

Karl-Heinz Eser

Überlegungen zur Klassifikation von Lernbehinderung

Zusammenfassung

Ausgehend von internationalen Klassifikationen (DSM-IV, ICD-10) wird Lernbehinderung in Verbindung mit neueren deutschen Forschungen zu definieren versucht. Ein Exkurs in das amerikanische Konzept des „slow learners“ belegt eine ihrer zentralen Eigenschaften, das langsame, zeitaufwändige Lernen. Die Klassifikation der „Intelligenzminderung“ nach Festlegungen der „American Association on Mental Retardation“ (AAMR) liefert einen möglichen Ansatz zur Taxonomie von Lernbehinderung, die anschließend im logischen Raum von vier wesentlichen Systemvariablen (Schwere der Lernbehinderung, Zusatzbehinderungen, lebenspraktische Anpassungsleistungen und Zusatzstörungen, soziales Umfeld) entwickelt wird, nachdem zuvor der ursächliche „Teufelskreis“ in Form eines „Diathese-Stress-Modells“ Andeutung fand. Daraus lassen sich Hilfebedarfe ableiten und Lernorte (grob) zuordnen, was an Echtbeispielen demonstriert wird. Drei Anhänge zu Förderkriterien für schwer lernbehinderte junge Menschen (BvB 18+), zum Lernortkonzept der Bundesagentur für Arbeit und zur sozialrechtlich fundierten Diagnose von Lernbehinderung beschließen die Darstellung.

Der Umgang mit Lernbehinderung wird durch ihre fehlende *Offensichtlichkeit* nachhaltig erschwert; sie erschöpft sich nicht in einem oberflächlichen „Dumm-Faul-Frech“. Lernbehinderung ist ein *offenes* Syndrom mit fließenden Übergängen zur Normalbegabung einerseits und zur geistigen Behinderung im engeren Sinne andererseits, oft kombiniert mit pädagogisch fordernden Erschwernissen im Sozialverhalten. Sie ist insbesondere ein *komplexes* Phänomen, das mehrere Funktionsebenen (geistig, seelisch und körperlich) mit oft subtraumatischen Einzeleffekten betrifft, die sich erst in der Lebensentwicklung interaktiv und dann auch noch diskontinuierlich potenzieren. Junge Menschen mit Lernbehinderung sind bei aller Relationalität ihrer Symptomatik behinderte Menschen und nicht ganz selten schwerbehinderte.

Ein angemessenes und wechselweise verschränktes Diagnose- und Fördersystem muß der Komplexität und Individualität dieser Behinderung Rechnung tragen, da ansonsten ihre Teilhabebeeinträchtigungen und Barrieren völlig unterschätzt werden. Junge Menschen mit Lernbehinderung laufen so schnell Gefahr, in Unkenntnis der Art *oder* Schwere *oder* des individuellen Förderbedarfes zur Sicherung ihres Teilhabeerfolges zur Manövriermasse haushälterisch-betriebswirtschaftlicher Kalkulationen zu geraten.

Die Ergebnisse der jüngsten Adressatenbeschreibung (Seyd, Naust-Lühr & Mentz, 2005) von Teilnehmern/innen (N > 10.000) an Rehabilitationsmaßnahmen in Berufsbildungswerken machen deutlich, dass „sich 23 Diagnosegruppen herauskristallisieren, die einen *besonderen Beratungs-, Ausbildungs-, Schulungs- und Unterstützungsbedarf* erfordern. Allen voran sind die Jugendlichen mit einer Lernbehinderung zu nennen. Bei diesem Personenkreis handelt es sich um den einzigen, der in *allen* von uns vorgegebenen Kompetenzbereichen (mental, praktisch, sozial, personal; Anm. KHE) als problematisch eingeschätzt wird.“

1. Grenzwertige Intelligenz und Intelligenzminderung (geistige Behinderung)

„Intelligenzminderung“ (geistige Behinderung) ist ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten. Besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und zum Intelligenzniveau beitragen, wie beispielsweise Kognition, Sprache oder motorische und soziale Fertigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. Intellektuelle Fähigkeiten und soziale Anpassung können sich verändern. Sie lassen sich durch Übung und Rehabilitation in der Regel funktional verbessern. Ihre Diagnose sollte sich immer auf das gegenwärtige Funktionsniveau beziehen.

