

110001

Expertise

über die zahlenmäßige Entwicklung der verschiedenen  
Gruppen von Behinderten sowie ihre soziale Adaptation  
und Integration

von

Helmut von Bracken, Marburg a.d.Lahn

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 110001**  
(11.1)

-1971-

## INHALT

### Einleitung

- 1.0 Veränderungen der Häufigkeit von Behinderten
- 1.1 Versuch einer Vorausschätzung aufgrund des subjektiven Behinderungsbegriffs
- 1.2 Tendenzen zur Veränderung der Zahl der behinderten Schulkinder
  - 1.2.1 Die gegenwärtige Zahl der "Schul-Behinderten"
  - 1.2.2 Änderungstendenzen
    - 1.2.2.1 Veränderungen der Gesamtzahl der Sonderschüler
    - 1.2.2.2 Zahlenmäßige Veränderungen einzelner Behinderten-Gruppen
      - 1.2.2.2.1 Was wird aus den Schulbehinderten im Erwachsenenalter?
      - 1.2.2.2.2 Welche Aussichten für Veränderungen bestehen bei den für das Erwachsenenalter relevanten Schulbehinderungs-Arten?
  - 1.2.3 Zusammenfassung von Abschnitt 1.2
- 1.3 Zusammenfassung des statistischen Teils
- 2.0 Zur Adaptation und Integration der Behinderten
  - 2.1 Arbeits-Anforderungen
  - 2.2 Anforderungen mitmenschlicher Art
  - 2.3 Akzeptanz der Rolle des Gesunden
  - 2.4 Wandel der Rolle des Gesunden
- 3. Gesamt-Zusammenfassung
- 4. Schluß
- 5. Liste der Desiderate
- 6. Literatur

## Einleitung

Hans SCHAEFER schreibt in seinem Buch "Die Medizin heute": "Die großen Erfolge einer Medizin der Zukunft werden vorwiegend durch Prophylaxe und Rehabilitation gewonnen werden".

Lange Zeit haben Prophylaxe und Rehabilitation im Hintergrund des ärztlichen Interesses gestanden. Der Satz, den wir zitiert haben, ist ein Beispiel dafür, daß sich die Dinge langsam ändern.

Wir werden sehen, wie nötig das ist. Unser Thema beschäftigt sich zwar nicht mit Prophylaxe, aber um so mehr mit Rehabilitation, ja mit "Integration", einer Weiterentwicklung des Rehabilitationsbegriffs.

Zwei Fragen sind zu behandeln:

- 1) Wie entwickelt sich die Zahl der Behinderten, die einer Hilfe zur Integration bedürfen?
- 2) Welche Hindernisse ergeben sich, wenn man nicht nur rehabilitieren, sondern auch integrieren will?

## 1.0 Veränderungen der Häufigkeit von Behinderten.

Es ist keineswegs unwichtig, mit wie vielen Behinderten wir gegenwärtig und für die Zukunft in der Bundesrepublik rechnen müssen. Leider wissen wir darüber nicht so gut Bescheid, wie es nötig wäre. Immerhin gibt es eine Reihe von Anhaltspunkten.

Es liegt auf der Hand, daß wir diesen Anhaltspunkten nicht ohne Kritik begegnen dürfen. Die Fehlerquellen sind erheblich und zahlreich. Außerdem spielen auch allgemeine Einstellungen eine Rolle.

Die Ärzte unseres Landes, mit denen ich über die Frage, wie sich wohl die Zahl der Behinderten in Zukunft verhalten würde, gesprochen habe, vertraten übereinstimmend die Meinung, daß die Zahl der Behinderten wahrscheinlich zunehmen würde. Ganz andere Auffassungen hört man aus der DDR. SANDER berichtet, daß im mitteldeutschen Schrifttum nicht selten die Überzeugung ausgesprochen wird, daß mit der Vervollkommnung der sozialistischen Gesellschaft die Zahl der Entwicklungsgestörten ständig abnehmen müsse. Dem Optimismus der DDR steht also ein Pessimismus in unserem Teil Deutschlands gegenüber. Der östliche Optimismus läßt sich leicht aus der dortigen Geisteshaltung verstehen. Und wenn man an die große Rolle denkt, welche die "Kulturkritik" im Denken Westdeutschlands spielt - man braucht gar nicht an den Riesenerfolg von Büchern wie SPENGLERs "Untergang des Abendlandes" zu erinnern - kann man auch den hiesigen Pessimismus nicht unbedingt als zuverlässige Orientierungshilfe nehmen. Es kommt viel-

mehr auf die Tatsachen an. Und diese Tatsachen können uns bestenfalls für die fernere und nähere Vergangenheit bekannt sein. Aber sie sind immer noch besser geeignet für eine Vorhersage als bloße Spekulationen.

Zwei Arbeitsrichtungen sind hier zu erwähnen. Die erste arbeitet mit Befragungen der Bevölkerung; danach ist behindert, wer selbst angibt, behindert zu sein. Diese Arbeitsrichtung erfaßt also die "subjektiv Behinderten". Die zweite Arbeitsrichtung geht von einem objektiveren Behinderungsbegriff aus. Nach ihm ist behindert, wer bestimmten Anforderungen, die an alle Personen seines Alters gestellt werden, nicht gewachsen ist. Derartige Anforderungen werden in den Schulen gestellt. Wir wissen relativ gut darüber Bescheid, wie groß die Zahl dieser "Schul-<sup>(Art, mal, wie nie)</sup>Behinderten" sich gliedert. Denkbar wäre eine dritte Arbeitsrichtung, die sich auf die "amtlich Behinderten" stützen würde. Ein Teil der Behinderten kann ja als Renten-Empfänger auch statistisch erfaßt werden. Aber zu diesem Kreis gehören keineswegs alle Behinderten, zum Beispiel auch nicht die Kinder. In der letzten Zeit erhält jedoch ein immer größerer Teil dieser Behinderten Leistungen nach dem Bundes-Sozial-Hilfe-Gesetz. Es ist zu erwarten, daß auf diese Weise über kurz oder lang alle Behinderten statistisch erfaßt werden können. Gegenwärtig ist es aber noch nicht so weit.

#### 1.1 Versuch einer Vorausschätzung aufgrund des subjektiven Behinderten-Begriffs.

Über die Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes hat CHRISTIAN 1969 berichtet. Sie basieren auf einer Zusatzbefragung zum sogenannten Mikrozensus, einer vom Statistischen Bundesamt durchgeführten Bevölkerungs-Stichprobe, in der April 1966 erfragt wurde, ob "ein Haushalts-

mitglied körperlich oder geistig behindert oder vor dem Pensionsalter invalidisiert worden" sei. Alle Personen, für welche diese Leit-Frage bejaht wurde, wurden zum Personenkreis der "subjektiv Behinderten" gerechnet. Die Zusatzbefragung erfaßte rund 125.000 Haushalte mit etwa 340.000 Personen. Die Ergebnisse wurden hochgerechnet, so daß sie der gesamten Bundesbevölkerung entsprachen. Es ergab sich eine Gesamtzahl von 4,1 Millionen Behinderten, davon 2,8 Millionen Männer und 1,2 Millionen Frauen. In pro Mille umgerechnet waren 1966 98 pro Mille der Männer und 40 pro Mille der Frauen körperlich oder geistig behindert.

Tabelle 1 zeigt, daß die Kriegsbeschädigung die Haupt-Ursache der Behinderung darstellt, bei den Männern erklärlicherweise in weit größerem Umfang als bei den Frauen. Die nächst größere Gruppe, die ebenfalls mehr als ein Viertel der Gesamtzahl umfaßt, sind die "sonstigen Krankheiten"; darunter werden Krankheiten verstanden, die nicht angeboren, nicht Kinderlähmung und nicht Berufskrankheit sind. Hier ist der Satz der Frauen mit 43% besonders hoch.

Tabelle 2 bringt eine Aufgliederung nach Altersgruppen. Hier liegt der Schwerpunkt der Behinderungen bei der Gruppe der 50- bis unter 60-jährigen. Aber auch die Gruppe der 30- bis unter 50-jährigen und die der 65-jährigen und älteren weist hohe Anteile auf. Große Unterschiede zeigen auch die Geschlechter. Während in den Altersgruppen zwischen 30 und 60 der Anteil des männlichen Geschlechts überwiegt, ist es bei den niedrigsten und höchsten Altersgruppen der Anteil des weiblichen. Über die Art der Behinderung heißt es bei CHRISTIAN: "Die

Tabelle 1 Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland  
im April 1966<sup>+</sup> nach der Ursache der  
Behinderung in % (nach CHRISTIAN)

Ursache der Behinderung	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Angeboren	5,8	4,4	8,8
Kinderlähmung	1,4	1,1	2,2
Berufskrankheit	6,0	7,1	3,5
Sonstige Krankheit	26,8	19,5	42,8
Arbeitsunfall	10,1	12,5	4,7
Straßenverkehrsunfall	2,4	2,3	2,7
Sonstiger Unfall	4,0	3,1	5,9
Kriegsbeschädigung	28,1	39,3	3,4
Sonstige Ursache	13,5	9,4	22,4
Ohne Angabe	2,0	1,2	3,6
Insgesamt	100	100	100

---

<sup>+</sup>) Ergebnis des Mikrozensus

Tabelle 2 Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland  
im April 1966<sup>+</sup> nach Altersgruppen in %  
(nach CHRISTIAN)

Alter von ... bis unter ...Jahren	Insgesamt	Männlich	Weiblich
unter 15	2,6	2,1	3,5
15 - 30	5,2	4,8	6,1
30 - 50	24,2	27,2	17,4
50 - 60	25,9	27,3	22,6
60 - 65	16,9	17,3	16,1
65 und mehr	25,3	21,2	34,4
Insgesamt	100	100	100

<sup>+</sup>) Ergebnis des Mikrozensus

relativ am stärksten vertretene Behinderungsart ist mit rund 33% Verlust bzw. Verkrüppelung der Gliedmaßen. Ein weiteres Drittel ist durch Erkrankungen der verschiedensten Organe behindert, 13 Prozent durch Nerven- und Geisteserkrankung. Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse ist zu berücksichtigen, daß die medizinisch nicht geschulten Interviewer die Antworten so zu vermerken hatten, wie diese von den Befragten gegeben wurden. Die Ergebnisse sind somit mehr oder weniger von den subjektiven Vorstellungen der Auskunftspersonen über Art und Schwere der Behinderung abhängig."

Diese Zahlen dienten nun als Grundlage für eine Vorausschätzung. Allerdings wurden sie noch etwas modifiziert: Die Zahl der Kriegsbeschädigten war mit 1,1 Millionen niedriger angegeben als die Anzahl der rentenberechtigten Kriegsbeschädigten, die in der Statistik der Kriegsopferversorgung von dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zur gleichen Zeit geführt wurden. Sie betrug 1,3 Millionen, zu denen noch die nicht anerkannten Kriegsbeschädigten zu rechnen sind, so daß sich eine Gesamtzahl von 1,4 Millionen ergibt. Diese Zahl der Kriegsbeschädigten wurde der Vorausschätzung zugrunde gelegt.

Das Statistische Bundesamt hat nun versucht, vorzuschätzen, wie sich die Zahl der Behinderten bis zum Jahre 2000 entwickelt. Dabei ist natürlich klar, daß keineswegs exakte Zahlen zu erwarten sind. Man wollte nur Anhaltspunkte für die zukünftigen Größenordnungen geben. Das Jahr 2000 wurde gewählt, da bis zur Jahrtausendwende Vorausberechnungen über die Bevölkerungsentwicklung vorliegen, die damals für zuverlässig gehalten wurden.

Für die Vorausschätzung wurde davon ausgegangen, daß sich an den Ursachen, die zur Behinderung führen, nichts oder nur wenig ändert, so daß sich etwaige Änderungen ausgleichen. Es wurden nur zwei Ausnahmen berücksichtigt: Kriegsbeschädigte sowie Polio-Behinderte. Bei diesen beiden Gruppen nahm das Statistische Bundesamt an, daß künftig die Ursache der Behinderung, nämlich Kriege sowie Erkrankungen an Poliomyelitis, entfallen. Damit würden dann keine derartigen Behinderten-Fälle in nennenswertem Umfang neu auftreten. Die vorhandenen Behinderten dieser beiden Gruppen sterben allmählich aus. Dafür, daß sich im übrigen an den Ursachen, die zu Behinderungen führen, wenig ändert, spricht der Umstand, daß für einen kurzen Zeitraum, nämlich für 1957 bis 1962, Erhebungen erkennen ließen, daß Umfang und Zusammensetzung des Personenkreises der Körperbehinderten verhältnismäßig konstant waren.

Weiter wurde angenommen, daß die geschlechts- und die altersspezifischen Quoten der übrigen Behinderten (also abgesehen von den Kriegsbeschädigten und Polio-Fällen) in der Bevölkerung einigermaßen konstant bleiben. Diese Annahme wurde damit gerechtfertigt, daß keine realistische Vorausschau der etwa eintretenden Änderungen der Quoten möglich erschiene.

Die Voraus<sup>setzung</sup>setzung der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik, die das Statistische Bundesamt vorgenommen hat, nimmt an, daß die Bevölkerung <sup>bis</sup> zum Jahre 2000 stetig wachsen wird. Im Jahre 2000 soll sie 69,9 Millionen Personen betragen, davon 34,6 Millionen Männer und 35,3 Millionen Frauen. Bei der Berechnung der Entwicklung der Behinderten-Zahlen wurde so vorgegangen, daß zunächst

die alters- und geschlechtsspezifischen Behinderten-Ziffern aller Behindertengruppen außer den Kriegsbeschädigten auf die alters- und geschlechtsspezifisch vorliegenden geschätzten Bevölkerungszahlen angewandt wurden. So ergab sich die absolute Zahl von Behinderten ohne die Kriegsbeschädigten. Dann mußte mit Hilfe der Sterbetafel abgeschätzt werden, wie viele der vorhandenen Kriegsbeschädigten das Jahr 2000 voraussichtlich erleben. Schließlich wurden die Summen der beiden vorangeegangener Berechnungen zusammengefaßt.

Wie sich unter diesen Voraussetzungen die Zahl der Behinderten verändern würde, zeigt Tabelle 3. Die Gesamtzahl der Behinderten würde von 4,1 Millionen im Jahre 1966 um rund 1 Million auf 3,1 Millionen im Jahre 2000 zurückgehen, also etwa um ein Viertel. Allerdings betrifft der Rückgang in der Hauptsache das männliche Geschlecht: Von 2,8 auf 1,8 Millionen Behinderte, während die weiblichen Behinderten nur von 1,26 Millionen auf 1,25 Millionen abnehmen, also nur um 1 Prozent. Dabei nähern sich aber die Geschlechter an: 1966 waren noch 69 Prozent der Behinderten männlichen Geschlechts, im Jahre 2000 würden es nur noch 59 Prozent sein, während der weibliche Anteil von 31 auf 41 Prozent steigen würde.

Da sich der Altersaufbau der Bevölkerung wesentlich ändern wird, ergeben sich auch bei den Behindertenzahlen erhebliche Verschiebungen. Der Anteil der Altersgruppen zwischen 15 und 60, besonders zwischen 30 und 60, nimmt ab, während mehr Behinderte im Alter 65 und darüber stehen.

Tabelle 3 Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland +)  
(nach CHRISTIAN)

Jahr	Insgesamt		Männlich		Weiblich	
	1 000	auf 1 000 Einwohner	1 000	auf 1 000 Einwohner	1 000	auf 1 000 Einwohner
1966	4 054	68	2 791	98	1 263	40
1970	3 849	64	2 608	91	1 241	39
1980	3 490	56	2 234	74	1 256	39
1990	3 277	50	2 024	63	1 253	37
2000	3 055	44	1 804	52	1 251	35

+)  
1966 Ergebnis des Mikrozensus, 1970 - 2000 Vorausschätzung.

Die wichtigsten Veränderungen, was die Ursachen der Behinderung angeht, ergeben sich dadurch, daß nur wenige Kriegsbeschädigte das Jahr 2000 voraussichtlich erleben werden. Dagegen sollen die Behinderten infolge Krankheit mehr als die Hälfte ausmachen, während Unfallgeschädigte etwa 20 Prozent und Behinderte infolge sonstiger Ursachen ebenfalls 20 Prozent betragen würden.

Ohne Zweifel sind diese Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes sehr verdienstvoll. Die Frage ist nur, was sich damit anfangen läßt.

~~Wir haben diesen Versuch so ausführlich referiert, um zu verhindern, daß der Leser, der etwa der "Magie der Zahl" zum Opfer fällt.~~ Wir wollen nicht infrage stellen, daß im Statistischen Bundesamt richtig gerechnet wurde und daß alle bevölkerungsstatistischen Momente, die zur Zeit der Durchführung der Vorausschätzung bekannt waren, berücksichtigt wurden.

Leider ist inzwischen ein wichtiges Moment bekannt geworden, dessen Bedeutung damals noch nicht übersehen werden konnte: Der Rückgang der Geburten. Nach dem "Deutschen Ärzteblatt" vom 22. Juli 1971, S.2172, hat dieser Geburtenrückgang im vergangenen Jahr ein alarmierendes Ausmaß erreicht. Während die Geburtenzahl im Jahre 1966, dem Jahr des Ausgangs der Vorausschätzung, im Bundesgebiet noch 1050.345 betrug, ging sie im Jahre 1969 auf 903.456 zurück; für das Jahr 1970 wird sie sogar nur auf 809.533 geschätzt. Das bedeutet ein Abfall der Geburtenzahl auf 1.000 Einwohner von 17,6 im Jahre 1966 auf 14,8 im Jahre 1969 und 13,2 im Jahre 1970. Dadurch hat sich der Geburten

überschuß erheblich verändert, von 364.024 im Jahre 1966 auf 159.096 im Jahre 1969 und 77.122 im Jahre 1970.

Ein zweites Moment ist noch wichtiger. Das Statistische Bundesamt schätzt, daß die Zahl der Behinderten im Jahre 2000 um fast 25 Prozent niedriger liegen wird als im Jahre 1966. Wie kommt dieser Rückgang aber zustande? Durch die Kriegsbeschädigten! Ihre Zahl betrug, wie CHRISTIAN ausführte, im Jahre 1966 1,4 Millionen oder (Tabelle 1) 28,1 Prozent aller Behinderten. Im Jahre 2000 sollen aber nur noch 4 Prozent der Behinderten Kriegsbeschädigte sein. Damit ist nichts anderes gesagt, als daß die Gesamtzahl der Behinderten sich bis zum Jahre 2000 um den größten Teil der Kriegsbeschädigten verringern wird.

Aus dem starken Rückgang der Kriegsbeschädigten ist ein zweites Moment abzuleiten, das erwartungsgemäß auch aus Tabelle 4 deutlich hervorgeht: Während 1966 der Schwerpunkt der Behinderten in den Altersstufen von 30 bis 60 lag, verschiebt er sich nun auf das Alter von 60 Jahren an aufwärts. Es soll also nach der Vorausschätzung des Statistischen Bundesamtes weniger Behinderte im erwerbstätigen Alter unter 60 Jahre geben.

Diese Voraussetzungen sind nun aber mit erheblichen Unsicherheitsfaktoren belastet. Einen dieser Faktoren haben wir schon erwähnt: Die Geburtenhäufigkeit ist zurückgegangen, und man kann kaum vorhersagen, wie sie sich weiter entwickelt.

Ein zweiter Unsicherheitsfaktor hängt mit dem Umstand zusammen, daß die Vorausschätzung des Statistischen Bundes-

Tabelle 4 Behinderte in der Bundesrepublik Deutschland  
im Jahre 2000<sup>+</sup> nach Altersgruppen  
auf 1 000 Einwohner (nach CHRISTIAN)

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt	Männlich	Weiblich
unter 15	6,5	6,9	6,1
15 - 30	13,4	15,7	11,1
30 - 50	33,4	41,4	25,2
50 - 60	86,7	110,5	62,7
60 - 65	152,3	210,0	96,3
65 und mehr	109,0	131,6	94,2
Insgesamt	43,7	52,2	35,4

---

+) Vorausschätzung.

amtes von "subjektiven Behinderten" ausgeht. Daß die Zahl der Kriegsbeschädigten, die auf diese Weise herauskam, zu niedrig lag, hat das Statistische Bundesamt bereits selbst gesehen und korrigiert. Sicher ist auch die Zahl der Behinderten unter 15 Jahren, für die das Statistische Bundesamt 1966 etwa 105.300 ermittelte, zu niedrig. Diese Zahl macht rund 0,8 Prozent von den 13.683.000 Kinder, die 1966 in der Bundesrepublik lebten, aus. Das ist aber ein Behinderten-Prozentsatz, der sogar erheblich hinter den 1,5 Prozent "erheblich behinderten und chronisch kranken Kindern" zurückbleibt, die Erne MAIER (Kiel) durch Erhebungen in den schleswig-holsteinischen Gesundheitsämtern 1969 ermittelte (man könnte von "Gesundheitsamt-Behinderten" reden). Noch mehr bleibt dieser Satz von 0,8 Prozent zurück hinter den "Schulbehinderten", die wir mit 8 Prozent, also mit dem Zehnfachen, angegeben haben. Nun sind in unseren "Schul-Behinderten" allerdings viele Lernbehinderte und Rechtschreibschwache enthalten, welche die Eltern in der Regel nicht als behindert ansehen. Aber auch dann, wenn man von diesen (relativ großen) Gruppen absieht, ist die Differenz immer noch sehr erheblich. Man könnte überlegen, ob es nicht zweckmäßig gewesen wäre, daß das Statistische Bundesamt bei sämtlichen Behinderten-Gruppen eine Korrektur für "Untererfassung" eingeführt hätte. Einen Anhaltspunkt für die Höhe der Korrektur hätte die Differenz zwischen den 1,1 Millionen vom Bundesamt erfaßten "subjektiven Kriegsbeschädigten" und den 1,4 Millionen Kriegsbeschädigten, die durch die Kriegsopferversorgung usw. bekannt sind, bilden können. Aber man kann ja gar nicht wissen, ob der Grad der Untererfassung bei allen Behinderten-Gruppen gleich ist. Bei den Kindern unter 15

Jahren scheint er z.B. erheblich höher zu liegen als bei den Kriegsbeschädigten. Denkbar wäre es weiter, daß auch eine "Übererfassung" vorkommt, etwa bei den 60- bis 65-jährigen, die nach Tabelle 2 einen besonders hohen Anteil an den subjektiven Behinderten stellen, wenn man bedenkt, daß es sich hier - im Vergleich zu der Altersstufe 50 bis unter 60 - nur um fünf Jahrgänge handelt. Wir sehen also: Die Grundlagen der Vorausschätzung, die aus "subjektiven Behinderten" bestanden, sind kritikbedürftig.

