



BAND 17

STUDIEN DES AACHENER KOMPETENZZENTRUMS
FÜR WISSENSCHAFTSGESCHICHTE



Dominik Groß, Ylva Söderfeldt (Hrsg.)

„DISABILITY STUDIES“ MEETS „HISTORY OF SCIENCE“

Körperliche Differenz und soziokulturelle
Konstruktion von Behinderung
aus der Perspektive der Medizin-, Technik-
und Wissenschaftsgeschichte

**Studien des Aachener Kompetenzzentrums
für Wissenschaftsgeschichte**

Band 17

Herausgegeben von
Dominik Groß

Dominik Groß, Ylva Söderfeldt (Hrsg.)

**„Disability Studies“ meets
„History of Science“**

Körperliche Differenz und soziokulturelle
Konstruktion von Behinderung
aus der Perspektive der Medizin-, Technik-
und Wissenschaftsgeschichte

Schriftleitung: Ylva Söderfeldt, Julia Nebe

kassel
university 
press

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

ISBN: 978-3-7376-0230-3

ISBN: 978-3-7376-0231-0

DOI: <http://dx.medra.org/10.19211/KUP9783737602310>

URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-402313>

© 2017, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel
Printed in Germany

Inhalt

YLVA SÖDERFELDT Einführung	7
ELSBETH BÖSL Wie sich Disability History und Wissenschafts- bzw. Medizingeschichte begegnen könnten: Das Beispiel Querschnittslähmung	11
MELANIE RUFF „Abstoßend und entstellt.“ Vom medizinischen Diskurs über Gesichtsverletzte zum Reichsversorgungsgesetz 1920	49
ANNE HELEN CRUMBACH Contergan im Diskurs: Ärzte und ihre öffentliche Verantwortung zu Beginn der 1960er Jahre	67
PAUL VAN TRIGT Historicizing the social model: Some preliminary thoughts about the history of disability, science, and politics in postwar Britain and Netherlands	93
ANJA WERNER Behindert oder sprachlich-kulturelle Minderheit? Eine kulturhistorische Perspektive auf gehörlose Menschen in Deutschland	105
ANKE HOFFSTADT „They all think you’re deaf and dumb.“ Zur Konstruktion einer <i>Gehörlosenpsychologie</i> . Konzepte und Beispiele	131
ECKHARD ROHRMANN Pädagogische Konstruktionen von Behinderungen in Geschichte und Gegenwart	155
BEATE OCHSNER, ROBERT STOCK UND ANNA GREBE Filmische Praktiken der Ins-Bild-Setzung. Medizinisches, soziales und kulturelles Modell von Behinderung	171
Kurzbiographien der AutorInnen	199

Einführung

Ylva Söderfeldt

Der vorliegende Band entstand im Rahmen des 6. Aachener Tages der Wissenschaftsgeschichte am 7. Dezember 2012. Zu dieser Veranstaltung wurden europäische WissenschaftlerInnen aus verschiedenen Disziplinen eingeladen, die sich mit dem Thema Behinderung in der Wissenschaftsgeschichte befassen. Ziel der Tagung war, die Möglichkeiten und Grenzen der sozialen und kulturellen Modelle von Behinderung in Fächern wie Medizin-, Technik- und Wissenschaftsgeschichte zu untersuchen. Die Beiträge haben gezeigt, wie die Vereinbarung von Disability Studies und Wissenschaftsgeschichte neue Erkenntnisse hervorbringen kann.

Zunächst soll hier gefragt werden, was es bedeutet, Behinderung und Behinderte in der Medizin-, Technik- oder Wissenschaftsgeschichte als Subjekte sichtbar zu machen. Wie sieht in unseren Fachrichtungen ein Forschungsprogramm aus, das körperliche Differenz als Ausgangspunkt nimmt? Was kann eine Geschichte der (Natur-)Wissenschaften einem sozial und kulturell geprägten Verständnis des Körpers entnehmen?

Mit dem Schlagwort „Nichts über uns – ohne uns!“ haben die Disability Studies eine Bewegung weg von der auf Institutionen, Entdeckungen und ‚große Männer‘ fokussierten Geschichte der Behinderung angekündigt. In diesem, in Deutschland relativ jungen, transdisziplinären Forschungsfeld geht man davon aus, dass Behinderungen nicht naturgegebene Mängel- oder Fehlzustände sind, die auf medizinisch-technische Antworten warten, sondern kulturell und historisch kontingente Größen. Die Disability Studies und History sind also als Kritik der traditionellen, medizinisch orientierten und individualisierenden Geschichtsschreibung entstanden. Dabei geht es nicht in erster Linie darum, andere Studienobjekte und Themen zu suchen, sondern vielmehr neue Fragen zu stellen.

Die grundlegende auf Behinderung und Wissenschaft bezogene Fragestellung in der traditionellen Geschichtsschreibung kann wie folgt formuliert werden: Wie geht die Wissenschaft mit Behinderung um? Mit dieser Frage geht man von einem Verständnis von Behinderung und behinderten Menschen aus ähnlich dem von Mineralien oder Sternen. Sie sind nach dieser Auffassung ahistorische Objekte, die in der Natur vorhanden und irgendwann von der Wissenschaft entdeckt, beschrieben und behandelt worden sind. Die Vorstellungen von Himmelskörpern haben sich in der Menschheitsgeschichte und in verschiedenen Kulturen gewandelt, aber nicht die Sterne an sich. So stellt die traditionelle Wissenschaftsgeschichte beispielsweise Diagnosen zu historischen Persönlichkeiten, deren Anders-sein von den ZeitgenossInnen anders verstanden wurde als von der modernen Medizin. Sie studiert, wie die Gesellschaft und Wissenschaft zu verschiedenen Zeiten mit dem ‚Problem‘ körperlicher Differenz umgegangen sind, wie sich Therapien, Institutionen, Professionen und Konzepte um den ‚ewigen Krüppel‘ herum entwickelt haben.

Behinderung bleibt nach dieser Auffassung eine an sich unveränderte Tatsache, ein körperlicher Zustand gewisser Personen, der, auch wenn viele betroffen sind, im Grunde ein individuelles Problem ist. Als solches bleibt sie für HistorikerInnen als Studienobjekt unzugänglich.

Will man sich dem behinderten Menschen als historischem Subjekt zuwenden, um die Objekt- und Opferrollen zu dekonstruieren und ausgegrenzte Gruppen sichtbar zu machen, wird ein Perspektivenwechsel notwendig. Neue Fragen müssen gestellt werden. Diese Forderung geht, wie schon angedeutet, auf die Behindertenrechtsbewegung der 1960er bis 1980er Jahre zurück. Die Appelle für ein selbstbestimmtes Leben und die als paternalistisch und als ausgrenzend kritisierten Institutionen des Wissens und der Gesetzgebung wurden zuerst von SozialwissenschaftlerInnen aufgegriffen und in ein neues Verständnis von Behinderung umgedeutet. Unter dem Einfluss marxistischer Theorien wird das soziale Modell Behinderung nicht als eine feste Größe und auch nicht als ein medizinisches, körperliches oder geistiges Problem des Individuums angesehen. Stattdessen entsteht es immer in der Gesellschaft als eine Differenz zwischen den Anforderungen, die an einen Menschen gestellt werden und den Fähigkeiten, die er hat.

So verstanden ähnelt Behinderung keinem Mineral oder Stern, sondern anderen Verhältnissen der Ausgrenzung, wie beispielsweise dem Besitz von Kapital oder der Staatsangehörigkeit. Wie diese ist auch Behinderung eine historisch entstandene Tatsache, die je nach Zeit und Ort veränderbar ist. Sie ist und war Grund und Gegenstand gesellschaftlicher Auseinandersetzungen und nimmt eine entscheidende Rolle in Machtbeziehungen ein. Die ökonomische, soziale, wissenschaftliche und technische Entwicklung der Gesellschaft stellt neue Anforderungen an die Menschen und lässt neue Gruppen, neue Behinderungen entstehen und verschwinden. Eine neue Forschungsfrage für WissenschaftshistorikerInnen bildet sich aus; sie lautet: Wie hat die Wissenschaft zu der Ausgrenzung und Unterdrückung von Menschen mit bestimmten Eigenschaften beigetragen?

Hierfür gibt es genügend bekannte Beispiele, die von der Eugenik und Euthanasie bis zur Pathologisierung gewisser Menschen im Rahmen der Psychiatrie, der Heilpädagogik und weiteren Disziplinen reicht. Das soziale Modell hat zu diesen Prozessen neue Zugänge eröffnet und zu fruchtbaren historischen Studien geführt. Nichtsdestotrotz wird das soziale Modell innerhalb der Scientific Community zunehmend in Frage gestellt. Dieses sei, so die Kritik, simplifizierend, da es Ausgrenzung schlicht voraussetzt, anstatt sie verstehen zu wollen. Die Dichotomie behindert/nicht-behindert bleibt erhalten, was den Blick auf andere Machtstrukturen und Hierarchien trübt.

Die Disability Studies und -History befinden sich zurzeit in einem Wandel, der sich unter Einfluss von kulturwissenschaftlichen Theorien, wie der Genderforschung und der Queer-Theorie, vollzieht. Wenn Behinderung, wie von Anne Waldschmidt vorgeschlagen, als körperliche Differenz verstanden wird, kann sie als universell gültiger Bestandteil in jede historische Interpretation mit eingehen. Statt mit einem Stern oder Kapitalbesitz, kann körperliche Differenz mit Gender verglichen werden. Sie ist, da als körperlich gedacht, nicht unabhängig vom Körper, aber geht über den Körper hinaus. Wie Gender ist körperliche Differenz nicht etwas, das nur bestimmte Menschen haben – den Normkörper besitzt schließlich kein Mensch. Letzterer existiert nicht als Fleisch, sondern als eine Vorstellung, die die gesamte Gesellschaft auf allen Ebenen betrifft, von der persönlichen bis hin zur politischen, ökonomischen und diskursiven. Gender und körperliche Differenz sind zugleich Teil der Identitätsgründung und Teil von Machtstrukturen, die kulturelle Ausdrücke produzieren und prägen. Mit dem kulturellen Modell bekommt Behinderung eine produk-

tive Rolle und lässt die WissenschaftshistorikerInnen fragen: Wie schafft Behinderung Wissen?

Im Folgenden soll in acht Aufsätzen die aktuelle Forschung, welche die Wissenschaftsgeschichte und Disability Studies vereint, präsentiert werden. Elsbeth Bösl (München) führt im ersten Beitrag das Fallbeispiel Querschnittslähmung an, um Schnittstellen zwischen Wissenschaftsgeschichte und Disability Studies zu ermitteln. Sie argumentiert, dass der Körper als gemeinsames Untersuchungsobjekt zu Begegnungen führt, die einen Perspektivenwechsel in der Wissenschaftsgeschichte bringen können. Melanie Ruff (Stuttgart) behandelt die Entstehung einer in zwei Hinsichten ‚neuen‘ Behindertengruppe, nämlich die der gesichtsverletzten Soldaten des Ersten Weltkrieges. Ruff argumentiert, dass sie sowohl durch militärische und medizinische Entwicklungen als auch durch sozialen und rechtlichen Wandel zu einer distinkt wahrnehmbaren Behindertenkategorie wurden. Auch Anne Helen Crumbach aus Aachen widmet sich in ihrem Beitrag zum Contergan-Skandal dem Zusammenspiel von verschiedenen Ebenen in der Diskussion über Behinderung. Durch eine sprachliche Analyse zeigt sie, wie sich in diesem Fall die Grenzen zwischen Laien und Professionellen auflösten, als sie gezwungen waren eine gemeinsame Begriffswelt zu schaffen.

Der Ursprung, die Relevanz und die Beziehungen der verschiedenen Modelle von Behinderung werden in drei Aufsätzen reflektiert. Die MedienwissenschaftlerInnen Beate Ochsner, Anna Grebe und Robert Stock von der Universität Konstanz zeigen in ihrem Beitrag, wie der Kontrast zwischen den medizinischen, sozialen bzw. kulturellen Modellen filmische Darstellungen des 20. Jahrhunderts spaltet. Paul van Trigt (Amsterdam) stellt am Beispiel des akademischen Diskurses über Behinderung in Großbritannien und den Niederlanden programmatische Überlegungen zur Überwindung des ‚Methodenstreits‘ in den Disability Studies an. Auch im Beitrag zu den Deaf Studies von Anja Werner (Berlin) geht es um die historische Auseinandersetzung zwischen Theorie und Praxis. Mit einer transnationalen und epochenübergreifenden Perspektive zeigt sie, wie der Konflikt zwischen medizinisch-technischen und sozial-kulturellen Interpretationen der Gehörlosigkeit eine Kontinuität vom 18. Jahrhundert bis heute aufweist. Auch Anke Hoffstadt aus Düsseldorf geht in ihrem Beitrag den sozialen und kulturellen Konstruktionen von Gehörlosigkeit und deren historischen Dimensionen nach.

Neben der Medizin gehört die Pädagogik zu den Disziplinen, die am stärksten das Wissen über und den Umgang mit Behinderung geprägt haben. Dies wird in zwei Beiträgen zur deutschen Bildungsgeschichte der Nachkriegszeit reflektiert. Eckhard Rohrmann stellt fest, dass die pädagogischen Sichtweisen auf Behinderung in der DDR und in der BRD wenige Unterschiede aufwiesen, sondern dass beide in medizinisch-paternalistischen, auf Aussonderung ausgerichteten Konzepten und Strukturen bis zur Wiedervereinigung verhaftet blieben.

Wir erhoffen, den Austausch zwischen Wissenschaftsgeschichte und Disability Studies mit dem vorliegenden Band gefördert zu haben. Zusammen zeigen die Beiträge die Vielfalt der Themen, die sich auf dieser Schnittstelle bewegen, aber auch die Spannungen und Widersprüche zwischen den beiden Wissensgebieten. Diese Dynamik aber, so sind wir überzeugt, wird der Forschung Vitalität verleihen und WissenschaftlerInnen zu innovativen Arbeitsweisen und einschneidenden Ergebnissen führen.

Wie sich Disability History und Wissenschafts- bzw. Medizingeschichte begegnen könnten: Das Beispiel Querschnittslähmung

Elsbeth Bösl

1. Überblick

Was sollte die Wissenschafts- bzw. Medizingeschichte über die noch junge Forschungsperspektive der Disability History wissen, um Gemeinsamkeiten und Gegensätze identifizieren zu können – bei den Erkenntnisinteressen, gedanklichen Grundlagen und Methoden? Einer Einführung in Programm und Perspektiven der Disability History folgt deshalb ein Demonstrationsversuch am Beispiel der ‚Herstellung‘ von Querschnittslähmung. Dieser konzentriert sich, unter v. a. diskursanalytischer Zugangsweise, im Wesentlichen auf die 1950er und 1960er Jahre der Bundesrepublik Deutschland. Gezeigt wird, wie durch medizinische Interventionen ab dem Ende der 1940er Jahre eine steigende Zahl von Menschen mit schweren und schwersten Rückenmarksschädigungen überlebten. Aus der Sicht der Mediziner¹ wurde hier ein medizinisches Problem gelöst, dabei aber ein neues soziales Problem geschaffen, das nun wiederum gelöst werden musste. Im Kontext des zeitgenössischen Behinderungskonzepts erklärten Ärzte die Überlebenden explizit zu Rehabilitanden und Rehabilitandinnen und mithin zur Klientel des Sozialstaats und seiner Instanzen – und damit zu ‚Behinderten‘. Im Mittelpunkt der folgenden Ausführung stehen Rehabilitationskonzepte als Kern der Behindertenpolitik der 1950er und 1960er Jahre. Darüber hinaus könnte sich eine wissenschafts- und technikgeschichtlich informierte Disability History am Beispiel der Querschnittslähmung einerseits auch technischen Hilfsmitteln und der Entdeckung der Barrierefreiheit im Lauf der 1970er Jahre zuwenden, andererseits den Bereichen Arbeitsschutz, Arbeitssicherheit und Unfallprävention, und diese z. B. auf das Argument ‚Risiko Behinderung‘ hin untersuchen. So ließe sich klären, wieso gerade Querschnittslähmung in den späten 1960er Jahren zu einem Inbegriff von Behinderung wurde und wie jener soziokulturelle Archetyp des behinderten Menschen entstand, der Behindertenpolitik und Vorstellungen von Behinderung über Jahrzehnte prägte: Der männliche Erwachsene oder ältere Jugendliche, der einen Rollstuhl nutzt, da er seit Verkehrs-, Sport- oder Arbeitsunfall mit einer Querschnittslähmung lebt.²

¹ Erscheint im Folgenden nur jeweils die männliche oder weibliche Schreibweise, sind auch nur Männer oder Frauen gemeint. Quellenbegriffe wie ‚die Behinderten‘ umfassen beide Geschlechter, waren zeitgenössisch aber überwiegend männlich konnotiert.

² Vgl. zur Orientierung der Behindertenpolitik an diesem Archetyp z. B. Elsbeth Bösl, „Behinderungen, Technik und gebaute Umwelt. Zur Geschichte des Barriereabbaus in der Bundesrepublik Deutschland seit dem Ende der 1960er Jahre“ in Anja Tervooren und Jürgen Weber (Hrsg.), *Wege zur Kultur. Barrieren- und Barrierefreiheit in Kultur- und Bildungseinrichtungen* (Köln: Böhlau, 2012). Ich danke Vanessa Osganian und Ludwig Paulsen für die Unterstützung bei der Recherche für diesen Beitrag.

2. Disability History: Erkenntnisinteressen, Zugänge, Grundlagen

Die Disability History plädiert dafür, Behinderung als Erkenntnis leitende Kategorie historischer Gesellschafts- und Kulturanalysen einzusetzen.³ So forderten bereits 2001 etwa Paul K. Longmore und Lauri Umansky:

„Like gender, like race, disability must become a standard analytical tool in the historian’s tool chest. That is the goal of the new disability history: to join the social-constructionist insights and interdisciplinarity of cultural studies with solid empirical research as we analyze disability’s past.“⁴

Aber ist Behinderung dann nicht letztlich nur eine weitere Kategorie nach Geschlecht und race, die aus einem emanzipatorischen Impuls heraus der Geschichtswissenschaft aufgedrängt werden soll? Oder, so könnte man mit der US-amerikanischen Historikerin Catherine Kudlick fragen, eine bloße Hinzufügung nach dem Prinzip: Just „add disability and stir“?⁵

2.1 Disability History steht für einen Perspektivenwechsel

Das Neue, so Anne Waldschmidt, die Kölner Soziologin und Protagonistin der deutschsprachigen Disability Studies, zu denen die Disability History gehört, besteht darin, dass sich die Perspektive ändert: Wo in Geschichtswissenschaft, Pädagogik, Medizin oder Soziologie bisher vorwiegend aus der ‚Normalität‘ heraus über Behinderung geforscht wurde, soll sich nun die Blickrichtung ändern: Aus der dezentralen Perspektive der Kategorie Behinderung wird die Mehrheitsgesellschaft in den Blick genommen.⁶ Das Selbstverständliche, das als normal Geltende, das scheinbar Eindeutige und Unhinterfragte soll kritisch reflektiert werden. Wenn Behinderung so funktioniert wie etwa die Kategorie Geschlecht, dann lassen sich so kulturelle Praktiken und gesellschaftliche Strukturen aufdecken, die sonst wohl unerkannt bleiben würden und der Blick auf Diversität in der Gesellschaft wird geweitet. Gerade aus der Historiografiegeschichte von Geschlecht und in konkreter Forschungskooperation mit Genderhistorikerinnen und -historikern kann die Disability History mithin viel lernen.

³ Vgl. zur Programmatik v. a. Paul K. Longmore und Lauri Umansky, „Disability History: From the Margins to the Mainstream“ in dies. (Hrsg.), *The New Disability History: American Perspectives* (New York: New York University Press, 2001), 1-29; Susan Burch und Ian Sutherland, „Who’s not Yet Here? American Disability History“ *Radical History Review* 94 (2006): 127-147; Anne Waldschmidt, „Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von ‚Behinderung‘ aus der Sicht der Disability Studies“ *Traverse* 13 (2006): 31-46; Catherine Kudlick, „Disability History: Why We Need Another ‚Other‘“ *American Historical Review* 108 (2003): 763-793; Elizabeth Bredberg, „Writing Disability History: Problems, perspectives and sources“ *Disability and Society* 14 (1999): 189-201; Douglas C. Baynton, „Disability in History“ *Perspectives* 44 (2006): 5-7.

⁴ Longmore und Umansky, „Disability History. From the Margins to the Mainstream“, 15.

⁵ Catherine Kudlick, „Disability History and History of Medicine: Rival Siblings or Conjoined Twins?“ *Keynote Address, Social History of Medicine Conference, Glasgow, September 2008*, unveröffentlichtes Manuskript.

⁶ Anne Waldschmidt, „Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? Programmatische Überlegungen“ in Elsbeth Bösl, Anne Klein und dies. (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung* (Bielefeld: transcript, 2010), 19.

Doch auch neue Geschichten von Behinderung sind gefragt. Einerseits geht es darum, sich von den traditionellen Meistererzählungen zu befreien, in denen behinderte Menschen entweder als ewig passive Opfer der universalen Ausgrenzungs- und Ausbeutungsmechanismen einer lebensfeindlichen Gesellschaft erscheinen oder aber als Helden und Heldinnen, die ein vermeintlich individuell-biologisches Problem meisterhaft überwinden. Andererseits gilt es Geschichten zu brechen, die die Geschichte von Behinderung einzig als Erfolgsgeschichte des wohlthätigen Erfindungsreichtums der Gesellschaft und der medizinischen und fürsorglich-sozialstaatlichen Intervention verstehen. Dies gilt z. B. auch für die wenigen bisher vorliegenden medizinhistorischen Arbeiten zu Querschnittslähmung.⁷ Methodisch sind einer neuen Geschichte von Behinderung kaum Grenzen gesetzt. Politik-, sozial- und organisationsgeschichtliche Ansätze kommen ebenso in Frage wie wissenschafts- und kultur- sowie kunstgeschichtliche Zugänge – biografische und erfahrungsgeschichtliche Methodologien ebenso wie Diskursanalysen oder Perspektiven in Folge der spatial, iconic oder material turns.

Die kulturalistisch orientierte Disability History versteht Behinderung als soziokulturelle Kategorie der Unterscheidung, die in sozialen und kulturellen Praktiken, Interaktionen und Diskursen hergestellt wird. Sie wendet sich insofern sowohl der materiellen Welt als auch insbesondere verschiedensten nicht-materiellen Phänomenen und Symboliken zu.⁸ Um Behinderung aus dieser Perspektive für historiographische Untersuchungen zu erschließen, ist Behinderung als kontingent und historisch aufzufassen: Vom jeweiligen kulturellen und gesellschaftlichen Kontext hängt ab, wie die Kategorie hergestellt und ausgestaltet wird, wie die Benennungsprozesse aussehen, im Zuge derer Menschen ihr zugeordnet werden und welche Folgen dies wiederum für den Einzelnen und die Gesellschaft hat. Ohne Bezug zu einer Gesellschaft und deren Normalitätsverständnis hätte Behinderung als Begriff keine Aussagekraft. Ebenso kann es aus dieser Sicht keine endgültige oder kulturunabhängige Definition von Behinderung geben. Soziokulturelle Rahmungen, beteiligte Instanzen und gleichfalls historische Kategorien wie Geschlecht, Klasse oder race haben Einfluss darauf, welche Phänomene jeweils als Behinderung definiert werden, wie Gesell-

⁷ Vgl. als Beispiele, jeweils verfasst von praktizierenden oder ehemaligen Neurochirurgen bzw. Orthopäden, William H. Donovan, „Spinal Cord Injury – Past, Present, and Future“ *The Journal of Spinal Cord Medicine* 30 (2007): 85-100; Ibrahim M. Eltorai, „History of Spinal Cord Medicine“ in Vernon W. Lin (Hrsg.), *Spinal Cord Medicine. Principles and Practice* (New York: Demos Medical, 2003), 3-14; John Russell Silver, *History of the treatment of spinal injuries*, (New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers, 2003); Hans Jürgen Gerner, „Die Entwicklung der Paraplegiologie in der Bundesrepublik Deutschland“ in Dieter Michel (Hrsg.), *Entwicklung der Paraplegiologie in Europa* (Basel: Verlag Paraplegie, 1996), 14-27; Friedrich-Wilhelm Meinecke, „Geschichte der Behandlung Querschnittsgelähmter in der Bundesrepublik Deutschland“ *Unfallchirurgie* 14 (1988): 64-73.

⁸ Vgl. Lennard J. Davis, „Bodies of Difference: Politics, Disability, and Representation“ in Brenda Jo Brueggemann, Sharon L. Snyder und Rosemarie Garland-Thomson (Hrsg.), *Disability Studies: Enabling the Humanities* (New York: MLA, 2002), 100-106; umfassender angelegt ist Markus Dederich, *Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies* (Bielefeld: transcript, 2007); sowie die Beiträge in Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung* (Bielefeld: transcript, 2010).

schaften und Kulturen damit verfahren und wie Behinderung gelebt und erfahren werden kann.⁹

Als Analysebegriff lässt sich Behinderung auch für Zeitschichten vor der Mitte des 20. Jahrhunderts durchaus anwenden, obwohl zeitgenössisch andere Bezeichnungen verwendet wurden, um Phänomene zu benennen, die wir heute als Behinderung definieren oder eben auch nicht. Gerade begriffsgeschichtliche Studien sind deshalb ein unverzichtbarer Teil der Disability History.¹⁰ Für das 19. und 20. Jahrhundert machen medizinische Fachdiskurse dabei einen wesentlichen Teil des Untersuchungsgegenstandes aus.

2.2 *Wohin mit dem Körper?*

Behinderung ist ein äußerst flüssiger Begriff. Eine variantenreiche Menge körperlicher, psychischer und kognitiver Merkmale wurde und wird ihm zugrunde gelegt. Behinderung kann verschiedenste soziale Situationen, menschliche Existenzweisen und kulturelle Bewertungen umfassen. Ist er einmal etabliert, verdeckt der Kollektivbegriff ‚behindert‘ einerseits diese Varianten, denn er wird gegenwärtig auf Menschen angewendet, die zunächst einmal kaum mehr gemeinsam haben als Zuschreibungen von außen wie ‚beschränkt‘, ‚beschädigt‘, ‚schwach‘, ‚unfähig‘, ‚hilflos‘, ‚defizitär‘ oder ‚arm‘.¹¹

Vielfalt und Fluidität bedeuten andererseits nicht Beliebigkeit. Behinderung, so Waldschmidt, ist zumeist „[...] auf die ‚Normalfelder‘ Gesundheit, Funktionsfähigkeit und Leistungsvermögen bezogen“ und im höchsten Maße verkörpert.¹² In der Regel bilden verkörperte Unterschiede (embodied differences) die Basis der Kategorisierung.¹³ Alternativ dis-

⁹ Vgl. Zur Verwobenheit von Behinderung, Geschlecht, race und weiteren Kategorien an historischen Beispielen u. a. Carol Poore, *Disability in Twentieth-Century German Culture* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007); Natalia Molina, „Medicalizing the Mexican: Immigration, Race, and Disability in the Early-Twentieth-Century United States“ *Radical History Review* 94 (2006): 22-37; Susan Burch und Hannah Joyner, *Unspeakable: The Story of Junius Wilson* (Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2007); Michael A. Rembis, *Defining Deviance: Sex, Science, and Delinquent Girls, 1890-1960* (Urbana: University of Illinois Press, 2011); Kim E. Nielsen, *A Disability History of the United States* (Boston: Beacon Press, 2012); Sarah Abrevaya Stein, „Deaf American Jewish Culture in Historical Perspective“ *American Jewish History* 95 (2009): 277-305; Heike Raab, „Intersektionalität in den Disability Studies. Zur Interdependenz von Behinderung, Heteronormativität und Geschlecht“ in Anne Waldschmidt und Werner Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (Bielefeld: transcript, 2007), 127-148; Jutta Jacob, Swantje Köbsell und Eske Wollrad (Hrsg.), *Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht* (Bielefeld: transcript, 2010); Mariama Kaba, „Quelle place pour une perspective genre dans la ‚Disability History‘? Histoire du corps des femmes et des hommes à travers le handicap“ *Traverse* 13 (2006): 47-60.

¹⁰ So z. B. Hans-Walter Schmuhl. *Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung* (Berlin: IMEW, 2010).

¹¹ Vgl. David T. Mitchell und Sharon L. Snyder, „Introduction: Disability Studies and the Double Bind of Representation“ in dies. (Hrsg.), *The Body and Physical Difference. Discourses of Disability* (Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1997), 7.

¹² Waldschmidt, „Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History?“ 14.

¹³ Vgl. Markus Dederich, „Behinderung, Körper und die kulturelle Produktion von Wissen – Impulse der amerikanischen Disability Studies für die Soziologie der Behinderten“ in Rudolf Forster (Hrsg.), *Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorienansätze und singuläre Phänomene* (Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2004), 189; Robert Gugutzer und Werner Schneider, „Der ‚behinderte‘ Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung“ in Anne Waldschmidt und Werner Schneider (Hrsg.), *Disability*

kutiert wird der allerdings kaum ins Deutsche übertragbare Begriff ‚impairment‘, insbesondere, wenn historische Gesellschaften vor der Moderne oder nicht westliche Gesellschaften der Gegenwart untersucht werden sollen. Impairment wäre dann nach Irina Metzler „[...] the physical condition and disability the social construction of an impairment“.¹⁴ Bei impairment ist das Physische bereits ‚beeinträchtigt‘ und ‚beeinträchtigend‘, während es bei embodied difference zunächst nur ‚anders‘ ist und offen gelassen ist, ob mit der Andersheit eine Beeinträchtigung oder Einschränkung einher geht.

Mitunter wird Disability History – auch von ihren Vertretern und Vertreterinnen – so verstanden, als müsse körperliche Materialität grundsätzlich ausgeschlossen oder in Text aufgelöst werden.¹⁵ Theoretisch und methodisch gibt es dafür keinen zwingenden Grund, höchstens Vorlieben. Strukturen diskursiver und sozialer Art auf der einen Seite und Subjektivitäten, wie Erfahrung und Materialität, auf der anderen Seite sollten nicht als Alternativen verstanden, sondern gleichzeitig und in ihren Relationen zueinander beachtet werden. Dies kann die Disability History von der Geschlechtergeschichte lernen, in der dieselbe Problematik seit Längerem konfliktreich und konstruktiv diskutiert wurde.¹⁶ Wichtig ist dabei, Körper als visuell-taktile Gestalt und Behinderung nicht als identisch zu betrachten.¹⁷

Diese Forderung geht auf die emanzipatorischen Anfänge der Disability Studies in den 1970er Jahren zurück: Vertreter (und wenige Vertreterinnen) der angelsächsischen Behindertenbewegung begannen vor etwa vierzig Jahren ihre eigenen Lebenslagen wissenschaftlich-kritisch zu reflektieren und Ausgrenzungs- und Diskriminierungsmechanismen zu studieren. Im Mittelpunkt stand die Distanzierung von einer Denkweise, die sie als medical model oder medizinisch-individuelles Modell bezeichneten:¹⁸ Sie attestierten der

Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung, Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld (Bielefeld: transcript, 2007), 34; Lennard J. Davis, *Enforcing Normalcy. Disability, Deafness, and the Body* (London: Verso, 1995), 12-13.

¹⁴ Irina Metzler, *Disability in Medieval Europe. Thinking about Physical Impairment during the High Middle Ages, c. 1100-1400* (New York: Routledge, 2006), 3.

¹⁵ Zur Kritik an der vermeintlichen Körperlosigkeit des Modells siehe z. B. die Warnungen von Tom Shakespeare, „Betrachtungen zu den britischen Disability Studies“ in Petra Lutz et al. (Hrsg.), *Der [im-]perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung* (Köln: Böhlau, 2003), 432. Kritiker und Kritikerinnen befürchten, dass Diskursanalysen Menschen als handelnde Subjekte verschwinden lassen, soziale, ökonomische und politische Rahmenbedingungen ignorieren und materielle Körperlichkeit vernachlässigen. Vgl. dazu auch Claudia Franziska Bruner, *KörperSpuren. Zur Dekonstruktion von Körper und Behinderung in biographischen Erzählungen von Frauen* (Bielefeld: transcript, 2005), 53-54.

¹⁶ Vgl. Claudia Opitz, *Umordnungen der Geschlechter. Einführung in die Geschlechtergeschichte* (Tübingen: edition diskord, 2005), 122.

¹⁷ Vgl. Janet Price und Margrit Shildrick, „Uncertain Thoughts on the Dis/abled Body“ in dies. (Hrsg.), *Vital Signs: Feminist Reconfigurations of the Bio/ logical Body* (Edinburgh: University Press, 1998), 234; Bill Hughes und Kevin Paterson, „The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a Sociology of Impairment“ *Disability and Society* 12 (1997): 325-340; Anja Tervooren, „Phantasmen der (Un-)Verletzlichkeit. Körper und Behinderung“ in Petra Lutz et al. (Hrsg.), *Der [im-]perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung* (Köln: Böhlau, 2003), 281-282.

¹⁸ Vgl. zu den Protagonisten der Disability Studies und ihren Sichtweisen u. a. Michael Oliver, *The Politics of Disablement. A Sociological Approach* (New York: St. Martin's Press, 1990), v. a. das Kapitel ‚Disability and the Rise of Capitalism‘ und 69-70; Michael Oliver, *Understanding Disability. From Theory to Practice* (London:

Gesellschaft, in der sie lebten, eine hegemoniale Denkweise, nach der Behinderung ein individuell-medizinisches Defizit ist, das sich insbesondere in mangelnder wirtschaftlicher Produktivität und Erwerbsunfähigkeit äußert und zu Nutzlosigkeit und sozialer Irrelevanz führt. Die Mitglieder der frühen Disability Studies dachten Behinderung dagegen ganz anders: Menschen werden vom ökonomischen und politischen System, von (sozial-)bürokratischen Praktiken und durch Produktionsverhältnisse und materielle Barrieren behindert. Dieser als social model bezeichnete Denkansatz hatte häufig eine neomarxistische, kapitalismuskritische Nuance. Wiederum nahm Erwerbsarbeit eine zentrale Stellung in der Erklärung von Behinderung ein.¹⁹ Die derart von der Gesellschaft behinderten Menschen wurden in den frühen Disability Studies vorrangig als hilflose Opfer einer Übermacht von ‚Normalen‘ und deren Interventionen beschrieben.²⁰ Aus heutiger Sicht widerspricht diese Blickverengung jedoch dem emanzipatorischen Anspruch der Disability Studies. Das frühe social model und die social oppression theory sollten heute selbst als Schritte eines sich formierenden emanzipatorischen Diskurses historisiert werden.

Die Ablehnung des medizinisch-individuellen Modells hindert die Disability History keineswegs daran, sich den materiell-leiblichen Dimensionen von Körpern zu widmen. Sie sollte dies nur häufiger tun – und dabei kann sie mit der jüngsten Kultur- und Sozialgeschichte der Medizin kooperieren, ohne ihre Grundsätze aufgeben zu müssen.²¹

Palgrave Macmillan, 1996); Paul Abberley, „Work, Utopia and Impairment“ in Len Barton (Hrsg.), *Disability and Society: Emerging Issues and Insights* (London: Longman, 1996), 61-79, 63, 76; Irving Kenneth Zola, „Selbst, Identität und die Frage der Benennung. Überlegungen zu Sprache und Behinderung“ in Jan Weisser und Cornelia Renggli (Hrsg.), *Disability Studies. Ein Lesebuch* (Luzern: Edition SZH/CSPS, 2004), 57-66; Paul K. Longmore, „A note on language and the social identity of disabled people“ *American Behavioural Science* 28 (1985): 419-423; vgl. zum medizinischen Modell und zur Kritik daran einführend Mark Priestley, „Worum geht es bei den Disability Studies. Eine britische Sichtweise“ in Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation* (Kassel: bifos, 2003), 23-35.

19 So bei Oliver, *The Politics of Disablement*, 69-70; Abberley, „Work, Utopia and Impairment“, 61-79; Brendan J. Gleeson, „Disability Studies: A Historical Materialist View“ *Disability and Society* 12 (1997): 194-196. Vorsichtig dazu Colin Barnes und Geof Mercer (Hrsg.), *Disability Policy and Practice: Applying the Social Model* (Leeds: The Disability Press, 2005); Colin Barnes, Geof Mercer und Tom Shakespeare, *Exploring Disability. A Sociological Introduction* (Cambridge: Polity Press, 1999).

20 Vgl. für die USA z. B. Joseph P. Shapiro, *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement* (New York: Broadway Books, 1994); Frances A. Koestler, *Unseen Minority. A Social History of Blindness in the United States* (New York: David McKay, 1976); Jack R. Gannon, *Deaf Heritage. A Narrative History of Deaf America* (Silver Springs: Galaudet University Press, 1981). Für Deutschland vgl. Udo Sierck, *Arbeit ist die beste Medizin. Zur Geschichte der Rehabilitationspolitik* (Hamburg: Konkret Literatur, 1992); Udo Sierck und Nati Radtke, *Die WohlTÄTER-Mafia. Vom Erbesundheitsgericht zur Humangenetischen Beratung* (Hamburg: Mabuse, 1984). Kritisch zu den Ausgrenzungsgeschichten Anne Borsay, „History, Power and Identity“ in Colin Barnes, Mike Oliver und Len Barton (Hrsg.), *Disability Studies Today* (Cambridge: Polity 2002), 98-119 sowie Jean-François Ravaud und Henri-Jacques Stiker, „Inclusion/Exclusion: An Analysis of Historical and Cultural Meanings“ in Gary Albrecht, Katherine D. Seelman und Michael Bury (Hrsg.), *Handbook of Disability Studies* (Thousand Oaks: SAGE Publications, 2001), 494.

²¹ Vgl. zu diesem Desiderat Susan Burch und Michael A. Rembis, „Re-Membering the Past: Reflections on Disability History“ in dies. (Hrsg.), *Disability Histories* (Urbana: University of Illinois Press, 2014), 4; Catherine Kudlick, „Smallpox, Disability and Survival: Rewriting Paradigms from a New Epidemic Script“ in ebd., 185-187, 197.

Embodied difference und impairment lassen einerseits die Annahme zu, dass Körper historisch, kulturell variabel und dabei letztlich nur sprachlich erfahr- und vermittelbar sind. Eine vorsoziale oder außerkulturelle, quasi nur-physiologische Körperlichkeit ist in dieser Sichtweise undenkbar.²² Andererseits ist Behinderung eben nicht ganz ohne den Körper vorstellbar. Körper zeigen sich so zugleich als Konstruktion, als Gegenstand der Inszenierung und Repräsentation sowie als der Ort der subjektiven Erfahrungen.

Der historischen Forschung und mithin der Disability History sind Körper in mehreren Dimensionen als Faktoren im historischen Prozess zugänglich: Körper werden gelebt, bearbeitet, zugerichtet und mit Bedeutungen versehen – sowohl im diskursiven Sinn als vor allem auch im physiologisch-materiellen Sinn.²³ Die Disability History kann den Körper sehr wohl als Ort der Erfahrungen und des Erlebens untersuchen.²⁴ Körper sind aber auch soziale Bedeutungsträger, nicht nur für Kategorien wie Behinderung, Geschlecht oder Klasse. Nicht zuletzt ist zu durchleuchten, wie der individuelle, historisch z. B. als ‚verkrüppelt‘, ‚defizitär‘ oder ‚wiederhergestellt‘ aufgefasste Körper als Symbol für ein Kollektiv wie Nation, Rasse, etc. verstanden wurde. Hierbei ist nicht zu vergessen, dass eine Vielzahl von Akteuren und Akteurinnen individuelle und kollektive Körper aktiv produziert, ganz besonders diejenigen, die diese Körper leben. Insofern ist die gelegentlich anzutreffende Vorstellung, medizinische oder sozialstaatliche Akteursgruppen allein machten aus einem anderen Körper einen behinderten Körper, eine Blickverengung.

Überhaupt will die Disability History Menschen mit Behinderungen nicht mehr prinzipiell Passivität oder den Status von Opfern und/oder Hilfsbedürftigen unterstellen. Sie möchte Menschen nicht als quasi neutrale Hüllen beschreiben, in die die Gesellschaft Bedeutungen wie ‚normal‘ oder ‚behindert‘ einfüllt. Im Gegenteil, Disability History betrachtet sie als Subjekte der Geschichte.²⁵ Menschen fühlen, denken, handeln, sie machen Erfahrungen. Sie haben immer mehr als eine Identität und verfügen über eine Pluralität von sozialen Rollen, Funktionen und Positionen. Dieser Pluralität nachzugehen und dabei menschliche Unterschiedlichkeit ernst zu nehmen, bedeutet die Vorstellung aufzugeben, behinderte Menschen seien zwar grundlegend anders als ‚die Normalen‘, bildeten ansonsten aber eine homogene Randgruppe mit einheitlichen Voraussetzungen, Problemen und Bedürfnissen. Diese Homogenitätsannahme ist ein kulturelles Produkt, gleichgültig ob sie mit Biologie, einer gemeinsamen Ausgrenzungserfahrung oder einem kulturellen Labeling-

²² Grundlegend Judith Butler, *Das Unbehagen der Geschlechter* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2001a) sowie dies., *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts* (Frankfurt a. M.: 2001b), v. a. 26; vgl. dazu mit Blick auf Behinderung Bruner, *Körperspuren*, 75-76. Zu den Zweifeln Joan Scotts an der Beweiskraft der eigenleiblichen Erfahrung vgl. Joan W. Scott, „Gender: A Useful Category of Historical Analysis“ in dies. (Hrsg.), *Gender and the Politics of History* (New York: Columbia University Press, 1988), 28-50.

²³ Vgl. Waldschmidt, „Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History?“, 15; mit Beispielen aus der Vormoderne vgl. Cordula Nolte (Hrsg.), *Homo debilis. Behinderte – Kranke – Versehrte in der Gesellschaft des Mittelalters* (Korb: Didymos, 2009); dies. (Hrsg.), *Phänomene der ‚Behinderung‘ im Alltag – Bausteine zu einer Disability History der Vormoderne* (Korb: Didymos, 2013); im historischen Längsschnitt David A. Gerber (Hrsg.), *Disabled Veterans in History* (Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2000).

²⁴ Vgl. dazu Gugutzer und Schneider, „Der ‚behinderte‘ Körper in den Disability Studies“, 31-53.

²⁵ Eindrucksvoll umgesetzt zuletzt bei Ylva Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere* (Bielefeld: transcript, 2013).

prozess begründet wird.²⁶ Das Augenmerk sollte auf der Entstehung und den Effekten von kategorialen Fremd- und Selbstzuschreibungen liegen. Die Herausforderung besteht darin, sich bewusst zu werden, dass die Disability History, indem sie mit dem Kollektivbegriff Behinderung arbeitet, dieser Homogenitätsannahme selbst zuspielet. Auch die Historiografie generiert und reproduziert Bilder und Konzepte von ‚Behinderung‘ und ‚Nicht-Behinderung‘, ‚Normalität‘ und ‚Andersheit‘ und ist mithin direkt an der Konstitution der Kategorien beteiligt. Dies ist nur ein Grund, warum die Disability History gut daran tut, sich quasi selbst zu historisieren und kritisch zum Untersuchungsgegenstand zu machen. Den Beginn könnten Untersuchungen machen, die eben jene Narrative von Behinderung kritisch beleuchten und historisieren, die die bisherigen geschichtswissenschaftlichen Studien über Institutionen, Sozialstaat, Behindertenpädagogik oder Disziplinen wie die Orthopädie und Psychiatrie hervorgebracht haben.

Wenn Disability Histories der industriell-bürgerlichen Moderne z. B. die Entstehung der medizinisch-individuellen Denkweise aufzeigen und den Anteil von Medizin und Humanwissenschaften an der Bildung der Kategorie Behinderung analysieren, beteiligen sie sich selbst an der Herstellung von Behinderung. Insofern würde es sich lohnen, wieder mehr Kontakt zu diesen Disziplinen, mindestens aber zur Medizin- und Wissenschaftsgeschichte aufzunehmen, um die jeweiligen Episteme und Logiken und das Ineinandergreifen von Disziplinen bei der Konstitution wissenschaftlicher Vorstellungen von Behinderung verstehen zu lernen. Schon in ihrem gemeinsamen Interesse an Wissensordnungen und Prozessen der Kategorisierung sollten die Wissenschafts- und Medizingeschichte bzw. Sozial- und Kulturgeschichte der Medizin und die Disability History zueinander finden können. Würde die Disability History, indem sie im fachlichen Austausch untersucht, wie in der Vergangenheit in unterschiedlichen Fachrichtungen z. B. Normalität und Andersheit konzipiert, inszeniert, visualisiert und voneinander abgegrenzt und solche Wissensbestände in den gesellschaftlichen Diskurs eingespeist wurden, nicht auch Sensibilität dafür entwickeln, wie sie dies selbst tut?

3. Die Herstellung von Querschnittslähmung

Um die Wende zu den 1960er Jahren errechneten Experten, dass in der Bundesrepublik mindestens 13.500 Menschen mit sogenannten Querschnittslähmungen lebten. Jährlich kamen, so die Schätzungen, durch Arbeits-, Verkehrs- und sonstige Unfälle etwa 1.000 Jugendliche und Erwachsene sowie 700 bis 1.500 Kinder mit angeborenen Rückenmarkschädigungen hinzu.²⁷ Mediziner, Interessenverbände behinderter Menschen, Sozialbürokratie, Politik und Medien waren alarmiert. Je nach statistischer Grundlage identifizierten

²⁶ Vgl. Bruner, *KörperSpuren*, 293.

²⁷ Vgl. Bundesarchiv Koblenz (BArch) B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. V. Ministerialrat (MR) Clemens Dierkes, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), 20.10.1960; Ebd., VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. V. Bodo Stahr: Initiative und Verantwortung für Querschnittsgelähmte, 20.1.1960; BArch B 189 20891, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), Vermerk, 18.7.1973; Eberhard Gögler, „Der schwere Unfall in der modernen Industriegesellschaft“ *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 329 (1971): 943; Volkmar Paeslak, „Rehabilitation von Patienten mit Paraplegien“ *Rehabilitation* 12 (1973), 145.

sie in etwa der Hälfte der Fälle Nebenfolgen der technisierten und motorisierten Gesellschaft als Ursache. In der medialen Öffentlichkeit wurde Querschnittslähmung sogar fast ausschließlich mit Unfällen im Straßenverkehr in Verbindung gebracht. Andere, weniger offensichtliche und weniger medial präsenste Gründe wurden kaum in Betracht gezogen. Das Risiko eines Verkehrsunfalls war in der Tat hoch und in der Lebenswelt der Bundesbürger und -bürgerinnen verankert. Die Gefahr, im Straßenverkehr eine schwere Verletzung mit dauerhaften gesundheitlichen Folgen zu erleiden oder sogar zu sterben, war groß.²⁸ Besonders auffällig war in den 1950er und 1960er Jahren der starke Anstieg von Hirnverletzungen und Rückenmarkstraumata. Infolge eines Unfalls eine bleibende Gesundheitsschädigung davonzutragen, wurde zunehmend als „Jedermann-Risiko“²⁹ verstanden. Die Verkehrssicherheit ließ zu wünschen übrig, was sowohl den Zustand des Straßennetzes, die Verkehrserziehung als auch die individuelle Sicherung im Kraftfahrzeug anging. Das Rettungswesen war dem zunehmenden Verkehr nicht gewachsen. Gleichwohl galt die Motorisierung der Gesellschaft in den 1950er und 1960er Jahren als Ausweis von Modernität und Fortschritt:

„Das Selbstverständnis der Republik schloss rasch den Stolz auf das wachsende Autobahnnetz und die erfolgreiche Automobilindustrie ein. Privater Automobilbesitz, vom Goggomobil bis zum Daimler-Benz, war eines der deutlichsten Kennzeichen wachsenden Wohlstandes in einer Konsumgesellschaft. [...] Fahrgenuss und Mobilitätsgewinn waren mit Unfallfurcht und Todesgefahr aufs engste verknüpft; das eine ist ohne das andere nicht zu verstehen. Massenhafte Freude über das erste Automobil ging mit massenhafter Furcht vor dem Tod einher.“³⁰

Nebenfolgen dieser an sich hoch bewerteten technischen und ökonomischen Entwicklung schufen ein bedrohliches Phänomen. Wie sollte die Gesellschaft damit umgehen, wie das Erlebte deuten? „Das Gemetzel, das wir Straßenverkehr nennen“ betitelte Der Spiegel 1971 eine Reportage, in der es um die Frage ging, warum die Bevölkerung Autos und individuelle Mobilität weiterhin so hoch bewertete, wo sie doch täglich mit deren tragischen

²⁸ 1953 ereigneten sich in der Bundesrepublik bei einem Kraftfahrzeugbestand von etwa 4,3 Millionen knapp 252.000 Straßenverkehrsunfälle mit Personenschäden, von denen über 11.000 tödlich endeten, 1970 bei einem Bestand von fast 14 Millionen Kraftfahrzeugen 378.000 Unfälle mit Personenschäden. Über 19.000 Personen starben, 532.000 wurden verletzt. Zum Vergleich: Bei einem KfZ-Bestand von fast 52 Millionen und rund 306.000 Unfällen mit Personenschäden starben 2011 noch 4.009 Personen und 392.000 wurden verletzt. Kinder, junge Erwachsene und alte Menschen machten einen wesentlichen Teil der Verkehrstopfer aus. Vgl. Statistisches Bundesamt, *Verkehr. Verkehrsunfälle*, Fachserie 8 Reihe 7 (Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2011), S. 44.

²⁹ [o.V.], „SPIEGEL-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (V): Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören. Behinderte“, *Der Spiegel*, 22.3.1971.

³⁰ Thomas Zeller, „Mein Feind, der Baum. Verkehrssicherheit, Unfalltote, Landschaft und Technik in der frühen Bundesrepublik“ in Friedrich Kießling und Bernhard Rieger (Hrsg.), *Mit dem Wandel leben. Neuorientierung und Tradition in der Bundesrepublik der 1950er und 60er Jahre* (Köln: Böhlau, 2011), 247. Vgl. auch Christoph Maria Merki, „Die Verwundbarkeit modernen Verkehrs: Unfälle und Terrorismus“ in Karl Schlögel (Hrsg.), *Neue Wege in ein neues Europa. Geschichte und Verkehr im 20. Jahrhundert* (Frankfurt a. M.: Campus, 2009), 515-530.

Kosten konfrontiert wurde.³¹ Querschnittslähmungen infolge von Unfällen wurden – neben Tod, Hirnverletzungen und Blindheit – als paradigmatisches Beispiel für diese alltäglich sichtbaren Kosten der Mobilität angeführt. Finden lässt sich diese Deutung auch im medizinischen Fachdiskurs, wo schwere Traumata als logische Folgen der Technisierung und Motorisierung präsentiert wurden.³²

Was sind Querschnittslähmungen aus medizinischer Sicht? Aus heutiger Perspektive bezeichnet der Begriff einen Symptomkomplex, zu dem in der Regel Lähmungen, Muskeltonusveränderungen, vegetative Störungen, Ausfall oder Störung der Blasen- und Mastdarmkontrolle, Sensibilitätsverlust und veränderte Muskelreflexe gehören. Verursacht werden diese Symptome durch eine Unterbrechung der Nervenleitung im Rückenmark. Rückenmarkstraumata wie Wirbelbrüche, Tumore, Infektionen oder spina bifida können diese hervorrufen. Als Leitsymptom definiert wurde die Lähmung, die entweder in Form einer kompletten motorischen Lähmung (Plegie) oder in Form einer Parese (inkomplette motorische Lähmung) auftreten kann. Schlanke und spastische Lähmungsformen kommen vor. Unter dem Oberbegriff Querschnittslähmung werden in der Fachsprache, vor allem aber alltagssprachlich, eine Vielzahl von Ausprägungen vereinigt, etwa die Diplegie, Para- oder Tetraplegie. In der Regel begründen Querschnittslähmungen sozialrechtlich einen Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 (Schwerbehinderung), häufiger aber 100 und den Zusatz außergewöhnlich gehbehindert (aG), seit 2009 kombiniert mit dem Grad der Schädigungsfolgen GdS.³³ Im bundesdeutschen Sozialrecht gelten Querschnittslähmungen mithin eindeutig als Behinderung – über die individuelle Wahrnehmung der Menschen, die mit Querschnittslähmungen leben, sagt dies jedoch nicht automatisch etwas aus.

Querschnittslähmungen sind – medizin- und sozialgeschichtlich gesehen – ein sehr junges Phänomen. Wie der Symptomkomplex im Lauf der 1940er und 1950er Jahre abgesteckt wurde, stellt einen geradezu klassischen Untersuchungsgegenstand für Wissenschafts- und Medizingeschichte dar, die hier einen medizinisch-technischen Konstruktionsprozess untersuchen kann. Wie erhielt das Phänomen seinen Namen? Wie und von wem wurden Terminologien, Diagnosen und Therapien entwickelt und fixiert?

Nachweisen lässt sich der Begriff Querschnittslähmung seit Anfang der 1950er Jahre im medizinischen Fachdiskurs in Deutschland, und zwar als Folge spezifischer Traumata, nicht aber für angeborene Probleme. Schwere Rückenmarkstraumata etwa infolge von Sturz oder Gewalteinwirkung waren bis zum Ende der 1940er Jahre meist tödlich verlaufen.³⁴ Rund 1.300 deutsche Kriegsbeschädigte des Zweiten Weltkriegs allerdings hatten mit derartigen schweren Verletzungen überlebt. Dies führten die zeitgenössischen Experten auf medizinische Innovationen zurück: Der Notfallmedizin standen nun für die Erstversor-

³¹ [o.V.], „Das Gemetzel, das wir Verkehr nennen“, *Der Spiegel*, 28.6.1971; ähnlich auch [o.V.], „Ist das Auto eine Todesfalle?“, *Der Spiegel*, 4.12.1957; [o.V.], „Affen auf Asphalt“, *Der Spiegel*, 3.3.1965; [o.V.], „Erzwungene Versager“, *Der Spiegel*, 22.5.1963; [o.V.], „Eine Art Urfreude“, *Der Spiegel*, 10.3.1954.

³² Vgl. z. B. Dieter Bruns, „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 53 (1961), 29; ähnlich Gögler, „Der schwere Unfall in der modernen Industriegesellschaft“, 962.

³³ Im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung und im Versorgungsrecht existiert noch der ältere Begriff der Minderung der Erwerbsfähigkeit MdE.

³⁴ Vgl. Julie Anderson, „Turned into Taxpayers: Paraplegia, Rehabilitation and Sport at Stoke Mandeville, 1944-56“ *Journal of Contemporary History* 38 (2003): 464.

gung u. a. Bluttransfusionen zur Verfügung, um tödliche Schocks zu verhindern. Penicillin und Sulfonamide halfen, Infektionen zu kontrollieren. Neue Lagerungsverfahren und operative Methoden kamen bei nicht stabilen Wirbelfrakturen zum Einsatz. Erkannt worden war auch, wie wichtig die richtige Lagerung der Verletzten war, um Dekubitalgeschwüre zu vermeiden.

„Survival was one issue, however; the question then arose of what to do with paralysed patients in the long term“,³⁵ fasst die Medizinhistorikerin Julia Anderson das Problem zusammen, mit dem nun – abgesehen von den Patienten und Patientinnen und ihrem Umfeld – zunächst Ärzte und Pflegepersonal konfrontiert waren. Das Phänomen Querschnittslähmung wurde im Lauf der späten 1940er und 1950er Jahre begrifflich fixiert. Die dringendsten medizinischen und technischen Methodenfragen schienen nun lösbar – zumindest in der Theorie.³⁶

3.1 *Wie aus ‚Querschnittsgelähmten‘ Rehabilitanden wurden*

Doch wie sollte es nun mit den Patienten und Patientinnen weitergehen? Wer oder was waren sie überhaupt aus medizinischer Sicht? Patienten auf Dauer, chronisch Kranke? Die Neurologen Max Zuchold und Karl Ludwig Lemberg vom Versorgungskrankenhaus Bayreuth versuchten sich beispielsweise 1957 am Begriff der „defektheilenden Patienten“³⁷. An Diskursbeiträgen des in England wirkenden, emigrierten Neurochirurgen Ludwig Guttmann (1899-1980) lässt sich nachvollziehen, wie aus Menschen, deren Verletzungen wenige Jahre zuvor aufgrund der mangelnden Therapiemöglichkeiten tödlich gewesen wären, nun Überlebende wurden. Als solche waren sie einerseits ein enormer medizinisch-technischer Erfolg. Andererseits stellten sie ein soziales Problem dar. Rehabilitationsmedizin und Sozialstaat hatten oder suchten Mittel und Wege, dieses Problem zu behandeln. Im Zuge der wirtschaftlichen Erholung standen dafür wachsende Ressourcen zur Verfügung. Aus Überlebenden wurden deshalb Rehabilitanden (und mithin nach der Vorstellung der Zeit ‚Behinderte‘). Für Ludwig Guttmann war klar: Es handelte sich in erster Linie um Überlebende. Opfer und ‚Unglückliche‘, ‚tragische Fälle‘, ‚Ausgestoßene‘ seien die Querschnittsgelähmten nur früher gewesen, als man ihnen hatte noch nicht helfen können, konstatierte Guttmann 1956 vor einer Fachleserschaft deutscher Neurologen. Die Öffentlichkeit habe die Querschnittsgelähmten in der Regel gar nicht wahrgenommen, weil sie

„[...] in den meisten Fällen bewegungslos zu Hause oder in Institutionen gehalten wurden, wo sie nach einem mehr oder minder kurzen Siechtum an ihren septischen Dekubitalgeschwüren und ihrer Niereninsuffizienz als Folge der Blaseninfektion elendiglich zugrunde gingen.“³⁸

³⁵ Anderson, „Turned into Taxpayers“, 464.

³⁶ Vgl. dazu Max Zuchold und Karl Ludwig Lemberg, „Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 49 (1957): 194; Ewald Fettweis, „Zur Lagerung von Querschnittsgelähmten“ *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete* 90 (1958), 518-519.

³⁷ Zuchold und Lemberg, „Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter“, 195. Siehe auch BArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. v. Karl Ludwig Lemberg, Versorgungskrankenhaus Bayreuth 20.10.1960.

³⁸ Ludwig Guttmann, „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten“ *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 175 (1956): 174.

In den vergangenen zehn Jahren habe die „[...] Auffassung über die Prognose von Querschnittsgelähmten eine grundlegende Änderung erfahren“.³⁹ Man könne jetzt eben nicht nur die Lebenserwartung wesentlich steigern, sondern auch eine funktionelle Wiederherstellung erreichen. Seine Ausführungen versah Guttman häufig mit Vorher-Nachher-Aufnahmen, deren Bildsprache typisch war für die wissenschaftlichen Rehabilitationsdiskurstreihl seiner Zeit. Den Aufnahmefotos nackter, extrem abgemagerter Männer und Frauen mit großen Dekubitalgeschwüren stellte er Bilder aus seinem fortschreitenden Rehabilitationsprogramm gegenüber: Dieselben Menschen wirken darauf aufgepöppelt, sie tragen Kleidung, sind zunehmend bei Alltags-, Arbeits- oder Sportaktivitäten zu sehen und werden außerdem bei der Nutzung von technischen Geräten für Therapie, Arbeit, Sport und Hilfsmitteln wie Rollstühlen gezeigt. Guttman setzte das Erfolgsnarrativ des Überlebens dank medizinisch-technischer Hilfe in seine Bildsprache um. Patienten und Patientinnen, so die intendierte Wirkung, verwandeln sich auf diesen Bildern regelrecht, sie werden quasi wieder zu Menschen.⁴⁰

Was war Ludwigs Guttmans Rolle? Nachdem er nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten als Jude 1933 Posten und Forschungstätigkeit an einer renommierten Breslauer Klinik hatte aufgeben müssen, war ihm 1939 die Flucht nach England glücklich. 1944 war er ans Stoke Mandeville Hospital in Aylesbury geholt worden, um dort eine Behandlungseinheit für Rückenmarksverletzte aufzubauen.⁴¹ Dort hatte er auf der Grundlage vorliegender Erkenntnisse, etwa des amerikanischen Neurochirurgen Donald Munro (1889-1978), zahlreiche Therapiemethoden entwickelt: Angefangen von der Lagerung bei nicht stabilen Frakturen während der knöchernen Heilung über die Vermeidung von Dekubitalgeschwüren, die Verhütung von Harnwegsinfektionen und die Behandlung der auftretenden Spastizität bis hin zum Training von Gleichgewicht und Sitzfähigkeit.⁴² Er setzte auf Physiotherapie, Bewegung und Sport.⁴³ Bis heute wird Guttman v. a. mit der Etablierung der Stoke Mandeville Games und mithin der Paralympics identifiziert. Er

³⁹ Ebd.

⁴⁰ Vgl. als Beispiel Guttman, „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten“, Abbildungen 1a bis 1e und 2a bis 2g.

⁴¹ Julie Anderson deutet an, dass hier nach amerikanischem Vorbild gehandelt wurde, wo man anders als in Großbritannien die Behandlung von Rückenmarkstraumata nicht den Orthopäden zuordnete, sondern Neurochirurgen wie Donald Munro und Ernest Bors. Vgl. Anderson, „Turned into Taxpayers“, 465.

⁴² Zusammengefasst in Ludwig Guttman, *Spinal Cord Injuries. Comprehensive Management and Research* (Oxford: Blackwell Science, 1973).

⁴³ Vgl. Guttman, „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten“, 189-190; ders., „Behandlung und Rehabilitation bei Rückenmarksläsionen“ *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 88 (1958): 511-515, 539-542; ders., „20 Jahre Rehabilitationsarbeit an Querschnittsgelähmten“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 106 (1964): 1375-1385; explizit in ders., *Textbook of Sport for the Disabled* (Aylesbury: John Wiley & Sons Canada, 1976); zur Rezeption des Sportkonzepts Gerhard Neubauer, „Behandlung und Ertüchtigung Querschnittsgelähmter“ in *Jahrbuch für Fürsorge für Körperbehinderte* (1958), 34-47 und 74-76; Wolfgang Heipertz, „Die Bedeutung von Sport und Spiel in der Behandlung Querschnittsgelähmter“ *Sportmedizin* 7 (1956): 296-299; Gerhard Leimbach, „Die olympischen Spiele für Paraplegiker in Stoke Mandeville“ *Die Berufsgenossenschaft* 11 (1961): 449-450; R. Walch, „Versehrtensport mit Rückenmarksgeschädigten und Hirnverletzten“ *Bundesarbeitsblatt* 6 (1956): 181-187; Walter Weiß, „Sport mit Querschnittsgelähmten“ *Rehabilitation* 10 (1971): 84-85; Anderson, „Turned into Taxpayers“, 473; Silver, *History of the treatment of spinal injuries*, 69-98.

publizierte viel, hatte häufig Gäste aus dem In- und Ausland in seiner Unit und nahm Einladungen zu Kongressen und Vorträgen wahr. Seine Aktivitäten wurden im Lauf der 1950er Jahre in Deutschland, zuvor bereits in Österreich, teils durch Publikationen und Kongressauftritte, vor allem aber durch Studienaufenthalte von deutschen Ärzten, später auch von Ministerialbeamten und Parlamentariern, bei ihm in Stoke Mandeville bekannt.⁴⁴ Mit Hinweis auf seine Rehabilitationsstatistik wurde er international bereits in den 1950er Jahren gefeiert. So erfuhren beispielsweise 1955 die Leser und Leserinnen der Frankfurter Rundschau von den Methoden und Ergebnissen des „Vaters der Gelähmten“.⁴⁵

Ludwig Guttman brachte von Anfang an den Rehabilitationsbegriff ins Spiel. Rehabilitation definierte er 1956

„[...] als die Summe aller physischen, psychologischen und sozialen Maßnahmen, welche die Wiederherstellung geschädigter Funktionen eines Menschen und seine bestmögliche funktionelle Anpassung an den Dauerschaden herbeiführen. Das Ziel der Rehabilitation ist die möglichst rasche Wiedererlangung der Lebenstüchtigkeit des Versehrten, d.h. seine Fähigkeit, allen Anforderungen des täglichen Lebens gerecht zu werden und sie so zu meistern, dass seine erfolgreiche Wiedereingliederung in die ökonomische und soziale Struktur der Gemeinschaft gewährleistet ist. Mit der Wiederherstellung geschädigter Körperfunktionen ist noch keineswegs die funktionale Wiederanpassung des Gesamtorganismus an den Defekt erreicht und mit der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Versehrten ist noch lange nicht seine häusliche und berufliche Resozialisierung durchgeführt.“⁴⁶

⁴⁴ Vgl. z. B. BArch B 106 10676, Dr. Wolfgang Kreusch/Bad Pyrmont, Dr. Karl Ludwig Lemberg/Versorgungskrankenhaus Bayreuth, Dr. P. Volkmann/Versorgungskrankenhaus Bad Tölz: Bericht über einen Studienaufenthalt im National Spinal Injuries Centre Stoke-Mandeville vom 4.6.-31.8.1956; BArch B 142 553, Krankenhaus Evangelisches Stift St. Martin, Koblenz, Berufsgenossenschaftliche Sonderstation für Schwerunfallverletzte, Gerhard Leimbach, Schreiben an BMA, mit Anlage: Gedanken über die Rehabilitation Querschnittsgelähmter und ihre Wiedereingliederung in Deutschland, 13.5.1957; BArch B 149 2325, Beirat für Orthopädie-Technik und Prüfungsanstalt für Neukonstruktionen von Kunstgliedern und orthopädischen Hilfsmitteln beim Bundesministerium für Arbeit, Konstruktionsausschuss, W. Thomsen, Bericht, 3.8.1957; BArch N 1219 519, Deutscher Bundestag, 3. Wahlperiode, Kurzprotokoll der gemeinsamen Sitzung der Ausschüsse für Kriegspfer- und Heimkehrerfragen, für Sozialpolitik und für Gesundheitswesen, Stenografischer Bericht über die Entgegennahme der Erfahrungsberichte über die Reisen zum Studium der Rehabilitation in den USA, Kanada, England und Süddeutschland, 26.1.1961; [o.V.], „Hilfsmaßnahmen für Körperbehinderte am und auf dem Weg zum Arbeitsplatz. 1. Teil“ *Rehabilitation* 6 (1967): 49-69; [o.V.], „Hilfsmaßnahmen für Körperbehinderte am und auf dem Weg zum Arbeitsplatz. 2. Teil“ *Rehabilitation* 6 (1967): 89-104; Friedrich Brussatis, „Moderne Paraplegiker-Behandlung“ *Deutsche medizinische Wochenschrift* 78 (1953) 1654-1657; Wolfgang Kreusch, Karl Ludwig Lemberg und P. Volkmann, „Das Institut für Rückenmarksverletzte in Stoke Mandeville“ in Bundesministerium für Arbeit (Hrsg.), *Rehabilitation in England* (Stuttgart: Thieme, 1957): 147-186.

⁴⁵ Ernst Burkhardt, „Neues Leben für Rückgratverletzte. Hilfe durch den ‚Vater der Gelähmten‘ Dr. Guttman“, *Frankfurter Rundschau*, 8.10.1955; Josef Schmidt, „Olympiade auf Rollstühlen. Zwölf querschnittsgelähmte Deutsche fahren nach England“, *Stuttgarter Nachrichten*, 26.7.1955; vgl. auch die spätere Bewertung bei Susan Goodman, *Spirit of Stoke Mandeville: The Story of Sir Ludwig Guttman* (London: HarperCollins, 1986); Donovan, „Spinal Cord Injury – Past, Present, and Future“, 91; Meinecke, „Geschichte der Behandlung Querschnittsgelähmter in der Bundesrepublik Deutschland“, 64.

⁴⁶ Guttman, „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten“, 173.

Guttmanns Ausführungen markieren die hegemonialen Positionen des wissenschaftlichen und sozialpolitischen Behinderungsdiskurses in der Bundesrepublik der 1950er Jahre: Querschnittslähmung galt, wie andere Schädigungen mit dauerhaften Folgen, als individuelles, objektiv diagnostizierbares Defizit, das sich vor allem in der Unfähigkeit zur produktiven Erwerbsarbeit äußerte und den defizitären Menschen an den Rand der Gesellschaft drängte. Wie die meisten Experten und Expertinnen aus Medizin, Politik, Sozialprofessionen und Verwaltung verstand Guttmann unter Rehabilitation hauptsächlich die funktionale Wiederherstellung. Mithilfe von Therapie, technischen Hilfsmitteln und beruflichen Bildungsmaßnahmen sollte das Defizit kompensiert werden.

Gedacht war Rehabilitation als sequenzielles Dreikomponentenmodell von medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation. Allerdings waren diese Komponenten, oft schon wegen der unterschiedlichen Leistungs- und Einrichtungsträger, die sie umsetzen sollten, meist kaum miteinander verbunden. Zudem blieb der Bereich der sozialen Rehabilitation bis in die 1970er unterentwickelt und beschränkte sich häufig auf die Vermittlung eines Arbeitsplatzes und die Ausstattung mit technischen Hilfsmitteln. Gelang die Eingliederung ins Arbeitsleben, schien das soziale Problem, grob gesagt, gelöst.⁴⁷ Hier war ein Normalisierungsverständnis enthalten, demzufolge die als defizitär klassifizierten Menschen an die funktionalen Erwartungen und gesetzten Normen der Gesellschaft angepasst werden mussten, die sich ihrerseits nicht zu ändern brauchte.

Welche politischen Motivationen standen hinter der Rehabilitation? Wer von den Ärzten als rehabilitationsfähig eingestuft wurde, hatte ein Recht auf ein nutzbringendes Leben und auf Rehabilitationsmaßnahmen – dies war Glaubenssatz der bundesrepublikanischen Behindertenpolitik, der in den Sozialleistungsgesetzen verankert war.⁴⁸ Rehabilitationsmaßnahmen würden, dies erwarteten sich Politik und Verwaltung vor allem am Anfang der 1950er Jahre, befriedend wirken, insbesondere auf Kriegs- und Wehrdienstbeschädigte.⁴⁹

⁴⁷ Zum zeitgenössischen Behinderungsbegriff und zum Prinzip Rehabilitation siehe m. w. N. Elsbeth Bösl, *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland* (Bielefeld: transcript, 2009), 37-40, 44-50, 244-250. Als Beispiele im Fall von Querschnittslähmung siehe [o.V.] Welzel, „Was verstehen wir unter Rehabilitation?“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 38 (1958): 327; Clemens Dierkes, „Möglichkeiten der Rehabilitation“ *Bundesarbeitsblatt* 11 (1960): 778; Günter Jentschura, „Die berufliche Rehabilitation aus der Sicht des Arztes“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 42 (1962): 209.

⁴⁸ Vgl. z. B. BArch B 106 10674, Schaffende Schwerbeschädigte. Bildbericht über die vom niedersächsischen Ministerium für Arbeit, Aufbau und Gesundheit, dem niedersächsischen Landesarbeitsamt und der Hauptfürsorgestelle Hannover vom 16.6.-3.7.1949 veranstaltete Ausstellung „Der Schwerbeschädigte im Leben und im Beruf“; Hauptstaatsarchiv Nordrhein-Westfalen (NRWHStA) NW 50 1073, Denkschrift der Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen zur Neufassung des Bundesgesetzes über die Beschäftigung Schwerbeschädigter, Juli 1950; Zentrum Bayern Familie und Soziales, Fotosammlung, Ordner: Manuskripte zur Denkschrift „Drei Jahrzehnte Schwerbeschädigtenfürsorge in Bayern“, Konrad Krieger, Arbeit für den Schwerbeschädigten, 1951; BArch B 149 6457, BMA Abt. IIa8, Protokoll der 2. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft am 13./14.6.1961, Ref. v. Adalbert Seifritz: Die Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz, 15.9.1961.

⁴⁹ Vgl. z. B. Rudolf Schoppe, „Die Arbeitsplatzbewertung und ihre betriebssoziologischen und sozialpolitischen Möglichkeiten, insbesondere der Einsatz der Unfall- und Kriegsbeschädigten“ *Bundesarbeitsblatt* 5 (1954): 17.

Volkswirtschaftliche Überlegungen spielten zunehmend eine Rolle. In Worte gefasst, hieß dies „Rehabilitation schafft Werte“, „Rehabilitation von Rente“ oder „Neben dem Recht des Beschädigten an die Allgemeinheit gibt es auch ein Recht der Allgemeinheit an den Beschädigten.“⁵⁰ Angesichts des als Wirtschaftswunder beschriebenen starken Wirtschaftswachstums und des aus der Sicht der Sozialpolitiker um 1960 bereits „leergelegten Arbeitsmarkts“⁵¹ galt es als absurd, eine „Reserve“⁵² von Arbeitskräften ungenutzt zu lassen:

„Wir können es uns einfach nicht leisten, Menschen, sei es für die Dauer oder auch nur zu lange dem Arbeitsmarkt vorzuenthalten. Wir sind gezwungen, jedes Quäntchen Arbeitskraft möglichst rasch wieder dem Arbeits- und Produktionsprozess zuzuführen. Bei den Rehabilitanden handelt es sich nicht um einen kleinen und engen Kreis. Dieser Kreis ist viel größer, als wir überhaupt ahnen. Hier wächst allmählich eine Armee von Menschen heran aus Verkehrsunfällen, aus Betriebsunfällen, aus modernen Krankheiten usw. Können wir diese wachsende Armee dem Arbeitsprozess vorenthalten? Müssen wir nicht um der Wirtschaft willen, um ihrer Funktionsfähigkeit willen jedes Quäntchen Arbeitskraft nützen und aktivieren?“⁵³

fragte der Direktor des Landesarbeitsamts Baden-Württemberg vor einer gemeinsamen Sitzung von Vertretern der Fürsorge und Arbeitsverwaltung 1963.

Da sich das Behinderungs- und Rehabilitationskonzept so stark auf Erwerbsarbeit richtete, galten – angesichts der zeitgenössischen Idealvorstellung geschlechtsbezogener Arbeitsteilung – Männer im erwerbsfähigen Alter als Idealklientel der Rehabilitation. Auf sie wurden die Angebote und Infrastrukturen zugeschnitten. Eine Hausfrau konnte, diesem Konzept entsprechend, nicht behindert sein. Frauen wurden erst im Lauf der 1960er Jahre regelrecht

⁵⁰ Die Zitate aus Valentin Siebrecht und Reinhard Wohlleben, „Wege der Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den Rehabilitationskongress 1973 in Bad Wiessee. Teil 1“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 25 (1974): 42; BArch B 153 108, Tagung des Fachausschusses Jugendgesundheit der Arbeitsgemeinschaft Jugendpflege und Jugendfürsorge am 21./22.2.1952 in Bad Orb, Ref. v. Gerd Brinkmann: Hilfe für versehrte Jugendliche; Zentrum Bayern Familie und Soziales, Fotosammlung, Ordner: Manuskripte zur Denkschrift „Drei Jahrzehnte Schwerbeschädigtenfürsorge in Bayern“, Konrad Krieger, Arbeit für den Schwerbeschädigten, 1951. Siehe auch BArch B 149 1294, BMA Abt. Ic, Denkschrift: Rehabilitation als soziale Leistung. Stand und Aufgaben der Rehabilitation in der BRD, 1953; BArch B 149 6457, BMA Abt. IIa8, Protokoll der 2. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft am 13./14.6.1961, Ref. v. Adalbert Seifriz: Die Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz, 15.9.1961; Philipp Leve, „Praktische Erfahrungen bei der Arbeitsvermittlung Schwerbehinderter“ in *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1963) 63; Hans Muthesius, „Prävention und Rehabilitation“ *Bundesarbeitsblatt* 11 (1960): 719.

⁵¹ Vgl. BArch B 149 6457, BMA Abt. IIa8, Protokoll der 2. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft am 13./14.6.1961, Ref. v. Adalbert Seifriz: Die Rehabilitation als Schlüssel zum Dauerarbeitsplatz, 15.9.1961.

⁵² Walter Löchner, „Erschließung von Leistungsreserven durch das Berufsförderungswerk Heidelberg“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 11 (1960): 174.

⁵³ BArch B 106 10774, Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge e.V., Bericht des Ständigen Ausschusses für gemeinsame Fragen der Arbeitsverwaltung und Fürsorge über die Sitzung am 30./31.5.1963, Ref.: Berufliche Rehabilitation unter dem Gesichtspunkt der Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik.

als Rehabilitandinnen ‚entdeckt‘.⁵⁴ Entsprechende Rehabilitationsangebote, insbesondere für die große Zahl querschnittsgelähmter Hausfrauen, fehlten.⁵⁵

Sobald Ärzte einen Patienten als rehabilitationsfähig, -würdig und -bedürftig einstufen, ordneten sie ihre eigenen ärztlichen Maßnahmen dem Primat der beruflichen Rehabilitation unter: Medizinische Interventionen sollten nicht um ihrer selbst willen, sondern der beruflichen Wiedereingliederung wegen durchgeführt werden.⁵⁶ Entsprechend erläuterte das Bundesministerium für Arbeit auf einer internationalen Ausstellung 1957 das Prinzip:

„Heilbehandlung wird gewährt, um die Gesundheitsstörung oder die dadurch bewirkte Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu beseitigen, oder wesentlich zu bessern, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben. Im Rahmen der Heilbehandlung wird die medizinische Rehabilitation im vollen Umfange mit dem Ziel angestrebt, den Beschädigten in die Lage zu versetzen, nach Möglichkeit wieder berufstätig zu sein.“⁵⁷

Innerhalb dieses Rahmens erschienen nun Menschen mit Querschnittslähmungen ab der Mitte der 1950er Jahre erstmals als Sozialklientel. Auf der Basis des überwiegend bei Guttman angeeigneten Methodenwissens hatte sich unter deutschen Ärzten (und Ärztinnen) die Überzeugung durchgesetzt, dass Menschen mit Querschnittslähmungen rehabilitations-

⁵⁴ Vgl. z. B. BACh B 119 3268, Präs. der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung (BAVAV), Auswertung der zahlenmäßigen Ergebnisse des Jahres 1964 der Arbeits- und Berufsförderung behinderter Personen gem. § 39 Abs. 3 AVAVG, 28.5.1965; Ebd., BAVAV, Ergebnisprotokoll über die 17. Sitzung des BAVAV am 15./16.6.1965, 26.7.1965; „Bericht der Bundesregierung über die Situation der Frauen in Beruf, Familie und Gesellschaft“, Bundestagsdrucksache V/909 v. 14.9.1966, Übersicht S. 391; BACh B 149 6457, BAVAV Abt. IIa8, Protokoll der 2. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (DA) am 13./14.6.1961, Ref. v. Wilhelm Tönnies: Forderungen für eine wirksame Rehabilitation nach ärztlichen Erfahrungen, 15.9.1961; BACh B 149 6459, BMA, Tonbandwiedergabe der 3. Tagung des DA am 30.6./1.7.1964; BACh B 172 2832, BMA Abt. IIa2, Niederschrift über die 6. Arbeitstagung des DA am 29.2./1.3.1968 in Bonn, 10.4.1968; Charlotte Brauer, „Probleme der Rehabilitation der erwerbstätigen behinderten Frau. 6. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ *Bundesarbeitsblatt* 19 (1968): 272-276.

⁵⁵ Vgl. Hildegard Schürer, „Möglichkeiten der Rehabilitation der nicht erwerbstätigen behinderten Frau. 6. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“ *Bundesarbeitsblatt* 19 (1968): 277-282; [o.V.], „Die Arbeit erleichtern – auch für die behinderte Hausfrau“ in *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1964), Beilage, 445-446; Roswitha Plümer, „Die Fürsorgerin und ihre Stellung in einer Rehabilitationseinrichtung“ *Rehabilitation* 3 (1964): 84-85; Eva-Maria Rudel, „Rehabilitation of Housewives with Spinal Injuries“ in Werner Dicke et al. (Hrsg.), *Industrial Society and Rehabilitation – Problems and Solutions. ISRD-Proceedings of the Tenth World Congress Wiesbaden 11.-17.9.1966* (Heidelberg: Thieme, 1967) 271; Eva-Maria Rudel, „Die Aufgabe der Beschäftigungstherapie bei der Wiedereingliederung körperbehinderter Hausfrauen“ *Rehabilitation* 1 (1962): 36.

⁵⁶ Vgl. *Sozialenquete: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission*. Erstattet von Hans Achinger, Walter Bogs, Helmut Meinhold, Ludwig Neundörfer und Wilfried Schreiber (Stuttgart: Kohlhammer, 1966) 279. Vgl. auch Kurt-Alphons Jochheim und Hans Wahle, „Welche Stufen der Rehabilitation Schwerbehinderter gehören zur klinischen Behandlung?“ *Rehabilitation* 2 (1962): 49-57.

⁵⁷ BMA Abt. Vb4, Textvorlagen für die Ausstellung der ISWC 1957 an Abt. Vb1, 7.1.1957, BACh B 149 2325.

fähig und der ärztlichen Anstrengungen wert waren.⁵⁸ Eine neue Gruppe von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen war gebildet worden, indem Experten wie etwa Kurt Lindemann, der Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, sie dazu erklärt hatten: „Es kann als erwiesen gelten, dass der Querschnittsgelähmte leistungs- und arbeitsfähig ist.“⁵⁹ Nun ging es darum, das neu erworbene Wissen umzusetzen.⁶⁰ Dafür musste

⁵⁸ Vgl. z. B. W. Arens, „Wiederertüchtigung nach Rückenmarksverletzungen nach Wirbelbrüchen“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1273; ders., „Gedanken zum Querschnittsgelähmtenproblem“ *Hefte für Unfallheilkunde* 56 (1958): 232-237; W. Bischof, „Die operative Vorbehandlung Querschnittsgelähmter für die Übungsbehandlung“ *Hefte für Unfallheilkunde* 56 (1958): 225-231; Wolfgang Heipertz, „Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter“ *Archiv für Orthopädische und Unfallchirurgie* 48 (1957): 679-690; ders., „Unsere Aufgaben an Querschnittsgelähmten“ in *Jahrbuch für Körperbehindertenfürsorge* (1958), 55-57; Kurt Boshamer, „Die Behandlung der Querschnittsverletzten nach Durchführung der Erstversorgung“ *Zentralblatt für Neurochirurgie* 20 (1960): 193-215; ders., „Weitere Behandlung der Rückenmarksverletzungen“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1268-1269; Heinrich Bürkle de la Camp, „Behandlung und Wiedereingliederung Wirbelverletzter“ *Die Berufsgenossenschaft* 7 (1959): 291-296; ders., „Behandlung der frischen Rückenmarksverletzungen“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1267-1268; H. Lauterbach, „Die Ertüchtigung Unfallverletzter im Rahmen berufsgenossenschaftlicher Eingliederungsmaßnahmen“ in *Jahrbuch für Körperbehindertenfürsorge* (1958), 114-120; Friedrich-Wilhelm Meinecke, „Soll die Behandlung Querschnittsgelähmter als Einzelfall auf Sonderstationen oder in Sonderkliniken erfolgen?“ *Monatsschrift für Unfallheilkunde* 61 (1958): 147-152; Bruns, „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter“, 29-44; BArch B 106 10676, Dr. Wolfgang Kreuzsch/Bad Pyrmont, Dr. Karl Ludwig Lemberg/Versorgungskrankenhaus Bayreuth, Dr. P. Volkmann/Versorgungskrankenhaus Bad Tölz: Bericht über einen Studienaufenthalt im National Spinal Injuries Centre Stoke-Mandeville vom 4.6.-31.8.1956; M. Goeritz, „Der Querschnittsgelähmte, ein soziales Problem“ in *Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte* (1958), 47-54; Gerhard Leimbach, „Das Querschnittsgelähmten-Problem in der Bundesrepublik Deutschland“ *Hefte für Unfallheilkunde* 78 (1964): 285-292; Gerhard Neubauer, „Behandlung und Ertüchtigung Querschnittsgelähmter“ in *Jahrbuch für Fürsorge für Körperbehinderte* (1958), 34-47 und 74-76.

⁵⁹ Kurt Lindemann, „Über Maßnahmen zur Berufsvorbereitung Querschnittsgelähmter im Rahmen der medizinischen Rehabilitation“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 53 (1961): 152.

⁶⁰ Vgl. [o.V.], „Die Eingliederung der Kindergelähmten und Querschnittsgelähmten“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 37 (1957): 345; BArch B 106 10676, Bundesministerium des Innern (BMI) Abt. Vb2, Vermerk, 23.11.1955; Zuchold und Lemberg, „Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter“, 195; Lindemann, „Über Maßnahmen zur Berufsvorbereitung Querschnittsgelähmter“, 152-154; Bruns, „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter“, 29-30; Arens, „Wiederertüchtigung nach Rückenmarksverletzungen nach Wirbelbrüchen“, 1273; ders., „Gedanken zum Querschnittsgelähmtenproblem“, 232-237; Heipertz, „Unsere Aufgaben an Querschnittsgelähmten“, 55, 57; Bürkle de la Camp, „Behandlung der frischen Rückenmarksverletzungen“, 1267-1268; Neubauer, „Behandlung und Ertüchtigung Querschnittsgelähmter“, 34-37; J. Böhrer, „Drehbett zur Behandlung von Querschnittsgelähmten“ *Chirurg* 26 (1955): 287-288; Walter Ehalt, „Zur Behandlung der Wirbelbrüche mit Querschnittslähmungen“ *Hefte für Unfallheilkunde* 43 (1952): 111-117. Explizite eigene Forschungen wurden in den 1950er Jahren noch selten betrieben, mehrfach hingegen quantitative Studien, die den eigenen Rehabilitationserfolg quantifizieren, Probleme aufzeigen und anzeigen sollten, inwieweit man sich den Guttmannschen Rehabilitationsstatistik näherte. Vgl. z. B. Hans Wahle und Ilse Pampus, „Ergebnisse einer Nachuntersuchung aus dem Jahr 1961 bei 50 Rückenmarksgeschädigten mit kompletten irreversiblen Querschnittslähmungen“ *Rehabilitation* 4 (1965): 121-131; Hans Wahle und Kurt-Alphons Jochheim, „Häufigkeit und Ausmaß der Komplikationen bei 100 Querschnittsgelähmten“ *Ärztliche Mitteilungen* 47 (1962): 1981-1984; Kurt-Alphons Jochheim und Hans Wahle, „Dauerergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung bei Querschnittsgelähmten im Verlauf von vier Nachbeobachtungsjahren“ *Rehabilitation* 6 (1967): 8-12; Karl Lindemann, „Die Eingliederung Querschnittsgelähmter auf Grund von Erfahrungen einer Abteilung für

das Interesse der Instanzen von Politik und Sozialstaat für die Querschnittsgelähmten geweckt werden. Ärzte vermittelten den Vertretern der Bundes- und Länderministerien, der Fürsorgestellen, Arbeitsämter, Versorgungsämter, Sozialleistungsträger etc. über verschiedene erprobte Schnittstellen des Wissenstransfers (etwa ministerielle Beiräte usw.), dass es nun dank neuer medizinischer Interventionsmöglichkeiten eine weitere Personengruppe gab, der Regierung und Sozialstaat durch Rehabilitationsmaßnahmen helfen mussten.

