

Die Kriegsbeschädigtenversorgung nach dem Zweiten Weltkrieg als »Soziales Feld« nach Pierre Bourdieu

Christine Wolters und Karsten Wilke

Einführung

Das Leben von Menschen mit Behinderungen hat sich im 20. Jahrhundert grundlegend verändert. Von großer Bedeutung für diesen Wandlungsprozess war das Selbstverständnis derjenigen, die von der Mehrheit der Gesellschaft als »behindert« wahrgenommen wurden.¹ War Behinderung zuvor ein Stigma, dessen sich Menschen geschämt haben, kam es aufgrund der vielen Kriegsbeschädigten, die für sich einen »Dank des Vaterlandes« einforderten, nach dem Ersten Weltkrieg zu einer schrittweisen Umdeutung, in Deutschland vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg. Menschen mit angeborenen Behinderungen sowie Unfallopfer erhielten einen angemessenen Respekt der Gesellschaft hingegen teilweise erst in den 1970er Jahren. Die Gründe dafür sind vielschichtig.

Die bisherigen geschichtswissenschaftlichen Forschungsarbeiten zum Thema »Kriegsbeschädigtenversorgung« befassen sich vor allem mit dem institutionellen Rahmen der Versorgung, also Gesetzgebung und Ämterstruk-

¹ Vgl. Elsbeth Bösl, *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*, Bielefeld 2009; Petra Fuchs, »Körperbehinderte zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation. Selbsthilfe – Integration – Aussonderung», Neuwied/Kriftel/Berlin 2001.

tur.² Darüber hinaus gibt es Arbeiten über Kriegsbeschädigten-Verbände,³ zum Versehrtensport,⁴ zur Chirurgiegeschichte⁵ sowie zur Geschichte der Prothetik.⁶

In diesem Beitrag beschäftigen wir uns hingegen mit den tatsächlichen Lebenselementen der Kriegsbeschädigten in der frühen Bundesrepublik, insbesondere mit deren Berufsbiografien. Hierzu war bisher nur wenig bekannt, u.a. weil aussagekräftige Quellen fehlten.

Wir entfalten das Thema anhand bisher nicht zugänglicher Einzelfallakten des Niedersächsischen Landesversorgungsamtes und werden hauptsächlich der Frage nach der Selbstwahrnehmung und Selbstbeschreibung der Kriegsbeschädigten nachgehen. Unser Ziel besteht sowohl darin, herausarbeiten, in welcher Weise sie ihre Ansprüche gegenüber dem Staat aus einem Status als

-
- 2 Zur Situation der Kriegsbeschädigten nach dem Ersten Weltkrieg vgl. Nils Löffelbein, »Die Kriegsopfer sind Ehrenbürger des Staates!«. Die Kriegsinvaliden des Ersten Weltkriegs in Politik und Propaganda des Nationalsozialismus, in: Gerd Krumeich (Hg.), Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg, Essen 2010, S. 207–227; ders., Ehrenbürger der Nation. Die Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs in Politik und Propaganda des Nationalsozialismus, Essen 2013. Zur Situation der Kriegsbeschädigten nach dem Zweiten Weltkrieg vgl. Noyan Dinçka/Sabine Schleiermacher (Hg.), Kriegsgeschädigte und europäische Nachkriegsgesellschaften im 20. Jahrhundert, Paderborn 2023.
- 3 Grundlegend zu den Kriegsopferverbänden vgl. Jonas Fischer, Umstrittene Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen. Zur Geschichte von Kriegsopferverbänden, Elterninitiativen, Clubs, VHS-Kursen und Krüppelgruppen, in: Theresia Degener/Marc von Miquel (Hg.), Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld 2019, S. 213–242.
- 4 Vgl. Bernd Wedemeyer-Kolwe, Vom Versehrtenturnen zum Deutschen Behindertensportverband (DBS) – Eine Geschichte des deutschen Behindertensports, Hildesheim 2011; ders., Verhinderte Gesunde? Die Geschichte des niedersächsischen Behindertensports, Hannover 2010.
- 5 Z.B. vgl. John Kirkup, *A History of Limb Amputation*, London 2007; Fritz Provacz, Geschichte der Unfallchirurgie, Berlin/Heidelberg 2000.
- 6 In Bezug auf die oberen Extremitäten grundlegend vgl. Liebhard Löffler, Der Ersatz für die obere Extremität. Die Entwicklung von den ersten Zeugnissen bis heute, Stuttgart 1984; Marion Ruisinger (Hg.), *Die Hand des Hutmachers*. 27. Februar bis 15. Juni 2014. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt, H. 40, Ingolstadt 2014, darin: Christine Wolters, Kriegsversehrte nach 1945, S. 8–13. Bezuglich der unteren Extremitäten vgl. René Baumgartner/Pierre Botta, Amputation und Prothesenversorgung der unteren Extremität, Stuttgart 1995; Lutz Brückner, Amputation an den unteren Extremitäten: Indikation, Technik, in: *OP-Journal* 23/3 (2007), S. 200–209.

»behinderte Menschen« heraus herleiteten, als auch darin, wie erfolgreich ihre Strategien jeweils waren. Der konkrete Blick auf die Interaktion zwischen Behördenpersonal und Leistungsempfängern ermöglicht es uns, das Verwaltungshandeln der einzelnen Versorgungsmärkte sichtbar zu machen – mithin die Durchsetzung des Bundesversorgungsgesetzes⁷ »im Kleinen«.

Dabei wenden wir den Begriff des »Sozialen Feldes« nach Pierre Bourdieu sowie das eng damit verbundene »Habitus«-Konzept auf die Kriegsbeschädigtenversorgung und auf die Interaktion der Kriegsbeschädigten mit den Versorgungsmärkten an. Bei einem Sozialen Feld nach Bourdieu handelt es sich um »Ding gewordene Geschichte«;⁸ es ist definiert als »Konfiguration von objektiven Relationen zwischen Positionen«.⁹

Die in einem Sozialen Feld verorteten Akteure – in diesem Fall u.a. Sachbearbeiter und Amtsärzte des Versorgungsamtes, externe medizinische Gutachter, das Sozialgericht, Arbeitgeber, die Kriegsopferverbände, Familienangehörige, selbständige Orthopädiemechaniker und nicht zuletzt die Beschädigten selbst – interagieren miteinander gleich Spielfiguren auf einem Spielfeld. Alle spielen wechselweise mit- und gegeneinander und nicht selten nach unterschiedlichen Regeln. Das Ziel dieses Spiels besteht darin, über den Einsatz ökonomischen, sozialen und kulturellen Kapitals, die eigene Position zu verbessern, sprich: möglichst stark zu profitieren.¹⁰ Die Akteure, die im Bereich des Versorgungswesens den größten Gewinn erzielen konnten, aber sicher auch am meisten zu verlieren hatten, waren die Kriegsbeschädigten. Schließlich musste trotz eines normierten Versorgungssystems jede noch so offensichtlich notwendige Leistung – wie etwa die Reparatur einer schadhaften Prothese – vor einer Bewilligung eigens beantragt und der Bedarf

-
- 7 Vgl. Waldemar Schönleiter, Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz) vom 20. Dezember 1950 mit amtlicher Begründung und Rententabellen, Stuttgart/Köln 1951.
- 8 Pierre Bourdieu, Sozialer Raum und »Klassen«. *Leçon sour la leçon*. Zwei Vorlesungen, Frankfurt a.M. 1985, S. 69.
- 9 Pierre Bourdieu/Loic J. D. Wacquant, Die Ziele der reflexiven Soziologie, in: dies., *Reflexive Anthropologie* (ersch. 1992), Frankfurt a.M. 2006, S. 95–249, hier S. 133.
- 10 Vgl. Werner Fuchs-Heinritz/Alexandra König, Pierre Bourdieu. Eine Einführung, Konstanz 2005, S. 142–144; Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler, Aufbrüche und Umbrüche. Lebensbedingungen und Lebenslagen behinderter Menschen in den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel von den 1960er bis zu den 1980er Jahren, Bielefeld 2018, S. 56–57. Als zentrale Quelle vgl. Pierre Bourdieu, *Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft* (1997), Frankfurt a.M. 2001.

ordnungsgemäß nachgewiesen werden. Das Beispiel deutet bereits an, dass die Interaktion im Feld der Versorgung die Beschädigten und ihre Handlungen prägte. Wir gehen der Frage nach, welche Dispositionen und Haltungen bei ihnen entstanden und welche Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungsschemata sich herausbildeten. Mit Bourdieu gesprochen: Wie sah der *Habitus* »des Kriegsbeschädigten« in der Akteurskonstellation typischerweise aus?

