

1. BarriereSprung – warum und wohin?

Vor zehn Jahren trat die UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft. Ihr Ziel ist eine Gesellschaft ohne Barrieren, in der Menschen mit Behinderung gleichberechtigt und ohne Diskriminierung an der Gemeinschaft teilhaben können. Lange Zeit wurde „Behinderung“ vor allem als medizinisches „Problem“ des Einzelnen wahrgenommen: Beeinträchtigungen des Körpers, der Sinne, der Seele oder der kognitiven Entwicklung sollten behandelt, kompensiert oder kaschiert werden. Dieser Blick hat sich gewandelt: Seit einigen Jahrzehnten tritt der soziale Aspekt von Behinderung in den Vordergrund. In vielen Situationen sind es gesellschaftliche, politische, juristische, bauliche oder mentale Barrieren, die einen Menschen behindern. Im Interesse einer inklusiven Gesellschaft sollen künftig die Bedürfnisse von Menschen mit Beeinträchtigungen stärker berücksichtigt und bestehende Hürden abgebaut werden. Die Ausstellung „BarriereSprung“ möchte hierzu einen Beitrag leisten, indem sie versucht, das Bewusstsein für historische und gegenwärtige Debatten zu schärfen und Vorurteilen entgegenzuwirken. Für den BarriereSprung sind keine körperlichen Höchstleistungen gefragt. Er findet in Gedanken statt.

2. Normalität behindert

2.1 Zahlen, Fakten – und Menschen

Norbert, Leah und Anke – was haben diese drei gemeinsam? Auf den ersten Blick nicht viel. Doch wenn in Zeitungsartikeln, politischen Reden und Statistiken von „Menschen mit Behinderung“ die Rede ist, sind auch sie gemeint. Alle drei besitzen einen Schwerbehindertenausweis. Der Schwerbehindertenausweis ist Voraussetzung für steuerliche Vergünstigungen und vielfältige Erleichterungen im Alltag. Statistiken und Normen sind in diesem Fall notwendig, um den Bedarf zu ermitteln und Sozialleistungen zu verteilen. Das Denken in Statistiken, Normen und Durchschnittswerten kann aber auch ausgrenzen, stigmatisieren und diskriminieren. Es kann den Blick auf das Wesentliche verstellen und Unterschiede verwischen.

2.1.1 Wie viele Finger hat der durchschnittliche Deutsche?

Es gilt als normal, zehn Finger zu haben. Die meisten Deutschen haben dies auch, der Durchschnittswert liegt jedoch darunter. Wer weniger als zehn Finger hat, erfüllt zwar nicht die körperliche Norm, liegt aber womöglich im Durchschnitt – und wäre damit statistisch gesehen normal.

2.1.2 Wir sind in der Minderheit!

Jede und jeder von uns ist Teil einer Minderheit – ob unfreiwillig oder aus eigenem Entschluss. Doch nicht jede Minderheit wird gleich bewertet: Manche gelten als benachteiligt oder defizitär, andere gelten als normal oder sogar exklusiv. Manche Minderheiten sind sichtbarer und lauter, andere treten in den Hintergrund, werden stigmatisiert oder ignoriert. Da die Gesellschaft sich oft nach den Bedürfnissen und Meinungen der Mehrheit richtet, ist der Minderheitenschutz eine wichtige Errungenschaft.

2.1.3 Typisch behindert?

Woran denken Sie, wenn Sie die Bezeichnung „Mensch mit Behinderung“ lesen? An eine Person im Rollstuhl, mit Trisomie einundzwanzig oder an einen gehörlosen Menschen? Das

Spektrum der Beeinträchtigungen ist breit: Es umfasst Körper, Sinne, seelische Gesundheit und kognitive Fähigkeiten. Die wenigsten „Handicaps“ sind angeboren, die meisten werden im Lauf des Lebens erworben. So unterschiedlich die Arten der Behinderung sind, so unterschiedlich sind auch die Betroffenen, ihre Bedürfnisse und Standpunkte.

2.1.4 Barrieren, wohin man sieht

Jeder Mensch stößt in seinem Leben auf Barrieren. Doch wodurch wird eine Barriere zur „Behinderung“? Laut Sozialgesetzbuch gelten Menschen als behindert, wenn ihre körperliche, geistige oder seelische Gesundheit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Die Definition lässt Raum für Grauzonen – und sie ist keineswegs unumstritten. Alternative Begriffsklärungen nehmen soziale Barrieren stärker in den Blick.

2.1.5 Nur behindert – oder was?

In der alltäglichen Begegnung droht ein „Handicap“, insbesondere wenn es sichtbar ist, andere Eigenschaften und Fähigkeiten eines Menschen zu überstrahlen. Dabei ist die Beeinträchtigung nur *ein* Aspekt, der nicht alle Lebensbereiche beeinflussen muss. Dies kann durch sprachliche Nuancen betont werden: Die Formulierung „Mensch mit Behinderung“ folgt den Regeln der „People-first language“, die den Menschen buchstäblich an die erste Stelle setzt und seine Beeinträchtigung als nachrangig begreift.

2.1.6 Behinderung – eine Grad-Wanderung“

Die amtliche Maßeinheit der Behinderung heißt GdB – Grad der Behinderung. Wer einen GdB von mindestens fünfzig hat, gilt als schwerbehindert. Doch wie lassen sich Einschränkungen beziffern? Die Entscheidung darüber obliegt ärztlichen Gutachten und richtet sich nach gesetzlichen Vorgaben. Berücksichtigt wird vor allem, welche Auswirkungen die Beeinträchtigung auf das Leben des Betroffenen hat. Bisweilen werden die Einstufungen angefochten – etwa dann, wenn das subjektive Empfinden einer Beeinträchtigung dem medizinischen Befund widerspricht.

2.1.7 Wie behindert will man sein?

Nur wer einen Schwerbehindertenausweis besitzt, wird auch statistisch als schwerbehindert erfasst. Doch nicht alle Menschen, die einen Anspruch darauf hätten, beantragen den Ausweis. Manche wollen nicht als behindert gelten, da sie eine Stigmatisierung befürchten oder sich selbst gar nicht als „behindert“ empfinden. Dies betrifft vor allem Menschen mit unsichtbaren oder erworbenen Beeinträchtigungen. Da die Begriffe „Schwerbehinderung“ und „Schwerbehindertenausweis“ oft als negativ empfunden werden, stoßen sie immer wieder auf Kritik.

