

Wolfgang Jantzen

Die berufliche und gesellschaftliche Eingliederung Behinderter¹

Über den Stand des gegenwärtigen Ausbaus der beruflichen (und gesellschaftlichen) Eingliederung Behinderter informieren zahlreiche offizielle und offiziöse Schriften²; über die gesetzliche Entwicklung in diesem Bereich seit der Verkündung des „Aktionsprogramms Rehabilitation“³ der Bundesregierung liegen ebenfalls erste einschlägige Veröffentlichungen vor⁴. Es ist nicht Aufgabe dieses Aufsatzes, dies darzustellen. Vielmehr sind jene Bedingungen aufzuweisen, die als nichtreflektierte Voraussetzungen (als Unkenntnis über die soziale und ökonomische Dynamik des Behindertensektors wie über seine reale Größenordnung) die sozialstrukturelle Begrenztheit staatlicher Eingriffe in diesem Bereich nicht augenscheinlich werden lassen, die sich aus der Bestimmung des Staates als „Garant des Monopolprofits“⁵ ergeben. Diese Begrenztheit deutet sich an in dem „trotz ernsthafter Zweifel“ den freiwilligen Koordinierungsbemühungen der Träger zugestandenem „weiten Spielraum“⁶ ebenso wie in der gegenwärtig nicht beabsichtigten Reform des Sozialleistungssystems⁷ oder der Koppelung des Ausbaus der Infrastruktur des Behindertensektors an das Wirtschaftswachstum.

Ihr ist im folgenden im Zusammenhang der Bestimmung des Größenspotentials von Behinderung in der BRD, der Dynamik des Behindertensektors wie den staatlichen Möglichkeiten zu infrastrukturellen Verbesserungen nachzugehen.

1. Einschätzung der Größe des Behindertenpotentials in der BRD

Infrastrukturplanungen im Behindertensektor gehen im allgemeinen vom statistischen Material der Zusatzerhebung zum Mikrozensus vom April 1966 aus⁸, sofern sie nicht auf Teilbereiche bezogene statistische Materialien zugrundelegen, die kaum ineinander überführbar und damit vergleichbar sind. Das Ergebnis der Mikrozensus-erhebung von 4,054 Mio. Behinderten (6,81 % der Wohnbevölkerung) in der BRD muß auf Grund der methodischen Anlage der Untersuchungen und vorhandener statistischer Materialien mit mehreren Autoren als wesentlich unter der tatsächlichen Größe des Behindertenpotentials liegend eingeschätzt werden⁹. Auf Grund der Überlappungen der verschiedenen amtlichen Statistiken versucht lediglich Klee einen Versuch der Abschätzung: In einer methodisch stark angreifbaren Berechnung kommt er auf mehr als ein Zehntel der Bevölkerung¹⁰. Obwohl eine amtliche Behindertenstatistik „mehr über das dahinterstehende sozialpolitische System als über die Probleme der Behinderten in unserer Gesellschaft“¹¹ aussagt, unmittelbar abhängig

ist von sozialpolitischen Behindertenbegriffen, soll auf Grund amtlicher Daten eine Hochrechnung auf der Basis der Mikrozensusergebnisse erfolgen, um zu einer realistischeren Mindestschätzung des Behindertenpotentials in der BRD zu gelangen: Zum einen werden die der Empfehlung des Deutschen Bildungsrats für das vorschulische und schulische Alter ermittelten Behindertenanteile zugrunde gelegt, zum anderen eine Untersuchung der Bundesanstalt für Arbeit (BAA), die auf Grund gleicher Stichprobenanlage wie die Mikrozensushebung (0,5 %-Stichprobe), jedoch anderem methodischen Vorgehen an männlichen Erwerbstätigen in der BRD durchgeführt wurde¹².

Tabelle I: Schätzung der Größe des Behindertenpotentials in der BRD auf Grund der Korrektur der Mikrozensusdaten von 1966 durch Angaben des Deutschen Bildungsrats 1973 und der BAA 1970

	Behinderte in Tausend	in Prozent der Wohn- bevölkerung ¹³
männl. erwerbstätig 15—65 Jahre	2019	12,16
erwerbstätig über 65 und nicht e.t. über 15 Jahre	1725	35,55
nicht e.t. 0—15 Jahre	307,5	4,47
weibl. e.t. 15—65	279,6	2,98
e.t. über 65 und nicht e.t. über 15	1391,4	9,11
nicht e.t. 0—15	225,5	3,45
Summe männl.	4051,5	14,30
Summe weibl.	1896,5	6,08
Gesamtsumme	5948	9,99

Die errechnete Zahl von 10 % stellt schon auf Grund der vergleichsweise niedrig angesetzten Zahlen für behinderte Kinder¹⁴ eine Mindestschätzung dar, sofern sich die Proportionen seit 1970 nicht wesentlich verschoben haben. Dafür sprechen weder die Daten des Unfallverhütungsberichts, wonach tödliche Arbeits- und Wegeunfälle wie Berufskrankheiten mit tödlichem Ausgang sich seit 1963 insgesamt nicht verringert haben, noch die Häufigkeit der angezeigten Unfälle je 1000 Vollarbeiter, die nach einem unteren Wert während der Rezession 1966/67 bis 1971 leicht anstieg¹⁵. Ebenso wenig deutet die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit als möglicher Indikator wirkungsvoller Senkung organischer Belastungsfaktoren auf Grund weitgehender Konstanz von 1965 bis 1973 auf eine solche Entwicklung hin¹⁶. Die im Sozialbericht von 1971 ausgewiesene relative Reduzierung von Gesundheitsmaßnahmen im Bereich Invalidität kann sicher nicht wie behauptet auf den wirksam gebremsten Zuwachs an

Invaliden zurückgeführt werden: Dagegen stehen die angeführten Ergebnisse, eine Reihe wissenschaftlicher Untersuchungen zu Gesundheitsschutz und Unfallentwicklung¹⁷ wie die Verlagerung von bisher unter dem Schwerpunkt Invalidität ausgewiesenen Leistungen in den Bereich der Altersversorgung auf Grund der Zunahme des Anteils alter Menschen an der Bevölkerungsstruktur¹⁸.

Darüber hinaus verweist eine Reihe von Daten auf einen weit größeren Umfang des Behindertenpotentials:

Nach der zitierten Untersuchung der BAA sind „mindestens 3 % der männlichen Erwerbspersonen zumindest zeitweilig gesundheitlich so stark beeinträchtigt gewesen, daß im Verlauf ihres Erwerbslebens ein Berufswechsel notwendig wurde“, d. h. 429 000 Fälle wären der obengenannten Zahl hinzuzurechnen¹⁹.

