

Geschlechterkonkurrenzen Männer – Männer, Männer – Frauen, Frauen – Frauen

Tagung des Arbeitskreises für interdisziplinäre Männer- und Geschlechterforschung AIM GENDER und des Arbeitskreises Historische Frauen- und Geschlechterforschung in Deutschland AKHFG, 2.–4. Februar 2006

**„...damit alle Behinderten – unabhängig von der Ursache ihrer
Behinderung – den Schutz des Gesetzes haben...“**

CHANCENUNGLEICHHEITEN UND KONKURRENZEN IN DER WESTDEUTSCHEN BEHINDERTENPOLITIK

Elsbeth Bösl

Die westdeutsche Behindertenpolitik wies in der Phase zwischen 1945 und 1974 erhebliche geschlechtsspezifische Ungleichheitslagen auf. Doch häufig traten andere Faktoren hinzu, die ebenso wie die Kategorie Geschlecht die sozialen Zugangs- und Geltungschancen von Individuen bestimmten. Teils bildeten sich neue, nicht geschlechtsspezifische Konkurrenzen, teils Binnenkonkurrenzen innerhalb der Geschlechter. Teils kam es zu Gemengelagen, die die Suche nach den Ursachen sozialer Ungerechtigkeit komplizieren. Diesen Faktoren und ihrer Wirkungsweise ist im Folgenden nachzugehen. Ziel ist es, das Thema Behindertenpolitik unter der Fragestellung der Tagung problemorientiert anzugehen.

Gänzlich kann jedoch auf einführende Bemerkungen zu den Rahmenbedingungen der Behindertenpolitik nicht verzichtet werden. Die westdeutsche Behindertenpolitik war in den Jahrzehnten zwischen 1945 und 1974 primär Rehabilitationspolitik. Von einer Gleichstellungspolitik oder einer echten Integrationspolitik konnte noch kaum die Rede sein. Doch was charakterisierte diese Behindertenpolitik? Zunächst war es ihre Verankerung im historisch gewachsenen System deutscher Sozialstaatlichkeit, die viele Besonderheiten des Politikfeldes erklärt. Dieses Politik- und Handlungsfeld ist zerklüftet und ebenso komplex wie das Gefüge der beteiligten Akteure. Ein geschlossenes sozialpolitisches Feld oder gar ein eigenes Regierungsressort hat nie existiert, vielmehr fand Behindertenpolitik stets in den drei Teilbereichen deutscher Sozialstaatlichkeit statt: in den Säulen Versicherung, Versorgung und Fürsorge.

Die erste Phase bundesrepublikanischer Sozialpolitik trug die Kennzeichen einer Restauration:¹ Die junge Republik knüpfte an die Traditionen der Sozialversicherung des Kaiserreiches und damit an die Ausrichtung des Sozialstaates auf abhängig Erwerbstätige und das Versicherungsprinzip an. Erfolgreich wurde das von alliierter und zunächst auch von sozialdemokratischer und gewerkschaftlicher Seite vorgeschlagene Einheitsversicherungsmodell nach britischem Vorbild abgewehrt. Mit der gleichzeitigen Wiedererrichtung und dem Ausbau der drei Säulen Versicherung, Versorgung und Fürsorge/Sozialhilfe wurde die traditionelle Spaltung des sozialen Leistungswesens festgeschrieben. Das für das gegliederte System typische Konglomerat von Sozialträgern, Kompetenzen und Zuständigkeiten verfestigte sich. Fortan dominierte die Sozialversicherung bzw. das Versicherungsprinzip die Strukturen der sozialen Sicherung.

Zum System gehören seither die erwerbsarbeitsbezogene, beitragsfinanzierte Versicherung mit individuellem Rechtsanspruch sowie die bedürftigkeitsabhängige, steuerfinanzierte Fürsorge – bis 1954/1961 ohne Rechtsanspruch. Hinzu kommt der seit dem Bundesversorgungsgesetz von 1950 enorm ausgeweitete Bereich der steuerfinanzierten Versorgung als Ausgleich einer für die Allgemeinheit erbrachten Leistung, wie etwa Kriegs- und Wehrdienst. Dieses gegliederte System brachte erhebliche soziale Ungleichheiten mit sich, denn die Sozialträger unterlagen höchst unterschiedlichen gesetzlichen Grundlagen. Sie betreuten eng umgrenzte Personenkreise, kooperierten ungenügend, verfügten über unterschiedlich große finanzielle Mittel und hatten im Laufe ihrer Entwicklung divergierende Leistungskataloge aufgestellt. Welcher Sozialträger zuständig war hing von Ursache und Entstehungsumfeld einer Behinderung ab. Welchen Umfang und Qualität die Leistungen annehmen würden, war wiederum vom jeweiligen Sozialträger abhängig (kausales Prinzip). So wurden etwa Kriegsbeschädigte an die staatlichen Kriegsopferversorgung und -fürsorge verwiesen, Arbeitsunfallopfer an die Berufsgenossenschaften, Eltern behinderter Kinder bei Bedürftigkeit an die Fürsorge. Problematisch daran war, dass schon seit Anfang der 1950er Jahre die Leistungen der Kriegsopferversorgung und der gesetzlichen Unfallversicherung qualitativ besser und großzügiger ausfielen, als die Leistungen, die Rentenversicherung, Krankenversicherung oder Fürsorge erbrachten.

¹ Hockerts, Hans Günter: Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. In: Pohl, Hans (Hrsg.): Staatliche, städtische, betriebliche und kirchliche Sozialpolitik vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Referate der 13. Arbeitstagung der Gesellschaft für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte vom 28.3.–1.4.1989 in Heidelberg, Stuttgart 1991, (=VSWG Beiheft Bd. 95.), S. 363.