2.1.8 Nicht-behindert oder noch-nicht-behindert?

Behinderung ist ein Altersphänomen. Die wenigsten Beeinträchtigungen sind angeboren, die meisten sind das Resultat von Krankheiten im höheren Lebensalter. Der demographische Wandel stellt unsere Gesellschaft vor enorme Herausforderungen. Die Idee von Inklusion ist daher nicht nur an den Bedürfnissen der Gegenwart orientiert, sondern auch an künftigen Anforderungen. Auf den Aufzug, der heute installiert wird, könnten wir alle irgendwann angewiesen sein.

2.2 Vorurteile und Fettnäpfchen

Jeder Mensch hat Vorurteile – auch Menschen mit Behinderung. Das Denken in Schubladen strukturiert den Alltag und entlastet das Gehirn. Probleme entstehen dann, wenn man nicht bereit ist, seine Annahmen in Frage zu stellen und neue Erfahrungen anzupassen. Nicht immer ist man sich seiner Vorurteile bewusst – vielleicht auch deshalb, weil nicht jedes Vorurteil als abwertend empfunden wird. Gerade die öffentliche Berichterstattung über Menschen mit Behinderungen schwankt bisweilen zwischen den Polen „Mitleid“ und „Heroisierung“. Dabei wird leicht übersehen, dass auch „nett gemeinte“ Zuschreibungen unzutreffend oder unerwünscht sein können. Das Sprechen mit und über Menschen mit Behinderung ist einerseits oft durch sprachliche Klischees geprägt. Andererseits steht eine übertriebene Angst vor „Fettnäpfchen“ einem unbefangenen Austausch im Weg. Hier müssen auch Menschen ohne Behinderung Barrieren überwinden – und im Zweifel nachfragen.

3. Ein Blick zurück

3.1 „Lahme“, „Blinde“, „Taube“, „Narren“. Mittelalter und frühe Neuzeit

Der Begriff „Behinderung“ setzte sich erst im zwanzigsten Jahrhundert durch. Im Mittelalter und in der Frühen Neuzeit gab es für körperliche und geistige Beeinträchtigungen keine übergeordnete Bezeichnung. „Lahme“, „Blinde“, „Taube“ und „Narren“ waren wegen ihrer Andersartigkeit das Ziel von Spott, Ausgrenzung und Aberglauben. Aufgrund widriger Lebensumstände und häufiger Kriege waren körperlich versehrte Menschen ein alltäglicher Anblick. „Irre“ und „Wahnsinnige“ wurden hingegen oft eingesperrt. Die Lebensumstände behinderter Menschen waren vor allem von der ökonomischen Lage ihrer Familien abhängig. Erst im Lauf der Zeit entstanden Einrichtungen, die sich der Armen- und Krankenfürsorge widmeten. Das medizinische Wissen über körperliche und geistige Beeinträchtigungen war bis in die Neuzeit spärlich. Häufig beruhte es auf griechisch-arabischen Theorien der Antike, wie der „Vier-Säfte-Lehre“. Auf ihrer Grundlage wurden „geistige Schwachheit“ und psychische Krankheiten auf einen Überschuss an „schwarzer Galle“ zurückgeführt (griechisch „melancholia“).

3.1.1 Glaube und Aberglaube

Für Menschen mit Behinderungen existierte lange Zeit keine eigene Form der Fürsorge. Sofern sie nicht in ihren Familien betreut wurden oder ihren Lebensunterhalt durch Arbeit verdienen konnten, waren sie auf Betteln und Mildtätigkeit angewiesen. Damit standen sie – ebenso wie mittellose Alte, Kranke oder Witwen – am unteren Rand der Gesellschaft. Bis ins hohe Mittelalter nahm sich ausschließlich die Kirche der Bedürftigen an. Sie sah in der „Caritas“ ihre wichtigste weltliche Aufgabe. Den Ursprung bildete das biblische Gebot der tätigen Barmherzigkeit. Kloster- und Kirchentore, Bischofssitze und Pilgerstätten waren Orte der Almosenausgabe; im Umfeld der Kirche entstanden auch die ersten Spitäler. Menschen mit geistiger Behinderung, die oft als „besessen“ galten, waren von der kirchlichen Fürsorge meist ausgeschlossen.

3.1.2 Spitäler und Stiftungen

Ab dem dreizehnten Jahrhundert trat die wohlhabende Bürgerschaft der aufstrebenden Städte als Spitalgründer in Erscheinung. Ein Motiv war die Sicherung des eigenen

„Seelenheils“. Die umfangreichen Stiftungen kamen Alten, Kranken und auch Menschen mit Behinderungen zugute. Im Lauf der Zeit wurde die Wohlfahrtspflege der städtischen Verwaltung unterstellt und an strenge Auflagen gebunden. Almosenordnungen regulierten das Bettlerwesen. Häufig war eine längere „Stadtsässigkeit“ Voraussetzung für die Erteilung einer „Bettelerlaubnis“. Dies schloss die vielen umherziehenden „Kriegskrüppel“ von der Almosenvergabe aus. Zudem hatten nur arbeitsunfähige Arme ein Anrecht auf Unterstützung. Erwerbsfähige Personen wurden zum Arbeiten gezwungen. In Erlangen entstand erst im 17. Jahrhundert ein Spital für die Hugenottengemeinde, im achtzehnten Jahrhundert wurden mehrere Bettelordnungen erlassen.

3.1.3 Mediziner und Scharlachtane

Die Möglichkeiten der medizinischen Behandlung behinderter Menschen blieben bis weit in die Neuzeit bescheiden. Säuglinge mit angeborenen Beeinträchtigungen hatten nur geringe Überlebenschancen. Beim Verlust von Gliedmaßen halfen einfache Prothesen, drohende Erblindung durch Grauen Star behandelte der Starstecher. Neben ausgebildeten „Wundärzten“ und Medizinern gab es Scharlatane, die mit fragwürdigen Behandlungsmethoden durch das Land zogen. Bei dauernder Pflegebedürftigkeit wurden kranke und behinderte Menschen in Spitälern, bei Ansteckungsgefahr in „Sondersiechenhäusern“ versorgt. Auch für „Geisteskranke“ existierten eigene Häuser. Dort wurden die Betroffenen eher „verwahrt“ und weggesperrt als medizinisch versorgt, zumal Einrichtungen wie die Nürnberger „Narrenhäuslein“ auch als Strafgefängnisse dienten.

3.1.4 Stephan Farfler (1633 bis 1689)

Stephan Farfler aus Altdorf bei Nürnberg war nach einem Sturz im Alter von drei Jahren an den Beinen gelähmt. Da er nicht mehr von seinen Eltern zur Kirche getragen werden wollte, entwickelte er um 1655 ein Fahrzeug mit Kurbelantrieb, das er selbst bedienen konnte. Sein mechanisches Geschick (Farfler war ein geschätzter Uhrmacher) kam ihm dabei zugute. Der ungewöhnliche Rollwagen, der als Vorläufer moderner Rollstühle und Handbikes gelten kann, bescherte seinem Erfinder überregionale Bekanntheit. Das Fahrzeug wurde nach Farflers Tod in Nürnberg ausgestellt.

