kritische Anfragen an das gängige Normalitätskonzept, in: Zwierlein, Eduard (Hg.), Handbuch Integration und Ausgrenzung, Neuwied u. a. 1996, 39–55.
- KREBS, HEINZ, Die Würde des behinderten Menschen – aus medizinischer Sicht, in: Herms, Eilert (Hg.), Menschenbild und Menschenwürde, Gütersloh 2001, 232–252.
- KREBS, HEINZ, Therapie und Förderung im Wandel der Zeiten. Zum Mythos Hoffnung und Machbarkeit, in: Geistige Behinderung 40 (2001), H. 3, 223–234.
- NEUER-MIEBACH, THERESE/TARNEDEN, RUDI (Hg.), Vom Recht auf Anderssein, Marburg u. a. 1994.
- NIEDECKEN, DIETMUT, Namenlos, München 1989.
- SAAL, FREDI, Warum sollte ich jemand anderes sein wollen?, Gütersloh 1992.
- SCHIBILSKY, MICHAEL, Ethik und Menschenbild, in: Vier Fachverbände (Hg.), Soziale Sicherheit für behinderte Menschen. Ein Weißbuch der Forderungen und Perspektiven, Freiburg i.Br. 1999, 11–20.
- SCHLACK, HANS GEORG (Hg.), Welche Behandlung nützt behinderten Kindern?, Mainz 1998.
- SPORKEN, PAUL, Medizinische Ethik, in: Eser, Albin u. a. (Hg.), Lexikon der Medizin – Ethik – Recht, Freiburg u. a. 1989.
- STEFFEN, HARTMUT, Behinderte Jugendliche und ihre Familien, in: Biermann, Gerd, Handbuch der Kinder-Psychotherapie, Bd. IV, München 1981, 642–653.
- THOMAE, INGEBORG, Früh- und Elementarbereich, in: Bach, Heinz u. a. (Hg.), Pädagogik der Geistigbehinderten, Handbuch der Sonderpädagogik, Bd. 5, Berlin 1979, 75–87.
- VIER FACHVERBÄNDE (Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit/Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe/Verband katholischer Einrichtungen und Dienste für lern- und geistigbehinderte Menschen/Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung) (Hg.), Soziale Sicherheit für behinderte Menschen. Ein Weißbuch der Forderungen und Perspektiven, Freiburg i.Br. 1999.
- WUNDER, MICHAEL/NEUER-MIEBACH, THERESE (Hg.), Bio-Ethik und die Zukunft der Medizin, Bonn 1998.
- WHO (WELTGESUNDHEITSORGANISATION), Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000, in: Einzelziele für »Gesundheit 2000«, Kopenhagen 1985 (Hg. v. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt a. M.).