

Selected Student Papers

www.ipw.rwth-aachen.de/pub/select_tx.html

ISSN 1862-8117

Selected Student Paper Nr. 53, Juli 2015

Anna Görke

Behindertenpolitik in der BRD

Ein Politikbereich im Wandel

Zugl.: Aachen, Techn. Hochsch., Bachelorarbeit 2015

Online veröffentlicht unter:

http://www.ipw.rwth-aachen.de/pub/select/select_53.html

Veröffentlicht von:

Institut für Politische Wissenschaft

RWTH Aachen

Mies-van-der-Rohe-Straße 10

52074 Aachen

www.ipw.rwth-aachen.de

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Behinderung – eine theoretische Einführung	6
2.1	Theoretische Konzepte von Behinderung	7
2.2	Internationale Klassifikation der WHO	9
3	Das Policy-Feld Behindertenpolitik als Teil wohlfahrtsstaatlicher Politik	11
3.1	Ziele und Funktionen von Behindertenpolitik	11
3.2	Drei Idealtypen von Behindertenpolitik	13
4	Behindertenpolitik in der BRD	16
4.1	Die Geschichte der Behindertenpolitik in der BRD	16
4.1.1	Die westdeutsche Behindertenpolitik nach 1949	16
4.1.2	Die westdeutsche Behindertenpolitik nach 1970	21
4.1.3	Die deutsche Behindertenpolitik seit 1990	25
4.2	Zwischenfazit	29
4.3	Die UN-BRK in der BRD	31
4.3.1	Die Konvention	31
4.3.2	Tatsächlicher Paradigmenwechsel?	33
5	Fazit	37
	Literaturverzeichnis	39

Abkürzungsverzeichnis

BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVG	Bundesversorgungsgesetz
GG	Grundgesetz
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RehaAnglG	Rehabilitationsangleichungsgesetz
SchwBAG	Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter
SGB	Sozialgesetzbuch
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
UPIAS	Union of the Physically Impaired Against Segregation
WHO	World Health Organisation

1 Einleitung

Behindertenpolitik – nicht gerade ein populäres Themenfeld in der Politikwissenschaft. Dabei ist die Wichtigkeit dieses Themenkomplexes nicht zu unterschätzen; denn „[f]ür die Nachhaltigkeit von Wohlfahrtsstaaten ist Behindertenpolitik aufgrund ihres großen Anteils an den Sozialbudgets von großer Bedeutung“ (Maschke 2004: 399). Die Ausgaben, die im Zusammenhang mit Behinderung stehen, sind im Sozialbudget der europäischen Staaten der durchschnittlich drittgrößte Posten (vgl. Maschke 2008: 121f.).¹ Die ökonomische Bedeutung ist damit hoch, der Erkenntnisgewinn über die Behindertenpolitik jedoch gering. Besonders über den Zusammenhang von *Outputs* und *Outcomes*², also die Effizienz von Behindertenpolitik, gibt es wenig Wissen (vgl. Maschke 2004: 399f.). Eine Betrachtung aus politikwissenschaftlicher Sicht darf folglich nicht fehlen.

Nicht alleine deswegen scheint in den vergangenen Jahren das Thema „Behinderung“ vermehrt in den Fokus der sozialwissenschaftlichen Literatur gekommen zu sein. Gerade ein „Paradigmenwechsel“ des Verständnisses von Behinderung wird gegenwärtig viel zitiert (vgl. Naue 2008: 20). Damit verbunden ist die Diskussion um die Stellung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft, die auch, so scheint es, mehr und mehr von der Politik wahrgenommen und auch dort geführt wird. Eine große Rolle innerhalb dieser gesellschaftlichen und politischen Diskussion spielt die am 3. Mai 2008 international in Kraft getretene Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) (vgl. Graumann 2011: 26). Die Erwartungen, die in diese Konvention gesteckt werden, sind hoch. Mit der Ratifizierung der Konvention

„[...] ist ein Prozess in Gang gesetzt worden, von dem zu erwarten ist, dass er die gesellschaftliche Stellung behinderter Menschen in Zukunft weltweit nachhaltig verändern wird“ (Graumann 2011: 26).

¹ Mit Hilfe der Datenbanken ESSPROS (vgl. Eurostat: 2005) und SOCX (vgl. OECD: 2004) hat Maschke den finanziellen Umfang den die Staaten für Leistungen, die behinderten Menschen zu Gute kommt, aufbringen ermittelt (Stand 2001) (vgl. Maschke 2008: 120-126).

² Das Systemmodell von Almond und Powell, welches das Systemmodell von Easton weiterentwickelt hat, beschreibt das politische System als Organismus, welches mit dem gesellschaftlichen und internationalen Umfeld in Wechselbeziehung steht. Es unterscheidet u.a. zwischen *Inputs* (gesellschaftliche Forderungen) und *Outputs* (politische Entscheidungen, Maßnahmen) sowie *Outcomes* (Konsequenz, bzw. Folgen der Outputs) eines politischen Systems, die sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Roller 1992: 18-22; Merkel 2010: 55-57).

Vor allem die AktivistInnen in den Behindertenbewegungen sprechen der UN-BRK die Fähigkeit zu, die Gleichberechtigung und Gleichstellung behinderter Menschen durchzusetzen. Aber auch individuelle Personen verbinden mit der Konvention die Erwartung, dass sich die Lebenssituation behinderter Menschen in Zukunft erheblich verbessern wird (vgl. Graumann 2011: 9). Nicht ohne Grund wird sie nicht nur in der Literatur als Durchbruch in der Behindertenpolitik gewertet. Den Erwartungen zufolge steht die Behindertenpolitik seit Ratifizierung der Konvention damit an einem Wendepunkt:

„Behindertenpolitisch markiert die BRK den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Modell von Behinderung auf internationaler Ebene“ (Degener 2009: 200).

Die gesellschaftspolitische Bedeutung wird bereits jetzt ersichtlich. Doch wie sieht es mit der realpolitischen Bedeutung für die nationale Behindertenpolitik aus? Hat sich die Behindertenpolitik in der BRD tatsächlich von einer Politik der Fürsorge hin zu einer Politik der Menschenrechte gewandelt? Und welche Rolle nimmt hier die UN-BRK ein?

Es gilt in der vorliegenden Arbeit, die Wandlungstendenzen in der Behindertenpolitik der BRD seit 1949 zu untersuchen. Dazu wird die These, dass *die UN-BRK einen Paradigmenwechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte in der BRD markiert*, geprüft. Dazu soll den folgenden Teilfragen nachgegangen werden:

(1) Ist seit 1949 ein Wandel in der Behindertenpolitik der BRD festzustellen? (2) Wenn es einen Wandel gibt, geht dieser von einer Politik der Fürsorge in Richtung einer Politik der Menschenrechte? (3) Und welche Rolle spielt die Konvention?

Der Aufbau der Arbeit orientiert sich an den genannten Teilfragen und gliedert sich in drei inhaltliche Kapitel. In einem ersten Schritt (Kapitel 2 und 3) wird der für die Analyse der Wandlungstendenzen grundlegende theoretische Hintergrund im Kontext des Begriffes Behinderung sowie des *Policy*³-Feldes Behindertenpolitik abgebildet. Um einen Überblick über mögliche Definitionen und Klassifikationen zu geben, werden im 2. Kapitel zentrale Modelle von Behinderung sowie das Klassifikationssystem der

³ *Policy* ist einer von drei Begriffen der Politikfeldanalyse (Politics, Polity). *Policy* bezieht sich auf die inhaltliche Dimension von Politik. Der Begriff kann sich auch auf ein Politikfeld beziehen (z.B. Umwelt-, Verkehrspolitik) (vgl. Schneider/Janning 2006: 15; Windhoff-Héritier 1987: 21f.).

World Health Organization (WHO) und das dazugehörige Modell von Behinderung vorgestellt. Aufbauend auf den vorherigen Erkenntnissen wird im 3. Kapitel der *Policy-Bereich* „Behindertenpolitik“ betrachtet. Eine von Maschke entwickelte idealtypische Regimetypologie von Behindertenpolitik wird vorgestellt. Diese dient im weiteren Verlauf der Arbeit als Analyseschema für den Wandel der Behindertenpolitik. In einem zweiten Schritt, im 4. Kapitel, wird die Geschichte der Behindertenpolitik in der BRD⁴ skizziert. Mit Hilfe der dargestellten Typologie können daraufhin die ersten beiden Teilfragen beantwortet und ein Zwischenfazit gezogen werden. Anschließend kann im 5. Kapitel die Rolle der UN-BRK für die deutsche Behindertenpolitik und deren Wandel und damit die These überprüft werden. Die Arbeit schließt mit einem Fazit sowie einem Ausblick ab.

2 Behinderung – eine theoretische Einführung

Mehr als eine Milliarde Menschen leben weltweit mit einer Behinderung. In Deutschland leben ca. 9,6 Millionen behinderte Menschen und damit mehr als 11,7 Prozent der BürgerInnen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 10). Damit bilden sie einen erheblichen Teil der Bevölkerung. Doch die Vorstellungen darüber, was eine Behinderung ist, bzw. wer behindert ist, sind vielfältig. Historisch gewachsene Definitionen prägen Diskurse bis in die Gegenwart (vgl. Naue 2008: 51). Auch innerhalb der sozialwissenschaftlichen Literatur gehen die Vorstellungen darüber, was eine Behinderung ist, weit auseinander. Es gibt unterschiedliche Definitionen mit Akzentuierung auf medizinische, psychologische, pädagogische, soziologische, ökonomische, juristische oder auch sozialpolitische Sichtweisen (vgl. Maschke 2008: 30).⁵

Die Definition von Behinderung ist die Grundlage für jede Aktivität in der Behindertenpolitik (vgl. Maschke 2008: 25). Um die nationalen Definitionen von

⁴ Die Darstellung der Geschichte der Behindertenpolitik stellt keinen Anspruch auf eine vollständige Wiedergabe. Vielmehr sollen, für die Fragestellung für wichtig empfundene, Elemente ausgewählt werden um Wandlungstendenzen herauszuarbeiten. Für eine detailliertere Beschreibung siehe Bösl (2009) oder Welti (2005).

⁵ Auch auf sprachlicher Ebene gibt es unterschiedliche Vorstellungen über die richtige Ausdrucksweise. Hinter den unterschiedlichen Bezeichnungen verbergen sich Vorstellungen von Behinderung. Auch die gegenwärtig verbreitete Bezeichnung *behinderte Menschen (disabled people)* wird unterschiedlich gedeutet (vgl. Maschke 2008: 30). Diese Bezeichnung wird in der vorliegenden Arbeit verwendet, ohne an eine Vorstellung von Behinderung geknüpft zu sein.

Behinderung im späteren Verlauf der Arbeit einordnen zu können, werden zunächst die wichtigsten theoretischen Vorstellungen, welche die wissenschaftliche und politische Diskussion prägen, skizziert und dann um ein Klassifikationssystem erweitert.

2.1 Theoretische Konzepte von Behinderung

In der sozialwissenschaftlichen Literatur ist meist eine Zweiteilung von Modellen vorzufinden, die zwischen dem *medizinischen (Medical Model of Impairment)* und dem *sozialen Modell (Social Model of Disability)* von Behinderung unterscheidet:

Bis in die Gegenwart ist das Thema Behinderung vor allem Gegenstand der Medizin, der Psychologie sowie der Heil- und Sonderpädagogik. In diesen Wissenschaftsdisziplinen herrscht fortwährend ein medizinischer Blick auf Behinderung. Dieser geht von Behinderung als körperliche, psychische oder kognitive Abweichung von einem Normalzustand aus (vgl. Waldschmidt 2003: 15). Der mutmaßlich „nichtbehinderte“ Mensch wird im medizinischen Modell als Norm gesetzt. Abweichungen gelten als Defizit und sind somit negativ behaftet (vgl. Hermes 2006: 16).

Diesem *medizinischen Modell*, auch bekannt als *individuelles Modell*, zufolge ist Behinderung ein individuelles Problem, welches durch eine Krankheit, ein Trauma oder ein anderes Gesundheitsproblem verursacht wird (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 24). Aus Sicht dieses Verständnisses ist Behinderung ein leidvoller Zustand. Es gilt, dieses Defizit durch psychologische oder medizinische Behandlung zu beheben oder mindestens zu verringern (vgl. Hermes 2006: 16ff.).

Mit dem Bild vom behinderten Menschen als Kranken oder auch als Mangelwesen geht einher, dass behinderten Menschen die Urteils-, Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit abgesprochen wird. Für den Alltag behinderter Menschen bedeutet dies eine Aussonderung und Sonderbehandlung. Mit dieser Überzeugung werden sie an den Rand der Gesellschaft gedrängt; soziale Benachteiligung wird zur unabänderlichen Folge persönlicher Defizite (vgl. Hermes 2006: 17f.).

Hinter dem *medizinischen Modell* verbirgt sich das Ziel der Heilung, Anpassung und Verhaltensänderung des behinderten Menschen. Hierbei steht die medizinische

Versorgung an erster Stelle (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 24). Die *Disability Studies* gehen davon aus, dass das *medizinische Modell* bis heute in Gesellschaft, Politik und Wissenschaft dominiert (vgl. Graumann 2011: 13).