Die Zahlen für behinderte Frauen sind m. E. zu niedrig angesetzt: Dies belegen höherer Krankenstand bei Frauen, die absolute Zahl der laufenden Invalidenrenten aus der Arbeiterrentenversicherung wie der Angestelltenrentenversicherung, der höhere Verschleiß durch Erwerbstätigkeit — ablesbar an dem erheblich geringeren durchschnittlichen Sterbealter ehemals erwerbstätiger Frauen (68,5 Jahre) gegenüber nicht oder nur teilweise erwerbstätigen Frauen (77,5)²⁰. Der geringere Prozentsatz amtlich anerkannter Minderung (50,1 % gegenüber 81 % bei Männern in der Mikrozensuserhebung) zeigt ebenso die Problematik sozialrechtlicher Behinderungsdefinition im Vergleich zu den realen Lebensbeeinträchtigungen, wie dies im Ersten Bayerischen Landesrehabilitationsplan im folgenden Passus deutlich wird: „Nicht als Behinderte im Sinne des 1. BLB werden angesehen: Suchtkranke, andere sozial Gefährdete (Nichtseßhafte, Straftentlassene, Obdachlose) sowie Erziehungsschwierige und pflegebedürftige alte Menschen, die hilflos sind, ohne eine entsprechende Behinderung aufzuweisen.“²¹ Schätzungen der wirklichen Behindertenanteile bei Frauen und alten Menschen sind z. Z. nicht möglich, die Zahl der Behinderten würde sich durch eine entsprechende Korrektur erheblich erhöhen. Ein Großteil der Alkoholiker ist auf Grund verbleibender Dauerschäden eindeutig den Behinderten zuzuordnen: Wurde der Umfang des Alkoholismus in der BRD im Gesundheitsbericht der Bundesregierung 1970 noch mit 600 000 eingeschätzt, so gelangen neuere Schätzungen zu Quoten von 1,0—1,8 Mio. Alkoholkranken²². Schließlich liegt die Zahl schwer psychisch Kranker mit 500 000 bis 600 000 Menschen erheblich über den im Mikrozensus nachgewiesenen Werten²³. Diese Daten können auf Grund des nicht bekannten Grades der Überlappung oder auf Grund fehlender Parameter in eine Hochrechnung nicht miteinbezogen werden, weisen aber auf eine wesentlich größere Zahl von Behinderten in der BRD hin, als in der vorgenommenen Hochrechnung ermittelt²⁴.

2. Dynamik des Behindertensektors I:

Soziale und ökonomische Voraussetzungen von Behinderung

Rudolf Augstein schreibt im Vorwort zur SPIEGEL-Studie über Unterprivilegierte (Obdachlose, Gastarbeiter, Behinderte, Arbeitnehmerinnen, Lehrlinge, Vorbestrafte, jugendliche Kriminelle): „Sie sind, im weiteren

Sinn des Wortes — allesamt behindert, ihnen fehlt die Fähigkeit, so zu leben und zu arbeiten wie die meisten anderen — das muß im Sozialstaat wohl Armut genannt werden. Daß sie von Poverteh kommt, stimmt immer noch; eine soziale Benachteiligung bedingt die andere.“²⁵ Dies trifft in vollem Umfang zu: Wer arm ist²⁶, ist in diesem Sinne behindert und wird es im engeren Sinne nur zu leicht: Im schulischen Bereich ist die Überproportionalität unterer sozialer Schichten nicht nur bei Lernbehinderung und Verhaltensstörung, sondern auch bei geistiger Behinderung, Blindheit und Sehbehinderung, Hörbehinderung, Sprachbehinderung nachweisbar²⁷. In ähnlicher Weise gilt das für den Großteil der außerschulisch feststellbaren Formen von Behinderung²⁸.

Greift man einzelne soziale Verteilungskriterien heraus, so werden vielfältige Zusammenhänge offensichtlich. Es beginnt bei der Geburt: Arbeitende Mütter haben 1,5 mal soviel Totgeburten wie nichterwerbstätige; unverheiratete Mütter sterben 1,3 mal so häufig bei der Geburt ihres Kindes wie verheiratete, die Säuglingsterblichkeit nichtehelicher Kinder liegt um 1,8 mal höher als die ehelicher. Soziale Diskriminierung und Zwang zur Berufstätigkeit für die Mutter stehen in engem Zusammenhang mit der überproportionalen Rekrutierung von Heimkindern aus nichtehelichen Kindern, da Kinderhorte und Kindergärten in den meisten Fällen nicht zur Verfügung stehen. Erziehung in den Kinder- und Säuglingsheimen der BRD vermag jedoch nachweislich Prozesse psychischer und ökonomischer Verelendung nicht aufzuhalten²⁹.

Eine weitere Station ist der Schulabschluß:

Tabelle II: Schulabschluß von Behinderten in der BRD³⁰

	I	II	III	IV
Hauptschule	77,8	76,6	84,9	90,2
Mittlere Reife	8,6	5,9	8,7	4,8
Fachschule	9,2*	6,9*		0,5
Abitur	1,6	2,0	5,1	0,8
Hochschule	2,8	1,7		0,2
Sonstige	—	6,1	1,3	3,5

* Einschließlich Berufsfachschulen. Für II sind überhöhte Werte anzunehmen (a.a.O., S. 14).

I = Wohnbevölkerung nach höchstem Schulabschluß 1970, N = 44,5108 Mio.

II = Behinderte über 15 Jahre der Mikrozensushebung 1966, N = ca. 23 500

III = Behinderte männliche Erwerbstätige, BAA 1970, N = 9223

IV = Berufliche Rehabilitation der BAA 1970—72, N = 276 000

(Grundgesamtheit der in diesem Zeitraum in der beruflichen Rehabilitation befindlichen Personen)

Die Daten verweisen auf eine eindeutige Überrepräsentation unterer Schulabschlüsse, die am größten bei der Erhebung objektiver sozialer Fakten (beruflicher Rehabilitation) ist, d. h. sehr deutlich auf systematische Nichterfassung dieser Gruppen durch unterschiedliche Befragungsmetho-

den hinweist. Zu nennen ist die enge Verknüpfung unterer Schulabschlüsse mit gesundheitlichen Mängeln: Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Westberlin 1962 und 1966 ergeben, daß Hilfsschüler eine deutlich höhere Zahl gesundheitlicher Mängel aufweisen als Volks- und Mittelschüler: „70,3 % der Mittelschulabgänger waren uneingeschränkt einstellbar, dagegen nur 53,6 % der Hilfsschulabgänger.“³¹

