

K.-D. THOMANN ■ D. JUNG ■ S. LETZEL ■ (Hrsg.)

**Schwerbehindertenrecht
Begutachtung und Praxis**

K.-D. THOMANN
D. JUNG S. LETZEL (Hrsg.)

Schwerbehindertenrecht Begutachtung und Praxis

- Grundlagen
- Begutachtungsrichtlinien
- Perspektiven für die Zukunft

STEINKOPFF
DARMSTADT

Prof. Dr. med. KLAUS-DIETER THOMANN
Landesarzt für Körperbehinderte
Eschersheimer Landstr. 353
60320 Frankfurt/M.

PD Dr. med. DETLEV JUNG
Betriebsarzt
Hechtsheimer Str. 103
55131 Mainz

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. STEPHAN LETZEL
Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin
Johannes Gutenberg-Universität
Obere Zahlbacher Str. 67
55131 Mainz

ISBN 3-7985-1644-8 Steinkopff Verlag Darmstadt

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Steinkopff Verlag Darmstadt
ein Unternehmen von Springer Science+Business Media
www.steinkopff.springer.de

© Steinkopff Verlag Darmstadt 2006
Printed in Germany

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Herstellung: Klemens Schwind
Umschlaggestaltung: Erich Kirchner, Heidelberg
Satz: K+V Fotosatz GmbH, Beerfelden

SPIN 11749349

105/7231-5 4 3 2 1 0 – Gedruckt auf säurefreiem Papier

Vorwort

Fast jeder zehnte Einwohner Deutschlands ist durch die Versorgungsämter als „schwerbehindert“ anerkannt. Die Zahl derjenigen Bürger, die einen Grad der Behinderung unter 50 zugesprochen bekamen, ist nicht bekannt. Grundlage der Bescheide der Versorgungsämter sind zumeist ärztliche Befundberichte, die im Rahmen einer gutachterlichen Stellungnahme bewertet werden. Die Festsetzung des Schweregrades der Behinderung obliegt dann der Verwaltung, die Nachprüfung den Sozialgerichten. Angesichts der gewaltigen Zahlen besteht kein Zweifel, dass die Begutachtungen nach dem Schwerbehindertenrecht den größten Teil aller medizinischen Gutachten in Deutschland ausmachen. Rechtsverbindliche Leitlinie sind die „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht“, die Bestandteil des zweiten Teils des Sozialgesetzbuches IX sind.

Die „Anhaltspunkte“ wurden letztmalig 2004 im Eigenverlag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherheit veröffentlicht. Sie sind einer größeren Fachöffentlichkeit jedoch nur unzureichend bekannt. Dabei wird jeder Arzt in seiner täglichen Arbeit immer wieder mit den Auswirkungen des Schwerbehindertenrechtes konfrontiert. Es gehört zu seinen Obliegenheiten, sei es als Kliniker oder als niedergelassener Arzt, Befundberichte für das Versorgungsamt zu erstellen. Kommt er der Aufforderung nicht innerhalb einer überschaubaren Zeit nach, so drohen gar Sanktionen durch die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit. Ist der Bescheid erteilt, dann wird der Patient nicht selten „seinen Arzt“ mit diesem konfrontieren und ihn fragen, ob der Grad der Behinderung korrekt festgestellt wurde, ob es sich lohne, Widerspruch einzulegen, oder nach einer Ablehnung desselben, ob es ratsam sei, Klage vor dem Sozialgericht zu erheben.

Der vorliegende Band will dem Bedürfnis nach Information Rechnung tragen. Er enthält die aktuellen GdB/MdE-Tabellen und ausgewählte Grundlagen des Schwerbehindertenrechts. Der Leser wird damit in die Lage versetzt, seine Patienten sachkun-

dig zu beraten und die Bescheide der Versorgungsämter auf Schlüssigkeit zu überprüfen.

Die Intention der Herausgeber und Autoren ging jedoch über die alleinige Informationsvermittlung hinaus. Das Schwerbehindertenrecht befindet sich an einem Scheideweg. Die schwierige finanzielle Lage der Kostenträger wirkt sich zunehmend einschränkend auf schwerstbehinderte Menschen aus. Dieser kleine Prozentsatz von Menschen, die z.B. persönlicher Assistenz bedürfen oder deren Arbeitsplatz wegen einer schwersten seelischen oder körperlichen Behinderung gefährdet ist, gehen unter im Heer der offiziell anerkannten Schwerbehinderten, die vielfach faktisch kaum eine Einschränkung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hinnehmen müssen.

Die rechtsverbindlichen „Anhaltspunkte“ spiegeln in vielen Bereichen die Entwicklung der Medizin und des Krankheitspektrums nicht mehr adäquat wider. So ist die Endoprothetik des Hüftgelenkes so weit entwickelt, dass im Alter über 60 Jahren bei beidseitigem Ersatz in aller Regel keine messbare Behinderung mehr nachweisbar ist. In den Anhaltspunkten wird hierfür jedoch ein GdB von 40 bindend vorgeschrieben. Auch die meisten Träger einer Knieendoprothese sind in ihrer Teilhabe am Leben nicht eingeschränkt, werden jedoch mit einem GdB von 30 eingestuft.

Das Verfahren der Feststellung einer Behinderung hat dem Wandel des Krankheitspektrums und der damit verbundenen Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitswesens nicht Rechnung getragen. Die wirtschaftlichen und sozialen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben die Entstehung somatoformer Beschwerden und Befindensstörungen begünstigt, die zu einer hohen Inanspruchnahme unterschiedlicher medizinischer Fachdisziplinen unter der Annahme einer organischen Erkrankung führen. Im Rahmen der Festsetzung des Grades der Behinderung bekommt allein schon die Vielzahl der beigezogenen Befunde eine Bedeutung, die diesen nicht zusteht.

Der Anstoß für die Veröffentlichung des vorliegenden Bandes wurde durch eine Tagung an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz im Jahre 2004 gegeben, die sich mit der Entwicklung und der Zukunft des Schwerbehindertenrechts befasste. Um der Intention des Schwerbehindertenrechts, Menschen mit Behinderungen die volle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, Nachdruck zu verleihen, ziehen die Autoren des vorliegenden Bandes, Mediziner und Juristen, eine Bilanz der letzten Jahrzehnte und geben Hinweise für die künftige Entwicklung des Schwerbehindertenrechts.

Wir danken den Autoren für ihre Beiträge und die Bereitschaft, ihre speziellen Kenntnisse und Erfahrungen für das vor-

liegende Buch nutzbar zu machen, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung für die Erlaubnis, Teile der „Anhaltspunkte“ übernehmen zu dürfen.

Unser besonderer Dank gilt Frau Dr. Volkert, Steinkopff Verlag, Darmstadt, für ihre Unterstützung bei der Vorbereitung, der Herausgabe und der Herstellung des Bandes, dem Verlag für die gute Ausstattung.

Frankfurt und Mainz
im Sommer 2006

KLAUS-DIETER THOMANN
DETLEV JUNG
STEPHAN LETZEL

Inhaltsverzeichnis

■ Grundlagen

Von der Fürsorge zur Teilhabe: Historische Wurzeln und neue Aufgaben des Schwerbehindertenrechts	3
---	---

K.-D. THOMANN

Ist das Schwerbehindertenrecht den Aufgaben der Zukunft noch gewachsen? Die Militärversorgung als Wurzel des deutschen Schwerbehindertenrechts, von der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) zum Grad der Behinderung (GdB)	34
---	----

H. GÖPFERT

Das Schwerbehindertenrecht in der Praxis der Versorgungsverwaltung – am Beispiel des Landesamtes für Soziales, Jugend und Versorgung in Rheinland-Pfalz	50
--	----

W. KEGGENHOFF

Strukturen der Versorgungsverwaltungen in der Bundesrepublik Deutschland	63
---	----

S. GÖHRING-MACHLEIDT

Das Schwerbehindertengesetz im SGB IX 2. Teil: Konzeption, Inhalt, Ziele, Ergebnisse, mit den Änderungen durch das Gesetz zur Förderung der Ausbildung und Beschäftigung schwerbehinderter Menschen vom 23.4.2004	68
---	----

H. H. CRAMER

■ Das Schwerbehindertenrecht in der Praxis

Das SGB IX und seine Bedeutung für Menschen mit Behinderungen	81
--	----

R. AUERNHEIMER, H.-P. TERNO

**Hilfebedarf von Menschen
mit schweren Mehrfachbehinderungen** 90
M. SCHMIDT-OHLEMANN

■ **Begutachtung: Grenzen und Fehlerquellen**

**Aspekte der versorgungsärztlichen Tätigkeit
im Schwerbehindertenrecht** 109
E. LOSCH

**Die Begutachtung nach Aktenlage:
Grundlagen, Grenzen, Fehlerquellen** 117
P. NIEDER

**Probleme der Begutachtung
nach dem Schwerbehindertenrecht aus Sicht
des externen Gutachters** 124
F. SCHRÖTER

■ **Das Schwerbehindertenrecht
aus sozialgerichtlicher Sicht**

**Das Schwerbehindertenrecht: Ergebnisse und
Erfahrungen sozialgerichtlicher Auseinandersetzungen** ... 139
H.-G. HANSEN

■ **Körperliche und seelische Störungen
im Schwerbehindertenrecht**

**Unbehindert Leiden? Schmerzsyndrome, somatoforme
Störungen und das Schwerbehindertengesetz** 153
G. GREIF-HIGER

**Restitutio ad integrum –
Ergebnisse der invasiven Kardiologie** 173
M. TODT

**Das Schwerbehindertenrecht aus orthopädischer Sicht:
Rahmenbedingungen und Probleme** 177
K.-D. THOMANN

**Die Beratung und Vertretung von Antragstellern
nach dem Schwerbehindertenrecht –
Möglichkeiten und Probleme** 202
I. THOMAS