Das Erscheinungsbild der „Lernbehinderung“ mit ebenfalls (in etwas geringerem Maße) vermindertem Intelligenzniveau und erschwelter Anpassung an die Anforderungen des täglichen Lebens findet sich in internationalen Klassifikationen – DSM-IV der American Psychiatric Association (APA) oder ICD-10 der World Health Organisation (WHO) – im Rahmen zweier Kategorien geistiger Störungen (mental disorders):

1.1 „Borderline intellectual functioning“

(DSM-IV, V62.89; ICD-10, grenzwertige Intelligenz)

- IQ 70 ± 5 bis 85 ± 5 (Kernbereich: 70 bis 85)
- Epidemiologie (Häufigkeit) in den USA: theoretisch 14,1%, empirisch 12,4% (Neisser, 1998), d.i. soviel wie in allen anderen speziellen Förderkategorien zusammen (geistige Behinderung, Lernstörungen, Sehbehinderung, Hörbehinderung, andere Gesundheitsschädigungen, Körperbehinderungen, Autismus, traumatische Hirnschädigungen und emotionale Auffälligkeiten – 12,3% der US-Schüler nach MacMillan, Gresham, Siperstein & Bocian, 1996), außer Sprech- und Sprachstörungen
- „Slow learners“ (Kaznowski, 2004; Shaw, Grimes & Bulman, 2005)

Der Personenkreis der bisherigen „**F1-Teilnehmer/innen**“ dürfte sich weitgehend aus jungen Menschen mit diesen intellektuellen (und anderen) Voraussetzungen rekrutiert haben.

„... Langsam wächst die Erkenntnis über das, was sich als ‚graue Zone‘ entlang des Spektrums der intellektuellen und kognitiven Entwicklung abzeichnet. Wenn man standardisierte Intelligenztests anwendet, gelten IQ-Werte von 85 und mehr als normal, während solche unter 71 als Anzeichen bedeutsamer kognitiver Einschränkungen oder Verzögerungen betrachtet werden. Kinder und Jugendliche, deren Werte zwischen 71 und 85 liegen und deren Anpassungsverhalten dürftig ist, werden fachlich im Bereich grenzwertiger intellektueller Fähigkeiten angesiedelt. Das ‚Diagnostische und statistische Manual geistiger Störungen (4. Auflage)‘ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) bezeichnet sie als Gruppe mit ‚grenzwertigen intellektuellen Fähigkeiten‘.

Grenzwertige intellektuelle Fähigkeiten können sowohl durch eine Reihe von Standardmaßen angezeigt werden als auch durch kognitive, emotionale und verhaltenswirksame Zeichen und Symptome. Außer einem IQ zwischen 71 und 85 erfolgt das Lernen überall langsamer und ungleichmäßiger als nach dem Lebens- und Schulalter zu erwarten wäre. Noten können schlecht und von Mißerfolgen geprägt sein. Das Verhalten kann von schwacher Aufmerksamkeit und Konzentration zeugen, langsamem Antworten, der Neigung, Aufgaben aus dem Weg zu gehen, allgemeiner Desorganisation, Vorliebe für konkrete Tätigkeiten, Überaktivität oder Passivität, geringer Frustrationstoleranz, Stimmungsschwankungen, Albernheit, Furchtsam-

keit, Mißstimmung, Ärger, wenig gesundem Menschenverstand und Unbedarftheit. Daraus resultiert üblicherweise ein herabgesetztes Selbstwertgefühl.

Von Experten, einschließlich Lehrern, werden Schüler mit aktueller grenzwertiger Intelligenz oft nicht ausdrücklich erkannt. Häufig können Kinder, bei denen ADHS oder Lernstörungen diagnostiziert werden, primär tatsächlich eine grenzwertige Intelligenz haben, die sich in Aufmerksamkeitsproblemen, intellektuellen Blockaden und schulischen Schwierigkeiten ausdrückt. Verhaltens- und emotionale Merkmale begleiten sie normalerweise. Wenn die primäre Bedingung der grenzwertigen Intelligenz wie so oft nicht erkannt wird, werden Fehldiagnosen gestellt, und angestrebte Hilfen enden mit wenig Erfolg, manchmal mit weiterer Verschlechterung. Der unangemessene Gebrauch von erlebens- und verhaltenswirksamen Medikamenten kann dabei eine Rolle spielen und bringt zusätzliche Komplikationen. ...“ (Ninivaggi, 2005).