So erklärte etwa Ludwig Guttman, der inzwischen in Deutschland erhebliches Ansehen genoss, 1960 vor einem Kongress von Medizinern und Medizinerinnen, Verbandfunktionären, Ministerialbeamten und Sozialleistungsträgern, aus den medizinischwissenschaftlichen Erfolgen ergebe sich, „dass das Problem der Paraplegie nicht mehr ein medizinisches Problem allein ist, es ist ein soziales geworden“.⁶¹ Dieses werde in den kommenden Jahren – aufgrund der steigenden Unfallzahlen und der verbesserten medizinischen Interventionsmöglichkeiten – drastisch zunehmen:

„Daraus ergibt sich die klare Schlussfolgerung, dass es nicht genügt, diese Menschen von ihren Decubitus-Geschwüren zu heilen und vor ihren Niereninfektionen zu bewahren. Nein, die Forderung muss sein, dass wir alles tun müssen, diese Menschen wieder zu würdigen Mitgliedern der Gesellschaft zu machen.“⁶²

Die konkreten Forderungen der Mediziner gingen in den 1950er und 1960er Jahren primär in Richtung sogenannter zentraler Sonderstationen oder sogar nationaler Zentren für Querschnittsgelähmte.⁶³ Häufig und kontrovers diskutierten sie außerdem die Frage, wer die Rehabilitationskosten zu übernehmen hatte.⁶⁴ Aus der Sicht des Sozialstaats und seiner

Querschnittsgelähmte“ *Hefte für Unfallheilkunde* 66 (1961): 128-133; ders., „Über Maßnahmen zur Berufsvorbereitung Querschnittsgelähmter im Rahmen der medizinischen Rehabilitation“, 152-154.

⁶¹ BAArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Ludwig Guttman, Stoke Mandeville: Probleme der Paraplegie-Behandlung und Wiedereingliederung Querschnittsgelähmter, 20.1.1960. Ähnlich auch Goeritz, „Der Querschnittsgelähmte, ein soziales Problem“, 47.

⁶² BAArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Ludwig Guttman, Stoke Mandeville: Probleme der Paraplegie-Behandlung und Wiedereingliederung Querschnittsgelähmter, 20.1.1960.

⁶³ Vgl. u. a. Bodo Stahr, „Die Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten“ *Sozialer Fortschritt* 7 (1958): 200; BAArch B 106 10676, BMI Ref. Vb2, Vermerk, 23.11.1955.

⁶⁴ Vgl. z. B. BAArch B 142 553, BMA Ref. VbI, MR Dr. Dierkes, Vermerk, November 1955; BMA Ref. VbI, MR Dierkes, Vermerk über die Besprechung mit dem BMI am 20.11.1955; Ebd., BMA Abt. Vb, Schreiben an BMI, 22.12.1958; Ebd., BMI Abt. Vb3, Schreiben an BMA, 21.3.1958; Ebd., BMA Ref. VbI, MR Dierkes, Schreiben an Präs. des VdK, 15.12.1955; Ebd., BMI Ref. VB 3, 13.3.1956; Vermerk; Ebd., BMA Abt. IIB2, Schreiben an Abt. Vb3, 25.8.1959; Ebd., BMA Abt. Vb3, Schreiben an Bundesgesundheitsamt, 17.10.1959; Ebd., BMI Abt. V7, Schreiben an Innen- und Arbeitsminister der Länder, 17.12.1959; Ebd., BMI, Vermerk, 18.12.1959; Ebd., BMI Abt. V7, Schreiben an Innen-, Arbeits- und Sozialminister der Länder, 30.12.1959; Ebd., VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. v. MR Clemens Dierkes, BMA, 20.10.1960; Ebd., BMA Abt. Vb1, Vermerk, Januar 1960; Ebd., BMA Abt. Vb1, Schreiben an BMI, Januar 1960; Ebd., BMA Abt. Vb1, Vermerk, 7.9.1960; Ebd., BMA Abt. Vb1, Vermerk, 22.2.1961; B 189 20891, BMJFG Abt. Ib6, Niederschrift über die Besprechung am 30.1.1970 im BMJFG, 6.2.1970; BAArch B 106 106761, Ebd., BMI Ref. V B2, 23.11.1955, Vermerk; Ebd., BMI, MR Reimar Schaudienst, Redemanuskript für die Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959; Ebd., BMI Abt. Vb3, Vermerk, 13.3.1956.

Instanzen waren Menschen mit Querschnittslähmungen systemgemäß eine weitere Personengruppe, die rehabilitiert und sozialverwaltet werden musste und ein organisatorisches und verwalterisches Problem darstellte. In den 1950er und 1960er Jahren bestand dieses Problem vor allem in den Auswirkungen des gegliederten Systems deutscher Sozialstaatlichkeit: Grundsätzlich waren in dessen drei Säulen – Versorgung, Fürsorge und Sozialversicherung – medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen verankert.⁶⁵ Jedoch hing Umfang und Qualität der konkreten Sozialleistungen aufgrund unterschiedlicher Gesetzesgrundlagen vom jeweils zuständigen Leistungsträger und seinen gesetzlichen Möglichkeiten ab. Auch Finanzausstattung und Infrastruktur der Träger differierten stark. Je nach Ursache einer Behinderung (z. B. Arbeitsunfall, Krankheit, Krieg, Haushaltsunfall, Geburtskomplikationen etc.) und ihrem Sozialrechts- bzw. Erwerbsstatus wurden Menschen den Trägern der Bereiche Sozialhilfe, Sozialversicherung und Versorgung zugeordnet. Dieses Zuordnungsverfahren wird als kausales Prinzip bezeichnet. Die sozialen Ungleichheitslagen, die es schuf, begründete erst ab 1974 weitgehend ein Reformpaket der sozialliberalen Koalition.⁶⁶

Die Rehabilitation bei Querschnittslähmung bildete hier keine Ausnahme: Rechtsvorschriften divergierten und die Verwaltungsverfahren galten als kompliziert. Behörden verloren sich in Kompetenzstreitigkeiten. Betroffene und Angehörige waren verärgert.⁶⁷ Ty-

⁶⁵ Im Zuge der Sozialstaatexpansion ab etwa 1957/58, insbesondere aber mit fortschreitendem wirtschaftlichen Aufschwung in den 1960er Jahren, wurden diese erheblich erweitert, ebenso die Institutionen und Infrastrukturen der Rehabilitation. Die Hilfen bei Behinderung, ihre Klientelkreise, Aktionsradien und Maßnahmenkataloge wuchsen.

⁶⁶ Angesichts ihrer an Chancengleichheit und sozialer Gerechtigkeit orientierten Rehabilitationspolitik erschien es der sozialliberalen Koalition nicht mehr tragbar, dass institutionelle und rechtliche Verzweigungen des Systems zulasten der Menschen gingen. Vgl. „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7.8.1974“, *BGBI* I 1974: 1881; „Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts vom 24.4.1974“, *BGBI* I 1974: 981; „Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7.5.1975“, *BGBI* I 1975: 1061; Walter Arendt, „Unfall und Rehabilitation. Rede vor dem Berufsgenossenschaftstag 1970 am 26.6.1970 in Düsseldorf“ in ders. (Hrsg.), *Kennzeichen sozial. Wege und Ziele der sozialen Sicherung* (Stuttgart: Kohlhammer, 1972), 161; Karl Jung, „Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation“ *Bundesarbeitsblatt* 25 (1974): 441.

⁶⁷ Vgl. BAArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Gerd Peters: Neurologie, 20.1.1960; Ebd., VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. v. Bodo Stahr, VdK: Initiative und Verantwortung für Querschnittsgelähmte, 20.1.1960; Staatsarchiv München (StAM) LAA Südbayern 5122, Präs. des Landesarbeitsamts Südbayern, Schreiben an Präs. der BAVAV, 7.4.1966; Paul Hülsmann, „Eingliederung schwerbehinderter Jugendlicher. Fälle und Probleme der Berufsberatung“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 20 (1969): 359; BAArch B 106 10774, Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, Ständiger Ausschuss für gemeinsame Fragen der Fürsorge und der Arbeitsverwaltung, Protokoll der Sitzung am 30.5.1963 in Heidelberg und am 31.5.1963 in München; BAArch B 106 10810, Deutsche Vereinigung für die Bekämpfung des Krüppeltums (DeVg e.V.), Schreiben an BMI, Abdruck der Referate der Arbeitstagung der DeVg am 24.5.1956 in Bad Kreuznach, Ref. v. Josef Strahlau: Der Beitrag der Gemeinden in der Körperbehindertenfürsorge; Theodor Scharmann, „Die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten. Eine vergleichende Betrachtung“ *Bundesarbeitsblatt* 8 (1957): 637; Dieter Schewe, „Unterschiede in der Rehabilitation behinderter Personen“ *Bundesarbeitsblatt* 10 (1959): 416-417; Lothar Herbig, „Rehabilitation als Auftrag an die Öffentlichkeit aus der täglichen Erfahrung eines Landesarztes für körperlich Behinderte“ in *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1965/66), 70; *Sozialenquete*:

pisch für die Sprache der 1960er und 1970er Jahre war das Bild eines unübersichtlichen Systems und hilfloser Menschen, die von Stelle zu Stelle irrten.⁶⁸ Zu den Kritikern gehörten unter anderem Praktiker und Praktikerinnen der Rehabilitation. 1959 klagte beispielsweise der Direktor einer hessischen orthopädischen Landesambulanz:

„Wenn Sie in einer Klinik arbeiten, so kann es Ihnen passieren, dass ein schwerkörperbehinderter Mensch im Lauf seiner Behandlung – und das gilt besonders für die Patienten mit Querschnittslähmungen – eine Unzahl von Kostenträgern hat. Ich übertreibe nicht, wenn ich sage, es sind oft 4-5, wenn nicht mehr. Mehrere Kostenträger sind immer schlechter als nur einer, manchmal noch schlechter als gar keiner und zwar deswegen, weil diese Kostenträger sich bis auf's Blut streiten, wem sie ‚den schwarzen Peter‘ zuspielen wollen. [...] Es kostet ungeheuer viel Arbeit, diesen Wirrwarr auseinander zu bringen. [...] Am Schluss ist gar kein Kostenträger mehr da, [...] Leider sehe ich in der Praxis die schmerzliche Tatsache, dass die Behandlung von vielen Patienten sich verzögert und verzettelt und hin und her geschoben wird.“⁶⁹

3.2 Professionen, Institutionen, Praxis

Ärzte präsentierten sich in diesem Zusammenhang häufig als Experten, die von Staat und Politik bei der Ausübung ihres Auftrages – erfolgreich zu rehabilitieren – behindert wurden. So etwa der Münsteraner Landesarzt Lothar Herbig 1966: „Der Arzt steht oft hilflos diesem Urwald Dickicht der Paragraphen gegenüber und fragt sich: Muss das so sein.“⁷⁰ Ärzte wie Herbig sahen in der Querschnittslähmung und damit auch in den Patienten und Patientinnen eine medizinische Herausforderung und ein sich öffnendes neues Betätigungsfeld. Mit den neuen ‚Rehabilitationsfällen‘ ging die Option einher, sich selbst als Profession von Rehabilitationsexperten zu profilieren, nicht zuletzt auch im disziplinären Mit- und Nebeneinander, wenn etwa Neurologie und Innere Medizin ihre Unverzichtbarkeit gegenüber den traditionell in der Rehabilitation dominanten Disziplinen Orthopädie⁷¹ und Unfallchirurgie

Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, 297; W. H. E. Schneider, „Die unnötige Verlängerung stationärer Heilmaßnahmen durch die Schwierigkeiten der Kostenübernahme“ *Gesundheitsfürsorge* 10 (1960): 36-38.

⁶⁸ Vgl. aus der Fülle diesbezüglicher Äußerungen z. B. BArch B 106 10810, DeVg e.V., Schreiben an BMI, Abdruck der Referate der Arbeitstagung der DeVg am 24.5.1956 in Bad Kreuznach, Ref. v. Josef Strahlau: Der Beitrag der Gemeinden in der Körperbehindertenfürsorge; Dierkes, „Möglichkeiten der Rehabilitation“, 779; Karl Jung, „Weiterentwicklung des Rechts zugunsten der Behinderten“ in Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Moleski-Müller und Valentin Siebrecht (Hrsg.), *Wege zur Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den 25. Kongress der DeVg e. V. in Bad Wiessee, 10.-12.10.1973*, (Heidelberg: Selbstverlag der DeVg, 1974), 226; Werner Gernsberger, „Zusammenarbeit und Koordination auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation“ in ebd., 240; Rolf Berger, „Die Auskunfts- und Beratungsstellen für Rehabilitation“ in ebd., 246; [o.V.], „SPIEGEL-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (V): Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören. Behinderte“, *Der Spiegel*, 22.3.1971.

⁶⁹ BArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Ref. v. Cornelius Volk, 20.1.1960.

⁷⁰ Herbig, „Rehabilitation als Auftrag an die Öffentlichkeit aus der täglichen Erfahrung eines Landesarztes für körperlich Behinderte“, 71.

⁷¹ In der Tradition der ‚Krüppelfürsorge‘ nach Konrad Biesalski verstand sich die Orthopädie als Leitdisziplin der Rehabilitation. Sie beanspruchte die Führungsrolle im Diskurs und der Rehabilitationspraxis. Seit Jahrzehnten verfügte sie über die Ressourcen, um sich Zugang zum politischen und ministeriellen Raum zu

demonstrierten. Institutionelle Profilierungshoffnungen zeigten sich z. B. in einem Bericht an das Bundesministerium für Arbeit von Bayreuther und Bad Pyrmontener Neurologen über ihren Besuch in Stoke Mandeville. Darin begründeten sie mit den Rehabilitationserfolgen Ludwig Guttmanns die Notwendigkeit eine Sonderabteilung für Querschnittslähmungen am Versorgungs Krankenhaus Bayreuth zu gründen⁷² – Bad Pyrmont hatte sich soeben der Ohnhändersonderfürsorge verschrieben und war mithin ‚versorgt‘.

In der Praxis stellte sich die Rehabilitation bei Querschnittslähmungen entgegen der großen Hoffnungen ernüchternd dar: Um die Mitte der 1950er Jahre lag die Mortalitätsrate in Deutschland noch zwischen 20 und 50%, ein aus deutscher Sicht, im Vergleich zum angelsächsischen Ausland⁷³, inakzeptabler Befund. Auch die Morbidität infolge von Dekubiti und Infektionen war hoch. Während Expertengruppen aus den USA und Großbritannien meldeten, dass bis zu 70% ihrer Rehabilitanden und Rehabilitandinnen wieder erwerbsfähig geworden seien, berichteten deutsche Ärzte am Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre von zwischen sechs und 16%. Die Erfolge von Ludwig Guttmann und anderen schienen in der Bundesrepublik unerreichbar.⁷⁴

schaffen. Dies gelang insbesondere über die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge 1909-1954, Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung des Krüppeltums 1954-1957, Deutsche Vereinigung zur Förderung der Körper-behindertenfürsorge 1957-1962, Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter seit 1962) und die Deutsche Orthopädische Gesellschaft. Bereits vorgezeichnet war durch die Konjunktur des Themas Querschnittslähmung jedoch der spätere Aufstieg der Neurologie in der Rehabilitationsmedizin.

⁷² BAArch B 106 10676, Dr. Wolfgang Kreusch/Bad Pyrmont, Dr. Karl Ludwig Lemberg/Versorgungskrankenhaus Bayreuth, Dr. P. Volkmann/Versorgungskrankenhaus Bad Tölz: Bericht über einen Studienaufenthalt im Nationale Spinal Injuries Centre Stoke-Mandeville vom 4.6.-31.8.1956.

⁷³ Vgl. Guttmann, „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten“, 177; Donald Munro, „Two year end-results in the total rehabilitation of veterans with spinal cord and cauda-equina injuries“ *New England Journal of Medicine* 242 (1950): 1-16; ders., *The Treatment of Injuries to the Nervous System* (Philadelphia: Saunders, 1952); ders., „The rehabilitation of patients totally paralyzed below the waist, with special reference to making them ambulatory and capable of earning their own living. V. An end-result study of 445 cases“ *New England Journal of Medicine* 250 (1950): 4-14.

⁷⁴ Vgl. zu den deutschen Rehabilitationsstatistiken und der Einschätzung der eigenen Ergebnisse durch die Ärzte u. a. Bruns, „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter“, 40; Wahle und Pampus, „Ergebnisse einer Nachuntersuchung aus dem Jahr 1961 bei 50 Rückenmarksgeschädigten“, 121; Boshamer, „Die Behandlung der Querschnittsverletzten nach Durchführung der Erstversorgung“, 193; Wolfgang Heipertz, „Bericht über das Schicksal von 100 klinisch behandelten Querschnittsgelähmten“ *Heft für Unfallheilkunde* 55 (1956): 225; BAArch B 142 553, VdK e. V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Ferdinand May, 20.1.1960; Wahle und Jochheim, „Häufigkeit und Ausmaß der Komplikationen bei 100 Querschnittsgelähmten“, Lindemann, „Die Eingliederung Querschnittsgelähmter auf Grund von Erfahrungen einer Abteilung für Querschnittsgelähmte“, ders., „Die Schwerstbehinderten und ihre Unterbringung in der heutigen Situation“ *Bundesarbeitsblatt* 17 (1966): 46-49; Meinecke, „Soll die Behandlung Querschnittsgelähmter als Einzelfall auf Sonderstationen oder in Sonderkliniken erfolgen?“, ders., „Rehabilitation und ihre Schwierigkeiten“ *Medizinische Welt* 15 (1964) 876-880; Karl Ludwig Lemberg, „Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 103 (1961), 1005-1011; Stoke Mandeville gab für 2.000 bis 1959 behandelte PatientInnen eine Mortalitätsrate von 10,5% an, vgl. BAArch B 142 553, VdK e. V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. [o.V.] Niederecken: Orthopädie, 20.1.1960.

Verantwortlich dafür waren aus der Perspektive der Ärzteschaft nicht etwa ein Mangel an Methodenwissen oder Expertise, sondern die Infrastruktur, das unqualifizierte Personal sowie mangelnde Umschulungs- und Arbeitsplätze, zu wenige passende Wohnungen und fehlende praktische Hilfsmittel. In den wenigen verfügbaren Einrichtungen wurde es eng. Patienten und Patientinnen begannen, wie es der Heidelberger Orthopäde Kurt Lindemann 1966 zynisch ausdrückte, die Behandlungszentren zu „verstopfen“.⁷⁵ 1968 standen, bei einem errechneten Bedarf von 1.400 Betten, etwa 420 Betten für die medizinische Rehabilitation bei schweren Rückenmarkstraumata zur Verfügung.⁷⁶ Das Gewirr der Kostenträger und der Bettenmangel wurden dafür verantwortlich gemacht, dass zu viele Menschen in Dauerpflegeeinrichtungen, schlimmstenfalls in Altenheime abgeschoben wurden und viele Verletzte die Spezialeinrichtungen erst Monate nach dem Trauma als sogenannte ‚alte Fälle‘ erreichten, mit denen keine zufriedenstellenden Behandlungsergebnisse mehr zu erzielen waren.⁷⁷ „Man ist versucht, den bösen Jargon-Ausdruck ‚Vergammeln‘ zu verwenden, um die tatsächlichen Verhältnisse zu charakterisieren,“⁷⁸ beschrieb der Kölner Neurochirurg Friedrich Loew den Zustand der aus seiner Sicht unzureichend rehabilitierten Patienten und Patientinnen, von denen er viele aufgrund von Ressourcenmangel und Kompetenzstreitigkeiten wieder wegschicken musste.

⁷⁵ Lindemann, „Die Schwerstbehinderten und ihre Unterbringung in der heutigen Situation“, 47.

⁷⁶ Vgl. [o.V.], „Intensivierung der Rehabilitation“, *Sozialpolitische Informationen*, 14.6.1968, 9; Gögler, „Der schwere Unfall in der modernen Industriegesellschaft“, 943. 1970 errechnete der Ausschuss für Gesundheitsvorsorge und -fürsorge des Bundesgesundheitsrats sogar einen Ausbaubedarf von mindestens 1.000 bis 1.600 Betten, vgl. BArch B 189 20891, Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Resolution, 1968.

⁷⁷ Vgl. u. a. Lindemann, „Über Maßnahmen zur Berufsvorbereitung Querschnittsgelähmter im Rahmen der medizinischen Rehabilitation“, 153; Bruns, „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter“, 30, 34, 36; Meinecke, „Soll die Behandlung Querschnittsgelähmter als Einzelfall auf Sonderstationen oder in Sonderkliniken erfolgen?“, Wahle und Pampus, „Ergebnisse einer Nachuntersuchung aus dem Jahr 1961 bei 50 Rückenmarksgeschädigten mit kompletten irreversiblen Querschnittslähmungen“, 128-129; W. Arens, „Gedanken zum Querschnittsgelähmtenproblem“, 232; Jochheim und Wahle, „Dauerergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung bei Querschnittsgelähmten im Verlauf von vier Nachbeobachtungsjahren“, 12; Dierkes, „Möglichkeiten der Rehabilitation“, 779; BArch B 189 20891, Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses Gesundheitsvor- und -fürsorge des Bundesgesundheitsrats am 9.1.1970 in Heidelberg, Ref. v. Volkmar Paeslak; Ebd., BMJFG, Vermerk, 18.7.1973; Ebd., Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie, Resolution, 1968; E. Nechwatal und M. Stöger, „Was wird aus Querschnittsgelähmten?“ *Rehabilitation* 14 (1975): 186; Paeslak, „Rehabilitation von Patienten mit Paraplegien“, 141-146; BArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Ferdinand May: Urologie, sowie Vortr. v. [o.V.] Niederecken: Orthopädie, 20.1.1960; H. Bette, „Statistische Untersuchungen an 100 Querschnittsgelähmten in den Häusern der Josefsgesellschaft“ *Rehabilitation* 8 (1969): 31; BArch B 149 6432, Bundesausschuss der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenenfürsorge beim BMI, Ergebnisprotokoll über die Sitzung am 2.2.1962 im Johannes-Straubinger-Haus in Wildbad/ Schwarzwald, 24.4.1962; Lindemann, „Die Schwerstbehinderten und ihre Unterbringung in der heutigen Situation“, 47; Werner Boll, „Vocational Rehabilitation of Severely Disabled Persons“ in Werner Dicke, Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Müller und Harald Thom (Hrsg.), *Industrial Society and Rehabilitation – Problems and Solutions. ISRD-Proceedings of the Tenth World Congress Wiesbaden 11.-17.9.1966* (Heidelberg: Thieme, 1967), 136.

⁷⁸ BArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, Vortr. v. Friedrich Loew: Chirurgie, 20.1.1960.

3.3 Überlebende oder Opfer?

Metaphern wie ‚Vergammeln‘, ‚Vermodern‘ und ‚Dahinsiechen‘ erschienen im medizinischen Diskurs häufig in Kombination mit dem Narrativ des Überlebens. Die positiv belegte Rede vom Überleben war an sich nicht typisch für das ärztliche Sprechen über Behinderung in dieser Phase. Weitaus häufiger wurden Patientinnen, Rehabilitanden oder Heimbewohnerinnen als Opfer, Zerstörte oder Unglückselige beschrieben.⁷⁹ Die Zuschreibung des Überlebens dank medizinischer Hilfe ist beim gegenwärtigen Kenntnisstand deshalb als Besonderheit des ärztlichen Sprechens über Querschnittslähmung anzusehen. Zwar tauchten auch hier immer wieder Opferbegriffe und -bilder auf, doch wurden die Querschnittsgelähmten weniger als Opfer ihrer körperlichen Traumata beschrieben, sondern vielmehr als Opfer der Vernachlässigung durch Institutionen, Personal und Sozialstaat. Opfermetaphern traten zudem kaum in Publikationen mit rein wissenschaftlicher Leserschaft auf, sondern vor allem in Äußerungen, die an Sozialleistungs- und Einrichtungsträger und Bürokratie gerichtet waren: So ließ sich z. B. 1957 ein Arzt der Orthopädischen Heil- und Lehranstalt in Hessisch-Lichtenau vor dem Publikum des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge zitieren, die Querschnittsgelähmten führten ein „würdeloses Matratzendasein im Siechenheim“.⁸⁰

In diesen – im weitesten Sinn sozialstaatlichen Zusammenhängen – waren Opfertopoi seit Jahrzehnten eingeübt und gewissermaßen zur Notwendigkeit geworden. Dies zeigte sich auch in der Problematisierungsarbeit der Kriegsbeschädigtenverbände⁸¹ und später der Selbsthilfevereinigungen. Hier wurden die betroffenen Personen durchweg als Leidtragende, Opfer und „hoffnungslose Pflegefälle“⁸² präsentiert, die der Hilfe der Experten und der Gemeinschaft bedurften. So sprach der Vertreter des Verbandes der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner Deutschlands e. V. (VdK), Bodo Stahr, 1959 auf einer Sitzung mit Kostenträgern und Abgeordneten in drastischen Worten davon, dass „bedauernswerte Einzelfälle in völlig unzureichenden Krankenhäusern monatelang ‚vergammel[te]n‘, bis sie mit riesigen Decubiti in die richtigen Hände“ gelangten.⁸³ Bereits 1955 hatte der VdK in einem Initiativschreiben an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung mit der Aufforderung eine Sondermaßnahme zu organisieren, die querschnittsgelähmten Menschen sowohl als schwer getroffene Opfer als auch als Rehabilitanden charakterisiert:

„Es ist unsere Auffassung, daß die vom Schicksal besonders hart betroffenen Schwerbeschädigten [gemeint sind hier die querschnittsgelähmten Kriegsbeschädigten, d. Verf.] ihr Leben nicht als hoffnungslose Pflegefälle verbringen sollen, sondern durch eine zweckmäßige Heilbehandlung und individuelle Arbeits- und Berufsfürsorge vollwertige Glieder der menschlichen Gesellschaft werden müssen. [...] es sol-

⁷⁹ M. w. N. Bösl, „Politiken der Normalisierung“, 84-85, 91-94.

⁸⁰ Vgl. [o.V.], „Die Eingliederung der Kindergelähmten und Querschnittsgelähmten“, 345.

⁸¹ Vgl. z. B. Stahr, „Die Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten“, 200; BArch B 142 553, VdK e.V., Schreiben an BMA, 1.10.1955.

⁸² Vgl. BArch B 142 553, Grußwort v. Ludwig Höhle, VdK-Präsidium, in: VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, 20.1.1960.

⁸³ Vgl. BArch B 142 553, VdK e.V., Bericht über die Sitzung am 1.12.1959 in Bonn, 8.12.1959; Stahr, „Die Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten“, 200.

len ja nicht nur die schrecklichen Folgen einer Kriegsverletzung oder eines Arbeitsunfalles repariert werden, sondern diesen Menschen muß das Leben, die Lebensfreude und das Bewußtsein zurückgegeben werden und schließlich die Erkenntnis, daß sie uns allen keine Last sind.“⁸⁴

Das Sozialleistungssystem mit seinen Antrags-, ärztlichen Gutachter- und Prüfungsverfahren verlangte von Einzelpersonen und Interessenvertretungen, die Beeinträchtigungen und Beschränkungen und die daraus entstehenden besonderen (Hilfs-) Bedürfnisse ausdrücklich hervorzuheben. In dieser alltäglich geübten Praxis wurden Vorstellungen von Opferstatus, Hilflosigkeit und Abhängigkeit im Behinderungskonzept festgeschrieben und reproduziert. Gleichzeitig mussten Leistungsbereitschaft und Kompensationsfähigkeit betont werden, um zu demonstrieren, dass die erbetene Unterstützung verdient war und positive Effekte zeigen würde. Als Beispiel mag hier die Eingabe dienen, die der mit einer Querschnittslähmung lebende Kriegsbeschädigte Waldemar B. 1956 an das Bundesarbeitsministerium richtete, um sich dort zu erkundigen, wie er die aktuellen medizinischen Forschungsergebnisse für sich nutzbar machen könne: Er sprach einerseits mehrfach von seinem „Leidenszustand als Querschnittsgelähmter“ und seinen schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen, betonte andererseits, dass er bereits erfolgreich berufstätig war und nun eine weitere „Stärkung und Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit anstrebe“.⁸⁵

Insbesondere Kriegsbeschädigtenfunktionäre verbanden aber ihre Behinderungen mit einem heroischen Aufopferungstopos, der sich schlecht mit Würde- und Hilflosigkeit vereinbaren ließ. Sie klagten bereits in den 1950er und 1960er Jahren, dass sie sich durch die Sprechweisen abgewertet fühlten und versuchten, sich gegen solche Zuschreibungen zur Wehr zu setzen. So erklärte beispielsweise ein Redner des VdK im Jahr 1963, der selbst ohne Hände lebte, die „Ohnhänder“ seien überhaupt keine „armseligen Kreaturen“,⁸⁶ die nur am Leben verzweifeln. Im Gegenteil sei ihr Leben unbedingt lebenswert und auch mit einer schweren Behinderung könne man sich aussöhnen.

Jedoch gelang es erst der Emanzipationsbewegung behinderter Menschen ab den 1970er Jahren allmählich ihre eigene Sicht auf das Leben mit einer Behinderung hörbar und sichtbar zu machen. Im Lauf der 1970er Jahre führte das Gefühl, zu Passivität und Unsichtbarkeit gezwungen zu sein, viele vor allem junge Menschen in die nach angelsächsischen Vorbildern vielerorts entstehenden Clubs Behinderter und ihrer Freunde e. V. und ähnliche Gruppierungen.⁸⁷ Dort wollten sie sich, von der gesellschaftlichen Aufbruchsstimmung dieser Phase angezogen, Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung schaffen, die außerhalb der Reichweite von Einrichtungen, Behörden und Fachleuten lagen. Insbesondere körperbehinderte, teils auch sinnesbehinderte Menschen steigerten über solche Bündnis-

⁸⁴ BArch B 142 553, VdK, Präs., Schreiben an BMA, 1.10.1955.

⁸⁵ BArch B 142 553, Waldemar B., Schreiben an BMA, Ärztlicher Dienst, 20.10.1956.

⁸⁶ BArch B 142 553, Grußwort v. Ludwig Höhle, VdK-Präsidium, in: VdK e.V., Bericht über die erste Bundeskonferenz für die Querschnittsgelähmten am 29.9.1959 in Bad Homburg, 20.1.1960.

⁸⁷ Vgl. z. B. BArch B 189 9447, Zielsetzung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde e.V. 1972; Norbert Breeger, „Selbstorganisationsversuche Behinderter am Beispiel des Club 68 – Verein für Behinderte und ihre Freunde e.V. in Hamburg“ in Peter Runde und Rolf B. Heinze (Hrsg.), *Chancengleichheit für Behinderte. Sozialwissenschaftliche Analysen für die Praxis* (Neuwied-Darmstadt: Luchterhand, 1979), 238-240; Poore, *Disability in Twentieth-Century German Culture*, 274-275.

se allmählich ihre gesellschaftliche und politische Sichtbarkeit.⁸⁸ Unmissverständliche Wege des Zum-Sprechen-Kommens wählten die am Ende der 1970er Jahre gegründeten Krüppelgruppen: Ihre Mitglieder wehrten sich vehement gegen die tradierten Zuschreibungen wie Hilfslosigkeit, Unmündigkeit, Schwäche oder Irrelevanz.⁸⁹

So wird deutlich, dass die Herstellung von Querschnittslähmung als Behinderung wesentlich davon abhing, wer die Sprecherpositionen im Behinderungsdiskurs besetzte. Insofern wäre an dieser Stelle der logisch nächste Schritt, die Genese von Querschnittslähmung aus der Sicht der Menschen zu erzählen, die mit der Diagnose ‚querschnittsgelähmt‘ konfrontiert wurden, um damit das Narrativ der Experten und Expertinnen zu brechen. Nicht aus Platzgründen, sondern weil ich mich damit bisher nicht in der erforderlichen Tiefe beschäftigt habe, überlasse ich dies jedoch anderen Untersuchungen. Die Quellenlage muss hier kein erhebliches Problem darstellen. Disability History und Medizingeschichte können, wie etwa Petra Fuchs, Hans-Walter Schmuhl und Ulrike Winkler gezeigt haben,⁹⁰ Menschen und ihre Perspektiven in Systemen und Einrichtungen sehr gut sichtbar machen. Dies gilt auch für die Quellen, die in institutionellen Kontexten entstanden sind bzw. den Blick der Expertenschaft und der Institutionen favorisieren. Zudem liegen seit den 1970er Jahren immer mehr publizierte autobiografische Zeugnisse behinderter Menschen vor.⁹¹ Dieses und ähnliches Material lässt sich u. a. für neue Institutionengeschichten heranziehen, die sich dafür interessieren sollten, welche Eingriffe, Reaktionen und Aktivitäten im

⁸⁸ Dies galt z. B. für den Abbau von Alltagshindernissen, wo sich Missstände konkret aufzeigen und Forderungen so formulieren ließen, dass sich auch nicht behinderte Bürger und Bürgerinnen betroffen fühlten: Nicht umsonst konstruierten lokale Aktionsgruppen häufig eine Problem- und Interessengemeinschaft aus geh- und sehbehinderten Menschen, Müttern mit Kinder(wäge)n, alten Menschen, Reisenden mit Gepäck und ortsfremden Touristen. Vgl. z. B. Stadtarchiv München (StadtAM), Ratssitzungsprotokolle 755/31, Landeshauptstadt München, Sozialref., Beschluss des Ausschusses für Jugend, Familie und Soziales vom 9.3.1982, Beschlussvorlage und Beschluss; StadtAM Presseamt Zeitungsausschnittsammlung 32, Club Behinderter und ihrer Freunde e.V. München, August 1979: Tätigkeitsbericht 1974-1979; Ebd., AGOBIM, Pressenotiz, April 1978; H. H. Lindemeyer, „Mütter mit kleinen Kindern quälen sich wie Behinderte“, *Rundschau am Sonntag*, 6.12.1970.

⁸⁹ Vgl. dazu die Zusammenschau der Positionen in der Edition von Christian Münner und Udo Sierck (Hrsg.), *Krüppelzeitung. Brisanz der Behindertenbewegung* (Neu-Ulm: AG Spak, 2009) sowie Krüppelgruppe Bremen, „Krüppelunterdrückung und Krüppelgegenwehr“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 4 (1980): 4-8; Franz Christoph, „Asylantrag“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 4 (1980): 9-30; Franz Christoph, *Krüppelschläge. Gegen die Gewalt der Menschlichkeit* (Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1983).

⁹⁰ Petra Fuchs et al. (Hrsg.), „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*, 2. Aufl. (Göttingen: Wallstein, 2008); dies., „Körperbehinderte“ *zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation: Selbsthilfe – Integration – Aussonderung* (Neuwied: Luchterhand, 2001). Ulrike Winkler und Hans-Walter Schmuhl, *Heimwelten. Quellen zur Geschichte der Heimerziehung in Mitgliedereinrichtungen des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Hannovers e. V. von 1945 bis 1978* (Bielefeld: Schriften des Instituts für Diakonie- und Sozialgeschichte an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel, 2011).

⁹¹ Zum Beispiel Ernst Wilhelm Bauer, *Ein Stuhl zwischen den Stühlen. Erzählung über die physische und psychische Situation eines Querschnittsgelähmten* (Planegg: Socio-Medico-Verlag, 1974); Marianne Buggenhagen, *Ich bin von Kopf bis Fuß auf Leben eingestellt. Die Autobiographie* (Berlin: Neues Leben, 1996); Ines Kiefer, *Das Glück geht nicht zu Fuß. Wie mein Leben ins Rollen kam* (München: Droemer-Knaur, 2010); Paul Guest, *Noch eine Theorie über das Glück* (München: Verlag Antje Kunstman, 2011); Stephan Kulle, *Das Leben gibt dir Zitronen, mach Limonade draus. Mein Weg zurück ins Leben* (München: Pattloch, 2007); Bruno de Stabenrath, *Salto vitale* (München: List, 2002).

Alltag der Einrichtungen an die Diagnose Querschnittslähmung geknüpft und wie daraus Behinderung hergestellt wurde. Dazu gehören z. B. Stigmatisierungsformen, Privilegien und die Hierarchien unter behinderten Menschen. Welche Handlungsweisen und Selbstbilder erzeugte wiederum die Kategorie ‚normal‘ bei jenen, die sich selbst dafür hielten? Es könnte zudem hilfreich sein, hier ein Konzept von ‚Doing Disability‘ in Anlehnung an Carol Hagemann-Whites ‚Doing Gender-Konzept‘⁹² zu entwickeln. Damit ließe sich einordnen, wie Differenzierungen zwischen ‚normal/gesund‘ und ‚behindert/krank‘ und damit verbundene Identitäten in sozialen Interaktionen von Akteuren und Akteurinnen vollzogen wurden. Analysieren lassen sich u. a. die Repertoires, mit deren Hilfe Behinderung kommuniziert und aufgeführt wird. Da aus der Perspektive des ‚Doing...‘ Menschen gerade nicht als Gefangene diskursiver Strukturen betrachtet werden, sondern als Individuen, die an der Konstitution der Kategorie selbst beteiligt sind, ließe sich so das bisher zugebenermaßen starke Gewicht an diskursanalytischen Zugangsweisen ausgleichen.

4. Ausblick

Disability History und Wissenschafts- bzw. Medizingeschichte haben zweifellos zahlreiche Berührungspunkte und gemeinsame Erkenntnisinteressen. Folgt man Catherine Kudlick, gelingt es sogar nur durch die Verbindung beider Perspektiven, den Dualismus von individuell-medizinischem vs. sozial-konstruktivistischem Modell aufzubrechen. Nur mit beiden zusammen lässt sich, so Kudlick, Behinderung sinnvoll erklären, denn sie konstituieren sich gegenseitig:

„There can be no purely medical approach to disability. Health practitioners and service providers – like historians, activists, and surely the person on the street – are shaped by social forces as we submit to, embrace, or resist medicalization. The same socio-cultural forces make us approach nearly everything to do with the human body as inherently medical in some way. Particularly where physical pain is concerned. In other words, given how we have come to think of the human body, there can be no purely social approach either. This raises the interesting question of what theoretical possibilities emerge when we frame our debates more in terms of overlaps and blending than in terms of conflict.“⁹³

⁹² Carol Hagemann-White, „Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren ...“ in Carol Hagemann-White und Maria S. Rerrich (Hrsg.), *FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion* (Bielefeld: A|Z-Verlag, 1988), 224-235.

⁹³ Kudlick, „Disability History and History of Medicine: Rival Siblings or Conjoined Twins?“, [o.P.].

Quellen

Bundesarchiv Koblenz (BArch)

Bestand Bundesrepublik Deutschland mit westalliierten Besatzungszonen (1945ff)

- B 142/553, Bundesministerium für Gesundheitswesen (BMGes): Medizinische Rehabilitation. - Betreuung der Querschnittsgelähmten, 1955-1961
- B 189/9447, Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (BMJFG), Rehabilitation Behinderter, Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Clubs Behinderter und ihrer Freunde, 1972
- B 189/20891, BMJFG, Behandlung von Querschnittsgelähmten, 1967-1969
- B 149/2325, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMA), Orthopädieausstellung, 1955-1958
- B 149/6457, BMA, Deutscher Ausschuss für die Reha Behinderter, Gründung und Tagungen, 1957-1967
- B 149/6459, BMA, Deutscher Ausschuss für die Reha Behinderter, Gründung und Tagungen 1957-1967
- B 149/1294, BMA, Reha-Maßnahmen und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, 1953-1954
- B 149/6432, BMA, Errichtung überregionaler Rehazentren, 1962-1965
- B 106/10676, Bundesministerium des Innern (BMI), Sonderfürsorge für Querschnittsgelähmte, 1952-1962
- B 106/10674, BMI, Sonderfürsorge für Ohnhänder, 1952-1961
- B 106/10774, BMI, Zusammenarbeit mit dem Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge 1954-1964
- B 106/10810, BMI, Deutscher Verein zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge, 1955-1957
- B 119/3268, Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, Maßnahmen der Arbeits- und Berufsförderung Behinderter. Beratender Ausschuß bei der Hauptstelle der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, 1960-1971
- B 153/108, Bundesministerium für Familie und Jugend, Jugendfürsorge für Kinderreiche, Kriminelle, Flüchtlinge, Nichtseßhafte, Verschrte – Allgemeines, 1951-1954
- B 172/2832, Deutscher Landkreistag, Beirat für die Rehabilitation von Behinderten, 1967-1977

Bestand Probst Maria

- N 1219/519, Nachlass von Maria Probst, MdB, Erfahrungsbericht über die Reise nach Kanada über Rehabilitation, 1959

Hauptstaatsarchiv Nordrhein-Westfalen (NRWHSLA)

Bestand NW 50 1073, Schwerbeschädigtengesetz, 1950er Jahre

Staatsarchiv München (StAM)

Bestand LAA Südbayern 5122, Landesarbeitsamt Südbayern, Maßnahmen zur Berufsförderung für Behinderte, 1950-1967

Stadtarchiv München (StadtAM)

Bestand Ratssitzungsprotokolle 755/31, Ratssitzungsprotokolle

Bestand Presseamt Zeitungsausschnittsammlung 32: Zeitungsausschnittsammlung

Zentrum Bayern Familie und Soziales, Registratur

Bestand Fotosammlung

Literatur

1. [o.V.], „Affen auf Asphalt.“, *Der Spiegel*, 3.3.1965.
2. [o.V.], „Das Gemetzel, das wir Verkehr nennen.“, *Der Spiegel*, 28.6.1971.
3. [o.V.], „Die Arbeit erleichtern – auch für die behinderte Hausfrau.“ In *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1964), Beilage: 445-446.
4. [o.V.], „Die Eingliederung der Kindergelähmten und Querschnittsgelähmten.“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 37 (1957): 343-345.
5. [o.V.], „Eine Art Urfreude.“, *Der Spiegel*, 10.3.1954.
6. [o.V.], „Erzwungene Versager.“, *Der Spiegel*, 22.5.1963.
7. [o.V.], „Hilfsmaßnahmen für Körperbehinderte am und auf dem Weg zum Arbeitsplatz. 1. Teil.“ *Rehabilitation* 6 (1967): 49-69.
8. [o.V.], „Hilfsmaßnahmen für Körperbehinderte am und auf dem Weg zum Arbeitsplatz. 2. Teil.“ *Rehabilitation* 6 (1967): 89-104.
9. [o.V.] „Intensivierung der Rehabilitation.“ *Sozialpolitische Informationen*, 14.6.1968: 9.
10. [o.V.], „Ist das Auto eine Todesfalle?“, *Der Spiegel*, 4.12.1957.
11. [o.V.], „SPIEGEL-Report über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik (V): ‚Nicht laufen, nicht sprechen, nicht hören‘. Behinderte.“, *Der Spiegel*, 22.3.1971.
12. Abberley, Paul. „Work, Utopia and Impairment.“ In *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*. Herausgegeben von Len Barton, 61-79. London: Longman, 1996.
13. Anderson, Julie. „Turned into Taxpayers‘: Paraplegia, Rehabilitation and Sport at Stoke Mandeville, 1944-56.“ *Journal of Contemporary History* 38 (2003): 461-475.
14. Arendt, Walter. „Unfall und Rehabilitation. Rede vor dem Berufsgenossenschaftstag 1970 am 26.6.1970 in Düsseldorf.“ In *Kennzeichen sozial. Wege und Ziele der sozialen Sicherung*. Herausgegeben von Walter Arendt, 155-164. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1972.
15. Arens, W. „Gedanken zum Querschnittsgelähmtenproblem.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 56 (1958): 232-237.
16. Arens, W. „Wiederertüchtigung nach Rückenmarksverletzungen nach Wirbelbrüchen.“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1273.
17. Barnes, Colin und Geof Mercer (Hrsg.). *Disability Policy and Practice: Applying the Social Model*. Leeds: The Disability Press, 2005.

18. Barnes, Colin, Geof Mercer und Tom Shakespeare. *Exploring Disability. A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press, 1999.
19. Bauer, Ernst Wilhelm. *Ein Stuhl zwischen den Stühlen. Erzählung über die physische und psychische Situation eines Querschnittsgelähmten*. Planegg: Socio-Medico-Verlag, 1974.
20. Baynton, Douglas C. „Disability in History.“ *Perspectives* 44 (2006): 5-7.
21. Berger, Rolf. „Die Auskunfts- und Beratungsstellen für Rehabilitation.“ In *Wege zur Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den 25. Kongress der DeVg e.V. in Bad Wiessee, 10.-12.10.1973*. Herausgegeben von Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Moleculeski-Müller und Valentin Siebrecht, 245-251. Heidelberg: Selbstverlag der DeVg, 1974.
22. „Bericht der Bundesregierung über die Situation der Frauen in Beruf, Familie und Gesellschaft“, Bundestagsdrucksache V/909 v. 14.9.1966.
23. Bette, H. „Statistische Untersuchungen an 100 Querschnittsgelähmten in den Häusern der Josefsgesellschaft.“ *Rehabilitation* 8 (1969): 29-31.
24. Bischof, W. „Die operative Vorbehandlung Querschnittsgelähmter für die Übungsbehandlung.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 56 (1958): 225-231.
25. Böhler, J. „Drehbett zur Behandlung von Querschnittsgelähmten.“ *Chirurg* 26 (1955): 287-288.
26. Boll, Werner. „Vocational Rehabilitation of Severely Disabled Persons.“ In *Industrial Society and Rehabilitation – Problems and Solutions. ISRD-Proceedings of the Tenth World Congress Wiesbaden 11.-17.9.1966*. Herausgegeben von Werner Dicke, Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Müller und Harald Thom, 135-136. Heidelberg: Thieme, 1967.
27. Borsay, Anne. „History, Power and Identity“. In *Disability Studies Today*. Herausgegeben von Colin Barnes, Michael Oliver und Len Barton, 98-119. Cambridge: Polity Press, 2002.
28. Boshamer, Kurt. „Die Behandlung der Querschnittsverletzten nach Durchführung der Erstversorgung.“ *Zentralblatt für Neurochirurgie* 20 (1960): 193-215.
29. Boshamer, Kurt. „Weitere Behandlung der Rückenmarksverletzungen.“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1268-1269.
30. Bösl, Elsbeth. „Behinderungen, Technik und gebaute Umwelt. Zur Geschichte des Barriereabbaus in der Bundesrepublik Deutschland seit dem Ende der 1960er Jahre.“ In *Wege zur Kultur. Barrieren und Barrierefreiheit in Kultur- und Bildungseinrichtungen*. Herausgegeben von Anja Tervooren und Jürgen Weber, 29-51. Köln, Wien, Weimar: Böhlau, 2012.
31. Bösl, Elsbeth. *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: transcript, 2009.
32. Bösl, Elsbeth, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hrsg.). *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*. Bielefeld: transcript, 2010.
33. Brauer, Charlotte. „Probleme der Rehabilitation der erwerbstätigen behinderten Frau. 6. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.“ *Bundesarbeitsblatt* 19 (1968): 272-276.
34. Bredberg, Elizabeth. „Writing Disability History: Problems, perspectives and solutions.“ *Disability & Society* 14 (1999): 189-201.

35. Breeger, Norbert. „Selbstorganisationsversuche Behinderter am Beispiel des Club 68 – Verein für Behinderte und ihre Freunde e. V. in Hamburg.“ In *Chancengleichheit für Behinderte. Sozialwissenschaftliche Analysen für die Praxis*. Herausgegeben von Peter Runde und Rolf G. Heinze, 238-240. Neuwied-Darmstadt: Luchterhand, 1979.
36. Bruner, Claudia Franziska. *KörperSpuren. Zur Dekonstruktion von Körper und Behinderung in biografischen Erzählungen von Frauen*. Bielefeld: transcript, 2005.
37. Bruns, Dieter. „Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter.“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 53 (1961): 29-44.
38. Brussatis, Friedrich. „Moderne Paraplegiker-Behandlung.“ *Deutsche medizinische Wochenschrift* 78 (1953): 1654-1657.
39. Buggenhagen, Marianne. *Ich bin von Kopf bis Fuß auf Leben eingestellt. Die Autobiographie*. Berlin: Neues Leben, 1996.
40. Burch, Susan und Hannah Joyner. *Unspeakable: The Story of Junius Wilson*. Chapel Hill: The University of North Carolina Press, 2007.
41. Burch, Susan und Michael A. Rembis. „Re-Membering the Past: Reflections on Disability History.“ In *Disability Histories*. Herausgegeben von Susan Burch und Michael Rembis, 1-13. Urbana: University of Illinois Press, 2014.
42. Burch, Susan und Ian Sutherland. „Who’s not Yet Here? American Disability History.“ *Radical History Review* 94 (2006): 127-147.
43. Burkhardt, Ernst. „Neues Leben für Rückgratverletzte. Hilfe durch den ‚Vater der Gelähmten‘ Dr. Guttman.“, *Frankfurter Rundschau*, 8.10.1955.
44. Bürkle de la Camp, Heinrich. „Behandlung und Wiedereingliederung Wirbelverletzter.“ *Die Berufsgenossenschaft* 7 (1959): 291-296.
45. Bürkle de la Camp, Heinrich. „Behandlung der frischen Rückenmarksverletzungen.“ *Zentralblatt für Chirurgie* 82 (1957): 1267-1268.
46. Butler, Judith. *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2001.
47. Butler, Judith. *Körper von Gewicht. Die diskursiven Grenzen des Geschlechts*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 2001.
48. Christoph, Franz. *Krippelschläge. Gegen die Gewalt der Menschlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1983.
49. Christoph, Franz. „Asylantrag.“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 4 (1980): 9-30.
50. Davis, Lennard J. „Bodies of Difference: Politics, Disability, and Representation.“ In *Disability Studies: Enabling the Humanities*. Herausgegeben von Brenda Jo Brueggemann, Sharon L. Snyder und Rosemarie Garland-Thomson, 100-106. New York: Modern Language Association of America, 2002.
51. Davis, Lennard J. *Enforcing Normalcy. Disability, Deafness and the Body*. London, New York: Verso, 1995.
52. Dederich, Markus. *Körper, Kultur und Behinderung. Eine Einführung in die Disability Studies*. Bielefeld: transcript, 2007.
53. Dederich, Markus. „Behinderung, Körper und die kulturelle Produktion von Wissen – Impulse der amerikanischen Disability Studies für die Soziologie der Behinderten.“ In *Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene*. Herausgegeben von Rudolf Forster, 175-196. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2004.

54. Dierkes, Clemens. „Möglichkeiten der Rehabilitation.“ *Bundesarbeitsblatt* 11 (1960): 778-779.
55. Donovan, William H. „Spinal Cord Injury – Past, Present, and Future.“ *The Journal of Spinal Cord Medicine* 30 (2007): 85-100.
56. Ehalt, Walter. „Zur Behandlung der Wirbelbrüche mit Querschnittslähmungen.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 43 (1952): 111-117.
57. Eltorai, Ibrahim M. „History of Spinal Cord Medicine.“ In *Spinal Cord Medicine. Principles and Practice*. Herausgegeben von Vernon W. Lin, 3-14. New York: DemosMedical, 2003.
58. Fettweis, Ewald. „Zur Lagerung von Querschnittsgelähmten.“ *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete* 90 (1958): 518-519.
59. Fuchs, Petra. „Körperbehinderte“ *zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation: Selbsthilfe – Integration – Aussonderung*. Neuwied, Berlin: Luchterhand, 2001.
60. Fuchs, Petra, Maike Rotzoll, Ulrich Müller, Paul Richter und Gerrit Hohendorf (Hrsg.). „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. *Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“*. 2. Aufl. Göttingen: Wallstein, 2008.
61. Gannon, Jack R. *Deaf Heritage. A Narrative History of Deaf America*. Silver Springs: Galaudet University Press, 1981.
62. Gemsjäger, Werner. „Zusammenarbeit und Koordination auf dem Gebiet der beruflichen Rehabilitation.“ In *Wege zur Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den 25. Kongress der DeVg e.V. in Bad Wiessee, 10.-12.10.1973*. Herausgegeben von Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Moleski-Müller und Valentin Siebrecht, 239-244. Heidelberg: Selbstverlag der DeVg, 1974.
63. Gerber, David A. *Disabled Veterans in History*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 2000.
64. Gerner, Hans Jürgen. „Die Entwicklung der Paraplegiologie in der Bundesrepublik Deutschland.“ In *Entwicklung der Paraplegiologie in Europa*. Herausgegeben von Dieter Michel, 14-27. Basel: Verlag Paraplegie, 1996.
65. „Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation vom 7.8.1974“, BGBl. I 1974: 1881.
66. „Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter vom 7.5.1975“, BGBl. I 1975: 1061.
67. „Gesetz zur Weiterentwicklung des Schwerbeschädigtenrechts vom 24.4.1974“, BGBl. I 1974: 981.
68. Gleeson, Brendan J. „Disability Studies: A Historical Materialist View.“ *Disability and Society* 12 (1997): 179-202.
69. Goeritz, M. „Der Querschnittsgelähmte, ein soziales Problem.“ In *Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte* (1958): 47-54.
70. Gögler, Eberhard. „Der schwere Unfall in der modernen Industriegesellschaft.“ *Langenbecks Archiv für Chirurgie* 329 (1971): 922-965.
71. Goodman, Susan. *Spirit of Stoke Mandeville: The Story of Sir Ludwig Guttmann*. London: HarperCollins, 1986.
72. Guest, Paul. *Noch eine Theorie über das Glück*. München: Verlag Antje Kunstman, 2011.

73. Gugutzer, Robert und Werner Schneider. „Der ‚behinderte‘ Körper in den Disability Studies. Eine körpersoziologische Grundlegung.“ In *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Herausgegeben von Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 31-53. Bielefeld: transcript, 2007.
74. Guttmann, Ludwig. *Textbook of Sport for the Disabled*. Aylesbury: John Wiley & Sons Canada, 1976.
75. Guttmann, Ludwig. *Spinal Cord Injuries. Comprehensive Management and Research*. Oxford, London, Edinburgh, Melbourne: Blackwell Science, 1973.
76. Guttmann, Ludwig. „20 Jahre Rehabilitationsarbeit an Querschnittsgelähmten.“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 106 (1964): 1375-1385.
77. Guttmann, Ludwig. „Behandlung und Rehabilitation bei Rückenmarksläsionen.“ *Schweizerische medizinische Wochenschrift* 88 (1958): 511-515, 539-542.
78. Guttmann, Ludwig. „Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten.“ *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde* 175 (1956): 173-190.
79. Hagemann-White, Carol. „Wir werden nicht zweigeschlechtlich geboren ...“ In *FrauenMännerBilder. Männer und Männlichkeit in der feministischen Diskussion*. Herausgegeben von Carol Hagemann-White und Maria S. Rerrich, 224-235. Bielefeld: AJZ-Verlag, 1988.
80. Heipertz, Wolfgang. „Unsere Aufgaben an Querschnittsgelähmten.“ In *Jahrbuch für Körperbehindertenfürsorge* (1958): 55-57.
81. Heipertz, Wolfgang. „Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter.“ *Archiv für Orthopädische und Unfallchirurgie* 48 (1957): 679-690.
82. Heipertz, Wolfgang. „Bericht über das Schicksal von 100 klinisch behandelten Querschnittsgelähmten.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 55 (1956): 225-228.
83. Heipertz, Wolfgang. „Die Bedeutung von Sport und Spiel in der Behandlung Querschnittsgelähmter.“ *Sportmedizin* 7 (1956): 296-299.
84. Herbig, Lothar. „Rehabilitation als Auftrag an die Öffentlichkeit aus der täglichen Erfahrung eines Landesarztes für körperlich Behinderte.“ In *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1965/66): 66-71.
85. Hughes, Bill und Kevin Paterson. „The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a Sociology of Impairment.“ *Disability and Society* 12 (1997): 325-340.
86. Hülsmann, Paul. „Eingliederung schwerbehinderter Jugendlicher. Fälle und Probleme der Berufsberatung?“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 20 (1969): 359-361.
87. Jacob, Jutta, Swantje Köbsell und Eske Wollrad (Hrsg.). *Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht*. Bielefeld: transcript, 2010.
88. Jentschura, Günter. „Die berufliche Rehabilitation aus der Sicht des Arztes.“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 42 (1962): 209-213.
89. Jochheim, Kurt-Alphons und Hans Wahle. „Dauerergebnisse der beruflichen Wiedereingliederung bei Querschnittsgelähmten im Verlauf von vier Nachbeobachtungsjahren.“ *Rehabilitation* 6 (1967): 8-12.

90. Jochheim, Kurt-Alphons und Hans Wahle. „Welche Stufen der Rehabilitation Schwerbehinderter gehören zur klinischen Behandlung?“ *Rehabilitation* 2 (1962): 49-57.
91. Jung, Karl. „Das Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation.“ *Bundesarbeitsblatt* 25 (1974): 441-445.
92. Jung, Karl. „Weiterentwicklung des Rechts zugunsten der Behinderten.“ In *Wege zur Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den 25. Kongress der DeVg e. V. in Bad Wiessee, 10.-12.10.1973*. Herausgegeben von Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Moleski-Müller und Valentin Siebrecht, 224-234. Heidelberg: Selbstverlag der DeVg, 1974.
93. Kaba, Mariama. „Quelle place pour une perspective genre dans la ‚Disability History‘? Histoire du corps des femmes et des hommes à travers le handicap.“ *Traverse* 13 (2006): 47-60.
94. Kiefer, Ines. *Das Glück geht nicht zu Fuß. Wie mein Leben ins Rollen kam*. München: Droemer-Knaur, 2010.
95. Koestler, Frances A. *Unseen Minority. A Social History of Blindness in the United States*. New York: David McKay, 1976.
96. Kreuzsch, Wolfgang, Karl Ludwig Lemberg und P. Volkmann. „Das Institut für Rückenmarksverletzte in Stoke Mandeville.“ In *Rehabilitation in England*. Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, 147-186. Stuttgart: Thieme, 1957.
97. Krüppelgruppe Bremen. „Krüppelunterdrückung und Krüppelgegenwehr.“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 4 (1980): 4-8.
98. Kudlick, Catherine. „Smallpox, Disability and Survival: Rewriting Paradigms from a New Epidemic Script.“ In *Disability Histories*. Herausgegeben von Susan Burch und Michael Rembis, 185-200. Urbana: University of Illinois Press, 2014.
99. Kudlick, Catherine. „Disability History and History of Medicine: Rival Siblings or Conjoined Twins?“ *Keynote Address, Social History of Medicine Conference, Glasgow, September 2008*, unveröffentlichtes Manuskript.
100. Kudlick, Catherine. „Disability History: Why We Need Another ‚Other‘.“ *American Historical Review* 108 (2003): 763-793.
101. Kulle, Stephan. *Das Leben gibt dir Zitronen, mach Limonade draus. Mein Weg zurück ins Leben*. München: Pattloch, 2007.
102. Lauterbach, H. „Die Ertüchtigung Unfallverletzter im Rahmen berufsgenossenschaftlicher Eingliederungsmaßnahmen.“ In *Jahrbuch für Körperbehindertenfürsorge* (1958): 114-120.
103. Leimbach, Gerhard. „Das Querschnittsgelähmten-Problem in der Bundesrepublik Deutschland.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 78 (1964): 285-292.
104. Leimbach, Gerhard. „Die olympischen Spiele für Paraplegiker in Stoke Mandeville.“ *Die Berufsgenossenschaft* 11 (1961): 449-450.
105. Lemberg, Karl Ludwig. „Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter.“ *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 103 (1961): 1005-1011.
106. Leve, Philipp. „Praktische Erfahrungen bei der Arbeitsvermittlung Schwerbehinderter.“ In *Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter* (1963): 61-66.
107. Lindemann, Kurt. „Die Schwerstbehinderten und ihre Unterbringung in der heutigen Situation.“ *Bundesarbeitsblatt* 17 (1966): 46-49.

108. Lindemann, Kurt. „Die Eingliederung Querschnittsgelähmter auf Grund von Erfahrungen einer Abteilung für Querschnittsgelähmte.“ *Hefte für Unfallheilkunde* 66 (1961): 128-133.
109. Lindemann, Kurt. „Über Maßnahmen zur Berufsvorbereitung Querschnittsgelähmter im Rahmen der medizinischen Rehabilitation.“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 53 (1961): 152-154.
110. Lindemeyer, H. H. „Mütter mit kleinen Kindern quälen sich wie Behinderte.“, *Rundschau am Sonntag*, 6.12.1970.
111. Löchner, Walter. „Erschließung von Leistungsreserven durch das Berufsförderungs-werk Heidelberg.“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 11 (1960): 174-175.
112. Longmore, Paul K. „A note on language and the social identity of disabled people.“ *American Behavioural Science* 28 (1985): 419-423.
113. Longmore, Paul K. und Lauri Umansky. „Disability History: From the Margins to the Mainstream.“ In *The New Disability History: American Perspectives*. Herausgegeben von Paul K. Longmore und Lauri Umansky, 1-29. New York, London: New York University Press, 2001.
114. Meinecke, Friedrich-Wilhelm. „Geschichte der Behandlung Querschnittsgelähmter in der Bundesrepublik Deutschland.“ *Unfallchirurgie* 14 (1988): 64-73.
115. Meinecke, Friedrich-Wilhelm. „Rehabilitation und ihre Schwierigkeiten.“ *Medizinische Welt* 15 (1964): 876-880.
116. Meinecke, Friedrich-Wilhelm. „Soll die Behandlung Querschnittsgelähmter als Einzelfall auf Sonderstationen oder in Sonderkliniken erfolgen?“ *Monatsschrift für Unfallheilkunde* 61 (1958): 147-152.
117. Merki, Christoph Maria. „Die Verwundbarkeit modernen Verkehrs: Unfälle und Terrorismus.“ In *Neue Wege in ein neues Europa. Geschichte und Verkehr im 20. Jahrhundert*. Herausgegeben von Karl Schlögel, 515-530. Frankfurt a. M.: Campus, 2009.
118. Metzler, Irina. *Disability in Medieval Europe. Thinking about Physical Impairment during the High Middle Ages, c. 1100-1400*. London, New York: Routledge, 2006.
119. Mitchell, David T. und Sharon L. Snyder. „Introduction: Disability Studies and the Double Bind of Representation.“ In *The Body and Physical Difference. Discourses of Disability*. Herausgegeben von David T. Mitchell und Sharon L. Snyder, 1-34. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1997.
120. Molina, Natalia. „Medicalizing the Mexican: Immigration, Race, and Disability in the Early-Twentieth-Century United States.“ *Radical History Review* 94 (2006): 22-37.
121. Munro, Donald. *The Treatment of Injuries to the Nervous System*. Philadelphia: Saunders, 1952.
122. Munro, Donald. „The rehabilitation of patients totally paralyzed below the waist, with special reference to making them ambulatory and capable of earning their own living. V. An end-result study of 445 cases.“ *New England Journal of Medicine* 250 (1950): 4-14.
123. Munro, Donald. „Two year end-results in the total rehabilitation of veterans with spinal cord and cauda-equina injuries.“ *New England Journal of Medicine* 242 (1950): 1-16.
124. Mürner, Christian und Udo Sierck (Hrsg.). *Krippelzeitung. Brisanz der Behindertenbewegung*. Neu-Ulm: AG Spak, 2009.

125. Muthesius, Hans. „Prävention und Rehabilitation.“ *Bundesarbeitsblatt* 11 (1960): 718-720.
126. Nechwatal, E. und M. Stöger, „Was wird aus Querschnittsgelähmten?“ *Rehabilitation* 14 (1975): 181-186.
127. Neubauer, Gerhard. „Behandlung und Ertüchtigung Querschnittsgelähmter.“ In *Jahrbuch für Fürsorge für Körperbehinderte* (1958): 34-47 und 74-76.
128. Nielsen, Kim E. *A Disability History of the United States*. Boston: Beacon Press, 2012.
129. Nolte, Cordula (Hrsg.). *Phänomene der ‚Behinderung‘ im Alltag – Bausteine zu einer Disability History der Vormoderne*. Korb: Didymos, 2013.
130. Nolte, Cordula (Hrsg.). *Homo debilis. Behinderte – Kranke – Versehrte in der Gesellschaft des Mittelalters*. Korb: Didymos, 2009.
131. Oliver, Michael. *Understanding Disability. From Theory to Practice*. London, New York: Palgrave Macmillan, 1996.
132. Oliver, Michael. *The Politics of Disablement. A Sociological Approach*. New York: St. Martin's Press, 1990.
133. Opitz, Claudia. *Umordnungen der Geschlechter. Einführung in die Geschlechtergeschichte*. Tübingen: edition diskord, 2005.
134. Paeslak, Volkmar. „Rehabilitation von Patienten mit Paraplegien“ *Rehabilitation* 12 (1973): 141-146.
135. Plümer, Roswitha. „Die Fürsorgerin und ihre Stellung in einer Rehabilitationseinrichtung.“ *Rehabilitation* 3 (1964): 81-89.
136. Poore, Carol. *Disability in Twentieth-Century German Culture*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2007.
137. Price, Janet und Margrit Shildrick. „Uncertain Thoughts on the Dis/abled Body.“ In *Vital Signs: Feminist Reconfigurations of the Bio/ logical Body*. Herausgegeben von Janet Price und Margrit Shildrick, 224-249. Edinburgh: University Press, 1998.
138. Priestley, Mark. „Worum geht es bei den Disability Studies. Eine britische Sichtweise.“ In *Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation*. Herausgegeben von Anne Waldschmidt, 23-35. Kassel: bifos, 2003.
139. Raab, Heike. „Intersektionalität in den Disability Studies. Zur Interdependenz von Behinderung, Heteronormativität und Geschlecht.“ In *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Herausgegeben von Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 127-148. Bielefeld: transcript, 2007.
140. Ravaud, Jean-François und Henri-Jacques Stiker. „Inclusion/Exclusion: An Analysis of Historical and Cultural Meanings.“ In *Handbook of Disability Studies*. Herausgegeben von Gary Albrecht, Katherine D. Seelman und Michael Bury, 490-512. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2001.
141. Rembis, Michael A. *Defining Deviance: Sex, Science, and Delinquent Girls, 1890-1960*. Urbana: University of Illinois Press, 2011.
142. Rudel, Eva-Maria. „Rehabilitation of Housewives with Spinal Injuries.“ In *Industrial Society and Rehabilitation – Problems and Solutions. ISRD-Proceedings of the Tenth World Congress Wiesbaden 11.-17.9.1966*. Herausgegeben von Werner Dicke, Kurt-Alphons Jochheim, Marlis Müller und Harald Thom, 271. Heidelberg: Thieme, 1967.

143. Rudel, Eva-Maria. „Die Aufgabe der Beschäftigungstherapie bei der Wiedereingliederung körperbehinderter Hausfrauen.“ *Rehabilitation* 1 (1962): 36-42.
144. Scharmann, Theodor. „Die Eingliederung und Wiedereingliederung der Behinderten. Eine vergleichende Betrachtung.“ *Bundesarbeitsblatt* 8 (1957): 627-638.
145. Schewe, Dieter. „Unterschiede in der Rehabilitation behinderter Personen.“ *Bundesarbeitsblatt* 10 (1959): 416-418.
146. Schmidt, Josef. „Olympiade auf Rollstühlen. Zwölf querschnittsgelähmte Deutsche fahren nach England.“, *Stuttgarter Nachrichten*, 26.7.1955.
147. Schmuhl, Hans-Walter. *Exklusion und Inklusion durch Sprache – Zur Geschichte des Begriffs Behinderung*. Berlin: IMEW, 2010.
148. Schneider, W. H. E. „Die unnötige Verlängerung stationärer Heilmaßnahmen durch die Schwierigkeiten der Kostenübernahme.“ *Gesundheitsfürsorge* 10 (1960): 36-38.
149. Schoppe, Rudolf. „Die Arbeitsplatzbewertung und ihre betriebssoziologischen und sozialpolitischen Möglichkeiten, insbesondere der Einsatz der Unfall- und Kriegsbeschädigten.“ *Bundesarbeitsblatt* 5 (1954): 17-18.
150. Schürer, Hildegard. „Möglichkeiten der Rehabilitation der nicht erwerbstätigen behinderten Frau. 6. Arbeitstagung des Deutschen Ausschusses für die Eingliederung Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.“ *Bundesarbeitsblatt* 19 (1968): 277-282.
151. Scott, Joan W. „Gender: A Useful Category of Historical Analysis.“ In *Gender and the Politics of History*. Herausgegeben von Joan W. Scott, 28-50. New York: Columbia University Press, 1988.
152. Shakespeare, Tom. „Betrachtungen zu den britischen Disability Studies.“ In *Der [im]perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung*. Herausgegeben von Petra Lutz für die Aktion Mensch und die Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, 427-433. Köln, Wien, Weimar: Böhlau, 2003.
153. Shapiro, Joseph P. *No Pity: People with Disabilities Forging a New Civil Rights Movement*. New York: Broadway Books, 1994.
154. Siebrecht, Valentin und Reinhard Wohlleben. „Wege der Chancengleichheit der Behinderten. Bericht über den Rehabilitationskongress 1973 in Bad Wiessee. Teil 1.“ *Arbeit, Beruf und Arbeitslosenhilfe – Das Arbeitsamt* 25 (1974): 41-44.
155. Sierck, Udo. *Arbeit ist die beste Medizin. Zur Geschichte der Rehabilitationspolitik*. Hamburg: Konkret Literatur, 1992.
156. Sierck, Udo und Nati Radtke. *Die Wohltäter-Mafia. Vom Erbgesundheitsgericht zur Humangenetischen Beratung*. Hamburg: Mabuse, 1984.
157. Silver, John Russell. *History of the treatment of spinal injuries*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003.
158. Söderfeldt, Ylva. *From Pathology to Public Sphere*. Bielefeld: transcript, 2013.
159. *Sozialenquete: Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission*. Erstattet von Hans Achinger, Walter Bogs, Helmut Meinhold, Ludwig Neundörfer und Wilfried Schreiber. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, 1966.
160. de Stabenrath, Bruno. *Salto vitale*. München: List, 2002.
161. Stahr, Bodo. „Die Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten.“ *Sozialer Fortschritt* 7 (1958): 200.

162. Statistisches Bundesamt. *Verkehr. Verkehrsunfälle*. Fachserie 8 Reihe 7. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2011.
163. Stein, Sarah Abrevaya. „Deaf American Jewish Culture in Historical Perspective.“ *American Jewish History* 95 (2009): 277-305.
164. Tervooren, Anja. „Phantasmen der (Un-)Verletzlichkeit. Körper und Behinderung.“ In *Der [im-]perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung*. Herausgegeben von Petra Lutz für die Aktion Mensch und die Stiftung Deutsches Hygiene-Museum, 280-292. Köln, Wien, Weimar: Böhlau, 2003.
165. Wahle, Hans und Kurt-Alphons Jochheim. „Häufigkeit und Ausmaß der Komplikationen bei 100 Querschnittsgelähmten.“ *Ärztliche Mitteilungen* 47 (1962): 1981-1984.
166. Wahle, Hans und Ilse Pampus. „Ergebnisse einer Nachuntersuchung aus dem Jahr 1961 bei 50 Rückenmarksgeschädigten mit kompletten irreversiblen Querschnittslähmungen.“ *Rehabilitation* 4 (1965): 121-131.
167. Walch, R. „Versehrtensport mit Rückenmarksgeschädigten und Hirnverletzten.“ *Bundesarbeitsblatt* 6 (1956): 181-187.
168. Waldschmidt, Anne. „Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? Programmatische Überlegungen.“ In *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*. Herausgegeben von Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt, 13-27. Bielefeld: transcript, 2010.
169. Waldschmidt, Anne. „Soziales Problem oder kulturelle Differenz? Zur Geschichte von ‚Behinderung‘ aus der Sicht der Disability Studies.“ *Traverse* 13 (2006): 31-46.
170. Weiß, Walter. „Sport mit Querschnittsgelähmten.“ *Rehabilitation* 10 (1971): 84-85.
171. Welzel, [o.V.]. „Was verstehen wir unter Rehabilitation?“ *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 38 (1958): 327-328.
172. Winkler, Ulrike und Hans-Walter Schmuhl. *Heimwelten. Quellen zur Geschichte der Heimerziehung in Mitgliedereinrichtungen des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Landeskirche Hannovers e. V. von 1945 bis 1978*. Bielefeld: Schriften des Instituts für Diakonie- und Sozialgeschichte an der Kirchlichen Hochschule Wuppertal/Bethel, 2011.
173. Zeller, Thomas. „Mein Feind, der Baum. Verkehrssicherheit, Unfalltote, Landschaft und Technik in der frühen Bundesrepublik.“ In *Mit dem Wandel leben. Neuorientierung und Tradition in der Bundesrepublik der 1950er und 60er Jahre*. Herausgegeben von Friedrich Kießling und Bernhard Rieger, 247-266. Köln, Wien, Weimar: Böhlau, 2011.
174. Zola, Irving Kenneth. „Selbst, Identität und die Frage der Benennung. Überlegungen zu Sprache und Behinderung.“ In *Disability Studies. Ein Lesebuch*. Herausgegeben von Jan Weisser und Cornelia Renggli, 57-66. Luzern: Edition SZH/CSPS, 2004.
175. Zuchold, Max. „Karl Ludwig Lemberg, Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter.“ *Archiv für orthopädische und Unfallchirurgie* 49 (1957): 193-195.

„Abstoßend und entstellt.“ Vom medizinischen Diskurs über Gesichtsverletzte zum Reichsversorgungsgesetz von 1920

Melanie Ruff¹

1. Einleitung

Im Zuge der Kampfhandlungen in den Schützengräben des Ersten Weltkrieges kam es durch den Einsatz neuer Geschosse zu Schusswunden, die entsetzliche Gesichtsverletzungen hervorriefen. ÄrztInnen² nahmen an, dass neben den Schmerzen, den Schwierigkeiten beim Essen und dem Unvermögen zu Sprechen die Entstellungen im Gesicht besonders demoralisierend und oftmals traumatisierend auf die Soldaten wirkten. Die auftretenden Gesichtsverletzungen hatten nicht nur neue Behandlungstechniken und neue Organisationsformen des Sanitätswesens zur Folge, sondern bestärkte ÄrztInnen darin, Lösungen für Betroffene im Umgang mit der Verwundung anzubieten. Die militärische Führung wiederum erwartete sich die Entwicklung von effektiven Behandlungsmethoden, um möglichst schnell möglichst viele Soldaten wieder frontdiensttauglich zu machen. In diesem Kontext entstand ein spezifischer medizinischer Diskurs über das abweichende Aussehen Gesichtsverletzter und dessen Auswirkungen auf ein vorgestelltes ‚normales‘ und ‚menschliches‘ Leben der Männer nach dem Krieg, der im ersten Teil des Beitrages behandelt wird. Im zweiten Teil wird es um einen möglichen Einfluss medizinischer Diskurse auf die Versorgungsgesetzte im Nachkriegsdeutschland gehen, deren Ausgestaltungen große Ähnlichkeiten mit medizinischen Abhandlungen aufweisen.

Der Beitrag reiht sich in Forschungen zur körperlichen ‚Andersartigkeit‘ als Differenzkategorie und der Vorstellung von ‚Behinderung‘ als gesellschaftlich konstruiert und historisch veränderbar ein.³ Im Rahmen der Disability Studies eine Selbstverständlichkeit, in weiten Teilen der Patienten- und Medizingeschichte keineswegs, ist die Annahme, dass diese Zuordnungen Auskunft über die Normvorstellungen einer Gesellschaft in sich tragen, die zugleich auf die Handlungsräume der Betroffenen rückwirkten. Bei der Gruppe von Gesichtsverletzten handelte es sich um Männer, die ihre ‚Andersartigkeit‘ durch ihren Kriegseinsatz erwarben und deren körperliche Einschränkungen sich in erster Linie durch deren Aussehen und erst in zweiter Linie durch körperliche oder gesundheitliche Einschränkungen wie Sprachprobleme, Atemprobleme, Schwierigkeiten bei der Ernährung oder der Verdauung gekennzeichnet waren. Man könnte in diesem Zusammenhang von einer sozialen oder gesellschaftlichen und nicht von einer körperlichen ‚Andersartigkeit‘

¹ Ich danke Sabine Hannakampf, Katrin Pilz und René Winter für ihre Kritik und konstruktiven Vorschläge zur Verbesserung dieses Beitrages.

² In einzelnen Einrichtungen waren Ärztinnen tätig. Um Ärztinnen und Ärzte in gleichem Maße sichtbar zu machen, wird auf die Verwendung des generischen Maskulinums verzichtet.

³ Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt, Einleitung zu Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung* (Bielefeld: transcript, 2010), 7.

sprechen. Obwohl die Gesichtsverletzungen nicht versteckt werden konnten und für jedermann immer sichtbar waren, musste das Bewusstsein für die sozialen Folgen dieser Verwundung, von der erstmals nicht Syphilis- oder Karzinomkranke betroffen waren, sondern Soldaten, in der Gesellschaft erst geweckt werden.

Es waren bezeichnenderweise die behandelnden ÄrztInnen, die bereits nach den ersten Erfahrungen mit den neu entwickelten Waffen auf die sozialen Folgen der entstellenden Gesichtsverletzungen in ihren Publikationen hinwiesen. Ihr Interesse galt allerdings den (erstmalig) gemachten Erfahrungen bei der operativen Rekonstruktion der Gesichter, die anhand von Fallstudien veröffentlicht wurden. So entstand gleich nach Ausbruch des Ersten Weltkrieges eine wahre Publikationsflut, die aufgrund des Veröffentlichungsstils, der in weiten Strecken als Chronik bezeichnet werden kann, Informationen zu den Vorstellungen von soldatischen Patienten beinhalten. Publiziert wurden in den medizinischen Periodika Aufsätze, Rezensionen sowie Tagungs- und Versammlungsberichte. Daneben wurden Forschungsergebnisse und Erfahrungsberichte in Monografien und Sammelwerken veröffentlicht. Von den insgesamt 252 recherchierten Titeln im Zeitraum von 1914-1949 wurden 207 mit der Methode der Diskursanalyse nach Achim Landwehr⁴ analysiert, deren Auswertung in den folgenden drei Abschnitte vorgestellt wird.

2. Der bedrohte Soldat

Otto Walkhoff (1860-1934, zahnärztliches Institut der Universität München) sprach 1915 die Warnung aus, dass die einstigen „Helden“ des Krieges Gefahr liefen, zum „Schrecken und Grauen seiner meisten Mitmenschen“ zu werden, mit der Folge „[...] dass dem Betroffenen häufig dadurch sein ganzes späteres Leben verbittert wird.“⁵ Aus Walkhoffs Sicht lag die Gefahr der Verletzung nicht in den körperlichen Schäden und Einschränkungen, sondern in der Reaktion der Gesellschaft auf das Aussehen der gesichtsverletzten Soldaten. Ähnliches findet sich in einem Aufsatz von Heinrich Salomon – Prothetiker an der zahnärztlichen Universitäts-Klinik in Budapest – aus dem Jahr 1916. Für ihn war die „Repräsentationsfähigkeit“⁶ der Männer in Gefahr, wodurch das Männlichkeitsbild mit all seinen zugeschriebenen Aufgaben an sich bedroht war. Damit brachten Salomon und Walkhoff einen wichtigen und immer wiederkehrenden Aspekt in die Diskussion ein: das Aussehen der Männer und deren Wirkung auf das soziale Umfeld. Ähnliche Beobachtungen machte man in Wien in der zentralen Behandlungsstätte für Gesichtsverletzte. Im 1915 gegründeten *k. u. k. Reservespitals Nr. 17* hatte man bis 1917 1425 Verletzte mit mehr oder weniger ausgedehnten Gesichtsverletzungen behandelt. Stellvertretend für die Ärzte des Lazarettes traf Rudolf Weiser, Chefarzt der chirurgisch-prothetischen Abteilung, die Aussage, dass man trotz des „erschreckenden Anblick[s]“ die „Ruhe und Fassung nicht verlieren“ dürfe

⁴ Achim Landwehr, *Historische Diskursanalyse*, 2. Aufl. in der Reihe *Historische Einführungen* Band 4 (Frankfurt a. M.: Campus, 2009).

⁵ Otto Walkhoff, „Über die Notwendigkeit sofortiger und ausreichender Hilfe bei Kieferverletzten“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 346.

⁶ Heinrich Salomon, „Nasenprothesen aus Gelatine: Aus dem Nachbehandlungs-Institut des kgl. ungar. Invalidenamtes in Budapest (Direktor: Oberstabsarzt Prof. Dr. Karl v. Borszéký)“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 32 (1916): 221.

und gerade wegen der eigenen Unbeholfenheit „zielbewußt“ die notwendigen Behandlungsmethoden wählen sollte.⁷ Um dem/der LeserIn den selbst empfundenen Schrecken zu verdeutlichen, verwies Rudolf Weiser an dieser Stelle des Textes auf ein Foto eines Verwundeten bei Ankunft in der Behandlung (vgl. Abbildung 1). Aufgrund der spezifischen Verletzung und deren möglichen Folgeerscheinungen sollten gesellschaftliche Aspekte bei der Wahl der Behandlungsmethode noch vor den ersten Eingriffen beachtet werden, womit soziale Risiken für den Patienten nach dessen Entlassung aus der Behandlung auf ein Minimum reduziert werden sollten. Ein Ansatz, den man nicht nur in Wien verfolgte, wie die zeitgenössische Fachliteratur zeigt.⁸ Für die behandelnden ÄrztInnen stellte sich daran anschließend die Frage, operativ oder prothetisch zu behandeln. Entlang sozialer Aspekte wurde daher das Für und Wider der Behandlungsmethoden diskutiert, mit dem Ergebnis, dass, sofern möglich, die Gesichter operativ rekonstruiert werden sollten, denn das Tragen der Prothese birgt die Gefahr, „daß die Patienten bei Abnahme künstlicher Gesichtsprothesen zum Zwecke der Reinigung mehrmals des Tages durch den Anblick ihres durch die Scheußlichkeit des Krieges



*Abbildung 1: Gesichtsverletzter bei der Ankunft im k. u. k. Reservespital Nr. 17.
Quelle: Rudolf Weiser 1917, 13, Abbildung 6c*

⁷ Rudolf Weiser, „Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche Tätigkeit im Kieferspital“ in Emil Steinschneider (Hrsg.), *Beiträge zur Kieferschuss-therapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)* (Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917), 3-162, 12.

⁸ J. P. Haberern, „Partielle Nasenplastik mit freier Transplantation aus der Ohrmuschel“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 43 (1917): 1481; Paul Adloff, „Schußfrakturen der Kiefer und ihre Behandlung“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 40 (1914): 2062; Wilhelm Pfaff und Friedrich Schoenbeck, *Kursus der zahnärztlichen Kriegschirurgie und Röntgentechnik*, 2. Aufl. (Leipzig: Klinkhardt, 1916), 124; August Lindemann, „Zur Deckung grösserer Defekte der Weichteile bei Kieferschussverletzungen“ in Christian Bruhn (Hrsg.), *Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschussverletzungen: Ergebnisse aus dem Düsseldorfer Lazarett für Kieferverletzte* (Wiesbaden: J. F. Bermann, 1915), 11-28, 15.

verstümmelten Antlitzes immer wieder tief deprimiert werden“⁹. Des Weiteren waren „sie für den Rest ihres Lebens der Spottlust des Gemüspöbels aller Klassen der Gesellschaft ausgesetzt“, so dass man sich die Frage stellen musste, „ob die Unglücklichen wohl den Mut, den Kampf ums Dasein weiter zu führen, auf längere Zeit werden aufbringen können.“¹⁰ Hier werden zwei Aspekte angesprochen, über die stets diskutiert wurde. Zum einen die Gefahr für den Patienten durch die Entstellung an einer Depression zu erkranken, was Ärzte wie Weiser für sehr wahrscheinlich hielten. Für sie war es nur schwer vorstellbar, dass die Betroffenen lernen konnten, mit der veränderten Lebenssituation und den nun erforderlichen Körperpraktiken umzugehen. Der tägliche Blick in den Spiegel offenbarte stets auf das Neue die eigene körperliche Unzulänglichkeit. Eine Gewöhnung und die Integration der erforderlichen Körperpraktiken in den Alltag, wie sie die Betroffenen selbst schilderten,¹⁰ wurde von Rudolf Weiser nicht in Betracht gezogen. Daher verwundert es nicht weiter, dass sich Weiser zum anderen mit der Reaktion der Öffentlichkeit und deren *Spottlust* auseinandersetzte und die Menschen mit Entstellungen im Gesicht daran hinderte, sich in das soziale Gefüge zu (re)integrieren. Diesem Denkmuster entsprechend zog er nach dem Selbstmord einer seiner Patienten den Schluss, dass dieser sich aufgrund der Entstellung und der Angst vor der Rückkehr in den Alltag das Leben nahm.¹¹ Kriegserlebnisse als Auslöser für Traumata oder Depressionen wurden nicht besprochen. Die Männer scheiterten so nicht an ihrer Aufgabe als Soldat, sondern an den äußeren Erscheinungen der Verletzung. Diesen Männern wurde eine auffallende Toleranz bei „melancholische[r] Verstimmung“¹², als Folge der Entstellung, wie es Anton Ritter von Wagner, Kommandant des *k. u. k. Reservespitals Nr. 17*, bezeichnete, entgegengebracht. Das folgende Beispiel aus dem *k. u. k. Reservespital Nr. 17* führt die den Verletzten entgegengebrachte Empathie und Toleranz vor Augen:

„Während eines vielmonatlichen Kontakts mit Kieferverletzten in unserem Spezialspitale ist mir wiederholt aufgefallen, daß Kiefer- und Gesichtsverletzte, ungleich anderen Schwerverletzten, trauriger Gemütsstimmung sind, oft stundenlang dahin brüten und auf freundliches Zureden kaum achten; auch Besuche von Verwandten oder Bekannten zerstreuen sie nicht besonders und sind ihnen in vielen Fällen gar nicht erwünscht. Geht man der Sache näher auf den Grund, so zeigt sich als Hauptursache der melancholischen Verstimmung die augenfällige Entstellung, die solche Verwundungen bewirken, und die Unmöglichkeit, die durch Verbände dem bekannten Besucher minder abschreckend zu gestalten.“¹³

Besonders hart traf es unverheiratete Männer, die sich Sorgen um ihre Wirkung auf Frauen machten:

⁹ Weiser, „Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche Tätigkeit im Kieferspitale“, 3-162, 16.

¹⁰ Elisabeth Stader, Interview, Oktober 2012, Stader 6, Privatarchiv Melanie Ruff.

¹¹ Weiser, „Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche Tätigkeit im Kieferspitale“, 3-162, 114.

¹² Anton Ritter v. Wagner, „Beobachtungen über den Einfluss der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche“ in Emil Steinschneider (Hrsg.), *Beiträge zur Kieferschusstherapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)* (Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917), 1-2.

¹³ Wagner, „Beobachtungen über den Einfluss der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche“, 1-2.

