

GESCHICHTE DER REHABILITATION

DER SCHWIERIGE WEG VON DER KRÜPPELFÜRSORGE
ZUM RECHT AUF PARTIZIPATION, 2025

Prof. Dr. med.
Jens-Uwe Niehoff



- Berichte zu rehabilitativen Aktivitäten reichen weit in die Geschichte zurück.
- Geschichten und Filme von Piraten mit einem Holzbein oder mit einem Hacken am Arm statt einer Hand gehören zum kindlichen Allgemeinwissen.
- Sie verbreiten vor allem Schrecken vor Gewalt und Anderssein.
- Eine „evidence based Medicine“ kennt jeder Student der Medizin – zumindest dem Namen nach. Eine „evidence based rehabilitate Medicine“ spielt auch in der Fachsprache kaum eine Rolle.
- Die Wissenschaft von der Rehabilitation ist eher eine Auseinandersetzung mit der sozialen Akzeptanz von dem, was als dauerhafte Normabweichungen angesehen werden. Die Geschichte der Rehabilitation ist folglich auch eine Geschichte der Zivilisation und der Diskriminierung von „Anderssein“.



- Identität und Sicherheitsbedürfnisse sind Mechanismen der sozialen Evolution von Homo Sapiens.
- Die Grenzen des „Wir“ liegt zwischen „uns“ und den „Anderen“.
- Angst vor allem, was anders ist war immer und ist weiterhin ein Schutzkonzept für die eigenen Normalitätsvorstellungen.
- Zur Zivilisation gehört die Begrenzung der Angst vor dem „Fremden“.
- Im „Dazugehörenwollen“ liegt auch das Motiv der Ab- und Ausgrenzung.



- Im Niederhochdeutschen ist der Kröpel, „der Gekrümmte“
- Der Begriff wird heute als diskriminierend (also als aus- und abgrenzend) wahrgenommen.
- Allerdings: es gibt eine von Behindertengruppen getragene Krüppelbewegung, die sich vorsätzlich des Begriffs zur Abgrenzung von der institutionalisierten Behindertenhilfe bedient. „Ausgegrenzt werden“ und sich „ausgrenzen“ sind die Vorder- und die Rückseite der gleichen Münze.



- Gesundheit kennt vier Zustandsformen: Gesundsein, Kranksein, Behindertsein/-werden, Pflegebedürftigkeit
- Es geht also um Schutz vor Gefährdungen, um Zugang zu medizinischen Hilfeleistungen, um die Bewältigung von Krankheitsfolgen und um soziale Diskriminierungsfreiheit

Der Weg hin zu einem solchen Normalitätsverständnis ist lang und steinig.



- Vor 5.000 Jahren berichten ägyptische Quellen über die Folgebehandlung von Schlaganfallpatienten.
- Vor 2.500 Jahren berichtet Herodot über Fußprothesen.

Aber auch:

- Platon: Kinder von Schlechten und Verkrüppelten sollten verborgen werden.
- Aristoteles: Verkrüppelte Kinder sollen nicht aufgezogen werden.
- Seneca: Ungestaltete sollen aus der Welt geschaffen werden.



- Körperbehinderte galten in der öffentlichen Wahrnehmung als Idioten, Ausnahme Kriegskrüppel.
- 1844 „Königlich bayerisches Erziehungs- und Unterrichtsinstitut für krüppelhafte Knaben“ in München.

Die Befähigung zur Erwerbsarbeit wird erstmals als Rehabilitationsziel formuliert.



- Der Begriff "Rehabilitation" taucht erstmalig 1493 in der Bedeutung "Wiedereinsetzung in die volle Rechtsstellung in der Gemeinschaft der Zisterzienser" auf (Jochheim).
- **Franz Josef von Buss (1803 – 1878)**, Staatsrechtler und Abgeordneter in Hessen: In seiner „Fabrikrede“ von (1837) versuchte er, die Industrialisierung und sozialpolitische Grundsätze zu vereinen. Er verlangt staatliche Hilfsmaßnahmen für Opfer der Industriearbeit, Arbeitszeitbegrenzung, Unfallschutz, Bildungsmaßnahmen und staatlicher Hilfe bei Existenzgründungen. „Vielmehr soll der heilbare Kranke vollkommen rehabilitiert werden. Er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war. Er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wiederfinden und mit ihr ein neues Leben.“ Erstmalig entsteht hier ein Konzept von Haftungspflichten des Staates.