Mit dem Konsum der Arbeitskraft durch das Kapital setzt der Konsum der Gesundheit in großem Umfang ein. Nach wie vor produziert die Industrie ihre „Schlachtbuletins“, wird die Ökonomisierung der gesellschaftlichen Produktionsmittel in der Hand des Kapitals „zugleich zu systematischem Raub an den Lebensbedingungen des Arbeiters während der Arbeit, an Raum, Luft, Licht und an persönlichen Schutzmitteln wider lebensgefährliche und gesundheitswidrige Umstände des Produktionsprozesses, von Vorrichtungen zur Bequemlichkeit des Arbeiters gar nicht zu sprechen“³². Der Wahrscheinlichkeit eines Arbeitsunfalls bei Angestellten von $p = 0,20$ steht eine von $p = 1,75$ eines Arbeiters gegenüber; die Zahl der Arbeitsunfälle je Arbeitsstunde liegt in der Eisen- und Stahlindustrie der BRD innerhalb der EWG-Staaten neben Italien am höchsten, in beiden Ländern sind die Quoten seit 1961 gestiegen³³. Krankheiten werden im Stehen auskuriert: Eine in Baden-Württemberg während der Krise 1966/67 durchgeführte Vorsorgeuntersuchung des Gesundheitsamtes bei Arbeitern, die nicht krank gemeldet waren und ihrer Arbeit nachgingen, erbrachte bei 64 % der Männer und bei 71 % der Frauen behandlungsbedürftige Störungen; 21 % bzw. 18 % wurden als sanatoriumsreif eingestuft³⁴. Die gesetzlich zugelassenen Belastungswerte durch gesundheitschädliche Stoffe (MAK-Werte) liegen in der BRD heute um durchschnittlich eine Zehnerpotenz höher als in der UdSSR. „Praktisch eingefroren“ ist die Liste der Berufskrankheiten. Komplizierte Begutachtungsverfahren und Rechtsvorschriften führen nur in „relativ wenigen Fällen“ zur Anerkennung von Arbeitsschäden als Berufskrankheiten gemäß § 551, Abs. 2 der RVO³⁵.

Ein düsteres Kapitel sind die Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten ausländischer Arbeiter: Trotz starker gesundheitlicher Selektion bei der Anwerbung, trotz Bevorzugung junger und unverbrauchter Arbeitskräfte ist der Verschleiß ungeheuer: Die relative Unfallhäufigkeit liegt 2—2,5 mal so hoch wie bei deutschen Arbeitern. In der Behindertenstatistik freilich sind Ausländer unterrepräsentiert: § 10, Abs. 1 des Ausländergesetzes ermöglicht ebenso eine Ausweisung auf Grund von Verschleißerscheinungen (psychische Erkrankung bzw. Inanspruchnahme der Sozialhilfe) wie § 2 „Gründe politischer und wirtschaftlicher Art sowie Belange des Arbeitsmarktes“ für die Möglichkeit der Ausweisung benennt. Im Kommentar von Weissmann heißt dies: „Bei längerer Krankheit kann die Aufenthaltserlaubnis versagt werden, weil der Zweck der Arbeitnehmerschaft und damit Hilfe für die deutsche Wirtschaft nicht mehr vorliegt.“³⁶

Entsprechend lautet das „Schlachtbulletin“ am Ende des Konsums von Arbeitskraft und Gesundheit (ohne Berücksichtigung der Todesfälle) für die 60—65 Jahre alten Männer in der Bundesrepublik³⁷: Behindert 41,2 % (16,4 % erwerbstätig, 24,8 % nicht erwerbstätig), Berufswechsel aus ge-

sundheitlichen Gründen, jedoch erwerbstätig 3,8 %, nicht behindert 55,0 % (52,5 % erwerbstätig, 2,4 % nicht erwerbstätig).

3. Dynamik des Behindertensektors II:

Soziale und ökonomische Folgen von Behinderung

Nach Aufzeigen des sozialstrukturellen Entstehungszusammenhangs von Behinderung mit der Sphäre der Armut (relative Überbevölkerung, industrielle Reservearmee), ihrer verstärkten Rekrutierung aus dem Bereich der intensiv erweiterten Reproduktion des Kapitals in der großen Industrie (vergl. Arbeitsunfälle) und ihrer zusätzlichen Rekrutierung aus dem Bereich der extensiv erweiterten Reproduktion durch Proletarisierung breiter Schichten (Handwerk, Einzelhandel, Landwirtschaft) und Rekrutierung zusätzlicher billiger Arbeitskraft durch Frauenarbeit und Anwerbung ausländischer Arbeiter³⁸, sind nunmehr jene Prozesse darzustellen, die nach dem Entstehen der individuellen Schädigung auf Grund der Reduzierung des Tauscherts der Arbeitskraft ablaufen. Da ich an anderer Stelle diese Prozesse unter Hinzuziehung zahlreichen empirischen Materials als die der Proletarisierung, Pauperisierung und Deklassierung begrifflich zu fassen versucht habe³⁹, beschränke ich mich auf die Verdeutlichung in einigen Punkten und die Ergänzung um die Fragen beruflicher Integration und Rehabilitation.

Die durch Behinderung eingeleiteten Prozesse der physischen und psychischen Verelendung (fehlender Schulabschluß — ungelernete Arbeit — Heimerziehung — Kriminalität — Obdachlosigkeit — psychische Erkrankung usw.) sind keineswegs auf ehemalige Hilfsschüler oder jene 25 % aller Hauptschüler, die ohne Abschluß die Schule verlassen, beschränkt⁴⁰. Auf Folgeprozesse körperlicher Schädigung habe ich im Zusammenhang der genannten Analyse hingewiesen, die Resultate werden durch einen Forschungsbericht der Ruhr-Universität ergänzt: Berufstätige Gehörlose unterscheiden sich von dem Durchschnitt der erwerbstätigen Bevölkerung durch Tätigkeit in vorwiegend minderqualifizierten Berufen (Hilfsarbeiter, Facharbeiter mit und ohne Lehre, Vorarbeiter, einfache und mittlere Angestellte, einfache und mittlere Beamte; N = 252). Nur 1,2 % gegenüber 22,1 % in der Vergleichstichprobe üben höherqualifizierte Berufe aus. Innerhalb der ausgeübten Berufe sind Verwaltungsberufe bei weitem unterrepräsentiert, werden hier lediglich „marginale Positionen“ innegehalten⁴¹. Vorzeitige Berentung, d. h. unmittelbare Verelendung vor Augen, muß die Gesundheit bis zum letzten verschlissen werden, obgleich durch noch so intensive Bereitschaft zur Verausgabung der Arbeitskraft das Absinken in das materielle Elend des durchschnittlichen deutschen Rentners⁴² auf Dauer kaum vermeidbar ist: Zahlt doch das Kapital lieber Ausgleichsabgaben nach dem Schwerbehindertengesetz, als die vorgeschriebenen geschützten Arbeitsplätze mit Behinderten zu besetzen⁴³, ein Faktum, das in der gegenwärtigen Krise in besonderer Deutlichkeit sichtbar wird.