Welche Quellen nutzen wir?

Bereits in den frühen 1950er Jahren wurden statistische Daten erhoben und die Erfolge der Versorgungsämter sorgfältig registriert. Etwa 620.000 Kriegsbeschädigte wurden orthopädisch bzw. prosthetisch versorgt. Unter ihnen waren 210.000 Amputierte, die Arme oder Beine verloren hatten. Davon wurden über 31.000 vom Landesversorgungsamt Niedersachsen versorgt. Obwohl der Verlust von Gliedmaßen als Schädigungsfolge mit der geringen Varianz und großen Zahl von Betroffenen eine gute Vergleichbarkeit bietet, wurde von Seiten des Landesversorgungsamts vermutlich gerade wegen des großen Umfangs des Aktenbestandes und der scheinbaren Gleichförmigkeit der Einzelfälle nicht an eine dauerhafte Archivierung gedacht; die Beschädigtenakten wurden nach dem Ableben der Betroffenen sukzessive vernichtet.

Für die sozialhistorische Forschung sind die Amputierten unter den Kriegsbeschädigten gleichwohl aus verschiedenen Gründen eine interessante Gruppe. Ihre gesellschaftliche Akzeptanz war hoch, da sie aufgrund der Fortschritte der Prothetik gute Voraussetzungen für eine Rückkehr in ein »normales« Leben hatten. Anders als eine Hirnverletzung¹¹ ist eine Gliedmaßenamputation zudem nicht per se lebensverkürzend. Psychische Probleme kamen eher seltener vor als bei anderen Verletzungen und Behinderungen oder standen nicht im Vordergrund. Aufgrund der hohen Lebenserwartung gab es zu Beginn der 2010er Jahre trotzdem noch eine für eine wissenschaftliche Untersuchung ausreichend große Menge von Akten. Die gute Zusammenarbeit der beteiligten Institutionen in Niedersachsen ermöglichte es, von den Versorgungsämtern in Oldenburg, Osnabrück, Verden, Hildesheim, Braunschweig und Hannover insgesamt ca. 13.000 Akten zu ca. 3.500 Einzelfällen zu

¹¹ Hierzu vgl. die Darstellung aus den 1960er Jahren: Eckhard Sperling, Die psychosoziale Lage der Hirnverletzen, Stuttgart 1967.

sichern und dem Niedersächsischen Landesarchiv zu übergeben. Davon sind etwa 4.300 Akten in unser Forschungsprojekt eingeflossen.

Je nach Bearbeitungsaufwand entstanden für einen Beschädigten zwischen zwei und maximal zwölf Aktenbände. Dies sind im Wesentlichen Beschädigtenakten, in denen die Korrespondenz der Versorgungämter versammelt ist, sowie orthopädische Akten – also die Korrespondenz der Orthopädischen Versorgungsstellen, die für die Ausstattung mit Hilfsmitteln zuständig waren. Die Akten enthalten u.a. die Amtskorrespondenz, Lazarettunterlagen der Betroffenen, ärztliche Gutachten sowie Unterlagen zum beruflichen Lebenslauf und geben Auskunft über die Krankengeschichten, aber auch zu den wirtschaftlichen und familiären Verhältnissen. In der Regel ist die Einzelfallversorgung lückenlos von der Verwundung während der 1940er Jahre bis zur Sterbeverwaltung in den frühen 2000er Jahren dokumentiert. Daraus rekonstruieren wir nicht nur wesentliche Aspekte der individuellen Biografien, sondern können gleichzeitig die Entwicklungen innerhalb mehrerer Jahrzehnte bundesdeutscher Beschädigtenversorgung nachvollziehen.

Gleichzeitig interessiert uns aber auch alles, was wir über die Betroffenen in Erfahrung bringen können: Wer waren diese kriegsversehrten Männer? Welche Schädigungen haben sie während des Krieges erlitten? Welche medizinisch-rehabilitative Versorgung wurde ihnen zuteil? Wie sahen ihren beruflichen Karrieren vor und nach 1945 aus? Wie gestaltete sich ihre soziale Integration? Wie organisierten sie ihren Alltag? Welche Zuschreibungen gab es? Und wie haben sie sich selbst gesehen?

Die Kriegsbeschädigten als Akteure. Was war ihr Selbstverständnis?

Die Neuregelung der Kriegsbeschädigtenversorgung durch das 1950 in Kraft getretene Bundesversorgungsgesetz war eines der ersten wichtigen Projekte der konservativen Sozialpolitik der frühen Bundesrepublik.

In der Nachkriegszeit wurden die meisten Kriegsbeschädigten zunächst in ehemaligen Wehrmachtlazaretten medizinisch versorgt und mussten oftmals finanzielle Leistungen der Fürsorge in Anspruch nehmen. Die Alliierten der Westzonen orientierten sich jedoch am Schwerbeschädigtengesetz der Weimarer Republik und strebten eine einheitliche Versorgung und Förderung

für alle Menschen mit Behinderungen an.¹² Mit der Einführung der Kriegsbeschädigtenversorgung in der Bundesrepublik wurde die Unterscheidung zwischen Kriegs- und Zivilbeschädigten wieder eingeführt. Die politische Rhetorik bei der Erarbeitung des Bundesversorgungsgesetzes spricht aus unserer Sicht klar dafür, dass es hierbei nicht nur um die wirtschaftliche und rehabilitative Versorgung der Kriegsbeschädigten beider Weltkriege ging. Die Betroffenen und deren Angehörige sollten in die Gesellschaft integriert und von der neu errichteten Demokratie überzeugt werden.¹³ Dabei wurde ihnen aufgrund des »Aufopferungstatbestandes« eine Besserstellung gegenüber anderen Menschen mit Behinderungen zugestanden.¹⁴

Der juristisch formulierte Anspruch auf finanziellen und ideellen Ausgleich für den im Krieg erlittenen Körperschaden wurde von Betroffenen und Gesellschaft weitgehend akzeptiert.¹⁵ Das Gesetz ermöglichte Millionen von Kriegsbeschädigten und ihren Angehörigen mitunter jahrzehntelang den Bezug von Renten und Heilbehandlung und eröffnete ihnen berufliche Perspektiven. Für viele männliche, aber auch weibliche Kriegsbeschädigte sicherte die Kriegsbeschädigtenversorgung, später verbunden mit dem wiedereingeführten Schwerbeschädigtengesetz,¹⁶ die wirtschaftliche Existenz

12 Vgl. Kurt-Alphons Jochheim/Ferdinand Schliehe/Helfried Teichmann, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Udo Wengst (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 2/1, 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten, Baden-Baden 2001, S. 559–585, hier S. 568; Christine Wolters/Karsten Wilke, Die Versorgung Kriegsbeschädigter als Beitrag zur gesellschaftlichen Integration in der frühen Bundesrepublik, in: Ralf Vollmuth/Erhard Grunwald/Andre Müllerschön (Hg.), Medizinische Versorgung von Veteranen und Kriegsversehrten, Referateband der Gesellschaft für Geschichte der Wehrmedizin e.V. 12, Bonn 2023, S. 77–111, hier S. 80.

13 Vgl. ebd., S. 82.

14 Vgl. Christine Wolters/Karsten Wilke, Die Integration Kriegsbeschädigter in Niedersachsen 1945–1970. Gesetzliche Regelungen, Organisation und Praxis der Versorgung am Beispiel der Ohnhänder, in: Dinçkal/Schleiermacher (Hg.), Kriegsgeschädigte, S. 123–145, hier S. 128. Der »Aufopferungstatbestand« steht Personen zu, sofern durch eine hoheitliche Maßnahme in Leben, Gesundheit und Freiheit eingegriffen wird. Damit wurde der Klientel sowohl symbolisch als auch sozialpolitisch eine »höhere Dignität« zugebilligt als Personen mit »zivilen Leiden gleicher Art.« Wilfried Rudloff, Überlegungen zur Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform 49 (2003), S. 863–886, hier S. 867.