3.1.5 Matthias Buchinger (1674 bis 1739)

Matthias Buchinger aus Ansbach wurde ohne Arme und Beine geboren. Von seinen Eltern vor der Öffentlichkeit verborgen, suchte der talentierte Künstler bereits in jungen Jahren das Rampenlicht. Ein Auftritt in Nürnberg blieb ihm jedoch verwehrt, da der Rat der Stadt fürchtete, sein Anblick könne schwangeren Frauen schaden und bei ungeborenen Kindern zu Missbildungen führen. Größerer Erfolg war Buchinger in England beschieden, wo er ab 1717 unter dem Beinamen „Little Man from Nuremberg“ zu Ruhm gelangte. Auf seinen Tourneen durch Europa zählten Könige und der Kaiser zu seinen Bewunderern. Als Buchinger 1739 im Alter von fünfundsechzig Jahren starb, hinterließ er vierzehn Kinder von acht Frauen.

3.2 Heilen – Pflegen – Bilden. Neunzehntes Jahrhundert

Seit der Aufklärung veränderte sich der Blick auf Menschen mit Behinderungen: An die Stelle von Überlieferung und Aberglaube traten die genaue Beobachtung und das wissenschaftliche Experiment. „Irrsinn“ wurde erstmals als Krankheit des Gehirns diagnostiziert. Blindheit und Gehörlosigkeit galten nicht mehr als Gottesstrafe, sondern als Organdefekte. Mit dem Anspruch der Heilung, Pflege und Bildung gründeten Ärzte neuartige Institutionen, wie „Blinden-“ und „Taubstummenanstalten“, in denen „sonderpädagogische“ Pionierarbeit geleistet wurde. Menschen mit Behinderungen wurden nun als „bildungsfähig“ anerkannt. In den Einrichtungen stand die Erziehung zur Erwerbsfähigkeit im Vordergrund. Menschen mit Behinderung sollten einen möglichst großen Beitrag zu ihrer Versorgung leisten können. Wer in einer sozialen Einrichtung unterkommen wollte, musste als Gegenleistung arbeiten. Dieser „Disziplinierungsgedanke“ prägte das Sozialwesen bis ins zwanzigste Jahrhundert.

3.2.1 Anfänge und Reformen der Psychiatrie

Bis zum Beginn des neunzehnten. Jahrhunderts galten „Irrsinn“ und „Schwachsinn“ als nicht behandelbar. Dies änderte sich, als Mediziner begannen, psychische Störungen als Krankheiten des Gehirns aufzufassen. Neue Forschungserkenntnisse trugen zur Etablierung der Psychiatrie als eigenständige Disziplin bei. In neuartigen Anstalten sollten „Irre“ und „Geistesschwache“ nicht mehr wie Straftäter „verwahrt“, sondern von geschultem Personal

gepflegt und möglichst geheilt werden. Zugleich dienten die Einrichtungen der Forschung und der praxisnahen Ausbildung „am Patienten“. Einer der Pioniere des bayerischen Anstaltswesens war der Erlanger Professor für Theoretische Medizin, Johann Michael Leupoldt. Sein unermüdlicher Einsatz trug dazu bei, dass 1846 am Maximiliansplatz die erste „Kreis-Irrenanstalt“ des Königreichs Bayern entstand.

3.2.2 Behandlungsmethoden der Psychiatrie

Trotz fortschreitender medizinischer Erkenntnisse erscheinen die Behandlungsmethoden, die um 1900 als modern galten, aus heutiger Sicht fragwürdig. Den größten Erfolg versprachen sich die Anstaltsärzte von stundenlangen Heilbädern. Unruhige und aggressive Patienten wurden mit Fesseln, Zwangsjacken oder in Kisten fixiert. Auch sogenannte Therapiemaschinen wie Drehstuhl und Drehbett kamen zum Einsatz. In ihnen wurden die „Anstaltsinsassen“ bis zur Erschöpfung bewegt. Bis zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden, wie der Elektroschocktherapie ab den neunzehnhundertzwanziger Jahren, und der Einführung wirksamer Psychopharmaka in der Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts blieb das Spektrum der Therapien begrenzt. Reformansätze wie die „offene Fürsorge“, die in Erlangen ihren Ursprung hat, wurden im Nationalsozialismus zurückgedrängt.

3.2.3 Bildung für blinde und gehörlose Menschen

In Nürnberg entstanden ab dem frühen neunzehnten . Jahrhundert spezielle Schulen für blinde und gehörlose Menschen, anfangs auf private Initiative. Die Einrichtungen suchten den Schülerinnen und Schülern Wissen und Fertigkeiten für ein selbstständiges Leben zu vermitteln. Viele Schüler verblieben nach ihrem Schulabschluss allerdings als Angestellte in den hauseigenen Werkstätten. Die Schulen waren Innovationszentren für die Entwicklung technischer Hilfsmittel. In manchen Bereichen wirkten sie aber auch hemmend: So war der Gebrauch der Gebärdensprache an den meisten „Taubstummschulen“ bis weit ins zwanzigste Jahrhundert verboten. Im Sinne des „Oralismus“ sollten gehörlose Kinder nur die Lautsprache und das Lippenlesen lernen, das Gebärden wurde als „Affensprache“ verspottet.

3.2.4 Paul Ritter (1829 bis 1907)

Die Schule des Nürnberger Zentrums für Hörgeschädigte trägt heute den Namen des Malers Paul Ritter, der infolge einer Scharlacherkrankung mit vier Jahren sein Gehör verlor. Der gebürtige Nürnberger besuchte die „Taubstummschule“ in der Winklerstraße und studierte Malerei und Grafik an der Kunstgewerbeschule Nürnberg. Als Maler großformatiger Architektur- und Historienbilder berühmt, trat Ritter auch als Aktivist der „Taubstummenbewegung“ in Erscheinung. Mit großem Engagement kämpfte er für die Anerkennung gehörloser Menschen und gründete einen „Taubstummenverein“. Sein Amt als Professor an der Kunstakademie übte er mit Unterstützung seines Bruders Lorenz aus, der für ihn dolmetschte. Paul Ritter, der unverheiratet und kinderlos blieb, starb 1907 mit 78 Jahren.

