

Stück hoch kämpfen konnte (Berndt 2015). Bei ihrem Auftritt und Empfang der Goldenen Kamera 2015 gab es nicht nur hämische Bemerkungen zu dieser „prominenten Neu-Behinderten“, etwa bezüglich ihres desolaten körperlichen und geistigen Zustandes, mit dem sie sich besser in der Öffentlichkeit nicht hätte zeigen sollen, sondern vor allem auch deswegen, weil sie in einem Interview ehrlich bekannt hatte: „Es wäre mir vieles erspart geblieben ohne diese missglückte Operation“, die an sich ihr das Leben gerettet hatte. Diese Aussage wurde ihr als Verrat am Lebenswert behinderter Menschen ausgelegt. Sie hätte lieber schweigen sollen, hieß es. „Was ist mit einer Gesellschaft los, in der Behinderte nicht mehr sagen dürfen, dass es ihnen schlecht geht“ (Berndt 2015)?

### 3.4 Epidemiologische Befunde – Mehrfachbehinderungen

Die Kenntnis der *Zahl* der Personen mit geistiger Behinderung innerhalb einer Gesellschaft ist von Bedeutung für den Ansatz sozialer Maßnahmen. Sie erlaubt auch gewisse Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Prävention und Förderung oder negativer Einflussfaktoren. Die Epidemiologie untersucht die *Verbreitung* und Aufteilung von Schädigungen und ihren Bedingungen. Dabei werden vor allem zwei Grundbegriffe verwendet, die im Englischen „incidence“ und „prevalence“ lauten und übersetzt werden können mit *Auftretens-* und *Verbreitungshäufigkeit*. Beide sind in hohem Maß von sozialen Bedingungen abhängig.

Es gibt gegenwärtig keine Methoden, um die Auftretenshäufigkeit von geistiger Behinderung genau zu bestimmen. Dies hängt u. a. mit den definitorischen Schwierigkeiten, aber auch mit der faktischen Erkennbarkeit zusammen. Ähnliches gilt für die Feststellung der Verbreitungshäufigkeit (Thimm 1990).

Für die Bundesrepublik wurde ein Anteil von 0,6 % der Kinder im schulpflichtigen Alter als geistig behindert eingeschätzt (Sander 1973, Liepmann 1979, Neuhäuser/Steinhausen 2003).

Die geschätzte Prävalenzrate von 6,0 pro 1000 liegt höher als die für andere Länder angegebene Verbreitungshäufigkeit, mit Ausnahme Hollands mit über 0,7 % (vgl. den Überblick bei Liepmann, 35). Der Unterschied zur deutschen Prävalenzrate ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass geistige Behinderung nach hiesiger Klassifikation über den IQ 50 hinausreicht. Dies zeigt sich deutlich in den Ergebnissen von Liepmann (1979), wonach der Anteil der geistig behinderten Kinder in Mannheim mit IQ-Werten < 50 bei 4,2 und mit IQ-Werten:  $\leq 60$  bei 7,6 pro 1000 liegt (66).

Die Gesamtprävalenz, d. h. die Verbreitungshäufigkeit geistiger Behinderung über alle Altersstufen hinweg, liegt niedriger als die für das Schulalter. Nach fortlaufenden Untersuchungen in Dänemark und Schweden lag sie konstant bei 0,43 bzw. 0,41 % (nach Thimm 1990, 13). Bemerkenswert ist auch die Feststellung aus schwedischen Untersuchungen von Wallner (1985),

dass sich die relativ hohe Quote bei den Schulpflichtigen abflacht und dass die Zahl der *älteren Menschen* mit einer geistigen Behinderung *zunimmt*.

Wie schwierig es ist, die Frage der Prävalenzraten abzuklären, zeigte die länderübergreifende, in bestimmten Regionen Deutschlands und Dänemarks durchgeführte Untersuchung von Thimm, v. Ferber u. a. (1985). Die ermittelten Quoten werden dadurch relativiert, dass sie in *Institutionen* gewonnen wurden, und dass die dort erfassten Personen nicht in jedem Fall aus der zugehörigen Region stammten.

Die Geschlechterverteilung unter den geistig behinderten Schülern in der Untersuchung von Liepmann (1979) verhielt sich bei Mädchen und Jungen wie 1,5:1 (69). Zu übereinstimmenden Ergebnissen war Eggert (1969 a) gekommen. im gleichen Sample fanden sich 16,4 % unehelich geborene Kinder gegenüber der Gesamtquote von 8,7 % für Mannheim.