15 Vgl. Wolters/Wilke, Integration, S. 128.

16 Vgl. Herbert Monjau, Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (Schwerbeschädigtengesetz) vom 16. Juni 1953. Kommentar, Münster 1954; Hermann Wilrodt/

auf der Grundlage eines Arbeitseinkommens. In den folgenden Jahrzehnten entfalteten die Kriegsbeschädigten selbst als gesellschaftliche und politische Akteure, als Betroffene und Familienangehörige ebenso wie als Ärzte, Juristen, Politiker, und Leistungssportler, erheblichen politischen Druck in eigener Sache.¹⁷ Viele von ihnen organisierten sich in den einflussreichen Kriegsopferverbänden, die ihre Interessen in der öffentlichen Diskussion sowie gegenüber dem Gesetzgeber wirkungsvoll vertraten.¹⁸ Dies machte die Kriegsbeschädigten zu privilegierten Behinderten, während das Leid in den Anstalten und Heimen vielfach unbeachtet blieb.

Aber auch innerhalb der Gruppe derjenigen mit kriegsbedingten Behinderungen wurden nicht alle als kriegsbeschädigt anerkannt. Als Versorgungsleiden galten in der Regel nur körperliche Behinderungen, in der Amtssprache als »Schädigungsfolge« bezeichnet. Psychische Folgen wie posttraumatische Belastungsstörungen, welche seinerzeit noch nicht diagnostiziert wurden, waren per se ausgeschlossen.¹⁹ Obwohl die medizinischen Indikationen sehr eng gefasst waren, handelte es sich um etwa 1,5 Millionen Menschen.²⁰ Zwei Drittel der anerkannten Kriegsbeschädigungen waren Folgen von Verwundungen wie Seh- und Hörverlust, Amputationen von Armen oder Beinen, neurologische Schädigungen durch Kopfverletzungen (sogenannte Hirnverletzungen) und Querschnittslähmungen, Funktionsstörungen innerer Organe sowie einige chronische Erkrankungen, wobei die »Gliedmaßengeschädigten« etwa ein Drittel der Betroffenen ausmachten. Gliedmaßenamputationen galten unter den langfristig überlebbaren schwerwiegenden Behinderungen als

Otfried Gotzen, Schwerbeschädigtengesetz. Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 16. Juni 1953, Kommentar, München/Berlin 1953.

- 17 Christine Wolters, Ärzte als Experten bei der Integration Kriegsbeschädigter und Kriegsversehrter nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg, in: N. T. M. Zeitschrift für die Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin 23 (2015), S. 143–176.
- 18 Vgl. Jonas Fischer, Umstrittene Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen. Zur Geschichte von Kriegsopferverbänden, Elterninitiativen, Clubs, VHS-Kursen und Krüppelgruppen, in: Theresia Degener/Marc von Miquel (Hg.), Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld 2019, S. 213–242, hier S. 214–217.
- 19 Der Bundesminister für Arbeit (Hg.), Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen, Teil A, Grundbegriffe, o.D. [1952], o.O., S. 15.
- 20 Berthold Mikat, Die Kriegsbeschädigten im Bundesgebiet, in: Wirtschaft und Statistik 1951, S. 50–54 und 137–142. Mikat geht von 5,85 Millionen verwundeten Wehrmachtssoldaten aus.

die Häufigste. Vergleichbare massive Verletzungen an Rumpf und Kopf waren im Zweiten Weltkrieg in der Regel tödlich. In den 1940er Jahren waren die Möglichkeiten der chirurgischen Versorgung gegenüber dem Ersten Weltkrieg deutlich fortgeschritten, was die Zahl der Überlebenden mit schweren Beeinträchtigungen erhöht hatte.²¹ Da die Wundinfektion jedoch wegen der noch nicht vorhandenen Antibiose und der langen Transportwege ins Lazarett als größtes Risiko galt, entschieden sich deutsche Feldärzte häufiger und schneller für eine rigorose Amputation von Armen oder Beinen.²² Überlebt wurde eine solche Verwundung meist nur von zuvor sportlichen, oftmals körperlich arbeitenden Männern in einer Altersgruppe von 20 bis 30 Jahren.

Zwar wollten viele Betroffene die Behinderung verbergen und unauffällig leben. Dies stellte sich jedoch im Alltag als meist unmöglich heraus und führte dazu, dass deshalb gerade diese jüngeren Männer mit fehlenden Armen oder Beinen bzw. mit entsprechenden Prothesen in der Öffentlichkeit deutlicher als Kriegsbeschädigte wahrgenommen wurden.²³ Die vorherige gute körperliche und psychische Konstitution und der jahrzehntelange berufliche Erfolg der Betroffenen nach dem Krieg stellte, wie Beispiele zeigen, für Angehörige dieser Gruppe schließlich auf lange Sicht die stigmatisierende Konnotation des Begriffs der »Behinderung« infrage: Die Betroffenen galten als »leistungsfähig« und ihnen gelangen Karrieren auf dem »ersten Arbeitsmarkt«.²⁴

²¹ Ernst Goetz/Rudolf Harbeck, Über die Verteilung der anerkannten Leiden bei Kriegsbeschädigten, in: Kriegsopfersversorgung. Fachzeitschrift für Versorgungsrecht, Versorgungspraxis 3 (1954), S. 93–94. Jeder dritte Kriegsbeschädigte hatte als Schädigungsfolge eine Gliedmaßenamputation oder signifikante -verletzung.

²² Hierzu vgl. Martin Kirschner, Die Höhe der Absetzung bei der Not- und Feldamputation, in: Der Chirurg 13 (1941), S. 625–629; Oberkommando der Wehrmacht (Hg.), Richtlinien für die Versorgung Verwundeter. Merkblatt, Berlin 1943. Zum Problem der Wundinfektionen vgl. Volker Roelcke, Fortschritt ohne Rücksicht. Menschen als Versuchskaninchen bei den Sulfonamid-Experimenten im Konzentrationslager Ravensbrück, in: Insa Eschebach/Astrid Ley (Hg.), Geschlecht und »Rasse« in der NS-Medizin, Berlin 2012, S. 101–114, hier S. 102–103. Allgemein zum Lazarettwesen vgl. Ekkehart Guth (Hg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, Herford/Bonn 1990.

²³ Bernd Wedemeyer-Kolwe, Vom »Versehrenturnen« zum Deutschen Behinderten-Sportverband (DBS). Eine Geschichte des deutschen Behindertensports, Hildesheim 2011, S. 66–67.

²⁴ Es steht zu vermuten, dass die »Erfolge« der Kriegsbeschädigten dazu beitrugen, dass während der 1950er Jahre allmählich auch der diskriminierende Begriff des »Krüpelns« aus dem offiziellen Sprachgebrauch zurückgedrängt wurde. Vgl. Hans-Walter

Im Vergleich zur Geschichte der »Behindertenhilfe« in der Bundesrepublik zeigt sich ein signifikanter Unterschied: Ansätze der Verselbstständigung und »Normalisierung«, geschweige denn berufliche Förderung, wie sie für Kriegsbeschädigte von Beginn an selbstverständlich waren, wurden hier erst seit Ende der 1960er Jahre etabliert. Im Vordergrund stand für über eine halbe Millionen Menschen mit angeborenen und durch Krankheiten erworbenen Behinderungen bis dahin die »verwahrende Pflege« in Anstalten und Heimen.²⁵ Das Zusammenwirken von Inklusions- und Exklusionsmechanismen führte dazu, dass die Kriegsbeschädigten nicht nur anders wahrgenommen, sondern auch beispielsweise auf Ämtern und in Verwaltungen anders behandelt wurden und damit deutlich zwischen ihnen und Menschen mit Behinderungen anderer Genese unterschieden wurde.²⁶

Die Versorgungsbehörden. Was sind die Grundlagen ihres Handelns im Sozialen Feld?

Als zweiter wichtiger Akteur standen den Kriegsbeschädigten die Versorgungsämter mit ihren Beamten und Angestellten gegenüber. In Abgrenzung zur Kriegsbeschädigtenversorgung im Kaiserreich waren sie zu Beginn der

Schmuhl, Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung, Berlin 2010, S. 83–85.