- Gehörlosenpädagogen unterrichten im 16. Jh. in Spanien und im 17. Jh. in Frankreich taube Schüler in Lesen und Schreiben.
- Rehabilitation entwickelt sich in Deutschland als karitative und öffentlich-rechtliche Aufgabe und ohne Bezug zur Wissenschaft, beginnt aber im 19. Jh. medizinische Versorgung, Bildung und Berufsausbildung zu integrieren.
- Anfänge in München (1833) und durch die Reutlinger Gustav-Werner-Stiftung (1840): caritative "Erziehungs-, Bildungs- und Unterrichtsanstalten" für körperbehinderte Kinder.



- 1778 1. Taubstummenschule in Leipzig
- 1872 Kopenhagener Anstalt – erstes Rehabilitationszentrum
- 1884 Gesetz über die Unfallversicherung in Deutschland
- 1906 Erste Krüppelzählung in Preußen (Biesalski und Lange) – Beginn der Reichskrüppelstatistik (98263 Kinder, 56320 heimbedürftig, 89% geistig gesund, aber Lähmungen, Tbc, Skoliose und Rachitis)
 - Im 18. und 19. Jh. beginnt die Blindenpädagogik - Paris, Liverpool, London, Wien (Louis Braille, der selbst blind war, entwickelt 1826 die Punktschrift).



- 1909 „Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge“, Ziel: Schaffung eines Anrechts auf Behandlung und Berufsbildung, Sitz: Oskar-Helene-Heim Dahlem
- 1910 Kongress der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge
- Biesalski: „Der Krüppel darf nicht nur als ein Kranker betrachtet werden. Das Heilen ist nur einer von vielen Faktoren. Das Endziel ist, den Krüppel erwerbstätig zu machen. Dazu dienen der Arzt, der Lehrer, der Handwerksmeister. Das organisierte Zusammenarbeiten von Klinik, Schule und Handwerkslehre möglichst unter einem Dach ist das Wesen und ein Grundstein moderner Krüppelfürsorge.“



- 1920 Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge
- Gesetzgebung richtet sich nach der Ursache der Behinderung (Kausalität) und nicht nach dem Ziel der Hilfe (Finalität) um Kriegsverletzte gegen andere „Krüppel“ leistungrechtlich abzugrenzen.
 - Nach 1927 (Weltwirtschaftskrise) Hilfen nur für sog, „Heilbare“.
- 1922 Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt und Gesetz über die Beschäftigung Körperbehinderter
- 1924 Reichsgesetz für die Führsorgepflicht



- Die 1920er Jahre: Verschärfung der Auseinandersetzungen um die Eugenik vor allem bezüglich angeborener Behinderungen und um die sog. „Entarteten“.

1925 Gebrechlichenzählung (Körper-, Sinnes- und Geistesbehinderte)

1933 Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Krüppeltums

1933 Gesetz zur „Verhütung“ erbkranken Nachwuchses

RASSENHYGIENE UND SYSTEMATISCHER „PRÄVENTIVER“ MASSENMORD (I)



- Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933: Zwangssterilisation von >400.000 Frauen und Männern.
- „Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 26. Juni 1935: Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs aus rassischer Indikation.
- Heirat und außerehelicher Sex mit „fremdrassigen“ Menschen wird durch das „Gesetz zum Schutz des deutschen Blutes und der deutschen Ehre“ 15.09.1935 verboten.
- „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes – Ehegesundheitsgesetz“ vom 18.10.1935: Ehe von Menschen mit einer Erbkrankheit oder geistigen Behinderung mit gesunden und nichtbehinderten Menschen wird verboten.