3.2.5 Hilfsschulen für „lernschwache“ Kinder

Während Schulen für Gehörlose und Sehbehinderte in Deutschland seit dem neunzehnten Jahrhundert verbreitet waren, entstanden Schulen für „lernschwache“ und geistig behinderte Schülerinnen und Schüler nur allmählich. Lange Zeit wurden die Kinder zu Hause „verborgen“ oder – mit geringem Erfolg – an allgemeinen Schulen unterrichtet. Mit Einführung der Schulpflicht in Bayern stieg der Anteil „lernschwacher“ Schülerinnen und Schüler. An eine gezielte Förderung war in den bis zu hundert Kinder zählenden Klassen allerdings nicht zu denken. Die Stadt Erlangen bot daher ab 1905 „Nachhilfekurse für schwachsinnige Kinder“ an. 1919 eröffnete, nach Verzögerung durch den Ersten Weltkrieg, eine „Hilfsschule“ mit zwei Klassen in der Friedrichstraße. Bis in die neunzehnhundertsechziger Jahre blieben die Hilfsschulklassen in Erlangen auf verschiedene Gebäude verteilt.

3.2.6 „Heinerle von Lindenbronn“

Der Stummfilm „und hätte der Liebe nicht“ (1927) erzählt die Geschichte des Jungen „Heinerle von Lindenbronn“, der seit einer Erkrankung an Kinderlähmung gehbehindert ist. Auf Anraten des Dorfpfarrers reist er mit seiner Mutter nach Altdorf, um sich im dortigen „Krüppelheim Wichernhaus“ untersuchen zu lassen. Die Orthopäden sind zuversichtlich, Heinerles Beschwerden lindern zu können. Die Aufnahme in das „Krüppelheim“, damals eine

der modernsten Einrichtungen ihrer Art, bedeutet für den Jungen die schmerzliche Trennung von der Familie. Die Behandlung aber zahlt sich aus: Mithilfe einer Prothese lernt Heinerle, aufrecht zu gehen.

3.3 „Kriegskrüppel“ und „Kriegszitterer“. Erster Weltkrieg 1914 bis 1918

Der Erste Weltkrieg offenbarte das Vernichtungspotential industriell geführter Kriege auf verstörende Weise. Millionen Soldaten fielen auf den Schlachtfeldern, Abertausende mussten mit schwersten Verwundungen und körperlichen wie seelischen Beeinträchtigungen zurück ins Leben finden. Erstmals musste sich die Gesellschaft grundlegend mit der Wiedereingliederung behinderter Menschen befassen. Die „Kriegskrüppel“ ließen sich nicht ignorieren: Als bettelnde Invaliden erinnerten sie schmerzlich an die traumatische Kriegsniederlage. Um diese Menschen, schrieb der Sozialdemokrat Erich Kuttner, macht selbst der „Patriotismus einen weiten Bogen“. Viele Betroffene schlossen sich in Interessengemeinschaften und parteipolitischen Verbänden zusammen, um auf ihr Schicksal hinzuweisen und Forderungen zu erheben. Der 1917 gegründete „Reichsbund der Kriegsbeschädigten, Kriegsteilnehmer und Hinterbliebenen“ zählte im Jahr 1922 über achthunderttausend Mitglieder.

3.3.1 Die „Kriegskrüppelfrage“

Die Millionen dauerhaft versehrten Soldaten fühlten sich für ihre im Krieg erbrachten Opfer nicht hinreichend gewürdigt. Obwohl die Politik versuchte, für eine angemessene Entschädigung zu sorgen, rutschten viele Versehrte an den unteren Rand der Gesellschaft. Inflation und Weltwirtschaftskrise trugen zu ihrer finanziellen Notlage bei. Stärker als Bestrebungen um eine dauerhafte soziale Absicherung war von staatlicher Seite der Wunsch nach einer „Entkrüppelung der Krüppel“: Mithilfe medizinischer Errungenschaften sollten die „Kriegsbeschädigten“ „wiederhergestellt“ werden, um arbeiten zu können. Wer dem Leistungsanspruch nicht genügte, galt mitunter als verweichlicht oder lief Gefahr, als „Rentenbetrüger“ und „Schmarotzer“ diffamiert zu werden.

3.3.2 Lazarettwesen und „Krüppelfürsorge“

Lazarettzüge von der Front brachten ab dem ersten Kriegsjahr viele, oft schwer verletzte Soldaten nach Erlangen. Für sie standen in den Kliniken und Räumen der Universität über 1800 Lazarettbetten bereit. Der Verlust von Gliedmaßen gehörte zu den häufigsten Kriegsverletzungen. Durch orthopädische Übungen wollte man eine rasche Rehabilitation der „Kriegskrüppel“ erreichen. Auch der Gebrauch der künstlichen „Ersatzglieder“ wurde bereits im Lazarett geübt. Zur weiteren Unterstützung der Invaliden wurde ein Kriegsfürsorgekomitee gegründet, das Fortbildungs- und Umschulungsmaßnahmen entwickelte. Ortsansässige Firmen sollten „krüppelgerechte“ Arbeitsplätze vermitteln, in der Presse rief man zu Spenden auf. Private Wohltätigkeit wurde als „vaterländische“ Pflicht verstanden.

3.3.3 Militärpsychiatrie im Ersten Weltkrieg

Im Ersten Weltkrieg wurde eine unerwartet hohe Zahl an Soldaten psychisch krank. Die Betroffenen reagierten auf die Belastungen des Fronteinsatzes mit Lähmungen der Gliedmaßen, sie wurden blind oder taub, zuckten, zitterten oder verstummten. Die Militärpsychiatrie fasste diese Symptome unter Bezeichnungen wie „Kriegsneurose“, „Kriegshysterie“ oder „Nervenschock“ zusammen. Psychiater und Neurologen entwickelten mitunter drakonische Therapien, um die Soldaten in die „Gesundung hineinzuzwingen“ und sie für einen Fronteinsatz wiederherzustellen. Eine Verbindung zwischen den seelischen Leiden und dem Kriegserleben schlossen viele Ärzte aus. Die „Kriegsneurose“ sahen sie als Resultat von erblicher Veranlagung oder Willensschwäche. Dieses Denken setzte sich fort: Im Nationalsozialismus wurden psychisch kranke Veteranen als „Schwächlinge“ und „Simulanten“ geschmäht.