- 25 Wilfried Rudloff, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Band 3 1945–1957. Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, Baden-Baden 2005, S. 515–557, hier S. 522–523.
- 26 Vgl. Wilfried Rudloff, Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der bundesdeutschen Behindertenpolitik (1945–1990), in: Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler (Hg.), Welt in der Welt. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History, Stuttgart 2013, S. 109–131; Felix Welti, Behinderung und Rehabilitation im Sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen 2005. Als Beispiele vgl. Karsten Wilke, Das Wichernhaus Altdorf der Rummelsberger Anstalten 1925–1990. Von der »Krüppelfürsorge« zur »Normalisierung«, in: ders./Hans-Walter Schmuhl/Sylvia Wagner/Ulrike Winkler (Hg.), »Es sollte doch alles besser werden.« Die Behindertenhilfe der Rummelsberger Diakonie 1945 bis 1995, Bielefeld 2021, S. 33–112; Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler, Gewalt in der Körperbehindertenhilfe. Das Johanna-Helenen-Heim in Volmarstein von 1947–1967, Bielefeld 2013.

Weimarer Republik erstmals als zivile Behörden gegründet worden. Im Bereich des Ärztlichen Dienstes wurden dort ausschließlich Sanitätsoffiziere mit Fronterfahrung eingestellt, die oftmals selbst kriegsbeschädigt waren. Nach der Abschaffung des kaiserlichen Heeres und der Marine sowie der Verkleinerung der Reichswehr auf 100.000 Mann sollte ihnen hier eine neue berufliche Perspektive geboten werden. Gleichzeitig galten sie als ehemalige Feld- und Lazarettärzte aber auch als unverzichtbare Experten.²⁷ Die Versorgungärzte der ersten Generation bestanden demnach zu einem großen Teil aus Kriegsbeschädigten. Die Jüngsten unter ihnen traten erst in den 1950er Jahren in den Ruhestand und sorgten auf Bundesebene für eine Kontinuität des demokratischen Verwaltungshandelns.²⁸

Mit der Schaffung der Versorgungsbehörden 1951 sollten auch Behördenmitarbeiter aus der Weimarer Republik als Beamte und Angestellte übernommen werden, sofern sie »für ihre Aufgabe besonders geeignet« waren.²⁹ Dies schloss natürlich auch Ärzte und Juristen der Versorgungsämter aus der Zeit von vor 1933 ein. Daraus ergibt sich für die Akteure auf der Seite der Behörde folgendes Bild: die Kriegsbeschädigten trafen auf Ärzte, Amtsleiter und Sachbearbeiter, die als Männer nicht nur Berufserfahrung im Versorgungswesen, sondern als ehemalige, oft selbst kriegsbeschädigte Soldaten und Sanitätsoffiziere auch einen Teil der Lebenserfahrung teilten.

Nach dem gleichen Integrationsprinzip wie zwischen 1920 und 1935 funktionierten auch die Versorgungsämter, die Anfang der 1950er Jahre in der Bundesrepublik errichtet wurden und bis zu ihrer Auflösung über viele Jahrzehnte bestanden. Den langfristigen Erfolg und die Stabilität als Behörden verdanken sie der Umsetzung demokratischer Prinzipien in der Verwaltung. Dies schuf

²⁷ Christine Wolters/Karsten Wilke, Militärärzte als Pioniere des Sozialstaats. Sanitätsoffiziere als zivile Versorgungärzte in der Weimarer Republik, in: Militärgeschichtliche Zeitschrift 81 (2022), S. 447–485.

²⁸ Der prominenteste Vertreter war sicher der spätere Leiter der Ärztlichen Abteilung Kriegsbeschädigtenversorgung des Bundesarbeitsministeriums, Michael Josef Bauer (1886–1859). Bauer begann seine Laufbahn als bayerischer Sanitätsoffizier und Versorgungsarzt im Hauptversorgungsamt Würzburg. In seiner Abteilung war auch Fritz Paetzold (1889–1975), seit 1913 Sanitätsoffizier und seit 1920 Ministerialbeamter der Kriegsbeschädigtenversorgung, bis 1945 im Reichsarbeitsministerium.

²⁹ Gesetz über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung vom 12. März 1951, BGBI. I 1951, S. 169. Hier § 2. Explizit nicht profitieren sollten von der Regelung die vor 1895 Geborenen, die erstmals nach 1950 in der Kriegsopferversorgung Tätigen und Beamte der Rentenversicherung. Ebenda, § 6, Abs. 1.

zunächst ein grundsätzliches Vertrauen in der Gesellschaft, dass trotz des Umbruchs von Kriegende und Nachkriegszeit eine stabile Verwaltung angemessen agieren und für medizinische Betreuung und wirtschaftliches Auskommen der Betroffenen sorgen würde. Angesichts der immensen Zahl der Anträge, aber auch der wirkungsvollen Unterstützung der Leistungsberechtigten durch Vereine und Kriegsopferverbände musste das Verwaltungshandeln gleichermaßen effektiv wie transparent sein.³⁰

Die Kriegsbeschädigtenversorgung als Soziales Feld

Beschädigte, bei denen eine »Minderung der Erwerbsfähigkeit« (MdE) von mindestens 90 Prozent festgestellt wurde, galten als »Erwerbsunfähige«; ab einer MdE von 50 Prozent als Schwerbeschädigte. Tatsächlich verlangten viele kriegsbeschädigte Männer dennoch offensiv nach einem Arbeitsverhältnis. Dabei ging es ihnen sicher um den finanziellen Ertrag, aber möglicherweise noch mehr darum, über die Berufstätigkeit den Nachweis zu erbringen, ein »ganzer Mann« und »Ernährer« einer Familie zu sein.³¹ Diesen Anspruch formulierten sogar Mehrfachamputierte, wie etwa die Gruppe der »Ohnhänder«, mithin: eigentlich »Erwerbsunfähige«. Das soziale Feld der Beschädigtenversorgung bestand im Wesentlichen aus drei gesetzlich vorgesehenen Unterstützungsgebieten: *Heilbehandlung*, *Arbeitsvermittlung* (und Arbeit) sowie *soziale Rehabilitation*.

Heilbehandlung

Wesentlicher Bestandteil der Heilbehandlung war die orthopädische Versorgung, die unter anderem davon abhing, wie die Amputationsstümpfe beschaffen waren. Bei Armamputierten bestanden unterschiedliche Möglich-

³⁰ Zu den theoretischen Grundlagen insgesamt sehr erhellend: Wolfgang Seibel, Verwaltung verstehen. Eine theoriegeschichtliche Einführung, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2017, insbesondere S. 18–24, S. 52–55 sowie S. 61–62.

³¹ Vgl. Sabine Schleiermacher, Restauration von Männlichkeit? Zum Umgang mit Kriegsbeschädigten in der frühen Bundesrepublik, in: Bernhard Gotto/Elke Seefried (Hg.), Männer mit »Makel«. Männlichkeiten und gesellschaftlicher Wandel in der frühen Bundesrepublik, Berlin/Boston 2017, S. 24–36.

keiten.³² Hierzu gehörten Schmuckarme zur Kaschierung der Behinderung. Andere Prothesen konnten die Funktion des Armes bzw. der Hand zumindest teilweise ersetzen. Mehrere Betroffene wurden mit dem sogenannten Sauerbruch-Arm ausgestattet. Hierzu wurden durch die Muskeln der Oberarme und der Brust mehrere mit Haut ausgekleideter Tunnel gelegt, in die Bolzen eingeführt wurden. Damit konnte die Bewegung in der verbliebenen Muskulatur auf die Prothesenteile übertragen werden.

Andere wurden mit einem so genannten Hook-Arm (Greifarm) versorgt, einer mit einer Bandage an der Schulter befestigten Zugprothese. Der Hook-Arm war ausschließlich als Arbeitsarm entwickelt worden. Als Endstück konnten wechselweise Ringe, Krallen, Haken und verschiedene Werkzeuge montiert werden. Seine Steuerung erfolgte über die Bandage durch Bewegungen des Schultergelenks. Um den Gebrauch der Kunstglieder zu optimieren, konnten die Amputierten nach der Anpassung an Greifschullehrgängen teilnehmen. Festzuhalten ist aber, dass eine prosthetische Versorgung ein lebenslanger Prozess blieb, schließlich änderten sich sowohl die Orthopädietechnik als auch die Körper der Beschädigten laufend.

Manchmal wurde eine andere Lösung gewählt. Sofern ein mindestens etwa zehn Zentimeter langer Unterarmstumpf erhalten war, bestand die Möglichkeit, eine Krukenberg-Kineplastik³³ zu formen. Hierbei wurden Elle und Speiche zu einer beweglichen Greifschere gespalten. Auch hier konnten verschiedene Aufsätze angebracht werden. Der Vorteil dieser Methode bestand darin, dass die Oberflächensensibilität erhalten blieb und die Betroffenen unabhängig von technischen Prothesen waren. Allerdings blieb die Beweglichkeit wegen des Verschleißes der Gelenke nicht lebenslang gleich gut erhalten.