RASSENHYGIENE UND SYSTEMATISCHER „PRÄVENTIVER“ MASSENMORD (II)



- Ab 1939 Kinder-Euthanasie (betrifft erbkrankte, kognitiv oder körperlich beeinträchtigte Säuglinge und Kinder).
- Erwachsenen-Euthanasie, Tötung von mindestens 70.000 Bewohner von Heil- und Pflegeanstalten sowie Heimen für Menschen mit Behinderung.
- Einstellung der sog. T4 Aktion 1941, jedoch dezentrale Fortführung der Erwachsenen-„Euthanasie“. Die Opfer wurden in Anstalten in Deutschlands oder im Osten konzentriert und gezielt getötet (Überdosierung von Medikamenten oder Verhungern. Auch als „wilde Euthanasie“ bezeichnet).
- Ärztliche gutachtliche Kriterien: Schizophrenie, Epilepsie, Encephalitis, Schwachsinn, Paralyse, Corea Huntington, Demenz, andere neurologische Endzustände, Menschen, die länger als fünf Jahre in einer Anstalt waren, kriminelle „Geisteskranke“, Menschen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen oder nicht „deutschen oder artverwandten Blutes“ waren.

DER SCHWIERIGE WEG DER ZIVILISATION (VIII)



- 1947 Neugründung der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge
- 1950 Bundesversorgungsgesetz (Fortschreibung der Regelungen aus der Weimarer Republik)
- 1953 Schwerbeschädigtengesetz (Fortschreibung der Regelungen aus der Weimarer Republik)
- 1957 Körperbehindertengesetz
- 1957 Gründung der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge
- 1961 Körperbehindertengesetz geht in Bundessozialhilfegesetz über

Ab 1966 gilt, dass Behinderung die körperlichen und geistigen Folgen von Geburtsfehlern, Kriegseinflüssen, Krankheiten und Unfällen umfasst.



- Ab Mitte der 1960er, ausgehend von Italien, Beginn der Auseinandersetzung um die Rückständigkeit der psychiatrischen Versorgung, speziell auch wegen der Defizite in der Rehabilitation.

1969 Arbeitsförderungsgesetz

1962 Namensänderung der Deutsche Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge in „Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e. V.“

1969 Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

1970 Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation



- 1970 Der Deutsche Ärztetag beschäftigt sich erstmals in seiner Geschichte mit der psychiatrischen Versorgung
- 1970/72 Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) und der „Aktion psychisch Kranke e. V.“
- 1971 Psychiatrie-Enquete (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland)



- 1974 Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation (RehaAnglG) (Ziel: durchgängiges und homogenes Angebot zwischen ambulanter und stationärer Akutversorgung sowie ambulanter und stationärer Rehabilitation bei möglichst bündigen Schnittstellen zwischen medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation; Ziel nicht erreicht)



- 1971 Psychiatrie-Enquete (Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland)
- 1973 Vorlage von Empfehlungen:
- Gemeindenahe Versorgung sowie Förderung von Beratungsdiensten und Selbsthilfegruppen,
 - Umstrukturierung der großen psychiatrischen Krankenhäuser,
 - getrennte Versorgung für psychisch Kranke und geistig behinderten Menschen,
 - sozialrechtliche Gleichstellung somatisch und psychisch Kranker.



1973 Vorlage von Empfehlungen:

- Versorgung psychisch Kranker und von Menschen mit einer Behinderung als Teil der allgemeinen Gesundheitsversorgung
- „Die psychiatrische Krankenversorgung ist grundsätzlich ein Teil der allgemeinen Medizin. Demgemäß muss das System der psychiatrischen Versorgung in das bestehende System der allgemeinen Gesundheitsvorsorge und -fürsorge integriert werden. Dem seelisch Kranken muss prinzipiell mit dem gleichen Wege wie dem körperlich Kranken optimale Hilfe unter Anwendung aller Möglichkeiten ärztlichen, psychologischen und sozialen Wissens gewährleistet werden.“



- 1974 Neufassung des Schwerbehindertengesetzes, seelische Beeinträchtigungen und Lernbehinderungen werden einbezogen
- 1975 Gesetz über die Sozialversicherung Behinderter
- 1975 SGB I (Katalog sozialer Rechte, einschließlich des Rechts Behinderter auf Eingliederung in die Gesellschaft)
- 1977 Das 20. Rentenanpassungsgesetz schränkt Rehabilitationsmaßnahmen für die freiwillig Versicherten ein