Das gegliederte System zeigt erstaunliche Beharrkraft, trotz der anhaltenden Versuche, die Teilsysteme zu ordnen, zu koordinieren und zu integrieren. Dennoch ereignete sich seit den späten 1950er Jahren ein erheblicher quantitativer und qualitativer Ausbau des Sozialstaates in einer Phase des wirtschaftlichen Aufschwungs, der wachsende Produktivität und kollektiven Wohlstand erwarten ließ. Arbeit und Leistung galten als Garanten dieses Aufstieges.² Idealklientel der Sozialpolitik waren erwerbstätige, beitragspflichtige männliche Arbeitnehmer.

Speziell in der Behindertenpolitik folgte auf die Phase der Kriegsfolgenbewältigung der 1950er Jahre eine durchaus beachtliche Ausbauphase. Die 1960er Jahre waren ein Jahrzehnt der beschleunigten Infrastrukturerweiterungen und der technischen und medizinischen Innovationen. Die Ursache hierfür lag vor allem in der Contergankatastrophe, die wie kein anderes Ereignis die Probleme behinderter Menschen in den Blick der schockierten Öffentlichkeit rückte. Unter der sozialliberalen Koalition erlebte die Behindertenpolitik schließlich ihre Boomphase und tiefe Umbrüche in Programmatik und Umsetzung. Unter den Bedingungen der sozialliberalen Regierung konnte ein Wandel im behindertenpolitischen Denken und Handeln voll zum Durchbruch kommen. Die Leitbegriffe der sozialliberalen Ära ‚Chancengleichheit‘ und ‚Lebensqualität‘ gingen in die Rehabilitationspolitik ein, Umwelt und soziales Umfeld der Behinderten rückten nun deutlicher in das sozialpolitische Handlungsfeld und die Aufklärung der Öffentlichkeit kam als eigenes rehabilitationsspezifisches Handlungsfeld hinzu. Einer der Meilensteine dieser Entwicklung war das Aktionsprogramm des sozialdemokratischen Bundesarbeitsministers Walter Arendt, mit dem 1970 das Startsignal für ein umfassendes Rehabilitationsprogramm fiel. Am Ende dieser Entwicklung und am Ende des Untersuchungszeitraumes stand 1974 das RehaAngleichungsgesetz, das Menschen mit Behinderungen unterschiedlicher Art und Ursache sozialrechtlich gleichstellte und für eine stärkere Koordinierung der Leistungsträger untereinander sorgte (Finalprinzip). Im selben Jahr trat das Körperbehindertengesetz in Kraft, das das finale Prinzip auch im Schwerbeschädigtenrecht verankerte. Erst 1974, am Ende des Untersuchungszeitraumes also, wurden viele der gravierenden strukturellen Ungleichheiten beseitigt.

Ein weiteres Charakteristikum westdeutscher Behindertenpolitik ist ihre Fixierung auf die Idee „Integration durch Arbeit“. Handlungsleitend war die Vorstellung, Arbeit allein integriere den – wohlgemerkt primär männlich gedachten – Menschen

² Ebd., S. 367.

in die Gesellschaft. Zwar wies das sozialpolitische Handlungsfeld nominell früh den Dreischritt ‚medizinische – berufliche – soziale Rehabilitation‘ auf, die soziale Dimension blieb jedoch bis in die 1970er Jahre stark unterentwickelt. Behindertenpolitik galt der Herstellung oder Wiederherstellung der Fähigkeit zur Erwerbsarbeit sowie der beruflichen Integration behinderter Menschen. Behinderung wurde dabei nicht als soziale Kategorie definiert, sondern als medizinisch begründete Minderung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit. Aus meiner Sicht ist dem der jüngere sozialwissenschaftliche Behinderungsbegriff entgegenzusetzen, der anerkennt, dass Behinderung ähnlich wie die Kategorie Geschlecht ein soziales Phänomen ist.³ Hervorzuheben ist, dass die Benachteiligung und Beeinträchtigung von Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Schädigungen sowohl das Produkt kultureller Werte, Erwartungen und Praktiken als auch materieller Kräfte und Barrieren sind. Zahlreiche Möglichkeiten der persönlichen Entfaltung und der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind Behinderten verwehrt. Ihrer persönlichen Autonomie, Bewegungsfreiheit und Bedürfnisbefriedigung sind Grenzen auferlegt. Aus dieser Situation entsteht das sozialpolitische Handlungsfeld einer umfassenden sozialen Integration und der Anpassung von Umwelt und Gesellschaft an die Bedürfnisse behinderter Menschen.

Welche sozialen Kategorien und strukturellen Faktoren schufen Ungleichheitslagen und Konkurrenzen in der deutschen Behindertenpolitik?

