

Ärzte als Experten bei der Integration Kriegsbeschädigter und Kriegsversehrter nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg

Christine Wolters

Physicians as experts of the integration of war invalids of WWI and WWII

After the First World War the large number of war invalids posed a medical as well as a socio-political problem. This needed to be addressed, at least to some extent, through healthcare providers (Versorgungsbehörden) and reintegration into the labour market. Due to the demilitarization of Germany, this task was taken on by the civil administration, which was dissolved during the time of National Socialism. In 1950, the Federal Republic of Germany enacted the Federal War Victims Relief Act (Bundesversorgungsgesetz), which created a privileged group of civil and military war invalids, whereas other disabled people and victims of national socialist persecution were initially excluded. This article examines the continuities and discontinuities of the institutions following the First World War. A particular focus lies on the groups of doctors which structured this field. How did doctors become experts and what was their expertise?

Keywords: Military war invalids, disabled soldiers, war disabled, amputees, Second World War

Schlüsselwörter: Kriegsbeschädigte, Kriegsversehrte, Amputierte, Zweiter Weltkrieg, Bundesversorgungsgesetz

Untersuchungsgegenstand dieses Artikels ist die Rolle von Ärzten als Experten des Versorgungswesens: Wie eigneten sie sich diese an und aus welchen unterschiedlichen Disziplinen begründete sich ihre Expertise? Die Versorgung Kriegsversehrter und Kriegsbeschädigter, die sowohl als Veteranen als auch zu integrierender Teil der Zivilgesellschaft wahrgenommen wurden, changierte zwischen militärischen und zivilen Institutionen. Im Folgenden werden Entstehung und Wandel dieser Institutionen der Kriegsbeschädigtenversorgung von ihren Anfängen nach dem Ersten Weltkrieg über ihre Weiterentwicklung bzw. Umformung im Nationalsozialismus sowie insbesondere in der

Nachkriegszeit und der frühen Bundesrepublik untersucht. Vorangestellt werden einige Anmerkungen zur bisherigen Forschungsliteratur sowie zur Entstehung des Begriffs „Kriegsversehrter“.

Nach dem Ersten Weltkrieg kam Orthopäden und Chirurgen als Experten für Gesundheit, Krankheit und Behinderung eine wichtige Rolle bei der Integration Kriegsbeschädigter zu. Ärzte galten auch nach 1945, trotz ihrer vehementen Befürwortung der nationalsozialistischen Ideologie, als quasi unverzichtbare Elite und überstanden die Entnazifizierungsbemühungen der Alliierten größtenteils folgenlos. (Hayse 2003: 178) Ärzte und Bevölkerung waren sich in der Frage der Priorisierung der Kriegsofergruppen einig: die Versorgung Kriegsversehrter galt auch in der Bevölkerung als wichtigste sozialpolitische Herausforderung für die Gesellschaft (vgl. Merritt & Merritt 1970: 121). Der Kreis der Fachärzte erweiterte sich. Neben Orthopäden und Chirurgen sowie ehemaligen Militärärzten waren es nun unter anderem auch Internisten, die es als ihre Aufgabe ansahen, die Arbeitsfähigkeit der Kriegsversehrten einzuschätzen, rehabilitative Maßnahmen zu veranlassen und durchzuführen sowie die Betroffenen zur Krankheitsprävention zu beraten, um höhere Folgekosten für die Gesellschaft zu vermeiden.

Wie am vielschichtigen Spektrum der Zeitschriftenpublikationen gezeigt werden kann, war die Kriegsbeschädigtenversorgung seit dem Ersten Weltkrieg an viele verschiedene Fachgebiete und Tätigkeitsfelder der Medizin anschlussfähig. Versorgungsärzte bemühten sich, wie Ärzte anderer medizinischer Fachrichtungen auch, einen Expertenstatus auf ihrem Gebiet zu erlangen.

Die Kriegsversehrten selbst handelten nach dem Zweiten Weltkrieg als gesellschaftliche Akteure in verschiedenen gesellschaftlichen Positionen und Funktionen die Bedingungen ihres Integrationsprozesses aus. Dieser Prozess bezog sich nicht nur auf medizinische Aspekte im engeren Sinne, sondern auch auf Vorstellungen von Norm, Behinderung und Leistungsfähigkeit. Der gesellschaftliche Diskurs wurde von Ärzten und Betroffenen dominiert, die einander auf der Akteursebene gleichberechtigt begegneten. Unter den Kriegsofern fielen besonders amputierte Veteranen auf. Sie prägten das Bild des Kriegsversehrten in der Öffentlichkeit und die öffentliche Wahrnehmung von Körperbehinderung (Gerber 2000: 1; Kienitz 2008; Bösl 2009: 23–24) sowohl in den Augen der Westalliierten (Barnouw 1997: 239–240) als auch in der bundesdeutschen Bevölkerung, obwohl nur 13 Prozent der Kriegsbeschädigten Amputierte waren. Die Kriegsversehrten und anderen Kriegsbeschädigten rückten als Opfergruppe derart in den Fokus der Gesellschaft, dass das sie betreffende Gesetz *Gesetz zur Versorgung der Opfer des Krieges* genannt wurde.

Da es ausschließlich der sozialen Absicherung und der medizinischen Versorgung körperlich behinderter Menschen galt, waren ärztliche Experten als Ministerialbeamte mit der Erarbeitung der Vorlage des

Bundesversorgungsgesetzes befasst. Meist waren es Arbeits- und Sozialmediziner sowie Sanitätsoffiziere, die bereits lange Erfahrung mit der Versorgung Kriegsbeschädigter in der Weimarer Republik und im Nationalsozialismus gesammelt hatten und nun im für das Bundesversorgungsgesetz federführenden Bundesministerium für Arbeit tätig waren.

Eine Reihe der beteiligten Politiker, Mitglieder des Deutschen Bundestags, vor allem des Ausschusses für Kriegsoffer- und Kriegsgefangenen- bzw. Kriegsheimkehrerfragen und der politischen Interessensverbände, waren als Kriegsteilnehmer des Ersten oder Zweiten Weltkriegs verwundet worden, kriegsbeschädigt oder in anderer Weise biografisch eng mit der Versorgung Kriegsbeschädigter verbunden. Diese Betroffenen traten mit Selbstbewusstsein auf und wurden von Ärzten als Experten auf Augenhöhe wahrgenommen. Sie wurden in den zur Umsetzung des Bundesversorgungsgesetzes geschaffenen Versorgungsämtern leitende Beamte und Angestellte und verstanden sich als „politische Partei und Akteure im politischen Willensbildungsprozess“ (Rudloff 2005: 523). Es waren jedoch nicht jene Gruppen von Kriegsversehrten, die im Nationalsozialismus stigmatisiert und teilweise von „Euthanasie“ bedroht worden waren, wie Kriegsbeschädigte mit neurologischen Verletzungen (Hirnverletzte) und psychisch Traumatisierte, sondern sichtbar Körperbehinderte, vor allem Gliedmaßenamputierte. In der breiten Öffentlichkeit popularisierten die Betroffenen außerdem ihre Idee von Leistungsfähigkeit und moderner, gesunder Lebensführung durch Versehrtensport (vgl. Wolters 2014a, Wedemeyer-Kolwe 2011).

Die Integration Kriegsbeschädigter als Forschungsfeld

Als zeithistorischer Forschungsgegenstand der Nachkriegszeit und frühen Bundesrepublik hat die Versorgung Kriegsversehrter erst durch die zeitliche Distanz von nun 50 Jahren Gestalt angenommen. Als Veteranen der Wehrmacht und der SS erscheinen die Kriegsversehrten des Zweiten Weltkriegs in militärische und ideologische Zusammenhänge mit dem Nationalsozialismus eingebettet, was der Bearbeitung des Themas auch heute noch eine politische Brisanz gibt.

Die soziale Wiedereingliederung sowie die medizinische Versorgung kriegsversehrter Veteranen war in den 1950er Jahren sowohl Teil der Vergangenheitspolitik als auch der Auseinandersetzung um die Wiederbewaffnung. Bis in die 1990er Jahre waren die Kriegsversehrten in der bundesdeutschen Gesellschaft präsent, wenn sie auch politisch deutlich weniger in Erscheinung traten als beispielsweise die Heimatvertriebenen. Im Zusammenhang mit der Wehrmachtausstellung 1990 bis 1995 entbrannte eine heftige Auseinandersetzung um die Beteiligung von Wehrmachtssoldaten

an den Verbrechen im Zweiten Weltkrieg.¹ Erst 1998 wurden zudem Betroffene, die Kriegsverbrechen begangen hatten, von Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz ausgeschlossen.² Seit Deutschland sich wieder in größerem Maße in militärischen Konflikten engagiert und behinderte Veteranen der Bundeswehr öffentlich wahrgenommen werden, hat das Thema Integration von Veteranen jedoch politisch erneut Konjunktur.

Die deutsche und internationale Forschungsliteratur zur Integration von Kriegsversehrten und anderen Kriegsopfern ist in den letzten Jahren stark gewachsen. Ein Reviewartikel wäre daher wünschenswert. Hilfsweise soll in diesem Abschnitt, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, versucht werden, die wichtigsten Forschungsthemen aufzuzeigen und den Forschungsstand darzustellen.

Die Geschichte der Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs kann als vergleichsweise gut erforscht gelten. Einige ihrer Aspekte sollen in diesem Artikel zusammenfassend dargestellt und ergänzt werden, da nur durch die Kenntnis der Institutionalisierung der Versorgungseinrichtungen nach dem Ersten Weltkrieg sowie der veränderten medizinischen Expertise Kontinuitäten und Brüche der Kriegsopferversorgung der frühen Bundesrepublik verständlich werden. Aus medizin-, insbesondere orthopädiehistorischer Sicht gibt es seit längerem Publikationen zu Körperbehinderung und Kriegsbeschädigtenfürsorge in der Kaiserzeit und der Weimarer Republik (Thomann 1994a, b, 2002; Osten 2004, 2011). Außerdem existieren mehrere fundierte kultur- und sozialhistorische (Whalen 1984; Kienitz 2008; Löffelbein 2013; Perry 2002, 2014) sowie psychiatriehistorische Studien (Neuner 2011; Quinkert et al. 2010) zu Kriegsinvalidität und Versorgung der Kriegsopfer. Wichtige neue Erkenntnisse hat die internationale (Harrison 1996) und auch deutschsprachige Forschung zu Medizin und Krieg sowie zur Entwicklung des deutschen Sanitätswesens nach dem Ersten Weltkrieg zutage gefördert (Neumann 2005; Eckart 2012, 2014; Eckart & Gradmann 1996; Hofer 2011; Prüll & Rauh 2014).

Für den Zweiten Weltkrieg und die folgenden Jahrzehnte standen bisher psychische Traumata im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit (Goltermann 2009). Die Disability History berührt das Thema der körperlich behinderten Kriegsversehrten und der ärztlichen Versorgung nur am Rande (u.a. Bösl 2009; Waldschmidt 2010). Das von ihr formulierte „soziale Modell von Behinderung“, mit dem die Beeinträchtigungen als von der Gesellschaft aufgestellte gravierende Barrieren der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Teilhabe beschrieben wird (Corker & French 1999; Corker & Shakespeare 2002), lässt sich auf diese Gruppe nicht anwenden. Die Kriegsversehrten, wie auch die deutsche Gesellschaft der 1950er und 1960er Jahre, verstanden die durch den Krieg entstandene Behinderung quasi im Sinne des medizinischen Modells der Disability Studies als individuelles körperliches Defizit, das erhebliche Auswirkungen auf ihr soziales Leben mit sich bringen konnte. Die Betroffenen

ließen sich jedoch nicht ausgrenzen, sondern wirkten dem entgegen, indem sie sich für ihre Rechte im öffentlichen Leben in Interessensverbänden und politischen Parteien engagierten. Wie vor ihrer Verwundung und Behinderung orientierten sie sich an den Lebensentwürfen von Nichtbehinderten und waren wirtschaftlich mitunter sehr erfolgreich, wie eine große Zahl von Akten, die im Vorfeld des Forschungsprojekts von der Autorin ausgehoben wurden, zeigen.

Das mehrbändige Handbuch zur Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland enthält verschiedene sozialhistorische Darstellungen zu den 1950er und 1960er Jahren (Schildt et al. 2000; Schildt & Sywottek 1993) sowie mehrere Kapitel, die sich eingehend mit den Kriegsbeschädigten neben anderen Gruppen von Betroffenen der Kriegsfolgen auseinandersetzen (u. a. Rudloff 2002, 2005: 515–557; Rübner 2005: 691–704). Eine umfangreiche sozialhistorische Regionalstudie untersucht die Kriegsopferversorgung in Rheinland-Pfalz von 1945 bis 1953, die jedoch die Rezeption des Bundesversorgungsgesetzes weitgehend ausspart (Hudemann 1988). Lediglich die ältere politikgeschichtliche Studie von James Diehl widmet sich dem Thema in einem breiteren Rahmen und fokussiert in erster Linie die politische Entstehungsgeschichte des Gesetzes (Diehl 1993), ebenso enthalten mehrere juristische Gesetzeskommentare rechtshistorische Abrisse zu den Entstehungszusammenhängen der Gesetze (Schieckel & Aichberger 1951; Schönleiter 1953: V–X, Nuis & Vorberg 1957: 3–21).

Der Versuch, eine auf Oral History basierende Detailstudie zur Integration Kriegsversehrter nach dem Zweiten Weltkrieg zu unternehmen, ist in der Rückschau eher unbefriedigend, erweckt sie doch den Eindruck, als habe die deutsche Gesellschaft der 1950er Jahre individuelle Kriegsfolgen „privatisiert“ und damit deren Bewältigung in großem Maße dem Einzelnen überlassen (vgl. Neumann 1999). Dagegen weisen Lamparter, Wiegand-Grefe und Wierling darauf hin, dass das sicher auch praktizierte gemeinsame Beschweigen der Traumata aus psychologischer Sicht, zeithistorisch gerahmt, durchaus für die Betroffenen sinnvoll war (vgl. Lamparter et al. 2013). Zudem gab es einen vielfältigen öffentlichen Diskurs, wie die unzähligen Veranstaltungen und Publikationen von Kriegsopfervereinigungen in den 1940er und 1950er Jahren zeigen.³ Viele der Traumatisierten hatten aufgrund der Schwere ihrer Verletzungen große gesundheitliche, soziale und familiäre Probleme (Neumann 2001). Die bisher untersuchten Lebensverläufe können jedoch keinesfalls als typisch für Kriegsoffer allgemein stehen. Zu bestimmten Gruppen von Kriegsopferten, so zu Kriegsversehrten und anderen Kriegsbeschädigten, bedarf es einer größeren empirischen Studie, um zu differenzierteren Aussagen zu kommen.