„Der junge, sonst gesunde und vor der Verletzung wohlgestaltete Krieger fühlt sich häßlich und abstoßend geworden und weiß, daß er beim weiblichen Geschlechte keine Eroberungen mit seinem verunstalteten Gesicht mehr machen kann.“¹⁴

Damit entwarfen die MediznerInnen einen Handlungsbedarf bei Entstellungen im Gesicht, auch wenn keine funktionellen Störungen vorlagen. Psychische Probleme wurden nicht als Teil der konstruierten ‚Andersartigkeit‘ verstanden, sondern vielmehr als ein Symptom einer anderswo zu findenden Ursache. Die ‚Andersartigkeit‘ definierte sich über die körperliche Differenz zum ehemals „wohlgestaltete[n]“¹⁵ männlichen Körper mit einem dazu passenden Gesicht, das imstande war, (zukünftigen) Partnerinnen zu imponieren. Die Verletzung ließ den „Krieger“ als „häßlich und abstoßend“¹⁶ erscheinen und gefährdete die Psyche sowie die Gründung einer Familie als Teil des männlichen Lebensentwurfes.

Darauf aufbauend bezieht sich das letzte hier vorgestellte Bedrohungsszenario auf die Rolle des Mannes als Ernährer der Familie. Dazu ein Beispiel aus dem Jahr 1943 von Hugo Ganzer (1869-1970) – während des Ersten Weltkrieges Leiter einer Kieferstation in Berlin – das die Kontinuität der Diskussion vor Augen führt. In seinem Buch mit dem Titel *Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtsschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verloren gegangenen Weichteile u. Knochen m. bes. Berücksichtigung der Kieferverletzungen* schildert er seine *eigenen Erfahrungen* (Untertitel des Buches) mit der Behandlung von Gesichtsverletzten des Ersten und Zweiten Weltkrieges. In einem Absatz beschreibt Ganzer den Zusammenhang von Erwerbstätigkeit, Aussehen und dem gesellschaftlichen Leben der Verwundeten nach der Entlassung aus der Behandlung:

„Defekte des Gesichts rufen Entstellungen hervor. Entstellungen des Gesichts aber sind von größter sozialer Bedeutung. Sie hemmen den Träger häufig in seinem Erwerb, manche Berufsarten kann er überhaupt nicht ausüben. Weniger jetzt als später, wenn das Verständnis für diese Folgen des Krieges nachgelassen haben wird, wird er gesunden Menschen gegenüber sicher auf manchen Posten unbewußt zurückgestellt werden, er wird Entstellungen als schwere, anderen Menschen ohne weiteres auffallende Last empfinden und damit moralisch gehemmt sein.“¹⁷

Ganzer hatte aus den Erfahrungen des Ersten Weltkrieges gelernt und wusste, dass das soziale Kapital, den Körper für das Vaterland geopfert zu haben, in der Gesellschaft schnell schwand. Wie bereits Rudolf Weiser 1917 machte sich Hugo Ganzer 1943 Sorgen um das weitere Leben der Gesichtsverletzten, gerade auch im Umgang mit anderen Menschen. Aufgrund der ständig sichtbaren Entstellung trat man ihnen „moralisch gehemmt“ gegenüber, was sich letzten Endes negativ auf das berufliche Fortkommen auswirkte. Damit war auch die Selbstständigkeit der Männer in Gefahr.

¹⁴ Wagner, „Beobachtungen über den Einfluss der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche“, 1.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Hugo Ganzer, *Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtsschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verloren gegangenen Weichteile und Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen* (Leipzig: Barth, 1943), 16.

Aber was war es, das die Männer daran hinderte, ihren beruflichen Plänen nach zu gehen? Was hatten sie im Gegensatz zu den „gesunden Menschen“¹⁸, mit denen sie in Konkurrenz standen, nicht? Darüber dachte man bereits einige Monate nach dem Ersten Weltkrieg nach. Der vom österreichischen Invalidenamts beauftragte Sozialmediziner Adolf Deutsch (1867-1943) kam 1920 zu dem Schluss, dass all jene „erwerbsfähig“ waren, die als arbeitsfähig bezeichnet werden konnten, aber auch jene, die „zur Arbeit fähig“ waren, deren „Arbeitskraft“ jedoch „keine Verwertung“ fand, weil sie „niemand beschäftigen konnte oder wollte (gehäufte epileptische Anfälle, abschreckende Gesichtsentstellungen).“¹⁹ Das ‚krank Machende‘ war demnach die Entstellung. Ein Jahr darauf setzte sich Adolf Deutsch abermals mit der Frage der Arbeitsfähigkeit von Kriegshinterbliebenen auseinander. Er kam zu dem Schluss, dass neben dem Aussehen auch die Unterernährung aufgrund von Ernährungsproblemen bei fehlendem Gebiss und die damit verbundene „Körperschwäche“ negative Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten.²⁰ Einige Berufsgruppen waren hierbei im besonderen Maße Benachteiligungen ausgesetzt.²¹ Hellmuth Angerstein (1895-unbekannt), Zahnarzt in Hannover, fasste dies 1932 in einem Absatz seiner Dissertation zum Thema *Wie und in welcher Höhe sind Kriegsdienstbeschädigte durch Kieferschussverletzungen versorgungsberechtigt?* wie folgt zusammen:

„Die durch Kieferschüsse herbeigeführten entstellenden Narben im Gesicht fallen bei der Beurteilung der allgemeinen Erwerbsfähigkeit wenig ins Gewicht. Sie können allerdings von erheblicher Bedeutung werden bei Personen, die wegen ihres Berufes ein gutes Aussehen haben müssen, wie z. B. Schauspieler oder Sänger. Nach ausgedehnten Lippenplastiken bleibt zuweilen außer der Entstellung mangelhafte Beweglichkeit der Lippen zurück, sodaß die Verletzten den Speichel schlecht halten können. Diese sind in der Arbeit mit vorwärtsgeneigtem Kopf schwer gestört, wie z. B. Schreiber, Buchhalter, Schumacher, Schneider u.s.w. Auch die Nahrungsaufnahme ist in solchen Fällen erschwert.“²²

Diese Beispiele zeigen, dass eine Reduzierung der Symptome auf das äußere Erscheinungsbild, auch wenn dieses vordergründig wahrgenommen wurde, zu kurz greifen würde. Zu den hier angeführten Schwierigkeiten im beruflichen Alltag kamen für Gesichtsverletzte Probleme bei der Essenaufnahme.²³ Die fehlenden Kieferknochen oder Zähne, die Narbenstränge in der Mundgegend oder die nicht verheilten Weichteilverletzungen machten es

¹⁸ Ganzer, *Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtsschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verlorengegangenen Weichteile und Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen*, 16.

¹⁹ Adolf Deutsch, *Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten. Unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte [...] hrsg. von A. Deutsch* (Wien: Staatsamt für Volksgesundheit, 1919), 11.

²⁰ Adolf Deutsch, *Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten: Unter Mitwirkung hervorragender Fachärzte im Auftrage des Staatsamtes für Volksgesundheit hrsg. von Adolf Deutsch* (Wien: Staatsamt für Volksgesundheit, 1920), 14.

²¹ Benno Grunwald, *Spätergebnisse bei Kieferschussverletzungen mit Berücksichtigung ihrer prophetischen Versorgung* (Leipzig, 1939), 5; Victor Frühwald, *Plastic surgery of the the Nose, Ear and Face* (Wien: Univ. Diss., 1932), 1-2.

²² Hellmuth Angerstein, *Wie und in welcher Höhe sind Kriegsdienstbeschädigte durch Kieferschussverletzungen versorgungsberechtigt?* (Hannover: Blumenberg, 1932), 31-32.

²³ Tilly Weishaupt, „Die Ernährung von Verwundeten mit ausgedehnten Kieferzertrümmerungen: Aus dem Reservelazarett Kgl. Zahnärztliches Institut der Universität Berlin (Chefarzt: Oberstabsarzt Prof. Dr. Williger)“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 699-701.

notwendig, mit Hilfsmitteln zu essen, die mitunter Aufmerksamkeit erweckten.²⁴ Dazu gehörten Zangen für die Zerkleinerung von Essen genauso wie die Ernährung durch Flüssignahrung und Schnabeltassen. ‚Andersartigkeit‘ drückt sich hier durch die Beeinträchtigung aus, kulturellen Praktiken wie dem gemeinsamen Essen nach zu gehen.

Wie die Beispiele zeigen, hatten sich die Defizitzuschreibungen und die damit verknüpften medizinischen Praktiken im Beobachtungszeitraum nur wenig geändert. Der Zustand der Verwundeten bei der Ankunft in den Lazaretten wurde als Bedrohung für das weitere Leben wahrgenommen. In den Schützengräben hatten die Männer, das zeigen die Reflexe der ÄrztInnen, weit mehr verloren als Kieferknochen, Wangen, Nasen oder Gebisse. Ihnen wurde die Mimik und die Möglichkeit, durch den Gesichtsausdruck Gefühle zu äußern, genommen – beides zentrale Aspekte in der Kommunikation mit anderen Menschen. Gerade die fehlende Mimik der Soldaten irritierte das Gegenüber. In Kombination mit der Wirkung der Gesichtsverletzungen führte dies zu der Aussage, die Verwundeten hätten ihre Menschlichkeit verloren. Formelhaft, in Gestalt einer Abwärtsspirale, wurde wiederholt auf Probleme eines entstellten Aussehens hingewiesen. Es begann mit Schwierigkeiten, das eigene Spiegelbild zu akzeptieren, setzte sich fort mit den daraus folgenden psychischen Problemen und der zu erwartenden zwischenmenschlichen Enttäuschung sowie den nachfolgenden Problemen am Arbeitsmarkt. Was diese Gruppe der Betroffenen von einem ‚normalen‘ Leben abhielt, war ihr Aussehen, beschreibbar als ‚Differenzkategorie‘, die über den weiteren Lebensentwurf der Betroffenen mitentschied.

Die behandelnden ÄrztInnen hatten, nicht zuletzt um das eigene berufliche Fortkommen zu sichern, ein Interesse daran, dafür Sorge zu tragen, dass die Gesichtsverletzten der beschriebenen Abwärtsspirale entkamen. Nun stellt sich die Frage, was wollten die ChirurgInnen durch ihre Eingriffe wieder herstellen? Welche Ansprüche stellten sie an sich selbst und ihre Disziplin?

3. Die Wiederherstellung

Einen guten Eindruck von den Vorstellungen der Behandlungsziele bekommt man in Otto Walkhoffs Aufsatz mit dem Titel *Über die Notwendigkeit sofortiger und ausreichender Hilfe bei Kieferverletzten*, erschienen im Jahr 1915, aus dem eingangs bereits zitiert wurde. Für ihn stand fest, dass die Verwundeten, wenn man die Verletzung schon nicht ungeschehen machen könnte, wenigstens „strassenfähig“ gemacht werden sollten, damit sie nicht zum „Schrecken der übrigen Menschheit“ wurden.²⁵ Im Mittelpunkt stand das Ziel, im sozialen Umfeld möglichst wenig Aufmerksamkeit auf die Entstellung zu lenken. Die Betroffenen sollten sich nach der erfolgreichen Behandlung wieder uneingeschränkt in der Öffentlichkeit bewegen können. Unbehagen verursachte also wieder die mögliche Reaktion des Umfeldes und nicht die körperlichen Folgen der Verletzung. Für Juljan Zilz (1871-1936), der während des Ersten Weltkrieges eine Kriegszahnklinik in Lublin leitete, galt eine Behandlung 1916 als erfolgreich, wenn die Soldaten „nach einigen Monaten wieder ganz

²⁴ Elisabeth Stader, Interview.

²⁵ Otto Walkhoff, „Über die Notwendigkeit sofortiger und ausreichender Hilfe bei Kieferverletzten“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 347.

menschlich“²⁶ aussahen. Ähnlich empfand dies Ernst Eitner in seinem Aufsatz zu *Gesichtsplastiken an Kriegsverletzten*, der kurz nach Kriegsende in der *Wiener Medizinischen Wochenschrift* erschien. Seiner Auffassung nach wurde durch „die große Menge von Gesichtsverletzungen, die der moderne Schützengrabenkrieg mit sich bringt“, an die Chirurgen die Anforderungen gestellt, „plastische Operationen im Gesichte vorzunehmen, teils um gestörte Funktionen der Gesichtsorgane wiederherzustellen, teils um den Verletzten wieder zu einem menschlichen Aussehen zu verhelfen.“²⁷ Parallel dazu gibt es Beschreibungen, die auf die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes abzielten. Für den bereits zitierten Zahnarzt Hugo Ganzer ging es bei den Eingriffen darum, der „ursprünglichen“ Form möglichst nahe zu kommen. Als ein „voller Erfolg“ konnten seiner Meinung nach nur Operationen bezeichnet werden, bei denen es gelang, den „ursprünglichen Zustand [...] restlos“ wiederherzustellen. Als „vollen Mißerfolg“ bezeichnete Ganzer Operationen, die „keine Verbesserung des Zustandes der Verletzung“ erzielten und „womöglich [s]eine Verschlechterung“ des anfänglichen Zustandes zur Folge hatte. Zwischen diesen beiden Extremen liege das anzustrebende Ziel, wenngleich eine objektive Beurteilung des Behandlungserfolges nicht möglich sei und „vielmehr immer subjektiv gefärbt bleiben“²⁸ müsse.

Dem Aussehen wurde die Arbeitsfähigkeit als zweites gesellschaftlich motiviertes Behandlungsziel angereicht. Ein repräsentatives Erscheinungsbild sollte Benachteiligungen am Arbeitsmarkt vorbeugen, was nach Heinrich Salomon für alle Berufsgruppen im gleichen Maße galt.²⁹ Durch eine erfolgreiche Behandlung sollten die Verletzten wieder „zu produktiven Mitgliedern der Gesellschaft und des Staates“ werden, wie es Josef v. Bodò 1918 ausdrückte. Der Lohn für ein Erwerbsleben war „frische[r] Lebensmut“ und die Abwendung eines „jammervolles Dasein[s].“³⁰

Hier wurden natürlich keine neuen Gedanken formuliert, der gesellschaftliche Nutzen wurde in der Medizin immer schon mitgedacht. Aber für einen Fachbereich wie die Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, der gerade dabei war, sich zu institutionalisieren, bedeutete die Arbeitsfähigkeit als Behandlungsziel eine Einflussnahme in einem sozial-politisch wichtigen Terrain. Dies äußerte sich in der Bedeutung der medizinischen Gutachten im Zuge der Rentenbescheide. Auf der Grundlage der geschätzten Arbeitsfähigkeit der ÄrztInnen wurde über die Ansprüche der Antragsteller verhandelt. Damit und mit den in Aussicht gestellten Einsparungsmöglichkeiten bei Behandlungs- und Versorgungskosten erweiterten diese ÄrztInnen ihren Machtbereich erfolgreich.³¹ Die von den ÄrztInnen gesteckten Ziele waren dabei durchaus hoch angesetzt, so wurde über nichts weniger als die vollständige

²⁶ Julian Zilz (Hrsg.), „Ergebnisse der bisherigen Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsverletzungen: Übersichtsreferat“ Sonderausgabe, *Österreichische Zeitschrift für Stomatologie* 14 (1916): 3.

²⁷ Ernst Leitner, „Gesichtsplastiken an Kriegsverletzten“ *Wiener Medizinische Wochenschrift* 32 (1919): 245.

²⁸ Ganzer, *Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verlorengegangenen Weichteile und Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen*, 217.

²⁹ Salomon, „Nasenprothesen aus Gelatine“, 211.

³⁰ Josef v. Bodò, „Die odontortopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen und die dadurch erzielte Behebung der bisherigen Invalidität und Erwerbsunfähigkeit dieser Kriegsinvaliden“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 34 (1918): 177.

³¹ Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland. Westdeutsche Kieferklinik, BR 0-0004-1385, Christian Bruhn an die Landesversicherungsanstalten, 1917, 30.

Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt gesprochen. Real ging es in erster Linie natürlich darum, diesem Ziel möglichst nahe zu kommen und den Betroffenen das wieder zu geben, was sie einmal besaßen und durch die Verletzung angeblich verloren hatten: menschliches Aussehen, Menschlichkeit und die Fähigkeit, einer Arbeit nach zu gehen. Die Erfüllungsgehilfen bei der Beseitigung der ‚Andersartigkeit‘ waren die rekonstruktiven Operationen, so die Meinung der Mund-, Kiefer- und GesichtschirurgInnen. Waren diese erfolgreich, winkte ein zufriedenes, produktives und erfolgreiches Leben.

4. Zufriedenheit und Lebensmut

In den abschließenden Kommentaren zu den Behandlungsergebnissen mehrten sich die Aussagen über den positiven Gesamteindruck, den die Patienten bei den ÄrztInnen hinterließen. Daraus erklärt sich auch die euphorische Stimmung M. Kraus', der er 1915 in einem Artikel zum Thema *Ueber geheilte mit umfangreichen Weichteilverletzungen verbundene Kieferschussfrakturen* Ausdruck verlieh. Mit Bild und Text skizzierte er am Beispiel eines Tiroler Soldaten in einer Vorher-Nachher-Sequenz dessen psychische Genesung nach der erfolgreichen Behandlung:

„Status praesens: Pat. vom starken Knochen- und Körperbau, fühlt sich sehr geschwächt und befindet sich in einer sehr deprimierten, verzweifelten Stimmung, hat angeblich seit seiner Verletzung an Körpergewicht bedeutend abgenommen.“³²

Nach den Eingriffen stellte der Arzt eine deutliche Verbesserung seines psychischen Zustandes fest:

„Seine echte Tiroler-Laune kehrte wieder, die Niedergeschlagenheit sowie die Angst vor jeder Nahrungsaufnahme schwand, sein Aussehen besserte sich täglich.“³³

Dass sich die Verbesserung der Essenaufnahme positiv auf die Lebensqualität auswirkte war unbestritten, wenngleich nur wenige AutorInnen dies überhaupt thematisierten. Juljan Zilz war neben Kraus einer davon, der 1916 das „funktionelle Resultat“ hervorhob:

„Es wird also so bald als möglich zu erreichen versucht, dass mit eingesetzter Prothese gesprochen und gegessen werden kann. Damit wird ein funktionelles Resultat erreicht, das auch von grossem psychischem Einfluss ist. Der Verletzte bekommt frischen Lebensmut und Kraft, er findet sich mit seiner Verwundung ab [...]“³⁴

Ludwig Warnekros (1888-1920), Prof. für Zahnheilkunde an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin, führte 1915 als Beweis für den wiedergewonnenen „Lebensmut des Verwundeten“ und die (Re-)Integration in ein soziales Umfeld an, dass dieser „nach zwei Monaten um Urlaub für seine Kriegstraung gebeten hat.“³⁵ Anton Ritter v. Wagner be-

³² M. Kraus, „Ueber geheilte mit umfangreichen Weichteilverletzungen verbundene Kieferschussfrakturen: Aus der zahnärztlichen Abteilung der allgem. Poliklinik Wien (Abteilungsvorstand: k.k. Oberstabsarzt Professor von Wunschheim) Zweiter Teil“ *Wiener klinische Wochenschrift* 28 (1915): 577.

³³ Ebd., 578.

³⁴ Zilz, „Ergebnisse der bisherigen Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsverletzungen“, 6-7.

³⁵ Ludwig Warnekros, *Der Kriegszahnarzt: Beitrag zur Behandlung der Kieferfrakturen und der Schußverletzungen des Gesichts*, 2. Aufl. (Berlin: Berlinische Verl. Anst., 1915), 26.

schreibt die Psyche nach den „kosmetischen Operationen“ als sich wieder im „Gleichgewicht“ befindend.³⁶ In einer Rezension des Beitrages Wagners aus dem Jahr 1917 kommentierte der Kieferchirurg in Wien Viktor Frey dessen Ausführungen wie folgt:

„Wie die anfängliche Gemütsdepression über die erlittene Verunstaltung im Laufe der Behandlung neuem Lebensmut und neuer Lebensfreude weicht, insbesondere dann, wenn durch ausgedehnte plastische Eingriffe das Antlitz sich wieder rekonstruiert, ist direkt herzerquickend zu lesen.“³⁷

Dreh und Angelpunkt dieser und vieler anderer Argumentationen war die Überwindung der Verletzung und somit die Überwindung der Zerstörungskraft des Krieges. Rückschläge oder Fehlbehandlungen wurden nicht erwähnt.³⁸ Gelesen wurden diese und ähnliche Berichte zunächst von einem medizinisch geschulten Publikum. Im Zuge der Verhandlungen mit möglichen Finanziers für die Errichtung von Kliniken oder Abteilungen in bestehenden Einrichtungen,³⁹ wurde aus diesen Berichten zitiert und somit die LeserInnenschaft zunächst um diese Personengruppe und später in medizinhistorischen Abhandlungen um historisch interessierte ÄrztInnen erweitert.⁴⁰ Das allen Berichten übergeordnete Überwindungsnarrativ wurde so am Leben erhalten, weiterentwickelt und findet sich noch heute in Lehrbüchern zur Mund-, Zahn- und Kieferchirurgie und der plastischen Chirurgie. Eine Lese-Stichprobe der Fachliteratur zu dem Thema weist, wenn es um die Darstellung der PatientInnen geht, kaum Unterschiede zu den Schriften des Ersten Weltkrieges auf. Der Hinweis auf die entstellende Wirkung dieser Verletzungen und deren ‚chirurgische Überwindung‘ hat einen festen Platz in der Fachliteratur.⁴¹ Vergeblich sucht man nach ernsthaften Auseinandersetzungen und Lösungsvorschlägen für den Alltag der Betroffenen. Unverändert argumentieren die ÄrztInnen aus der Sicht der Patienten ohne diese tatsächlich einzunehmen. Dies äußert sich im Fehlen von Begleit- und Nachbehandlungen bei Entstellungen als wissenschaftliches Thema in den Lehrplänen,⁴² den formulierten Forschungszie-

³⁶ Wagner, „Beobachtungen über den Einfluss der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche“, 1-2, 1.

³⁷ Viktor Frey, „Rezension zu: Beiträge zur Kieferschusstherapie“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 33 (1917): 563.

³⁸ Einzige Ausnahme im Beobachtungszeitraum: Eduard Kränzel, „Die Überbrückung von Pseudarthrosen in der Kinngegend durch einfache Zahnersatzstücke“ in Emil Steinschneider (Hrsg.) *Beiträge zur Kieferschusstherapie. Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialbeilstätte für Kieferverletzte)* (Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917): 217-230, 217.

³⁹ Für den Fall der Kieferstation des Wiener Allgemeinen Krankenhauses war dies das Professorenkollegium und das Bundesministerium für Unterricht. Hans Pichler, Brief an das Dekanat der medizinischen Fakultät, January 31, 1928, Zahnmuseum Wien.

⁴⁰ Walter Hoffmann-Axthelm, *Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie* (Berlin: Quintessenz, 1995), 145-166 und 223-273.

⁴¹ Karl-Heinz Austermann, *Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*, 2. Aufl. (München: Urban & Schwarzenberg, 1991), 403; Norbert Pallua und Erhan Demir „Chirurgische Behandlung von Gesichtsverbrennungen“ in Lars-Peter Kamolz, David N. Herndon und Marc G. Jeschke (Hrsg.), *Verbrennungen: Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas* (Wien: Springer, 2009), 111.

⁴² „Lernzielkatalog Universitätsklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Wien“ <http://www.meduniwien.ac.at/maxillo-facial/lernzielkatalog.htm> (12.8.2013).

len,⁴³ den Publikationen⁴⁴ oder im angebotenen Behandlungsspektrum.⁴⁵ Dem gegenüber stehen ÄrztInnen, die sich auf die Behandlung von Brandopfern spezialisierten, welche sich mit ähnlichen Problemen hinsichtlich des Erscheinungsbildes konfrontiert sahen. In dieser Disziplin wird seit einigen Jahren an Beratungskonzepten in Zusammenarbeit mit den PatientInnen und deren sozialem Umfeld gearbeitet.⁴⁶

Den Schluss, den die ÄrztInnen nach der Behandlung über den Zustand der Patienten zogen, war während des Krieges immer derselbe, egal ob dieser durch physische Fähigkeiten oder durch das wiedergewonnene Aussehen erzielt wurde: Aus der Behandlung wurden gut gelaunte, lebensfrohe und optimistische Männer entlassen, die ‚Andersartigkeit‘ war überwunden.

In der Realität war es allerdings so, dass auch die optimistischsten ÄrztInnen unter ihnen kaum die Augen vor den vielen Gesichtsverletzten verschließen konnten, die trotz der Operationen ausgedehnte Entstellungen im Gesicht, weiterhin Angst vor der Reaktion des Umfeldes und keine Partnerin hatten und keine Arbeit fanden. Für diese wurde ein Auffangnetz installiert: die Rentenversicherung.

5. Das Reichsversorgungsgesetz

Schon lange vor dem Ende des Krieges debattierten „Deutungseliten in Deutschland – Mediziner, Juristen und Vertreter der Sozialfürsorge“⁴⁷ über die Schlüsselfrage, wer nach der Entlassung aus dem Militärdienst einen Anspruch auf Versorgungsleistungen aufgrund einer Kriegsversehrtheit hatte, deren Anspruchsberechtigung im Grundsatz nur sehr schwer infrage gestellt werden konnte. Der Staat als Akteur sah sich in „einer wesentlich unmittelbarer Weise in die Pflicht genommen, als dies bei anderen sozialen Sicherungssystemen der Fall“⁴⁸ war. Die Debatten um eine staatliche Versorgung konzentrierten sich folglich im Wesentlichen auf den Versuch, objektive Maßstäbe für die Beurteilung der körperlichen Beeinträchtigung zu finden. Dabei orientierte man sich an bereits vorhandenen „ökonomische[n] Körperkonzepte[n] der Invalidenversicherung“, deren Klassifizierung in Prozentzahlen ausgedrückt wurde und in die „Logik einer Preisliste übersetzt“,

⁴³ „Behandlungsschwerpunkte – Forschungsschwerpunkte Klinik für Mund- Kiefer und Plastische Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Düsseldorf“ <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/mkg> (18.7.2017).

⁴⁴ „Publikationsliste Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Uniklinik Köln“ <http://zahnklinik.uk-koeln.de/mund-kiefer-gesichtschirurgie/forschung/publikationen> (18.7.2017).

⁴⁵ „Behandlungsspektrum Traumatologie, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Universitätsklinikum Frankfurt“ <http://www.kgu.de/kliniken-institute-zentren/einrichtungen-des-klinikums/kliniken/zentrum-der-chirurgie/mund-kiefer-und-plastische-gesichtschirurgie/behandlungsspektrum/traumatologie.html> (18.7.2017).

⁴⁶ Anna Tischer, „Psychologische Betreuung von Brandverletzten“ in Lars Peter Kamolz, David N. Herndon und Marc G. Jeschke (Hrsg.), *Verbrennungen: Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas* (Wien: Springer, 2009).

⁴⁷ Sabine Kienitz, *Beschädigte Helden: Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914 – 1923*, in der Reihe *Krieg in der Geschichte* Band 41 (Paderborn: Schöningh, 2008), 309.

⁴⁸ Verena Pawlowsky und Harald Wendelin, „Die normative Konstruktion des Opfers: Die Versorgung der Invaliden des Ersten Weltkrieges“ in Laurence Cole, Christa Hämmerle und Martin Scheutz (Hrsg.), *Glanz – Gewalt – Gehorsam: Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918)* (Essen: Klartext, 2011), 359-86, 359.

körperliche Versehrtheit in Geldbeträgen benennen konnte.⁴⁹ Das dahinter stehende Konzept der Rentenversorgung beruhte auf dem Ersatz verloren gegangener Arbeitskraft und nicht auf dem Ersatz körperlicher Beschädigungen.⁵⁰ Gesichtsverletzte waren demnach, sofern sie nicht an Magenproblemen oder Unterernährung litten, voll arbeitsfähig. Und trotzdem schien es bei der Integration auf dem Arbeitsmarkt zu Problemen zu kommen, worauf Fritz Williger (1866-1932), Kieferchirurg in Berlin, bereits 1914 hinwies. Er beobachtete, dass Gesichtsverletzte im Dienstleistungssektor oder in kreativen Berufen aufgrund ihres Aussehens Benachteiligungen ausgesetzt waren. Daraus schloss er, dass physische Arbeitsfähigkeit nicht gleichbedeutend war mit der tatsächlichen Möglichkeit, dieser nachgehen zu können. Arbeitsfähigkeit, wie etwa bei Gesichtsverletzten, war nicht immer messbar und bedurfte daher alternativen Bewertungsmethoden.⁵¹ Zum Zeitpunkt von Willigers Aufruf wurden die Renten- und Versorgungsangelegenheiten im Mannschaftsversorgungsgesetz von 1906 geregelt. Das Gesetz sah eine ‚Verstümmelungszulage‘ bei dem Verlust einer Hand, eines Fußes, der Sprache, des Gehörs oder bei Erblindung beider Augen vor und sollte unabhängig von der Arbeitsfähigkeit gewährt werden. Entstellungen im Gesicht als Verstümmelungsgrund waren nicht explizit erwähnt. Die Versorgung an sich setzte sich zusammen aus: der Rente (ab 10% Erwerbsfähigkeitseinbuße) + Zusatzrente (mehr als 33 1/3% Erwerbsfähigkeitseinbuße) + Verstümmelungszulage (unabhängig von der Erwerbstätigkeit). Zusätzlich zum Gesetzestext gab es bindende Dienstanweisungen zur Anwendung der Gesetzesvorgaben. Am 26. Juni 1917 reagierte man im Sanitätsdepartement des Kriegsministeriums auf die von Williger angesprochenen Lücken in der Versorgung mit einer Dienstanweisung für die Bewertung von Kieferverletzungen. Die Anweisung sah eine Dienstuntauglichkeit bei Gesichtswunden „in Fällen allergrößter Verletzungen, nach Erschöpfung aller zielbewußten Behandlungsmethoden, wenn der Endzustand eine geordnete Aufnahme selbst weichgekochter Nahrung nicht erlaubt, oder die Entstellung im Gesichte derartig ist, daß sie abschreckend auf Mitmenschen wirkt“⁵², vor. Ein verbindliches Recht auf Entschädigung bei Gesichtsentstellungen hatten die Betroffenen erst mit dem Reichsversorgungsgesetz von 1920 erlangt. Bei diesem Gesetz war, ähnlich wie bei seinem Vorgänger, die Versorgung aus mehreren Teilen zusammengesetzt. Wichtigster Unterschied war die Unterteilung der Grundrente in die Einschränkung der Berufsfähigkeit oder „Minderung der körperlichen Unversehrtheit“.⁵³ Ab einer Erwerbsminderung von 50% wurde eine Schwerbeschädigtenzulage ausgezahlt. Darüber hinaus gab es noch die Möglichkeit von Zulagen (Pflegezulage, Kinderzulage, Ausgleichszahlungen). Bei der Minderung der körperlichen Unversehrtheit ging es nicht um den Ersatz der verlorenen Arbeitsfähigkeit, sondern um eine Ausgleichszahlung für eine sichtbare körperliche Entstellung:

⁴⁹ Kienitz, *Beschädigte Helden*, 309.

⁵⁰ Pawlosky und Wendelin, „Die normative Konstruktion des Opfers“, 382.

⁵¹ Fritz Williger und H. Schröder, *Die zahnärztliche Hilfe im Felde* (Berlin: Meusser, 1914), 12-13.

⁵² „Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung Kieferverletzter: Bekanntgegeben durch Erlaß des Kriegsministeriums, Sanitätsdepartements vom 26. Juni 1917, Nr. 2504/6 1917 S. 1. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1917 S. 199“ *Wiener klinische Wochenschrift* 31 (1918): 199.

⁵³ Reichsversorgungsgesetz. Ausführungsverordnungen zu § 7, § 25 Abs. 3 und zu § 28, RVG, Reichsregierung (5. Juni 1931): § 25.

„Wer in seiner körperlichen Unversehrtheit schwer beeinträchtigt ist, erhält ohne Rücksicht auf den Grund der tatsächlichen Minderung seiner Erwerbsfähigkeit eine Mindestrente auf der Grundlage nachstehender Sätze.“⁵⁴

Als Grund für den Anspruch auf diese Rente wurden 24 Punkte angegeben, wovon zwölf den Bereich des Gesichtes betrafen:

- Verlust der ganzen Kopfhaut (Skalpierung) (20-25%)
- Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges (30-25%)
- Verlust eines Auges (20%)
- Verlust eines Kiefers oder des größeren Teiles eines Kiefers (mehr als 1/3) (30%)
- Verlust des Gaumens (20-25%)
- Verlust aller Zähne (20-25%)
- Verlust beider Ohrmuscheln (20-25%)
- Erheblicher Gewebeerlust der Zunge mit schwerer Sprachstörung (30%)
- Verlust des Kehlkopfes (50%)
- Völliger Verlust der Nase (50%)
- Stinknase (Ozaena) (30%)
- Abstoßend wirkende Entstellung des Gesichtes, die den Umgang mit Menschen erschwert (25-50%)

Interessant ist der Wortlaut der Passage, welche die Reaktion des Umfeldes auf die Entstellungen behandelt. Diese Passage erinnert an den Wortlaut und die Argumentationslogik der zitierten Ärzte, wenn von „abstoßend wirkende[r] Entstellung des Gesichtes“ die Rede ist, die folglich „den Umgang mit Menschen erschweren“⁵⁵. Die dafür anberaumte Entschädigung von 25-50% ist beachtlich. Nur der völlige Verlust der Sprache (Kehlkopf), des Geruchssinnes (Nase) sowie der eines Beines oder Armes (50%)⁵⁶ wurde in derselben Höhe entschädigt. Damit wurde die Fähigkeit sozial zu agieren auf eine Ebene mit Körperfunktionen gestellt und zu einer Kernkompetenz menschlichen Lebens erhoben. Hiermit entschloss man sich für ein Rentensystem, das sich zwar auf die Entschädigung von Arbeitskraft beschränkte, diese jedoch in körperliche und soziale Fähigkeit unterteilte. Die hier getroffenen Aussagen und Gesetzestexte hatten ihre Gültigkeit bis zum Inkrafttreten des neuen Bundesversorgungsgesetzes von 1950 und finden sich auch in abgeänderter Form im aktuellen Bundesversorgungsgesetz wieder.⁵⁷

⁵⁴ Reichsversorgungsgesetz. Ausführungsverordnung zu § 25 Abs. 3.

⁵⁵ Ebd.

⁵⁶ Ebd.

⁵⁷ „Für Empfänger einer Pflegezulage nach § 35 und für Beschädigte, deren Grad der Schädigungsfolgen allein wegen Tuberkulose oder Gesichtsentstellung wenigstens 50 beträgt, sowie für Hirnbeschädigte haben die Hauptfürsorgestellten die Leistungen der Kriegsopferfürsorge unter Beachtung einer wirksamen Sonderfürsorge zu erbringen.“ Bundesversorgungsgesetz, Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges, BVG, Bundesgesetzblatt I (1. November 2011): § 27e.

6. Schluss

Die Rücksichtnahme auf Entstellungen in den Versorgungsgesetzen zeigt, welche Auswirkungen medizinische Diskurse über ‚Andersartigkeit‘ auf die Organisation von Gesellschaft und deren Wertvorstellungen haben konnten. Die Aussagen über Entstellungen verhandelten zugleich Männlichkeitskonzepte. Es gehörte zu einem menschlichen und männlichen Leben dazu, arbeits- und reproduktionsfähig zu sein. Eine der Voraussetzungen dafür war ein ansehnliches Gesicht mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten. Die Definition der ‚Andersartigkeit‘ entlang dem Aussehen der Männer beeinflusste so von Beginn an die Behandlung der soldatischen Patienten. Selbst bei der Entscheidung operativ oder prothetisch zu behandeln, was auf den folgenden Alltag der Verwundeten massiven Einfluss hatte, konzentrierte man sich weniger auf die Wahrnehmung und Wünsche der Betroffenen denn auf die mögliche Reaktion des Umfeldes und entschied nach dessen vermeintlichen Idealen. Der Diskursstrang über männliche Gesichter reihte sich somit in den Diskurs über Männlichkeit ein und ergänzte diesen um die Vorstellung eines angemessenen männlichen Gesichts als Teil des männlichen Körpers. Das Gesicht war, neben dem Körper als Ganzem, der Ort, an dem physische und gesellschaftliche Vorstellungen von Männlichkeit und ‚Andersartigkeit‘ verhandelt wurden. Daraus ergab sich die Zuschreibung einer ‚Andersartigkeit‘ über deren Makel im Gesicht. Psychische Probleme und Arbeitsunfähigkeit waren lediglich Symptome und nicht ausschlaggebend für die Kategorisierung als unmenschlich, abstoßend und entstellt.

Dieser Logik folgend gestalteten sich die Anleitungen und Ratschläge der ÄrztInnen im Umgang mit der Verletzung nach dem Ende der Behandlung. Die Patienten wurden nicht dazu ermutigt, selbstbewusst mit den Entstellungen umzugehen und daraus folgend individuelle Lebensentwürfe zu entwickeln. Vielmehr wurden Handgriffe und Tricks entwickelt, die Entstellung bestmöglich zu verstecken. Das reichte von dem Druck, sich abermals den rekonstruktiven Operationen zu unterziehen⁵⁸ bis ein ansehnliches Resultat erzielt wurde, bis hin zu Modetipps, wie Kleidung mit Stehkragen zu tragen, damit zumindest der untere Teil des Gesichtes verdeckt war.⁵⁹ Patienten, die sich der Praktik des Versteckens verweigerten, waren auf sich allein gestellt. Selbsthilfegruppen wie die *Fondation des ‚Gueules Cassées‘* in Frankreich, die von Gesichtsverletzten Soldaten 1921 ins Leben gerufen und bis heute unterhalten wird,⁶⁰ gab es im deutschsprachigen Raum nicht.

⁵⁸ Patientenakte Adalbert W., Allgemeine Poliklinik in Wien. Abteilung für Zahn- und Kieferkrankheiten, Zahnmuseum Wien, 6.

⁵⁹ Otto Walkhoff, „Über die Notwendigkeit sofortiger und ausreichender Hilfe bei Kieferverletzten“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 347.

⁶⁰ Der Verein unterhält eine Vierteljährige Zeitschrift, die auch online publiziert wird: http://www.gueules-cassees.asso.fr/srub_42-le-magazine.html (12.8.2013).

Quellen

Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland (LAV NRW R)
Bestand Verwaltungsakten Westdeutsche Kieferklinik

Privatarchiv Melanie Ruff
Bestand Erzählung, Elisabeth Stader

Zahnmuseum Wien
Bestand Patientenakte Adalbert W.
Bestand Brief von Hans Pichler an das Dekanat der medizinischen Fakultät

Literatur

1. [o.V.]. „Anhaltspunkte für die militärärztliche Beurteilung Kieferverletzter: Bekanntgegeben durch Erlaß des Kriegsministeriums, Sanitätsdepartements vom 26. Juni 1917, Nr. 2504/6 1917 S. 1. Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1917 S. 199.“ *Wiener klinische Wochenschrift* 31 (1918): 375.
2. Adloff, Paul. „Schußfrakturen der Kiefer und ihre Behandlung.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 40 (1914): 2062.
3. Angerstein, Hellmuth. *Wie und in welcher Höhe sind Kriegsdienstbeschädigte durch Kieferschußverletzungen versorgungsberechtigt?* Hannover: Blumenberg, 1932.
4. Austermann, Karl-Heinz. *Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie*. 2. Aufl. München: Urban & Schwarzenberg, 1991.
5. Bodò, Josef v. „Die odontortopädische Versorgung der bleibenden Unterkieferpseudarthrosen und die dadurch erzielte Behebung der bisherigen Invalidität und Erwerbsunfähigkeit dieser Kriegsinvaliden.“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 34 (1918): 177-196.
6. Bösl, Elsbeth, Anne Klein und Anne Waldschmidt (Hrsg.). *Disability History: Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte: Eine Einführung*. Bielefeld: transcript, 2010.
7. Bruhn, Christian (Hrsg.). *Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschussverletzungen: Ergebnisse aus dem Düsseldorfer Lazarett für Kieferverletzte*. Wiesbaden: J. F. Berrmann, 1915.
8. Bundesversorgungsgesetz, Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges. BVG vom November 1, 2011.
9. Cole, Laurence, Christa Hämmerle und Martin Scheutz (Hrsg.). *Glanz – Gewalt – Gehorsam: Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918)*. Essen: Klartext, 2011.
10. Deutsch, Adolf. *Anleitung zur Feststellung der Erwerbseinbuße bei Kriegsbeschädigten*. Im Auftrage des Staatsamtes für Volksgesundheit hrsg. von A. Deutsch. Wien: Staatsamt für Volksgesundheit, 1919.
11. Frey, Viktor. „Rezension zu: Beiträge zur Kieferschusstherapie.“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 33 (1917): 562-565.
12. Frühwald, Victor. *Plastic surgery of the the Nose, Ear and Face*. Wien: Maudrich, 1932.

13. Ganzer, Hugo. *Die Kriegsverletzungen des Gesichts und Gesichtsschädels und die plastischen Operationen zum Ersatz der verlorengegangenen Weichteile und Knochen mit besonderer Berücksichtigung der Kieferverletzungen*. Leipzig: Barth, 1943.
14. Grunwald, Benno. *Spätergebnisse bei Kieferschussverletzungen mit Berücksichtigung ihrer prothetischen Versorgung*. Leipzig: ohne Verlag, 1939.
15. Haberern, J. P. „Partielle Nasenplastik mit freier Transplantation aus der Ohrmuschel.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 43 (1917): 1481-1482.
16. Hoffmann-Axthelm, Walter. *Die Geschichte der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie*. Berlin u. a.: Quintessenz, 1995.
17. Kamolz, Lars-Peter, David N. Herndon und Marc G. Jeschke (Hrsg.). *Verbrennungen: Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas*. Wien: Springer, 2009.
18. Kienitz, Sabine. *Beschädigte Helden: Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914 – 1923*. In der Reihe *Krieg in der Geschichte* Band 41. Paderborn, Wien: Schöningh, 2008.
19. Köhne, Julia B. *Kriegshysteriker: Strategische Bilder und mediale Techniken militärpsychiatrischen Wissens (1914-1920)*. In der Reihe *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften* Band 106. Husum: Matthiesen, 2009.
20. Kränzel, Eduard. „Die Überbrückung von Pseudarthrosen in der Kinngegend durch einfache Zahnersatzstücke.“ In *Beiträge zur Kieferschusstherapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)*. Herausgegeben von Emil Steinschneider, 217-230. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917.
21. Kraus, M. „Ueber geheilte mit umfangreichen Weichteilverletzungen verbundene Kieferschussfrakturen: Aus der zahnärztlichen Abteilung der allgem. Poliklinik Wien (Abteilungsvorstand: k.k. Oberstabsarzt Professor von Wunschheim) Zweiter Teil.“ *Wiener klinische Wochenschrift* 28 (1915): 607-610.
22. Landwehr, Achim. *Historische Diskursanalyse*. 2. Aufl. In der Reihe *Historische Einführungen* Band 4. Frankfurt a. M.: Campus, 2009.
23. Leitner, Ernst. „Gesichtsplastiken an Kriegsverletzten.“ *Wiener Medizinische Wochenschrift* 5 (1919): 245-253.
24. Lindemann, August. „Zur Deckung grösserer Defekte der Weichteile bei Kieferschussverletzungen.“ In *Die gegenwärtigen Behandlungswege der Kieferschussverletzungen: Ergebnisse aus dem Düsseldorfer Lazarett für Kieferverletzte*. Herausgegeben von Christian Bruhn, 11-281. Wiesbaden: J. F. Berrmann, 1915
25. Pawlowsky, Verena und Harald Wendelin. „Die normative Konstruktion des Opfers: Die Versorgung der Invaliden des Ersten Weltkrieges.“ In *Glanz – Gewalt – Gehorsam: Militär und Gesellschaft in der Habsburgermonarchie (1800 bis 1918)*. Herausgegeben von Laurence Cole, Christa Hämmerle und Martin Scheutz, 359-386. Essen: Klartext, 2011.
26. Pfaff, Wilhelm und Friedrich Schoenbeck. *Kursus der zahnärztlichen Kriegschirurgie und Röntgentechnik*. 2. Aufl. Leipzig: Klinkhardt, 1916.
27. Reichsversorgungsgesetz. Ausführungsverordnungen zu § 7, zu § 25 Abs. 3 und zu § 28. RVG Reichsregierung. 5. Juni 1931.
28. Salomon, Heinrich. „Nasenprothesen aus Gelatine: Aus dem Nachbehandlungs-Institut des kgl. ungar. Invalidenamtes in Budapest (Direktor: Oberstabsarzt Prof. Dr. Karl v. Borszéký).“ *Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 32 (1916): 211-231.

29. Steinschneider, Emil (Hrsg.). *Beiträge zur Kieferschusstherapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)*. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917.
30. Tischer, Anna. „Psychologische Betreuung von Brandverletzten.“ In *Verbrennungen: Diagnose, Therapie und Rehabilitation des thermischen Traumas*. Herausgegeben von Lars-Peter Kamolz, David N. Herndon und Marc G. Jeschke, 231-234. Wien: Springer, 2009.
31. Wagner, Anton Ritter von. „Beobachtungen über den Einfluss der Kiefer- und Kriegsverletzungen auf die Psyche.“ In *Beiträge zur Kieferschusstherapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)*. Herausgegeben von Emil Steinschneider, 1-2. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917.
32. Walkhoff, Otto. „Über die Notwendigkeit sofortiger und ausreichender Hilfe bei Kieferverletzten.“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 346-347.
33. Warnekros, Ludwig. *Der Kriegszahnarzt: Beitrag zur Behandlung der Kieferfrakturen und der Schußverletzungen des Gesichts*. 2. Aufl. Berlin: Berlinische Verl. Anst, 1915.
34. Weiser, Rudolf. „Ein Jahr chirurgisch-zahnärztliche Tätigkeit im Kieferspital.“ In *Beiträge zur Kieferschusstherapie: Aus Anlass des einjährigen Bestehens des k.u.k. Reservespitals Nr. 17 (Spezialheilstätte für Kieferverletzte)*. Herausgegeben von Emil Steinschneider, 3-162. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1917.
35. Weishaupt, Tilly. „Die Ernährung von Verwundeten mit ausgedehnten Kieferzertrümmerungen: Aus dem Reservelazarett Kgl. Zahnärztliches Institut der Universität Berlin (Chefarzt: Oberstabsarzt Prof. Dr. Williger).“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 62 (1915): 699-701; Feldärztliche Beilage.
36. Williger, Fritz und H. Schröder. *Die zahnärztliche Hilfe im Felde*. Berlin: Meusser, 1914.
37. Zilz, Juljan (Hrsg.). „Ergebnisse der bisherigen Kriegserfahrungen auf dem Gebiete der Kriegsverletzungen: Übersichtsreferat.“ Sonderausgabe, *Österreichische Zeitschrift für Stomatologie* 14 (1916).

Internetquellen

1. „Klinik und Poliklinik für Mund, Kiefer u. p. G. Publikationsliste“
<http://zahnklinik.uk-koeln.de/mund-kiefer-gesichtschirurgie/forschung/publikationen> (18.7.2017).
2. „Uniklinik Düsseldorf Behandlungsschwerpunkte, Forschungsschwerpunkte“
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/index.php?id=744> (18.7.2017).
3. „Universitätsklinikum Wien Lernzielkatalog“
<http://www.meduniwien.ac.at/maxillo-facial/lernzielkatalog.htm> (12.8.2013).
4. „Universitätsklinikum Frankfurt Traumatologie“
<http://www.kgu.de/kliniken-institute-zentren/einrichtungen-des-klinikums/kliniken/zentrum-der-chirurgie/mund-kiefer-und-plastische-gesichtschirurgie/behandlungsspektrum/traumatologie.html> (18.7.2017).

Contergan im Diskurs: Ärzte und ihre öffentliche Verantwortung zu Beginn der 1960er Jahre

Anne Helen Crumbach

1. Einleitung

Als im November 1961 die Presse erste Meldungen über schädliche Nebenwirkungen des Medikaments Contergan veröffentlichte, diskutierten Ärzte und Wissenschaftler bereits intensiv über die Zunahme von Geburtsschäden und Nervenstörungen, die manche von ihnen auf das neue Schlafmittel zurückführten. Medizinische Fachzeitschriften informierten über den Sachverhalt, Ärzte tauschten auf Kongressen und Tagungen ihre Erfahrungen aus und stellten umfangreiche Studien vor. Hinter den Mauern der Universitäten und Labore war die Debatte bereits im Gange als die Öffentlichkeit davon erfuhr.¹ Jetzt nahmen sich Journalisten des Geschehens an. Betroffene erzählten von ihren Geschichten.² Das medizinische Wissen wurde Gegenstand einer gesellschaftlichen Debatte. Unter den Diskutanten waren Ärzte, die sich öffentlich zu Wort meldeten. Sie prägten die Wahrnehmung, was unter Contergan und Behinderung zu verstehen sei und wurden so zu einem Bindeglied zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit.

Journalisten und Wissenschaftler bewerteten das *In-die-Öffentlichkeit-Treten* unterschiedlich. In zahlreichen Artikeln begrüßten Journalisten diesen Schritt und fragten nach Konsequenzen aus der „Katastrophe“³ oder „Tragödie“⁴, wie die zeitgenössischen Semantiken lauteten.

¹ Siehe beispielhaft: William G. McBride, „Thalidomide and congenital abnormalities“ *The Lancet* 2 (1961): 1358, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65058; Horst Frenkel, „Contergan-Nebenwirkungen. Zentralnervöse Auffälligkeiten und polyneuritische Symptome bei Langzeitmedikation von N-Phthalyl-Glutaminsäure-Imid“ *Medizinische Welt* 18 (1961): 970-975, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54b, 54224-54229; Leslie Florence, „Is Thalidomide to blame?“ *British Medical Journal* 2 (1960): 1954; H. J. Raffauf, „Bewirkt Contergan (keine) Schäden?“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 935-938, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 57a, 57149-54; W. Scheid u. a., „Polyneuritische Syndrome nach längerer Thalidomid-Medikation“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 938-940; R. Voss, „Nil nocere! Contergan-Polyneuritis“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 103 (1961): 1431-1432.

² Vgl. Willibald Steinmetz, „Ungewollte Politisierung durch die Medien? Die Contergan-Affäre“ in Bernd Weisbrod (Hrsg.), *Die Politik der Öffentlichkeit – Die Öffentlichkeit der Politik. Politische Medialisierung in der Geschichte der Bundesrepublik* (Göttingen: Wallenstein, 2003), 195-228, 197-198.

³ Vgl. Dietrich Beyersdorff, „3000 Kinder sind Krüppel!“, *Bild*, 11.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67080; Günther Schwarzberg, „Mütter haben starke Herzen“, *Bild*, 3.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67108; Leserbriefe, „Am Rande des Ruins“, *Bild*, 10.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67109; Thomas Regau, „Vorsicht mit Medikamenten“, *Die Zeit*, 16.3.1962: 31, BArch B 189/11731, fol. 404.

⁴ Vgl. [o.V.] „Kommt Strafprozeß wegen ‚Contergan‘?“ *Deutsche Volkszeitung*, 5.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67051; W/kg, „Kampf schädlichen

Es gab einige wissenschaftliche Stimmen, die allein die medizinisch-pharmazeutische Fachgemeinschaft in der Lage sahen, Ungewissheit zu verringern und die Stichhaltigkeit der Argumente zu prüfen. Sie plädierten für einen Verbleib der Informationen im engeren Fachdiskurs bis dieser zu einem konsensfähigen Urteil gekommen sei.⁵

Hier wird ein mehrfacher Wandel deutlich: Das medizinische Netzwerk als abgeschlossenes, paternalistisches System, in dem Informationen unter den Facheliten ausgetauscht und diskutiert wurden, stand vor der Herausforderung, sich den Bedürfnissen der Laienöffentlichkeit anzupassen. Der Versuch, weiterhin in dieser Abgeschlossenheit zu verweilen, scheiterte an einer zunehmend selbstbewussteren Laienöffentlichkeit, die Teilhabe und Gehör forderte. Beispiele für einen kommunikativen Modernisierungsprozess zwischen Arzt und Patient und schließlich auch zwischen Arzt und Öffentlichkeit in den 1960er Jahren stellten einzelne Wissenschaften dar, die wir im Weiteren näher betrachten werden. Hieraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Wie hat sich das medizinische Netzwerk in den Anfangsjahren des Contergan-Falles (1961-1962/63) gewandelt und in welchem Verhältnis standen Arzt und Öffentlichkeit zueinander?
- Welchen Einfluss hatten Ärzte als mediale Akteure auf die Wahrnehmung von Contergan in den Printmedien?

Das medizinische Netzwerk war Anfang der 1960er Jahre keinesfalls homogen, d. h. es gab zahlreiche Ärzte aus unterschiedlichen Fachrichtungen, die Contergan erforschten und darüber diskutierten. Neurologen, Pädiater, Orthopäden, Humangenetiker, sie alle beschäftigten sich mit den Nebenwirkungen von Contergan und erzielten, je nach Fachrichtung, neue Erkenntnisse und Ergebnisse.⁶ Sie erklärten Contergan unterschiedlich: als Nervenstörung oder als körperliche Behinderung. Und es waren einzelne Ärzte, die die Grenzen ihrer Fachdiskurse überschritten. Sie prägten nicht nur die medizinischen Fachdiskurse, sondern förderten eine gesellschaftliche Diskussion über das Thema Behinderung, die dringend nötig war. Denn die gesellschaftliche Wahrnehmung von Behinderung spiegelte Anfang der 1960er Jahre Kriegserfahrungen und alltägliche Begegnungen mit Kriegsinvaliden, zugleich aber reflektierte sie auch die Angst vor den Auswirkungen atomarer Strahlung im Kontext des Kalten Krieges.⁷ Noch gab es den volkstümlichen Glauben von der „Verse-

Medikamenten“, *Münchener Merkur*, 20.7.1962, BArch B 189/11731, fol. 480; [o.V.] „Bonn hilft Körperbehinderten“, *Bonner Rundschau*, 18.7.1962, BArch B 189/11731, fol. 233.

⁵ Vgl. [o.V.], „Gesundheitsämter prüfen Fälle von Mißbildungen“, *Rheinische Post*, 28.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 213.

⁶ Siehe medizinische Diskussionen um Geburtsschäden und neurologische Schäden bei Erwachsenen, sowie orthopädische Behandlungsmöglichkeiten von contergangeschädigten Kindern: Alexander von Schwerin, „1961: Die Contergan Bombe. Der Arzneimittelskandal und die neue risikoevistemische Ordnung der Massenkonsumgesellschaft“ in Nicholas Eschenbruch, Viola Batz, Ulrike Klöppel und Marion Hulverscheidt (Hrsg.), *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan* (Bielefeld: transcript, 2009), 255-282; Beate Kirk, *Der Contergan-Fall: eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid* (Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1999), 41-48; Walburga Freitag, *Contergan. Eine genealogische Studie des Zusammenhangs wissenschaftlicher Diskurse und biographischer Erfahrungen* (Münster: Waxmann, 2005), 32-53; Elisabeth Bösl, *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland* (Bielefeld: transcript, 2009), 235-237.

⁷ Vgl. Stefanie Westermann, „Die Gemeinschaft hat ein Interesse daran, dass sie nicht mit Erbkranken verseucht wird“ – Der Umgang mit den nationalsozialistischen Zwangssterilisationen und die Diskussion über

hung⁴⁸ der Schwangeren und von einer Strafe Gottes im Falle einer Behinderung bei Neugeborenen.⁹

In dieser Konstellation schreckte der Contergan-Fall die Öffentlichkeit auf. Es bedurfte einer neuen Definition von Behinderung, die maßgeblich von Ärzten medial geprägt wurde. Hier seien beispielhaft Horst Frenkel (Neurologe), Widukind Lenz (Humangenetiker) und Oskar Hepp (Orthopäde) näher in den Blick genommen.

Das medizinische Netzwerk verharrte zunächst in gespannter Aufmerksamkeit. Unsicherheit und Beunruhigung prägten die Debatte, wie mit den erst kürzlich beobachteten Befunden umzugehen sei. In dieser Situation gingen Frenkel, Lenz und Hepp in die Öffentlichkeit.¹⁰ Mit ihren Forschungen und Darstellungen deuteten sie Contergan neu: als Auslöser nervöser Störungen, als Ursache von Behinderung und als durch Technik beherrschbare Schädigung.¹¹ Gleichzeitig reklamierten sie eine Position des Arztes, die über das rein medizinische Metier hinaus führte und die staatsbürgerliche Verantwortung des Arztes einforderte.

So fand Anfang der 1960er Jahre ein mehrfacher Umbruch statt. Die medizinischen Netzwerke lösten sich langsam von der nationalsozialistischen Vergangenheit, ohne jedoch einen konsequenten personellen Neuanfang zu starten. Sie versuchten vielmehr sich neuen Aufgaben bzw. Neuansätzen zu widmen, die unbelastet schienen. Nicht mehr die Volksgesundheit, sondern das Individuum, das mit Hilfe von Technik und verantwortlichem Handeln geheilt werden sollte, stand im Mittelpunkt.¹² Doch die technische Entwicklung, La-

eugenische (Zwangs-)Maßnahmen in der Bundesrepublik“ in Stefanie Westermann, Richard Kühl, Dominik Groß (Hrsg.), *Medizin im Dienst der „Erbgesundheit“: Beiträge zur Geschichte der Eugenik und „Rassenhygiene“* (Berlin: LIT, 2009), 169-197, 170; Schwerin, „Contergan Bombe“, 256-257.

⁸ „Mißbildungen“, *Brockhaus Enzyklopädie*, 17. neubearbeitete Auflage (Wiesbaden: Brockhaus, 1971), 612-613; Alexandra Kreuz, *Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung. Analyse und Weiterentwicklung von Einstellungsinstrumenten* (Wien: WUV-Univ.-Verl., 2002), 47.

⁹ Vgl. Oskar Hepp, „Die Häufung der angeborenen Defektmißbildungen der oberen Extremitäten“ *Medizinische Klinik* 57 (1962): 419-426, 424.

¹⁰ Vgl. Horst Frenkel, „Strafprozeß wegen ‚Contergan‘“, *Hamburger Echo*, 9.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 223; Pm, „Die bittere Pille“, *Abendpost*, 1.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 370; [o.V.], „Aktuelle Themen im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Ärztliche und wissenschaftliche Belange kamen in Pressekonferenzen zu Wort“ *Hamburger Ärzteblatt* [o.J.](1962): o. P., Landesarchiv Nordrhein Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65014; Widukind Lenz, „Entstehung von Mißbildungen durch Medikamente“ *Ärztliche Mitteilungen* 9 (1962): 494, Landesarchiv NRW – Abteilung Rheinland – Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65014; Dt., „Es gibt auch gesunde ‚Contergan-Kinder‘“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67070; „Mißgeburten durch Schlafmittel“, *Berliner Zeitung*, 27.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 211; Wolfgang Berkefeld, „Mißbildungen durch Schlafmittel?“ *Der Tagesspiegel*, 29.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 364; Thomas Regau, „Vorsicht mit Medikamenten“, *Die Zeit*, 16.3.1962, BArch B 189/11731, fol. 404; Paul Kühne, „Contergan auf dem ärztlichen Gewissen?“ *Berliner Ärzteblatt* 75 (1962): 61-64, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67079; re, „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie“, *Abendpost Frankfurt*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105.

¹¹ Zum Fortschrittsoptimismus in der Prothesenförderung siehe Bösl, *Politiken*, 300.

¹² Siehe hierzu der Wortbeitrag von Lenz auf der Kinderärztetagung mit Verweis auf seine staatsbürgerliche Verantwortung, Diskussionsbemerkung von Privatdozent Dr. W. Lenz, Hamburg, zu dem Vortrag von R. A. Pfeiffer und K. Kosenow: Zur Frage der exogenen Entstehung schwerer Extremitätenmißbildungen.

boruntersuchungen und medizinische Hilfsmittel wurden so komplex, dass Wissenschaftler und Mediziner nicht mehr allein hinter ihren weißen Labormauern agieren konnten. Die Öffentlichkeit formulierte Ansprüche an einer Teilhabe am medizinischen Wissen. Laien und Experten tauschten sich aus, Patienten forderten ein Mitspracherecht, wie Bruno Latour in einem Essay konstatierte: „Wir sind jetzt alle in kollektive Experimente verstrickt, in denen Menschen und nichtmenschliche Wesen zusammengemengt werden [...]“.¹³ Medizin war nicht mehr ein Territorium, das nur von Wissenschaftlern betreten werden durfte, vielmehr kam es zu einer engen Verzahnung von Experten und Laien, auch in den Medien.

2. Das medizinische Netzwerk unter dem Mikroskop

Wie müssen wir uns jenes medizinische Netzwerk vorstellen, das über Contergan diskutierte, stritt und forschte? Wie eingangs erwähnt, war dieses Netzwerk keinesfalls homogen, sondern unterschiedliche Professionen waren beteiligt, die Folgen des Medikaments zu erforschen. Sie alle waren ihren jeweiligen Traditionen und Forschungsschwerpunkten verpflichtet.

Die Neurologie betrachtete Contergan aus ihrem Erfahrungshorizont heraus. Ihre Patienten waren Erwachsene, die über Nervenstörungen und Nervenentzündungen klagten. Die Neurologie erfasste die Symptome und wies ihnen ein Krankheitsbild zu.¹⁴ Damit versuchten sie Abstand von einem höchst problematischen Erbe zu nehmen. Neurologen und Psychiater hatten an den Euthanasieprogrammen und den Zwangssterilisationen von psychisch kranken Menschen im Dritten Reich teilgenommen, und damit der kollektiven Volksgesundheit gegenüber der Gesundheit der einzelnen Menschen den Vorrang gegeben. Auch nach 1945 blieben personelle Kontinuitäten bestehen.¹⁵

Nach 1945 war die deutsche Humangenetik international isoliert. Deutsche Genetiker hatten während des nationalsozialistischen Regimes ihre Forschung für Zwangssterilisationen

Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztereinigung in Düsseldorf am 19.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 55a, 55003; Horst Frenkel, „Wird sich ein Staatsanwalt finden?“, *Kieler Nachrichten*, 7.12.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67023; re, „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie“, *Abendpost*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105.

¹³ Bruno Latour, „Ein Experiment von und mit uns allen“, *Die Zeit*, 11.4.2001 http://www.zeit.de/2001/16/Ein_Experiment_von_und_mit_uns_allen (12.8.2013).

¹⁴ Vgl. Horst Frenkel, „Contergan-Nebenwirkungen. Zentralnervöse Auffälligkeiten und polyneuritische Symptome bei Langzeitmedikation von N-Phthalyl-L-Glutaminsäure-Imid“, *Medizinische Welt* 18 (1961): 970-975, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54b, 54224-54229; W. Scheid et al., „Polyneuritische Syndrome nach längerer Thalidomid-Medikation“, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 938-940.

¹⁵ Vgl. Dorothee C. Roer, „Zeugenschaft als subjektive und soziale Herausforderung“ in Stefanie Westermann, Richard Kühl, Tim Ohnhäuser (Hrsg.), *NS-„Euthanasie“ und Erinnerung. Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven* (Münster: LIT, 2011), 29-42, 35; Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘, 1890-1945*, 2. Aufl. (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992), 261-290.

nen und Euthanasieprogramme missbraucht.¹⁶ Das Jahr 1945 hätte ein Neuanfang sein können, doch in mancherlei Hinsicht blieb es bei einem neuen Namen für eine belastete Forschungsrichtung. Personelle Kontinuitäten und Berufungen ehemaliger Rassenhygieniker auf Lehrstühle in der jungen Bundesrepublik, darunter Fritz Lenz, Vater des später in unserem Zusammenhang bedeutenden Humangenetikers Widukind Lenz, machten deutlich, dass es im medizinischen System keine Stunde Null gegeben hat.¹⁷ Immerhin, die Humangenetik beschäftigte sich nach 1945 zunächst mit Vaterschaftsnachweisen (das blieb partiell in der alten Tradition) und konzentrierte sich auf Auswirkungen atomarer Strahlen auf das menschliche Erbgut, was einen Neuanfang bedeutete, weil es von rassenbiologischen Vorstellungen wegführte.¹⁸

Im Contergan-Fall beschäftigten sie sich mit den Ursachen der Fehlbildungen. Sie untersuchten, welcher Wirkstoff für die beobachteten Phänomene verantwortlich sein könnte. Bisher bekannte Faktoren, wie atomare Strahlungen, Erbgut und Radioaktivität diskutierten sie ebenfalls.¹⁹

Während des Ersten und des Zweiten Weltkrieges hatte die Orthopädie sich den Kriegsoptionen angenommen. Ihr oblag die Reintegration der geschädigten Körper in die Arbeitswelt.²⁰ Auch nach 1945 stand die Integration, vor allem der Kriegsinvaliden, im Mittelpunkt der orthopädischen Arbeit. 1957 definierte der Heidelberger Orthopäde K. Lindemann „die sozialen Aufgaben der Orthopädie“ als „eng mit dem Bestreben um Erreichung, Erhaltung und Wiedergewinnung der körperlichen Leistungsfähigkeit“²¹ verbunden.

¹⁶ Vgl. Klaus-Dietmar Henke, *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord* (Köln: Böhlau, 2008); Sabine Schleiermacher, „Rassenhygiene und Rassenanthropologie an der Universität Berlin“ in Christoph Jahr (Hrsg.), *Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Band 1: Strukturen und Personen* (Stuttgart: Steiner, 2005), 71-88; Hans-Peter Kröner, *Von der Rassenhygiene zur Humangenetik. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik nach dem Kriege* (Stuttgart: Gustav Fischer, 1998).

¹⁷ Vgl. Kröner, *Von der Rassenhygiene zur Humangenetik*, 63-77; Peter Weingart, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz, *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1992), 562 ff.

¹⁸ Vgl. Weingart, Kroll, Bayertz, *Rasse, Blut und Gene*, 588-591. Zugleich wurde weiterhin in der Diskussion um atomare Strahlung die Frage diskutiert, ob die Strahlung sich direkt oder indirekt auf die Embryonen auswirke. Siehe hierzu Schwerin, „Contergan-Bombe“, 262.

¹⁹ Noch bevor Contergan als mögliche Noxe diskutiert wurde, entbrannte ein Streit zwischen Medizinern und Genetikern, ob die Ursache für die Geburtsschädigungen in atomarer Strahlung liegen könnte und ob diese Strahlung physiologische oder genetische Veränderungen hervorrief, siehe dazu Schwerin, „Contergan Bombe“, 262. Auch im weiteren Verlauf der Diskussion wurde immer wieder nach der Erbschädigung von Contergan gefragt. Wissenschaftler diskutierten diese Verwechslung von „erworbenen“ und „erblichen“ Schädigungen intensiv, siehe dazu Schwerin, „Contergan Bombe“, 265-267. Weitere Literatur siehe H.-R. Wiedemann, „Hinweis auf eine derzeitige Häufung hypo- und aplastischer Fehlbildungen der Gliedmaßen“ *Medizinische Welt* 37 (1961): 1863-1866; Widukind Lenz, „Thalidomide and congenital Abnormalities“ *The Lancet* 1 (1962): 45, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65010; R. A. Pfeiffer, W. Kosenow, „Thalidomide and congenital Abnormalities“ *The Lancet* [o.J.] (1962): 45-46, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65010-11.

²⁰ Vgl. Klaus-Dieter Thomann, *Das behinderte Kind. ‚Krüppelfürsorge‘ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920* (Stuttgart: Urban & Fischer bei Elsevier, 1995), 16; Bösl, *Politiken*, 292-299.

²¹ Kurt Lindemann, „Die sozialen Aufgaben der Orthopädie“ in Georg Hohmann (Hrsg.), *Handbuch der Orthopädie*, (Stuttgart: Thieme, 1957), 1170, zitiert nach Thomann, *Das behinderte Kind*, 12.

Ehemalige Soldaten mit körperlichen Behinderungen sollten nun wieder in den Arbeitsmarkt integriert werden.²² Zentral war hier die soziale Komponente der Orthopädie, die an Traditionen von vor 1933 anknüpfte.

Die Orthopäden richteten in den Anfangsjahren des Contergan-Falles ihren Blick auf eine erhöhte Selbständigkeit der geschädigten Kinder und versuchten, wie schon im 19. Jahrhundert, eine Normalisierung der Lebenssituation herbeizuführen. Fürsorge für die betroffenen Kinder gepaart mit technischen Errungenschaften der orthopädischen Prothesenentwicklung, sollte ihnen helfen, sich in den Alltag zu integrieren, normale Schulen zu besuchen und einen Beruf zu erlernen.²³ Somit stellte die Orthopädie Hilfskonzepte vor, die in der Tradition der orthopädischen Hilfe standen. Die fortschrittliche Entwicklung von Prothesen veranschaulichte einen Optimismus, der die 1950er Jahre und 1960er Jahre begleitete. Zugleich galt die Prothese als Hoffnungsträger, dass der technische Fortschritt doch noch kein Ende gefunden hatte,²⁴ was einige Zeitgenossen in den Folgen des Medikaments gesehen hatten.²⁵

Die Diskussionen verliefen folglich mit unterschiedlichen medizinischen Schwerpunkten.²⁶ Alte Eliten konnten sich weiterhin in den Professionen halten, traditionelle Vorstellungen verbanden sich mit neuen Erkenntnissen. Eine Mischung, die nicht nur in der Medizin ein Signum der 1960er Jahre war.

Die mediale Öffnung des medizinischen Netzwerkes war ein schleichender, von manchen Seiten ungeliebter Prozess, der jedoch vor allem durch die erstarkte Presse beschleunigt wurde. Pressevertreter trieben eine gesellschaftliche Diskussion um Contergan an und definierten die Rolle des Arztes neu: als medialen Akteur, als wissenschaftlich-forschenden Mediziner und als sich seiner gesellschaftlichen Verantwortung bewussten Staatsbürger. Das medizinische Netzwerk brachte sich in diese Diskussion mit ein: Einerseits, in dem es harsche Kritik an einer Öffnung übte, andererseits, weil Forschungsoptimismus und Innovationen den Diskurs mitbestimmten. Diese ambivalente Haltung des medizinischen Netzwerkes, die zögerliche Öffnung, die Angst vor Veränderungen, Bruch mit Traditionen und alten Autoritätshierarchien charakterisiert nicht nur die Medizin, sondern auch die Gesellschaft der 1960er treffend. Diese Umbruchsphase soll nachstehend näher beschrieben werden.

²² Vgl. Claudia Kaluza und Bernhard Schimek, *Grenzyverschiebung. Ein Versuch der Klärung von Vorstellung der Auflösung des Begriffs ‚Behinderung‘* (Münster: LIT, 2004), 12.

²³ Vgl. Bösl, *Politiken*, 234-237; 301-311.

²⁴ Vgl. ebd., 300-307.

²⁵ Vgl. G.S., „Tabletten erzeugen neue gefährliche Krankheiten“, *Welt der Arbeit*, 15.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 394; Heinz Koar, „Die Contergan-Affäre“, *Welt der Arbeit*, 15.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 395; Thomas Regau, „Vorsicht mit Medikamenten“, *Die Zeit*, 16.3.1962, BArch B 189/11731, fol. 404.

²⁶ Mediziner diskutierten heftig über die Beschreibung des neuen Syndroms: entweder eine morphologische oder ätiologische Beschreibungsform. In dieser Diskussion ging es um die Frage, ob es einen Kausalzusammenhang zwischen der Contergan-Einnahme und den Geburtsschäden gab oder nicht. Hierzu Waldburga Freitag, „Diskurs und Biographie. Konstruktion und Normalisierung contergangeschädigter Körper und ihre Bedeutung für die Entwicklung biographisch ‚wahren‘ Wissens“ in Anne Waldschmidt und Werner Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (Bielefeld: transcript, 2007), 249-271, 253-254.

3. Die Notwendigkeit eines gesellschaftlichen Diskurses: Die Öffnung des medizinischen Netzwerkes

Am 16.8.1961 veröffentlichte *Der Spiegel* einen Artikel mit der Überschrift „Zuckerplätzchen forte“²⁷ über den Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Neuropsychologie Horst Frenkel. Seine Geschichte mutete wie ein Kriminalstück an. Frenkel ging in der Privatklinik im Taunus den Beschwerden einiger erwachsener Patienten nach, die vermehrt über Nervenstörungen, Kribbeln in Armen und Beinen, eingeschlafene Extremitäten bis hin zu Erinnerungslücken klagten. Das Auftreten, die Kombination und Intensität dieser Beschwerden waren neu. Er verfolgte die Spur des Medikaments Contergan, kontaktierte Kollegen und teilte ihnen seine Befunde mit. Frenkel schrieb einen Artikel für eine medizinische Fachzeitschrift, jedoch ließ die Erscheinung auf sich warten, vielmehr erhielt er Besuch von Vertretern der Firma Chemie Grünenthal, die ihn von der Unschädlichkeit ihres Medikaments überzeugen wollten.²⁸ Frenkel ließ sich nicht beirren und forschte weiter. Schließlich konnte der Frankfurter Professor Hoff auf einer Internistentagung in Wiesbaden Frenkels Verdacht einem größeren Publikum vorstellen. Frenkels Artikel erschien im Mai 1961 in der *Medizinischen Welt*.²⁹ Überschriften war er mit dem Titel „Contergan-Nebenwirkungen“.

Neu war die Art und Weise, wie Frenkel seinen Verdacht einem großen Publikum mitteilte. Das Wochenmagazin *Der Spiegel* war als progressives, investigativ-interessiertes und vor allem politisches Magazin bekannt, das sich jedoch nicht primär mit medizinischen Themen auseinandersetzte. Frenkel wandte sich somit bewusst nicht an ein medizinisches Fachpublikum, sondern an die Laienöffentlichkeit. Die Darstellung der medizinischen Fakten im Magazin *Der Spiegel* erschien Frenkel zu diesem Zeitpunkt noch „ungewohnt“³⁰, er war jedoch dankbar, dass sich ein Pressemedium dem Thema annahm, wie er in einem Leserbrief äußerte.³¹ Hier trafen zwei unterschiedliche Vorstellungen aufeinander: das paternalistisch geprägte medizinische Netzwerk, das die Informationen intern unter Experten diskutierte und jene Vorstellung einer aufgeklärten Öffentlichkeit, die zu informieren sei. Wie sehr Patienten und Ärzte in der Vorstellung eines Fachnetzwerkes verharren, das es schon richten wird, zeigt der nicht existierende Nachhall auf den *Spiegel*-Artikel 1961. Bis November 1961 folgten keine weiteren Presseberichte über Contergan.³²

²⁷ [o.V.], „Zuckerplätzchen forte“, *Der Spiegel* 34, 16.8.1961, 59-60.

²⁸ Vertreter der Firma Grünenthal haben Publikationen verzögert, aber nicht verhindern können, siehe Freitag, „Contergan“, 34.

²⁹ Vgl. Horst Frenkel, „Contergan-Nebenwirkungen. Zentralnervöse Auffälligkeiten und polyneuritische Symptome bei Langzeitmedikation von N-Phthalyl-Glutaminsäure-Imid“ *Medizinische Welt* 18 (1961): 970-975, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54b, 54224-54229.

³⁰ Leserbrief Horst Frenkels an *Der Spiegel* 1961, zitiert nach Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 168a.

³¹ Vgl. Steinmetz, „Politisierung“, 209. Auch der Neurologe Voss wandte sich an den *Spiegel* und forderte dort die Rezeptpflicht für das Medikament Contergan. Im späteren Prozess verteidigte er sein Vorgehen, da er erlebt habe, dass die Veröffentlichung in der Fachpresse nicht ausreichte und er daher die Laienpresse informierte. Freitag, „Contergan“, 34-35.

³² Vgl. Steinmetz, „Politisierung“, 208-209.

Im medizinischen Netzwerk hingegen kam ein weiterer Verdacht auf, der nun von Humangenetikern und Pädiatern diskutiert wurde. Seit Ende der 1950er Jahren stellten Wissenschaftler einen Anstieg der Fehlbildungen bei Neugeborenen fest, der auch die Politik beschäftigte. 1958 reichte die FDP-Fraktion einen Antrag im Bundestag ein, indem sie eine Untersuchung der Geburtsschäden bei Neugeborenen beantragte.³³ Das fehlende Meldegesetz³⁴ erschwerte eine genaue Bezifferung der Fälle und zunächst beschränkten die Wissenschaftler sich darauf, zeitgenössisch bekannte Ursachen für Fehlbildungen zu überprüfen: Radioaktivität, Röntgenstrahlen, erbliche Faktoren.³⁵ Die Wahrscheinlichkeit, dass eine exogene Ursache für den Anstieg der Schädigungen verantwortlich sein könnte, wurde mehr und mehr in Betracht gezogen.³⁶ Einen Zusammenhang mit den neurologischen Ergebnissen von Frenkel sahen sie indes noch nicht.

Am 19.11.1961 fand die Rheinisch-Westfälische Kinderärztertagung in Düsseldorf statt, auf deren Tagungsordnung ebenfalls der Anstieg der Fehlbildungsrate bei Neugeborenen stand. Nach dem Beitrag der Münsteraner und Krefelder Ärzte Pfeiffer und Kosenow³⁷ meldete sich der Humangenetiker Widukind Lenz aus Hamburg zu Wort.³⁸

Lenz hatte Mütter mit geschädigten Neugeborenen befragt und die Herkunft der Geburtsschäden untersucht. Er fand heraus, dass die meisten Mütter Contergan eingenommen hatten und vermutete einen Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und den Schädigungen.³⁹ Obwohl er in seiner Erklärung betonte, dass die wissenschaftliche Überprüfung des Verdachts noch ausstehe, machte er jedoch den Ernst der Lage deutlich und forderte eine sofortige Zurückziehung des Mittels. Lenz kritisierte die fehlende Initiati-

³³ Vgl. Antrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag, Betr. Zunahme von Mißgeburten, 3. Wahlperiode, Drucksache 386, Bonn 14. Mai 1958, BArch B 142/1825, fol. 39.

³⁴ Vgl. Bundesminister des Inneren und Bundesminister für Gesundheitswesen, Niederschrift über die Besprechung mit den Vertretern der obersten Landessozialbehörden und der obersten Landesgesundheitsbehörden am 2. Oktober 1962 in Bonn, BArch B 142/1825, fol 254-265.

³⁵ Siehe zur Diskussion um die „erworbenen“ oder „erblichen“ Schädigungen Schwerin, „Contergan Bombe“, 265-267; [o.V.], „Fruchtschädigung durch Röntgenaufnahmen“ *Gesundheitspolitische Umschau*, 11 (1962): 121, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65039; Hans-Rudolf Wiedemann, „Derzeitiges Wissen über Exogenese von Mißbildungen im Sinne von Embryopathien beim Menschen. Einige Konsequenzen für Arzt und pharmazeutische Industrie“ *Medizinische Welt* 24 (1962): 1343-1349, 1343, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 66 b, 66315-66321.

³⁶ Vgl. Hans Joachim Raffauf, „Bewirkt Thalidomid (Contergan) keine Schäden?“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 935-937, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 57a, 57149-54; Claus E. Petersen, „Thalidomid und Mißbildungen. Beitrag zur Frage der Ätiologie eines gehäuft aufgetretenen Fehlbildungskomplexes“ *Medizinische Welt* 14 (1962): 753-756, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54139-54142; Widukind Lenz und Klaus Knapp, „Die Thalidomid-Embryopathie“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 87 (1962): 1232-1242, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54152-54162; Freitag, „Contergan“, 36-39; Bösl, *Politiken*, 228-229.

³⁷ Vgl. Lenz, Knapp, „Die Thalidomid-Embryopathie“.

³⁸ Vgl. Diskussionsbemerkung von Privatdozent Dr. W. Lenz, Hamburg, zu dem Vortrag von R. A. Pfeiffer und K. Kosenow: Zur Frage der exogenen Entstehung schwerer Extremitätenmißbildungen. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztervereinigung in Düsseldorf am 19.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 55a, 55003; Bösl, *Politiken*, 228-229.

³⁹ Vgl. Bösl, *Politiken*, 228-229.

ve und Dynamik in der Forschung und forderte eine schnellere Überprüfung des Medikaments, da jede zeitliche Verzögerung weitere körperlich behinderte Kinder zur Folge hätte. Er appellierte somit an das gesamte medizinische Netzwerk, diese Aufgaben ernst zu nehmen. Lenz argumentierte hier nicht als Arzt, sondern, wie er selbst sagte, als „Mensch und Staatsbürger“⁴⁰. In seinem Wissen lag die Pflicht, seine Erkenntnisse einem größeren Publikum mitzuteilen und weitere Schädigungen zu verhindern.⁴¹ Obwohl Lenz sich auf einer Fachkonferenz zu den möglichen Contergan-Nebenwirkungen äußerte, drangen seine Beobachtungen wenige Tage später an die Öffentlichkeit.⁴² Hatte der *Spiegel*-Artikel über Frenkel im August 1961 keine weiteren Presseartikel bewirkt, trat Lenz' Entdeckung nun eine mediale Lawine los. In den folgenden Wochen beherrschte das Thema Contergan die Presse, die sich zunächst mit politischer Kritik zurückhielt.⁴³

Dass die starke mediale Präsenz des Themas auch auf Kritik stieß, ist eingangs erwähnt worden. Die Deutsche Pharmazeutische Gesellschaft Köln äußerte sich in Person des Pharmakologen Dietrich Lorenz Anfang Dezember 1961 im Kölner Stadtanzeiger kritisch. In seiner Erklärung betonte er die Verantwortung eines jeden Arztes, seine Beobachtungen frühestmöglich mit Kollegen zu teilen und an verantwortliche Stellen weiterzuleiten, sah es jedoch keinesfalls als gerechtfertigt an, die Öffentlichkeit zu beunruhigen.⁴⁴ Die Öffentlichkeit zu informieren und aufzuklären, war in seinen Augen unnötig. Auch ein Vertreter der Firma Chemie Grünenthal erklärte in einem Interview mit der Frankfurter

⁴⁰ Diskussionsbemerkung von Privatdozent Dr. W. Lenz, Hamburg, zu dem Vortrag von R. A. Pfeiffer und K. Kosenow: Zur Frage der exogenen Entstehung schwerer Extremitätenmißbildungen. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung in Düsseldorf am 19.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 55a, 55003.

⁴¹ Vgl. ebd.; Steinmetz, „Politisierung“, 211-212.

⁴² Wahrscheinlich aufgrund des medialen Druckes nahm die Firma Chemie Grünenthal einen Tag nach der Veröffentlichung des ersten Presseartikels das Medikament vom Markt, siehe dazu Steinmetz, „Politisierung“, 212.

⁴³ Auswahl von Presseberichten: Bey, „Hamburger Dozent warnte vor Tabletten“, *Bild*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67003; [o.V.], „Verkaufsverbot für Schlafmittel“, *Abendpost*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67004; [o.V.], „Gefährliches Schlafmittel eingezogen“, *Tagespiegel Berlin*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67005; Inw., „Contergan‘ nicht mehr im Handel“, *Aachener Nachrichten*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67006; [o.V.], „Schlafmittel ‚Contergan‘ wird scharf überprüft“, *Kölnische Rundschau*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67007; Gerhard Knuth, „Heimtückisches Schlafmittel wird untersucht“, *Kieler Nachrichten*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67008; [o.V.], „Was ist los mit ‚Contergan‘?“, *Aachener Nachrichten*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67011; Hans-Joachim Oertel, „Experten prüfen Schlafmittel“, *NRZ Essen*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67012; Max Karl Feiden, „Ärzte und Kliniker haben jetzt das letzte Wort“, *Ruhr-Nachrichten*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67013; Thomas Beer, „Schlafmittel wurde sehr gelobt. Die große Überraschung kam später“, *Westfälische Rundschau*, 30.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67017.

⁴⁴ Vgl. Dietrich Lorenz, „Es sind nur Vermutungen“, *Kölner Stadt Anzeiger* 2.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 374.

Abendpost, dass das Krankheitsbild der Polyneuritis nicht angemessen in der „breite[n] Öffentlichkeit“⁴⁵ zu diskutieren sei, da es auch für Wissenschaftler nur schwer zu deuten sei, ganz zu schweigen von Laien.⁴⁶

Diese Beispiele spiegeln eine noch zögerliche mediale Berichterstattung in der Presse zum Thema Contergan im November/Dezember 1961 wider. In diesem Zeitraum stellten Journalisten und Redakteure politische Handlungen kaum in Frage.⁴⁷ Dies sollte sich mit einer zunehmenden politischen Skandalisierung ab 1962 ändern.

Einige Wissenschaftler kritisierten im medizinischen Netzwerk die Popularisierung und Medialisierung der Folgen des Medikaments. Ihre Kritik verdeutlichte, dass sie einen Verbleib im Fachdiskurs gewünscht und auf traditionelle, zurückhaltende Elemente der Wissensvermittlung und Diskussion gesetzt hätten. Eng verbunden war in diesem Zusammenhang die mediale Präsenz des Widukind Lenz. Vor allem sein Vorstoß in die Öffentlichkeit habe, so einige Kritiker, die wissenschaftliche Erforschung der Contergan-Nebenwirkung erschwert. Mütter seien nach den Presseberichten aufgebracht und verunsichert, Befragungsergebnisse könnten keine neutralen Ergebnisse mehr liefern, da nun alle Familien mit geschädigten Kindern eine Verbindung zu Contergan vermuteten.⁴⁸ Lenz wehrte sich gegen diese Vorwürfe, verwies auf die allgemeinen und ungenauen Schilderungen der Geburtsschäden in der Presse, die die Familien keinesfalls beeinflusst hätten.⁴⁹ Zudem zeigte sich hier ein Deutungskampf um die Frage nach einer morphologischen oder ätiologischen Beschreibungspraxis. Das medizinische Netzwerk diskutierte heftig, ob der Wirkstoff Thalidomid schädigend auf den Embryo einwirkte oder nicht.⁵⁰

Obwohl Lenz im medizinischen Netzwerk harsche Kritik hinnehmen musste, äußerte sich die Presse durchaus positiv über sein Engagement. Mehrere Zeitungen berichteten im

⁴⁵ [o.V.], „Gehört nicht an die breite Öffentlichkeit...“, *Abendpost*, Dezember 1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67025.

⁴⁶ Vgl. ebd.

⁴⁷ Vgl. Steinmetz, „Politisierung“, 214-216.

⁴⁸ Vgl. Claus E. Petersen, „Thalidomid und Mißbildungen. Beitrag zur Frage der Ätiologie eines gehäuft aufgetretenen Fehlbildungskomplexes“ *Medizinische Welt* 14 (1962): 753-756, 755, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54139-54142; Widukind Lenz und Klaus Knapp, „Die Thalidomid-Embryopathie“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 87 (1962): 1232-1242, 1236, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54152-54162; Lenz wehrte sich gegen die Vermutung, dass die mediale Berichterstattung und seine Befragung der Mütter diese suggestiv beeinflussen könnten. Er verwies darauf, dass in den Medien nie explizit von der Art und dem Grad der Schädigungen gesprochen wurden und somit die Frauen nicht wussten, welche Schädigungen gemeint waren. Hierzu: Widukind Lenz, „Wirkt Contergan teratogenetisch?“ *Hamburger Ärzteblatt* [o.J.] (1962): 159-160, 159. Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65012-13. Schließlich wurde Widukind Lenz im medizinischen Netzwerk wie auch später im Prozess scharf kritisiert, siehe dazu: Arthur Daemrich, „Contergan. A Tale of two Experts. Thalidomid und Political Engagement in the United Staates and West Germany“ *The Society for the Social History of Medicine* 1 (2003): 137-158, 141-142.