■ **Sozialmedizinische Aspekte
des Schwerbehindertenrechts**

Barrierefreiheit 217
D. JUNG, A. VIERTTEL, E. RADDATZ

**Das Schwerbehindertenrecht
aus Sicht eines Sozialverbandes** 224
U. LASCHET

■ **Zur Zukunft des Schwerbehindertenrechts**

Wie lässt sich Behinderung messen?
Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit,
Behinderung und Gesundheit (ICF)
der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 231
M. F. SCHUNTERMANN

**Gesundheit, Krankheit, Behinderung:
die allmähliche Umwandlung aller Gesunden in Kranke** .. 241
K. DÖRNER

■ **Begutachtungsrichtlinien**

**Auszüge aus „Anhaltspunkte für die ärztliche
Gutachtertätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht
und nach dem Schwerbehindertenrecht (Teil 2 SGB IX)“** .. 249
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT
UND SOZIALE SICHERUNG

Sachverzeichnis 361

Autorenverzeichnis

Dr. RICHARD AUERNHEIMER
Staatssekretär und Landes-
beauftragter für die Belange
behinderter Menschen
Ministerium für Arbeit, Soziales,
Familie und Gesundheit
Rheinland-Pfalz
Bauhofstr. 9
55116 Mainz

Dr. jur. HORST H. CRAMER
Ministerialrat a. D.
Bundesministerium für Gesund-
heit und soziale Sicherung
Berliner Str. 11
53222 Bornheim

Prof. Dr. med. Dr. phil.
KLAUS DÖRNER
Nissenstr. 3
20251 Hamburg

Dr. med. Dipl.-Chem.
SIEGLINDE GÖHRING-MACHLEIDT
Regierungspräsidium Stuttgart
Wiederholdstr. 15
70174 Stuttgart

Dr. med. HARTMUT GÖPFERT
Agentur für Arbeit
Berlin Nord
Königin-Elisabeth-Str. 49
14059 Berlin

Dr. med. GERTRUD GREIF-HIGER
Universitätsklinik und Poliklinik
für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Langenbeckstr. 1
55101 Mainz

Dr. jur. HANS-GEORG HANSEN
Landessozialgericht
Ernst Ludwig Str. 1
55116 Mainz

PD Dr. med. DETLEV JUNG
Betriebsarzt
Hechtsheimer Str. 103
55131 Mainz

WERNER KEGGENHOFF
Präsident des Landesamtes für
Soziales, Jugend und Versorgung
Am Rodelberg 21
55131 Mainz

ULRICH LASCHET
Bundesgeschäftsführer des VdK
Wurzer Str. 4a
53175 Bonn

Prof. Dr. med. Dipl.-Ing.
STEPHAN LETZEL
Institut für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin
Johannes-Gutenberg-Universität
Obere Zahlbacher Str. 67
55131 Mainz

Dr. med. EBERHARD LOSCH
Medizinaldirektor
Hessisches Amt für Versorgung
und Soziales, Außenstelle
Adickesallee 36 b
60322 Frankfurt/M.

Dr. med. PETRA NIEDER
Landesamt für Soziales, Jugend
und Versorgung
Am Rodelberg 21
55131 Mainz

Dr. med. EDITH RADDATZ
Amt für soziale Angelegenheiten
Schießgartenstr. 6
55116 Mainz

Dr. med. MATTHIAS SCHMIDT-
OHLEMANN
Landesarzt für Körperbehinderte
Rehabilitationszentrum Bethesda
Kreuznacher Diakonie
Ringstr. 58
55543 Bad Kreuznach

Dr. med. FRANK SCHRÖTER
Institut für Medizinische
Begutachtung
Landgraf-Karl-Str. 21
34131 Kassel

PD Dr. rer. pol.
MICHAEL F. SCHUNTERMANN
Ehem. Verband deutscher
Rentenversicherungsträger
Rehawissenschaftliche Abteilung
Odenwaldstr. 6
12161 Berlin

HANS-PETER TERNO
Zentrum für selbstbestimmtes
Leben behinderter Menschen
Rheinstr. 43–45
55116 Mainz

Prof. Dr. med.
KLAUS-DIETER THOMANN
Landesarzt für Körperbehinderte
Eschersheimer Landstr. 353
60320 Frankfurt/M.

INA THOMAS
Rechtsassessorin
Geschäftsführerin
Geschäftsstelle Darmstadt
des Sozialverbandes VdK
Hessen-Thüringen e.V.
Landgraf-Georg-Str. 58–60
64283 Darmstadt

Dr. med. MICHAEL TODT
Kardiologische Praxis
Bahnhofplatz 2
55116 Mainz

Dr. med. ANTONIA VIERTEL
Betriebsärztin
Universitätsklinikum
Langenbeckstr. 1
55101 Mainz

■ Grundlagen

Von der Fürsorge zur Teilhabe: Historische Wurzeln und neue Aufgaben des Schwerbehindertenrechts

K.-D. THOMANN

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“

1994 beschloss der Bundestag mit Zweidrittelmehrheit eine Ergänzung des Art. 3. Abs. 3 des Grundgesetzes, das Diskriminierungsverbot von Menschen mit Behinderungen¹. Seit diesem Zeitpunkt sind deutliche Fortschritte im Sozialrecht zugunsten von Menschen mit Behinderungen erzielt worden. Das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX setzt die Vorgaben des erweiterten Grundgesetzes um. Das Rehabilitations- und Behindertenrecht wurde zusammengefasst und vereinheitlicht. Es stellt den Menschen mit seiner Behinderung in den Mittelpunkt und soll die Integration, Teilhabe und Selbstbestimmung fördern. Das SGB IX erkennt die Einrichtungen der Sozialhilfe als Rehabilitationsträger an und räumt den Leistungsberechtigten ein Wahl- und Wunschrecht über die Rehabilitationsleistungen ein. Das Gesetz soll Menschen mit schweren Behinderungen den Weg in den Arbeitsmarkt erleichtern oder ermöglichen und sie dabei unterstützen, ihren Arbeitsplatz zu erhalten. Das bisherige Schwerbehindertenrecht wurde als Teil 2 (§ 68 f.) übernommen.

Das SGB IX steht am (vorläufigen) Ende eines langen Entwicklungsprozesses, der in Deutschland anfänglich von den Begleiterscheinungen der Industrialisierung und vor allem den Erfahrungen der beiden Weltkriege² geprägt wurde. Der Rückblick erfolgt nicht nur aus historischem Interesse. Der Sozialhistoriker Florian Tennstedt wies darauf hin, dass „man Institutionen und die in ihnen wirkenden Kräfte nur von ihren -umstrittenen- Anfängen her kennen[lernt] und nicht, wenn man sie betrachtet, nachdem sie selbstverständlich und jubiläumsreif geworden“ seien³. Dies gilt auch für das soziale Entschädigungsrecht und das Schwerbehindertenrecht. Das geltende Schwerbehindertenrecht leitet sich zu großen Teilen unmittelbar aus den sozialen Folgen der beiden Weltkriege ab. Angesicht eines grund-

¹ Vgl. Straßmair, S. M.: Der besondere Gleichheitssatz aus Art. 3 Abs. 3 Satz 3 GG. Duncker & Humblot, Berlin 2002.

² Vgl. hierzu den Beitrag von H. Göpfert: Die Militärversorgung als Wurzel des deutschen Schwerbehindertenrechts. S. 34–49 des vorliegenden Bandes. Weiterhin: H. H. Cramer: Das Schwerbehindertengesetz. 5. Auflage, Vahlen, München 1998.

³ Tennstedt, F.: Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1981, S. 11.

legend gewandelten sozialen und wirtschaftlichen Umfeldes, weitreichender Fortschritte der Medizin, einem gewandelten Krankheitsspektrum und einer hohen Nachfrage nach sozialen Leistungen ist es Zeit für einen Rückblick. Dieser kann angesichts der Breite des Themas und der vielfältigen Facetten im vorliegenden Rahmen nur fragmentarisch sein.

■ Die Praxis des Schwerbehindertenrechts – „Medikalisierung“ des sozialen Wandels?

Die Folgen der Globalisierung, die soziale Destabilisierung und der massive Arbeitsplatzverlust der letzten drei Jahrzehnte haben auch die Nachfrage nach sozialen Leistungen seitens der Bevölkerung verändert. Unübersehbar ist die Tendenz zur Medikalisierung. Die Ursachen und Konsequenzen des wirtschaftlichen Transformationsprozesses wurden nicht offen diskutiert, die gesetzgebenden Instanzen passten das Sozialsystem nicht an die veränderten Rahmenbedingungen an. Vielfach wurde die Problemlösung der Medizin zugeschrieben. Über Jahre wurde versucht, dem Rückgang der verfügbaren Arbeitsplätze mit dem Mittel der Frühberentung zu begegnen. Oft wurde diese mit gesundheitlichen Argumenten begründet. Das bisherige Schwerbehindertenrecht spielte dabei eine entscheidende Rolle. Den aus dem Arbeitsleben ausgeschiedenen Menschen wurde nahe gelegt, einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz zu stellen. Damit sollte der Weg aus der Arbeitslosigkeit in die Rente oder aus dem Arbeitsleben in die Arbeitslosigkeit geebnet werden. Flankiert wurde diese staatliche Segregationspolitik durch eine berufliche oder medizinische Zwangsrehabilitation von Menschen, die keine Chancen auf dem Arbeitsplatz mehr hatten und – während sie andere Transferleistungen in Anspruch nahmen – auf die Rente warteten. Der Sozialrichter G. Offczors wies darauf hin, dass „die existenzsichernde Funktion der Krankheit“ – und es sei hinzugesetzt der staatlich attestierten Behinderung – „zu ihrer Verfestigung führen“ könne. Der Sachverhalt lässt sich auch klarer formulieren: Das geltende Schwerbehindertengesetz trägt zum Gefühl der subjektiven Behinderung bei, verschlechtert somit den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Antragsteller und der anerkannten Behinderten: Von den Betroffenen würden, so Offczors, „häufig nicht die verbliebenen Leistungsressourcen, sondern die gesundheitsbedingten Defizite in den Vordergrund gestellt“⁴.