Unterste Stufen der Selektionsprozesse sind Obdachlosensiedlungen, Psychiatrische Anstalten und Nichtseßhaftigkeit. Bei 50 % aller in Obdachlosensiedlungen hausenden Familien treten nach Roth⁴⁴ schwere, zum Teil chronifizierte Krankheiten wie Lungenentzündung, TB, Bronchitis, Asthma und Hepatitis auf; soweit Schätzungen des Behindertenanteils

möglich sind, führt eine Berechnung auf Grund der 1970 in Berlin erfaßten Obdachlosen (N = 4440) zu folgenden Resultaten: 32 % müssen nach objektiven Tatbeständen als behindert bezeichnet werden (Männer 21 %, Frauen 15 %, Kinder 50 %). Dies ergäbe bei einer Hochrechnung für die BRD bei 800 000 Obdachlosen 256 000 Behinderte⁴⁵. Die tiefste Sphäre der Verelendung stellen die Insassen sowohl psychiatrischer Anstalten dar (überproportionaler Zugang aus dem Bereich der Rentner, der Berufslosen und der Ungelernten) wie die ca. 300 000 Nichtseßhaften in der BRD, die fast ausschließlich als behindert bezeichnet werden müssen: 12 % sind psychisch krank, 25 % körperlich deformiert, 75 % alkoholgefährdet oder alkoholkrank⁴⁶.

Wenn Behinderung zwar in einem überproportionalen Prozentsatz, d. h. im Einzelfall keineswegs zwangsläufig in die hier skizzierten Bereiche der extremsten Formen von Verelendung führt, ist die Tendenz der Verelendung in allen Bereichen von Behinderung nachweisbar, wie dies besonders deutlich einige wesentliche Daten aus der mehrfach zitierten Untersuchung der BAA zeigen:

Tabelle III: Benachteiligung der behinderten männlichen Erwerbstätigen in der BRD im Vergleich zum Durchschnitt der Erwerbstätigen⁴⁷

	Behinderte nach M.d.E. *			Behin- derte gesamt	männl. Erw. tätige (einschl. Behin- derte)
	a.a. > 50 %	a.a. < 50 %	n.a.		
nichtausbildungsadäquate Beschäftigung: insgesamt	keine Angabe			34 %	22 %
— Hauptschulabschluß u. Berufsausbildung	32,8 %	30,3 %	40,4 %	32,6 %	20,3 %
— Mittl. Reife u. Berufsausbildung	44,8 %	45,9 %	—	44,9 %	33,9 %
Arbeitslosigkeit:					
— Unter 1 Jahr	—	12,2 %	—	19,8 %	keine Angabe
— länger als 1 Jahr	6,2 %	4,8 %	10,6 %	6,2 %	13,1 % 3,1 %
Keine Zusatzausbildung bei Berufswechsel	77,3 %	79,7 %	84,1 %	79,9 %	74,6 %
Abstieg vom Facharbeiter	keine Angabe			16 %	9 %
Aufstieg zum Facharbeiter	keine Angabe			5 %	9 %
Aufstieg v. einf. u. mittl. Angest. zum höheren u. leitenden Angestellten	keine Angabe			7 %	16 %

* = Minderung der Erwerbstätigkeit: über und unter 50, amtlich anerkannt bzw. nicht anerkannt.

Obwohl auf Grund der wissenschaftlich-technischen Möglichkeiten der Rehabilitation 80 % der Behinderten vollwertig in das berufliche und soziale Leben eingegliedert werden könnten und für 70 % dieser Behinderten die Eingliederung im Sinne eines „echten beruflichen und sozialen Aufstiegs möglich ist“⁴⁸, erreicht dies die gegenwärtige Rehabilitation auch in Ansätzen nicht. Abgesehen davon, daß Landesversicherungsanstalten sich weigern, „einem Behinderten per Umschulung zu einem höheren Einkommen und einem höheren Sozialprestige zu verhelfen, als er es vor einer Querschnittlähmung als Hilfsarbeiter hatte“⁴⁹ spricht die offizielle Rehabilitationsstatistik eine deutliche Sprache: Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen setzen bevorzugt bei Facharbeitern ein, für Ungelernte bleiben schwerpunktmäßig sonstige Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation (Hilfe zur Erlangung und Erhaltung eines Arbeitsplatzes, Förderung der Arbeitsaufnahme); soweit eine Sicherung des Arbeitsplatzes durch Beamten- oder Angestelltenverhältnis gegeben ist, beziehen sich die Maßnahmen schwerpunktmäßig auf die medizinische Rehabilitation. Dies heißt: Bei niedrigem sozialen Status kommt ein Rehabilitant trotz größerem Gesundheitsverschleiß seltener in den Genuß medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen.

Tabelle IV: Abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen 1971 und 1972 nach vorheriger Berufstätigkeit, Art und Erfolg der Rehabilitation (ohne Nichterwerbstätige, in Ausbildung befindliche und sonstige) (Angaben in Spaltenprozent)⁵⁰

	Berufliche Reha.:		Berufl. Reha. gesamt	med. Reha.	Med. u. berufl. Reha.	Berufsun- fähigkeit nach Reha.
	Um- schulung usw.	sonstige				
Ungelernte	18,8	32,9	30,1	22,7	23,6	33,0
Facharbeiter	60,3	50,3	52,3	37,4	39,3	40,9
Angestellte	18,8	14,7	15,5	30,6	28,6	20,6
Beamte	0,3	0,4	0,4	2,9	2,6	1,7
Selbständige	1,8	1,8	1,8	6,5	5,9	3,7
N in Tsd.:	43,7	175,2	218,9	1429,9	1648,8	90,5

Greift man die Umschulungs- und Fortbildungsfälle 1971/72 heraus und verfolgt die Frage der Veränderung der Berufsstruktur durch die Umschulungsmaßnahmen, so ergibt sich im Vergleich zur zitierten Untersuchung der BAA im Hinblick auf die überproportionale Verteilung der Behinderten auf bestimmte Berufsgruppen das folgende Bild des Zu- und Abflusses durch die Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation:

Tabelle V: Richtung des Berufswechsels durch Umschulungsmaßnahmen und Behindertenstand in verschiedenen Berufsgruppen⁵¹