3.4 „Ballastexistenzen“ und „lebensunwertes Leben“. NS-Zeit 1933 bis 1945

Eines der wesentlichen Ziele des NS-Regimes war die Schaffung einer rassistisch homogenen, gesunden und leistungsfähigen „Volksgemeinschaft“. Zu diesem Zweck wurden einerseits „rassistisch hochwertige“ Personen gefördert. Andererseits sollten Menschen, die als „minderwertig“ galten, verdrängt und „ausgemerzt“ werden. Die „Erbgesundheitspolitik“

fußte auf Vorstellungen der Eugenik oder „Rassenhygiene“, die seit dem neunzehnten Jahrhundert nicht nur in Deutschland verbreitet waren. Der „Lebenswert“ eines Menschen wurde nicht zuletzt nach seinem ökonomischen Nutzen bemessen. Menschen mit Beeinträchtigungen, die dauerhaft in Einrichtungen lebten, stigmatisierte die NS-Propaganda als „Ballastexistenzen“. Vermeintlich „Erbkranken“ drohte die Zwangssterilisation. Hunderttausende Menschen mit körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sowie psychischen Erkrankungen fielen dieser Politik zum Opfer: Sie wurden gegen ihren Willen unfruchtbar gemacht und ab 1940 auch systematisch ermordet.

3.4.1 Zwangssterilisierung „erbkranker“ Menschen

Am ersten Januar 1934 trat das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) in Kraft. Fortan war jeder Arzt und jede Ärztin in Deutschland dazu aufgerufen, „erbkranken“ Personen anzuzeigen und damit ein Sterilisierungsverfahren einzuleiten. Über die Durchführung der Unfruchtbarmachung entschieden „Erbgesundheitsgerichte“. Als „Erbkrankheiten“ waren im Gesetz folgende Diagnosen definiert:

- „angeborener Schwachsinn“ (geistige Behinderung)
- „Schizophrenie“
- „zirkuläres (manisch-depressives) Irresein“ (Bipolare Störung)
- „erbliche Fallsucht“ (Epilepsie)
- „erblicher Veitstanz“ (Chorea Huntington)
- „erbliche Blindheit“
- „erbliche Taubheit“
- „schwere erbliche körperliche Missbildung“

Daneben konnten auch Kriminelle, Alkoholiker, Prostituierte und Obdachlose als „erbkrank“ gelten. Auch in anderen Ländern gab es Sterilisationsgesetze. Von ihnen unterschied sich das GzVeN grundlegend durch die Unfreiwilligkeit und die massenhafte Durchführung des Eingriffs. Etwa dreihundertfünfzigtausend Menschen wurden bis 1945 zwangsweise

sterilisiert, 5000 bis 6000 Frauen und etwa 600 Männer kamen infolge der Operation ums Leben.

3.4.2 Anna P. und Johanna N. Opfer der Zwangssterilisation

Von den über 500 Frauen, die in der Erlanger Universitäts-Frauenklinik sterilisiert wurden, starben nachweislich zwei infolge des operativen Eingriffs: Anna P. wurde am zehnten Juli 1935 in die Frauenklinik eingeliefert. Sie war sechzehn Jahre alt. Das „Erbgesundheitsobergericht“ Nürnberg hatte wegen „angeborenen Schwachsinn“ und „Taubstummheit“ die Unfruchtbarmachung verfügt. In den Krankenakten heißt es, der Arzt habe aufgrund der „Taubstummheit“ keine Anamnese erheben können. Anna P. wurde sofort operiert und anschließend in die Heil- und Pflegeanstalt verlegt. Dort starb sie drei Tage später an „Herzschwäche in akutem Erregungszustand“. Die 28-jährige Johanna N. wurde am dreizehnten Dezember 1937 in der Erlanger Frauenklinik zwangsweise unfruchtbar gemacht. Der Stationsarzt notierte: „Bei dem hochgradigen Schwachsinn der Patientin ist keine genaue Anamnese aufzunehmen.“ Wenige Stunden nach der Operation habe die Patientin „plötzlich angefangen [...] zu toben und laut zu schreien“. Nachdem man ihr ein Opiat verabreicht hatte, verstarb Johanna N. in der Klinik.

3.4.3 Ermordung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen

Die deutsche Psychiatrie war im Zweiten Weltkrieg Schauplatz eines Massenverbrechens. Im Zuge der „Euthanasie“-Aktion T vier – benannt nach der zuständigen Zentralstelle in der Berliner Tiergartenstraße vier – wurden ab 1940 über siebzigtausend geistig behinderte und psychisch kranke Menschen zentral erfasst, selektiert, deportiert und in „Tötungsanstalten“ vergast. Nach dem Stopp der „Aktion T vier“ – auch aufgrund öffentlicher Proteste – wurde das Töten dezentral in den einzelnen Anstalten fortgesetzt. Ab 1941 starben Patientinnen und Patienten durch Medikamentengabe und systematische Mangelversorgung. Der bayerische „Hungerkosterlass“ verordnete die Verabreichung einer fettlosen Kost an „arbeitsunfähige“ Psychiatriepatienten. Insgesamt fielen den unterschiedlichen „Euthanasie“-Aktionen des „Dritten Reiches“ etwa dreihunderttausend Menschen zum Opfer.

3.4.4 Hubert D. (1891 bis 1941) Opfer der „Euthanasie“

Hubert D. aus Herzogenaurach war gelernter Brauer, musste diesen Beruf aber wegen eines angeborenen Herzfehlers aufgeben und führte anschließend in seiner Heimatstadt ein Tabakwarengeschäft. Nachdem er 1937 in einem Wirtshaus Propagandaminister Goebbels beleidigt hatte, diagnostizierte ein Erlanger Psychiater eine „erbliche Geisteskrankheit“. Damit fiel Hubert D. unter das Sterilisationsgesetz: 1938 wurde er gegen seinen Willen unfruchtbar gemacht, ein Jahr später von der Erlanger Universitätspsychiatrie in die Heil- und Pflegeanstalt überwiesen. Der verzweifelte Wunsch, nach Hause zurückzukehren, blieb Hubert D. verwehrt. Seine Frau wandte sich von ihm ab. Am vierundzwanzigsten Juni 1941 wurde er von Erlangen in die österreichische „Tötungsanstalt“ Hartheim bei Linz deportiert und dort vergast.

3.4.5 Die Aufarbeitung der Medizinverbrechen nach 1945

Die „Entnazifizierung“ nach Kriegsende zeigte auch in Erlangen wenig Erfolg. Anstaltspsychiater und Universitätsmediziner, die in NS-Medizinverbrechen verstrickt waren, kehrten nicht selten in ihre alten Positionen zurück oder eröffneten florierende Praxen. Juristisch belangt wurde kaum jemand. Ein „Euthanasie“-Prozess endete ohne Verurteilung. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ wurde zwar nach Kriegsende außer Kraft gesetzt, bis 2007 aber nicht als nationalsozialistisches Unrecht eingestuft. Bis heute werden die zwangssterilisierten Frauen und Männer nicht als Verfolgte des „Dritten Reiches“ anerkannt. Als NS-Opfer „zweiter Klasse“ ist ihr Anspruch auf Entschädigung – wenn überhaupt – marginal.