Entscheidend für die Beurteilung der Prognose des Statistischen Bundesamtes ist jedoch der Umstand, den CHRISTIAN folgendermaßen formuliert: "Für diese Vorausschätzung soll davon ausgegangen werden, daß sich an den Ursachen, die zur Behinderung führen, nichts oder nur wenig ändert, so daß sich etwaige Änderungen ausgleichen, mit zwei Ausnahmen: Kriegsbeschädigte sowie Polio-Behinderte." Lassen sich tatsächlich die Ursachen in dieser Weise ausklammern? Das Statistische Bundesamt gibt als Beleg dafür an: "Für einen kurzen Zeitraum, nämlich für 1957 bis 1962, haben im übrigen Erhebungen erkennen lassen, daß Umfang und Zusammensetzung des Personenkreises der Körperbehinderten verhältnismäßig konstant sind." Es war geschickt, diesen Zeitraum zu wählen: Kurz darauf ereignete sich die bekannte "Contergan-Katastrophe", durch welche der Umfang und die Zusammensetzung des Personenkreises der Körperbehinderten erheblich verändert wurden. Nun kann man einwenden, daß die Contergan-Katastrophe nicht vorhergesehen werden konnte; so etwas läßt sich bei einer Vorausschätzung nicht berücksichtigen. Das stimmt.

Es gibt aber durchaus Änderungen der Ursachen, die man besser berechnen kann, wenn auf diese Weise vielleicht auch keine Prognose bis zum Jahre 2000 möglich ist.

Vor allem ist zu bedenken, daß die medizinische Forschung heute den Ursachen von Behinderungen mehr Beachtung schenkt, als es noch vor wenigen Jahrzehnten der Fall war. ~~Hans SCHÄFER wagt sogar die Prognose: "Die großen Erfolge einer Medizin der Zukunft werden vorwiegend durch Prophylaxe und Rehabilitation gewonnen werden." Beides müßte ganz besonders auch den Behinderten zugutekommen.~~

Immer mehr sieht man ferner ein, daß viele Behinderungen durch sozial-ökonomische und psycho-soziale Momente verursacht oder verschlimmert werden, die nicht ein unabänderliches Schicksal darstellen. Schon jetzt werden viele sozial-politische und pädagogische Konsequenzen aus diesen Erkenntnissen gezogen. Man hat ein Recht zu der Annahme, daß die Auswirkungen auf die Behinderungen nicht ausbleiben werden. Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß auch gegenläufige Tendenzen eine Rolle spielen:

Bekanntlich erkaufte man z.B. die Immunität vieler Kinder durch Impfschäden einzelner, die in schwere Behinderungen ausmündeten; Erkrankungen, die früher zum Tode führten, werden heute geheilt, lassen aber Behinderungen zurück.

Dies alles ist nichts Neues. Dagegen ist das Problem noch nicht gelöst, welche quantitativen Folgen sich daraus ergeben, d.h. wie sich die Zahl der Behinderten auf diese Weise ändert. Hier soll der Versuch gemacht werden, einen Beitrag zur Lösung dieses Problems zu liefern.

1.2 Tendenzen zur Veränderung der Zahl Behinderter, dargestellt am Beispiel der behinderten Schulkinder.

Aus verschiedenen Gründen darf man die Schulkinder nicht vernachlässigen, wenn man versucht, Tendenzen zur Veränderung der Zahl Behinderter herauszuarbeiten:

In der Bundesrepublik besteht allgemeine Schulpflicht. Alle Kinder bestimmter Jahrgänge müssen daher zum Schulbesuch angemeldet werden, selbst wenn sie aus Gesundheitsgründen nicht in der Lage sind, die Schule zu besuchen. Man kann also über die Schulen relativ leicht Unterlagen zu einer Statistik der Behinderten erhalten.

Die Schulen stellen Anforderungen, die durch Lehr- oder Bildungspläne normiert sind. Diejenigen Kinder, die diesen Anforderungen nicht gewachsen sind, müssen genauer untersucht und gegebenenfalls in Sonderschulen, die ihren Behinderungen entsprechen, eingewiesen werden. Die Schülerzahl von Sonderschulen ergibt wichtige Anhaltspunkte für die Zahl der behinderten Schulkinder.

Seit dem 2. Weltkriege sind die Sonderschulen stark ausgebaut worden. Trotzdem besuchen auch heute noch längst nicht alle sonderschulbedürftigen Kinder wirklich diese Schulen. Die Zahlen der Sonderschüler bleiben also hinter der Zahl der sonderschulbedürftigen, also tatsächlich behinderten Kinder, zurück. Deshalb ist man schon seit längerer Zeit dazu übergegangen, an ausgewählten Stichproben teils Reihen-Untersuchungen, vor allem in Bezug auf Mängel des Sehens und Hörens, teils gründlichere Untersuchungen, z.B. auf Intelligenz- oder Sprachstörungen hin, durchzuführen.

Um derartige Stichproben auslesefrei zu gestalten, bediente man sich wiederum der Hilfe der Schulen. Geeichte Tests der Intelligenz, des Hörens und Sehens stehen schon seit einiger Zeit zur Verfügung. Auf diese Weise war es möglich, Befunde in zuverlässiger und objektiver Weise zu erheben.

Schließlich sei hier noch einmal wiederholt, daß das Befragungsergebnis des Statistischen Bundesamtes, nach dem nur 2,6 Prozent der Behinderten unter 15 Jahren alt sind (Tabelle 2), nicht stimmt. Der Prozentsatz ist erheblich höher. Es lohnt sich daher durchaus, sich mit den unter 15 Jahre alten Behinderten zu beschäftigen.

Sie sind auch deshalb als Paradigma für unsere Zwecke brauchbar, weil die These, infolge der Fortschritte der modernen Medizin überlebten mehr Behinderte, ganz besonders durch Erfahrungen an Säuglingen und Kleinkindern gestützt wird. Wenn diese These also stimmt, muß sich das besonders durch eine Zunahme der behinderten Kinder zeigen.

#### 1.2.1 Die gegenwärtige Zahl der "Schul-Behinderten".

Wir haben oben gesehen, daß E. MAIER 1969 als "erheblich behinderte und chronisch kranke Kinder" 1,5 Prozent angegeben hat. Wir haben bereits dazu bemerkt, daß es sich dabei um die Kinder handelt, mit denen bisher ein Gesundheitsamt Bekanntschaft gemacht hat. Es handelt sich dabei hauptsächlich um Kinder, deren Eltern Bescheinigungen für die Sozialhilfe, das Finanzamt oder ähnliche Zwecke brauchten. Damit hängt wohl zusammen, daß unter den 1,5 Prozent behinderten Kindern, die MAIER angibt, zum größten

*Teil*  
chronisch Kranke sind, ferner Körperbehinderte und geistig Behin-  
derte. Wir haben - sit venia - verbo - <sup>diese</sup> 1,5 Prozent als den Pro-  
zentsatz der "Gesundheitsamt-behinderten-Kinder" bezeichnet.  
(Er wird wohl in absehbarer Zeit erheblich zunehmen, nachdem  
die Novelle des Bundes-Sozial-Hilfe-Gesetzes die Aufnahmen <sup>gaben</sup> des  
Gesundheitsamtes in Bezug auf behinderte Kinder erheblich erwei-  
ter hat).

Die Autoren, die sonderschulpädagogisch orientiert sind, nennen  
erheblich höhere Prozentsätze. HEESE spricht von "mindestens  
7,5 Prozent", SCHOMBURG von 7,86 Prozent, LESEMANN gibt etwa  
8 Prozent an, ebenso KUBALE und BACH. EDDING schätzt den Prozent-  
satz auf bis zu 10 Prozent, wobei er sich auf sonderpädagogische  
Autoren beruft. Es besteht also ein gewisser Consensus der Fach-  
leute über den Satz von etwa 8 Prozent Schulbehinderten, dem wir  
uns auch angeschlossen haben.

Immerhin basiert dieser Prozentsatz auf Schätzungen. Wesentlich  
besser fundiert sind die Sätze für die meisten einzelnen Arten  
der Behinderungen (Tabelle 5).

Tabèlle 5:

Entwicklungsgestörte Kinder und Jugendliche der neun  
Geburtsjahrgänge, die 1968 vollzeitschulpflichtig waren

	%	absolute Zahl
Blinde	0,016	1285
Gehörlose	0,09	7228
Sehbehinderte	0,2	16062
Hörbehinderte	0,25	20078
Legastheniker	0,5	40155
Lebenspraktisch Bildungsfähige	0,5	40155
Körperbehinderte (einschließlich chro- nisch Kranke)	0,5	40155
Sprachbehinderte	1,5	120465
Erziehungsschwierige	2,0	160620
Lernbehinderte	6,0	481860

*(- Kinder bei von Brücken und Has -)*

Zur Erläuterung sei bemerkt: Als Sehbehinderte werden Kinder bezeichnet, deren Visus nicht so schlecht ist, daß sie die Blindenschrift lernen müssen, die aber andererseits auch den üblichen Schulunterricht nicht zu folgen vermögen und außerdem eine besondere Sehschulung benötigen. Außerdem gelten als sehbehindert auch Kinder, die (z.B. wegen drohender Netzhautablösung) besonders geschont werden müssen. Analogisch gilt für die Hörbehinderten. Als "Legastheniker" werden heute die Kinder bezeichnet, die nicht nur schwer lesen lernen, sondern vor allem große Schwierigkeiten mit der

Rechtschreibung haben. Mit 0,5 % sind nur die aller-  
schwersten Fälle dieser Anomalie erfaßt, d.h. diejenigen,  
die wegen dieser Schwäche im Unterricht vollkommen versagen.  
In Reihen-Untersuchungen wurden weitere 5 bis sogar 10 %  
gefunden, die an Legasthenie geringeren Grade leiden; sie  
wären wegen dieser Legasthenie aber nicht sonderschulbedürf-  
tig, sondern könnten in Nachmittagskursen hinreichend geför-  
dert werden. Die Lebenspraktisch Bildungsfähigen leiden an  
Oligophrenie mittleren Grades, Imbezillität, Intelligenz-  
Quotient 0,20 bis 0,55. Sprachfehler (Stottern, Stammeln  
usw.) sind bei den 1,5%, die angegeben sind, so stark ausge-  
prägt, daß sie in eine Sprachheilschule aufgenommen werden  
müssen; leichtere Sprachfehler, die in Nachmittagskursen  
behoben werden könnten, hauptsächlich Lispeln, wurden bei  
weiteren 10 bis 20% der Schulkinder gefunden. Die Erzie-  
hungsschwierigen werden auch als "Verhaltensgestörte" oder  
"psychodynamisch Behinderte" bezeichnet. Hierunter sind  
nicht nur besonders aggressive Kinder zu verstehen, sondern  
auch autistische, depressive und Fälle von kindlicher  
Schizophrenie, sowie ausgesprochene Neurotiker. Lernbehin-  
derte (früher Hilfsschüler genannt) schließlich werden medi-  
zinisch als Debile im Sinne des leichteren Grades der Oligo-  
phrenie und Beschränkte bezeichnet, Intelligenz-Quotient  
etwa 0,60 bis 0,85. In Sonderschulen für Lernbehinderte wer-  
den heute auch viele Legastheniker und Erziehungsschwierigen  
aufgenommen, deren Intelligenz-Quotient höher liegt.

Dies zur Erläuterung. Was die Zuverlässigkeit der angegebenen Prozentsätze betrifft, so ist sie am höchsten bei den Blinden und Gehörlosen, da praktisch sämtliche Kinder mit diesen Sinnesdefekten, die nicht gerade imbezill sind, die entsprechenden Sonderschulen besuchen. Die Sätze für Sehbehinderte, Hörbehinderte, Legastheniker, Körperbehinderte, Sprachbehinderte und Lernbehinderte beruhen auf Reihen-Untersuchungen an Stichproben, die hochgerechnet wurden. Was die Lebenspraktisch Bildungsfähigen angeht, so waren zu der Zeit, als die Untersuchungen über ihre Häufigkeit von Sondersorge und BARTH 1962 durchgeführt wurden, vieler Kinder dieser Behinderungsart nicht in Schulen aufgenommen. Infolgedessen mußten diese und andere Autoren geradezu wie Detektive arbeiten, um auch diejenigen Lebenspraktisch Bildungsfähigen Kinder zu entdecken, die in Familien zum Teil versteckt gehalten wurden oder in Anstalten geschickt worden waren. In ähnlicher Weise haben VOIGT und Mitarbeiter den Prozentsatz von Körperbehinderten einschließlich chronisch Kranken ermittelt. Das geschah allerdings schon 1954. Eine zeitlang wurde in Diskussionen von Fachleuten behauptet, dieser Satz sei zu hoch. In den letzten Jahren jedoch erhielten wir von zwei besonders gut informierten Fachleuten mündliche Mitteilungen des Inhalts daß dort, wo gute Sonderschulen für Körperbehinderte eingerichtet würden, die Schülerzahl bald höher stiege, als es diesem Prozentsatz entsprechen würde (Prof. Dr. KUNERT, Köln; Oberschulrat KÖNIGSTEIN, Wiesbaden). Etwas weniger gut fundiert als die anderen Ziffern ist der Prozentsatz der Erziehungs-

schwierigen. Aber auch dieser Satz ist keineswegs aus der Luft gegriffen. Er lehnt sich an Erhebungen in Schulen an (vgl. WAGNER, R.G.E. MÜLLER).

Wenn man nun die Prozentsätze von Tabelle 5 addiert, kommt man nicht zu 8, sondern zu 11,556%. Das liegt daran, daß der Fall nicht selten ist, daß ein Kind an mehreren Behinderungen leidet. Wir sprachen schon davon, daß sich unter den Schülern der Sonderschulen für Lernbehinderte viele Erziehungsschwierige und Legastheniker befinden. Lebenspraktisch Bildungsfähige und Körperbehinderte (besonderes Cerebralparetiker) sind häufig auch sprachbehindert; auch Hörbehinderungen und Sehbehinderungen findet man bei ihnen nicht selten. Andererseits wird auf diese Weise demonstriert, daß der Satz von 8% für sämtliche sonderschulbedürftigen behinderten Kinder keineswegs zu hoch gegriffen ist.

Denn unsere Ziffern, das sei noch einmal unterstrichen, beziehen sich nur auf sonderschulbedürftige behinderte Kinder. Dies war das Kriterium, das wir benutzt haben. Es gibt daneben jedoch noch viele behinderte Kinder, die zwar nicht sonderschulbedürftig aber doch behandlungsbedürftig sind; das trifft auf viele Legastheniker, Sprachbehinderte und Erziehungsschwierige leichteren Grades zu. Überhaupt ist nicht zu vergessen, daß man eine kontinuierliche Kurve zeichnen könnte, die von den ganz schweren über die mittleren und leichteren Behinderungen bis zu geringfügigen "Minderwertigkeiten" geht.

## 1.2.2 Änderungs-Tendenzen

Wie die Geschichte der Kinderheilkunde zeigt, hat es behinderte Kinder gegeben, soweit diese Geschichte reicht ( PEIPER ). Das gilt insbesondere auch für Behinderungen psychopathologischer Art (L. KANNER). Was die Sinnesdefekte angeht, so finden sich viele Angaben in den Darstellungen der Geschichte des Blinden- und Taubstummenwesens, <sup>Zweige</sup> die beide bis in die Zeit der alten Griechen zurückreichen ( Esser, Schumann ). Anhaltspunkte dafür, wieviele behinderte Kinder es in der Vergangenheit gegeben hat, findet man jedoch nicht.

Was sich mit Bestimmtheit geändert hat, ist die Einstellung der Gesellschaft zu behinderten Kindern und zu Behinderten überhaupt. Bekannt ist z.B., daß der pater familias im alten Rom jedes Neugeborene vor sich auf den Boden gelegt erhielt; er konnte es aufheben oder nicht (REHM). Das Christentum brachte eine günstigere Einstellung: Blinde oder Lahme erhielten das Recht, an Kirchentüren zu betteln; gelegentlich wurden sogar Erziehungsversuche an Schwachsinnigen gemacht (BENESCH). Mitte des 18. Jahrhunderts entstanden die ersten Taubstummenschulen, einige Jahrzehnte später auch die ersten Blindenschulen (HANSELMANN). Seit etwas über 100 Jahren hat man sich dann auch bemüht, die behinderten Kinder der übrigen Gruppen, die in Tabelle 5 aufgeführt sind, pädagogisch zu erfassen, zuerst im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht;

die Ausschulung von imbezillen oder erziehungsschwierigen Kindern, die in der Schule störten, wurde aber auch noch bis in die jüngste Zeit hinein praktiziert, ohne daß man sich für verpflichtet hielt, für einen Ersatz zu sorgen. Nicht selten war Kriminalität die Folge (WEINSCHENK 1969). Nicht zu vergessen sind ferner die psychiatrischen Krankenhäuser, deren Geschichte sich zum Teil bis in das 16. Jahrhundert verfolgen läßt (z.B. SIEFERT), die Fürsorgeerziehungsheime, die zum Teil auch schon eine lange Geschichte haben, und viele andere einschlägige Einrichtungen. Wir können uns mit diesem umfangreichen Gebiet hier nicht ausführlich beschäftigen. In unserem Zusammenhang ist vielleicht die Liste der "Kinderfehler" interessant, die STRÜMPELL 1890 in seiner "Pädagogischen Pathologie" gab: Alle Behinderungen, die unsere Tabelle 5 aufführt, kommen darin vor.

#### 1. 2.2.1 Veränderungen der Gesamtzahl der Sonderschüler

Wie hat sich nun die Zahl der behinderten Kinder in den letzten Jahrzehnten entwickelt? Da könnte zunächst einmal eine Aufstellung Aufschluß geben, die A. SANDER in seinem instruktivem Buch "Die Sonderschulen im geteilten Deutschland" 1969 veröffentlicht hat.

Tabelle 6:

Ist - Anteil der Sonderschüler unter allen Schülern allgemeinbildender Schulen (nach SANDER 1969).

Jahr	BRD	DDR
1949/50	1,32	0,63
1960	2,13	2,83
1961	2,25	2,58
1962	2,33	2,87
1963	2,43	3,03
1964	2,53	2,98
1965	2,63	2,93
1966	2,73	2,88

Alle diese Zahlen sind sorgfältig belegt. Was geht aus ihnen hervor? Der Anteil der Sonderschüler in der Bundesrepublik ist ständig gewachsen, von 0,63 1949/50 auf 2,85 im Jahre 1967. Nach unseren Informationen hat der Anteil der Sonderschüler in der Bundesrepublik weiter zugenommen. Anders ist es dagegen in der DDR. Die Kurve der prozentualen Anteile verläuft unregelmäßig. Seit 1963 sinkt sie sogar leicht ab. Wahrscheinlich hat die Kurve der Bundesrepublik inzwischen die Kurve der DDR erreicht.

Kann man nun daraus schließen, daß die Anzahl der behinderten Kinder in der Bundesrepublik seit 1950 ständig zugenommen hat, während sie in der DDR seit etwa 1960 stabil geblieben ist oder vielleicht sogar eine leicht abnehmende Tendenz

zeigt? Nein. Wir müssen streng unterscheiden zwischen der Anzahl der Sonderschüler einerseits, der Anzahl der behinderten Kinder andererseits. Der Prozentsatz der schulbehinderten Kinder liegt erheblich höher als der Prozentsatz der Sonderschüler: 8,0 gegen 2,73. Zu betonen ist, daß es sich dabei um Veränderungen der Zahl der Sonderschüler handelt. Im Laufe der Jahre nahm der Grad der Erfassung der sonderschulbedürftigen Kinder zu. Da eine große Differenz besteht zwischen einerseits dem Anteil der sonderschulbedürftigen Kinder, andererseits dem Anteil der tatsächlichen Sonderschüler, läßt sich nicht für die Bewegung des Anteils der behinderten, sonderschulbedürftigen Kinder entnehmen. Es kann sein, daß dieser Anteil zugenommen oder abgenommen hat - einen Anhaltspunkt für Zu- oder Abnahme gibt die Veränderung der Anzahl der Sonderschüler nicht.

Dies Ergebnis wird durch einen Blick auf die Verhältnisse im Schulwesen bestätigt. Immer neue Sonderschulen werden gegründet (gegenwärtig besonders für Lebenspraktisch Bildungsfähige oder "Geistige Behinderte"), die vorhandenen Sonderschulen werden ausgebaut. Der Bedarf an Sonderschullehrer<sup>v</sup> ist so groß, daß er nicht adäquat befriedigt werden kann, obwohl die Frequenz der Studierenden in den Sonderschullehrer-Ausbildungsstätten der Bundesländer stetig und erheblich zunimmt.