⁴⁹ Vgl. Widukind Lenz, „Wirkt Contergan teratogenetisch?“ *Hamburger Ärzteblatt* [o.J.](1962): 159-160, 159, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65012-13.

⁵⁰ Vgl. Freitag, „Diskurs und Biographie“, 249-271.

August 1962 von der Würdigung Lenz als „Sherlock Holmes der Medizin“⁵¹ in der amerikanischen Presse und unterstrichen somit seine herausgestellte Position in den USA. *Die Welt am Sonntag* verurteilte im Dezember 1963 die unsachliche „Hexenjagd“⁵² auf den Humangenetiker, die angesichts seiner Leistungen gänzlich unverständlich sei.

Auch Frenkel musste Kritik aus den eigenen Fachkreisen hinnehmen. Kollegen kritisierten, er habe direkt die Presse anstelle seiner Kollegen informiert, warfen ihm Unwissenschaftlichkeit und leichtfertiges Handeln vor. Auch hier zeigt sich, wie schwierig es für das medizinische Netzwerk war, die elitäre Argumentationsebene der Facheliten zu verlassen und sich für die Laienöffentlichkeit zu öffnen.⁵³ Frenkel wie auch Lenz wurden jedoch gerade über ihre öffentliche Bekanntheit zu einer Anlaufstelle für erwachsene Contergangeschädigte, die unter den neurologischen Nebenwirkungen litten und für jene Familien mit contergangeschädigten Kindern.⁵⁴

Im Dezember 1961 gewann die Geschichte von Frenkel nochmals an Dynamik, als westdeutsche Tageszeitungen einen Brief von Frenkel veröffentlichten, in dem er ein strafrechtliches Vergehen der Firma Chemie Grünenthal auflistete und erstmals eine staatsanwaltschaftliche Untersuchung forderte.⁵⁵ In diesem Brief wird zweierlei deutlich: Frenkel verließ hier erneut die medizinische Öffentlichkeit und nutzte seine Bekanntheit, um die Laienöffentlichkeit zu informieren. Schließlich ging es ihm nicht mehr nur um einen medizinischen Sachverhalt, sondern er definierte Contergan als einen strafrechtlichen Gegenstand. Er forderte eine politische Reaktion in Form einer staatsanwaltschaftlichen Untersuchung. Frenkels Engagement beschränkte sich in der Folgezeit nicht mehr auf seine medizinische Tätigkeit, vielmehr gründete er die erste Interessengemeinschaft für Contergangeschädigte – der erste Schritt zu einer Selbstorganisation von Betroffenen.⁵⁶ Der Interessen-

⁵¹ [o.V.], „Erstes Contergan-Baby in den USA“, *Bild*, 9.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68047; [o.V.], „So wurde Contergan eingekreist“, *Welt am Sonntag* 32 (1962): 9, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68054; Gerhard Mauz, „Kein Medikament ist völlig ungefährlich“, *Die Welt*, 15.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68064.

⁵² Vgl. Gerhard Prause, „Der ‚Fall Contergan‘ – zwei Jahre danach...“, *Welt am Sonntag*, 1.12.1963, BArch B 189/11731, fol. 271.

⁵³ Vgl. Manfred v. Conta, „Vom Schlafmittel zum Schmerzensgeld“, *Süddeutsche Zeitung*, 9.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67053.

⁵⁴ Vgl. Widukind Lenz, „Wirkt Contergan teratogenetisch?“, *Hamburger Ärzteblatt* [o.J.] (1962): 159-160, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 65, 65012-65013; [o.V.], „Hausfrauen ließen plötzlich[...]“, *Frankfurter Rundschau*, 10.1.1962, BArch B 189/11731, fol. 398.

⁵⁵ Vgl. Horst Frenkel, „Wird sich ein Staatsanwalt finden?“, *Kieler Nachrichten*, 7.12.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67023. Brief u. a. abgedruckt in: *Neue Presse* (8.12.1961), *Braunschweiger Zeitung* (8.12.1961), *General-Anzeiger-Wuppertal* (13.12.1961), siehe Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a.

⁵⁶ Vgl. [o.V.], „Contergan-Geschädigte formieren sich“, *Rhein-Zeitung Koblenz*, Dezember 1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67045; Manfred v. Conta, „Vom Schlafmittel zum Schmerzensgeld“, *Süddeutsche Zeitung*, 9.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67053. Es wandten sich zahlreiche Bundesbürger aus ganz Westdeutschland an Frenkel. Es folgte 1963 die Gründung des Bundesverbandes der Eltern körpergeschädigter Kinder e.V. Siehe dazu: Satzung des Bundesverbandes der Eltern körpergeschädigter Kinder, e.V. – Contergankinder-Hilfswerk, BArch B 142/2116, fol. 189.

verband war neben staatlichen Behörden die erste zielgerichtete Anlaufstelle für Betroffene, denen Anonymität gewährleistet wurde. Frenkel appellierte an Kollegen, Ärzte und Krankenkassen sich diesen Patienten anzunehmen und, wie er, nach dem Gewissen zu handeln.⁵⁷ In Frenkels wie auch in Lenz Fall wird zweierlei deutlich: Beide Ärzte engagierten sich über ihre medizinische Pflicht hinaus. Gesellschaftliches Engagement, Verteidigung von Patienteninteressen gegenüber Pharmaunternehmen, anderen Ärzten und schließlich gegenüber dem Staat – wie es bei Frenkel der Fall war – zeichnen das Bild einer staatsbürgerlichen, moralischen Motivation, die über die ärztliche Verantwortung hinausging.

Im Frühjahr und Sommer 1962 veränderte sich die Berichterstattung zum Contergan-Fall vor allem durch die Boulevardpresse, die sich nun auf die von ihnen sogenannten „Contergan-Kinder“⁵⁸ und ihre Familien fokussierte und erste Bilder von contergangeschädigten Kindern außerhalb der medizinischen Fachzeitschriften abdruckte. Einzelreportagen und Spendenaufrufe brachten sie in die öffentliche Wahrnehmung.⁵⁹ Der Contergan-Fall entwickelte sich zu einem von der Presse geförderten Skandal, der vor allem von der Boulevardpresse befeuert wurde. Humangenetische oder neurologische Fragestellungen rückten in den Hintergrund. Die Orthopädie gewann an Bedeutung, weil sie sich direkt mit den Betroffenen auseinandersetzte und ihre Bedürfnisse berücksichtigte. Die theoretisch-pharmazeutischen Fragestellungen verloren an Bedeutung gegenüber den – nun auch in Bildern für jeden sichtbaren – alltäglichen Schwierigkeiten des Lebens für die contergangeschädigten Kinder.

War zuvor die Presse hinsichtlich der Skandalisierung des Themas noch zurückhaltend gewesen und warf sie nur in geringem Maße Fragen nach politischer Zuständigkeit auf, veränderte sich dies nun hin zu einem politischen und gesellschaftlichen Skandal.⁶⁰

In Folge dieser Verschiebung gewannen die Orthopäden im medialen Diskurs an Bedeutung, in dem Prof. Oskar Hepp aus Münster zu einem der zentralen Akteure wurde. Mit der bildlichen Darstellung der Kinder rückten Fragen nach Rehabilitation und prothetischer Hilfe verstärkt in den Mittelpunkt. Wie konnte den Kindern und ihren Familien geholfen werden? Die Orthopädie konnte diese Fragen beantworten und die Berichterstattung spürte förmlich den Fortschrittsoptimismus, der die Orthopädie um 1960 erfasst hatte.⁶¹ Er verband mit seinem Innovationsglauben in die Technik zugleich die soziale

⁵⁷ Vgl. ebd. Die Firma Grünenthal erwirkte gegen Frenkel eine einstweilige Verfügung, der jedoch seine Arbeit in der Interessengemeinschaft fortsetzte.

⁵⁸ Vgl. Evangelischer Pressedienst, „Heim für Contergan-Kinder bei Neumünster?“, *Hamburger Abendblatt*, 19.12.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, NW 372 Nr. 210; Dietrich Beyersdorff, Dietrich, „3000 Kinder sind Krüppell“, *Bild*, 11.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67080 ; [o.V.], „Was soll ich Jan sagen?“, *Bild*, 9.7.1962; Elsbeth Bösl, „The Contergan Scandal. Media, Medicine, and Thalidomide in 1960s West Germany“ in Susan Burch und Michael A. Rembis (Hrsg.), *Disability Histories* (Illinois: University of Illinois Press, 2014), 136-162.

⁵⁹ Vgl. Steinmetz, „Politisierung“, 217-222.

⁶⁰ Vgl. ebd., 216-217.

⁶¹ Vgl. Bösl, *Politiken*, 300.

Aufgabe der Orthopädie – die Rehabilitation und Integration der Kinder als gleichwertige Staatsbürger durch prothetische Hilfe.⁶²

Zunächst klärte Hepp, wie andere Mediziner auch, in den Medien über die Lebenssituation und die medizinische Behandlung der contergangeschädigten Kinder auf. Im April 1962 forderte er einen „Katastrophendienst“⁶³ und direkte Hilfe für die Familien und ihre Kinder. Die politische Untätigkeit und der medial wachsende Druck auf das Bundesgesundheitsministerium bestärkten die positive Darstellung der Orthopäden. Zugleich festigte dies auch die Rolle der Orthopäden als politische Ansprechpartner. Sie konnten mit ihren Hilfskonzepten, Kliniken und Spezialabteilungen der Politik unter die Arme greifen, die überfordert vor der neuen Situation stand.⁶⁴

Die Medien lobten nicht nur Hepps medizinische Arbeit, sondern vielmehr auch sein Engagement für die contergangeschädigten Kinder und ihre Familien. Für Hepp, so die Presse, standen vor allem die Kinder im Mittelpunkt⁶⁵; es sei seine neue „Lebensaufgabe“⁶⁶, den Kindern zu helfen. Zugleich stellte Hepp, ebenso wie der Humangenetiker Wiedemann, einen Gefahrenkatalog für werdende Mütter auf, in dem schädliche Einflüsse auf den Embryo aufgeführt wurden. Auch hier ging sein Engagement über die orthopädische Versorgung hinaus.⁶⁷ Seine orthopädischen und prothetischen Behandlungen schienen zielführend und versprachen Hilfe für jene, die sie dringend brauchten. Somit erzielte sein Engagement eine scheinbar langfristige Verbesserung alltäglicher Bedürfnisse der Kinder und stand in drastischem Gegensatz zu der politischen Diskussion, die oftmals zu oberflächlich blieb und direkte Hilfeleistungen vermissen ließ.⁶⁸

Aus diesen Gründen wurden Hepp und andere Orthopäden in den Medien wohlwollend aufgenommen. Sie waren Symbolfiguren für Fortschrittsoptimismus, Innovation und technische Modernisierung. Ihre Konzepte schienen tragfähig und versprachen Hilfe. Die medialen Lobeshymnen der beginnenden 1960er Jahre überschritten sich mit dem erneuten Dynamisierungsschub in der prothetischen Behandlung – besonders in der kindlichen Prothetik.⁶⁹

Die Orthopäden erfüllten die Hoffnung nach Hilfe und Rehabilitation, die in zahlreichen Artikeln und Leserbriefen in der Presse gefordert wurden und erfüllten somit ein

⁶² Vgl. ebd., 301.

⁶³ Vgl. ebd.; Eka von Merveldt, „Nach dem Schock: Taten“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68049.

⁶⁴ Zugleich verhandelte Hepp mit Behörden über den Bau von Abteilungen und Kliniken, um die medizinische Behandlung weiter voranzubringen. Steinmetz, „Politisierung“, 222-224, Bösl, *Politiken*, 301.

⁶⁵ Vgl. Dietrich Beyersdorff, „3000 Kinder sind Krüppel“, *Bild*, 11.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67080; re, „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie“, *Abendpost*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105; Christoph Wolff, „Contergan-Kinder brauchen Hilfe“, *Die Welt*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68134.

⁶⁶ Vgl. re, „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie“, *Abendpost*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105.

⁶⁷ Vgl. Arnold Gehlen, „Hilflose Behörden“, *NRZ*, 30.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68155.

⁶⁸ Vgl. Bösl, *Politiken*, 237-239.

⁶⁹ Ebd., 300-304.

öffentliches Bedürfnis nach Hilfe und Unterstützung für die Familien.⁷⁰ Die Orthopäden profitierten von den Diskussionen, die sich nicht primär mit den Ursachen der Geburtschäden beschäftigten, sondern die Behandlung und Rehabilitation der Betroffenen in den Mittelpunkt stellten. Ihre Konzepte waren zukunftsorientiert und somit für die Bedürfnisse der contergangeschädigten Familien anschlussfähig. Rehabilitation und Integration in ein normales Leben durch Technik, so lautete die Intention dieser Aussagen.⁷¹ Dieser Optimismus war ein Signum der Anfangsjahre. Eine erstarkte Elternbewegung stellte die Frühprothetik und ihre Behandlungskonzepte ab Mitte der 1960er Jahre mehr und mehr in Frage und somit auch die führende Rolle der Orthopädie.⁷²

4. Contergan im *Spiegel*, in der *Welt* und in der *Bild*: Der öffentliche Diskurs über Contergan

Wie veränderte sich nun die Wahrnehmung der Folgen des Contergan in den Medien? Als im November 1961 die Presse über Nebenwirkungen berichtete, ging es nicht primär um die Contergangeschädigten, sondern vielmehr um theoretische Fragen: War das Medikament Contergan der Auslöser für die Schädigungen? Gab es einen Kausalzusammenhang zwischen Contergan und den Schädigungen? Reichte das Arzneimittelgesetz zum Schutze der Bevölkerung aus?⁷³

Nicht alle Bundesbürger, davon lässt sich ausgehen, hatten im August 1961 den *Spiegel*-Artikel über Frenkel gelesen. Somit erschrak die bundesdeutsche Öffentlichkeit, als im November 1961 Tageszeitungen, Rundfunk und Fernsehen von schädlichen Nebenwirkungen von Contergan bei Neugeborenen berichteten. Im *Spiegel*-Artikel war Contergan primär als eine Krankheit definiert, als Beschwerden bei erwachsenen Patienten, die mit dem neurologischen Fachterminus der Polyneuritis ausreichend erfasst zu sein schienen.⁷⁴

Mit der Meldung von Geburtsschäden nach Conterganeinnahme erhielt der Diskurs eine neue Komponente und Intensität. Doch was sollten sich die Leser unter Contergan-schäden überhaupt vorstellen? Die *Welt am Sonntag* schilderte als erste Zeitung am 27.11.1961 dezidiert die aufgetretenen körperlichen, vor allem äußeren Schädigungen:

⁷⁰ Siehe beispielhaft: [o.V.], „Der Baby-Pfennig“, *Bild*, 31.8.1962; [o.V.], „Am Rande des Ruins“, *Bild*, 10.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67109, Dietrich Beyersdorff, „3000 Babys warten auf unsere Hilfe!“, *Bild*, 18.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67084; Günther Schwarzberg, „Mütter haben starke Herzen“, *Bild*, 3.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67108; Eka von Merveldt, „Nach dem Schock: Taten“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68049; [o.V.], „4000 Contergan-Kinder brauchen dringend Hilfe“, *Hausfreund*, 18.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68086; Sr., „Wir versprechen unsere Hilfe“, *Die Welt*, 25.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68119; dpa, „Hilfe für mißgebildete Kinder“, *Süddeutsche Zeitung*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68131.

⁷¹ Vgl. re, „Mißbildungen“, *Abendpost Frankfurt*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105.

⁷² Vgl. Bösl, *Politiken*, 307.

⁷³ Vgl. ebd., 240; Steinmetz, „Politisierung“, 214.

⁷⁴ Vgl. [o.V.], „Zuckerplätzchen forte“

„Immer häufiger kamen Kinder zur Welt, denen ein Arm, eine Hand, ein Fuß fehlt oder bei denen die Füße direkt aus der Hüfte ragen, die Hände unmittelbar an den Schultern sitzen.“⁷⁵

Die Beschreibungen der Fehlbildungen blieben im weiteren Verlauf unspezifisch, Bilder von den geschädigten Kindern gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht.⁷⁶ Vor allem die humangenetische Sichtweise beeinflusste diese Beschreibung von Contergan, als Abweichung von der normalen, körperlichen Entwicklung. Lenz sprach in seiner in den Medien oftmals zitierten Erklärung von „entsetzlich verstümmelten Kindern“⁷⁷ und die Flut von Presseartikeln in den folgenden Tagen berichteten von „Mißbildungen an Armen und Beinen“⁷⁸ und „Mißbildungen an Neugeborenen“⁷⁹. Die Beschreibungen waren zumeist allgemein und unspezifisch. So war es jedem Leser selbst überlassen, was er unter „Mißbildungen an Neugeborenen“ verstand. Contergan blieb primär als Medikament im Gedächtnis, das schädliche Nebenwirkungen aufwies.

Dies änderte sich, wie bereits erwähnt, im Frühjahr und Sommer 1962. Die Informationsphase war beendet, die Bundesbürger wussten nun, was unter Contergan-Nebenwirkungen zu verstehen war. Nun galt es neue Fragen in den Blick zu nehmen, staatliche Verantwortung und Hilfe einzufordern. Ab diesem Zeitpunkt rückten die contergangeschädigten Kinder in den Mittelpunkt des Interesses. Der Fall der Familie van de Put aus dem belgischen Lüttich, die ihr contergangeschädigtes Kind kurz nach der Geburt töteten, und die amerikanische Fernsehansagerin Sherri Finkbine, die ihr Kind in Schweden aufgrund der dort herrschenden liberaleren Gesetze abtreiben ließ, da sie eine Conterganschädigung vermutete, brachten die Diskussion um lebenswertes Leben vermehrt in die Medien.⁸⁰ Das Stimmungsbild zeigte sich durchaus unterschiedlich. Empathie, Zustimmung und Befürwortung für Mütter und Ärzte, die die Tötung und Abtreibung der Kinder unterstützten bis hin zu erbosten Reaktionen, die an die nationalsozialistische Vergangenheit und die christliche Verantwortung für das ungeborene Leben erinnerten.⁸¹ Auch der Vatikan äußerte

⁷⁵ [o.V.], „Mißgeburten durch Tabletten?“, *Welt am Sonntag*, 27.11.1961.

⁷⁶ Vgl. Darauf verweist auch Lenz: Widukind Lenz, „Wirkt Contergan teratogenetisch?“ *Hamburger Ärzteblatt* [o.V.] (1962): 159-160, 159, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65012-13.

⁷⁷ Diskussionsbemerkung von Privatdozent Dr. W. Lenz, Hamburg, zu dem Vortrag von R. A. Pfeiffer und K. Kosenow: Zur Frage der exogenen Entstehung schwerer Extremitätenmißbildungen. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztereinigung in Düsseldorf am 19.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 55a, 55003.

⁷⁸ Bey, „Hamburger Dozent warnte vor Tabletten“, *Bild*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67003.

⁷⁹ [o.V.], „Verkaufsverbot für Schlafmittel“, *Abendpost*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67004; [o.V.], „Gefährliches Schlafmittel eingezogen“, *Tagespiegel Berlin*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67005; [o.V.], „Schlafmittel ‚Contergan‘ wird scharf überprüft“, *Kölnische Rundschau*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67007.

⁸⁰ Vgl. Steinmetz, „Politisierung“, 219-221.

⁸¹ Vgl. Leserbriefe, „Es gibt keinen ‚Gnadentod‘“, *Bild*, 5.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68023; Leserbriefe, „Für sie gibt es keine Euthanasie“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68044; Leserbriefe: „Tod den Contergan-Babies?“, *NRZ*, 28.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen

te sich zu diesen Ereignissen und plädierte für den Schutz des ungeborenen Lebens.⁸² Die Schädigung nach Contergan-Einnahme erhielt nun eine neue Zuschreibung: Als sichtbare, körperliche Behinderung bei Kleinkindern, als Prüfstein für die Familien und zugleich stellte sich die Frage nach einem lebenswerten Leben von körperbehinderten Kindern.⁸³

In dieser aufgeheizten Stimmung übernahmen die Orthopäden eine zentrale Position. Hepp sprach sich in der Presse gegen eine Abtreibung von contergangeschädigten Kindern aus und für ein Leben mit der Behinderung.⁸⁴ Somit trat die unspezifische Beschreibung der Contergan-Nebenwirkungen zurück, vielmehr standen nun die betroffenen Kinder und Familien im Mittelpunkt des Interesses.

In diesem Diskurs ging es vornehmlich um eine Normalisierung der Kinder und ihres Alltages. An erster Stelle stand die Ansicht, dass die Behinderung der Kinder durch Technik zu mildern sei, ihnen ein als normal empfundenenes Leben ermöglicht werden könne.⁸⁵ Hepp konstruierte Normalität über das Erlernen von alltäglichen Bewegungen, Handlungen, Fähigkeiten, die eine Integration in eine normale Schule und somit einen Alltag mit nichtbehinderten Kindern ermöglichte.⁸⁶ Dieser Blickwinkel vernachlässigte andere Fördermöglichkeiten und konzentrierte die Rehabilitation auf die Prothetik.⁸⁷ Zugleich spiegelte der mediale Diskurs den Fortschrittsoptimismus der Orthopädie und zeigte, dass sie im Stande war direkte Verbesserungen im Alltag zu schaffen.⁸⁸

Hepp plädierte ebenfalls über die medizinische Arbeit hinaus für eine gesellschaftliche Integration und Akzeptanz, die auch den Eltern zu Teil werden müsse. Die Eltern könnten nicht oft genug darin bestärkt werden, dass ihre Kinder nicht defekt seien, sondern normal mit „anders gearteten Gliedmaßen“.⁸⁹

Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68140; Leserbriefe, „Der Herrgott würde es in diesem Falle gutheißen“, *Das Neue Blatt*, 1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68160; Leserbriefe, „Leben oder Tod für Contergan-Kinder?“, *Bild*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68136.

⁸² Vgl. [o.V.], „Vatikan zum Fall Finkbine“, *Aachener Nachrichten*, 21.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68109; ego, „§ 218 – Strafe für jede Frau“, *Bild*, 25.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68126; Upi, „scharfe angriffe des vatikans gegen frau finkbine“, 3.8.1962, BArch B 189/11731, fol. 294; Upi, „vatikanblatt vergleicht indikation mit rassenmord“, 20.8.1962, BArch B 189/11731, fol. 299; „Pressespiegel von ausländischer Presse zum Freispruch Vandeputs“, *Bonner Rundschau*, 12.11.1962, BArch B 189/11731, fol. 307; Die römische Warte, Beilage der „Deutschen Tagespost“ – Berichte und Kommentare aus dem *Osservatore Romano* – Folge III/45, 27.11.1962, 353-360, BArch B 189/11731, fol. 353-360.

⁸³ Vgl. Bösl, „The Contergan Scandal“, 136-162.

⁸⁴ Vgl. Dpa, „Ärztkongreß diskutiert ‚Contergan‘-Schäden“, *Cuxhavener Zeitung*, 28.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68145.

⁸⁵ Vgl. Bösl, *Politiken*, 301.

⁸⁶ Vgl. ebd.; Eka von Merveldt, „Nach dem Schock: Taten“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68049.

⁸⁷ Vgl. Bösl, *Politiken*, 302-303.

⁸⁸ Vgl. ebd., 304.

⁸⁹ re, „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie“, *Abendpost*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105.

Wie nötig diese Fürsprache für Familien und ihre Kinder war, zeigte die fehlende gesellschaftliche Akzeptanz, die Scheu vor Behinderung und der Umgang mit eben dieser. Die Integration und Inklusion der contergangeschädigten Kinder war ein zentrales Anliegen, das Hepp z. B. in einem Spendenaufruf in der *Bild-Zeitung* artikulierte.⁹⁰

Und die Ärzte klärten weiterhin auf: Einerseits, dass Fehlbildungen keine Form der gesellschaftlichen Ausgrenzen bedeuten dürfen, andererseits auch, dass das Medikament Contergan keine geistige Behinderungen auslöse.⁹¹ Sie distanzieren somit ihre Patienten von Menschen mit geistigen Behinderungen.

5. Fazit: Diskurswandel

Das medizinische Netzwerk stand mit dem Thema Contergan Anfang der 1960er Jahre vor einer neuen Herausforderung, die es zu bewältigen galt. Die bisherigen Strategien des Erforschens und Vermittelns in einem abgeschlossenen System, das die Öffentlichkeit spät informierte, stand zur Diskussion. Die Laienöffentlichkeit erstarkte, formulierte Ansprüche und wollte informiert werden. Die somit erzwungene Öffnung des medizinischen Netzwerkes verlief nicht kritiklos und veranschaulichte den tiefgreifenden Umbruch.

Ärzte waren nun nicht mehr allein medizinisches Personal, sondern auch mediale Akteure, die mit ihrem Wissen, ihren Definitionen und ihrer Informationspolitik das Verhältnis zwischen medizinischem und medialem Netzwerk nachhaltig prägten. Einzelne Ärztepersönlichkeiten agierten als Verbindungspersonen zwischen den Netzwerken. Sie informierten die Öffentlichkeit, sprachen über Schädigungen und Therapiemöglichkeiten und mussten harsche Kritik aus den eigenen Reihen über sich ergehen lassen. Die starke mediale Resonanz zeigte allerdings, dass die Öffentlichkeit diesen Austausch einforderte und unterstützte.

Ärzte und Wissenschaftler diskutierten und stritten über die Wahrnehmung von Contergan. Die Humangenetiker hoben die contergangeschädigten Kinder als einen Sonderfall aus ihren Überlegungen hervor, erklärten die Ursachen für diese Fehlbildungen und konstatierten die Abweichung von der Norm. Die Orthopäden versuchten die Normalität des Contergankindes zu betonen, seine Integration zu fördern. Die Neurologie konnte mit der Betroffenenengruppe der Erwachsenen erst wieder im Prozess 1968 in Erscheinung treten. Doch die exemplarisch hier vorgestellten Ärzte Frenkel, Lenz und Hepp waren nicht nur mediale Akteure, sondern auch Staatsbürger. Mit ihrer Arbeit verdeutlichten sie eine zivile und moralische Verantwortung, die sie jedem Bürger und jeder Bürgerin zuschrieben. Das Arztsein war nicht nur beschränkt auf wissenschaftliche Forschung, sondern bezog die gesellschaftliche Verantwortung gegenüber dem Individuum mit ein.

⁹⁰ Vgl. [o.V.], „Hilfe für Sorgenkinder“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 1.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68164; [o.V.], „Baby-Pfenning rollt schon!“, *Bild*, 1.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68166; N.w., „359 Contergan-Fälle in Westfalen ermittelt“, *Soester Anzeiger*, 29.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68197; Dietrich Beyersdorff, „Nun vergessen?“, *Bild*, 22.9.1963, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68267.

⁹¹ Vgl. Hepp, „Die Häufung“, 424.

Zugleich veränderte sich mit der medialen Präsenz der Ärzte auch die Bedeutung von Behinderung in der Öffentlichkeit. Neben den Kriegsversehrten der beiden Weltkriege trat nun eine neue Gruppe von Behinderten in die öffentliche Diskussion ein.⁹²

Die Öffnung des medizinischen Netzwerkes veranschaulicht einen Modernisierungs- und Innovationsprozess der langen sechziger Jahre in der Bundesrepublik. Traditionen und alte Hierarchien wurden zugunsten einer liberalisierten Öffentlichkeit geöffnet. Die Dynamik der Entwicklung erfasste Presse, Öffentlichkeit und schließlich auch den medizinischen Bereich. Einige Ärzte waren mit ihrer medial exponierten Stellung Katalysatoren dieser Entwicklung.

⁹² Vgl. Bösl, *Politiken*, 22-24.

Quellen

Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland (LAV NRW R)

Bestand Gerichte Rep. 0139

1. Nr. 54b
 - Frenkel, Horst. „Contergan-Nebenwirkungen. Zentralnervöse Auffälligkeiten und polyneuritische Symptome bei Langzeitmedikation von N-Phthalyl-Glutaminsäure-Imid.“ *Medizinische Welt* 18 (1961): 970-975, Landesarchiv Nordrhein Westfalen Abteilung Rheinland. Gerichte Rep. 0139 Nr. 54b, 54224-54229
 - Lenz, Widukind und Klaus Knapp. „Die Thalidomid-Embryopathie.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 87 (1962): 1232-1242, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54152-54162
 - Petersen, Claus E., „Thalidomid und Mißbildungen. Beitrag zur Frage der Ätiologie eines gehäuft aufgetretenen Fehlbildungskomplexes.“ *Medizinische Welt* 14 (1962): 753-756, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 54a, 54139-54142

2. Nr 55a
 - Wortbeitrag von Lenz auf der Kinderärztetagung mit Verweis auf seine staatsbürgerliche Verantwortung, Diskussionsbemerkung von Privatdozent Dr. W. Lenz, Hamburg, zu dem Vortrag von R. A. Pfeiffer und K. Kosenow: Zur Frage der exogenen Entstehung schwerer Extremitätenmißbildungen. Tagung der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung in Düsseldorf am 19.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 55a, 55003

3. Nr. 57a
 - Raffauf, Hans Joachim. „Bewirkt Contergan (keine) Schäden?“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 935-938, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 57a, 57149-54

4. Nr. 65
 - [o.V.], „Aktuelle Themen im Blickpunkt der Öffentlichkeit. Ärztliche und wissenschaftliche Belange kamen in Pressekonferenzen zu Wort.“ *Hamburger Ärzteblatt* (1962), [o.P.], Landesarchiv Nordrhein Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65014
 - [o.V.], „Fruchtschädigung durch Röntgenaufnahmen.“ *Gesundheitspolitische Umschau*, 13, 11.11.1962, 121, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65039
 - Lenz, Widukind. „Entstehung von Mißbildungen durch Medikamente.“ *Ärztliche Mitteilungen*, 9 (1962): 494, Landesarchiv NRW – Abteilung Rheinland – Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65014
 - Lenz, Widukind. „Thalidomide and congenital Abnormalities.“ *The Lancet* 1 (1962): 45, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65010

- Lenz, Widukind. „Wirkt Contergan teratogenetisch?“ Hamburger Ärzteblatt [o.J.] (1962): 159-160, 159. Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65012-13
 - McBride, William G., „Thalidomide and congenital Abnormalities.“ The Lancet 2 (1961): 1358, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland. Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65058
 - Pfeiffer, R. A. und Kosenow, W. „Thalidomide and congenital Abnormalities.“ The Lancet 1 (1962): 45-46, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 65, 65010-11
5. Nr. 66b
- Wiedemann, Hans-Rudolf. „Derzeitiges Wissen über Exogenese von Mißbildungen im Sinne von Embryopathien beim Menschen. Einige Konsequenzen für Arzt und pharmazeutische Industrie.“ *Medizinische Welt* 24 (1962): 1343-1349, 1343, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 66 b, 66315-66321
6. Nr. 67a
- [o.V.], „Contergan-Geschädigte formieren sich.“, *Rhein-Zeitung Koblenz*, Dezember 1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67045
 - [o.V.], „Gefährliches Schlafmittel eingezogen.“, *Tagesspiegel Berlin*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67005
 - [o.V.], „Gehört nicht an die breite Öffentlichkeit...“, *Abendpost*, Dezember 1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67025
 - [o.V.], „Kommt Strafprozeß wegen ‚Contergan‘?“, *Deutsche Volkszeitung*, 5.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67051
 - [o.V.], „Schlafmittel ‚Contergan‘ wird scharf überprüft.“, *Kölnische Rundschau*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67007
 - [o.V.], „Verkaufsverbot für Schlafmittel.“, *Abendpost*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67004
 - [o.V.], „Was ist los mit ‚Contergan‘?“, *Aachener Nachrichten*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67011
 - Beer, Thomas. „Schlafmittel wurde sehr gelobt. Die große Überraschung kam später.“, *Westfälische Rundschau*, 30.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67017
 - Bey. „Hamburger Dozent warnte vor Tabletten“, *Bild*, 27.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67003
 - Conta, Manfred von. „Vom Schlafmittel zum Schmerzensgeld.“, *Süddeutsche Zeitung*, 9.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67053

- Feiden, Max Karl, „Ärzte und Kliniker haben jetzt das letzte Wort“, *Ruhr-Nachrichten*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67013
 - Frenkel, Horst. „Wird sich ein Staatsanwalt finden?“, *Kieler Nachrichten*, 7.12.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67023
 - Knuth, Gerhard. „Heimtückisches Schlafmittel wird untersucht.“, *Kieler Nachrichten*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67008
 - Inw. „Contergan‘ nicht mehr im Handel.“, *Aachener Nachrichten*, 28.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67006
 - Oertel, Hans-Joachim. „Experten prüfen Schlafmittel.“, *NRZ Essen*, 29.11.1961, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67a, 67012
7. Nr. 67b
- Beyersdorff, Dietrich. „3000 Babys warten auf unsere Hilfe!“, *Bild*, 18.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67084
 - Beyersdorff, Dietrich. „3000 Kinder sind Krüppel!“, *Bild*, 11.4.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67080
 - Dt. „Es gibt auch gesunde ‚Contergan-Kinder‘.“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 23.1.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67070
 - Kühne, Paul. „Contergan auf dem ärztlichen Gewissen?“ *Berliner Ärzteblatt* 75 (1962): 61-64, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67079
 - Leserbrief. „Am Rande des Ruins.“, *Bild*, 10.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67109
 - re. „Mißbildungen. Mediziner sprechen jetzt von einer Epidemie.“, *Abendpost Frankfurt*, 8.5.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 67b, 67105
 - Schwarzberg, Günther. „Mütter haben starke Herzen.“, *Bild*, 3.6.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 67b, 67108
8. Nr. 68a
- [o.V.]. „4000 Contergan-Kinder brauchen dringend Hilfe.“, *Hausfreund*, 18.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68086
 - [o.V.]. „Erstes Contergan-Baby in den USA.“, *Bild*, 9.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68047
 - [o.V.]. „So wurde Contergan eingekreist.“, *Welt am Sonntag* 32 (1962): 9, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68054

- [o.V.]. „Vatikan zum Fall Finkbine.“, *Aachener Nachrichten*, 21.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68109
 - dpa. „Hilfe für mißgebildete Kinder.“, *Süddeutsche Zeitung*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68131
 - dpa. „Ärztkongreß diskutiert ‚Contergan‘-Schäden.“, *Cuxhavener Zeitung*, 28.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68145
 - Ego. „§ 218 – Strafe für jede Frau.“, *Bild*, 25.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68126
 - Gehlen, Arnold. „Hilflose Behörden.“, *NRZ*, 30.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68155
 - Leserbriefe. „Tod den Contergan-Babies?“, *NRZ*, 28.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68140
 - Leserbriefe. „Leben oder Tod für Contergan-Kinder?“, *Bild*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68136
 - Leserbriefe. „Für sie gibt es keine Euthanasie.“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68044
 - Leserbriefe. „Es gibt keinen ‚Gnadentod‘.“, *Bild*, 5.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68023
 - Leserbriefe. „Der Herrgott würde es in diesem Falle gutheißen.“, *Das Neue Blatt*, August 1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68160
 - Mauz, Gerhard. „Kein Medikament ist völlig ungefährlich“, *Die Welt*, 15.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68064
 - Merveldt, Eka von. „Nach dem Schock: Taten.“, *Die Zeit*, 10.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68049
 - Sr. „Wir versprechen unsere Hilfe.“, *Die Welt*, 25.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68119
 - Wolff, Christoph. „Contergan-Kinder brauchen Hilfe.“, *Die Welt*, 27.8.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68a, 68134
9. Nr. 68b
- [o.V.]. „Baby-Pfenning rollt schon!“, *Bild*, 1.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68166
 - [o.V.]. „Hilfe für Sorgenkinder.“, *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 1.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68164
 - Beyersdorff, Dietrich. „Nun vergessen?“, *Bild*, 22.9.1963, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68267
 - N.w. „359 Contergan-Fälle in Westfalen ermittelt.“, *Soester Anzeiger*, 29.9.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139 Nr. 68b, 68197

10. Nr. 168a
 - Leserbrief Horst Frenkels an *Der Spiegel* 30.8.1961, zitiert nach Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, Gerichte Rep. 0139, Nr. 168a
11. Bestand NW 372
 - Evangelischer Pressedienst. „Heim für Contergan-Kinder bei Neumünster?“, *Hamburger Abendblatt*, 19.12.1962, Landesarchiv Nordrhein-Westfalen Abteilung Rheinland, NW 372 Nr. 210

Bundesarchiv Koblenz Bundesgremium für Gesundheitswesen (BArch BMGes)

1. Bestand B 142/1825
 - Antrag der FDP-Fraktion im Deutschen Bundestag. Betr. Zunahme von Mißgeburten, 3. Wahlperiode, Drucksache 386, Bonn 14. Mai 1958, BArch B 14/1825, fol. 39
 - Bundesminister des Inneren und Bundesminister für Gesundheitswesen. Niederschrift über die Besprechung mit den Vertretern der obersten Landessozialbehörden und der obersten Landesgesundheitsbehörden am 2. Oktober 1962 in Bonn, BArch B 142/1825, fol 254-265
2. Bestand B 142/2116
 - Satzung des Bundesverbandes der Eltern körpergeschädigter Kinder, e.V. – Contergankinder-Hilfswerk, BArch B 142/2116, fol. 189
3. Bestand B 189/11731
 - [o.V.]. „Bonn hilft Körperbehinderten.“, *Bonner Rundschau*, 18.7.1962, BArch B 189/11731, fol. 233
 - [o.V.]. „Gesundheitsämter prüfen Fälle von Mißbildungen.“, *Rheinische Post*, 28.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 213
 - [o.V.]. „Hausfrauen ließen plötzlich[...]“, *Frankfurter Rundschau*, 10.1.1962, BArch B 189/11731, fol. 398
 - [o.V.]. „Mißgeburten durch Schlafmittel“, *Berliner Zeitung*, 27.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 211
 - Berkefeld, Wolfgang. „Mißbildungen durch Schlafmittel?“, *Der Tagesspiegel*, 29.11.1961, BArch B 189/11731, fol. 364
 - Frenkel, Horst. „Strafprozeß wegen ‚Contergan‘“, *Hamburger Echo*, 9.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 223
 - G.S. „Tabletten erzeugen neue gefährliche Krankheiten.“, *Welt der Arbeit*, 15.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 394
 - Koar, Heinz. „Die Contergan-Affäre“, *Welt der Arbeit*, 15.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 395
 - Lorenz, Dietrich, „Es sind nur Vermutungen.“, *Kölner Stadt Anzeiger* 2.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 374
 - Pm. „Die bittere Pille.“, *Abendpost*, 1.12.1961, BArch B 189/11731, fol. 370
 - Prause, Gerhard. „Der ‚Fall Contergan‘ – zwei Jahre danach...“, *Welt am Sonntag*, 1.12.1963, BArch B 189/11731, fol. 271

- Pressespiegel von ausländischer Presse zum Freispruch Vandepuys. *Bonner Rundschau*, 12.11.1962, BArch B 189/11731, fol. 307; Die römische Warte, Beilage der „Deutschen Tagespost“ – Berichte und Kommentare aus dem *Osservatore Romano* – Folge III/45, 27.11.1962, S. 353-360, BArch B 189/11731, fol. 353-360
- Regau, Thomas. „Vorsicht mit Medikamenten.“, *Die Zeit*, 16.3.1962, BArch B 189/11731, fol. 404
- Upi. „vatikanblatt vergleicht indikation mit rassenmord.“, 20.8.1962, BArch B 189/11731, fol. 299
- Upi. „scharfe angriffe des vatikans gegen frau finkbine.“, 3.8.1962, BArch B 189/11731, fol. 294
- Wkg. „Kampf schädlichen Medikamenten.“, *Münchener Merkur*, 20.7.1962, BArch B 189/11731, fol. 480

Literatur

1. [o.V.]. „Der Baby-Pfennig.“, *Bild*, 31.8.1962.
2. [o.V.]. „Mißgeburten durch Tabletten?“, *Welt am Sonntag*, 27.11.1961.
3. [o.V.]. „Was soll ich Jan sagen?“, *Bild*, 09.07.1962.
4. [o.V.]. „Zuckerplätzchen forte.“, *Der Spiegel* 34, 16.8.1961, 59-60.
5. Bösl, Elsbeth. „The Contergan Scandal. Media, Medicine, and Thalidomide in 1960s West Germany.“ In *Disability Histories*. Herausgegeben von Susan Burch und Michael A. Rembis, 136-162. Illinois: University of Illinois Press, 2014.
6. Bösl, Elsbeth. *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: transcript, 2009.
7. Daemrich, Arthur. „Contergan. A Tale of two Experts. Thalidomid and Political Engagement in the United States and West Germany.“ *The Society for the Social History of Medicine* 1 (2003): 137-158.
8. Florence, Leslie. „Is Thalidomide to blame?“ *British Medical Journal* 2 (1960): 1954.
9. Freitag, Walburga. „Diskurs und Biographie. Konstruktion und Normalisierung contergangeschädigter Körper und ihre Bedeutung für die Entwicklung biographisch ‚wahren‘ Wissens.“ In *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Herausgegeben von Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 249-271. Bielefeld: transcript, 2007.
10. Freitag, Walburga. *Contergan. Eine genealogische Studie des Zusammenhangs wissenschaftlicher Diskurse und biographischer Erfahrungen*. Münster: Waxmann, 2005.
11. Henke, Klaus-Dietmar. *Tödliche Medizin im Nationalsozialismus. Von der Rassenhygiene zum Massenmord*. Köln, Weimar, Wien: Böhlau, 2008.
12. Hepp, Oskar. „Die Häufung der angeborenen Defektmißbildungen der oberen Extremitäten.“ *Medizinische Klinik* 57 (1962): 419-426.
13. Kaluza, Claudia und Bernhard Schimek. *Grenzverschiebung. Ein Versuch der Klärung von Vorstellung zur Auflösung des Begriffs ‚Behinderung‘*. Münster: LIT, 2004.
14. Kirk, Beate. *Der Contergan-Fall: eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 1999.

15. Kreuz, Alexandra. *Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung. Analyse und Weiterentwicklung von Einstellungsinstrumenten*. Wien: WUV-Univ.-Verl, 2002.
16. Kröner, Hans-Peter. *Von der Rassenhygiene zur Humangenetik*. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik nach dem Kriege. Stuttgart: Gustav Fischer, 1998.
17. Lindemann, Kurt. „Die sozialen Aufgaben der Orthopädie.“ In *Handbuch der Orthopädie*. Herausgegeben von G. Hohmann, [o.P.]. Stuttgart: Thieme, 1957. Zitiert nach Thomann, *Das behinderte Kind*, 12.
18. „Mißbildungen.“ In *Brockhaus Enzyklopädie*, 17. neubearbeitete Auflage, 612-613. Wiesbaden: Brockhaus, 1971.
19. Roer, C. Dorothee. „Zeugenschaft als subjektive und soziale Herausforderung.“ In *NS-„Euthanasie“ und Erinnerung, Vergangenheitsaufarbeitung – Gedenkformen – Betroffenenperspektiven*. Herausgegeben von Stefanie Westermann, Richard Kühl und Tim Ohnhäuser, 29-42. Münster: LIT, 2011.
20. Scheid, W., H.-H. Wieck, A. Stammler, A. Klanetzky und M.E. Gibbels, „Polyneuritische Syndrome nach längerer Thalidomid-Medikation.“ *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86 (1961): 938-940.
21. Schleiermacher, Sabine. „Rassenhygiene und Rassenanthropologie an der Universität Berlin.“ In *Die Berliner Universität in der NS-Zeit. Band 1: Strukturen und Personen*. Herausgegeben von Christoph Jahr, 71-88. Stuttgart: Steiner, 2005.
22. Schmuhl, Hans-Walter. *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ‚lebensunwertem Lebens‘, 1890-1945*. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992.
23. Schwerin, Alexander von. „1961: Die Contergan Bombe. Der Arzneimittelskandal und die neue risikoepistemische Ordnung der Massenkonsumgesellschaft.“ In *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*. Herausgegeben von Nicholas Eschenbruch, Viola Batz, Ulrike Klöppel und Marion Hulverscheidt, 255-282. Bielefeld: transcript: 2009.
24. Steinmetz, Willibald. „Ungewollte Politisierung durch die Medien? Die Contergan-Affäre.“ In *Die Politik der Öffentlichkeit – Die Öffentlichkeit der Politik. Politische Medialisierung in der Geschichte der Bundesrepublik*. Herausgegeben von Bernd Weißbrod, 195-228. Göttingen: Wallenstein, 2003.
25. Thomann, Klaus-Dieter. *Das behinderte Kind. ‚Krüppelfürsorge‘ und Orthopädie in Deutschland 1886-1920*. Stuttgart: Urban & Fischer bei Elsevier, 1995.
26. Voss, Ralph. „‚Nil nocere! Contergan-Polyneuritis.‘“ *Münchener Medizinische Wochenschrift* 103 (1961): 1431-1432.
27. Weingart, Peter, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz. *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1992.
28. Westermann, Stefanie. „Die Gemeinschaft hat ein Interesse daran, dass sie nicht mit Erbkranken verseucht wird – Der Umgang mit den nationalsozialistischen Zwangssterilisationen und die Diskussion über eugenische (Zwangs-)Maßnahmen in der Bundesrepublik.“ In *Medizin im Dienst der ‚Erbgesundheit‘. Beiträge zur Geschichte der Eugenik und ‚Rassenhygiene‘*. Herausgegeben von Stefanie Westermann, Richard Kühl und Dominik Groß, 169-197. Berlin: LIT, 2009.

29. Wiedemann, „Hinweis auf eine derzeitige Häufung hypo- und aplastischer Fehlbildungen der Gliedmaßen.“ *Medizinische Welt* 37 (1961): 1863-1866.

Internetquelle

1. „Bruno Latour: Ein Experiment von und mit uns allen. *Die Zeit, Onlineausgabe* 11.4.2001“ http://www.zeit.de/2001/16/Ein_Experiment_von_und_mit_uns_allen (18.7.2017).

Historicizing the social model: Some preliminary thoughts about the history of disability, science, and politics in postwar Britain and the Netherlands

Paul van Trigt

1. Introduction

Thanks to the work of disability activists, Disability Studies began to gain ground in the United States and the United Kingdom as early as the late 1960s. Nevertheless, it is only very recently that the interdisciplinary academic field of Disability Studies has become established in the Netherlands and Germany. In the Anglo-Saxon world, disability activism and academic research in the field of disability often went hand in hand: disabled people's claim to have a say in what disability is, was an important aspect of the empowerment of this marginalized group. The question arises as to why this interrelationship between activism and academic research did not develop so strongly in countries such as the Netherlands and Germany, where other 'minorities', for example feminists, were successful in developing academic fields related to 'new social movements'?

In this article I want to present the preliminary results of an explanation for the striking differences in the way disability groups in the United Kingdom and the Netherlands got a say in defining the very notion of disability. Because of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006) and the recent commitment of the European Commission to a 'Barrier-Free Europe' (2010), it is especially important to have a closer look at the ways in which disabled people are participating in different spatial contexts.¹ Until very recently the Anglo-Saxon perspective on disability activism has been very dominant in research into the participation of disabled people in society. Therefore I shall not only present the preliminary results of my comparison between the Netherlands and the UK, but also give attention to my preliminary thoughts about an innovative approach to disability. That is to say that I am convinced we need an alternative approach and we have to historicize concepts that are often used in the Anglo-Saxon oriented literature. It is with this approach that I want to start.

2. Historicizing concepts

One of the sidetracks in my PhD research about the inclusion and exclusion of the blind in Dutch society in the twentieth century was an article I wrote about the history of the

¹ „United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities website“, <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (12.8.2013); „European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe“ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Aem0047> (18.7.2017).

senses and disability history in the book *The imperfect historian* (2013).² In my article I try to take the critics of the social model of disability seriously, because the perspective of disability as a social construct is mainly based on narratives and fails to engage fully with the complexity of disabled peoples' lives and in particular overlooks the importance of their bodies. Therefore I argued that disability history can be enriched by a turn towards the body and the senses. I think this turn is important in order to prevent the disappearance of the body in disability history, but after publishing the article I felt uncomfortable about the dichotomies between body/mind and narrative/experience, that are still present in the article. Meanwhile I found in the so-called praxiographic approach to the body a way to overcome these dichotomies, although I have to confess my thinking about this approach is only in its infancy.

This innovative approach, inspired by the work of Bruno Latour, has been developed and applied to the body and illnesses by the Dutch philosopher Annemarie Mol. In this approach, bodies never simply 'are' but have to be enacted. What the body is, turns out to be a question of relation: What is the body related to and what is its place in a network of relations? By stressing the particularity of the enactment, determined by place, time, material conditions and many other factors, Mol demonstrates the very multiplicity of the body.³ An example: The body and its diseases *is* something different in an X-ray image from the body of a patient when questioned in the doctor's room. If we replace body by disability, we are able to develop very precise and new understandings of disability and the role of a broad range of factors in the enactment of disability. The praxiographic approach has already been fruitfully applied to historical and written sources by Geertje Mak. In her book, *Doubling Sex*, Mak studied hermaphroditism in its multiplicity, which resulted in a surprising rewriting of the history of sex.⁴ If we replace body with disability, we are able to develop very precise and new understandings of disability and the role of a broad range of factors in the enactment of disability.

The praxiographic approach is not only useful in overcoming dichotomies like nature and culture, but is moreover appropriate for the development of new understandings of disability activism in both science and politics. This will become clear if we have a closer look at the concept of normalcy. From the praxiographic approach with its emphasis on multiplicity, Mol demonstrates that Foucault's famous dichotomy between normalcy and abnormalcy does not always make sense. She argues that Foucault's approach is too general in „his insistence that medicine has a unificatory power“ and because his concept of epistème suggests the existence of „coherent sets of norms imposed in a single order“.⁵

² Paul van Trigt, „The imperfection of narrative: Sensory history and the inclusion of blind people in Dutch society in the twentieth Century“ in Sebastian Barsch, Anne Klein, and Pieter Verstraete (eds.), *The Imperfect Historian. Disability Histories in Europe* (Frankfurt a. M.: Peter Lang Publishers, 2013), 59-72.

³ Annemarie Mol, *The Body Multiple. Ontology in medical practice* (Durham: Duke University Press, 2002); Annemarie Mol, „Koordination und Ordnungsbildung in der Akteur-Netzwerk-Theorie“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 50 (2010): 253-269; quotation is from Geertje Mak, *Doubling Sex: Inscriptions, Bodies and Selves in Nineteenth-Century Hermaphrodite Case Histories* (Manchester: Manchester University Press, 2012), 6.

⁴ Mak, *Doubling Sex*.

⁵ Mol, *Body Multiple*, 56-68.

The praxiographic perspective enables us, as Mol argues, also to study the body and disability as part of other dichotomies and to develop a more dynamic picture.⁶

This discussion is of particular importance because disability history is often written as a history of (ab)normalcy. Let me explain this a little bit more. In the last decade, disability history has made a shift from writing the history of a minority to studying disability as a concept analyzing societal structures, ideas and practices. This can best be described as a social turn. Paul Longmore and Lauri Umansky's book, *The New Disability History: American perspectives* (2001), was a landmark in this process. It was the ambition of the new disability historians to let disability become a standard concept or analytical category in the toolkit of the historian along with other concepts such as gender, race and class.⁷ According to this approach, disability history is often written as a history of (ab)normalcy. Scholars like Lennard J. Davis have argued that the nineteenth-century construction of normalcy is closely linked to the construction of disability.⁸ Although disability historians regularly refer to theories about normalcy and normalization as developed by Canguilhem and Foucault, the precise relation between disability and normalcy has often not been properly investigated. Moreover, the assumed importance of medical knowledge in constructing and maintaining normalcy in modern Western societies is not based on thorough research. Roger Cooter noted recently the ‚regimentation of the body‘ and ‚medical activities‘ that should contribute to ‚the setting and policing of administrative norms and standards‘, and that scholars had not developed ‚detailed accounts of how, if at all, such conditions came to prevail‘.⁹

This discussion makes clear that we can question the often presupposed importance of the medical model of disability: Was (dis)ability mainly defined by medical doctors or were other fields of knowledge at least as important as medicine? In the discipline of history of education for instance, the emphasis is naturally placed on the role of education and educators in defining disability.¹⁰ It is therefore worth investigating in a more precise way how disability and normalcy were interrelated and analyzing the role and the use of knowledge from different academic disciplines. This brings us onto the importance of knowledge and science. In the praxiographic approach a lot of attention is paid to the role of scientific knowledge and practices. Geertje Mak's book for example illustrates the importance of medical practices for a social concept such as sex. By showing how hermaphroditism is enacted in scientific knowledge and practices she radically historicizes the category of sex. I am convinced that the role of science, scientists and scientific concepts needs further investigation in the history of disability, from the importance of the nineteenth-century scientific construction of normalcy for the construction of disability to the more recent use of scientific concepts by disability groups. With the last example we are

⁶ Ibid., (subtext).

⁷ Paul K. Longmore and Lauri Umansky, ed., *The new disability history: American perspectives* (New York: New York University Press, 2001); Catherine J. Kudlick, „Disability History: Why We Need Another ‚Other‘“ *American Historical Review* 108 (2003): 763-793.

⁸ Lennard J. Davis, *Enforcing normalcy. Disability, deafness and the body* (London: Verso, 1995).

⁹ Roger Cooter, „Medicine and Modernity“ in Mark Jackson (ed.), *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (Oxford: Oxford University Press, 2011), 100-116.

¹⁰ Pieter Verstraete, *In the shadow of Disability: Reconnecting History, Identity and Politics* (Opladen: Barbara Budrich Publishers, 2012).

back to the topic I want to work on from a praxiographic perspective. In the second part of my article I will present a case study with a very short comparative history of the social model as a preliminary result of the historicizing of concepts to understand the differences between disability activism in the United Kingdom and the Netherlands.

3. Disability in the UK and the Netherlands, 1996

For my case study I want to take the year 1996 as my starting point. During this year, in both the UK and the Netherlands, books written by disabled people, were published. The books perfectly reflected the difference in ‚disability movement‘– as they call it – in both countries.

The British book, titled *Disability Politics: Understanding Our Past, Changing Our Future*, is written by Jane Campbell and Mike Oliver. The authors consider the history and future of the disability movement on the basis of interviews with disability activists. The origins of the movement were seen in the 1960s „with the coming of the ‚age of affluence‘, when disabled people began to organize themselves around issues of income, employment, rights and community living (...) in order to secure a reasonable standard of life“.¹¹ In the 1980s a transformation took place in „our understanding of disability“.¹² Thanks to „new social movements“, disabled people began to „recognize that the problem of disability is externally located and that our exclusion from society is a human rights issue“.¹³ In the 1980s the British Council of Disabled People was set up and, something that was very important to the authors and interviewees, it „took on board the social interpretation of disability“.¹⁴ To quote one of the activists: „I think the thing that started to make it clearer was the total acceptance of the social model as being the core of the movement, which it soon became. It was something that people could then adopt and feel part of“. In contrast to disability being individual limitation or loss, disabled people themselves redefine „the problem of disability as the product of a disabling society“.¹⁵ What became clear from this book was that the social model of disability, as it was developed in 1980s, was seen as the fundamental principle of the movement and midway through the 1990s it was still the guiding principle, although this was contested.

The Dutch book, titled *Trots en Treurnis [Pride and sadness. Disabled in the Netherlands]*, gives a very different picture.¹⁶ It was presented as the first book written almost entirely by disabled people and the first book from the social perspective on disability. There is not a lot of history in the book, simply because there is not a movement to write a history about, although there are a lot of small self-advocate associations. In the book the social model of disability was presented as a new and important perspective for Dutch people

¹¹ Jane Campbell and Mike Oliver, *Disability politics: understanding our past, changing our future* (London: Routledge, 1996), 19, 60.

¹² Campbell and Oliver, *Disability*, 19.

¹³ Ibidem, 62.

¹⁴ Ibidem, 80.

¹⁵ Ibidem, 103, 105.

¹⁶ Agnes van Wijnen, Yolán Koster-Dreese and Arko Oderwald, ed., *Trots en treurnis. Gehandicapt in Nederland* (Amsterdam: Babylon-De Geus, 1996).

with disabilities. But when we have a closer look at the content, the social model was not a guiding principle as it was in the UK. In the first place there was a lot of attention paid to the body in the Dutch book. That is striking in comparison to the British ignorance of the body. Disability activists in the UK tended for a long time to give little attention to the body in their struggle for equality. The model presupposed a distinction between impairment, the body and disability as a social construction. In the social model the emphasis was not laid on impairment as a medical deficit but on disability, because the latter concept was constructed and had the opportunity to change. In the struggle for the same rights and the fight against discrimination and exclusion, it was helpful to emphasize the possibility of deconstructing and reconstructing disability.¹⁷ In the Dutch book another strategy was found, namely stressing the importance of difference made by the body.

Secondly, in *Pride and Sadness*, disability was still seen as a welfare and social security issue. The perspective of civil rights and of identity politics was presented in the book by authors from abroad; by Theresia Degener from Germany and Vic Finkelstein from the UK. In the book it is acknowledged that the perspectives of the social model and civil rights are new in the Dutch situation, but a real awareness of the importance of the changes disability movements abroad had made, namely from social security to civil rights, was absent.

The different content of these two books raises the question of how we can explain the difference in the application of the social model. I am convinced that the emphasis on the importance of science, as laid out in the praxiographic approach, will be useful here. In the history of social movements in general the role and use of science is often not investigated.¹⁸ The main example, I suppose, is *Impure Science* by Steven Epstein about AIDS activism. He shows how „social movements can pursue distinctive forms of participation in science and, conversely, that the engagement with science can shape such movements in powerful ways“.¹⁹ That last phrase in particular is important: ‚the engagement with science can shape such movements in powerful ways‘. What I am interested in is the way in which disability activists used social science. In the case of these people I am concerned with the way they have framed their groups with concepts such as the social model and other social scientific concepts, e.g. new social movements.²⁰ As we have seen there was some difference between the UK and the Netherlands in the application of the model: how do we explain that?

¹⁷ Bill Hughes, „Disability and the body“ in Colin Barnes, Mike Oliver and Len Barton (eds.), *Disability studies today* (Cambridge: Polity, 2002), 58-76.

¹⁸ David A. Snow, Sarah A. Soule and Hanspeter Kriesi, ed., *Blackwell Companion to Social Movements* (Malden: Blackwell, 2004).

¹⁹ Steven Epstein, *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge* (Berkeley: University of California Press, 1996), 332.

²⁰ Cf. Tom Shakespeare, „Disabled People’s Self-organisation: a new social movement?“ *Disability, Handicap and Society* 8 (1993): 249-264.

4. Two histories of the social model

Let us first have a look at the UK. As is generally accepted, Mike Oliver is a key figure in codifying the principles of the social model that had been developed since the 1960s by activists like Paul Hunt and Vic Finkelstein. In his book *Politics and Disablement* (1990) Oliver developed the social model of disability against an understanding of disability as ‚an individual, medical problem‘ or ‚personal tragedy in western culture‘. The social model was already implicitly used by the Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) at the end of the 1970s, but was developed further in the 1980s by Oliver, a disabled activist and academic.²¹ As becomes clear from his book, co-written with Jane Campbell in 1996, Oliver combined the development of the social model with framing disability activism as a new social movement. Thanks to the large amount of social science literature about ‚new social movements‘, he must have been aware of the unifying power of such a model for a social movement.

If we interpret the emergence of the concept in terms of science, the social model must be seen as an alternative to the medical model. Or to formulate it slightly differently: a social scientist’s model with which disabled people can fight the power of medicine and the power of medical doctors. In the British context this is an important observation. In the postwar system of social security in the UK, doctors had a lot of power in defining who was work-disabled and who not, and, as a consequence, in defining the social situation of disabled people. Also the practice of rehabilitation, developed particularly in order to get disabled veterans back to work, was a medical practice.²² Hence medicine was very important in the inclusion and exclusion of disabled people in society. Therefore the social model was so powerful because it was an alternative to the dominant medical view of disability. To a certain extent this seems self-evident: of course medicine was dominating disability, but if we have a look at the Dutch situation a different picture emerges.

The book *Pride and sadness* is, as far as I can see, right in claiming to be the first Dutch book in which disabled people themselves have put forward the social model. However, the opposition to the medical model and the conviction that a radical change of society towards disability was required were not new. These views had already been put forward by the representatives of counter-cultures in the 1970s, but rarely by disabled people themselves.²³ Human and behavioral scientists, like psychologists, were highly influential in this respect, but also, more generally, this group of scientists, the so-called ‚interior designers of the welfare state‘, can be seen as very important in determining the place of disabled people in society.²⁴ Let me explain that a little bit more: the Dutch welfare state

²¹ Colin Barnes, „The Social Model of Disability“ in Alan Roulstone, Carol Thomas, and Nick Watson (eds.), *Routledge Handbook of Disability Studies* (London: Routledge, 2012), 12-29.

²² Julie Anderson, *The Soul of a Nation: The Second World War, Bodies and Rehabilitation in Britain* (Manchester: Manchester University Press, 2011); Anne Borsay, *Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion* (Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005).

²³ Evelien Tonkens, *Zelfontplooiingsregime, de actualiteit van Dennendal en de jaren zestig* (Amsterdam: Bert Bakker, 1999).

²⁴ Ido Weijers, *Terug naar het behouden huis. Romanschrijvers en wetenschappers in de jaren vijftig* (Amsterdam: SUA, 1991); Ido de Haan and James Kennedy, „Progress, Patients, Professionals and the Psyche. Comments on Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century“ in Marijke Gijswijt-Hofstra,

was, especially in comparison to the UK, built up relatively late but in a very extensive manner. Besides guaranteeing an income for every citizen, a lot of money was invested in social work, the immaterial side of the welfare state. Rehabilitation or reintegration for example was, as Marcel Hoogenboom argued, „characterized by a strong emphasis on social engineering, that is on the reintegration of disabled people into society rather than into the labour market“.²⁵ Because of the extensive material facilities and the lack of rehabilitation practices aimed at going back to work, disabled people were less dependent on the judgment of medical doctors. They had a lot more to do with human scientists, who developed specific approaches for specific groups of disabled people. This is reflected precisely in the way self-advocate associations are structured.

They are divided along the lines of all possible disabilities.²⁶ We can observe a process of what Bram de Swaan has called proto-professionalization: people were going to understand themselves with the help of professional concepts.²⁷ Of course this was also the case in the UK, but the framing of disability by doctors was much more negative and with more social consequences than the approach of the human/behavioral scientists in the Netherlands. Moreover, the medical model was already contested by these human and behavioral scientists in the 1970s, as I have already mentioned.

It is no coincidence that the social model was put forward by Dutch disabled people themselves in the 1990s. In this decade the welfare state and in particular social security was radically restructured.²⁸ In the process medical doctors became important, especially with regard to work disability. But, medicine was still not so powerful that disabled people needed the social model as a counter perspective and a common ground for a strong disability movement.

5. Prospect

This case study is only the beginning of a larger study of disability groups using a praxiographic approach, but it shows already the potential for new understandings. Because the importance of the national context is more or less presupposed in this article, I will conclude with some critical remarks on spatial frameworks.

Harry Oosterhuis, Joost Vijsselaar, and Hugh Freeman (eds.), *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches* (Amsterdam: Amsterdam University Press, 2005), 424-437.

²⁵ Marcel Hoogenboom, „The Netherlands: Two Tiers for All“ in J. Clasen and D. Clegg (eds.), *Regulating the Risk of Unemployment. National Adaptations to Post-Industrial Labour Markets in Europe* (Oxford: Oxford University Press, 2011), 75-99, 95, cf. Kees van Kersbergen, „Religion and the Welfare State in the Netherlands“ in Kees van Kersbergen and Phillip Manow (eds.), *Religion, class coalitions and welfare states* (Cambridge: Cambridge University Press, 2009), 119-145.

²⁶ Dick Oudenampsen and Majone Steketee, „De patiëntenbeweging: van afhankelijkheid naar eigen regie“ in Thijl Sunier, Jan Willem Duijvendak, Sawitri Saharso, and Fridus Steijlen (eds.), *Emancipatie en subcultuur. Sociale bewegingen in België en Nederland* (Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek, 2000), 74-97.

²⁷ Abram de Swaan, *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era* (New York: Oxford University Press, 1988).

²⁸ Hoogenboom, „Two tiers“.

As I have said, in the historiography about disability movements the Anglo-Saxon perspective on disability groups is dominant. The roots of the so-called social model of disability and the rise of disability movements lay in the United States and the United Kingdom. As a result, these countries were often presented as exemplary for disability groups around the world. From a historical perspective, however, we have to question this dominance and the exemplary role of disability politics in Anglo-Saxon countries, because we cannot really understand the history of disability groups in other spatial contexts and explain differences between countries if we consider these as lagging behind the US and the UK.²⁹ Therefore the historicization of social scientists' concepts, like the social model or 'new social movements', as has been used by Anglo-Saxon disability groups, as well as the medical model, contested by disability activists, is so important. Instead of using these concepts for my analysis I shall investigate how and why these concepts and scientific knowledge were used in the construction of groups on a disability-by-disability basis in various countries.

In line with historicizing scientific concepts, the praxiographic approach enables us to question the 'natural' framework of the nation-state. If we recognize the importance of particular settings for the enactment of the disabled body, we cannot assume in advance the framework of the nation-state. In the history of science, for instance, contemporary historiography shows the importance of the transnational and international movement of ideas, texts, theories, instruments, inventions and individuals. Notwithstanding this movement, the development of knowledge, practices and discourse depends in important ways on particular settings. In the field of the history of science this last point was made forcefully by David Livingstone in his book, *Putting science in its place: geographies of scientific knowledge* (2003).³⁰ In my research I will follow a slightly different approach, namely the approach of entangled history as introduced by Michael Werner and Bénédicte Zimmermann. In their plea for writing entangled histories, they have argued that a structural reflection on the conceptual frameworks of historical agents and of historians is needed. To achieve this reflection they put mutual observation center stage. Entanglement starts where people observe each other and base their behavior on that mutual observation. By reflecting on the conceptual frameworks of historical actors, these frameworks are not fixed in advance but their importance will become clear during the reflection.³¹ The significance of the nation-state as a conceptual framework for disability groups is an open question and an object of investigation. In my research I will have to reconstruct – in line with the recent historiography about 'new social movements' – the way in which historical agents use spatial frameworks, and which frameworks were important to them. Moreover,

²⁹ Gildas Brégain, „An entangled perspective on disability history: The disability protests in Argentina, Brazil and Spain, 1968-1982“ in Sebastian Barsch, Anne Klein, and Pieter Verstraete (eds.), *The Imperfect Historian. Disability Histories in Europe* (Frankfurt a. M.: Peter Lang Publishers, 2013), 133-153.

³⁰ David Livingstone, *Putting science in its place: geographies of scientific knowledge* (Chicago: University of Chicago Press, 2003).

³¹ Michael Werner and Bénédicte Zimmerman, „Beyond comparison: histoire croisée and the challenge of reflexivity“ *History and Theory* 45 (2006): 30-51. See also Michael Billig, *Banal nationalism* (London: Sage, 1995).

as historians we have to reflect on our own conceptual frameworks and I hope my article is a contribution to this reflection.

Bibliography

1. Anderson, Julie. 'The Soul of a Nation.' *The Second World War, Bodies and Rehabilitation in Britain*. Manchester: Manchester University Press, 2011.
2. Barnes, Colin. „The Social Model of Disability.“ In *Routledge Handbook of Disability Studies*. Edited by Alan Roulstone, Carol Thomas, and Nick Watson, 12-29. London: Routledge, 2012.
3. Billig, Michael. *Banal nationalism*. London: Sage, 1995.
4. Borsay, Anne. *Disability and social policy in Britain since 1750: a history of exclusion*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.
5. Brégain, Gildas. „An entangled perspective on disability history: The disability protests in Argentina, Brazil and Spain, 1968-1982.“ In *The Imperfect Historian. Disability Histories in Europe*. Edited by Sebastian Barsch, Anne Klein, and Pieter Verstraete, 133-153. Frankfurt a. M.: Peter Lang Publishers, 2013.
6. Campbell, Jane and Mike Oliver. *Disability politics: understanding our past, changing our future*. London: Routledge, 1996.
7. Cooter, Roger. „Medicine and Modernity.“ In *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Edited by Mark Jackson, 100-116. Oxford: Oxford University Press, 2011.
8. Davis, Lennard J. *Enforcing normalcy. Disability, deafness and the body*. London: Verso, 1995.
9. Epstein, Steven. *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*. Berkeley: University of California Press, 1996.
10. Haan, Ido de and James Kennedy. „Progress, Patients, Professionals and the Psyche. Comments on Cultures of Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century.“ In *Psychiatric cultures compared. Psychiatry and mental health care in the twentieth century: comparisons and approaches*. Edited by Marijke Gijswijt-Hofstra, Harry Oosterhuis, Joost Vijselaar, and Hugh Freeman, 424-437. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2005.
11. Hoogenboom, Marcel. „The Netherlands: Two Tiers for All.“ In *Regulating the Risk of Unemployment. National Adaptations to Post-Industrial Labour Markets in Europe*. Edited by Jochen Clasen and Daniel Clegg, 75-99. Oxford: Oxford University Press, 2011.
12. Hughes, Bill. „Disability and the body.“ In *Disability studies today*. Edited by Colin Barnes, Mike Oliver, and Len Barton, 58-76. Cambridge: Polity, 2002.
13. Kersbergen, Kees van. „Religion and the Welfare State in the Netherlands.“ In *Religion, class coalitions and welfare states*. Edited by Kees van Kersbergen and Phillip Manow, 119-145. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
14. Kudlick, Catherine J. „Disability History: Why We Need Another ‚Other‘.“ *American Historical Review* 108 (2003): 763-793.
15. Livingstone, David. *Putting science in its place: geographies of scientific knowledge*. Chicago: University of Chicago Press, 2003.
16. Longmore, Paul K. and Lauri Umansky (eds.). *The new disability history: American perspectives*. New York: New York University Press, 2001.
17. Mak, Geertje. *Doubting Sex: Inscriptions, Bodies and Selves in Nineteenth-Century Hermaphrodite Case Histories*. Manchester: Manchester University Press, 2012.

18. Mol, Annemarie. „Koordination und Ordnungsbildung in der Akteur-Netzwerk-Theorie.“ *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 50 (2010): 253-269.
19. Mol, Annemarie. *The Body Multiple. Ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press, 2002.
20. Oudenampsen, Dick and Majone Steketee. „De patiëntenbeweging: van afhankelijkheid naar eigen regie.“ In *Emancipatie en subcultuur. Sociale bewegingen in België en Nederland*. Edited by Thijl Sunier, Jan Willem Duijvendak, Sawitri Saharso, and Fridus Steijlen, 74-97. Amsterdam: Instituut voor Publiek en Politiek, 2000.
21. Shakespeare, Tom. „Disabled People’s Self-organisation: a new social movement?“ *Disability, Handicap and Society* 8 (1993): 249-264.
22. Snow, David A., Sarah A. Soule, and Hanspeter Kriesi (eds.). *Blackwell Companion to Social Movements*. Malden: Blackwell, 2004.
23. Swaan, Abram de. *In care of the state: health care, education and welfare in Europe and the USA in the modern era*. New York: Oxford University Press, 1988.
24. Tonkens, Evelien. *Zelfontplooiingsregime, de actualiteit van Dennendal en de jaren zestig*. Amsterdam: Bert Bakker, 1999.
25. Trigt, Paul van. „The imperfection of narrative: Sensory history and the inclusion of blind people in Dutch society in the twentieth Century.“ In *The Imperfect Historian. Disability Histories in Europe*. Edited by Sebastian Barsch, Anne Klein, and Pieter Verstraete, 59-72. Frankfurt a. M.: Peter Lang Publishers, 2013.
26. Verstraete, Pieter. *In the shadow of Disability: Reconnecting History, Identity and Politics*. Opladen: Barbara Budrich Publishers, 2012.
27. Weijers, Ido. *Terug naar het behouden huis. Romanschrijvers en wetenschappers in de jaren vijftig*. Amsterdam: SUA, 1991.
28. Werner, Michael and Bénédicte Zimmerman. „Beyond comparison: histoire croisée and the challenge of reflexivity.“ *History and Theory* 45 (2006): 30-51.
29. Wijnen, Agnes van, Yolán Koster-Dreese, and Arko Oderwald (eds.). *Trots en treurnis. Gehandicapt in Nederland*. Amsterdam: Babylon-De Geus, 1996.

Online Sources

1. „United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities website“ <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml> (18.7.2017).
2. „European Disability Strategy 2010-2020: A Renewed Commitment to a Barrier-Free Europe“ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=URISERV%3Aem0047> (18.7.2017).

Behindert oder sprachlich-kulturelle Minderheit? Eine kulturhistorische Perspektive auf gehörlose Menschen in Deutschland

Anja Werner

1. Einleitung

In ihrer Neujahrsansprache am 31. Dezember 2012 berichtete die deutsche Bundeskanzlerin Angela Merkel von mehreren „kleine[n] medizinische[n] Wundern“, so von einem „10-jährigen Jungen [...], der fast taub zur Welt kam. Dann erhielt er ein hochmodernes Implantat. Heute kann er Musik hören und ohne Probleme die Schule besuchen.“ Dieser „Erfolg unserer Forscher“ bedeute „[f]ür den Jungen [...] sein Hören [...]. Es bedeutet Alltag und Lebensqualität. Für unser Land bedeutet Forschung Arbeitsplätze.“¹ US-Präsident Barack Obama hingegen gebärdete im Frühjahr 2012 spontan in American Sign Language (ASL) „danke sehr [thank you]“, nachdem der gehörlose Student Stephon Williams „ich bin stolz auf Sie [I am proud of you]“ gebärdet hatte.² Im Gegensatz zu Merkel hat Obama ein grundlegendes Verständnis der Sprache – und somit Kultur – der gehörlosen Minderheit seines Landes.

Zwei Gedanken in Merkels Rede reflektieren, wie weit die hörende Mehrheit in Deutschland hinter internationalen Entwicklungen herhinkt und dabei auf verschiedenen Ebenen diskriminierend agiert: Zum einen bedeutet Forschung für sie vorrangig naturwissenschaftliche Forschung, Arbeit an erster Stelle technisch-wirtschaftliches Schaffen. Zum anderen setzt sie Lebensqualität mit der Fähigkeit zu hören gleich. Indem Merkel impliziert, dass Forschung eindimensional medizinisch-technischer Natur sei, postuliert sie die Zweit-rangigkeit von Geisteswissenschaften nicht nur für den Umgang mit Gehörlosigkeit. Kann die systematische Erforschung von Sprache, Literatur, Kultur und Geschichte einen Beitrag für das gemeinsame Miteinander in der modernen Industriegesellschaft leisten? Das Vorurteil, dass sie dies nicht könne, führt letztlich dazu, dass naturwissenschaftliche Perspektiven die Wahrnehmung von Gehörlosigkeit vieler hörender Deutscher bestimmen. In der Folge wird der gehörlose Mensch von ihnen als ‚unnormale‘ wahrgenommen – er müsse mit Hilfe naturwissenschaftlicher Methodik der ‚normalen‘ Mehrheit ‚zurückgegeben‘ werden. Damit werden gehörlose Menschen in Deutschland auch heute noch für ihre Fähigkeiten verkannt. Der Einzelne wird der Mehrheit angepasst, die Gesellschaft verschließt sich vor dem Potenzial von Andersartigkeit in ihrer Mitte.

Viel gravierender als Merkels naturwissenschaftlich verengte Perspektive ist jedoch ihre Behauptung, dass Lebensqualität durch die Wiederherstellung eines geschädigten Gehörs herbeigeführt werden müsse. Diese Behauptung wird publikumswirksam als ‚medizinisches

¹ „Angela Merkel, Neujahrsansprache 2013“ <http://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2012-12/25572691-merkels-neujahrsansprache-2013-wird-nicht-einfacher-003.htm> (18.7.2017).

² „Elizabeth Flock, ‚President Obama Surprises Deaf Student by Signing to Him‘ *The Washington Post* 21.3.2012“ http://www.washingtonpost.com/blogs/44/post/president-obama-surprises-deaf-student-by-signing-to-him/2012/03/21/gIQAAdHnRS_blog.html (18.7.2017).

Wunder‘ deklariert, was dem Erkenntnisstand hörender Menschen des ausgehenden 18. Jahrhunderts entspricht.³ Tatsächlich sind die Cochlea-Implantate, auf die Merkel anspielt, alles andere als Wundermittel. Hörleistung kann damit lediglich begrenzt und nur nach jahrelanger Lautsprachtherapie erreicht werden. Studien wie Gisela Szaguns *Wie Sprache entsteht* verdeutlichen, dass ein nennenswerter Teil der hörgeschädigten Kinder mit Cochlea-Implantat nicht ebenso gut wie hörende Kinder Lautsprache erlernt. Daher muss die Bedeutung von Gebärdensprachen für den Spracherwerb eines gehörlosen Kindes stärker in den Bereichen Medizin und Bildung in den Vordergrund rücken.⁴ Schulbildung ist auf unterschiedlichen Wegen sehr gut auch ohne Gehör möglich. Schließlich ist es ein Irrglaube, dass man nur über das Gehör Musik genießen kann – als Physikerin sollte Merkel eigentlich wissen, dass Schallwellen von Musik nicht nur vom Ohr sondern auch über den Körper wahrgenommen werden; die spätertaubte Percussionistin Evelyn Glennie und die gehörlose Tänzerin Sarah Neef geben davon Zeugnis.⁵

Merkels Aussagen verdeutlichen, wie die Wahrnehmung von Gehörlosigkeit einer hörenden deutschen Mehrheit bis in die Gegenwart von hörenden Ärzten, Technikern, Wissenschaftlern und Pädagogen geprägt wird, die über bestenfalls oberflächliche Kenntnisse gebärdensprachlicher Gehörlosenkultur verfügen, unkritisch einer lautsprachlichen Methodik verbunden sind und geisteswissenschaftliche Herangehensweisen und gebärdensprachliche Traditionen nicht nur in Deutschland außen vor lassen. Ein derartiger Ausschluss von Erkenntnissen kann kein Merkmal einer auch zukünftig zur Weltspitze gehören wollenden Wissenschaftsnation sein.

Ziel dieses Aufsatzes ist es, einen Überblick über den Stand der Forschung zu Gehörlosigkeit in Deutschland an der Schnittstelle zwischen linguistisch-kultur-historischen und medizinisch-technischen Interpretationen zu leisten. Neben einer kurzen Darstellung der Situation heute sowie des geschichtlichen Kontexts des Methodenstreits zwischen Laut- und Gebärdensprachunterricht soll der Hauptteil des Aufsatzes exemplarisch Aspekte der Laut- und Gebärdensprachtraditionen in Deutschland aus kulturhistorischer Perspektive seit dem späten 18. Jahrhundert vorstellen. Dabei können in dieser knappen Darstellung allerdings nur ausgewählte, besonders aussagekräftige Beispiele einbezogen werden.

2. Hörende Normen und Gebärdenkultur heute

Hörschädigung ist ein sehr vielfältiges Phänomen. Es gibt keine klaren Abgrenzungen, das Restgehör kann graduell verschieden hoch oder niedrig sein. Ob man sich in gebärdensprachlicher oder lautsprachlicher Umgebung wohler fühlt, hängt von persönlicher Veranlagung und Selbstidentifizierung ab; nur an zweiter Stelle sollten Ansprüche der hörenden

³ Vgl. z. B. [o.V], „A Remarkable Case of a Man born Deaf“ *New Wonderful Magazine and Marvelous Chronicle* 3 (1794): 287.

⁴ Gisela Szagun, *Wie Sprache entsteht: Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören* (Weinheim: Beltz, 2011); vgl. auch Harlan L. Lane, Ben Bahan und Robert Hoffmeister, *A Journey into the Deaf-World* (San Diego: DawnSignPress, 1996).

⁵ Sarah Neef, *Im Rhythmus der Stille: wie ich mir die Welt der Hörenden eroberte* (Frankfurt, M.: Campus, 2009); Joachim Bihrer, Claus Hanischdörfer, Sarah Neef, Ekkehard Hessenbruch und Tobias Rückert, *Im Rhythmus der Stille* (DVD) 2010; Evelyn Glennie, Thomas Riedelsheimer und Fred Frith, *Touch the Sound: A Sound Journey with Evelyn Glennie* (DVD) 2006.

Umwelt und die Expertise hörender Experten stehen. Wie auch hörende Menschen haben gehörlose ganz unterschiedliche intellektuelle Veranlagungen. Es gibt Hochbegabte, die ein hohes Niveau lautsprachlicher Kommunikation erreichen können. Einer Mehrheit gehörloser Menschen fällt dies hingegen schwer. Das Lautsprachstudium ist für sie zeitaufwendig und wenig gewinnbringend. Viele taubgeborene bzw. vor dem Spracherwerb ertaubte Kinder erreichen nie eine der hörenden Mehrheit vergleichbare Lautsprachkompetenz; sie können sich aber gebärdensprachlich ausgesprochen differenziert ausdrücken und auf diese Weise Sprache als Idee und Kommunikationsmittel überhaupt erfassen.⁶

Diese Tatsachen scheinen in der medizinischen Fachliteratur weitgehend unbekannt zu sein. Noch 1994 wurde in einem medizinischen Lehrbuch behauptet, dass „[d]er Erwerb und der Gebrauch von Sprache [...] eine Grundfähigkeit allein des Menschen [ist], die aber nur in lautsprachlich-kommunikativer Interaktion mit anderen Menschen entwickelt und ausgebildet werden kann“.⁷ Unbeachtet bleibt die Tatsache, dass es in den USA und Skandinavien wenigstens seit den 1950er und in Deutschland seit den 1970er Jahren universitäre, geisteswissenschaftliche Forschung zu nationalen Gebärdensprachen gegeben hat und deutsche gebärdensprachliche Traditionen zumindest bis zu den ersten Schulgründungen für gehörlose Schüler im 18. Jahrhundert zurückverfolgt werden können.⁸ Zwar gestehen historisierende Ärzte zu, dass in der Gegenwart des 21. Jahrhunderts „die Debatten über methodologische Einzelheiten in der Hörpädagogik“ längst „nicht mehr starr und dogmatisch“, sondern „an den Bedürfnissen des einzelnen Kindes“ ausgerichtet seien. Doch die „Bedürfnisse des einzelnen Kindes“ werden von ihnen einseitig aus lautsprachlich-hörender Sicht definiert. So kommt man unter Fachärzten auch 2003 zu dem Schluss, dass „es der enormen Zuneigung und Geduld eines Hörgeschädigten-Pädagogen bedarf, um ein gehörloses Kind kommunikationsfähig zu machen“.⁹

Zwar rücken Gebärdensprachen inzwischen ins Blickfeld der hörenden Medizin, sie werden jedoch nicht als Möglichkeit für die Bildung gehörloser Menschen wahrgenommen. Ein Hauptargument gegen ihre Nützlichkeit ist jetzt die Idee, dass „die eigentliche Gebärdensprache [...] nur wenigen Geschulten vorbehalten“¹⁰ sei. Dabei wird vernachlässigt, dass Gebärdenspracherwerb den Laut- und Schriftspracherwerb nicht ausschließt und die Frage nach dem Wohlbefinden des Patienten (und nicht der Mehrheitsgesellschaft) im Mittelpunkt stehen sollte. ‚Kommunikationsfähigkeit‘ wird ausschließlich mit Lautsprachlichkeit und der Notwendigkeit des Kontakts mit der Außenwelt gleichgesetzt. Sie wird als Ausdruck der inneren Persönlichkeit ignoriert. Dies ist möglich, da der Austausch mit Linguisten fehlt und die Medizin nur aus sich heraus Antworten auf Fragen zu finden sucht, die nicht ohne geisteswissenschaftliche Methodiken wirklich umfassend und syste-

⁶ Szagun, *Wie Sprache entsteht*, 247-249.

⁷ Odo von Arentsschild und A. Koch, „Sprach- und Sprechstörungen (außer bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen Erwachsener und bei hörgestörten Kindern)“ in Peter Biesalski und Friederich Frank (Hrsg.), *Phoniatrie – Pädaudiologie. Band 1: Phoniatrie*, 2. Aufl. (Stuttgart: Thieme, 1994), 62.

⁸ William Stokoe, *Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf* (Buffalo: Dept. of Anthropology and Linguistics, University of Buffalo, 1960). Für Quellen zur Deutschen Gebärdensprache, siehe unten, Fußnoten 17 und 18.

⁹ Sibylle Brosch und Wolfgang Pirsig, „Gehörlosigkeit im kulturgeschichtlichen Kontext. Teil 2“ *HNO* 2 (2003): 113-117, 117.

¹⁰ Brosch und Pirsig, „Gehörlosigkeit im kulturgeschichtlichen Kontext. Teil 2“, 116-117.

matisch beantwortet werden können. Neuste, medizinhistorische Publikationen versuchen, medizinische und geisteswissenschaftliche Perspektiven in Einklang miteinander zu bringen. Sie zeigen Tendenzen, Gehörlosenkultur als neue Herausforderung zu sehen und den Fokus nicht nur darauf zu setzen „Krankheiten auszusondern bzw. zu behandeln (z. B. Präimplantationsdiagnostik, Cochlea Implantate)“.¹¹ Ohne eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Geistes-, Naturwissenschaftlern, Pädagogen und vor allem gehörlosen Aktivisten und Wissenschaftlern wird dies aber nicht zu erreichen sein.

Lautsprachlich geschulte gehörlose Menschen wie Fiona Bollag und Sara Neef unterstützen die Argumente hörender Lautsprachler und reden von der ‚Isolation‘ gebärdender gehörloser Menschen: „Denn wie viele Hörende beherrschen schon die Gebärdensprache?“¹² Damit scheint das lautsprachliche Erziehungsmodell auch deswegen im Vorteil, da es von einigen Betroffenen selbst propagiert wird. Die proklamierte Höherwertigkeit der Lautsprache, die eine ‚Rückführung‘ gehörloser Menschen in die Welt der Hörenden zu ermöglichen scheint, ist indes ein auf Unwissenheit und nicht zuletzt Unflexibilität beruhender Mythos. Die Integration Neefs und Bollags in die hörende Welt mit Hilfe technischer Hilfsmittel ist nur Schein. Beide sprechen in ihren Memoiren wiederholt von ihrer *Isolation unter Hörenden*. Sie benötigten gelegentlich, trotz Hörgeräten und Kenntnissen des Lippenlesens, ihre Mütter als Dolmetscher, die jeweils langsam und deutlich die von Verwandten, Freunden oder Fremden ausgesprochenen Dinge wiederholen müssen. Beide haben keine Kenntnis der Deutschen Gebärdensprache (DGS), wobei Bollag am Ende ihres Buches über DGS-Unterricht nachdenkt, während Neef – obwohl sie mehrere Lautsprachen spricht – sich weigert, DGS zu lernen, da man damit ausschließlich mit gehörlosen Menschen kommunizieren könne und sie dadurch als ‚behindert‘ stigmatisiert wäre. Allerdings schreibt Neef auch, wie sie allein unter hörenden Freunden und Familienmitgliedern in der Schule und in ihrer Familie immer wieder unverstanden blieb und ausgegrenzt wurde.¹³ Lautsprachliche gehörlose Menschen bleiben isoliert und behindert in der hörenden Welt. Sie erscheinen lediglich angepasst und fallen nicht mehr durch unverständliche ‚Kommunikation per Hand‘ in der hörenden Masse auf.