Bei der Untersuchung der westdeutschen Behindertenpolitik treten Ungleichheiten und Konkurrenzen deutlich hervor. Sie bezogen sich auf den Zugang zu Leistungen und Angeboten, auf Rehabilitations- und Arbeitsmarktchancen sowie auf Durchsetzungspotentiale von individuellen und Gruppeninteressen. An ausgewählten Beispielen können diese Ungleichheiten und ihre Ursachen aufgezeigt werden. Bei den Ursachenfaktoren handelt sich einerseits um die soziale Kategorie Geschlecht, andererseits um die Faktoren Erwerbsarbeits- und Versicherungszentrierung der Behindertenpolitik, Kausalitätsprinzip und Art der Behinderung. Die Kategorie Geschlecht wirkte teils als übergreifende Kategorie der

³ Renggli, Cornelia: Disability Studies – ein historischer Überblick. In: Weisser, Jan/Renggli, Cornelia (Hrsg.): Disability Studies. Ein Lesebuch, Luzern 2004, S. 17; Tervooren, A.: Differenz anders gesehen: Studien zu Behinderung. In: Vierteljahrsschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 69 (2000), H. 3, S. 316–319, hier S. 317; Bleidick, Ulrich/Hagemeister, Ursula: Einführung in die Behindertenpädagogik. Bd. 1: Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik, 6. überarb. Aufl. Stuttgart/Berlin/Köln 1998, v.a. S. 14–20.

Chancenungleichheit, teils wurde sie von Erwerbszentrierung und Kausalität überlagert. Das bedeutet: Ungleichheit und Konkurrenz begegnen nicht einfach entlang der Geschlechtergrenzen, sondern auch innerhalb der Geschlechter. Neben dem Geschlecht schufen andere Faktoren neue Gruppen und Grenzen. Verteilungs- und Zugangskonkurrenzen trennten nicht nur Frauen und Männer voneinander, sondern traten insbesondere zwischen Menschen mit Behinderungen unterschiedlicher Art und Ursache ein. So konnten, wie bereits anklang, in der Regel die – überwiegend männlichen – Kriegsbeschädigten und Arbeitsunfallopfer mit umfangreicheren Leistungen und Angeboten rechnen als etwa die Opfer von Verkehrs- oder Haushaltsunfällen oder Menschen, die seit Geburt oder Krankheit mit Behinderungen lebten.

Der Faktor ‚Art der Behinderung‘

Insbesondere die Art einer Behinderung entschied über den Zugang des Einzelnen zu Rehabilitationsmaßnahmen. So wurden zunächst nur Menschen mit körperlichen Behinderungen und Sinnesbehinderungen überhaupt als Adressatenkreis von Behindertenpolitik, hier Rehabilitationspolitik, verstanden. Menschen mit geistigen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen galten hingegen lange Zeit nicht als bildungsfähig, auch eine Arbeitsfähigkeit über Beschäftigungstherapien hinaus wurde ihnen häufig abgesprochen. Ähnlich stand es um schwerstbehinderte Menschen, die eine Herstellung oder Wiederherstellung ihrer Arbeitskraft nicht erwarten ließen. Rehabilitative oder integrative Maßnahmen wurden ihnen aus diesem Grund vielfach verwehrt. Isolation und Anstaltsunterbringung prägten das Leben vieler von ihnen. In der Behindertenpolitik spielte – verkürzt gesagt – zunächst nur eine Rolle, wessen berufliche Rehabilitation Erfolg versprach. Dies änderte sich relativ langsam. Menschen mit geistigen Behinderungen etwa überhaupt als Adressatengruppe von Behindertenpolitik eingeführt zu haben, ist das Verdienst der seit den 1960ern anwachsenden Elternbewegung, etwa der Lebenshilfe für das geistige behinderte Kind, und der Vertreter der freien Wohlfahrtsverbände. Der Ungleichheitsfaktor Art der Behinderung wirkte tiefer als Geschlecht oder Kausalität, weil er eine „Vorauswahl“ des Adressatenkreises

rehabilitativer Maßnahmen begründete, die stattfand, ehe die anderen Kriterien griffen.⁴

Das Kausalitätsprinzip im Gegliederten System als Ungleichheitsfaktor: Beispiele

Im Sinne einer nachgehenden Gesundheitsfürsorge ermöglichten zunächst nur die Kriegsopferversorgung und die Unfallversicherung heilgymnastische Kuren und die Teilnahme am Versehrten-sport. In der Kriegsopferversorgung gehörte dies sogar zu den Standardangeboten und wurde intensiv an die Öffentlichkeit getragen.⁵ Die mediale Berichterstattung über die vielfältigen Versehrten-sportfeste und Wettkämpfe der 1950er und 1960er Jahre spricht eine beredte Sprache. Die anderen Sozialträger ermöglichten ihren Klienten diese Maßnahmen nur in viel geringerem Maße. So lehnte beispielsweise die Krankenversicherung solche Maßnahmen ab, weil sie sich davon keine Verbesserung jener Erwerbsfähigkeit erwartete, die Gradmesser und Zielpunkt der Behandlung sein sollte.

So wurde 1954 einer Frau, die ein Bein bei einem Zugunfall verloren hatte und nur krankenversichert war, die Behandlung in einer so genannten Gehschule nicht ermöglicht. Ohne dieses Training konnte sie aber das Laufen mit ihrer Prothese kaum lernen.⁶ Ausgeschlossen von verschiedensten Maßnahmen der medizinischen Nachbehandlung waren auch viele Opfer der Kinderlähmungsepidemien der frühen 1950er Jahre. Die öffentliche Fürsorge konnte hier nur im Fall von Bedürftigkeit helfend einspringen. Fälle dieser Art beschäftigten 1954 das Bundesarbeitsministerium, das die ablehnende Haltung der Krankenversicherer schließlich zwar kritisierte, aber keine Rechtsmittel sah, um die Lage zu ändern.