Eine deutliche Veränderung gab es im Bereich der frühen Auftretenshäufigkeit. Hier ist eine hochsignifikante Verringerung festzustellen. Sie wird neben Fortschritten im Bereich der perinatalen Medizin (Geburtshilfe) vor allem auf Präventionsmaßnahmen der pränatalen Diagnostik und genetischen Beratung zurückgeführt. Ein prompter Rückgang der Geburten von Down-Kindern war für den Staat New York 1978 bereits ermittelt worden. Nach einer Untersuchung von Hansen (1978) ging die Zahl der Geburten von Kindern mit einem Down-Syndrom dort nach der Freigabe der Abtreibung 1970 in den Jahren 1971–1975 um ca. 20 % zurück. Die ethische Problematik des Schwangerschaftsabbruchs nach medizinischer Indikation wird in Kap. III angesprochen.

Die Verbreitung *zusätzlicher* Schädigungen bei geistig behinderten Kindern hatten u. a. Sondersorge, Barth (1963) und Hill (1971) untersucht. Die Ergebnisse ließen den Schluss zu, dass geistige Behinderung in der Regel als Mehrfachbehinderung zu gelten habe. Die Ergebnisse von Liepmann (1979) schienen die bisherigen Befunde zu bestätigen. Danach fanden sich

- zusätzlich 1 Behinderung bei 26,11 %*
- zusätzlich 2 Behinderungen bei 39,3 %*
- zusätzlich 3 Behinderungen bei 19,8 %*
- zusätzlich 4 Behinderungen bei 2,6 %*
- keine zusätzlichen Behinderungen bei 11,9 % (100).*

Am häufigsten wurden Sprachauffälligkeiten (77,3 %) registriert, an 2. Stelle Sehschädigungen (49,5 %) und an 3. Stelle Verhaltensstörungen (29,1 %). Zusätzliche motorische Störungen waren bei 16,9 %, Anfälle bei 14,2 % und Hörschädigungen bei 7,5 % diagnostiziert (99).

Diese Befunde erscheinen aus einer differenzierten Sicht als missverständlich und klärungsbedürftig. Man hat sich zu fragen, was man unter geistiger Behinderung zu verstehen hat. Wenn man von einer *komplexen* Beeinträchtigung ausgeht, wie allgemein anerkannt, so kann man nicht bestimmte Funktionen, wie z. B. die Sprachkompetenz, als „zusätzliche“, quasi neben der intellektuellen Schädigung, definieren. Ähnliches gilt z. B. auch für

„Verhaltensstörungen“. Wenn das Feststellen einer „Mehrfachbehinderung“ pädagogisch einen Sinn haben soll, so muss dieses Mehrfache sich auf zusätzliche heilpädagogische Maßnahmen beziehen lassen, die schulisch zu organisieren wären.

Ein Versuch, unter dieser Prämisse die Verbreitung von „*Mehrfachschädigungen*“ bei Kindern mit einer geistigen Behinderung zu ermitteln, stammt von E. Fischer (1992). Die Erhebung wurde an 41 Schulen für Geistigbehinderte in Rheinland-Pfalz durchgeführt. Von den insgesamt 1891 Schülerinnen und Schülern wurden lediglich 11,5 % als „mehrfachgeschädigt“ eingestuft, wobei nur definierte Körper- und Sinnesschädigungen als „zusätzlich“ in Betracht kamen. Diese verteilten sich

*mit 76 % auf eine Körperbehinderung,  
mit 23 % auf eine Sehschädigung und  
mit 12,8 % auf eine Hörschädigung.*

Aufschlussreich sind auch Daten zur Unterbringung in Familie oder Heim. In dem Sample von Liepmann befanden sich von insgesamt 323 geistig behinderten Schulkindern 71 in Heimen, das sind nahezu 25 %. In den von Eyman und Miller (1978) berichteten Untersuchungen in den USA liegt diese Quote wesentlich höher. Sie steigt wiederum mit der Zunahme des Schweregrades. Die höchstgenannte Quote liegt bei 92 % (76 % in Anstalten, 16 % in Kliniken). Resümierend wurde festgestellt, dass beim Ausbau sozialer Dienste die Mehrheit der geistig behinderten (nicht schwerstbehinderten) Personen fähig wäre, gesellschaftlich integriert zu leben (10). Neuere Prävalenzdaten, die sich auf die Altersverteilung und die Platzierung beziehen, liegen aus der Vergleichsuntersuchung von Thimm, v. Ferber u. a. (1985) vor.