3.5 Interessenverbände und Elterninitiativen. Neubeginn nach 1945

1950 waren über siebzig Prozent der behinderten Menschen in Deutschland „Kriegsbeschädigte“. In einflussreichen Interessenvertretungen erkämpften sie bereits in der frühen Nachkriegszeit soziale Erleichterungen für Veteranen und deren Angehörige. Eltern geistig behinderter Kinder fühlten sich von Politik und Gesellschaft allein gelassen. Ideologische Spuren der NS-Zeit waren noch gegenwärtig. Menschen mit geistiger

Behinderung wurden bis weit in die neunzehnhundertfünfziger Jahre als „Schwachsinnige“ bezeichnet und waren nach dem noch gültigen „Reichsschulpflichtgesetz“ von 1938 vom Schulbesuch ausgeschlossen. Diese Missstände veranlassten Eltern betroffener Kinder, ihre Interessen durch Initiativen wie die Lebenshilfe selbst in die Hand zu nehmen. Erst der gesellschaftliche Wertewandel in den neunzehnhundertsechziger und -siebziger Jahren bewirkte auf vielen Gebieten grundlegende strukturelle Reformen, ob in der Psychiatrie oder bei der Entwicklung des Sonderschulwesens.

3.5.1 Die Interessenvertretung der „Kriegsbeschädigten“

1947 schlossen sich über hundert körperbehinderte Kriegsteilnehmer und Angehörige zur Erlanger Ortsgruppe des „Verbandes der Kriegsbeschädigten, Kriegshinterbliebenen und Sozialrentner e. V.“ (VdK) zusammen. Unter dem Motto „Vereint sind auch die Schwachen stark“ wurde der VdK zu einem Wegbereiter für die Verbesserung der materiellen Situation der „Kriegsbeschädigten“. Ab den neunzehnhundertsechziger Jahren öffnete sich der Verband für alle Menschen mit Behinderungen sowie Rentnerinnen und Rentner. Heute vertritt er die sozialpolitischen Interessen von fast zwei Millionen Mitgliedern. Der Kreisverband Erlangen-Höchststadt hat über zehntausendsechshundert Mitglieder.

3.5.2 Die Lebenshilfe, eine Initiative von Eltern

Die Erlanger „Lebenshilfe für das entwicklungsgehemmte Kind“ wurde 1960 als erste Ortsgruppe in Bayern gegründet. Zwei Jahre später ließ sich auch der bayerische Landesverband in Erlangen nieder. Zu den Initiatoren der Erlanger Ortsgruppe zählten Eltern geistig behinderter Kinder, die mangels staatlicher Angebote den Wunsch nach Selbsthilfe verspürten. Unterstützung fanden sie bei Ärzten der Universitäts-Kinderklinik und Heilpädagogen. Nicht nur in Erlangen konnte die Lebenshilfe beachtliche Erfolge erzielen – etwa durch die Einrichtung von Sonderkindergärten, Förder- und Hilfsschulen. Bereits kurz nach seiner Gründung gab der Bundesverband Impulse für das Bundessozialhilfegesetz, das 1962 erstmals ein Recht auf Hilfeleistungen formulierte.

3.5.3 Kontinuitäten und Reformen in der Psychiatrie

Wie kaum ein anderes medizinisches Fach steckte die Psychiatrie in den Nachkriegsjahren in einer schweren Vertrauenskrise. Ihre Institutionen, allen voran die Heil- und Pflegeanstalten, waren in der NS-Zeit zu Orten verbrecherischer Krankenmorde geworden. Dennoch verhallten die meisten Reformvorschläge zunächst ungehört. Erst dreißig Jahre nach Kriegsende bewirkte der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD“ von 1975 grundlegende Verbesserungen in der Versorgungsstruktur. Die Zustände in den psychiatrischen „Anstalten“ wurden darin als menschenunwürdig beurteilt. Der Bericht empfahl, Patientinnen und Patienten vermehrt in kleineren, gemeindenahen Einrichtungen zu behandeln und ambulant zu betreuen. Das 1978 eröffnete Bezirkskrankenhaus Erlangen, die Nachfolgeeinrichtung der Heil- und Pflegeanstalt, war die letzte in Deutschland errichtete psychiatrische Großanstalt.

3.6 „Jedem Krüppel seinen Knüppel“. Selbstbestimmung und Teilhabe

Das „Internationale Jahr der Behinderten“ 1981 nahmen behinderte Menschen weltweit zum Anlass, vehement auf gesellschaftliche Missstände hinzuweisen. Vor allem Jüngere pochten auf das Recht, selbstständig wohnen, studieren und arbeiten zu können. Mit der provokanten Parole „Jedem Krüppel seinen Knüppel“ erklärten sie „Behinderern“ in Politik und Gesellschaft den Kampf. Durch spektakuläre Aktionen gelang es der Bewegung ins öffentliche Bewusstsein zu dringen. Der medizinische Blick auf Behinderung weitete sich allmählich zu einem ganzheitlichen Bild, das soziale Barrieren mit einbezog. Verwaltung, Politik und Gesellschaft wurden für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen sensibilisiert. Barrierefreiheit, Teilhabe und Reformen der psychiatrischen Betreuung rückten in den Fokus. Dank der internationalen Vernetzung der Selbsthilfeorganisationen wurden Vertreterinnen und Vertreter der Behindertenbewegung schließlich zu Mitgestaltern der U.N-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung aus dem Jahr 2006.

3.6.1 Die Selbstbestimmer

1977 schlossen sich Erlanger Studierende mit Behinderung zur „Studenten Initiative Behinderte“ (StIB) zusammen, um barrierefreie Wohn- und Lernverhältnisse durchzusetzen. Als Ergebnis beharrlicher Verhandlungen mit dem Studentenwerk und städtischen Ämtern wurden an der Universität Rampen, Aufzüge und Behindertenparkplätze eingerichtet,

Bordsteine abgesenkt und barrierefreie Studentenapartments gebaut. Aus der StIB ging 1988 das „Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter“ (ZSL) hervor, eine der ersten Einrichtungen dieser Art in der Bundesrepublik. Das ZSL berät Menschen mit Behinderungen und vermittelt persönliche Assistenz. Auch die 1990 gegründete Dachorganisation „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland“ (ISL) hatte bis 1997 ihren Sitz in Erlangen.