Diese Politik hatte über fast zwei Jahrzehnte „Erfolg“, sie entlastete zeitweise den Arbeitsmarkt, kam den rationalisierenden Betrieben entgegen und bediente die Wünsche des (vor allem privaten) Rehabilitationsmarktes. Die finanziellen und sozialen Kosten dieser Politik waren hoch, sie erodier-

⁴ Offczors, G.: Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Jb. Krit. Med. 39 2003 (Argument, Hamburg). Die Aussagen des Autors beziehen sich auf Sozialgerichtsverfahren im Rentenrecht, lassen sich jedoch zwanglos auf das Schwerbehindertenrecht übertragen.

te die Staatsfinanzen, begünstigte die Fehlallokation von Sozialleistungen und entwertete die Arbeitskraft von Menschen, die ihren Lebensunterhalt am unteren Ende der Lohnskala verdienen mussten oder als leistungsgemindert galten. Eine zentrale Rolle im – der Begriff sei noch einmal erlaubt – Medikalierungsprozess spielte das Schwerbehindertenrecht seit dem Jahre 1974. Im Gegensatz zum sozialen Entschädigungsrecht, in dem Leistungen erst nach ärztlicher Befragung, körperlicher Untersuchung und *kritischer* Auswertung von Befundberichten und Attesten gewährt wurden, verzichtete das Schwerbehindertenrecht auf dieses Instrumentarium. Atteste und Befundberichte der behandelnden Ärzte wurden zur Grundlage der Festsetzung des Grades der Behinderung. Die Versorgungsämter konnten der Flut der Anträge nicht mehr Herr werden. Sachliche und kritische Prüfungen der Anträge nach dem Schwerbehindertenrecht waren nicht mehr möglich. Schon Rudolf Virchow wusste, dass der behandelnde Arzt „Anwalt seines Patienten“ sein muss, um erfolgreich therapieren zu können. Wenn gemäß der Gesundheitsdefinition der WHO auch das „soziale Wohlbefinden“ des Menschen unabdingbare Voraussetzung der Gesundheit ist, dann wird der behandelnde Arzt versuchen, die sozialen Ansprüche seines Patienten durchzusetzen. Da das Feststellungsverfahren der Schwerbehinderteneigenschaft auf den Berichten der behandelnden Ärzte beruht, ist das Ergebnis voraussehbar. Um eine Analogie zu wählen: Das jetzige Feststellungsverfahren entspricht einem Gerichtsverfahren, in dem ein Richter, der zudem wegen der Vielzahl der Prozesse unter extremen Zeitdruck steht, sich bei der Rechtsprechung nur auf die Angaben des Klägers und dessen Anwalt stützen kann.

■ **Entwicklung der Rehabilitation und der Rechte schwerbehinderter Menschen**

Das soziale Entschädigungsrecht hat über mehr als 80 Jahre dazu beigetragen, die Leiden der Menschen zu lindern, deren Integrität und Gesundheit unmittelbar geschädigt wurde. Die gesellschaftliche „Anerkennung“ der Beschädigung ist dabei auch wörtlich zu nehmen und konnte zumindest als geringe persönliche Genugtuung empfunden werden. Das Entschädigungsrecht hat auch in unruhigen Zeiten den sozialen Frieden gesichert. Soll auch das Ziel des SGB IX, Menschen mit Behinderungen ohne Einschränkung am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen, erreicht werden, dann wird man nach neuen Lösungen suchen müssen.

Überblickt man die Entwicklung der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Gegenwart, dann fällt auf, dass bis in die 50er Jahre des 20. Jahrhunderts Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen im Zentrum des Interesses standen. Erst danach gelangten auch andere Gruppen ins Blickfeld der Gesellschaft und der medizinischen Professionen. Besonders stark wirkt dieser Aspekt bis heute bei der gutachterlichen Einstufung von Menschen mit Behinderungen

nach. Die gültigen „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit“ sind ein Instrumentarium, das primär der Einstufung von Gliedmaßenverlusten diene.

Die Entwicklung der Rehabilitation und der Rechte schwerbehinderter Menschen lässt sich für den erwähnten Zeitraum unter historischen Gesichtspunkten in sechs Abschnitte einteilen:

- 1880–1914 Von der „Krüppelzählung“ zur Gründung erster Rehabilitationszentren
- 1914–1932 Ausbau und Krise des Sozialstaats
- 1933–1945 Zwischen Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials und der Ermordung behinderter Menschen
- 1946–1956 Integration der Kriegsbeschädigten
- 1957–1973 Konzepte der Rehabilitation
- 1974–2005 Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts

■ 1880–1914: Von der „Krüppelzählung“ zur Gründung erster Rehabilitationszentren

Die Wurzeln der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen reichen viele Jahrhunderte zurück, die Geschichte war widersprüchlich und wechselvoll, sie war von Ausgrenzung und Integration gezeichnet⁵. Neben den Kirchen prägten die Hospitäler die Städte der frühen Neuzeit, sie sind Ausdruck praktischer christlicher Nächstenliebe und sozialer Verantwortung. Mit der Industrialisierung und Verstädterung des 19. Jahrhunderts entstanden neue gesundheitliche und soziale Probleme, die mit dem bisherigen Instrumentarium nicht mehr gelöst werden konnten. Das soziale Elend breiter Bevölkerungskreise begünstigte das Auftreten bakterieller Infektionskrankheiten, der Rachitis und anderen Leiden, die sich negativ auf den Gesundheitszustand und die Lebenserwartung auswirkten. In den Städten nahm die Zahl unversorgter Kranker und Behinderter zu. Menschen mit körperlichen und mentalen Behinderungen fanden in den Städten keine Arbeit. Die 1884 eingeführte Krankenversicherung kam nicht für die Behandlung von Behinderungen auf. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts übernahmen die evangelische Diakonie und die katholische Caritas auf Wunsch städtischer Armenämter die Pflege Behinderter und Schulausbildung von Kindern und Jugendlichen. Nach und nach beauftragten die karitativen Einrichtungen Ärzte mit der medizinischen Behandlung. Da die zu versorgende Personengruppe groß und die finanziellen Mittel begrenzt waren, kamen die Initiatoren der konfessionellen Fürsorgebewegung, die

⁵ Vgl. Seidler, E.: Historische Elemente des Umgangs mit Behinderung. In: Koch, U., Lucius-Hoene, Stegie, R. (Hrsg): Handbuch der Rehabilitationspsychologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1988. Stiker, H.-J.: A History of Disability. University of Michigan Press, Ann Arbor, 1999. Stadler, H.; Wilken, U.: Pädagogik bei Körperbehinderung. Beltz, Weinheim 2004.

evangelischen Pastoren Theodor Schäfer und Theodor Hoppe, auf den Gedanken, das Schimpfwort „Krüppel“ bewusst für Werbezwecke einzusetzen. Krüppel waren die ärmsten, ausgestoßenen und zudem körperlich deformierten Menschen, um die sich keiner kümmerte. Ihr Schicksal spiegelte sich geradezu in dem Begriff „Krüppel“. Für wen, wenn nicht für diese Ärmsten sollte der Wohlhabende, der Kirchenbesucher, der einfache Bürger spenden? Allerdings war der Gebrauch des abwertenden Begriffs nicht risikolos. Bis in die 80er Jahre des 19. Jahrhunderts wurde das Wort „Krüppel“ ausschließlich als Schimpfwort benutzt. Es handelte sich um einen abwertenden belegten Ausdruck der Volkssprache, bei dem sich Assoziationen von sozialer Not, körperlichem Elend, Hilflosigkeit und Abscheu einstellten. Unter dem seit der Aufklärung stark zunehmenden utilitaristischen Denken ergab sich der Wert jedes einzelnen Mitgliedes aus dessen wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit oder der Verfügungsgewalt über materielle Ressourcen. Beides fehlte den „Krüppeln“, „Irren“ und „Blinden“. Unter wirtschaftlichen Aspekten handelte es sich um „Ballastexistenzen“, „Minderwertige“. So günstig sich die Wortwahl „Krüppel“ auf das Einwerben von Spendengeldern auswirkte, so sehr diskriminierte der Begriff die Menschen, die in den neu gegründeten Einrichtungen aufgenommen wurden.