Besonders deutlich zeigt sich die kausalitätsabhängige gruppenbezogene Diskriminierung am Schwerbeschädigtenrecht. Das 1953 bundeseinheitlich eingeführte Schwerbeschädigtengesetz⁷ verpflichtete öffentliche und private Arbeitgeber ab einer bestimmten Betriebsgröße, Schwerbeschädigte ab einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 50% einzustellen, die ihnen die

⁴ Mit der besonderen Diskriminierung von Menschen mit geistigen Behinderungen beschäftige ich mich in meiner Dissertation nur kontrastierend. Denn ich untersuche Rehabilitationskonzepte und -programme und muss daher eine Untersuchungsgruppe wählen, die von diesen nicht von vornherein ausgeschlossen wurde.

⁵ Vgl. u.a. BArch B 149 1740: Arbeitsgemeinschaft Deutscher Versehrten-sport e.V., 17.11.1952, Rundschreiben Nr. 9/52 an alle Mitglieder; Ebd.: BMA Abt. Ic4 1543/52, 1.12.1952, Vermerk, betr. Bundesversehrten-Sommerspiele Berlin.

⁶ BArch B 149 1741: BMA Abt. Ic4 90/54 an Abt. IVa6, 4.6.1954, betr. Leistungen der Krankenversicherung in der nachgehenden Gesundheitsfürsorge, hier: heilgymnastische Kuren.

⁷ Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 16.6.1953, BGBl. I 1953, S. 389. Der Vorgänger dieses Gesetzes geht bereits auf das Jahr 1920 zurück: Gesetz zur Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 6.4.1920, RGBl. I 1920, S. 458.

Arbeitsverwaltung zuwies. Für nicht besetzte Pflichtplätze waren Ausgleichsabgaben zu zahlen. Ein besonderer Kündigungsschutz und zusätzlicher Erholungsurlaub kamen hinzu. Ziel war es, den Schwerbeschädigten den Wiedereinstieg ins Berufsleben zu erleichtern. Zwar wurde der durch das Gesetz geschützte Personenkreis wiederholt erweitert, doch blieb er bis in die 1970er Jahre wesentlich auf Kriegsbeschädigte und Arbeitsunfallopfer beschränkt. Menschen mit Behinderungen anderer Ursache, im Gesetz zunächst als „Erwerbsbeschränkte“ zusammengefasst, hatten kaum Möglichkeiten, in den Schutz des Gesetzes zu gelangen und damit ihre Chancen auf eine angemessene Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu verbessern. Endgültige Abhilfe schuf erst das Schwerbehindertengesetz von 1974.

Die Kategorie Geschlecht und die Erwerbszentrierung als Ursachen von Ungleichheit

Die Hausfrau Hildegard B. wandte sich im August 1955 an den Beirat für Versorgungsrecht beim Bundesarbeitsministerium, weil sie sich benachteiligt fühlte: Frau B. war Kriegsbeschädigte, sie hatte den rechten Arm verloren. Um ihren Haushalt führen zu können, brauchte sie eine Haushaltshilfe. Für deren Bezahlung reichte aber die Grundrente, die sie nach dem Bundesversorgungsgesetz erhielt, nicht aus. Sie musste also anderweitig Geld aufbringen. Das fand sie ungerecht: ein männlicher verheirateter Schwerbeschädigter behalte seine Grundrente, wenn ihm seine Frau den Haushalt führe. Frau B. schlug deshalb vor, den schwerkriegsbeschädigten Frauen eine Art Aufwandsentschädigung zuzugestehen, wenn ihre Grundrenten für eine Haushaltshilfe nicht ausreichen. Aufmerksamkeit verdient an dieser Stelle nicht nur die faktische Benachteiligung schwerkriegsbeschädigter Hausfrauen, sondern auch die Tatsache, dass von ihnen ganz selbstverständlich erwartet wurde, dass sie trotz ihrer Behinderung ihre Aufgaben im Haushalt erfüllten. Aus dem Bundesarbeitsministerium erging eine lakonische Antwort an den Beirat, an den sich Hildegard B. gewandt hatte: *„Ähnliche Schwierigkeiten wie eine armamputierte Ehefrau wird ein armamputierter, allein stehender männlicher Schwerbeschädigter haben. In derartigen Fällen wird, soweit der Ehepartner nicht Hilfe leisten kann, für Verrichtungen, die der Amputierte auch bei längerer Übung nicht selbst vornehmen kann, die Hilfe sonstiger Familienangehöriger oder von*

*Nachbarn in Anspruch genommen werden müssen.*⁸ Hier zeigt sich, wie innerhalb einer an sich privilegierten Gruppe geschlechtsspezifische Ungleichheiten auftreten konnten, die im Leistungsrecht begründet waren. Zudem deutet sich das grundsätzliche Problem behinderter Hausfrauen im erwerbszentrierten System der Behindertenpolitik und Rehabilitation an.