Diesem medizinischen Verständnis von Behinderung treten Behindertenbewegungen weltweit mit einem sozialen Verständnis von Behinderung entgegen. Die UPIAS (*Union of Physically Impaired Against Segregation*), eine Behindertenrechtsorganisation aus dem Vereinigten Königreich, reagierte bereits 1975 auf das vorherrschende *medizinische Modell* mit einem sozialen Erklärungsansatz von Behinderung (vgl. Shakespear 2013: 214f.). Daraufhin entwickelten sich seit den 1980er Jahren in verschiedenen Ländern vermehrt soziale Erklärungsansätze (vgl. Hermes 2006: 18).⁶ Die UPIAS prägten das britische *soziale Modell*, das wohl radikalste unter den sozialen Verständnissen von Behinderung, entscheidend. Aus ihrem Verständnis von Behinderung gehen folgende Schlüsselemente des *sozialen Modells* hervor (vgl. Shakespeare 2013: 214ff.): Die Unterscheidung zwischen „Behinderung“ als soziale Ausgrenzung (strukturell, öffentlich) und „Beeinträchtigung“ als physikalische Grenze (individuell, privat) sowie die Behauptung, dass behinderte Menschen eine durch nicht behinderte Menschen sowie Institutionen unterdrückte Gruppe sind (vgl. Shakespeare 2013: 215-216). Das *soziale Modell* geht also davon aus, dass Behinderung ein kulturell und historisch spezifisches Phänomen ist, nicht aber unveränderbar. Im Gegensatz zum *medizinischen Modell* fasst das *soziale Modell* Behinderung nicht als individuelles Defizit, sondern als soziale Konstruktion auf (vgl. Shakespeare 2013: 216). Behinderung wird im sozialen Verständnis immer auch in Verbindung mit sozialer Unterdrückung und Diskriminierung thematisiert. Zivilrechte werden als Lösung formuliert, um dem „Problem“ Behinderung entgegenzuwirken (vgl. Shakespeare 2013: 216).

Besonders betont werden Teilhaberechte; denn im

„[...] Unterschied zum individuellen Modell sollen die gesellschaftlichen Regulierungs- und Bearbeitungsweisen nicht am Expertenwissen, sondern an den Selbsthilfepotenzialen und Erfahrungen der Betroffenen ansetzen“ (Waldschmidt 2006: 86).

⁶ Unter den sozialen Modellen gibt es unterschiedliche Ansätze, die jedoch über grundlegende Gemeinsamkeiten verfügen, sodass diese im Folgenden als ein *soziales Modell* zusammengefasst werden können (vgl. Hermes 2006: 18).

Dieser Forderung liegt die Überzeugung zugrunde, dass behinderte Menschen keine passiven Empfänger von Sozialleistungen sind. Vielmehr sind sie mündige BürgerInnen, fähig zu Selbstbestimmung und demokratischer Partizipation. Behindertenpolitik ist hier als Bürgerrechts- und Menschenrechtspolitik zu verstehen und wird zur Aufgabe des Verfassungsstaates (vgl. Waldschmidt 2006: 86). Es sollte das Ziel sein, dass in den Behindertenorganisationen Betroffene vertreten sind und Führungspositionen besetzen (vgl. Shakespeare 2013: 216).

Bickenbach ergänzt diese Zweiteilung um ein weiteres Modell. Er unterscheidet zwischen dem biomedizinischen (Biomedical Model), dem *sozial-politischen (Social-Political Model)* sowie dem *ökonomischen Modell (Economic Model)* von Behinderung. Das *biomedizinische Modell* knüpft an das *medizinische Modell* an, das *sozial-politische Modell* knüpft an das *soziale Modell* an (vgl. Bickenbach 1993: 61-181). Des Weiteren beschreibt er das *ökonomische Modell*. Im Fokus des *ökonomischen Modells* stehen Fähigkeitseinschränkungen, insbesondere in Bezug auf die Erwerbsfähigkeit. An der Fähigkeit, zu arbeiten, eingeschränkt zu arbeiten oder nicht zu arbeiten, wird Behinderung gemessen. Das Ziel besteht darin, die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Er hält es neben dem *biomedizinischen Modell* für das in der Realität dominierende Modell (vgl. Bickenbach 1993: 94-134). Diese Dreiteilung dient im weiteren Verlauf als theoretische Grundlage.

2.2 Internationale Klassifikation der WHO

Wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt gibt es unterschiedliche theoretische Sichtweisen und Modelle von Behinderung. Um Klassifikationen von Behinderung herstellen zu können, ist die „Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der World Health Organization (WHO) initiiert worden. Diese löste im Mai 2001 die „International Classification of Impairments, Disabilities, Handicaps“ (ICIDH) von 1980 ab. Für die Politikgestaltung in der Praxis ist dieses Klassifikationssystem international das anerkannteste und einflussreichste Modell (vgl. Maschke 2008: 36).

Das Klassifikationssystem misst die funktionale Gesundheit einer Person, indem es die Auswirkungen des gesundheitlichen Zustandes auf Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, bzw. Partizipation sowie deren Wechselbeziehung untereinander klassifiziert. Weiterhin wird die Lebenswelt der Betroffenen einbezogen.

Dazu gehören Umweltfaktoren (materielle und soziale Faktoren) sowie personenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht, Lebensstil, sozialer Hintergrund, Motivation usw.) (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 9-191).

Mit diesem Konzept und dem daraus folgenden Verständnis von Behinderung schließt dieses Klassifikationssystem nicht nur an die erläuterte Zweiteilung von Modellen von Behinderung an, es erweitert diese außerdem.

„Das Konzept der ICF basiert auf einer Integration dieser beiden gegensätzlichen Modelle. Um die verschiedenen Perspektiven der Funktionsfähigkeit zu integrieren, wird ein ‚biopsychosozialer‘ Ansatz verwendet. Die ICF versucht eine Synthese zu erreichen, die eine kohärente Sicht der verschiedenen Perspektiven von Gesundheit auf biologischer, individueller und sozialer Ebene ermöglicht“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005: 25).

Zusammengefasst existiert eine Vielfalt von Vorstellungen von Behinderung. Drei theoretische Vorstellungen von Behinderung können beschrieben werden: Das *(bio)medizinische Modell* sieht die Behinderung als Differenz zur Normalität. Behinderung geht in diesem defizitorientierten Verständnis von einer Beeinträchtigung aus, die ein individuelles Problem darstellt und zu verringern oder verhindern ist. In dem *sozial (-politischen) Modell* gilt Behinderung als soziale Konstruktion. Teilhaberechte und Selbstbestimmung werden gefordert. Das *ökonomische Modell* von Behinderung bezieht sich auf Fähigkeitseinschränkungen, speziell in der Erwerbsfähigkeit. Diese gilt es zu verringern oder zu beseitigen.

Die ICF schließt mit ihrer Vorstellung von Behinderung nicht nur an diese Dreiteilung an, sie vereint sie. Sie beinhaltet einen „*biopsychosozialen*“ Ansatz, der in die Betrachtung von Behinderung Kontextfaktoren mit einbezieht. Die Klassifikation verdeutlicht damit, dass es nicht nur die eine Behinderung mit der dazugehörigen Beeinträchtigung gibt. Ihr Verständnis von Behinderung sowie die erläuterten Modelle zeigen, dass eine Pluralität von Vorstellungen und Möglichkeiten der Klassifikation existiert.

Damit „[...] ist die Gruppe der als behindert klassifizierten Personen sowohl in ihrer Zusammensetzung als auch in ihrer Außenwahrnehmung sowie gesellschaftlichen Bewertung äußerst heterogen“ (Maschke 2004: 399).

Doch dies birgt die Gefahr, dass es kaum möglich ist, eine einheitliche Definition zu nennen und zwischen behindert und nichtbehindert zu differenzieren. Jedoch ist es für

die Politikgestaltung besonders der Wohlfahrtsstaaten notwendig, diese Personengruppe einzugrenzen; denn die jeweilige Eingrenzung entscheidet darüber, wer welche Hilfen in Anspruch nehmen kann. Um im späteren Verlauf zu verstehen, welches Verständnis von Behinderung der nationalen Politik in ihrer Geschichte zugrunde lag und derzeit liegt, werden im folgenden Schritt Analysekriterien vorgestellt. Diese lassen sich der Dreiteilung der Modelle zuordnen.

3 Das Policy-Feld Behindertenpolitik als Teil wohlfahrtsstaatlicher Politik

Behindertenpolitik kann zu den wichtigsten sozialstaatlichen Tätigkeiten gezählt werden. Denn Behinderung ist neben Faktoren wie Alter, Krankheit, Unfall, Verlust von Arbeit und den Folgen der Geburt von Kindern eines der zentralen, durch den Sozialstaat zu sichernden Risiken im Leben eines jeden Menschen. Dabei ist die Art des Hilfesystems nicht vorgegeben. Die staatliche Umgangweise hängt von der Definition von Behinderung ab (vgl. Maschke 2004: 399).

Um die Entwicklung der Behindertenpolitik der BRD im späteren Verlauf einer systematischen Analyse zu unterziehen, werden im Folgenden aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen die von Maschke entwickelte idealtypische Regimetypologie von Behindertenpolitik vorgestellt. Zunächst werden Ziele und daran geknüpfte Funktionen von Behindertenpolitik skizziert. Daraufhin werden die von Maschke entwickelten Idealtypen, die er auf die Funktionen bezieht, vorgestellt. Abschließend werden den Idealtypen die erläuterten Modelle von Behinderung sowie eingesetzte Mittel und Finanzierungsarten von Behindertenpolitik zugeordnet (vgl. Maschke 2004: 399f.).

3.1 Ziele und Funktionen von Behindertenpolitik

„Im Gegensatz zu Staaten mit rein marktvermittelter Wohlfahrtsproduktion garantieren Sozialstaaten, dass auch Personen, die weder durch bereitgestelltes Kapital noch über Erwerbsarbeit an der Produktion beteiligt sind, sein können oder sollen, an den Produktionsergebnissen partizipieren“ (Maschke 2008: 49).

Diese Zielsetzung erweckt den Anschein, dass Wohlfahrtspolitik ausschließlich den zu integrierenden Individuen zugutekommt, bzw. diesen dient. Tatsächlich diene

sozialstaatlicher Eingriff ebenfalls der Entwicklung (Bildungswesen) oder der Wiederherstellung (Gesundheitswesen) von Humankapital. Dieses lasse sich gesellschaftlich produktiv gebrauchen (vgl. Maschke 2008: 49). Damit seien wohlfahrtsstaatliche Ziele immer auch in Verbindung mit der Ökonomie zu betrachten; denn auch der Sozialstaat könne die an ihn gestellten Ansprüche nur durch das, was „produziert“ wird, decken (vgl. Mackenroth 1952: 41). Wohlfahrtsstaatlichkeit diene damit nicht nur dem Interesse der betroffenen Hilfeleistungsempfänger, sondern bürge auch einen volkswirtschaftlichen, militärischen und politischen Nutzen und hätte damit eine soziale und kulturelle Bedeutung für die Allgemeinheit (vgl. Maschke 2004: 401).

So täusche auch die Annahme, dass Behindertenpolitik, die ein Teil dieser wohlfahrtsstaatlichen Politik sei, ausschließlich dem Ziel folge, die Lebenssituation behinderter Menschen zu verbessern. Dies sei das *primäre*, offen kommunizierte *Ziel*, neben dem es außerdem noch *sekundäre Ziele* gebe. Diese würden im Allgemeinen nicht als Beweggrund für Behindertenpolitik angeführt. Sie wiesen ökonomische Motive auf und entsprächen dem Interesse Nichtbehinderter (vgl. Maschke 2004: 402). Dazu gehöre (1) die Entlastung der Haushalte von Familien und Angehörigen behinderter Menschen, (2) die Absicherung von nichtbehinderten Personen, (3) die Vermeidung volkswirtschaftlicher Kosten sowie den Erhalt des Arbeitspotenzials, (4) eine Grenzziehung von behinderten und nichtbehinderten Personen, um so Segregation und Selektion im Bildungswesen und Arbeitsmarkt zu erreichen und so die Effektivität dieser zu steigern (vgl. Maschke 2004: 403), (5) eine Grenzziehung behinderter Menschen von nichtbehinderten Menschen, um den nicht arbeitenden Personenkreis, der staatliche Leistungen empfängt, klein zu halten und die Arbeitsethik zu erhalten (vgl. Drake 2001: 417), (6) die Vermeidung von Konfrontation von nichtbehinderten mit behinderten Menschen und somit eine Konfrontation mit Leid, Verlust, Angst sowie (7) die Zufriedenstellung des Verlangens nach guten Taten (vgl. Maschke 2004: 403).