Um zu beweisen, wie verbreitet körperliche Leiden in der Bevölkerung waren, ließ Schäfer die behinderten Kinder in Schleswig Holstein zum Stichtag 1. Juli 1887 durch einen Fragebogen erfassen. Dabei ergab sich, dass mehr als 2000 Kinder an Rachitis, Skrophulose, Tuberkulose und „konstitutionellen Krankheiten“ litten. Zählungen in Mecklenburg-Schwerin, Schlesien, der Rheinprovinz, Sachsen, Westfalen und im Herzogtum Braunschweig folgten. Sie alle bestätigten den eklatanten Mangel an sozialer und medizinischer Fürsorge. Die Ergebnisse der Zählungen waren gewichtige Argumente für die kirchlichen Sammlungen.

Die Rechnung Schäfers ging auf. Die Spendenbereitschaft der Bevölkerung war unerwartet groß. Mit den eingenommenen Geldern war es möglich, neue Einrichtungen für Behinderte zu bauen. Das Ergebnis dieser Politik konnte sich sehen lassen: Das Oberlinhaus in Nowawes, die Pfeifferschen Stiftungen in Magdeburg, die Diakonischen Anstalten in Kreuznach, das Annastift in Hannover, das Johanna-Helenenheim in Volmarstein und viele andere noch heute bestehenden Rehabilitationszentren haben ihre Gründung dem wohlüberlegten Schachzug Schäfers und seiner kirchlichen Mitstreiter zu verdanken. Kritik an der diskriminierenden Etikettierung der orthopädisch Kranken durch das Wort Krüppel wurde bereits damals geäußert, aber der finanzielle Erfolg erleichterte es, alle Bedenken beiseite zu schieben. Wenn der Krüppel der Inbegriff menschlichen Elends sei, dann verheiße das Krüppelheim die Rettung:

„ ... der Name ‚Krüppelheim‘ ist das kürzeste und zugleich deutlichste Zeugnis dafür, daß nun endlich auch dieser Klasse von Elenden in einem Land, in einer Provinz Hülfe angeboten und geleistet wird. ... Nun giebt es gar keinen Namen, der klarer und unmißverständlicher das Wesen und die Absicht unserer Anstalten bezeichnet, als ‚Krüppelheim‘. Daß er gebraucht

wird, ist Dank wert, statt Anfeindung. Ich möchte den Namen der Fahne der Genfer Konvention vergleichen, dem roten Kreuz im weißen Feld. Wo sie in der Nähe eines Schlachtfeldes weht, ist sie ein Zeichen für jeden, der sie sieht: hier ist Hülfe für Verwundete. So sagt es der Name Krüppelheim jedem, der ihn hört: hier ist Hülfe für Verkrüppelte“⁶.

Der Berliner Kinderarzt und Orthopäde Konrad Biesalski griff den Gedanken auf, alle unversorgten körperlich behinderten Kinder zählen zu lassen. Er konnte die zuständigen staatlichen Instanzen dazu gewinnen, eine „Krüppelzählung“ im Deutschen Reich durchführen zu lassen. Diese sollte – ebenso wie die früheren Statistiken – die Öffentlichkeit aufrütteln und die staatlichen Instanzen auf die Behinderten aufmerksam machen. Biesalski formulierte eine Petition, die an den Reichskanzler weitergeleitet wurde. Er verwies darauf, dass ein großer Teil der Krüppel „erwerbsfähig gemacht und in demselben Maß die Armenpflege entlastet werden“ könnte. Es sei möglich, die jugendlichen Krüppel in einem Heim frühzeitig chirurgisch und medikomechanisch zu behandeln und „unter Berücksichtigung der geistigen, nervösen und körperlichen Leistungsfähigkeit das höchste für den Einzelnen überhaupt zu erzielende Maß geistiger Ausbildung und technischer Fertigkeiten“ zu erzielen. Die Ausbildung der Krüppel lasse das Nationalvermögen jährlich um 90 Millionen Mark wachsen. Angesichts der Bedeutung der Krüppelfrage sei ihre „völlige Erschließung für die Jugendfürsorge aus rein menschlichen, wissenschaftlichen, ethischen, staatlichen und nationalökonomischen Gründen dringend notwendig“⁷. Je kürzer und griffiger Biesalski die Bezeichnung zu erklären versuchte, desto deutlicher trat die ökonomische Komponente hervor. Er bezeichnete einen Behinderten dann als Krüppel, wenn „seine Erwerbsfähigkeit in einem Krüppelheim höher wird gesteigert werden können, als wenn er in seiner Umgebung“ verbliebe. In den Mittelpunkt seiner Argumentation stellte Biesalski den einprägsamen Spruch: Der Krüppel soll aus einem Almosenempfänger zu einem Steuerzahler werden⁸.

Nach gründlicher Vorbereitung wurden am 10. Oktober 1906 alle körperbehinderten Kinder bis zum 15. Lebensjahr gezählt. Das Ergebnis übertraf die Erwartungen. Die Zählung ergab, dass 40 000 Kinder stationär zu behandeln waren. Fast 10 000 Eltern wollten angeblich ihre Kinder in eine „Krüppelheilanstalt“ geben, dem standen jedoch nur ungefähr 3000 Plätze gegenüber. Damit ergab sich ein Fehlbestand von 7000 bis 8000 stationärer Betten zur Behandlung behinderter Kinder.

Die Zählung rückte schlagartig die Situation behinderter Menschen in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Biesalski verfolgte mit ihr sozialpolitische Ziele. Sein Bestreben war es, „aus der Statistik so viel zu machen, als nach Lage der Sache möglich war“, das bedeutete vor allem, die praktische

⁶ Schäfer, T.: Der Name unserer Anstalten. In: Jb. Krüppelfürs. 2 1900, S. 54.

⁷ Biesalski, K.: Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Leopold Voss, Hamburg, Leipzig 1909, S. 6.

⁸ Biesalski, K.: Was ist ein Krüppel. In: Zschr. Krüppelfürs. 1 1908, S. 13.

Krüppelfürsorge zu fördern. Dank der Statistik sei „im ganzen Deutschen Reich in allen Amtsstuben von der Reichskanzlei bis zum Gemeindehaus im kleinsten Gebirgsdorfe das Wort Krüppelfürsorge erklingen“.

Für den heutigen Leser ist der Begriff der „Krüppelfürsorge“ befremdlich und diskriminierend, dahinter stand jedoch der Gedanke einer umfassenden Rehabilitation. Aus der Vielzahl der nach der Zählung gegründeten „Krüppelheime“ gingen Universitätskliniken hervor. Es handelte sich um komplexe Rehabilitationseinrichtungen, in denen Kinder medizinisch behandelt, pädagogisch gefördert, beschult und später für einen Beruf ausgebildet wurden. Aus Kindern mit Behinderungen wurden erwerbsfähige Erwachsene. Die Krüppelzählung begünstigte auch die Institutionalisierung der Orthopädie⁹, die bis zum Anfang der 60er Jahre des 20. Jahrhunderts als die medizinische Disziplin gelten konnte, die alleine für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen zuständig war. Der starke Ausbau von orthopädischen Kliniken, die vor allem für die Behandlung von Kindern bestimmt waren, und die staatliche Förderung der Orthopädie sollten auch die weitere sozialpolitische Diskussion bestimmen. Die Verabschiedung eines Rehabilitationsgesetzes, das körperbehinderten Kindern und Jugendlichen eine unentgeltliche Behandlung und Berufsausbildung garantierte, wurde durch den 1. Weltkrieg um einige Jahre verzögert.

■ 1914–1932: Ausbau und Krise des Sozialstaats

Mit Begeisterung zogen die Rekruten 1914 in den Krieg. Der erwartete Sieg blieb aus, stattdessen hinterließ der 1. Weltkrieg Zerstörung und Elend. Die Bevölkerung hungerte. Das Militärsanitätswesen war auf die Erfordernisse des Weltkrieges nicht eingestellt. Die Organisation und die praktische Durchführung der Verwundetenbetreuung waren unzureichend. Seit dem letzten Krieg 1870–1871 hatten sich sowohl die Kriegstechnik als auch die medizinische Behandlung wesentlich gewandelt. Die höhere Durchschlagskraft der Waffen und der vermehrte Einsatz von Explosivgeschossen ließen die Zahl der Verwundeten und Gefallenen stark ansteigen. Andererseits konnte nun vielen Verletzten durch die aseptische Wundbehandlung das Leben gerettet werden. Während des deutsch-französischen Krieges 1870–1871 starben noch 80–90% aller Soldaten mit Schussbrüchen. Da nun wesentlich mehr Soldaten auch schwere Verletzungen überlebten, ergaben sich völlig neue Anforderungen an die Rehabilitation der Invaliden.

Bereits Ende 1914 wurden die orthopädischen Kliniken zu Reservelazaretten umgestaltet. Ziel der Behandlung war die bestmögliche Wiederherstellung, damit der verwundete Soldat entweder wieder an die Front

⁹ Thomann, K.-D.: Das behinderte Kind. „Krüppelfürsorge“ und Orthopädie in Deutschland 1886–1920. Fischer, Stuttgart, Jena 1995. Vgl. auch: Schwarzmann-Schafhauser, D.: Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich (1815–1914). Stuttgart 2004.

zurückkehren oder eine berufliche Tätigkeit aufnehmen konnte. Auch hierbei spielte Konrad Biesalski eine wesentliche Rolle. Er übertrug das erfolgreiche Modell der Rehabilitation der Kinder auf die Kriegsbeschädigten. Das Schlagwort, aus Almosenempfängern werden Steuerzahler, gelte auch für die „Kriegskrüppel“. Die verkrüppelten Soldaten hätten einen Anspruch auf Arbeit, es sei die Aufgabe der Krüppelfürsorge, sie dafür „so tauglich wie nur möglich zu machen und ihnen die Tore zu den Arbeitsstätten“ zu öffnen. Nach Ansicht Biesalskis sollte das „jammervolle und unwürdige Bild des kriegsinvaliden Leierkastenmannes“¹⁰ von der Straße verschwinden.