Interessant ist in diesem Zusammenhang die erhöhte Quote von Kindern mit mehreren zusätzlichen Behinderungen, insbesondere Anfallsleiden und Verhaltensstörungen in Heimen (118). Bei den Heimkindern überwiegen auch die Kinder aus „auffälligen“ Familien mit 66,7 % gegenüber 28,9 % bei den zu Hause wohnenden geistig behinderten Kindern (120). Für die USA fanden Eyman und Miller (1978) ebenfalls eine wesentlich höhere Quote geistig behinderter Personen mit fehlangepasstem Verhalten in den Anstalten im Gegensatz zu Personen mit geistiger Behinderung, die gesellschaftlich integriert leben (siehe Kap. X). Ähnliche Untersuchungsergebnisse referierte für England Carr (1974, 811f). Sozial störendes und moralisch abgewertetes Verhalten differenziert am deutlichsten Heimbewohner von solchen Menschen mit geistiger Behinderung, die offen in der Gesellschaft wohnen.

Die meisten dieser Untersuchungsergebnisse sind relativ älteren Datums. Mit dem Ausbau der sozialen Dienste außerhalb der Anstalten und mit der Zunahme der sozialen Toleranz in der Bevölkerung hat sich inzwischen das Bild deutlich verändert, und sozialbegründete Heimeinweisungen haben

längst abgenommen. Es kann aber nicht davon die Rede sein, dass schwerer behinderte Menschen *generell* in offenen Wohnformen leben. Die Heime melden eine verstärkte Nachfrage nach Plätzen für solche Menschen, vor allem für solche, die schwerer und mehrfach behindert sind.

### 3.5 Der pädagogische Aspekt

Für die Pädagogik ist eine geistige Behinderung sowohl ein Phänomen vorgefundener und komplex und differenziert zu erfassender Wirklichkeit als auch eine Aufgabe, die darauf gerichtet ist, *trotz der Behinderung Erziehung und Bildung zu ermöglichen*. Der pädagogische Aspekt bezieht sich im Falle einer geistigen Behinderung vor allem darauf, die *Lernmöglichkeiten des Kindes auszuloten* und durch eine entsprechende *Gestaltung seiner Lernumwelt* sein Lernen zu fördern.

Dabei sind die individuell verschiedenen *Lernbedingungen* jeweils in Beziehung zu möglichen und individuell adäquaten Erziehungs- und Bildungszielen und Methoden zu setzen. Die pädagogische Orientierung ist also von zwei Seiten her bestimmt, einerseits *vom Kinde und seinen speziellen Erziehungsbedürfnissen her* und andererseits *von den speziellen Erfordernissen*, wie sie sich aus der pädagogischen Aufgabenstellung ergeben.

#### 3.5.1 Sonderpädagogischer Förderbedarf

Für den schulischen Bereich hat die Kultusminister-Konferenz (KMK) 1994 den Begriff des „*sonderpädagogischen Förderbedarfs*“ eingeführt. Er beinhaltet im Wesentlichen die Entscheidung darüber, dass ein behindertes Kind den Unterricht in der allgemeinen Schule nicht ohne sonderpädagogische Unterstützung besuchen kann, und in welcher Schulform es am besten gefördert werden kann. Dabei kommen zwei *Lernorte* in Betracht: primär die *allgemeine Schule*, wenn dort die entsprechend *förderlichen Bedingungen* gegeben sind, oder die *Förderschule*.

Es handelt sich also um ein Paket sonderpädagogischer Erfordernisse, die einerseits im Sinne einer dem Kind entsprechenden Förderung notwendig, aber auch von der Schule her bereitzustellen sind. Dabei stellt sich die Frage, wonach sich dieser „Förderbedarf“ bemisst, und wer ihn definiert. In den KMK-Empfehlungen wird zwar hervorgehoben, dass er sich einerseits auf eine Kind-Umfeld-Analyse zu beziehen hat, es wird aber andererseits betont, dass dieser sonderpädagogische Förderbedarf auch abhängig von den *Fördermöglichkeiten der jeweiligen Schule* ist.

Damit wird im Grunde der Inhalt speziellen Förderbedarfs, den die Schule bereitzustellen hat, *relativiert*. Der primäre Zweck dieses Begriffes und seiner amtlichen Feststellung liegt offensichtlich darin, dass über diagnostische Erhebungen das „*Profil der Fördermaßnahmen*“ ermittelt wird, dieses aber im Wesentlichen dazu dient, eine Entscheidung über den pas-