Ebenfalls läßt sich aus den Veränderungen des Anteils der Sonderschüler in der DDR nicht ohne weiteres auf Veränderungen des Anteils der behinderten Kinder in der DDR schließen. Nach SANDER wird es in der DDR vermieden, eine Gesamtzahl der sonderschulbedürftigen behinderten Kinder zu veröffentlichen. Es gibt <sup>in dieser Beziehung</sup> also dort kein "Soll", das zu erfüllen wäre. Die Schwankungen des Prozentsatzes der Sonderschüler, die Tabelle 5 für die 60er Jahre zeigt, brauchen nicht unbedingt von Veränderungen der Sonderschüler-Zahlen herzurühren, sondern können auch dadurch bedingt sein, daß mehr Schüler längere Zeit weiterführende Schulen besuchen, sodaß sich die Zahl der Normalschüler erhöht, von welcher der Prozentsatz der Sonderschüler ausgeht. Anhaltspunkte für die Zahl der Behinderten kann man aus der Zahl der Sonderschüler nur dann gewinnen, wenn das <sup>S</sup>Sonderschulwesen in einem Lande fertig ausgebaut ist und wenn die Maßstäbe, die an die Sonderschulbedürftigkeit angelegt werden, stabil bleiben. Wie ausgeführt wurde, ist das <sup>in</sup> bei der Bundesrepublik nicht der Fall. Wie es in dieser Hinsicht in der DDR bestellt ist, wissen wir nicht. Es ist aber nicht wahrscheinlich, daß man in der DDR das Sonderschulwesen als <sup>entsprechend</sup> staatlich ausgebaut betrachtet.

Wie die Dinge heute liegen, können wir also nicht aus der Gesamtzahl der Sonderschüler der Bundesrepublik oder des anderen Teiles von Deutschland auf Veränderungen der Zahl der behinderten Kinder schließen. Das gilt, wie gesagt, für die Gesamtzahl der Sonderschüler. ~~Es schließt aber nicht aus, daß es Sonderschularten gibt, deren Schülerzahl ergiebiger~~

Wir wollen <sup>immer</sup> daher versuchen, weiter zu kommen, indem wir die einzelnen Behinderungsarten ins Auge fassen. Damit <sup>in einem</sup> ~~wollen~~ wir uns im nächsten Abschnitt <sup>mit einführen</sup> beschäftigen. Denn bei den Behinderungsarten liegen die Verhältnisse zum Teil recht verschieden.

#### 1.2.2.2 Zahlenmäßige Veränderungen einzelner Behinderten-Gruppen

Zunächst soll die Frage <sup>ge</sup>stellt werden, welche Relevanz die Ziffern der einzelnen Schulbehinderungsarten <sup>für</sup> unsere Fragestellung besitzen. Dann soll geprüft werden, welche Aussichten für Veränderungen bei den einzelnen Schulbehinderungs-Arten bestehen.

Um die Relevanz der Ziffern der Schulbehinderungs-Arten zu ermitteln, wollen wir versuchen, herauszubekommen, wie es voraussichtlich mit den Behinderungen stehen wird, wenn die schulbehinderten Kinder erwachsen geworden sind.

Wir sind uns darüber klar, daß unser Vorhaben einen Versuch darstellt, der etwas gewagt ist, zumal wirklich zuverlässige Unterlagen fehlen. Aber es ist nötig, diesen Versuch einmal zu machen. Beginnen wir also mit den gegenwärtigen "Schul-Behinderten".

##### 1.2.2.2.1 Was wird aus den Schulbehinderten im Erwachsenen-Alter?

Bei den Sprachbehinderten ist die Prognose für das Erwachsenenalter recht gut. Es ist durchaus möglich, sämtliche

nicht-sonderschulbedürftigen Sprachbehinderten und einen großen Teil der sonderschulbedürftigen Sprachbehinderten während der Schulzeit soweit zu fördern, daß die Sprachstörung in den meisten Berufen nicht mehr behindert. Von den Sprachbehinderten, die nicht imbezill (lebenspraktisch bildungsfähig) und nicht cerebralaparetisch sind, wird es wohl nur bei einem kleinen Teil der Stotterer nicht möglich sein, einen durchschlagenden Erfolg zu erzielen. Dieser Teil dürfte zahlenmäßig nicht ins Gewicht fallen. Da die Sprachstörungen der Imbezillen und Cerebralparetiker Begleiterscheinungen dieser Art von Behinderungen darstellen und in Tabelle 5 nicht als Sprachbehinderungen gezählt wurden, dürften von den 1,5% der Schulpopulation, die als sprachbehindert bezeichnet wurden, nur ein nicht mehr nennenswerter Rest nach der Vollzeitschulpflicht übrig bleiben.

Gut ist auch die Prognose, die man den Legasthenikern stellen kann. Es müßte möglich sein, die 0,5% der Schulpopulation, die wir als Legastheniker angegeben hatten, so weit zu fördern, daß die Lese-Rechtschreib-Schwäche sie in den meisten Berufen nicht mehr nennenswert behindert. Setzer oder gar Korrektoren in einer Buchdruckerei werden sie allerdings doch wohl kaum werden können.

Nicht schlecht ist die Prognose auch für die Lernbehinderten. Viele ergreifen sogar einfachere Lehrberufe wie Maler oder Dachdecker; wenn ihnen der theoretische Teil der Gesellenprüfung entsprechend erleichtert wird, was heutzutage schon vielfach geschieht, können sie als geachtete Bürger ohne besondere Hilfe ihr Leben führen;

niemand merkt ihnen an, daß sie früher einmal eine Sonderschule für Lernbehinderte besucht haben (dasselbe gilt für die "verhinderten" Sonderschüler, die zwar nicht eine Sonderschule besucht, aber stattdessen mehrere Male eine Klasse repetiert haben). AMTHAUER nahm sich als Betriebspsychologe eines größeren Chemiewerks dieser Gruppe besonders an und ermöglichte vielen von ihnen sogar einen betrieblichen Aufstieg (Bericht über den Kongreß für Psychologie in Kiel, von BRACKEN 1970). Bei wievielen "Lernbehinderten" die Rehabilitation bereits durch die Schule gelingt, ist schwer zu sagen. Vielleicht gehen wir nicht fehl, wenn wir annehmen, daß von den 6 %, die sie in der Schulpopulation ausmachen, 1,5 % nur noch leicht behindert als Hilfsarbeiter oder an ähnlichen Arbeitsplätzen ihr Brot verdienen, während 4,5 % unauffällig oder sogar erfolgreich durchs Leben gehen.

Nicht so leicht ist etwas über die Erziehungsschwierigen zu sagen. Trotz vieler Versuche von ärztlicher und pädagogischer Seite stellen sie ein weithin ungelöstes Problem dar. Vorläufig ist es so, daß zwar manche depressiven oder aggressiven Phasen abklingen, ja, daß die betreffenden Kinder und Jugendlichen vielleicht sogar für das ganze Leben unauffällig werden, daß aber besonders in der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahrzehnts wieder andere Jugendliche von psychodynamischen Störungen ergriffen werden, so daß in dieser Zeit und im 3. Lebensjahrzehnt der Satz von 2 % für Kriminelle einerseits,

psychopathologische Störungen wie Schizophrenie oder Suchtkrankheiten - Rauchdrogen, Alkoholismus - nicht ausreichen dürfte. Allerdings denkt man auch an diese Gruppe weniger, wenn man von Behinderten spricht.

Was die individuelle Prognose der gegenwärtig vorhandenen lebenspraktisch Bildungsfähigen (geistig Behinderten) Kinder angeht, so haben wir damit zu rechnen, daß sie zum Teil in Beschützenden Werkstätten, zum Teil auch in Betrieben an geeigneten Arbeitsplätzen ein "subjektiv erfülltes" Leben führen, nicht jedoch wirtschaftlich und sozial selbständig werden können (HETZER). Sie brauchen in ihren Familien und in offenen Wohnheimen, zum Teil auch in Heimen und Anstalten eine besondere Pflege. Der Anteil derjenigen, die eine größere Selbständigkeit erreichen, dürfte gering bleiben. Das gilt auch andererseits für den Anteil derjenigen, die wegen Aggressivität u.ä. in geschlossenen Abteilungen von psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht werden müssen. Insgesamt werden wir auch im Erwachsenenalter mit 0,5 % geistig Behinderten rechnen müssen. Allerdings wäre noch zu klären, ob ihre Lebenserwartung nicht geringer wäre als die der Normalbevölkerung. Die geringe Lebenserwartung, von der in älteren Lehrbüchern zu lesen ist, dürfte mindestens zum Teil überholt sein - in niederländischen Wohnheimen für geistig Behinderte sahen wir z.B. 60-jährige, die übrigens noch ganz rüstig waren.

Zu den 0,5 % "Körperbehinderten und chronisch Kranken", mit denen wir rechnen müssen, gehören zunächst einmal etwa 0,2 % Cerebralparetiker. Es ist zu hoffen, daß die motorischen Störungen durch Früherkennung und Frühbehandlung in Zukunft wesentlich gemildert werden können; immerhin ist auch bei denen, die gegenwärtig die Schule besuchen, gute Aussicht dafür vorhanden, daß sie bei ausreichender Intelligenz wirtschaftlich und sozial selbständig werden. Sie bleiben jedoch ausgesprochen körperbehindert; das dürfte wohl auch für die 0,3 % chronisch Kranken gelten, die ausgesprochen schulbehindert sind. Wir werden auf beide Gruppen später noch ausführlicher eingehen.

Die Blinden, die gegenwärtig die Schule besuchen, dürften ihre schwere Behinderung behalten, auch dann, wenn es sich nur um "praktisch Blinde" handelt.

*Reifere Kinder*  
Die 0,2 % Sehbehinderten (also natürlich nur die Kinder, die einerseits nicht blind, andererseits aber doch sehr stark sehbehindert sind) werden voraussichtlich mit Hilfe von entsprechenden Prothesen wirtschaftlich und sozial selbständig werden, allerdings weiterhin zu den leicht Behinderten gehören.

Das gleiche gilt für die Hörbehinderten.

Für die Gehörlosen sind die Dinge im Fluß. Man versucht heute, mit Hilfe von Hörprothesen auch die geringen Hör-

Reste, die bei vielen "Gehörlosen" vorhanden sind, zu aktivieren. Natürlich kommt es dabei (wie bei den Cerebralparetikern) sehr darauf an, daß die Kinder recht früh an Hörprothesen gewöhnt werden und daß mit der "Hörerziehung" schon im frühesten Kindesalter begonnen wird. In dieser Richtung wird bereits heute viel getan. Mit der Zeit werden diese Bemühungen sicher auch größere Erfolge haben. Allerdings dürften die Gehörlosen, die gegenwärtig die Schule besuchen, wohl noch in die "Subkultur" der Taubstummen aufgenommen werden. Diese Subkultur hat ein erhebliches geistiges Niveau mit eigenen differenzierten Gebärden-Sprachen, aber geringer Kommunikation zu den hörenden Menschen. Man wird auch hier von Schwerbehinderten reden müssen. Es handelt sich um Schwerbehinderte, die zwar sozial einigermaßen selbständig werden, aber zu ihrem Lebensunterhalt doch der Sozialhilfe bedürfen. -

Die vorstehenden Überlegungen entbehren natürlich weitgehend der wünschenswerten Präzision. Obwohl die Fehlerquellen groß sind, zeigen sie doch eins: Keineswegs alle 8 % "Schul-Behindert<sup>e</sup>", von denen oben die Rede war, sind voraussichtlich auch im Erwachsenen-Alter behindert.

Das ist zum Teil ein Erfolg sonderschulpädagogischer Bemühungen. Zum Teil hängt es auch damit zusammen, daß die Anforderungen, die an einen Erwachsenen gestellt werden, von anderer Art sind und andere Fähigkeiten zu ihrer Bewältigung erfordern als die Anforderungen, mit denen sich

ein Schulkind auseinanderzusetzen hat. (Das ist keineswegs unbedingt ein Mangel der Schulen, die natürlich noch sehr verbesserungsbedürftig sind; die Anforderungen oder "Rollenerwartungen", vor denen der Erwachsene steht, lassen viel mehr Spielraum, als es etwa im Schulunterricht selbst im günstigsten Falle möglich ist.)

Wir haben versucht, Ziffern für den Behinderungsgrad anzugeben, der die Schul-Behinderten im Erwachsenen-Alter erwartet. Wenn wir diese Prozentsätze nun zusammenfassen, dann ist es wohl zweckmäßig, die "Erziehungsschwierigen" auszuklammern, weil wir für sie besonders wenig Anhaltspunkte haben. Ferner werden im allgemeinen die entsprechenden sozialen Rollen - Kriminelle, Geisteskranke - nicht zu den Behinderten gerechnet. Wenn wir die Prozentsätze der übrigen Behinderten zusammenfassen und die erforderliche Korrektur für Mehrfachbehinderungen anbringen, kann man vielleicht schätzen, daß im Erwachsenen-Alter 0,75 % Schwerbehinderte und 1,25% Leichtbehinderte übrig bleiben. Die restlichen 6 % würden vielleicht zum Teil noch leichte Mängel der Aussprache oder des Redeflusses, der Rechtschreibung und der Intelligenz (im Sinne der "physiologischen Dummheit") aufweisen, zum Teil aber auch völlig unauffällig sein. Jedenfalls dürfte die wirtschaftliche und soziale Selbständigkeit dann, wenn die Wirtschaft einigermaßen floriert und mehr oder weniger "Vollbeschäftigung" aufweist, kein großes Problem bilden.

Was ergibt sich daraus nun für unsere Frage nach der Relevanz der Prozentsätze der einzelnen Schulbehinderungsarten für die Veränderungen der Zahl der Behinderten insgesamt?

1) Abgesehen von den "Erziehungsschwierigen", denen im Erwachsenen-Alter (neben einigen kleineren Gruppen) die Kriminellen einerseits, die Geisteskranken andererseits entsprechen, dürften 0,75 % Schwerbehinderte und 1,25 % Leichterbehinderte aus den ( 8,0 minus 2,0 gleich 6 %)entsprechenden Schulbehinderten hervorgehen; bei den restlichen 4 % der Schulbehinderten dürften im Erwachsenen-Alter keine Behinderungen mehr übrig bleiben.

2) Als Schwerbehinderte bleiben die Blinden, Gehörlosen, geistig Behinderten (lebenspraktisch Bildungsfähigen), Körperbehinderten und chronisch Kranken. Als Leichterbehinderte, die aber mehr oder weniger wirtschaftlich und sozial selbständig werden, lassen sich die Sehbehinderten, Hörbehinderten und vielleicht ein Viertel der Lernbehinderten betrachten. Diese Gruppen, die schätzungsweise 0,75 % bzw. 1,25 % der Bevölkerung ausmachen, sind für die Frage der Zahl der Erwachsenen-Behinderten relevant.

Wie steht es mit der Zuverlässigkeit dieser Ziffern?

Sie beruhen auf Beobachtungen und Erfahrungen, die von engagierten Sonderschul-Fachleuten an ihren ehemaligen Schülern gemacht wurden, sowie auf longitudinalen und

Untersuchungen an Stichproben ehemaliger Sonderschüler, die meist im Rahmen von wissenschaftlichen Hausarbeiten durch angehende Sonderschullehrer durchgeführt wurden. Da Arbeiten dieser Art sehr mühsam sind, wurde diese Arbeitsrichtung nicht so gepflegt, wie es nötig gewesen wäre. Als Desiderat Nr.1 möchten wir daher vorschlagen, a) ein kritisches Sammelreferat dieser Bemühungen unter Benutzung der Archive der Sonderschullehrer-Ausbildungsstätten zu erstellen und b) systematische Untersuchungen anzuregen, welche die Verhältnisse in der Gegenwart besonders berücksichtigen - in der Vergangenheit hat es ja die Vollbeschäftigung, die sich besonders für Behinderte günstig auswirkt, in unserem Lande nur sporadisch gegeben.

Die gegebenen Ziffern sind natürlich nur als vorläufig zu betrachten. Immerhin vermitteln sie einige Vorstellungen von den Größenordnungen, um die es geht. (Man hat den Eindruck, daß unser Problem gegenwärtig, wenn überhaupt, ganz ohne eine solche Vorstellung behandelt wird.)

1. 2.2.2.2 Welche Aussichten für Veränderungen bestehen bei den relevanten Schul-Behinderungs-Arten?

Nachdem wir einige Vorfragen zu klären versucht haben, gelangen wir jetzt zu der ersten Hauptfrage unserer Expertise, der Frage nach den Veränderungen der Zahl der Behinderten.

Welche Wege zur Beantwortung dieser Frage stehen zur Verfügung? Soviel wir sehen können, sind es zwei: Wir können erstens die wichtigeren ätiologischen Faktoren daraufhin prüfen, welche Veränderungstendenzen ihre Auswirkungen zeigen, und zweitens zusehen, welche Veränderungen die Aufnahmestatistik von geeigneten sonderpädagogischen Einrichtungen zeigt. Als "geeignet" sind dabei solche Einrichtungen zu betrachten, die ein festes Einzugsgebiet besitzen und bei denen der Grad der Erfassung der behinderten Kinder ihrer Sparte so hoch ist, daß er eine Konstante bildet. (Wir haben gesehen, daß dies in der Bundesrepublik für die sonderpädagogischen Einrichtungen insgesamt noch nicht zutrifft. Eine Ausnahme bilden jedoch die Sonderschulen für Blinde und Gehörlose, die ja auch, wie wir gesehen haben, für unsere Fragestellung durchaus relevant sind.)

Wenden wir uns zunächst den Blinden zu. Herr Direktor HEIL, Leiter der Sonderschule für Blinde in Friedberg, war so liebenswürdig, uns eine Aufstellung der Schülerzahlen, die seine Schule zu Beginn jedes Schuljahrs ab 1951 aufwies, zur Verfügung zu stellen (Tabelle 8).

Tabelle 8 Die Schülerzahlen der Sonderschule für  
Blinde in Friedberg (Hessen) von 1951-1971

Schuljahr	Schülerzahl zu Beginn d. Schuljahrs	Bemerkungen
1951	69	
1952	64	
1953	63	
1954	56	
1955	58	
1956	59	
1957	60	
1958	57	
1959	52	
1960	53	
1961	65	
1962	59	
1963	66	
1964	67	
1965	70	Ostern
1966	84	Dezember; von hier
1967	78	1. August ab mit Vorklasse
1968	85	
1969	82	
1970	91	
1971	91	

Zur Würdigung dieser Tabelle muß man sich zunächst einmal klarmachen, daß der Anteil der blinden Schüler an der Schulpopulation sehr niedrig ist (0,016 % - siehe Tabelle 5). Die Friedberger Sonderschule für Blinde ist die einzige Schule ihrer Art in dem Land Hessen; sie wird von praktisch allen blinden Schülern, die es im Land Hessen gibt, besucht. (Vor 1951 waren die Zahlen nicht vergleichbar: Hessen hat erst nach 1945 seine heutigen Grenzen erhalten, so daß das Einzugsgebiet der Schule anders abgegrenzt war, was sich natürlich auch auf die Schülerzahl auswirkt.)

Die Veränderungen, welche die Schülerzahl im Laufe der letzten beiden Jahrzehnte erfahren hat, repräsentieren nicht nur die Veränderungen der Zahl der blinden Schulkinder in Hessen; wie Direktor Heil versicherte, finden sich ähnliche Kurven in allen deutschen Sonderschulen für Blinde. Man kann also die Ziffern von Tabelle 8 als repräsentativ für alle blinden Schulkinder in der Bundesrepublik betrachten.

Wenn man sich die Ziffern in einer Kurve geschrieben vorstellt, dann würden sie zunächst einmal bis 1959 einen Abstieg darstellen. Dieser Kurven-Abfall erklärt sich dadurch, daß eine Blindheits-Ursache, die mit un-mittelbaren oder mittelbaren Kriegseinwirkungen (z.B. Erblinden infolge Spielen mit herumliegenden Sprengkörpern) fortgefallen ist.

Seit 1960 steigt jedoch die Kurve an. Herr Direktor HEIL nannte drei Faktoren, die dies Ansteigen bewirken<sup>t</sup>:

- 1) die Bevölkerung des Landes Hessen hat zugenommen;
- 2) der Schulunterricht ist verlängert worden, nach unten um eine Vorklasse, nach oben um ein neuntes und zum Teil um ein zehntes Schuljahr. -

Diese beiden Faktoren erklären aber nicht die gesamte Zunahme. Es gibt noch einen weiteren Faktor, der nun von besonderem Interesse für uns ist: Viele Kinder mit Seh-schäden, die früher schon in der frühesten Kindheit gestorben wären, überleben heute, z.B. viele Frühgeburten und Kinder, deren Hirntumoren jetzt mit größerem Erfolg durch chirurgische Eingriffe behandelt werden können. Hier haben wir also eine reelle Zunahme von Behinderten vor uns. Die Zunahme, die auf diesen Faktor zurückzuführen ist, spielt eine erhebliche Rolle im Rahmen der Gesamt-Zunahme, die 38 Schüler, also gut sieben Zehntel der Schülerzahl von 1960 beträgt.

Wie steht es nun mit den Gehörlosen?

Wir haben Herrn Direktor PETZOLDT, den Leiter der hessischen Sonderschule für Gehörlose, die sich ebenfalls in Friedberg (Hessen) befindet, um eine analoge Aufstellung gebeten. Leider konnte er sie noch nicht fertigstellen. Sein persönlicher Eindruck geht jedoch in die gleiche Richtung wie bei den Blinden. Auch die Gehörlosen haben in den letzten Jahren eine reelle Zunahme zu ver-

zeichnen. (Eine Aufstellung will Herr Direktor Petzoldt zur Verfügung stellen, sobald es ihm möglich ist.)