Zusammenfassend

„[...] ist es das Ziel staatlicher Behindertenpolitik – vergleichbar mit der Absicherung anderer sozialer Risiken wie Alter oder Krankheit –, die Auswirkungen der Behinderung sowohl für behinderte Menschen als auch für ihre Umwelt zu minimieren und den mit der Behinderung häufig einhergehenden Einkommensausfall zu verhindern oder wenigstens zu kompensieren“ (Maschke 2004: 403).

An diese Ziele seien Funktionen geknüpft, die je nach Verständnis von Behinderung das staatliche Handeln bestimmten (vgl. Maschke 2004: 403).

So schütze *Vernachlässigung* behinderter Personen den Staat, bzw. die nichtbehinderte Bevölkerung vor Ansprüchen der behinderten Menschen, weil bestimmte Behinderungen staatlich nicht geregelt seien. Durch die *institutionelle Segregation*, z.B. in Form von speziellen Einrichtungen (Wohnheime, Sonderschulen usw.), wird für Betroffene eine entsprechende Umwelt geschaffen. *Kompensation* erhöhe das Einkommen, welches durch verminderte, bzw. nicht vorhandene Erwerbsfähigkeit geschmälert ist. *Prävention* reduziere die Ursachen von Behinderung, um sie bestenfalls zu verhindern. *Rehabilitation* (medizinisch, schulisch, beruflich, sozial) solle die Behinderung ganz oder teilweise aufheben und Betroffene möglichst in ihr altes Umfeld integrieren. Durch *Gleichstellung und Partizipation* (rechtlich und durch Sach- und Dienstleistungen) soll die Diskriminierung behinderter Menschen abgewendet und Teilhabe ermöglicht werden (vgl. Burke 2003; Drake 1999 nach Maschke 2004: 403f.).

Je nach Definition von Behinderung werden diese Funktionen in der Behindertenpolitik eingesetzt. Dabei müssen die Funktionen, die der Staat einsetzt, sich nicht immer ergänzen. Sie können auch im Widerspruch zueinander stehen. So kann es sein, dass Funktionen, wie *Vernachlässigung*, dem *primären Ziel* der Behindertenpolitik widersprechen. Die Vernachlässigung dient ausschließlich *sekundären* und damit verborgenen *Zielen*. Wird der staatliche Umgang anhand dieser beschriebenen Zielkonflikte und Dysfunktionen betrachtet, lässt sich der Wandel der Behindertenpolitik bestimmen (vgl. Maschke 2004: 404).

3.2 Drei Idealtypen von Behindertenpolitik

In einem nächsten Schritt sollen die von Maschke vorgeschlagenen Idealtypen von Behindertenpolitik (*kompensationszentrierte, rehabilitationszentrierte, partizipationszentrierte Behindertenpolitik*), die auf den bisherigen Erkenntnissen aufbauen, dargestellt werden. Diese dienen der theoretischen Erfassung und Systematisierung der Politik nach Art und Gründen ihrer Hilfen. Maschke schlägt eine dreigeteilte Typologie vor, die sich idealtypisch auf die Funktionen von Behindertenpolitik bezieht. Diese Idealtypen orientiert er an den Verteilungskriterien

(*needs, deserts, rights*) von Miller.⁷ Sie sollen die Charakteristika der Idealtypen verdeutlichen. Daraufhin werden zu den Idealtypen die skizzierten Modelle von Behinderung sowie eingesetzte Mittel und Finanzierungsarten der Behindertenpolitik hinzugefügt. Anhand dessen wird die sozialpolitische Ausgestaltung der Idealtypen ersichtlich. Mit Hilfe dieser Idealtypen, die auf den erläuterten Funktionen basieren, kann Behindertenpolitik verschiedener Nationen verglichen werden. (vgl. Maschke 2004: 407f.). In diesem Fall dient es der Beschreibung der nationalstaatlichen Politik.

Die *kompensationszentrierte Behindertenpolitik* wird dem Grundmodus *Solidargemeinschaft* zugeordnet. Diese Gruppe kann in ihrer Größe variieren und verfügt über eine gemeinsame Identität und ethisches Bewusstsein (vgl. Miller 1999: 26f.), wie eine Familie oder auch eine staatliche Einrichtung. Innerhalb der *Solidargemeinschaft* hängt die Verteilung von Gütern vom *Bedarf (need)* ab, dessen Umfang, je nach Verständnis des benötigten Standards eines „angemessenen“ Lebens, von der Gemeinschaft bestimmt wird. Das heißt sie sorgt nach dem *Fürsorgeprinzip* (vgl. Maschke 2004: 408f.). Der *kompensationszentrierten Behindertenpolitik* liegt das *(bio)medizinische Modell* zugrunde. Nach diesem defizitorientierten Verständnis werden behinderte Menschen als arbeitsunfähig und damit als Bedürftige eingestuft. Daraus wird eine staatliche, bzw. gemeinschaftliche Verpflichtung abgeleitet, die Bedürftigen zu unterstützen (*Fürsorgeprinzip*). Diese Unterstützung wird durch Mittel wie finanzielle Transferleistungen sowie Sach- und Dienstleistungen oder auch Fremdunterbringungen (*Kompensation, Segregation*) geleistet, um so einen Ausgleich zu den behindertenbedingten Einschränkungen zu schaffen. Je nach Definition von Behinderung fällt die Höhe der Leistungen aus, die sich aber eher auf niedrigem Niveau bewegt. Familien und Haushalte fangen einen großen Teil der fehlenden Unterstützung durch den Einsatz von Eigenmitteln auf. Ist dies nicht möglich, droht Armut. Für besonders hilfebedürftig eingestufte behinderte Menschen wird das Leben außerhalb

⁷ David Miller geht davon aus, dass die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit nur im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext zu verstehen sind. Miller zufolge variiert das Verständnis von Gerechtigkeit je nach gesellschaftlichem Kontext. In seinem 1976 erschienenen Buch „Social Justice“ identifiziert er zentrale Grundsätze sozialer Gerechtigkeit: Bedürfnis (*need*), Verdienst (*desert*), Gleichheit (*right*). Diese gelten als Verteilungsprinzipien für die Vergabe von Gütern. In seinem 1999 erschienenen Buch „Principles of Social Justice“ werden diese auf drei Grundformen sozialer Beziehungen bezogen: Die Solidargemeinschaft (z.B. Familie), instrumentale Vereinigungen und die Bürgerschaft. Diesen liegen die Verteilungsprinzipien zugrunde: Der Solidargemeinschaft das Bedürfnis (*need*), der instrumentalen Vereinigungen der Verdienst (*desert*) und der Bürgerschaft die Gleichheit (*right*) (vgl. Miller: 1976; Miller: 1999).

von Einrichtungen kaum möglich sein; denn es wird als zu kostenintensiv und unzumutbar für Angehörige und die Allgemeinheit betrachtet (vgl. Maschke 2004: 410f.).

Die *rehabilitationszentrierte Behindertenpolitik* wird dem Grundmodus *instrumentale Vereinigung (instrumental association)* zugeordnet. Eine utilitaristische Umgangsweise unter ihren Teilnehmern prägen diese Vereinigungen (vgl. Miller 1999: 27ff.). Ziele und Wünsche eines jeden können in Zusammenarbeit mit anderen besser erreicht werden und instrumentale Beziehungen können aus freien Stücken eingegangen werden. Durch diese Vereinigung ergeben sich Vorteile. So können Versicherungen als Beispiel für diesen Grundmodus aufgeführt werden. Verteilungskategorie dieses Grundmodus‘ ist der *Verdienst (desert)*. Die Leistungen werden nach dem *Versicherungsprinzip* gewährt und richten sich nach der Höhe früherer Beiträge (z.B. Sozialversicherung) (vgl. Masche 2004: 409). *Rehabilitationszentrierte Behindertenpolitik* lässt sich dem *ökonomischen Modell* zuordnen. Im Fokus dieses Modells steht die Fähigkeitseinschränkung, speziell bezogen auf Erwerbsfähigkeit, sowie deren Folgen. Durch Leistungen der staatlichen Versicherung soll die soziale und ökonomische Teilhabe behinderter Menschen gesichert werden, zum Beispiel in Form von Reintegration in den Arbeitsmarkt oder Rentenzahlungen. Weiterhin sollen durch pädagogische Interventionsformen wie Beratung, Qualifizierung und Arbeitsassistenz, die Handlungskompetenz Betroffener verbessert werden. Bedingungen auf dem Arbeitsmarkt sollen verändert werden, z.B. durch Beschäftigungsprogramme (ökologische und ökonomische Interventionsformen). Behinderte Menschen, die aufgrund ihrer Behinderung einen hohen Rehabilitationsaufwand benötigen, haben kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Sie sollen durch beitragsfinanzierte Rentenleistungen (Invaliditäts-, Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrenten) sowie vorgezogene Altersrenten abgesichert werden. Dieser Behindertenpolitik können damit die Funktionen *Prävention* und *Rehabilitation* zugeordnet werden (vgl. Maschke 204: 409ff.).

Die *partizipationszentrierte Behindertenpolitik*, wird dem Grundmodus *Bürgerschaft (citizenship)* zugeordnet. Der Status als BürgerInnen wird gesichert, indem jedes Mitglied einer Gesellschaft Träger eines Paketes von Rechten und Pflichten ist, für die der Staat verantwortlich ist (vgl. Miller 1999: 30ff.) und die in Gesetzen geregelt sind.

Beispielhaft für den Grundmodus ist die Staatsbürgerschaft. Das Hauptgerechtigkeitskriterium *Gleichheit (equality)* bestimmt die Verteilung von Gütern. So steht behinderten Menschen trotz ihrer Einschränkung bezüglich der Arbeitskraft das volle Anrecht auf staatliche Leistungen zu. Aus dem sozialrechtlichen Status lässt sich ableiten, dass Güter nach dem Prinzip der *Versorgung* verteilt werden. Die Höhe der Leistung fällt, je nach Vorstellung von Partizipation, höher oder niedriger aus (vgl. Maschke 2004: 409f.). Der *partizipationszentrierten Behindertenpolitik* wird das *sozial (-politische) Modell* zugewiesen. Diese Politik, die von Behinderung als soziale Konstruktion ausgeht, versucht durch rechtliche Regelungen (zivilrechtliche Antidiskriminierungs- und Gleichstellungsgesetze) die Chancengleichheit behinderter Menschen herzustellen. Weiterhin sollen Selbstvertretung und Selbstbestimmung zur Regel in der Behindertenpolitik werden. Auch soll die Umwelt barrierefrei gestaltet werden (Baugesetze, Verkehrsordnungen, Gestaltung Internet, usw.). *Gleichstellung* und *Partizipation* sollen eine Diskriminierung behinderter Menschen verhindern und eine umfassende Teilhabe ermöglichen. Ermöglicht wird die Partizipation zu einem erheblichen Teil von Unternehmen und öffentlichen Einrichtungen sowie durch die Finanzierung aus Steuereinnahmen (vgl. Maschke 2004: 412).

4 Behindertenpolitik in der BRD

Um ein Verständnis für das sich (wahrscheinlich) immer wandelnde System der Behindertenpolitik zu bekommen, wird in diesem Kapitel die Entwicklung der Behindertenpolitik in der BRD seit 1949 dargestellt. Es wird untersucht, wie sich nationale Behindertenpolitik in den drei idealtypischen Politikbereichen entwickelt hat. Abschließend können die ersten beiden Teilfragen beantwortet werden und ein Zwischenfazit gezogen werden.

4.1 Die Geschichte der Behindertenpolitik in der BRD

4.1.1 Die westdeutsche Behindertenpolitik nach 1949

Abgesehen von der Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente für versicherte Erwerbstätige beschränkte sich die westdeutsche Behindertenpolitik⁸ nach dem ersten Weltkrieg weitestgehend auf Arbeitsunfallopfer und Kriegsbeschädigte (vgl. Maschke 2008: 230).

⁸ Im Folgenden wird lediglich die Entwicklung der westdeutschen Behindertenpolitik dargestellt.

So wurde 1950 das Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz: BVG i.d.F.v. 20.12.1950) erlassen, welches Kriegsbeschädigten Heilbehandlungen und Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Berufsleben sichern sollte (§1, §3 BVG). Mit dem 1950 erlassenen Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter (Schwerbeschädigtenrecht i.d.F.v. 16.06.1953) setzte sich diese politische Linie fort. So mussten Betriebe und öffentliche Verwaltungen ab einer bestimmten Größe einen festgesetzten Anteil Schwerbehinderter, worunter Kriegs- und Arbeitsunfallopfer fielen, beschäftigen. Wurde diese Auflage nicht erfüllt, war eine monatliche Ausgleichssumme zu zahlen (§§1,3,9 Schwerbeschädigtengesetz).

Die politischen Programme wurden derzeit durch Akteure der Klientelverbände und Sozialleistungsanbieter geprägt (vgl. Rudloff 2003: 868). So wundert es nicht, dass die starke Vertretung von Kriegsverbänden die Grenzziehung zwischen Kriegs- und Zivilbeschädigten verstärkte (vgl. Bösl 2010: 7). Diese sozialpolitisch höhere Wertschätzung gegenüber zivilen behinderten Menschen befürworteten Ministerialbüros, Parteien und Kriegsopferverbände. Die Gleichstellung galt bis in die 1960er Jahre in Ministerien politisch als nicht angebracht (vgl. Rudloff 2003: 867).