Über die Benachteiligung behinderter Frauen und Mädchen lassen sich ganze Bände füllen. So lässt sich u.a. festhalten, dass der absolute und relative Anteil behinderter Frauen an den Rehabilitationsmaßnahmen traditionell gering war. Insbesondere fällt auf, dass aus der Gesamtgruppe behinderter Frauen prozentual deutlich weniger Frauen an solchen Maßnahmen teilnahmen als behinderte Männer im Verhältnis zu ihrer Gesamtgruppe. Erst um 1960 begann der Frauenanteil zu steigen.⁹ Bemerkbar machte sich vor allem der relative Anstieg des Frauenanteils in den Rehaprogrammen: immer weniger – vornehmlich männliche – Kriegsbeschädigte füllten die Rehabilitationsprogramme und Jugendlichen, denen man lange keine Chance im Erwerbsleben zugetraut hatte, wurde nun Schul- und Berufsausbildung in gesteigerten Maße geboten. Unter ihnen waren auch zunehmend mehr Mädchen. Worauf der Anstieg der absoluten Frauenanteils zurückzuführen ist, ist beim gegenwärtigen Stand der Recherche noch nicht gesichert. 1965 bemerkte die Bundesanstalt für Arbeitvermittlung und Arbeitslosenversicherung (BAVAV), die gemäß des AVAVG für begrenzte Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung eines bestimmten Personenkreises unter bestimmten Bedingungen zuständig war, bei der Auswertung ihrer Rehabilitationsstatistik für das Jahr 1964, dass der Frauenanteil nun sogar erheblich gestiegen war, auf etwa 17 %.¹⁰ Gleichzeitig erkannte die BAVAV an, dass die Rehabilitation der Mädchen und Frauen nicht ohne qualitativen Grund so lange quantitativ hinterhergehinkt war und noch immer hinterherhinkte. *„Die Rehabilitation von Frauen bleibt hinter der Gesamtentwicklung in qualitativer Hinsicht noch erheblich zurück. Die Methoden und Ziele einer neuzeitlichen Ausbildung im Rahmen der Rehabilitation werden noch stärker in das Bewusstsein der verantwortlichen Stellen zu tragen sein. Es steht dann zu hoffen, dass auch*

⁸ BAArch B 149 6175: BMA Abt. II2b-2381.18, Vermerk, 27.9.1955: betr. Schwerbeschädigtengesetz, hier: schwerbeschädigte Ehefrauen; Ebd.: Entwurf: BMA Abt. IIb an Abt. V betr. versorgungsrechtliche Betreuung schwerkriegsbeschädigter Frauen, hier: Eingabe der Frau Hildegard B. am 26.8.1955 an den Beratenden Ausschuss für Versorgungsrecht beim BMA; BAArch B 149 1806: Niederschrift über die Sitzung der Referenten der Kriegsopferversorgung der obersten Arbeitsbehörden der Länder am 16.2.1954 im BMA.

⁹ Vgl. beispielsweise BAArch B 119 3268: BAVAV, Präsident Ia5 5395/4507/6058.1/1924, 28.5.1965: Arbeits- und Berufsförderung behinderter Personen gem. § 39 Abs. 3 AVAVG (Berufliche Rehabilitation): Auswertung der zahlenmäßigen Ergebnisse des Jahres 1964.

¹⁰ Vgl. Ebd.

*behinderte Frauen entsprechend ihren Anlagen und Fähigkeiten eine angemessene und zuverlässige Lebenshilfe im Wege der beruflichen Rehabilitation erhalten.*¹¹

Die Ursache des Problems sei im Angebot der Lern- und Umschulberufe und in den Methoden der Rehabilitation zu suchen, so der beratende Ausschuss bei der BAVAV, der die Rehabilitationsstatistik diskutierte: *„Die Entwicklung der beruflichen Rehabilitation für Frauen ist bis heute noch überwiegend bei den Berufen Weben, Nähen, Stricken und Häkeln (so genannte Fadenberufe) stehen geblieben. Es sollte möglich sein, bereitwillige Träger zu finden und Mustereinrichtungen zu schaffen, die auch für Frauen den Anreiz bieten, sich den gehobenen Tätigkeiten in aussichtsreichen Berufen durch Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung zuzuwenden.*“¹² Damit war ein strukturelles Problem angesprochen, das sich aus der auf Männer konzentrierten Rehabilitation des Vorgängerjahrzehnts ergab: viele Einrichtungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation waren nicht auf die Aufnahme von Frauen und Mädchen eingerichtet. Durch die steigende weibliche Erwerbstätigkeit kamen nunmehr aber beispielsweise auf die Unfall- und Rentenversicherung, die ihre Programme auf ihre überwiegend männliche Klientel ausgerichtet hatten, mehr weibliche Rehabilitationsteilnehmer zu.

Man ging zudem vielfach von „typischen“ Frauenberufen aus und hatte die aktuelle Berufsentwicklung verpasst: Das Angebot an beruflichen RehaMaßnahmen war veraltet. Dies galt im Übrigen nicht nur für Frauen. Auch jugendliche Schulabgänger mit Behinderungen wurden um die Mitte der 1960er Jahre noch häufig in unzeitgemäßen Handwerksberufen – etwa der Korbflechterei – ausgebildet, was besonders bei den Gewerkschaften auf Unverständnis stieß.¹³ Was in dieser Situation aber zu tun sei, war vielen Akteuren unklar. Eine gewisse Ratlosigkeit herrschte aber vor allem angesichts des Bedarfs an frauenspezifischen Berufsangeboten, die reelle Chancen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt versprachen. Welchen Beruf würde eine behinderte Frau attraktiv finden? Diese Ratlosigkeit sprach 1964 etwa Prälat Luig von der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege an: *„Vielleicht fühlen sie [die Frauen] sich nicht hingezogen zu den üblichen weiblichen Berufen der Damenschneiderin oder der*

¹¹ Ebd.

¹² BArch B 119 3268: Vorsitzender des Beratenden Ausschusses bei der Hauptstelle der BAVAV Ia5 5018.1, 26.7.1965: Ergebnisprotokoll über die 17. Sitzung des Beratenden Ausschusses am 15./16.6.1965 in Würzburg.