Arbeitsvermittlung

Die prosthetische Versorgung war auch und vor allem auf die Befähigung der Beschädigten zur Erwerbsarbeit ausgerichtet. Die Arbeitsvermittlung war zwar im Bundesversorgungsgesetz verankert und geregelt, ihre Durchführung oblag jedoch wesentlich den kommunalen (Haupt-)Fürsorgestellen.

³² Zur prosthetischen Versorgung bei Armamputationen vgl. Löffler, Ersatz; Martin Friedrich Karpa, Die Geschichte der Armprosethese unter besonderer Berücksichtigung der Leistung von Ferdinand Sauerbruch (1875–1951), Diss. med., Bochum 2004.

³³ Vgl. Albrecht Förster/Dieter Jungmichel, Die Operation nach Krukenberg. The Krukenberg Operation, in: Orthopädie-Technik 5 (2002), S. 430–433.

Sofern ein Beschädigter seinen ursprünglich erlernten Beruf nicht mehr ausüben konnte, wurde überlegt, welche alternativen Tätigkeiten für ihn in Frage kamen. Die Betroffenen hatten in diesem Fall ein Anrecht auf Fort- und Weiterbildungen sowie Umschulungen, zum Beispiel an der Landesversehrtenfachschule in Bad Pyrmont. Hier konnte ein breites Spektrum an handwerklichen Berufen sowie an Büro- und Verwaltungstätigkeiten mit regulären Abschlüssen erlernt werden. In einigen Fällen war die Ausbildung in Bad Pyrmont sogar das Sprungbrett für eine Karriere im öffentlichen Dienst. Ein Hilfsarbeiter konnte hier den Grundstein für eine Beamtenlaufbahn legen.³⁴

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass es für Facharbeiter im Handwerk kaum möglich war, ihre angestammte Tätigkeit dauerhaft weiter auszuüben. Wir haben dies für den Tischlerberuf bereits eingehend untersucht und konnten feststellen, dass die gestellten Anforderungen mit einem Arm- oder Beinverlust – wenn überhaupt – lediglich für einige Jahre bewältigt werden konnten. Ein wesentlicher Grund hierfür ist, dass die Prothesen der 1940er und 1950er Jahre den Belastungen nicht gewachsen waren.³⁵

Einem Tischler, der in seinem Beruf weiterarbeiten wollte, blieb daher lediglich die Möglichkeit, sich zum Meister fortzubilden, um anschließend in einem größeren Betrieb als Ausbilder oder Vorarbeiter angestellt zu werden. Die Mehrzahl der Betroffenen fand in den klassischen »Beschädigtenberufen« des Pförtners, Platzanweisers, Aufzugführers, Telefonisten oder Bürogehilfen Beschäftigung, oder aber, das ist der zweite Karriereweg, als Maschinenarbeiter in der Industrie. Die zunehmende Industrialisierung des in weiten Teilen agrarisch geprägten Landes Niedersachsen bildete somit eine wichtige Voraussetzung der Kriegsbeschädigtenintegration.³⁶

Insbesondere die berufliche Wiedereingliederung der »Ohnhänder« wurde von Politik und Verwaltung als »Nagelprobe« für die Wirksamkeit des Bundesversorgungsgesetzes angesehen. Versorgungsämter und Hauptfürsorgestellen bemühten sich in besonderer Weise darum, diesen Personenkreis in Arbeit zu bringen. Anders als bei allen anderen Beschädigtengruppen gab es hier aufwändige Einzelfallbesprechungen, an denen auch Vertreter der Beschädigtenverbände, der Arbeitsverwaltung und der Krankenkassen teilnahmen.³⁷

34 Wolters/Wilke, Integration, S. 143; dies., Versorgung, S. 90.

35 Vgl. ebd., S. 93f.

36 Vgl. ebd., S. 95.

37 Vgl. Wolters/Wilke, Integration, S. 142.

Die meisten der uns bekannten 28 Doppelhand- bzw. Doppelarmamputierten waren vor ihrer Verletzung entweder in der Landwirtschaft oder im Handwerk tätig gewesen. Ihre beruflichen Karrieren verliefen nach 1945 sehr unterschiedlich: einige blieben Zeit ihres Lebens ohne Anstellung, andere arbeiteten in »Beschädigtenberufen« und wieder andere erhielten Anstellungen im Staatsdienst. Bahn, Post, die Forstbetriebe und die öffentliche Verwaltung waren zumindest teilweise auf die Beschäftigung Kriegsbeschädigter – also von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen – eingestellt. Personen aus dem Bereich der »Behindertenhilfe« wurden diese Möglichkeiten jedoch in der Regel nicht eröffnet.

Soziale Rehabilitation

Zur sozialen Rehabilitation gehörten Hilfsmittel für den Alltag: Kriegsbeschädigte erhielten – ausdifferenziert nach Schädigungsformen – beispielsweise Zuschüsse zum Erwerb eines PKWs, spezielle Gabelmesser, Frühstücksbrettcchen, Handwaschbürsten, Nagelfeilen, Spielkartenständer, Taschenmesser, Manschettenknöpfe, Schuhe mit Spikessohlen, Mäntel, Handschuhe, Aktentaschen zum Umhängen (die zur Zeit noch ungebräuchlich waren), Schreibmaschinen, elektrische Rasierapparate, Diktiergeräte sowie Toiletten- oder Badewannenlifte. Später gehörten auch Farbfernseher dazu.

Als wichtigen Beitrag zur sozialen Rehabilitation forderte die Kriegsbeschädigtenversorgung zudem die Teilnahme am Versehrtensport. In den Versehrtensportvereinen wurde beispielsweise Tischtennis oder Sitzball gespielt, Leichtathletik betrieben oder geschwommen. Selbst Kriegsbeschädigte mit einer auf 100 % bezifferten MdE nutzten diese Angebote. Vor allem die gliedmaßenamputierten Kriegsbeschädigten trafen sich dort, seltener auch Hirnverletzte.

Einer der bekanntesten Versehrtensportler war der Ohnhänder Horst Kretschmer. Als Langstreckenläufer war er nicht nur einer der bekanntesten Versehrtensportler in der Bundesrepublik, sondern auch Gründer und Vorstand von Versehrtensportvereinen.³⁸

Neben der körperlichen Ertüchtigung eröffneten die Vereine soziale Kontakte zu anderen Beschädigten und ermöglichten neben dem privaten auch einen »fachlichen« Austausch, etwa über neue Prothesen oder über Erlebnisse

³⁸ Vgl. ebd., S. 139. Hier befindet sich eine Fotografie, die Kretschmar beim Tischtennis zeigt.

beim Versorgungsamt. Festzuhalten ist aber auch, dass der Versehrtensport eine exklusive Angelegenheit war. Weder bezog er körperlich Beeinträchtigte, die über die »Behindertenhilfe« unterstützt wurden, mit ein, noch zielte er darauf, Kontakte zwischen Menschen mit und ohne körperliche Beeinträchtigungen zu fördern.

Interaktion

Die Kommunikation mit dem und die Entscheidungen des Versorgungsamts prägten ganz wesentlich den Alltag der Kriegsbeschädigten. Sie trugen dazu bei, spezifische Haltungen und Einstellungen zu entwickeln und zu verstärken. Das Grundprinzip – aus Sicht der Beschädigten – bestand hierbei darin, dass sie aus der Tatsache, dass sie im Kriegsdienst Verletzungen oder Amputierungen erlitten hatten, ein Recht ableiteten und Leistungen einforderten.

Ein Unterschenkelamputierter brachte dies nach der Durchführung einer Nachamputation im Jahre 1953 wie folgt auf den Punkt: Er habe erneut einen »Teil seines linken Beines geopfert« und könne aus diesem Grund die Entscheidung des Versorgungsamtes nicht nachvollziehen. Das Versorgungsamt hatte nämlich einige Zeit später die MdE von 80 % auf 70 % herabgesetzt.

Für den Beschädigten war dies inakzeptabel. Schließlich musste er einen weiteren Eingriff an seinem Körper erleiden und damit – so gesehen – eine nochmalige Verringerung seiner leiblichen Substanz, woraufhin nunmehr geringere Leistungen in Aussicht gestellt wurden.