Der internationale Vergleich zeigt ähnlichen Forschungsbedarf. In der Sowjetunion wurden Kriegsinvaliden nur unter größten Schwierigkeiten und entwürdigender Begutachtungspraxis Renten zuerkannt. Dabei stand zwar die

Arbeitsfähigkeit im Vordergrund, die prothetische Versorgung war jedoch schlecht. Etwa 22 Prozent der sowjetischen Kriegsinvaliden waren amputiert, deutlich mehr als in Deutschland und bei den Westalliierten (vgl. Krivosheev 1997; Fieseler 2005, 2006).

Amerikanische Veteranen, Behinderte ebenso wie nicht Behinderte, profitierten von großen Wiedereingliederungsprogrammen wie dem *Service-men's Readjustment Act* von 1944. Diese so genannte G. I. Bill ermöglichte auch Veteranen mit bildungsfernem Familienhintergrund, wirtschaftlich Benachteiligten und Angehörigen ethnischer Minderheiten den Zugang zum Hochschulstudium. In der Folge veränderten sich dadurch die Universitäten, technische und wirtschaftswissenschaftliche Fächer sowie die Medizin gewannen stark an Bedeutung, klassische Studienfächer wurden in den Hintergrund gedrängt. Aus den Veteranen des Zweiten Weltkriegs entstand in den USA eine starke neue, gut ausgebildete Mittelschicht (vgl. Altschuler 2009; Kinder 2015).

In Großbritannien wurden *disabled veterans* und *war invalids* in Rehabilitationszentren auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt vorbereitet und als Veteranen finanziell vor allem bei der Gründung von kleinen Unternehmen und Handwerksbetrieben unterstützt. Als Behinderte kamen sie in den Genuss von Leistungen des *Disabled Persons Employment Act* von 1944 (vgl. Anderson 2011: 176–201). Die *Disabled Persons Employment Corporation* hatte nach 1945 eigens für die Beschäftigung von behinderten Menschen die „British Factories“ gegründet, die später in „Remploy“ umbenannt wurden. In diesen Behindertenwerkstätten wurden nicht nur wie traditionell Bürsten und Besen produziert, sondern auch Produkte für Kriegsbeschädigte wie Stumpfstrümpfe und orthopädische Schuhe (Vgl. Anderson 2011: 183). Eng verbunden mit der Geschichte amputierter Veteranen ist die Entwicklung der Prothetik, zu der einige amerikanische Publikationen vorliegen (u.a. Gerber 2000; Ott et al. 2002; Linker 2011; Perry 2014). Zu nennen ist auch der Aufsatz von Simon Bihir zum Siemens-Schuckert-Arm nach dem Ersten Weltkrieg (Bihir 2013).

Erste Publikationen zu amputierten deutschen Veteranen des Zweiten Weltkriegs erschienen im vergangenen Jahr (Wolters 2014a, b). Für Deutschland ist die Integration von Kriegsbeschädigten und Kriegsversehrten des Zweiten Weltkriegs weitgehend ein Desiderat der Forschung. Neben den bereits genannten dürfte einer der Gründe dafür die schwierige archivalische Quellenlage sein. Die Versorgungsämter, in denen die Rentenakten aufbewahrt wurden, sind bzw. waren Landesbehörden. Die Archivierung der Akten obliegt demzufolge den Landes- bzw. Hauptstaatsarchiven. Nur in wenigen Bundesländern gibt es überlieferte Einzelfallakten. Die Autorin konnte für ein Forschungsprojekt mit Genehmigung der niedersächsischen Sozialministerin noch etwa 10.000 Aktenbände zu 3.500 Kriegsversehrten ausheben, die nach Abschluss der Studie vom Hauptstaatsarchiv Niedersachsen übernommen

werden. In einem geplanten Forschungsprojekt sollen diese Akten sowie die Akten der Orthopädischen Versorgungsstellen als zentrale Quelle für die Sicht auf die Betroffenen, aber auch für die Sicht der Betroffenen selbst genutzt werden, da sie neben Behördenschriftverkehr auch Ego-Dokumente enthalten. Ergänzt werden diese Aktensorten durch Schwerbeschädigten- und Motorisierungsakten. Sie geben Auskunft über die Betroffenen, ihren Lebensweg, ihre Gesundheit und ihre Bildungs- und Erwerbsbiografien. Gerade die große Zahl der Betroffenen und deren erfolgreiche Eingliederung in die bundesdeutsche Nachkriegsgesellschaft, die bereits von Zeitgenossen als reibungslos und selbstverständlich wahrgenommen wurde, brachte es mit sich, dass der Blick für das historisch Wertvolle von Verwaltungsschriftgut der Versorgungsverwaltung verloren gegangen ist bzw. gar nicht erst entstand. Es ist geradezu paradox, dass mit dem Bundesversorgungsgesetz bzw. mit dem dazugehörigen Errichtungsgesetz für die Landesversorgungsämter⁴ der größte Behördenapparat entstand, den es bis dahin gegeben hatte, gleichzeitig aber ein großer Teil der Akten aus diesem Entstehungszusammenhang vernichtet wurde. Dies trifft für Dienst- und Personalakten der Versorgungsverwaltung sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene der Bundesländer sowie auf Einzelfallakten zur orthopädischen und Rentenversorgung Betroffener zu.

Mit dem Versorgungswesen befasste Ärzte haben allerdings, wie es bei einem neuen, wissenschaftlich und gesellschaftlich viel beachteten Feld plausibel erscheint, großen Bedarf nach fachlichem Austausch gehabt, so dass eine Vielzahl von publizierten Quellen insbesondere in medizinischen und versorgungsrechtlichen Zeitschriften vorliegen.

Kriegsbeschädigte, Kriegsversehrte. Anmerkungen zur Begrifflichkeit

Die Bezeichnung körperbehinderter Veteranen ist seit Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland einem ständigen Wandel unterworfen (Thomann 1992, 1996; Löffelbein 2014: 352). Im Folgenden soll im Zusammenhang mit den Veteranen des Zweiten Weltkriegs von „Kriegsversehrten“ gesprochen werden, da der Begriff zwar durchaus ideologisch besetzt ist, gleichwohl jedoch präzise diejenigen Betroffenen einer bestimmten Gruppe benennt: Veteranen der deutschen Wehrmacht und anderer militärischer Formationen, die im Zweiten Weltkrieg verwundet worden waren. Als „Kriegsversehrte“ wurden ausschließlich die nach dem Wehrmachtsfürsorge und -versorgungsgesetz (WFVG) von 1938⁵ anspruchsberechtigten Wehrmachtssoldaten bezeichnet, die im Dienst der 1935 gegründeten Wehrmacht standen und während des aktiven Dienstes einen Körperschaden erlitten. Im Handwörterbuch der Reichsversorgung heißt es:

Das Wehrmachtsfürsorge und -versorgungsgesetz ersetzt die Bezeichnung Kriegsbeschädigter durch die Bezeichnung „Kriegsversehrter“. Der Begriff umfaßt „Kriegsverwundete“ und „Kriegskranke“. Das Wort bürgert sich im Volke aber nur schwer ein infolge der starken Gewöhnung an das Wort „Kriegsbeschädigter“ in zwanzigjähriger Übung, sodann aber auch, weil der Begriff „versehrt“ im Sinne der Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit für das Denken des Volkes zu abstrakt ist, und weil das Wort einen fremden Klang hat. In der Anredeform ist das schöne und vertrauliche Wort „Kamerad“ üblich. (Wuttke & Wenzel 1942: 215)

Die Bezeichnung „Kriegsversehrter“ ist also eine Sprachschöpfung des Nationalsozialismus, auch wenn sie meist nicht als solche rezipiert und reflektiert wird, sondern heute als eine sprachliche Variation, als Synonym zum Begriff „Kriegsbeschädigter“ Verwendung findet. Der Begriff wurde zudem in den 1950er und 1960er Jahren im Zusammenhang mit dem sportlichen Engagement der Betroffenen als Versehrtensport geprägt und ist daher eher positiv konnotiert. Er wurde jedoch vor allem bewusst von den deutschen Veteranen des Zweiten Weltkriegs benutzt, um sich gegen Kriegsbeschädigte des Ersten Weltkriegs, Zivilbeschädigte des Zweiten Weltkriegs, Unfallopfer und Menschen mit angeborenen Behinderungen abzusetzen, letztendlich auch im Sport, in dem die Kriegsversehrten durch die Wahl ihrer Selbstbezeichnung als „Versehrtensportler“ eine deutliche Abgrenzung von Menschen mit Behinderungen anderer Genese intendierten (Wolters 2014a).

Das Bundesversorgungsgesetz⁶ kehrte 1950 zum Begriff „Kriegsbeschädigter“ zurück, der in den 1920er Jahren gebräuchlich und im Reichsversorgungsgesetz⁷ verwendet worden war. Die Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkrieges konnten nur deutsche Soldaten sein, die eine Dienstbeschädigung erlitten hatten. Im Gegensatz dazu schloss das Bundesversorgungsgesetz in den Begriff „Kriegsbeschädigte“ auch Frauen und Kinder sowie Männer ein, die keine Wehrmachtsangehörigen gewesen waren, aber durch Kriegseinwirkung erkrankt oder verletzt worden waren und dadurch eine dauerhafte Körperbehinderung hatten. Ihre Zahl dürfte jedoch nach Schätzungen zwei Prozent nicht überschritten haben (Goetz & Harbeck 1954: 94). Im Verwaltungssprachgebrauch wird bis heute die Bezeichnung „Kriegsbeschädigter“, abgekürzt „Kb“, verwendet.

Aufbau der zivilen Kriegsbeschädigtenversorgung nach dem Ersten Weltkrieg durch Militärärzte

Das Reichsversorgungsgesetz von 1920 stellte eine Weichenstellung in der Versorgung von Kriegsversehrten nach sozialstaatlichen Maßstäben dar. Die vor Ende des Ersten Weltkriegs existierenden Versorgungsämter gingen ursprünglich auf Einrichtungen der Militärverwaltungsbehörden zurück.

Rechtsgrundlagen waren bis zum Ende des Ersten Weltkriegs das Offizierspensionsgesetz von 1906,⁸ das Militärhinterbliebenengesetz⁹ und das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1907. Offiziere wurden grundsätzlich anders behandelt und entschädigt als Mannschaftsdienstgrade. War zuvor ein mögliches Erwerbseinkommen auf der Grundlage einer angenommenen beruflichen Entwicklung und eines damit verbundenen gesellschaftlichen Status der Entschädigung zugrunde gelegt worden, richtete sie sich nach 1920 nach dem entstandenen Körperschaden und dessen Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Hudemann 1988: 388–412; Whalen 1984; Welti 2005). Zivile Opfer, die „durch den Krieg [...] Schädigungen an Leib und Leben erlitten haben“, wurden durch das Kriegspersonenschädigungsgesetz versorgt.¹⁰

Nach dem Versailler Vertrag wurde der Weimarer Republik ein „Friedensheer“ von 100.000 Mann zugebilligt, das in Gesetzen und Verordnungen als „Wehrmacht“, im Sprachgebrauch als „Reichswehr“ bezeichnet wurde. Von den zuvor etwa 1.500 Sanitätsoffizieren sollten nur 293 von ihnen im aktiven Dienst verbleiben (Neumann 2005: 68). Formal hatte das Deutsche Reich mit dem Versailler Vertrag seine uneingeschränkte Souveränität eingebüßt und durfte nicht selbständig über den Aufbau einer eigenen Armee entscheiden. Im Wehrmachtsversorgungsgesetz (WVG) vom 4. August 1921 wurden die Bestimmungen des Reichsversorgungsgesetzes auf die Angehörigen der Wehrmacht übertragen, um sie und ihre Hinterbliebenen im Falle einer Dienstbeschädigung zu versorgen (Schönleiter 1953: VII).

Die Versorgungsämter waren bereits am 1. Oktober 1919 in zivile Behörden umgewandelt und dem Reichsarbeitsministerium (RAM) als zuständigem Ministerium unterstellt worden, da man annahm, dass es aufgrund von Erfahrungen in der Sozial- und Unfallversicherung für diese Aufgabe besonders geeignet sei. Das Reichsarbeitsministerium verstand sich selbst als das „Sozialministerium des Reiches“ (Martineck & Kühne 1932: Vorwort). Neben der Versorgung der Kriegsbeschädigten wurde dem RAM auch das Militärpensionswesen übertragen. Mit dem Wechsel von der militärischen in die zivile Behörde wurden entsprechende, bereits mit der Arbeit vertraute Militärärzte in das RAM versetzt (Rindt & Saffert 1968: 16).¹¹ So der Leiter der Ärztlichen Abteilung, Otto Martineck (1874–1951), der zwanzig Jahre als Offizier im Sanitätsdienst Erfahrungen gesammelt und die Funktion bis 1943 innehatte.

In diesem Zusammenhang stellt sich die noch zu untersuchende Frage, wie viele der 1.200 Sanitätsoffiziere, die nicht mehr der Reichswehr angehören konnten, in die mittlere und untere Ebene der Versorgungsverwaltung übernommen wurden. Immerhin handelte es sich um zwölf Hauptversorgungsämter, 83 Versorgungsämter, 15 Versorgungsärztliche Untersuchungsstellen und 32 Orthopädische Versorgungsstellen. „Allen diesen Behörden gehören zur Behandlung der ja stark im Vordergrund stehenden

ärztlichen Fragen beamtete [...] Versorgungsärzte an.“ (Martineck & Kühne 1932: 268).

Einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Struktur und Ausrichtung der Versorgungsmedizin im RAM hatte die „klandestine Fortführung [der] militärmedizinische[n] Einrichtungen“ des Kaiserreichs durch die Eingliederung der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen als eigene Abteilung in das RAM. Von hier aus gab es sogar den Versuch einer Zeitschriftenpublikation, der *Zeitschrift für ärztlich soziales Versorgungswesen*, die seit 1921 erschien und in der sich Ärzte vor allem über medizinische Fragen wie beispielsweise die Versorgung von Amputierten, aber auch die versorgungsrechtlichen Probleme austauschten. Die Zeitschrift wurde jedoch 1923 eingestellt, als die Wehrmedizin teilweise ins Reichsgesundheitsamt wechselte (Hubenstorf & Walther 1994: 18–19).