Dies sollte sich im weiteren Verlauf allmählich ändern; denn mit dem 1957 erlassenen Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz i.d.F.v. 27.02.1957) wurden nun auch Körperbehinderte sozialrechtlich erfasst und folgendermaßen definiert:

„Körperbehindert im Sinne dieses Gesetzes sind Personen, die durch eine Fehlfunktion oder Fehlfunktion des Stütz- und Bewegungssystems oder durch Spaltbildung des Gesichts oder des Rumpfes dauernd in ihrer Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt sind oder in Zukunft voraussichtlich sein werden. Dieses Gesetz findet auch Anwendung auf Seelentaube und Hörstumme“ (§1 Körperbehindertengesetz).

Ziel der Fürsorge war es, Körperbehinderungen zu beseitigen, bzw. zu verhindern und insbesondere Betroffene in das Erwerbsleben einzugliedern (§2 Abs. 1 Körperbehindertengesetz).

Der daran geknüpfte Rehabilitationsgedanke wurde im Kontext der Rentenreform von 1957 in der Behindertenpolitik aufgenommen, weiter ergänzt und gesetzlich verankert

(vgl. Bösl 2009: 155f.). Ziel war die Rehabilitation,⁹ um so eine vorzeitige Rente zu verhindern. Entsprechend wurde der Rehabilitationsauftrag (berufliche Rehabilitation) der Rentenversicherung und Arbeitsverwaltung übertragen (vgl. Rudloff 2003: 868f.).

Der Adressatenkreis wurde durch das Körperbehindertengesetz zwar größer, eine allgemeine, alleinstehende Definition von Behinderung, bzw. Körperbehinderung wurde jedoch nicht gegeben; denn die Maßnahmen waren an mögliche erwerbsfähige Betroffene gerichtet. Diese erwerbszentrierte Behindertenpolitik ging mit der Benachteiligung von behinderten Hausfrauen und Kindern mit angeborenen Behinderungen einher, die weniger soziale Rechte hatten (vgl. Rudloff 2003: 870).

Nachdem bisher erwachsene Behinderte im Fokus der Behindertenpolitik standen, rückten zunehmend behinderte Kinder in den Blickpunkt der Öffentlichkeit. In den folgenden Jahren wurde eine Reihe von Initiativen, wie 1964 die „Aktion Sorgenkind“ (seit 2000 „Aktion Mensch“), gegründet (vgl. Rudloff 2003: 870f.). Mit der neuen Betrachtung ging eine Ausdifferenzierung des Sonderschulwesens einher (vgl. Rudloff 2003: 872f.). Gerade geistig behinderte Kinder wurden bislang als „bildungsunfähig“ eingestuft. Eine schulische Bildung wurde ihnen verwehrt. Die 1958 gegründete „Lebenshilfe“, ein Eltern-, Interessen- und Fachverband, übernahm hier eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Hilfen für geistig Behinderte. Sie trat gegen institutionelle Verwahrung in abgelegenen Schutzräumen und für ein pädagogisches Bemühen innerhalb offener und ambulanter Formen der Hilfe ein, wie Sonderkindergärten und Werkstätten. Damit traten sie nicht nur für eine bisher vernachlässigte Gruppe ein, vielmehr besetzten sie eine Lücke in der Behindertenpolitik. Sie gründeten selbst Hilfeinrichtungen, die zum Vorbild wurden (vgl. Rudloff 2003: 871ff.).

In der weiteren Entwicklung nimmt das 1961 erlassene Bundessozialhilfegesetz (BSHG i.d.F.v. 30.06.1961), welches die Regelungen des Körperbehindertengesetzes aufnahm, eine wichtige Rolle ein (vgl. Maschke 2008: 231). Dieses impliziert einen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe auch für bedürftige Personen, insofern diese sich selbst

⁹ Der Begriff „Rehabilitation“ wird im deutschen Sozialrecht nicht nur für Sach- und Dienstleistungen zur Eingliederung behinderter Menschen gebraucht. Auch werden unter Rehabilitation Maßnahmen der sozialen Eingliederung gefasst. In dieser Arbeit werden diese unterschieden (z.B. berufliche und soziale Rehabilitation). Die soziale Rehabilitation fällt unter partizipationsorientierte Leistungen (vgl. Maschke 2008: 231).

nicht versorgen oder Angehörige oder Träger von Sozialleistungen keine Hilfe leisten können (§2 BSHG).

Auch Hilfen für behinderte (§§39-47, §67 BSHG) und pflegebedürftige Menschen (§§68-69 BSHG) wurden geregelt.¹⁰ Die geregelte Eingliederungshilfe war nicht mehr nur auf die Erwerbsfähigkeit bezogen, vielmehr formulierte das Gesetz die „Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft“ (§39 Abs. 3 BSHG) zu ihrem Ziel. Sie rückte erstmals die soziale Rehabilitation in den Fokus der Behindertenpolitik (vgl. Rudloff 2003: 873). Doch wurde auch hier an dem Ziel, die Behinderung zu verringern oder zu beseitigen, weiter festgehalten. Außerdem konnte das BSHG die Lücken in den Hilfeleistungen trotz des größeren Adressatenkreises nicht schließen. Sie waren immer noch von der Ursache der Behinderung abhängig (vgl. Maschke 2003: 231).¹¹ Infolgedessen waren viele behinderte Menschen von bestimmten Hilfeleistungen ausgeschlossen.

Parallel kam Ende der 1960er, Anfang der 1970er Jahre ein neuer Typ von Behindertenbewegung, darunter die „Clubs der Behinderten und Freunde“, auf. Sie sprachen sich bewusst gegen das vorherrschende Prinzip der Fürsorge aus. Stattdessen standen sie für Eigeninitiative, Selbsthilfe und Selbstvertretung. Ihr Ziel war nicht die politische Verschärfung, sondern eine Bewusstseinsänderung (vgl. Rudloff 2003: 875).

Die Behindertenpolitik nach 1949 zeichnete sich zusammengefasst durch eine klientelzugeschriebene Politik aus, die zunächst für Kriegs- und Arbeitsunfallopfer gedacht war. Das übergeordnete Ziel war die Wiedereingliederung in das Berufsleben. Im Zuge der Rentenreform 1957 wurde die berufliche Rehabilitation weiter ausgebaut und gesetzlich verankert. Mit dem Körperbehindertengesetz von 1957 waren nun auch körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Menschen angesprochen. Das System war von der ungleichen Verteilung der Hilfeleistungen geprägt; denn die Maßnahmen waren nur an mögliche Erwerbstätige gerichtet. Nicht durch einen Rechtsanspruch abgesicherte Betroffene waren auf die Fürsorge von Familien und ihrem sozialen Umfeld angewiesen. Mit der Zeit machten sich Initiativen wie „Aktion

¹⁰ Die Paragraphen umfassten zum Beispiel rehabilitationsorientierte Dienstleistungen, Hilfen bei der Schaffung und Erhaltung behindertengerechten Wohnraums, Hilfen zur Beschäftigung in einer Werkstatt für Behinderte oder auch Hilfen zur Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft.

¹¹ Kriegsbeschädigten standen Leistungen der staatlichen Kriegsoferversorgung, Arbeitsunfallopfer der Berufsgenossenschaft, versicherte Erwerbsunfähige der Rentenversicherung, Eltern behinderter Kinder oder Personen, die nicht in Rentenversicherung eingezahlt haben, bei Bedürftigkeit der Sozialhilfe zu (vgl. Machke 2008: 231f.).

Sorgenkind“ und „Lebenshilfe“ verstärkt bemerkbar. Sie traten für benachteiligte Gruppen ein und gründeten selbst Hilfeeinrichtungen. Mit dem BSHG wurde die Sozialhilfe bundeseinheitlich geregelt und Hilfen für behinderte und pflegebedürftige Personen gesetzlich verankert. Erstmals wurde die soziale Rehabilitation, also die Teilhabe innerhalb der Gesellschaft, gesetzlich geregelt. Hilfeleistungen waren weiterhin an die Ursachen der Behinderung gebunden, sodass viele Menschen auf karitative Einrichtungen oder ihre Familien angewiesen waren. Gegen Ende der 1960er, Anfang 1970er kamen Behindertenbewegungen auf, die explizit gegen das vorherrschende Prinzip der Fürsorge und für Selbstbestimmung eintraten.

Festzustellen ist, dass die Behindertenpolitik nach 1949 von einer Vielzahl von Sozialleistungsgesetzen geprägt war. Innerhalb dieser Regelungen wurden unterschiedliche Ziele und Leistungen formuliert. So ist es kaum möglich, dieser Zeit einen Idealtyp zuzuordnen. Dennoch wird deutlich, dass die Behindertenpolitik von *kompensations- und rehabilitationsorientierten Leistungen* geprägt war. Das übergeordnete Ziel der Behindertenpolitik war die Herstellung der Erwerbsfähigkeit von behinderten Menschen. Diese sollte durch Maßnahmen der *Prävention* und (beruflichen) *Rehabilitation* erreicht werden. Durch Integrationsmaßnahmen oder Rentenzahlungen sollten die Folgen (sozial und ökonomisch) der Arbeitsunfähigkeit gering gehalten werden (*Versicherungsprinzip*). Behinderung wurde damit an der geminderten Leistungsfähigkeit gemessen. Dem zugrunde lag ein *ökonomisches Verständnis* von Behinderung. Ein Großteil der behinderten Menschen war damit von *Vernachlässigung* betroffen. Die Versorgung ihrer Belange war staatlich nicht geregelt und so waren sie vor allem auf Hilfen der Familien oder der karitativen Einrichtungen angewiesen (*Fürsorgeprinzip*). Mit der Zeit wurden auch sie teilweise zu Empfängern von Hilfeleistungen, wie der Eingliederungshilfe (*Kompensation*). Der Ausbau von Hilfeeinrichtungen, wie Sonderschulen oder Werkstätten für behinderte Menschen (*Segregation*), sollte die institutionelle Verwahrung ersetzen. Die Vorstellung von Behinderung war, neben dem *ökonomischen Modell*, in jedem Fall vom (*bio*)*medizinischen Modell* geprägt. Denn die Definitionen bezogen sich ausschließlich auf körperliche Defizite, die es im besten Fall zu verhindern oder zu verringern galt.

Doch ein eintretender Wandel ist zu erkennen: Wo am Anfang Rehabilitation im Sinne des (*bio*)*medizinischen*, bzw. *ökonomischen Modells* verstanden wurde, wurde Ende der

1960er Jahre erstmals die soziale Rehabilitation betont. Die Teilhabe wurde in der Realität jedoch nicht verbessert. Die Verständnis von Behinderung in der Gesellschaft war weiterhin defizitorientiert und Entfaltungsmöglichkeiten verbesserten sich nicht (vgl. Rudloff: 874f.).

Mit der seit 1969 amtierenden sozialliberalen Bundesregierung sollte es Anfang der 1970er Jahre zu einem Umschwung in der Behindertenpolitik kommen. Bereits die Regierungserklärung Willy Brandts, in der die Situation behinderter Menschen erstmals in einer Regierungserklärung Erwähnung fanden, ließ dies vermuten. Auch das von der Bundesregierung 1970 vorgelegte Aktionsprogramm zur Rehabilitation, welches überhaupt das erste Konzept von Behindertenpolitik auf Bundesebene war, ließ einen bevorstehenden Reformprozess erahnen. Gerade die bestehenden Ungleichheiten sozialer Sicherung, die bisher Behindertengruppen stark differenzierte, sollten ausgeglichen werden (vgl. Rudloff 2003: 876). „Demokratisierung“, „Lebensqualität“, „Humanisierung“, „Chancengleichheit“ sollten leitende Begriffe der Koalition werden (vgl. Bösl 2010: 8). Doch die Umsetzung des Aktionsprogramms dauerte (vgl. Rudloff 2003: 876).

4.1.2 Die westdeutsche Behindertenpolitik nach 1970

Mit dem 1974 erlassenen Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (Rehabilitationsangleichungsgesetz: RehaAnglG, in Kraft getreten am 1.10.1974) und dem 1974 erlassenen Gesetz zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz i.d.F.v. 29.04.1974) sollte das Vorhaben Umsetzung finden, die Ungleichheiten der sozialen Sicherung abzubauen (vgl. Rudloff 2003: 867ff.). Mit dem RehaAnglG sollten allen Behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Menschen die gleichen Leistungen zustehen. Dies sollte unabhängig von der Ursache der Behinderung geschehen. Dadurch wurden Ungleichheiten weiter abgebaut und bisher nicht erfasste Betroffene erhielten nun Zugang zur medizinischen, beruflichen, schulischen und sozialen Rehabilitation. Trotzdem implizierte es kein einheitliches Leistungsrecht und so waren Kinder- und Jugendhilfe sowie Sozialhilfe nicht eingeschlossen (vgl. Maschke 2008: 233). Mit dem Schwerbehindertengesetz, welches das Schwerbeschädigtengesetz ablöste, wurden neben Kriegsbeschädigten nun auch zivile behinderte Menschen in arbeitsmarktpolitische Sonderregelung einbezogen (vgl. Rudloff 2003: 876f.).