- 1979 Gesetz über die unentgeltliche Beförderung Behinderter im öffentlichen Personenverkehr
- 1979 Persönlichkeitsstörungen und Suchterkrankungen werden dem Behindertenbegriff zugerechnet
- 1980 Aktionsprogramm „Rehabilitation in den 80er Jahren“: Früherkennung, -behandlung, -förderung, Verbesserung der Bildungschancen, Verbesserung medizinische, soziale und berufliche Reha

Allerdings: Ausgaben sind durch Gesetzgeber über die Anteilsbegrenzung an der Grundlohnsumme strikt rationiert. Bedarfsorientierung ist bislang politisch nicht gewollt, bzw. nicht durchsetzbar.



- 1987 Rechtsverordnung über Kraftfahrzeughilfen zur beruflichen Rehabilitation
- 1989 2. Behindertenbericht des Bundestages, Ankündigung einer Reform des Behinderten- und Rehabilitationsrechts
- 1995 **SGB XI**
- 2000 GKV übernimmt Leistungen der Rehabilitation, wenn andere Träger nicht zur Übernahme der Leistung verpflichtet sind.



- 2000 Gesetz zur Bekämpfung der Arbeitslosigkeit behinderter Menschen; es entsteht eine eigene Normenwelt zur beruflichen und arbeitsmarktbezogenen Rehabilitation
- 2001 WHO verabschiedet ICF
- 2001 **SGB IX**, entscheidender Mangel: SGB XI und XII sind nicht integriert
- 2007 Wettbewerbsstärkungsgesetz mit Schaffung eines Rechts auf Rehabilitation für Pflegebedürftige nach SGB XI
 - Schaffung eines Wahlrechtes bezüglich des stationären Rehabilitationsortes.
- 2016 Novellierung des SGB IX: Bundesteilhabegesetz in Stufen bis 2023



- Betonung des Benachteiligungsverbot des Grundgesetzes auch für Behinderte.
- Beseitigung der Unübersichtlichkeit des bestehenden Rehabilitationsrechtes durch Schaffung einheitlicher Rechtsvorschriften zu Art, Umfang und Ausführung der Leistungen mit dem Ziel, durch Kooperation, Koordination und Konvergenz der Rehabilitationsträger zu einer einheitlichen Praxis zu kommen.
- Allerdings: Kooperation und Marktwettbewerb sind wie Feuer und Wasser.
- Zusammenführung von Reha- und Schwerbehindertenrecht.
- Integration der Träger der Sozialhilfe in die Reihe der gesetzlichen Rehabilitationsträger (!).



- Organisation von schnellen, bürgernahen, barrierefreien und von Restriktionen durch die Trägervielfalt freien Zugängen zu Leistungen, was insbesondere durch eine fest terminierte Klärung der Zuständigkeit erreicht werden soll.



- Steuerung der Rehabilitationspraxis durch gemeinsame Empfehlungen, in denen z.B. geregelt werden muss, in welchen Fällen und in welcher Weise rehabilitationsbedürftigen Menschen notwendige Leistungen zur Teilhabe angeboten werden.
- Förderung der Selbsthilfegruppen im Bereich der Prävention und Rehabilitation.
- Die Stärkung der bisher eher randständigen und ohnmächtigen „Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)“.



- Im Bereich der medizinischen Rehabilitation sind nun ausdrücklich psychologische und pädagogische Hilfen als integraler Bestandteile genannt.
- Stärkung der Belange von Frauen und Mädchen.
- Verpflichtung, ein System der Qualitätssicherung und des Rehabilitationsmanagements aufzubauen.
- Umfangreiche Verpflichtungen zu einer hohen Transparenz über das Rehabilitationsgeschehen durch regelmäßige Berichte.