Der Übergang von der militärischen zu einer zivilen Versorgung der Kriegsbeschädigten musste unter schwierigen politischen Bedingungen vollzogen werden. Erst Schritt für Schritt wurden zivile Versorgungsbehörden geschaffen.¹² Zudem war die Zahl der Kriegsbeschädigten größer als je zuvor. Allein etwa 79.000 Arm- und Beinamputierte, fast ausschließlich Männer, waren in das Zivilleben zu integrieren.¹³ Amputation wurde zu einem männlichen Phänomen und betraf gerade zuvor gesunde, arbeitsfähige Männer im dritten und vierten Lebensjahrzehnt, eine Zeit, die für die berufliche wie auch familiäre Entwicklung von großer Bedeutung war und ist.

Daraus ergab sich die erhebliche Erwartung, dass Ärzteschaft und Medizin zur Integration der Kriegsbeschädigten entscheidend beitragen. Vor allem die Orthopäden reagierten auf diese Herausforderung, denn sie waren zunächst für die orthopädisch behandel- bzw. rehabilitierbaren körperlichen Beeinträchtigungen, insbesondere die Versorgung der Amputierten, zuständig, die am stärksten innerhalb der Gesellschaft auffielen. Dazu gehörten auch Konstruktion, Bau und Anpassung von Prothesen, Aufgaben, die mit der Zeit teilweise an Orthopädiemechaniker abgegeben wurden (Osten 2004; Perry 2002, 2014).

Ludwig Aubry, der Anfang der 1920er Jahre unter dem bekannten Orthopäden Fritz Lange als Assistent in der Orthopädischen Poliklinik der Münchener Universität arbeitete, erinnerte sich 1955: „Wir Orthopäden standen von vorneherein [...] den Fragen der Berufseinführung unserer Kranken, Beschädigten und Krüppelhaften besonders nahe.“ In die Rehabilitation sei „schon einbegriffen“, pointierte Aubry, „daß der ganze Mensch erfaßt, geleitet und allmählich wieder zur Mitarbeit in der Gesellschaft zurückgebracht werden soll.“ (Aubry 1955: 83–85) Insgesamt rückten die Heilbehandlung und Berufsfürsorge, die als ärztliche Aufgaben angesehen wurden, in den Vordergrund der Bemühungen der Kriegsbeschädigtenversorgung. Dadurch wurde die Versorgung der Kriegsbeschädigten weiter medikalisiert (Wolters 2014a).

Zeitschriften beschreiben das Feld der Versorgungsmedizin in der Weimarer Republik

Mit dem Reichsversorgungsgesetz von 1920 entstand nicht nur ein neues Gebiet des Öffentlichen Rechts, des Versorgungsrechts mit Behörden, dem Reichsversorgungsgericht und einem breiten Spektrum von juristischen Fachzeitschriften. Es entstand gleichzeitig auch ein neues Fachgebiet der Medizin, in dem Ärzte nach der akuten Versorgung von Verletzten und Kranken quasi lebenslang für die Betroffenen zuständig bleiben. Wie Aubry rückblickend feststellte, habe der „Arzt [...] von Beginn der Behandlung bis zur Wiederaufnahme der Arbeit und auch noch während der nachfolgenden Überwachung im Beruf maßgebliche Verantwortung“ (Aubry 1955: 85). Zu den ärztlichen Aufgaben gehörte hier, neben Diagnostik und Rehabilitation, die gutachterliche Tätigkeit, aber auch die psychische Betreuung und Hilfe bei der Vermittlung einer passenden Arbeit. Die psychiatrische Forschung wiederum beschäftigte sich während und nach dem Ersten und Zweiten Weltkrieg innerhalb der eigenen Community intensiv mit Fragen der Traumatisierung und der Entstehung von Psychosen durch Kriegserlebnisse. Erlebnis- bzw. Kriegsneurosen von Veteranen und traumatisierter Zivilbevölkerung wurden jedoch nicht versorgungsrechtlich anerkannt, da ihre Ursache ererbten Anlagen zugeschrieben wurden und nicht Kriegserlebnissen (Schmiedebach & Kloocke 2010; Quinkert et al. 2010).

Ein Teil ärztlicher Tätigkeit, der zunehmend an Bedeutung gewann, war die Etablierung von Diagnosen und damit die Definitionsmacht darüber, welche Menschen überhaupt aufgrund eines Leidens als Patienten anerkannt werden und mögliche Versorgungsansprüche geltend machen können. Als „Versorgungsleiden“, in der Verwaltungssprache auch als „Schädigungsfolge“ bezeichnet, galten nur körperliche Behinderungen. Psychische Störungen wurden generell von der Entschädigung ausgeschlossen, so auch die Traumatisierung durch Kriegserlebnisse.¹⁴

Diese „Landnahme“ von Ärzten in der Zuständigkeit für die Versorgung der Kriegsbeschädigten hatte bereits nach dem Ersten Weltkrieg begonnen. Dies betraf die Orthopädie, um die Körperbeschädigten zu rehabilitieren und in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren, ebenso wie Psychiatrie, Rassenhygiene und Wehrmedizin, um auf diese Weise, wie Livia Prüll gezeigt hat, der Medizin eine „staatstragende Funktion“ zu wachsen zu lassen, mit der sie dann gleichzeitig effizient zur Vorbereitung eines möglichen nächsten Krieges beitrug (Prüll 2010: 378).

Für den fachlichen Austausch gründeten Ärzte zu Beginn der 1920er Jahre verschiedene Zeitschriften und nutzten bestehende Periodika, deren Profil sich dadurch veränderte. Wissenschaftliche Fachzeitschriften beschreiben allgemein neue Tätigkeitsfelder, dienen der Definition des Aufgabenbereichs

und können deshalb Raum für grundlegende konzeptionelle Überlegungen bieten. Ihre Titel und Untertitel benennen, welche Bereiche sie thematisieren und welche Disziplinen sie repräsentieren (Stöckel 2005). Zeitschriften entstehen, wo neue Forschungsansätze verfolgt oder Wissenschaftsfelder abgesteckt werden. Sie sind Kristallisationspunkte für neue Disziplinen. Die Mitglieder der *scientific community* präsentieren hier ihre Ergebnisse, interpretieren und diskutieren sie (Stöckel 2009: 13).

So erlangten auch in den 1920er Jahren die Versorgungsärzte als Fachärzte einen Expertenstatus. Zu diesem gehörte nicht nur das Medizinstudium, das dem Erwerb großen Fachwissens und entsprechender Fertigkeiten diene. Die gewonnene Expertise verlieh ihnen auch die notwendige Autonomie in der Entscheidungsfindung, bei der sie sich nur einer berufsbezogenen, ärztlichen Ethik verpflichtet fühlten. Aufgrund ihrer ärztlichen Unabhängigkeit genossen sie im Gegensatz zu den Verwaltungsjuristen besonderes Vertrauen bei den Betroffenen.¹⁵

Insgesamt ist anhand der vielfältigen Zeitschriftenpublikationen aus dem Umfeld des Versorgungswesens seit Beginn der 1920er Jahre gut nachvollziehbar, wer sich in diesem Bereich engagierte und mit welchen Zielen dies geschah. Ärzte sind, so der Befund, in jeder der die Kriegsbeschädigtenversorgung betreffenden versorgungsrechtlichen und klientelbezogene Zeitschriften als redaktionelle Mitarbeiter, Herausgeber oder Autoren vertreten. Anhand von einigen Zeitschriften kann im Kontext der politischen Entwicklung verdeutlicht werden, wie Ärzte sich an der Integration Kriegsbeschädigter und Kriegsversehrter beteiligt und wie sie ihre Ideen popularisiert haben.

Die medizinischen Zeitschriften, die im Folgenden fokussiert werden, sind nicht die, die innerhalb eines in den 1920er Jahren bereits etablierten, klar strukturierten Fachgebietes existieren und deshalb auch als medizinische Periodika wahrgenommen wurden, sondern solche, die sich gewissermaßen an den „Wachstumsfugen“ der Versorgungsmedizin entwickeln. Carl Arendts nennt als weiterführende Literatur nur verwaltungs- und sozialrechtliche Zeitschriften sowie einzelne Artikel aus der Zeitschrift für das ärztlich-soziale Versorgungswesen (Arendts 1926: XIII–XVI). Der juristische Kommentar zum Bundesversorgungsgesetz von Horst Schieckel und Friedrich Aichberger jedoch empfahl explizit allein 69 medizinische Fachzeitschriften von Augenheilkunde bis Psychiatrie, die aus der Sicht der Verwaltungsjuristen für die Auslegung des Gesetzes relevante Informationen enthielten (Schieckel & Aichberger 1951: XII–XV).

Die bereits angesprochene Leitdisziplin für die Rehabilitation von Amputierten und Gliedmaßengeschädigten war seit dem Ersten Weltkrieg die Orthopädie, nicht die Unfallheilkunde bzw. Unfallchirurgie. 1892 war die *Zeitschrift für Orthopädische Chirurgie einschließlich der Heilgymnastik und Massage* gegründet worden, 1894 die *Monatsschrift für Unfallheilkunde mit*

besonderer Berücksichtigung der Mechanotherapie. Die Ärzte verstanden sich oft beiden Disziplinen zugehörig, publizierten sowohl in der einen als auch in der anderen.

Die Orthopädie war der Fürsorge für körperbehinderte Kinder näher und dadurch der Pädiatrie (Osten 2004; Schwarzmann-Schafhauser 2004). Die Unfallchirurgie schaffte hingegen, nach dem Selbstverständnis der Chirurgen, einen Ausweg aus lebensbedrohlichen Lagen, auch bei der Versorgung Verwundeter im Krieg (Niethard 2010: 10–11). Die Chirurgen seien für die frischen Verletzungen zuständig, die Orthopäden widmeten sich seit dem Ersten Weltkrieg auch den chronischen Verletzungsfolgen bei Erwachsenen (Niethard 2001: 181). Letztere publizierten dann zunehmend ebenfalls zur Rehabilitation Kriegsbeschädigter in der 1908 gegründeten *Zeitschrift für Krüppelfürsorge*, die von der *Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge* herausgegeben wurde (Osten 2004). Die Orthopäden benannten schließlich ihre 1892 gegründete Zeitschrift in den 1930er Jahren in *Zeitschrift für Orthopädie und ihre Grenzgebiete* um und schlossen damit die Chirurgie aus dem Namen aus.

1922 riefen der Herausgeber der *Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin*, Walther Kühne (1877–1939) und der Frankfurter Ordinarius für Chirurgie Hans Lininger (1863–1933) zur Gründung einer gemeinsamen Fachgesellschaft auf. Walther Kühne war unter Unfallchirurgen als Schüler Carl Thiems (1850–1917), dem „Vater der Unfallheilkunde“ bekannt, und war seinem Lehrer auf dessen Stelle als leitender Arzt des Städtischen Krankenhauses Cottbus gefolgt.¹⁶

Die neue Gesellschaft solle dazu dienen, die Erfahrungen in der Behandlung von Schädigungen und Verletzungen zu sammeln und kritisch zu bearbeiten, um „allgemeingültige Richtlinien für die Beurteilung und Behandlung“ zu suchen. Ärzte sollten sowohl zu „rein wissenschaftlichen Fragen“ Stellung nehmen, als auch zu den „Mängeln, die sich bei der praktischen Durchführung der Versicherungsgesetze gezeigt“ hätten. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen und praktischen Erfahrungen sollten direkt den Ärzten und Juristen der Kriegsbeschädigtenversorgung zugänglich gemacht werden und viel stärker in die Gesetzgebung einfließen als bisher.¹⁷

Kühne adressierte seinen Aufruf „an alle deutschen Ärzte, [die] sich der Beratung, Behandlung und Beurteilung von Kriegs- und Friedensverletzungen und -schädigungen widmen“ als potenzielle Mitglieder der zu gründenden Gesellschaft. Weit ausgreifend formulierte er, es kämen im Grunde „alle Ärzte [als potentielle Mitglieder] in Betracht“: Ärzte der Berufsgenossenschaften, Vertrauensärzte der Oberversicherungsämter und Militärversorgungsgerichte, Ärzte von Versorgungsämtern, die Dozenten an Universitäten, Leiter von Krankenhäusern, Knappschaftsärzte, Leiter orthopädischer Versorgungsstellen.¹⁸ Kühnes Botschaften waren deutlich. Erstens: Ärzte sollen sich mit ihrem Fachwissen in bisher den Juristen

vorbehaltene Bereiche der Kriegsbeschädigtenversorgung einbringen; und zweitens: Versorgungsmedizin betraf einen deutlich größeren Kreis von Ärzten als zuvor.

Am 22. September 1922 fand die Gründungsversammlung der *Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin* in Leipzig statt. Erster Vorsitzender wurde Hans Liniger. Zur Zeitschrift der Gesellschaft wurde die *Monatsschrift für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin*.

Im diesem Bereich spielten die Versicherungsmedizin, die gerichtliche Medizin (die spätere Rechtsmedizin), und die Arbeitsmedizin eine wichtige Rolle. Die Versicherungsmedizin verband Erkrankungen und Unfallfolgen mit finanziellen Aspekten der Entschädigung. Die gerichtliche Medizin war geübt in der juristischen Begutachtung medizinischer Befunde und ihrer Ursache. Die Arbeitsmedizin beschäftigte sich mit Gesundheit und Krankheit am Arbeitsplatz sowie Möglichkeiten der Leistungssteigerung. Ärzte, andere Sachverständige und Gutachter wie Strafrechtler und Versicherungsfachleute, publizierten in der *Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung. Zeitschrift für die gesamte ärztliche Sachverständigentätigkeit sowie für Unfall-Heilkunde, Gewerbekrankheiten und Versicherungsmedizin*, die von 1895 bis 1944 in 50 Jahrgängen durchgängig erschien und ab 1954 bei Fortsetzung der Jahrgangszählung den Titel *Der medizinische Sachverständige. Zeitschrift für die gesamte medizinische Gutachtertätigkeit* trug. Zunächst noch von Forensikern, Strafrechtlern und Gewerbeärzten dominiert, wandelte sich der Kreis der Autoren und Herausgeber. Sachverständige und Gutachter formulierten in den 1920er Jahren die Forderung nach einem eigenen Unterrichtsfach innerhalb des Medizinstudiums. Seit den 1930er Jahren war die Versorgungs- und Versicherungsmedizin ein fester Bestandteil der Zeitschrift. Im Referateteil wurden zunehmend Publikationen aus Chirurgie und Augenheilkunde besprochen; sportmedizinische Schriften, die auf Krankheitsprophylaxe ausgerichtet waren, kamen hinzu.