Gern würde man auch Näheres über das Ausmaß der Zunahme von Blinden und Gehörlosen erfahren. Es wäre erwünscht, darüber gründlichere Untersuchungen an möglichst vielen Sonderschulen für Blinde und Gehörlose in der Bundesrepublik anzustellen. *(Sonderamt Nr. 2.)*

Die Blinden und Gehörlosen dürften die einzigen Behinderten-Gruppen darstellen, bei denen wir mit Hilfe der Schulstatistik weiterkommen können. Denn in allen anderen Sonderschul-Arten ist man in der Bundesrepublik noch längst nicht zu dem optimalen Grad der Erfassung der betreffenden behinderten Kinder gelangt, die für unsere Zwecke nötig wäre; noch viel weniger kann davon die Rede sein, daß dieser optimale Erfassungsgrad schon eine genügende Anzahl von Jahren bestünde.

Wir müssen also versuchen, den Weg über eine Diskussion der ätiologischen Faktoren zu beschreiten. Dies Unterfangen ist nicht ganz so schwierig, wie es aussieht, da bei relevanten Behinderungs-Arten cerebrale Schädigungen eine große Rolle spielen.

Das gilt besonders für die Körperbehinderten. Es betrifft allerdings nicht die Opfer der Poliomyelitis. In den Sonderschulen für Körperbehinderte treten diese allerdings nur seltener in Erscheinung.

Wenden wir uns nun dem zweiten Weg zu, eine Antwort auf unsere Frage nach Veränderungen der Behinderten-Zahl zu erhalten: dem Weg über die ätiologischen Faktoren. Man müßte so vorgehen, daß man die ätiologischen Faktoren aller im oben gekennzeichneten Sinne relevanten, d.h. häufigen Behinderungen daraufhin prüft, ob sie eine Veränderungstendenz aufweisen, und gegebenenfalls in welcher Richtung sich diese Veränderungstendenz auswirken könnte. Das wäre eine große Aufgabe für sich. Hier ist es nicht möglich, diese Aufgabe auch nur einigermaßen hinreichend zu bewältigen. Das wird z.B. besonders deutlich, wenn man sieht, wie vorsichtig die Autoren des neuen Lehrbuchs der Kinder- und Jugendpsychiatrie (1971, herausgegeben von HARBAUER, LEMPP, NISSEN und STRUNK) sich äußern, wenn es um die Ätiologie der verschiedenen Behinderungen geht.

Wir möchten daher als Desiderat Nummer 3 postulieren, daß das bekannte Wissen über die Ätiologie der relevanten Behinderungen unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeits-Änderung kritisch referiert wird.

Wenn wir z.B. die Körperbehinderten ins Auge fassen, dann ist bekannt, daß die Opfer der Poliomyelitis in den letzten Jahren stark abgenommen haben. (In den Sonderschulen findet man heute schon nur wenige Post-Poliomyelitiker, was allerdings in der Hauptsache auf den Umstand zurückzuführen ist, daß Kinder mit dieser Behinderung, die ja die geistige Leistungsfähigkeit nicht so

stark in Mitleidenschaft zieht, nur selten sonderschulbedürftig sind. Da ihre Motorik aber nicht selten gestört ist, so daß wir es dann mit Kindern und Jugendlichen, die ausgesprochen behindert sind, zu tun haben, sehen wir, daß hier das Kriterium der Sonderschulbedürftigkeit nicht ausreicht.

Ein anderes Bild in statistischer Hinsicht ~~xxx~~ bieten die Dismelie-Kinder. Sie bilden eine Welle, die sozusagen langsam durch die Jahrgänge rollt.

Wenn man von selteneren Fällen (z.B. Muskeldystrophie) absieht, fallen die Cerebralparetiker ins Auge. Mit 0,2 % ihrer Jahrgänge stellen sie eine große Zahl dar, mit deren Ätiologie man sich besonders beschäftigen müßte. Es ist zu vermuten, daß diese Zahl ebenso wie die der Blinden und Gehörlosen im Wachsen begriffen ist, da es sich auch hier um Restzustände nach schweren Erkrankungen handelt, deren Überlebens-Chance gewachsen ist, aber um den Preis bleibender Defekte.

Schwer ist zu sagen, wie sich die Zahl der Kinder, die Straßenverkehrs-Unfälle mit erheblichen Defekten überleben, entwickeln wird.

Alles in allem sind die Körperbehinderten ein Musterbeispiel dafür, welche verschiedenartigen Veränderungstendenzen sich bei einer Behinderten-Gruppe auswirken können. Da ist es wirklich nicht leicht, die Frage zu beantworten,

ob der Prozentsatz der Körperbehinderten insgesamt zu- oder abnimmt. Vielleicht würde sich, wenn man über die Veränderungen aller Komponenten Bescheid wüßte, folgende Kurve ergeben: Am Ende des zweiten Weltkriegs eine große Zahl von körperbehinderten Kindern (viele Kriegsoffer, Post-Poliomyelitiker, auch Fälle von Knochen- und Gelenk-Tuberkulose usw.), dann langsame Abnahme ( infolge des Älterwerdens der Kriegsoffer, und der Fortschritte der Tuberkulose-Therapie), wieder Anstieg im Zusammenhang mit der Contergan-Katastrophe, der aber langsam wieder abebbt, dafür langsame Zunahme der Cerebralparetiker. Im Gegensatz zu den Blinden wäre die Gesamtzahl der Körperbehinderten heute noch niedriger als etwa 1950, aber qualitativ ist eine Verschlechterung zu vermuten, da die geistigen Fähigkeiten durch cerebrale Schäden in der Regel stärker in Mitleidenschaft gezogen werden als durch Poliomyelitis und Tuberkulose. Für die Zukunft könnte man damit rechnen, daß die Cerebralparetiker weiter zunehmen. - in Analogie zu den Blinden, bei denen auch die zentralen Sehschäden immer mehr in den Vordergrund treten.

Die größte Gruppe der Behinderten, deren Behinderung auch im Erwachsenen-Alter fortbesteht, sind mit 0,5 % die geistig Behinderten (wir sprachen von "lebenspraktisch Bildungsfähigen" ). Dafür, daß sie nicht aussterben, sorgt die Tendenz zur Zunahme von cerebralen Schäden, die wir bei den Blinden festgestellt haben und die auch

bei Gehörlosen und Körperbehinderten wahrscheinlich ist. Die Post-Encephalitiker stellen ohne Zweifel einen großen Anteil an den Imbezillen. Diese Untergruppe würde also noch zunehmen, wenn die Regel, daß heute viele Kinder mit einem Hirndefekt überleben, die in früheren Zeiten gestorben wären, stimmt. Wenn wir wieder von weniger häufigen Schwachsinn-Ursachen wie Anomalien des Stoffwechsels und der inneren Sekretion sowie auch perinatal erworbenen Schäden absehen, stoßen wir auf die Trisomie 21-Fälle (häufiger unter der unzutreffenden Bezeichnung "Mongolismus" oder dem Namen des Erfinders dieser Bezeichnung, LANGDON-DOWN bekannten) Schwachsinnform, die im Schulalter 20 bis 30 Prozent sämtlicher Imbezillen ausmacht. Es handelt sich um eine Chromosomen-Anomalie, die seltener vererbt, häufiger aber ohne irgendetwelche familiäre Belastung auftritt, deren Häufigkeit aber eine ausgesprochene Korrelation mit dem Alter der Mutter aufweist. Es ist nicht ausgeschlossen, daß Verhütungsmaßnahmen bei dieser Schwachsinnform Erfolg haben und den Anteil der Trisomie 21-"Geburten" effektiv senken: Diese Maßnahmen könnten erstens in einer gründlichen eugenischen Beratung bestehen, die vor allem darauf hinausläuft, die Zeugung erblicher Fälle dieser Form zu unterbinden; zweitens müßte das generative Verhalten der Bevölkerung so modifiziert werden, daß ältere Frauen möglichst keine Kinder mehr zur Welt brächten; und drittens könnten Maßnahmen daran anknüpfen, daß es gegen-

wärtig möglich geworden zu sein scheint, Trisomie 21 bereits im ersten und zweiten Schwangerschaftsmonat zu diagnostizieren (Medical Tribune) <sup>(Nov. 1971)</sup>. Auf diese Weise könnte es vielleicht möglich werden, wenigstens die Trisomie 21-Fälle wesentlich zu reduzieren, so daß möglicherweise die Zunahme der Post-Encephalitiker und anderer Hirngeschädigten, kompensiert würde, mindestens für einige Zeit.

In prinzipiell ähnlicher, natürlich sehr differenzierterer Weise müßten die chronisch kranken Kinder untersucht werden: Dabei handelt es sich um Diabetes mellitus, Angiokardiopathie, Zöliakie, Migräne, Anfallskrankheiten, Autismus, Bronchialasthma, usw.

Außerdem dürfen nicht die Seh- und Hörbehinderten vergessen werden, die ja zahlenmäßig erheblich ins Gewicht fallen. Ätiologisch dürften sich besonders die Sehbehinderten erheblich von Blinden unterscheiden. -

Wenn man auf diese Überlegungen, deren Vorläufigkeit noch einmal betont sei, zurückblickt, dann wird auf jeden Fall deutlich, daß die Dinge komplizierter liegen, als man zunächst annehmen möchte. Es ist keinesfalls angängig, nur von allgemeinen Erwägungen auszugehen. Wenn auch allgemeine Gesichtspunkte nicht vernachlässigt werden dürfen, so kommt man doch nicht umhin, auch auf Einzelheiten einzugehen, wo es indiziert ist. -

### 1.2.3 Zusammenfassung von Abschnitt 1.2

Wir haben gesehen: Für zwei Behinderten-Arten ist etwas über die Veränderung der Behinderten-Zahl aus der Schul-Statistik zu entnehmen: für die Blinden und für die Gehörlosen. Die Anzahl beider Behinderten-Gruppen nimmt in den letzten Jahren zu. Von 1961 bis 1971 betrug die Zunahme der Schülerzahl einer Sonderschule für Blinde, die als repräsentativ für die Bundesrepublik gelten darf, 70 Prozent. Diese Zunahme kam durch drei Faktoren zustande: erstens Wachstum der Bevölkerung des Einzugsgebiets, zweitens Verlängerung der Schulzeit und drittens eine reelle Zunahme der blinden Schüler. Diese Zunahme war auf die Tatsache zurückzuführen, daß im letzten Jahrzehnt mehr Kinder schwere Leiden wie z.B. cerebrale Tumoren überlebten, als es früher der Fall war. Eine ähnliche Entwicklung zeigte sich bei den Gehörlosen.

Es ist zu vermuten, daß Entwicklungen, die an sich bekannt sind (Abnahme der Poliomyelitis und der Knochen- und Gelenks-Tuberkulose) zunächst zu einer Abnahme der Körperbehinderten geführt haben, die durch die Contergan-Katastrophe für einige Zeit aufgehalten oder sogar in das Gegenteil verkehrt worden sein könnte. Das Überleben mit Hirnschaden, das wir heute bei manchen schweren Erkrankungen beobachten, müßte indessen langfristig zu einer weiteren Zunahme der Cerebralparetiker führen.

Dies müßte auch bei den geistig Behinderten (Imbezillen, pädagogisch "lebenspraktisch Bildungsfähigen") dazu führen, daß aussichtsreiche Verhütungsmaßnahmen, die die Zahl der

Kinder mit Trisomie 21 reduzieren könnten, in absehbarer Zeit kompensiert würden.

Es wird vorgeschlagen, diese Hypothesen nachzuprüfen und in ähnlicher Weise auch zu untersuchen, ob entsprechende Änderungstendenzen bei den chronisch Kranken, den Seh- und Hörbehinderten sowie den Lernbehinderten eine Rolle spielen.

Bei den Lernbehinderten - das sei hier nachgetragen - nimmt man gegenwärtig sehr stark an, daß die Ätiologie weitgehend durch Umweltschäden bedingt ist. Darunter spielen erstens leichtere cerebrale Defekte eine Rolle. Außerdem dürften auch psycho-soziale Momente beteiligt sein. Daß es leichter ist, psycho-soziale Ursachen nachzuweisen, als zu beseitigen, zeigt der vorläufig noch geringe Erfolg der amerikanischen Head-Start-Programme.

### 1.3 Zusammenfassung des statistischen Teils

- 1.0. Die statistischen Unterlagen, die zur Verfügung stehen, sind spärlich, die Fehlerquellen dagegen groß und zahlreich.
- 1.1. Das Statistische Bundesamt (CHRISTIAN) hat eine Vorausschätzung der Behindertenzahl bis zum Jahre 2000 gegeben, nach der die Behindertenzahlen der Geschlechter sich annähern und der Altersaufbau eine Form annehmen soll, die etwa einer umgekehrten Pyramide entspricht. Mängel dieser Vorausschätzung bestehen u.a. darin, daß sie von subjektiven Angaben über Behinderungen ausgeht, und daß Veränderungen der Behinderungsursachen nicht in Betracht gezogen werden.
- 1.2. Objektivere Daten und ätiologische Anhaltspunkte liegen für behinderte Kinder vor. Aus der gegenwärtigen gesamten Schülerzahl der Sonderschulen für behinderte Kinder läßt sich jedoch nichts für Veränderungen der Behindertenzahl entnehmen, da der Grad, in dem die Sonderschulen die behinderten Kinder erfassen, noch sehr im Fluß ist.

Man kann schätzen, daß im Erwachsenenalter von den Schulbehinderten etwa 0,75 % der Bevölkerung als Schwerbehinderte (Blinde, Gehörlose, geistig Behinderte, Körperbehinderte, chronisch Kranke) und 1,25 % als leichter Behinderte (hauptsächlich Seh-

behinderte, Hörbehinderte, Debile) übrig bleiben. (Dabei wurden die "Erziehungsschwierigen", die im Erwachsenenalter nicht als Behinderte, sondern als Kriminelle und Geisteskranke erscheinen, ausgeklammert.) Zwei Drittel der behinderten Kinder dürften <sup>als Erwachsene</sup> teils durch heilpädagogische <sup>(Behandlung in der Kindheit)</sup> Einwirkungen, teils auch einfach infolge der anderen Verhaltens-Erwartungsnormen als Erwachsene unauffällig werden.

Als Hauptergebnis in Bezug auf die schweren Behinderungen ist zu betrachten: Die Zahl der Blinden und Gehörlosen hat im Laufe des letzten Jahrzehnts wahrscheinlich zugenommen; sie dürfte weiter wachsen.

Für die Körperbehinderten ist anzunehmen: Nachdem sich die Abnahme der Poliomyelitis, der Knochen- und Gelenk-Tbc. und der Dysmelie ausgewirkt hat, dürfte der ätiologische Faktor, der aus dem häufigeren Überleben mit Hirnschaden bei schweren Erkrankungen resultiert, zu einer Zunahme der Cerebralparetiker und damit auch der Körperbehinderten überhaupt führen.

Bei den geistig Behinderten ist einerseits damit zu rechnen, daß Verhütungsmaßnahmen (besonders bei Trisomie 21) einigen Erfolg haben werden. Auf die Dauer dürfte jedoch der soeben erwähnte ätiologische Faktor auch bei dieser stärksten Gruppe der Schwerbehinderten eine Zunahme bewirken.

Was die leichteren Behinderungen angeht, läßt sich nicht viel sagen. Die Debität könnte auf lange Sicht vielleicht abnehmen, wenn es gelingen sollte, über den Nachweis ihrer häufigen sozialen Bedingtheit hinaus zu effektiven Maßnahmen vorzustoßen.

Für die Seh- und Hörbehinderten konnten keine Änderungstendenzen ermittelt werden. -

Insgesamt ist als Ergebnis unserer Beschäftigung mit den "Schulbehinderten" zu betrachten, daß deutliche Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die schwerbehinderten Kinder und damit auch die von Kindheit an schwerbehinderten Erwachsenen langsam zunehmen dürften, insbesondere die Blinden, Gehörlosen und Cerebralparetiker.

Diese Zunahme dürfte die "Spitze" der "umgekehrten Pyramide", die der Altersaufbau der Behinderten ( ohne die Kriegsbeschädigten) darstellt, mit der Zeit verbreitern und besonders die jüngeren Jahrgänge der Erwachsenen treffen.

1.4 Schlußfolgerungen aus dem statistischen Teil  
Wir haben gesehen, daß 0,75 % jedes Jahrgangs, der neu ins Erwachsenenalter eintritt, schwerbehindert sind; dieser Satz wird voraussichtlich langsam zunehmen. Weitere 1,25 % sind leichter behindert. (Die Vorläufigkeit dieser Zahlen braucht nicht noch einmal betont zu werden.)

Was bedeutet das für unsere Frage nach der Veränderung der Gesamtzahl der Behinderten? Nun, diese 2 % stellen keineswegs sämtliche erwachsenen Behinderten dar. Schon die Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes ergaben, daß 1966 von 1000 Männern 98, von 1000 Frauen 40 sich selbst als behindert bezeichneten. Das waren die "subjektiv Behinderten". CHRISTIAN fand, daß die Teilgruppe, die sich als kriegsbeschädigt bezeichnete, verglichen mit den amtlichen Unterlagen zu niedrig war; daß auch die Zahl der subjektiv Behinderten unter 15 Jahren in Wirklichkeit erheblich höher liegt, als das Statistische Bundesamt fand, haben wir oben nachgewiesen. Es ist durchaus wahrscheinlich, daß die Sätze für Behinderte, die das Statistische Bundesamt fand, insgesamt mehr oder weniger hinter den tatsächlichen Verhältnissen zurückbleiben.

Daraus ergibt sich unser Desiderat Nummer 4: Es müßte versucht werden, das Zahlenmaterial über

bestimmte Behinderten-Gruppen, etwa die Beschädigten nach dem Bundesversorgungsgesetz oder die Unfallverletzten nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung sowie die Zahlen der Behinderten-Verbände über Sondergruppen auszuwerten. Besonders erwünscht, wenn auch etwas kostspielig, wäre es, Feld-Erhebungen in bestimmten abgegrenzten, vielleicht nicht einmal großen Bezirken, die einigermaßen überschaubar sind (Großstadtviertel eignen sich weniger dazu), durchzuführen. <sup>(Birkhoff Nr. 5).</sup> Dazu müßte die aktive Mitarbeit der Bevölkerung gewonnen werden. An der Leitung müßten Ärzte beteiligt werden, die in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Gesundheitsamt dann, wenn es zur Klärung der Sachlage für nötig erscheint, auch selbst Untersuchungen durchführen; im übrigen müßten hauptsächlich Studierende der Medizin herangezogen werden. Die Mitarbeit der praktizierenden Ärzte, die in den betreffenden Bezirken tätig sind, wäre von ganz besonderer Bedeutung. Sicher würde es nicht leicht sein, all die Schwierigkeiten, die sich aus mancherlei Befürchtungen der Bevölkerung, der zuständigen Ärzte usw. ergeben, zu überwinden. Ein wesentliches Mittel, diesen Schwierigkeiten zu begegnen, würde sein, daß man nicht mehr fragt, als unbedingt für den Untersuchungszweck nötig ist.

So lange nicht bessere Zahlen vorliegen, müssen wir uns mit dem <sup>KE)</sup> <sup>W</sup> helfen, was wir haben. Und das ist:

- a) 0,75 % Schwerbehinderte, die den Erwachsenen aus der Kindheit zufließen, dürften langsam zunehmen.
- b) Mit mindestens 64 auf 1000 Einwohner, also 6,4 % Behinderten ist im Jahre 1970 zu rechnen (siehe Tabelle 3).
- c) Nach der Vorausschätzung des Statistischen Bundesamts ist mit einer Abnahme der Gesamtzahl der Behinderten zu rechnen, wenn man von den Faktoren, welche die Behindertenzahl beeinflussen, nur die voraussichtliche Abnahme der Kriegsbeschädigten berücksichtigt.
- d) Erwünscht wäre, die Anhaltspunkte für die Auswirkung ätiologischer Faktoren, die vorhanden sind, nachzuprüfen.

Nicht nur im Kindesalter - wie wir gesehen haben - sondern auch natürlich bei Erwachsenen macht sich der Effekt bemerkbar, daß immer mehr Erkrankte infolge der Fortschritte der medizinischen Forschung zwar ihr Leben behalten, aber um den Preis einer ernsteren Behinderung. Beispiele sind:

Die moderne Therapie der Leberleiden, die nach Abklingen der akuten Erscheinungen vielfach eine erhebliche Einschränkung der Leistungs-

fähigkeit, Diät und die Notwendigkeit laufender ärztlicher Überwachung mit sich bringt;

trotz der Fortschritte der Diabetes mellitus - Therapie gehören auch manche Fälle dieser Krankheit dazu;

immer mehr Patienten überleben ihren Herzinfarkt müssen aber weiterhin so viel Rücksicht auf ihre Gesundheit nehmen, daß die Leistungsfähigkeit ernsthaft eingeschränkt ist;

Herz-Rhythmus-Störungen verlieren ihren Leben bedrohenden Schrecken, wenn man einen Herzschrittmacher implantiert, andererseits wird aber der Variationsbereich der Kreislaufbelastung erheblich eingeengt;

Querschnittsläsionen des Rückenmarks, die sich hin und wieder bei Verkehrsunfällen ergeben, führen nicht mehr so oft zum Tode wie früher, aber zu schwerer Behinderung.

Diese Beispiele ließen sich vermehren. Es ist gegenwärtig schwer zu sagen, wie stark sie sich auf die Gesamtzahl der Behinderten auswirken werden. Vor allem ist auch eine Prognose darüber kaum möglich, wie sich die Bestrebungen zur Verhütung von Berufskrankheiten, Arbeits- und Straßenverkehrs-Unfällen sowie sonstigen Unfällen in Zukunft auswirken werden. Und davon hängt die künftige Entwicklung der Behindertenzahl ebenfalls ab. (Für die Größen-Relationen vergleiche Tabelle 1).