Aus Sicht der Behörde griff jedoch eine andere Logik. Nach Auffassung des Versorgungsarztes war die Schädigungsfolge »beidseitiger Verlust des linken Unterschenkels und des rechten Vorfußes« in Folge der Nachamputation unverändert geblieben; zugleich hatte er aber verbesserte Stumpfverhältnisse festgestellt. Somit habe sich auch die Lebensqualität und die Befähigung zur Erwerbsarbeit sowie die Voraussetzungen für eine soziale Rehabilitation deutlich erhöht. Die Folge war eine Herabstufung der MdE.³⁹ Besonders auffällig ist, dass der Betroffene sich der vorherrschenden Logik durchaus bewusst war, sodass sein Widerspruch nicht etwa auf die Begründung des Versorgungsamtes abhob, sondern auf Formalitäten. Er habe schließlich gar eine Neubewertung der MdE beantragt.⁴⁰

39 Vgl. Auszugsweise Abschrift aus dem Urteil des Sozialgerichts Lüneburg – A. – Z.: S. 10 V-454/62 v. 5.5.1965, Bl. 2–3, NLA HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 594.

40 Vgl. ebd.

Die Versorgungsämter waren mit einer »Doppelstruktur« ausgestattet. Hier gab es einerseits den Medizinischen Dienst sowie andererseits die Sachbearbeiter. Während die Versorgungsärzte die Untersuchung der Beschädigten vornahmen, entschieden die Sachbearbeiter, die eben keine Ärzte, sondern Verwaltungsbeamte bzw. -angestellte waren, über die Bewilligung und den Umfang der Leistungen. Aus diesem Grund boten sich den Beschädigten zwei Möglichkeiten, um für sich eine möglichst günstige Regelung zu erwirken: bei der Untersuchung sowie bei der – persönlichen und schriftlichen – Korrespondenz mit dem zuständigen Behördenmitarbeiter. Die Beschädigten erlernten somit allmählich Strategien, die sie zur Anwendung bringen konnten, um ihren Interessen Nachdruck zu verleihen.

Strategien

Dazu gehörte ganz zentral *erstens* das ostentative Betonen des körperlichen Verlusts, das häufig emotionsgeladen – z.B. Mitleid erzeugend, wütend, schmeichelnd, besonders höflich oder überheblich – vorgetragen wurde. Mit einem Verweis auf Krankheiten, Schmerzen, Probleme bei der Bewältigung des Alltags oder auf persönliche Notlagen unterstrichen die Betroffenen ihren Wunsch nach einer besseren Ausstattung mit Heilmitteln, nach beruflicher Förderung und sozialer Anerkennung.

Eine weitere klassische Strategie war *zweitens* der Verweis auf die Lohnarbeit bzw. einen drohenden Arbeitsplatzverlust. So begründete ein Betroffener den Antrag auf eine Bezuschussung zum Erwerb eines PKWs mit folgenden Sätzen:

»Bisher nutze ich [...] ein Fahrrad. Darauf musste ich leider im letzten Jahr wegen der beim Fahren auftretenden Schmerzen verzichten. Nur Dank kollegialer Hilfe war es mir während der schlechten Witterungs- und Straßenverhältnisse (Schnee und Glatteis) möglich, ohne weiteren Schaden zu nehmen, den Weg zu meiner Arbeitsstelle und zurück zu machen.« [3005, G. Sarstedt]

Der Betroffene betonte seine Bereitschaft, weiterhin »produktiv« sein zu wollen, knüpfte dies aber an eine Unterstützung beim Erwerb eines PKWs und damit an die Erlangung eines wichtigen Statussymbols.

Eine andere Strategie, um eine bessere Versorgung einzufordern, bestand *drittens* darin, die Leistungen, die anderen Beschädigten mit ähnlichen Verlet-

zungen bewilligt worden waren, zu benennen und eine »Gleichbehandlung« einzufordern. Die Voraussetzung hierfür war der Austausch mit anderen Betroffenen, der beispielsweise im Rahmen des Versehrtensports kontinuierlich stattfand, aber auch – spontan oder geplant – in den Wartezonen der Versorgungsämter.

Hinzu kam *viertens* das Einfordern gesellschaftlicher Teilhabe. Die Betroffenen verlangten nach neuen Schuhen, Schmuckarmen oder Mänteln, nicht zuletzt, indem sie betonten, dass sie sich für ihr äußereres Erscheinungsbild schämten⁴¹ und es als notwendig befanden, ihre »hässlichen« Schädigungen in der Öffentlichkeit zu verbergen.⁴² Zur Förderung ihrer gesellschaftlichen Integration verlangten die Beschädigten nach der Ausstattung mit Badeprothesen und Sportartikeln, nach der Finanzierung von Tanzkursen⁴³ oder nach der Förderung ihrer Mobilität.⁴⁴ Wieder andere verlangten nach Schreibmaschinen,⁴⁵ Tonbandgeräten,⁴⁶ Kassettenrekordern oder Fernsehapparaten.⁴⁷

Besondere Kompetenzen

Im Rahmen der vielfältigen Interaktion kamen ökonomische, politische, soziale, den Bereich der Kultur betreffende sowie persönlich-private Argumente zur Sprache, und auch die Umgangsformen zwischen Behördenvertretern und Leistungsempfängern konnten sich stark unterscheiden. Sie deckten ein breites Spektrum an Verhaltensweisen von zuvorkommender Höflichkeit über nüchterne Sachlichkeit und geringschätziger Paternalismus bis hin zu aggressiver Konfrontation ab. Doch ganz unabhängig von Argumentation und

41 Vgl. W. an die Orthopädische Versorgungsstelle Hannover, 5.11.1963, NLA HA, Nds. 130, Acc. 2017/Nr. 69; H. an die Orthopädische Versorgungsstelle Hannover, 14.1.1960, NLA HA, Nds. 130, Acc. 2017, Nr. 3250.

42 Vgl. Bund der Kriegsblinden Deutschland e.V. an das Versorgungsamt Hildesheim, 17.12.1965, NLA HA, Nds. 130, Acc. 2017/Nr. 1506.

43 Vgl. Unbekannter Verfasser an die Orthopädische Versorgungsstelle Berlin-Wilmersdorf, undatiert [1953], NAL HA, Nds. 130, Acc. 2017/Nr. 4213.

44 Vgl. H. an das Versorgungsamt Hannover, 9.1.1946, NLA HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 3166.

45 Vgl. Regierungsmedizinalrat an die Landesversicherungsanstalt Oldenburg/Bremen, 23.2.1950, NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 2637.

46 Vgl. J. an das Versorgungsamt Hannover I, 27.6.1959, NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 3419.

47 Vgl. div. Dokumente in: NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 3683.

Form, die sich wesentlich unterscheiden konnten, übte das System der Versorgung als Ganzes eine normierende Wirkung auf die Beschädigten aus.

Nur in seltenen Fällen wurde der Rahmen ansatzweise verlassen. Dies konnte beispielsweise der Fall sein, wenn es sich bei einem Beschädigten um einen Arzt handelte. Hier konnte sich das grundsätzlich paternalistische Verhältnis zwischen Behörde und Leistungsempfänger ein Stück weit umkehren.