1926 wurde von Verwaltungsjuristen die Zeitschrift *Der Versorgungsbeamte* als *Fachblatt für Reichsversorgungsangelegenheiten* gegründet. Der Untertitel der zunächst schwerpunktmäßig juristischen Publikation wurde dann in *Fachzeitschrift für die Kriegs- und Wehrdienststopferversorgung sowie die angrenzenden Fachgebiete* geändert. Sie erschien in acht Jahrgängen bis 1934. Die Mehrzahl der Beiträge wurde von ständigen Mitarbeitern geschrieben, die jedoch oft nur an einem Heft beteiligt waren, und beschäftigte sich mit der Umsetzung der Verwaltungsvorschriften in den Versorgungsämtern. Dem redaktionellen Gremium gehörten zumeist Verwaltungsbeamte und Verwaltungsjuristen an, darunter wichtige Experten des Versorgungsrechts wie der Jurist Carl Arendts (*1886), Verfasser des Gesetzeskommentars zum RVG und Oberregierungsrat beim Reichsversorgungsgericht, sowie der Senatspräsident beim Reichsversorgungsgericht Theodor Schulte-Holthausen (1889–1945).

Diese berichteten aus der Praxis der Versorgungsbehörden oder von einschlägigen Entscheidungen der Versorgungsgerichte, insbesondere des Reichsversorgungsgerichts. Einen festen Platz hatten bald schon die Beiträge medizinischer Experten. Ärzte wie Rudolf Lennhoff (1866–1933), 1905 Mitbegründer der *Deutschen Gesellschaft für sociale Medicin, Hygiene und Medicinalstatistik* und Herausgeber der 1908 gegründeten sozialmedizinischen Halbmonatsschrift *Medizinische Reform* (Robra 2005), der Psychiater Friedrich Dansauer (*1871) und der der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen verbundene ehemalige Sanitätsoffizier Curt Heinemann-Grüder (1880–1958) nahmen zu medizinischen Problemen Stellung. Dansauer, Obermedizinalrat und Mitarbeiter des Hauptversorgungsamtes Brandenburg-Pommern, galt als Fachmann für Rauschmittelabusus, seit er 1931 eine Studie über 647 kriegsbeschädigte Morphinsten publiziert hatte (Dansauer 1931). Er war der einzige Arzt unter den ständigen Mitarbeitern im Redaktionsgremium.

Im Kontext des 1934 begonnenen Aufbaus der neuen Wehrmacht veränderte sich das Versorgungswesen und damit auch dessen Publikationslandschaft. *Der Versorgungsbeamte* wurde in *Die Reichsversorgung. Fachblatt für Versorgungsfragen der Kriegsoffer, Offiziere und Beamten* umbenannt und erhielt eine eigene Rubrik zu medizinischen Fragen. Damit war die Versorgungsmedizin auf dem Weg, sich als eigenes medizinisches Fachgebiet etablieren.

Die Remilitarisierung der Versorgung Kriegsbeschädigter im Nationalsozialismus

Mit der Machtübernahme 1933 strebten die Nationalsozialisten nach einer Ausdehnung militärischer Macht des Deutschen Reiches. Hitler kündigte im Oktober 1933 Deutschlands Mitgliedschaft im Völkerbund, die nach einer Frist von zwei Jahren rechtskräftig wurde. Kurze Zeit später wurde die Schaffung einer erheblich größeren, neuen „Wehrmacht“ beschlossen. Bereits 1934 erfolgte die Gründung der neuen Militärärztlichen Akademie mit Teilen des ehemaligen Personals der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen, so dass sich auch der Zusammenschluss von Versorgungsmedizin und Wehrmedizin bald vollzog. 1935 wurde per Gesetz der „Aufbau der Wehrmacht“ und damit die „Wiederherstellung der Wehrhoheit“¹⁹ beschlossen, verknüpft mit der Einführung einer allgemeinen Wehrpflicht. Am 1. Oktober 1935, dem gleichen Tag, an dem die ersten Wehrpflichtigen einberufen wurden, wurden auch die Versorgungsangelegenheiten der Soldaten der Wehrmacht der Wehrmachtsverwaltung unterstellt, die dazu eigene Versorgungsabteilungen bildete und begann, sich

auf die Versorgung in einem kommenden Krieges auszurichten (Heinemann-Grüder 1944: 5).

Die Kriegsbeschädigten wurden zwar weiterhin in der nationalsozialistischen Propaganda als „Ehrenbürger der Nation“ stilisiert, de facto jedoch finanziell zunehmend benachteiligt, im Falle psychischer Erkrankungen stigmatisiert und teilweise im Zuge der „Euthanasie“ ermordet (Rauh 2010; Löffelbein 2013: 326–359). Die zivilen Versorgungsämter für die Versorgung der Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs nach dem RVG blieben bis 1943 bestehen.²⁰ Danach wurden diejenigen, denen der Status des Kriegsbeschädigten nicht aberkannt worden war, als Kriegsversehrte durch die Wehrmachtsfürsorge und -versorgungsämter versorgt. Die zivilen Behörden des Reichsarbeitsministeriums wurden abgeschafft. Bereits 1940 war Otto Martineck in der Funktion als Leiters der Gruppe „Ärztliche Angelegenheiten der Reichsversorgung“ quasi wieder der Heeressanitätsinspektion unterstellt worden (Neumann 2005: 101) und wurde nun pensioniert.

Mit der Gleichschaltung wurden die Kriegsopferverbände zur Nationalsozialistischen Kriegsopferversorgung (NSKOV) zusammengeschlossen. Ihr stand Hanns Oberlindober (1895–1949) als Reichskriegsopferehrer vor. Die NSKOV ging 1934 in der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt auf (Löffelbein 2013: 173–193). Die Zeitschrift der NSKOV, die *Deutsche Kriegsopferversorgung* erschien seit der Gründung des Verbandes aus dem Kyffhäuserbund 1932 bis 1945 in 13 Jahrgängen. Die Zeitschrift enthielt, neben überwiegend propagandistischen Beiträgen auch solche zur Aufklärung in gesundheitlichen und medizinischen Fragen Kriegsbeschädigter. Autoren waren allerdings vor allem der nationalsozialistischen Ideologie sehr nahestehende Ärzte. Der Hamburger Orthopäde Max zur Verth (1874–1941) berichtete über „Deutschlands Aufgabe im Kunstgliedbau“ und über den „Kunstarm des Körperbeschädigten“, der Chirurg Hermann Franz Oskar Haberland (*1887) gab „Ärztliche Ratschläge für die Körpergewichtsregelung der Beinamputierten“. Im Herbst 1937 wurde den Kriegsbeschädigten die „tatkräftige Förderung der Motorisierung durch das Dritte Reich“ angepriesen, durch die „manchem Schwerkriegsbeschädigten, in seiner Bewegungsfreiheit beeinträchtigten Kameraden [...] die Annehmlichkeit des Autofahrens verschafft“ werden könne.²¹ In der Weihnachtsausgabe 1938 wurde den Kriegsbeschädigten der „KdF-Wagen“ in Aussicht gestellt.²²

Das Fürsorge- und Versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen (Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz, WFVG) vom 26. August 1938 bildete die eigentliche Zäsur in der Kriegsbeschädigtenversorgung und stellte in vielen Aspekten eine bewusste Abkehr vom RVG dar. Einerseits sollte durch die Bezeichnung als „Versehrter“ wieder stärker zwischen militärischen und zivilen Opfer unterschieden, andererseits durch eine finanzielle Staffelung der soziale Unterschied zwischen Mannschaften und Offizieren betont werden. Nach

einem Erlass des Oberkommandos der Wehrmacht konnte seit Kriegsmitte für kriegsversehrte Soldaten sowie für deren Witwen und Waisen „zur Erhaltung ihrer sozialen Schicht“ ein Ausgleichsbetrag gezahlt werden.²³ Diese Regelung betraf diejenigen, die im zivilen Leben mehr verdienten als Offiziere, aber militärisch einen niedrigeren Dienstrang hatten, denn den Versehrten sollte nach dem Grad der Versehrtheit ein Versehrtengeld in vier Stufen, abhängig vom Dienstrang, gewährt werden. Entschädigt wurde ausschließlich der Körperschaden, nicht die Einbuße der Arbeitsfähigkeit. Als wichtigste Aufgabe galt jedoch die „Rückführung in die Arbeit“ im Zivilleben, da die Wehrmacht nur eine begrenzte Zahl von Kriegsversehrten selbst dauerhaft unterbringen konnte (Fischbach 1939: 22–23; Schönleiter 1953: VII–VIII).

Mit Kriegsbeginn 1939 wurden einige Wehrmachtsangehörige, die nicht mehr kriegsverwendungsfähig waren, Mitarbeiter der Versorgungsämter, um ihnen eine passende Beschäftigung zu ermöglichen. Bereits am 1. Juni 1938 waren die Wehrmachtfürsorge- und *-versorgungsämter* als Teil der Wehrmacht errichtet worden, ein Umstand, der für die Nachkriegszeit von erheblicher Bedeutung war, weil es die privilegierte Versorgung der Veteranen des Zweiten Weltkriegs auch institutionell in militärischen Behörden begründete. Von den Alliierten wurde besonders das Einsatzfürsorge- und versorgungsgesetz von 1939²⁴ kritisiert. Es billigte den Betroffenen, die einen Körperschaden unmittelbar im Kampfgebiet oder durch den Einsatz von Waffen erlitten hatten, neben dem Versehrtengeld eine besondere, finanziell spürbare Versehrtenzulage zu. Diese galt als Merkmal für die direkt im Kampfeinsatz erworbene Verwundung bzw. Behinderung (vgl. Schönleiter 1953: VII), so dass zivile Opfer prinzipiell davon ausgeschlossen waren. Da die Politik der Alliierten auf eine Gleichbehandlung aller Kriegs- und Zivilbeschädigten ausgerichtet war, erschien eine solche Unterscheidung nicht tolerabel. Die Wehrmachtfürsorge- und Versorgungsämter wurden als Teil der Wehrmacht verboten.

Die „ärztliche Tätigkeit“ innerhalb der „nachgehenden Fürsorge“ für die Kriegsversehrten wurde nach Kriegsbeginn zu einem „wichtigen Zweig wehrmedizinischer Tätigkeit“ erhoben, wie Siegfried Handloser (1885–1954), Chef des Wehrmachtssanitätswesens, betonte.²⁵ Zwei Gruppen, die für „Ärztliche Angelegenheiten der Wehrmachtfürsorge und -versorgung“ und die bereits erwähnte für „Ärztliche Angelegenheiten der Reichsversorgung“ unter Martineck, wurden 1940 im Zusammenhang mit Umstrukturierungen der Heeressanitätsinspektion unterstellt (Neumann 2005: 98–101).

Schon 1942 schrieb Oberstarzt Curt Heinemann-Grüder, Herausgeber des Buches „Der Arzt in der Wehrmachtsversorgung“ die „ärztliche Tätigkeit [...] während und noch mehr nach Beendigung des Krieges [sei] wegen ihrer wehrpolitischen Auswirkungen“ von besonderer Wichtigkeit (Heinemann-Grüder 1944: V). Heinemann-Grüder versammelte namhafte Ärzte als

Autoren in seinem Aufsatzband, die größtenteils ihre Ausbildung noch an der Kaiser-Wilhelms-Akademie erhalten hatten.

Nachkriegszeit: Kriegsversehrte prägen das Bild von Behinderung neu

Die Zahl der Menschen, die persönlich an den Folgen des Zweiten Weltkriegs litten, wird auf etwa ein Fünftel der deutschen Bevölkerung geschätzt. Viele von ihnen kämpften lange um eine Anerkennung als Opfer und den damit verbundenen wirtschaftlichen Ausgleich. Die Versorgung und Entschädigung der im politischen Sinn als „Kriegsopfer“ geltenden Personen gehörte hingegen mit Blick auf die angestrebte politische Stabilität und eine von Anfang an intendierte Wiederbewaffnung der Bundesrepublik zu den gesellschaftlichen Aufgaben mit hoher Priorität (Jochheim et al. 2001: 571). Als Kriegsopfer galten Vertriebene (Menschen, die aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten geflohen waren), Heimkehrer (entlassene Kriegsgefangene), Kriegsgeschädigte (Menschen, die durch Kriegseinwirkung ihr Hab und Gut, etwa durch Bombenangriffe, verloren hatten) und Kriegsbeschädigte (kriegsversehrte Soldaten, Kriegsbeschädigte des Ersten Weltkriegs, durch militärische Gewalt erkrankte oder körperlich behinderte Zivilisten sowie Hinterbliebene von Gefallenen und getöteten Zivilisten).

1950 lebten in Deutschland etwa 1,5 Millionen Kriegsbeschädigte, darunter etwa 1,2 Millionen kriegsversehrte Veteranen des Zweiten Weltkriegs (Mikat 1951: 53)²⁶, aber auch Zivilopfer (Jochheim et al. 2001: 571). In der Versorgungsstatistik der Bundesrepublik wurde nicht nach Kriegsversehrten des Zweiten Weltkriegs, kriegsbeschädigten Veteranen des Ersten Weltkriegs und anderen, zivilen Kriegsbeschädigten unterschieden, so dass die Zahlen des Sanitätsdienstes und der Versorgungsämter, stark differieren. Die Behinderungen betruhen infolge von Verletzung und Verwundungen 75 Prozent, Erkrankungsfolgen beliefen sich auf etwa 25 Prozent. Neben etwa 50.000 Hirnverletzten litten etwa 70.000 Menschen an einer fortschreitenden Tuberkulose. Etwa 10.000 Menschen waren erblindet und 211.000 gliedmaßenamputiert. Die Amputationen von Gliedmaßen wurden vor allem wegen schwerer Zerstörungen des Gewebes durch Schuss- und Granatsplitterverletzungen notwendig, um das Verbluten zu verhindern bzw. als Infektionsprophylaxe. Zahlreiche Verwundete litten an Gasbrand und Erfrierungen, so dass oftmals die verletzen Gliedmaßen nicht erhalten werden konnten (Goetz 1955: 4; Mikat 1951: 51).

Etwa die Hälfte der Kriegsbeschädigten war leicht- bzw. schwerbeschädigt. Nur die Schwerbeschädigten, deren Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) mehr als 50 Prozent betrug, hatten Anspruch auf eine Rentenzahlung.

Diese Zahlen waren für die in der Kriegsbeschädigtenversorgung beschäftigten Ärzte von großer Wichtigkeit, gaben sie doch „einen wesentlichen Hinweis auf die Planung der Heilbehandlung, denn es sind in erster Linie doch die Erkrankungen, die eine laufende ärztliche Betreuung erfordern, während die Verletzungen als meist stationärer Zustand weniger zum Arzt führen“ (Goetz & Harbeck 1954: 93).