Jedenfalls besteht trotz der Abnahme der Kriegsbeschädigten kein Anlaß dazu, die künftige Entwicklung der Behindertenzahl optimistisch einzuschätzen. Wir werden auch weiterhin mit einer großen Zahl von Behinderten zu rechnen haben; es sind sicher mehr als die 4,1 Millionen, welche die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes ergeben haben.

## 2.0 Zur ~~Adaptation~~ und Integration der Behinderten.

Die Behinderten von heute stellen eine soziale Minorität dar, deren ernste Probleme keineswegs gelöst sind, wie wir sehen werden.

Das Wort "Behinderte" ist noch nicht alt, zumindest nicht in seiner gegenwärtigen Bedeutung. Diese Bedeutung ist maßgeblich durch das Bundes-Sozial-Hilfe-Gesetz festgelegt. Behinderungen bestehen in erheblichen Beeinträchtigungen bestimmter Funktionen; diese Beeinträchtigungen dürfen nicht nur vorübergehender Art sein. Es kann sich dabei um Beeinträchtigungen der körperlichen, aber auch der geistigen oder der seelischen Kräfte handeln.

Es liegt auf der Hand, daß Behinderte hilfsbedürftig sind. Die meisten sind durch den Unfall oder durch die Krankheit, welche die Behinderung verursachten, aus ihrer beruflichen Laufbahn herausgeworfen worden. Besonders nach dem ersten Weltkrieg bemühte man

sich, zunächst die Kriegsbeschädigten, die sich in ihrem alten Beruf nicht mehr betätigen konnten, in einen neuen Beruf einzugliedern. Mit der Zeit wurden diese Bestrebungen aber auch auf Opfer von Unfällen und Erkrankungen ausgedehnt. Die US-Amerikaner faßten sie als "Rehabilitation" zusammen. Im Anschluß an den ersten Weltkrieg schufen sie 1920 ein Bundesgesetz, das "Vocational Rehabilitation Act" hieß und Eingliederungshilfen aus öffentlichen Mitteln ermöglichte. Diese Hilfen kamen außer den Kriegsoffern auch anderen Leistungsgeminderten zugute. Sie wurden später immer mehr ausgebaut. Nach JOCHHEIM sind in den 50er Jahren durchschnittlich 58.000 bis 60.000 Behinderte Amerikaner durch Rehabilitations-Maßnahmen wieder in Arbeit und Brot gebracht worden, von denen im Berichtjahr 1954/55 zwei Drittel vorher vollständig arbeitslos gewesen waren.

Mit Rehabilitations-Maßnahmen hat man in den Vereinigten Staaten überraschend gute Erfahrungen gemacht. Infolgedessen wurde der Kreis der Rehabilitanten im Laufe der Zeit immer mehr ausgedehnt, über die Körperbehinderten im engeren Sinne hinaus auf viele andere Patienten, die einen Schaden von einer akuten Krankheit her zurückbehalten hatten, z.B. Lungentuberkulose und Rheumatiker, Herz- und Kreislaufkranke, Geisteskranke usw.

Nach dem zweiten Weltkrieg kam das Wort "Rehabilitation" auch nach Deutschland. Allerdings waren Maßnahmen, die zur Rehabilitation gehören, in Deutschland keineswegs neu. Bereits 1844 forderte Ritter v. BUSS in seinem "System der Armenpflege" Maßnahmen, die man heute zur Rehabilitation rechnen würde. Ja, schon 1823 hat der Arzt J.B. BLÖMER in Berlin eine Heilanstalt für Erwachsene errichtet; in dieser versorgte er die Behinderten ärztlich, ließ sie unterrichten und half ihnen, einen neuen passenden Beruf zu erhalten. Als das Fach Orthopädie entstand und sich ausdehnte, sah man bald, daß die ärztlichen Maßnahmen ergänzt werden mußten. Das hat besonders der große Orthopäde BIESALSKI in Wort und Tat vertreten. Näheres darüber in dem Buch von LINDEMANN: "50 Jahre Körperbehindertenfürsorge in Deutschland". Man hätte also eigentlich keine neue Bezeichnung aus dem Ausland einzuführen gehabt. Trotzdem wurde die Bezeichnung "Rehabilitation" in den 50er und 60er Jahren bei uns viel benutzt. Unter dieser Devise wurden Maßnahmen zur Wiedereingliederung oder Neueingliederung in den Beruf für die Behinderten aller Arten, sogar die entlassenen Geisteskranken eingeführt. Auch in der Heilpädagogik sprach man von Rehabilitation - gilt es ja dort, Kinder, die durch eine Erkrankung oder einen genetischen

Schaden aus ihrer Entwicklungsbahn herausgeworfen sind, so weit wie möglich wieder einzugliedern (von BRACKEN 1963).

Allerdings ließ sich das Unbehagen an der Vorsilbe "Re-" nicht überwinden. Man probierte es dann mit dem Wort Habilitation, das aber bereits mit einer anderen Bedeutung verbunden ist.

Infolgedessen dürfte sich der soziologische Terminus "Integration", der alle diese Mängel nicht hat, für unsere Zwecke empfehlen. Er stellt aber nicht etwa nur einen bloßen Ausweg dar. Er bringt vielmehr eine willkommene Akzent-Verschiebung. Er bedeutet, daß es mit "Arbeit und Brot" für den Behinderten nicht getan ist, wenn, wie es sich in der Rehabilitations-Praxis schon längere Zeit durchgesetzt hat, nach Möglichkeit ein "sozialer Abstieg" vermieden wird, - vielleicht sogar das Umgekehrte erreicht wird, wie es z.B. das ausgesprochene Ziel der Arbeit des Berufsförderungswerks Heidelberg ist.

Nein, der Behinderte soll von seiner sozialen Außenseiter-Rolle als Behinderter befreit werden. Er soll wieder ein Mensch werden wie andere auch. Kurz, der Akzent rückt nun immer mehr auf die "soziale Eingliederung". SCHULTHEIS formuliert S. 13: "Integration soll die optimale Verschmelzung, ein totales Einbezogensein, Angenommen- und Akzeptiertwerden in personaler, sozialer und gesellschaftlicher Hinsicht bedeuten: als Mensch, Mitmensch,

Familienmitglied, Nachbar, Arbeitskamerad."

Diesen Gedanken hat SCHULTHEIS für die Blinden in seiner Dissertation "Die Integration der Blinden in historischer und systematischer Hinsicht" durchgeführt.

Wenn man die Blinden und die anderen Behinderten in dieser Weise integrieren will, dann stößt man auf das Begriffspaar Krankheit und Gesundheit. Krankheit und Gesundheit wurden bisher als strikte Gegensätze gesehen. Entspricht das aber den Tatsachen, wie sie zum Beispiel dem Arzt täglich begegnen? Gewiß muß der praktizierende Arzt sich täglich unzählige Male die Frage vorlegen, ob der Patient, der ihn aufsucht, arbeitsfähig ist oder nicht. Aber seine Erfahrung sagt ihm, daß es keinen absoluten Maßstab für Arbeitsfähigkeit gibt. Wer an seiner Arbeit hängt, wird mit Beeinträchtigungen seiner Gesundheit weiter zu arbeiten wünschen, vielleicht überhaupt nicht zum Arzt kommen, während derjenige, dem die Arbeit eine Qual ist, mit vergleichbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen sich "krank schreiben" läßt. Die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit sind fließend.

Wenn wir nun versuchen, den Behinderten zu integrieren, dann heißt das nichts anderes, als daß wir uns bemühen, ihn so viel wie möglich die "soziale Rolle

des Gesunden spielen zu lassen (FRANKE 1967).  
FRANKE hat vier Kennzeichen der "sozialen Rolle  
des Gesunden" angegeben (S.21): "Zu dieser Rolle  
gehört nämlich, daß

1. Der Gesunde imstande ist, seine personalen  
und sozialen Verpflichtungen zu erfüllen.  
Er ist adaptiert und integriert.
2. Der Gesunde die personale und soziale Frei-  
heit besitzt, die ihn von der Hilfe Dritter  
unabhängig macht.
3. Von ihm erwartet werden kann, sich wissend  
und eigenverantwortlich zu adaptieren und zu  
integrieren, d.h. die soziale Rolle des Ge-  
sunden anzunehmen und auszufüllen.
4. Von ihm erwartet wird, sich in Kooperation  
mit Fachkundigen das Wissen und die Verhal-  
tensmuster anzueignen, die es ihm ermöglichen,  
die soziale Rolle des Gesunden anzunehmen  
und auszufüllen."

Diesen Gesundheitsbegriff hat FRANKE aus dem Strukturwandel der Sozialhygiene und dem Panoramawechsel des sozialhygienischen Feldes abgeleitet und in vier Untersuchungen erprobt, welche folgende Themen betrafen:

- 1) Gesundheitsbegriff und Gesundheitsbild bei meinungsbildenden Gruppen.
- 2) Korrelationen zwischen Schulleistung, Sportleistung und Fehlzeiten.
- 3) "Physiologische Nivellierung" durch ergometrische Belastungsprüfungen der Korrelationen zwischen bestimmten schulischen Leistungen und einigen Symptomen des Gesundheitsverhaltens.
- 4) Epidemiologische Untersuchung an Kreislaufkranken zur Klärung soziosomatischer Zusammenhänge.
- 5) Das Informationsproblem in wissenschaftlichen Arbeiten.

Es gelang FRANKE, in diesen Untersuchungen die Bewährung seines neuen Gesundheitsbegriffs nachzuweisen.

Für uns ergibt sich nun die Frage, wie fruchtbar der neue Gesundheitsbegriff für das Behinderten-Problem ist.

Zu diesem Zweck wollen wir unter Zugrundelegung dieses Begriffs die Hindernisse besprechen, die sich einer Integration der Behinderten in den Weg stellen.

Wir wollen drei Gruppen von Rollen-Erwartungen diskutieren:

- 1) Welche Hindernisse ergeben sich grundsätzlich aus den Arbeits-Anforderungen, welche an Gesunde gestellt werden? Wieweit sind also Behinderte in der Lage, die Arbeit zu verrichten, die auch Gesunde tun?
- 2) Arbeit ist jedoch nicht eine individuelle, sondern eine soziale Angelegenheit. Es kommt für den Arbeitenden - ganz gleich wo er steht - darauf an, ein Verhältnis zu seinen Mitmenschen zu finden (von BRACKEN 1929; u. T. G. ~~KELLNER~~). Außerdem muß der Behinderte aber wie jeder andere Mensch auch außerhalb seiner beruflichen Tätigkeit mit Menschen zusammenleben. Die Bewältigung all dieser mitmenschlichen Anforderungen gehört zu den Rollen-Erwartungen, die an den Gesunden gestellt werden. Ist auch der Behinderte in der Lage, diesen sozialen Erwartungen zu entsprechen?
- 3) Neben Nachteilen bietet die Rolle, die der Behinderte gegenwärtig im Leben spielt, auch Vorteile. Ist der Behinderte bereit, auf

einige dieser Vorteile zu verzichten und die Rolle des Gesunden zu akzeptieren?

## 2.1 Arbeits-Anforderungen

FRANKE spricht von einer veränderten Realität, "in der Behinderte, Schwache, selbst chronisch Kranke in der sozialen Rolle des Gesunden leben können" (S.22).

In der Tat: Die Realität ist verändert. Es gibt ~~auch~~ genug Anzeichen dafür, daß sie sich auch weiterhin verändern wird.

Das gilt insbesondere für die Anforderungen, die an den - geistig oder körperlich - arbeitenden Menschen heute gestellt werden. Das wäre im einzelnen nachzuweisen. (Desiderat Nummer 6). Dabei wäre insbesondere auf die Möglichkeiten der behinderten Menschen einzugehen. Hier sollen nur einige Gesichtspunkte skizziert werden.

Natürlich sind wir nicht so vermessen, zu glauben, daß es nur eines neuen Gesundheitsbegriffes bedürfe, um Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft von Behinderten auf das Niveau von Gesunden zu heben. Andererseits liegen aber genügend Erfahrungen mit Kriegsbeschädigten vor, die man einmal unter sozialhygienischen Gesichtspunkten auswerten müßte. Bereits gegenwärtig muß ja jeder Betrieb Schwerbehinderte in einer bestimmten Quote beschäftigen,

wenn er nicht zu erheblichen finanziellen Leistungen herangezogen werden will. Die Erfahrungen, die bei dieser Gelegenheit gesammelt wurden, zusammenzustellen und auszuwerten, wäre eine verdienstvolle Aufgabe.

Natürlich sind auf diese Weise nicht alle Schwerbeschädigten vollwertige Mitarbeiter geworden. Aber es gibt - ganz abgesehen von unserer Problematik - in jedem Betrieb Arbeitsplätze mit hohen und weniger hohen Anforderungen. In unserer Zeit der Vollbeschäftigung ist es häufig sogar schwer, Kandidaten für manche Arbeitsplätze mit geringen Anforderungen zu finden.

In die Lücken, die auf diese Weise entstanden waren, sind vielfach Gastarbeiter eingesprungen. Aber werden wir, auf lange Sicht gesehen, mit dieser Hilfe rechnen können? Die Industrialisierung der Gastarbeiter-Länder macht rasche Fortschritte. Der Strom dieser Arbeitskräfte wird mit der Zeit schwächer fließen und schließlich versiegen. Wir werden uns freuen, wenn wir dann wieder mehr auf Behinderte zurückgreifen können.

Aber sind Behinderte nur für Arbeitsplätze mit geringeren Anforderungen geeignet? Die Erfahrungen der Bundesanstalt für Arbeit sprechen dafür, diese Frage zu verneinen. Diese Bundesanstalt hat ja einen dicken Katalog von Arbeitsplätzen herausgegeben, die für Behinderte der verschiedenen Arten in Frage kommen.

Darunter sind viele qualifizierte Arbeitsplätze.

Überhaupt muß man sich vor Augen halten, daß die Arbeits-Anforderungen sich erheblich ändern. Schwere Muskelarbeit, die zum Beispiel von Körperbehinderten nicht geleistet werden könnte, spielt selbst im Tief- oder Hochbau sowie in der Landwirtschaft nicht mehr die große Rolle, wie es früher der Fall war. Sie ist in weitem Umfang von Maschinen übernommen worden. Die Steuerung und Wartung dieser Maschinen ist dafür in den Vordergrund getreten. Es sind geistige Anforderungen - technisches Verständnis, Verantwortungsbewußtsein und Zuverlässigkeit - die heute eine größere Rolle spielen. Manche Behinderte können da gut ihren Mann stehen.

Nehmen wir die Blinden! Zu Beginn unseres Jahrhunderts gab es nichts für sie als die "klassischen" Blindenberufe: Korbflechten<sup>?</sup>, Bürstenmachen, usw. Seit über 50 Jahren haben sie die Möglichkeit, in der Marburger Blindenstudienanstalt mit Gymnasial- und Handelsschulzug sich auf qualifizierte Tätigkeiten vorzubereiten oder nach einem Hochschulstudium in akademischen Berufen etwas zu leisten. Zahlreiche Blinde haben inzwischen gezeigt, daß dies möglich ist (STREHL).

Und wie steht es mit den Gehörlosen? Wie WITTE nachgewiesen hat, hat die Gehör-Deprivation, unter der sie leiden, bei vielen von ihnen dazu geführt,

daß die "räumliche Intelligenz" sich besonders entwickelt hat. Sie werden infolgedessen vielfach als qualifizierte Facharbeiter, die zum Beispiel ganz besonders schwierige Glas-Linsen zu schleifen verstehen, hoch geschätzt.

Auch die Intelligenteren unter den Cerebralparetikern finden in der Verwaltung von großen Betrieben heute verhältnismäßig leicht Arbeitsplätze, die durchaus Anforderungen stellen, wie sie auch Nicht-Behinderte zu bewältigen haben.

Schwieriger ist das Problem der Behinderten mit geminderter oder geringer Intelligenz. Wir haben <sup>bereits</sup> schon darauf hingewiesen, daß manche von ihnen heute schon in der Wirtschaft eine gewisse Selbständigkeit erreichen und dann, wenn sie nicht mehr bei ihren Angehörigen leben können, weil die Eltern gestorben oder nicht mehr in der Lage sind, sie zu pflegen, in Wohnheimen leben. Bestrebungen, solche Wohnheime einzurichten, sind auch in der Bundesrepublik im Gange; Modelle dieser Art arbeiten bereits zur Zufriedenheit aller Beteiligten. Daß geistig Behinderte diese Selbständigkeit erreichen, ist zum Teil eine Frage der Erziehung, insbesondere der Sonderschulpädagogik. Gegenwärtig werden in der Bundesrepublik die Sonderschulen gerade für die geistig Behinderten intensiv ausgebaut. Es ist zu hoffen, daß immer mehr geistig Behinderte in den Kreis derer, die auf diese Weise

gefördert werden, gelangen.

Allerdings stoßen wir hier doch an eine Grenze. Wir müssen damit rechnen, daß viele geistig Behinderte nicht die Rolle der Gesunden erreichen. Sie bleiben ihr Leben lang auf Pflege angewiesen, bei der manche von ihnen allerdings sich auch durchaus nützlich machen können! <sup>in dem</sup> ~~Das schließt nicht aus, daß die in~~ "Beschützenden Werkstätten" unter guter Aufsicht ein wenig arbeiten, auf diese Weise zu ihrem Lebensunterhalt beitragen und auch ein "erfülltes Leben" führen.

Solche "Beschützenden Werkstätten" können heute durchaus Arbeitsaufträge erhalten. Es gibt immer wieder Arbeitsgänge in der Industrie, bei denen die Stückzahl nicht so groß ist, daß sich die Konstruktion oder Anschaffung von Maschinen dafür lohnen würde. Diese Lücken haben sich als sehr wertvoll für Beschützende Werkstätten erwiesen. Beschützende Werkstätten sind also keineswegs nur Einrichtungen der Sozialhilfe, sondern erfüllen auch nützliche Aufgaben in der Wirtschaft. -

Ein Moment darf bei diesen Überlegungen nicht vergessen werden: die laufende Reduzierung der wöchentlichen Arbeitszeit. Daß es einmal Wochenarbeitszeiten von 50 und 60 Stunden gegeben hat, ist längst vergessen. Heute ist die 40-Stunden-Woche im Gespräch, und Futurologen rechnen für die Zukunft mit noch kürzeren Arbeitszeiten. Es sei unter-

strichen, daß diese Entwicklung für die Behinderten arbeitet. -

Wir haben in dieser kurzen Skizze gesehen, daß die Arbeitsanforderungen, die heute an Nicht-Behinderte gestellt werden, sich so entwickeln, daß in ~~wach-~~  
<sup>zunehmendem</sup> ~~sendem~~ Maße auch Behinderte ihnen gewachsen sind, besonders dann, wenn sie die erforderliche Intelligenz besitzen. ~~Andererseits~~ <sup>Außerdem</sup> gibt es Arbeitsplätze, die einerseits infolge des zu erwartenden Rückgangs der Gastarbeiter, andererseits auch wegen des Älterwerdens der Kriegsbeschädigten frei werden. Die Arbeitsämter und die Bundesanstalt für Arbeit bemühen sich nach Kräften, den Behinderten geeignete Arbeitsplätze zu vermitteln. Je mehr geeignete Arbeitsplätze frei werden, um so mehr wird man die Mitarbeit von Behinderten begrüßen. Schon gegenwärtig sind sie häufig in Positionen, wie sie auch von Nicht-Behinderten besetzt werden.

Kurz: Wenn man von den meisten (aber auch nicht allen) geistig Behinderten absieht, dann sind die Hindernisse dafür, daß Behinderte üblichen Arbeitsanforderungen gerecht werden, durchaus nicht schlecht. Die größten Hindernisse liegen auf einem anderen Gebiet. Diesem Gebiet wollen wir uns jetzt zuwenden.

## 2.2 Anforderungen mitmenschlicher Art.

Damit jemand "die Rolle des Gesunden" ausfüllen kann, müssen ihn auch die Mitmenschen als gesund akzeptieren. Die Mitmenschen müssen keine ungünstigen Meinungen über ihn haben, die mit dem Bereich der Gesundheit zusammenhängen. Unsere These ist, daß gerade dies bei den Behinderten <sup>problematisch</sup> ~~nicht der Fall~~ ist.

- 1) Beschäftigen wir uns zunächst mit den Körperbehinderten. Der Anteil von ihnen, der bereits in der Kindheit körperbehindert war, ist ja zwar nicht groß; um so größer ist jedoch ihr Anteil an den Behinderten, die im Erwachsenenalter infolge von Unfällen hinzukommen, ganz zu schweigen von den Kriegsbeschädigten.

Wie sich die Bevölkerung Körperbehinderten gegenüber einstellt, darüber brauchen wir nicht mehr Vermutungen anzustellen; es liegen vielmehr zwei Repräsentativ-Befragungen zu diesem Thema vor.

Die erste dieser Befragungen haben STRASSER, SIEVERT und MUNK 1968 im Anschluß an eine andersartige Marktumfrage durchführen lassen. Es ging ihnen darum, zu erfahren, wie weit die Gesellschaft bereit ist, das behinderte Kind aufzunehmen und ihm Gelegenheit zu geben, mit seinen veränderten Techniken am Leben seiner unbehinderten Altersgenossen teilzuhaben. Ferner wollten sie

wissen, welche Tendenzen sich in der Einstellung gegenüber den Eltern dieser Kinder erkennen ließen. Den Autoren ging es dabei ausschließlich um Dismelie-Kinder. STRASSER und Mitarbeiter stellten als Ergebnis fest, daß die <sup>Bevölkerung</sup> Öffentlichkeit den körperbehinderten Kindern mit erheblicher Reserve gegenübersteht. Es zeigte sich, daß eine nicht unbeträchtliche Minderheit - etwa ein Fünftel der Bevölkerung - stärkere zurückweisende Tendenzen aufweist. Auch den Eltern von Dismelie-Kindern bringt die Mehrheit der Bevölkerung keine ausdrücklich wohlwollende Haltung entgegen.