EXKURS: „Slow learner“ – ein Synonym für (junge) Menschen mit Lernbehinderung im Sinne von „borderline intellectual functioning“

„Langsames Lernen“ ist *das* zentrale (kognitive) Verhaltensmerkmal bei Lernbehinderung. Es verweist u.a. auf eine bestimmte Qualität z.B. der Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit oder angebbarer Gedächtnisprozesse und allgemein auf Entwicklungsverzögerungen. „Slow learner“ ist ein Konzept mit relativ langer amerikanischer Tradition:

- **Kirk (1949):** IQ 75 bis 90, relativ geringe Intelligenz; „Der Begriff ‚Langsame Lerner‘ sollte auf Kinder beschränkt bleiben, die nicht die Kapazität oder das Potential haben, intellektuelle Dinge, z.B. das Lesen, in gleicher Weise wie durchschnittliche Kinder zu lernen. Mit dem ‚Langsamen Lerner‘ werden Motivationsmangel, Schulunlust und Schulschwänzen verknüpft. Das ist aber kein angeborenes Verhalten, sondern eine Abwehrhaltung gegen wiederholten Mißerfolg und den konstanten Druck, schulisch Schritt halten zu sollen.“
- **Karnes (1970)** stellte eine Merkmalsliste auf mit:
 - geringer Denkfähigkeit,
 - kurzer Aufmerksamkeitsspanne und
 - geringer Behaltensleistung;
 - schwacher Motivation und
 - ungünstigem Arbeitsverhalten;
 - gering entwickelter Sprache und
 - wenig entwickelten Kommunikationsfertigkeiten;
 - Mangel an Vertrauen,
 - Mangel an Neugier und
 - Mangel an Kreativität sowie
 - geringem Führungspotential.
 - *aber:* „Langsame Lerner“ sind keine homogene Gruppe.
- **Madison (1971):** IQ 75 bis 90; „Wenn ein Kind schulisch nicht mit seinem Alter mithalten kann, Dinge nicht so schnell in der Schule lernen kann und Informationen nicht so gut oder so lange behalten kann, wird es häufig als ‚Langsamer Lerner‘ bezeichnet.“
- **Underhill (1972):** „Der ‚Langsame Lerner‘ ist ein Kind, das ziemlich durchgehend in der Nachhilfegruppe ist, zusätzlich fortgesetzte Schwierigkeiten in grundlegenden Fertigkeiten“

ten und beim Erinnern elementarer Tatsachen hat und das im diagnostischen Nachhilfekreis auf der anschaulich-konkreten Ebene arbeitet.“

- **Texas Education Agency (1981, 1989):** IQ 70 bis 89; „Das sind Schüler mit verschiedenen Graden der Beeinträchtigung, die eines gemeinsam haben: Sie tun sich schwer beim Lernen und Mitkommen in der Schule.“
- **Hardin (1987)** berichtet ähnliche Merkmale:
 - Mangel an schulischem Erfolg, besonders im Lesen;
 - schwaches Behalten und Gedächtnis;
 - geringe Abstraktionsfähigkeit;
 - Mißerfolgsängstlichkeit,
 - wenig Selbstvertrauen und
 - mangelnde Organisation bzw. Planung.
 - *Aber:* Beobachtbare emotionale Merkmale unterscheiden „Langsame Lerner“ nicht genügend von normalen Schülern; genauso wenig wie die körperliche Erscheinung oder die Zugehörigkeit zu der- bzw. demselben sozialen, ökonomischen, religiösen oder ethnischen Gruppe bzw. Hintergrund (Appalachia Educational Laboratory, 1989).
- **Pecaut (1991):** „Der ‚Langsame Lerner‘ verweist gewöhnlich auf ein Kind, das mit *allen* (Lern) Gegenständen Schwierigkeiten hat.“
- **Carroll (1998; National Association of School Psychologists, NASP):** „ ‚Langsame Lerner‘ sind Schüler mit unterdurchschnittlichen kognitiven Fähigkeiten, die nicht gestört bzw. behindert (disabled) sind, aber bei der Bewältigung der traditionellen schulischen Anforderungen im regulären Unterricht scheitern.“
- **Kaznowski (2004):** Definitionen
 - „ ‚Langsame Lerner‘ sind Kinder mit einem Gesamt-IQ zwischen 70 und 85 in einem standardisierten Individual-Intelligenztest (mit weniger als 15 Punkten Unterschied zwischen Verbal- und Handlungsteil) und standardisierten Leistungswerten, die ihren gemessenen Fähigkeiten im Allgemeinen entsprechen, die aber nicht als ‚leicht geistig behindert‘ (mildly mentally retarded) oder ‚lerngestört‘ (learning disabled) qualifiziert werden können, wie weiter unten definiert.“
 - „ ‚Lerngestört‘ (learning disabled) sind Kinder, die Defizite in der auditiven oder visuellen Unterscheidung, dem Gedächtnis, der Assoziation (Lernen) oder der Wahrnehmung, der visuell-motorischen Integration, der auditiv-visuellen Integration oder einem anderen entscheidenden Lernprozess und zusätzlich eine deutliche Diskrepanz zwischen vorhergesagten (erwarteten) und tatsächlichen Leistungen zeigen.“
 - „ ‚Deutliche Diskrepanz‘ (severe discrepancy) heißt die Diskrepanz zwischen vorhergesagter (bestimmt nach dem IQ) und tatsächlicher Leistung, die nach einer statistisch gültigen Formel oder – mangels einer Diskrepanz-Formel – durch einen Unterschied von 15 oder mehr Punkten zwischen vorhergesagter und tatsächlicher Leistung bestimmt wird.“
 - „ ‚Leicht geistig behindert‘ (mildly mentally retarded) sind Kinder mit einem Gesamt-IQ zwischen 55 und 69 in einem standardisierten Individual-Intelligenztest. Ihr Anpassungsverhalten läßt im Vergleich mit gleichaltrigen Schülern Schwierigkeiten erwarten und ihre schulische Leistung stimmt im Allgemeinen mit ihren kognitiven Fähigkeiten und ihrem Anpassungsverhalten überein.“