¹³ Die Diskussion um die berufliche Bildung Behinderter wurde vor allem durch das Berufsbildungsgesetz vom 15.8.1969 (BGBl. I 1969 S. 1112) angestoßen, das in den §§ 48,49 Sondervorschriften für Behinderte enthielt. Vgl. zur den gewerkschaftlichen Überlegungen z.B. AdsD DGB-Archiv, DGB-Bundesvorstand/Abt. Berufliche Bildung 24/8902: DGB-Arbeitskreis Sonderausbildung für Behinderte, Siegfried O. Lübke: Zur beruflichen Bildung Behinderter, undatiert [1975].

Wäscheschneiderin oder der Kleiderfabrikation usw..“ In Nordrheinwestfalen hätten deshalb die Josefsgesellschaft, die Innere Mission und das Landesarbeitsamt nach neuen Berufsausbildungsmöglichkeiten für behinderte Frauen und Mädchen gesucht. Man wolle die Bundesanstalt für Arbeit und die Industrie darum bitten, solche Angebote zu schaffen, „aber wir wissen nicht recht, in welche Richtung wir marschieren sollen. Ich glaube, wir, ich hatte soeben im Gespräch den Eindruck, denken, unbewusst natürlich, vordergründig immer nur an unsere Männer und unsere Jungen. Unsere Frauen sind in der Rehabilitation weitgehend noch vergessen. Das meine ich wenigstens, das soll kein Vorwurf sein, sondern ist nur eine Feststellung [...]“¹⁴

An Stellungnahmen wie diesen wird nicht nur deutlich, dass die Akteure auf die Rehabilitation von Frauen kaum eingestellt waren bzw. Frauen noch häufig unattraktive Rehabilitationsangebote gemacht wurden. Es zeigt sich vielmehr auch, dass man auf der Suche nach „frauengerechten“, also spezifisch auf Frauen ausgerichteten Angeboten war. Dies passt in eine Zeit, in der man unter Förderung der Frau auf dem Arbeitsmarkt die Förderung bestimmter „Frauenberufe“ und den Aufbau möglichst spezieller, geschlechtsgerechter Programme verstand und nicht den gleichberechtigten Zugang zu allen Berufen. War ein „frauengerechtes“ Angebot gefunden, wurde dies noch besonders betont.¹⁵

Etwas anders war die Situation in der Schulbildung und Berufsausbildung behinderter Kinder und Jugendlicher. Zumindest die Schulpflicht machte hier keinen geschlechtsspezifischen Unterschied. Auch Einrichtungen der Berufsbildung, später Berufsbildungswerke genannt, nahmen sowohl Mädchen als auch Jungen auf. Weitere Recherchen werden allerdings ergeben, wie groß die qualitativen Unterschiede in der Ausbildung und beruflichen Bildung behinderter Mädchen und Jungen waren und welche Rollen- und Berufsbilder behinderten Mädchen überhaupt angeboten worden.

Eine geschlechtsspezifische Chancenungleichheit offenbart sich aber nicht nur im Rehabilitationsangebot, sondern auch und besonders in der sozialrechtlichen Lage der Frauen mit Behinderungen. Frauen traf als Gruppe die anhaltende Leistungsungleichheit zwischen Kriegsopferversorgung und Unfallversicherung auf der einen und Rentenversicherung, Krankenversicherung und Fürsorge auf der

¹⁴ BArch B 149 6459: Tonbandwiedergabe der 3. Tagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft am 30.6 und 1.7.1964.

¹⁵ BArch B 149 4778: BRD Deutschland, Bericht an die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung über die Lage des Arbeitsmarktes in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1963, OECD-Dokument MO (64), 10.6.1964.

anderen Seite härter. Eine große Anzahl vor allem verheirateter Frauen verfügte über keinen angemessenen sozialen Versicherungsschutz. Die Rentenversicherung beispielsweise wurde erst 1972 für nicht erwerbstätige Hausfrauen geöffnet. Nicht erwerbstätige Frauen waren meist nur krankenversichert. Ansprüche auf Leistungen konnten gerade Hausfrauen demnach schlechter erwerben als erwerbstätige Männer oder erwerbstätige Frauen. Auf den durch Beitragzahlung erworbenen Ansprüchen beruht aber das im bundesdeutschen Sozialstaat dominierende Versicherungsprinzip. Wer nicht über den entsprechenden Versicherungsschutz verfügte, wer als Hausfrau beispielsweise einen Haushaltsunfall erlitt, war auf die geringen Leistungen der Krankenversicherung beschränkt, wenn nicht Bedürftigkeit hinzukam und die Fürsorge/Sozialhilfe einspringen musste. Erst mit der Erweiterung der Sozialhilfe im Bereich der Hilfe in individuellen Lebenslagen ergaben sich hier etwas mehr Möglichkeiten, Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Wie das vom Versicherungsprinzip dominierte Sozialrecht musste auch das bis um 1970 vorherrschende erwerbsarbeits- und berufsorientierte Rehabilitationskonzept die Benachteiligung vieler Frauen automatisch mit sich bringen. Denn das sozialpolitische Paradigma der Erwerbsarbeit passte nicht zum herrschenden weiblichen Rollenbild. Zwar nahm seit den 1950ern die weibliche Erwerbsarbeit deutlich zu, nur schrittweise setzte sich jedoch auch ein Rollenbild durch, das der Frau – später auch der verheirateten Frau und Mutter - mehr zugestand als einen Zuverdienst in Notlagen, nämlich ein Recht auf Arbeit und berufliche Verwirklichung als Ausdruck persönlicher Lebensgestaltung. Bisher deutet vieles daraufhin, dass auch behinderten Frauen bis in die späten 1960er Jahre ein geringeres Bedürfnis nach einem qualifizierten, dauerhaft ausgeübten Beruf zuerkannt wurde. Gleichwohl wurde ihnen gleichzeitig oft die traditionelle Rolle der Ehefrau und Mutter ebenso abgesprochen.

