

## Forum C

Zugang zu Leistungen, Sozialmedizinische Begutachtung, Assessment  
– Diskussionsbeitrag Nr. 8/2012 –

20.08.2012

### **Von der Kriegsbeschädigtenfürsorge zum SGB IX – Anmerkungen zur Geschichte des Rechts für Menschen mit schweren Behinderungen**

*von Prof. Dr. Klaus-Dieter Thomann, Landesarzt für Menschen mit Körperbehinderung*

#### **I. Entwicklung der Rehabilitation und der Rechte schwerbehinderter Menschen**

Das soziale Entschädigungsrecht hat mehr als 80 Jahre lang dazu beigetragen, die Leiden der Menschen zu lindern, deren Integrität und Gesundheit überwiegend im Wehr- und Kriegsdienst geschädigt wurde. Das Entschädigungsrecht hat auch in unruhigen Zeiten dazu beigetragen, den sozialen Frieden zu sichern. 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.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Der Text ist Teil eines umfangreichen Aufsatzes, der in dem Band „Klaus-Dieter Thomann, Eberhard Losch, Petra Nieder (Hrsg.): Begutachtung im Schwerbehindertenrecht (Grundlagen/Begutachtungsrichtlinien/ Versorgungsmedizin-Verordnung“ (ISBN: 978-3-943441-02-4) auf den Seiten 21–66 publiziert ist. Dieser ist außerdem Grundlage eines Vortrages, den der Autor am 14.06.2012 in Frankfurt am Main auf der Tagung „Schwerbehindertenrecht: Erreichtes wahren – die Zukunft gestalten“ gehalten hat. Einen Bericht

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.

#### **II. 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 gezeichnet (Seidler 1988; Stiker 1999; Stadler et al. 2004; Poore 2007). Neben den Kirchen prägten die Hospitäler die Städte der frühen Neuzeit, sie sind Ausdruck praktischer christ-

dieser Tagung finden Sie als Beitrag D12-2012 auf der Seite [www.reha-recht.de](http://www.reha-recht.de).

licher 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. In den Städten nahm die Zahl unversorgter Kranker und Behinderter zu. Menschen mit körperlichen und mentalen Behinderungen fanden hier kaum 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.

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 dafür gewinnen, eine „Krüppelzählung“ im gesamten 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“ könne. Je kürzer und je griffiger Biesalski zu erklären versuchte, was ein Krüppel sei, desto deutlicher trat die ökonomische Komponente hervor. In den Mittelpunkt seiner Argumentation stellte Biesalski den einprägsamen Spruch: „Der Krüppel soll aus einem Almosenempfänger zu einem Steuerzahler werden“ (Biesalski 1910, S. 13).

Nach gründlicher Vorbereitung wurden am 10. Oktober 1906 alle körperbehinderten Kinder bis zum 15. Lebensjahr gezählt.

Die Zählung rückte schlagartig die Situation behinderter Menschen in das Blickfeld der

Öffentlichkeit. Biesalski<sup>2</sup> verfolgte mit ihr sozialpolitische Ziele. Sein Bestreben war es, „aus der Statistik so viel zu machen, als nach Lage der Sache möglich war“.

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.

### III. 1914–1932: Ausbau und Krise des Sozialstaats

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 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.

Durch die große Zahl der Kriegsbeschädigten wurde das Nachkriegsdeutschland vor völlig neue sozialpolitische Aufgaben gestellt. 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

---

<sup>2</sup> Weitere Informationen zum Wirken von Konrad Biesalski finden Sie im Original auf den Seiten 29 und 30.

eine Berufsausbildung garantierte. 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) verabschiedet worden. 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.

Nachdem bereits im September 1920 (RGBl. 1920, S. 1633) auf dem Verordnungsweg eine sogenannte „Knochentaxe“ erlassen worden war, erschien 1921 die erste Fassung der „Anhaltspunkte für die ärztliche Beurteilung der Erwerbsfähigkeit nach dem RVG“. „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.

Die drastischen Kürzungen der finanziellen Ressourcen von Wohlfahrtsverbänden 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 Notprogramm, um wenigstens den Kernbereich der Einrichtungen zu sichern. Die Konzentration auf heilbare Kranke grenzte einen großen Teil der Behinderten von der öffentlichen Fürsorge aus.