Ein **Fazit** der ausgewerteten Literatur kann in fünf Punkten zusammengefaßt werden:

1. Vielen Definitionen von „Langsamern Lernern“ ist die Feststellung des **Schulversagens** und einer **unterdurchschnittlichen Intelligenz** gemeinsam. Das sind zwei der drei wichtigen Definitionsebenen von Lernbehinderung; es fehlt die Ebene des sozialen Verhaltens.
2. Ihre Häufigkeit bewegt sich nach Angaben der NASP (1998) um 15% eines Schuljahrganges.
3. „Langsame Lerner“ lernen nicht in demselben Maße wie der durchschnittliche Schüler, scheitern besonders beim Lesen und in der Mathematik und haben trotz größter Anstrengung der Lehrer Schwierigkeiten, mit den schulischen Anforderungen im Unterricht mit zu halten.
4. Trotz aller Mängel gibt es aber viele „Langsame Lerner“, die ausdauernd und motiviert und mit grundlegender Unterstützung in der Schule möglicherweise auch erfolgreich sind.
5. „Langsame Lerner“ brauchen eine (Her)Ausbildung von handlungsorientierten schulischen und beruflichen Fertigkeiten in Bildungsprogrammen, die auf Handwerke und solche Berufe abgestimmt sind, die nicht notwendigerweise einen qualifizierten Schulabschluss benötigen.

Als Konsequenz erfolgt in den USA in Ermangelung eines vergleichbaren beruflichen Rehabilitations-Systems für diesen Personenkreis beispielsweise ein weniger umfassendes und im Ergebnis auch weniger zufriedenstellendes Training der **Beschäftigungsfähigkeit** durch unterstütztes Anlernen (Training-on-the-Job) oder ähnliche Vorgehensweisen.

1.2 „Mild mental retardation“

(DSM-IV, 317; ICD-10, F70: leichte Intelligenzminderung)

Die leichte Intelligenzminderung ist durch eine unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten mit erschwelter Anpassung an die Anforderungen des täglichen Lebens (ggf. mit Verhaltensstörungen) gekennzeichnet. Ihre drei Kriterien sind:

- a) $IQ\ 55 \pm 5$ bis 70 ± 5 (Kernbereich: 50 bis 69) nach z.B. HAWIVA, HAWIK III, HAWIE, BIS-T, SPM oder K-ABC
- b) Leichte Schädigungen bzw. Einschränkungen im aktuellen Anpassungsverhalten, d.h. in der effektiven alterstypischen und (sub)kulturspezifischen Bewältigung von Alltagsaufgaben bzw. Standardsituationen, in mindestens zwei Fertigungsbereichen (adaptive skill areas): Selbstbestimmung, schulische Fertigkeiten, Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit, Kommunikation, soziale Fertigkeiten, häusliches Leben (Wohnen), Selbstversorgung sowie Teilnahme am öffentlichen Leben und Nutzung seiner Hilfen (Luckasson et al., 1992). Dieses Kriterium wird mit Skalen zur Beurteilung der adaptiven Fähigkeiten bzw. sozialen Anpassung im Alltagsleben (Alltagsfertigkeiten) gemessen¹, z.B. mit dem VFHK (Verhaltensfragebogen für geistig- und lernbehinderte Kinder), der DAS-M, Erwachsene (Mannheimer Skala zur Einschätzung der sozialen Behinderung) oder der VABS (Vineland Anpassungsverhalten Skala).
- c) Beginn vor dem 18. Lebensjahr

Häufige Begleitmerkmale sind unterentwickelte motorische, sprachliche und selbstaktivierende Fertigkeiten sowie eine starke Entwicklungsverzögerung.