Zu- und Abnahme von Berufsgruppen durch Umschulung 1971/72		Behindertenanteil in Berufen 1970 (\bar{x} = 12,5 %)			
		> 14,5 %	10,5—14,5 %	< 10,5 %	nicht zuordenbar
		I	II	III	IV
+ 300 und mehr Zunahme	a	15,02 %	2,14 %	13,3 %	
	b	(16,4 %)	(13,49 %)	(8,88 %)	
	c	1066/8686	604/5610	2910/7515	544/1164
		V	VI	VII	VIII
+ 299 — — 299	a	14,17 %	4,88 %	1,62 %	
	b	(19,61 %)	(12,34 %)	(8,25 %)	
	c	2343/1215	1625/1078	218/543	501/450
		IX	X	XI	XII
— 300 und mehr Abnahme	a	16,29 %	16,82 %	14,73 %	
	b	18,53 %	(12,06 %)	(8,49 %)	
	c	3152/820	7402/3076	15461/5688	1404/373
nicht erwerbstätig	c				6791/7648
Umschulungsberuf nicht bekannt	c				0/146

Legende zu Tabelle V: a = Prozentualer Anteil des jeweiligen Feldes an den männlichen Erwerbstätigen 1970; b = Behindertenanteil an den Berufsgruppen des Feldes; c = Anzahl der erwerbstätigen männlichen Rehabilitanten (Umschulung) 1971/72 vor und nach der Umschulung im jeweiligen Berufsfeld. *Berufsfelder:* (in Klammern jeweils die Zuordnung nach neuer Klassifikation der BAA entsprechend der Rehabilitationsstatistik und nach alter Klassifikation entsprechend der Untersuchung von Brinkmann 1970):

I = Organisation, Verwaltung, Büro (Vd/71); II = Techniker (IVb/42), Gesundheitsdienst (Vg/81); III = Handelsberufe (Va, b/51), Ingenieure (IVa/41), Elektriker (IIIh/27); IV = sonstige Arbeitskräfte (VIa/?); V = Dienstleistungsberufe (Vi/61—63, 65, 67), Warenprüfer (IIIr/38), Lederhersteller (III/36), Kunststoffverarbeiter (IIIc/28, 29), Textilarbeiter (IIIk/34, 35); VI = Steinbearbeiter, Keramiker (IIIa, b/22), Papierhersteller, Drucker (III d/32,33), Maschinisten (III t/43); VII = Sozial- und Erziehungsberufe, andere wissenschaftliche Berufe (Vh/82—84), Künstler (Vf/85); VIII = Montierer (III i/?); IX = Ackerbauer, Tierzüchter (Ia/11, 12), Ungelernte (III s/39), Bergleute (IIa/21); X = Tischler, Modellbauer, Holzaufbereiter (III e, III p/30), Metallherzeuger (III f/25), Verkehrsberufe (Vc/52); XI = Ernährungsberufe (III m/37), Bauberufe (III n/24), Schmiede, Schlosser (III g/26), Ordnung und Sicherheit (Ve/73); XII = Maler und Lackierer (III q/?), Bau- und Raumausstatter (III o/?).

Der überproportionale Bestand des Sektors V der Tabelle kann nicht aus den Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen der beruflichen Rehabilitation, sondern nur aus dem Zufluß minderqualifizierter, nicht umgeschulter Arbeitskräfte aus anderen Sektoren erklärt werden, während der überproportionale Bestand des Sektors IX aus dem zahlenmäßig viel zu geringen Einsatz von Rehabilitationsmaßnahmen der Umschulung und Fortbildung begriffen werden kann. Die berufliche Rehabilitation durch Umschulung und Fortbildung, die sich (Tabelle IV) schwerpunktmäßig auf Facharbeiter (und Angestellte) bezieht, erweist sich im Vergleich zur Gesamtbewegung des Behindertensektors als ein „Tropfen auf den heißen Stein“, vermag wie die Rehabilitation insgesamt Verelendungsprozesse in Einzelfällen, aber nicht im Durchschnitt wirksam aufzuhalten.

4. Staatliche Möglichkeiten zur Verbesserung der Infrastruktur des Behindertensektors

Kosten-Nutzen-Rechnungen gelangen zu immensen Beiträgen, die heute mögliche Rehabilitation zum Brutto-Sozialprodukt leisten kann. Die Stiftung Rehabilitation in Heidelberg errechnete bei einem durchschnittlichen Aufwand von DM 18 000,— und einer langfristigen Steuerersparnis von DM 166 000,— einen Zuwachs von DM 450 000,— zum Bruttosozialprodukt im Rahmen einer zwanzigjährigen Arbeitszeit des Rehabilitanten. Bei Abbau der Zahl der 1,5 Millionen Frührentner um ein Drittel (500 000) ergäbe dies einen volkswirtschaftlichen Gewinn von 225 Milliarden DM, bei Abbau um 80 % 540 Milliarden DM⁵². Ähnliche Berechnungen sind für den Ausbau von Erziehungsberatungsstellen oder gesundheitspolitische Maßnahmen aufgestellt worden⁵³. Wenn trotz der immensen Rendite diese „Produktion außerhalb der Produktion“⁵⁴ nicht betrieben wird, so sicher nicht deshalb, weil — wie die SPIEGEL-Redaktion vermutet — die „Leistungsgesellschaft“ nicht erkannt habe, daß ein solches Vorgehen gegen ihr „ungeschriebenes Gesetz“, den Kapitalismus, verstoße⁵⁵. Kosten-Nutzen-Rechnungen stehen unmittelbar im Zentrum der Überlegungen des Kapitals: Nur ist zu unterscheiden zwischen der Produktion in der Produktion, d. h. der Reproduktion des Kapitals, und der Produktion außerhalb der Produktion als Reproduktion der Arbeitskräfte. Nicht der Mensch steht im Mittelpunkt, wie dies sozialpartnerschaftliche Ideologie vorzugaukeln versucht, sondern die Verwertung des Kapitals. Dies sei in zwei Punkten exemplarisch belegt:

— Im Rahmen der Unfallforschung läßt sich nachweisen, „daß eine Reihe von Unfallursachen in den Kategorien der Unfallforschung als nichttechnische Ursachen oder überhaupt nicht auftauchen, wenn es sich um Probleme handelt, die nach dem Stand der Technik beseitigt werden könnten, aus Kostengründen aber unterblieben“ (vergl. die Todesfälle in der PVC-Produktion bei Dynamit-Nobel im vergangenen Jahr)⁵⁶.

— Äußerungen von Industriellen weisen eindeutig nach, daß die Industrie versucht, nur dann Behinderte auf Pflichtplätzen einzustellen, wenn der sich erhöhende Anteil des konstanten Kapitals durch die notwendige technische Ausstattung der Arbeitsplätze und der sich erhöhende fixe Anteil des variablen Kapitals durch weitgehenden Kündigungsschutz bei

Einstellung von Schwerbehinderten auf Pflichtplätzen durch staatliche Subventionen und Vorfinanzierungen übernommen werden⁵⁷.