Ziel der staatlich organisierten zivilen „Kriegsinvalidenfürsorge“ war es, invalide oder gesundheitlich beeinträchtigte Kriegsteilnehmer „unter Sicherstellung der bestmöglichen Heilbehandlung und unter Berücksichtigung ihrer persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse zu vollgültigen Gliedern des wirtschaftlichen Lebens zu machen“¹¹. Um diese Ziele umzusetzen wurden Fürsorgestellen geschaffen, denen folgende Aufgaben zugewiesen wurden:

- Weitergewährung der Heilbehandlung
- Berufsberatung
- Berufsausbildung und Einrichtung von Lehrkursen
- Arbeitsvermittlung
- Ansiedlung Invaliden auf dem „platten Lande“
- Fürsorge für die Familie des Invaliden, vor allem die Wohnungsfürsorge
- planmäßige Aufklärung der Bevölkerung über das Ziel der Invalidenfürsorge¹².

Bei manchen Kriegsbeschädigten bedurfte es einer gewissen Überzeugungsarbeit, bevor sie bereit waren, die Integrationsangebote anzunehmen. Im September 1915 wurde in einem Gemeinschaftserlass¹³ der preußischen Ministerien festgestellt, „daß Kriegsinvaliden aus Besorgnis, in ihren Versorgungsansprüchen verkürzt zu werden, der Berufsschulung oder Berufsanpassung einen gewissen Widerstand entgegensetzten oder auch die Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit“ hinausschöben.

Durch die große Zahl der Kriegsbeschädigten wurde das Nachkriegsdeutschland vor völlig neue sozialpolitische Aufgaben gestellt. 1920 wurden 1 537 000 anerkannte Kriegsbeschädigte ermittelt. Nachdem die Leichtbeschädigten mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10–20% bis 1923 abgefunden worden waren, blieben im Oktober 1924 720 931 Invaliden übrig. Die Anzahl sollte in den nächsten Jahren durch gesund-

¹⁰ Biesalski, K.: Wie helfen wir unseren Kriegskrüppeln. In: Zschr. Krüppelfürs. 7 1914, S. 286.

¹¹ Kriegsinvalidenfürsorge. Erlass des Innenministeriums vom 10. 5. 1915. In: Concordia 22 1915, S. 177–181, hier S. 179.

¹² Ebenda, S. 179–181.

¹³ Kriegsinvalidenfürsorge. Erlass der preußischen Ministerien vom 8. 9. 1915. In: GStA Dahlem Rep 151 IC Nr. 11718, Bd. 1, S. 2 d. Erlasses.

heitliche Spätfolgen eher noch etwas zunehmen. Im Mai 1930 erhielten 839 396 Personen eine Kriegbeschädigtenrente, bis August 1938 reduzierte sich der Bestand leicht auf 770 595 Personen¹⁴.

Gesetzgeberisch sollte sich das Frühjahr 1920 als außerordentlich produktiv und historisch prägend erweisen. Am 20. Mai wurde das Preußische Krüppelfürsorgegesetz verabschiedet, ein Rehabilitationsgesetz für Kinder und Jugendliche, das allen Körperbehinderten bis zum 15. Lebensjahr unentgeltliche medizinische Behandlung, pädagogische Förderung, Beschulung und eine Berufsausbildung garantierte. Wie bereits angedeutet, wäre das Gesetz unter Friedensbedingungen bereits früher verabschiedet worden. Das Gesetz kann als bahnbrechend bezeichnet werden, weltweit gab es hierfür keine Vorbilder, inhaltlich wirkte es bis zur Verabschiedung des Körperbehindertengesetzes im Jahre 1957 nach. Wenige Tage zuvor, am 12. Mai war das Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigung (Reichsversorgungsgesetz, RVG)¹⁵ verabschiedet worden. Über die Höhe der Renten hatten die Versorgungsämter zu entscheiden. Um die Motivation der Kriegbeschädigten zur Arbeitsaufnahme nicht zu beeinträchtigen, wurden die Renten nicht auf das Arbeitseinkommen angerechnet. Neben dem Anspruch auf Versorgung, Heilbehandlung und Krankengeld hatte der Kriegsbeschädigte „Anspruch auf unentgeltliche berufliche Ausbildung zur Wiedergewinnung oder Erhöhung der Erwerbsfähigkeit“. Über den Anspruch hatte die Hauptfürsorgestelle zu entscheiden, die verpflichtet wurde, den Beschädigten „bei der Wahl eines geeigneten Berufs, bei der Berufsausübung und bei der Unterbringung im Erwerbsleben beizustehen“¹⁶. Auch dieses Gesetz wirkt bis heute nach. Die Grundstrukturen wurden vom Bundesversorgungsgesetz des Jahres 1952 übernommen, selbst im SGB IX finden sich Elemente des Gesetzes wieder.

Um den Betrieben Anreize für die Einstellung Kriegsinvaliden zu geben, wurde den Arbeitgebern Anfang 1919 aufgegeben, 1% der Arbeitsplätze mit Kriegsbeschädigten oder zivilen Schwerbehinderten (MdE über 50%) zu besetzen¹⁷. Am 6. April 1920 wurde das „Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter“¹⁸ verabschiedet, es eröffnete die Möglichkeit, Leichtbeschädigte mit Schwerbeschädigten gleichzustellen. Das Gesetz richtete

¹⁴ Bundesregierung (Hrsg.): Die Versorgung der Kriegopfer in der Bundesrepublik Deutschland. (Das Bundesversorgungsgesetz) Stand 30. 9. 1952. Köln, Bonn, o. J. S. 15.

¹⁵ RGBl. S. 989, Eine sehr prägnante und kenntnisreiche Darstellung gibt H. H. Cramer: Das Schwerbehindertengesetz [...] wie Anm. 2, S. 1–4. Vgl. Stolleis, M.: Historische Grundlagen der Sozialpolitik in Deutschland bis 1945. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Nomos, Baden-Baden 2001, Bd. 1, S. 272–275.

¹⁶ Vgl. Das Reichsversorgungsgesetz (R.V.G.) vom 12. Mai 1920 in der Fassung vom 31. Juli 1925. Mittler & Sohn, Berlin 1925, S. 14.

¹⁷ RGBl. S. 28, Verordnung vom 9. 1. 1919.

¹⁸ RGBl. S. 458, Gesetz vom 6. 4. 1920.

die Funktion des Vertrauensmannes der Schwerbeschädigten ein und verbesserte den Kündigungsschutz für Schwerbehinderte. Vor einer Kündigung war die Einwilligung der Hauptfürsorgestellten einzuholen. Eine novellierte Fassung des Gesetzes trat 1923 in Kraft. Eine Verordnung des Reichsarbeitsministers legte die Schwerbehindertenquote im Jahre 1924 auf 2% fest, eine Regelung, die bis 1945 Bestand hatte.

Nachdem bereits im September 1920¹⁹ durch Verordnung eine „Knochensteuer“ erlassen worden war, erschien 1921 die erste Fassung der „Anhaltspunkte für die ärztliche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nach dem RVG“²⁰.

H. H. Cramer zog eine erfolgreiche Bilanz: „Aufgrund der Schwerbeschädigtengesetzes 1923, das als eines der besten sozialpolitischen Gesetze nach dem 1. Weltkrieg gilt, gelang es trotz Wirtschaftskrisen die schwerbeschädigten Kriegsoffer, deren Zahl bis zum Jahre 1930 auf 350 000 angestiegen war, und rund 100 000 schwerbeschädigte Arbeitsopfer fast restlos in Arbeit zu bringen“²¹.

Häufig war die berufliche Integration und Weiterbildung der Beschädigten mit einem sozialen Aufstieg²² verbunden. Die Möglichkeit, Renten zu kapitalisieren, um Grund zum Zwecke des Eigenheimbaus zu erwerben, unterstützte diese Tendenz, die sich bei den Beschädigten des 2. Weltkrieges wiederholen sollte.

■ „Wertvolle“ und „minderwertige“ Menschen mit Behinderungen – Sozialdarwinismus und Weltwirtschaftskrise prägen die sozialpolitische Diskussion

Als Ende der zwanziger Jahre die Weltwirtschaftskrise auch Deutschland in eine schwere Depression stürzte, kürzten die Kommunen und Armenverbände ihre Zahlungen und hinterfragten die Notwendigkeit der Anstaltsunterbringung. Schon seit dem 1. Weltkrieg wurden immer wieder Kosten-Nutzen-Rechnungen zu Leben und Betreuung von behinderten Menschen veröffentlicht, ohne allerdings eine wesentliche politische Bedeutung zu erlangen. Mit der verschlechterten Wirtschaftslage gewannen diese Untersuchungen rasch praktische Bedeutung. „Was kosten die minderwertigen Elemente Staat und Gesellschaft?“, fragte schon 1913 der Hygieniker Ignaz Kaup²³. Selbst die in der Rehabilitation behinderter Menschen tätigen Ärzte und die damalige Fachgesellschaft, die Deutsche Vereinigung für Krüppel-

¹⁹ RGBL., S. 1633.

²⁰ Göpfert, H. Die Militärversorgung [...] S. 34–49 des vorliegenden Bandes.

²¹ H. H. Cramer: Das Schwerbehindertengesetz. Wie Anm. 2, S. 4.