Mit der Zeit öffnete sich das Sozialhilferecht. 1975 wurde die gesetzliche Kranken- und Rentenversicherung auch für Behinderte aus Werkstätten, Heimen, Anstalten und Berufsbildungswerken zugänglich gemacht (§1 Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter i.d.F.v. 7.05.1975).

Erstmals setzte die Behindertenpolitik nicht nur am Individuum an, sondern an den Bedingungen in der Gesellschaft. Von vielen VertreterInnen der Politik, Ministerialbürokratie und Expertenschaft wurde ein Abbau von Hindernissen in der Umwelt gefordert (vgl. Bösl 2010: 8). Trotzdem ging es beim Hindernisabbau weiterhin um die funktionale Anpassung. Behinderung wurde nach wie vor als individuelles Problem aufgefasst, welches es zu lösen galt. Neu war jedoch, durch Arbeit an der Umgebung dieses Problem abzubauen (vgl. Bösl 2010: 8f.).

Lange Zeit waren psychisch Kranke und seelisch behinderte Menschen in Krankenkassen- und Sozialhilferecht mit Körperbehinderten nicht gleichgestellt (vgl. Rudloff 2003: 879). Sie rückten Anfang der 1970er Jahre als letzte Teilgruppe in das Blickfeld der Politik (vgl. Welti 2005: 234f.).

Einen wichtigen Akzent setzte das Sozialgesetzbuch I (SGB I i.d.F.v. 11.12.1975). Das Sozialrecht wurde in einem Gesetzeswerk zusammengefasst und ordnete so die bestehenden sozialpolitischen Gesetze. Die Orientierung an der Ursache der Behinderung wurde aufgegeben (vgl. Welti 2005: 234).

Der Personenkreis und die Hilfeleistungen wurden in §10 SGB I geregelt:

„Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, [...] 3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz im Arbeitsleben zu sichern, 4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie 5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken“ (§10 SGB I).

Prävention und berufliche Rehabilitation wurden damit weiterhin ausgebaut. Auch Personen die von einer Behinderung bedroht waren, wurden in den Kreis der Hilfeberechtigten aufgenommen (vgl. Maschke 2008: 233f.). Das Vorhaben, das Rehabilitations- und Behindertenrecht in ein Sozialgesetzbuch zu fassen, scheiterte jedoch an der praktischen Umsetzung (vgl. Welti 2005: 235).

Aus diesem Grund wurde ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre vor allem an der praktischen Umsetzung der gesetzlich festgeschriebenen Arbeitsmarktintegration behinderter Menschen gearbeitet. So wurde die Bundesanstalt für Arbeit zur wichtigsten Institution im Zusammenhang mit der Rehabilitation. Weiterhin wurden bestehende Regelungen aus dem SGB I ausgebaut und weitere Maßnahmen erlassen, sodass in den 1980er Jahren das Rehabilitationssystem umfangreich und gefestigt war. Neben den gesetzlichen Entwicklungen wurden „Nachteilsausgleiche“ vereinbart. Dazu gehörten Vergünstigungen oder Sonderkonditionen wie erhöhtes Wohngeld oder verlängertes Kindergeld. Diese sollten Extrakosten, die mit Behinderung verbunden waren, ausgleichen und die soziale Eingliederung, welche im BSHG und dem SGB I festgeschrieben war, begünstigen (vgl. Maschke 2008: 234f.).

Allmählich erhoben Betroffene selbst ihre Stimme. Selbsthilfe- und Aktionsbündnisse gründeten sich, Emanzipationsbewegungen kamen auf und erregten so neue Aufmerksamkeit. Dennoch dominierten nichtbehinderte Akteure den politischen Diskurs (vgl. Bösl 2010: 9). Seit den 1980er Jahren verstärkte sich die Emanzipationsbewegung: Gerade die „Krüppelbewegung“, die durch ihre politische Radikalität hervorstach, wehrte sich gegen die Normalitätsvorstellung von Nichtbehinderten. Sie betonte gerade das „Anderssein“ (vgl. Rudloff 2003: 875). 1980 entwickelte sich zu einem Protestjahr, woraufhin sich die Emanzipationsbewegungen weiter ausdifferenzierten (vgl. Bösl 2010: 11).

Fortan konzentrierten sich Behinderteninitiativen auf konstruktive Politikreformen anstatt regelverletzender Protestaktionen gegen Sondereinrichtungen und bevormundende Behindertenbetreuung. So wurden Einrichtungen geschaffen, die als Alternative zu bisherigen Einrichtungen des Behindertenhilfesystems gelten sollten: Anfang der 1980er entstanden ambulante Dienste mit dem Ziel, vor Ort eine Infrastruktur zu schaffen, die eigenverantwortliches und selbstbestimmtes Leben in selbstgewählten Wohnformen ermöglicht (vgl. Rohrmann 2006: 180f.).

Lange Zeit waren nicht nur Ursache, Geschlecht und Alter von behinderten Menschen Gründe für Ungleichheiten. Auch von der Art der Behinderung hingen die Hilfemaßnahmen ab (vgl. Rudloff 2003: 879). Die sozialliberale Regierung stieß einen Reformprozess an und wollte die bestehenden Ungleichheiten beseitigen. Das

RehaAnglG war der Versuch, die finale Betrachtungsweise¹² gesetzlich zu verankern (vgl. Bösl 2010: 8), dennoch schaffte es kein einheitliches Leistungsrecht. Die Unterscheidung zwischen Behinderung und dem jeweils zuständigen Träger hatte qualitative und quantitative Unterschiede bei den Leistungen zur Folge. Damit entsprach es nicht vollständig dem Finalprinzip (vgl. Bösl 2009: 192). Das SGB I markierte einen wichtigen Punkt; denn sozialpolitische Gesetze wurden geordnet und der Kreis Hilfeberechtigter nochmals geweitet. Doch die Schwierigkeit war, dass das gegliederte System auch weiterhin unübersichtlich gestaltet war (Maschke 2003: 235).

Die Behindertenpolitik charakterisierte sich also auch weiterhin durch *Rehabilitations- und Präventionsleistungen*. Die Aufgabe und das übergeordnete Ziel war, die Erwerbsfähigkeit herzustellen. Dies sollte durch weiter ausgebaute beitragsfinanzierte Integrationsmaßnahmen oder im Falle einer nicht möglichen Integration in das Arbeitsleben durch die Sozialversicherung erreicht werden. Das Netz institutionalisierter Rehabilitation wurde immer weiter ausgebaut, sodass die Infrastruktur, speziell in den 1970er Jahren, in den Bereichen der medizinischen, beruflichen, schulischen und sozialen Rehabilitation gut ausgebaut war. Vermehrt entstanden Selbsthilfegruppen, Frühförderung- Früherkennung sowie Vereine und Initiativen (vgl. Brackhane 1988: 27f.). Der Kreis, der auf privat finanzierte Kosten der Versorgung z.B. durch die Familie angewiesen war, wurde geringer. Damit ging die Entwicklung weiter in Richtung der *rehabilitationszentrierten Behindertenpolitik*.

Erstmals wurde die Umgebung untersucht, um Barrierefreiheit umzusetzen. Die soziale Rehabilitation wurde zwar betont und die Antwort war u.a. ein Hindernisabbau, doch galt Behinderung auch weiterhin als individuelles Problem, welches es zu verringern oder zu beseitigen galt (vgl. Bösl 2010:8f.). Zudem sollten Nachteilsausgleiche die Teilhabe sichern. Doch die soziale Eingliederung war stark abhängig von dem Ausbau sozialer Dienste vor Ort (vgl. Maschke 2008: 234). Die Zeit kann zwar als Reformphase bewertet werden; dennoch bestand zwischen Theorie und Praxis eine große Kluft. Die Wahrnehmung von Behinderung war auch weiterhin von dem *ökonomischen* und dem *(bio)medizinischen Modell* geprägt. Die eingesetzten Mittel und Finanzierungsarten waren zunehmend *rehabilitationszentriert*.

¹² Mit der finalen Betrachtungsweise ist hier gemeint, dass Leistungen unabhängig von der Ursache der Behinderung verteilt werden (vgl. Bösl 2010: 8).

Anders sah es in der Zivilgesellschaft aus: Behinderte Menschen, die sich seit den 1970er Jahren organisierten, sprachen sich gegen das *Fürsorgeprinzip* aus und stießen mit ihren Forderungen nach Gleichstellungsgesetzen und einem Gleichheitssatz in der Verfassung einen Reformprozess an (vgl. Welti 2012: 369).

4.1.3 Die deutsche Behindertenpolitik seit 1990

Gleich zu Beginn der 1990er Jahre¹³ wurde ein entscheidender Schritt für die Gleichstellung behinderter Menschen getan: 1994 wurde im Grundgesetz der allgemeine Gleichheitsgrundsatz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ aufgenommen (Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG). Diese Verfassungsänderung, die unter entscheidendem Einfluss der Behindertenverbände zustande kam, brachte zunächst keine große Veränderung (vgl. Maschke 2008: 239).

Auch im Bereich der Fürsorge gab es zunächst nur wenige Neuerungen. Lediglich die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 kann als sozialpolitische Reform benannt werden.¹⁴ Sie stellte die fünfte Säule der Sozialversicherung dar. Die Pflegeversicherung verbesserte die soziale Situation behinderter Menschen; denn mit Behinderung war meist ein hoher Pflegebedarf verbunden. Besonders für ambulante Pflege bedeutete die Pflegeversicherung erstmals eine Finanzierung oberhalb der Sozialhilfe. Für die stationäre Pflege reichte das Budget jedoch meist nicht aus, sodass die Sozialhilfe die Kostendifferenz ausgleichen musste (vgl. Maschke 2008: 235).

Im Bereich der Rehabilitation gab es zunächst auch kaum Änderungen. Im Verlauf der 1990er Jahre kam wiederholt die Forderung auf, das unübersichtliche System zu vereinheitlichen, da es von unterschiedlichen Leistungen und Zuständigkeiten geprägt war. So sollte ein gerechter Zugang zu den Leistungen gewährleistet werden (vgl. Maschke 2008: 237).

¹³ Das Grundgesetz und die sozialstaatlichen Normen und Institutionen wurden mit dem Einigungsvertrag von 1990 auf die neuen Länder der ehemaligen DDR übertragen (vgl. Welti 2005: 237).

¹⁴ Die gesetzliche Pflegeversicherung nahm alle gesetzlich krankenversicherten Personen auf. Daraufhin finanzierte die Pflegeversicherung 1995 auch die häusliche Pflege und ab 1996 die stationäre Pflege. Nicht der Gesamtbedarf wird finanziert, sondern Pflegebedürftige werden in Pflegestufen eingeordnet, die jeweils ein festgelegtes Budget haben (vgl. Maschke 2008: 235).

Erst die 1997 aufgekommene Bürgerrechtsbewegung „Aktion Grundgesetz“¹⁵ brachte wieder Leben in die Diskussion über die Gleichstellung behinderter Menschen (vgl. Maschke 2008: 239). An diesen Aufbruch schloss die 1998 neugebildete rot-grüne Koalition an. Bereits die Koalitionsvereinbarung, der die Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe behinderter Menschen betonte, ließ auf eine Reform hoffen. Viele neue Gesetze und Maßnahmen wurden angekündigt (vgl. Maschke 2008: 236-239). Eine Allianz aus verschiedenen Interessenverbänden und Sorgenkind e.V. erreichte, dass 1998 die Verabschiedung eines Behindertengleichstellungsgesetzes in die Koalitionsvereinbarungen einging (vgl. Bösl 2010: 11). Neben dem Gleichstellungsgesetz wurden ein Gesetz gegen Diskriminierung und zur Förderung der Gleichbehandlung von Minderheiten sowie ein neues Gesetzbuch angekündigt (vgl. Maschke 2008: 239). Die Regierung kam so dem Gleichstellungsauftrag des GG nach.

Im Bereich der Fürsorge wurde 2003 eine beitragsunabhängige Sozialleistung eingeführt. Das Gesetz über eine bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (GSiG in Kraft getreten am 1.1.2003) sicherte u.a. erwerbsgeminderte Personen über 18 Jahren durch eine bedarfsorientierte Zahlung in Höhe der früheren Sozialhilfe ab (§§1-3 GSiG).¹⁶ Diese Grundsicherung wurde 2005 wieder in die Sozialhilfe (Sozialgesetzbuch XII) eingeordnet (vgl. Maschke 2008: 236).

Auch im Bereich der Rehabilitation versprach die neue Regierung viel und ging auf die Forderungen ein. Laut Koalitionsvertrag sollte das Behindertenrecht weiterentwickelt und übersichtlicher gestaltet werden. Es sollte u.a. die gesetzliche Grundlage der Eingliederung in den Arbeitsmarkt verbessert und weiterentwickelt werden und durch das angekündigte Sozialgesetzbuch das unübersichtliche Rehabilitationsrecht geordnet werden (vgl. Maschke 2008: 237).