#### **IV. 1933–1945: Zwischen Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials und der Ermordung behinderter Menschen**

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 Sollbestimmung (Gütt et al. 1934).

Die Nationalsozialisten setzten die schon seit langem geforderte selektierende Fürsorge um. Die sozialen Leistungen sollten der „erbgesunden“ und leistungsfähigen Familie zu gute kommen, während „eine Verminderung der Lasten [Ausgaben] für Minderwertige und Asoziale“ angestrebt wurde. Anfänglich sah es so aus, als richte sich die nationalsozialistische Politik unterschiedslos gegen alle Gruppen behinderter Menschen.

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 davon zu überzeugen, Leistungen für Körperbehinderte nicht einzuschränken.

Bis 1945 stand die Rehabilitation Körperbehinderter im Dienst der restlosen Ausschöpfung des Arbeitskräftepotentials.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Zum Verlauf der damaligen Diskussion über den Nutzen der Behandlung und die Ausbildung von Körperbehinderten sowie zum Aufkommen des Begriffs „Körperbehinderter“ vgl. im Original S. 39 ff.

## V. 1945–1956: Integration der Kriegsbeschädigten

Bis 1945 galten für die Kriegsbeschädigten die gesetzlichen Regelungen des Reichsversorgungsgesetzes (in der Fassung vom 1. April 1939), doch nach Ende des Krieges blieb offen, was mit den Kriegsbeschädigten geschehen solle. Die Alliierten lösten die Nationalsozialistische Kriegsoferversorgung (NSKOV) auf. Allerdings konnten sie sich nicht auf ein einheitliches Vorgehen einigen<sup>4</sup>. Die Kriegsoferversorgung wurde der Sozialversicherung zugeordnet, die Versorgungsverwaltung in die Landesversicherungsanstalten integriert. Damit waren die Kriegsofener den Zivilbeschädigten gleichgestellt.

Nach der Gründung der Bundesrepublik im Jahre 1949 war der Weg für eine Neuordnung der Kriegsbeschädigtenfürsorge frei. Die Kriegsoferversorgung sollte nur das absolute Existenzminimum der vollständig erwerbsunfähigen Kriegsbeschädigten sichern. Im März 1950 wurde das Bundesgesetz zur Verbesserung von Leistungen an Kriegsofener verabschiedet, im Oktober desselben Jahres das Bundesversorgungsgesetz (BVG)<sup>5</sup>. Das BVG knüpfte an „die bewährten Grundsätze des Reichsversicherungsrechts“ an.

1953 wurde die Schwerbeschädigtenfürsorge vereinheitlicht. Neu eingeführt wurde eine Ausgleichsabgabe. Dank des Wirtschaftsaufschwungs löste sich das Problem der beruflichen Integration der Schwerbehinderten<sup>6</sup>. Gesetzesentwürfe der SPD aus den Jahren 1953 und 1961, in denen vorgesehen war, den geschützten Personenkreis auf

auch die nicht im militärischen Dienst oder durch den Krieg zu Schaden gekommenen Schwerbehinderten auszudehnen, wurden abgelehnt. Das Schwerbeschädigtengesetz müsse als „Kriegsfolgegesetz“ angesehen werden, dessen Zweck es sei, die „körperbeschädigten Kriegsofener möglichst schnell und umfassend in das Wirtschafts- und Arbeitsleben einzugliedern“ (Regierungsentwurf zum Änderungsgesetz 1961; Cramer 1998, S. 6).<sup>7</sup>

Für die Begutachtung und Einschätzung der Kriegsbeschädigten wurden nach Verabschiedung des BVG wiederum „Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen“ durch das Bundesministerium für Arbeit herausgegeben. Die „Anhaltspunkte“ gaben bis Ende 2008 den rechtlich verbindlichen Rahmen der gutachterlichen Einschätzung nach dem Versorgungsrecht und – seit 1974 – auch nach dem Schwerbehindertenrecht vor. Im Januar 2009 trat die anfänglich kaum veränderte „Versorgungsmedizin-Verordnung“ an ihre Stelle.