So stellte beispielsweise der eigenwillige Dermatologe und Pharmazeut Rolf D. die Mitarbeiter des Medizinischen Dienstes und die Sachbearbeiter vor große Herausforderungen. D. wurde 1915 geboren und diente im Zweiten Weltkrieg als Sanitätsoffizier. Am 28. Januar 1942 erlitt er eine Granatsplitterverletzung des linken Unterschenkels; einen guten Monat später musste das Bein am Oberschenkel amputiert werden.⁴⁸

Als ihm Ende des Jahres 1954 eine Reizstrombehandlung des Stumpfes bewilligt wurde, verlangte er, diese in der eigenen Praxis an sich selbst durchführen zu dürfen und hierfür die Kosten erstattet zu bekommen. Da ein solches Szenario nicht vorgesehen war, musste sich das Versorgungsamt zunächst rückversichern, und so kam es zu einem regen behördlichen Schriftwechsel. Das formale Hindernis bestand darin, dass derartige Behandlungen ausschließlich von behördlich lizenzierten Praxen durchgeführt werden durften.⁴⁹

Im Jahre 1966 stellte D. einen Antrag auf Zahlung eines monatlichen »Berufsschadensausgleich«.⁵⁰ Hierbei handelte es sich um einen Zuschuss zur Beschädigtenrente, der gewährt wurde, sofern eine große Differenz zwischen dem tatsächlichen Einkommen eines Leistungsbeziehers und einem hypothetischen Einkommen, das dieser ohne die Kriegsbeschädigung hätte erzielen können, bestand. Pikant an dem Vorgang war zum einen, dass der Antragsteller inzwischen in den Staatsdienst gewechselt und im Wehrersatzwesen als Obermedizinalrat tätig war. Damit bekleidete er einen höheren Dienstrang als viele Versorgungsärzte, die derartige Anträge begutachteten. Zum anderen

48 Vgl. Versorgungsamt Nürnberg an die Finanzmittelstelle des Landes Bayern, 16.1.1959, NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 4077. Rolf D. zog mehrfach um. Einen Wohnsitz in Niedersachsen meldete er erstmals 1969 an. Vgl. D. an das Versorgungsamt Main, 29.9.1969, NLA HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 4077.

49 Vgl. AOK Mittelfranken an Versorgungsamt Nürnberg, 7.12.1954, NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 4077; Kemper, Ärztliche Bezirksvereinigung Ansbach und Umgebung, an Versorgungsamt Nürnberg, 31.3.1955, NAL HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 4077.

50 Vgl. D. an das Versorgungsamt Mainz, 4.8.1966, NLA HA, Nds. 310, Acc. 2017/Nr. 4077.

brachte der Betroffene durch das Stellen des Antrags zum Ausdruck, dass er die Anstellung als Beamter im höheren Dienst im Vergleich zur Tätigkeit als selbstständig praktizierender Arzt als »sozialen Abstieg« auffasste. Das Verfahren zog sich anschließend zwei Jahre hin, bevor das Ansinnen mit der Begründung abgelehnt wurde, dass D. den Nachweis schuldig geblieben sei, dass er als frei niedergelassener Arzt in eigener Praxis besser verdiene als ein höherer Beamter.⁵¹

Der Habitus »des Kriegsbeschädigten«

Auf der Grundlage unserer Darstellungen möchten wir abschließend eine Typisierung »des Kriegsbeschädigten« wagen und versuchen, einen spezifischen »Habitus« herauszustillieren. Aus unserer Sicht lassen sich sechs Spezifika ausfindig machen:

- (1) Die Kriegsbeschädigten lebten mit einem zerstörten Körper als »Produkt« des Zweiten Weltkrieges. Das System der Versorgung verlangte ihnen bis ins hohe Alter fortlaufend ab, zur Erlangung bestimmter Leistungen den Verlust von Extremitäten, Geschlechtsteilen, Zähnen und Sinnesorganen sowie Splittereinschlüsse, Narben, Krankheiten oder Schmerzen zu betonen. Auch wenn das im Verlauf der Jahrzehnte zunehmend weniger explizit vorgetragen wurde, vergegenwärtigte sich ihnen dadurch laufend die individuelle (und kollektive) Erfahrung tödlicher Gewalt. Die staatlichen Leistungen konnten so als »Bezahlung« für den Kriegseinsatz gedeutet und dieser somit gleichzeitig retrospektiv legitimiert werden.
- (2) Die Erlangung staatlicher Leistungen setzte eine dauerhafte ärztliche Begutachtung voraus. Die Beschädigten mussten den Akteuren des Versorgungswesens tiefe Einblicke in ihr Berufs- und Privatleben sowie zuletzt sogar den Zugriff auf ihre nackten Körper gewähren. Die Lebenssituation und die Körper der Kriegsbeschädigten wurden damit zu öffentlichen Angelegenheiten.
- (3) Bei der Begutachtung galt das Prinzip: je ausgeprägter die festgestellte Schädigung, desto höher fiel die staatliche Leistung aus. Das brachte die Beschädigten in die paradoxe Situation, dass sie besonders kom-

51 Vgl. Versorgungsamt Mainz an D., 5.1.1968, NLA HA, Nds. 310, Acc. 2017/4077.

petent dabei auftreten mussten, ihre fortschreitende Hilfsbedürftigkeit nachzuweisen.

- (4) Die Anerkennung einer Behinderung als Schädigungsfolge erschloss dem Personenkreis der Kriegsbeschädigten eine eigens für sie errichtete Welt, bestehend aus Behörden, Arztpräaxen, Krankenhäusern, Kurheimen, Fachschulen, Orthopädie-Werkstätten, Verbänden, Vereinen und Medien. Die Beschädigten häuften daher ein umfangreiches und gemeinsam geteiltes Fachwissen an, etwa über gesetzliche Regelungen, Verfahren, Orthopädie und Prothetik, und übernahmen die hier bestehenden Normen und Praktiken sowie die entsprechende Terminologie in ihren Alltag.

- (5) Das Ziel der Versorgung war qua staatlicher Vorgabe das Erreichen eines Zustands des »Nichtbehindertseins«. Als zweifellos wichtigster Indikator für die individuelle »Leistungsfähigkeit« und den persönlichen »Erfolg« galt das Reüssieren auf dem Arbeitsmarkt. Hierbei kam es weniger darauf an, welcher Beruf ergriffen wurde, sondern vor allem darauf, dass überhaupt ein Beschäftigungsverhältnis zustande kam.

Die Berufslaufbahn korrelierte in gewisser Weise mit dem zweiten wichtigen Erfolgsindikator: der Gründung und dem Unterhalt einer Familie. Eine Heirat und das Zeugen von Kindern bestätigten schließlich den Erhalt der Männlichkeit und waren mittelfristig betrachtet von großem Nutzen. Die Familienmitglieder leisteten persönliche Assistenz und bildeten damit einen wesentlichen Faktor bei der Organisation des Privatlebens.

- (6) Die Kriegsbeschädigten blieben über das Bundesversorgungsgesetz ihr Leben lang in der Obhut des Staates – im doppelten Sinn – verhaftet. Einerseits garantierten die Leistungen den Beschädigten und ihren Familienangehörigen eine zwar eher bescheidene, aber immerhin lebenslange wirtschaftliche Absicherung und förderten damit bis zu einem gewissen Punkt deren Autonomie. Auf der anderen Seite waren die Betroffenen jedoch dazu gezwungen, sich den Regeln des Versorgungswesens zu unterwerfen, die nicht selten als willkürlich und bevormundend erlebt wurden.

Die hier genannten Bedingungen wirkten sich im Einzelfall unterschiedlich deutlich auf das Alltagsleben und das Selbstverständnis der Kriegsbeschädigten aus. In welchem Ausmaß das Feld der Versorgung die Lebensrealitäten eines Betroffenen (mit-)bestimmte und bis zu welchem Grad es einen »Habitus des Kriegsbeschädigten« hierbei tatsächlich ausformte, hing jedoch von sozialisatorischen Voraussetzungen, ökonomischen Faktoren und der sozialen Ein-

bindung ab. Doch vermutlich haben sie alle sich zumindest teilweise am Spiel um die Ressourcen – nach Bourdieu – beteiligt.

Literaturverzeichnis

- Baumgartner, René/Botta, Pierre, Amputation und Prothesenversorgung der unteren Extremität, Stuttgart 1995.
- Bösl, Elsbeth, Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, Bielefeld 2009.
- Brückner, Lutz, Amputation an den unteren Extremitäten: Indikation, Technik, in: OP-Journal 23 (2007), H. 3, S. 200–209.
- Bourdieu, Pierre, Sozialer Raum und »Klassen«. *Leçon sour la leçon*. Zwei Vorlesungen, Frankfurt a.M. 1985.
- Bourdieu, Pierre, Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft (1997), Frankfurt a.M. 2001.
- Bourdieu, Pierre/Wacquant, Loïc J. D., Die Ziele der reflexiven Soziologie, in: dies., Reflexive Anthropologie (ersch. 1992), Frankfurt a.M. 2006, S. 95–249.
- Der Bundesminister für Arbeit (Hg.), Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtentätigkeit im Versorgungswesen, Teil A, Grundbegriffe, o.D. [1952], o.O.
- Dinçkal, Noyan/Schleiermacher, Sabine (Hg.), Kriegsgeschädigte und europäische Nachkriegsgesellschaften im 20. Jahrhundert, Paderborn 2023.
- Fischer, Jonas, Umstrittene Interessenvertretung von Menschen mit Behinderungen. Zur Geschichte von Kriegsopferverbänden, Elterninitiativen, Clubs, VHS-Kursen und Krüppelgruppen, in: Theresia Degener/Marc von Miquel (Hg.), Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren, Bielefeld 2019, S. 213–242.
- Förster, Albrecht/Jungmichel, Dieter, Die Operation nach Krukenberg. The Krukenberg Operation, in: Orthopädie-Technik 5 (2002), S. 430–433.
- Fuchs, Petra, »Körperbehinderte« zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation. Selbsthilfe – Integration – Aussonderung, Neuwied/Krifel/Berlin 2001.
- Fuchs-Heinritz, Werner/König, Alexandra, Pierre Bourdieu. Eine Einführung, Konstanz 2005.
- Goetz, Ernst/Harbeck, Rudolf, Über die Verteilung der anerkannten Leiden bei Kriegsbeschädigten, in: Kriegsopfersversorgung. Fachzeitschrift für Versorgungsrecht, Versorgungspraxis 3 (1954), S. 93–94.