3.6.2 Die „wabe“

Der heutige „wabe Verein zur Wiedereingliederung psychisch kranker Menschen e. V.“ wurde 1987 von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bezirkskrankenhauses Erlangen gegründet. Seitdem unterstützt er Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Bereichen Arbeiten, Wohnen und Freizeit. Ziel ist es, den Betroffenen die Rückkehr in einen zunehmend selbstbestimmten Alltag und in ein geregeltes Arbeitsleben zu ermöglichen. Damit setzt der Verein die Forderungen aus dem „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD“ um, der schon 1975 den Ausbau ambulanter Hilfsangebote und Selbsthilfenetzwerke gefordert hatte.

3.6.3 Erlangen auf dem Weg zur inklusiven Kommune

Als 1985 der erste Behindertenbeauftragte der Stadt Erlangen seine Arbeit aufnahm, hatte er bundesweit erst dreiundzwanzig Kollegen im öffentlichen Dienst. Auch in anderen Bereichen nahm Erlangen – angeregt durch Aktivistinnen und Aktivisten der Behindertenbewegung – eine Vorreiterstellung ein: Die Einrichtung barrierefreier Wohnungen, die Absenkung von Bordsteinen und die Anschaffung von Niederflurbussen waren wichtige Schritte auf dem Weg zur Inklusion. 1998 beschloss der Stadtrat, dass künftig alle städtischen Neu- und Umbauten barrierefrei sein müssen. In den vergangenen zehn Jahren wurde die Umsetzung der U.N-Behindertenrechtskonvention parteiübergreifend als bedeutende politische Aufgabe verstanden. 2016 richtete die Stadt ein Büro für Chancengleichheit und Vielfalt ein, das eine Fachstelle für Inklusion und Diversity unterhält. Seit 2017 ist Erlangen eine von deutschlandweit fünf Modellkommunen der „Aktion Mensch“-Initiative „Kommune Inklusiv“.

3.6.4 Joseph Greil, der „UNO-General“ (1903 bis 2000)

Der gebürtige Münchener Joseph Greil war seit 1930 Patient der Erlanger Heil- und Pflegeanstalt, für die er als „Ausgänger“ Botendienste mit dem Motorrad übernahm. Die Bevölkerung nannte ihn augenzwinkernd „UNO-General“, denn Greil trat in der Stadt als „politischer Berater“ der „Weltregierung“ in Erscheinung. In selbstentworfenen Uniformen warb er seit den neunzehnhundertfünfziger Jahren für die Wiedervereinigung Deutschlands und hielt gutbesuchte Gastvorlesungen an der Universität. Die von ihm gegründete „UNO-Legion“ zählte den Erlanger Anstaltsdirektor Werner Leibbrand zu ihren Unterstützern, Präsident Truman und Stalin wurden als Ehrenmitglieder geführt. Seinen Lebensabend verbrachte das Erlanger „Original“ auf Gut Eggenhof bei Uttenreuth, das zur Heil- und Pflegeanstalt gehörte.

3.6.5 Klaus Kreuzeder (1950 bis 2014)

Klaus Kreuzeder wurde in Forchheim geboren und wuchs in Altdorf bei Nürnberg auf. Nach einer Polioerkrankung im Alter von eineinhalb Jahren war er an den Beinen gelähmt. Um seine geschwächte Lunge zu trainieren, spielte er als Kind auf der Blockflöte, die er als Jugendlicher gegen ein Saxophon eintauschte. Seit dieser Zeit bestimmte die Musik sein Leben. Erste Erfolge feierte Kreuzeder ab 1972 als Mitglied der Jazz-Rock-Band Aera, als gefragter Solo-Saxophonist spielte er unter anderem mit Stevie Wonder, Sting und Udo Lindenberg. Die Folgen des Post-Polio-Syndroms und eine Krebserkrankung zwangen Kreuzeder im Jahr 2013 zu einem Rückzug von der Bühne. Er starb am zweiten November 2014 in München.

3.6.6 Dinah Radtke (geboren 1947)

Filminterview

4. Lebenswelten der Gegenwart

Seit 2009 ist der Standpunkt „Teilhabe statt Fürsorge“ der U.N-Behindertenrechtskonvention auch in Deutschland rechtlich verbindlich. Inklusion ist damit zu einer gesamtgesellschaftlichen Aufgabe geworden. Der Anspruch auf Gleichberechtigung und selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung ist in den Mittelpunkt konkreter politischer Maßnahmen gerückt. Doch was bedeutet selbstbestimmte Teilhabe? Wodurch ist sie gefährdet und wie kann sie gelingen? Am Beispiel verschiedener Aspekte – Kommunikation, Partnerschaft, Arbeit und Mobilität – werden alltägliche Lebenswelten und Lebensrealitäten beleuchtet. Dabei kommen Menschen mit Behinderungen aus Erlangen und der Region selbst zu Wort: Nach dem Motto „Nichts über uns ohne uns“ verleihen sie ihren Erfahrungen, Bedürfnissen und Meinungen Ausdruck.

4.1 Kommunizieren

Auf dem Laufenden zu sein, sich auszutauschen und weiterzubilden sind unverzichtbare Grundlagen gesellschaftlicher Teilhabe. Sie sind Voraussetzung für eine gleichberechtigte Meinungsbildung und Meinungsäußerung. Der Zugang zu Wissen ist ein Menschenrecht. Die U.N-Behindertenrechtskonvention fordert daher, Informationen, die für die Allgemeinheit bestimmt sind, unverzüglich und ohne zusätzliche Kosten in unterschiedlichen Formaten und Sprachen zur Verfügung zu stellen. In Erlangen beschloss der Stadtrat 2009, bei der Umsetzung der Barrierefreiheit verstärkt auf kommunikative Aspekte Rücksicht zu nehmen. Doch wie kann man einem Gespräch folgen, wenn man nichts hört? Wie Zeitung lesen, wenn man nichts sieht? Die Möglichkeiten sind vielfältig: Nicht vorhandene Sinne werden durch andere Fähigkeiten kompensiert, technische Hilfsmittel überwinden „kommunikative Hürden“, und eigene Sprachen ermöglichen einen vollwertigen und lebendigen Austausch.

4.2 Mobil sein

Schnell mal eine Packung Milch holen oder sich spontan mit einer Freundin fürs Kino verabreden? Die Kinder zum Fußballtraining bringen oder sich selbst einen Wellnessstag im Stadtbad gönnen? Auch für Menschen ohne Behinderung sind diese Alltagssituationen mit praktischen Fragen verbunden: Habe ich das Auto? Kann ich mir den Eintritt leisten? Wieviel Zeit bleibt mir vor dem nächsten Termin? Für Menschen mit Behinderungen ergeben sich

meist wesentlich mehr Fragen – und wesentlich mehr Barrieren. Deren Überwindung erfordert einen erheblichen Aufwand an Zeit, Recherche und Organisation. Auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft gibt es viele Baustellen – ob im Straßenverkehr oder in den eigenen vier Wänden. Unzählige Restaurants, Friseursalons, Banken und selbst Arztpraxen sind noch immer nicht barrierefrei. Mit baulichen Veränderungen allein ist es allerdings nicht getan: Der Pflegenotstand hat viele Einrichtungen erreicht und stellt die Gesellschaft vor große Herausforderungen.