Kosten der Rehabilitation sind unproduktive Kosten (*faux frais*)⁵⁸, die weitgehend auf den Staat abgewälzt werden, der jedoch nur im Rahmen der Gewährleistung des Monopolprofits über Möglichkeiten der Infrastrukturverbesserung verfügt. Dies zeigt die Koppelung der infrastrukturellen Maßnahmen im Behindertensektor an das Wirtschaftswachstum⁵⁹ ebenso wie die Arbeitsschutzgesetzgebung (vergl. die oben erwähnten MAK-Werte oder die Wirksamkeit der Arbeitsschutzgesetze)⁶⁰ oder die Gesundheitspolitik der Bundesregierung, die den Erhalt der ärztlichen Privilegien trotz miserabler Infrastruktur des Gesundheitssektors den gesundheitlichen Bedürfnissen der arbeitenden Bevölkerung voranstellt⁶¹. „Für Ältere und Behinderte gibt es nur wenig Chancen“ war eine Zeitungszeile dieser Tage; der Präsident der Bundesanstalt für Arbeit, Stingl, nennt es „natürlich“, daß „zuerst die am wenigsten produktiven Kräfte entlassen (werden)“⁶².

Trotz der Verbesserung von Einzelleistungen ist durch die Reformpolitik der sozialliberalen Koalition eine gesellschaftliche und berufliche Eingliederung der Behinderten nicht erreicht worden. Aufgrund ihrer objektiv von der Herrschaft der Monopole abhängigen Politik vermag sie ebensowenig die Zusammenhänge des Entstehens von Behinderung aufzugeben wie deren Folgen, noch kann die Größe des Behindertenpotentials wirkungsvoll reduziert werden. Hier muß eine konsequente Politik der Organisationen des Behindertensektors einsetzen, die nur im engen Zusammenhang der gesundheits- und sozialpolitischen Forderungen der breitesten Massenorganisationen der arbeitenden Bevölkerung, der Gewerkschaften des DGB, auf Dauer zum Erfolg führen kann.

Anmerkungen

1 Der vorliegende Aufsatz wurde auf Anforderung des Verbands Deutsche Sonderschulen für eine Festschrift anlässlich des Kongresses „Der Behinderte in verschiedenen Gesellschaftssystemen“ verfaßt und im Januar 1975 abgeschlossen. Eine Veröffentlichung wurde nach Indrucklegung der weiteren Aufsätze (vergl. Zeitschrift f. Heilpädagogik, 1975, H. 5) vom Vorsitzenden des Verbandes (Reg.-Dir. im KM Baden-Würt.) mangels „mehrperspektivischer“ Betrachtungsweise abgelehnt. Auf eine Umarbeitung, abgesehen von einigen Kürzungen, wird verzichtet, da neuere Daten keinen Anlaß liefern, vorgenommene Einschätzungen zu ändern.

2 Vergl. insbesondere die einschlägigen Publikationen des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung, die auf Anforderung zugeschiedt werden.

3 „Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation“ vom 14. 4. 1970, in: Materialien II zur Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Stuttgart 1973, S. 39—43.

4 Vergl. insbesondere K. Jung „Gesetzliche Grundlagen“ in: K. A. Jochheim und J. F. Scholz „Rehabilitation“ Bd. I, Stuttgart 1975, S. 186—260; K. Jung und B. Preuß „Rechtsgrundlagen der Rehabilitation“, Kempfenhausen 1974 sowie „5 Jahre Aktionsprogramm Rehabilitation“ Bundesarbeitsblatt 1975, Heft 6.

5 Schleifstein, J. „Zur Theorie des staatsmonopolistischen Kapitalismus“ S. 5 bis 21 in: Beiträge zur „Stamokap“-Debatte, Köln 1973, S. 13.

6 Bundestagsdrucksache (BtDs) 7/2842 vom 22. 11. 74 (Rehabilitation von Behinderten) S. 8.

7 BtDs 7/868 vom 27. 6. 73 („Entwurf eines Sozialgesetzbuches [SGB] Allgemeiner Teil).

8 „Körperbehinderte (Ergebnisse des Mikrozensus)“ April 1966, Hrsg. Statist. Bundesamt, Stuttgart 1969.

9 „Unterprivilegiert“, Hrsg. SPIEGEL-Redaktion, Neuwied 1973, S. 91. Haaser, A. „Überlegungen zur Größe des Behindertenpotentials in der Bundesrepublik Deutschland“, in: Die Rehabilitation 11 (1972) 1, 19—26; Schmidt, Brigitte „Bedeutung und Praxis der Statistik über Rehabilitation“ in: „Wege zur Chancengleichheit Behinderter“, Heidelberg 1974, S. 256—263; Thimm, W. „Die amtliche Behindertenstatistik in der BRD“ in: Ders. (Hrsg.) Soziologie der Behinderten, Neuburgweier 1972, S. 42—65.

10 Klee, E. „Behindertenreport“ Ffm 1974, S. 27.

11 Thimm, a.a.O., S. 63.

12 Die Korrektur erfolgte in zwei Schritten: a) Für behinderte Kinder wurden entsprechend „Zur pädagogischen Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ Empfehlung der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrats vom 12./13. 10. 73, Bonn 1973, S. 63 bzw. 152, für das Alter von 0—6 Jahren 1,762 % und für das Alter von 6—15 Jahren 5,762 % bei einer Aufteilung von Jungen und Mädchen im Verhältnis 60 zu 44 (Mikrozensus a.a.O., S. 18) zugrunde gelegt.

b) Da die Untersuchung von C. Brinkmann „Minderung der Erwerbsfähigkeit (Behinderung) und Berufsverlauf“ Mitteilungen aus Berufs- und Arbeitsmarktforschung (MAB) 6 (1973), Erwerbstätige im Alter von 15—65 Jahren ohne in Ausbildung befindliche und mithelfende Familienangehörige (S. 68) erfaßt, wurden für diese Gruppen entsprechend ihrer größenmäßigen Verteilung laut Statistischem Jahrbuch 1971, S. 121, 122 u. 132, Behindertenanteile geschätzt. Für die Gruppe der mithelfenden Familienangehörigen wurde der von Brinkmann insgesamt ermittelte Behindertenanteil von 12,59 % der männlichen erwerbstätigen Bevölkerung zugrunde gelegt, für die in Ausbildung befindlichen männlichen Jugendlichen 3,66 % entsprechend den Berechnungen der KMK für 15—18jährige („Entwicklungsplan für das Sonderschulwesen in Deutschland“ Arbeitspapier der KMK 1972). Dies ergab eine Erhöhung des Behindertenanteils an der männlichen erwerbstätigen Bevölkerung von 15—65 Jahren (12,16 %) gegenüber den Daten des Mikrozensus (8,87 %) um den Faktor 1,371. Mit diesem Faktor wurden die absoluten Zahlen der Mikrozensus-erhebung für männliche Nichterwerbstätige über 15 Jahren sowie für alle Frauen über 15 Jahren multipliziert.