Mehrere Millionen deutscher Soldaten kamen im Laufe des Krieges und bei dessen Beendigung in alliierte Kriegsgefangenschaft, aus der sie über einen Zeitraum von mehreren Jahren sukzessive entlassen wurden. Kriegsversehrte mit einer signifikanten Körperbehinderung, Amputierte und Blinde, wurden nur äußerst selten auf längere Dauer Kriegsgefangene, da sich ihre Arbeitskraft nur in geringem Maße verwerten ließ. Die Mehrheit erlitt die Verwundung vor der Kapitulation und war daher am 8. Mai 1945 bereits demobilisiert. Als Lazarettinsassen waren sie als Arbeitskräfte für die Alliierten uninteressant und blieben in Deutschland. In sowjetischen Gefangenslagern war das Überleben mit schweren inneren Krankheiten oder amputierten Gliedmaßen schwierig. Eine Umfrage des Bundesarbeitsministeriums zum Bedarf an orthopädischer und prothetischer Versorgung unter Spätheimkehrern zeigte, dass es fast keine Amputierten unter ihnen gab.²⁷ Allerdings hatten Heimkehrer von dort oft andere, vor allem internistische Erkrankungen, die von schwerer Arbeit und Mangelernährung verursacht wurden und sie dadurch zu Kriegsbeschädigten werden ließ. Aus amerikanischer und britischer Kriegsgefangenschaft kehrten amputierte Veteranen oft chirurgisch und prothetisch hervorragend versorgt zurück.

Der Alliierte Kontrollrat hob am 20. August 1946 alle Gesetze über die rechtliche und wirtschaftliche Stellung und die Vorrechte von Angehörigen der Wehrmacht auf. Die Zahlung von Versorgungsbezügen durch die Wehrmachtsfürsorge- und Versorgungsämter wurden mit besonderer Anordnung untersagt. Lediglich in der französischen Zone wurden einige der rechtlichen Regelungen weiterhin angewandt. Mit der Sozialversicherungsrichtlinie Nr. 11 vom 16. Januar 1946, die am 1. August 1946 in Kraft trat, wurden in der britischen Zone die Versorgungsämter aufgelöst. Ehemalige Mitglieder der Wehrmacht sowie Hinterbliebene gefallener Wehrmachtangehöriger und kriegsbeschädigte Zivilpersonen und deren Hinterbliebene erhielten Sozialrenten. Die Heilbehandlungen wurden weitgehend von den noch vorhandenen Wehrmachtlazaretten gewährleistet. Veteranen, auch kriegsversehrten, wurde die Gründung eigener Veteranenverbände untersagt, so dass sie sich mit anderen Kriegsbeschädigten in gemeinsamen Verbänden zusammenschlossen.

Von den alliierten Behörden wurde in der britischen Zone in Lemgo das Zentralamt für Arbeit (ZfA) gegründet. Zum Leiter des Zentralamtes wurde im Juli 1946 Julius Scheuble (1890–1964) ernannt (vgl. Schmuhl 2003: 362–363). Er begann mit einem „Kreis exzellenter Fachleute“ die neue Behörde

aufzubauen. Zu den „handverlesenen 147 Beamten und Angestellten“ (Schmuhl 2003: 363). gehörte der Arzt Fritz Paetzold (1889–1975), der über langjährige Erfahrung mit der Kriegsbeschädigtenversorgung verfügte. Paetzold hatte vor dem Ersten Weltkrieg Medizin studiert, war 1913 Sanitätsoffizier geworden und 1920 in die Ärztliche Abteilung des Reichsarbeitsministeriums zu Otto Martineck gewechselt. Nun wurde er Leiter der Ärztlichen Abteilung des Zentralamtes für Arbeit.

Eine der wichtigsten Aufgaben des ZfA bestand in der einheitliche Regelung der Versorgung Körperbehinderter sowie deren Vermittlung in Arbeit, um den Arbeitskräftemangel zu lindern und gleichzeitig ihre soziale Situation zu verbessern. Dieses Gesetz sollte alle Menschen mit körperlichen Behinderungen gleichermaßen berücksichtigen und damit den sozialpolitischen Prämissen der Alliierten nach Gleichbehandlung gerecht werden.

Das ZfA regte die BE [British Empire] Manpower Division in Lemgo an, die Sozialversicherungsdirektive Nr. 27 und die dazugehörige Sozialversicherungsanordnung²⁸ zu erlassen, die am 2. Mai 1947 in Kraft trat und die Leistungen für Kriegsbeschädigte verbesserte. Kriegsbeschädigte sollte nicht mehr alleine durch die Fürsorgestellen, sondern durch die Landesversicherungsanstalten nach den Bestimmungen der Unfallversicherung versorgt werden und damit Anspruch auf bessere Leistungen erhalten. Für die Erwerbsminderung wurde Kriegsbeschädigten eine Rente gewährt. Die Landesversicherungsanstalten sollten unter anderem die Heilanstaltspflege, Kuren, orthopädische Hilfsmittel und Blindenführhunde bereitstellen und damit als zivile Behörden Leistungen erbringen, die noch immer in der Hand von ehemaligen Wehrmachtssanitätsbehörden lagen. Dazu gehörte die Bildung besonderer orthopädischer Versorgungsstellen.²⁹ Auch die berufliche Rehabilitation, die Berufsfürsorge, war bis dahin noch fast ausschließlich Aufgabe der Wehrmachtärzte in den Lazaretten verblieben. Hier sollten die Arbeitsämter eingebunden werden, die Körperbehinderten in Arbeit zu vermitteln.

Zur rechtlichen Umsetzung der Kriegsbeschädigten- bzw. Körperbehindertenversorgung arbeitete ein Ausschuss, dem Vertreter des ZfA, der Hauptfürsorgestellen, des Reichsbundes der Körperbeschädigten, der Arbeitgebervereinigungen, der Industrie- und Handelskammer, der Handwerkskammern und der Public Health Division angehörten, daran, mit einer Verordnung das noch geltende Schwerbeschädigtengesetz³⁰ aus dem Jahr 1923 an die Bedingungen der Nachkriegszeit anzupassen. Die Anwendung des Gesetzes sollte dazu dienen, Arbeitgeber zur Beschäftigung Kriegsbeschädigter, vor allem Kriegsversehrter zu verpflichten. Eine Quote von 5 Prozent der Beschäftigten sollte festgelegt werden.³¹ Zur Verabschiedung einer entsprechenden Durchführungsverordnung, wie in der französischen Zone bzw. dem Land Württemberg-Hohenzollern, kam es jedoch vor Gründung der Bundesrepublik nicht mehr. Ein neues Schwerbeschädigtengesetz

wurde erst 1953 verabschiedet. Es betraf nicht nur Kriegsbeschädigte, sondern auch Menschen mit „gesundheitlichen Schädigungen durch nationalsozialistische Verfolgungs- und Unterdrückungsmaßnahmen aus politischen, rassischen oder religiösen Gründen“ sowie durch Arbeitsunfall oder Berufskrankheit Geschädigte.³²

Bundesrepublik: Ärzte als Experten der Integration Kriegsversehrter

Die gesonderte, privilegierte Versorgung Kriegsbeschädigter, vor allem Kriegsversehrter, wurde eines der ersten großen Gesetzesvorhaben der jungen Bundesrepublik. Neben ehemaligen Berufsoffizieren und Spätheimkehrern bildeten die Kriegsversehrten eine weitere Gruppe von Veteranen, die mit Blick auf einen Interessensausgleich in der Bevölkerung, aber auch in Bezug auf eine baldige Wiederbewaffnung besonders versorgt werden sollten (Manning 2004, Biess 2006; Schwelling 2010). Im Bereich der Bundesbehörden gehörte die Erarbeitung und Umsetzung des Bundesversorgungsgesetzes in das Ressort des Bundesministeriums für Arbeit (BMA), das 1957 in Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung umbenannt wurde. Zu den Aufgaben gehörten nicht nur „arbeitsmedizinische und sozialärztliche Angelegenheiten, [...] Sozialversicherung und Kriegsoferversorgung“, sondern auch „grundsätzliche medizinische Aufgaben der Prävention, der Rehabilitation, des Krankenhauswesens und des Bäderwesens der Versorgungs-, Sozial- und Arbeitsmedizin“. Mit der Gründung des Bundesministeriums für Gesundheit 1961 wurden im Januar 1962 einige Aufgaben dorthin abgegeben (Oldenhage & Schildt 1998).

Das seit 1949 existierende Bundesministerium für Vertriebene, Flüchtlinge und Kriegsgeschädigte (Bvt) war für die Versorgung und Integration von Heimatvertriebenen, Kriegsgefangenen und von Kriegsgeschädigten, Menschen, die durch Bombenangriffe ihre Wohnung und ihre Hab und Gut verloren hatten, zuständig. Es erarbeitete unter anderem das Heimkehrergesetz und das Lastenausgleichsgesetz (Rüfner 2005: 704, 723–755). Sofern Menschen jedoch einen Gesundheitsschaden erlitten hatten, wurden sie nach dem Bundesversorgungsgesetz versorgt. Ein großer Teil der Ausarbeitung betraf wirtschaftliche Aspekte, da das Gesetz entsprechend große finanzielle Ressourcen für Renten, medizinische und orthopädische Versorgung und den Unterhalt der Behörden erforderte. Die Renten sollten möglichst gering gehalten werden. Selbst bei einer hundertprozentigen Minderung der Erwerbsfähigkeit deckte die Rente kaum die Lebenshaltungskosten.

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sollte zudem – so der Konsens unter Politikern, Ministerialbeamten, Ärzten und Betroffenen – über die Reintegration in Arbeit erfolgen. In einer Werbeschrift des Arbeitsamtes

Bonn, das Kriegsversehrte in verschiedenen Handwerks- und Industrierberufen zeigt, wurde mit dem Slogan „Die Tür zum Beruf ist das Tor ins Leben“ geworben.³³ Die Mitglieder des Bundestagsausschusses für Kriegsopferfragen, unter ihnen Helmut Bazille, richteten an die Bundesregierung eine Anfrage zur Einstellung von zehn Prozent Schwerbeschädigten in Bundesbehörden, wie sie bereits am 4. November 1949 der Bundestag beschlossen hatte.³⁴ Ebenso wurde die Unterbringung von Schwerbeschädigten in medizinischen Berufen, beispielsweise als Krankpfleger, für sinnvoll befunden, galt es doch nahezu 970.000 Schwerbeschädigte, davon 756.000 Kriegsbeschädigte, in Arbeit zu vermitteln.³⁵ Die damit verbundene medizinische Beratung, die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, von Kuren, die Begutachtung der Betroffenen, die Festsetzung von Schädigungsfolgen und Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) sollte durch Ärzte in Versorgungsämtern erfolgen.

Mit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes wurde zunächst als Überbrückungsmaßnahme das Gesetz zur Verbesserung von Leistungen an Kriegsopfer erlassen.³⁶ Die Beratung des Bundesversorgungsgesetzes im Herbst ging im Deutschen Bundestag erstaunlich schnell vonstatten. Das Gesetz wurde innerhalb weniger Wochen nach dem Referentenentwurf verabschiedet (Diehl 1993: 116–140). Den mündlichen Bericht des zuständigen Bundestagsausschusses für Kriegsopfer- und Kriegsgefangenenfragen trug der SPD-Abgeordnete Kurt Pohle, Schwerkriegsbeschädigter des Ersten Weltkriegs, vor. Er legte offen, was politisch in dieser Zeit als absolut opportun galt: Der Ausschuss, so Pohle, setze sich in der überwiegenden Zahl aus „Kriegsopfern und -hinterbliebenen“ zusammen. „Der Beinamputierte des ersten [sic] wie der des zweiten Weltkrieges [seien] mitempfindend [...] bei ihren 151.729 Leidensgefährten“ gewesen. „Wir haben im Ausschuss den hirnerkrankten Kameraden wie den Teilnehmer des Zweiten Weltkriegs, dessen Gesicht im brennenden Panzer von sengenden Flammen erfaßt wurde“, so Pohle, sich auf den Abgeordneten Helmut Bazille beziehend. Pohle berichtete nicht nur von verschiedenen Kriegsverletzungen, sondern verwies auch auf den Proporz unterschiedlicher militärischer Ränge vom Offizier über den Obergefreiten bis zum Schützen.³⁷ Worüber Pohle sprach, war für viele Abgeordnete Teil ihrer Lebenserfahrung im Krieg: in der ersten Wahlperiode (1949–1953) waren 81 von 410 Abgeordneten Soldaten gewesen, in der zweiten Wahlperiode (1953–1957) 154 von 487 Abgeordneten.³⁸

Das Bundesversorgungsgesetz trug die Bezeichnung „Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges“, obwohl es nur um die Versorgung Kriegsbeschädigter und deren Hinterbliebener ging. Es trat mit Wirkung vom 1. Oktober 1950 in Kraft und galt für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin sowie die unter belgischer und niederländischer Verwaltung stehenden Gebiete, nicht jedoch für die Sowjetzone, Ost-Berlin, die ehemaligen deutschen Ostgebiete sowie das Saargebiet und ließ Ansprüche von Versorgungsberechtigten beider Weltkriege zu. Ansprüche mussten bis

zum 21. Juni 1951 gestellt worden sein. Der Aufwand des Bundes belief sich 1950 auf 2,34 Milliarden Mark, im Jahr 1951 auf 3,169 Milliarden Mark.

Aufgrund des Behördenerrichtungsgesetzes³⁹ wurden 1951 die Versorgungsämter gegründet. Die Landesversorgungsämter waren als Landesbehörden Mittelinstanzen der Versorgungsbehörden. Ihnen waren auch die Versorgungskrankenhäuser, Versorgungskuranstalten, Beschaffungsstellen für Heil- und Hilfsmittel und die Orthopädischen Versorgungsstellen zugeordnet.