²² Kieditz, E.: Der Schwerbeschädigte in der Eisen und Metallindustrie. In: Ders. (Hrsg.): Die Beschäftigung von Schwerbeschädigten in der Eisen und Metallindustrie. Hannover o. J. (1940).

²³ Kaup, I.: Was kosten die minderwertigen Elemente Staat und Gesellschaft? In: Arch.RassGes.biol. 10 1913, S. 723–748.

fürsorge, konnten sich den drängenden wirtschaftlichen Problemen und ideologischen Strömungen nicht entziehen. Sozialdarwinistisches Gedankengut war weit verbreitet. Eine ökonomische Argumentation wurde von Vertretern der Rehabilitation immer dann bemüht, wenn die Mittel knapp wurden. Sie diente vor allem, um nachzuweisen, dass die Fürsorge nicht Menschen galt, die als „minderwertig“ anzusehen seien. So dürften Körperbehinderte nicht mit „Geisteskranken“ verglichen werden. Biesalski spitzte diese Argumentation zu, als 1916 240 Kinder im Oskar-Helene-Heim wegen zu geringer Nahrungsmittelzuwendung hungerten:

„Es ist deshalb in keiner Weise gerechtfertigt, diese Schwerkranken [...] hintenan[zu]stellen, weil sie etwa für die Allgemeinheit wertloses Menschenmaterial darstellen, wie etwa Epileptiker, Idioten u. dergl. Ganz im Gegenteil, die Kinder kommen zu uns, um durch Klinik, Schule und Handwerkslehre wieder erwerbsfähig zu werden, was auch in den meisten Fällen gelingt“²⁴.

Die Trennung der Behinderten in „wertvolle“ und „minderwertige“ entsprach einer weit verbreiteten Einstellung, die nicht retrospektiv als Zustimmung zur Vernichtung gedeutet werden darf. Allerdings wurden die Grenzen fließend, wenn das Lebensrecht von Menschen mit Behinderungen zur Disposition stand. Der Wiener Orthopäde Hans Spitzzy vertrat 1925 die Ansicht, dass „schwere und schwerste Grade“ der Behinderung Menschen von einer medizinischen Rehabilitation ausschließen. Besonders negativ bewertete er Intelligenzmängel: „Langwierige Korrekturen bei geistig vollständig minderwertigen Kindern haben keinen Zweck. Für diese kommt, solange die bisherigen Ansichten über Humanität bestehen, nur eine lebenslängliche Dauerversorgung in entsprechenden Anstalten in Betracht“²⁵. Was aber würde passieren, wenn sich die „Ansichten über Humanität“ änderten?

Die wirtschaftliche Beweisführung gefährdete insbesondere die seelisch und geistig Behinderten wie auch die körperlich sehr schwer behinderten Menschen. Je stärker der materielle Wert der zu rehabilitierenden Körperbehinderten betont wurde, um so „minderwertiger“ mussten die anderen Behinderten erscheinen. Sie konnten nicht mit dem gleichen Erfolg wie die Körperbehinderten in den Arbeitsprozess integriert werden. Die materielle Argumentation wurde später von den Nationalsozialisten übernommen und ausgebaut.

Die Weltwirtschaftskrise erschütterte das soziale System der Weimarer Republik schwer. Die drastischen Kürzungen der Wohlfahrtsverbände gefährdeten auch die Existenz der Kliniken und Heime. In dieser Situation sahen sich die Ärzte zum Gegensteuern gezwungen. So verabschiedeten die Orthopädische Gesellschaft und die Vereinigung für Krüppelfürsorge ein

²⁴ Brief Biesalskis an den Preußischen Innenminister vom 14. 7. 1917. GeStaA Dahlem, Medizinal-Abteilung, Rep. VIII B 1677.

²⁵ Spitzzy, H.: Über die Einschränkung geistiger und körperlicher Fähigkeiten beim verkrüppelten Kinde. In EOS 17 1925, S. 71.

Notprogramm, um wenigstens den Kernbereich der Einrichtungen zu sichern. Gemäß dem Notprogramm sollten öffentliche Gelder künftig nur noch denjenigen „hilfsbedürftigen Krüppeln“ zur Verfügung gestellt werden, die wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren waren. Ausdrücklich hieß es:

„Als erwerbsfähig sollen nur solche Personen gelten, welche die seelisch-geistige sowie körperlich-technische Fähigkeit besitzen, sich selbst den notdürftigen Lebensbedarf durch Arbeit zu verschaffen. Es gehört demnach nicht zu den Aufgaben der Krüppelfürsorge, die Fürsorge für alte, gebrechliche Personen, unheilbar kranke (sieche) Erwachsene (z. B. gelähmte infolge Schlaganfalles, Tabes dorsalis u. a.), bildungsunfähige Krüppel, schwachbegabte Krüppel bei körperlicher Behinderung stärkeren Grades“²⁶.

Die Konzentration auf heilbare Kranke grenzte einen großen Teil der Behinderten von der öffentlichen Fürsorge aus. Innerhalb der Körperbehinderten wurde die zunehmende Ausgrenzung vor allem der geistig behinderten Menschen mit Zustimmung aufgenommen. Die Differenzierung wurde bereits 1926 von dem Begründer der Selbsthilfebewegung der Körperbehinderten, Otto Perl gefordert, er wollte den „geistig selbständigen Krüppel“ von dem „geistig unnormalen“ trennen. „Normale und Idioten“²⁷ sollten voneinander geschieden werden.

Derartige Gedanken fanden ihren Nährboden in der rassenhygienischen Bewegung, die sich seit der Jahrhundertwende in Europa und den Vereinigten Staaten ausgebreitet hatte. Sie beruhte auf der sozialdarwinistischen Annahme, dass die Kultur und insbesondere die Medizin die natürliche Auslese behinderten. Die Behandlung von Krankheit und Behinderung fördere „minderwertige“ Menschen, die sich sonst nicht fortpflanzen könnten. Im Laufe der Zeit verringerten sich die „wertvollen“ Erbanlagen einer Gesellschaft, die dadurch dem sicheren Untergang entgegengehe. Als wirksames Mittel wurde die Eugenik angesehen. Man unterschied eine positive Eugenik, die die Vermehrung der „wertvollen“ Teile der Bevölkerung zum Ziel hatte, von der negativen Eugenik. Diese sollte die Fortpflanzung „Minderwertiger“ so weit als möglich unterbinden. Als geeignetes Mittel erschien die Sterilisation der „Minderwertigen“. Der preußische Staatsrat Dr. med. Struve fasste die sozialdarwinistische Perspektive 1932 prägnant in einem Satz zusammen:

„Wir müssen nun auch das Jäten und Roden lernen. Warum sollen Erbkrankte immer wieder ungehemmt neue Erbkrankte erzeugen? Hier erwachsen aus einer völlig veränderten Wirtschaftslage [...] neue Verpflichtungen“²⁸.

²⁶ Notprogramm für die Krüppelfürsorge. In: Zschr. Krüppelfürs. 24 1931, S. 3.

²⁷ Perl, O.: Auswählende Krüppelfürsorge. In: Ethik 12 1935, S. 247–252, hier, S. 249.

²⁸ Eugenische Materialien für die Beratung im Gemeindeausschuß. Bundesarchiv Koblenz R 86–2371.

■ 1933–1945: Zwischen Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials und der Ermordung behinderter Menschen

Schon vor Machtantritt Adolf Hitlers standen die Zeichen auf Sturm. 1932 verabschiedete der preußische Landesgesundheitsrat einen Gesetzentwurf, der die Sterilisierung bei „Erbkrankheiten“ auf freiwilliger Basis ermöglichen sollte. Die nationalsozialistische Regierung übernahm den Entwurf, veränderte ihn nur geringfügig und machte aus der Kann- eine Sollbestimmung²⁹. Danach waren Menschen mit folgenden Leiden zu sterilisieren: angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressivem Irresein, erblicher Fallsucht, erblichem Veitstanz, erblicher Blindheit, erblicher Taubheit, schwerer erblicher körperlicher Mißbildung. Darüber hinaus war eine Unfruchtbarmachung bei schwerem Alkoholismus möglich.

Die Nationalsozialisten setzten die schon seit langem geforderte differenzierte Fürsorge um. Die sozialen Leistungen sollten der „erbgesunden“ und leistungsfähigen Familie zugute kommen, während „eine Verminderung der Lasten [Ausgaben] für Minderwertige und Asoziale“ angestrebt wurde. Reichsminister Wilhelm Frick umschrieb das Programm der kommenden zwölf Jahre mit den Worten:

„Wie sehr die Ausgaben für Minderwertige, Asoziale, Kranke, Schwachsinnige, Geisteskranke, Krüppel und Verbrecher heute das Maß dessen überschreiten, was wir unserer schwer um ihre Existenz ringende Bevölkerung zumuten dürften, ersehen wir aus den Kosten, die heute [...] zu ihrer Versorgung aufgebracht werden müssen. [...] Es kostet der Geisteskranke etwa 4 RM den Tag, [...] der Krüppel [...] 5 bis 6 RM, während der ungelehrte Arbeiter nur etwa 2,52 RM, der Angestellte 3,60 RM, der untere Beamte etwa 4 RM. den Tag zur Verfügung haben. Das sind Folgen einer übertriebenen Fürsorge für das Einzelindividuum [...]“³⁰.