Es herrschte unter den Akteuren weitgehende Unkenntnis darüber, wie behinderte Frauen überhaupt lebten und welche Bedürfnisse sie hatten. Waren überhaupt behinderte Frauen verheiratet, blieben sie bei ihren Eltern? Bedurften sie einer eigenständigen beruflichen Tätigkeit zur Existenzsicherung? Der relative Anstieg von Lebenslagenuntersuchungen (und Spekulationen) in den 1960er Jahren zeigt, wie behinderte Frauen und Mädchen „entdeckt“ wurden und wie wenig man bisher über sie wusste. 1968 entnahm der Deutsche Ausschuss für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft – konzipiert als

Koordinierungsausschuss zwischen Bundesministerien und Rehaträgern – mit Interesse und Besorgnis der bundesdeutschen Frauenenquete, dass Frauen mit Behinderungen besondere Probleme im Berufsleben haben könnten. Bislang hatte sich der Ausschuss selbst aber kein Bild von der Situation weiblicher Behinderter gemacht, viele Ansichten beruhten auf Schätzungen und Spekulationen. So äußerte ein Ausschussmitglied die Überlegung, dass die seit ihrer Jugend oder Kindheit behinderten Frauen vermutlich weniger Chancen auf Eheschließungen gehabt hätten als nicht behinderte Frauen oder auch behinderte Männer – eine befriedigende Erwerbstätigkeit habe wohl eine besondere Bedeutung für sie.¹⁶ Die Lage der verheirateten Frauen mit Behinderungen wurde im Kontext einer Erwerbstätigkeit nicht angesprochen – sie schienen angesichts des herrschenden Rollenbildes der beruflich orientierten Rehabilitation nicht zu bedürfen. Wie problematisch aber gerade ihre Lage war, zeigt dieselbe Aussprache des Deutschen Ausschusses 1968. Es war beobachtet worden, dass Hausfrauen, die plötzlich durch Krankheit oder Unfall eine Behinderung erlitten hatten, unbedingt rasch in ihre häusliche Gemeinschaft zurückkehren wollten. Auf eben jene Rückkehr und ein möglichst selbständiges Leben in der gewohnten Umgebung konnten sie aber in den verfügbaren Einrichtungen und Programmen – der Krankenversicherung – nicht adäquat vorbereitet werden. Es gab dort keine Möglichkeiten, mit Hausfrauen ihre täglichen Verrichtungen und Aufgaben im Haushalt zu trainieren. Sie konnten nicht üben, wie sie ihren Alltag mit ihrer Behinderung bewältigen konnten. Auf solche Trainingsbedürfnisse waren die Kliniken nicht eingestellt.¹⁷ Der Deutsche Ausschuss musste zugeben, dass Hausfrauen deshalb oft frühzeitig in Pflegeheime abgeschoben würden, weil es keine Möglichkeit zu geben schien, sie wieder in ihren häuslichen Bereich zu integrieren. Deutlich zeigt sich an diesem Beispiel, dass die erwerbszentrierte Ausrichtung der Rehabilitation von vorneherein bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen diskriminierte. Das erwerbsarbeitszentrierte System Rehabilitation konnte – zugespitzt gesagt – nicht einmal das Vorhandensein behinderter Hausfrauen systemkonform erklären, da unter Behinderung vorrangig die Beschränkung der Fähigkeit zur außerhäuslichen Erwerbsarbeit verstanden wurde.

¹⁶ BAArch B 172 2832: BMA IIa2 2653.1, 10.4.1968, an die Mitglieder des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, betr. Niederschrift über die 6. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses am 29.2. und 1.3.1968 in Bonn.

¹⁷ Zu diesem Zeitpunkt galt die Krankenversicherung noch nicht als Rehaträger und engagierte sich noch wenig in Maßnahmen, die über die medizinische Behandlung hinausgingen.

Kritik an den Ungleichheiten in der Behindertenpolitik

Schon seit den 1950er Jahren gab es kontroverse Diskussionen über die Zulässigkeit der kausalen Orientierung der Rehabilitation. Insbesondere der Reichsbund, der zweitgrößte, sozialdemokratisch orientierte Verband Kriegsbeschädigter, Behinderter und Sozialrentner in der BRD, attackierte von Beginn an das kausale Prinzip und unterließ keine Gelegenheit, auf die gravierenden Unterschiede hinzuweisen, die zwischen den Leistungen der drei Sozialträgerbereiche bestanden.¹⁸ Vehement kritisierte auch der Deutsche Gewerkschaftsbund die Unterscheidung nach Behinderungsursachen, und zwar vor allem in dem aus gewerkschaftlicher Seite besonders relevanten Feld des Schwerbeschäftigtengesetzes.¹⁹ Ernsthaftige Kritiker stammten auch aus den Reihen der Sozialdemokratie und der konfessionellen Wohlfahrtsverbände. Diese Proteste haben die Rehabilitationspolitik zweifellos schon in den 1950er und 1960er Jahren geprägt, indem sie Alternativen aufzeigten. Schließlich gelang es in einem Klima gewandelten Denkens über Behinderung und unter den sozialliberalen Leitbegriffen der ‚Chancengleichheit‘ und ‚Lebensqualität‘, die meisten der Ungleichheitslagen auszuräumen. Das dreigliedrige soziale System selbst, dessen Teile die Behindertenpolitik und Rehabilitation sind, sowie das Versicherungsprinzip und die Ausrichtung der Sozialpolitik am Prinzip der Erwerbsarbeit wurden jedoch nicht mehr grundsätzlich in Frage gestellt.²⁰