Um die medizinischen und prothetischen Leistungen zwischen den Bundesländern abzugleichen und eine einheitliche Verordnungspraxis zu gewährleisten, gab es sowohl regelmäßige Sitzungen der Präsidenten der Landesversorgungsämter als auch Tagungen der Versorgungsärzte.⁴⁰ Koordiniert wurde die Arbeit der Versorgungsärzte durch die Unterabteilung I c 3 „Ärztliche Angelegenheiten der Abteilung Kriegsoferversorgung, Sozial- und Arbeitsmedizin“. Innerhalb der Versorgungsämter existierte ein eigener Ärztlicher Dienst, der nicht dem für die Verwaltung des jeweiligen Versorgungsamtes zuständigen Direktor, sondern über die Landesversorgungsämter dem Ministerium unterstellt war.⁴¹ Über die Berufsbiografien von Versorgungsärzten einzelner Bundesländer ist bisher wenig bekannt. Es ist anzunehmen, dass die Versorgungsärzte bis in die 1970er Jahre ausschließlich Männer waren. Als Auswahlkriterium galt nach dem Errichtungsgesetz, dass sie „besonders geeignet“ sein sollten.⁴² Für Versorgungsärzte bedeutete dies vor allem, chirurgische, orthopädische oder internistische Ausbildung im Sanitätsdienst der Wehrmacht sowie gutachterliche Erfahrung. Orthopädische Versorgungsstellen sollten durch Fachärzte für Orthopädie geleitet werden. In die Verwaltung sollten Beamte und Angestellte übernommen werden, die auch bisher in der Kriegsoferversorgung tätig waren, wodurch viele kriegsversehrte Wehrmachtangehörige Mitarbeiter der neuen Behörden wurden.⁴³

Dem Gesetzgeber war von Anfang an klar, dass es sich beim Bundesversorgungsgesetz um konkurrierende Gesetzgebung zwischen Bund und Ländern handelte: Gesetz und Verwaltungsvorschriften wurden vom Bund erlassen, die Ausführung übertrug man den Ländern. Als oberste Bundesbehörde fungierte das Bundesarbeitsministerium. Abteilungsleiter des Generalreferats für die Regelung der Leistungen an Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene sowie der Organisation der Kriegsoferversorgung wurde der promovierte Jurist Waldemar Schönleiter (1903–1978). Schönleiter hatte als Freiwilliger Anfang der 1920er Jahre bei der Marine gedient, Jura studiert und war über eine Abordnung des Hauptversorgungsamtes Frankfurt am Main zum Reichsversorgungsgericht und von dort 1942 ins RAM gekommen. Politisch hatte sich Schönleiter vor 1945 nicht engagiert und galt so in der Nachkriegszeit als unbelastet.⁴⁴ 1945 arbeitete er beim Versorgungsamt Verden und wurde von Scheuble 1947 in das ZfA nach Lemgo

geholt. 1950 wechselte er als Leiter der Kriegspopferversorgungsabteilung nach Bonn. Die Unterabteilung für Ärztliche Angelegenheiten wurde von Michael Josef Bauer (1886–1959) geführt. Schönleiter, als leitender Ministerialbeamter für die Erarbeitung des Bundesversorgungsgesetzes zuständig, verfasste mit Bauer zusammen den ersten Kommentar zum Gesetz (Schönleiter 1953).⁴⁵

Bauer hatte seit 1905 in Würzburg klassische Philologie und Medizin studiert, wurde 1910 bzw. 1915 in beiden Disziplinen promoviert und war Hygieniker und Gewerbearzt. In den 1920er Jahren kam er ins Reichsarbeitsministerium und unterhielt seit den 1930er Jahren gute Beziehungen zu medizinischen Fachgesellschaften, so seit 1934 als Redaktionsmitglied der *Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung*. 1953 wurde er Präsident der deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin, ein sichtbares Zeichen für die enge Verbindung zwischen staatlicher Kriegsbeschädigtenversorgung und der Fachgesellschaft. 1962 wählte die Gesellschaft auch seinen Nachfolger im Ministerium, Ministerialrat Clemens Dierkes (*1908), in diese Funktion (Probst 1997: 61).

Sowohl unter Bauer als auch unter Dierkes kamen Ärzte in das BAM, die in der Versorgungsmedizin forschten, einschlägig publizierten und durch ihr Engagement in verschiedenen Fachgesellschaften enge Verbindung zu mit der Versorgungsmedizin befassten Ärzten hielten. Fritz Paetzold, ursprünglich eher internistisch ausgerichtet, sprach regelmäßig auf den Jahreskongressen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie, tauschte sich mit Orthopäden wie Franz Schede über die Rehabilitation Amputierter aus. Der Orthopäde Franz Schede wiederum berichtete Paetzold ausführlich über die Besichtigung englischer Rehabilitation Centres 1947.⁴⁶

Siegfried Meyeringh, der einschlägig zu Amputation und internistischen Problemen publiziert und gegutachtet hatte, kam aus Kiel nach Bonn. Er hatte sich vor allem in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung über den Zusammenhang von Amputation und Bluthochdruck als Schädigungsfolgen profiliert. Aus Bayern wechselte Ernst Goetz (*1918), der schon früh zur Statistik der Kriegsbeschädigten publiziert hatte, in die Unterabteilung.

Die Abteilung I c 3 publizierte ab 1952 regelmäßig die Anhaltspunkte für die Ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen.⁴⁷ Außerdem wurde die Schriftenreihe *Arbeit und Gesundheit* des Reichsarbeitsministeriums in neuer Folge fortgesetzt. Auch Ärzte, die sich während des Nationalsozialismus sehr in der Rassenhygiene engagiert hatten, wie etwa der Psychiater Alfred Dubitscher (1905–1978), nun als leitender Arzt im Landesversorgungsamt Nordrhein tätig, publizierten hier (Dubitscher 1957). Ebenso erschien hier die Vergleichsstudie zur psychosozialen Lage von Hirnverletzten und Amputierten des Göttinger Psychiaters und Neurologen Eckard Sperling (1925–2007) (Sperling 1967).

Die Erfordernisse der orthopädischen Versorgung wurden schon bald weiter ausgelegt als nur auf Prothetik, Gehschulkurse und Badekuren. Ist in

der ersten Fassung der Orthopädieverordnung zum BVG von 1950 die Ausstattung noch auf „Körperersatzstücke“, Blindenabzeichen, Hilfsmittel wie „Eß-, Schreib- und Rasiergeräte“, Stumpfstrümpfe, Krankenfahrstühle und Selbstfahrer beschränkt,⁴⁸ wurde schon 1953 das Thema der Mobilität aufgegriffen. Es konnte ein Zuschuss für ein Fahrrad oder ein motorisiertes Fahrzeug, ein Auto, gewährt werden, wenn „eine den beruflichen oder persönlichen Bedürfnissen des Beschädigten entsprechende Fortbewegungsmöglichkeit erzielt werden kann.“⁴⁹ Der Besitz eines privaten PKW entwickelt sich in den 1950er Jahren mehr und mehr zum Statussymbol. Seit 1956 wurden 500 DM und mehr alle drei Jahre für beruflich genutzte bzw. alle fünf Jahre für nichtberuflich genutzte PKWs gezahlt. Wie Einzelfallakten zeigen, nutzten die Betroffenen, vor allem Amputierte, das Angebot und erwarben regelmäßig Neuwagen der oberen Mittelklasse. Schritt für Schritt wurde die Gewährung von Zuschüssen von der Notwendigkeit für die Erwerbsarbeit abgekoppelt. So erhielten selbst blinde Ohnhänder, die nicht erwerbstätig waren, einen PKW und später auch Farbfernseher, um sie sichtbar an den Errungenschaften des Wirtschaftswunders teilhaben zu lassen.

Flankiert wurden die wirtschaftlichen Integrationsmaßnahmen in den 1950er Jahren durch den Neubau von Wohnraum, sowohl Wohnungen als auch Reihen- und Einfamilienhäuser mit behindertengerechter Ausstattung. In Ausstellungen wie *Der Behinderte daheim – Wohnwelt und Lebenshilfen* wurden Hilfsmittel für den Alltag vorgestellt, die einen großen Interessentenkreis erreichten und auch von Nichtbehinderten genutzt wurden, wie die „Einhebelmischbatterie als Zuflußarmatur am Waschbecken“.

„In der Bundesrepublik verfügen Fachärzte insbesondere über gute Erfahrungen und Behandlungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Prothetik“ stellte die Autorin eines Artikels in der Zeitschrift *Die Rehabilitation* 1962 fest. Auch gäbe es „ein reichhaltiges Angebot an Fahrzeugen für die verschiedenen Zwecke“. Da die Integration behinderter Menschen jedoch stark auf die Bedürfnisse Kriegsversehrter als männliche Ernährer einer Familie zugeschnitten war, fehlte es an „Hilfsmittel[n] für den häuslichen Alltag, für die Körperpflege, das Ankleiden, die Zubereitung und Aufnahme von Nahrung, Reinigung und Instandhaltung der Wohnung“.⁵⁰

Fazit

Ärzte, besonders Orthopäden und Unfallchirurgen, fühlten sich seit dem Ersten Weltkrieg für die Rehabilitation und Reintegration von Kriegsbeschädigten zuständig. Verstärkt wurde diese Fokussierung innerhalb der Fachgebiete der Medizin dadurch, dass aus der Gruppe der Kriegsbeschädigten vor allem gliedmaßenamputierte Veteranen wahrgenommen

wurden. Auch die soziale Versorgung sowie die Anerkennung und Entschädigung der Körperschäden wurden in erster Linie als medizinisches, und nur nachrangig als juristisches oder verwaltungstechnisches Problem gesehen, dessen Lösung Versorgungsärzten als Experten übertragen wurde. Im Deutschen Kaiserreich war die Berentung und Entschädigung von Veteranen Aufgabe des kaiserlichen Heeres. In der Weimarer Republik, in der diese Militärärzte aus sanitätsdienstlichen militärischen Zusammenhängen in die zivile Kriegsbeschädigtenversorgung wechselten, setzte ein Professionalisierungsprozess ein. Oberste Reichsbehörde wurde das Reichsarbeitsministerium mit einer Versorgungsabteilung und einer Ärztlichen Abteilung. In diese wurden nicht nur bisher mit der Problematik befasste Militärärzte, sondern auch die Eliten der Wehrmedizin der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen übernommen. So wurde die nach außen hin als unter zivilen Vorzeichen umzusetzende Kriegsbeschädigtenversorgung von staatlicher Seite nach wie vor von Sanitätsoffizieren geprägt. Ziel war die Integration durch Arbeit.

Mit der Entstehung der neuen Wehrmacht 1935 wurde wieder eine privilegierte Versorgung von kriegsbeschädigten Veteranen in militärischen Versorgungsamtern etabliert. Mit der Bezeichnung „Kriegsversehrter“ wurde die Unterscheidung zwischen Kriegsbeschädigten des Ersten Weltkriegs sowie Zivilbeschädigten des Zweiten Weltkriegs begrifflich sichtbar gemacht. Psychisch Kranken und hirnerkrankten Kriegsbeschädigten wurde in großer Zahl der Status als Versorgungsberechtigter aberkannt. Viele wurden sozial ausgegrenzt oder fielen den nationalsozialistischen Krankenkürern zum Opfer.

In der Nachkriegszeit wurden Kriegsbeschädigte, vor allem Kriegsversehrte, positiv wahrgenommen. Sie galten nicht als behindert und damit zweitklassig, sondern erfuhren als Wehrmachtsveteranen in der Nachkriegsgesellschaft Solidarität und Mitgefühl. Ärzte nahmen in der Arbeitsverwaltung der Nachkriegszeit starken Einfluss auf die Gesetzgebung, insbesondere auf die Entstehung und die Inhalte des Bundesversorgungsgesetzes. Sie sahen sich als ärztliche Experten für die Integration von behinderten und kranken Veteranen. Die nach Inkrafttreten des Bundesversorgungsgesetzes am 1. Oktober 1950 neu errichteten Versorgungsämter waren die größten bis dahin geschaffenen Verwaltungsbehörden in Deutschland. Hier wurden auch auf mittlerer und unterer Ebene zahlreiche Ärzte eingestellt, die zuvor als Sanitätsoffiziere der Wehrmacht gedient hatten, eine willkommene Beschäftigungsmöglichkeit für ehemalige Militärärzte. Zu untersuchen wäre, ob Ende der 1950er und in den 1960er Jahren, als die drängendsten Probleme der medizinischen und prothetischen Versorgung der Kriegsversehrten gelöst waren und begonnen wurde, die Versorgungsämter bereits wieder zu verkleinern, diese Versorgungsärzte im Sanitätsdienst der Bundeswehr Verwendung fanden. Verwaltungsstellen wurden mit ehemaligen Mitarbeitern der Wehrmachtfürsorge- und -versorgungsstellen besetzt sowie mit

kriegsversehrten gelernten Verwaltungsangestellten, denen aufgrund der eigenen Lebenserfahrung eine besondere Qualifikation zugeschrieben wurde. Gleichzeitig sollten die Versorgungsämter der Arbeitsvermittlung Kriegsversehrter dienen und konnten so Betroffene in eine passende Arbeit vermitteln, ohne dem Arbeitsmarkt qualifizierte Arbeitskräfte zu entziehen.

Zielgruppe der Integrationsbemühungen waren in erster Linie kriegsversehrte Männer, da sie sich aufgrund ihres Alters und ihrer Ausbildung am besten zur Reintegration in den Arbeitsmarkt eigneten. Diese basierte in erster Linie auf medizinischer Behandlung, Prothetik, Sport, Unterstützung der familiären Strukturen und Arbeitsvermittlung, nicht auf Bildungserwerb. Kriegsversehrte blieben deshalb in der Regel in ihren angestammten, nicht akademischen Berufen, denn weitreichende berufspädagogische Maßnahmen gehörten nicht in das Spektrum der von Ärzten vorgeschlagenen Maßnahmen. Der Erwerb von Handfertigkeiten, die für das selbständige tägliche Leben und die Ausübung des Handwerksberufs notwendig waren, standen, wie bereits bei Konrad Biesalski in den 1920er Jahren, im Vordergrund (Osten 2004: 296–308). Volkswirtschaftlich gesehen, war der Arbeitskräftemangel im Handwerk und bei ungelernter Tätigkeit am größten, so dass ein akademisches Studium nicht sinnvoll erschien.

Obwohl die Alliierten, vor allem die Amerikaner großen Wert auf Reeducation legten (Schleiermacher 2001, 2007) und die amerikanischen Veteranen in einer großangelegten Bildungskampagne Zugang zu den amerikanischen Hochschulen und Universitäten erhielten, kamen bundesdeutsche Kriegsversehrte und Veteranen daher nicht in den Genuss von Programmen, die ihnen ein Hochschulstudium erschloss. Die Bildungsreform der 1960er Jahre kam für die Kriegsversehrten zu spät.

Danksagung

Den anonymen Gutachterinnen und Gutachtern sowie Sigrid Stöckel danke ich für ihre wertvollen Hinweise und die konstruktive Kritik.