¹ Daraus läßt sich womöglich ein *Sozialquotient* (SQ) als verwandtes und den IQ ergänzendes Maß ableiten, in dem sich die Wichtigkeit des Erwerbs sozial bedeutsamer Fertigkeiten ausdrückt.

Der Personenkreis der bisherigen „F2/3-Teilnehmer/innen“ dürfte sich weitgehend aus jungen Menschen mit diesen intellektuellen (und anderen) Voraussetzungen rekrutiert haben².

Wegen der Rolle des Meßfehlers merkt das DSM-IV an, dass „die Unterscheidung von leichter Intelligenzminderung und grenzwertiger Intelligenz einer sorgfältigen Abwägung aller verfügbaren Informationen bedarf“ (APA, 1994, 45) und „besonders schwierig ist, wenn bestimmte Geistesstörungen, z.B. Schizophrenie, beteiligt sind“ (APA, 1994, 684).

Zur Abgrenzung der Lernbehinderung von ähnlichen, aber graduell verschiedenen Konstrukten, z.B. der Lernstörung, muß ihrer Eigenschaft als Entwicklungsstörung, die sich in der Regel lebensgeschichtlich interaktiv und kumulativ „aufbaut“ und z.B. nach dem „Diathese-Stress-Modell“ (s.u.) beschreibbar ist, mehr Gewicht als bisher beigemessen werden. Dadurch gewinnen auch anamnestische Kategorien eine besondere Bedeutung.

Entwicklungsstörungen sind durch Bedingungen gekennzeichnet, in denen sich ein bedeutsamer Mangel oder eine Verzögerung in der Entwicklung vielfältiger geistiger Funktionen seit der frühen Kindheit offenbart. Man kann in Abhängigkeit von Art und Anzahl betroffener Funktionen und der Ausdehnung von Einschränkungen bzw. Grenzen mehrere Typen von Entwicklungsstörungen unterscheiden. Die leichte geistige Behinderung ist z.B. durch eine Verzögerung oder Mängel in allen Entwicklungsaspekten charakterisierbar, das heißt, es liegen umfängliche und schwere Mängel in der Entwicklung von motorischen, kognitiven, sozialen und sprachlichen Funktionen vor.

2. Lernbehinderung

Eine „Lernbehinderung“ liegt vor, wenn umfängliche, schwerwiegende und anhaltende Defizite bei der Bewältigung von intellektuellen Leistungsanforderungen festgestellt werden. Sie gilt als „eine besonders ausgeprägte Form einer Lernstörung“ (Grünke, 2004, S. 65). Im Rahmen dieses Störungsbildes ist die gesamte intellektuelle Entwicklung beeinträchtigt. (Lauth & Brack, 2000). „Das Lernen (ist) ‚auf breiter Front‘, d.h. in den meisten schulischen und teilweise auch in außerschulischen Bereichen deutlich beeinträchtigt. Oft sind die intellektuellen Fähigkeiten begrenzt (etwa bei Lernbehinderung).“ (Lauth, Brunstein & Grünke, 2004, S. 13-14)

2.1 Personenkreiskriterien

Bildungsrückstände:

- betragen 2 bis 3 Schuljahre
- betreffen mehrere Unterrichtsfächer, vor allem Deutsch und Mathematik
- dauern über mehrere Jahre an
- sind nicht Folge eines unzureichenden Lernangebotes
- gehen nicht auf eine Sinnesschädigung zurück
- **stehen in Zusammenhang mit Defiziten der allgemeinen Intelligenz: IQ 55 bis 85**

² Die fünf Kriterien des Entscheidungskonzeptes „BvB 18+“ erlauben eine klare berufsberaterische Entscheidung über die Zugehörigkeit von Rehabilitanden/innen zum Personenkreis der schwer lernbehinderten jungen Menschen (s. Anhang 1).