## VI. 1957–1973: Konzepte der Rehabilitation

1957 veröffentlichte das Bundesministerium für Arbeit einen Band, der dazu dienen sollte, „die weitere allgemeine Entwicklung in der Bundesrepublik zu fördern“. Wenig später erschien eine von dem Neurologen Kurt-Alfons Jochheim verfasste Monographie über die „Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland“. Jochheim setzte sich vehement für die Einführung des Begriffs Rehabilitation ein. Trotz anfänglicher Widerstände setzte sich der Begriff Rehabilitation durch. Die Bezeichnung war umfassender als „Wiedereingliederung“ und zielte auf die soziale und gesellschaftliche Integra-

<sup>4</sup> Vgl. zu den Entwicklungen, die der Auflösung NSKOV in den Besatzungszonen folgten, vgl. im Original S. 44 f.

<sup>5</sup> Vgl. zu den politischen Zielen des Gesetzes im Original S. 46 f.

<sup>6</sup> Zur Bedeutung, die gerade der beruflichen Integration beigemessen wurde vgl. S. 49 f. im Originaltext.

<sup>7</sup> Im Originaltext finden Sie auf den Seiten S. 51 ff. Informationen zur medizinischen Betreuung und den sportlichen sowie politischen Aktivitäten der Kriegsbeschädigten.

tion. Darüber hinaus war sie frei von jeglicher Diskriminierung und historischen Belastung. Der „Rehabilitand“ war Subjekt und musste aktiv den Rehabilitationsprozess unterstützen, dagegen blieb der von der Fürsorge betreute Behinderte ein Objekt gutgemeinter Zuwendung.<sup>8</sup>

## VII. 1974–2001: Entwicklung des Schwerbehindertenrechts bis zum SGB IX

Knapp 30 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs nahm die Sozialpolitik die Vorgaben aus dem gesellschaftlichen Umfeld auf. Die Beschränkung der Aufmerksamkeit auf Körperbehinderte und Kriegsbeschädigte deckte das Spektrum der Aufgaben der Rehabilitation nicht mehr ab (Blumenthal et al. 2009). In der Regierungserklärung vom Oktober 1969 hatte die Bundesregierung angekündigt, Behinderten neue berufliche und gesellschaftliche Chancen zu eröffnen. 1970 legte die Regierung ein „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation der Behinderten“ vor. Wichtigstes Ziel der in Aussicht gestellten Gesetzesnovelle sei es, „allen schutzbedürftigen Behinderten die Hilfen des Schwerbeschädigtengesetzes zu eröffnen“. Deshalb sollten in den geschützten Personenkreis alle Behinderten einbezogen werden, die in ihrer Erwerbsfähigkeit nicht nur vorübergehend um 50 Prozent gemindert waren (Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung 1972, S. 32).

Das „Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ trat am 1. Mai 1974 in Kraft. Es enthielt u. a. die erwähnte Ausweitung des geschützten Personenkreises auf alle Behinderten, der Kündigungsschutz für Behinderte wurde verbessert und das Mitbestimmungsrecht der Betroffenen erweitert.

Die Weiterentwicklung des Schwerbehindertenrechts gestaltete sich nicht konfliktfrei. Anfang der 80er Jahre wurden in der Öffentlichkeit Forderungen nach einer grundlegenden Neugestaltung des Schwerbehindertenrechts erhoben. Ein Regierungsentwurf zum Schwerbehindertenänderungsgesetz sah die Einführung einer zeitlich begrenzten obligatorischen Überprüfung aller Feststellungsbescheide vor, soweit sie lediglich nach Aktenlage erfolgt waren. Nachdem sich der Bundesrat dagegen ausgesprochen hatte, wurde darauf verzichtet, diese Regelung in das Gesetz aufzunehmen.

In den letzten Jahren erfolgte eine Vielzahl von Änderungen an dem Gesetzeswerk. Das am 1. Juli 2001 in Kraft getretene SGB IX übertrug das Benachteiligungsverbot gemäß Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 des Grundgesetzes in die Sozialpolitik. Das Rehabilitationsrecht erfuhr eine Verbesserung und Vereinheitlichung. Das Gesetz stärkte die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Die „Träger der Sozialhilfe“ wurden als gleichberechtigte „Rehabilitationsträger“ anerkannt. Die Leistungsberechtigten erhielten ein Wunsch- und Wahlrecht eingeräumt, die zeitlichen Vorgaben für die Entscheidung über Rehabilitationsanträge wurden wesentlich verkürzt.