Es könnte nun sein, daß die Einstellung gegenüber den Dismelie-Kindern nach Geschlecht, Alter und Bildungsstand variierte. Diese Erwartung bestätigte sich jedoch nicht. Nur die Tatsache, ob man ein Dismelie-Kind kennt oder nicht, scheint einen Einfluß auf die Meinungen über diese Kinder und deren Eltern zu haben: Personen, die ein Dismelie-Kind persönlich näher kennen, tendieren eher zu einer Integration dieser Kinder als Personen, die ein Dismelie-Kind nur oberflächlich oder überhaupt nicht kennen. Aber es handelt sich dabei nur um graduelle Unterschiede. Auch bei den Befragten, die näheren Kontakt zu einem Dismelie-Kind haben, findet sich immer noch eine erhebliche Gegnerschaft gegen die Integration dieser Kinder.

In dieser Untersuchung handelt es sich allerdings um die Einstellung zu Kindern, und zwar zu Kindern, deren Aussehen besonders stark von dem üblichen abweicht. Um erwachsene Körperbehinderte ging es dagegen in einer Repräsentativ-Befragung, die auf Ver-  
/ anlassung und in maßgebender Mitarbeit von JAN<sup>S</sup>TZEN  
O durch das Infratest-Institut 1968 an 1484 Respondenten, die für die Bundesrepublik repräsentativ waren, durchgeführt wurde. Diese Repräsentativ-Befragung sollte dazu dienen, das faktische Wissen der Bevölkerung der Bundesrepublik über die Situation Körperbehinderter zu erfassen; darüber hinaus sollte sie ermitteln, wie häufig und mit welcher Intensität eine Reihe von Einstellungen, die sich in einer Vor-  
untersuchung als bedeutsam herausgestellt hatten, vorhanden sind.

Das Bild des Körperbehinderten, das sich in dieser Befragung ergab, war nach JAN<sup>S</sup>TZEN gekennzeichnet durch folgende Momente:

"verändertes, u.U. abstoßendes äußeres Erscheinungsbild,  
gesellschaftliche Isolation,  
eingeschränkte Berufs- und Lebensmöglichkeiten,  
Leiden, auch auf seelischem Gebiet,  
starke Kompensationsmechanismen bei der Verarbeitung der Behinderung,  
charakterliche Veränderungen und besondere Begabungsausstattungen."

<sup>S</sup>  
JANTZEN vermutete, daß einige dieser Ansichten auf fehlenden oder falschen Informationen über die Situation Körperbehinderter beruhten. Deshalb war es wichtig, zu erfahren, was die Bevölkerung überhaupt über Körperbehinderte weiß.

Es ergab sich, daß bereits über die Ursachen, die zur Geburt körperbehinderter Kinder führen, völlig falsche Vorstellungen herrschen. Etwa die Hälfte der Befragten nannte Vererbung, 43 % versuchte Abtreibung und jeder dritte Respondent etwa Geschlechtskrankheiten als Ursache. Die Ursachen, die tatsächlich am häufigsten zur Geburt körperbehinderter Kinder führen, nämlich Krankheiten der Mutter während der Schwangerschaft und Geburtskomplikationen, wurden nur noch von jedem fünften bzw. jedem siebten Respondenten bejaht. 75 % der Respondenten glaubte, daß maximal die Hälfte aller Körperbehinderten für ihren Lebensunterhalt sorgen könnten. Nur jeder fünfte meinte, daß zumindest drei Viertel aller Körperbehinderten dazu in der Lage seien. Nach Ansicht von Rehabilitations-Fachleuten nimmt JANTZEN<sup>S</sup> selbst an, daß die Mehrheit der Körperbehinderten in der Lage sei, für sich selbst zu sorgen.

<sup>Fin</sup>  
Eins der wesentlichsten Ergebnisse seiner Befragung hält JANTZEN, daß 90 % der Respondenten der folgenden Behauptung ganz oder teilweise zustimmten:  
"Manche Leute wissen nicht, wie sie sich einem

Körperbehinderten gegenüber zu verhalten haben".  
Dies ist in der Tat auch für unsere Fragestellung von entscheidender Bedeutung. Man ist Körperbehinderten gegenüber unsicher. Diese Unsicherheit führt dann weiter dazu, daß der Nicht-Behinderte <sup>(daß)</sup> (Begegnung mit einem Körperbehinderten möglichst vermeidet. Man möchte sie isolieren, und zwei Drittel der Respondenten sprechen sich beispielsweise ganz oder teilweise dafür aus, daß körperbehinderte Kinder am besten in einem Heim aufgehoben seien. Für unsere Fragestellung ist weiter von Bedeutung, daß 37 % der Respondenten JANÉZENS die Ansicht bejahen, bei der Anstellung eines Körperbehinderten sollte nicht nur die Leistungsfähigkeit beurteilt werden, sondern auch die Frage, ob der Körperbehinderte den Kollegen nicht zur Last fällt. 61 % der Befragten bejahen denn auch mehr oder weniger die Behauptung, für einen Körperbehinderten sei sein eigenes Schicksal viel weniger hart als für die Menschen, die mit ihm zusammenleben.

Als die Antworten differenziert ausgewertet wurden, ergaben sich in Bezug auf das Geschlecht <sup>der Respondenten</sup> keine wesentlichen Unterschiede. Was das Lebensalter angeht, so kann <sup>man</sup> vielleicht allgemein sagen, daß die jüngeren Befragten etwas besser informiert waren, ein etwas sachlicheres Bild vom Körperbehinderten hatten und

ein persönliches Engagement eher befürworteten als die älteren Befragten. Etwas prägnanter waren die Unterschiede zwischen Respondenten mit weiterführender Schulbildung und Respondenten mit Volksschulbildung. Respondenten mit weiterführender Schulbildung waren häufiger der Ansicht, daß ein Körperbehinderter sich in einem Schwimmbad schämen müsse. Ferner zeigten sich diese Respondenten deutlich besser informiert über Körperbehinderte als die anderen. Sie wählten auch häufiger engere Kontaktmöglichkeiten zu einem Gelähmten; ihre soziale Distanz gegenüber Körperbehinderten war überhaupt etwas geringer.

In einem Punkte ergab sich ein Widerspruch gegenüber der Befragung von STRASSER und Mitarbeitern:

Die Tatsache, ob man einen Körperbehinderten im Bekanntenkreis hat oder nicht, übte auf die Antworten bei der Befragung von JANTZEN<sup>S</sup> keinen wesentlichen Einfluß auf die Einstellungen und Meinungen aus, die man gegenüber Körperbehinderten hat. JANTZEN interpretiert dies Resultat so, daß das Faktum der Behinderung in der Begegnung zwischen Nicht-Behinderten und Körperbehinderten so dominant sei, daß auch eine nähere Bekanntschaft zunächst noch nicht zu einer Umstrukturierung der Einstellung<sup>en</sup> und Meinungen führe.

Man kann also als ein Hauptergebnis der Repräsentativ-Befragung von JANTZEN<sup>S</sup> feststellen, daß die Einstellung der Bevölkerung gegenüber Behinderten nicht

erheblich nach Geschlecht, Lebensalter und ähnlichen Momenten variiert. Die Frage, ob Persönlichkeitseigenschaften einen Einfluß ausüben, haben SILLER und Mitarbeiter untersucht, und zwar an amerikanischen College-Studenten. Abgesehen von "Ich-Stärke", die in Korrelation zur Intelligenz und zur Schulbildung steht, fanden sie kaum einen Zusammenhang zu der Einstellung gegenüber Behinderten.

<sup>S</sup>JANTZEN hat nicht nur eine Repräsentativ-Befragung veranlaßt, sondern auch Tiefen-Interviews mit Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen einer Sonderschule für Körperbehinderte durchgeführt. Es zeigte sich, daß selbst nach jahrelangem Umgang mit körperbehinderten Kindern immer noch Gefühle des Abscheus und des Abgestoßenseins auftauchten.

<sup>S</sup>Allgemein formuliert JANTZEN die Gesamt-Ergebnisse seiner Untersuchungen folgendermaßen:

"Die Öffentlichkeit ist weitgehend uninformiert über die Situation Körperbehinderter.

In der Einstellung zu Körperbehinderten spielt die affektive Komponente eine entscheidende Rolle. Das äußere Erscheinungsbild vieler Körperbehinderter ist für die Mehrzahl der Nicht-Behinderten abscheuerregend und abstoßend.

Ebenfalls bedeutsam ist die Aktions- oder Handlungskomponente; in ihr zeigen sich vorwiegend Tendenzen, die Körperbehinderten zu isolieren oder zumindest einer Begegnung mit ihnen aus dem

Wege zu gehen. Nur selten beinhaltet die Aktionskomponente die Tendenz, auf den Körperbehinderten zuzugehen, ihm persönlich zu helfen.

Die kognitive Komponente beinhaltet im Wesentlichen Rationalisierungsmechanismen. Diese sind ebenfalls bipolar: entweder werden Beeinträchtigungen durch die Körperbehinderung geleugnet, es werden vielmehr den Körperbehinderten noch besondere Begabungen und Fähigkeiten zugeschrieben, oder aber es wird dem Körperbehinderten eine Vielzahl von negativen Persönlichkeitseigenschaften nachgesagt. In beiden Fällen dienen die Rationalisierungsmechanismen der Entlastung.

Diese Entlastung ist notwendig, da der Nicht-Behinderte in der Begegnung mit dem Körperbehinderten bis an die Grenze der Verhaltenssteuerung verunsichert werden kann. Er läuft Gefahr, seine persönliche Integrität zu verlieren."

<sup>5</sup>  
JANPZEN wendet sich dann gegen die Auffassung, daß die Körperbehinderten eine Minorität darstellen. Aber was seine Untersuchungen ergeben haben, spricht für das Gegenteil. In der Bevölkerung leben starke aversive Tendenzen gegenüber den Körperbehinderten, und das Bild der Körperbehinderten ist weitgehend bestimmt durch Vorurteile, besonders in Bezug auf ihre psychischen Eigenschaften. Aber im übrigen

S

bringen die Untersuchungen von JANTZEN einen großen Fortschritt. Das gilt insbesondere auch für seine Vorschläge, wie man die Einstellung gegenüber Körperbehinderten günstiger gestalten und "versachlichen" könnte. Mit Recht glaubt er, daß die Körperbehinderten selbst viel dazu tun könnten. Eine Voraussetzung dafür wäre allerdings eine sorgfältigere Erziehung der körperbehinderten Kinder. Hier ist noch viel zu tun, da gegenwärtig nur ein kleiner Teil der körperbehinderten Kinder Sonderschulen besucht.

Bevor wir auf diesen Gedankengang näher eingehen, wollen wir uns kurz noch damit beschäftigen, wie die mitmenschlichen Qualitäten von anderen Behinderten-Gruppen gesehen werden.

VON BRACKEN und COTANIDIS konnten eine Repräsentativ-Befragung über die Einstellung der Bevölkerung zu geistig behinderten Kindern durchführen lassen und auswerten. Wie JANTZEN<sup>S</sup> für die Körperbehinderten, so fanden auch diese Autoren für die geistig behinderten Kinder ein erhebliches Informations-Defizit. Gefühle der Ablehnung, des Entsetzens, der Unheimlichkeit, des Ekels, des Abscheus und der Angst wurden auf direkte Fragen hin von 10 bis 23 % der Respondenten zugegeben. Aus indirekten Fragen ging hervor, daß z.B. die Angst aber viel weiter verbreitet ist. Weniger Anhaltspunkte als bei den Körperbehinderten fanden sich für das, was SILLER die

"ästhetisch-sexuelle Aversion " genannt hat. Daß die Aversion gegen geistig Behinderte etwas anders akzentuiert ist als die Aversion gegen Körperbehinderte, dürfte wohl mit der Art der Behinderung zusammenhängen. Wir haben hier ein Beispiel dafür, daß man keineswegs alle Behinderten in einen Topf werfen darf. Übrigens fand SILLER auch, daß die Einstellung gegenüber verschiedenen Formen der Körperbehinderung, zum Beispiel Amputierten, Mißgebildeten, Cerebralparetikern, Gelähmten, Behinderten mit Hauterkrankungen erheblich variiert. Vor allem zeigen sich auch Verschiedenheiten in Bezug auf den Stand der Information über diese einzelnen Formen.

Unter diesen Umständen ist es besonders bedauerlich, daß keine systematischen Untersuchungen über andere Behinderungsarten vorliegen. Mindestens sind uns keine bekannt geworden.

Die Blinden-Integrations-Arbeit von SCHULTHEIS beschäftigt sich hauptsächlich mit der Einstellung der Blinden, nicht der Bevölkerung, wenigstens nicht für die Gegenwart - obwohl sie eine Fülle von Material bringt. Vielleicht gehören die drei Gruppen der Verhaltensweisen gegenüber Blinden, welche FARRELL unterscheidet, in unseren Zusammenhang:

- "1. Probleme der Isolation und der Nichtanerkennung;
2. Die Einstellung der Umwelt, Blinde könnten nichts allein tun;

3. Wir müssen den armen Blinden helfen."

Wenn auch soziale Distanz, Abweisung und Unsicherheit im Umgang mit Blinden in diesen drei Verhaltensgruppen eine Rolle spielen oder doch wenigstens irgendwie erkennbar sind - die Einstellung gegenüber Blinden scheint doch wesentlich positiver zu sein als gegenüber den Körperbehinderten und den geistig Behinderten.

Dafür sprechen auch die Ergebnisse einer Untersuchung von KLINGHAMMER, der die Wirkung der Stimme von Gehörlosen, Nicht-Behinderten und Blinden verglich. Die Stimmen der Blinden wurde besonders sympathisch empfunden. -

Wenn wir nun zurückblicken auf das, was wir über Integrations-Hindernisse, die aus den Erwartungen, welche die Mitmenschen den Behinderten entgegenbringen, entstehen, erfahren haben, dann läßt sich folgendes sagen:

- 1) Integrations-Hindernisse dieser Art sind tatsächlich beträchtlich.
- 2) Die Einstellungen gegenüber den verschiedenen Behinderten-Gruppen sind verschieden. Einiges spricht dafür, daß sie besonders günstig gegenüber den Blinden und besonders ungünstig gegenüber den Körperbehinderten sind.

3) Noch viele Fragen sind offen.

Daher ergibt sich als Desiderat Nummer 7:

Repräsentativ-Befragungen, wie sie in Bezug auf die Körperbehinderten von JAN<sup>S</sup>TZEN veranlaßt und interpretiert wurden, sollten auch in Bezug auf die übrigen Behinderten-Gruppen durchgeführt werden.

### 2.3 Die Akzeptanz der Rolle des Gesunden.

Es ist nicht leicht, Behinderter zu sein, die Rolle des Behinderten in unserer Gesellschaft zu spielen. Im Leben wohl jedes Behinderten gibt es Phasen, in denen er gegen diese Rolle revoltiert. Von Blinden, die bereits in der Kindheit erblindeten, wissen wir, daß sie dazu neigen, im Jugendalter Unternehmungen, die für sie waghalsig sind, durchzuführen, in denen sie aber die Rolle des Gesunden kopieren. So berichtet HANSELMANN von gefährlichen Bergwanderungen in dieser Phase.

Man kann vermuten, daß in vielen Behinderten die Sehnsucht nach der Rolle des Gesunden nie aufhört. Genaueres weiß man darüber allerdings nicht. Daher möchten wir als Desiderat Nummer 8 vorschlagen, über dies Thema Befragungen von Behinderten durchzuführen. Das müßte zunächst in Voruntersuchungen an intelligenten Behinderten geschehen, dann aber

auch an anderen. Dabei wären alle Behinderungsarten (vielleicht mit Ausnahme der geistig Behinderten), Alterstufen, Behinderungsgrade, Geschlechter usw. zu berücksichtigen.

Einige Gesichtspunkte, die in der Literatur eine Rolle spielen, seien hier entwickelt.

Zunächst allgemein: Man muß sich darüber klar sein, daß keineswegs jeder Behinderte die "Rolle des Gesunden" rückhaltlos begrüßen wird. Vielleicht spielen dabei drei Gründe eine Rolle:

- 1) Man befürchtet, daß ein gewisser modus vivendi, den man mühsam erreicht hat, mit Hilfe von Daseinstechniken, die man sich ebenfalls mit viel Anstrengung und unter mancherlei Opfer<sup>n</sup> erarbeitet hat, zu verlieren. Ein einigermaßen bewährtes System soll aufgegeben werden, und man weiß nicht, was man dafür eintauscht. Daß da große Hemmungen entstehen, ist verständlich.
- 2) Ein anderes Moment darf auch nicht übersehen werden. Viele Behinderte erhalten eine Rente oder eine ähnliche Entschädigung. Der Anspruch auf Entschädigungen dieser Art wird mit der Behinderung begründet. Wenn der Behinderte nun mit dem Gesunden gleichgesetzt

wird - was wird dann aus diesen Entschädigungen? Sicher ist nicht daran gedacht, diese Entschädigungen zu streichen. Aber die Notwendigkeit einer Entschädigung wird doch sozusagen etwas heruntergespielt, etwas ihrer Dringlichkeit beraubt, wenn man den Behinderten dem Gesunden annähert. Der Gedanke, den Behinderten die soziale Rolle des Gesunden zu geben, wird zweifellos von den Behinderten-Verbänden keineswegs mit reiner Freude aufgenommen werden.

- 3) Ein weiteres Moment ist mehr psychologischer Art. So unerfreulich die Rolle des Behinderten in der Gegenwart ist - man darf sie, wenn man realistisch denkt, auch nicht nur schwarz in schwarz malen. Nach unserer christlichen Ethik hat der Behinderte einen Anspruch auf echtes Mitleid, ja auf tätige Barmherzigkeit. Man darf nicht vergessen, daß z.B. die rauhen alt-römischen oder spartanischen Sitten, nach denen Kinder, die dem Vater nicht gefielen, ausgesetzt werden mußten, heute überholt sind. Die Wendung ist vor allem durch das Christentum herbeigeführt worden. So kann der Behinderte heute zwar nicht ohne weiteres damit rechnen, voll und ganz akzeptiert zu werden, wie wir im vorigen Abschnitt gesehen haben; er kann aber ein gewisses Maß an Hilfsbereitschaft beanspruchen. Man könnte in Analogie zu dem Terminus "Krankheitsge-

winn" (Alfred ADLER) von einem "Behinderungsge-  
winn" reden, der zwar meist keineswegs die Be-  
hinderung aufwiegt, aber doch immerhin eine ge-  
wisse soziale-psychologische Entschädigung dar-  
stellt. Gelegentlich kann er sogar ein ernstes  
Therapie-Hindernis bilden, wie es WESTRICH etwa  
für das Stottern nachgewiesen hat.

Damit soll nicht gesagt sein, daß der Gedanke, dem  
Behinderten den sozialen Status des Gesunden zu  
geben, abwegig wäre. Aber es ist nötig, die Schwie-  
rigkeiten zu sehen. Auch die Gründung der ersten  
Blinden-Bildungsanstalt 1786 in Paris wurde von den  
Blinden selbst keineswegs so begrüßt, wie man das  
hätte annehmen können. Die ersten Schüler hatten  
bis dahin in Restaurants durch Späße die Gäste unter-  
halten und dafür ganz schöne Trinkgelder kassiert.  
HAÛY mußte, so wird erzählt, diesen blinden  
Schülern ein Honorar zahlen, damit sie den Schulun-  
terricht besuchten. Auch der Übergang zur "sozialen  
Rolle des Gesunden" wird unvorhergesehene Schwierig-  
keiten bringen und Erfindungsgabe zu ihrer Bewälti-  
gung erfordern. Die Aufgabe jedoch ist von großer  
Bedeutung. Sie liegt im Zuge der Zeit, wie wir im  
Abschnitt 2.1 gesehen haben.

Ganz neu ist der Gedanke, dem Behinderten die Rolle  
des Gesunden zu geben, übrigens nicht. Carl STREHL  
hat in den 50 Jahren, die er die Marburger Blinden-  
Studienanstalt leitete, immer schon das Prinzip ver-

treten, daß man dem Blinden nichts schenken dürfe. Er müsse sich als Gesunder fühlen. Nun hatte er eine Auslese von Blinden als Schüler. Das gilt auch für das Heidelberger Berufsförderungswerk, in dem ähnliche Prinzipien gelten. Es würde sich lohnen, die Erfahrungen dieser Institutionen auszuwerten.

Wir möchten daher als Desiderat Nummer 9 vorschlagen, Lehrer und ehemalige Schüler des Heidelberger Berufsförderungswerks und ähnlicher Institutionen sowie der Marburger Blinden-Studienanstalt über ihre Erfahrungen in Bezug auf derartige Prinzipien zu befragen. Daraus wäre viel für die angedeutete Aufgabe zu lernen. -

Die Hindernisse, die wir bisher in diesem Abschnitt besprochen haben, betreffen die Einstellung der Behinderten. Aber es gibt noch weitere Hindernisse. Sie betreffen die Verformungen der Persönlichkeit, die sich leicht bei Menschen, die eine Zeit lang das schwere Los des Angehörigen einer Minderheit, die wenig Ansehen genießt, und der gegenüber man am liebsten eine recht große soziale Distanz hält, ergeben.