Vorstellungen von ‚Normalität‘ müssen seitens der hörenden Mehrheit – so belegen Bücher gebärdensprachlich-gehörloser Menschen¹⁴ – in Frage gestellt, hörende Eltern von tauben Kinder vielseitiger informiert werden. „Sind Taubheit und Schwerhörigkeit überhaupt Krankheiten? Muss man eine Behinderung, einen Mangel, unbedingt durch [...] Eingriffe beheben?“ fragt der taubblinde Diakon Peter Hepp 2005 provokant in seiner Autobiografie. „Oder steckt dahinter nicht die Illusion eines perfekten Menschen, den man

¹¹ Eva Bringschulte, „Medizin und Behinderung – zur ‚Gehörlosenproblematik‘ seit dem 18. Jahrhundert“ in Heiner Fangerau und Igor Polianski (Hrsg.), *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach* (Stuttgart: Steiner Verlag, 2012), 151-167.

¹² Neef, *Im Rhythmus der Stille*, 29. Vgl. auch Fiona Bollag mit Peter Hummel und Angela Kuepper, *Das Mädchen, das aus der Stille kam* (Bergisch Gladbach: Ehrenwirth, 2006), 81.

¹³ Bollag, *Das Mädchen, das aus der Stille kam*, 183. Neef, *Im Rhythmus der Stille*, 13, 43, 91, 93, 104-105, 106, 110, 113-116, 118. Gehörlosigkeit erlaubt es Klassenkameraden und auch Lehrern, sie als ‚anders‘ zu hänseln und zu benachteiligen.

¹⁴ Emmanuelle Laborit und Marie-Thérèse Cuny, *L'œ cri de la mouette* (Paris: Pocket, 2003 [1994]); Sabine Helbig, *Blitzlichter in der Dunkelheit. Das Leben einer tauben Frau* (Guxhagen: Kestner, 2006); Peter Hepp, *Die Welt in meinen Händen. Ein Leben ohne Hören und Sehen* (Berlin: Ullstein, 2007).

so lange und so oft reparieren kann, bis alles funktioniert?“¹⁵ Sabine Helbig zeigt in ihren Erinnerungen deutlich, dass Hören und Formen des Nichthörens wesentlich zur Selbstidentifikation beitragen. Als Kind schwerhörig, ertaubt sie als Teenager vollständig. Als erwachsene Frau entscheidet sie sich gegen ein Cochlea-Implantat, um nicht zum zweiten Mal eine grundlegende Änderung ihrer Identität auf der Basis ihres Hörstatus’ durchmachen zu müssen. Ihr hörendes Umfeld reagiert überwiegend mit Unverständnis. Hepp geht einen Schritt weiter und berichtet, wie sich seine gehörlosen Schulkameraden vor den Augen der hörenden Nonnen (Lehrerinnen) in Gebärdensprache über diese lustig machten, ohne dass diese es begriffen. Die Nonnen wiederum impften den gehörlosen Kindern im Unterricht ein, dass sie nie so viel erreichen könnten wie hörende Gleichaltrige. Sie suggerieren gehörlosen Kindern autoritär eine Idee ihrer Minderwertigkeit, die für diese zu einem Widerspruch zwischen der positiven Selbstwahrnehmung eigener Leistungen und der negativen Einschätzung von außen führt. Der Unwissenheit der hörender Autoritäten ausgesetzt, müssen gehörlose Kinder wie Hepp in sich selbst die Kraft finden, gegen auferlegte, hörende Maßstäbe anzukämpfen.¹⁶

Taube, gebärdensprachliche Erwachsene definieren sich nicht den Erwartungen ihrer hörenden Mitmenschen entsprechend als ‚behindert‘. Sie verstehen sich als Angehörige einer sprachlich-kulturellen Minderheit. Ihre Selbstdefinition entspricht nicht den Hörrestmessungen der Mediziner – der entscheidende Faktor, sich mit einer gebärdensprachlichen Gehörlosengemeinschaft zu identifizieren, ist dabei nicht, ob ein hörgeschädigter Mensch Sprache über das Ohr differenzieren kann, sondern die Frage nach persönlichem Wohlbefinden und Zugehörigkeitsgefühl. Viele taube Menschen fühlen sich in gebärdensprachlichen Gemeinschaften glücklich, weil sie ungehindert auf natürliche Weise mit Gleichgesinnten kommunizieren können. Im Jahre 2002 wurde in der Bundesrepublik Deutschland die Deutsche Gebärdensprache (DGS) erstmals als eigenständige Sprache anerkannt. Damit wurden Impulse umgesetzt, die mehrere Jahrzehnte zurückreichen. Seit den 1970er Jahren entwickelten sich Zentren zur Erforschung der Sprache, Kultur und Geschichte gehörloser Menschen z. B. in Hamburg, Berlin und Zwickau.¹⁷ 1987 wurde in Hamburg eine erste wissenschaftliche Untersuchung der DGS vorgelegt. Die Forschung der Deaf Studies in Deutschland hat bereits zahlreiche Studien hervorgebracht, die sich mit DGS sowie Aspekten der Geschichte gehörloser Menschen vor allem im 19. Jahrhundert, im

¹⁵ Hepp, *Die Welt in meinen Händen*, 247.

¹⁶ Helbig, *Blitzlichter in der Dunkelheit*, 222; Hepp, *Die Welt in meinen Händen*, 51, 54-55, 60-63, 68, 73, 74.

¹⁷ Eduard Kolb, I. Baumann, Eugene D. Mindel, Daniel H. Pokorny und Mary Jane Rhodes, *Artikel und Berichte aus Amerika: Über Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit* (Zürich: Gehörlosenzentrum, Ref. Pfarramt für Gehörlose, 1976); Zürcher Vereinigung für Gehörlose, *Gehörlos was ist das? Eine Einführung in das Leben der Gehörlosen* (Zürich: Selbstverlag, 1976). Vgl. auch Hanna Eichmann, Martje Hansen und Jens Heßmann, *Handbuch deutsche Gebärdensprache: sprachwissenschaftliche und anwendungsbezogene Perspektiven* (Seedorf: Signum, 2012). Die Geschichte des Hamburger Instituts für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser (IDGS) findet sich unter <http://www.idgs.uni-hamburg.de/ueber-das-institut/geschichte.html> (18.7.2017). Eine Übersicht über Orte, an denen eine Ausbildung zum Gebärdensprachdolmetscher angeboten wird, findet sich unter <http://www.kestner.de/n/dolmetschen/dolmetschen-ausbildung.htm> (18.7.2017).

Nationalsozialismus und in bestimmten Regionen wie Hamburg wissenschaftlich fundiert auseinandersetzen. Forschungslücken gibt es vor allem für das 20. Jahrhundert.¹⁸

Wenig von dem, was wir heute aus Sicht der Deaf Studies über Gehörlosigkeit wissen, scheint medizinisch-technische Experten, eine hörende Mehrheit oder jene Historiker erreicht zu haben, die einer Mehrheitsgeschichtsschreibung verbunden sind. ‚Behinderte‘ Menschen werden – wie auch im öffentlichen Leben – von Natur- und Geisteswissenschaft in Deutschland marginalisiert, da ihre Geschichte und ihr Miteinander vorrangig in einer gesonderten ‚Nische‘ rezipiert wird. Trotz der Etablierung der Deaf Studies in Deutschland ist den Autoren eines Artikels von 1997 noch immer zuzustimmen, die betonen, dass das „detaillierte Wissen um historische Zusammenhänge und Entwicklungen“ der ‚Taubstum-

¹⁸ Zur DGS: Siegmund Prillwitz et al., *HamNoSys: Hamburger Notationssystem für Gebärdensprachen: eine Einführung*, 2. Aufl. (Hamburg: Signum, 1989 [1987]); Gundula List und Günther List (Hrsg.), *Quersprachigkeit: zum transkulturellen Registergebrauch in Laut- und Gebärdensprachen* (Tübingen: Stauffenburg, 2001); Karin Bott-Bodenhausen, *Unterdrückte Sprachen: Sprachverbote und das Recht auf Gebrauch der Minderheitensprachen* (Frankfurt a. M.: Lang, 1996); Christina Keiser, *Hörschädigung und Gebärdensprache: ihre Darstellung und Funktion in ausgewählten Werken der neueren Kinder- und Jugendliteratur* (Hamburg: Magistraarbeit Universität Hamburg, 2002). Zu unterschiedlichen Aspekten: Norbert Braunwalder, *Gebörlos und homosexuell – doppelte Minderheit?* (Zürich: Diplomarbeit Hochschule für Heilpädagogik, 1998); Jens Heßmann, *Gebörlos so! Materialien zur Gebärdensprache* (Hamburg: Signum, 2001); Julia Oberauer, *Gebörlosigkeit und Internet: neue Medien als Hilfsmittel zur Informationsbeschaffung in der Wissensgesellschaft* (Klagenfurt: Zentrum für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation, 2005). [o.V.], *Gebörlos. Eine Ausstellung der Paulinenpflege Winnenden* (Winnenden: Paulinenpflege, 1981); Gehörlosenschule Erfurt, *Ich heiße Sabine. Mein Wohnort ist Erfurt. Ich bin taub ... aber ich bin nicht stumm* (Erfurt: Selbstverlag, 1991); Andrea Bollhalder, *Von Geburt an gehörlos: Hörgerät oder Gebärdensprache* (Wil: Kantonsschule Wil, 2008); Sybille Gloor, *Diagnose: Gebörlos: Wenn eine Familie gezwungen wird, ihren Lebensstil zu ändern* (Aarau: Alte Kantonsschule Aarau, 2010). Zum 19. Jahrhundert: Sylvia Wolff, *Elementarunterricht und Sprachbildung unter besonderer Berücksichtigung der Unterrichtspraxis am Berliner Königlichen Taubstummeninstitut zwischen Aufklärung und Frühmoderne* (Berlin: HU Univ. Diss., 2013); Ylva Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere* (Bielefeld: transcript, 2013); Hans-Uwe Feige, „Denn taube Personen folgen ihren tierischen Trieben“ *Samuel Heinicke. Gebörlosen-Biografien aus dem 18. und 19. Jahrhundert* (Leipzig: Gutenberg, 1999). Vgl. auch Joseph John Murray, „One touch of nature makes the whole world kin“: *The Transnational Lives of Deaf Americans, 1870-1924* (Iowa City: University of Iowa Univ. Diss., 2007). Zum Nationalsozialismus: Horst Biesold, *Klagende Hände: Betroffenheit und Spätfolgen in Bezug auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, dargestellt am Beispiel der „Taubstummen“* (Solms-Oberbiel: Jarick Oberbiel, 1988); Frank Andreas Brodehl, *Widerstand, Anpassung, Pflichterfüllung? Zur Konfrontation der Taubstummen-pädagogik mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933* (Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2014); Lothar Scharf und Fridolin Wasserkampf, *Taubstumme in der Hitlerjugend? Fridolin W. erzählt: Biografie und Dokumentation zu „Gebörlose im 3. Reich“* (Stadelhofen: Selbstverlag, 2006); Eleanor C. Dunai, *Surviving in Silence: A Deaf Boy in the Holocaust: The Harry I. Dunai Story* (Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2002); Donna F. Ryan und John S. Schuchman, *Deaf People in Hitler's Europe* (Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2002). Zu Hamburg: Iris Groschek, *Unternwegs in eine Welt des Verstehens: Gebörlos in Hamburg: die Geschichte der Hamburger Gebörlosenbildung von 1769 bis 2000* (Hamburg: Univ. Diss., 2004); Christian Hannen, *Von der Fürsorge zur Barrierefreiheit. Die Hamburger Gebörlosenbewegung 1875-2005* (Seedorf: Signum, 2006). Zu Gehörlosigkeit im geteilten Deutschland gibt es bisher praktisch keine fundierte historische Forschung. Vgl. z. B. Anja Werner, „Die ge-hörlosen Menschen sollen auch begeistert am Aufbau des sozialistischen Vaterlandes teilnehmen“. *Gebörlosenpädagogik in Ostdeutschland, 1945–1990* *Das Zeichen* 99 (2015): 6-21.

menbildung¹⁹ und der Geschichte gehörloser Menschen „bis heute sehr lückenhaft“ ist.¹⁹ Dabei ist z. B. die Geschichte von Gehörlosigkeit äußerst aussagekräftig, wenn es um Vorstellungen der hörenden Mehrheit nicht nur von Wissenschaft und Andersartigkeit geht.

3. Historischer Methodenstreit?

Die gehörlose österreichische Politikerin Helene Jarmer, deren Muttersprache Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) ist, musste feststellen, „dass das gesprochene Wort bei uns in Europa [vor allem im deutschsprachigen Raum] sehr wichtig ist“, in Asien liege die Hemmschwelle weit niedriger, in Gebärden oder schriftlich „über offensichtlich verbale Barrieren hinweg Kontakt aufzunehmen“.²⁰ Möglicherweise ist diese lautsprachliche Präferenz auf die Entschiedenheit zurückzuführen, mit der im 19. Jahrhundert viele Pädagogen gerade in deutschsprachigen Ländern gegen visuelle Kommunikation tauber Schüler vorgehen.²¹ Ein Grund für die Fixierung auf das gesprochene Wort im deutschsprachigen Raum könnte die protestantische Tradition Mitteleuropas sein – im Gegensatz zum katholischen Frankreich, wo Ikonografie und visuelle Symbolik einen Einfluss auf Unterrichtsmethoden für gehörlose Kinder gehabt haben könnten.

Die Tradition der hörenden deutschen Mehrheit, Hörschädigung vorrangig als eine Behinderung anzusehen und die Betroffenen auszugrenzen, manifestierte sich mit den ersten staatlichen Schulengründungen für gehörlose Schüler im späten 18. Jahrhundert und den damit verbundenen methodischen Auseinandersetzungen. Während in der ersten Schule in Paris unter Charles Michel Abbé de l'Épée seit den 1760er Jahren Gebärden als Basis für den Gehörlosenunterricht genutzt wurden (‚französische Methode‘), bildete ab 1778 in Leipzig unter Samuel Heinicke die Lautspracherziehung hörbehinderter Kinder den pädagogischen Schwerpunkt (‚deutsche Methode‘).²² Die Debatten über die Frage, welche der beiden Methoden die bessere sei, kulminierte 1880 während des Kongresses von Mailand in der Entscheidung, Gebärdensprachen in Gehörlosenschulen der westlichen Welt zu verbieten.²³ In den folgenden Jahrzehnten bis zum Ersten Weltkrieg ent-

¹⁹ Marion Bierwagen, Renate Fischer und Reinhard Müller, „Geschichte der Gehörlosen und der Gehörlosenbildung. Historische Zeitschriften wurden mit DFG-Unterstützung für die Forschung zugänglich gemacht“ *Das Zeichen. Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser* 39 (1997): 34-37, 36. Meine Hervorhebung.

²⁰ Jarmer, *Schreien nützt nichts*, 150-151.

²¹ Vgl. z. B. Wolff, *Elementarunterricht und Sprachbildung*.

²² Friedrich Wilhelm Reuschert, „Literarische Fehde zwischen Samuel Heinicke und Abbé de l'Épée“ in *Deutscher Taubstummenlehrerkalender für das Jahr 1888* (Langensalza: Beyer, 1887), 201-233; Samuel Heinicke, Charles-Michel de l'Épée und Christopher Browne Garnett, *The Exchange of Letters between Samuel Heinicke and Abbe Charles Michel de l'Épée; A Monograph on the Oralist and Manualist Methods of Instructing the Deaf in the Eighteenth Century, Including the Reproduction in English of Salient Portions of Each Letter* (New York: Vantage Press, 1968); Nabil Osman, *Samuel Heinicke* (München: Nashorn-Verlag, 1977); Horst R. Flachsmeier, *Taube hören und Sprachlose reden: Samuel Heinicke und sein Erbe* (Bensheim: Cristoffel-Blindenmission, 1977); Maryse Bézagu-Deluy, *L'abbé de l'Épée: instituteur gratuit des sourds et muets: 1712-1789* (Paris: Seghers, 1990); Anja Becker [Werner], „Behinderte behindern? Über das Studium mit Hörschädigung in Leipzig“ *Journal der Universität Leipzig* 3 (2005): 29-30.

²³ International Congress on the Education of the Deaf and Arthur A. Kinsey, *Report of the Proceedings of the International Congress on the Education of the Deaf: Held at Milan, September 6th-11th, 1880, Taken from the Official Minutes* (London: W. H. Allen & Co., 1880).

brannte ein publizistischer Methodenstreit, der durch Schärfe und Kompromisslosigkeit gekennzeichnet war. Er ist bis heute nicht wirklich beigelegt worden und wird teilweise noch immer mit großer Emotionalität geführt.²⁴

Ausgehend von diesen weitgehend wohlbekanntem Fakten muss nun unter Einbeziehung geisteswissenschaftlicher Methodiken weiter differenziert werden: 1.) Gebärdensysteme müssen von nationalen Gebärdensprachen unterschieden, durch geisteswissenschaftliche Forschung und deren breitere Rezeption Toleranz in der hörenden Öffentlichkeit sowie unter hörenden Experten außerhalb der Deaf Studies geschaffen werden; 2.) weitergefasste historische Kontexte müssen einbezogen, die national gewachsene Methodikschwerpunkte der heutigen Gehörlosenpädagogik hinterfragt werden, da ihnen gemeinsame Wurzeln und nicht zuletzt gemeinsame Ziele zugrunde liegen. Letztlich müssen unterschiedliche Kommunikationsmodelle im Rahmen der Gehörlosenbildung abgegrenzt werden. So negieren die sogenannten reinen Lautsprachler jegliche Bedeutung von Gebärden und pochen auf eine komplette ‚Integration‘ gehörloser Menschen per Lautspracherwerb mit einem Fokus auf Artikulationsübungen und Lippenlesen. Nicht bedacht wird, wie abstrakt Artikulationsübungen z. B. dem taubgeborenen Kind erscheinen müssen, das nicht in der Lage ist, über das Ohr die Bedeutung dieser anstrengenden, zeitaufwendigen Übungen zu erfassen. Auch wird heruntergespielt, wie ungenau Lippenlesen ist. Worte wie ‚kein‘ und ‚ein‘ lassen sich nicht durch Beobachtung der Lippen voneinander unterscheiden. Hier ist die Kombinationsgabe des gehörlosen Menschen gefragt. Lippenlesen ist eine fast übermenschliche intellektuelle Leistung. Doch nicht alle Lautsprachler in Vergangenheit und Gegenwart bestehen auf der ‚Reinheit‘ ihrer Methode. Viele Erkennen schon aus rein pragmatischen Gründen, dass visuelle Hilfsmittel auch in Form von Gebärden unabdingbar sind, wenn man mit gehörlosen Menschen über Inhalte reden will.²⁵ Eine Vielzahl von Hilfsmitteln nicht nur visueller Art ist an Lautsprachen angelehnt. Fingeralphabete sind bis heute Teil von Gebärdensprachen und werden für Eigennamen und unbekannte Begriffe genutzt. Ursprünglich von z. B. hörenden Mönchen im Schweigegeklöster verwendet, wurden sie erst später für die Kommunikation mit gehörlosen Menschen eingesetzt. Sie haben im Vereinigten Königreich eine besondere Tradition und wurden vereinzelt auch anderswo als idealer Kompromiss propagiert.²⁶ Es gab im 19. Jahrhundert auch viele kreative aber

²⁴ Als je ein Beispiel für beide Seiten seien genannt [o.V.] „Die Gebärdensprache der Taubstummen – eine Weltsprache“ *Taubstummen-Courier* 10 (1896): 109-110; Wilhelm Sawallisch, „Lautsprache oder Gebärdensprache in der Taubstummenschule? oder Wodurch unterscheidet sich die deutsche von der französischen Taubstummenschule, und warum verdient die Methode der ersteren zur Bildung der Taubstummen den Vorzug?“ *Blätter für Taubstummenbildung* 14/15 (1898): 209-223. Vgl. auch Julius Arendt, „Die goldene Mittelstrasse: ein Beitrag zur Klärung im Methodenstreite“ *Organ der Taubstummen-Anstalten in Deutschland und den deutschredenden Nachbarländern* 44 (1898): 353-363; Jarmer, *Schreiben nützt nichts*, 149.

²⁵ Becker [Werner], „Behinderte behindern?“; Werner, „Die gehörlosen Menschen“.

²⁶ Rachel Sutton-Spence, „British Manual Alphabets in the Education of Deaf People since the 17th Century“ in Leila Frances Monaghan, Karen Nakamura, Constanze Schmaling und Graham H. Turner (Hrsg.), *Many Ways to Be Deaf: International Variation in Deaf Communities* (Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2003). Johann Heidsiek, Verfechter der Gebärdensprache, war auch ein großer Verfechter des Fingeralphabets, das er, nach einem Besuch in den USA, als idealen Kompromiss anpries. Er hatte seine fast ausschließliche Nutzung an einer Schule dort beobachtet. Johann Heidsiek, *Das Taubstummen-*

unpraktische Ideen, um Probleme wie Kommunikation im Dunkeln zu lösen. So wurde angeregt, das Morsealphabet zu trommeln und Alphabete des Riechens und Tastens oder Stimmungsalphabete entwickelt.²⁷

Historische Formen von Gebärdensprachen, die eigene Sprachsysteme unabhängig von Lautsprachen darstellen, sind heute schwer zu rekonstruieren. Gebärdensprachliche Gehörlosenkultur ist mündlicher Natur. Sie hat erst in jüngster Zeit zu wissenschaftlichen Forschungszwecken ein schriftliches Notationssystem erhalten, das die dreidimensionale Komplexität dieser Sprache auf mehreren verschrifteten Ebenen zu erfassen sucht.²⁸ Sprache ist ständiger Veränderung unterworfen und passt sich neuen gesellschaftlichen Gegebenheiten an. Die Deutsche Gebärdensprache (DGS), die seit den 1980er Jahren normiert wird, ist folglich nicht vergleichbar mit der Sprache, die gehörlose Menschen in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts nutzten. Um aus heutigen nationalen Gebärdensprachen auf deren frühere Formen schließen zu können, sind zeithistorische Dokumente notwendig. Erschwert wird die sprachhistorische Forschung allerdings dadurch, dass man erst Mitte des 20. Jahrhunderts begann, Gebärdensprachen systematisch linguistisch zu beschreiben. Auf filmische und fotografische Dokumentationen können wir seit Ende des 19. Jahrhunderts vereinzelt zurückgreifen. Da aber Gebärdensprachen damals an ‚Taubstummschulen‘ verboten waren und nicht als Sprachen anerkannt wurden, gibt es wenig aussagekräftiges Material für gebärdensprachhistorische Forschungen.²⁹ Es gibt Lehrbücher aus dem 19. Jahrhundert, die Gebärden skizzieren, und auch die Zeugnisse älterer, nicht nur gehörloser Menschen, die sich zumindest an Bruchstücke von früheren Gebärdensprachkommunikationsformen erinnern.³⁰

Ältere Formen von Gebärdensprachen verwischen gelegentlich Grenzen, da sie unterschiedliche Elemente von Gebärdensystemen und tatsächlichen Gebärdensprachen enthalten können. Eine solche Mischung ergab sich, da kein systematischer Gebärdensprachunterricht abgehalten, aber ‚methodische‘ Gebärden eingesetzt wurden und gehörlose Kinder an ‚Taubstummschulen‘ in der Freizeit Privatgebärden nutzten. Heute kann klar zwischen Gebärdensprachen und -systemen unterschieden werden: Gebärdensprachen haben eine eigene Grammatik und machen wörtlich in eine Lautsprache übersetzt kaum Sinn (ebenso wie wörtliche Übersetzungen zwischen Deutsch und Chinesisch kaum Sinn machen). Gebärdensysteme hingegen richten sich nach einer Lautsprache. So gibt es lautsprachbegleitende (LBG) und lautsprachunterstützende Gebärden (LUG), die Wort für Wort oder in Wortgruppen der Satzstruktur der Lautsprache folgen. Da in Deutschland die Lautsprachtradition besonders stark gefördert wurde, hat die DGS auffällige Lautspra-

bildungswesen in den Vereinigten Staaten Nordamerikas: ein Reisebericht und weiterer Beitrag zur Systemfrage (Breslau: Selbstverlag, 1899).

²⁷ „Capacity of the Deaf and Dumb“ *The Telegrapher* 15 (1867): 124; John R. Burnet, „Annual Examination at the New York Institution“ *The Deaf-Mutes' Friend* 8 (1869): 233; [o.V.], *The Deaf-Mutes' Friend* 11 (1869): 340.

²⁸ Prillwitz, *HamNoSys: Hamburger Notationssystem für Gebärdensprachen*.

²⁹ Sophie Herr, „Taubstumme und Stummfilm – Zur Medialität des Inapparenten“ *Das Zeichen* 99 (2015): 48-59.

³⁰ Vgl. z. B. U. K. Schöttle, „Die Geberdensprache der Taubstummen“ *Magazin für Pädagogik und Didaktik: katholische Vierteljahrsschrift für Volkserziehung und Volksunterricht* 3 (1841): 46-78; E. Reuschert, *Die Gebärdensprache der Taubstummen und die Ausdrucksbewegungen der Vollsinnigen* (Leipzig: H. Dude, 1909).

chelemente. Sie legt Wert auf das Mundbild, also die Formung eines begleitenden lautsprachlichen Wortes mit den Lippen zur Gebärde – eine Gebärde kann durch unterschiedliche Mundbilder verschiedene Bedeutungen annehmen. Überhaupt besteht DGS nicht nur aus Handstellungen und bewegungen. Der Sinn einer Gebärde entsteht durch das Zusammenspiel von Mimik, Mundbild, Körperhaltung und Gesten.³¹ Durch die schnelle Aufeinanderfolge von komplexen, dreidimensionalen Bewegungsabläufen, die im Gespräch auch gespiegelt erfasst werden müssen, sind Gebärdensprachen – wie auch Lautsprachen – im Erwachsenenalter nicht ebenso gut wie in der frühen Kindheit erlernbar.

Es ist ihrer jahrhundertelangen Untergrundexistenz geschuldet, dass Gebärdensprachen viele lokale Dialekte entwickelten, die, wie der Lautsprachler Herbert L. Breiner 1986 behauptet, nicht unbedingt als Ausdruck einer Hochsprache verstanden werden können.³² Zuzustimmen ist ihm, dass es eine sprachliche Vielfalt gibt, die aber nicht zuletzt der fehlenden, systematisch-wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gebärdensprachen aufgrund des massiven Lautsprachdrucks im 19. Jahrhundert geschuldet ist. So stellten die ‚methodische Gebärdensprachen‘ l'Épées keine eigenständige Gebärdensprache, sondern den Versuch dar, Lautsprache visuell über Handbewegungen zu vermitteln. Da Gebärdensprachen nicht durch das Bildungssystem und ausgebildete Lehrer kultiviert wurden, zeugen sie von der Improvisationsgabe und Kreativität gehörloser Menschen, die ihre Sprache immer wieder spontan vor Ort sprachlichen Bedürfnissen anpassten.

Die ‚deutsche‘ und die ‚französische‘ Methode der Gehörlosenbildung waren national gebunden. Sie entwickelten sich seit Ende des 18. Jahrhunderts und damit zu einer Zeit, da sich die Idee der Nation herausbildete, die gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Blütezeit erlebte. Dementsprechend war der ‚Methodenstreit‘ nicht nur ein pädagogisches Problem. Er bot die Möglichkeit, sich national zu identifizieren. Allerdings lässt er sich nicht auf einen Gegensatz zwischen Deutschland und Frankreich reduzieren. So waren in Großbritannien Ende des 19. Jahrhunderts die reinen Lautsprachler besonders aggressiv in der Bewerbung ihrer Methode, wie eine Analyse des *British Medical Journals* aus jenen Tagen belegen würde. Gleichzeitig konnte der Bilingualismus in den USA Anhänger finden – damals nannte man die Verbindung von lautsprachlichen und gebärdensprachlichen Herangehensweisen ‚combined [gemischte]‘ oder ‚amerikanische‘ Methode.³³ Solche Mischformen wurden schon seit den 1760er Jahren in der ersten Privatschule für gehörlose Schüler in Großbritannien angewendet.³⁴

³¹ Vgl. weiterführend Lane, *A Journey into the Deaf-World*.

³² Herbert L. Breiner, „Lautsprache oder Gebärdensprache für Gehörlose? Der geschichtliche Hintergrund eines Problems“ in Herbert L. Breiner (Hrsg.), *Lautsprache oder Gebärdensprache für Gehörlose? Zum Erhalt der Lautsprachmethode und deren Weiterentwicklung bei Gehörlosen* (Frankenthal: Pfalzinstitut, 1986), 13-31, 23.

³³ Sylvia Wolff, „Die Etablierung des bilingualen Schulversuchs in Berlin 1998-2002“ in Klaus-B. Günther und Johannes Hennies (Hrsg.), *Bilingualer Unterricht in Gebärdensprache, Laut- und Schriftsprache mit gehörlosen SchülerInnen in der Primarstufe. Zwischenbericht zum Berliner Bilingualen Schulversuch* (Berlin: Druckerei der Humboldt-Universität, 2007), 27-37; Jan Branson und Don Miller, *Damned for Their Difference: The Cultural Construction of Deaf People as Disabled: A Sociological History* (Washington, D.C.: Gallaudet Univ. Press, 2002), 123; Anja Werner, „Why Give Him a Sign Which Hearing People Do Not Understand...? Public Discourses about Deafness, 1780-1914“ in Brian H. Greenwald und Joseph J. Murray (Hrsg.), *In Our Own Hands. Essays in Deaf History, 1780-1970* (Washington D.C.: Gallaudet University Press, 2016), 1-17.

³⁴ Vgl. z. B. Paddy Ladd, *Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood* (Clevedon: Multilingual Matters, 2003).

Die im 19. Jahrhundert verwendeten Bezeichnungen ‚deutsch-lautsprachlich‘ und ‚französisch-gebärdend‘ waren vereinfachten komplexe Debatten, die es dem Betrachter erlaubten, Stellung in einem Kampf der an Nationalität gebundenen Ideologien zu beziehen, ohne die Methoden definieren oder hinterfragen zu müssen. Der Hauptunterschied zwischen beiden Methoden besteht indes darin, bis zu welchem Grad man sich der Gebärde im Unterricht bediente und in welcher Form die Lautsprache als implizit höherwertig verstandenes Kommunikationsmittel eingesetzt wurde – durch das Erlernen von Schriftsprache oder durch Artikulation und Lippenlesen. Beide Methoden gehen letztlich auf die Versuche des spanischen Mönchs Juan Ponce de León zurück, der im 16. Jahrhundert die gehörlosen Kinder wohlhabender Eltern unterrichtete.³⁵ Eine Reduzierung der ‚richtigen‘ Unterrichtsform auf zwei gegensätzliche Methoden ist willkürlich und ahistorisch. Die Frage nach dem Wohlbefinden einzelner gehörlosen Menschen bedarf einer Vielzahl von abgestuften Antwortmöglichkeiten, die am besten durch bilinguale Ansätze gewährleistet werden können.

4. Die lautsprachliche Tradition in Deutschland

Ein hervorstechendes Merkmal lautsprachlicher Gehörlosengeschichtsschreibung von nicht-Historikern ist die Betonung von ‚Wissenschaftlichkeit‘. Wissenschaftlichkeit muss indes in Frage gestellt werden, wenn z. B. ein historisch ungeschulter Arzt oder Pädagoge geschichtliche Analysen versucht, kein konstruktiver, interdisziplinärer Austausch stattfindet, keine Alternativen systematisch diskutiert und keine gehörlosen Menschen in den Diskurs einbezogen werden. Das Beispiel galvanischer Experimente an gehörlosen Menschen im frühen 19. Jahrhundert verdeutlicht dies. Die ursprünglich mit der Methode eingebrachte Kritik der galvanisierten gehörlosen Schüler entfällt in der Folgezeit – nur die Stimme der selbsternannten Experten zählt, nicht die der Betroffenen. 1802 führte Ernst Adolf Eschke galvanische Experimente an der Berliner ‚Taubstummenanstalt‘ durch und publizierte seine Ergebnisse im folgenden Jahr. Eschke war Heinickes Schwiegersohn und Direktor der Berliner ‚Taubstummenschule‘, die er 1788 gegründet hatte. Er war kein reiner Lautsprachler. In ihrer Analyse von Eschkes Experimenten stellt Ylva Söderfeldt heraus, dass er nicht einfach Beobachtungen und Schlussfolgerungen aufzeichnete. Er zitierte auch die Meinungen seiner gehörlosen Schüler – also der ‚Objekte‘ seiner Experimente – die wenig Begeisterung dafür zeigten.³⁶

Eschkes Büchlein ist bemerkenswert, da es gehörlosen Menschen im Deutschland des frühen 19. Jahrhunderts eine Stimme gibt. Doch trotz der offensichtlichen Probleme der Methode wurden Eschkes Versuche in der Folgezeit nachgeahmt, wobei aber eine Schein-Wissenschaftlichkeit in den Vordergrund trat. Georg Wilhelm Pflingsten aus Kiel widmete seine Publikation von 1804 nicht nur der Beschreibung seiner galvanischen Experimente sondern überlegte, wie das Hörvermögen von ‚galvanisierten Taubstummen‘ gemessen

³⁵ Susan Plann, *A Silent Minority: Deaf Education in Spain, 1550-1835* (Berkeley: University of California Press, 1997); vgl. auch Benjamin Fraser, *Deaf History and Culture in Spain: A Reader of Primary Documents* (Washington, DC: Gallaudet University Press, 2009).

³⁶ Ernst Adolf Eschke, *Galvanische Versuche* (Berlin: Vieweg, 1803); Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 110; Ylva Söderfeldt, „The Galvanic Treatment of Deafness and the Trials at the Berlin Royal Deaf-Mute Asylum in 1802“ *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 6 (2013): 1953-1958.

werden könne.³⁷ Im Jahre 1848 schrieb Otto Ernst Julius Seyffers in der zweiten Auflage seiner *Geschichtlichen Darstellung des Galvanismus*: „Prof. Schaub in Cassel und Ernst Adolph [sic] Eschke, Direktor des Taubstummeninstituts in Berlin, beschäftigten sich vielfach mit der Anwendung an Taubstummen und erzielten in vielen Fällen den glücklichsten Erfolg.“³⁸ Das ‚taubstumme Objekt‘ wurde durch Entziehung des Mitspracherechts entmündigt. Dadurch wurde es möglich, die Galvanisierung gehörloser Menschen auf einer selbst-erklärten ‚Expertenebene‘ als Erfolg anzupreisen.

Ein oft verwendetes Argument der reinen Lautsprachler im 19. Jahrhundert war, dass Gebärdensprachnutzung den Lautspracherwerb behindere und daher verboten werden müsse, damit gehörlose Menschen ungehindert der hörenden Gesellschaft ‚zurückgegeben‘ werden könnten.³⁹ Schließlich kommuniziere die Mehrheit der Bevölkerung lautsprachlich. Wenn gehörlose Menschen unabhängig sein wollten, müssten sie der Mehrheit folgen, zumal es mit naturwissenschaftlich medizinisch-technischer Methodik möglich wäre. Taube Menschen nahmen diese Entmündigung durch hörende ‚Experten‘ sehr genau wahr – so bemerkte 1868 eine US-amerikanische Gehörlosenzeitschrift, dass die deutschen lautsprachlichen Schriften nicht für Laien, sondern für studierte Fachleute bestimmt seien, da sie voller ausgefeilter Diagramme und Erklärungen für den Normalbürger kaum zu verstehen wären.⁴⁰

Die Unkenntnis der verschiedenen kommunikativen Möglichkeiten von Gebärden erlaubt es Lautsprachbefürwortern, durch die Beschreibung lediglich vereinzelter, ausgewählter Aspekte von Gebärden die fehlende Praktikabilität dieser zu ‚beweisen‘. Dabei werden Gebärdensysteme und tatsächliche Gebärdensprachen miteinander vermischt und sind in der Analyse heute nur schwer voneinander zu trennen. Ferdinand Neumann, ‚Taubstummenlehrer‘ in Königsberg (Kaliningrad), beschreibt nach einem Besuch 1822 in der Pariser ‚Taubstummen-Anstalt‘ in einer fünf Jahre später veröffentlichten Schrift Gebärden, die an seiner und der Schule in Paris genutzt würden. Er problematisiert die wörtliche Übersetzung der französischen Lautsprache in Gebärden:

„[...] so lässt sich mit Recht annehmen, dass seine [L'Épées] zum Theil wörtliche Uebertragung seiner Nationalsprache in die Geberdensprache, so wie seine grammatischen Zeichen, bei aller Vorsicht, häufig Missverständnisse veranlassen, und hinsichtlich der Befähigung der Zöglinge zum eigenen Gedankenausdruck in der Schriftsprache, unsichere Resultate liefern mussten. Denn lehrt schon die Erfahrung, dass

³⁷ Georg Wilhelm Pffingsten, *Gebörmesser zur Untersuchung der Gebörlosigkeit galvanisirter Taubstummer*. 2 (Kiel: Mohr, 1804).

³⁸ Otto Ernst Julius Seyffer, *Geschichtliche Darstellung des Galvanismus: erweiterte Ausarbeitung einer im Jahr 1844 von der Philosophischen Facultät der Universität zu Heidelberg gekrönten Preisschrift* (Stuttgart: Cotta, 1848), 410 <http://books.google.com/books?id=fok5AAAAcAAJ&dq> (18.7.2017).

³⁹ Z. B. Sawallisch, „Lautsprache oder Gebärdensprache in der Taubstummenschule?“, 214. Vgl. auch Maria Wallisfurths Beschreibung der Schulbildung ihrer Mutter zu Beginn des 20. Jahrhunderts in einer Aachener ‚Taubstummenschule‘: „Bei ihrem Lehrer haben sie gelernt, daß man beim Sprechen so wenig wie möglich mit den Händen zeigen soll. Je mehr Wörter sie lernen, je besser sie damit umgehen können, um so weniger brauchen sie die Gebärden und den überzeichneten Gesichtsausdruck. Freilich, untereinander werden sie nie ohne dieses Ausdrucksmittel auskommen können.“ Maria Wallisfurth, *Lautlose Welt. Das Leben meiner gehörlosen Eltern*, 12. Aufl. (München: Knauer Taschenbuch Verlag, 2005), 65.

⁴⁰ A., „The Articulation System“ *The Deaf-Mutes' Friend* 5 (1869): 135.

eine wörtliche Uebersetzung, wegen der Verschiedenheit des Genius zweier Sprachen, öfters unverständlich wird; um wieviel mehr muss dieses bei der Geberdensprache der Fall seyn, die durchaus ohne alle grammatische Formen ist, wo also das Fehlende durch Einschaltung künstlicher, abstracter Zeichen ergänzt wird, welche aber, eben weil sie dem Wesen der Geberdensprache ganz entgegen sind, die gegenseitigen Beziehungen aufheben und das Wiedererkennen der einzelnen, zerstreuten Gedankenlieder unendlich erschweren, – Sonst waren Epées Geberdenzeichen, wenn er sie ausser der Satzverbindung, zur Bezeichnung einzelner Begriffe gebrauchte, mehrentheils einfach und natürlich.“⁴¹

Wenn Neumann von ‚Gebärdensprache‘ spricht, ist kein vollwertiges, separates Sprachsystem gemeint. Für Neumann haben ‚Gebärdensprachen‘ keine eigene Grammatik, ein Defizit, das durch Lautsprachgrammatik kompensiert werden müsse. Allerdings scheint das nicht zu funktionieren. Zwar setzt Neumann sich also mit Gebärdensprachen auseinander, vermischt aber unterschiedliche gebärdliche Kommunikationsformen und verwirrt dadurch.

In den 1980er Jahren griff der Lautsprachler Breiner auf Neumann zurück. Breiner zitiert Neumann mit der Aussage, „daß eine Gebärdensprache, deren Struktur an die der regulären Sprache angepasst wird, sich zu einem außerordentlich künstlichen, überladenen Konstrukt auswächst, das nur noch von einzelnen Taubstummen gehandhabt werden“ könne.⁴² Breiner übernimmt Neumanns Vermischung von Gebärdensprachen und lautsprachlichen Gebärdensystemen unkritisch und nutzt sein fehlendes Verständnis der Unterschiede, um die Nützlichkeit von tatsächlichen Gebärdensprachen in Frage zu stellen. Er beharrt trotz der in den 1980er Jahren stattfindenden linguistischen Erforschung der DGS auf dem Standpunkt, dass die vielen verbreiteten Gebärdendialekte keine gemeinsame Hochsprache bilden könnten.

Breiners Schlussfolgerungen bringen einen neuen Aspekt ins Spiel. Er beobachtet, dass, wenn „die grammatische Struktur der Gebärdensprache sich völlig von derjenigen der Lautsprache unterscheidet“, sich im Ergebnis eine „separate Begriffswelt [...] etabliert und dabei mit derjenigen der Lautsprache doch nicht übereinstimmt“.⁴³ Im Resultat beeinflusst DGS „das Denken, ja die Weltansicht der mit ihr lebenden Menschen in einer ganz eigenen Weise, die mit derjenigen der vorherrschenden Sprachgemeinschaft nicht übereinstimmt“.⁴⁴ Wie auch die oben zitierten medizinhistorischen Publikationen projiziert Breiner – allerdings eine nur scheinbare – Kenntnis von Gebärdensprachen. Jedoch argumentiert er nicht wie Ärzte, dass Gebärdensprachen aufgrund ihrer geringen Verbreitung nicht praktikabel seien, um ein taubes Kind ‚kommunikationsfähig‘ in der Mehrheitsgesellschaft zu machen. Breiner betont stattdessen, dass Gebärdensprachen zu eigenständigen Gehörlosenkulturen führen, die sich stark im Denken und in abstrakten Vorstellungen von hörenden Mehrheitskulturen unterscheiden können. Gehörlosenkultur wird zu einem unverständlichen Anderen inmitten der eigenen Mehrheitskultur und als solches zur Gefahr. Dieser Gefahr

⁴¹ Ferdinand Neumann, *Die Taubstummen-Anstalt zu Paris im Jahre 1822 eine historisch-pädagogische Skizze, als Beitrag zur Kenntniss und Würdigung der französischen Methoden des Taubstummen-Unterrichts; nebst Geschichte und Literatur des Taubstummen-Unterrichtes in Spanien und Frankreich* (Königsberg: Unzer, 1827), 17-19.

⁴² Breiner, „Lautsprache oder Gebärdensprache für Gehörlose?“, 14, zitiert „Neumann ... (1827, S. 18)“.

⁴³ Ebd., 23.

⁴⁴ Ebd.

begegnet Breiner, wenn er auf seiner Webseite schreibt, dass er die Pfälzische Gehörlosenschule während seiner Zeit als Direktor von 1969 bis 1993 zum Pfalzinstitut für Hörsprachbehinderte in Frankenthal weiterentwickelte. Die Betonung auf ‚Behinderung‘ ist auffällig: Der Verweis auf ein ‚Gebrechen‘ – statt einer Alternativkultur – scheint für den Fortbestand der Mehrheitskultur weniger gefährlich zu sein.⁴⁵

Breiners Argumentation offenbart, dass sich hinter lautsprachlich orientierten Expertenmeinungen hörender Pädagogen und Ärzte irrationale Ängste vor einer gehörlosen Minderheit verbergen könnten, die in der Forderung kulminieren, dass sich gehörlose Menschen unter Aufgabe ihrer sprachverankerten Kultur komplett – zumindest zum Schein – in die hörende Welt ‚integrieren‘. Dass diese Form der rein lautsprachlichen Integration eine Illusion ist, habe ich bereits gezeigt. Dabei gab es auch während der versuchten Einführung der reinen Lautsprachlichkeit Ende des 19. Jahrhunderts gemäßigte Stimmen, die darauf hinwiesen, dass ein hörender Experte der Gehörlosenbildung ohne Kenntnisse von Gebärdensprache nicht vollständig auf seinen Beruf vorbereitet sei.⁴⁶

5. Gebärdensprache in Deutschland

In Deutschland hat es immer wieder Befürworter von Gebärdensprachen gegeben, die diese als ein vollwertiges Kommunikationsmittel sahen oder Gebärden zumindest als unabdingbares Hilfsmittel im Unterricht verstanden. Vor 1880 war der reine Lautsprachunterricht nicht ausschließlich. Eschkes Auseinandersetzung mit den Ansichten seiner Schüler deutet dies an. Wie Sylvia Wolff belegt, gab es zu Eschkes Zeit keine Einschränkung des Gebärdengebrauchs an seiner Schule. Das ist umso wesentlicher, weil die Berliner Schule nicht nur gehörlose Kinder unterrichtete, sondern auch Lehrer ausbildete. Eschke stellte einen ehemaligen gehörlosen Schüler – Johann Karl Ludwig Habermaß (1793-1854) – als ersten Lehrer ein. Nach Eschkes Tod 1811 wurde der hörende Lehrer Ludwig Grasshof sein Nachfolger. Obwohl Grasshof erste Beschränkungen für Gebärden einführte, wurden weiterhin gehörlose Lehrer eingestellt und nur wenig Zeit auf Artikulationsunterricht verwendet. 1826 begann der gehörlose Carl Heinrich Wilke als Zeichenlehrer. Drei Jahre später wurde ein erster staatlicher Stundenplan verordnet, der allerdings den Gebrauch von Gebärden weiter beschnitt.⁴⁷

Eine Folge der Bildungsbestrebungen an ‚Taubstummschulen‘, die eine gewisse Offenheit gegenüber Gebärden zuließ, war, dass im 19. Jahrhundert hochgebildete gehörlose Männer – ungeachtet sozialer Unterschiede – in Vereinen zusammenkamen und miteinan-

⁴⁵ Breiner, „Lautesprache oder Gebärden für Gehörlose?“, 13-31, 14; „Herbert Ludwig Breiner“ <http://www.herbert-breiner.de/> (12.8.2013).

⁴⁶ Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 61. Söderfeldt zitiert Eduard Walther, *Handbuch der Taubstummenbildung* (Berlin: E. Staude, 1895), 11.

⁴⁷ Sylvia Wolff, „Taubstumme zu glücklichen Erdnern bilden – Lehren, Lernen und Gebärdensprache am Berliner Taubstummen-Institut. Teil I: Selbstverständlich Gebärdensprache! Ernst Adolf Eschke in der Zeit von 1788 bis 1811“ *Das Zeichen* 51 (2000): 20-29; Sylvia Wolff, „Taubstumme zu glücklichen Erdnern bilden – Lehren, Lernen und Gebärdensprache am Berliner Taubstummen-Institut. Teil II: Die Willkür der Zeichen“ *Das Zeichen* 52 (2000): 198-207. Vgl. auch Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 110; „Gebärden-sprache in Berlin. Ein historischer Wegweiser“ <http://www.reha.hu-berlin.de/lehrgebiete/gap/abteilung/materialien/flyer-historie-berlin> (18.7.2017).

der gebärdeten. Söderfeldt beschreibt, wie Absolventen der Berliner ‚Taubstummenschule‘ im frühen 19. Jahrhundert gemeinsam an der königlichen Akademie der Künste studierten und dabei den Grundstein für lebenslange Freundschaften legten. Darunter waren Wilhelm Devrient, Carl von Dunker, Carl von Staël-Holstein, Wilhelm von Groszycycki und Adolf Siebert. Ein einflussreicher gehörloser Mann war Eduard Fürstenberg, der maßgeblich an der Gründung des ersten Gehörlosenvereins in Berlin 1848 beteiligt war. Fürstenberg hatte sein Gehör im Alter von vier Jahren verloren. Dessen ungeachtet agierte er als Vormund für etwa 50 gehörlose Mitmenschen. Das bedeutet, dass es Mitte des 19. Jahrhunderts für einen wohlhabenden gehörlosen Bildungsbürger möglich war, mit der hörenden Mehrheit offiziell zu interagieren und für weniger versierte gehörlose Zeitgenossen zu sprechen.⁴⁸

Das Beispiel der Berliner ‚Taubstummenschule‘, seiner Absolventen und Lehrer zeigt, dass deutsche Schulen nicht streng Heinickes Beispiel folgten. Es entstand ein gehörloses, gebärdendes Bürgertum, dem Künstler, Lehrer und Handwerker, die gehörlose Lehrlinge ausbildeten, angehörten. Besondere Erwähnung verdient der ungarisch-deutsche Setzer Albin Maria Watzulik. Bekannt für seine Buchdruckkunst publizierte er nicht nur Nachrichten, die für seine gehörlosen Zeitgenossen von Interesse waren, sondern trug aktiv zum ‚Methodenstreit‘ bei, indem er eine Rückkehr zur gemischten Methode (heute Bilingualismus) forderte – gehörlose Menschen benötigen Gebärdensprachen, um voll kommunikationsfähig zu werden, und gleichzeitig eine Laut- und Schriftsprachkenntnis, um mit der hörenden Mehrheitsgesellschaft kommunizieren zu können. Watzulik verband seine Arbeit einerseits und seinen Aktivismus in der Gehörlosenbewegung andererseits. So veröffentlichte er 1897 in deutscher Übersetzung Schriften von Edward Miner Gallaudet, einem wichtigen US-amerikanischen Gehörlosenpädagogen, der ein College für gehörlose Studierende gründete, die heutige Gallaudet University in Washington D.C.⁴⁹ 1910 schrieb Watzulik in einem Bericht über Gehörlosenschulen in Deutschland und Österreich-Ungarn im Rahmen des Dritten Weltkongresses der Gehörlosen in Colorado Springs an eine interessierte US-amerikanische Öffentlichkeit gewandt, dass „die Mehrheit der Lehrer [in Deutschland] zunehmend die Nutzung von Gebärdensprache im Unterricht fordert. Aber die Schulleiter sind dagegen“.⁵⁰ Gehörlose Aktivisten wie Watzulik akzeptierten den Status

⁴⁸ Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 55-56, 111-115.

⁴⁹ Ebd., 117-118; Kurt Laschinsky, „Albin Maria Watzulik“ *Deutsche Gehörlosen-Zeitschrift Die Stimme* 5 (1930), [o.P.]. Vgl. auch Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 108; Albin Maria Watzulik, „Ein taubstummes Künstlerpaar“ *Taubstumm-Courier* 11 (1901): 119-120; Albin Maria Watzulik, „Der Methodenstreit“ *Taubstumm-Courier* 6 (1897): 61-67; 7: 75-79; 8: 86-90; 2: 13-15; 3: 25-28; 4: 38-39; 5: 55-57, 7: 76-77; 8: 83-84; 7: 72-74; Albin Maria Watzulik, „Herr Heidsiek und sein neuestes Buch“ *Taubstumm-Courier* 4 (1905): 38-39; Albin Maria Watzulik, „Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. W. Kuntze“ *Deutsche Taubstumm-Korrespondenz* 4 (1905): 206. Vgl. auch Fritz Milkau, *Handbuch der Bibliothekswissenschaft Bd. I, Schrift und Buch* (Leipzig: Otto Harrassowitz, 1931), 659. Der 2010 verstorbene Historiker Jochen Muhs beschäftigte sich ebenfalls mit Watzulik; Albin Maria Watzulik, William McKinley und Edward Miner Gallaudet, *Botschaft an die Verwaltungen von Taubstumm-Unterrichtsanstalten sowie an alle, die sich für die Förderung des Taubstumm-Unterrichts in Europa interessieren* (Altenburg: Pierer'sche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co., 1897).

⁵⁰ Albin Maria Watzulik, „Schools for the Deaf in Germany and Austria-Hungary (Condensed)“ in O. H. Regensburg, A. L. Roberts und O. Hanson (Hrsg.), *Proceedings of the Ninth Convention of the National Association and the Third World's Congress of the Deaf. Colorado Springs, Colo. August 6 to 13, 1910* (Los Angeles: The Philocophus Press, 1910), 20. Meine Übersetzung: „there is a growing demand among the majority of

Quo nicht und agitierten gegen den reinen Lautsprachunterricht. Watzulik informierte auch internationale Gehörlosennetzwerke über den Stand der Dinge in Deutschland, wobei die USA obwohl damals noch nicht üblich eine internationale Vorreiterrolle bilingualer Bildung einnahm.

Unter den hörenden Gegnern der reinen Lautsprachmethode waren moderate Stimmen, die darauf hinwiesen, dass gehörlose Menschen immer Gebärden verwenden würden. Einige hörende Lehrer sprachen sich für Gebärdensprache und stärker visuell orientierten Unterricht aus. Darunter war J. Arendt aus Berlin, der 1898 die Leser des *Organ der Taubstummenanstalten in Deutschland und den deutschredenden Nachbarländern* (eine lautsprachliche Zeitschrift Johannes Vatters) daran erinnerte, es sei „sattsam bekannt“,

„[d]ass wir nur von Gründen der Zweckmässigkeit geleitet worden sind, den Taubstummen die Lautsprache zu lehren [...]; und dass jene auch einen Hauch dieser Idee verspüren, zeigt die Thatsache ihres Verkehrs untereinander und mit Hörenden. Hier brauchen sie das Wort und dort die Gebärde. Während aber die Gebärde bis zur Meisterschaft beherrscht wird, bleibt die Sprache in ihren Anfängen stecken, dazu noch undeutlich und fehlerhaft.“⁵¹

Arendt forderte daher dazu auf, die Gebärde zumindest den weniger begabten gehörlosen Kindern im Unterricht zuzugestehen. Über diese Abstufungen, wann Gebärden in Deutschland nach 1880 trotz des Verbots tatsächlich verwendet werden konnten, wissen wir noch wenig.⁵²

Es gab radikalere Stimmen. Wie wir Dank der Recherchen des gehörlosen Historikers Jochen Muhs wissen, engagierte sich der Breslauer ‚Taubstummenlehrer‘ Johann Heidsiek (1855-1942) in seinen Publikationen gegen den reinen Artikulationsunterricht ohne Nutzung jeglicher Gebärden und betonte die Bedeutung von Gebärden für den Wissenserwerb und die Kommunikation gehörloser Menschen.⁵³ Heidsiek selbst, im Gegensatz zu der Mehrheit seiner Kollegen, kommunizierte über Gebärden mit gehörlosen Mitmenschen (dabei ist aber, wie oben erwähnt, unklar, wie genau die Gebärdensprachen seiner Zeit aussahen). Seine Bücher *Der Taubstumme und seine Sprache* (1889) und *Ein Notschrei der Taubstummen* (1891) führten 1892 zu einer Gerichtsverhandlung, in der Misshandlungen von gehörlosen Schülern in ‚Taubstummenanstalten‘ ans Licht der Öffentlichkeit gebracht wurden. Der Prozess zeigte, dass die gepriesene ‚deutsche Methode‘ gehörlosen Kindern teilweise nur unter Anwendung von Gewalt und auch dann nur unzulänglich näher gebracht werden konnte. Der Ausgang des Prozesses – nicht die eingestandenen (!) Misshandlungen der tauben Schüler wurden bestraft, sondern Heidsiek als ‚Nestbeschmutzer‘ – unterstreicht das hierarchische Denken im wilhelminischen Deutschland, in dem gebärden-

teachers for the employment of the sign language as an aid in school work. But the school authorities are opposed to this.“

⁵¹ Arendt, „Die goldene Mittelstrasse“, 354.

⁵² Ebd., 363; Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere*, 257-265; Wolff, *Elementarunterricht und Sprachbildung*.

⁵³ Jochen Muhs, „Johann Heidsiek (1855-1942) – Wegbereiter des Bilingualismus“ *Das Zeichen* 47 (1999): 11-17.

sprachlich-gehörlose Menschen eine Abweichung von der hörenden Norm ohne gleichberechtigtes Mitspracherecht darstellten.⁵⁴

Heidsiek war ein ungewöhnlicher deutscher ‚Taubstummlehrer‘. Er nahm es mit seinen Kollegen auf, um gegen den rein lautsprachlichen Unterricht zu kämpfen. Letzterer, so Heidsiek, erzöge gehörlose Schüler zu Papageien, da man sich im Bemühen um deren Aussprache kaum mehr darum sorgte, ob ihnen auch der Sinn der Worte, die sie mühsam zu artikulieren suchten, verständlich gemacht würde:

„Um dem Ohre zu genügen, wird an dem Äussern der Sprache unaufhörlich verbessert[,] und dies geschieht auf Kosten des Wissensstoffes. Zum wirklichen Denken kommen viele Taubstumme gar nicht, weil ihnen die Lautsprache nicht die nötige Anregung und keinen genügenden Halt gewährt, um ihr Inneres in ihr zu äussern, und weil sie angehalten werden, ihre ganze Aufmerksamkeit so sehr auf das Äussere der Sprache zu konzentrieren, dass ihr Sprechen vielfach eine rein mechanische Thätigkeit wird, welche die grösste Ähnlichkeit hat mit dem Geplapper der Papageien und Stare. Man bewundert hie und da in Taubstummenanstalten die Deutlichkeit der Sprache, ohne zu ahnen, welche Gedankenlosigkeit sich hinter den Tönen verbirgt und wieviel Geist totgeschlagen ist mit diesen Kunststücken, welche dem Hörenden vorgemacht werden.“⁵⁵

1899 legte Heidsiek eine Studie über *Das Taubstummen-Bildungswesen in den Vereinigten Staaten Nordamerikas* vor, obwohl es um 1900 für einen deutschen Akademiker ungewöhnlich war, sich in den USA Anregungen zum Thema Bildung zu holen. Heidsiek spricht sich in dieser Schrift u. a. für die ausschließliche Nutzung des Fingeralphabets im Gehörlosenunterricht aus, die er an einer Schule in Rochester (New York) beobachtet hatte. Damit unterstreicht er weiterhin die visuelle Sprachaufnahme gehörloser Menschen, zieht aber visuelle Formen der Lautsprache der Gebärdensprache vor. Heidsieks Einstellung reflektiert das hierarchische Denken des 19. Jahrhunderts. Trotz Kenntnis einer deutschen Gebärdensprache und Bekanntschaft mit namhaften gehörlosen Menschen akzeptierte Heidsiek letztlich, entsprechend dem vorherrschenden hörenden Paradigma seiner Zeit, deren Sprache nicht vorbehaltlos.

Die Reaktionen auf Heidsieks Publikation auf dem Höhepunkt des ‚Methodenstreits‘ zeigen, dass er – trotz seiner langjährigen pädagogischen Erfahrung mit gehörlosen Kindern – vor allem Experten anderer Disziplinen überzeugte. So riefen Heidsieks Schriften keineswegs nur negative Reaktionen hervor. Der Heilpädagoge Johannes Trueper schrieb 1899 in der Besprechung von Heidsieks 1897 erschienenem Buch *Hörende Taubstumme*:

„[d]ie in vielen Taubstummenanstalten übliche gewaltsame Unterdrückung der Gebärdensprache ist für ihn ‚ein roher Gewaltakt‘ (S. 44), der gleichzeitig die Denkhätigkeit der Kinder lahm legt. Er will eine zweckmäßige Vereinigung der französischen und der deutschen Methode, nicht ein Entweder – oder, sondern ein Sowohl – als

⁵⁴ „Der Process Heidsiek“ *Taubstummen-Courier* 12 (1892): 61-144. Abgedruckt in Jochen Muhs, *Johann Heidsiek: einer der letzten grossen Vorkämpfer für gebärdensprachliche Erziehung Gebörloser an Taubstummenanstalten (1855-1942)* (Berlin: Deaf History Deutschland, 2000).

⁵⁵ Johann Heidsiek, *Der Taubstumme und seine Sprache: Erneute Untersuchungen über das methodologische Fundamentalprinzip der Taubstummenbildung* (Breslau: Woywod, 1889), 238.

auch: die Gebärdensprache und die Lautsprache. ‚Treibst du Natur mit dem Knüppel auch aus, sie kommt doch stets zurück‘. (S. 46)⁵⁶

Trueper selbst betonte in seinem Artikel die Schriftsprache als wichtiges Hilfsmittel in der Bildung tauber Kinder. Heidsieks Kollegen an ‚Taubstummschulen‘ blieben hingegen kritisch. Heinrich Stolte (1858-1935) etwa stimmte Heidsiek zwar zu, dass „nur Beobachtung und Erfahrung unsere einzigen zuverlässigen Führer in dem Methodenstreite sein können“.⁵⁷ Doch unterschieden sich seine Beobachtungen und Erfahrungen von denen Heidsieks. Indem Stolte sich aber einschaltete, stellte er sich einer Debatte, die durch den Mailänder Erlass von 1880 hätte erledigt sein sollen.⁵⁸ Trotz des von hörenden Lautsprachlern verkündeten Gebärdensprachverbots, mussten diese sich weiter mit Gebärden auseinandersetzen. Gebärdensprachen lassen sich nicht wegdiskutieren. Sie sind ein Bestandteil von Gehörlosengemeinschaften und verdienen Respekt und Aufmerksamkeit in der hörenden Welt.

6. Schluss

Für die Aufarbeitung der Geschichte gehörloser Menschen speziell und von Behinderung allgemein stehen zwei Herangehensweisen zur Verfügung: die medizinisch-technische und die linguistisch-kulturhistorische etwa der Disability bzw. Deaf Studies, die Formen der Minderheitengeschichtsschreibung darstellen. Bis in die Gegenwart hat es immer wieder verbitterte Auseinandersetzungen der Befürworter beider Seiten gegeben. In Deutschland konnten sich in der Vergangenheit rein lautsprachlich ausgerichtete Ärzte und Pädagogen, die kulturelle Eigenständigkeit gehörloser Menschen negierten und durch Therapie und Unterricht zu ‚normalisieren‘ und der Mehrheit anzupassen suchten, besonders gut durchsetzen. Eine hörende deutsche Mehrheit scheint Hörschädigungen ebenfalls als ‚Behinderung‘ und ‚Einschränkung‘ ohne Verständnis dafür wahrzunehmen, dass Andersartigkeit eine kulturelle Bereicherung sein kann, die auch in die Geschichtsschreibung und das Selbstverständnis der Mehrheitsgesellschaft Eingang finden muss. Dem gegenüber steht das Selbstverständnis vieler gehörloser Menschen, Angehörige einer kulturellen Minderheit zu sein.

Ein Ausweg aus diesen Konflikten wird nur möglich sein, wenn ein tatsächlich konstruktiver Austausch auf systematischer Basis und unter Anerkennung der Gleichwertigkeit von Laut- und Gebärdensprachkulturen stattfindet. Ein erster Schritt ist es, sich jahrhundertalten Mythen im Umgang mit Gehörlosigkeit zu stellen. Drei davon habe ich in diesem Aufsatz versucht zu entkräften: 1) ‚Gebärdensprachen sind keine den Lautsprachen vergleichbare Kommunikationsmittel.‘ Diese Behauptung beruht auf Unkenntnis der Vielfalt gebärdlicher Ausdrucksformen. Gern wurden in der Vergangenheit lautsprachliche

⁵⁶ Johannes Trueper, „J. Heidsiek, Taubstummenlehrer in Breslau, Hörende Taubstumme. Ein Beitrag zur Klärung der Methodenfrage. Breslau 1897. Im Selbstverlage des Verfassers, 49 S“ *Die Kinderfehler* 4 (1899): 110.

⁵⁷ Heinrich Stolte, „Meine Schüler. Gedanken beim Lesen der ‚Hörenden Taubstummen““ *Blätter für Taubstummenbildung* 3 (1899): 33-37, 33.

⁵⁸ Stolte, „Meine Schüler“, 34; Paul Schumann, *Geschichte des Taubstummenwesens, vom deutschen Standpunkt aus* (Frankfurt a. M.: Diesterweg, 1940), 462.

Gebärdensysteme mit eigenständigen Gebärdensprachen vermischt. Ein Grund dafür ist in der Unterdrückung von Gebärdensprachen zu suchen, die eine wissenschaftliche Erforschung dieser verhinderte. 2) ‚Gebärdensprachen spricht ja keiner – gebärdende gehörlose Menschen sind isoliert vom Rest der Gesellschaft.‘ Diese Behauptung verlagert den Schwerpunkt von der Frage nach dem Wohlergehen des Einzelnen hin zu Fragen nach technischen Möglichkeiten und der Bequemlichkeit der hörenden Mehrheitsgesellschaft. Die Tatsache, dass DGS die Muttersprache gehörloser Personen ist, wird dabei ignoriert. Tatsächlich können die meisten taubgeborenen und frühertaubten Kinder nur über Gebärdensprachen Sprache als Idee und Kommunikationsmittel überhaupt erfassen. Ironischerweise ist eher der lautsprachlich kommunizierende hörgeschädigte Mensch isoliert, da er artifiziell und nicht in seiner Muttersprache kommuniziert und außerhalb einer Gemeinschaft von Menschen in ähnlicher Situation lebt. 3) ‚Nur eine Methode kann die richtige sein; Gebärdensprachkenntnis behindert den Lautspracherwerb.‘ Die Dominanz der Lautsprachmethode ist ein Mythos, der darin besteht, dass Lautsprachler in Deutschland traditionell die stärkste Lobby hatten. Deutsche bilinguale und gebärdensprachliche Traditionen ließen sich aber ebenfalls rekonstruieren. Ein Beharren auf der Richtigkeit einer Methode ist unwissenschaftlich, wenn nicht die Herangehensweisen unterschiedlicher Fachrichtungen einbezogen werden. Geistes- und naturwissenschaftliche Experten müssen stärker miteinander und mit gehörlosen Menschen zusammenarbeiten.

Hörschädigung als sehr vielfältiges Phänomen, das für ein neugeborenes Kind ganz andere Herausforderungen bereithält als für einen Rentner, bedarf vielfältiger, konstruktiv aufeinander abgestimmter Ansätze, die von einer Fachrichtung allein nicht bereitgestellt werden können. Bereits im 18. und 19. Jahrhundert hat es auch in Deutschland Verfechter von kombinierten Methoden aus gesprochenem und geschriebenem Wort sowie Gebärde gegeben. Diese Gegner der reinen Lautsprachmethode müssen in zukünftigen historischen Darstellungen stärker hervorgehoben werden, um ein angemessenes und komplexeres Verständnis vom Umgang mit gehörlosen Menschen nicht nur in Deutschland zu erreichen. Gerade der Vergleich der verschiedenen nationalen Entwicklungen der Pädagogik für gehörlose Menschen und die transnationale Perspektive auf die Diskurse hörender *und* gehörloser Menschen versprechen wertvolle Einsichten in eine Geschichte des Andersseins und damit die Geschichte der Gesellschaft schlechthin.

Literatur

1. [o.V.]. „A Remarkable Case of a Man born Deaf.“ *New Wonderful Magazine and Marvelous Chronicle* 3 (1794): 287.
2. [o.V.]. „Capacity of the Deaf and Dumb.“ *The Telegrapher* IV (1867): 124.
3. [o.V.]. „Der Process Heidsiek.“ *Taubstumm-Courier* 8 (1892): 61-144. Abgedruckt in Muhs, Jochen. *Johann Heidsiek: einer der letzten grossen Vorkämpfer für gebärdensprachliche Erziehung Gehörloser an Taubstumm-Anstalten (1855-1942)*. Berlin: Deaf History Deutschland, 2000.
4. [o.V.]. „Die Gebärdensprache der Taubstummen – eine Weltsprache.“ *Taubstumm-Courier* 12 (1896): 109-110.
5. [o.V.]. *Gehörlos. Eine Ausstellung der Paulinenpflege Winnenden*. Winnenden, Paulinenpflege, 1981.
6. [o.V.]. *The Deaf-Mutes' Friend* I (1869): 340.
7. A. „The Articulation System.“ *The Deaf-Mutes' Friend* I (1869): 135.
8. Arendt, Julius. „Die goldene Mittelstrasse: ein Beitrag zur Klärung im Methodenstreite.“ *Organ der Taubstummen-Anstalten in Deutschland und den deutschredenden Nachbarländern* 44 (1898): 353-363.
9. Arentsschild, Odo von und A. Koch, „Sprach- und Sprechstörungen (außer bei neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen Erwachsener und bei hörgestörten Kindern).“ In *Phoniatrie – Pädaudiologie. Band 1: Phoniatrie*. Herausgegeben von Peter Bialsaki und Friedrich Frank, 62-137, 2. Aufl. Stuttgart: Thieme, 1994.
10. Becker [Werner], Anja. „Behinderte behindern? Über das Studium mit Hörschädigung in Leipzig.“ *Journal der Universität Leipzig* 3 (2005): 29-30.
11. Bézagu-Deluy, Maryse. *L'abbé de L'Épée: instituteur gratuit des sourds et muets: 1712-1789*. Paris: Seghers, 1990.
12. Bierwagen, Marion, Renate Fischer und Reinhard Müller. „Geschichte der Gehörlosen und der Gehörlosenbildung. Historische Zeitschriften wurden mit DFG-Unterstützung für die Forschung zugänglich gemacht.“ *Das Zeichen. Zeitschrift für Sprache und Kultur Gehörloser* 39 (1997): 34-37.
13. Biesold, Horst. *Klagende Hände: Betroffenheit und Spätfolgen in Bezug auf das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, dargestellt am Beispiel der ‚Taubstummen‘*. Solms-Oberbiel: Jarick Oberbiel, 1988.
14. Bihrer, Joachim, Claus Hanischdörfer, Sarah Neef, Ekkehard Hessenbruch und Tobias Rückert. *Im Rhythmus der Stille* (DVD) 2010.
15. Bollag, Fiona mit Peter Hummel und Angela Kuepper. *Das Mädchen, das aus der Stille kam*. Bergisch Gladbach: Ehrenwirth, 2006.
16. Bollhalder, Andrea. *Von Geburt an gehörlos: Hörgerät oder Gebärdensprache*. Wil: Kantonschule Wil, 2008.
17. Bott-Bodenhausen, Karin. *Unterdrückte Sprachen: Sprachverbote und das Recht auf Gebrauch der Minderheitensprachen*. Frankfurt a. M.: Lang, 1996.
18. Branson, Jan und Don Miller. *Damned for Their Difference: The Cultural Construction of Deaf People as Disabled: A Sociological History*. Washington, D.C.: Gallaudet Univ. Press 2002.

19. Braunwalder, Norbert. *Gehörlos und homosexuell – doppelte Minderheit?* Zürich: Diplomarbeit Hochschule für Heilpädagogik, 1998.
20. Breiner, Herbert L. „Lautsprache oder Gebärdensprache für Gehörlose? Der geschichtliche Hintergrund eines Problems.“ In *Lautsprache oder Gebärdensprache für Gehörlose? Zum Erhalt der Lautsprachmethode und deren Weiterentwicklung bei Gehörlosen*. Herausgegeben von Herbert L. Breiner, 13-31. Frankenthal: Pfalzinstitut, 1986.
21. Brinkschulte, Eva. „Medizin und Behinderung – zur ‚Gehörlosenproblematik‘ seit dem 18. Jahrhundert“ In *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach*. Herausgegeben von Heiner Fangerau und Igor Polianski, 151-167. Stuttgart: Steiner Verlag, 2012.
22. Brodehl, Frank Andreas. *Widerstand, Anpassung, Plichterfüllung? Zur Konfrontation der Taubstummepädagogik mit dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2014.
23. Brosch, Sibylle und Wolfgang Pirsig. „Gehörlosigkeit im kulturgeschichtlichen Kontext. Teil 2.“ *HNO* 51 (2003): 113-117.
24. Burnet, John R. „Annual Examination at the New York Institution.“ *The Deaf-Mutes' Friend* I (1869): 233.
25. Dunai, Eleanor C. *Surviving in Silence: A Deaf Boy in the Holocaust: The Harry I. Dunai Story*. Washington, D. C.: Gallaudet University Press, 2002.
26. Eichmann, Hanna, Martje Hansen und Jens Heßmann. *Handbuch deutsche Gebärdensprache: sprachwissenschaftliche und anwendungsbezogene Perspektiven*. Seedorf: Signum, 2012.
27. Eschke, Ernst Adolf. *Galvanische Versuche*. Berlin: Vieweg, 1803.
28. Feige, Hans-Uwe. „Denn taube Personen folgen ihren thierischen Trieben“ (*Samuel Heinicke*): *Gehörlosen-Biografien aus dem 18. und 19. Jahrhundert*. Leipzig: Gutenberg, 1999.
29. Flachsmeier, Horst R. *Taube hören und Sprachlose reden: Samuel Heinicke und sein Erbe*. Bensheim: Cristoffel-Blindenmission, 1977.
30. Fraser, Benjamin. *Deaf History and Culture in Spain: A Reader of Primary Documents*. Washington, D. C.: Gallaudet University Press, 2009.
31. Gehörlosenschule Erfurt. *Ich heiße Sabine. Mein Wohnort ist Erfurt. Ich bin taub ... aber ich bin nicht stumm*. Erfurt: Selbstverlag, 1991.
32. Glennie, Evelyn, Thomas Riedelsheimer und Fred Frith. *Touch the Sound: A Sound Journey with Evelyn Glennie* (DVD) 2006.
33. Gloor, Sybille. *Diagnose: Gehörlos: Wenn eine Familie gezwungen wird, ihren Lebensstil zu ändern*. Aarau: Alte Kantonsschule Aarau, 2010.
34. Groschek, Iris. *Unterwegs in eine Welt des Verstehens: Gehörlos in Hamburg: die Geschichte der Hamburger Gehörlosenbildung von 1769 bis 2000*. Hamburg: Univ. Diss., 2004.
35. Hannen, Christian. *Von der Fürsorge zur Barrierefreiheit. Die Hamburger Gehörlosensbewegung 1875-2005*. Seedorf: Signum, 2006.
36. Heidsiek, Johann. *Das Taubstummenswesen in den Vereinigten Staaten Nordamerikas: ein Reisebericht und weiterer Beitrag zur Systemfrage*. Breslau: Selbstverlag, 1899.
37. Heidsiek, Johann. *Der Taubstumme und seine Sprache: Erneute Untersuchungen über das methodologische Fundamentalprinzip der Taubstummensbildung*. Breslau: Woywod, 1889.
38. Heinicke, Samuel, Charles-Michel de L'Épée und Christopher Browne Garnett. *The Exchange of Letters between Samuel Heinicke and Abbe Charles Michel de l'Épée; A Monograph*

- on the Oralist and Manualist Methods of Instructing the Deaf in the Eighteenth Century, Including the Reproduction in English of Salient Portions of Each Letter.* New York: Vantage Press, 1968.
39. Helbig, Sabine. *Blitzlichter in der Dunkelheit. Das Leben einer tauben Frau.* Guxhagen: Kestner, 2006.
40. Hepp, Peter. *Die Welt in meinen Händen. Ein Leben ohne Hören und Sehen.* Berlin: Ullstein, 2007.
41. Herr, Sophie. „Taubstumme und Stummfilm – Zur Medialität des Inapparenten.“ *Das Zeichen* 99 (2015): 48-59.
42. Heßmann, Jens. *Gehörlos so! Materialien zur Gebärdensprache.* Hamburg: Signum, 2001.
43. International Congress on the Education of the Deaf und Arthur A. Kinsey, *Report of the Proceedings of the International Congress on the Education of the Deaf: Held at Milan, September 6th-11th, 1880, Taken from the Official Minutes.* London: W.H. Allen & Co., 1880.
44. Jarmer, Helene. *Schreiben nützt nichts: mittendrin statt still dabei.* München: Südwest, 2011.
45. Keiser, Christina. *Hörschädigung und Gebärdensprache: ihre Darstellung und Funktion in ausgewählten Werken der neueren Kinder- und Jugendliteratur.* Hamburg: Magistraarbeit Universität Hamburg, 2002.
46. Kolb, Eduard, I. Baumann, Eugene D. Mindel, Daniel H. Pokorny und Mary Jane Rhodes. *Artikel und Berichte aus Amerika: Über Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit.* Zürich: Gehörlosenzentrum, Ref. Pfarramt für Gehörlose, 1976.
47. Laborit, Emmanuelle und Marie-Thérèse Cuny. *Le cri de la mouette.* Paris: Pocket, 2003.
48. Ladd, Paddy. *Understanding Deaf Culture: In Search of Deafhood.* Clevedon, England: Multilingual Matters, 2003.
49. Lane, Harlan L. Ben Bahan und Robert Hoffmeister. *A Journey into the Deaf-World.* San Diego: DawnSignPress, 1996.
50. Laschinsky, Kurt. „Albin Maria Watzulik.“ *Deutsche Gehörlosen-Zeitschrift Die Stimme* 5 (1930) [o.P].
51. List, Gundula und Günther List (Hrsg.). *Quersprachigkeit: zum transkulturellen Registergebrauch in Laut- und Gebärdensprachen.* Tübingen: Stauffenburg, 2001.
52. Milkau, Fritz. *Handbuch der Bibliothekswissenschaft Bd. I, Schrift und Buch.* Leipzig: Otto Harrassowitz, 1931.
53. Muhs, Jochen. „Johann Heidsiek (1855-1942) – Wegbereiter des Bilingualismus.“ *Das Zeichen* 47 (1999): 11-17.
54. Murray, Joseph John. „One touch of nature makes the whole world kin“: *The Transnational Lives of Deaf Americans, 1870-1924.* Iowa City: University of Iowa Univ. Diss., 2007.
55. Neef, Sarah. *Im Rhythmus der Stille: wie ich mir die Welt der Hörenden eroberte.* Frankfurt a. M.: Campus, 2009.
56. Neumann, Ferdinand. *Die Taubstummen-Anstalt zu Paris im Jahre 1822. Eine historisch-pädagogische Skizze, als Beitrag zur Kenntniss und Würdigung der französischen Methoden des Taubstummen-Unterrichts; nebst Geschichte und Literatur des Taubstummen-Unterrichtes in Spanien und Frankreich.* Königsberg: Unzer, 1827.
57. Oberauer, Julia. *Gehörlosigkeit und Internet: neue Medien als Hilfsmittel zur Informationsbeschaffung in der Wissensgesellschaft.* Klagenfurt: Zentrum für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation, 2005.

58. Osman, Nabil. *Samuel Heinicke*. München: Nashorn-Verlag, 1977.
59. Pflingsten, Georg Wilhelm. *Gebörmesser zur Untersuchung der Gebörllosigkeit galvanisirter Taubstummen*. 2. Kiel: Mohr, 1804.
60. Plann, Susan. *A Silent Minority: Deaf Education in Spain, 1550-1835*. Berkeley: University of California Press, 1997.
61. Prillwitz, Siegmund, Regina Leven und Heiko Zienert. *HamNoSys: Hamburger Notations-system für Gebärdensprachen: eine Einführung*, 2. Aufl. Hamburg: Signum, 1989.
62. Reuschert, E. *Die Gebärdensprache der Taubstummen und die Ausdrucksbewegungen der Voll-sinnigen*. Leipzig: H. Dude, 1909.
63. Reuschert, Friedrich Wilhelm. „Literarische Fehde zwischen Samuel Heinicke und Abbé de l'Épée.“ In *Deutscher Taubstummenlebrerkalender: für das Jahr 1888*. Ohne Herausgeber, 201-233. Langensalza: Beyer, 1887.
64. Ryan, Donna F. und John S. Schuchman. *Deaf People in Hitler's Europe*. Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2002.
65. Sawallisch, Wilhelm. „Lautsprache oder Gebärdensprache in der Taubstummenschule? oder Wodurch unterscheidet sich die deutsche von der französischen Taubstummen-schule, und warum verdient die Methode der ersteren zur Bildung der Taubstummen den Vorzug?“ *Blätter für Taubstummenbildung* XI (1898): 209-223.
66. Scharf, Lothar und Fridolin Wasserkampf. *Taubstumme in der Hitlerjugend? Fridolin W. erzählt: Biografie und Dokumentation zu ‚Gebörllose im 3. Reich‘*. Stadelhofen: Selbstverlag, 2006.
67. Schöttle, U. K. „Die Geberdensprache der Taubstummen.“ *Magazin für Pädagogik und Didaktik: katholische Vierteljahrsschrift für Volkserziehung und Volksunterricht* 6 (1841): 46-78.
68. Schumann, Paul. *Geschichte des Taubstummenwesens, vom deutschen Standpunkt aus*. Frankfurt a. M.: Diesterweg, 1940.
69. Seyffer, Otto Ernst Julius. *Geschichtliche Darstellung des Galvanismus: erweiterte Ausarbeitung einer im Jahr 1844 von der Philosophischen Facultät der Universität zu Heidelberg gekrönten Preisschrift*. Stuttgart: Cotta, 1848.
70. Söderfeldt, Ylva. *From Pathology to Public Sphere*. Bielefeld: transcript, 2013.
71. Söderfeldt, Ylva. „The Galvanic Treatment of Deafness and the Trials at the Berlin Royal Deaf-Mute Asylum in 1802.“ *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology* 6 (2013): 1953-1958.
72. Stokoe, William. *Sign Language Structure: An Outline of the Visual Communication Systems of the American Deaf*. Buffalo: Dept. of Anthropology and Linguistics, University of Buffalo, 1960.
73. Stolte, Heinrich. „Meine Schüler. Gedanken beim Lesen der ‚Hörenden Taubstummen‘.“ *Blätter für Taubstummenbildung* XII (1899): 33-37.
74. Sutton-Spence, Rachel. „British Manual Alphabets in the Education of Deaf People since the 17th Century.“ In *Many Ways to Be Deaf: International Variation in Deaf Communities*. Herausgegeben von Leila Frances Monaghan, Karen Nakamura, Constanze Schmalung und Graham H. Turner, 25-49. Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2003.

75. Szagun, Gisela. *Wie Sprache entsteht: Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören*. Weinheim: Beltz, 2011.
76. Trueper, Johannes. „J. Heidsiek, Taubstummenlehrer in Breslau, Hörende Taubstumme. Ein Beitrag zur Klärung der Methodenfrage. Breslau 1897. Im Selbstverlage des Verfassers, 49 S.“ *Die Kinderfehler* 4 (1899): 110.
77. Wallisfurth, Maria. *Lautlose Welt. Das Leben meiner gehörlosen Eltern*. München: Knauer Taschenbuch Verlag, 2005.
78. Walther, Eduard. *Handbuch der Taubstummenbildung*. Berlin, E. Staude 1895.
79. Watzulik, Albin Maria. „Schools for the Deaf in Germany and Austria-Hungary (Condensed).“ In *Proceedings of the Ninth Convention of the National Association and the Third World's Congress of the Deaf. Colorado Springs, Colo. August 6 to 13, 1910*. Herausgegeben von O. H. Regensburg, A. L. Roberts und O. Hanson, 20. Los Angeles: The Philocopus Press, 1910.
80. Watzulik, Albin Maria. „Erwiderung auf den Artikel des Herrn Dr. W. Kuntze.“ *Deutsche Taubstummenkorrespondenz* 4 (1905): 206.
81. Watzulik, Albin Maria. „Herr Heidsiek und sein neuestes Buch.“ *Taubstummen-Courier* 4 (1905): 38-39.
82. Watzulik, Albin Maria. „Ein taubstummes Künstlerpaar.“ *Taubstummen-Courier* 11 (1901): 119-120.
83. Watzulik, Albin Maria. „Der Methodenstreit.“ *Taubstummen-Courier* 11 (1897): 61-67; 75-79; 86-90; 12: 13-15; 12: 25-28; 12: 38-39; 12: 55-57; 12: 76-77; 12: 83-84; 13: 72-74.
84. Watzulik, Albin Maria, William McKinley und Edward Miner Gallaudet. *Botschaft an die Verwaltungen von Taubstummen-Unterrichtsanstalten sowie an alle, die sich für die Förderung des Taubstummen-Unterrichts in Europa interessieren*. Altenburg: Pierer'sche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co., 1897.
85. ieren. Altenburg: Pierer'sche Hofbuchdruckerei Stephan Geibel & Co., 1897.
86. Werner, Anja. „Why Give Him a Sign Which Hearing People Do Not Understand...? Public Discourses about Deafness, 1780-1914“ In *In Our Own Hands. Essays in Deaf History, 1870-1970*. Herausgegeben von Brian H. Greenwald und Joseph J. Murray. Washington, D. C.: Gallaudet University Press, 2016.
87. Werner, Anja. „Die gehörlosen Menschen sollen auch begeistert am Aufbau des sozialistischen Vaterlandes teilnehmen“. *Gehörlosenpädagogik in Ostdeutschland, 1945-1990*.“ *Das Zeichen* 99 (2015): 6-21.
88. Wolff, Sylvia. *Elementarunterricht und Sprachbildung unter besonderer Berücksichtigung der Unterrichtspraxis am Berliner Königlichen Taubstummeninstitut zwischen Aufklärung und Frühmoderne*. Berlin: HU Univ. Diss., 2013.
89. Wolff, Sylvia. „Die Etablierung des bilingualen Schulversuchs in Berlin 1998-2002.“ In *Bilingualer Unterricht in Gebärdens-, Laut- und Schriftsprache mit gehörlosen SchülerInnen in der Primarstufe. Zwischenbericht zum Berliner Bilingualen Schulversuch*. Herausgegeben von Klaus-B. Günther und Johannes Hennies, 27-37. Berlin: Druckerei der Humboldt-Universität, 2007.
90. Wolff, Sylvia. „Taubstumme zu glücklichen Erdnern bilden“ – Lehren, Lernen und Gebärdensprache am Berliner Taubstummen-Institut. Teil I: Selbstverständlich Gebärdensprache! Ernst Adolf Eschke in der Zeit von 1788 bis 1811.“ *Das Zeichen* 51 (2000): 20-29.

91. Wolff, Sylvia. „Taubstumme zu glücklichen Erdnern bilden‘ – Lehren, Lernen und Gebärdensprache am Berliner Taubstummen-Institut. Teil II: Die Willkür der Zeichen.“ *Das Zeichen* 52 (2000): 198-207.
92. Zürcher Vereinigung für Gehörlose. *Gehörlos was ist das? Eine Einführung in das Leben der Gehörlosen*. Zürich: Selbstverlag, 1976.

Internetquellen

1. „Angela Merkel, Neujahrsansprache 2013“
<http://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2012-12/25572691-merkels-neujahrsansprache-2013-wird-nicht-einfacher-003.htm> (18.7.2017).
2. „Elizabeth Flock: President Obama Surprises Deaf Student by Signing to Him. *The Washington Post* 21.3.2012“
http://www.washingtonpost.com/blogs/44/post/president-obama-surprises-deaf-student-by-signing-to-him/2012/03/21/gIQAAdHnRS_blog.html (18.7.2017).
3. „Gebärdensprache in Berlin. Ein historischer Wegweiser“
<http://www.reha.hu-berlin.de/lehrgebiete/gap/abteilung/materialien/flyer-historie-berlin> (18.7.2017).
4. „Geschichte des Hamburger Instituts für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser (IDGS)“
<http://www.idgs.uni-hamburg.de/ueber-das-institut/geschichte.html> (18.7.2017).
5. „Herbert Ludwig Breiner“
<http://www.herbert-breiner.de/> (6.2.2015).
6. „Übersicht zur Ausbildung zum Gebärdensprachdolmetscher“
<http://www.kestner.de/n/dolmetschen/dolmetschen-ausbildung.htm> (18.7.2017).