4.3 Arbeiten

Eine Arbeitswelt, die von Effizienzdenken und Leistungsdruck geprägt ist, kann Menschen mit und ohne Beeinträchtigung überfordern. Für Menschen mit Behinderung ist es oft schwer, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden. Die Ausübung eines Berufs ist jedoch eine wichtige Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. In Deutschland hat sich deshalb ein „zweiter Arbeitsmarkt“ etabliert: Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, früher eher als „Schutzraum“ gedacht, sollen der (Wieder-)Eingliederung in den „ersten Arbeitsmarkt“ dienen. Da der Übertritt nur wenigen Beschäftigten gelingt und der Verdienst gering ist, steht das Werkstättenmodell in der Kritik. Barrierefreiheit beginnt auch beim Thema Arbeit im Kopf: Zu oft steht nicht die Qualifikation eines Bewerbers, sondern seine Beeinträchtigung im Vordergrund. Manchem Arbeitgeber erscheint es zu mühsam oder zu teuer, auf besondere Bedürfnisse Rücksicht zu nehmen. Statt die gesetzlich festgeschriebene Einstellungsquote für Menschen mit Schwerbehinderung zu erfüllen, zahlen viele Unternehmen die Ausgleichsabgabe.

4.4 Miteinander leben

Partnersuche, Beziehungsalltag und Kindererziehung stellen alle Menschen vor Herausforderungen. Realitätsferne Schönheitsideale und Vorstellungen davon, wie eine „normale“ Partnerschaft oder Familie auszusehen habe, prägen die Gesellschaft. Menschen mit Behinderung müssen oft zusätzliche Barrieren überwinden. Vor allem in Bezug auf Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen scheinen Sexualität und Kinderwunsch noch immer ein Tabu zu sein. Doch auch hier sind die Dinge im Wandel. Beratungs- und Unterstützungsangebote – von der „begleiteten Elternschaft“ bis hin zur Sexualbegleitung – eröffnen Perspektiven und ermöglichen Selbstbestimmung. Die U.N-

Behindertenrechtskonvention stellt klar: Jeder Mensch mit Behinderung hat das Recht, zu heiraten und eine Familie zu gründen.

4.5 Sichtbar sein

Im Alltag und in den Medien sichtbar zu sein ist vielen gesellschaftlichen Minderheiten ein Anliegen. Öffentliche Repräsentation schafft Aufmerksamkeit und verändert das Bewusstsein der Mehrheitsgesellschaft. Barrierefreiheit und Inklusion sind in den vergangenen Jahrzehnten stärker in den Fokus der politischen und medialen Debatte gerückt. „Behinderung“ wird in zahllosen Talkshows, Reportagen und Spielfilmen behandelt – nicht immer frei von Klischees. Auch in den Sozialen Medien teilen Menschen mit Beeinträchtigungen ihre Erfahrungen, beantworten Fragen – und bestimmen selbst, wie sie sich darstellen möchten. Dass das Thema Behinderung auch in den Kinderzimmern angekommen ist, wird am Warensortiment der Spielzeug- und Unterhaltungsindustrie ersichtlich. Die „imagefreundliche“ Vermarktung der Inklusion erschließt neue Zielgruppen – und trägt zugleich dazu bei, dass Vielfalt als Normalität wahrgenommen wird.

5. Ein Blick nach vorn

5.1 „Techno-Doping“ und „Prothesenneid“

2014 verweigerte der Deutsche Leichtathletik-Verband dem Läufer Markus Rehm die Teilnahme an den Europameisterschaften, da ihm seine Beinprothese einen unerlaubten Vorteil verschaffe. In den Medien machte das Schlagwort „Techno-Doping“ die Runde. Der Fall wirft ein Licht auf mögliche Folgen der technischen Entwicklung: Was geschieht, wenn Prothesen leistungsfähiger sind als die Körperteile, die sie ersetzen? Schon heute beschreiben Wissenschaftler und Journalisten das Phänomen des „Prothesenneids“.

5.2 Digitalisierung – Chance und Risiko

Die Vernetzung im digitalen Raum kann den Abbau von Barrieren befördern und den Austausch erleichtern. So ermöglicht die App „Be my eyes“ blinden und sehbehinderten Menschen den Zugriff auf ein Netzwerk tausender sehender Freiwilliger, die bei alltäglichen Aufgaben behilflich sind. Auch Sprachausgaben und „Smart Home“-Technologien bieten neue Lösungen für alte Probleme. Damit Teilhabe gelingt, müssen allerdings auch digitale Angebote barrierefrei sein. Dies gilt für Webseiten und Online-Formulare, aber auch für Hardware-Komponenten, wie die mittlerweile allgegenwärtigen Touchscreens.

5.3 Medizin und Behinderung – ein ambivalentes Verhältnis

Die moderne Medizin kann ein Leben mit Behinderung ermöglichen und erleichtern, sie kann es aber auch verhindern. Die Pränataldiagnostik führt dazu, dass immer mehr Föten mit Trisomie einundzwanzig abgetrieben werden. Ob vorgeburtliche Bluttests bei Schwangeren von den Krankenkassen bezahlt werden sollten, wurde im Frühjahr 2019 kontrovers diskutiert. Auch die nachträgliche „Korrektur“ einer Beeinträchtigung stößt mitunter auf Widerstand: Im Februar 2019 entschied ein Gericht, dass gehörlose Eltern das Recht haben, ein Cochlea-Implantat für ihr ebenfalls gehörloses Kind zu verweigern.

5.4 Inklusion – eine gemischte Zwischenbilanz

Zehn Jahre U.N-Behindertenrechtskonvention – was hat sich in Deutschland seit 2009 verändert? Die Bilanz fällt gemischt aus: Während sich die Gesellschaft insgesamt für die Bedürfnisse behinderter Menschen geöffnet hat, offenbaren die nackten Zahlen nur geringe

Fortschritte in wichtigen Bereichen: Die gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsmarkt scheint in weiter Ferne zu stehen, die schulische Inklusion ist zum politischen Zankapfel geworden. Menschen mit Behinderung leben häufig noch immer in „Sonderstrukturen“, die dem Gedanken der Inklusion widersprechen. Der BarriereSprung hat gerade erst begonnen.