13 Statistisches Jahrbuch 1967, S. 143.

14 von Bracken: 8 % aller Schulpflichtigen (640 000 Kinder), Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter: 7,771 % Sonderschulbedürftige (479 285 Kinder) nach Haaser, a.a.O., S. 116 f. Im vorschulischen Bereich sind entsprechend den Annahmen der Bundesregierung (BtDs 7/2842, S. 14) 210 000—252 000 Kinder behindert (statt wie hier berechnet 105 761).

15 BtDs 7/189 v. 16. 2. 73 („Unfallverhütungsbericht“) S. 15 u. 17.

16 BtDs VI/1667 v. 18. 12. 1970 („Gesundheitsbericht“) S. 190 f.; „Gesellschaftliche Daten 1973“ Hrsg. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Stuttgart 1974, 2. Aufl., S. 41; „SPIEGEL-Report über das Gesundheitswesen in der DDR“ DER SPIEGEL 28 (1974) 49, 80—89, S. 80; Säuglingssterblichkeit BRD 1965 23,9 pro 1000 Lebendgeburten (DDR: 24,8), BRD 1973 22,4 (DDR: 16,2).

17 BtDs VI/2155 vom 12. 5. 1971 („Sozialbericht 1971“) S. 208—211; Jenss, H. „Werksärztliche Versorgung in der BRD“ Das Argument Nr. 78, 15 (1973) H. 1—3, 9—51, S. 29; Osterland, M. u. a. „Materialien zur Lebens- und Arbeits-

situation der Industriearbeiter in der BRD“ Ffm. 1973, 3. Aufl., S. 93—95; Funke, H., Geißler, Brigitte und Thoma, P. (Redaktion) „Industriearbeit und Gesundheitsverschleiß“ Ffm. 1974.

18 „Sozialbericht 1973“, Hrsg. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1973, S. 52.

19 Brinkmann a.a.O., S. 86 f.

20 „Gesundheitswesen 1970“ Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart 1972; „Gesundheitswesen“ (Mikrozensus 1972); Wirtschaft und Statistik 26 (1974) 3, 183—188; Autorenkollektiv „Klassen- und Sozialstruktur der BRD 1950—1970“ Teil II, 2. Halbband, Ffm 1974, S. 304; Funke u. a. „Industriearbeit . . .“ a.a.O., S. 237.

21 „Erster Bayerischer Landesplan für Behinderte“ Hrsg. Bayerische Staatsregierung, München 1974, S. 14 f.

22 BtDs VI/1667, S. 123; „Jugendalkoholismus — Die neue Sucht“ DER SPIEGEL 28 (1974) 50, S. 68—78 (1,2—1,8 Mio. Alkoholiker); Lüth, P. „Suchtverhalten Alkohol“ in: A. Bellebaum und H. Braun (Hrsg.) Reader Soziale Probleme, Ffm. 1974, 56—65 (1 Mio. Alkoholiker) S. 56; W. Glahn, Geschäftsführer der Gesellschaft für psychosomatische Therapie: 1,5 Mio. Alkoholiker laut Weserkurier v. 16. 1. 75, S. 8.

23 Gleiss, Irma, Seidel, R. und Abholz, H. „Soziale Psychiatrie“ Ffm. 1973, S. 10; im Mikrozensus 1966 a.a.O. erscheinen bei „Nervenkrankheiten einschließlich Lähmungen“ sowie bei „sonstige oder nicht bezeichnete Nerven- bzw. Geisteskrankheit“ insgesamt 339 000 (S. 36). Trotz der breiteren Anlage der Kategorien liegt die Schätzung von Gleiss u. a. damit um 139 000 bis 239 000 über diesem Wert.

24 Bei Einsatz der Daten aus Anmerkung 15, 20 und 24, die exakte Schätzungen erlauben, erhöht sich die Zahl der Behinderten um 724 285 bis 1 027 000, der Behindertenanteil an der Bevölkerung beträgt dann insgesamt 11,2 bis 11,7 %.

25 „Unterprivilegiert“ a.a.O., S. VII f.

26 Schätzungen zum Umfang der Armut in der BRD liegen bei Bevölkerungsanteilen von 15—25 %; vergl. „Klassen- und Sozialstruktur . . .“ a.a.O., Teil II, 2. Halbband S. 145, Hess, H. „Die Lazarusschicht“ Kriminologisches Journal 4 (1972) 3, 163—170 sowie J. Roth „Armut in der BRD“ Ffm. 1974 S. 84.

27 Vergl. W. Jantzen „Sozialisation und Behinderung“, Gießen 1974, S. 111 ff.

28 ebenda; siehe auch Gleiss u. a., a.a.O.

29 Funke u. a. „Industriearbeit . . .“ a.a.O., S. 236; „Unsere Zeit“ (UZ) vom 24. 12. 74, S. 5; „Gesundheitswesen 1970“ a.a.O. S. 35—37; Klee a.a.O. S. 64; „Dritter Jugendbericht“ Hrsg. Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, Bonn 1973, 2. Aufl., S. 69; zu den angesprochenen Verelendungsprozessen siehe Jantzen a.a.O. S. 123 f.

30 zu I: „Volkszählung vom 27. Mai 1970“ Heft 3, Hrsg. Statistisches Bundesamt, Stuttgart 1972, S. 22; zu II: Mikrozensus 1966 a.a.O., S. 13; zu III: Brinkmann a.a.O., S. 70; zu IV: „Berufliche Rehabilitation“ 1970, 1971, 1972, Hrsg. BAA, Amtliche Nachrichten der BAA (ANBA) 19 (1971) 9, 654 sowie Sonderdruck vom Juli 1972, S. 3 und Sonderdruck vom Februar 1974, S. 3.

31 Untersuchungen von Mattheis und Saller, zitiert nach Jentsch, a.a.O., S. 30 f.

32 Marx, K. „Das Kapital“ Bd. , MEW Bd. 23, Berlin-DDR 1970, 448—450.

33 BtDs 7/189, S. 39.

34 Funke u. a. „Industriearbeit . . .“ a.a.O., S. 37.

35 ebenda, S. 168 und 176.

36 ebenda S. 256, 272, 280 f. Die hohen Unfallquoten erklären sich z. T. im Zusammenhang ungelernter Arbeit.