„They all think you're deaf and dumb.“
Zur Konstruktion einer *Gehörlosenpsychologie*. Konzepte und Beispiele

Anke Hoffstadt

1. Chief Bromden und ‚Gehörlosigkeit‘ als ‚Behinderung‘

Ein Hollywood-Film sollte 1975 Maßstäbe setzen. Mit Miloš Formans Verfilmung von Ken Kesey's Roman *One flew over the cuckoo's nest* verankerte sich ein heikles Thema im kollektiven Bildgedächtnis. Der Film verankerte Eindrücke, die bis heute unsere Vorstellungen vom Gesicht psychiatrischer ‚Anstalten‘, von verwehrter Selbstbestimmung, von Zwang, von der empfindlich beschnittenen Freiheit des Andersseins, aber auch von den gesellschaftlichen Setzungen von (psychischer) ‚Krankheit‘ und (geistiger) ‚Behinderung‘ wesentlich prägen.¹ Jenseits seiner populären Rezeption gab *One flew over the cuckoo's nest* aber Mitte der 1970er Jahre auch jenen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Bilder, die bis heute weitreichende Konsequenzen für die soziologische, historische und politische, kritische Analyse und Betrachtung von „Wahnsinn und Gesellschaft“² und dem Leben in der totalen Institution der (psychiatrischen) „Anstalt“³ haben.

Ein – in der Romanvorlage noch zentrales – Handlungsmoment des Filmes findet sich verkörpert in der Figur des ‚taubstummen‘ Chief Bromden, der als stummer Insasse zum Begleiter des eigensinnigen Randall McMurphy wird und im eindrücklichen Finale als einziger der Patienten – lebend – den Ausbruch aus dem psychiatrischen System vollzieht. Eine Schlüsselszene (McMurphy und Chief Bromden müssen gemeinsam auf eine Elektroschock-Behandlung warten) enthüllt, dass der für ‚taubstumm‘ und ‚geistig behindert‘ gehaltene „Häuptling Bromden“, sehr wohl hören und sprechen kann. „They all, they all think you're deaf and dumb“⁴, lautet der Ausruf, mit dem sein Mitpatient McMurphy der überraschend neuen Situation begegnet.

¹ Vgl. etwa zuletzt den Leitartikel zu dem am 26.2.2013 in Kraft getretenen „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine Zwangsbehandlung“ (§ 1906 BGB): Thomas Müller, „Gezähmter Zwang – eine Chance, Vorurteile gegen die Psychiatrie abzubauen“, *Ärzte-Zeitung*, 1.2.2013. Formans Film liegt seit 2002 für den deutschen Markt als DVD mit ausführlichem making of in einer special Edition vor: Miloš Forman, *One flew over the cuckoo's nest* (DVD) 2002.

² Michel Foucault, *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969).

³ Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1973).

⁴ Einfache Anführungszeichen weisen in diesem Beitrag auf den Konstruktionscharakter von Begriffen wie Zuschreibungen hin, um zu kennzeichnen, dass es sich hierbei immer auch um Fragen der Normalitätsordnungen und -strukturen handelt, entlang derer sich Andersheiten als ‚noch normal‘ oder ‚nicht mehr normal‘, z. B. als ‚behindert‘ oder ‚krank‘ eingeordnet finden. So hingegen etwa der Begriff *Gehörlosigkeit* ohne Anführungszeichen gesetzt ist, soll dies auf eine physische Beeinträchtigung des Hörsinnes an sich hinweisen, quasi auf die somatische Seite von Gehörlosigkeit.

⁵ Miloš Forman, *One flew over the cuckoo's nest* (DVD) 2002.

Diese kaum eine Spielminute dauernde Filmszene setzt ein (fiktionales) Schlaglicht auf jene Zuschreibungsstrukturen, deren historischen Dimensionen sich der folgende Beitrag widmen wird. In großer Klarheit beschreibt Formans Filmausschnitt den Kern der dekonstruktivistischen Perspektive auf ‚Behinderung‘. Denn als angenommene ‚Behinderung‘ findet sich ‚Gehörlosigkeit‘ als eine gleich doppelte Setzung repräsentiert: Als eine multiple Konstruktion von *embodied difference* greift sie entlang zweier Abweichungen von der Ordnung der ‚Normalität‘ eben dort, wo sich mit dem Verlust oder der Schädigung eines ‚normalen‘ Gehörs und dem Mangel einer ‚normalen‘ Sprache und einer ‚normalen‘ Kommunikation ein ‚normales‘ Denken, Fühlen und Handeln in Zweifel gezogen finden. Im Folgenden wird es also um eben diese Fremdwahrnehmungen und -darstellungen und in dieser Konsequenz letztlich um die sozialen und kulturellen Konstruiertheiten von ‚Behinderung‘ oder *verkörperter Andersheit* – wie sie als Analysekategorie für die Dis-/Ability History forschungsleitend sind – gehen, wenn gefragt werden soll, wie sich ‚Gehörlosigkeit‘ in diesem Spannungsfeld von ‚Behinderung‘, Be-Hinderung und ‚Normalität‘ als verkörperte Andersheit konstruiert fand.⁶

Dabei möchte der Beitrag den Blick in erster Linie darauf lenken, wie sich in der jüngeren Geschichte der Gehörlosenpädagogik die früher so bezeichnete Taubstummheit nicht allein als ‚Behinderung‘ der Sinne, sondern vielmehr als einschränkender und bedingender Faktor für Prozesse der Kognition, aber auch als Wirkfaktor für die Psyche der Nicht-Hörenden konstruiert fand. Was dachten, forschten und unterrichteten GehörlosenpädagogInnen in der akademischen Forschung und schulischen Praxis über die Verbindung zwischen der sinnlichen Möglichkeit, die Umwelt hörend wahrzunehmen und sprechend auf und mit ihr zu (re)agieren, und der Fähigkeit, im weitesten Sinne zu ‚Denken‘ und zu ‚Fühlen‘? In welcher Weise interpretierten PsychiaterInnen in Kliniken und an medizinischen Hochschulen in ihren Fachdiskursen Gehörlosigkeit und ihren vermeintlichen Einfluss auf Kognitionen und Emotionen von gehörlosen PatientInnen, deren Verhalten sie ins Verhältnis zu ihren Beobachtungen zur Psyche ‚Normalsinniger‘ setzten? Und welche Konsequenzen hatten solche pädagogischen und psychiatrischen Konzepte einer spezifischen ‚Gehörlosenpsychologie‘⁷ auf die Wahrnehmung von ‚Gehörlosigkeit‘ als einer körperlichen und/oder geistigen ‚Behinderung‘ in den konkreten Kontexten, in Schulen

⁶ Zu Konzepten, Leitfragen und Disziplingeschichte der Dis-/Ability History vgl. die einführenden Beiträge in Elsbeth Bösl, Anne Waldschmidt und Anne Klein (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderungen in der Geschichte. Eine Einführung* (Bielefeld: transcript, 2010). Zur „Gehörlosenproblematik“ in einer Analyse medizinischer, philosophischer und pädagogischer Expertendiskurse, die den Ansätzen der Dis-/Ability History folgt, vgl. auch: Eva Brinkschulte, „Medizin und Behinderung. Zur ‚Gehörlosenproblematik‘ seit dem 18. Jahrhundert“ in Heiner Fangerau und Igor J. Polianski (Hrsg.), *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach* (Stuttgart: Steiner Verlag, 2012), 151-168.

⁷ Unter der Bezeichnung „Gehörlosenpsychologie“ wurde im Frühjahr 1958 etwa ein Lehrauftrag am Studienseminar für Taubstummlehrer an der Universität Heidelberg eingerichtet. Vgl. Kathrin Jung, *Die Geschichte des Psychologischen Instituts der Universität Heidelberg in den Jahren 1933 bis 1980* (Heidelberg: <https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/willkomm/da-jung-2000-geschichte.pdf>, 2000), 53 (18.7.2017). Zur Problematisierung des Begriffes vgl. Paul Steixner, *Taubstumm oder gehörlos? Zur sozialen Situation Gehörloser zwischen Diskriminierung, Integration und Anerkennung der Gehörlosenkultur* (Klagenfurt: Zentrum für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, 2009) 61f.

und psychiatrischen Einrichtungen? Wie formierten letztlich diese Annahmen Förderung und Unterricht von gehörlosen Kindern und Jugendlichen in schulischen Einrichtungen vor Ort?

Diesen Fragen möchte der folgende Beitrag nachgehen. Dabei wird er sich zunächst einem Diskursaspekt in der (heil)pädagogischen bzw. erziehungswissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Gehörlosigkeit und ihrer vermuteten Wirkung auf die Psyche gehörloser Menschen widmen. Einen ersten Schwerpunkt setzt dabei (1) die Betrachtung und Einordnung einer Schrift des Schweizer Sprachheilpädagogen und Leiters des kantonalen jugendpsychologischen Dienstes im Thurgau, *Paul Bosshard*. Aufbauend auf dem Konzept der „Krüppelpsychologie“⁸ wie es mit den Arbeiten des Berliner Pädagogen *Hans Würtz* in den 1920er und frühen 1930er Jahren entstand, sah Bosshard in den 1950er Jahren Gehörlosigkeit als Auslöser und Motor für eine von ihm so formulierte, spezifische emotionale und habituelle „Eigenart“⁹ von gehörlosen Menschen. Im Anschluss daran zeigt ein Blick in die Geschichte der pädagogischen, didaktischen, schulpraktischen Zusammenhänge an Schulen für Gehörlose aus der im Folgenden gewählten Beispielregion, dem Einzugsbereich des *Landschaftsverbandes Rheinland (LVR)*, dem rheinischen Teil des heutigen Nordrhein-Westfalen, dass Bosshards Beobachtungen und Schlussfolgerungen über Verhalten und Psyche „des Taubstummten“ nach ihrer ersten Veröffentlichung 1953 auch jenseits der Schweizer Grenze rezipiert wurden. Denn auch in den Schulen für Gehörlose, für die bereits ab Mitte der 1880er Jahre der sogenannte *Provinzialverband der Rheinprovinz* bzw. sein Nachfolger, der *Landschaftsverband Rheinland* (ab 1953) im Rahmen der Aufgaben einer kommunalen Selbstverwaltung als Leistungsträger Verantwortung übernahmen und innehatten, wurden Bosshards Ideen zur psychischen „Eigenart“ von „Taubstummten“ wahrgenommen und multipliziert. Und nicht zuletzt fanden sich Vorstellungen und Zuschreibungen von Andersheit, die wie Bosshards Konzept einer an Würtz anknüpfenden Gehörlosenpsychologie verschiedene Identitäts- und Behinderungskonstruktionen miteinander in Verschränkung brachten, auch in der pädagogischen Praxis der *Rheinischen Landesgehörlosenschulen* in den 1960er und 1970er Jahren wieder, wie ausgewählte Beispiele zeigen.

Daneben wurde im etwa gleichen Zeitraum ‚Gehörlosigkeit‘ auch zum Thema der (klinischen) Psychiatrie. Wie (2) – wiederum durch Rückgriff auf Materialien aus der rheinischen Psychiatrie- und Schullandschaft – an Beispielen deutlich wird, ‚entdeckten‘ insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen bzw. die SpezialistInnen an den Landeskrankenhäusern des LVR gehörlose PatientInnen als Herausforderung für die therapeutische und pflegerische Praxis. Der insgesamt sowohl Beschulungsfragen als auch medizinisch-psychiatrische Aufgaben umfassende Versorgungsauftrag, nach dem der Landschaftsverband Rheinland in seinen Kliniken gehörlose PsychiatriepatientInnen ebenso zu betreuen hatte, wie ‚verhaltensauffällige‘ gehörlose SchülerInnen seiner fünf Landesgehörlosenschulen, machte in den 1960er Jahren erste Wechselbeziehungen zwischen Kliniken und Schulen notwendig.

⁸ Hans Würtz, „Ein Beitrag zur Begründung der Krüppelpsychologie“ *Zeitschrift für Krüppelfürsorge* 7 (1914): 16-42.

⁹ Hier wie für das Folgende: Paul Bosshard, *Der Taubstumme. Versuch einer Erfassung seiner Eigenart* (Neuburgweier: Schindele, 1972).

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund dieses zweiten Schwerpunktes zeichnet der Beitrag nach, wie sehr ‚Gehörlosigkeit‘ ab den 1960er Jahren Verhandlungsthema von Schulen und Psychiatrien war. Und dies auch und vor allem dort, wo über die gemeinsame Trägerschaft – gleichsam auf dem ‚kleinen Dienstweg‘ – sowohl der Austausch zwischen den Professionellen als auch eine Fluktuation der betroffenen SchülerInnen und PatientInnen zwischen Schulen und Kliniken, von einer Einrichtung zur anderen, Drehtüren zwischen den Institutionen schufen.¹⁰ ‚Gehörlosigkeit‘, so wird bereits mit Blick auf die wenigen hier vorstellbaren Beispiele aus den Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland deutlich, wirkte förmlich als ein mehrfach beschreibbares Whiteboard für eine doppelte Konstruktion von ‚Gehörlosigkeit‘ als ‚Behinderung‘ und/oder ‚Krankheit‘. Die Konstruktion einer Gehörlosenspsychologie, wie Bosshard sie entlang seiner Beobachtungen zur „Eigenart“ des „Taubstummen“ in den 1950er Jahren formuliert hatte, verzahnte insofern nicht nur Institutionen, sondern auch Annahmen und Bilder von ‚Gehörlosigkeit‘ als einer verkörperten Andersheit zwischen Körper einerseits und ‚Geist‘ andererseits – Annahmen, die für die Lebenswege der so kategorisierten Menschen mitunter entscheidungsmächtig wurden.

2. Von der *Krüppelpsychologie* zur „Eigenart“ des „Taubstummen“

Die Strukturen und Wege, in und auf denen sich professionelle heilpädagogische bzw. psychologische Fachdisziplinen gerade mit Blick auf Gehörlosigkeit und ihre jeweiligen Benennungs- und Aushandlungsprozesse auch heute aufeinander beziehen, finden sich wiedergespiegelt in den Arbeiten und Ideen der im Folgenden zu beleuchtenden Protagonisten der Wissens- und Expertengeschichte der Heilpädagogik, Hans Würtz und Paul Bosshard. Ihrer beider Schriften gingen von der Nähe von somatischen und psychischen bzw. kognitiven Momenten bzw. Entwicklungen oder – in ihrer Logik – Defiziten als Merkmale von ‚Behinderung‘ aus oder sahen kausale Verbindungen von einer körperlichen zu einer seelischen ‚Behinderung‘. Und dies auf unterschiedliche, aber durchaus verbindende Weise.

2.1 *Hans Würtz‘ Krüppelpsychologie*

Als einer der einflussreichsten Impulsgeber für das Fach der Sonderpädagogik gilt, auch für die heutige Hand- und Lehrbuchliteratur, der Volksschullehrer *Hans Würtz* (1875-1958). Seit 1911 war Würtz als Leiter der Erziehungs- und Bildungsabteilung des Berliner *Oskar-Helene-Heims*, der 1905 von *Konrad Biesalski* gegründeten, auf Grundlage einer privaten Stiftungsinitiative eingerichteten orthopädischen Privateinrichtung für Kinder und Jugendliche, tätig. In seiner Funktion als Erziehungsdirektor der Anstalt in der Berliner Clayallee unter-

¹⁰ Mit dem Ausdruck *Drehtür* soll hier nur mittelbar an den Begriff der Drehtürpsychiatrie erinnert sein. Denn in den Fluktuationen von SchülerInnen/PatientInnen zwischen Schule und Klinik spiegelten sich nicht so sehr ökonomische Zusammenhänge der Therapie- bzw. Beschulungsplanung wider, wie sie für den Begriff der Drehtürpsychologie entscheidend sind. Vielmehr lagen die Wechsel in der Betreuung durch Kliniken oder Schulen durchaus darin begründet, dass nicht immer klar zu sein schien, wo die gehörlose Person in ihrer diagnostizierten psychischen Störung besser bzw. in erster Linie zu betreuen sei (siehe hierzu die Fallgeschichte in 2.2). Vgl. zum Begriff ebenso anschaulich wie knapp: Ernst Klee, *Die armen Iren. Das Schicksal der seelisch Kranken* (Düsseldorf: Patmos, 1972), 16.

standen ihm sowohl die Heimschule als auch die Ausbildungswerkstätten. Und hier formulierte Würtz jene Arbeiten, auf deren Basis bis heute auf ihn als Begründer einer Sonderpädagogik für Menschen mit körperlichen Behinderungen Bezug genommen wird¹¹: Mit der 1921 erschienenen Schrift zum „Seelenleben des Krüppels“ und der Veröffentlichung „Zerbrecht die Krücken. Krüppelprobleme der Menschheit“¹², die 1932 in Leipzig zur Publikation kam, konzeptionierte Würtz seine Krüppelpsychologie, nach der er eine Verbindung zwischen einer körperlichen ‚Behinderung‘ einerseits und einer seelischen, d. h. einer spezifischen psychischen Verfasstheit von körperlich eingeschränkten Menschen andererseits sah. ‚Krüppel‘ seien eben nicht allein in ihren körperlichen Möglichkeiten eingeschränkt, vielmehr schrieb er ihnen besondere seelische ‚Eigenschaften‘ zu, deren Ausprägung von charakterlichen ‚Mängeln‘ bis hin zu psychischen ‚Defekten‘ reichen könnten, grundsätzlich aber zwangsläufig bestünden, sobald ein Mensch durch eine körperliche Beeinträchtigung von den ‚Gesunden‘ abweiche – denn die „innere Spannung zu den Gesunden“¹³ sei unausweichlich.

Ursächlich für den „psychischen Mechanismus“¹⁴ wirkte aus seiner Sicht in erster Linie der Mängel-hafte Körper: „Das [behinderte] Kind“, so schrieb Würtz 1932, „wird schüchtern und da es an der Bewegungsfreudigkeit der anderen Kinder nicht im gemeinsamen Spiel teilnehmen kann, wird es gar zu leicht noch menschenscheu, mißtrauisch, empfindlich, übeldeutend und neidisch.“ Diese „durchgehende Unsicherheit“, heißt es weiter, bewirke nahezu „zwangsweise eine Verkrampfung“, eine „psychische Instinktzerpaltung [...]“. Diese Instinktzerspaltung zwingt in eine überfrühte und überbewußte Taktik der Selbstbezogenheit [...].“

Die so auf Instinkt-Defekte zurückzuführende, taktische „Selbstbezogenheit“ hatte Würtz schon 1921 zum Ausgangspunkt seiner zentralen Beobachtung genommen. Hier hieß es in „Seelenleben des Krüppels“:

„Der Krüppel steht in innerer Spannung gegen die Gesunden. [...] Er geht nicht gern aus sich heraus. [...] Er ist ein Lebenskämpfer und rüstet innerlich nicht gern ab. [...] Er ist argwöhnisch. [...] Er ist neidisch. [...] Er hat schon zu viel Schmerzen gekostet und ist beständig gegen das Schicksal, das ihn zu kurz kommen ließ, auf der Hut. Kurzum: er ist gemeinschaftskrank!“¹⁵

Nicht ‚krank‘ an der Gemeinschaft, die – nicht zuletzt durch die Ideen einer separierenden Pädagogik für Menschen mit ‚Behinderung‘ – durch Strukturen der Ungleichheit und Aus-

¹¹ Zur Biographie und den Arbeiten Würtz' vgl. zuletzt Oliver Musenberg, *Der Körperbehindertenpädagoge Hans Würtz (1875-1958). Eine kritische Würdigung des psychologischen und pädagogischen Konzeptes vor dem Hintergrund seiner Biographie* (Hamburg: Dr. Kovač, 2002). Zu seiner konzeptionierenden Rolle als Leiter der Erziehungsabteilung des Oskar-Helene-Heims vgl. Philipp Osten, *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer ‚modernen Krüppelfürsorge‘ 1905-1933* (Frankfurt a. M.: Mabuse, 2004), hier knapp zur Einordnung der Wirkungsgeschichte insbes. S. 13f.

¹² Hans Würtz, *Das Seelenleben des Krüppels* (Leipzig: Voß, 1921) und ders., *Zerbrecht die Krücken. Krüppel-Probleme der Menschheit. Schicksalsstiefkinder aller Zeiten und Völker in Wort und Bild* (Leipzig: Voß, 1932).

¹³ Würtz, *Seelenleben*, 3.

¹⁴ Hier wie für das Folgende: Würtz, *Zerbrecht die Krücken*, 65.

¹⁵ Würtz, *Seelenleben*, 3.

grenzung „Lebenskämpfe“¹⁶ perpetuieren musste, sondern ‚krank‘ in der Gemeinschaft – das war die Diagnose, die Würtz Menschen mit körperlichen ‚Behinderungen‘ zuschrieb. Indes, in „besonderen Krüppelschule[n]“¹⁷ und „nach bestimmten Methoden auf Grund der besonderen Krüppelseelenkunde“ sei es, so Würtz’ Lösungsvorschlag, möglich, dieser Abweichung vom ‚Gesunden‘, diesem ‚krank Sein‘ in der Gemeinschaft, entgegenzuwirken und auch einen „Krüppel“ zur „Gemeinschaftsfähigkeit“ zu erziehen. Diese von ihm mit angestoßene „Ideologie der fürsorglichen Ausgrenzung“¹⁸ hat – zusammen mit seinem defizitorientierten Menschenbild und der Einordnung seiner Arbeiten, seiner Person und seiner Positionierungen in die Euthanasiedebatten der 1920er und 30er Jahre – zuletzt hinreichend Grund geboten, Würtz auch in eine explizit kritische historische Auseinandersetzung mit seiner ‚Pionierleistung‘ für die Krüppelpädagogik und Krüppelfürsorge einzu-beziehen.¹⁹

2.2 „... da muss auch das Gemüt arm bleiben“ – Paul Bosshards Konzept der „Eigenart“ des „Taubstummen“²⁰

Und eben diesem ‚Defizit‘ an „Gemeinschaftsfähigkeit“²¹, die Menschen mit ‚Behinderung‘ nur mit der Hilfe eines besonderen Raumes und einer besonderen Erziehung und Belehrung zu erlangen in der Lage seien, widmete sich dreißig Jahre nach dem Erscheinen von *Das Seelenleben des Krüppels* mit dem Schweizer Lehrer Paul Bosshard wiederum ein Pädagoge, der sich allerdings dabei – anders als Würtz – auf das Seelenleben, Verhalten und intellektuelle Potential von Taubstummen bezog. Sein Buch *Der Taubstumme. Versuch zur Erfassung seiner Eigenart* erschien zuerst 1953 im Selbstverlag als Drucklegung seiner Doktorarbeit, mit der Bosshard sein Studium der Heilpädagogik an der Universität Zürich abschloss. 1972 in Deutschland neu aufgelegt, sollte Bosshards Studie ihren Weg auch in die professionellen Diskurse der bundesrepublikanischen Gehörlosenbildung finden, erschien sie doch als Reihentitel in den *Heidelberger Sonderpädagogischen Schriften* an derjenigen Universität, an der seit 1959 (neben Hamburg) die Hochschulausbildung der künftigen LVR-Taubstummenoberlehrer, die bereits als Taubstummenhilfslehrer im Vorbereitungsdienst an Einrichtungen des Landschaftsverbandes unterrichtet hatten, institutionalisiert war.²²

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Hier wie für das Folgende: ebd., 4.

¹⁸ Osten, *Modellanstalt*, 14.

¹⁹ Vgl. zuerst Carol Poore, „Der Krüppel in der Orthopädie der Weimarer Zeit. Medizinische Konzepte als Wegbereiter der Euthanasie“ in Walter Baumann und Heinz-Harald Abholz, *Wie teuer ist uns Gesundheit?* (Berlin: Argument Verlag, 1984), 67-78, sowie Werner Brill, *Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie. Die ‚Euthanasie‘-Diskussion in der Weimarer Republik und zu Beginn der neunziger Jahre. Ein Beitrag zur Faschismuskforschung und zur Historiographie der Behindertenpädagogik* (St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, 1994) und Petra Fuchs, *‚Krüppel‘ zwischen Emanzipation und Selbstaufgabe am Beispiel der Entstehung und Entwicklung des Selbsthilfebundes der Körperbehinderten (1919-1945) und der Biographie Hilde Wulffs (1898-1972)* (Berlin: TU Univ. Diss., 1999).

²⁰ Bosshard, *Der Taubstumme*, 152.

²¹ Osten, *Modellanstalt*, 14.

²² Bis 1958 erfolgte das Aufbaustudium für VolksschullehrerInnen, die bereits eine zweijährige praktische Hilfslehrertätigkeit an einer der Provinzialverbands- (bis 1953) bzw. LVR-Schulen absolviert hatten, intern

Paul Bosshard (1919-2011) hatte zunächst in Zürich die Lehrerausbildung abgeschlossen und in Aushilfsanstellung an Schulen und einem Heim für „schwererziehbare Knaben“²³ gearbeitet, bevor er – im Vorfeld seines Studiums und ausgestattet mit einer Zusatzqualifikation zur Unterrichtung von Schwerhörigen – an der *Taubstummenanstalt Zürich Wollisbofen* tätig wurde. Seit 1966 bekleidete Bosshard das Leitungsamt des schulpsychologischen Dienstes für den Kanton Thurgau und übernahm zudem in der Funktion des Sonderschulinspektors die Betreuung der Thurgauer Sonderschulen. Zu seinen Aufgaben gehörten hier die Einstufung der SchülerInnen, die Durchführung von Eltern- und Lehrerberatungen, die Planung von Weiterbildungsprogrammen und der Aufbau eines heilpädagogischen Dienstes für Vorschulkinder. Anfang der 1970er Jahre war Bosshard schließlich maßgeblich daran beteiligt, dass der Kanton Thurgau mit dem *Sprachheilheim Romanshorn* (heute *Thurgauische Sprachheilschule* mit zwei Dependancen) eine erste Kantonsschule für gehörlose Kinder und Jugendliche im Thurgau bekam.

Sein umfangreiches Engagement für die Belange der Gehörlosenbildung im Kanton Thurgau veranlasste die Schulleitung der Thurgauischen Sprachheilschule sowie den *Verein Heilpädagogische Früherziehung Thurgau* Bosshard nach seinem Tod 2011 als „demütige[n] und hilfsbereite[n] Diener“²⁴ der Sache der Schulen für Gehörlose zu würdigen, dessen Ideen im Dienst der Gehörlosenpädagogik bis heute weiterlebten.²⁵ Ließe sich diese Wahrnehmung der Reichweite von Bosshards Arbeit – und hier vor allem seiner Untersuchung zur „Eigenart“ des „Taubstummen“²⁶ –, wie sie sich in diesem einzelnen Nachruf findet, auf einen breiteren pädagogischen Fachdiskurs verallgemeinern, verbände sie eine ähnliche Wirkungsgeschichte mit der der Schriften eines Hans Würtz, dessen *Krippelseelenkunde* auch aktuell noch einen festen Platz in der Handbuchliteratur zur Sonderpädagogik hat. Doch anders als Würtz scheint Bosshard mit seinen Annahmen zu einer spezifischen Gehörlosenpsychologie bis heute nicht zum Thema der historischen Bildungsforschung, der Dis-/Ability History oder der Deaf History geworden zu sein.²⁷ Ohne seinen Wirkungsgrad zu überschätzen, ist es dennoch lohnend, Bosshards Konzept mit demjenigen in Verbindung

an der Rheinischen Landesgehörlosenschule Euskirchen in Zusammenarbeit mit den Universitäten Köln und Bonn.

²³ Zu Bosshards Werdegang vgl. „Thurgauische Sprachheilschule Jahresbericht 2010/2011“ <http://www.sprachheilschule-tg.ch/index.php/dokumente/dokumente-fuer-jedermann/jahresberichte/96-jahresbericht-des-praesidenten-2010-2011/file>. (12.8.2013). Vorstehende Zitate ebd.

²⁴ Ebd.

²⁵ „Verein Heilpädagogische Früherziehung im Kanton Thurgau Jahresbericht 2011“ <http://www.hfetg.ch/uploads/dokumente/Jahresbericht-HFETG-2011-pdf-neu.pdf>. (18.7.2017).

²⁶ Bosshard, *Der Taubstumme*.

²⁷ Trotz der hier gewählten Schreibweise *Deaf History* (in kapitalen Anfangsbuchstaben) sei an dieser Stelle an die für die Dis-/Ability History wichtige grundsätzliche Diskussion um die Subjektivierung von Gehörlosigkeit als kulturelle, d. h. vor allem sprachliche oder dagegen als verkörperte Andersheit im engeren Sinne erinnert: Die Deaf History untersucht explizit die Geschichte der Deaf Community und der Deafness – im Unterschied zu deafness (in Kleinschreibung) – nicht als Geschichte von Behinderung(-skonstruktionen), sondern als Geschichte einer Gruppe bzw. Gruppenzugehörigkeit, die aufgrund sprachlicher (kultureller) Strukturen definiert ist (Gebärdensprache als autonome Sprache, nicht als Hilfssprache zur Überwindung einer ‚Behinderung‘). Zur (deutschsprachigen) Diskussion der Rolle von Deafness/deafness in der Dis-/Ability History siehe Ulrich Möbius, „Aspekte der ‚Deaf History‘-Forschung“ *Das Zeichen* 22 (1992): 388-401 und 23 (1993): 5-13 sowie Günther List, „Arbeitsfeld und Begriff der ‚Deaf History‘ – ein Klärungsversuch“ *Das Zeichen* 25 (1993): 287-297.

zu setzen, mit dem Hans Würtz knapp zwanzig bzw. dreißig Jahre zuvor ‚Körperbehinderungen‘ als somatische ‚Behinderung‘ des Körpers und als ‚Gemeinschaftskrankheit‘²⁸ der *Krippelseele* beschrieben und gleichsam in die Wahrnehmungen über Menschen mit körperlichen Einschränkungen eingeschrieben hat. Dass Bosshard über die Schweiz hinaus Eingang in die Lehrer(fort)bildung und in die Debatten auf Schulkonferenzen und in Lehrerzimmern hatte, wird in diesem Beitrag ein Beispiel aus dem Rheinland nachvollziehbar machen.²⁹ Doch zunächst seien einige hier hervorzuhebende, beispielhafte Aspekte aus Bosshards ‚Versuch zur Erfassung‘ der ‚Eigenart‘ des ‚Taubstummen‘³⁰ vorgestellt.

Zum Ausgangspunkt seiner zunächst beschreibenden, dann auch systematisierenden, umfangreichen Auseinandersetzung mit der ‚verhaltensbestimmende[n] Wirkung der Taubstummheit‘³¹ nahm Bosshard eine Fragebogenerhebung, mit der er in Zürich und Umgebung ein Sample von Meinungen dazu zusammengetragen hatte, was etwa ein Taubstummer sei, ob er/sie sprechen und denken könne, über Bildung zu verfügen in der Lage sei und wie man eine Unterstützung von Taubstummen als soziale wie wirtschaftliche Belastung für die ‚Volksgemeinschaft‘³² einzuschätzen habe. Wichtig schienen ihm hier vor allem die Ergebnisse zu den Fragen nach den kognitiven Fähigkeiten gehörloser Menschen (‚Kann der Taubstumme denken?‘) sowie nach ihrer Bildungsfähigkeit (‚Kann der Taubstumme über Bildung verfügen?‘): So fasste Bosshard zusammen, dass von 306 UmfrageteilnehmerInnen 295 Personen ‚dem Taubstummen Denkfähigkeit [ein]räumten‘³³. Vergleichsweise unklarer sei hingegen das Meinungsbild, sobald es um das Vermögen des Taubstummen gehe, über Bildung zu verfügen. Denn hier hätten 54% der Befragten ihrer Annahme Ausdruck verliehen, dass ‚der Taubstumme ebenso gut wie ein Vollsinniger über Bildung verfügen könne‘, 41% hätten bestimmte Bedingungen, etwa eine gesonderte Beschulung, in Rechnung gestellt, und nur 5% der Antwortenden hätten jede Bildungsfähigkeit verneint.³⁴ Gewichtiger aber als die von Bosshard erhobenen Einschätzungen der Befragten, erschien ihm jedoch, dass – und das legt seine umfangreiche, einleitende Einlassung zum Bildungsbegriff an dieser Stelle nahe – die von ihm so Befragten nach seiner Vermutung womöglich von einem aus seiner Perspektive verkürzten Verständnis von Bildung ausgegangen seien. Denn nicht das reine Anhäufen von Wissen, ein ‚mit Wissen vollgepfropfter Schulsack‘, sei die Quintessenz von ‚Bildung‘. Vielmehr sei ‚Bildung‘ im Sinne Pestalozzis als ‚[a]llgemeine Emporbildung der inneren Kräfte der Menschennatur

²⁸ Würtz, *Seelenleben*, 3.

²⁹ Offen muss freilich bleiben, ob Bosshards Konzept auch in breiterem Umfang in der pädagogischen Praxis – auch außerhalb seines direkten Wirkungsumfeldes in der Schweiz – wahrgenommen worden ist. Die Neuveröffentlichung 1972 legt dies nahe, eine wirkungshistorische Analyse ist in der Breite aktuell jedoch noch Desiderat.

³⁰ Bosshard, *Der Taubstumme*.

³¹ Ebd., 151. Nach erstem Anschein unterscheiden sich die 1953 im Selbstverlag herausgegebene Drucklegung von Bosshards Dissertation und die 1972 in den Heidelberger Sonderpädagogischen Schriften erschienene Ausgabe nicht voneinander.

³² Hier wie für das Folgende: ebd., 84. Das Sample umfasste zusammen 306 Personen, deren Antworten zu insgesamt acht Fragen Bosshard zusammenfassend vorstellte (vgl. 74–85).

³³ Ebd., 81.

³⁴ Ebd., 81ff.

zu reiner Menschenweisheit“ zu verstehen, als – in Bosshards Worten: – „ständiges Werden“, als „Werk der Persönlichkeit selbst“.³⁵

Selbst wenn Bosshard in der folgenden Auswertung seines Fragebogens ausdrücklich davon absah, die von ihm angenommenen Vorstellungen von Bildung der Befragten in seine Interpretationen ihrer Antworten über die Bildungsfähigkeit des Taubstummen einfließen zu lassen, wird doch bereits an dieser Stelle seiner Arbeit deutlich, wohin seine weitere Analyse der „Eigenart“ des „Taubstummen“³⁶ würde gehen müssen. Denn anders als die 54% der Antwortenden ging er davon aus, dass ganz grundsätzliche Einschränkungen der „Persönlichkeit selbst“ vorliegen müssten, wenn ein am Hörsinn geschädigter Mensch in einer hörenden Gemeinschaft ständig an seine oder ihre Grenzen stoße. In seiner Doktorarbeit bemühte sich Bosshard, diese Annahme zu bestätigen. Damit trat er gleichsam in die Fußstapfen von Hans Würtz, dessen Vorbild in der gesamten Anlage der Arbeit Bosshards kaum zu leugnen ist.

Denn ganz im Stile Würtz' präsentierte Bosshard im Anschluss an die Darstellung seiner Umfrageergebnisse eine, wie er schrieb, „[k]asuistische Sammlung“ von 45 Fallbeispielen, die „anschaulich von [dem] aktuellen Handeln, Fühlen und Denken des Taubstummen Kunde geben“³⁷ würden. Die aber, das sei vorab zusammenfassend bemerkt, *alle* als Beispiele für so formulierte Defizite individueller sozialer wie emotionaler Kompetenzen standen, die Bosshard zudem entlang *Philipp Lerschs* Ausdruckspsychologie, formuliert in Lerschs *Aufbau des Charakters* (1938), thematisch anordnete.³⁸ „[M]ittel- bis gutbegabte Erwachsene“ seien dabei, so Bosshards einleitende Beschreibung seiner „Fallsammlung“, aus zwei Gründen etwa dem Blick auf Fallbeschreibungen aus Kreisen von ‚gehörlosen‘ SchülerInnen vorzuziehen. Denn zum einen führe die Umgebung der Schule als exkludierender Schonraum zu gewissen Verzerrungen der analysierenden Wahrnehmungen, wenn „das umgrenzte Stück Welt, das in der Taubstummenanstalt das Kind umgibt, in jeder Beziehung auf sein Gebrechen ausgerichtet ist und so die typischen Eigentümlichkeiten noch nicht in der ausgeprägten Deutlichkeit in Erscheinung“³⁹ träten. Zum anderen sei es geboten, mit den „mittel- bis gutbegabten“⁴⁰, erwachsenen ‚Gehörlosen‘ bewusst eine Gruppe „der ‚Elite‘ der Taubstummen“ auszuwählen, um überhaupt einen Vergleich mit „dem sogenannten ‚normalen‘ Hörenden“ möglich zu machen, denn:

„Nur so ist dem Einwand zu begegnen, verschiedene der nachfolgend angeführten Verhaltensweisen seien nicht nur dem Taubstummen eigen, sondern könnten eben-

³⁵ Hier wie für das Vorstehende: ebd., 82. Bosshard zitierte hier Johann Heinrich Pestalozzi, „Die Abendstunde eines Einsiedlers“ *Ephemeriden der Menschheit oder Bibliothek der Sittenlehre, der Politik und der Gesetzgebung* 1 (1780): 543-576.

³⁶ Bosshard, *Der Taubstumme*.

³⁷ Bosshard, *Der Taubstumme*, 118, sowie für vorstehendes Zitat zur Sammlung der „kasuistischen Fälle“, 119.

³⁸ Ebd., 119, sowie in direkter Bezugnahme auf Lersch, 156f. Lerschs Hauptwerk, in dem er 1938 explizit auch auf die NS-Erziehungsziele positiv Bezug nahm, erschien seit 1951 (4. Aufl.) unter dem Titel „Der Aufbau der Person“ (zuletzt in 11. Aufl. 1970). Zu Lersch vgl. Klaus Weber, *Vom Aufbau des Herrenmenschen. Philipp Lersch – Eine Karriere als Militärpsychologe und Charakterologe* (Pfaffenweiler: CentaurusVerlagsgesellschaft, 1993).

³⁹ Hier wie für das Vorstehende: Bosshard, *Der Taubstumme*, 118.

⁴⁰ Ebd., 119.

sogut auch an gewissen Hörenden beobachtet werden. Das Handeln, Fühlen und Denken des Taubstummten, das primär in seiner Gehörlosigkeit begreifbar ist, darf nicht einfach mit demjenigen des Hörenden verglichen werden, der entweder an einer Geistesschwäche zu leiden hat oder durch Gefühlsabwegigkeiten auffällt.⁴¹

Selbst wenn Bosshard hier in aller Vor-Sicht das Design seines Samples gegen mögliche Zweifel an der Vergleichbarkeit der „Eigenart“ der geschlossenen Gruppe der von ihm beobachteten Taubstummten mit den ‚normalen‘ Verhaltensweisen Hörender abzusichern bemüht war: in historischer Perspektive tritt umso deutlicher hervor, wie stark seine, wie er sie nannte, „kasuistische“⁴² Untersuchung allein auf einer spezifischen Konstruktion von ‚Behinderung‘ und ‚Normalität‘ fußte und wie sehr sie auf einem angenommenen, intellektuellen Gefälle aufbaute, noch bevor eine Auswahl von untersuchbaren ‚Fällen‘ überhaupt getroffen worden und diese im Einzelbeispiel analysiert waren. Denn in seinem Versuch, Vergleichbarkeit herzustellen, glied Bosshard hier ‚normale‘ Hörende mit ‚der ‚Elite‘ der Taubstummten“⁴³ ab, konstatierte also implizit, dass ‚normale‘ „Taubstumme“ nur mit Hörenden vergleichbar seien, die „geistesschwach“ oder „gefühlswegig“, also geistig ‚behindert‘ oder psychisch ‚krank‘ seien. Ein Zusammenhang, der noch vor Bosshards ausführlicher Darstellung seiner Fallanalysen weite Schatten auf seine darauf folgenden Schlussfolgerungen wirft. Zwei Beispiele mögen an dieser Stelle aber zunächst veranschaulichen, wie Bosshard seine ‚Fall‘-Sammlung präsentierte:

In allen Fallbeschreibungen mit einer konkreten Beobachtungssituation beginnend, schilderte er etwa in ‚Fall Nr. 34‘ die Situation einer ‚Gehörlosen‘ und ihr Verhalten bzw. ihre Wahrnehmung der hörenden Umgebung, wie sie ihr im Berufsleben begegneten. Bosshard berichtete:

„Thekla arbeitet in der Nähstube eines Spitals. Jetzt muss sie krankheitshalber mit der Arbeit aussetzen. Bevor sie sich in ihren Urlaub begibt, wehrt sie sich energisch dagegen, dass eine andere Taubstumme während ihrer Abwesenheit ihre Arbeit übernimmt.“⁴⁴

Bosshard folgerte:

„Der Taubstumme ist geneigt, egoistisch die Welt nur für sich allein in Anspruch zu nehmen, und er möchte vor dieser Welt einen möglichst hohen Grad an Geltung erreichen.“

Andererseits waren es nicht Egoismus und Geltungswillen, sondern Verdrossenheit und Neid, die Bosshard etwa in seiner Beobachtung mit der Geschichte von „Otmar“ zu beschreiben wusste. Hier heißt es zu ‚Fall Nr. 4‘:

„Otmar steht am Ende seiner Maschinenzeichenlehre. Er kommt missmutig in die Gewerbeschule und sagt: ‚Wir können die Prüfung nicht bestehen. Wir haben zu wenig gelernt. Die Ausbildung der Taubstummten in der Schweiz ist nicht gut. – Die Hörenden haben es schön. Sie müssen nicht immer im Büro sein. Sie können in die

⁴¹ Ebd.

⁴² Ebd.

⁴³ Hier wie für das Folgende: ebd.

⁴⁴ Hier wie für das folgende Zitat: ebd., 139.

Rekrutenschule, Unteroffiziersschule, Offiziersschule. Ja, die Hörenden sind alle glücklich. Wir sind unglücklich, weil wir nicht hören können.“⁴⁵

Die hier zum Ausdruck kommende staatlich gesetzte Schiefelage gesellschaftlicher Partizipationsmöglichkeiten, in der gerade männliche ‚Gehörlose‘ sich wie viele ‚Behinderte‘ oder chronisch ‚Kranke‘ befanden, wenn ihnen die Teilhabe am Militärdienst – ein enorm wichtiger Aspekt in individuellen wie sozialen Sinn- und Identitätsstiftungsprozessen – verwehrt wurde, blieb als exogener Faktor in Bosshards Analyse im Weiteren unerwähnt.⁴⁶ Vielmehr konzentrierte er sich in seiner Auswertung auf die von ihm als Neid und Missmut interpretierten ‚Gefühle‘ der ‚Fall‘-Person als endogene Prozesse ihrer Persönlichkeitsbildung. Die unerreichbaren Ziele, die „Otmar“ bedauerte, seien ihm aufgrund seiner ‚Behinderung‘, nicht aber wegen einem Ausschluss von außen, versperrt. Bosshard fasste – wiederum verallgemeinernd – zusammen:

„Otmar ist erbittert, dass ihn die Taubheit so manche erstrebten Lebenswerte nicht erreichen lässt und ihm im Gegenteil so manche unfreiwillige Verzichte aufzwingt. Diese unerfüllten Lebenserwartungen nähren in ihm das Ressentiment gegen alle, die hören können und seiner Meinung nach darum auch alle glücklich sein müssen. In seiner missmutigen Verdrossenheit, in der er am liebsten die ganze Welt vergelten liesse, dass viele Lebenserwartungen nicht in Erfüllung gehen können, sieht er nicht, wieviele Lebenserwartungen auch den Hörenden unerfüllt bleiben müssen und wieviel Mühsal der Hörende auf sich laden muss, wo Otmar nur den Vorteil des Fernbleiben-könnens [sic!] von der Arbeit im Büro sieht [...].“⁴⁷

Aus diesen und weiteren 43 Fallbeispielen, die sich einer gewissen Redundanz nicht entziehen und mitunter ein und dieselbe „Eigenart“-Zuschreibung ausschließlich anhand verschiedenster Anekdoten zu belegen suchten, leitete Bosshard eine Vielzahl von durchweg negativen oder auch negativ lesbaren Attributionen heraus, die den Taubstummten in seiner spezifischen „Eigenart“ ausmachen würden. Dabei glichen sowohl das Zuschreibungsvokabular also auch der Ansatz dem Sprachduktus und der Analyse Würtz': seelisch müde, wenig belastbar, aufbrausend, missmutig, missgünstig und neidisch und zugleich ehrgeizig, egoistisch und geltungssüchtig zu sein – das kennzeichne den „mittel- bis gutbegabten Taubstummten“⁴⁸ im Unterschied zu ‚normalen‘ Hörenden, wenn er oder sie aufgrund ihrer oder seiner sinnlichen Beeinträchtigung in einer hörenden Welt lebe und seine Chancen und Grenzen beständig an denen der Hörenden messe. Auch bei Bosshard fußt die Gehörlosenpsychologie – wie die Krüppelpsychologie Würtz' – also auf einem triangulären Wechselspiel zwischen einer individuellen körperlichen Einschränkung, einer ‚normalen‘, nicht eingeschränkten Umgebung, und einer individuellen, psychischen Antwort auf die in der ‚normalen‘ Umgebung manifeste körperliche Andersheit. Die psychische ‚Abweichung‘

⁴⁵ Hier wie für das folgende Zitat: ebd., 121.

⁴⁶ Auf die Bedeutung von (männlichen) Rollenerwartungen im Kontext psychiatrischer Diagnostik macht die Medizinhistorikerin Anna Urbach (Magdeburg) in ihrem aktuellen Promotionsprojekt zu „Epilepsie und bürgerliche[n] Rollenerwartungen im Deutschen Kaiserreich“ anhand des Beispiels der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe aufmerksam (Vortrag anlässlich der Tagung „Geschlecht. Psychiatrie. Gesellschaft“ des Landschaftsverbandes Rheinland, Brühl, 21.6.2012, Publikation geplant).

⁴⁷ Bosshard, *Der Taubstumme*, 121.

⁴⁸ Ebd., 119.

von Normalitätsvorstellungen wird hier wie dort auf das eingeschränkte, ‚behinderte‘ Individuum und seine Schwierigkeit, in einer ‚normalen‘ Welt zurecht zu kommen zurückgeworfen. Inwiefern die Normalitätsvorstellungen ihrerseits dazu beitragen, Andersheit zu (re)produzieren, bleibt bei Würtz wie Bosshard ausgeblendet. Ihre Antwort auf die von ihnen beschriebene ‚Krüppelseele‘ oder ‚Eigenart des Taubstummen‘ lautete: eine exkludierende, spezifische Krüppelpädagogik hier und eine besondere Gehörlosenpädagogik dort.

Für Bosshard stellte sich indes den ‚Erfolgen‘ einer spezifischen Gehörlosenpädagogik ein einschränkender Faktor entgegen. Denn nicht zuletzt zog er in seiner ‚systematischen Darstellung der taubstummen Person‘⁴⁹ generalisierende Schlüsse etwa zu ‚leiblichen Gefühle[n]‘, ‚Stimmungen‘ und ‚Selbstgefühlen‘, zu ‚Streben‘, zum ‚Willen‘ und schlussendlich auch zum ‚Denken‘, die in nicht unwesentlichem Maße dem Gedanken an Bildungs- wie Rehabilitationsfähigkeit wie auch an eine generelle Integrationsmöglichkeit Grenzen setzen mussten. Denn in Bezug auf das ‚Denken des Taubstummen‘ schlussfolgerte Bosshard am Ende seiner Betrachtungen, den Pestalozzischen Bildungsbegriff wieder aufgreifend:

„Der Taubstumme ist [...] eher zu einer intellektuellen als zu einer geistigen Funktion des Denkens fähig, es liegt eher im Bereich seiner Möglichkeiten, Welt zu gebrauchen, praktisch mit ihr umzugehen und sich in ihr bis zu einem gewissen Grade zurechtzufinden, als eine Bindung an Werte zu vollziehen, eine Weltanschauung aufzubauen, die dem menschlichen Dasein Sinn verleihen könnte. Die Möglichkeit zu Intelligenzleistungen steht im offen, der Weg zur Vergeistigung aber dürfte für ihn immer entweder nur sehr schwer gangbar sein oder sogar ganz verlegt bleiben.“⁵⁰

Frei von jedem Gedanken an Entwicklungsmöglichkeiten, die einen Menschen, der nicht hören kann, zu einem mehr denn praktischen Lernen führen könnten, formulierte Bosshard seine Grundannahme zum ‚Taubstummen und seiner Eigenart‘ dann in dieser Logik folgerichtig statisch:

„Wo die Art und Weise des In-der-Welt-seins [sic!] durch eine geringe Sprachfähigkeit arm bleiben muss [...] da muss auch das Gemüt arm bleiben.“⁵¹

⁴⁹ Ebd., 156-203. Im Folgenden: die Überschriften der Unterkapitel, ebd.

⁵⁰ Ebd., 202f.

⁵¹ Ebd., 152.

3. Doppelte Zuschreibungen – Schule und Psychiatrie zur *Gehörlosenpsychologie*. Beispiele aus den Rheinischen Schulen für Gehörlose

Diese Schlussfolgerungen zum „Taubstummen und seiner Eigenart“, zu denen der Pädagoge Paul Bosshard 1953 in der Verallgemeinerung ‚seiner‘ Fallgeschichten kam, sind ohne Zweifel als wichtiges Zeitdokument für die Geschichte der Konstruktionen von ‚Behinderung‘ beziehungsweise zur soziokulturellen Herstellung von ‚Gehörlosigkeit‘ als ‚Behinderung‘ zu werten. Dabei bleibt bemerkenswert, dass Bosshard – wie Würtz – in seinen Schlüssen eine gleichsam doppelte Andersheit annahm und einen zugleich einseitigen Wirkmechanismus voraussetzte: Aus einer körperlichen ‚Behinderung‘ – der Gehörlosigkeit – leitet er eine veränderte psychische Verfasstheit ‚des Taubstummen‘ ab, die in den seltensten Fällen positiv oder auch nur neutral konnotiert war und als defizitäres Abweichen von den Normalitätstsvorstellungen deutlich im Vordergrund seiner Beschreibung der Taubstummen-„Eigenart“ stand.

Beschreibungen wie diejenige Paul Bosshards mitsamt ihrer pädagogisch-praktischen Schlussfolgerungen, die klar auf eine soziokulturelle Konstruktion von ‚Gehörlosigkeit‘ als ‚Behinderung‘ körperlicher und psychischer Art verweisen, blieben kaum nur papierene Fragmente eines wissenschaftlichen Diskurses. Vielmehr haben sie zweifellos auch Eingang in den Alltag von Schulen, Förder- und Fürsorgeeinrichtungen gefunden, an denen gehörlose Menschen beschult, betreut und ausgebildet wurden. Ein Beispiel, das im Folgenden die Reichweite einer ‚Behinderungs‘-Konstruktion bis in die Schulen hinein andeuten wird, gibt es in der Geschichte der *Rheinischen Landesgehörlosenschule Essen*. Dort wurde Bosshards Konzept der Gehörlosenpsychologie mit Erscheinen der Heidelberger Ausgabe von *Der Taubstumme* explizit zum Gegenstand schulinterner Fortbildungen. Die Essener Schule, die bereits 1880 als städtische Einrichtung die Arbeit aufgenommen hatte, bestand seit 1886 als *Provinzial-Taubstummenanstalt* in Trägerschaft des *Provinzialverbandes der Rheinprovinz*. Wie die weiteren Rheinischen Landesgehörlosenschulen in Aachen, Köln, Wuppertal (ab 1976 in Düsseldorf) und Euskirchen verblieb sie auch 1953 mit Gründung des Landschaftsverbandes Rheinland als Nachfolgeorganisation des Provinzialverbandes in Trägerschaft jenes Leistungsträgers, der bis heute als regionaler Kommunalverband im südlichen Nordrhein-Westfalen in den Bereichen Straßenbau, Kultur- und Landschafts- bzw. Denkmalpflege vor allem psychiatrische Kliniken und Heilpädagogische Heime, Einrichtungen der Jugendhilfe und Integrationsfachangebote unterhält.⁵² Gerade auch die pädagogisch-konzeptionelle wie praktische Arbeit in den Schulen für Gehörlose formierte sich als Teil dieses umfangreichen Netzwerkes zwischen Beschulungsauftrag für Menschen mit Behinderungen, klinischer und späterhin gemeindenaher psychiatrischer Versorgung und Fürsorge- und Erziehungsaufgaben. So bewegen sich die im Folgenden beschriebenen, ausgewählten Beispiele zur schulinternen pädagogischen Debatte zu einer vermeintlichen Gehörlosenpsychologie und zur Zusammenarbeit von psychiatrischen Kliniken und Schulen entlang eben dieser

⁵² Vgl. zu Essen: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), *100 Jahre Rheinische Landesschule für Gehörlose in Essen* (Köln: Selbstverlag, 1980). Als Überblick über die frühe Geschichte der Gehörlosenschule des Provinzialverbandes und der Schullandschaft des jungen Landschaftsverbandes siehe: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.), *Der Landschaftsverband Rheinland. Ein Handbuch mit dem Bericht der Verwaltung über den Zeitraum der Gründung bis zum 31. März 1958* (Essen: Selbstverlag, 1958).

Linie zwischen jenen Instanzen, die im Rheinland in einem ganz besonders engen wie vielschichtigen Versorgungsnetz unter dem einen, gemeinsamen Dach des Landschaftsverbandes Rheinland verbunden waren. Hier zeigt sich, wie konkret eine Konstruktion von ‚Behinderung‘ im historischen Kontext in die (Schul- und Klinik)Praxis einfluss.

3.1 Bosshard als Impulsgeber für die Rheinischen Gehörlosenschulen

Zu Beginn der 1970er Jahre waren es eben auch psychologische Fragen, die etwa in der Rheinischen Landesgehörlosenschule in Essen zur Verhandlung kamen. Denn hier wurde das Kollegium der Schule, zu dieser Zeit zehn „Taubstummeneroberlehrer“ und sieben „Taubstummeneroberlehrerinnen“ unter der Leitung von Direktor *Johannes Tigges*,⁵³ ausgerechnet in einer Fortbildung zur Gehörlosenseelsorge und zur Gestaltung des Religionsunterrichtes über die Zusammenhänge von ‚Gehörlosigkeit‘ und den kognitiven wie emotionalen *Eigenarten* der gehörlosen SchülerInnen belehrt, wie sie in Fachdiskursen an pädagogischen Hochschulen aktuell diskutiert wurden. Als Grundlage zur Information des Lehrkörpers diente hier das maschinenschriftliche Manuskript eines Aufsatzes, den Schuldirektor Tigges gemeinsam mit dem katholischen Diözesan-Gehörlosenseelsorger *Heinrich Schmitt* (Trier) zu veröffentlichen plante. Der gemeinsame Artikel, der im Herbst 1973 in der Zeitschrift *Lebendige Seelsorge* unter dem Titel *Die Gehörlosen* erschien, brachte in zwei getrennten, namentlich in der Autorenschaft gekennzeichneten Abschnitten Tigges‘ Überlegungen zur „Sprachliche[n] Situation“ von ‚Gehörlosen‘ und ihrer „Stellung in der Gesellschaft“ mit Schmitts praktischen Handreichungen zur „Gehörlosenseelsorge“ zusammen.⁵⁴ Doch wo Tigges in der Veröffentlichung vor allem auf Fragen der Sprachaneignung bei Gehörlosen einging, waren seine Ausführungen in dem ursprünglichen Manuskript noch wesentlich breiter angelegt gewesen. Ausführlich hatte er hier noch zum Wesen der „Schädigung“ bei Gehörlosigkeit sowie zu „Psychologische[n]“ und „Soziologische[n] Fragen“ referiert, die im Umgang mit gehörlosen Menschen aus den zuvor beschriebenen „Schädigungen“ folgen würden.

Anders als in der späteren Veröffentlichung nahm Johannes Tigges in seinem Manuskriptpapier, das in der Aufsatzpublikation um eben diese Unterkapitel gekürzt sein würde⁵⁵, noch ganz explizit Bezug auf Paul Bosshard und dessen Arbeit zur „Eigenart des

⁵³ Mit OberstudienlehrerInnen, LehrerInnen in Ausbildung, Werk- und RhythmiklehrerInnen und einem Pfarrer arbeiteten insgesamt 31 Personen im lehrenden Kollegium. Vgl. Werner Netsch, *Statistische Nachrichten 1975. Bildungs- und Sozialeinrichtungen für Hörgeschädigte im deutschsprachigen Raum nach dem Stand vom 1. Januar 1975* (Heidelberg: Groos, 1975).

⁵⁴ Hier wie für das Folgende: Heinrich Schmitt und Johannes Tigges, „Die Gehörlosen“ *Lebendige Seelsorge. Zeitschrift für praktisch-theologisches Handeln* 5 (1973): 260-272.

⁵⁵ Das maschinenschriftliche Manuskript mit dem Titel *Gehörlosenseelsorge*, das den Unterlagen zu den *Aufgabenfeldern* der Essener Gehörlosenschule beigegeben war, ist undatiert. Die jeweilige Autorenschaft Heinrich Schmitts bzw. Johannes Tigges‘ ist für das Manuskript unklar, ein Vergleich mit der Version des später veröffentlichten Zeitschriftenaufsatzes macht jedoch eine Zuordnung der jeweiligen Abschnitte zu den Autoren möglich. So ist davon auszugehen, dass Tigges für die Beschreibung der sprachlichen, psychologischen und soziologischen Annahmen zur Situation *der Gehörlosen* verantwortlich zeichnete, Schmitt hingegen die seelsorgerischen Fragen bearbeitete hatte. Die Archivdatierung des Konvolutes als richtig voraussetzend, wird das Manuskript *Gehörlosenseelsorge* um 1971 in der Essener Schule diskutiert worden sein.

Taubstummten“, auf dessen „Beobachtungsmaterial“ und Ergebnisse. Der Schuldirektor referierte:

„Gehörlosigkeit führt zu erschwelter Lebenstechnik, mangelnder Lebenserfahrung, Geltungsbedürfnis einerseits als Kompensationsversuch zu dem immer wieder erlebten Nicht-mit-kommen-können, Nicht-verstehen und Nicht-verstanden-werden, Gemütsarmut andererseits. Es ergeben sich schwerwiegende Mängel, die das Leben des Gehörlosen in der Gemeinschaft behindern: mangelnder Takt, grosse Empfindlichkeit, Selbstüberheblichkeit.“⁵⁶

Wie Tigges sich von dem Begriff „Taubstummheit“ distanzierte („wie man früher sagte“)⁵⁷, ohne ihn jedoch in seinem Text tatsächlich zu vermeiden, wies er auch in seiner Würdigung von Bosshards Ergebnissen zwar darauf hin, dass dessen verallgemeinernde Perspektive womöglich ein wenig problematisch sei und „die aufgezählten Mängel [...] weder typisch d. h. auf Gehörlose beschränkt“ seien, noch zwangsläufig aufträten. Wohl aber würden sie, so Tigges, „durch den Hörschaden leicht hervorgerufen, gefördert und verstärkt“, zumal „ihm [dem Gehörlosen] besonders schwierige Zusammenhänge und abstrakte Begriffe nur schwer zugänglich sind [...]“.⁵⁸ Und so formulierte Tigges dann doch wiederum ganz im Stile von Bosshards Schlussfolgerungen:

„Es ist ein weitverbreiteter, aber deshalb nicht weniger schwerwiegender Irrtum, wenn man glaubt, daß ein tauber = ein gehörloser Mensch ein Normalmensch ohne Gehör sei. [...] Man erwartet bei ihm gleiche Begriffe und gleiche Begriffsinhalte, gleiches Wort- und Sprachverständnis wie bei den Normalsinnigen und infolgedessen gleiches Verhalten und gleiche Reaktionen, gleiche Einsichten und gleiche Erkenntnisse, nur daß er eben leider nicht hören kann. Zu welchen Mißgriffen und Fehlurteilen solche Unkenntnis führen kann, zeigt die tägliche Erfahrung.“⁵⁹

Vermittelt über Tigges' Manuskript sollte hier also Bosshards Kernthese, dass ein Gehörloser eben kein allein in seinem Hörsinn beeinträchtigter, ein „Normalmensch ohne Gehör“, sondern vielmehr ein gleich mehrfach – körperlich wie kognitiv und emotional – ‚behinderter‘ Mensch sei, auch in der Essener Schule einen Platz in der „sonderpädagogischen“ Welt der Lehrenden und Erziehenden einnehmen. Dabei macht die Wortwahl Tigges' auf ein wichtiges Detail, eine Akzentverschiebung, aufmerksam, wenn er formulierte, dass Gehörlosigkeit vor allem im Wechselspiel mit einer hörenden Gesellschaft nicht nur gewissermaßen Einfluss auf die psychische Entwicklung nehmen müsse, nicht allein eine begrenzte Einschränkung sei. Vielmehr heißt es zusammenfassend:

„So erwächst aus der Gehörlosigkeit ein starkes Hindernis für eine gesunde psychische Entwicklung, aus einem Schaden ein weiterer.“⁶⁰

⁵⁶ Manuskript „Gehörlosenseelsorge“, S. 11, Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland (künftig: ALVR) 29336.

⁵⁷ Ebd., 2.

⁵⁸ Ebd., 11.

⁵⁹ Ebd., 2f.

⁶⁰ Hier wie für das Vorstehende: ebd.

Gehörlosigkeit führe – so ließen sich Tigges' Worte lesen – zu einer nichtgesunden, psychischen (im Umkehrschluss: potenziell psychisch krankhaften) Entwicklung des oder der Betroffenen.⁶¹ Damit öffnete sich, in Tigges' Interpretation von Bosshards Gehörlosepsychologie, auch eine Lesart von ‚Gehörlosigkeit‘, wie sie für die praktischen Diskurse in den Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland – Schulen *und* Kliniken – nachzuzeichnen sind: die Konstruktion von Gehörlosigkeit als ‚Behinderung‘ zwischen verkörperter Andersheit und psychischer ‚Krankheit‘.

3.2 Die Psychiatrie ‚entdeckt‘ die Gehörlosen

Und tatsächlich hatte die (klinische) Psychiatrie das ‚Problem‘ der Gehörlosenpsychologie bereits ‚entdeckt‘ und wurde – wie im Folgenden nachzuzeichnen ist – zunehmend aufmerksamer für gehörlose PatientInnen, die in psychiatrischen Einrichtungen verwahrt, therapiert oder betreut wurden.

Mit der Tagung *Heilpädagogik in der Erziehungshilfe*, die der Landschaftsverband Rheinland 1962 ausrichtete, bot sich der Verschränkung der institutionellen Instanzen im Umgang mit ‚Gehörlosigkeit‘ zwischen diesen beiden Zuschreibungspolen – der kausal vorgelegerten körperlichen ‚Behinderung‘ des Hörsinnes und der Annahme einer aus dieser folgenden psychischen Beeinträchtigung im Sinne einer rehabilitierbaren ‚Erkrankung‘ – ein Ort zum Austausch. Unter den prominenten ReferentInnen war neben Hans Asperger auch *Friedrich Panse*, der seit 1954 das unter Trägerschaft des Landschaftsverbandes Rheinland geführte *Rheinische Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg* leitete und an der jungen Düsseldorfer Hochschule den Lehrstuhl für Psychiatrie innehatte.⁶² Panse trug 1962 vor zum Thema: „Erschwerte Ansprechbarkeit und Schwersterziehbarkeit in psychiatrischer Sicht.“⁶³ Unter „Ansprechbarkeit“ verstand Panse hier auch Taubstummheit und berichtete ausführlich über Versuche bzw. Tests, die er mit Unterstützung der *Rheinischen Landesgehörlosenschule Euskirchen* an Taubstummen habe machen können. Er kam zu dem Schluss: Was allzu häufig als „Schwersterziehbarkeit“ (so der Vortragstitel Panses), abweichendes Verhalten oder psychische Krankheit gedeutet würde, habe seinen Ursprung mitunter auch schlichtweg in den körperlichen Defiziten der Sinne, mit denen Gehörlose in ihrer Umwelt

⁶¹ Tigges' Manuskript steht in dieser Schlussfolgerung in deutlichem Kontrast zu dem später in der *Lebendigen Seelsorge* veröffentlichten Text. Dort bemerkt Tigges nun abweichend, dass Gehörlose „in der Gesellschaft [als] unbeholfen und wenig lebenswürdig“ wahrgenommen würden, diese „Verhaltensweisen“ aber nicht auf einer „psychischen Andersartigkeit“ beruhen würden. Vielmehr ging ihr „Fehlverhalten“ auf „den durch die Spracharmut bedingten Erfahrungsmangel“ zurück. Vgl. Schmitt und Tigges, „Die Gehörlosen“, 263.

⁶² Zu biographischen Eckpunkten, zur Rolle Friedrich Panses als T4-Gutachter für die nationalsozialistischen Krankenmorde und zu seiner strafrechtlichen wie verwaltungsrechtlichen Rehabilitierung siehe Ralf Forsbach, „Friedrich Panse – etabliert in allen Systemen. Psychiater in der Weimarer Republik, im ‚Dritten Reich‘ und in der Bundesrepublik“ *Der Nervenarzt* 83 (2012): 329-336 sowie Frank Sparing, „Psychiatrie in Düsseldorf nach 1945“ in Wolfgang Woelk, Frank Sparing, Karen Bayer und Michael G. Esch (Hrsg.), *Nach der Diktatur. Die Medizinische Akademie Düsseldorf vom Endes des Zweiten Weltkrieges bis in die 1960er Jahre* (Essen: Klartext, 2003), 325-364.

⁶³ Vgl. Friedrich Panse, „Erschwerte Ansprechbarkeit und Schwersterziehbarkeit in psychiatrischer Sicht“ in Landesjugendamt des Landschaftsverbandes Rheinland (Hrsg.), *Heilpädagogik in der Erziehungshilfe* (Düsseldorf: ohne Verlag, 1962), 73-82.

zu interagieren hätten. Von einer Versuchsperson berichtete er etwa, dass das Fehlen von Sprache ursächlich für eine gewisse psychische Beeinträchtigung sei:

„Ohne Sprachaneignung war aber die Ansprechbarkeit seiner [gemeint ist: der Versuchsperson] nur blockierten psychischen Potenzen behindert geblieben.“⁶⁴

Mit dieser „erschweren Ansprechbarkeit“ und den zwar nicht apriori, vielmehr „nur blockierten“ und dadurch ‚behinderten‘ „psychischen Potenzen“ läge „über unseren Taubstummen eine Tragik“⁶⁵ des Daseins, die allerdings – so Panse zwischen paternalistisch-bemitleidendem Ton und handfester Lösungsstrategie – als „schwerstes Handicap für eine große Gruppe behinderter Menschen“⁶⁶ unter bestimmten Umständen durchaus abzumildern sei: „Es müssen nur jene Sinnespforten benutzt werden, die eine exakte Übermittlung ermöglichen.“ So schlug der Psychiater 1962 mit Hinweis auf die Kommunikationskanäle des geschriebenen Wortes und der buchstabierenden Gebärde (Fingeralphabet) eine Zugangs-, Therapie- bzw. Bildungsmöglichkeit vor, die in dieser Zeit noch in keiner Weise zum gängigen Repertoire der Betreuungs- und Beschulungspraxis gehörte, wie Schulen und Fürsorgeeinrichtungen sie im Umgang mit gehörlosen SchülerInnen und Betreuungspersonen pflegten. Unterricht und (schulische) Betreuung Gehörloser stand hier noch ganz im Zeichen des Methodenstreites, nach dem für die Gehörlosenschulen in Deutschland die Aneignung von Lautsprache und das Ablesen des gesprochenen Wortes in der Regel noch bis in die 1970er Jahre hinein als *die* Möglichkeit anerkannt blieb, Gehörlose möglichst in eine Welt der Hörenden zu integrieren, sie anzupassen und, zum Wohle der Gehörlosen, eine exklusive gebärdensprachliche Gemeinschaft zu vermeiden – mit problematischen Konsequenzen für die Betroffenen, für die erst ihr Sprechen, ihre gelautete Andersheit, Projektionsflächen für ihre Wahrnehmbarkeit als ‚anders‘ schufen.⁶⁷

Wo Friedrich Panse sich in seinem Vortrag 1962, in dem er dem ‚Problem‘ der „erschweren Ansprechbarkeit“ und den aus seiner Sicht daraus resultierenden Blockaden der „psychischen Potenzen“ die „Beseitigungsmöglichkeiten“⁶⁸ der „unverwechselbaren optischen Engramme“ Schrift und Gebärde entgegensetzte, sich noch in einem explizit psychiatrischen, professionellen Diskurs bewegte, bestanden Mitte der 1960er Jahre auch bereits konkrete, einzelfallorientierte Schnittmengen zwischen Schulen für gehörlose Kinder und

⁶⁴ Ebd., 75.

⁶⁵ Ebd.

⁶⁶ Hier wie für das Folgende: ebd., 76.

⁶⁷ Zum Methodenstreit in der Unterrichtspraxis zwischen Lautsprachunterricht und Gebärden vgl. den Überblick bei Iris Groschek, *Unternwegs in eine Welt des Verstehens. Gehörlosensbildung in Hamburg vom 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart* (Hamburg: Univ. Diss., 2008), 241-256. Die Unterrichtssituation zwischen lautsprachlichem Unterricht und Gebärden sowie die daraus erwachsenden Konsequenzen für SchülerInnen und LehrerInnen an Schulen des Landschaftsverbandes Rheinland werden ausführlich behandelt in der Studie zur *Analyse und Dokumentation zur Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland seit 1945*, die derzeit am Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität entsteht. Vgl. den Werkstattbericht: Anke Hoffstadt, Thorsten Noack, Frank Sparing und Andrea zur Nieden, „Leben in der Anstalt. Der Alltag von PatientInnen und SchülerInnen in Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland nach 1945“ in Axel Karenberg, Dominik Groß und Mathias Schmidt (Hrsg.), *Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker*, Band 3 (Kassel: kassel university press, 2013), 285-305 sowie die Projektskizze unter <http://www.uniklinik-duesseldorf.de/?id=21160> (18.7.2017).

⁶⁸ Hier wie für das Folgende: Panse, *Erschwerte Ansprechbarkeit und Schwersterzählbarkeit*, 76.

Jugendliche und der Kinder- und Jugendpsychiatrie des Landschaftsverbandes. So kam es etwa 1966 in der Euskirchener Gehörlosenschule kurzfristig zur Aufnahme einer Schülerin, die bereits seit ihrem ersten Kontakt mit dem LVR-Frühförderungssystem im Januar 1964 aufgrund ihres „hemmungslosen und aggressiven Verhaltens“ als „untragbare Belastung“⁶⁹ für den Vorschulkindergarten der Gehörlosenschule in Essen, ihrer ersten Schulstation, die sie besuchte, aufgefallen war. So hatte sie, bevor sie nun, im April 1966, in Euskirchen zur Einschulung kommen sollte, mehr als fünfeneinhalb Jahre ihres Lebens beinahe ohne Unterbrechung in der *Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie Süchteln* verbracht. Doch auch in Schule und Heim in Euskirchen konnte die Achtjährige, der auch mit Beruhigungsmitteln nicht beizukommen gewesen sei, nicht lange bleiben. Noch im Mai 1966 wurde das Mädchen „nach Rücksprache mit dem Landschaftsverband“ – nicht jedoch mit der Mutter – von Schuldirektor *Peter Rijntjes* in das „Rhein. Landeskrankenhaus Düren verbracht.“⁷⁰ Auf ihrem Schul-Personalbogen hieß es fortan unter der Rubrik „Nervensystem“: das Mädchen sei „Psychopathin“ und zeige auch ohne jeglichen neurologischen Befund aggressiv-neurotisches Verhalten.⁷¹

In den folgenden sieben Jahren wurde das Mädchen in der Jugendpsychiatrie in Düren stationär betreut. Ab September 1967 kümmerte sich allerdings ein von Euskirchen abgeordneter Lehrer vor Ort um die ehemalige Schülerin. Zweimal wöchentlich gab der Taubstummeneroberlehrer dem Kind für zwei Stunden Unterricht in der Klinik – zunächst probeweise und „als [...] Versuch, der Aufschluss darüber geben soll, ob eine solche Verbindung von medizinischer und pädagogischer Betreuung sich bewährt.“⁷² Der „Versuch“ war offenbar fruchtbar, denn ab September 1973 besuchte die nun 17-Jährige erneut die Schule in Euskirchen. Als Fahr Schülerin kehrte sie allerdings jeden Abend in die Dürener Klinik zurück.⁷³ Im April 1975 setzten sich die betreuende Psychologin und der Klassenlehrer des Mädchens in der Klinik zusammen, um über den weiteren Weg der gehörlosen Schülerin zu beraten. Wenngleich die Psychologin im Verlauf der Besprechung äußerte, dass sie die Jugendliche für „geistig behindert“ halte, prognostizierte sie ihr nichts desto trotz, „daß der Versuch, sie wieder in eine Internatsgemeinschaft einzugliedern, erfolgversprechend sein dürfte.“⁷⁴ Vom 1. September 1975 an besuchte die junge Frau die Gehörlosenschule in Euskirchen als Internatsschülerin, legte dort ihre „Verhaltensstörungen [...] weitgehend“ ab, wirkte auf ihre LehrerInnen im „lebenspraktischen Bereich [...] zunehmend anstellig“, blieb nach dem Urteil des Direktors jedoch „nach wie vor seelisch insofern behindert, als es [gemeint ist das Mädchen] sich den anderen Schülern gegenüber

⁶⁹ Schuldirektor Georg Alich an den Landschaftsverband Rheinland (20.10.1964), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷⁰ Peter Rijntjes an die Mutter der Schülerin (7.5.1966), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷¹ Schülerinnen-Personalbogen, Aufnahme am 25.9.1973, ALVR, GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷² Schuldirektor Peter Rijntjes an den Leitenden Direktor des Rheinischen Landeskrankenhauses, Dr. Schulte (13.9.1967), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷³ Bericht des Klassenlehrers (26.4.1975), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷⁴ Hier wie für das vorstehende Zitat zur Einschätzung der Psychologin: Aktennotiz des Klassenlehrers zu der Besprechung vom 13.5.1975 sowie Schreiben der betreuenden Psychologin am LKH Düren an den Klassenlehrer (11.6.1975), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

scheu und kontaktarm zeigt.⁷⁵ Trotz dieser anhaltenden „seelischen Behinderung“ verließ die 19-Jährige Schule und Internat im Juli 1977 schließlich nicht als psychiatrisierter ‚Fall‘, sondern mit einer ausdrücklichen Empfehlung für die *Rheinisch Westfälische Berufsschule für Gehörlose* in Dortmund.⁷⁶ Die Stationen, die die Schülerin auf ihrem Weg durch Kliniken und Schulen als zunächst ‚nur‘ gehörloses Kind, dann als psychiatrische Patientin, als „Psychopathin“⁷⁷, als „geistig behinderte“ Person, als alsbald „anstelliges“, gleichwohl aber „seelisch behindertes“ Mädchen durchlief, weisen – in dieser einen Fallgeschichte – darauf hin, wie eng verzahnt die Betreuungs- und Zusammenarbeitsbemühungen zwischen Schulen und Kliniken in diesem Falle angelegt waren. Die Akte zeigt aber auch, auf wie unterschiedliche Weise mit Zuschreibungen von ‚Behinderung‘ und ‚Krankheit‘ auf die Entwicklung eines gehörlosen Menschen zugegriffen wurde.⁷⁸

Über diese beispielhafte Einzelgeschichte hinaus lag Friedrich Panses Engagement für die ‚Probleme‘ der „Ansprechbarkeit“⁷⁹ gehörloser PsychiatriepatientInnen aber auch in zeitlich enger Verbindung zu einer konzertierteren Initiative, die aus dem Referat *Fachaufsicht* des Gesundheitsdezernates des LVR heraus angestoßen wurde:⁸⁰ Mit Rundschreiben an die Landeskrankenhäuser sollte zu Beginn der 1960er Jahre ermittelt werden, ob unter den „geisteskranken Gehörlosen“, die sich in den Landeskrankenhäusern befänden, PatientInnen auszumachen seien, denen „Kontaktfähigkeit“ zu diagnostizieren sei. Ein „Taubstummenoberlehrer“ werde „die Kranken untersuchen“. „Förderung“ der in den „Anstalten untergebrachten gehörlosen Geisteskranken“⁸¹ war – so das für die Schulen zuständige Dezernat zu dieser einzelfallübergreifenden, geplanten Zusammenarbeit von Psychiatrien und Sonderschulen – der Begriff der Stunde.

Knapp 10 Jahre später sollte sich diese Initiative – zu der 1962 beinahe ausnahmslos Fehlanzeigen aus den Kliniken in der Zentralverwaltung eintrafen, sodass das weitere Vorgehen insofern sehr begrenzt blieb – wiederholen. Nachweisbarer Auslöser war nun allerdings der Selbstmord eines ehemaligen gehörlosen Schülers, dessen Tod erstmals Klinik- und Sonderschuldirektoren des Landschaftsverbandes an einen Tisch brachte. Zur Vermeidung ähnlicher Fälle sollten Schulen und Kliniken in engeren Austausch treten. In der gemeinsamen Konferenz der Schuldirektoren und leitenden Klinikärzte im März 1974 hielt der Euskirchener Schuldirektor Peter Rijntjes ein knapp einstündiges Referat über „Die

⁷⁵ Hier wie für das Vorstehende: Bescheinigung des Schuldirektors Peter Rijntjes (15.9.1976), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷⁶ Sonderpädagogisches Gutachten der „Rheinischen Landesschule für Gehörlose Euskirchen (Sonderschule)“ (23.6.1977), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.]

⁷⁷ Hier wie für das Folgende erneut: Bescheinigung des Schuldirektors Peter Rijntjes (15.9.1976), ALVR GehEus Nr. 100, [o.P.].

⁷⁸ Zur SchülerInnen- bzw. Zöglingsakte als Ort der Konstruktion von Identität vgl. Matthias Zaft, *Der erzählte Zögling. Narrative in den Akten der deutschen Fürsorgeerziehung* (Bielefeld: transcript, 2011).

⁷⁹ Panse, *Erschwerte Ansprechbarkeit und Schwersterziehbarkeit*.

⁸⁰ Für das Folgende: Referat 81 (Gesundheitsabteilung, ärztliche Angelegenheiten, Fachaufsicht) an die Landeskrankenhäuser (12.4.1962), ALVR 31294, [o.P.]. Das Rundschreiben ging zurück auf eine Verfügung der LVR-Zentralverwaltung vom 11.9.1961.

⁸¹ Schreiben an Dezernat 8 des LVR (5.1.1962), ALVR 31294, [o.P.]

psychische Situation der Gehörlosen“.⁸² Hier stellte er die Notwendigkeit heraus, die „Bildungsbemühungen der Schule für Gehörlose“ auf das besondere „Gefühlsleben“ gehörloser Kinder einzustellen. Historisierend fasste er zusammen:

„Es gab eine Zeit, in der man die Menschen, die der Sprache nicht mächtig waren, auf eine Stufe mit Menschen von geringer oder nicht vorhandener Intelligenz stellte. Der ‚Tauben‘ war der ‚Doofen‘ und oft wußte man keinen anderen Rat, als die Taubstummen in Irrenanstalten unterzubringen. Lange hat es gedauert, bis man erkannte, daß auch Menschen, die wegen ihrer Gehörlosigkeit der Sprache nicht mächtig sind, zu folgerichtigerem Denken und intelligentem Handeln fähig sind. Man erkannte auch, daß solche Menschen durchaus sprachbegabt sind, d. h. daß sie in der Lage sind, sich auszudrücken und sich mitzuteilen. Man erkannte, daß die Gebärden, deren sich die Taubstummen gerne bedienen, zwar keine Kultursprache sind, daß sie aber doch in echtem Sinne sprachliche, d. h. vom unmittelbaren Situationsdruck losgelöste abstrakte Zeichen sind.“⁸³

Wo Schuldirektor Rijntjes sich in seinem Vortrag bemühte, die missliche Situation, dass Gehörlose als „Doofen“, wie zuvor bezeichnet, als PatientInnen von „Irrenanstalten“ ihr Dasein etikettiert und isoliert in psychiatrischer Verwahrung fristeten, vergangenen Zeiten zuzurechnen, liegt doch zu vermuten, dass die neu entdeckte Zusammenarbeit von Psychiatrien und Schulen im Umgang mit gehörlosen PatientInnen in den Kliniken oder mit ‚verhaltensauffälligen‘ SchülerInnen in den Gehörlosenschulen in der Praxis die eingeschliffenen Zuschreibungen, die Konstruktion von ‚Gehörlosigkeit‘ als ‚Behinderung‘ von ‚Körper‘ und ‚Geist‘, schwerlich ad hoc aufbrechen konnte. Wie Rijntjes klar benannte, lag ein Schlüssel zur Auflösung dieser konstanten Urteile zur *psychischen Situation* von Gehörlosen in der Möglichkeit, über die Gebärde als für beide Seiten erlernbares sprachliches Zeichen Brücken des gegenseitigen Verstehens zu bauen. In Deutschland sollte es von den 1970er bis in die 1980er Jahre dauern, bis die Gebärde als Mittel der Verständigung auch in den Schulen für Gehörlose so weit zum Einsatz kam, dass der „traditionell[e] Weg der Erziehung zur Normalität“⁸⁴, die orale Methode und die Konzentration auf Hörerziehung und Einbahnstraßen-Integration, zu verblassen begann. An seine Stelle trat – nicht ohne Konflikte um pädagogische Zielvorstellungen – die Idee einer „sprachlichen Kommunikation“, die sich der gehörlosen Person anpassen sollte, nicht anders herum: der oder die Gehörlose „den von der Gesellschaft vorgegebenen Kommunikationsformen“.⁸⁵ Die Konferenz der Schuldirektoren und Klinikärzte, die es sich 1974 zur Aufgabe gemacht hatte, die Situation von Gehörlosen an Schulen und Kliniken des Landschaftsverbandes Rheinland zumindest transparent und bewusst zu machen, kann als – noch abstrakter – Schritt auf diesem Weg interpretiert werden.⁸⁶

⁸² „Die psychische Situation des Gehörlosen“, Referat Peter Rijntjes zur „Gemeinsamen Konferenz der Schuldirektoren und leitenden Klinikärzte“ (20.3.1974), ALVR 31294, [o.P.]

⁸³ Hier wie für das Vorstehende: ebd.

⁸⁴ Groscheck, *Welt des Verstehens*, 251-256, Zitate hier wie für die folgenden auf Seite 252.

⁸⁵ Ebd., sowie für die Entwicklung der 1980er und 1990er Jahre am Beispiel der Samuel-Heinicke-Schule in Hamburg auch 255-263.

⁸⁶ Interviews mit Zeitzeuginnen und Zeitzeugen, wie sie im Rahmen des Gesamtprojektes (siehe Anm. 67) durchgeführt worden sind, deuten an, dass sich erst mit der gebärdensprachlichen Kommunikation an den

„They all think you're deaf and dumb“

Die Filmfigur des Chief Bromden, der als vermeintlich stummer und tauber „Häuptling“ an der Seite Randall McMurphys in *One flew over the cuckoo's nest* über die Kulissenflure einer erschütternden Verwahrspsychiatrie schlurft, kehrt in seiner Rolle die Situation auf den Kopf. Nur scheinbar sprachlos und ohne Gehörsinn entzieht er sich den kulturellen und sozialen Konstruktionen von ‚Normalität‘, gilt in der *totalen Institution* der *Anstalt* als ‚taubstumm‘ und folglich als ‚taub und dumm‘. Indem er seine sinnliche ‚Behinderung‘ vor-täuscht, hält er allen Instanzen, die an diesen Zuschreibungen mitwirken, einen Spiegel vor, der offenbart, wie wenig derlei Konstruktionen mit Identität zu tun haben. Die Zuschreibungsinstanz der Psychiatrie ausnutzend hat der „Chief“, wie McMurphy seinen Mitpatienten nennt, seine eigene Konstruktion – vermittelt über die Fremdannahmen zu seiner vermeintlich gehörlosen Welt – in der Hand: Er hält das System, das ihn zum taubstummen Idioten macht, zum Narren: „You fool them, chief, you fool them all“⁸⁷ ist McMurphys Antwort auf diese verkehrte Welt. In Bromdens *Geschlossener Gesellschaft* steht das System auf dem Kopf: Die Dummen, das sind die anderen.

Schulen vor allem die Selbstwahrnehmungen der Schülerinnen und Schüler in Bezug auf ihre intellektuellen Fähigkeiten verändert hätten.

⁸⁷ Forman, *Cuckoo's nest*.

Quellen

Archiv des Landschaftsverbandes Rheinland (ALVR)

- Akte GehEus Nr. 100

Bestand Gehörlosenschule Essen von 1974 bis 2001

- Akte 29336
- Akte 31294

Literatur

1. Bösl, Elsbeth, Anne Waldschmidt und Anne Klein (Hrsg.). *Disability History. Konstruktionen von Behinderungen in der Geschichte. Eine Einführung*. Bielefeld: transcript, 2010.
2. Bosshard, Paul. *Der Taubstumme. Versuch einer Erfassung seiner Eigenart*. Neuburgweier, Karlsruhe: Schindele, 1972.
3. Brill, Werner. *Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie. Die ‚Euthanasie‘-Diskussion in der Weimarer Republik und zu Beginn der neunziger Jahre. Ein Beitrag zur Faschismusforschung und zur Historiographie der Behindertenpädagogik*. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, 1994.
4. Brinkschulte, Eva. „Medizin und Behinderung. Zur ‚Gehörlosenproblematik‘ seit dem 18. Jahrhundert.“ In *Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Theorie und Ethik. Schlüsselthemen für ein junges Querschnittsfach*. Herausgegeben von Heiner Fangerau und Igor J. Polianski, 151-168. Stuttgart: Steiner Verlag, 2012.
5. Forman, Miloš. *One flew over the cuckoo's nest* (DVD) 2002.
6. Forsbach, Ralf. „Friedrich Panse – etabliert in allen Systemen. Psychiater in der Weimarer Republik, im ‚Dritten Reich‘ und in der Bundesrepublik.“ *Der Nervenarzt* 83 (2012): 329-336.
7. Foucault, Michel. *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1969.
8. Fuchs, Petra. *‚Krippel‘ zwischen Emanzipation und Selbstaufgabe am Beispiel der Entstehung und Entwicklung des Selbsthilfebundes der Körperbehinderten (1919-1945) und der Biographie Hilde Wulffs (1898-1972)*. Berlin: TU Univ. Diss., 1999.
9. Goffman, Erving. *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1973.
10. Groschek, Iris. *Unternwegs in eine Welt des Verstehens. Gebörlosensbildung in Hamburg vom 18. Jahrhundert bis in die Gegenwart*. Hamburg: Univ. Diss., 2008.
11. Hoffstadt, Anke, Thorsten Noack, Frank Sparing und Andrea zur Nieden, „Leben in der Anstalt. Der Alltag von PatientInnen und SchülerInnen in Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland nach 1945.“ In *Forschungen zur Medizingeschichte in der Reihe Schriften des Rheinischen Kreises der Medizinhistoriker* Band 3. Herausgegeben von Axel Karenberg, Dominik Groß und Mathias Schmidt, 285-305. Kassel: kassel university press, 2013.
12. Klee, Ernst. *Die armen Irren. Das Schicksal der seelisch Kranken*. Düsseldorf: Patmos, 1972.

13. Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). *100 Jahre Rheinische Landesschule für Gehörlose in Essen*. Köln: Selbstverlag, 1980.
14. Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). *Der Landschaftsverband Rheinland. Ein Handbuch mit dem Bericht der Verwaltung über den Zeitraum der Gründung bis zum 31. März 1958*. Essen: Selbstverlag, 1958.
15. List, Günther. „Arbeitsfeld und Begriff der ‚Deaf History‘ – ein Klärungsversuch.“ *Das Zeichen* 25 (1993): 287-297.
16. Möbius, Ulrich. „Aspekte der ‚Deaf History‘-Forschung.“ *Das Zeichen* 22 (1992): 388-401 und 23 (1993): 5-13.
17. Müller, Thomas. „Gezähmter Zwang – eine Chance, Vorurteile gegen die Psychiatrie abzubauen.“ *Ärzte-Zeitung* 1.2.2013.
18. Musenberg, Oliver. *Der Körperbehindertenpädagoge Hans Würtz (1875-1958). Eine kritische Würdigung des psychologischen und pädagogischen Konzeptes vor dem Hintergrund seiner Biographie*. Hamburg: Dr. Kovač, 2002.
19. Netsch, Werner. *Statistische Nachrichten 1975. Bildungs- und Sozialeinrichtungen für Hörschädigte im deutschsprachigen Raum nach dem Stand vom 1. Januar 1975*. Heidelberg: Groos, 1975.
20. Osten, Philipp. *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer ‚moderneren Krüppelfürsorge‘ 1905-1933*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag, 2004.
21. Panse, Friedrich. „Erschwerte Ansprechbarkeit und Schwersterziehbarkeit in psychiatrischer Sicht.“ In *Heilpädagogik in der Erziehungshilfe*. Herausgegeben vom Landesjugendamt des Landschaftsverbandes Rheinland, 73-82. Düsseldorf: ohne Verlag, 1962.
22. Pestalozzi, Johann Heinrich. „Die Abendstunde eines Einsiedlers.“ *Ephemeriden der Menschheit oder Bibliothek der Sittenlehre, der Politik und der Gesetzgebung* 1 (1780): 543-576.
23. Poore, Carol. „Der Krüppel in der Orthopädie der Weimarer Zeit. Medizinische Konzepte als Wegbereiter der Euthanasie.“ In *Wie teuer ist uns Gesundheit?* Herausgegeben von Walter Baumann und Heinz-Harald Abholz, 67-78. Berlin: Argument Verlag, 1984.
24. Schmitt, Heinrich und Johannes Tigges. „Die Gehörlosen.“ *Lebendige Seelsorge. Zeitschrift für praktisch-theologisches Handeln* 5 (1973): 260-272.
25. Sparing, Frank. „Psychiatrie in Düsseldorf nach 1945.“ In *Nach der Diktatur. Die Medizinische Akademie Düsseldorf vom Ende des Zweiten Weltkriegs bis in die 1960er Jahre*. Herausgegeben von Wolfgang Woelk, Fank Sparing, Karen Bayer und Michael G. Esch, 325-364. Essen: Klartext, 2003.
26. Steixner, Paul. *Taubstumm oder gehörlos? Zur sozialen Situation Gehörloser zwischen Diskriminierung, Integration und Anerkennung der Gehörlosenkultur*. Klagenfurt: Zentrum für Gebärdensprache und Hörbehindertenkommunikation der Alpen-Adria-Universität, 2009.
27. Weber, Klaus. *Vom Aufbau des Herrenmenschen. Philipp Lersch – Eine Karriere als Militärpsychologe und Charakterologe*. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft, 1993.
28. Würtz, Hans. *Zerbrecht die Krücken. Krüppel-Probleme der Menschheit. Schicksalsstiefkinder aller Zeiten und Völker in Wort und Bild*. Leipzig: Voß, 1932.
29. Würtz, Hans. *Das Seelenleben des Krüppels*. Leipzig: Voß, 1921.
30. Würtz, Hans. „Ein Beitrag zur Begründung der Krüppelpsychologie.“ *Zeitschrift für Krüppelfürsorge* 7 (1914): 16-42.

31. Zaft, Matthias. *Der erzählte Zögling. Narrative in den Akten der deutschen Fürsorgeerziehung*. Bielefeld: transcript, 2011.

Internetquellen

1. „Thurgauische Sprachheilschule Jahresbericht 2010/2011“
<http://www.sprachheilschule-tg.ch/index.php/dokumente/dokumente-fuer-jedermann/jahresberichte/96-jahresbericht-des-praesidenten-2010-2011/file>
(12.8.2013).
2. „Verein Heilpädagogische Früherziehung im Kanton Thurgau Jahresbericht 2011“
<http://www.hfe-tg.ch/uploads/dokumente/Jahresbericht-HFETG-2011-pdf-neu.pdf>
(18.7.2017).
3. „Drittmittelprojekt Aufarbeitung und Dokumentation der Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland seit 1945“
<http://www.uniklinik-duesseldorf.de/?id =21160> (18.7.2017).

Pädagogische Konstruktionen von Behinderungen in Geschichte und Gegenwart

Eckhard Rohrmann

1. Vorbemerkung

„Es besteht keine Einigkeit darüber, was z. B. die Behinderung ist oder welche der Bezeichnungen Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Rehabilitationspädagogik, Behindertenpädagogik usw. den Gegenstand dieser Wissenschaft angemessener als die anderen zum Ausdruck bringt.“¹

Das schrieb vor gut 30 Jahren die Dortmunder Sonderpädagogin Svetluse Solarová in der Einleitung der von ihr herausgegebenen *Geschichte der Sonderpädagogik*. Daran hat sich bis heute nichts geändert. Innerhalb einschlägiger Fachdisziplinen ist es nicht gelungen, sich auf ein für das jeweilige Fach verbindliche Behinderungsverständnis zu einigen. Diejenige pädagogische Fachdisziplin, die unter Bezeichnungen wie Heil-, Sonder- oder Behindertenpädagogik, neuerdings auch als Integrations- oder Rehabilitationspädagogik firmiert, hat es in ihrer mittlerweile ca. 50 Jahre währenden Disziplingeschichte weder vermocht, eine konsensuale Gegenstandsbeschreibung, noch eine einheitliche Fachbezeichnung zu finden. Deswegen überrascht es, wenn Solarová in demselben Text ausführt: „Es gab gewiß immer Behinderte“² und „das Wissen um die Existenz Behinderter war den Menschen vermutlich immer gegenwärtig“.³

Obwohl kein gesichertes Wissen darüber existiert, was Behinderung eigentlich ist, wird Behinderung hier gleichsam zu einem überzeitlichen Gegenstand verdinglicht, den es „gewiß immer“ gegeben habe. Zwar zeigt ein Blick in die Geschichte, dass sich schon früh in der Menschheitsgeschichte die Tendenz herausgebildet hat, bestimmte Menschen aufgrund bestimmter vermeintlicher oder tatsächlicher Merkmale als abweichend, andersartig, als irgendwie anders als die Anderen wahrzunehmen und zu klassifizieren. Eine Rekonstruktion der Geschichte solcher Klassifizierungen des Anders-Seins zeigt jedoch, dass die zeitgenössischen Phänomenologien und angenommenen Ätiologien scheinbaren Abweichens keine als solche verobjektivierbaren zeitlosen Tatbestände sind, sondern soziale Konstrukte, die im Verlauf der Geschichte tiefgreifenden Wandlungen unterworfen waren und sind. Das mit dem heutigen Behindertenbegriff verbundene Verständnis ist erst mit der Aufklärung entstanden und seither immer wieder z. T. grundlegenden Veränderungen unterworfen gewesen. Das gleiche gilt für die aus dem jeweiligen Behinderungsverständnis abgeleiteten Konsequenzen für die Praxis im für fachlich angemessen gehaltenen Umgang mit den davon Betroffenen.⁴ Zudem wird gezeigt werden, wie diese Entwicklungen im

¹ Svetluse Solarová, *Geschichte der Sonderpädagogik* (Stuttgart: Kohlhammer, 1983), 9.

² Ebd., 7.

³ Ebd., 8.

⁴ Hierzu ausführlich: Eckhard Rohrmann, *Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Soziale Konstruktionen seit der frühen Neuzeit* (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011).

geteilten Deutschland der Nachkriegszeit durch Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten zwischen der DDR und der alten BRD geprägt waren.

2. Das Behinderungsverständnis in der Nachkriegszeit

Bis Ende der 1950er Jahre galt ‚Behinderung‘ als ontologischer, naturwüchsig-schicksalhafter, biologisch-medizinischer, dazu, wenn nicht offensichtlich durch ein schädigendes Ereignis hervorgerufen, als hereditärer und chronischer Tatbestand. Die Betroffenen galten pädagogisch als eingeschränkt oder nicht bildungsfähig, sozial, gemessen am vorherrschenden Maßstab der Verwertbarkeit, als ‚invalid‘, d. h. wörtlich wertlos. Sie wurden in Anstalten, wie sie in Deutschland, Österreich und der Schweiz vermehrt seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entstanden sind, *asylisiert*, in vielen Ländern *sterilisiert* und in Deutschland sowie in den von Deutschland annektierten Gebieten seit den 1940er Jahren in eigens dazu umgebauten Tötungsanstalten massenhaft *liquidiert*.⁵

Nach dem Krieg wurde Behinderten zwar nicht mehr das Lebensrecht abgesprochen, vielen von ihnen aber nach wie vor das Bildungsrecht, weil man sie weiterhin für bildungsunfähig hielt. „Idioten und Imbezille sind nicht bildungs- und deshalb nicht einmal hilfsschulfähig. Es hat keinen Zweck, wie es immer noch geschieht, Schulen damit zu belasten“,⁶ schrieb 1952 der von der damaligen Fachwelt als „Führer der deutschen Kinderpsychiatrie“⁷ gefeierte Marburger Psychiater Werner Villingner.⁸ Wie Villingner äußerte sich zwei Jahre später der Verband Deutscher Hilfsschullehrer in einer Denkschrift, die im Juli 1954 sämtlichen Kultusministerien und Regierungspräsidien der Bundesrepublik zugeleitet wurde: „Erweist sich ein Kind während seiner Hilfsschulzeit als bildungsunfähig, ist die Aus-schulung zu veranlassen.“⁹

3. Zum Wandel im Verständnis von Heilpädagogik, Behinderung und von Bildung und Bildungsamkeit in den 1960er Jahren in der BRD

Zum Umdenken kam es erst in den 1960er Jahren. Verantwortlich dafür waren keineswegs fachliche Einsichten der heilpädagogisch ausgewiesenen Experten, sondern der politische Druck engagierter Eltern von Kindern, die seither als ‚geistig behindert‘ bezeichnet werden.

⁵ Hierzu ausführlich: Ernst Klee, *„Euthanasie“ im Dritten Reich: Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“* (Frankfurt a.M.: Fischer, 2010).

⁶ Werner Villingner, „Seelische Störungen im Kindesalter“ in Wilhelm Weygandt und Hans Walter Gruhle (Hrsg.), *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten* (Halle a. S.: Marhold, 1952), 489-554, 504.

⁷ Adolf Busemann und Hermann Stutte, „Das Porträt: Werner Villingner, 65 Jahre alt“ *Unsere Jugend* 4 (1952): 381-382, 381.

⁸ Werner Villingner (1887-1961) war seit 1937 beisitzender Richter an den Erbobergesundheitsgerichten Hamm und Breslau. Seit 1941 war er, wie allerdings erst kurz vor seinem Tode bekannt wurde, auch als T4-Gutachter gelistet. Von 1940 bis zu seiner Emeritierung 1956 war er Professor für Psychiatrie, erst in Breslau, seit 1946 an der Philipps-Universität Marburg.

⁹ Verband Deutscher Hilfsschulen (VDH), „Denkschrift zu einem Gesetz über das heilpädagogische Sonderschulwesen“ *Zeitschrift für Heilpädagogik* 6 (1955): 44-55, 47.

Sie hatten sich im November 1958 zusammen mit Fachleuten, vor allem Medizinern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,¹⁰ zu einem bundesweiten, in den Folgejahren rasch expandierenden Interessenverband *Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind* zusammengeschlossen und setzten die Bildungspolitik u. a. mit der Forderung des Rechtes auf Bildung für ihre Kinder zunehmend unter Druck.

„Nach dem Grundgesetz steht [...] jedem Kinde und Jugendlichen das Recht auf eine ihnen gemäße Erziehung zu leiblicher, seelischer und gesellschaftlicher Tüchtigkeit zu. Das geistig behinderte, nicht hilfsschulreife Kind darf nicht länger von diesem Recht ausgeschlossen bleiben. Es hat einen vollgültigen Anspruch auf Ausbildung der ihm verbliebenen Fähigkeiten, die erfahrungsgemäß auf praktisch-manuellem Gebiet viele Entwicklungsmöglichkeiten gewährleisten, und auf Formung seiner Antriebe zu guten Gewohnheiten.“¹¹

So konstatierte die Lebenshilfe in einer vierseitigen Denkschrift, mit der sie 1960 an die Öffentlichkeit trat. Darin forderte sie u. a. eine „Neufassung des Bildungsbegriffes in der Schulgesetzgebung“ und die Verankerung eines Bildungsbegriffs, der „über die Erlernung der Kulturtechniken hinaus auf die motorische bzw. lebenspraktische Bildungsfähigkeit ausgedehnt wird“, außerdem die „Einrichtung von öffentlichen Sonderschulen für motorisch bzw. lebenspraktisch bildungsfähige Kinder“ sowie die „Einrichtung von ‚beschützenden Werkstätten‘ für die Jugendlichen nach der Schulentlassung.“¹²

Allen Widerständigkeiten der pädagogischen und heilpädagogischen Fachwelt zum Trotz konnten diese Eltern durchsetzen, dass 1961 erstmals in Hessen Sonderklassen für sogenannte ‚praktisch Bildbare‘ eingerichtet wurden. 1962 schließlich entstand in Frankfurt a. M. die bundesweit erste Sonderschule für Geistigbehinderte, der in den 1960er Jahren weitere solcher Schulen in allen Bundesländern folgten. Die Hilfsschulen wurden in Schulen für Lernbehinderte umbenannt.

Im Zuge dieser Entwicklung kam es zu einem grundlegenden Wandel im Verständnis von Heilpädagogik, geistiger Behinderung und von Bildung und Bildbarkeit. Für Otto Speck z. B. „erscheint es angebracht, auf den mehr als fragwürdigen Begriff ‚Bildungsunfähigkeit‘ völlig zu verzichten und stattdessen zwischen Graden der Bildbarkeit zu unterscheiden.“¹³ Heinz Bach entwickelte schließlich den Begriff von der „praktischen Erziehbarkeit“- oder „Bildbarkeit“.¹⁴

In den 1960er Jahren kam es also mit der allgemeinen Bildungsexpansion als Reaktion auf die von Dahrendorf,¹⁵ Picht¹⁶ und anderen ausgerufenen Bildungskatastrophe zu einer

¹⁰ Zu den Gründungsmitgliedern gehörte auch Werner Villingner.

¹¹ Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V., *Denkschrift zur Lage der geistig behinderten Kinder, die noch bildungsfähig sind, aber nicht durch öffentliche Bildungseinrichtungen erfasst werden*. Marburg [o.A.], 2.

¹² Ebd.

¹³ Otto Speck, „Schulen für nicht-hilfsschulfähige schwachbildbare Kinder in Bayern“ *Zeitschrift für Heilpädagogik* 15 (1964): 351-356, 354.

¹⁴ Heinz Bach, „Idee und Gestalt der Sonderschule für geistig behinderte Kinder“ in *Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.* (Hrsg.), *Die schulische Förderung des geistig behinderten Kindes* (Marburg: ohne Verlag, 1966), 9-19, 17.

¹⁵ Ralf Dahrendorf, *Bildung ist Bürgerrecht* (Hamburg: Nannen, 1965).

¹⁶ Georg Picht, *Die Deutsche Bildungskatastrophe* (Olten: Walter-Verlag, 1964).

Ausweitung sowie einer Neuordnung des Sonderschulwesens. Gleichzeitig gelang es der Sonderpädagogik, sich von der medizinischen Dominanz zu befreien und als erziehungswissenschaftliche Disziplin an Universitäten und pädagogischen Hochschulen zu etablieren, dies allerdings überwiegend als reine Sonderschulpädagogik unter weitgehender Ausblendung außerschulischer Bereiche. Dazu erfolgte die Institutionalisierung der Sonderpädagogik als akademisches Fach in derart enger Orientierung an dem seinerzeitigen Sonderschulwesen, dass der Disziplin dadurch eine kritische Distanz zur Profession zumindest erschwert war: Jedem Sonderschultyp entsprach eine sonderpädagogische Fachrichtung als Lehr- und Forschungsgebiet und war an den entsprechenden Hochschulen zumeist mit mindestens einer Professur vertreten. Angehende Sonderschullehrer müssen seither neben allgemeiner Pädagogik und Sonderpädagogik, Psychologie, Soziologie und einer Fachwissenschaft einschließlich ihrer Didaktik zwei dieser sonderpädagogischen Fachrichtungen studieren. Nur so ist das sonderpädagogische Lehramt zu erlangen, mit dem die AbsolventInnen in allen Sonderschulen unabhängig von der Fachrichtung eingesetzt werden können.

Die pädagogische Wende des Faches war verbunden mit der Abkehr von dem bis dahin verbreiteten Begriff ‚Heilpädagogik‘, welcher durch die früher vereinzelt benutzte Bezeichnung ‚Sonderpädagogik‘ ersetzt oder ergänzt wurde. Damit wurde das mit Gründung der Hilfsschulen grundlegende Verständnis von behinderten als ‚besondere‘ Kinder und Jugendliche weiter verstetigt und in der Fachbezeichnung manifestiert, nachdem dieses Verständnis mit der Homogenisierung aller Behindertenbildungseinrichtungen zum Sonderschulwesen während der NS-Zeit¹⁷ auch auf die anderen Behindertenbildungseinrichtungen ausgeweitet wurde. Behinderte gelten nach diesem Verständnis bis heute weithin als Kinder und Jugendliche, die sich nur „abseits vom Regelfall des ‚Normalen““, „nicht mit den ‚üblichen‘ Mitteln erziehen und unterrichten [...] [lassen] und spezieller, ‚besonderer‘ pädagogischer Verfahrensweisen“¹⁸ bedürfen und deswegen pädagogisch sonderzubehandeln seien.

Für die ‚normalen‘ SchülerInnen ist die allgemeine, die Regelpädagogik zuständig, für die anderen, die Ausnahmen, die nicht normalen, eben besonderen, die Sonderpädagogik. Sonderpädagogik als besondere Pädagogik für besondere SchülerInnen, die nur in besonderen Institutionen lernen und später auch, das sei hier nur am Rande erwähnt, arbeiten, wohnen und leben können.

So kann man das auf eine Kurzformel bringen und in der Tat begründet Sonderpädagogik in aller Regel die besondere pädagogische Förderung ihrer SchülerInnenschaft in besonderen Institutionen ‚abseits vom Regelfall des Normalen‘.

Das scheint auf den ersten Blick plausibel: Besondere SchülerInnen benötigen besondere, d. h. genau auf ihre Besonderheiten abgestellte, soziale pädagogische Förderung und Behandlung. In diesem Sinne erfolgte der Ausbau und die Neuordnung des Sonderschul-

¹⁷ Das gesamte Sonderschulwesen wurde nach 1933 in der Reichsfachschaft V: Sonderschulen zusammengefasst und dem bereits 1929 als Parteiorganisation der NSDAP entstandenen nationalsozialistischen Lehrerbund angegliedert (hierzu ausführlich: Dagmar Hänsel, *Die NS-Zeit als Gewinn für Hilfsschullehrer* (Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2006).

¹⁸ Ulrich Bleidick, *Einführung in die Behindertenpädagogik I. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik* (Stuttgart: Kohlhammer, 1998), 28.

wesens in der Bundesrepublik Ende der 1960er und Anfang der 1970er Jahre. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es in den 1960er Jahren zu einem Wandel des Behinderungsverständnisses kam,

- weg von der Vorstellung eines ontologischen, naturwüchsig-schicksalhaften, unabänderlichen biologisch-medizinischen Tatbestand („invalid“, „lebensunwertes Leben“) mit den praktischen Konsequenzen der Asylierung, Sterilisierung und Liquidierung und
- hin zur Vorstellung eines Bildungs- und Rehabilitationstatbestandes und der praktischen Konsequenz der Förderung durch pädagogische Sonderbehandlung.

4. Sonderpädagogik: Nein Danke! – Die Behinderten- und Integrationsbewegung seit den 1970er Jahren und die Krise der Sonderpädagogik in der BRD

Aussonderung und Sonderbehandlung weckten in den 1970er Jahren zunehmend den Widerstand von Betroffenen und ihren Eltern, die sich in immer mehr Städten zu Initiativen zusammenfanden und 1980 erstmalig bundesweit vernetzten.¹⁹

- „Keine Reden
- Keine Aussonderung
- Keine Menschenrechtsverletzungen“²⁰

Das waren die zentralen Forderungen von Aktivistinnen und Aktivisten eines bundesweiten Zusammenschlusses von Behinderteninitiativen, die am 24. Januar 1981 anlässlich der nationalen Eröffnungsveranstaltung des Internationalen Jahres der Behinderten in der Dortmunder Westfalenhalle die Hauptbühne besetzt und dort ein großes Transparent mit den zitierten Forderungen entrollt hatten, wenige Minuten bevor dort laut Programm der damalige Bundespräsident Carl Carstens hätte sprechen sollen. Die Aktion war an diesem Tag die erste Meldung in der Tagesschau.

Keine Aussonderung, keine Menschenrechtsverletzungen. Knapper und präziser kann man diejenige Idee, die sich seit den 1990er Jahren mit dem Begriff der Inklusion verbindet und zu der sich leidenschaftlich zu bekennen, heute, gut 30 Jahre später, die political correctness gebietet, kaum auf den Punkt bringen. Durch die Gründung gemeindenaher ambulanter Assistenzdienste als Gegenentwurf zur verbreiteten stationären Unterbringung von Menschen mit Behinderung, die bei der Bewältigung ihres Alltages auf Unterstützung angewiesen sind, haben manche dieser Initiativen seit Ende der 1970er/Anfang der 1980er Jahre ihre Forderungen praktisch umgesetzt. Dies allerdings bislang in nur wenigen Städten, anders als z. B. in skandinavischen Ländern, wo es solche Angebote nahezu flächende-

¹⁹ 1981 entstand außerdem das internationale Netzwerk *Disabled Peoples' International* (DPI), welches mittlerweile als NGO mit konsultativem Status von den Vereinten Nationen anerkannt ist, seither auch innerhalb der WHO die behindertenpolitische Debatte mitbestimmt und maßgeblich z. B. an der Erarbeitung der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) beteiligt war.

²⁰ Vgl. Eckhard Rohrmann, „Zwischen Selbstbestimmung und Menschenrechtsverletzungen. Zur Lage behinderter Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen Behinderten- und Sozialpolitik“ in Gisela Hermes und Eckhard Rohrmann (Hrsg.), *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung* (Neu-Ulm: AG Spak, 2006), 177.

ckend gibt und die stationäre Unterbringung Behinderter teilweise schon seit etwa zehn Jahren gesetzlich verboten ist.²¹

- Gemeinsam leben –
- gemeinsam lernen

war und ist das Motto zahlreicher örtlicher und überregionaler Elterninitiativen, die seit den 1970er Jahren entstanden sind und sich 1985 unter dem Logo mit o. g. Motto zur Bundesarbeitsgemeinschaft *Eltern gegen Aussonderung* zusammengeschlossen haben und die gemeinsame Beschulung ihrer behinderten Kinder mit nichtbehinderten Kindern forderten.²² Das, was diese Behinderten- und Elternbewegungen wollten und forderten, war im Kern ebenfalls nichts anderes als das, was mit dem Begriff der Inklusion letztlich gemeint ist, auch wenn der Begriff selbst erst seit der zweiten Hälfte der 1990er Jahre im deutschsprachigen Raum Verbreitung fand. Unterstützung erhielten sie schon damals von Teilen nicht nur der akademischen Behindertenpädagogik, die die Forderungen dieser Eltern unterstützten und insbesondere im Rahmen der vor allem von Wolfgang Jantzen²³ in Anlehnung an die Aneignungs- und Tätigkeitstheorie der kulturhistorischen Psychologie konzeptualisierten materialistischen Behindertenpädagogik theoretisch begründeten. Darauf aufbauend legte Georg Feuser mit seiner allgemeinen integrativen Pädagogik und einer dieser entsprechenden entwicklungslogischen Didaktik ein Konzept für die schulpädagogisch und didaktische Operationalisierung einer Schule für Alle,

„in der

- alle Kinder und Schüler
- in Kooperation miteinander
- auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau
- nach Maßgabe ihrer momentanen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen
- in Orientierung auf die ‚nächste Zone ihrer Entwicklung‘
- an und mit einem ‚gemeinsamen Gegenstand‘
- spielen, lernen und arbeiten.“²⁴

Der Mainstream der damaligen Sonderpädagogik, deren akademische Disziplin heute, wie noch zu zeigen sein wird, die Idee der Integration, oder, wie es seit Mitte der 1990er Jahre heißt, Inklusion – zumindest den Begriff – weitgehend adaptiert hat, reagierte auf diese Initiativen der Betroffenen und ihrer Eltern geschockt. „Die Heil-, Sonder- oder Behindertenpädagogik ist zur Frage geworden, grundlegend zur Disposition gestellt“,²⁵ konstatierte etwa 1988 der bereits zitierte Otto Speck in seinem Buch *System Heilpädagogik*.

²¹ Vgl. z. B. Karl Grunewald, „Der Abbau der Anstalten in Schweden“ *Geistige Behinderung* 3 (2002): 243-254.

²² Hierzu ausführlich: Manfred Rosenberger (Hrsg.), *Ratgeber gegen Aussonderung* (Heidelberg: Universitäts-Verlag Winter, 1988).

²³ Wolfgang Jantzen, *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlage* (Weinheim: Beltz, 1987). Wolfgang Jantzen, *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 2: Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie* (Weinheim: Beltz, 1990).

²⁴ Georg Feuser, *Behinderte Kinder und Jugendliche zwischen Aussonderung und Integration* (Darmstadt: Wiss. Buchges., 1995), 173f.

²⁵ Otto Speck, *System Heilpädagogik* (München: Reinhardt, 1988), 11.

„Weil sie diese Erfahrung eigentlich zum ersten Mal in ihrer Geschichte machen musste, fiel es ihr schwer, die Fragezeichen am Horizont zu erkennen. Zusätzlich wurde sie in ihrer beharrenden Position noch verstärkt durch radikale Infragestellungen: Löst die Heime auf! Schafft die Sonderschulen ab! Pädagogische Spezialisten: Nein, danke!“²⁶

Gerade erst hatte sich die Sonderpädagogik, wenngleich zumeist verengt als Sonderschulpädagogik als akademische Disziplin etabliert, gerade erst ist das Sonderschulwesen qualitativ und quantitativ ausgebaut worden, da gingen diejenigen, denen all diese Segnungen zgedacht waren, selbst oder mit ihren Eltern auf die Straße, und forderten öffentlich all dieses wieder abzuschaffen und stürzten die noch junge Disziplin in eine ernsthafte Krise. Wir kommen nach dem folgenden Überblick über die pädagogischen Konstruktionen von Behinderungen im sog. real existierenden Sozialismus der DDR darauf wieder zurück.

5. Pädagogische Konstruktionen von Behinderung in der DDR²⁷

Bereits unmittelbar nach dem Krieg wurde schon in der sowjetischen Besatzungszone und nach 1949 in der DDR das allgemeine Bildungssystem grundlegend reformiert. Die Polytechnische Oberschule und darauf aufbauend die erweiterte Oberschule lösten das gegliederte Schulsystem ab. Eine Reform des Sonderschulwesens erfolgte hingegen nicht. Hier differenzierte sich die auf Behinderungen spezialisierte pädagogische Subdisziplin, die dort zumeist unter der Fachbezeichnung Rehabilitationspädagogik firmierte, ebenso wie in der früheren BRD, so Becker²⁸ und Großmann,²⁹

„analog der Schädigungsarten, die in den Institutionen des Bildungswesens Geschädigter eine Entsprechung gefunden haben. Danach läßt sich die Rehabilitationspädagogik einteilen in: Rehabilitationspädagogik der

- Hörgeschädigten
- Körperbehinderten
- Sehgeschädigten
- Sprachgeschädigten
- schulbildungsfähigen intellektuell Geschädigten
- schulbildungsunfähigen förderungsfähigen intellektuell Geschädigten
- Verhaltensgeschädigten.“³⁰

²⁶ Ebd.

²⁷ Zu den folgenden Ausführungen vgl. auch: Eckhard Rohrmann, „Das Unerziehbarkeitsdogma der Deutschen Heil- und Sonderpädagogik in der Theorie und Praxis der Rehabilitationspädagogik der DDR“ *Behindertenpädagogik* 2 (1992): 138-149.

²⁸ Klaus Peter Becker war Professor für Rehabilitationspädagogik an der Humboldt-Universität Berlin.

²⁹ Günther Großmann war Professor an der Sektion Sonderpädagogik der Martin-Luther-Universität Halle.

³⁰ Klaus-Peter Becker und Karlheinz Renker, „Pädagogische Rehabilitation“ in Karlheinz Renker und Ursularene Renker (Hrsg.), *Grundlagen der Rehabilitation* (Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1988), 21-51.

Bemerkenswert an dieser Differenzierung ist diejenige der sog. intellektuell Geschädigten sowie die dieser zugrunde liegenden anthropologischen Annahmen. Wie in der früheren BRD unterteilten die rehabilitationspädagogischen Spezialdisziplinen die Menschen, an die sie sich richteten, nach dem angenommenen Schweregrad ihrer Schädigung in zwei Gruppen und widmeten jeder Gruppe eine spezielle Ausrichtung der Rehabilitationspädagogik, der wiederum ein bestimmter Typ von Sonder-Institution entsprach. Darüber hinaus wurde, anders als in der früheren BRD seit den 1960er Jahren eine dritte Gruppe intellektuell Geschädigter explizit nicht genannt, implizit jedoch mitdefiniert, nämlich diejenigen, die weder für schulbildungs- noch für förderungsfähig gehalten wurden. Ihnen war – mit einer nicht zu leugnenden immanenten Konsequenz – keine Spezialdisziplin der Rehabilitationspädagogik gewidmet, galten sie doch per Definitionem als nicht einmal der pädagogischen Förderung zugänglich und mithin als reine Pflegefälle.³¹

Diese Klassifizierung findet sich in allen einschlägigen Veröffentlichungen und wurde an keiner Stelle je in Frage gestellt. Diskutiert wurde allenfalls „das Problem der Grenzen“³² zwischen den einzelnen Geschädigtengruppen. Presber³³ räumt z. B. ein:

„Diese Grenzen sind willkürlich festgelegt und bei kleinen Differenzen in bezug [sic] auf das – noch bildungsfähig – oder – nicht mehr bildungsfähig – z. B. sind sogar subjektive Irrtümer trotz Erfahrungen und besten Willen [sic] nicht auszuschließen.“³⁴

Dennoch – so betont er –

„müssen diese Grenzen [...] festgehalten werden. Man kann in die Hilfsschule nicht Kinder aufnehmen, deren geistiges Niveau unter einer bestimmten Grenze liegt, ohne das Gesamtanliegen der Bildung mäßig geistig Behinderter [...] zu gefährden und das gilt genauso für die Grenze zwischen förderungsfähig und nicht mehr förderungsfähig für die schwerst geistig Geschädigten, die eben auch in der Förderungsgruppe nicht mehr tragbar sind.“³⁵

Auch die Medizinerin Gerda Jun spricht in ihrem erstmals 1981 veröffentlichten Elternreport die Probleme an, die mit der Diagnose ‚förderungsunfähig‘ verbunden sind:

„Eine Pflegefallerkklärung darf niemals leichtfertig bzw. zu früh erfolgen und sollte niemals von einer einzelnen Person, sondern immer von einer Expertenkommission entschieden werden.“³⁶

³¹ Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen (15.5.1954): § 4 bestimmte bis zum Beitritt der DDR zur Bundesrepublik: „Kinder und Jugendliche, bei denen Bildungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist, sind durch die Abteilung Gesundheitswesen des Rates des Kreises in gesonderten Pflegeheimen oder in besonderen Abteilungen der psychiatrischen Einrichtungen unterzubringen“ (ZBl. Nr. 21, 216).

³² Wolfgang Presber, „Formen und Ausprägungsgrade geschädigten Lebens in ihrer Bedeutung für die Beziehungen des Geschädigten zur Gesellschaft im Überblick“ in Wolfgang Presber und Rolf Löther (Hrsg.), *Sozialistischer Humanismus und Betreuung Geschädigter* (Jena: Fischer, 1981), 34-54, 50.

³³ Wolfgang Presber war Professor für Rehabilitation an der Akademie für ärztliche Fortbildung in Berlin.

³⁴ Ebd., 51.

³⁵ Ebd., 51.

³⁶ Gerda Jun, *Kinder, die anders sind. Elternreport* (Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1989), 151.

Zwar weiß sie zu berichten:

„In der Praxis gibt es bedauerliche Irrtümer! In meiner eigenen Dienststelle hatte ich u. a. über frühgeborene Zwillinge eine Pflegefall-Diagnose [...] vorzuliegen, die von einer anderen Einrichtung gestellt worden war, als die Kinder etwa 2 bis 3 Jahre alt waren. Unsere Beobachtungen ergaben dann, daß diese beiden Jungen den Abschluß der 10. Klasse der POS [Polytechnische Oberschule] erreicht hatten“³⁷

doch ordnet sie diesen Vorgang schlicht als vermeidbare Fehldiagnose ein. Sie zweifelt nicht an der grundsätzlichen Diagnostizierbarkeit von ‚Förderungsunfähigkeit‘ und nicht an der Notwendigkeit einer solchen – wie sie es nennt – ‚Pflegefall-Diagnose‘.

Nicht selten – vor allem in älteren Publikationen – verbindet sich die Dreiteilung intellektueller Schädigungsgrade mit der überkommenen psychiatrischen Einteilung der sog. Oligophrenien, die im Gefolge der Initiativen der Lebenshilfe in der früheren BRD, zumindest aus dem pädagogischen Diskurs seit den 1960er Jahren verschwunden ist:

„Es ist üblich, den Formenkreis ‚Schwachsinn‘ [...] nach drei Graduierungen zu unterteilen. Als schwerste Form geistiger Schädigungen gilt die Idiotie. Idiotische Kinder sind kaum ansprechbar und daher auch nicht bildungsfähig. Sie bleiben als ‚Pflegefälle‘ dauernd in der Obhut medizinischer und caritativer Betreuungseinrichtungen. Bei der Gruppe der imbezillen Kinder und Jugendlichen handelt es sich durchweg um Menschen mit sehr schweren geistigen Störungen, die in vielen Fällen die schulische Bildungsfähigkeit ausschließen, aber durchweg eine Unterweisung in den lebenspraktischen Bezügen und für einfachste berufliche Handgriffe zulassen.“³⁸

Die „Debilien“ schließlich sind die klassische Zielgruppe der Hilfsschulen, wenn auch „nicht jeder Schüler, der diese Besonderheit aufweist, hilfsschulbedürftig sein muß“³⁹. Entsprechend bestimmte der § 4 der bis zuletzt gültigen *Fünften Durchführungsbestimmung zum Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungswesen*: „In die Hilfsschule werden schulbildungsunfähige Kinder mit einer intellektuellen Schädigung vom Grade der Debität aufgenommen.“

Zu einem grundlegenden Wandel dieses stark medizinisch geprägten Behinderungsverständnisses kam es in der DDR während der gesamten Zeit ihres Bestehens nicht. Zu entsprechenden Initiativen war das Fach selbst dort ebenso wenig in der Lage wie im Westen. Politische Bewegungen wie die Lebenshilfe oder die bundesdeutsche Behindertenbewegung existierten in der DDR nicht und hätten vermutlich auch keine Chance gehabt, sich politisch zu artikulieren. Zwar kam es in den 1970er Jahren insofern zu einem Wandel, als für die Gruppe der schulbildungsunfähigen förderungsfähigen intellektuell Geschädigten vermehrt Tagesfördereinrichtungen oder Wochenheime geschaffen wurden, diese waren allerdings, da sie nicht als Bildungseinrichtungen verstanden wurden, nicht dem

³⁷ Ebd., 151.

³⁸ Bodo Bröse, *Geistige Aktivierung von Intelligenzgeminderten im Unterricht der Hilfsschule* (Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1971), 28.

³⁹ Ebd., 28.

Bildungs- sondern dem Gesundheitsministerium unterstellt, galten also als Einrichtungen des Gesundheitswesens.⁴⁰

Kritische Auseinandersetzungen mit dem medizinisch dominierten Behinderungsverständnis der Heilpädagogik, wie sie in der BRD in den 1970er Jahren vor allem von der im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnten materialistischen Behindertenpädagogik ange- stoßen worden sind, sind von der DDR-Rehabilitationspädagogik nicht zur Kenntnis ge- nommen, geschweige denn auf das eigene Fach bezogen worden,⁴¹ obwohl sich diese in ihren theoretischen Begründungen ebenfalls auf die Aneignungs- und Tätigkeitstheorie der kulturhistorischen Psychologie bezog. Dennoch gelang es dem Fach nicht, dieses Konzept inhaltlich auf die gesellschaftlichen Verhältnisse der DDR zu beziehen. Deren Einfluss auf die Genese von Behinderung blieben außer Betracht. Immer wieder wurde z. B. betont, dass ausschließlich endogene Ursachen bei der Diagnose von Schwachsinn Berücksichti- gung finden dürften und unbedingt „zu beachten [sei], daß Fälle, bei denen ein Leistungs- rückstand durch exogene Mängel bedingt ist, ausgeschlossen werden.“⁴²

Zwar wird unter Berufung auf Leontjew oder andere Vertreter der kulturhistorischen Psychologie eine Wechselbeziehung zwischen biologischen und sozialen Faktoren prokla- miert, doch geraten letztere in der DDR entweder aus dem Blickfeld, oder sie werden auf die – durchweg als positiv charakterisierte – Bedeutung rehabilitationspädagogischer Ein- flüsse auf das geschädigte Individuum reduziert.

Die Dialektik zwischen individuellen und sozialen Faktoren etwa bei der Genese von Lernbehinderung wurde zwar thematisiert, bezogen auf die Praxis in der DDR blieben diese Hinweise jedoch inhaltlich folgenlos. „Wirken sich biologische Mängel über die inner- en Bedingungen eines Menschen, besonders eines Kindes, entwicklungsbeeinträchtigend aus, so wird der Lernprozess als behindert charakterisiert“,⁴³ es kommt dann zu einer Lernbehinderung.

„Eine Lernbehinderung entsteht sowohl aus einem biologischen Mangel, der inner- halb der inneren Beziehungen eines Menschen zu einer Störgröße wird, als auch aus inadäquaten sozialen, besonders pädagogischen Entwicklungen.“⁴⁴

Inadäquate soziale Bedingungen wurden allerdings nur in kapitalistischen Klassengesellschaften außerhalb des sog. sozialistischen Weltsystems ausgemacht. Zutreffend wurde konstatiert, dass

„sich unter den Bedingungen der Klassengesellschaft diese Schülergruppe [die Lern- behinderten] zu meist aus Kindern [rekrutiert], die unter ungünstigen sozialen Ver-

⁴⁰ Darin kommt das medizinisch geprägte Verständnis von Behinderung zum Ausdruck. Diese Zuordnung hatte allerdings vermutlich auch den Vorteil, dass dadurch in diesen Einrichtung der konzeptionelle Gestaltungsspielraum größer war, als wenn sie dem Ministerium für Volksbildung unterstellt gewesen wären.

⁴¹ Z. B. Feuser: „Eine auf psychiatrischen Diagnosen beruhende Heilpädagogik, die Verhaltensweisen untersucht und behandelt, nicht aber die gesellschaftlichen Verhältnisse zwischen den Verhaltensweisen, trägt dazu bei, die realen Verhältnisse zu verschleiern und als willfähiges Werkzeug gesellschaftlicher Sanktionierung normbe- zogener Abweichung durch sozialen Ausschluß zu fungieren“. Feuser, „Heilpädagogik“, 265.

⁴² Becker und Renker, „Pädagogische Rehabilitation“, 33.

⁴³ Christa Theiner et al., *Zur Theorie und Praxis der Erziehung Geschädigter in sozialistischen Ländern* (Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1981), 47.

⁴⁴ Ebd., 47.

hältnissen aufwachsen müssen. Es befindet sich darunter ein großer Teil aus Obdachlosenasylen.“

Ebenso wird geschlussfolgert:

„Lernbehinderung, wie sie in der BRD gebräuchlich ist, erweist sich demnach als eine Folge und damit als Kennzeichen ungleicher Bildungschancen trotz gegenteiliger Behauptungen von der Chancengleichheit.“⁴⁵

Inadäquate Bedingungen oder ungünstige soziale Verhältnissen wurden demgegenüber in der DDR kategorisch ausgeschlossen. Lernbehinderung im Sinne von Hilfsschulbedürftigkeit in der DDR wurde folglich allein auf biologische Mängel zurückgeführt.

Ein flüchtiger Blick z. B. in die forensische Literatur der DDR hätte genügt, um zu vergegenwärtigen, dass soziale Bedingungen für die Genese von Lernbehinderungen keineswegs von untergeordneter Bedeutung waren. Beispielsweise berichtet Szewczyk⁴⁶ von einer Untersuchung aus dem Jahr 1979 über sog. dissoziale bzw. asoziale Familien in einem ausgewählten Verwaltungsbezirk der DDR. Diese kam u. a. zu dem Ergebnis, dass von den 599 Kindern zwischen 0 und 16 Jahren der insgesamt 100 Familien 32,8% die Sonderschule besuchten und 37,2% die Normalschule.⁴⁷ Von denjenigen also, die überhaupt die Schule besuchten, gingen demnach fast die Hälfte (46,9%) zur Sonderschule. Damit lag der Anteil der Sonderschüler unter den Kindern aus diesen sog. ‚asozialen‘ Familien⁴⁸ in der DDR ähnlich hoch, wie seinerzeit z. B. unter den Kindern, die in bundesdeutschen Obdachlosensiedlungen aufwuchsen.

Angesichts dieses Befundes erweist sich der kategorische Ausschluss sog. exogener und die ausschließliche Berücksichtigung vermeintlich endogener Faktoren bei der Diagnose von Debilität in der DDR als Fiktion. Ebenso wie in den kritisierten ‚Klassengesellschaften‘ resultierte aus diesem Postulat eine biologistische Verengung mit der Konsequenz der Ontologisierung und Individualisierung primär sozialer Probleme.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Rehabilitationspädagogik in der ehemaligen DDR sowohl hinsichtlich ihrer Theoriebildung als auch hinsichtlich ihrer Erscheinungsformen mit der Heil- und Sonderpädagogik der Bundesrepublik übereinstimmten, so wie sie sich dort bis in die sechziger Jahre erhalten hat. Die Entwicklungen, die dann in der BRD vor allem von den Betroffenen und ihren Eltern angestoßen wurden, fanden in der DDR hingegen nur wenige Entsprechungen. Auch wenn immer wieder beteuert wird, dass „der Marxismus-Leninismus [...] sowohl das theoretische und ideologische Instrument als auch die methodologische Basis für die Rehabilitationspädagogik“⁴⁹ sei, findet sich – abge-

⁴⁵ Ebd., 48.

⁴⁶ Hans Szewczyk war Leiter der Abteilung für forensische Psychiatrie an der Charité an der Humboldt-Universität in Berlin.

⁴⁷ Hans Szewczyk, „Ergebnisse forensisch-psychiatrischer und psychologischer Arbeiten zur Erforschung und Bekämpfung der Jugendkriminalität“ in Hans Szewczyk (Hrsg.), *Der fehlentwickelte Jugendliche und seine Kriminalität* (Jena: Fischer, 1982), 49f.

⁴⁸ Zur Problematik der sog. Asozialen in der DDR im Spannungsfeld von Pathologisierung und Kriminalisierung (asoziales Verhalten war nach § 249 des StGB der DDR von 1968 ein Straftatbestand) vgl.: Eckhard Rohrmann, „Arbeitsscheu, asozial, dissozial – soziale Probleme in der DDR, ihre öffentliche Wahrnehmung und ihre politische Bewältigung“ *Sozialmagazin* 12 (1992): 30-37.

⁴⁹ Becker, Großmann, „Pädagogische Rehabilitation“, 23.

sehen von derartigen Bekenntnissen etwa zur kulturhistorischen Psychologie – kein Versuch, Behinderung in ihrer individualhistorischen Gewordenheit aus der Dialektik zwischen der objektiven Bestimmtheit und der subjektiven Bestimmung des Individuums zu erklären und zu verstehen, jedenfalls nicht bezogen auf die sozialen Verhältnisse in der DDR.

6. Zum Wandel des behindertenpolitischen Verständnisses von Behinderung im vereinten Deutschland

Ende des Jahres 1990 kommt es mit dem Beitritt der DDR zur BRD zu entscheidenden Veränderungen im Bildungssystem in den Ländern der ehemaligen DDR. Das überkommene dreigliedrige⁵⁰ Schulsystem wurde wieder eingeführt und das Sonderschulwesen nach dem Vorbild der alten Länder neu strukturiert, obwohl dort, wie am Ende von Kap. 4 gezeigt, die Sonderpädagogik als Disziplin und Profession durch die Aktivitäten der Behinderten- und Integrationsbewegung in ihrem Selbstverständnis als besondere Pädagogik für scheinbar besondere Menschen in eine Krise gestürzt war. Allerdings hatte diese Krise keine nennenswerten Auswirkungen für die Ausweitung des Sonderschulsystems westdeutscher Prägung auf die neuen Bundesländer in den frühen 1990er Jahren, denn dieses im Westen in die Kritik geratene Selbstverständnis war für die Theorie und Praxis der Rehabilitations- oder Sonderpädagogik der DDR und der nunmehr neuen Bundesländer grundlegend und wurde nie infrage gestellt.

Etwa zeitgleich gelang es der Integrations- und Behindertenbewegung im vereinten Deutschland wachsenden Einfluss auf die nationale Behindertenpolitik zu nehmen⁵¹ und zwar relativ unabhängig von Parlamentsmehrheiten und Regierungskonstellationen. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe lösten zunehmend paternalistische Fürsorglichkeit als Leitziele ab. 1992 ersetzte das Betreuungsgesetz Entmündigung und Vormundschaft durch das einheitliche, auf Schutz der Betroffenen statt auf deren Entrechtung abzielende Rechtsinstitut der Betreuung. 1994 erhielt die Vorschrift ‚niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden‘ in Art. 3, Abs. 2, Satz 2 des Grundgesetzes Verfassungsrang. Auch das im Juli 2001 in Kraft getretene Behindertenhilferecht (SGB IX) stand im Zeichen dieses Kurswechsels. Im Mai 2002 trat das Bundesgleichstellungsgesetz in Kraft, das im § 1 als Ziel formuliert, ‚die Benachteiligung von behinderten Menschen zu beseitigen und zu verhindern sowie die gleichberechtigte Teilhabe von behinderten Menschen am Leben in der Gesellschaft zu gewährleisten und ihnen eine selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen‘. Seit 2006 verbietet das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz die Diskriminierung Behinderter und andere benachteiligter Bevölkerungsgruppen auch in privatrechtlichen Bereichen und schließlich haben die gesetzgebenden Organe im Dezember 2008 das Gesetz zur Ratifizierung der UN-Behindertenrechtsdeklaration von 2006 verabschiedet, die seit März 2009 in Deutschland rechtsgültig ist.

⁵⁰ Zutreffender wäre die Bezeichnung füngliedrig, insofern vom Gymnasium bis zur Schule für Geistigbehinderte SchülerInnen nach Leistungsgesichtspunkten selektiert und separiert werden.

⁵¹ Auf ähnliche Entwicklungen in anderen Ländern kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden.

Auch die Sonderpädagogik, zumindest als akademische Disziplin, hat sich zunehmend dieser Entwicklung geöffnet. Sechzehn Jahre nachdem Speck,⁵² wie am Ende von Kapitel 4 gezeigt, die Krise der Heil- und Sonderpädagogik beklagt hatte, resümiert er rückblickend:

„Ende der siebziger, Anfang der achtziger Jahre kam es zu den ersten wirklichen Schockerfahrungen der Sonderpädagogik und zwar dadurch, dass sich die Betroffenen, also Menschen mit Behinderungen, immer vehementer zu Wort meldeten, um ihre Rechte auf Selbstbestimmung geltend zu machen, und sich gegen ihre Entmündigung durch das Expertensystem zu wehren. Ihre Protestaktionen wuchsen sich allmählich zu einem generellen In-Frage-stellen des ganzen bisherigen Systems aus.“⁵³

Dadurch

„[geriet] die Sonderpädagogik, zumal die Sonderschulpädagogik, [...] in Turbulenzen ihres Selbstverständnisses, aus denen sie sich bis heute nicht ganz befreit hat [...].“

Dennoch

„handelte [es] sich um einen heilsamen Schock, der der Sonderpädagogik die Chance bot, einen Perspektivwechsel vorzunehmen, der darauf gerichtet war, der Selbstbestimmung des Einzelnen, der Autonomie des Lernens und Handelns, mehr Gewicht beizumessen [...].“⁵⁴

Zum zweiten Mal in der deutschen Nachkriegsgeschichte ist es also zu einem Wandel des Behinderungsverständnisses in der Behindertenpolitik und in der sonderpädagogischen Disziplin gekommen, der erneut eine grundlegende Reform der pädagogischen und sozialen Praxis im Umgang mit den Betroffenen nahelegt. Ein Wandel, bei dem das

- Verständnis von Behinderung als besondere und zu besondernde Menschen abgelöst wird, durch ein
- Verständnis von Behinderung als Gleichberechtigten Bürgerinnen und Bürgern, die in gleichem Maße TrägerInnen von Grund-, Bürger- und Menschenrechten sind, wie alle anderen Menschen, so wie dies explizit etwa in der UN-Behindertenrechts-Konvention verankert ist, die seit Ende März 2009 in Deutschland verbindlich gilt.

Auch diese Entwicklung, die in der sozialen und pädagogischen Praxis im Umgang mit Behinderten bislang kaum umgesetzt ist, sondern insbesondere durch bildungs- und sozialpolitische Beharrlichkeiten konterkariert wird, ist wiederum nicht aus der Mitte des Faches angestoßen worden, sondern erneut von Betroffenen und ihren Eltern. Die beiden entscheidenden Innovationsimpulse für die Entwicklung des Behinderungsverständnisses, des Behindertenbildungs und -betreuungswesens sowie der Behindertenpädagogik der Nachkriegszeit, verdankt das Fach nicht primär den eigenen VertreterInnen. Es waren vielmehr die Betroffenen und ihre Eltern, die sie in beiden Fällen gegen das Widerstreben des Mainstreams des Faches durchgesetzt haben, auch wenn manche Fachvertreter heute

⁵² Otto Speck, *System Heilpädagogik*, 11.

⁵³ Otto Speck, „Sonderpädagogisches Expertentum in Frage gestellt – Ein heilsamer Schock!“ in Heike Schnoor und Eckhard Rohmann (Hrsg.) *Sonderpädagogik: Rückblicke – Bestandsaufnahmen – Perspektiven* (Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2004), 59-63, 59f.

⁵⁴ Ebd., 62.

den Anspruch erheben, das, was seit den 1990er Jahren als Inklusion bezeichnet wird, gewissermaßen erfunden zu haben. Erfunden, besser: als neuen Anglizismus eingeführt, haben sie allenfalls den Begriff, nicht aber die Idee, deren Umsetzung bis heute, weniger in der Disziplin, wohl aber in der Profession, z. T. erbittert und im Einklang mit den angesprochenen sozial- und bildungspolitischen Restriktionen erfolgreich bekämpft wird.⁵⁵ Hier gibt es also noch viel zu tun und zu verändern.

⁵⁵ Hierzu ausführlich: Eckhard Rohrmann, „Zwischen selbstbestimmter sozialer Teilhabe und fürsorglicher Ausgrenzung. Lebenslagen und Lebensbedingungen von Menschen, die wir behindert nennen“ in Ernst-Ulrich Huster, Jürgen Boeck und Hildegard Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung* (Wiesbaden: Springer, 2012), 469-487.

Literatur

1. Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen, Ministerium für Volksbildung. 15.5.1954.
2. Bach, Heinz. „Idee und Gestalt der Sonderschule für geistig behinderte Kinder.“ In *Die schulische Förderung des geistig behinderten Kindes*. Herausgegeben von Bundesvereinigung „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V.“, 9-19. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 1966.
3. Becker, Klaus-Peter und Karlheinz Renker. „Pädagogische Rehabilitation.“ In *Grundlagen der Rehabilitation*. Herausgegeben von Karlheinz Renker und Ursularenate Renker, 21-51. Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1988.
4. Bleidick, Ulrich. *Einführung in die Behindertenpädagogik I. Allgemeine Theorie der Behindertenpädagogik*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1998.
5. Bröse, Bodo. *Geistige Aktivierung von Intelligenzgeminderten im Unterricht der Hilfsschule*. Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1971.
6. Busemann, Adolf und Hermann Stutte. „Das Porträt: Werner Villinger, 65 Jahre alt.“ *Unsere Jugend* 4 (1952): 381-382.
7. Dahrendorf, Ralf. *Bildung ist Bürgerrecht*. Hamburg: Nannen, 1965.
8. Feuser, Georg. *Behinderte Kinder und Jugendliche zwischen Aussonderung und Integration*. Darmstadt: Wiss. Buchges., 1995.
9. Grunewald, Karl. „Der Abbau der Anstalten in Schweden.“ *Geistige Behinderung* 32 (2002): 243-254.
10. Hänsel, Dagmar. *Die NS-Zeit als Gewinn für Hilfsschullehrer*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2006.
11. Jantzen, Wolfgang. *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 2: Neurowissenschaftliche Grundlagen, Diagnostik, Pädagogik und Therapie*. Weinheim, Basel: Beltz, 1990.
12. Jantzen, Wolfgang. *Allgemeine Behindertenpädagogik. Band 1: Sozialwissenschaftliche und psychologische Grundlage*. Weinheim, Basel: Beltz, 1987.
13. Jun, Gerda. *Kinder, die anders sind. Elternreport*. Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1989.
14. Klee, Ernst. „Euthanasie“ im Dritten Reich: Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens.“ Frankfurt a. M.: Fischer, 2010.
15. Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V. *Denkschrift zur Lage der geistig behinderten Kinder, die noch bildungsfähig sind, aber nicht durch öffentliche Bildungseinrichtungen erfaßt werden*. Marburg [o.A.] 1960.
16. Picht, Georg. *Die Deutsche Bildungskatastrophe*. Olten und Freiburg: Walter-Verlag, 1964.
17. Presber, Wolfgang. „Formen und Ausprägungsgrade geschädigten Lebens in ihrer Bedeutung für die Beziehungen des Geschädigten zur Gesellschaft im Überblick.“ In *Sozialistischer Humanismus und Betreuung Geschädigter*. Herausgegeben von Wolfgang Presber und Rolf Löther, 34-54. Jena: Fischer, 1981.
18. Rohrman, Eckhard. „Zwischen selbstbestimmter sozialer Teilhabe und fürsorglicher Ausgrenzung. Lebenslagen und Lebensbedingungen von Menschen, die wir behindert nennen.“ In *Handbuch Armut und soziale Ausgrenzung*. Herausgegeben von Ernst-Ulrich

- Huster, Jürgen Boeck und Hildegard Mogge-Grotjahn, 469-487. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer, 2012.
19. Rohrmann, Eckhard. *Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Soziale Konstruktionen seit der frühen Neuzeit*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2011.
 20. Rohrmann, Eckhard. „Zwischen Selbstbestimmung und Menschenrechtsverletzungen. Zur Lage behinderter Menschen in Deutschland im Spannungsfeld zwischen Behinderten- und Sozialpolitik.“ In *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*. Herausgegeben von Gisela Hermes und Eckhard Rohrmann, 175-194. Neu-Ulm: AG Spak, 2006.
 21. Rohrmann, Eckhard. „Arbeitsscheu, asozial, dissozial – soziale Probleme in der DDR, ihre öffentliche Wahrnehmung und ihre politische Bewältigung.“ *Sozialmagazin* 12 (1992): 30-37.
 22. Rohrmann, Eckhard. „Das Unerziehbarkeitsdogma der Deutschen Heil- und Sonderpädagogik in der Theorie und Praxis der Rehabilitationspädagogik der DDR.“ *Behindertenpädagogik* 2 (1992): 138-149.
 23. Rosenberger, Manfred (Hrsg.). *Ratgeber gegen Aussonderung*. Heidelberg: Universitäts-Verlag Winter, 1988.
 24. Solarová, Svetluse. *Geschichte der Sonderpädagogik*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 1983.
 25. Speck, Otto. „Sonderpädagogisches Expertentum in Frage gestellt – Ein heilsamer Schock!“ In *Sonderpädagogik: Rückblicke – Bestandsaufnahmen – Perspektiven*. Herausgegeben von Heike Schnoor und Eckhard Rohrmann, 59-63. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 2004.
 26. Speck, Otto. *System Heilpädagogik*. München, Basel: Reinhardt, 1988.
 27. Speck, Otto. „Schulen für nicht-hilfsschulfähige schwachbildbare Kinder in Bayern.“ *Zeitschrift für Heilpädagogik* 15 (1964): 351-356.
 28. Szweczyk, Hans. „Ergebnisse forensisch-psychiatrischer und psychologischer Arbeiten zur Erforschung und Bekämpfung der Jugendkriminalität.“ In *Der fehlentwickelte Jugendliche und seine Kriminalität*. Herausgegeben von Hans Szweczyk, 25-55. Jena: Fischer, 1982.
 29. Theiner, Christa, Eva Künne und Klaus-Peter Becker. *Zur Theorie und Praxis der Erziehung Geschädigter in sozialistischen Ländern*. Berlin (DDR): Volk und Gesundheit, 1981.
 30. Verband Deutscher Hilfsschulen (VDH). „Denkschrift zu einem Gesetz über das heilpädagogische Sonderschulwesen.“ *Zeitschrift für Heilpädagogik* 6 (1955): 44-55.
 31. Villinger, Werner. „Seelische Störungen im Kindesalter.“ In *Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten*. Herausgegeben von Wilhelm Weygandt und Hans Walter Gruhle, 489-554. 2. Aufl. Halle a. S.: Marhold, 1952.

Filmische Praktiken der Ins-Bild-Setzung. Medizinisches, soziales und kulturelles Modell von Behinderung

Beate Ochsner, Robert Stock und Anna Grebe

1. Einleitung

Betrachtet man die lange Liste der Filmproduktionen, die seit den 1980er Jahren entstanden und sich mit dem Thema Behinderung auseinandersetzen, so wird ein breites Spektrum erkennbar: Fernsehdokumentationen, die vorwiegend Experten aus den Bereichen Medizin sowie Heil- oder Sozialpädagogik in ihre Argumentationen einbeziehen, unabhängige Dokumentarfilme, die den Alltag und die biographische Dimension von Behinderung adressieren sowie weitere Filme, die die Diskriminierung von Menschen mit Behinderung thematisieren. Diese unvollständige Aufzählung verweist auf die enge Verflechtung von filmischer Produktion einerseits und den im Rahmen der Disability Studies seit den 1980er Jahren diskutierten medizinischen, sozialen und kulturellen Modellen von Behinderung andererseits.¹ Sie zeigt aber auch, dass diese Modelle einander nicht ablösen, dass etwa medizinische Deutungen nicht automatisch in jenem Moment verschwinden, wenn soziale oder kulturelle erscheinen und widerspricht somit in gewisser Weise einer genealogischen Reihenfolge, die die Modelle nahezulegen scheinen. Insofern erscheint es uns sinnvoll, die Akteure Behinderung, Medizin, Gesellschaft, Kultur und filmische Praktiken in ihren Wechselverhältnissen zu untersuchen und den medien-spezifischen Ausformulierungen der jeweiligen Modelle nachzugehen.

Den theoretisch-methodischen Ausgangspunkt bildet dabei die Annahme, dass Medien nicht als reine ‚Übermittler‘ oder ‚Verstärker‘ sozialer Realitäten zu begreifen sind, wie Untersuchungen aus dem Bereich der Kommunikations- und Publizistikwissenschaften dies immer wieder nahelegen scheinen.² Vielmehr stellen Filme spezifische Operationen dar, die situativ Sichtbarkeiten (und gleichzeitig Unsichtbarkeiten) herstellen, sie mit Bedeutung verbinden oder aber davon trennen. Diesen filmischen Handlungen wird in gleichem Maße eine bestimmte Macht über den Blick und damit Autorität über Wahrnehmung und Wahrheit zugeschrieben, wie sie sich dem kulturellen Sehen aussetzen und den Regimen seiner Optik unterwerfen. Dieses Verständnis rückt die performative Produktion von Behinderung und Bildern von Behinderung in den Mittelpunkt der Analyse und adressiert

¹ Vgl. Anne Waldschmidt, „Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 1 (2005), 9-30; Anne Waldschmidt, „Brauchen die Disability Studies ein ‚kulturelles Modell‘ von Behinderung?“ in Gisela Hermes und Eckhard Rohmann (Hrsg.) *„Nichts über uns – ohne uns!“ Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung* (Neu-Ulm: AG Spak, 2006), 83-96.

² Vgl. Silke Bartmann, *Der behinderte Mensch im Spielfilm: Eine kritische Auseinandersetzung mit Mustern, Legitimationen, Auswirkungen von und dem Umgang mit Darstellungsweisen von behinderten Menschen in Spielfilmen* (Münster: Lit, 2002); Stefan Heiner und Enzo Gruber (Hrsg.), *Bildstörungen. Kranke und Behinderte im Spielfilm* (Frankfurt a. M.: Mabuse, 2003); Achim Hättich, „Schwalben oder Strohflecken: Zur Sichtbarkeit von Personen mit Behinderung in Spielfilmen“ *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 16 (2011): 23-29.

primär die sozialen und medialen Praktiken des „doing disability“.³ Es wird also im Folgenden *nicht* darum gehen, die filmische ‚Darstellungsweise‘ eines vorgängigen Phänomens im Hinblick auf seine positiven bzw. negativen Vorzeichen zu untersuchen,⁴ vielmehr soll analysiert werden, *wie* Behinderung als ‚(audio-)visuelles Ereignis‘⁵ hergestellt wird. Dies werden wir im Folgenden mit Blick auf die verschiedenen visuellen Regime und ihre Interaktionen mit dem medizinischen, sozialen und kulturellen Modell von Behinderung aufzeigen.

2. Ins-Bild-Setzungen und das medizinische Modell von Behinderung

Bis in die 1950er und 1960er Jahre wird „Behinderung“ weitestgehend als „tragischer Defekt, als defizitäre Abweichung eines einer Minderheit angehörenden Individuums betrachtet“,⁶ dem/der nahezu ausschließlich mit medizinischen Lösungen zu begegnen ist und den/die es zu behandeln gilt.⁷ Die Behandlung aber setzt bestimmte Maßnahmen voraus, die – so Leander Scholz in einem Aufsatz zur Interpellation – von der „doppelten Struktur eines eingeschlossenen Ausgeschlossenen“⁸ geprägt sind. Dies bedeutet z. B., dass ein potenzieller Antragsteller medizinischer, juristischer oder sozialer Unterstützung die im staatlichen Gesundheitssystem vorausgesetzte Differenz zwischen Behinderung und Nicht-Behinderung bestätigen und seinen Status als „Objekt von Fürsorge und Paternalismus“⁹ annehmen muss, um als Ausgeschlossener inkludiert und in der Folge behandelt werden zu können. Auf diese Weise in Abhängigkeit(en) gebracht, wird dem Betroffenen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung abgesprochen, und er gerät vom Handelnden zum Behandelten, der – um Ansprüche gegenüber den Sozialleistungsträgern geltend machen zu können – gezwungen wird, das Modell stets aufs Neue zu reproduzieren.¹⁰ Gleichzeitig muss er die mit

³ Vgl. Michael Schillmeier, „Dis/Abling Practices: Rethinking Disability“ *Human Affairs* 17 (2007): 197.

⁴ Vgl. Russell Meeuf, „John Wayne as ‚Supercrip‘: Disabled Bodies and the Construction of ‚Hard‘ Masculinity in the Wings of Eagles“ *Cinema Journal* 48 (2009): 89; Tom Shakespeare, „Sex, Death and Stereotypes: Disability in Sick and Crash“ in Graeme Harper (Hrsg.), *Signs of Life: Cinema and Medicine* (London: Wallflower Press, 2005), 59.

⁵ Vergleichbar dem „visual event“, wie Nicholas Mirzoeff den Gegenstand der Visual Studies definiert (*An Introduction to Visual Culture* (London: Routledge, 1999), 13; Nicholas Mirzoeff, „The Subject of Visual Culture“ in *The Visual Culture Reader*, 3-23 (London: Routledge, 2002), 5-10, 3).

⁶ Cornelia Renggli, „Disability Studies. Ein historischer Überblick“ in Jan Weisser und Cornelia Renggli (Hrsg.), *Disability Studies: Ein Lesebuch* (Luzern: SZH/CSPS, 2004), 16.

⁷ Vgl. auch Gisela Hermes und Eckhard Rohrmann, *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung* (Neu-Ulm AG Spak, 2006), 16; Anne Waldschmidt, „Behinderung‘ neu denken: Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies“ in Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Kulturwissenschaftliche Perspektiven Der Disability Studies. Tagungsdokumentation* (Kassel: bifos e.V., 2003), 15.

⁸ Leander Scholz, „Anrufung und Ausschliessung. Zur Politik der Adressierung bei Heidegger und Althusser“ in Michael Cuntz, Barbara Nitsche, Isabell Otto und Marc Spaniol (Hrsg.), *Die Listen der Evidenz* (Köln: DuMont, 2006), 295.

⁹ Anne Waldschmidt, *Selbstbestimmung als Konstruktion: Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer* (Opladen: Leske + Budrich, 1999), 24.

¹⁰ Elsbeth Bösl, *Politiken der Normalisierung: Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland* (Bielefeld: transcript, 2009), 130ff.

seiner neuen Positionierung verknüpfte reduktive Zuschreibung ertragen, die Behinderung vornehmlich mit Leid und – im Hinblick auf Erwerbsfähigkeit oder Produktivität – defizitärem Leben verknüpft, dessen Funktionalität wiederhergestellt werden müsse.¹¹ Dazu gehört die Auffassung, dass Behinderung nicht nur ‚Nachteile‘ für das Individuum bzw. die zur Gruppe verfertigten Menschen mit Behinderungen („making up people“¹²) mit sich bringt, die der Gesellschaft bzw. dem Gesundheitswesen entstehenden Kosten sollen bestenfalls durch eine erfolgreiche Rückkehr und Teilhabe am leistungsorientierten Arbeitsleben rückerstattet werden.

Ein solcher Ansatz wird in verschiedenen populärwissenschaftlichen Kulturfilmen (1918-1945) beobachtbar.¹³ KRÜPPELNOT UND KRÜPPELHILFE¹⁴ stellt z. B. die familiäre Vernachlässigung von Kindern mit Behinderung einer erfolgreichen medizinischen Versorgung und Wiedereingliederung dieser Kinder durch Behandlung in entsprechenden Einrichtungen gegenüber.¹⁵ In der ARD-Dokumentation DIE ZWANZIGER JAHRE: AUFBRUCH IM CHAOS¹⁶ werden die Kriegsversehrten ebenfalls primär als Herausforderung bzw. Aufgabe der Medizin betrachtet. Dabei garantieren vor allem Prothesen nicht nur die körperliche und soziale ‚Wiederherstellung‘ der Männer, gleichzeitig markieren die Hilfsmittel ihre Körper als defizitär. Archivaufnahmen aus Speziallazaretten zeigen das Defilee einer Reihe von Männern vor einer grauen Mauer, ihre ein- oder beidseitig hochgekrempeelten Hosenbeine lenken den Blick auf ihre unterschiedlichen Beinprothesen. Während Operationen und Folgetherapien die vollständige Wiedereingliederung in die Gesellschaft ermöglichen können, bleibt das Problem der Finanzierbarkeit. So werden medizinische Behandlung und technologische Forschung in gleichem Maße unterstützt wie Investitionskonzepte oder Spendenaktionen und Marketinginitiativen begrüßt werden. Alle Maßnahmen aber basieren auf einer klaren Unterscheidung von Behinderung und Nichtbehinderung. Die auf diese Weise vollzogene *Aussonderungspraxis*¹⁷ manifestiert sich sprachlich, wenn die Eigenschaf-

¹¹ Vgl. Swantje Köbsell und Monika Strahl, „Befreiung aus der Leidensfalle. Impulse für die Disability Studies in Deutschland“ in Gisela Hermes und Swantje Köbsell (Hrsg.), *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003* (Kassel: bifos, 2003). Siehe auch Elsbeth Bösl, „Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik“ *APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte* 23 (2010): 6.

¹² Vgl. Ian Hacking, „Making up People“ *London Review of Books* 16 (2006): 23-26.

¹³ Vgl. Martin Vogel, *Hygienische Filme* (Dresden: Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt, 1926); Ulf Schmidt, „Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik“ in Dietmar Jazbinsek (Hrsg.), *Gesundheitskommunikation* (Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2000), 55; Philipp Osten, „Emotion, Medizin und Volksbelehrung. Die Entstehung des ‚deutschen Kulturfilms‘“ *Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* 66 (2009): 67-102.

¹⁴ KRÜPPELNOT UND KRÜPPELHILFE; Regie: Nicholas Kaufmann (1920-21; Berlin: Universum Film AG (Ufa)).

¹⁵ Vgl. Philipp Osten, „Ärzte als Filmregisseure. Ein Ufa-Kulturfilm aus dem Berliner Oskar-Helene-Heim für die Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, aufgenommen in den Jahren 1910 bis 1920“ *Filmblatt. Wissenschaftliche Zeitschrift von Cinegraph Babelsberg* 13 (2008): 37-56.

¹⁶ DIE ZWANZIGER JAHRE: AUFBRUCH IM CHAOS; Regie: Christian Schulz (2005; ARD). Ein Ausschnitt der Dokumentation ist auf Youtube abrufbar: <http://www.youtube.com/watch?v=quViSUiNHXY> (18.7.2017).

¹⁷ Vgl. Erving Goffman, *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1967).

ten des Menschen hinter der Zuschreibung ‚behindert‘ oder ‚BehinderteR‘ verschwinden.¹⁸ Gleichzeitig stellen die spezifischen visuellen Anordnungen und Operationen, wie z. B. die von einem Zeitzeugen aus der oben erwähnten ARD-Dokumentation erwähnten Otto-Dix-Gemälde, eine bestimmte Praxis des Sehens bzw. der Visualisierung her. Innerhalb dieser Praxis werden Bilder von Behinderung nicht als Repräsentationen eines vorgängigen Zustandes (miss)verstanden, sondern als Performanz bzw. als audiovisuelles Ereignis begriffen. So scheint es unzureichend, Behinderung in ihren audiovisuellen Formen an der erzählten Geschichte oder an den Opfer- oder Täterrollen der Protagonisten festzumachen. Bildstrategien wie Einstellungsgrößen, Kamerabewegung oder die Herstellung filmischer Räume produzieren Ein- und Ausschlußverfahren, die das Bild von Behinderung bzw. von Menschen mit Behinderung in gleichem Maße form(ier)en, wie diese wiederum die Bilder hervorbringen. So geht es nicht um eine Motivanalyse oder um mediale Repräsentationspolitiken von Behinderung im Allgemeinen, vielmehr soll anhand ausgewählter Fallbeispiele die Unterscheidungspraxis zwischen Behinderung und Nichtbehinderung z. B. anhand der räumlichen Konstruktionen aufgezeigt werden. Dabei gehen wir davon aus, dass der filmische Raum nicht gegeben ist, sondern eine bestimmte Räumlichkeit als Beziehungs- und Bedeutungsebene soziokulturell und medial durch Verfahren wie Schnitt – Gegenschritt, fortgesetzte oder unterbrochene Bewegungsabläufe, Parallelmontage, Schichtungen von Bewegungsrichtungen und -stilen etc., hergestellt wird. Bilder und Töne werden mithin als audiovisuelle Operationen verstanden, die bestimmten Inskriptionen unterliegen und damit Wissens- und Handlungsräume definieren.¹⁹ So kann das, was wie die Differenz zwischen

¹⁸ Vgl. Peter Radtke, „Zum Bild behinderter Menschen in den Medien“ *APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte* 8 (2003): 8. In historischer Perspektive muss neben der Zuschreibung ‚BehinderteR‘ der Begriff ‚Krüppel‘ unterschieden werden. Der Terminus ‚heimbedürftiger Krüppel‘ wurde in den 1920er Jahren von Konrad Biesalski geprägt, der damit eine Person bezeichnete, die ihren Körper aufgrund von Krankheiten o. ä. nicht vollständig gebrauchen könne und deren Selbstständigkeit deswegen nur in einer Anstalt mit weiteren angegliederten Einrichtungen zu entwickeln sei. Hier wird die Ausrichtung von Rehabilitation auf wirtschaftliche Unabhängigkeit deutlich, die eben nur durch Unterbringung und Förderung in speziellen Anstalten erreicht werden kann. In den 1970er und 1980er Jahren eigneten sich verschiedene Protest- und Emanzipationsgruppen den Begriff ‚Krüppel‘ an, um u. a. in Reaktion auf das ‚UNO-Jahr der Behinderten‘ (1981) auf Missstände bei der Unterbringung von Menschen mit Behinderungen in Dauerpflegeeinrichtungen aufmerksam zu machen. Der Begriff ‚behindert‘ kam als euphemistischer ‚Umbrella-Term‘ nach Ende des Zweiten Weltkriegs auf, um der durch den Nationalsozialismus geprägten Terminologie – wie ‚schwachsinnig‘ oder ‚Jahn‘ auszuweichen. Vgl. Walter Fandrey, *Krüppel, Idioten, Irre: Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland* (Stuttgart: Silberburg, 1990); Petra Fuchs, *‚Körperbehinderte‘ zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation: Selbsthilfe, Integration, Aussonderung* (Neuwied: Luchterhand, 2001); Bösl, „Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik“, 11; Philipp Osten, *Die Modellanstalt: Über den Aufbau einer ‚modernen Krüppelfürsorge‘, 1905-1933* (Frankfurt a. M., 2004); Paul Heller, *Von der Landeskrippelanstalt zur Orthopädischen Universitätsklinik: Das ‚Elisabethheim‘ in Rostock* (Münster: Lit, 2009), 76-79; Rebecca Maskos, „‚Bist Du behindert oder was?!‘ Behinderung, Ableism und souveräne Bürger_innen“ Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung ‚Behinderung ohne Behinderte!?‘ *Perspektiven der Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Hamburg, 14.12.2011, http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/maskos_14122011.pdf (18.7.2017).

¹⁹ Vgl. Bruno Latour, „Über technische Vermittlung: Philosophie, Soziologie und Genealogie“ in Andrea Belliger und David J. Krieger (Hrsg.), *Anthology: Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie* (Bielefeld: transcript, 2006), 485.

Behinderung und Nichtbehinderung als gegeben oder ‚natürlich‘ erscheint, als mediale Praxis analysiert werden.²⁰

Die selbstdisziplinierenden und -normierenden Formen der Macht, die Menschen als Subjekte institutioneller Betreuung und medizinischer Behandlungsmethoden hervorbringen, werden nicht vorzugsweise zu einer bestimmten Zeit der Filmgeschichte, sondern primär in bestimmten Genres oder Formaten sichtbar. Besonders Lehrfilme wie z. B. PSYCHOMOTORISCHE BESONDERHEITEN BLINDER KINDER²¹ oder AUSDRUCKSVERHALTEN EINES TAUBBLIND GEBORENEN MÄDCHENS²² sind als Visualisierung des von Foucault analysierten „medizinischen“ oder „ärztlichen Blicks“²³ bzw. entsprechender Blickpolitiken und -regime zu verstehen,²⁴ deren vorrangiges Ziel in der Dar- bzw. Herstellung von Behinderung als individuelles und heilbares Phänomen besteht. Im Gegensatz zum weiter unten analysierten Kultur-Werbefilm SPRECHENDE HÄNDE²⁵ wird die disziplinierende Zurichtung der Personen umso deutlicher, als (audiovisuelle) Gegenpositionen fehlen, die die Handlungsfähigkeit der als behindert markierten Subjekte betonen könnten. Sie wird durch medizinische Lehrfilme gestützt, in denen anhand genauer Untersuchung und Beobachtung individueller Phänomene ein Wissensbestand über verschiedene Formen der Minder Sinnigkeit erstellt wird. Die filmische Studie über die psychomotorischen Besonderheiten gibt die blinden Kinder jeweils einzeln und ohne Ton vor einer weißen Wand stehend, in einem Kinderstuhl, wagen oder -bett sitzend oder liegend zur Beobachtung frei. Das Zustandekommen der Situationen, die notwendigen Vorbereitungen, Absprachen oder Interaktionen werden nicht gezeigt, was vor allem der Vergleichbarkeit des einer strengen Logik folgenden Aufbaus der einzelnen Sequenzen bzw. der Hervorhebung der ‚Besonderheiten‘ der Kinder dient. Nicht die Kinder selbst, sondern vielmehr die Diagnose und

²⁰ Vgl. Thomas Lemke, „Neue Vergemeinschaftungen? Entstehungskontexte, Rezeptionslinien und Entwicklungstendenzen des Begriffs der Biosozialität“ in Katharina Liebsch und Ulrike Manz (Hrsg.), *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wir biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* (Bielefeld: transcript, 2010), 33; Beate Ochsner und Anna Grebe (Hrsg.), *Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur* (Bielefeld: transcript, 2013).

²¹ PSYCHOMOTORISCHE BESONDERHEITEN BLINDER KINDER; Regie: Günter Mackensen (1957; Deutschland: Institut für wissenschaftlichen Film (IWF)). Zum *Institut für wissenschaftlichen Film* vgl. Mathias Schulenburg, „Der Filmprojektor hat ausgedient: Das ‚Institut für den wissenschaftlichen Film‘ wird abgewickelt“ (2011), http://medien.wdr.de/m/1300898111/radio/leonardo/wdr5_leonardo_20110323.mp3 (18.7.2017).

²² AUSDRUCKSVERHALTEN EINES TAUBBLIND GEBORENEN MÄDCHENS; Regie: Irenäus Eibl-Eibesfeldt (1982; Deutschland: Institut für wissenschaftlichen Film).

²³ Vgl. Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks* (Frankfurt a. M.: Fischer, 2011). Wenn es bislang der sog. „ärztliche Blick“ war, der Deutungs- und Handlungshoheit in Bezug auf den Patientenkörper beanspruchte, so unternimmt Foucault den Versuch, die Konfiguration dieses Blickes selbst zu analysieren und zu kritisieren. Während das Original im Untertitel den Begriff „regard médical“ trägt, arbeiten zahlreiche Sekundärwerke mit dem Begriff des „klinischen Blicks“ so z. B. Eytan Ellenberg, „Du regard clinique à la caresse éthique: pour un nouveau langage médical“ *L'Autre* 2 (2005), 211-225 oder auch Anne Waldschmidt, „Macht – Wissen – Körper: Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies“ in Anne Waldschmidt und Werner Schneider, *Disability Studies, Kultursozologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (Bielefeld: transcript, 2007): 55-77.

²⁴ Vgl. John Rajchman, „Foucault's Art of Seeing“ *October* 44 (1988) [o.P]; Tom Holert, *Imagineering. Visuelle Kultur und Politik der Sichtbarkeit* (Köln: Oktagon, 2000).

²⁵ SPRECHENDE HÄNDE; Regie: Gertrud David (1925; Deutschland: Gervid Film GmbH).

Zuordnung ihrer psychomotorischen Auffälligkeiten stehen im Vordergrund. Dabei linearisiert die halbnaher oder nahe Einstellung den Blick der Kamera mit demjenigen des Mediziners bzw. des Zuschauers. Der zweite erwähnte Film nutzt eine ähnliche Herangehensweise. In scheinbar chronologisch aufeinanderfolgenden Einstellungen ein und desselben taubblinden Mädchens sollen dessen Reaktionen über einen längeren Zeitraum dokumentiert werden. Auch hier arbeitet der Kameramann hauptsächlich mit nahen oder halbnahen Einstellungen, die das Mädchen zwar ins Zentrum des Bildes setzen, gleichzeitig jedoch den sie umgebenden Raum bildlich wie auch akustisch abtrennen.

Anschauliche Beispiele audiovisueller Produktion von Behinderung liefert auch der Kultur-Werbefilm *SPRECHENDE HÄNDE*, den Gertrud David mit ihrer Produktionsfirma Gervid im Jahr 1925 drehen konnte. Der Auftragsfilm stellt die Arbeit im Taubstummlindenheim des Oberlinvereins in Nowawes bei Potsdam dar.²⁶ Am Beispiel der taubblinden Emmchen konstruiert der Film eine Vorher-Nachher-Geschichte, die der anfänglichen sozialen Isoliertheit des Mädchens eine aufgrund der im Heim angebotenen Therapien erfolgreiche Integration in die Gesellschaft gegenüberstellt. Als Werbefilm markiert der Film eine Schnittstelle zwischen der filmischen Produktion von Behinderung und ihrer produktiven Nutzung durch verschiedene Institutionen oder Wirtschaftsunternehmen. Tatsächlich kann der Film große Erfolge verzeichnen,²⁷ und in den Jahren 1925-55 (mit Ausnahme der Kriegsjahre 1940-45) läuft er jährlich mit bis zu fünfzehn Kopien gleichzeitig im In- und Ausland: „Das Leben griff aus der weißen Fläche heraus und packte ans Herz“, wie im *Hamburger Echo* vom 10.6.1927 zu lesen.²⁸ 1929 erzielt er auf dem Welt-Reklame-Kongress in Berlin als einziger der am Wettbewerb teilnehmenden Filme eine Urkunde mit besonderer Auszeichnung. Der Cinegraph stellt fest, dass der „Film außer durch häufig noch nie Gesehenes vor allem durch den Verzicht auf Mitleidsheischelei [wirkt]. Die Behinderten werden in ihrem So-sein akzeptiert und in für damalige Verhältnisse sachlicher Form präsentiert.“²⁹

Die Eingangssequenz startet mit einer Totalen auf einen Garten, in dem junge Mädchen – „Sorglose Jugend im Mai“³⁰ so der eingblendete Zwischentitel – um einen in der Erde steckenden Stock herum tanzen. Die Bewegung der Mädchen erzeugt eine gewisse Raumentiefe, während das Bild des am rechten unteren Bildrand positionierten, bewegungslos und mit geschlossenen Augen im Gras kauern den Mädchen flach erscheint. Auf diese Weise wird die Interaktion zwischen den tanzenden und dem am Boden kauern den Mädchen sowohl durch die der Gruppe abgewandte Haltung des Mädchens, seine – im Vergleich zur konventionellen Bildaufteilung – randständige Positionierung im Bild wie auch durch die in der Montage vorgegebene Bewegungsrichtung verunmöglicht. In der Anordnung von Zentrum und Peripherie wird der von Foucault beschriebene klinische Blick

²⁶ Vgl. Peter Zimmermann, *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland*. Band 3. (Stuttgart: Reclam, 2005), 498.

²⁷ Vgl. Klaus Dierks, „*Sprechende Hände*“. *Ein Film und seine Geschichte*. (Potsdam: Verband Evangelischer Einrichtungen für die Rehabilitation Behinderter e.V. Stuttgart, VEERB, 1995), 37.

²⁸ Vgl. Klaus Dierks, „Gertrud David – Regisseurin, Produzentin“ in Hans-Michael Bock (Hrsg.), *CineGraph – Lexikon zum deutschsprachigen Film* (München: edition text + kritik). Der Artikel findet sich auch online unter http://www.cinegraph.de/lexikon/David_Gertrud/biografie.html (18.7.2017).

²⁹ Dierks, „Gertrud David – Regisseurin, Produzentin“, [o.P.].

³⁰ *SPRECHENDE HÄNDE*, 00:00:48–00:01:12.

reproduziert, dessen Realität die dezentrale Perspektive des „disabled person’s view“³¹ als abgeleitetes, sekundäres Phänomen erscheinen lässt. Das Verhalten bzw. die Haltung des Mädchens werden als abweichend markiert, während ‚Normalität‘ als unmarkierte Seite der Unterscheidung in den Hintergrund tritt. Dies führt dazu, dass das Mädchen zwar in den filmischen Bildraum eingeschlossen, diese Inklusion jedoch gleichzeitig durch den Ausschluss des Kindes aus der Welt der Tanzenden subvertiert wird. Darüber hinaus erläutert ein Zwischentitel die „erklärungsbedürftige“³² Körperhaltung des Mädchens sowie die scheinbar tropistische Ausrichtung seines Gesichts in Richtung Sonnenlicht: „Abseits mit dumpfer, ungeweckter Seele in ewiger Nacht und Stille ein Kind taub – stumm – blind.“³³ Mit dem folgenden Schnitt und dem Wechsel auf eine halbnahe Einstellung verschwinden der Garten und die tanzenden Kinder aus dem Bild. Die bislang erklungene, fröhliche Off-Musik verstummt schlagartig, und das taubblinde Emmchen wird aus dem Garten geführt, um in ein Heim gebracht zu werden. Dort kann ihre Behinderung behandelt, „die Fesseln ihrer Seele gesprengt und ihre Anlagen entwickelt werden“.³⁴

Die zweite Sequenz reicht von der Zugfahrt zum Oberlinheim, der dortigen Ankunft, vom Leben und der Arbeit im Heim bis zu Emmchens vollständiger Wiedereingliederung in die Alltagswelt außerhalb des Heimes. Während zu Beginn der Sequenz das Lied „Ich bete an die Macht der Liebe“ erklingt, schließt sie mit dem Lied „Jetzt kann ich ruhig schlafen“. Dazwischen durchläuft Emmchen unter Anleitung und unter den kritischen Blicken des stets gegenwärtigen und die Leistungen kontrollierenden Anstaltspersonals verschiedene Lebens- und Lernstationen, die vom Lesen- und Schreibenlernen, dem Erwerb von Allgemeinwissen bis zum Absolvieren einer Ausbildung nebst Überreichung des Lehrbriefs reichen. Zuletzt wird Emmchens Geburtstag, ihre ‚zweite Geburt‘ gefeiert; sie kommt erneut zur Welt und jetzt erst „grüßt Gott sie“³⁵ wie im Liedtext zu vernehmen. In der dritten und abschließenden Sequenz öffnen sich die Pforten des Oberlinheimes wieder, und Emmchen wird in die Welt ausgesandt.