Anmerkungen

- 1 Die Ausstellung wurde von Historikern des Hamburger Instituts für Sozialforschung konzipiert und innerhalb von vier Jahren in 34 Städten Deutschlands und Österreichs gezeigt. Es erschien dazu der Ausstellungskatalog: Hamburger Institut für Sozialforschung, Hg., 1996. Vernichtungskrieg. Verbrechen der Wehrmacht 1941 bis 1944, Hamburg: Hamburger Edition.
- 2 Gesetz zur Änderung des Bundesversorgungsgesetzes vom 14. Januar 1998, BGBl. I, 66; Unterrichtung durch die Bundesregierung. Bericht über die Durchführung des § 1a des Bundesversorgungsgesetzes, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/473 vom 1. März 1999.

- 3 Birte Kundrus, Privatisierung von Geschichte. Probleme einer differenzierten Ausarbeitung. Rezension. In: *querelles-net*, Nr. 2, November 2000) <<http://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/26/26>>, 19. Juni 2015. doi:10.14766/26.
- 4 Gesetz über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsopferversorgung vom 12. März 1951, BGBl. I, 169.
- 5 Fürsorge- und Versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihrer Hinterbliebenen vom 26. August 1938 (WFVG), RGBl. I, 1077.
- 6 Gesetz über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz, BVG) vom 20. Dezember 1950, BGl. I, 791.
- 7 Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen (Reichsversorgungsgesetz, RVG) vom 12. Mai 1920, RGBl. I, 989, § 1.
- 8 Gesetz über die Pensionierung der Offiziere, einschließlich der Sanitätsoffiziere, des Reichsheeres, der Kaiserlichen Marine und der Kaiserlichen Schutztruppen vom 31. Mai 1906.
- 9 Vgl. Max Adam; Theodor von Olshausen, 1918. *Handbuch zum Militärhinterbliebenengesetz vom 17. Mai 1907*.
- 10 Gesetz über den Ersatz der durch den Krieg verursachten Personenschäden (Kriegspersonenschädengesetz) vom 15. Juli 1922 (RGBl. I, 620). Es galt mit Wirkung vom 1. April 1920.
- 11 Verordnung betreffend den Übergang des Militärpensions- und -versorgungswesens auf das Reichsarbeitsministerium vom 5. Oktober 1919, RGBl. I 1784.
- 12 Gesetz über die Versorgungsbehörden vom 15. Mai 1920, Verfahrensgesetz vom 10. Januar 1922.
- 13 Thomas, 1923. Die Entwicklung der orthopädischen Versorgung der Kriegsbeschädigten. In: *Archiv für Orthopädische und Unfallchirurgie*. Offizielles Organ der Forschungsgesellschaft für Ersatzglieder und Arbeitshilfen zu Berlin-Charlottenburg und der Technik für die Kriegsinvaliden in Wien 21, 1–27.
- 14 Vgl. auch Rostock (1951).
- 15 Zur Frage der Herausbildung von professioneller Expertise aus soziologischer Sicht vgl. Julia Evetts, Harald A. Mieg, Ulrike Felt, Professionalization, Scientific Expertise, and Elitism: A Sociological Perspective. In: Karl Anders Ericsson et al., Hg., 2006. *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*, Cambridge: University Press, 105–123, insbesondere 108.
- 16 A. W. Fischer, 1939, Eröffnungs-Ansprache des Vorsitzenden, in: *Verhandlungen auf der XIII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin* am 7. und 8. Juli 1939 in Kiel, Berlin: Julius Springer.
- 17 Walther Kühne, 1922. Über die Entstehung und die Ziele der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin. In: *Monatsschrift für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin* 29: 252; sowie Probst 1997: 23–25.
- 18 Kühne 1922: 23–25.
- 19 Gesetz über den Aufbau der Wehrmacht und die Wiederherstellung der Wehrhoheit vom 16. März 1935, RGBl. I, 375.
- 20 Führererlaß vom 11. Oktober 1943, RGBl. I, 569.
- 21 Drausnick, 1937. Der körperlich behinderte Schwerekriegsbeschädigte als Kraftfahrer, in: *Deutsche Kriegsopferversorgung* Monatsschrift der Frontsoldaten und Kriegshinterbliebenen der Nationalsozialistischen Kriegsopferversorgung 6, November, 39–42.
- 22 Drausnick, 1938. KfF.-Wagen für Körperbehinderte, in: *Deutsche Kriegsopferversorgung* 7, Dezember, 25–27.
- 23 Erlaß des Oberkommandos der Wehrmacht vom 26. September 1942. Vgl. Schönleiter 1953: VII.
- 24 Einsatzfürsorge und -versorgungsgesetz vom 6. Juli 1939, RGBl. I, 1218–1223.
- 25 Siegfried Handloser, Geleitwort, In: Heinemann-Grüder (1944).
- 26 Mikat nennt die Zahl von 1.541.287 Kriegsbeschädigten.
- 27 BArchK B 149/1748.
- 28 Sozialversicherungsanordnung Nr. 11 des Präsidenten des Zentralamtes für Arbeit in der britischen Zone vom 5. Juli 1947, in: *Arbeitsblatt für die britische Zone* 1947, Sonderdruck, S. 3–8.

- 29 Schreiben von Julius Scheuble an W. E. James, BE Manpower Division, Lemgo, vom 17. Dezember 1947, in: BArchK B149/1726.
- 30 Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 12. Januar 1923, RGBl. I, 57 sowie Ausführungsverordnung vom 13. Februar 1924, RGBl. I, 73.
- 31 Entwurf zum Gesetz zur Änderung und Anpassung des Gesetzes über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 12. Januar 1923, in: B 149/1726.
- 32 Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 16. Juni 1953, BGBl. I, 389–402.
- 33 Werbeschrift des Arbeitsamtes Bonn anlässlich der Werbeveranstaltung für die Arbeitsvermittlung Schwerbeschädigter am 10. März 1950. BArchK B149/1726.
- 34 Interpellation der Abgeordneten Leddin, Bazille, Diel, Geritzmann, Frau Dr. Hubert, Frau Schanzenbach, Pohle und Fraktion der SPD, betr. Einstellung von Schwerbeschädigten, Deutscher Bundestag, Drucksache 1/862 vom 26.4.1950.
- 35 Zahlenmaterial für die Besprechung zu einem Bundesgesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter im Bundesarbeitsministerium am 19.5.1950, in: BArchK B 149/1726.
- 36 Gesetz zur Verbesserung der Leistungen an Kriegsofopfer vom 27. März 1950. Das Gesetz trat rückwirkend zum 1. Januar 1950 in Kraft.
- 37 Protokoll über die 93. Sitzung des Deutschen Bundestages in Bonn am 19. Oktober 1950.
- 38 Biographisches Handbuch der Mitglieder des Deutschen Bundestages 1949–2002, 2002. Hg. von Rudolf Vierhaus und Ludolf Herbst, München: Saur.
- 39 Gesetz über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsofopferversorgung vom 12. März 1951, BGBl. I, 169.
- 40 Die Ergebnisse der Herbst- und Frühjahrstagungen der Versorgungsärzte wurden publiziert.
- 41 Verwaltungsvorschriften zur Durchführung des Gesetzes über die Errichtung der Verwaltungsbehörden der Kriegsofopferversorgung vom 12. März 1951 vom 10. August 1951, BA 155 vom 14. August 1951, BVBl. 1951, 349.
- 42 Errichtungsgesetz § 4.
- 43 Errichtungsgesetz § 6.
- 44 BArchB R3001/75158 und R 3901/109541. Personalakten Dr. Waldemar Schönleiter.
- 45 Kommentare zum Bundesversorgungsgesetz haben auch Horst Schieckel (*1896), Präsident des Bayerischen Landessozialgerichts, und Friedrich Aichberger (1908–1992) verfasst. Ein Handkommentar von Kurt Rohr und Horst Strässer erschien ab 1959. Sehr aufschlussreich ist die mehrbändige Publikation: Nuis/Vorberg 1957.
- 46 Schreiben von Fritz Paetzold an Franz Schede vom 4. Juni 1948, BArchK B149/1726.
- 47 Bundesminister für Arbeit, Hg., 1952–1973. Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachtertätigkeit im Versorgungswesen, Bonn: Köllen.
- 48 Verordnung zur Durchführung des § 13 des Gesetzes über die Versorgung der Opfer des Krieges (Bundesversorgungsgesetz vom 6. April 1951, BGBl. I, 236–237.
- 49 Verordnung über die Änderung der Verordnung zur Durchführung des § 13 des Bundesversorgungsgesetzes vom 18. August 1953, BGBl. I, 971–972.
- 50 Annemarie Wagner-Fischer, 1962. Der Behinderte daheim – Wohnwelt und Lebenshilfen, in: Die Rehabilitation, S. 32–34.

Literatur

- Altschuler, Glenn C. und Stuart M. Blumin, 2009. *The GI Bill: A New Deal for Veterans*. Oxford: Oxford University Press.
- Anderson, Julie, 2011. *War, disability and rehabilitation in Britain*. Manchester: Manchester University Press.
- Arendts, Carl, 1926. *Kommentar zum Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen (Reichsversorgungsgesetz)*. Berlin: Vahlen.
- Aubry, Ludwig 1955. Ärztliche Gedanken zur Rehabilitation. In: *Gesundheitsfürsorge. Zeitschrift für die gesundheitlichen Aufgaben im Rahmen der Familienfürsorge* 5, 83–85.

- Barnouw, Dagmar, 1997. *Ansichten von Deutschland 1945. Krieg und Gewalt in der zeitgenössischen Photographie*. Basel: Stroemfeld.
- Bessel, Richard, 2009. *Germany 1945. From War to Peace*. London: Simon Schuster.
- Bessel, Richard und Dirk Schumann, Hg., 2003. *Life after Death. Approaches to a cultural and social history of Europe during the 1940 s and 1950 s*. Cambridge: University Press.
- Biess, Frank, 2006. *Homecomings: Returning POWs and the Legacies of Defeat in Postwar Germany*. Princeton: Princeton University Press.
- Biess, Frank und Robert G. Moeller, Hg., 2009. *Histories of the Aftermath. The Legacies of the Second World War in Europe*. New York: Berghahn Books.
- Bühr, Simon, 2013. „Entkrüppelung der Krüppel“. Der Siemens-Schuckert-Arbeitsarm und die Kriegsinvalidenfürsorge in Deutschland während des Ersten Weltkriegs. In: *NTM*, 21, 107–141.
- Bösl, Elisabeth, 2009. *Politiken der Normalisierung. Zur Geschichte der Behindertenpolitik in der Bundesrepublik Deutschland*. Bielefeld: Transkript.
- Corker, Mairian und Sally French, Hg., 1999. Reclaiming discourse in disability studies. In: *Disability Discourse*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press 11–1.
- Corker, Mairian und Tom Shakespeare, 2002. Mapping the Terrain. In: Mairian Corker und Tom Shakespeare, Hg., *Disability/Postmodernity. Embodying disability theory*. London, New York: Continuum.
- Dansauer, Friedrich, 1931, Über Morphinismus bei Kriegsbeschädigten, *Arbeit und Gesundheit*, 18, Leipzig: Hobbing.
- Diehl, James M., 1993. *The Thanks of the Fatherland. German Veterans after the Second World War*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Dubitscher, Fred, 1957. Der Suizid. Unter besonderer Berücksichtigung versorgungszärtlicher Gesichtspunkte. *Arbeit und Gesundheit*, 61. Stuttgart: Thieme.
- Eckart, Wolfgang U. und Christoph Gradmann, Hg., 1996. *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Eckart, Wolfgang U., 2012. *Medizin in der NS-Diktatur. Ideologie, Folgen, Praxis*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau.
- Eckart, Wolfgang U., 2014. *Medizin und Krieg. Deutschland 1914–1924*, Paderborn: Schöningh.
- Engelhardt, Dietrich von, 2002. *Biographische Enzyklopädie deutschsprachiger Mediziner*. 2 Bände, München: K. G. Saur.
- Fischbach, Oskar Georg, 1939. *Fürsorge- und -versorgungsgesetz für die ehemaligen Angehörigen der Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen – Wehrmachtsfürsorge- und -versorgungsgesetz vom 26. August 1938 nebst Durchführung- und Ausführungsbestimmungen*. Berlin: de Gruyter.
- Fieseler, Beate, 2005. Arme Sieger. Die Invaliden des Großen Vaterländischen Krieges. In: *Osteuropa* 55, 207–217.
- Fieseler, Beate, 2006. The Bitter Legacy of the „Great Patriotic War“: Red Army Disabled Soldiers under Late Stalinism. In: Juliane Fuerst, Hg., *Late Stalinist Russia. Society between Reconstruction and Reinvention*. London: Routledge, 46–61.
- Forsbach, Ralf und Hans-Georg Hofer, 2015. *Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin in der NS-Zeit*. Wiesbaden: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin.
- Gerber, David A., 2000. Introduction: Finding Disabled Veterans in History. In: David A. Gerber, Hg., *Disabled Veterans in History*, Ann Arbor: University of Michigan Press, 1–51.
- Goltermann, Svenja, 2009. *Die Gesellschaft der Überlebenden. Deutsche Kriegsheimkehrer und ihre Gewalterfahrungen im Zweiten Weltkrieg*, München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Goetz, Ernst, 1955. Über Verwundungen und Krankheiten im Zweiten Weltkrieg. In: *Statistische Berichte des Landesversorgungsamtes Bayern*, 5, 3–10.
- Goetz, Ernst und Rudolf Harbeck, 1954. Über die Verteilung der anerkannten Leiden bei Kriegsbeschädigten, in: *Die Kriegsoferversorgung. Fachorgan für Versorgungsrecht, Versorgungspraxis und Versorgungsmedizin*, 3, 93–94.
- Harrison, Mark, 1996. The Medicalization of War – The Militarization of Medicine. *Social History of Medicine*, 267–276.
- Hayse, Michael R., 2003. *Recasting West German Elites. Higher Civil Servants, Business Leaders, and Physicians in Hesse between Nazism and Democracy, 1945–1955*, Oxford: Berghahn Books.
- Heinemann-Grüder, Curt, 1944. *Der Arzt in der Wehrmachtsversorgung. Ärztliche Angelegenheiten der Wehrmachtsfürsorge und -versorgung*. Dresden: Steinkopff.