In einem ersten Schritt entstand das Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit Schwerbehinderter (SchwbBAG i.d.F.v. 29.09.2000), welches das Schwerbehindertengesetz ablöste bzw. veränderte (Art. 1 Abs. 1 SchwbBAG). Die

¹⁵ Eine der größten Bürgerrechtsbewegungen Deutschlands in der sich über 100 Behinderten- und Wohlfahrtsverbände zusammen schlossen (vgl. Maschke 2008: 239).

¹⁶ Im Gegensatz zur Sozialhilfe wird nur noch das Leistungs- und Vermögensverhältnis des Antragstellers und dessen Ehegatten, bzw. Partners geprüft. Die Familie muss den Bedarf nicht decken (vgl. Maschke 2008: 236).

Beschäftigungspflichtquote wurde gesenkt, Ausgleichsabgaben im Falle einer Nichteinstellung wurden hoch gesetzt (Art. 1 Abs. 2 SchwbBAG). Zudem wurde ein Netz von Integrationsfachdiensten aufgebaut, das die Koordination von Behörden verbessern sollte. Auch sollten Dienstleistungen der Bundesanstalt für Arbeit und beschäftigungsfördernde Instrumente des früheren Schwerbehindertengesetzes gewährleistet werden. Auf diesem Weg sollte die Vermittlung Schwerbehinderter in Unternehmen erleichtert und die rechtliche Situation gefestigt werden (vgl. Maschke 2008: 238).

In einem zweiten Schritt entstand das angekündigte Sozialgesetzbuch „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ (SGB IX i.d.F.v. 19.06.2001), welches für die drei Bereiche (Fürsorge, Rehabilitation, Gleichstellung) Auswirkungen hatte:

Die heute in der BRD rechtlich geltende Definition geht aus diesem Gesetzbuch hervor. Dieser zufolge, sind Menschen behindert,

„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (SGB IX § 2 Abs. 1).

Im Bereich der Fürsorge bestand nun die Möglichkeit der Umwandlung von Sach- in Geldleistungen (SGB IX § 9 Abs. 2). Hilfen konnten mit diesem persönlichen Budget selbst organisiert und selbstbestimmter umgesetzt werden. Auch wurde das Prinzip des gleichen Zugangs zu Leistungen, welches im RehaAnglG nicht umgesetzt worden ist, verbessert. Die Sozialhilfe sowie Jugend- und Kinderhilfe wurde den Rehabilitationsträgern zugeordnet (vgl. Maschke 2008: 236f.).¹⁷

Das Rehabilitationsrecht wurde damit nicht nur übersichtlicher gestaltet und neu zusammengefasst, sondern auch weiterentwickelt und verbessert. So kann durchaus von einer Reform in der Behindertenhilfe gesprochen werden (vgl. Schulte 2003: 46-54).

Mit der Definition von Behinderung, die Kontextfaktoren einbezieht, orientiert sich das SGB IX an der ICF (vgl. Maschke 2008: 238) und integriert damit die unterschiedlichen Modelle von Behinderung in einer Definition. Die Unterstützung des SGB IX ist nicht

¹⁷ Zu den Rehabilitationsträgern gehören seither die gesetzlichen Krankenkassen, die Bundesagentur für Arbeit, die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung, die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung, die Träger der Kriegsopferversorgung und Träger der Kriegsopferfürsorge, die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sowie die Träger der Sozialhilfe (§ 6 SGB IX).

mehr auf Fürsorge, sondern auf sozialer Teilhabe und persönlicher Autonomie gerichtet (vgl. Rohrman 2006: 181f.). Von besonderer Bedeutung ist, dass behinderte Menschen (Forum behinderter Juristinnen und Juristen) an der Entstehung des SGB IX beteiligt wurden. Dies beeinflusste die bürgerrechtsorientierte Definition sowie das Ziel der Stärkung der Selbstbestimmung (vgl. Maschke 2008: 239).

Eine weitere Besonderheit ist das 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (Behindertengleichstellungsgesetz: BGG i.d.F.v. 27.04.2002), in dessen Zentrum die Herstellung der Barrierefreiheit steht. Besonders ist, dass über das Forum behinderter Juristen und Juristinnen behinderte Menschen in die zuständige Arbeitsgruppe des Gesetzesentwurfes eingebunden wurden (vgl. Bösl 2010: 11). Entstanden ist auch hier eine bürgerrethorientierte Definition von Behinderung.

Nach §3 BGG sind Menschen

„[...]behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“

Als Ziel formuliert das Gesetz die Herstellung umfassend verstandener Barrierefreiheit (öffentliche Barrieren, kommunikative Barrieren). Diese bezieht sich nicht nur auf die baulichen Barrieren, sondern auf die Barrieren aus allen Lebensbereichen (vgl. Bösl 2010: 11).

Das Gesetz wurde von Behindertenbewegungen und Behindertenverbänden vor allem wegen ihrer Beteiligung am Entstehungsprozess des Gesetzes als Erfolg verbucht (vgl. Maschke 2008: 240). Dennoch werden die geringe Verbindlichkeit und das Fehlen von Fristen und Sanktionen im Falle von Diskriminierung kritisiert. Als Konsequenz wurde ein zivilrechtliches Antidiskriminierungsgesetz gefordert (vgl. Maschke 2008: 240f.), das 2006 mit dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) in Kraft trat (vgl. Bösl 2010: 11).

Bis hier wird deutlich, wie sich die Behindertenpolitik in der BRD seit den 1990er Jahren verändert hat. Mit dem Gleichheitsgrundsatz wurde erstmals ein *partizipationszentriertes Mittel* eingesetzt. Die Gleichstellung behinderter Menschen wurde rechtlich verankert. Daraufhin folgten weitere Gesetze, die die Gleichstellung und Antidiskriminierung von behinderten Menschen beinhalten. Betroffene selbst

nahmen an dem Prozess dieser gesetzlichen Entwicklungen teil. Auch neue Bau- und Designvorschriften sowie Richtlinien für den öffentlichen Verkehr und der Kommunikation wurden weiterentwickelt und angeordnet. Doch auch die Bereiche der *Kompensation* und *Rehabilitation* wurden ausgebaut. Dies scheint im Widerspruch zu den neuen Richtlinien aus dem *partizipationszentrierten Bereiche* zu stehen. *Kompensation* und *Segregation* sowie *Prävention* und *Rehabilitation* ausbauen, trotz der neuen Betonung auf *Partizipation* und *Gleichstellung*? Hier werden die erläuterten Zielkonflikte und Dysfunktionen deutlich. Gerade das SGB IX enthält diese. Das Gesetzbuch vereint behindertenpolitische Mittel aus den drei Bereichen. Sowohl die Bereiche Fürsorge, Rehabilitation, als auch Partizipation werden betont und weiter ausgebaut. Dieses Festhalten an Funktionen, die der *Partizipation* und *Gleichstellung* widersprechen, lässt sich durch *sekundäre* und damit verborgene *Ziele* erklären. Dennoch ist festzustellen, dass trotz bestehend bleibender Leistungen und Prinzipien der sozialen Sicherung eine Verschiebung des Verständnisses von Behinderung zu beobachten ist. Sie ist nicht mehr nur defizitorientiert, sondern *partizipationszentriert* definiert; die Teilhabe und Gleichstellung werden betont. Die bürgerrechterorientierten Definitionen von Behinderung wirken sich, zumindest theoretisch, positiv auf die Bereiche der Fürsorge und Rehabilitation aus. Mittel werden scheinbar nicht mehr aus dem Prinzip der Fürsorge, sondern aus dem Prinzip der Gleichstellung vergeben. Die aus den drei Bereichen eingesetzten Mittel haben zum Ziel, Teilhabe, Gleichstellung und Selbstbestimmung zu fördern. Daran wird ersichtlich, dass eine Trennung der Bereiche kaum möglich ist und sie sich durchaus beeinflussen und koexistieren können.

4.2 Zwischenfazit

Auf Grundlage der bisherigen Erkenntnisse können nun die ersten beiden Teilfragen beantwortet und ein Zwischenfazit gezogen werden:

Bis zu den 1990er Jahren kann die Behindertenpolitik der BRD als eine *kompensations- und rehabilitationszentrierte Politik* beschrieben werden. Das primäre Ziel war, das Arbeitspotenzial zu erhalten, bzw. es wiederherzustellen. Durch *Rehabilitation* und *Prävention* sollten diese Ziele erreicht werden. Die soziale Sicherung sollte durch das *Versicherungsprinzip* gesichert werden. Der Personenkreis außerhalb dieser Leistung musste sich mit *Vernachlässigung*, *Kompensation* und *institutioneller Segregation*

zurechtfinden und sein Leben bestreiten. Nach dem Prinzip der *Fürsorge* waren Familien für die Versorgung zuständig. Zudem wurde eine auf die Betroffenen zugeschnittene Umwelt geschaffen. Mit der Zeit wurden immer mehr Personen, die nicht erwerbsfähig waren, in die Sozialleistungen einbezogen. Grundlage dieser Politik waren ein *(bio)medizinisches* sowie *ökonomisches Verständnis* von Behinderung. Sozialleistungsgesetze vereinten sowohl Ziele der Fürsorge, als auch Ziele der Rehabilitation und Prävention. Durch die unterschiedlichen Leistungen und Zuständigkeiten war das System unübersichtlich und stark gegliedert und führte zu Benachteiligungen. Bis 1990 kann die Behindertenpolitik der BRD als ein *Policy Mix* aus einer *kompensationszentrierten* und *rehabilitationszentrierten Behindertenpolitik* beschrieben werden, der sich im Laufe der Zeit stärker in Richtung *rehabilitationszentrierter Behindertenpolitik* entwickelte.

Mit dem Regierungswechsel begann Ende der 1990er Jahre ein tiefgreifender Wandel in den drei Bereichen der Behindertenpolitik. Die Bereiche *Fürsorge* und *Rehabilitation* wurden zusammengefasst und ausgebaut, sodass bestehende Ungleichheiten minimiert wurden. Im *partizipationszentrierten Bereich* wurde mit dem SGB IX, dem BGG und dem allgemeinen Gleichheitsgrundsatz in den letzten zwanzig Jahren ein neues Recht für behinderte Menschen eingerichtet (vgl. Welti 2012: 369). Hier ist eine eindeutige Verschiebung zu erkennen, von einer Politik der Wohlfahrt und Fürsorge für einen speziellen Personenkreis hin zu einer Politik der Rechte und Pflichten für alle. Die Forderung nach Selbstbestimmung, Teilhabe, und Gleichheit wurde gesetzlich verankert und damit zumindest rechtlich gesichert.

Die erste Teilfrage, ob die Behindertenpolitik in der BRD seit 1949 einem Wandel unterliegt, kann eindeutig mit ja beantwortet werden. Und auch die zweite Teilfrage, ob sich diese beschriebene Entwicklung von einer Politik der Wohlfahrt zu einer Politik der Menschenrechte gewandelt hat, kann mit ja beantwortet werden. Zweifelsfrei befindet sich die deutsche Behindertenpolitik seit den 1990er Jahren in einem Wandel, der in Richtung *partizipationszentrierter* Behindertenpolitik geht. Doch kann dieser Wandel bis hier her auch als Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik der BRD beschrieben werden?

Nein, vielmehr kann nur von einer Akzentverschiebung innerhalb der Bereiche die Rede sein. Denn trotz dieses tiefgreifenden Wandels und der damit einhergehenden

Verlagerung der Schwerpunkte auf Gleichstellung und Teilhabe fällt eines auf: Der Kern der Definition von Behinderung liegt auch weiterhin in dem Verständnis, dass Behinderung eine Abweichung von einem „typischen“ Zustand ist. „Das Merkmal einer Abweichung von der Norm kennzeichnet Behinderung als Besonderes“ (Welti 2012: 368). Diese Vorstellung entspricht nicht dem Verständnis von Behinderung im *sozial (-politischen) Modell*.

Nun stellt sich die Frage: Konnte die UN-BRK diesen Paradigmenwechsel einleiten?

4.3 Die UN-BRK in der BRD

4.3.1 Die Konvention

„Noch nie hat eine internationale Menschenrechtskonvention in Deutschland so viel Aufmerksamkeit gefunden, so große Erwartungen genährt und gerade Enthusiasmus ausgelöst wie die Behindertenrechtskonvention“ (Bielefeldt 2010: 66).

Die im Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist am 3. Mai 2008 international in Kraft getreten (vgl. Graumann 2011: 26). Sie besteht aus dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung sowie einem Fakultativprotokoll. Deutschland ratifizierte beide Dokumente am 30. März 2007 und am 26. März 2009 trat die UN-BRK in Deutschland in Kraft (vgl. Degener 2009: 211f.).

Nach Art. 1 S. 2 BRK fallen unter den Schutz der Konvention,

„Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Damit versteht die UN-BRK „Behinderung als Wechselwirkung zwischen einem Individuum mit gewissen Einschränkungen und seiner Umwelt“ (Arnade 2003: 3) und versteht Behinderung im Sinne des *sozial (-politischen) Modells*.