Anfänglich sah es so aus, als richte sich die nationalsozialistische Politik unterschiedslos gegen alle Gruppen behinderter Menschen. Am stärksten betroffen waren Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen und Personen, die unter Mehrfachbehinderungen litten. Das Sterilisierungsgesetz hatte den Rahmen für die Unfruchtbarmachung von über 300 000 Menschen geschaffen. Mehr als 100 000 Menschen wurden im Rahmen der Euthanasie ermordet. Diejenigen psychiatrischen Heiminsassen, die nicht den Mordaktionen zum Opfer fielen, mussten vielfach Hunger leiden, da den stationären Einrichtungen die Pflegesätze so stark gekürzt worden waren, dass nicht einmal ausreichende Nahrung beschafft werden konnte.

Da die Körperbehinderten mit relativ geringen Mitteln zu rehabilitieren waren und beruflich leicht eingesetzt werden konnten, bemühten sich Heimleitungen und Ärzte, die Nationalsozialisten und die Öffentlichkeit da-

²⁹ Gütt, A.; Rüdin, E.; Ruttke, F. Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen. Lehmanns, München 1934.

³⁰ Frick, [W.]: Bevölkerungs- und Rassenpolitik. In: Unverricht, E. (Hrsg.): Unsere Zeit und wir. Gauting o. J. (ca. 1933), S. 103.

von zu überzeugen, Leistungen für Körperbehinderte nicht einzuschränken. Der Crimmitschauer Stadtmedizinalrat Hebel³¹ untersuchte zu diesem Zweck alle Fälle, die in den vorangegangenen sieben Jahren auf Kosten des Wohlfahrtsamtes klinisch behandelt worden waren. Er kam zu dem Ergebnis, dass den Ausgaben von 64790 M ein Gewinn von 1123250 M gegenüberstehe. Dieses Ergebnis beruhte auf der Berechnung der sonst brachliegenden Arbeitsleistung der Behinderten und der aufzubringenden Sozialausgaben. Hebel hoffte, dass seine Berechnung den „gebotenen Widerhall finden“ würden, um „damit Mittel für die Krüppelfürsorge wieder flüssig“ zu machen. Die Betonung der wirtschaftlichen Aspekte verfehlte nicht ihre Wirkung. Im NS-Volksdienst wies Hebestreit³² darauf hin, dass 75–80% aller Krüppelleiden erst nach der Geburt erworben würden und die Erkrankten wertvolle Erbeigenschaften besäßen. Die Heilungsaussichten seien günstig. Hebestreit empfahl den Ausbau der Mütter- und Säuglingsberatungsstellen, um körperliche Leiden frühzeitig zu erkennen und rasch zu therapieren. Längere Behandlungen sollten weiterhin in den Krüppelheimen erfolgen, die besser als „Entkrüppelungsheime“ zu bezeichnen wären. Er beklagte, dass man „aus missverstandenen Auffassungen Maßnahmen der produktiven Krüppelfürsorge abgebaut“ habe.

Parallel dazu erschienen in Fachzeitschriften Kommentare und Abhandlungen, die den Nutzen der medizinischen Behandlung und der Berufsausbildung der „Krüppel“ betonten und die Körperbehinderten gegen dem Vorwurf der Minderwertigkeit in Schutz nahmen. Innerhalb relativ kurzer Zeit korrigierten die übergeordneten Behörden das von der Propaganda gezeichnete negative Bild körperbehinderter Menschen. Die wirtschaftlichen, demographischen und militärischen Rahmenbedingungen begünstigten ihre Integration. Anlässlich einer Sitzung kommunaler Sachbearbeiter für Krüppelfürsorge, die am 12. Oktober 1937³³ stattfand, wurden drei wesentliche Argumente für die medizinische Behandlung und Ausbildung der Körperbehinderten genannt:

- die weitgehende Beseitigung der Arbeitslosigkeit habe zu einer erhöhten Aufnahmbereitschaft des Arbeitsmarktes geführt
- der Geburtenrückgang in den Jahren 1922–1933
- die Notwendigkeit einer „vermehrte[n] Einspannung gesunder jugendlicher Kräfte bei Arbeitsdienst und Wehrmacht“.

³¹ Hebel, [Stadtmedizinalrat]: Ist Krüppelfürsorge wirtschaftlich? In: Zschr. Krüppelfürs. 26 1933, S. 152–155, hier S. 154.

³² W. R.: Referat Über: Hebestreit: Wie weit ist heute noch Krüppelfürsorge berechtigt? [NS-Volksdienst 2. Heft 3 1934] In: Zschr. Krüppelfürs. 28 1935, S. 50–51.

³³ Deutscher Gemeindetag. Sitzung der Sachbearbeiter der Krüppelfürsorge am 12. 11. 1937. Referat, gez. Sack: „Unterbringung der Körperbehinderten in den handwerklichen Berufen“. Bundesarchiv Koblenz, Dt. Gemeindetag, R 36/1789. Dabei wurden die Grundlagen der nationalsozialistischen Sozialpolitik nicht verlassen. Der Referent betonte, „... daß bei der Behandlung des ganzen Fragenkomplexes stets darauf geachtet wird, ob es sich bei den körperbehinderten Jugendlichen um Mitglieder sozial wertvoller Familien handelt.“

Bis 1945 stand die Rehabilitation Körperbehinderter im Dienst der restlosen Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials.

■ Der Begriff „Körperbehinderter“ – Zeichen der zunehmenden Integration

Da der Nutzen der Rehabilitation Körperbehinderter unübersehbar war, blieben die Fürsorgeeinrichtungen für diese Personengruppe weitgehend erhalten. Zugleich wurden Körperbehinderte im Vergleich mit anderen, im Sterilisierungsgesetz erwähnten Gruppen nur relativ selten unfruchtbar gemacht. Bei genauerer Betrachtung lassen sich sogar Bemühungen um eine Integration erkennen. Die Kehrtwende der nationalsozialistischen Politik gegenüber Personen mit körperlichen Fehlbildungen kommt in der Abkehr vom Wort „Krüppel“ zum Ausdruck.

Bereits seit dem 1. Weltkrieg setzten sich die Körperbehinderten für eine Abschaffung des diskriminierenden Wortes ein. Am 10. April 1919 gründete sich der „Bund zur Förderung der Selbsthilfe der Körperbehinderten“, der nach einem seiner Initiatoren „Perl-Bund“ genannt wurde. Die Bezeichnung „Behinderter“ entbehrte des abwertenden Beigeschmacks des Wortes „Krüppel“. Durch den Zusatz des Adjektivs „körperlich“ wiesen die Begründer des Vereins, Otto Perl und Hans Förster, darauf hin, dass ihnen nur ein „äußeres Leiden anhaftete, sie innerlich jedoch ebenso wertvoll wie die Nichtbehinderten“ seien. Die Umschreibung „körperlich behindert“ zielte auf eine Abgrenzung gegenüber anderen Leistungseingeschränkten, vor allem den geistig Behinderten. Diese Differenzierung entsprach der innerhalb der Krüppelfürsorge gebräuchlichen Einteilung in „Vollwertige“, „Teilnutzbare“ und „Unwertige“, d. h. „Sieche“. Gleichzeitig nahm sie die „wertvollen“ Körperbehinderten von der sozialdarwinistischen Kritik aus, während die „minderwertigen“ geistig Behinderten schutzlos zurückblieben.

Die Mitglieder des Otto Perl-Bundes fühlten sich durch die nationalsozialistische Gesundheitspolitik bestätigt. Die Gründung ihres Bundes diente unter anderem dazu, die Unterschiede zwischen den Behinderten zu unterstreichen. Statt „Objekt der Fürsorge“ zu sein, wollten sie die ihnen verbliebenen Fähigkeiten in den Dienst des Dritten Reiches stellen. In den Augen von Perl bestätigte der Nationalsozialismus die Richtigkeit der Wortwahl „körperbehindert“. 1935, zu einem Zeitpunkt, als die Zwangssterilisierung der geistig und seelisch Behinderten ihrem Höhepunkt zustrebte, vertrat Perl erneut die Anschauung, dass der Name Körperbehinderter „der Forderung nach einer auswählenden Fürsorge, die die geistig vollwertigen von den geisteschwachen und pervers veranlagten Gebrechlichen trennt“, Rechnung trage.

Die nationalsozialistische Bewegung und der Staat griffen die von Perl vorgegebene Sprachregelung auf. Die Verwendung des Wortes Körperbehinderter ermöglichte es, die „erbgesunden und wertvollen Volksgenossen“ von den „Minderwertigen“ zu trennen. Ärzte und Mitarbeiter von Krüppelheimen sahen in der Differenzierung eine Chance, negative Konsequenzen

für ihre Patienten abzuwenden, und betonten immer wieder den wirtschaftlich und sozial produktiven Charakter der Körperbehindertenfürsorge. Die Schwerstbehinderten wurden den Siechen zugerechnet oder in die Obhut der Psychiater verwiesen. Die verbleibenden Körperbehinderten waren durch die Sterilisierungen oder die Euthanasiamorde kaum gefährdet.

In der medizinischen Fachpresse und dem offiziellen Sprachgebrauch von Ministerien und Kommunen setzte sich der Begriff „Körperbehinderter“ durch. Im Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 taucht die Bezeichnung „Krüppelfürsorge“ nicht mehr auf. Die „Fürsorge für körperlich Behinderte“ wurde den Gesundheitsämtern zugeordnet. Die längst überfällige Beseitigung des Schimpfwortes „Krüppel“ war ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer Integration der Körperbehinderten. Gleichzeitig verschlechterte sich die Situation für diejenigen Behinderten, die nicht in das Erwerbsleben integriert werden konnten. Sie wurden aus der produktiven Fürsorge ausgegrenzt. Mit Hilfe von Richtlinien wurde eine „scharfe Abwägung“ vorgenommen, hilfsbedürftigen Personen gegenüber sollte nur eine „möglichst billige Pflege und Bewahrung zur Verfügung gestellt werden“. Hierzu gehörten z.B. Personen mit halb- und doppelseitigen Krampflähmungen, Bluterleiden, stark deformierenden chronischen Prozessen an den Extremitäten und der Wirbelsäule und schwerem fortschreitenden Gelenkrheumatismus.