Tatsächlich reflektiert der Film nicht die Perspektive der Taubblinden, vielmehr werden die Logik und die Praktiken der Institution bzw. des dort verordneten Lebens thematisiert. Die zu erlernende Selbständigkeit lässt sich – wie zuvor bereits die bildästhetisch erzeugte doppelte Struktur des Eingeschlossenen Ausgeschlossenen – als „neoliberale [...] Machtstruktur [begreifen], die [...] inkludierende Exklusion ebenso wie exkludierende Inklusion praktiziert.“³⁶ Zunächst wird Emmchen aus ihrem eigenen, negativ konnotierten Umfeld herausgelöst, um in einem zweiten Schritt medizinisch-therapeutischen Rehabilita-

³¹ Vgl. Petra Fuchs, „Sei doch dich selbst“ – Krankenakten als historische Quellen von Subjektivität im Kontext der Disability History“ in Elsbeth Bösl (Hrsg.), *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung* (Bielefeld: transcript, 2010), 120ff.

³² Für die Art und Weise, wie Blindheit bzw. Behinderung zum „erklärungsbedürftigen Phänomen“ stilisiert wird vgl. Carolin Länger, *Im Spiegel von Blindheit: Zur Kultursozio­logie des Sehsinns* (Stuttgart: Lucius, 2002), 6.

³³ SPRECHENDE HÄNDE, 00:01:13.

³⁴ SPRECHENDE HÄNDE, 00:01:53.

³⁵ SPRECHENDE HÄNDE, TC 00:30:00.

³⁶ Anne Waldschmidt, „Macht – Wissen – Körper: Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies“ in Anne Waldschmidt und Werner Schneider (Hrsg.), *Disability Studies, Kultursozio­logie und Sozio­logie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld* (Bielefeld: transcript, 2007), 71.

tionsmaßnahmen ausgesetzt zu werden.³⁷ Die im Lauf der Lehr- und Lernzeit im Oberlinheim erzielte körperliche (Selbst-)Disziplinierung führt zur Verinnerlichung der institutionellen Praktiken,³⁸ die performativ ins Bild gesetzt werden. Auf diese Weise kann ein Eindruck von Selbstbestimmung vermittelt werden, obwohl man sich letztlich selbsttechnologisch einer industriell verordneten Rehabilitation in die ‚normale‘ Arbeits- und Lebenswelt beugen (muß). Dabei zeigt sich, dass Inklusion und Exklusion gerade nicht, wie allzu häufig in den Begriffen mitgeführt, als feste Größen oder ‚natürliche‘ Differenz begriffen werden sollten,³⁹ sondern durch bestimmte audiovisuelle Prozesse und Verfahren wechselseitig konfiguriert und hergestellt werden. Dies dokumentiert auch der kürzlich veröffentlichte Film *L'ISOLA DEI SORDOBIMBI* (Deafkidsland).⁴⁰ Während die ausnahmslos zur Lautsprache erzogenen schwerhörigen oder gehörlosen Kinder nahezu ausschließlich in Begleitung von Lehr- oder Pflegepersonal gezeigt werden,⁴¹ wird die Tonebene immer wieder durch dumpfe, anhaltende Geräusche unterbrochen, die die (begrenzte) auditive Wahrnehmung der Gehörlosen oder Schwerhörigen imitieren sollen. Damit wird nicht nur die Differenz zwischen hörend und nicht-hörend markiert, gleichzeitig wird die vermeintliche Wahrnehmungswelt Gehörloser in diejenige der Hörenden übersetzt, und gleichzeitig als unverständlich ausgeschlossen. Eine Anerkennung des soziokulturellen Status von Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit bleibt aus, vielmehr werden die Kinder (zwangsweise) aus ihrer familiären Umgebung herausgerissen und in die geschlossene Welt der ISOLA DEI SORDOBIMBI überführt. Der Film endet nicht, wie *SPRECHENDE HÄNDE*, mit der Wiedereingliederung der Behandelten in die Welt, sondern lediglich mit der zeitweisen Entlassung der Kinder in die Ferien.

3. Wer behindert wen? Oder: Das soziale Modell von Behinderung

Während Behinderung im medizinischen Modell als „persönliche Tragödie“⁴² betrachtet wird, geht das sogenannte soziale Modell davon aus, dass Behinderung „die Benachteiligung oder Einschränkung von Aktivitäten“ bedeutet, „verursacht durch eine zeitgenössische soziale Organisation, die Personen mit Schädigungen nicht oder nur wenig berücksichtigt und sie so von der Mehrheit sozialer Aktivitäten ausgrenzt“.⁴³ Der Lösungsansatz

³⁷ Vgl. Anne Waldschmidt, „Die Macht der Normalität: Mit Foucault ‚(Nicht-)Behinderung‘ neu denken“ in Roland Anhorn, Frank Bettinger and Johannes Stehr (Hrsg.), *Michel Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007), 119; Hermes und Rohrman, *Nichts über uns – ohne uns!*, 18.

³⁸ Vgl. Michel Foucault, *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1977), 220ff.

³⁹ Vgl. Friedrich Balke, „Einleitung: Gesten der Grenzziehung. Ein-/Ausschluss“ in Michael Cuntz, Barbara Nitsche, Isabell Otto und Marc Spaniol (Hrsg.), *Die Listen der Evidenz* (Köln: DuMont, 2006), 280f.

⁴⁰ *L'ISOLA DEI SORDOBIMBI*; Regie: Stefano Cattini (2009; Bologna: Dorantina Film/POPCult).

⁴¹ Dies markiert, wie weiter unten aufgezeigt, einen deutlichen Unterschied zu Nicolas Philiberts *LAND DER STILLE*, der parallel zur institutionellen Schulung die Kultur und Lebensweise gehörloser Menschen begreifbar machen möchte.

⁴² Anne Waldschmidt, „Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung“ *Psychologie & Gesellschaftskritik* 29 (2005): 26.

⁴³ UPIAS 1976, zitiert nach Michael Oliver, *Understanding Disability* (London: Macmillan, 1996), 22.

besteht folglich nicht darin, dass der Einzelne sich anpasst, sondern dass die Gesellschaft sich ändern muss, um so Diskriminierung als soziales Problemfeld wahrzunehmen. Behinderte seien deshalb „keine passiven Empfänger von Sozialleistungen, sondern mündige Bürgerinnen und Bürger, die zu Selbstbestimmung und demokratischer Partizipation fähig sind.“⁴⁴ Etabliert von den Behindertenorganisationen in Großbritannien in den 1970er und 1980er Jahren, fand dieses Modell aber nicht nur Eingang in die sich mit der reformpädagogischen Bewegung verstärkenden Anzahl an Lehr- und Dokumentarfilmen über die Alltagsschwierigkeiten von Menschen mit Behinderung, sondern taucht bereits ansatzweise in den frühen 1930er Jahren auf, als der Reichsverband der Gehörlosen Deutschlands den Film *VERKANNTEN MENSCHEN: EIN FILM AUS DEM LEBEN DER GEHÖRLOSEN*⁴⁵ in Auftrag gab: Aufgrund der besonders hohen Arbeitslosigkeit unter gehörlosen Menschen schrieb der ebenfalls gehörlose Vorsitzende des Reichsverbandes, Willi Ballier, das Drehbuch zu diesem Stummfilm, der in drei Teilen von den Schwierigkeiten im Alltag gehörloser Menschen, z. B. hinsichtlich der Kommunikation mit Hörenden oder der Berufsfindung erzählt.⁴⁶ Im ersten Teil des Films, der mit „So war es einst!“ überschrieben ist, wird zunächst in drei kurzen Alltagsszenen der gesellschaftliche Umgang mit Gehörlosen skizziert: Ein Wanderer auf der Landstraße, der das Hupen eines sich nähernden Fahrzeuges nicht hört und dafür vom Chauffeur des Wagens beschimpft wird; ein Bettler, der zu einem Haus kommt und durch Gesten um etwas zu essen bittet und von den spielenden Kindern im Garten verlacht wird; ein Mann, der zusammen mit anderen Männern in einem Biergarten sitzt, dann aber sein Bier austrinkt und das Lokal verlässt, weil er der Konversation am Tisch nicht folgen kann.⁴⁷ Interessant ist gerade im Falle dieses Stummfilms, wie für Hörende als auch für Nicht-Hörende die Tonebene sichtbar gemacht wird: Die Kamera fängt die tönende Hupe des Fahrzeugs in Großaufnahme ein, sie nimmt den bellenden Hund an der Gartentür in ihren Fokus. Sie fährt nah an die diskutierenden Männer im Biergarten heran, während der Gehörlose am Tisch von der Kamera an den Rand gedrängt wird und seine Gesten ohne Reaktion bei den anderen Männern verbleiben – eine Visualisierung, die auf Prozesse des Ein- und Ausschließens verweist bzw. diese erst hervorbringt, wie weiter oben angesprochen wurde.

Nach diesen drei kurzen Szenen folgt ein Zwischentitel: „Einst verkehrsunsicher, ungebildet und vereinsamt, bemitleidet und verspottet“ – Schnitt – der Wanderer, der einsam seinen Weg weitergeht, wird von hinten gezeigt, es ist eine weitere Tafel zu sehen, die fragt: „HEUTE?“⁴⁸. Diese Frage wird mit der Geschichte eines kleinen Mädchens beantwortet, die als Zweijährige ertaubt und dank des „Schulzwangs“⁴⁸ in einer Taubstummenanstalt nicht

⁴⁴ Waldschmidt, „Disability Studies“, 19.

⁴⁵ *VERKANNTEN MENSCHEN: EIN FILM AUS DEM LEBEN DER GEHÖRLOSEN*; Regie: Alfred Kell (1932; Berlin: Universum Film AG (Ufa); Reichsverband der Gehörlosen Deutschlands (ReGeDe); DVD: Frankfurt: Landesverband der Gehörlosen Hessen, 2009).

⁴⁶ Lothar Scharf, „Verkannte Menschen‘ in Frankfurt am Main – Benefizveranstaltung des LVGH über einen historisch wertvollen Stummfilm von 1932“, Bundesvereinigung für Kultur und Geschichte Gehörloser e. V. http://www.kugg.de/alt/download/Verkannte-Menschen_Bericht_L-Scharf.pdf (18.7.2017).

⁴⁷ *VERKANNTEN MENSCHEN*, 00:00:35–00:02:57.

⁴⁸ *VERKANNTEN MENSCHEN*, 00:07:28.

nur die Lautsprache erlernt, sondern auch „wie normale Kinder“⁴⁹ z. B. in Erdkunde oder Staatsbürgerkunde ausgebildet wird.

Durch dieses erste Filmkapitel wird zunächst ein Ansatz deutlich, der uns aus dem medizinischen Modell bekannt ist: Der ‚Schicksalsschlag‘ des Hörverlustes kann kompensiert werden, der gehörlose Mensch kann durch Therapie und hartes Training ein vollständiges Mitglied der Gesellschaft werden. Er kann seine Behinderung oder Einschränkung überwinden, wenn er sich rechtzeitig in die Hände von geschultem Personal und speziellen Instituten begibt. Im zweiten und dritten Teil des Films jedoch werden Ansätze aus dem sozialen Modell deutlich, wenn etwa ein ausgebildeter, aber gehörloser Handwerker für eine Arbeit abgelehnt wird, ohne dass der Arbeitgeber sich über dessen Fähigkeiten informiert. Von dieser sozialen Diskriminierung zeugt ein weiterer Zwischentitel: „Aber, wenn die Lehrzeit beendet ist, beginnt erst der Kampf, der Kampf mit dem Vorurteil!“ Um diese Vorurteile filmisch zu widerlegen, werden Szenen aus allen Bereichen und Berufen, in denen Gehörlose arbeiten, aneinander montiert, um zu verdeutlichen, dass diese Personen überall und ohne Einschränkungen eingesetzt werden können und, so betont es der Film mehrfach, zu 100% arbeits- und einsatzfähig sind.⁵⁰ Hier bewegt sich VERKANNTE MENSCHEN zwischen dem medizinischen und dem sozialen Modell und wäre daher aus heutiger Perspektive avantgardistisch, wollte man die drei Modelle von Behinderung innerhalb einer chronologischen und teleologischen Linearität verorten: Einerseits macht der Film deutlich, dass nur Anpassung durch das Erlernen der Lautsprache zu gesellschaftlicher Integration verhilft (und hier widerspricht er dem Ansatz des sozialen Modells), jedoch im gleichen Zuge nicht Mitleid und Pflege für gehörlose Menschen, sondern vielmehr ihre Gleichbehandlung (zumindest auf dem Arbeitsmarkt) fordert.⁵¹ Die Tragik dieses Grenzgängertums zwischen medizinischem und sozialem Modell zeigt sich auch beim Blick auf die Verwertung des Films: Kurze Zeit nach seinem Erscheinen im Jahre 1932 wurde er vom Reichsministerium für Propaganda und Aufklärung aufgrund seiner sozialkritischen Tendenz verboten, galt dann als verschollen und wurde erst 2010 wieder öffentlich aufgeführt.⁵²

Im Genre des Lehr- und Lernfilms entstanden insbesondere ab 1981, dem „UNO-Jahr der behinderten Menschen“,⁵³ zahlreiche Dokumentationen und Filmreihen, die sich

⁴⁹ VERKANNTE MENSCHEN, 00:04:27.

⁵⁰ Zur Unterstützung dieser Aussage führt der Film den Industriellen und Erfinder Henry Ford als ‚Kronzeugen‘ an. Die Kamera filmt zunächst den zugeschlagenen Buchdeckel von dessen Autobiographie, dann wird das Buch geöffnet, Seiten werden umgeblättert, bis die Kamera auf eine Seite heranzoomt (wenngleich nicht durch einen echten Zoom, sondern einen Schnitt-Trick) und eine unbekannte Hand einen Satz im Buch mit Bleistift unterstreicht: „Taubstumme erfahren bei uns keine besondere Berücksichtigung. Ihre Arbeitsleistung beträgt 100%.“ Dann geht die Kamera noch näher an den letzten Satz heran und der Bleistift unterstreicht ein weiteres Mal dick „100%“ (vgl. VERKANNTE MENSCHEN, 00:13:54–00:14:14.). Betont wird damit nicht nur die allgemeine These des Films, dass Gehörlose ‚normal‘ im Arbeitsleben eingesetzt werden können, sondern macht im Zuge dessen auch darauf aufmerksam, dass selbst in Zeiten der industriellen Massenfertigung, wie sie Ford maßgeblich bestimmte, gehörlose Menschen in ihrem Berufsfeld bestehen können, ohne dass sie besondere Betreuung benötigten.

⁵¹ Zur sozialen Verfasstheit der Gehörlosenbewegung in Deutschland bis zum Vorabend des 1. Weltkriegs vgl. Ylva Söderfeldt, *From Pathology to Public Sphere: The German Deaf Movement 1848-1914* (Bielefeld: transcript, 2013).

⁵² Scharf, „Verkannte Menschen‘ in Frankfurt am Main“, [o.P.].

⁵³ Vgl. dazu Radtke, „Zum Bild behinderter Menschen in den Medien“, [o.P.].

explizit der Frage nach dem Alltagsleben von Menschen mit Behinderung widmen und somit auch den Inklusionsbestrebungen Rechnung tragen, die von Interessensverbänden stärker eingefordert wurden.⁵⁴ Die filmischen Strategien dieser Werke bestätigen jedoch die Befürchtungen von AktivistInnen, da ihr aufklärerischer Gestus weniger auf Inklusion abzielt, sondern an die Narrative des medizinischen Modells anschließt, das man als überholt erachtet hatte.⁵⁵ Der im Jahre 2001 entstandene Film *WEGE AUS DER STILLE – GEHÖRLOSE UNTER UNS*⁵⁶ ist deshalb – wie *VERKANNTE MENSCHEN* – ein ähnlicher Grenzgänger zwischen den Modellen von Behinderung, die die Disability-Forschung proklamiert, greift er doch zu einer Zeit, in der das soziale und das kulturelle Modell zunehmend filmisch vertreten werden, verstärkt auf Strategien des medizinischen Modells zurück und lässt ihn so zwischen den Modellen oszillieren.

Der Film beginnt mit einer amerikanischen Einstellung, in der eine junge Frau vor einer bunt bemalten Wand gezeigt wird. Als sie zu gebärden beginnt, erscheinen keine Untertitel, sondern ein weibliches Voice-Over setzt mit einigen Sekunden Verzögerung ein: „Ich höre nichts. Ich spüre nur Schwingungen auf der Haut. Aber hören tu‘ ich gar nichts.“⁵⁷ Die Kamera schwenkt nach rechts auf einen jungen Mann, der ebenfalls zu gebärden beginnt und dann von einem männlichen Voice-Over stimmlich übersetzt wird: „Harte Schläge, laute Schreie kann ich hören. [...] Aber ich kann nichts verstehen und höre nur ein Durcheinander von Geräuschen. Wenn es klingelt, kann ich nicht unterscheiden, ob es die Tür ist oder das Telefon.“⁵⁸ Schon in den ersten Sekunden des Filmes wird Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit als Defizit, als fehlender Sinn markiert, der von und für Hörende/n

⁵⁴ Zu nennen ist an dieser Stelle als ‚Frühwerk‘ des sozialen Modells Werner Herzogs Dokumentarfilm *BEHINDERTE ZUKUNFT* (1971), für den er Interviews mit körperbehinderten Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern und Lehrerinnen führte und um Beobachtungen aus ihrem zumeist therapeutischen Alltag ergänzte, um im Voice-Over ganz im Sinne des sozialen Modells zu fragen: „Welche Chancen gibt ihnen die Gesellschaft, oder sind wir durch unser Verhalten nicht gar eine zusätzliche Behinderung?“ (vgl. *BEHINDERTE ZUKUNFT*, 00:01:09). *BEHINDERTE ZUKUNFT*; Regie: Werner Herzog (1971; Deutschland: Werner Herzog Filmproduktion) in *Werner Herzog DVD Edition: Documentaries and shorts* (2006; Deutschland: Werner Herzog Film). Bereich der Lehrfilme des FWU (Institut für Film und Bild in Wissenschaft und Unterricht) entstanden 1981 die Filme *TAUB = STUMM? FÖRDERUNG GEHÖRLOSER KINDER* oder *CLAUDIA IST GEHÖRLOS*, die es sich beide laut ihrer Beschreibung zur Aufgabe gemacht haben, „[...] Sympathien und Verständnis für die Situation gehörloser Kinder zu wecken.“ Vgl. die Datenbank unter <http://www.fwu.de/> (18.7.2017).

⁵⁵ Vgl. Swantje Köbsell, „Gegen Aussonderung – für Selbstvertretung: Zur Geschichte der Behindertenbewegung in Deutschland.“ Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung *Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Hamburg, 26.4.2006, http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/bewegungs_geschichte_kobsell.pdf (18.7.2017).

⁵⁶ *WEGE AUS DER STILLE – GEHÖRLOSE UNTER UNS* in *DAS BESONDERE LERNEN*; Regie: Paul Schwarz (2001; Baden-Baden: SWR). Der 30-minütige Film ist Bestandteil der Dokumentarreihe *DAS BESONDERE LERNEN*, in der auch andere Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen porträtiert werden. Das Ziel der Reihe besteht darin, „die schulischen und außerschulischen Anstrengungen“ zu dokumentieren, „[...] mit diesen Menschen umzugehen, sie zu fördern und zu integrieren.“ Vgl. Planet Schule, „Wissenspool. Das besondere Lernen“, <https://www.planet-schule.de/sf/php/sendungen.php?reihe=286> (18.7.2017). Der Filmtitel macht allerdings hier schon deutlich, dass es zwei Welten gibt, von denen die eine die andere dominiert – die hörende Welt, in die der Gehörlose aus seiner ‚stillen‘ Welt finden muss, um „unter uns“ zu sein, also um in die gesellschaftliche Mehrheit integriert werden zu können.

⁵⁷ *WEGE AUS DER STILLE*, 00:00:20.

⁵⁸ *WEGE AUS DER STILLE*, 00:00:31.

bzw. Sprechende/n ergänzt werden muss. Durch das Voice-Over und die fehlenden Untertitel wird hier zudem deutlich, dass sich der Film in erster Linie an Hörende richtet, was im Folgenden durch Bild- und Tongestaltung unterstrichen wird: So werden den meisten gehörlosen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die in ihrem familiären und schulischen bzw. beruflichen Alltag gezeigt werden, ‚Diagnosen‘ durch das Voice-Over vorangestellt. Damit wird die Frage nach dem, was diese Menschen eigentlich erst gehörlos oder gehörgeschädigt ‚gemacht‘ hat, in den Vordergrund gerückt. Es handelt sich um das von Rosemarie Garland-Thomson beschriebene klassische Narrativ des „What happened to you?“:

„The meaning of the body, thus the meaning of the self, emerges through social relations. We learn who we are by the responses we elicit from others. In social relations, disabled bodies prompt the question, ‚What happened to you?‘ The disabled body demands a narrative, requires an apologia that accounts for its difference from unexceptional bodies.“⁵⁹

Der aufklärerische Gestus des Voice-Overs, der im Sinne des medizinischen Modells durch Erläuterungen und Fakten zum Beispiel zum Thema ‚Gehörlosigkeit in Deutschland‘ gelesen werden kann, ist zwar auch dem Genre des Lehrfilms geschuldet, jedoch konzentriert er sich hier darauf zu zeigen, dass eine Annäherung der hörenden und der gehörlosen Welt und eine gesellschaftliche Inklusion schwierig bis unmöglich seien. So lässt *WEGE AUS DER STILLE* hauptsächlich Hörende über gehörlose Menschen sprechen, statt mit ihnen zu interagieren oder sie miteinander gebärden zu lassen. Die interviewten Hörenden betonen ebenso wie die Gehörlosen, wie sehr und wie gerne Nicht-Hörende unter sich bleiben, da eine Kommunikation miteinander zu Missverständnissen und Problemen führe.⁶⁰ Die Trennung durch diese Aussagen wie auch durch die unterschiedlichen filmischen Räume, in denen die Hörenden und Nicht-Hörenden verortet werden und ‚zu Wort kommen‘, steht den Bestrebungen des sozialen Modells entgegen, dessen politischer Flügel sich für mehr Inklusion und Abbau von Barrieren und Vorurteilen ausspricht. Stattdessen führt hier das ‚übereinander sprechen‘ in Zusammenhang mit dem pathologisierenden Zeigegestus des Voice-Overs zu einer Fixierung der zwei ‚Welten‘ in ihrer vermeintlichen Polarität statt die Berührungspunkte und Überschneidungen deutlich zu machen.

Wie der Titel des Films allerdings schon ankündigt, werden in ihm auch *WEGE AUS DER STILLE* aufgezeigt, also die Anpassung oder Veränderung des Gehörlosen an seine

⁵⁹ Rosemarie Garland-Thomson, „Staring Back: Self-Representations of Disabled Performance Artists“ *American Quarterly* 52 (2000): 334.

⁶⁰ In einem Gruppeninterview mit vier jungen Gehörlosen betonen diese lediglich die Nachteile von einer Annäherung zwischen der hörenden und der nicht-hörenden Welt: „Ich bin hörend geboren und als Kind ertaubt. Meine Eltern sind gehörlos, meine ganze Familie. Hier passe ich her, hier fühle ich mich wohl. Die Kommunikation mit der hörenden Welt klappt nicht gut, ich bin lieber in der Welt der Gehörlosen.“ – „Die Unterhaltung mit Hörenden ist total anstrengend für mich.“ – „Wenn sich Gehörlose treffen, ist es wie in einer Familie. Man nimmt sich in den Arm, plaudert [...] Mit Hörenden ist das schwer, aber unter den Gehörlosen ist das Gefühl da ‚Wir haben das gleiche Leben, die gleichen Probleme.“ (vgl. 00:07:16–00:09:06). Der Film legt mit dieser Sequenz den argumentativen Grundstein für sein noch folgendes Angebot, dass diese Trennung von Lebenswelten lediglich durch die Aufgabe der *Deaf Culture* aufgehoben werden könne, also durch ihre Anpassung anhand von Lautsprache und Cochlea-Implantat.

hörende Umwelt durch therapeutische Möglichkeiten wie das Erlernen der Lautsprache oder das Einsetzen eines Cochlea Implantats (CI) – und nicht die Annäherung der Stille und der Nicht-Stille: Nach der kurzen Vorstellung eines Schülers mit dem Namen Jan, der als Kleinkind ertaubte und dank seines bis dahin erfolgten Spracherwerbs ein CI eingesetzt bekommen hatte, erfolgt ein harter Schnitt und wir sehen Hände in weißen Latexhandschuhen, die ein kleines Gerät in den Händen halten und hin- und herdrehen, während eine männliche Stimme aus dem Off die technische Funktionsweise des Gerätes erläutert. Dann erfolgt ein weiterer Schnitt und der Arzt, der das CI in den Händen hält und mit seiner Erklärung fortfährt, ist in einem Operationsaal zu sehen, im Hintergrund ein bereits präparierter geöffneter Schädel, bereit für das Implantat.⁶¹ Über mehrere Minuten hinweg wird nun detailliert die Öffnung des Schädels und das Einsetzen des CI in den Kopf eines kleinen Mädchens gezeigt, während der Arzt jeden seiner Operationsschritte kommentiert. Die Naheinstellung bleibt größtenteils auf den geöffneten Schädel gerichtet – dass es sich dabei um einen lebenden Menschen handelt, ist nur kurz zu Beginn und zum Schluss der Operation sichtbar.⁶² Der Fokus auf die medizinisch-technische ‚Behebbarkeit‘ von Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit durch einen operativen Eingriff referiert hier auf eine der Grundannahmen des medizinischen Modells von Behinderung: Das ‚ge-/beschädigte‘ Individuum, das aufgrund seines ‚Defekts‘ einer nicht-normalen Minderheit zugerechnet wird, muss sich, um der ‚normalen‘ Mehrheit anzugehören, dieser fügen und durch eine Operation, den Einsatz einer ‚Prothese‘ und das Erlernen der Lautsprache (und mithin des Hörens selbst!) die eigene Behinderung überwinden.⁶³ Folglich wird in *WEGE AUS DER STILLE* die Verantwortung für eine erfolgreiche Inklusion dem/der Gehörlosen und nicht der Gesellschaft zugeteilt, wie es das soziale Modell einfordert. Das Voice-Over am Schluss des Films formuliert diese aktive Verantwortung auf Seiten der Minderheit sogar aus: „Jan hat die Welt der Stille verlassen. [...] Er hört und spricht und fühlt sich nicht ausgeschlossen.“⁶⁴

⁶¹ Die starke visuelle und sprachliche Präsenz des Arztes kann als Ausdruck des medizinischen Modells angesehen und unter dem Schlagwort der „Expertendominanz“, wie sie auch Anne Waldschmidt begriff, zusammengefasst werden. Vgl. Waldschmidt, „Disability Studies“, 17.

⁶² Was hier nicht thematisiert wird, ist die wichtige Frage nach der ethischen Vertretbarkeit eines invasiven Eingriffs an einem gehörlosen oder schwerhörigen Kind, das durch die Operation nicht nur in die Welt und Kultur des Hörens ‚gezwungen‘ wird, sondern auch als ‚Vorführobjekt‘ für die Kamera dient. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang die Studie von Harlan Lane und Michael Grodin, welche die medizinischen (und damit auch die sozialen) Praktiken des CI-Einsatzes im Kindesalter hinterfragen und sich der Frage widmen, ob derartige operative Eingriffe an gehörlosen Kindern unter ethischen Gesichtspunkten grundsätzlich vorgenommen werden sollten, auch wenn dem Kind dadurch die Wahl genommen wird, in welcher Kultur es aufwachsen möchte: Harlan Lane und Michael Grodin, „Ethical Issues in Cochlea Implant Surgery: An Exploration into Disease, Disability, and the Best Interests of the Child“ *Kennedy Institute of Ethics Journal* 7 (1997): 231-251.

⁶³ Zu den Technologien der Normalisierung und zur sozio-historischen Konstruktion von Gehörlosigkeit vgl. exemplarisch Harlan Lane, „Do Deaf People have a Disability?“ *Sign Language Studies* 2 (2001): 356-379; Harlan Lane, Robert Hoffmeister und Ben Bahan, *A Journey into the Deaf-World* (San Diego: DawnSignPress, 1996); vgl. ebenso Paddy Ladd, „Colonialism and Resistance. A Brief History of Deafhood“ in H-Dirksen L. Bauman (Hrsg.), *Open your eyes: deaf studies talking* (Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008), 42-59.

⁶⁴ *WEGE AUS DER STILLE*, 00:27:50. Argumente der Gehörlosenverbände oder der Gebärdensprachgemeinschaft finden in diesem Film keine Beachtung, obwohl deren Bedenken seit der sich verstärkenden

4. Ins-Bild-Setzungen und das kulturelle Modell von Behinderung

Eine Hinwendung zu den Kulturen des Behindert-Werdens⁶⁵ in ihrem performativen Vollzug kann vor allem in rezenten Produktionen seit den 1990er Jahren aufgezeigt werden, die eine Auseinandersetzung mit den Erfahrungsräumen ihrer Protagonisten suchen und es sich zur Aufgabe machen, deren Wahrnehmungs- und Fantasiewelten in filmische Praktiken zu übersetzen. In diesen Filmen kann eine Wechselwirkung mit dem kulturellen Modell von Behinderung aufgezeigt werden. Dieses Modell ist in Abgrenzung vom medizinischen und sozialen Modell zu verstehen, distanziert es sich doch insofern von den beiden genannten, als es ‚Schädigung‘ nicht nur als biologisch verursacht und ‚Behinderung‘ nicht ausschließlich als sozial hergestellt versteht.⁶⁶ Vielmehr gilt es hier, Behinderung als eine „kulturell spezifische Problematisierungsweise von Differenzen [aufzufassen], die an den Körper geheftet sind.“⁶⁷ Im Rahmen einer solchen Herangehensweise wird folglich der Körper, der im Kontext des sozialen Modells vernachlässigt wurde, wieder als relevante Analysekategorie bestimmt.⁶⁸ In welcher Art und Weise sich audiovisuelle Produktionen im Hinblick auf Behinderung neu positionieren bzw. einen Perspektivwechsel⁶⁹ fokussieren, wird im Folgenden anhand von drei Beispielen aufgezeigt.

So ist der Dokumentarfilm *DAS LAND DER STILLE*⁷⁰ von Nicolas Philibert das Resultat einer Langzeitbeobachtung und thematisiert in vielerlei Hinsicht das Verhältnis von hörender und nichthörender Welt. Dabei folgt Philibert einerseits den Kindern einer Sonderschulklasse und zeigt diese in ihrem Unterricht, der stark von oralen Methoden – d. h. von dem Erlernen der Lautsprache und der Verwendung von Hörgeräten – geprägt ist.⁷¹ Abseits dieses schulischen, d. h. institutionellen Umfelds sucht der Film jedoch, Auffassun-

gesellschaftlichen Präsenz der Diskurs um die Verschmelzung von Mensch und Technologie und dem daraus sich ergebenden Menschenbild vielfach geäußert und in der Disability-Forschung aufgenommen wurden (vgl. dazu Ulrike Bergermann, „Von der Verbesserung des Menschen. Cyborgs und CIs in Zeiten der Expo“ *Das Zeichen* 53 (2000): 386-393; Katrin Bentele, *Zur Frage des Umgangs mit der Frage nach dem Cochlea-Implantat* (Hamburg: Signum, 2001).

⁶⁵ Vgl. Michael Schillmeier, „Zur Politik des Behindert-Werdens: Behinderung als Erfahrung und Ereignis“ in Werner Schneider und Anne Waldschmidt (Hrsg.), *Disability Studies: Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung* (Bielefeld: transcript, 2007), 90-94.

⁶⁶ Vgl. Renggeli, „Disability Studies. Ein historischer Überblick“, 16.

⁶⁷ Anne Waldschmidt, „Behinderung“ revisited: Das Forschungsprogramm der Disability Studies aus soziologischer Sicht“ *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 2 (2004): 371.

⁶⁸ Vgl. Bill Hughes und Kevin Paterson, „The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a Sociology of Impairment“ *Disability & Society* 12 (1997): 325-340.

⁶⁹ Im Zusammenhang mit dem kulturellen Modell wird die Perspektive dahin verschoben, dass die „Mehrheitsgesellschaft [...] aus Sicht der Behinderung untersucht [wird], und nicht umgekehrt, wie es eigentlich üblich ist.“ Waldschmidt, „Behinderung“ neu denken“, 16.

⁷⁰ *DAS LAND DER STILLE* [Le pays des sourds]; Regie: Nicolas Philibert (1992; Frankreich: Les Films d'Ici, La Sept Cinema, CEC Rhône-Alpes. DVD: 2005; Second Run).

⁷¹ Zu damals vorherrschenden Unterrichtsmethoden vgl. die Sektion ‚Education for Deaf Children‘ in Harlan Lane (Hrsg.), *Parallel Views: Education and Access for Deaf People in France and the United States* (Washington: Gallaudet University Press, 1994). Zur gesetzlichen Anerkennung der Gebärdensprache in Frankreich vgl. Nina Timmermans, *The Status of Sign Languages in Europe* (Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2005), 46-48.

gen, Meinungen und Erfahrungen gehörloser Menschen zu adressieren und beabsichtigt somit Gehörlosigkeit als eine Kultur mit eigener Sprache begreifbar zu machen:

„Like everyone I had prejudice about handicapped people. We look at them with pity and think of them, as it were, through the prism of their handicap. But then I realized that the deaf have their own language and culture. A culture often misunderstood by society [...]. I made this film to give these people a voice.“⁷²

Dieser Zugang zeigt sich exemplarisch in der Eingangsszene des Films, die in konventionellen Bildern von einem Konzert berichtet: Eine Gruppe von Männern und Frauen, die im Verlauf des Films bei weiteren Auftritten gezeigt wird, steht auf der Bühne und performt. Allerdings vollzieht sich dies, ohne dass ein Ton erklingt, denn der Klang-Raum wird in diesem Fall durch die Bewegungen des Gebärdenchors erzeugt. Es scheint sich hier um eine umgekehrte Normalisierungsstrategie⁷³ zu handeln: Dabei geht es darum, eine Verbindung von Gehörlosigkeit und Musik bzw. kulturellem Ausdruck nicht a priori auszuschließen, sondern eine solche vielmehr als realisierbar anzunehmen und entsprechend auch anzuerkennen.

In ähnlicher Weise sind die vielen Interviews zu verstehen, die Philibert mit gehörlosen Personen führte und aus denen der Film lange Passagen zugänglich macht. Diese Statements haben im Film einen zentralen Stellenwert: Erstens weil Philibert auf eine sprachliche Ordnung der Bilder durch klassischen Voice-Over⁷⁴ verzichtet und zweitens weil die Interviews nicht mit Voice-Over übersetzt, sondern untitelt werden. Dieses In-den-Vordergrund-Rücken der Gebärdensprache operiert zudem nicht mit Differenzmarkierungen auf der Tonebene durch Verfremdung oder Stummschalten, wie es u. a. in *L'ISOLA DIE SORDOBIMBI* der Fall ist. Insofern kann – wenn schon nicht von einem Hörbar-Machen der Stimme – so doch von deren filmischer Sichtbarmachung bzw. Anerkennung gesprochen werden. Die Protagonisten kommen folglich durch die Interviews und den Film ausführlich ‚zur Gebärde‘, womit eine Binnenperspektive der porträtierten Gruppierung in den Mittelpunkt gerückt wird. So erläutert etwa ein junger Mann seine Erfahrung mit Hörgeräten: Nicht nur die Töne empfand er schrecklich, sondern auch den Zwang, sie in der Schule zu verwenden. Obwohl er sich *gegen* eine Nutzung solcher Geräte entschied,⁷⁵ schließt er aber letztlich nicht aus, dass diese sich für andere Menschen nicht doch als nützlich erweisen könnten. Das entscheidende Moment seiner Einschätzung liegt dabei u. E. weniger darin begründet, ein vornehmlich hörendes Wahrnehmen der Welt abzulehnen, als vielmehr die Qualität dieser Geräusche als etwas einzuordnen, das sich nicht mit seinem In-der-Welt-Sein vereinbaren lässt. Letzteres entfaltet sich vor dem Hin-

⁷² Zitiert in Maxine Baker, *Documentary in the digital age* (Amsterdam: Elsevier, 2006), 33.

⁷³ Vgl. Jürgen Link, *Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird* (Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999), 75ff.

⁷⁴ Vgl. Bill Nichols, *Representing Reality: Issues and Concepts in Documentary* (Bloomington: Indiana University Press, 1991), 37.

⁷⁵ Dies erinnert an Jean-François Mercurio, der 1990 auf einer Konferenz zur Gebärdensprache in Poitiers sein Hörgerät mit einem Hammer zerstörte. Vgl. Harlan Lane, „Constructing Deafness in France and the United States“ in Harlan Lane (Hrsg.), *Parallel Views: Education and Access for Deaf People in France and the United States* (Washington: Gallaudet University Press, 1994), 5.

tergrund eines familiären Settings, innerhalb dessen sich der Kommunikationsform der französischen Gebärdensprache bedient wird.

Dass dieses und die weiteren Interviews des Films sich durch die Verwendung langer Einstellungen auszeichnen, kann als Übersetzung einer Kultur von Gehörlosigkeit aufgefasst werden, in der „der Leib des Gehörlosen Ausdruck seiner Existenz vor allem durch seine [...] Expressivität“⁷⁶ ist. Hier können die gebärdeten Ausführungen der Interviewten im Gegensatz zu verbal artikulierten Aussagen nicht einfach mit anderen Bildern überlegt werden, wie es gängige Praxis in (Fernseh-)Dokumentationen ist. Die langen Einstellungen unterstreichen den narrativen Charakter des Films, der durch die Thematisierung einzelner biografischer Hintergründe ein Puzzlebild der französischen Gebärdensprachgemeinschaft entwirft. Diese Gestaltungsstrategie ist der verwendeten Sprache – und ebenfalls einem Mitdenken der potenziell gehörlosen Zuschauer des Films – geschuldet: Denn selbst Perspektiven- bzw. Einstellungswechsel könnten das Verstehen der Gebärdensprache erschweren.⁷⁷ Wie Annette Höhne schreibt:

„Weil bei Gehörlosen aufgrund ihrer leiblichen Konstitution die Sinnbildung durch das Hören von Tönen entfällt, ist die Anlitzgerichtetheit für den fortwährenden Fluß von Frage und Antwortstrukturen leiblichen Agierens, in dem sich Bedeutung im Mitsein mit Anderen herausbildet, unerlässlich.“⁷⁸

Diese im Film konsequent umgesetzte „Anlitzgerichtetheit“ zeigt sich in der Wahl der Kadrierung der Interviewten, die mit halbnahe Einstellungen frontal zur Kamera ins Bild gesetzt werden. Auf diese Weise wird den „bedeutungstragende[n] Bewegungen des Körpers“⁷⁹ ermöglicht, ihre räumliche sowie zeitliche Realisierung in einem Rahmen zum Vollzug zu bringen, ohne diesen dabei verlassen zu müssen.⁸⁰

Im Dokumentarfilm *IM GARTEN DER KLÄNGE*⁸¹ stellen Interviews ebenfalls einen wichtigen Bestandteil dar, auch wenn deren Gestaltung hier konventionellere Formen annimmt. D. h., während der Protagonist des Films, Wolfgang Fasser, etwa über sein Leben und seine Arbeit Auskunft gibt und sein Gesicht mit Nahaufnahmen kadriert wird, zeigt der Film den erblindeten Musiktherapeuten bei verschiedenen Tätigkeiten oder schneidet Landschaftsaufnahmen hinein. Es ergibt sich hier folglich ein anderes Problem, denn es stellt sich die Frage nach der Spannung, die zwischen dem audio-visuellen Medium und dem „erklärungsbedürftigen Phänomen“⁸² Blindheit entsteht.

⁷⁶ Annette Höhne, *Eine Welt der Stille: Untersuchungen zur Erfahrungswelt Gehörloser als Ausgangspunkt für eine phänomenologisch-orientierte Gehörlosenpädagogik* (München: Fink, 2005), 101.

⁷⁷ Vgl. die Filmrezension von Susanne Beyer, „Glücklich im Absense“, *Der Spiegel*, 1.9.1997.

⁷⁸ Höhne, *Welt der Stille*, 103. Höhne lässt dabei außer Acht, dass Menschen mit Hörbehinderungen über eine Körperwahrnehmung von Musik und Geräuschen verfügen. Vgl. Evelyn Glennie, „Hearing Essay“, <https://www.evelyn.co.uk/hearing-essay/> (18.7.2017). Siehe auch den Film über die gehörlose Musikerin: *TOUCH THE SOUND. A JOURNEY WITH EVELYN GLENNIE*; Regie: Thomas Riedelsheimer (2004; Deutschland: Filmquadrat; Skyline Productions).

⁷⁹ Ulrike Bergermann, *Ein Bild von einer Sprache: Konzepte von Bild und Schrift und das Hamburger Notationssystem für Gebärdensprachen* (München: Fink, 2001), 217.

⁸⁰ In vielen Dokumentationen und Fernsehbeiträgen werden die Äußerungen Gehörloser oft durch die Kadrierung mit Naheinstellungen abgeschnitten, was i. d. R. Verständnisprobleme erzeugen kann.

⁸¹ *IM GARTEN DER KLÄNGE*; Regie: Nicola Belluci (2009; Basel: soap factory GmbH).

⁸² Vgl. Länger, *Im Spiegel von Blindheit*, 6.

In dieser Hinsicht ist die Eingangsszene des Films bemerkenswert, denn hier werden zunächst nicht die herkömmlichen (filmischen) Erkennungsmerkmale eines Menschen mit Sehbehinderung aufgerufen. Fasser wird bei einer Autofahrt gezeigt, zusammen mit dem Jungen Andrea wird er nach Trillo gefahren, wo sich die Praxis befindet. Aber weder während der Fahrt noch bei der Ankunft am Haus des Therapeuten – hier geht Fasser mit dem Jungen um das Haus, sie schieben gemeinsam eine Schubkarre – wird deutlich darauf verwiesen, dass es sich um eine blinde Person handelt: Langstock, Sonnenbrille oder ein im Raum Umhertasten mit erhobenen Händen werden nicht zu Bestandteilen des Bildes, das hier von Fasser kreiert wird.⁸³

Dass es sich bei Fasser um eine blinde Person handelt, ist aber durchaus ein wichtiges Datum für den Film – schließlich scheint vor allem das Zusammentreffen von Blindheit und Musiktherapie ein Ausgangspunkt zu sein, der nicht nur auf das generelle Interesse des Dokumentarfilms an ‚Protagonisten mit besonderem Charakter‘ verweist, sondern zudem auch das Interesse des potenziellen Publikums mit im Blick haben könnte. Und so kommt dann noch im ersten Drittel des Films die Sprache darauf, wie Fasser erblindete: Er schildert familiären Hintergrund, Krankheitsbild, die Kindheit, den Werdegang und thematisiert seine Entscheidung für die Musiktherapie – womit wiederum auf das von Garland-Thomson analysierte Narrativ des „What happened to you?“⁸⁴ rekuriert wird.

Fasser thematisiert in seinen Ausführungen aber nicht nur sein Erblinden und die Hinwendung zur Musiktherapie. Vielmehr adressiert der Film anhand der Interviews die Faszination Fassers an der Natur und vor allem an den Geräuschen, die in dieser zu finden sind und die sich der Therapeut für seine Arbeit zu Nutze macht. Im Hinblick auf die auditive Gestaltung ist dabei zu konstatieren, dass diese eines der Hauptmerkmale des Films ausmacht. Von Beginn an wird die Tonebene fixiert. Das zeigt sich schon im Vorspann, in dem anhand von Landschaftsaufnahmen, Sternenhimmel in Zeitraffer und einer exotisch-abstrakten Geräuschkulisse – in der afrikanische Perkussion nicht fehlen darf – eine Art Ursprungsszenario produziert wird. In vielen weiteren Szenen rückt der Film die Nähe des Therapeuten zur Natur in den Mittelpunkt. So wird Fasser bei Ausflügen in die nähere Umgebung begleitet. Dabei wird seine Figur u. a. in Totalen kadriert: Der Therapeut wird in solchen Einstellungen als einzelner Mensch inszeniert, der sich die – hier romantisierte – Toskana durchschreitend aneignet. Die landschaftliche Weite mutet bei der filmischen Thematisierung von Blindheit ungewöhnlich an, wird diese doch oft mit einem eingeschränkten Aktionsradius und engen Kadrierungen assoziiert.

Das eigentliche Ziel der Fasser'schen Spaziergänge besteht jedoch darin, der Natur mit Hilfe eines sprachgesteuerten Aufnahmegerätes Töne abzulauschen. Es handelt sich um Hörspaziergänge, die darauf verweisen, dass es sich beim auditiven Wahrnehmen des ‚landschaftlichen Rauschens‘ um eine ausgeprägte Kulturtechnik handelt, die sich in der Trias von Hören, Zuhören und Verstehen vollzieht.⁸⁵ Mehrfach wird Fasser mit Nahauf-

⁸³ Vgl. Sven Degenhardt, „Darstellung von Lebensperspektiven: Rollenmuster sehgeschädigter Menschen in Spielfilmen“ in Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen e.V. (Hrsg.), *Lebensperspektiven: 32. Kongress der Blinden- und Sehbehindertenpädagogen* (Nürnberg: VBS, 1998), 970-977.

⁸⁴ Garland-Thomson, „Staring Back“.

⁸⁵ Justin Winkler, „Still! Es rauscht die Welt“ in Zuhören e.V. (Hrsg.), *Ganz Obr: Interdisziplinäre Aspekte des Zuhörens* (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002), 58.

nahmen kadriert, die sein Gesicht und die aufgesetzten Kopfhörer fokussieren. In solchen, aber auch in weiteren Einstellungen werden die Zuschauer förmlich in eine Klanglandschaft hineingesogen – ein Effekt der Immersion⁸⁶, der hier durch den Einsatz ausgeklügelter Surround-Techniken erzielt wird. Die Emphase des Hörens wird vom Film aber nicht vorrangig als eine Kompensation des ‚verloren-gegangenen‘ Sehnsinns inszeniert, bilden doch die Aufnahmen einen integralen Bestandteil von Fassers Musiktherapie. Insofern stellt die Praxis des Therapeuten einen weiteren zentralen Ort des Films dar, an dem die Kamera Fassers Arbeit mit den Kindern Andrea, Ermanno, Jenny und Lucia beobachtet. Die Kameraeinstellungen zeigen die Nähe zwischen Fasser und den Kindern mit mehrfachen Behinderungen. Die Praxis stellt dabei einen Erlebnisraum dar, in dem Töne als ein verbindendes Element gelten. So ermöglicht eine Klangliege nicht nur das Erzeugen von meditativen Saitentönen, sondern auch deren körperliches Empfinden: Dieses ‚mit dem Körper hören‘ adressiert die Kamera immer wieder anhand von Nahaufnahmen, die die Hände Fassers und der Kinder auch zusammen an den Instrumenten zeigen. Die hier audiovisuell fabrizierte Gemeinschaft von Therapeut und Behandelten verweist auf eine Beziehung, innerhalb derer die Beteiligten nicht durch eine hierarchisch strukturierte ‚akromatische Lehrmethode‘ in Verbindung treten,⁸⁷ sondern vielmehr einen auf Augenhöhe angesetzten Prozess des Gegenseitig-von-einander-Lernens anvisieren. Es geht hier folglich gerade nicht um die Einübung verordneter körperlicher Routinen und Verrichtungen, sondern vielmehr um das fortwährende Ausprobieren einer immer wieder aufs Neue zu stabilisierenden experimentellen Anordnung.

Eine solche Art von Verhältnis scheint sich – wenngleich in einer anderen Konstellation – auch zwischen Laura Bari und Antoine Huang abzuzeichnen.⁸⁸ Die Filmemacherin Bari begleitete Antoine über einen Zeitraum von zwei Jahren und bezog diesen in die Gestaltung des nach ihm benannten Dokudramas ANTOINE⁸⁹ mit ein. So thematisiert der Film nicht nur den schulischen oder familiären Alltag des Jungen. Vielmehr adressiert er auch und vor allem die Fantasie und das kreative Potenzial des Sechsjährigen.⁹⁰

Dies zeigt sich zu Beginn des Films, wenn Antoine seine ‚Krankengeschichte‘ selbst erzählt – und zwar ohne dass dabei eine ärztliche Expertenfigur in Erscheinung tritt.⁹¹ Gleich die erste Szene enthält die Nahaufnahme eines Ohres. Das reduzierte Licht der Einstellung lenkt die Aufmerksamkeit auf die Tonebene, auf der zu hören ist, was das Ohr wahrnimmt: Herzklopfen und das Geräusch einer Beatmungsmaschine. Wie diese Bilder und Klänge zu verstehen sind, darüber gibt der Protagonist selbst Auskunft. Mit Headset

⁸⁶ Vgl. Robin Curtis, „Immersion und Einfühlung: Zwischen Repräsentationalität und Materialität bewegter Bilder“ *Montage/av* 17 (2008): 89-109.

⁸⁷ Vgl. Jürgen Trabant, „Sprache und Hörigkeit des Menschen“ in Dietmar Kamper und Christoph Wulf (Hrsg.), *Anthropologie nach dem Tode des Menschen: Vervollkommnung und Unverbesserlichkeit* (Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1994), 286.

⁸⁸ Vgl. Robert Stock und Beate Ochsner, „Translations of Blind Perception in the Films *Monika* (2012) and *Antoine* (2008)“ *InVisible Culture* 19 (2013), [o.P.] <http://hdl.handle.net/1802/28020> (18.7.2017).

⁸⁹ ANTOINE; Regie: Laura Bari (2008; Montreal: EyeSteelFilm).

⁹⁰ Zum interaktiven Modus des Dokumentarfilms vgl. Nichols, *Representing Reality*, 69-75.

⁹¹ Zur autobiographischen Dimension des Films vgl. Isabel Pedersen und Kristen Aspevig, „My eyes ended up at my fingertips: Antoine, autobiographical documentary, and the cinematic depiction of a blind child subject“ *Biography* 34 (2011): 639-656.

ausgerüstet und an einer manuellen Braille-Schreibmaschine sitzend, berichtet er darüber, wie er 100 Tage zu früh auf die Welt kam. Im Inkubator verbrachte er die ersten drei Lebensmonate und erblindete dort auf Grund des zu hohen Sauerstoffgehalts. Die Geräusche auf der Tonebene erweisen sich folglich als eine Perspektive, die einen Zugang zur nicht-sichtbaren und entfernten Vergangenheit Antoines zu konstruieren sucht,⁹² als Antoine den Inkubator nicht sehen, aber hören konnte.

Einen anderen, zentralen Erzählstrang des Films bildet eine Detektivstory, in der Antoine den Detektiv Dec spielt und von zwei seiner Schulfreundinnen begleitet wird. Im Verlauf des Films begibt sich Dec mehrfach allein wie auch in Begleitung seiner Freundinnen auf die Suche nach der rätselhaften und verschwundenen Madame Rouski, von der nur dann und wann ein hörbares Zeichen auf der Tonebene vernommen werden kann. Bei den Nachforschungen gelangt das Trio unter anderem an einen Fluss und betritt eine Brücke. Plötzlich ruft Dec, er habe die Gesuchte gesehen. Seine Behauptung löst einen Streit mit den sehenden Begleiterinnen aus, die vehement widersprechen, die Verschwundene erblickt zu haben. Unterdessen zeigt aber die Kamera in einer sekundenkurzen Einstellung eine im Fluss schwimmende Dame, die sie aber im nächsten Moment wieder verschwinden lässt. Die Kamera wirkt hier als Komplizin Antoines und verunsichert die vermeintliche Sicherheit dessen, was Sehen bedeutet. Es scheint wie beim Zaubertrick mit der verschwundenen Dame zu sein, den schon der Filmpionier Georges Méliès in *ESCAMOTAGE D'UNE DAME CHEZ ROBERT HOUDIN* inszenierte⁹³ und der darauf verweist, dass Verschwinden und Sichtbarmachung im Film nicht nur dicht beieinander liegen, sondern in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander stehen.⁹⁴

5. Konklusion

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass Konzeptionalisierungen von ‚Behinderung‘ und filmische Praktiken der Ins-Bild-Setzung in einem komplexen, sich verändernden und spannungsreichen Wechselverhältnis zueinander stehen. Dabei gilt es prinzipiell zu beachten, dass alle drei Modelle von ‚Behinderung‘, die hier behandelt wurden, primär heuristischen Zwecken dienen können. Denn es bleibt anzumerken, dass bereits der Begriff des ‚Modells‘ bestimmte Passformen insinuiert, in die Behinderte/Nicht-Behinderte sich einpassen bzw. ihnen (zwangsweise) angepasst werden. Diese Formen und Passungen, die Diskurse, Verhaltensweisen und Themen haben sich im Verlauf der Geschichte verändert. Ihre Relation zur audiovisuellen Kultur und ihren Praktiken scheint erst seit dem kulturellen Modell wahrgenommen zu werden.⁹⁵ In diesem Kontext kann von einer Erweiterung

⁹² Vgl. Karin Bijsterveld und Jos van Dijck, „Introduction“ in Karin Bijsterveld und Jos van Dijck (Hrsg.), *Sound souvenirs: Audio Technologies, Memory and Cultural Practices* (Amsterdam: Amsterdam University Press, 2009), 11-21.

⁹³ *ESCAMOTAGE D'UNE DAME CHEZ ROBERT HOUDIN*; Regie: Georges Méliès (1896; Paris: StarFilm). Vgl. Matthew Solomon. *Disappearing Tricks: Silent Film, Houdini, and the New Magic of the Twentieth Century* (Urbana: University of Illinois Press, 2010), 34-35.

⁹⁴ Vgl. Cornelia Renggli, „Disability Studies und die Un-/Sichtbarkeit von Behinderung“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 29 (2005): 81.

⁹⁵ Eine langsame Bewusstwerdung der Relevanz der Medien schlägt sich auch in den Forschungsarbeiten nieder, so u. a. bei Cornelia Renggli „Die Unterscheidungen des Bildes zum Ereignis machen. Zur Bildana-

der Bandbreite möglicher Rollenmuster für Protagonisten mit Behinderung gesprochen werden, in gewissem Maße wandeln sich auch die Narrative, wenngleich das „What-happened-to-you“⁹⁶ – oder das Rehabilitationsnarrativ nach wie vor dominieren. Damit fungiert Behinderung – wie z. B. David Mitchell und Sharon Snyder festgestellt haben – nach wie vor häufig als ‚narrative Prothese‘ oder Motiv für die Kritik an sozialen Verhältnissen.⁹⁷ Dies ruft in der Regel bestimmte Erzähl- oder Filmgenres wie z. B. den Problemfilm oder das *body genre* auf,⁹⁸ die Menschen mit Behinderungen bestimmte Bildpositionen und ein weitestgehend vorgegebenes Rollenspektrum zuweisen, das kaum über das des Opfers, Täters oder – in der Überwindung der Behinderung – des Elitekrüppels oder ‚Supercrrips‘⁹⁹ hinausführt. Auch subversive Strategien sind hierbei nicht ausgeschlossen: Nicht zu Unrecht warnt Doris Gerbig vor deren Vereinnahmung und Überführung in die Marktförmigkeit oder in Normalisierungsdiskurse,¹⁰⁰ wie dies zuletzt in dem Spielfilm ZIEMLICH BESTE FREUNDE oder in der Dokumentation GOLD: DU KANNST MEHR, ALS DU DENKST zu sehen ist.¹⁰¹

Im vielfach geäußerten Wunsch nach Autonomie der Darstellung muss demzufolge berücksichtigt werden, dass eine Begegnung der Blicke auf Augenhöhe, wie u. a. von Rosemarie Garland-Thomson eingefordert, nicht nur anerkennungsphilosophisch, sondern auch deshalb Illusion bleiben muss, weil die Medialität des erzeugten Begegnungsraums unberücksichtigt bleibt oder zugunsten des Glaubens an eine direkte Kommunikation gelehnet wird. „[E]ine Ebenbürtigkeit von Sehenden und Angesehenen“ wird, wie Ulrike Bergermann zeigen konnte, „in Philosophien der Anerkennung [...] an ihre Grenze geführt“, jedweder Versuch, „die Position des Anderen zu bestimmen, muss wie eine Verein-

lyse mit Werkzeugen von Luhmann und Foucault“ in Sabine Maasen, Torsten Mayerhauser und Cornelia Renggli (Hrsg.) *Bilder als Diskurse – Bilddiskurse* (Weilerswist: Velbrück, 2006), 181-198; Sally Chivers and Nicole Marcotic (Hrsg.), *The Problem Body: Projecting Disability on Film* (Columbus: Ohio State University Press, 2010); Ulrike Bergermann, „Verletzbare Augenhöhe. Disability, Bilder und Anerkennbarkeit“ in Beate Ochsner und Anna Grebe (Hrsg.), *Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur* (Bielefeld: transcript, 2013), 281-307; Beate Ochsner, „Ich wollte, Sie könnten das auch einmal sehen‘ (Fini Straubinger). Zum Widerstand der Bilder in Land des Schweigens und der Dunkelheit“ in Beate Ochsner und Anna Grebe, *Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur* (Bielefeld: transcript, 2013), 261-81.

⁹⁶ Vgl. Garland-Thomson, „Staring back“, 334.

⁹⁷ Vgl. David T. Mitchell und Sharon L. Snyder. *Narrative Prosthesis: Disability and the Dependencies of Discourse* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 2008). Siehe auch Katie Ellis, *Disabling diversity: The Social Construction of disability in 1990s Australian National Cinema* (Saarbrücken: VDM, 2008).

⁹⁸ Zur Relation zum Genre vgl. Chivers und Marcotic, *The Problem Body*.

⁹⁹ Vgl. u. a. Paul Darke, „Eye Witness“ in Ann Pointon, Chris Davies und Paddy Masefield (Hrsg.), *Framed: Interrogating Disability in the Media* (London: British Film Institute, 1997), 37; Amit Kama, „Supercrrips Versus the pitiful handicapped: Reception of disabling images by disabled audience members“ *Communications: The European Journal of Communication Research* 29 (2004): 447-466.

¹⁰⁰ Vgl. Doris Gerbig, „Intersektionalität: Machtkategorien und Körperlichkeit. Race, Gender, Class, Dis-Ability – alles zusammen denkbar!?“ Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung ‚Behinderung ohne Behinderte?!‘ *Perspektiven der Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Universität Hamburg, 14.11.2011, http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/gerbig_14112011.pdf (18.7.2017).

¹⁰¹ ZIEMLICH BESTE FREUNDE; Regie: Olivier Nakache, Éric Toledano (2011; Quad Productions, Chaocorp, Gaumont); GOLD. DU KANNST MEHR, ALS DU DENKST; Regie: Michael Hammon (2013; Hamburg: Parapictures Film Production).

nahmung aussehen.“¹⁰² So markiert jeder Versuch, einen Menschen medial zu situieren, nicht nur dessen Position, sondern im Gegenzug auch die eigene Position; die jedoch, als unmarkierte, häufig den Status von Normalität erhält und – wie in zahlreichen Filmbeispielen aufgezeigt – in ihrer medialen Produktion unhinterfragt bleibt.

Doch Anerkennung oder Anerkenbarkeit geht der medialen Inszenierung nicht voraus, sondern wird im Prozess medialer Übersetzungen erzeugt oder aber verhindert. Sie ist keine vorgängig existierende Größe, die wiederhol- oder abbildbar wäre, vielmehr setzt sie sich in ihrer Performanz dem Risiko aber auch den Möglichkeiten des medialen Zwischenraums aus. Medien sind in diesem Prozess nicht als zeitresistente universelle Formen, sondern als stets reflektierbare, temporär stabile Ausdifferenzierungen variabler relationaler Verhältnisse oder Individuationsprozesse zu begreifen, die sich stets auf den Anderen beziehen. So wird gerade nicht der abgebildete Mensch, sondern die Medialität der Abbildung verhandelt, nicht der Behinderte steht zur Diskussion, sondern Übersetzungen von Identität und Alterität im Zwischen- oder Projektionsraum audiovisueller Medien.

¹⁰² Bergermann, „Verletzbare Augenhöhe“, 298, 304.

Literatur

1. Baker, Maxine. *Documentary in the Digital Age*. Amsterdam: Elsevier, 2006.
2. Balke, Friedrich. „Einleitung: Gesten der Grenzziehung. Ein-/Ausschluss.“ In *Die Listen der Evidenz*. Herausgegeben von Michael Cuntz, Barbara Nitsche, Isabell Otto und Marc Spaniol, 277-282. Köln: DuMont, 2006.
3. Bartmann, Silke. *Der behinderte Mensch im Spielfilm: Eine kritische Auseinandersetzung mit Mustern, Legitimationen, Auswirkungen von und dem Umgang mit Darstellungsweisen von behinderten Menschen in Spielfilmen*. Münster: Lit, 2002.
4. Bentele, Katrin. *Zur Frage des Umgangs mit der Frage nach dem Cochlea-Implantat*. Hamburg: Signum, 2001.
5. Bergermann, Ulrike. „Verletzbare Augenhöhe. Disability, Bilder und Anerkennbarkeit.“ In *Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur*. Herausgegeben von Beate Ochsner und Anna Grebe, 281-307. Bielefeld: transcript, 2013.
6. Bergermann, Ulrike. *Ein Bild von einer Sprache: Konzepte von Bild und Schrift und das Hamburger Notationsystem für Gebärdensprachen*. München: Fink, 2001.
7. Bergermann, Ulrike. „Von der Verbesserung des Menschen. Cyborgs und CIs in Zeiten der Expo.“ *Das Zeichen* 53 (2000): 386-393.
8. Beyer, Susanne. „Glücklich im Abseits.“, *Der Spiegel*, 1.9.1997.
9. Bijsterveld, Karin und Jos van Dijck. „Introduction.“ In *Sound souvenirs: Audio Technologies, Memory and Cultural Practices*. Herausgegeben von Karin Bijsterveld und Jos van Dijck, 11-21. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2009.
10. Bösl, Elsbeth. „Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik.“ *APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte* 23 (2010): 6-12.
11. Bösl, Elsbeth. *Politiken der Normalisierung: Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: transcript, 2009.
12. Chivers, Sally und Nicole Marcotic (Hrsg.). *The Problem Body: Projecting disability on film*. Columbus: Ohio State University Press, 2010.
13. Curtis, Robin. „Immersion und Einfühlung: Zwischen Repräsentationalität und Materialität bewegter Bilder.“ *Montage/av* 17 (2008): 89-107.
14. Darke, Paul. „Eye Witness.“ In *Framed: Interrogating Disability in the Media*. Herausgegeben von Ann Pointon, Chris Davies und Paddy Masefield, 36-42. London: British Film Institute, 1997.
15. Degenhardt, Sven. „Darstellung von Lebensperspektiven: Rollenmuster sehgeschädigter Menschen in Spielfilmen.“ In *Lebensperspektiven: 32. Kongress der Blinden- und Sehbehindertenpädagoginnen*. Herausgegeben von Verband der Blinden- und Sehbehindertenpädagoginnen e.V., 959-978. Nürnberg: VBS, 1998.
16. Dierks, Klaas. „Sprechende Hände“: *Ein Film und seine Geschichte*. Potsdam: Verband Evangelischer Einrichtungen für die Rehabilitation Behinderter e. V. Stuttgart (VE-ERB), 1995.
17. Ellis, Katie. *Disabling diversity: The Social Construction of disability in 1990s Australian National Cinema*. Saarbrücken: VDM, 2008.
18. Fandrey, Walter. *Krüppel, Idioten, Irre: Zur Sozialgeschichte behinderter Menschen in Deutschland*. Stuttgart: Silberburg, 1990.

19. Foucault, Michel. *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1977.
20. Fuchs, Petra. „Sei doch dich selbst‘ – Krankenakten als historische Quellen von Subjektivität im Kontext der Disability History.“ In *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*. Herausgegeben von Elsbeth Bösl, 105-126. Bielefeld: transcript, 2010.
21. Garland-Thomson, Rosemarie. „Staring back: Self-representations of disabled performance artists.“ *American Quarterly* 52 (2000): 334-338.
22. Goffman, Erving. *Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1967.
23. Hacking, Ian. „Making up People.“ *London Review of Books* 28 (2006): 23-26.
24. Hättich, Achim. „Schwalben oder Strohfeuer: Zur Sichtbarkeit von Personen mit Behinderung in Spielfilmen.“ *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 16 (2011): 23-29.
25. Heiner, Stefan und Enzo Gruber (Hrsg.). *Bildstörungen. Kranke und Behinderte im Spielfilm*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 2003.
26. Heller, Paul. *Von der Landeskrüppelanstalt zur Orthopädischen Universitätsklinik: Das ‚Elisabethheim‘ in Rostock*. Münster: Lit, 2009.
27. Hermes, Gisela und Eckhard Rohrmann. *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*. Neu-Ulm: AG Spak, 2006.
28. Höhne, Annette. *Eine Welt der Stille: Untersuchungen zur Erfahrungswelt Gehörloser als Ausgangspunkt für eine phänomenologisch-orientierte Gehörlosenpädagogik*. München: Fink, 2005.
29. Holert, Tom. *Imagineering. Visuelle Kultur und Politik der Sichtbarkeit*. Köln: Oktagon, 2000.
30. Hughes, Bill und Kevin Paterson. „The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a Sociology of Impairment.“ *Disability & Society* 12 (1997): 325-340.
31. Kama, Amit. „Supercrrips Versus the Pitiful Handicapped: Reception of Disabling Images by Disabled Audience Members.“ *Communications: The European Journal of Communication Research* 29 (2004): 447-466.
32. Köbsell, Swantje und Monika Strahl. „Befreiung aus der Leidensfalle. Impulse für die Disability Studies in Deutschland.“ In *Disability Studies in Deutschland – Behinderung neu denken! Dokumentation der Sommeruni 2003*. Herausgegeben von Gisela Hermes und Swantje Köbsell, 124-127. Kassel: bifos, 2003.
33. Lane, Harlan. „Do Deaf People have a Disability?“ *Sign Language Studies* 2 (2001): 356-379.
34. Lane, Harlan. „Constructing Deafness in France and the United States.“ In *Parallel Views: Education and Access for Deaf People in France and the United States*. Herausgegeben von Harlan Lane, 3-24. Washington: Gallaudet University Press, 1994.
35. Lane, Harlan. *Parallel Views: Education and Access for Deaf People in France and the United States*. Washington: Gallaudet University Press, 1994.
36. Lane, Harlan und Michael Grodin. „Ethical Issues in Cochlea Implant Surgery: An Exploration into Disease, Disability, and the Best Interests of the Child.“ *Kennedy Institute of Ethics Journal* 7 (1997): 231-251.

37. Lane, Harlan, Robert Hoffmeister und Ben Bahan (Hrsg.). *A Journey into the Deaf-World*. San Diego: DawnSignPress, 1996.
38. Länger, Carolin. *Im Spiegel von Blindheit: Zur Kulturosoziologie des Sehens*. Stuttgart: Lucius, 2002.
39. Latour, Bruno. „Über technische Vermittlung: Philosophie, Soziologie und Genealogie.“ In *Anthology: Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie*. Herausgegeben von Andrea Belliger und David J. Krieger, 483-528. Bielefeld: transcript, 2006.
40. Lemke, Thomas. „Neue Vergemeinschaftungen? Entstehungskontexte, Rezeptionslinien und Entwicklungstendenzen des Begriffs der Biosozialität.“ In *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Herausgegeben von Katharina Liebsch und Ulrike Manz. 21-42. Bielefeld: transcript, 2010.
41. Link, Jürgen. *Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999.
42. Meeuf, Russell. „John Wayne as ‚Supercrip‘: Disabled Bodies and the Construction of ‚Hard‘ Masculinity in the Wings of Eagles.“ *Cinema Journal* 48 (2009): 88-113.
43. Mirzoeff, Nicholas. „The Subject of Visual Culture.“ In *The Visual Culture Reader*. Herausgegeben von Nicolas Mirzoeff, 3-23. London: Routledge, 2002.
44. Mirzoeff, Nicholas. *An Introduction to Visual Culture*. London: Routledge, 1999.
45. Mitchell, David T. und Sharon L. Snyder. *Narrative Prosthesis: Disability and the Dependencies of Discourse*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2008.
46. Nichols, Bill. *Representing Reality: Issues and Concepts in Documentary*. Bloomington: Indiana University Press, 1991.
47. Ochsner, Beate „Ich wollte, Sie könnten das auch einmal sehen‘ (Fini Straubinger). Zum Widerstand der Bilder in Land des Schweigens und der Dunkelheit.“ In *Andere Bilder. Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur*. Herausgegeben von Beate Ochsner und Anna Grebe, 261-281. Bielefeld: transcript, 2013.
48. Ochsner, Beate und Anna Grebe (Hrsg.). *Andere Bilder: Zur Produktion von Behinderung in der visuellen Kultur*. Bielefeld: transcript, 2013.
49. Oliver, Michael. *Understanding Disability*. London: Macmillan, 1996.
50. Osten, Philipp. „Emotion, Medizin und Volksbelehrung. Die Entstehung des ‚deutschen Kulturfilms‘.“ *Gesnerus. Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences* 66 (2009): 67-102.
51. Osten, Philipp. „Ärzte als Filmregisseure. Ein Ufa-Kulturfilm aus dem Berliner Oskar-Helene-Heim für die Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder, aufgenommen in den Jahren 1910 bis 1920.“ *Filmblatt. Wissenschaftliche Zeitschrift von Cinegraph Babelsberg* 13 (2008): 37-56.
52. Osten, Philipp. *Die Modellanstalt: Über den Aufbau einer ‚modernen Krüppelfürsorge‘, 1905-1933*. Frankfurt a. M.: Mabuse, 2004.
53. Pedersen, Isabel und Kristen Aspevig. „My eyes ended up at my fingertips‘: Antoine, autobiographical documentary, and the cinematic depiction of a blind child subject.“ *Biography* 34 (2011): 639-656.
54. Radtke, Peter. „Zum Bild behinderter Menschen in den Medien.“ *APuZ. Aus Politik und Zeitgeschichte* 8 (2003): 7-12.
55. Rajchman, John. „Foucault’s Art of Seeing.“ *October* 44 (1988): 88-119.

56. Renggli, Cornelia. „Die Unterscheidungen des Bildes zum Ereignis machen. Zur Bildanalyse mit Werkzeugen von Luhmann und Foucault.“ In *Bilder als Diskurse – Bilddiskurse*. Herausgegeben von Sabine Maasen, Torsten Mayerhauser und Cornelia Renggli, 181-198. Weilerswist: Velbrück, 2006.
57. Renggli, Cornelia. „Disability Studies. Ein historischer Überblick.“ In *Disability Studies: Ein Lesebuch*. Herausgegeben von Cornelia Renggli und Jan Weisser, 15-26. Luzern: SZH CSPS Edition, 2005.
58. Renggli, Cornelia. „Disability Studies und die Un-/Sichtbarkeit von Behinderung.“ *Psychologie und Gesellschaftskritik* 29 (2005): 79-94.
59. Schillmeier, Michael. „Dis/Abiling Practices. Rethinking Disability.“ *Human Affairs* 17 (2007): 195-208.
60. Schillmeier, Michael. „Zur Politik des Behindert-Werdens. Behinderung als Erfahrung und Ereignis.“ In *Disability Studies: Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung*. Herausgegeben von Werner Schneider und Anne Waldschmidt, 79-102. Bielefeld: transcript, 2007.
61. Schmidt, Ulf. „Sozialhygienische Filme und Propaganda in der Weimarer Republik.“ In *Gesundheitskommunikation*. Herausgegeben von Dietmar Jazbinsek, 53-82. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2000.
62. Scholz, Leander. „Anrufung und Ausschliessung. Zur Politik der Adressierung bei Heidegger und Althusser.“ In *Die Listen der Evidenz*. Herausgegeben von Michael Cuntz, Barbara Nitsche, Isabell Otto und Marc Spaniol, 283-297. Köln: DuMont, 2006.
63. Shakespeare, Tom. „Sex, Death and Stereotypes: Disability in Sick and Crash.“ In *Signs of Life: Cinema and Medicine*. Herausgegeben von Graeme Harper, 58-69. London: Wallflower Press, 2005.
64. Söderfeldt, Ylva. *From Pathology to Public Sphere: The German Deaf Movement 1848-1914*. Bielefeld: transcript, 2013.
65. Solomon, Matthew. *Disappearing Tricks: Silent Film, Houdini, and the New Magic of the Twentieth Century*. Urbana: University of Illinois Press, 2010.
66. Stock, Robert und Beate Ochsner. „Translations of Blind Perception in the Films Monika (2012) and Antoine (2008)“, *InVisible Culture* 19 (2013): [o.P.]. <http://hdl.handle.net/1802/28020> (18.7.2017).
67. Timmermans, Nina. *The Status of Sign Languages in Europe*. Strasbourg: Council of Europe Publishing, 2005.
68. Trabant, Jürgen. „Sprache und Hörigkeit des Menschen.“ In *Anthropologie nach dem Tode des Menschen: Vervollkommnung und Unverbesserlichkeit*. Herausgegeben von Dietmar Kamper und Christoph Wulf, 279-304. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 1994.
69. Vogel, Martin. *Hygienische Filme*. Dresden: Deutscher Verlag für Volkswohlfahrt, 1926.
70. Waldschmidt, Anne. „Die Macht der Normalität: Mit Foucault ‚(Nicht-)Behinderung‘ neu denken.“ In *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme*. Herausgegeben von Roland Anhorn, Frank Bettinger und Johannes Stehr, 119-133. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2007.
71. Waldschmidt, Anne. „Macht – Wissen – Körper: Anschlüsse an Michel Foucault in den Disability Studies.“ In *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung*:

Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Herausgegeben von Anne Waldschmidt und Werner Schneider, 55-77. Bielefeld: transcript, 2007.

72. Waldschmidt, Anne. „Brauchen die Disability Studies ein ‚kulturelles Modell‘ von Behinderung?“ In *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*. Herausgegeben von Gisela Hermes und Eckhard Rohrmann, 83-96. Neu-Ulm: AG Spak, 2006.
73. Waldschmidt, Anne. „Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung?“ *Psychologie & Gesellschaftskritik* 29 (2005): 9-31.
74. Waldschmidt, Anne. „‚Behinderung‘ revisited: Das Forschungsprogramm der Disability Studies aus soziologischer Sicht.“ *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 2 (2004): 365-376.
75. Waldschmidt, Anne. „Behinderung‘ neu denken: Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies.“ In *Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation*. Herausgegeben von Anne Waldschmidt, 11-22. Kassel: bifos e. V., 2003.
76. Waldschmidt, Anne. *Selbstbestimmung als Konstruktion: Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer*. Opladen: Leske + Budrich, 1999.
77. Winkler, Justin. „Still! Es rauscht die Welt.“ In *Ganz Ohr: Interdisziplinäre Aspekte des Zuhörens*. Herausgegeben von Zuhören e. V., 53-63. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2002.
78. Zimmermann, Peter. *Geschichte des dokumentarischen Films in Deutschland*. Band 3. Stuttgart: Reclam, 2005.

Filmographie

1. ANTOINE; Regie: Laura Bari. 2008; Canada: EyeSteelFilm.
2. AUSDRUCKSVERHALTEN EINES TAUBLIND GEBORENEN MÄDCHENS; Regie: Irenäus Eibl-Eibesfeldt. 1982; Deutschland: Institut für wissenschaftlichen Film.
3. BEHINDERTE ZUKUNFT; Regie: Werner Herzog. 1971; Deutschland: Werner Herzog Filmproduktion. In: *Werner Herzog DVD Edition: Documentaries and shorts*. 2006; Deutschland: Werner Herzog Film.
4. DAS LAND DER STILLE [Le pays des sourds]; Regie: Nicolas Philibert. 1992; Frankreich: Les Films d'Ici, La Sept Cinema, CEC Rhône-Alpes. DVD: 2005; Second Run.
5. DIE ZWANZIGER JAHRE: AUFBRUCH IM CHAOS; Regie: Christian Schulz. 2005; Deutschland: ARD.
6. ESCAMOTAGE D'UNE DAME CHEZ ROBERT HOUDIN; Regie: Georges Méliès. 1896; Frankreich: StarFilm.
7. GOLD. DU KANNST MEHR, ALS DU DENKST; Regie: Michael Hammon. 2013; Deutschland: Parapictures Film Production.
8. IM GARTEN DER STILLE [Nel giardino dei suoni]; Regie: Nicola Belluci. 2009; Schweiz: soap factory GmbH.
9. KRÜPPELNOT UND KRÜPPELHILFE, Regie: Nicholas Kaufmann. 1920-21; Berlin, Deutschland: Universum Film AG (Ufa).

10. L'ISOLA DEI SORDOBIMBI; Regie: Stefano Cattini. 2009; Italien: Doruntina Film/POPCult.
11. PSYCHOMOTORISCHE BESONDERHEITEN BLINDER KINDER; Regie: Günter Mackensen. 1957; Deutschland: Institut für wissenschaftlichen Film (IWF).
12. SPRECHENDE HÄNDE; Regie: Gertrud David. 1925; Deutschland: Gervid Film GmbH.
13. TOUCH THE SOUND. A JOURNEY WITH EVELYN GLENNIE; Regie: Thomas Riedelsheimer. 2004; Deutschland: Filmquadrat; Skyline Productions.
14. VERKANNTEN MENSCHEN: EIN FILM AUS DEM LEBEN DER GEHÖRLOSEN; Regie: Alfred Kell. 1932; Deutschland: Universum Film AG (Ufa); Reichsverband der Gehörlosen Deutschlands (ReGeDe). DVD: 2009; Frankfurt: Landesverband der Gehörlosen Hessen.
15. WEGE AUS DER STILLE – GEHÖRLOSE UNTER UNS. In: DAS BESONDERE LERNEN; Regie: Paul Schwarz. 2001; Deutschland: SWR.
16. ZIEMLICH BESTE FREUNDE; Regie: Olivier Nakache, Éric Toledano. 2011; Frankreich: Quad Productions, Chaocorp, Gaumont.

Internetquellen

1. „Dierks, Klaas: Gertrud David – Regisseurin, Produzentin. Biografie. *Cinegraph. Lexikon zum deutschsprachigen Film*“
http://www.cinegraph.de/lexikon/David_Gertrud/biografie.html (11.07.2017).
2. „Gerbig, Doris: Intersektionalität: Machtkategorien und Körperlichkeit. Race, Gender, Class, Dis-Ability – alles zusammen denkbar!? Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung ‚Behinderung ohne Behinderte?!‘ *Perspektiven der Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Universität Hamburg, 14.11.2011“
http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/gerbig_14112011.pdf (18.7.2017).
3. „Glennie, Evelyn: Hearing Essay“
<https://www.evelyn.co.uk/hearing-essay/> (18.7.2017).
4. „Köbsell, Swantje: Gegen Aussonderung – für Selbstvertretung: Zur Geschichte der Behindertenbewegung in Deutschland. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung *Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Universität Hamburg, 26.4.2006“
http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/bewegungsgeschichte_kobsell.pdf (18.7.2017).
5. „Maskos, Rebecca: ‚Bist Du behindert oder was?!‘ Behinderung, Ableism und souveräne Bürger_innen. Vortrag im Rahmen der Ringvorlesung ‚Behinderung ohne Behinderte?!‘ *Perspektiven der Disability Studies*. Zentrum für Disability Studies, Universität Hamburg, 14.12.2011“
http://www.zedis-ev-hochschule-hh.de/files/maskos_14122011.pdf (18.7.2017).
6. „Scharf, Lothar: ‚Verkannte Menschen‘ in Frankfurt am Main – Benefizveranstaltung des LVGH über einen historisch wertvollen Stummfilm von 1932. Bundesvereinigung für Kultur und Geschichte Gehörloser e.V.“
http://www.kugg.de/alt/download/Verkannte-Menschen_Bericht_L-Scharf.pdf (11.07.2017).
7. „Schulenburg, Mathias: Der Filmprojektor hat ausgedient: Das ‚Institut für den wissenschaftlichen Film‘ wird abgewickelt (2011)“

http://medien.wdr.de/m/1300898111/radio/leonardo/wdr5_leonardo_20110323.mp3 (18.7.2017).

8. „Stock, Robert und Beate Ochsner: Translations of blind perception in the films *Monika* (2012) and *Antoine* (2008). *InVisible Culture* 19 (2013)“ <http://hdl.handle.net/1802/28020> (18.7.2017).

Kurzbiographien der AutorInnen

Elsbeth Bösl (Dr. phil.), Studium der Geschichte und Archäologie, forscht an der Professur für Wirtschafts-, Sozial- und Technikgeschichte der Universität der Bundeswehr, München. Forschungsschwerpunkte: Disability History, Technikgeschichte, Geschlechtergeschichte. Zuletzt erschienen: „Geschlecht als Kategorie in der Technikgeschichtsforschung“. In *Frauen – Männer – Queer. Ansätze und Perspektiven aus der historischen Genderforschung*. Herausgegeben von Anne Conrad, Johanna E. Blume und Jennifer J. Moos. St. Ingbert: Roehrig Verlag, 2015, 47-66.

Anne Helen Crumbach (M.A.) arbeitete nach ihrem Studium der Geschichte und Germanistischen und Allgemeinen Literaturwissenschaft an der RWTH Aachen und der Universität Innsbruck u. a. als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Historischen Institut der RWTH Aachen. Dort schreibt sie ihre Dissertation über den Contergan-Skandal in den langen 1960er Jahren. Forschungsschwerpunkte sind Pressegeschichte, Kulturgeschichte und Disability History.

Anna Grebe (Dr. des.) hat nach dem Studium der Literatur-, Kunst- und Medienwissenschaften in Konstanz und Córdoba/Argentinien an der Universität Konstanz zur Frage nach der visuellen Konstruktion und Produktion von Behinderung in der Fotografie promoviert. Sie ist Mitglied der Forschergruppe „Arte y Nuevos Medios“ an der Universidad de Valparaíso/Chile und assoziiertes Mitglied der Forschergruppe „Mediale Teilhabe zwischen Anspruch und Inanspruchnahme“ an der Universität Konstanz. Ihre Forschungsschwerpunkte sind u. a. Disability Studies, Fototheorie und Partizipationskultur. Neueste Publikationen: „Nicht-Sehen in der audiovisuellen Kultur: Zur Produktion von Blindheit in TV-Wissenssendungen“. In *Blind Spots. Eine Filmgeschichte der Blindheit vom frühen Stummfilm bis in die Gegenwart*. Herausgegeben von Alexandra Tacke. Bielefeld: transcript, 2016, 323-344.

Dominik Groß (Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil.) habilitierte sich nach Abschluss der Studiengänge Zahnheilkunde, Geisteswissenschaften (Geschichte, Klassische Archäologie und Philosophie) und Humanmedizin 1998 in Würzburg mit einem medizin-historischen Thema. Seit 2005 ist er Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und Inhaber des gleichnamigen Lehrstuhls; seit 2008 fungiert er zudem als Vorsitzender des Klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikums Aachen.

Anke Hoffstadt (M.A.) ist zurzeit Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin der Universität Düsseldorf. Arbeitsschwerpunkte: (Dis-)Ability History und Psychatriegeschichte sowie Faschismustheorien und (politische) Gewalt im 19. und 20. Jahrhundert, Geschichte des Antisemitismus.

Beate Ochsner (Prof. Dr. phil.) studierte Romanistik, Germanistik und Linguistik in Mannheim, Heidelberg und Nantes. Nach der Promotion 1995 war sie in Mannheim am Lehrstuhl für Romanistik tätig und habilitierte dort 2002 zum Thema „De-MONSTRATION. Zur Repräsentation des Monsters in Literatur, Fotografie und Film“. Seit 2008 ist sie Professorin für Medienwissenschaft an der Universität Konstanz. Sie hatte zahlreiche Forschungs- und Lehraufenthalte an Universitäten im In- und Ausland, u. a. in Montréal, Basel und Berlin.

Eckhard Rohrmann (Univ.-Prof. Dr. phil.) ist Professor für Erziehungswissenschaft mit dem Schwerpunkt Inklusion und Exklusion in Bildung, Erziehung und sozialer Arbeit an der Philipps-Universität Marburg. 1992: Professor für Heil- und Sonderpädagogik an der Ev. Fachhochschule Bochum, seit 1995: Professor am Institut für Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg. Publikationen zu Armut und sozialer Ungleichheit, sozialer Selbsthilfe, Lebenslagen und Lebensbedingungen von Menschen, die wir behindert nennen, sowie zu sozialen Konstruktionen von Anders-Sein. Buchpublikationen u. a.: *Mythen und Realitäten des Anders-Seins. Gesellschaftliche Konstruktionen seit der frühen Neuzeit*, Wiesbaden, 2011; *Aus der Geschichte lernen, Zukunft zu gestalten – Inklusive Bildung und Erziehung in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft*, Marburg, 2013.

Melanie Ruff (Dr. phil.), Historikerin, promovierte 2014 am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart zum Thema „Gesichtsrekonstruktionen während des Ersten Weltkrieges in Zentraleuropa. Handlungsspielräume und Lebensentwürfe von Kieferschussverletzten“. Zuletzt kuratierte sie die Ausstellung „If she can do it, so can I.“ Frauen im Skatesport, Wien 2014, sowie „Gesichter des Ersten Weltkrieges“ im Zahnmuseum Wien, 2014.

Ylva Söderfeldt (Dr. phil.) studierte Ideengeschichte an der Universität Stockholm und promovierte 2011 an der Universität Stuttgart als Stipendiatin des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung. Von 2012 bis 2016 war sie am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin in Aachen tätig und betrieb dort Forschung v. a. zur Disability History.

Robert Stock (M.A.) studierte in Berlin und Lissabon Ethnologie, Philologie und Osteuropastudien und promoviert seit 2010 am International Graduate Centre for the Study of Culture in Gießen. Parallel ist er am Institut für Medienwissenschaft an der Universität Konstanz in Forschung und Lehre tätig.

Paul van Trigt (Ph.D.) unterrichtet politische Ideengeschichte an der Universität Utrecht und forscht im Bereich Disability Studies. Seine Dissertation über die niederländische Sozialgesetzgebung und die Fürsorge sehbehinderter Menschen erschien 2013.

Anja Werner, geb. Becker (Dr. phil.) ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie beschäftigt sich u. a. mit der Geschichte von Gehörlosigkeit seit dem 18. Jahrhundert und wurde dabei durch Forschungsstipendien des Max-Planck-Instituts für Wissenschaftsgeschichte des Deutschen Historischen Instituts in Washington D.C. und der Bibliothek für Bildungsgeschichtliche Forschung Berlin unterstützt. Zu ihren wichtigsten Buchpublikationen zählen *The Transatlantic World of Higher Education* (Monografie, New York, 2013) und, gemeinsam mit Kendahl Radcliffe und Jennifer Scott, *Anywhere But Here! Black Intellectuals in the Atlantic World and Beyond* (Sammelband, Jackson, Mississippi, 2015).

Der Buchband „Disability Studies“ meets „History of Science“ fußt auf dem sechsten „Aachener Tag der Wissenschaftsgeschichte“. Er beschäftigt sich mit den Themen „körperliche Differenz“ und „soziokulturelle Konstruktion von Behinderung“ aus der Perspektive der Medizin-, Technik- und Wissenschaftsgeschichte, bezieht aber auch rezente Phänomene mit ein.

ISBN 978-3-7376-0230-3



9 783737 602303 >