Die Konvention schützt behinderte Menschen, die besonders von Menschenrechtsverletzung betroffen sind, und baut damit die bestehenden Menschenrechte weiter aus und konkretisiert diese (vgl. Fritzsche 2009: 140). Menschenwürde, die Achtung der Unterschiedlichkeit, Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit, Teilhabe an der Gesellschaft und Zugänglichkeit sind einige der

wesentlichen Prinzipien, die in Art. 3 BRK geregelt werden. Der Konvention zufolge darf es nicht bei einer formalen Gleichstellung bleiben, um Gleichberechtigung zu sichern (vgl. Degener 2009: 205). Aus diesem Grund nimmt die Bewusstseinsbildung (Art. 8 BRK) eine wichtige Stellung in der Konvention ein. Dabei will die Konvention keine Sonderrechte formulieren (vgl. United Nations: 2), sondern es geht vielmehr darum, weltweite Standards zu setzen (Degener 2003: 42) sowie

„[...] den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern“
(Art. 1 S.1).

Um dieses Ziel zu erreichen und die Umsetzung zu gewährleisten, wird sie auf internationaler und nationaler Ebene kontrolliert. International wird sie durch den Vertragsausschuss (zwölf unabhängige ExpertInnen) und die Staatenkonferenz sowie auf nationaler Ebene durch Menschenrechtsinstitute, staatliche und nicht staatliche Koordinierungsstellen betreut und kontrolliert. Ferner wird die UN-BRK in Form von Untersuchungsverfahren und Individualbeschwerden überwacht (vgl. Degener 2009: 209f.).

Das Prinzip der „Inklusion“ gilt als Leitlinie der Konvention. Behinderten Menschen soll die gleichberechtigte Teilhabe von Anfang an ermöglicht werden. Damit geht Inklusion über das, was Integration ist, nämlich die Eingliederung eines Menschen, der als anders gilt, hinaus (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 11). Die Konvention formuliert konkrete Vorgaben, um dieses Ziel zu erreichen, und gibt damit eine Orientierung für die Politikgestaltung (vgl. Aichele 2010: 13).

Die BRD verpflichtet sich mit der Ratifizierung, Gesetze und Werte, die der Konvention widersprechen, zu beseitigen. Dabei nimmt die Konvention nicht nur den öffentlichen Bereich (Staat), sondern auch den privaten Bereich (Gesellschaft, Organisationen, private Unternehmen) in die Pflicht (vgl. Fritzsche 2009: 141) und umfasst so alle Lebensbereiche.

Um den formulierten Forderungen nachzukommen, beschloss die Bundesregierung 2011 den Nationalen Aktionsplan. Der Aktionsplan beinhaltet Maßnahmen, mit denen die Bundesregierung das Ziel der Inklusion erreichen will. Er enthält 213 Vorhaben, Projekte und Aktionen die quer durch alle Lebensbereiche und alle Ressorts gehen. Der Aktionsplan ist unter Einbezug der Zivilgesellschaft, im Vordergrund behinderte

Menschen, entstanden (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 2, 11) und somit bereits gelebte Teilhabe.

Es scheint, als habe die Konvention einen Prozess angestoßen, der die Politik nochmals reformieren wird. Nun stellt sich die Frage, hat die Konvention die eingangs zitierten Erwartungen befriedigt und damit den bisher nicht eingetretenen Paradigmenwechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte umgesetzt?

4.3.2 Tatsächlicher Paradigmenwechsel?

Die Konvention hat enormen Zuspruch in Gesellschaft und Politik erhalten. Sie hat die Diskussion um die Stellung behinderter Menschen in unserer Gesellschaft neu entfacht. Es wird erwartet, dass die Lebenssituation behinderter Menschen sich in Zukunft dauerhaft verändern wird (vgl. Graumann 2011: 26). Die Konvention steht für einen Paradigmenwechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte (vgl. Degener 2009: 200; Aichele 2010: 13).

Markiert die UN-BRK tatsächlich diesen genannten Paradigmenwechsel?

Tatsache ist, dass der *rehabilitationszentrierte Ansatz* bereits vor der Konvention Einzug in die deutsche Politik und viel früher in die Zivilgesellschaft (Behindertenverbände und Behindertenbewegungen) gehalten hat. Mit dem Gleichheitssatz im GG wurde ein tiefgreifender Wandel in der BRD eingeleitet. Mit dem SGB IX wurde die Unterstützung nicht mehr auf Fürsorge, sondern auf soziale Teilhabe und persönliche Autonomie gerichtet. Das BGG gilt als Höhepunkt dieser Entwicklung. Es ist auf Selbstbestimmung und Teilhabe ausgerichtet (vgl. Rohrman 2006: 181f.). Die Konvention erfindet die in Art. 3 BRK geregelten Prinzipien wie Menschenwürde, die Achtung der Unterschiedlichkeit, Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit, Teilhabe an der Gesellschaft und Zugänglichkeit damit nicht neu. Ein bedeutender Unterschied fällt dennoch auf. Bis zur Konvention wurde Behinderung in der BRD als Abweichung von einer Norm definiert und entsprach damit nicht dem *sozial (-politischen) Modell* von Behinderung. Dies ändert die Konvention. Mit ihrem Verständnis von Behinderung löst die Konvention sich von dem defizitorientierten Verständnis von Behinderung und definiert sie im Sinne des *sozial (-politischen) Modells*. Zumindest theoretisch markiert sie mit diesem Verständnis von Behinderung einen Paradigmenwechsel. Konnte die Konvention diesen theoretischen Paradigmenwechsel auch in die Realität umsetzen?

Am 26. März 2015 ist die UN-BRK seit sechs Jahren in Kraft. Am 26. und 27. März 2015 wird der UN-Fachausschuss erstmals seit Inkrafttreten der Konvention prüfen, inwieweit Deutschland die Vorgaben der UN-BRK umsetzt. Dieser Staatenbericht wird die tatsächlichen Fortschritte und Mängel der Umsetzung der Konvention offenlegen. Zusätzlich hat die deutsche Monitoring-Stelle am 9. März 2015 einen Parallelbericht veröffentlicht, der neben dem Staatenbericht und einem Bericht der Zivilgesellschaft grundlegend zur Prüfung der Situation von behinderten Menschen in Deutschland ist (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2015b: 1). Der Bericht stellt 24 Problembereiche dar, die der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung besonderer Prüfungen unterziehen soll. Neben Hintergrundinformationen und Problemanalysen formuliert er Empfehlungen für Bund und Länder. Zunächst vermerkt der Bericht positiv, dass Bund, Länder und Kommunen sich mit der Umsetzung der Konvention befassen. Seit der Ratifizierung seien zahlreiche Initiativen und Programme entstanden. Auch abseits der Politik würden behinderte und nichtbehinderte Menschen für die Umsetzung der Konvention eintreten (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2015a: 4).

Dennoch ist die Kritik der Monitoring-Stelle groß. Sie betont, dass die Vorgaben der UN-BRK „[...] noch nicht hinreichend in der Lebenswirklichkeit der Menschen mit Behinderung angekommen sind“ (Deutsches Institut für Menschenrechte 2015a: 4). Sie bemängelt u.a., dass der Menschenrechtsschutz beispielsweise in gesetzgeberischen Maßnahmen fehle, dass die Definition von Behinderung in einigen Behindertengleichstellungsgesetzen und speziell im SGB IX nicht der Definition der Konvention entspreche und dass der Diskriminierungsschutz nicht effektiv sei und nicht alle Rechts- und Lebensbereiche von behinderten Menschen abdecke. Weiterhin seien segregierende Einrichtungen seit Jahrzehnten unterstützt worden und blieben auch weiterhin bestehen, sodass behinderte Menschen keine alternativen Wohnformen hätten. Eine Teilhabe werde erschwert, wenn nicht unmöglich. Auch sei die BRD weit entfernt von inklusiver Schulbildung und einem inklusiven Arbeitsmarkt (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2015a: 4-28).

Die Politik bedürfe der Impulse des UN-Fachausschusses, um die bestehenden Defizite auszubessern (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2015a: 4). Zusammengefasst

blieben „[i]n vielen Bereichen [...] Bedeutung und Tragweite der Konvention rechtlich und praktisch wirkungslos“ (Deutsches Institut für Menschenrechte 2015a: 4).

Damit lässt sich die These zu dem aktuellen Zeitpunkt nicht bestätigen. Der theoretische Paradigmenwechsel der UN-BRK hat noch keine umfangreichen Auswirkungen auf die Lebenswelt behinderter Menschen in der BRD gezeigt. Die formale Gleichstellung existiert in der UN-BRK, doch die theoretische und praktische Umsetzung der Konvention in der BRD ist bislang gescheitert. In der Praxis ist der Weg bis zu einer inklusiven Gesellschaft noch lang.

Das Ergebnis der Arbeit zeigt, dass zwar eine Vielzahl an behindertenpolitischen Maßnahmen aus dem *rehabilitationszentrierten Bereich* eingesetzt werden, um Gleichstellung, Teilhabe, Selbstbestimmung für behinderte Menschen zu ermöglichen. Dennoch bewirken sie bisher nicht den in der Konvention geforderten tiefgreifenden Wandel für die Lebenssituation behinderter Menschen. Die „Qualität“ der Behindertenpolitik hängt nicht zwangsläufig von den eingesetzten Mitteln ab. Diese kann viel mehr an dem realen *Outcome* und damit an der Lebenssituation behinderter Menschen gemessen werden (vgl. Masche 2008: 413).

Die Arbeit macht deutlich, dass sich Behindertenpolitik als Querschnittsaufgabe durch verschiedene sozialpolitische Bereiche zieht und aus einem weiten Feld von Maßnahmen und Rechten besteht (vgl. Maschke 2004: 404). Diese Maßnahmen und Rechte bezieht sie aus den Idealtypen der *kompensationszentrierten*, der *rehabilitationszentrierten* und der *partizipationszentrierten Behindertenpolitik* und lässt sich damit als *Policy Mix* fassen. Die Umsetzung der komplexen Vorgaben der UN-BRK, die in Bund, Land und Kommune umgesetzt werden müssen, scheint in der Praxis zu scheitern. Um den Ansprüchen der Konvention gerecht zu werden, müsste die deutsche Behindertenpolitik Maßnahmen, die der Konvention widersprechen, entfernen. Funktionen wie die *Segregation*, die den geforderten und bereits eingesetzten Funktionen *Partizipation* und *Gleichstellung* widersprechen, müssen beseitigt werden. Dies erfordert einen tiefgreifenden Strukturwandel mit Lösungen die auf die Bedürfnisse der behinderten Menschen zugeschnittenen sind. Denn mit der Komplexität und Vielfalt von Behinderung, wie es die ICF verdeutlicht, ist auch eine Vielfalt an Hilfeleistungen zur Verfügung zu stellen. Unterschiedliche Beeinträchtigungen

benötigen unterschiedliche Lösungen. Es ist kaum möglich, in der Praxis alle Barrieren zu beseitigen (vgl. Shakespeare 2013: 219).

In Anbetracht dessen ist eine Behindertenpolitik, die für alle gleiche Teilhabe schaffen kann, kaum vorstellbar. Doch wie kann das *Outcome* und damit die Lebenssituation behinderter Menschen tiefgreifend verbessert werden? Es darf nicht bei einer formalen Gleichstellung bleiben. Um eine tatsächliche Gleichstellung zu erreichen, muss ein Bewusstseinswandel stattfinden, nicht nur in der Politik, sondern auch in der Gesellschaft. Wirkliche Barrierefreiheit fängt in den Köpfen der Menschen an. Hier liegt das Innovationspotenzial der Konvention. Sie betont die zwingend notwendige Veränderung der Sicht auf Menschen mit Behinderung. Die Gesellschaft soll aus dem Blickwinkel behinderter Menschen betrachtet werden. Behinderte Menschen sollen als gleichberechtigte BürgerInnen wahrgenommen werden, die Menschenrechte haben und diese einfordern können. Bund, Länder und Gemeinden kommt dabei die Aufgabe zu, den Anspruch auf diese Rechte sicherzustellen (vgl. Aichele 2010: 19). Mit dieser Forderung setzt die Konvention neue Akzente und schafft Aufmerksamkeit.

Deutschland steht im Kontext der Konvention vor großen Herausforderungen. Mit ihren Forderungen stößt die Konvention eine Reform an. Die Regierung ist nun gezwungen, die Behindertenpolitik neu auszurichten. Der Parallelbericht der Monitoring-Stelle deckt bereits grundlegende Defizite in der Umsetzung der UN-BRK auf. Der kommende Staatenbericht wird darüber hinaus umfangreiche Erkenntnisse über die Umsetzung der Konvention offenlegen. In Zukunft müssen die Lücken in Gesetzestexten sowie in der Praxis weiter geschlossen werden. Die Zivilgesellschaft kann hier vor allem als nicht-staatlicher Menschenrechtsschutz fungieren. Sie kann in Form von Organisationen, Bewegungen oder Gruppen dazu beitragen, den Staat in die Verantwortung zu nehmen, Defizite zu artikulieren und damit zu einer kritischen Öffentlichkeit beitragen (vgl. Krennerich 2013: 431). Für eine „Effizienzsteigerung“ der *Outcomes* ist neben einer Bewusstseinsveränderung vom Verständnis von Behinderung eine transdisziplinäre Forschung unumgänglich. Die Verbindung zwischen Wissenschaft und Gesellschaft, also ein stattfindender Austausch von Erfahrungswerten der Betroffenen und der wissenschaftlichen Analyse des Politikfeldes, sollte vorangetrieben werden (vgl. Naue 2008: 20).