Weit weniger Stimmen kritisierten die Chancenungleichheiten zwischen Männern und Frauen und die erheblichen quantitativen und die qualitativen Unterschiede in ihrer Rehabilitation. Ähnlich heftig geführte Debatten und die Flut von Eingaben, die etwa der Reichsbund und der DGB über die Jahre hinweg gegen das Ursachenprinzip richteten, vermisst man hier. Die Benachteiligung von behinderten

¹⁸ Vgl. z.B. BArch B 149 913.1: Reichsbund der Kriegs- und Zivilbeschädigten, Sozialrentner und Hinterbliebenen, Bundesvorstand, 30.12.1948, an die Verwaltung für Arbeit beim Wirtschaftsrat des Vereinigten Wirtschaftsgebietes, betr. Vorlage eines Entwurfes zum Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter; Glombig, Eugen: Referat auf der Bundeskonferenz am 4./5. Juli 1953. In: Die Praxis 6 (1953) Sonderausgabe, S. 318–325.

¹⁹ Dabei weitete sich der Personenkreis, dessen Einbeziehung der DGB forderte, mit den Jahren immer weiter aus. Vgl. z.B. AdsD DGB-Archiv, DGB Bundesvorstand/Abt. Sozialpolitik 24/2948: DGB Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik, 12.2.1953, Stellungnahme des DGB zu den Beschlüssen des Ausschusses für Kriegsopfer- und Kriegsgefangenenfragen des Deutschen Bundestages zum Entwurf eines Gesetzes über die Beschäftigung Schwerbeschädigter; BArch B 149 16572: DBG Bundesvorstand, Abt. Sozialpolitik an BMA Theodor Frank, 16.11.1959, mit Anlage: DGB: Zur Rehabilitation (Stellungnahme angenommen vom 5. Ordentlichen Bundeskongress Stuttgart, September 1959); AdsD DGB-Archiv, DGB-Bundesvorstand/Abt. Vorsitzender 5/DGAI000111: Vorschläge des DGB zur Änderung des Schwerbeschäftigtengesetzes in der Fassung vom 3. Juli 1961, Januar 1966; AdsD DGB-Archiv, DGB Bundesvorstand/Abt. Sozialpolitik 24/3736: DGB begrüßt Verbesserung des Schwerbeschädigtenrechts. In: DGB Nachrichtendienst, 28.1.1974.

²⁰ Eine Ausnahme bilden die in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre anhaltenden Diskussionen um eine Bundesanstalt für Rehabilitation als Koordinierungsstelle, die –wäre sie denn realisiert worden– wesentlich in das dreisäulige System eingegriffen hätte. Diese Diskussion war jedoch am Ende der 1960er Jahre beendet.

Frauen wurde lange nicht als Problem wahrgenommen. Erst Mitte der 1960er Jahre wuchs langsam das Bewusstsein, dass es in der Rehabilitation eine quantitative und qualitative Schieflage gab. Bis sich tatsächlich spürbar mehr Gleichberechtigung durchsetzte, vergingen aber noch Jahre. Ob der in den 1960ern einsetzende langsame quantitative und qualitative Wandel in der Rehabilitation eine Nebenfolge der Mädchen und Jungen gleichermaßen betreffenden und ins Licht der Öffentlichkeit rückenden Contergankatastrophe war, oder ob tatsächlich ein neues kulturelles Bewusstsein für die Bedürfnisse behinderter Frauen entstand, ist noch nicht letztgültig geklärt. Es scheint zumindest so, dass es leichter fiel, sich von – wenn auch und sozial kulturell akzeptieren – strukturellen Faktoren zu lösen als von traditionellen soziokulturellen Rollenbildern und Geschlechtergrenzen.

Die Gemengelage der in der Behindertenpolitik wirksam werdenden Ungleichheitsfaktoren ist sehr komplex. Zweifellos sind beim gegenwärtigen Stand der Recherche noch viele Fragen ungeklärt. Erwiesen hat sich jedoch der analytische Wert dieser Faktoren für die Untersuchung der Behindertenpolitik in den Bereichen Konzeption und Umsetzung. Für die Vorgehensweise der Dissertation ergeben sich Konsequenzen: Die Wahl der Untersuchungsgruppe orientiert sich an der Art der Behinderung, nicht an ihrer Ursache und vermeidet es, das in der Rehabilitation lange gültige Kausalitätsprinzip in der Untersuchung zu reproduzieren. Zudem sind festgestellte Ungleichheitslagen und Konkurrenzen in der Rehabilitation aufmerksam daraufhin zu befragen, welche Faktoren, eventuell in welcher Kombination, diese Ungleichheiten schufen. Sind Entstehungs- und Wirkungsweise dieser Ungleichheiten geklärt, lässt sich zudem insgesamt die Bedeutung der Kategorie Geschlecht in der Geschichte behinderter Menschen besser beurteilen. Damit ist ein Weg eröffnet, der These nach der doppelten Benachteiligung der behinderten Frauen nachzugehen. Mehr noch: auch das Modell vom Dritten Geschlecht kann mit den Ergebnissen dieser Untersuchung abgeglichen werden.

Elsbeth Bösl M.A., Historikerin

Graduiertenkolleg ‚Arbeit – Gender – Technik. Koordinaten postindustrieller Modernisierung‘

Deutsches Museum München, Museumsinsel 1, 80306 München, elsbeth.boesl@mzwtg.mwn.de