- Guth, Ekkehart (Hg.), Sanitätswesen im Zweiten Weltkrieg, Herford/Bonn 1990.
- Jochheim, Kurt-Alphons/Schliehe, Ferdinand/Teichmann, Helfried, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Udo Wengst (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 2/1, 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten, Baden-Baden 2001, S. 559–585.
- Karpa, Martin Friedrich, Die Geschichte der Armpflose unter besonderer Berücksichtigung der Leistung von Ferdinand Sauerbruch (1875–1951), Diss. med., Bochum 2004.
- Kirkup, John, A History of Limb Amputation, London 2007.
- Kirschner, Martin, Die Höhe der Absetzung bei der Not- und Feldamputation, in: Der Chirurg 13 (1941), S. 625–629.
- Löffelbein, Nils, »Die Kriegsopfer sind Ehrenbürger des Staates!«. Die Kriegsinvaliden des Ersten Weltkriegs in Politik und Propaganda des Nationalsozialismus, in: Gerd Krumeich (Hg.), Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg, Essen 2010, S. 207–227.
- Löffelbein, Nils, Ehrenbürger der Nation. Die Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs in Politik und Propaganda des Nationalsozialismus, Essen 2013.
- Löffler, Liebhard, Der Ersatz für die obere Extremität. Die Entwicklung von den ersten Zeugnissen bis heute, Stuttgart 1984.
- Mikat, Berthold, Die Kriegsbeschädigten im Bundesgebiet, in: Wirtschaft und Statistik 1951, S. 50–54, 137–142.
- Monjau, Herbert, Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (Schwerbeschädigtengesetz) vom 16. Juni 1953. Kommentar, Münster 1954.
- Oberkommando der Wehrmacht (Hg.), Richtlinien für die Versorgung Verwundeter. Merkblatt, Berlin 1943.
- Provacz, Fritz, Geschichte der Unfallchirurgie, Berlin/Heidelberg 2000.
- Roelcke, Volker, Fortschritt ohne Rücksicht. Menschen als Versuchskaninchen bei den Sulfonamid-Experimenten im Konzentrationslager Ravensbrück, in: Insa Eschbach/Astrid Ley (Hg.), Geschlecht und »Rasse« in der NS-Medizin, Berlin 2012, S. 101–114.
- Rudloff, Wilfried, Überlegungen zur Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik, in: Zeitschrift für Sozialreform 49 (2003), S. 863–886.
- Rudloff, Wilfried, Rehabilitation und Hilfen für Behinderte, in: Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945. Bd. 3. 1945–1957. Bundesrepublik Deutschland. Be-

- wältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zur sozialpolitischen Normalität, Baden-Baden 2005, S. 515–557.
- Rudloff, Wilfried, Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung in der bundesdeutschen Behindertenpolitik (1945–1990), in: Hans-Walter Schmuhl/Ulrike Winkler (Hg.), *Welt in der Welt. Heime für Menschen mit geistiger Behinderung in der Perspektive der Disability History*, Stuttgart 2013, S. 109–131.
- Ruisinger, Marion (Hg.), *Die Hand des Hutmachers. 27. Februar bis 15. Juni 2014. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt, H. 40*, Ingolstadt 2014.
- Schleiermacher, Sabine, *Restauration von Männlichkeit? Zum Umgang mit Kriegsgeschädigten in der frühen Bundesrepublik*, in: Bernhard Gotto/Elke Seefried (Hg.), *Männer mit »Makel«. Männlichkeiten und gesellschaftlicher Wandel in der frühen Bundesrepublik*, Berlin/Boston 2017, S. 24–36.
- Schmuhl, Hans-Walter/Winkler, Ulrike, *Gewalt in der Körperbehindertenhilfe. Das Johanna-Helenen-Heim in Volmarstein von 1947–1967*, Bielefeld 2013.
- Schmuhl, Hans-Walter, *Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung*, Berlin 2010.
- Schmuhl, Hans-Walter/Winkler, Ulrike, *Aufbrüche und Umbrüche. Lebensbedingungen und Lebenslagen behinderter Menschen in den v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel von den 1960er bis zu den 1980er Jahren*, Bielefeld 2018.
- Schönleiter, Waldemar, *Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz) vom 20. Dezember 1950 mit amtlicher Begründung und Rententabellen*, Stuttgart/Köln 1951.
- Seibel, Wolfgang, *Verwaltung verstehen. Eine theoriegeschichtliche Einführung*, 3. Aufl., Frankfurt a.M. 2017.
- Sperling, Eckhard, *Die psychosoziale Lage der Hirnverletzen*, Stuttgart 1967.
- Wedemeyer-Kolwe, Bernd, *Verhinderte Gesunde? Die Geschichte des niedersächsischen Behindertensports*, Hannover 2010.
- Wedemeyer-Kolwe, Bernd, *Vom Versehrtenturnen zum Deutschen Behindertensportverband (DBS) – Eine Geschichte des deutschen Behindertensports*, Hildesheim 2011.
- Welti, Felix, *Behinderung und Rehabilitation im Sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen*, Tübingen 2005.

- Wilrodt, Hermann/Gotzen, Otfried, Schwerbeschädigtengesetz. Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 16. Juni 1953, Kommentar, München/Berlin 1953.
- Wilke, Karsten, Das Wichernhaus Altdorf der Rummelsberger Anstalten 1925–1990. Von der »Krüppelfürsorge« zur »Normalisierung«, in: ders./Hans-Walter Schmuhl/Sylvia Wagner/Ulrike Winkler (Hg.), »Es sollte doch alles besser werden.« Die Behindertenhilfe der Rummelsberger Diakonie 1945 bis 1995, Bielefeld 2021, S. 33–112.
- Wolters, Christine, Kriegsversehrte nach 1945, in: Marion Ruisinger (Hg.), Die Hand des Hutmachers. 27. Februar bis 15. Juni 2014. Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums Ingolstadt, H. 40, Ingolstadt 2014, S. 8–13.
- Wolters, Christine, Ärzte als Experten bei der Integration Kriegsbeschädigter und Kriegsversehrter nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg, in: N. T. M. 23 (2015), S. 143–176.
- Wolters, Christine/Wilke, Karsten, Militärärzte als Pioniere des Sozialstaats. Sanitätsoffiziere als zivile Versorgungsärzte in der Weimarer Republik, in: Militärgeschichtliche Zeitschrift 81 (2022), S. 447–485.
- Wolters, Christine/Wilke, Karsten, Die Versorgung Kriegsbeschädigter als Beitrag zur gesellschaftlichen Integration in der frühen Bundesrepublik, in: Ralf Vollmuth/Erhard Grunwald/Andre Müllerschön (Hg.), Medizinische Versorgung von Veteranen und Kriegsversehrten, Referateband der Gesellschaft für Geschichte der Wehrmedizin e.V. 12, Bonn 2023, S. 77–111.
- Wolters, Christine/Wilke, Karsten, Die Integration Kriegsbeschädigter in Niedersachsen 1945–1970. Gesetzliche Regelungen, Organisation und Praxis der Versorgung am Beispiel der Ohnhänder, in: Noyan Dinçkal/Sabine Schleiermacher (Hg.), Kriegsgeschädigte und europäische Nachkriegsgesellschaften im 20. Jahrhundert, Paderborn 2023, S. 123–145.