- Das BTHG wurde von 2017 bis 2023 schrittweise in Kraft gesetzt. Die erste Reformstufe war Anfang 2017 in Kraft getreten und 2023 die vierte und letzte Reformstufe (neue Kriterien zur Ermittlung der Leistungsberechtigung, Neufassung des § 99 SGB IX).
- Das Gesetz zielt auf einen „Systemwechsel“; die „Eingliederungshilfe“ wird von der Sozialhilfe in das Leistungsrecht des SGB IX überführt: personenzentrierte Ausrichtung und ganzheitliche Bedarfsermittlung. Die Unterscheidung nach ambulanten und stationären Wohnformen wird aufgegeben.



- Alle Leistungen der Eingliederungshilfe werden in das Reha-Recht überführt.
- Leistungen der Eingliederungshilfe werden neu bestimmt (ICF als Rahmengeber).
- Neue Regelungen zur Kostenbeteiligung von Betroffenen und Angehörigen,
- Beantragung und Bedarfsermittlung der Teilhabeleistungen wird neu geordnet.



- Das Vertragsrecht zwischen den Einrichtungen/Diensten und den Kostenträgern der Eingliederungshilfe wird verändert.
- Verändert die Schnittstelle zur Krankenversicherung und zur Pflegeversicherung (das Pflegestärkungsgesetz III wird gleichzeitig mitgeregelt),
- Erneuert wurde das Recht zur Teilhabe am Arbeitsleben und der Allgemeine Teil des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX wurde reformiert.



- Anbindung an die Grundlohnsumme und rechtssystematische Trennung der Bedarfsentscheidung innerhalb der SGB.
- Grundlohnsumme: Bezugsbasis der Kasseneinnahmen (für GKV und RV verschieden). Danach dürfen die Ausgaben für Rehabilitation nur in dem Maße steigen, wie die Grundlohnsumme steigt. Die Steigerung kann sich also immer nur auf den Anteil des Lohnes beziehen, der unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) liegt.
- Wird die gegenwärtige Bewilligungsquote bei den über 55jährigen beibehalten, würde dies aus demografischen Gründen zu einem erheblichen Anstieg der Leistungen führen.



- Da der Anteil Erwerbstätiger (u.a. Rente 67) steigen soll, wird sich in der Folge zusätzlicher Steigerungsbedarf ergeben.
- Prognos schätzt, dass im Jahr 2025 mit mindestens 250 000 zusätzliche Rehabilitations-Fälle zu rechnen sei. Insgesamt würde deshalb der Finanzierungsbedarf um 31,1 Prozent stärker wachsen als das prognostizierte Wachstum der Grundlohnsumme.
- Bedarfsentlastung würde hingegen durch den Rückgang der Erwerbstätigen unter 55 Jahren zu erwarten sein.



- Krankheits- und behinderungsbedingter Bedarf steigt infolge politischer Entscheidungen zum Renteneintrittsalter und des demografischen Wandels.
- Da die Inflationsrate mit besonders großer Wirksamkeit für potenzielle Rehabilitationsbedürftige deutlich stärker steigt als deren Arbeits- und Renteneinkommen stößt der wachsende Bedarf auf eine wachsende Finanzierungslücke.
- Die Politik reagiert hierauf mit Leistungskürzungen, die Beitragssätze ergänzende Zuzahlungen und den Schutz von vermögenden Personen vor einer solidarischen Mitwirkungspflicht des Sozialstaats gemäß §§ 20 und 28 GG.
- Prognos: "Den notwendigen Paradigmenwechsel haben die Unternehmen aus betrieblicher Notwendigkeit eingeläutet. Betriebliche Gesundheitspolitik spielt dabei eine zentrale Rolle. Medizinische Reha (wird) (...) daher zukünftig eher eingefordert als abgelehnt.,, Das betrifft jedoch kaum die Kleinstunternehmen.



- Aus der Perspektive der SV ist Rehabilitation sinnvoll (in der Prognossprache „ein gutes Investment“).
- Es ist die politische Erwartung, dass die Erwerbsabhängigen in wachsendem Maße an einer individuell verantworteten Erwerbsfähigkeit bis zum Renteneintritt und darüber hinaus (Aktivrentenkonzept) interessiert sein werden.
- Das gilt vor allem für jene, die (...) im fortgeschrittenen Alter merken, wie kärglich ihre Rente bemessen sein wird.