5 Fazit

Seit 1949 wurde viel für die Belange behinderter Menschen getan. Die Geschichte der Behindertenpolitik der BRD ist geprägt von unterschiedlichen Vorstellungen von Behinderung, Funktionen von behindertenpolitischen Maßnahmen, Verteilungskategorien von Gütern, Prinzipien der sozialen Sicherheit, Mitteln und Finanzierungsarten aus den Bereichen der *kompensationszentrierten*, *rehabilitationzentrierten* und *partizipationszentrierten Behindertenpolitik*. Die Entwicklung dieser Bereiche verlief wenig aufeinander abgestimmt. Nicht nur der Staat, auch die Behindertenbewegungen und Behindertenverbände, Rehabilitationsträger und weitere Akteure waren und sind an der Gestaltung der Behindertenpolitik beteiligt und beeinflussen deren Entwicklung maßgeblich.

Nach 1949 war die Art der Hilfeleistung lange Zeit von den Faktoren Ursache, Geschlecht, Alter und Art der Behinderung abhängig. Damit war das System von einer ungleichen Verteilung der Leistungen geprägt. Grundlage dieser Politik war ein *(bio)medizinisches* sowie *ökonomisches Verständnis* von Behinderung. Ziel war die Verringerung, bzw. Verhinderung von körperlichen Defiziten. Bis 1990 kann die Behindertenpolitik der BRD als ein *Policy Mix* aus einer *kompensationszentrierten* und *rehabilitationszentrierten Behindertenpolitik* beschrieben werden, die sich im Laufe der Zeit stärker in Richtung *rehabilitationszentrierter Behindertenpolitik* entwickelte.

Behinderte Menschen sprachen sich mit der Zeit gegen das Fürsorgeprinzip aus und stießen mit ihren Forderungen nach Gleichstellungsgesetzen und einem Gleichheitssatz in der Verfassung einen Reformprozess an. Das SGB IX, das BGG und der allgemeine Gleichheitsgrundsatz bedeuteten einen tiefgreifenden Wandel in der Behindertenpolitik der BRD. Damit unterlag die deutsche Behindertenpolitik seit 1990 eindeutig einem Wandel. Die Akzente verschoben sich von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte. Seither kann die Behindertenpolitik der BRD als ein *Policy Mix* aus den drei idealtypischen Ansätzen von Behindertenpolitik beschrieben werden.

Von einem Paradigmenwechsel kann trotzdem nicht die Rede sein; denn in Deutschland wurde Behinderung auch weiterhin als Abweichung einer Norm definiert. An diesem Defizit setzt die UN-BRK an. Sie erfindet die Forderung nach Gleichstellung, Teilhabe und Selbstbestimmung zwar nicht neu, mit ihrem Verständnis von Behinderung löst

sich die Konvention jedoch von der bisher vorherrschenden defizitorientierten Definition von Behinderung. Damit definiert sie Behinderung im Sinne des *sozial (-politischen) Modells*. Zumindest theoretisch markiert sie mit diesem Verständnis von Behinderung einen Paradigmenwechsel.

Dem Parallelbericht der Monitoring-Stelle zufolge hatte dieser theoretische Paradigmenwechsel jedoch bisher keine Auswirkungen auf die Lebenswirklichkeit behinderter Menschen in der BRD. Trotz bestehender politischer Maßnahmen, die auf Gleichstellung, Teilhabe und Selbstbestimmung ausgerichtet sind, entspricht sowohl das *Output* als auch das *Outcome* nicht den Forderungen der Konvention. Damit kann die These, *dass die UN-BRK einen Paradigmenwechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Menschenrechte in der BRD markiert*, derzeit nicht bestätigt werden.

Abzusehen ist, dass der kommende Staatenbericht weitere Defizite aufdecken wird. Die Regierung wird auch in Zukunft Lücken in Gesetzestexten und der Praxis ausbessern müssen. Um den Anforderungen der Konvention zu genügen, wird ein tiefgreifender Strukturwandel, der bestehende Widersprüche in der Behindertenpolitik beseitigt, nötig sein. In diesen Prozess muss die Zivilgesellschaft, insbesondere Betroffene selbst, eingebunden werden. Sie kann in Form von Organisationen, Bewegungen oder Gruppen dazu beitragen, den Staat in die Verantwortung zu nehmen und Defizite zu artikulieren. Weiterhin ist eine transdisziplinäre Forschung, die bestehende Defizite aufdeckt, für eine Effizienzsteigerung in der Behindertenpolitik unumgänglich.

Doch für einen tiefgreifenden Paradigmenwechsel reicht es nicht, nur die Politik in die Verantwortung zu nehmen. Im Mittelpunkt dieses Paradigmenwechsels steht eine Bewusstseinsänderung innerhalb der Gesellschaft. Diese muss sich von dem Verständnis von Behinderung als etwas Besonderes und Anderes lösen. Eine tiefgreifende Veränderung kann nur erreicht werden, wenn sich jeder Einzelne für eine inklusive Gesellschaft stark macht.

Literaturverzeichnis

Aichele, Valentin (2010): Behinderung und Menschenrechte: Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung; in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 23, S. 13-19.

Arnade, Sigrid (2003): Zwischen Anerkennung und Abwertung. Behinderte Frauen und Männer im biotechnischen Zeitalter; in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 8, S. 3-6.

Bickenbach, Jerome E. (1993): *Physical Disability and Social Policy*, Toronto.

Bielefeldt, Heiner (2010): Menschenrecht auf inklusive Bildung; in: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, Nr. 1, S. 66-69.

Brackhane, Rainer (1988): Behinderung, Rehabilitation, Rehabilitationspsychologie: Terminologische Vorbemerkungen und Begriffserklärungen; in: Koch, Uwe/Lucius-Hoene, Gabriele/Stegie, Reiner (Hrsg.): *Handbuch der Rehabilitationspsychologie*, Berlin/Heidelberg, S. 20-34.

Bösl, Elsbeth (2009): Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland, (*Disability Studies*, Bd. 4), Bielefeld.

Bösl, Elsbeth (2010): Die Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik aus Sicht der Disability History; in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 23, S. 6-12.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): *Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung*, Berlin.

Burke, Tom (2003): *The European Union and the Diffusion of Disability Rights*. Unveröffentlichtes Manuskript, Berkeley.

Degener, Theresia (2003): Eine UN–Menschenrechtskonvention für Behinderte als Beitrag zur ethischen Globalisierung; in: *Aus Politik und Zeitgeschichte*, Nr. 8, S. 37-45.

Degener, Theresia (2009): Die UN-Behindertenrechtskonvention als Inklusionsmotor; in: *Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 57. Jhg, Nr. 2, S. 200-219.

- Drake, Robert F. (1999): *Understanding Disability Policies*, London.
- Drake, Robert F. (2001): *Welfare States and Disabled People*; in: Albrecht, Gary L./Seelman, Katherine D./Bury, Michael (Hrsg.): *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks, S. 412-430.
- Eurostat (2005): *European Social Statistics. Social Protection Expenditure and Receipts. Data 1994-2002*, Luxemburg.
- Fritzsche, K. Peter (2009): *Menschenrechte*, 2. Auflage, Paderborn.
- Graumann, Sigrid (2011): *Assistierte Freiheit. Von einer Behindertenpolitik der Wohltätigkeit zu einer Politik der Menschenrechte*, Frankfurt am Main.
- Hermes, Gisela (2006): *Der Wissenschaftsansatz Disability Studies – neue Erkenntnisgewinne über Behinderung?*; in: Hermes, Gisela/Rohrman, Eckhard (Hrsg.): *Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung*, (Materialien der AG SPAK, Bd. 187), Neu-Ulm, S. 15-30.
- Krennerich, Michael (2013): *Soziale Menschenrechte. Zwischen Recht und Politik*, Schwalbach.
- Mackenroth, Gerhard (1952): *Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan*; in: Albrecht, Gerhard (Hrsg.): *Verhandlungen auf der Sondertagung des Vereins für Sozialpolitik in Berlin*, (Schriften des Vereins für Sozialpolitik, Bd. 4), Berlin, S.39-76.
- Maschke, Michael (2004): *Behinderung als Feld wohlfahrtsstaatlicher Politik – eine Systematisierung der Behindertenpolitik*; in: *Berliner Journal für Soziologie*, 14. Jhg., Nr. 3, S. 399-420.
- Maschke, Michael (2008): *Behindertenpolitik in der Europäischen Union. Lebenssituation behinderter Menschen und nationale Behindertenpolitik in 15 Mitgliedsstaaten*, Wiesbaden.
- Merkel, Wolfgang (2010): *Systemtransformation. Eine Einführung in der Theorie und Empirie der Transformationsforschung*. 2. Auflage, Wiesbaden.

Miller, David L. (1976): Social Justice, Oxford.

Miller, David L. (1999): Principles of Social Justice, Cambridge.

Naue, Ursula (2008): Behindertenpolitik heute: Zwischen alten Inhalten und neuen Möglichkeiten. Eine vergleichende Studie, Saarbrücken.

Rohrmann, Eckhard (2006): Zwischen Selbstbestimmung und Menschenrechtsverletzungen. Zur Lage behinderter Menschen in Deutschland im Spannungsverhältnis zwischen Behinderten- und Sozialpolitik; in: Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer Forschung über Behinderung, (Materialien der AG SPAK, Bd. 187), Neu-Ulm, S. 175-194.

Roller, Edeltraut (1992): Einstellungen der Bürger zum Wohlfahrtsstaat der Bundesrepublik Deutschland, Opladen.

Rudloff, Wilfried (2003): Überlegungen zur Geschichte der bundesdeutschen Behindertenpolitik; in: Zeitschrift für Sozialreform, 49. Jhg., Nr. 6, S. 863-886.

Schneider, Volker/Janning, Frank (2006): Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik, Benz, Arthur/Lütz, Susanne/Simonis, Georg (Hrsg.), (Grundwissen Politik, Bd. 43), Wiesbaden.

Schulte, Bernd (2003): Behindertenrecht und Behindertenpolitik in der Europäischen Union; in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Nr. 8, S. 46-54.

Shakespeare, Tom (2013): The Social Model of Disability; in: Davis, Lennard J. (Hrsg.): The Disability Studies Reader, 4. Auflage, New York, S. 214-221.

Waldschmidt, Anne (2003): „Behinderung“ neu denken: Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies; in: Waldschmidt, Anne (Hrsg.): Kulturwissenschaftliche Perspektiven der Disability Studies. Tagungsdokumentation, (Bifos-Schriftenreihe) Kassel, S. 11-22.

Waldschmidt, Anne (2006): Brauchen die Disability Studies ein „kulturelles Modell“ von Behinderung? ; in: Hermes, Gisela/Rohrmann, Eckhard (Hrsg.): Nichts über uns – ohne uns! Disability Studies als neuer Ansatz emanzipatorischer und interdisziplinärer

Forschung über Behinderung, (Materialien der AG SPAK, Bd. 187), Neu-Ulm, S. 83-96.

Welti, Felix (2005): Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen (Jus publicum, Bd. 139), Tübingen.

Welti, Felix (2012): Behinderung und Rehabilitation: Ist das Besondere von allgemeinem Interesse für Recht und Politik?; in: Kritische Justiz. Vierteljahrszeitschrift für Recht und Politik, 45. Jhg., Nr. 4, 2012, S. 366-378.

Windhoff-Héritier, Adrienne (1987): Policy-Analyse. Eine Einführung, Frankfurt a.M..

Internetquellen:

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hrsg.) (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, online im Internet <[www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich akzeptiere](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere)>, Oktober 2005, [zugegriffen am 27.01.2015].

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015a): Parallelbericht an den UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen anlässlich der Prüfung des ersten Staatenberichts Deutschlands gemäß Artikel 35 der UN-Behindertenrechtskonvention, online im Internet <www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Stellungnahmen/Parallelbericht_an_den_UN-Fachausschuss_fuer_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen_Maerz_2015.pdf>, März 2015, [zugegriffen am 9.03.2015].

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015b): „Wir haben in Deutschland einige große Baustellen“, online im Internet <www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/wir-haben-in-deutschland-einige-grosse-baustellen.html>, 19.02.2015, [zugegriffen am 8.03.2015].

OECD (2004): Social Expenditure database (SOCX) 1980-2001, online im Internet <www.oecd.org/social/expenditure.htm>, [zugegriffen am 27.01.2015].

United Nations: A Convention on the Rights of Persons with Disabilities, online im Internet <www.un.org/disabilities/convention/pdfs/qna.pdf>, [zugegriffen am 5.08.2013].