37 Eigene Berechnung aus den Angaben von Brinkmann a.a.O., S. 69 auf Grund der unterschiedlichen Erwerbsquoten für Behinderte und Nichtbehinderte. Die ver-

bleibende Differenz von 6 % nicht erwerbstätig (bei 50—60 Jahre: 1 %) wurde zu 2,5 % den Nichtbehinderten, zu 3,5 % den Behinderten zugerechnet.

38 Neben einem überproportionalen Zugang aus dem Bereich manueller Arbeit rekrutieren sich Behinderte überproportional aus dem Bereich der sogenannten „Selbständigen“. Dies ist im Zusammenhang zunehmender Proletarisierungsprozesse wie mangelnder Altersversorgung erklärbar, vgl. Autorenkollektiv „Proletariat in der BRD“ Berlin-DDR 1974, S. 197—217, Jantzen a.a.O. S. 118 f. und 136 f.

39 Jantzen, a.a.O., S. 100—141.

40 Vergl. Höhn, Elfriede (Hrsg.) „Ungelernte in der Bundesrepublik“, Kaiserslautern 1974.

41 Roessler: „Die Eingliederung der Hörgeschädigten in die Arbeits- und Sozialwelt“ Institut für Arbeitssoziologie und -politik der Ruhr-Universität, Bochum 1971 (unveröff.) S. 14—16, Tab. I B 2.

42 Roth a.a.O., S. 78 (siehe auch S. 176) nennt folgende Daten: 2,3 Mio. Arbeiter mit Renten wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit bzw. mit Altersruhegeldern unter 300 DM; 3,37 Mio. Arbeiter mit Renten unter 600 DM, 771 260 Angestellte mit Renten unter 600 DM (ohne Witwenrenten; nach Bundesratsdrucksache 116/73 v. 31. 1. 73). Die deutliche Wahrnehmung dieser Verelendung beweist die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach früher Berentung (80 % aller Befragten) und der Weiterarbeit auf Grund der zu erwartenden Minderung der Rente (Ergebnis einer demoskopischen Untersuchung des Bundesministeriums für Arbeit; BtDs VI/2155, S. 15).

43 Zum 1. 11. 71 waren 55,8 % der Pflichtplätze besetzt (ANBA 21 [1973] 2, 135); laut Klee a.a.O., S. 127 raten Arbeitgeberfachverbände ihren Mitgliedsfirmen von der Einstellung Schwerbehinderter ab.

44 Roth a.a.O., S. 160.

45 Eigene Berechnung aus dem Bericht des Berliner Senats in „Unterprivilegiert“ a.a.O., S. 20—32 bei Setzung eines Behindertensatzes von 50 % bei Kindern, den eine Reihe von Untersuchungen nahelegen, vgl. Jantzen a.a.O., S. 120 f. u. 138 f.

46 „Materialsammlung zur Enquête über die Lage der Psychiatrie“ a.a.O., Bd. I, S. 112 f. bzw. 158; Klee a.a.O., S. 19.

47 Brinkmann a.a.O., S. 79 ff.

48 Vergl. „Auf dem Weg zur umfassenden Rehabilitation“, Hrsg. Stiftung Rehabilitation, Heidelberg 1974; S. 9.

49 „Unterprivilegiert“ a.a.O., S. 106.

50 Eigene Berechnungen aus „Gesamtstatistik der Rehabilitation“ 1971 und 1972, Hrsg. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Ffm. Die Daten beziehen sich auf Männer und Frauen.

51 Eigene Berechnungen aus „Gesamtstatistik der Rehabilitation“ 1971 und 1972, a.a.O. und Brinkmann a.a.O. Die Daten beziehen sich nur auf männliche Behinderte.

52 J. Stingl in „Wege zur Chancengleichheit...“ a.a.O., S. 7 sowie Wiedemann, E. „Die Medizin in der beruflichen Rehabilitation“, Berlin 1970, S. 1 f.

53 „Materialien zur Enquête...“ a.a.O., Bd. II, S. 23 f. zur Kosten-Nutzen-Relation bei EB-Stellen (zum Bedarf siehe ebenda, Bd. I, S. 77) sowie Klee a.a.O., S. 43 zur Kosten-Nutzen-Analyse der Poliomyelitis-Schutzimpfung.

54 Vergl. Gojlo, V. S. „Zur Theorie des ‚menschlichen Kapitals‘ und einigen realen Problemen der Reproduktion der Arbeitskraft“ Marxismus-Digest Nr. 15 (1973), 3, 42—63.

55 „Unterprivilegiert“ a.a.O., S. 102.

56 Funke u. a. „Industriearbeit...“ a.a.O., S. 77 sowie 193—215 (Zit. S. 196); zu Erkrankungen bei der PVC-Produktion vgl. „Unsere Zeit“ (UZ) v. 23. 12. 74, S. 2.

57 Vergl.: E. Mittelsten-Scheid (Vors. d. Beirats d. Fa. Vorwerk & Co, K.G. Wuppertal) „Der Behinderte im Betrieb“ in: „Wege zur Chancengleichheit . . .“ a.a.O., S. 191—195 bezüglich der Forderung nach Teilrenten; die Gewährung von Eingliederungshilfen bis zu 2 Jahren durch die BAA bis zu 80 v. H. des tariflichen oder ortsüblichen Arbeitsentgelts an die „Arbeitgeber“ (Landtag NRW, LtDs 7/4257 vom 25. 9. 74 „Situation der Behinderten in NRW“, S. 92) sowie die Vorfinanzierung nach SchwbG § 28, Abs. 5 oder die entsprechenden Leistungen nach dem Arbeitsförderungsgesetz (AFG).

58 Vergl. Marx, K. „Theorien über den Mehrwert“ MEW Bd. 26, 1, Berlin/DDR 1971.

59 BtDs VI/2155 (Soz. Ber. 1971) S. 13 sowie „Sozialbericht 1973“ a.a.O., S. 52 f.

60 Funke u. a. „Industriearbeit . . .“ a.a.O., insb. S. 40 ff.

61 BtDs VI/1667 (Gesundheitsbericht) S. 64; Forderungen des Kongresses „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“ Das Argument Nr. 78, 15 (1973) 1—3, S. 144—151; Bauer, M. „Gesundheitsdienste — System oder Freistil“ ebenda S. 1 bis 8; Klee a.a.O.; vergl. auch die überproportionale Steigerung der Arzthonorare: Durchschnittsjahresreinertrag eines niedergelassenen Arztes 113 543 DM, P. Marchal „Verdienen die Ärzte zuviel?“ DIE ZEIT 29 (1974) 52, S. 26.

62 „Weserkurier“ vom 4. 12. 74 S. 17; (Stingl am 6. 12. 74 in der „heute“-Sendung um 19 Uhr („Unsere Zeit“ [UZ] v. 10. 12. 74, S. 5).