Es ist bekannt, daß Behinderte als solche eine gewisse Disposition zu Fehlentwicklungen haben, daß sich an ihre primären Defekte leicht "konsekutive Verbildungen" (VON BRACKEN) anschließen. Eindrucks-

volle Beispiele liefern die "sozialpsychiatrischen" Auswirkungen einer unerkannten Legasthenie:

WEINSCHENK und Mitarbeiter konnten nachweisen, daß etwa 30 % der Jugendlichen in Fürsorgeerziehungsanstalten und der Erwachsenen in Gefängnissen Legastheniker sind. In seiner großen forensisch-psychiatrischen Praxis fand STUTTE immer wieder Kriminelle, die durch einen Häßlichkeits- oder, wie er es genannt hat, "Thersites"-Komplex auf die schiefe Bahn gekommen waren. Häßlichkeit ist aber, wie wir im letzten Abschnitt (2.2) gesehen haben, etwas, was die Mitmenschen an den Körperbehinderten besonders abstößt.

Es ist das Verdienst von Alfred ADLER, mit seiner Formulierung des "Minderwertigkeits-Komplexes", der zu vielen abartigen Verhaltensweisen treibt, schon zu Beginn dieses Jahrhunderts <sup>in diesem Mechanismus</sup> hingewiesen zu haben. Was die Körperbehinderten angeht, so verdanken wir weitere Aufschlüsse in dieser Richtung Autoren wie WÜRTZ, BRIEFS, MENG, WANECEK und KUNERT; Literaturangaben <sup>an der</sup> bei JANSEN <sup>S</sup> und WEGENER.

Auch bei anderen Behinderten-Gruppen spielt dieser Mechanismus eine Rolle: Material für die Blinden z.B. bei SCHULTHEIS, für andere Behinderten-Gruppen z.B. bei HARBAUER und Mitarbeiter<sup>n</sup>.

Wie kommt es aber zu diesen unerfreulichen konsekutiven Verbildungen? Eine große Bedeutung spielt die Außenseiter-Rolle, in der sich die meisten Behin-

derten nicht nur während ihrer Schulzeit - falls sie nicht in Sonderschulen unterrichtet werden - sondern auch als Erwachsene befinden. Diese Außenseiter-Rolle ist es, die nicht selten zu unerwünschten, ja gefährlichen Handlungen treibt. Die erstrebenswerte Integration der Behinderten soll sie aber gerade von dieser Außenseiter-Rolle befreien. Die Behinderten sollen Menschen werden, wie andere auch, sie sollen in unserer Gesellschaft die Rolle des Gesunden spielen. Soweit das gelingt, müssen auch die unerfreulichen Auswirkungen, die Reaktionen auf die Außenseiter-Rolle nach und nach fortfallen.

Behinderte sind nicht schlechtere Menschen als die anderen auch. Schlechter ist nur die soziale Situation, in der sie sich befinden. Durch diese soziale Situation erwerben sie manche unerfreulichen Eigenschaften und Neigungen, die sie dann wieder in Verruf bringen. Man muß ihre Situation bessern. -

Wir fassen zusammen: Es ist nicht zu bezweifeln, daß in den Behinderten selbst manche Hindernisse für ihre Eingliederung in die Rolle des Gesunden liegen.

Zunächst ist die Frage, ob sie für diese neue Rolle zu gewinnen sind. Daß sie einen mühsam errungenen modus vivendi mit Daseinstechniken, die sich für Behinderte bewährt haben, nicht leicht aufgeben;

daß sie Entschädigungs- und Rentenansprüche, die sie sich erkämpft haben, in Gefahr sehen könnten;

und daß sie auf kleine psychologische Vorteile, wie den Anspruch auf Mitleid und Barmherzigkeit der Mitmenschen, auch nicht gerne ohne weiteres verzichten, wäre verständlich.

Die Frage ist ferner, ob sie mit ihren unerfreulichen "konsekutiven Verbildungen", die man nicht selten bei ihnen findet, überhaupt für die Rolle des Gesunden geeignet sind. Aber diese konsekutiven Verbildungen rühren von ihrer unglücklichen sozialen Außenseiter-Situation her; wenn es gelingt, diese Situation zu entschärfen und abzubauen, wird sich auch aus den Verbildungen kein Grund gegen die soziale Rolle des Gesunden ergeben.

#### 2.4 Wandel der Rolle des Gesunden

Es sei gestattet, kurz einige Bemerkungen zu der "Rolle des Gesunden" unseren Darlegungen hinzuzufügen.

Bisher haben wir uns mit der Frage beschäftigt, welche Hindernisse für den Behinderten bestehen, sich der Rolle des Gesunden anzunähern. Wie steht es aber nun auf der anderen Seite, auf der Seite der sozialen Rolle des Gesunden?

Auch hier haben sich Entwicklungen ergeben, die für unser Thema von Bedeutung sind. Viele Gesunde sind heute nicht mehr so "gesund" und "unversehrt", wie sich das der unerfahrene junge Mensch vielleicht vorstellt. Wenn heute z.B. so viele Ärzte wie nie zuvor im Bereich der Bundesrepublik alle Hände voll zu tun haben, dann kann man das unter anderem als ein Symptom dafür deuten, daß ärztliche Beratung heute mehr benötigt wird als früher. Das hängt mit der Verlängerung der allgemeinen Lebenserwartung zusammen: Heute erreichen mehr Menschen ein Alter, in dem Krankheiten häufiger sind, als es z.B. vor 100 Jahren der Fall war. Infolgedessen sind Erkrankungen häufiger geworden. Häufiger finden wir aber auch das "kleine Wehwehchen", das die Leistungsfähigkeit nicht stark beeinträchtigt, aber doch hin und wieder mäßige Schmerzen bereitet und einen Teil unserer täglichen Aufmerksamkeit beansprucht.

Häufig wird über die Zunahme des Verbrauchs an Medikamenten geklagt. Daß man darüber klagt, ist unseres Erachtens nur zum Teil berechtigt. Zu einem anderen Teil werden mehr Medikamente benötigt, um mit den zahlreicheren geringen Beeinträchtigungen der Gesundheit fertig zu werden.

Kurz: Die Gesunden sind nicht so gesund, wie es in unseren veralteten Gesundheitsbegriff hineinpaßt. Man kann heute mit Beeinträchtigungen der Gesundheit

noch einigermaßen vergnügt leben und arbeiten, die einen früher aufs Krankenlager geworfen hätten.

Krankheit und Gesundheit sind heute keine schroffen Gegensätze mehr. Es gibt kontinuierliche Übergänge. Wie weit man sich noch körperlich gesund fühlt, ist weitgehend eine Frage der psychischen Gesundheit. Der eine wird aus einer kleinen Beeinträchtigung des Befindens einen Krankheitsgewinn herauszuschlagen versuchen, die den anderen überhaupt nicht stört.

Insgesamt jedoch hat sich das, was man die "Bandbreite der Gesundheit" nennen könnte, bedeutend erweitert.

Das zeigt sich besonders deutlich, wenn wir nicht das männliche, sondern das weibliche Geschlecht betrachten. Was das Wahlrecht und manche anderen Rechte angeht, so ist das weibliche Geschlecht ja schon einigermaßen gleichberechtigt. Aber bei derartigen Überlegungen (wie in vielen anderen Hinsichten) bildet immer noch der Mann das Paradigma. Es ist selten, daß sich zum Beispiel die Anthropologie, mindestens die philosophische, mit der Frau beschäftigt. Immer noch wird unaufhörlich in ermüdender Weise der alte, aus den 20er Jahren unseres Jahrhunderts stammende, Gedanke von Max SCHEZLER variiert: Allein der Mensch, der sich existentiell vom Druck der Außenwelt lösen kann, hat im Unterschied zum Tier "Welt" (S.36 seines bekannten Buches "Stellung des Menschen im Kosmos"). Von den Philo-

sophen, die in diesem Kreis gehört werden, macht höchstens BUYTENDIJK mit seinem Buch "Die Frau" (Köln, Bachem 1953) eine Ausnahme. Dieser Vertreter der Existenz-Philosophie, der gleichzeitig auch Arzt ist, hat denn auch den fruchtbaren Gedanken entwickelt, daß für die Situation des Menschen nicht nur die äußere Welt, sondern auch der eigene Körper von Bedeutung ist. "Der Körper als Situation". Das entspricht besonders der Lebenswirklichkeit der Frau, aber in steigendem Maße (siehe oben) auch derjenigen des Mannes. Immer wieder ergeben sich Störungen von dieser Situation her, mit denen man sich auseinandersetzen muß, ob man will oder nicht. ~~Am besten beugt man vor.~~

Jedenfalls kann heute auch der "Gesunde" immer weniger sorglos und unbeschwert dahinleben. Kleine Störungen der Gesundheit, die noch keineswegs Krankheit<sup>er</sup> zu sein brauchen, gehören mindestens im mittleren Alter zu den Alltäglichkeiten. Das gesundheitliche Gleichgewicht ist nicht selbstverständlich, mindestens nicht von den mittleren Jahren des Lebens ab - beim weiblichen Geschlecht schon früher. Je älter man wird, um so mehr muß man tun, um dies Gleichgewicht aufrecht zu erhalten. Dabei sind die geringeren Gleichgewichts-Störungen am häufigsten. Wie gesagt: Die Band-Breite der sozialen Rolle des Gesunden hat sich ausgedehnt.

Damit nähert sich der Gesunde dem Behinderten.  
Im Durchschnitt muß der Behinderte - wir denken besonders an den Körperbehinderten - täglich viel mehr für seine Gesundheit tun als andere Menschen. Aber das ist kein grundsätzlicher Unterschied, sondern mehr eine Angelegenheit des Grades.

Bis es in der Philosophischen Anthropologie soweit kommt, daß diese Verhältnisse die Beachtung finden, die sie verdienen, wird es wohl noch geraume Zeit dauern. Aber die Sozialhygiene sollte sich doch dieser Gedankengänge annehmen und ihnen die Beachtung verschaffen, die sie verdienen. Die Zahl der Menschen, welche die Philosophie ernst nehmen, nimmt immer mehr ab. Andererseits wächst das Interesse für Gesundheitsfragen. -

Wir halten also fest: Ein realistisches Bild vom Menschen unserer Zeit muß die Tatsache berücksichtigen, daß er besser mit kleineren Beeinträchtigungen seiner Gesundheit fertig zu werden versteht. Auf diese Weise ist die "Band-Breite" der Gesundheit größer geworden. Gesundheitliche Angelegenheiten nehmen in seinem täglichen Erleben mehr Platz ein. Nicht zu vergessen ist, daß dies ganz besonders auf das weibliche Geschlecht zutrifft.

Auf diese Weise haben trotz aller Unterschiede Gesunde und Behinderte mehr miteinander gemeinsam, als es früher der Fall gewesen sein mag.

### 3. Gesamt-Zusammenfassung

1.0 Was läßt sich über die zahlenmäßige Entwicklung der Behinderten sagen?

Leider sind die statistischen Unterlagen, die zur Verfügung stehen, spärlich; andererseits sind die Fehlerquellen groß und zahlreich.

1.1. Das Statistische Bundesamt (CHRISTIAN) hat eine Vorausschätzung der Behindertenzahl bis zum Jahre 2000 gegeben, nach der die Behindertenzahl um etwa ein Viertel abnehmen soll; während das männliche Geschlecht gegenwärtig sehr viel mehr Behinderte stellt als das weibliche, sollen sich die Zahlen der Geschlechter einander annähern; der Altersaufbau der Behinderten würde nach dieser Vorausschätzung etwa die Form einer umgekehrten Pyramide <sup>(m)</sup> nehmen. Methodische Mängel dieser Vorausschätzung bestehen u.a. darin, daß sie von subjektiven Angaben über Behinderungen ausgeht und daß Veränderungen der Behinderungs-ursachen nicht in Betracht gezogen werden.

1.2. Objektivere Daten und ätiologische Anhaltspunkte liegen für behinderte Kinder vor. Aus der gegenwärtigen Gesamt-Schülerzahl der Sonderschulen läßt sich jedoch nichts für Veränderungen der Behindertenzahl entnehmen, da der Grad, in dem die Sonderschulen behinderte Kinder erfassen, noch sehr im Fluß ist. Man kann schätzen, daß von den Schulbehinderten etwa 0,75 % jedes Jahrgangs

als Schwerbehinderte (Blinde, Gehörlose, geistig Behinderte, Körperbehinderte, chronisch Kranke) und 1,25 % als Leichter-Behinderte (hauptsächlich Sehbehinderte, Hörbehinderte, Debile) in das Erwachsenenalter eintreten. Zwei Drittel der schulbehinderten Kinder dürften als Erwachsene teils infolge heilpädagogischer Behandlung in den Sonderschulen, teils auch einfach infolge der anderen Verhaltensnormen, die bei Erwachsenen gelten, unauffällig werden.

Als Hauptergebnis in Bezug auf die Veränderung der Zahl der Schwerbehinderten ist zu betrachten: Die Zahl der blinden und gehörlosen Kinder hat im Laufe des letzten Jahrzehnts zugenommen; sie dürfte weiter wachsen. Was die Körperbehinderten angeht, so ist unser Wissen weniger sicher. Immerhin dürfte, nachdem sich die Abnahme der Poliomyelitis, der Knochen- und Gelenk-Tuberkulose und der Dismelie ausgewirkt haben wird, der ätiologische Faktor, der aus dem häufigeren Überleben mit Hirnschaden bei schweren Erkrankungen resultiert, zu einer Zunahme der Cerebralparetiker und damit auch der Körperbehinderten überhaupt führen. Bei den geistig Behinderten ist einerseits damit zu rechnen, daß Verhütungsmaßnahmen, besonders bei Trisomie 21, einigen Erfolg haben werden. Auf die Dauer dürfte jedoch der soeben erwähnte ätiologische Faktor auch bei dieser stärksten Gruppe der Schwerbehinderten

unter den Schulkindern eine Zunahme bewirken.

Was die leichteren Behinderungen angeht, läßt sich nicht viel sagen. Die Debität könnte auf lange Sicht vielleicht abnehmen, wenn es gelingen sollte, über den Nachweis ihrer häufigen sozialen Bedingtheit hinaus wirklich zu effektiven Maßnahmen vorzustoßen.

Für die Seh- und Hörbehinderten konnten keine Änderungstendenzen ermittelt werden.

Kurz zusammengefaßt bedeutet das, daß deutliche Anhaltspunkte dafür bestehen, daß die schwerbehinderten Kinder und damit auch die von Kindheit an schwerbehinderten Erwachsenen langsam zunehmen dürften, insbesondere die Blinden, Gehörlosen und Cerebralparetiker.

Im übrigen ist, worauf CHRISTIAN wohl mit Recht hingewiesen hat, zu beachten, daß die Kriegsschädigten (1966: 1,4 Millionen) langsam aus den mittleren Jahrgängen herauswachsen und abnehmen werden.

#### Zur Integration der Behinderten

2.0 Nach dem BSHG bestehen Behinderungen in erheblichen Beeinträchtigungen bestimmter Funktionen; diese Beeinträchtigungen dürfen nicht nur vorübergehender Art sein. Es kann sich dabei um Beeinträchtigungen der körperlichen, aber auch der geistigen oder der seelischen Kräfte handeln.

Seit über 100 Jahren gibt es in Deutschland das, was nach amerikanischem Vorbild seit dem zweiten Weltkrieg auch bei uns "Rehabilitation" genannt wird. Um nicht nur die berufliche, sondern auch die soziale Eingliederung zu betonen, gewinnt neuerdings der soziologische Terminus "Integration" immer mehr Freunde.

FRANKE hat einen neuen Begriff der Gesundheit erarbeitet, in dem er die soziologischen Implikationen stärker als bisher berücksichtigt; er spricht von der "sozialen Rolle des Gesunden". Wie fruchtbar ist dieser neue Gesundheitsbegriff für das Behinderten-Problem?

2.1 Die Arbeitsanforderungen, die heutzutage an Nicht-Behinderte gestellt werden, entwickeln sich so, daß ihnen in zunehmendem Maße auch Behinderte gewachsen sind, besonders dann, wenn sie die erforderliche Intelligenz besitzen. Andererseits gibt es Arbeitsplätze, die zum Teil infolge des auf längere Sicht zu erwartenden Rückgangs der Gastarbeiter, zum Teil auch wegen des Alterwerdens der Kriegsbeschädigten frei werden. Infolge der segensreichen Tätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit und der Arbeitsämter sind gegenwärtig schon Behinderte häufig in Positionen, wie sie auch von Nicht-Behinderten besetzt werden.

2.2 Beträchtliche Integrations-Hindernisse ergeben sich aus ungünstigen Vorurteilen, die in der Bevölkerung gegenüber den Behinderten bestehen. Allerdings haben die einzelnen Behinderten-Gruppen in verschiedenem Maße unter diesen Vorurteilen zu leiden. Einiges spricht dafür, daß die ungünstigen Vorurteile besonders stark die Körperbehinderten betreffen, während es bei den Blinden nicht so schlimm ist.

2.3 Auch die Behinderten selbst werden nicht ohne weiteres geneigt sein, die Rolle des Gesunden zu akzeptieren. Eine verständliche Beharrungstendenz ergibt sich daraus, daß gerade Behinderte nicht gern einen mühsam errungenen modus vivendi ändern möchten. Ferner könnten sie befürchten, daß auf diese Weise ihre Renten bzw. Entschädigungen in Gefahr gerieten. Schließlich müßten sie mit der Zeit auf kleine psychologische Vorteile verzichten, die sich aus dem durch die christliche Ethik begründeten Anspruch der Behinderten auf Mitleid und Barmherzigkeit ergeben. Auch ist ein ganz anderes Moment zu bedenken: Behinderte sind nicht selten im Umgang etwas schwierig. Das hängt mit der Isolierung und dem Außenseitertum zusammen, Situationen, in die sie leicht durch ihre Behinderung geraten.

Alle diese Hindernisse sind aber nicht unüberwindbar.

Es ist sogar dringend erwünscht, Isolierung und Außenseitertum energisch zu bekämpfen, da sie nicht nur unerfreuliche Wirkungen auf die Persönlichkeit der Behinderten ausüben, sondern auch ihr psychisches Wohlbefinden erheblich beeinträchtigen.

- 2.4 Auch das, was FRANKE die "soziale Rolle des Gesunden" genannt hat, zeigt Änderungstendenzen. Die "Band-Breite" der Gesundheit ist in den letzten Jahrzehnten größer geworden, da man immer besser mit kleineren Beeinträchtigungen seiner Gesundheit fertig zu werden versteht. Andererseits nehmen Fragen der Gesundheit in unserem täglichen Erleben mehr Platz ein. Das trifft ganz besonders auf das weibliche Geschlecht zu. Da auch die Behinderten ihrer Gesundheit viel Aufmerksamkeit widmen müssen, nähern sich die Gesunden in dieser Beziehung an die Behinderten an.

Wenn man all dies überblickt, dann ergibt sich zweierlei:

- 1) Der neue Gesundheitsbegriff erlaubt es, wesentliche Probleme der Behinderten gedanklich besser in den Griff zu bekommen, als es bisher möglich war.
- 2) Auf diese Weise dürfte es auch leichter möglich sein, zu effektiven praktischen Lösungen zu kommen.

#### 4. Schluß

Einleitend hatten wir zwei Fragen gestellt.

Die erste Frage zielte auf die Entwicklung der Zahl der Behinderten. Wir haben gesehen, daß diese Entwicklung stark von der großen Zahl der Kriegsbeschädigten bestimmt wird, die in den nächsten Jahrzehnten abnehmen wird. Trotzdem ist der paradoxe Effekt, daß die Fortschritte der Medizin dazu führen, daß immer mehr Menschen schwere Erkrankungen oder Verletzungen mit Defekt überleben, nicht zu vernachlässigen.

Unsere zweite Frage betraf Hindernisse, die sich ergeben, wenn man Behinderte nicht nur rehabilitieren, sondern auch integrieren will, also in die soziale Rolle des Gesunden eingliedern will.

Wir haben gesehen, daß die Entwicklung von Wirtschaft und Technik für dies Vorhaben nicht ungünstig ist. Allerdings werden noch viele unerfreuliche Vorurteile gegenüber Behinderte zu überwinden sein. Andererseits können wir aber einen Wandel der Rolle des Gesunden beobachten, der zu einer größeren "Band-Breite der Gesundheit" geführt hat. Auf diese Weise nähert sich der Gesunde dem Behinderten an.

Allerdings ist damit zu rechnen, daß der Behinderte nicht ohne weiteres sich integrieren lassen und die Rolle des Gesunden akzeptieren wird.

Eine solche Entwicklung würde ihn aber von der Isolierung und dem Außenseitertum, worunter er gegenwärtig sehr leidet, befreien. Daher wird ohne Zweifel seine Mitarbeit mit der Zeit zu gewinnen sein.

5. Liste der Desiderate

- 1) Um bessere Anhaltspunkte dafür zu bekommen, was im Erwachsenenalter aus den "Schul-Behinderten" wird, sollen a) die Untersuchungen dieser Art, die in den Archiven der Sonderschullehrer-Ausbildungsstätten vorhanden sind, zusammengestellt und gesichtet werden sowie b) systematische Untersuchungen zu diesem Thema durchgeführt werden. (S. 35/36).
- 2) Entwicklung der Schülerzahl möglichst vieler Sonderschulen für Blinde und Gehörlose in der Bundesrepublik. (S.41).
- 3) Kritisches Sammelreferat über die Ätiologie der relevanten Behinderungen unter dem Gesichtspunkt der Häufigkeitsänderung. (S.42).
- 4) Auswertung der Zahlen von erwachsenen Behinderten, die Renten usw. nach dem Bundesversorgungsgesetz oder den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung erhalten, sowie der Zahlen der Behinderten-Verbände. (S.52/53).
- 5) Feld-Erhebungen in kleinen repräsentativen Bezirken über die Zahl der erwachsenen Behinderten unter maßgeblicher ärztlicher Mitarbeit. (S.53).