1934 wurde der Perl-Bund aufgewertet und offiziell anerkannt. Er wurde in „Reichsbund der Körperbehinderten“ umbenannt und in die NS-Volkswohlfahrt eingegliedert. Zu seinen Aufgaben gehörte die organisatorische Erfassung der Behinderten, ihre weltanschauliche Beeinflussung, die Stärkung des Gesundheits- und Arbeitswillen der Mitglieder und die Überführung der ausgebildeten Körperbehinderten in das Wirtschaftsleben. Für die leistungsfähigen körperlich Behinderten brachte das NS-Regime Vorteile:

Sie wurden vom Objekt zum Subjekt der Sozialpolitik. Die Integration der Behinderten wurde vorangetrieben; in den Anstalten entstanden Hitlerjugend- und Bund deutscher Mädel-Gruppen. Innerhalb der HJ wurde ein Bann K (Körperbehinderte) eingerichtet. Nach einem Abkommen zwischen dem Reichsjugendführer Baldur von Schirach und dem Reichsverwalter des Reichsbundes der Körperbehinderten Hellmut Neubert erhielten die körperbehinderten Jugendlichen das Recht eingeräumt, in die NSDAP beizutreten³⁴. Am 5. Februar 1937 wurde der Bann K aufgelöst und die Jugendlichen in andere HJ-Gruppen aufgenommen.

Für die Kriegsbeschädigten des 1. Weltkrieges änderte sich nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten nur wenig. H. Göpfert³⁵ wies darauf hin, dass für die unterschiedlichen Schweregrade der Beeinträchtigung vier Versehrtenstufen eingerichtet wurden, die sich an der Höhe der MdE orientierten. Bereits kurz nach Kriegsbeginn lässt sich eine Tendenz erken-

³⁴ Verfügung über die Eingliederung der körperbehinderten Jugendlichen in die Hitler-Jugend. Abgedruckt in: Der Krüppelführer 9 1936, S. 110–111.

³⁵ S. 39 des vorliegenden Buches.

nen, die darauf gerichtet war, Kriegsbeschädigte so rasch wie möglich beruflich zu integrieren. Nach dem Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsgesetz vom 26. August 1938 war eine spezielle Berufsbetreuung vorgesehen³⁶. Mit der Berufsberatung und -steuerung wurden Wehrmachtsfürsorgeoffiziere betreuert. Die Berufsberatung der Schwerverwundeten sollte in „Gegenwart des Chefarztes oder leitenden Arztes des Lazarettes unter Hinzuziehung der Berufsberater des Arbeitsamtes und eines Vertreters des Hauptfürsorgeamtes“ stattfinden. Bewährt hatte sich die Teilnahme des Leiters der Heeresfachschulen und eines Sachverständigen für landwirtschaftliche Arbeit. Ziel der Berufsbetreuung war, keinen Schwerversehrten aus der Wehrmacht zu entlassen, dessen neuer Arbeitsplatz nicht gesichert war. 1943 wurde das Ziel angesichts der geringen Zahlen der ausscheidenden Soldaten und des hohen Arbeitskräftebedarfs ohne große Schwierigkeiten erreicht. Der Orthopäde Max Lange dachte schon an das Ende des Krieges: „Eine große Bedeutung gewinnt diese Frage wieder nach Beendigung des Krieges. Hier muss die Berufsbetreuung ganz groß eingeschaltet werden, um die Versehrten an den richtigern Arbeitsplätzen einzusetzen und den Versehrten ihren Platz schon vor der Entlassung zu sichern“³⁷.

■ 1945–1956: Integration der Kriegsbeschädigten

Die Nationalsozialisten wussten, dass der von ihnen begonnene Krieg wiederum eine große Zahl von Kriegsbeschädigten hinterlassen würde:

„Die Waffen, welche den Sieg erringen sollen, reißen auch Lücken in die eigenen Reihen, denn auch der Feind benutzt sie, Kampf ohne Blutopfer ist unmöglich. Was liegt da näher als die Fürsorge für die Opfer, für die Kriegsverletzten. Sie haben sich vor ihre Heimat gestellt und ihr Leben in selbstloser Opferbereitschaft für ihr Volk eingesetzt. Die Heimat hat ihnen zu danken und bei jedem einzelnen den Schaden wiedergutzumachen, soweit das irgend möglich ist“³⁸.

Als diese Zeilen kurz nach Kriegsbeginn geschrieben wurden, konnte man das Ausmaß der kommenden Katastrophe nicht erahnen. Mehr als fünf Millionen³⁹ deutsche Staatsbürger verloren im 2. Weltkrieg ihr Leben. Im Jahre 1952 waren in den Westzonen 1 514 168 Personen⁴⁰ mit einer MdE zwischen 30% und 100% als Kriegsbeschädigte anerkannt. Darunter waren mehr als 650 000 Schwerbehinderte⁴¹ (MdE über 50%). Rechnete man die Zivilbeschä-

³⁶ Lange, M.: *Kriegsorthopädie*. Enke, Stuttgart 1943, S. 402–411.

³⁷ Ebenda, S. 405.

³⁸ Kieditz E.: *Der Schwerbeschädigte in [...] wie Anm. 22, S. VII.*

³⁹ Hudemann, R.: *Sozialpolitik im deutschen Südwesten zwischen Tradition und Neuordnung 1945–1953*. Hase & Koehler, Mainz 1988, S. 517.

⁴⁰ Ebenda, S. 515.

⁴¹ Ebenda, S. 527.

digten hinzu, so waren ungefähr 900 000 Menschen schwerbehindert⁴². Bis 1945 galten für die Kriegsbeschädigten die gesetzlichen Regelungen des Reichsversorgungsgesetzes (in der Fassung vom 1. April 1939). Nach Ende des Krieges war unklar, was mit den Kriegsbeschädigten geschehen sollte. Zacher verwies darauf, dass die Kriegsoferversorgung durch den Übergang der Staatsgewalt auf die Besatzungsmächte zunächst „negativ betroffen“ waren. Die Alliierten lösten die Nationalsozialistische Kriegsoferversorgung (NSKOV) auf. Allerdings konnten sie sich nicht auf ein einheitliches Vorgehen einigen. Im Frühsommer 1945 untersagte die amerikanische Militärregierung jegliche Auszahlung von Militärrenten und -unterstützungen. Bis zum Herbst 1945 waren die Leistungen für Kriegsoffer und die organisatorischen Strukturen der KOV weitgehend beseitigt⁴³. Die Kriegsoferversorgung wurde der Sozialversicherung zugeordnet, die Versorgungsverwaltung in die Landesversicherungsanstalten integriert. Damit waren die Kriegsoffer den Zivilbeschädigten gleichgestellt. Akten über die Dienstzeiten der Soldaten sollten vernichtet werden. Alle Ansprüche von ehemaligen Soldaten waren gegenüber dem Rentenversicherungsträger geltend zu machen. Lediglich in der französischen Besatzungszone blieb die Versorgungsverwaltung erhalten, die Kriegsbeschädigten erhielten weiterhin ihre Renten.

Im Kontrollrat wurde über die Versorgung der Kriegsoffer hart gerungen. Als Adenauer und Schumacher die künftige Kriegsoferversorgung auf einer Sitzung des Zonenbeirates Mitte 1946 erörtern wollten, da wurde dies von der britischen Militärregierung unterbunden. Allein 1946 entstanden fünf Entwürfe, an deren Entstehung die Besatzungsmächte wichtigen Anteil nahmen. Eine Sonderversorgung der Kriegsbeschädigten wurde als „militaristisch“ abgelehnt, der Begriff des „Kriegsbeschädigten“ wurde tabuisiert. 1946 wurde ein spezielles Gesetz für Kriegsbeschädigte für „undenkbar“ gehalten, eine Regelung sei nur in einem allgemeinen Körperbehindertengesetz möglich. Der Begriff der Versorgung wurde gestrichen. Nach langen und kontroversen Diskussionen verabschiedete der Länderrat am 9. September 1947 das Körperbeschädigten-Leistungsgesetz als Landesgesetz. Damit wurden die Kriegsoffer denjenigen Personen gleichgestellt, die von Arbeitsunfällen betroffen waren. Einkünfte aus Einkommen waren anzurechnen, die Rente betrug, je nach dem Grad der Beschädigung, 10–40 RM. Entschädigt wurde ab einer MdE von 30% (in Bayern ab einer MdE von 40%). Immerhin beschloss der Kontrollrat gegen das Votum der Briten im November 1946, dass die deutschen Arbeitsverwaltungen für die verschiedenen Wirtschaftszweige Einstellungsquoten für Behinderte mit einer Erwerbsminderung von mehr als 50% erlassen konnten. Die Arbeitgeber wur-

⁴² Jochheim, K.-A.; Schliehe, F.; Teichmann, H.: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv (Hrsg.): Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Nomos, Baden-Baden 2001, Bd. 2/1, S. 572.

⁴³ Hudemann, R.: Sozialpolitik [...] wie Anm. 39, S. 400.