Die Bundesregierung berichtete dem Bundestag im Dezember 2004 erstmalig über die Umsetzung des SGB IX. Dabei wurde der Paradigmenwechsel in der Politik für behinderte Menschen betont. Durch die Verlegung des Schwergewichtes auf die Selbstbestimmung und Eigenverantwortung behinderter Menschen habe das SGB IX auch international Vorbildcharakter. Die praktischen Änderungen des Behindertenrechts, insbesondere die Koordinierung der Leistungen der Rehabilitationsträger, und die bürgernahe Umsetzung stehen im Vordergrund des Berichtes. Die Bundesregierung weist auf den engen Zusammenhang des SGB IX mit der internationalen Diskussion um den Behindertenbe-

<sup>8</sup> Der Autor gibt im Original ebenso einen kurzen Überblick über die Entwicklung in der DDR (S. 56)

griff hin.

Die Berücksichtigung der Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beachtet die internationale fachpolitische Diskussion im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICIDH) zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), die nicht mehr die Orientierung an Defiziten, sondern das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen (Partizipation) in den Vordergrund gerückt hat.

Im Bericht weist die Regierung darauf hin, dass die Begutachtung von Anträgen auf Leistungen nach dem SGB IX auf den Kriterien der ICF aufbauen sollte (BT-Drs. 15/4575, S. 3). Im Behindertenbericht 2009 (Bundesregierung 2009) wurde die Anwendung der ICF bei der Feststellung von Behinderungen und der sich daraus ergebenden Leistungsgewährung nicht wieder aufgegriffen.

Nach geltender Rechtslage ist jede Behinderung in Übereinstimmung mit der Versorgungsmedizin-Verordnung zu bewerten. Die Systematik dieser Verordnung beruht bis in die Gegenwart auf den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachtertätigkeit“, einer bald einhundert Jahre alten Gliedertaxe, in der weniger die Funktionsbeeinträchtigung als der ideelle Verlust bewertet wird.<sup>9</sup>

### **VIII. Aufgabe der Zukunft: Erhalt des sozialen Entschädigungsrechts, Entwicklung eines Rechts, das die Inklusion von Menschen mit schweren Behinderungen in den Mittelpunkt stellt**

Die Intentionen von SGB IX und der ICF auf der einen und der Versorgungsmedizin-Verordnung auf der anderen Seite sind nicht deckungsgleich. Zu diskutieren ist die Neuorientierung bei der Einschätzung von zivilen Behinderungen. Das Schwerbehindertenrecht soll die Integration von Menschen mit Behinderungen fördern und Nachteile für Betroffene ausgleichen. Eine stärkere Fokussierung auf diese Ziele würde unerwünschte Mitnahmeeffekte und Fehlallokationen derjenigen finanziellen Mittel vermeiden, die für Menschen mit schweren Behinderungen bestimmt sind.

#### **Literatur**

Biesalski, K. (1910) „Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland“, Hamburg, Leipzig.

Blumenthal, W. et al. (Hrsg.) (2009), „Teilhabe als Ziel der Rehabilitation. 100 Jahre Zusammenwirken in der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation e. V.“, Heidelberg.

Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (1972) „Sozialbericht 1972“, Bonn.

---

<sup>9</sup> Weitere Anmerkungen zur ICF auf S. 60 des Originals.

Bundesregierung (Hrsg) (2009), „Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen für die 16. Legislaturperiode“, Berlin.

Cramer, H. H. (1998) „Das Schwerbehindertengesetz“, 5. Auflage, München.

Gütt, A. et al. (Hrsg.) (1934) „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Gesetz und Erläuterungen“, München.

Poore, C. (2007) „Disability in twentieth-century German culture“, Ann Arbor.

Seidler, E. (1988) „Historische Elemente des Umgangs mit Behinderung“ In: Koch, U. et. al. (Hrsg.) Handbuch der Rehabilitationspsychologie, Berlin, Heidelberg, New York, S. 3–19.

Stadler, H. et al. (2004) „Pädagogik bei Körperbehinderung“, Weinheim.

Stiker, H. J. (1999) „A History of Disability“, Ann Arbor.

---

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

---