- 6) Nachweis, daß sich in vielen Berufen, in denen Gesunde tätig sind, die Arbeits-Anforderungen so geändert haben, daß auch Behinderte sie versehen könnten. (S. 64).
- 7) Repräsentativ-Befragungen der Bevölkerung, wie sie in Bezug auf die Körperbehinderten von JANSEN veranlaßt und interpretiert wurden, sollten auch in Bezug auf die übrigen Behinderten-Gruppen des Erwachsenen-Alters durchgeführt werden. (S.81).
- 8) Befragungen von Behinderten zu der Frage, wie stark bei ihnen das Streben nach der Rolle des Gesunden ist. (S. 81).
- 9) Auswertung der Erfahrungen, die in Einrichtungen (z.B. Marburger Blinden-Studienanstalt, Heidelberger Berufsförderungswerk) mit dem Prinzip gemacht wurden, daß die Behinderten dasselbe zu leisten hätten wie Gesunde. (S.85).

Literatur

- AMTHAUER, siehe H. von BRACKEN: Heilpädagogische Fragen auf dem Kieler Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Heilpäd. Forschung 2, 1970, 462-467.
- ASPERGER, Hans: Das mehrfach zerebral geschädigte Kind. Heilpädagogik (Beiblatt der Zeitschrift "Erziehung und Unterricht", Wien) 1962, H. 5, 66-73.
- BACH, H.: Die pädagogischen Aufgaben der Sonderschule in der Gegenwart. Zeitschr.f.Heilpädagogik 12 (1961), H. 1, 21-24.
- BACHMANN, Walter: Das Verhältnis von Menschenbildung und Berufsfindung beim Hilfsschulkind. Phil.Diss. Mainz 1964.
- BECKMANN, Gerd: Das hörgestörte Kind. Der gegenwärtige Stand der Pädoaudiologie aus otoaudiologischer Sicht. Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde vereinigt mit Zeitschr. für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Bd.180 (1962), 1-202.
- BENESCH, F.: Sonderpädagogik in Österreich. Heilpäd. Forschung 3, 1971, H.3 (erscheint demnächst).
- BEVÖLKERUNG und Kultur. Hrsg. v.Stat.Bundesamt Wiesbaden. Fachserie A, Reihe 10 Bildungswesen. Vorbericht. Stuttgart/Mainz (Kohlhammer 1962 und I. Allgemeinbildende Schule 1956-1961. Stuttgart/Mainz (Kohlhammer) 1964.
- BINZEN, Werner: Untersuchungen über Sprachstörungen an den Grundschulkindern einer Stadt. Heilpäd. Forschung 1 (1964) 77-112.
- BLÄSIG, Wilhelm: Die Körperbehindertenschulen in der Bundesrepublik 1961. In: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.) 1962, 183 ff.
- BLÄSIG, Wilhelm: Die Rehabilitation der Körperbehinderten, München 1967.
- BERUFE für Behinderte, hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg (ohne Jahreszahl).
- BORNEMANN, Ernst u. Gustav v. MANN-TIECHLER, Handbuch der Sozialerziehung. 3 Bände. Freiburg (Herder) 1964.

- von BRACKEN, Helmut: Die Rehabilitation des behinderten Menschen. Zeitschr.f. Heilpädagogik 14 (1963), 498-511.
- DERS.: Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Frankfurt (Akademische Verlagsgesellschaft) 1965.
- DERS.: Behinderte Kinder in der Sicht ihrer Mitmenschen, in: Pädagogische Rundschau 21, 1967, 711-723.
- DERS.: (Hrsg.) Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Frankfurt a. M. 1968.
- DERS.: Mehrfachbehinderte Kinder als heilpädagogische Aufgabe, in: H. STUTTE u. H. von BRACKEN: Vernachlässigte Kinder. Heilpäd. Forschung Beiheft 3, Marburg 1969.
- DERS.: Geistig retardiert Kinder in der Sicht ihrer Mitmenschen, in: ASPERGER, Hans: Bericht über den 7. Internationalen Kongreß für Heilpädagogik, Wien 1970.
- von BRACKEN, H. und Franziska HAS: Entwicklungsgestörte Jugendliche. München (Juventa) 1970, 3. Aufl.
- von BRACKEN: Geburtenrückgang in der Bundesrepublik. Notizen von einer Arbeitstagung der Deutschen Akademie für Bevölkerungswissenschaften in Arnoldshain. Deutsches Ärzteblatt, 68, 1971, 2172-2178.
- BUNDESZOZIALHILFEGESETZ (Textausgabe). Heft 33 der Kleineren Schriften des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a. Main 1969.
- CHRISTIAN, W.: Die Behinderten im Rahmen der Bevölkerungsentwicklung - Versuch einer Vorausschätzung. In: Bundesarbeitsgemeinschaft "Hilfe für Behinderte": Der behinderte Mensch und die Eugenik. Neuburgweier (Schindele) 1969.
- DEUTSCHE UNESCO-KOMMISSION: Europäische Konferenz über das Sonderschulwesen. Köln (Deutsche Unesco-Kommission) 1970.
- DIE CHARTA des Kindes. Ärztliche Mitteilungen 15/1960.
- DENKSCHRIFT zu dem Ausbau des heilpädagogischen Sonderschulwesens. Zeitschr. für Heilpädagogik 6 (1955), 3-43.
- DENKSCHRIFT zum Ausbau des ländlichen Sonderschulwesens (Sonderausgabe März 1964). Zeitschr.für Heilpädagogik Beh.6).

- DUNN, Lloyd M. (Hrsg.): Exceptional children in the schools. New York, London (Holt, Rinehart and Winston) 1963.
- DUUS, Hans: Schulische Sondereinrichtungen in Deutschland. In: Handbuch für Lehrer, hrsg. v. W. Horney u. W. Schultze. Gütersloh (Bertelsmann) 1963, Bd.3, 616-625.
- EIS, Walter: (Hrsg.): Statistische Nachrichten über das Blindenwesen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz. Hannover-Kirchrode (Verein zur Förderung der Blindenbildung) 1964.
- ENZYKLOPÄDISCHES Handbuch der Sonderpädagogik und ihrer Grenzgebiete. 3. Aufl. hrsg. v. Gerhard Heese und Hermann Wegener (u.a.). Berlin (Marhold) 1965 ff.
- ESSER, : Das Antlitz der Blindheit in der Antike. Leiden (Brill) 1961.
- GARBE, Herbert: Grundlinien einer Theorie der Blindenpädagogik. Diss. Göttingen 1959.
- GEHRECKE, Siegfried: Familien von Hilfsschulkindern in den Großstädten der Bundesrepublik. Meisenheim (Hain) 1958.
- GEISLER, Erika: Medizinische Erfahrungen an geistig behinderten Kindern und ihre Anwendung in der sozialen und pädagogischen Arbeit. Zeitschr. für Heilpädagogik 13 (1962), 57-66.
- GROSS, R. u. D. JAHN (Hrsg.): Lehrbuch der Inneren Medizin. Stuttgart (Schattauer) 1966.
- GUTACHTEN zur Ordnung des Sonderschulwesens. Erst.v. Schulausschuß d. Ständ. Konferenz d. Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn 1960.
- HANSELMANN, Heinrich: Einführung in die Heilpädagogik. Zürich (Rotapfel) 1962, 6. Aufl.
- HARBAUER, LEMPP, NISSEN u. STRUNK (Hrsg.): Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin u. Heidelberg (Springer) 1971.
- HEESE, Gerhard: Die Rehabilitation der Gehörlosen. München (Reinhardt) 1961.
- HEINA, Leopold: Das körperbehinderte Kind und seine Sondererziehung. Villingen (Neckar-Verl.) 1964.
- HENGSTEBECK, Hubert: Blindenrecht. Blindenhilfe. Ein Wegweiser für Sozialarbeiter und Blinde. Neuwied (Luchtrhand) 1959.

- HFTZER, H.: Der geistig Behinderte - Kriterien seiner Pflegebedürftigkeit. Heilpäd. Forschung 3, 1971, 83 - 113.
- HOFMANN, Wilhelm: Besondere Fragen der Hilfsschule. In: HORNEY (Hrsg.), Handbuch für Lehrer Bd.2. Gütersloh (Bertelsmann) 1961, 673-688.
- DERS.: Der Hilfsschüler, seine berufliche Betätigung und Ausbildung. Zeitschr.für Heilpädagogik 9 (1958), 478-487.
- HÖHN, Elfriede: Der schlechte Schüler, München 1967.
- HORN, Wolfgang: Begabungstestsystem. Göttingen (Hogrefe)
- JACQUEMAIN, B.: Die Rehabilitation von frühkindlich Hirngeschädigten. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.), 59-61.
- JENTSCHURA, G.: Der Stand der Rehabilitation bei Körperbehinderten. Zeitschr. für Heilpädagogik 14 (1963), 517-524.
- JOCHHEIM, Kurt Alphons: Die gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation und praktische Vorschläge der Erweiterung. Zeitschr. für Heilpädagogik 14 (1963), 513-517.
- JUSSEN, Heribert (Hrsg.): Handbuch der Heilpädagogik in Schule und Jugendhilfe, München 1967.
- KAISER, Edwin: Der Geistesschwache im Banne von Arbeit und Beruf. Zeitschr. für Heilpädagogik 14 (1963), 183-193.
- KANNER, L.: A history of the care and the study of the mentally retarded. Springfield (Ill.) (Thomas) 1964.
- KIRK, Samuel A.: Educating exceptional children. Boston (Houghton Mifflin) 1962.
- KLAUER, Karl Josef (u.a.): Berufs- und Lebensbewährung ehemaliger Hilfsschulkinder. Berlin (Marhold) 1963.
- KLINGHAMMER, H.D.: Schwerhörige und taube Kinder mit zusätzlichen Schädigungen. Archiv für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfheilkunde und Zeitschrift für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Bd. 180 (1962), 258-265.
- KLINK, Job-Günter: Schwererziehbarkeit und Erziehungsschwierigkeit in der Schule. Hamburg (Gesellschaft für Freunde des vaterländischen Schul- und Erziehungswesens ) 1962.
- KÖRPERBEHINDERTEN- und KRANKENSCHULEN. Zeitschrift für Heilpädagogik 14 (1963), 308-309.

- KRANZ, Heinrich: Lebensschicksale <sup>Armineller</sup> ehemaliger Zwillinge. Berlin (Springer) 1936.
- KREBS, Heinz: Zahlen und Gedanken zur Umweltproblematik des geistig behinderten Kindes, in: Heilpäd. Forschung 1 (1964-68), 216-230.
- KUBALE, Siegfried: Einrichtungen für geistig, seelisch oder körperlich behinderte Kinder in der Bundesrepublik. Unsere Jugend 15 (1963), 55-65.
- DERS. (Hrsg.): Sonderpädagogische Einrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland mit West-Berlin. Berlin (Marhold) 1964.
- DERS.: Das Sonderschulwesen der Bundesrepublik Deutschland in statistischer Übersicht. In: Horney, Walter, Handbuch für Lehrer, Bd. 3. Gütersloh (Bertelsmann) 1963, 625-631.
- DERS.: Die Rehabilitationseinrichtungen für Kinder und Jugendliche in der Bundesrepublik Deutschland mit West-Berlin, Berlin-Charlottenburg 1968.
- LESEMANN, Gustav: Sonderschulbedürftige Kinder in kleinen Städten und auf dem Lande. Zentralblatt für Jugendrecht und Jugendwohlfahrt (1961) H. 12.
- LINDEMANN, K.: Angeborene Mißbildungen. Grundlagen, Ausgangspunkte und Erfahrungen in der Habilitation von Kindern mit Dismelien. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.), 20-25.
- LUCHSINGER, R. und G.E. ARNOLD: Lehrbuch der Stimm- und Sprachheilkunde. Wien (Springer) 1959, 2. Aufl.
- LUNGFIEL, E.: Bildungseinrichtungen für cerebral gelähmte Kinder vom Kindergarten bis zur höheren Schule. In: Heilpädagogische Förderung und Erziehung spastisch gelähmter Kinder. Hrsg. v. Verband deutscher Vereine zur Förderung und Betreuung spastisch gelähmter Kinder 1963, 7-13.
- MAIER, Erne: Was hat das Land zu organisieren, um behinderten Kindern zu helfen? In: Deutsches Ärzteblatt 66 (1969), 1098-1102.
- MATTHIAS- BRÜSTER - ZIMMERMANN: Spastisch gelähmte Kinder. Stuttgart (Thieme), erscheint demnächst.
- MARQUARDT, E.: Habilitation bei Mißbildungen der ~~xxx~~ oberen Gliedmaßen. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.), 41-51.

- MÜLLER, M.: Über die Beschulung und Ausbildung behinderter Kinder und Jugendlicher in Deutschland. In: Jahrbuch der Fürsorge für Körperbehinderte 1959. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.), 201-222.
- MÜLLER, Richard G.E.: Das erziehungsschwierige Schulkind. Beurteilung und Behandlung. München (Ehrenwirth) 1962.
- DERS.: Verhaltensstörungen bei Schulkindern. München (Reinhardt) 1970.
- MÜLLER, P. (Göttingen), siehe H. von BRACKEN: "Die "Dummheit" und ihre psychosozialen Aspekte." Heilpäd. Forschung Bd.3, Heft 3, 1971 (erscheint demnächst).
- NAFFIN, Paul: Die psychologischen Voraussetzungen der Erziehung des taubstummen Kindes. In: Handbuch der Psychologie, herg. v. Ph. Lersch (u.a.), Bd.10: Pädagogische Psychologie, herg. v. H. Hetzer, Göttingen(Hogrefe) 1959, 404-425.
- PEIPER, A.: Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig (Thieme) 1958, 3. Aufl.
- PETERS, J.: Die berufliche <sup>Re</sup>habilitation der Schwerstbeschädigten. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.) 15-19.
- REHABILITATION, Die, Organ der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter. Schriftleitung: K. Lindemann, K.A. Jochheim und M. Müller. Stuttgart (Thieme) 1962 ff.
- REHM, Max: Das Kind in der Gesellschaft. München (Reinhardt) 1925.
- RUDEL, Eva-Maria und Franz SCHÖNBERGER: Das Dymelie-Kind in der Schule, in: "das behinderte kind" 6 (1969), 50-52.
- SCHAEFER, H.: Die Medizin heute. München (Piper) 1963.
- SCHOMBURG, E.: Die Sonderschulen in der Bundesrepublik Deutschland. Geschichtliche Entwicklung und gegenwärtiger Stand. Neuwied (Luchterhand) 1963.
- SCHUMANN, P.: Geschichte des Taubstummenwesens und Taubstummenbildungswesens vom deutschen Standpunkt aus dargestellt. Frankfurt 1940.
- SANDER, Alfred: Die Sonderschulen im geteilten Deutschland. Berlin-Charlottenburg 1969.
- SEILER-SPARTY: Rehabilitationseinrichtungen in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin. Stuttgart (Kohlhammer) 1960.
- SEEMAN, M.: Sprechstörungen bei Kindern. Halle/Saale (Marhold) 1959.

- SIEFERT, H.: Kloster und Hospital Haina. Hessisches Ärzteblatt 32, 1971, 963-983.
- SOBOTKA, K.: Das deutsche Blindenwesen vom Gesichtspunkte der Wohlfahrtspflege und Sozialpolitik. Borna (Noske) 1936.
- SONDERSROGE, Rudolf und Hans BARTH: Untersuchungen im Landkreis Bergstraße/West zur Frage der Erfassung und Beschulung geistig schwer behinderter Kinder. Unveröffentlichte Prüfungsarbeit aus dem Institut für Sonderschulpädagogik der Philipps-Universität Marburg 1962. Auszugsweise veröffentlicht: Lebenshilfe 2 (1963), 55-62.
- SPENGLER, O.: Untergang des Abendlandes. München (Beck) Bd.I, 1920, 23-32. Aufl., Bd.II, 1922, 16-30. Aufl.
- STATISTISCHES BUNDESAMT Wiesbaden: Körperlich und geistig behinderte Personen. Wirtschaft und Statistik 1968, 348-352 u. 373.
- STATISTISCHES JAHRBUCH für die Bundesrepublik 1968. Stuttgart. Mainz (Kohlhammer) 1968.
- STRASSER, H.: Soziale Fragen der Rehabilitation. Psychosoziale Aspekte des Dismeliensyndroms, ein Untersuchungsbericht. In: Jahrbuch der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter 1964. Heidelberg-Schlierbach (Selbstverl.), 98-102.
- STREHL, C.: Fragen der Blindenerziehung, -betreuung und -ausbildung. Gesundheitsfürsorge (1953), Märzheft.
- STRÜMPPELL, L.: Die Pädagogische Pathologie. Leipzig (Böhlaw) 1890.
- STUTTE, H.: Das geistig behinderte Kind im modernen Wohlfahrtsstaat. Unsere Jugend 12 (1960), 434-439.
- DERS.: Benachteiligte Kinder. Kinderpsychiatrische Aspekte zur Verbesserung der Hilfsmöglichkeiten, in: H. Stutte u. H. von Bracken: Vernachlässigte Kinder. Heilpäd. Forschung Beiheft 3, Marburg 1969.
- WAGNER, O.: Ist unsere Volksschule 'in Ordnung'? Hamburg (Gesellschaft d. Freunde) 1959.
- WEGENER, H.: Die Rehabilitation der Schwachbegabten. München/Basel (Reinhardt) 1963.
- DERS.: Der Sozialisationsprozeß bei intellektuell Minderbegabten. In: Wurzbacher, Gerhard (Hrsg.), Der Mensch als soziales und personales Wesen. Stuttgart (Enke) 1963, 164-183.

- TEUMER, Erhard: Repräsentativerhebung über die Sehtüchtigkeit der Schüler und Schülerinnen in den Volks-, Real- und Sonderschulen für Lernbehinderte der Stadt Oldenburg (Oldb.), in: Klaus W. Zimmermann (siehe dort).
- ZIMMERMANN, Klaus W. (Hrsg.): Neue Ergebnisse der Heil- und Sonderschulpädagogik, Bonn-Bad Godesberg, Bd.I 1969, Bd.II 1970.
- von BRACKEN, H.: Psychologie der körperlichen Arbeit. S. 643-698 in: A. Bethe u.a.: Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie, Bd. XV/1. Berlin (Springer) 1930.
- von BRACKEN, H. u. W. COTANIDIS: Die Einstellung der Bevölkerung zu geistig behinderten Kindern. Berlin (Marhold), erscheint voraussichtlich 1972.
- EDDING, F.: Ökonomie des Bildungswesens. Freiburg (Herder) 1963.
- FRANKE, M.: Die gesundheitliche Situation der Jugend. München (Juventa) 1965.
- FRANKE, M.: Definierte und intuitive Vorstellungen zum Gesundheitsbegriff bei Ärzten und Erziehern, sowie deren Leitbildfunktion für die institutionalisierte Gesundheitsfürsorge und das "Gesundheitsverhalten" (health behavior). Med.Habilitationsschrift Hamburg 1967.
- DERS.: Gesundheit und Sozialverhalten. Informationsdienst für Gesundheitserziehung in Niedersachsen, Nr. 39. Juli 1971, 8-11.
- HAIKER, F.: Ansehen und Beliebtheitsgrad in der Volksschule. Psychologische Rundschau 1, 1949/50, 285-290.
- JANZEN, G.W.: Sozialpsychologische Untersuchung bezüglich der Eingliederung körperbehinderter Kinder. Diss. Köln 1970.
- KLINGHAMMER, H.D.: Ausdrucksgehalt, Beschaffenheit und Struktur in den Sprechweisen von blinden und taubstummen Schülern. Philos. Diss. Münster 1961.
- KUNERT, S.: Verhaltensstörungen und psychologische Maßnahmen bei körperbehinderten Kindern. Diss. Bonn 1967.
- SILLER, J., L.T. FERGUSON, A. CHIPMAN u.D.H. VANN: Attitudes of the nondisabled toward the physically disabled. New York (New York University, School of Education) 1967.

- SILLER, J., L.T. FERGUSON, D.H. VANN u. B. HOLLAND:  
Structure of attitudes toward the physically disabled. New York (New York University, School of Education) 1967.
- SCHÖNBERGER, F.: Zur soziopsychischen Situation des cerebral gelähmten Kindes. Heilpäd. Forschung 1, 1965, H.2, 163-184.
- STRASSER, H.G. SIEVERT u. K. MUNK: Das körperbehinderte Kind. Berlin (Marhold) 1968.
- VOIGT, P.: Zu einigen Fragen der Beschulung von körperbehinderten Kindern. In: Beiträge zu dem gesamten Arbeitsgebiet der Orthopädie, H.2 (1954), 1-7.
- WEINSCHENK, C.: Vorzeitig ausgeschulte Kinder und Jugendliche. S.50-68 in: H. Stutte und H. von Bracken(Hrsg.): Vernachlässigte Kinder. Marburg (Elwärt) 1969.
- WESTRICH, E.: Der Stotterer. Psychologie und Therapie. Bonn-Bad Godesberg (Dürr) 1971.
- WITTE, W.: Zur Psychologie der Gehörlosen. In: H.von Bracken: Erziehung und Unterricht behinderter Kinder. Frankfurt a.M. (Akademische Verlagsgesellschaft) 1965.
- Wegener, H.: Die psychologische Problematik des körperbehinderten Kindes. S.435-454 in: Handbuch der Psychologie, Bd. 10, hrsg. von H.Hetzer. Göttingen (Hogrefe) 1959.