- Hofer, Hans-Georg, 2011. *War, trauma and medicine in Germany and Central Europe (1914–1939)*, Freiburg: Centaurus-Verlag.
- Hubenstorf, Michael und Peter Th. Walther, 1994. Politische Bedingungen und allgemeine Veränderungen des Berliner Wissenschaftsbetriebes 1925–1950. In: Wolfram Fischer et al., *Exodus der Wissenschaften aus Berlin. Fragestellungen – Ergebnisse – Desiderate. Entwicklungen vor und nach 1933*, Berlin New York: de Gruyter.
- Hudemann, Rainer, 1988. *Sozialpolitik im deutschen Südwesten zwischen Tradition und Neuordnung 1945-1953. Sozialversicherung und Kriegsopferversorgung im Rahmen französischer Besatzungspolitik*. Mainz: Hase und Koehler (= Veröffentlichungen der Kommission des Landtages für die Geschichte des Landes Rheinland-Pfalz).
- Jochheim, Kurt-Alphons et al., 2001. Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv, Hg., *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 2, 1: 1945–1949. Die Zeit der Besatzungszonen. Sozialpolitik zwischen Kriegsende und der Gründung zweier deutscher Staaten*. Baden-Baden: Nomos, 559–585.
- Kienitz, Sabine, 2008. *Beschädigte Helden. Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914–1923*. Paderborn: Schöningh.
- Kinder, John M., 2015. *Paying with Their Bodies. American War and the Problem of The Disabled Veteran*. Chicago: University of Chicago Press.
- Krivosheev, Grigorij F., Hg., 1997. *Soviet Casualties and Combat Losses in the Twentieth Century*, London: Greenhill Books.
- Lamparter, Ulrich et al., Hg., 2013. *Zeitzeugen des Hamburger Feuersturms 1943 und ihre Familien. Forschungsprojekt zur Weitergabe von Kriegserfahrungen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Linker, Beth, 2011. *War's Waste. Rehabilitation in World War I America*. Chicago: University of Chicago Press.
- Löffelbein, Nils, 2013. *Ehrenbürger der Nation. Die Kriegsinvaliden des Ersten Weltkriegs in Politik und Propaganda des Nationalsozialismus*, Essen: Klartext.
- Löffelbein, Nils, 2014. Das Erbe der Front. Kriegsopferpolitik in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg. *Geschichte in Wissenschaft und Unterricht*, 65, 352–368.
- Maning, Bert-Oliver (2004): Die Politik der Ehre. Die Rehabilitierung der Berufssoldaten in der frühen Bundesrepublik. In: *Veröffentlichungen des Zeitgeschichtlichen Arbeitskreises Niedersachsen*. Göttingen: Wallstein.
- Martineck, Otto und Benno Kühne, 1932. *Einführung in die deutsche Sozialversicherung und Kriegsbeschädigtenversorgung. Ein Leitfaden für Ärzte, Studierende der Medizin und für den sozialmedizinischen Unterricht*. Berlin: Hobbing.
- Merritt, Ann J. und Richard Merritt, 1970. *Public Opinion in Occupied Germany. The OMGUS Surveys, 1945–1949*. Urbana: University of Illinois Press.
- Mikat, Berthold, 1951. Die Kriegsbeschädigten im Bundesgebiet, In: *Wirtschaft und Statistik*, 3, 50–54.
- Naumann, Klaus, Hg., 2001. *Nachkrieg in Deutschland*. Hamburg: Hamburger Edition HIS Verlag.
- Neumann, Alexander, 2005. „Arztum ist immer Kämpfertum“. *Die Heeresanitätsinspektion und das Amt „Chef des Wehrmachtssanitätswesens“ im Zweiten Weltkrieg (1939–1945)*, Düsseldorf: Droste.
- Neumann, Vera, 1999. *Nicht der Rede wert. Die Privatisierung der Kriegsfolgen in der frühen Bundesrepublik. Lebensgeschichtliche Erinnerungen*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Neumann, Vera, 2001. Kampf um Anerkennung. Die westdeutsche Kriegsfolgengesellschaft im Spiegel der Versorgungsämter. In: Klaus Naumann, Hg., *Nachkrieg in Deutschland*. Hamburg: Hamburger Edition HIS Verlag, 364–383.
- Neuner, Stephanie, 2011. *Politik und Psychiatrie. Die staatliche Versorgung psychisch Kriegsbeschädigter in Deutschland 1920–1939*, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Niethard, Fritz, 2001. 100 Jahre Deutsche Orthopädische Gesellschaften: Von der DGOC über die DOG und DGOT zur DGOOC, *Zeitschrift für Orthopädie*, 139, 181–182.
- Niethard, Fritz, 2010a. Grusswort der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. In: *60 Jahre Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie nach der Wiedergründung. Meilensteine auf dem Weg von der Unfallheilkunde zur Orthopädie und Unfallchirurgie*, Berlin: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, 10–12.

- Nuis, Hanns van und Robert Vorberg, 1957. *Das Recht der Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen*. Teil I, Schriftenreihe für Unterricht und Praxis in der Kriegsopferversorgung. Herford: Verlag für das Versorgungswesen Amberger & Maschmeyer.
- Oldenhage, Kerstin und Axel Schildt, 1998. *Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Findbücher*. Band 62, Koblenz, Bestandsbeschreibung.
- Osten, Philipp, 2004. *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905–1933*. Frankfurt: Mabuse.
- Osten, Philipp, 2011. Zur Geschichte des Umgangs mit schwer und mehrfach behinderten Menschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: Andreas Fröhlich et al., Hg., *Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär*. Oberhausen: Athena-Verlag, 41–59.
- Ott, Katherine, David Serlin und Stephen Mihm, Hg., 2002. *Artificial Parts, Practical Lives. Modern Histories of Prosthetics*. New York: New York University Press.
- Perry, Heather R., 2002. Re-Arming the Disabled Veteran: Artificially Rebuilding State and Society in World War One Germany. In: Katherine Ott, David Serlin und Stephen Mihm, Hg., *Artificial Parts, Practical Lives. Modern Histories of Prosthetics*. New York: New York University Press.
- Perry, Heather R., 2014. *Recycling the disabled: Army, medicine, and modernity in WWI Germany*. Manchester: University Press.
- Probst, Jürgen, 1997. Aus der Geschichte der Unfallchirurgie. In: Hans-Jörg Oestern und Jürgen Probst, Hg., *Unfallchirurgie in Deutschland. Bilanz und Perspektiven*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3–62.
- Prüll, Cay-Rüdiger, 2010. Die Bedeutung des Ersten Weltkriegs für die Medizin des Nationalsozialismus. In: Gerd Krumeich, Hg., *Nationalsozialismus und Erster Weltkrieg*. Essen: Klartext, 363–378.
- Prüll, Livia und Philipp Rauh, Hg., 2014. *Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln in der Zeit der Weltkriege 1914–1945*. Göttingen: Wallstein.
- Quinkert, Babette, Philipp Rauh und Ulrike Winkler, Hg., 2010. *Krieg und Psychiatrie 1914–1950*. Göttingen: Wallstein.
- Rauh, Philipp, 2010. Von Verdun nach Grafeneck. Die psychisch kranken Veteranen des Ersten Weltkriegs als Opfer der nationalsozialistischen Krankenmordaktion T4. In: Babette Quinkert, Philipp Rauh und Ulrike Winkler, *Krieg und Psychiatrie 1914–1950*. Göttingen: Wallstein, 54–74.
- Rindt, Manfred und Heinz Saffert, 1968. Vom Reichsministerium zum Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. *Recht der Arbeit*, 21, 361–367.
- Robra, Berndt-Peter, 2005. Einleitung. In: Udo Schagen, Sabine Schleiermacher, Hg., *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*. CD-ROM, Berlin: Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP).
- Rostock, Paul, 1951. *Ärztliche Begutachtung Kriegsversehrter*, München.
- Rudloff, Wilfried, 2002. Im Schatten des Wirtschaftswunders. Soziale Probleme, Randgruppen und Subkulturen. In: Thomas Schlemmer und Hans Woller, Hg., *Gesellschaft im Wandel. 1949 bis 1973*. München: Oldenbourg, 348–467.
- Rudloff, Wilfried, 2005. Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv, Hg., *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 3: 1949–1957. Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zu sozialpolitischen Normalität*, Baden-Baden: Nomos, 515–557.
- Rüfner, Wolfgang und Constantin Goschler, 2005. Ausgleich von Kriegs- und Diktaturfolgen, Soziales Entschädigungsrecht. In: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und Bundesarchiv, Hg., *Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Band 3: 1949–1957. Bundesrepublik Deutschland. Bewältigung der Kriegsfolgen, Rückkehr zu sozialpolitischen Normalität*. Nomos: Baden-Baden, 690–757.
- Schieckel, Horst und Friedrich Aichberger, 1951. *Bundesversorgungsgesetz mit Nebengesetzen und Tabellen*, München. Berlin: C. H. Beck.
- Schildt, Axel und Arnold Sywottek, Hg., 1993. *Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre*. Bonn: Dietz.
- Schildt, Axel, Detlef Siegfried und Karl Christian Lammers, Hg., 2000. *Dynamische Zeiten. Die 60er Jahre in den beiden deutschen Gesellschaften*. Hamburg: Christians.
- Schleiermacher, Sabine, 2001. Die universitäre Medizin nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Sigrid Oehler-Klein und Volker Roelcke, Hg., *Vergangenheitspolitik in der universitären Medizin*

- nach 1945. *Institutionelle und individuelle Strategien im Umgang mit dem Nationalsozialismus*. Stuttgart: Steiner, 21–42.
- Schleiermacher, Sabine, 2007. „Erziehung zur Demokratie“. *Leitidee der Alliierten zur Erneuerung der Universitätsmedizin und des Gesundheitswesens in Ost- und Westdeutschland nach 1945*, Habil.-Schrift. Hannover: Medizinische Hochschule.
- Schmiedebach, Heinz-Peter und Ruth Kloocke, 2010. Psychische Ereignisse – organische Interpretationen: Traumakonzepte in der deutschen Psychiatrie seit 1889. In: *Gesnerus*, 67, 73–97.
- Schmuhl, Hans-Walter, 2003. *Arbeitsmarktpolitik und Arbeitsverwaltung in Deutschland 1871–2002*. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit.
- Schönleiter, Waldemar, 1953. *Bundesversorgungsgesetz. Kommentar*. Unter Mitarbeit von Michael Bauer und Hermann Dettbarn. Stuttgart, Köln: Kohlhammer.
- Schwarzmann-Schafhauser, Doris, 2004. *Orthopädie im Wandel. Die Herausbildung von Disziplin und Berufsstand in Bund und Kaiserreich 1815–1914*. Stuttgart: Steiner.
- Schwelling, Birgit, 2010. *Heimkehr-Erinnerung-Integration. Der Verband der Heimkehrer, die ehemaligen Kriegsgefangenen und die westdeutsche Nachkriegsgesellschaft*. Paderborn: Schöningh.
- Sperling, Eckard, 1967. Die psychosoziale Lage von Hirnverletzten. Vergleichende sozialpsychiatrische Untersuchungen bei Hirn- und sonstigen Körperverletzten. *Arbeit und Gesundheit*, 78. Stuttgart: Thieme.
- Stöckel, Sigrid, 2005. Sozialmedizin im Spiegel ihrer Zeitschriftendiskurse. Von der Monatsschrift für soziale Medizin bis zum Öffentlichen Gesundheitsdienst. In: Udo Schagen und Sabine Schleiermacher, Hg., *100 Jahre Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland*, CD-ROM. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSM).
 Stöckel, Sigrid, 2009. Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung der Wissenschaft. In: Sigrid Stöckel, Wiebke Lisner und Gerlind Rüwe, Hg., *Das Medium Wissenschaftszeitschrift seit dem 19. Jahrhundert. Verwissenschaftlichung der Gesellschaft – Vergesellschaftung von Wissenschaft*. Stuttgart: Steiner, 9-23.
- Thomann, Klaus-Dieter, 1992. Der „Krüppel“. Entstehen und Verschwinden eines Kampfbegriffs. *Medizinhistorisches Journal*, 27, 221–271.
- Thomann, Klaus-Dieter, 1994. „Es gibt kein Krüppeltum, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden!“ Konrad Biesalski und die Kriegsbeschädigtenfürsorge 1914–1918. *Medizinisch-orthopädische Technik*, 114, 114–121.
- Thomann, Klaus-Dieter, 1994a. „Krüppel sind nicht minderwertig“. Körperbehinderte im Nationalsozialismus. In: Christoph Meinel und Peter Voswinckel, Hg., *Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Kontinuitäten und Diskontinuitäten*. Stuttgart: Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik, 208–220.
- Thomann, Klaus-Dieter, 1996. Die medizinische und soziale Fürsorge für die Kriegsversehrten in der ersten Phase des Krieges 1914/15. In: Wolfgang U. Eckart und Christoph Gradmann, Hg., *Die Medizin und der Erste Weltkrieg*. Pfaffenweiler: Centaurus, 183–196.
- Thomann, Klaus-Dieter, 2002. Konrad Biesalski und die Anfänge der Rehabilitation der Kriegsbeschädigten im 1. Weltkrieg, in: *Orthopädie Mitteilungen*, 2, 96–100.
- Waldschmidt, Anne, 2010. Warum und wozu brauchen die Disability Studies die Disability History? Programmatische Überlegungen. In: Elsbeth Bösl, Anne Klein und Anne Waldschmidt, Hg., *Disability History. Konstruktionen von Behinderung in der Geschichte. Eine Einführung*, Bielefeld: Transkript.
- Wedemeyer-Kolwe, Bernd, 2011. *Vom „Versehrtenturnen“ zum Deutschen Behindertensportverband (DBS). Eine Geschichte des deutschen Behindertensports*, Hildesheim: Arete.
- Welti, Felix, 2005. Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Whalen, Robert Weldon, 1984. *Bitter Wounds. German Victims of the Great War*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wolters, Christine, 2014. Die Rolle des Sports in der Integration Kriegsversehrter nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Christine Wolters und Christian Becker, Hg., *Rehabilitation und Prävention in Sport- und Medizingeschichte*. Münster: Lit-Verlag: 149–168.
- Wolters Christine, 2014a. Kriegsversehrte nach 1945. In: Marion Maria Ruisinger, Hg., *Die Hand des Hutmachers. Medizin unter der Lupe*, Band 4, Ingolstadt: Kataloge des Deutschen Medizinhistorischen Museums, 8–13.

Wuttke, Max Josef und Max Wenzel, 1942. *Handwörterbuch der Reichsversorgung mit Einbeziehung der Wehrmachtsfürsorge und -versorgungsgesetze*, Stuttgart: Kohlhammer.

Christine Wolters
Institut für Geschichte,
Ethik und Philosophie der Medizin
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1
30625 Hannover
Germany
E-Mail: wolters.christine@mh-hannover.de