2.2 Symptomatik

Die typische Symptomatik bezieht sich grundsätzlich nicht nur auf junge Menschen im schulpflichtigen Alter, sondern durchaus auch auf Heranwachsende und Erwachsene. **Primär- bzw. Leitsymptome beziehen sich alle auf das Lernen und betreffen nach Lauth, Brunstein und Grünke (2004) vier Lernkomponenten:**

- a) Unzureichende **Basisfertigkeiten**, die den Erwerb höherwertiger Leistungen behindern, z.B. den Erwerb von Regel- und Begriffssystemen: grundlegende Fertigkeiten der Informationsverarbeitung (Informationen identifizieren und zielgerichtet isolieren, akustische Informationen aufnehmen, visuelle Vorlagen analysieren usw.)
- b) Wenig ausgearbeitete **Wissens- und Begriffssysteme**:
 - fehlendes oder unzulängliches Vorwissen und begriffliche Schemata im Sinne einer reduzierten Wissensbasis; das behindert den Erwerb neuer Kompetenzen.
 - Defizite im strategischen Wissen, d.h. der Aneignung und Beherrschung von Lernstrategien für den Erwerb neuen Wissens; das sind z.B. kognitive Strategien zur Aufnahme, Speicherung und Abruf sprachlicher Informationen.
- c) Gravierende Defizite in **metakognitiven Fertigkeiten**: Wissen über eigenes Handeln, z.B. über die Planung, Überwachung und Steuerung komplexer Lernhandlungen (Reflexion und bewußte Steuerung eigenen Lernens, das ist „exekutive Kontrolle“) mit z.B. der Registrierung des Verlaufs und Erfolgs eigenen Lernens, dem gezielten und geplanten Einsatz aufgabenspezifischer Strategien, der Analyse von Fehlern usw.
- d) Individuell geringe **Lern- und Leistungsmotivation**: Lern- und Anstrengungsbereitschaft sowie Interesse am Lerngegenstand fördern die Überwindung von Lernproblemen. Diese Faktoren hängen oft von der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit ab, d.h. von dem Selbstvertrauen, die Lernergebnisse durch eigenes Bemühen (eventuell auch mit Unterstützung) zu erreichen.

Diese Primär- bzw. Leitsymptome bestehen nach Bleidick (1998) konkret darin, dass lernbehinderte Menschen zum Beispiel:

- wesentlich langsamer lernen
- insgesamt weniger lernen
- gelernte Inhalte schneller vergessen
- größere Schwierigkeiten insbesondere beim Lernen abstrakter Begriffe (anschauliche, konkrete, motorische und bedürfnisorientierte Sachverhalte eher zugänglich) haben
- gelernte Inhalte schlechter auf neue Situationen (erschwerter Lerntransfer) übertragen
- usw.

Sekundär- bzw. Begleitsymptome beziehen sich – je nach Sichtweise - auf Bedingungs- oder Folgefaktoren, zum Beispiel auf:

- *Sprache*: schlechtere Sprachleistungen
- *Wahrnehmung, Vorstellung*: weniger gegliederte Wahrnehmungs- und Sprachfähigkeiten
- *Aufmerksamkeit*: leichter ablenkbar
- *Emotionen*: emotional instabiler, schlechtere Differenzierung des Gefühls- und Willenserlebens
- *Verhalten*: neigen zu extremem Verhalten, z.B. Aggressionen, gehemmter Zurückgezogenheit, Distanzlosigkeit, erschwerter soziale Anpassung usw.

3. Lernstörung(en)

Der Begriff „Learning Disabilities“ (LD) in der anglo-amerikanischen Fachliteratur kommt dem der deutschsprachigen „Lernbehinderung“ nahe, ist damit aber nicht identisch. Er meint auch „Lernstörungen“ als weniger umfängliche, schwere und zeitlich nachhaltige Beeinträchtigungen des Lernens, reicht aber durchaus in das Bedeutungsfeld von Lernbehinderung hinein. Wesentliche Ergebnisse der LD-Forschung faßt beispielsweise die aktuelle Definition von „Learning Disabilities“ durch die „Learning Disabilities Association of Canada“ (LDAC) vom 30. Januar 2002 prägnant zusammen:

Definition „Learning Disabilities“ (LD) der LDAC	Essentials
LD beziehen sich auf vielfältige Störungen des Erwerbs, der Organisation, des Behaltens und Verstehens oder Gebrauchs von sprachlicher oder nicht-sprachlicher Information.	Störungen der Informationsverarbeitung sind grundlegend.
Diese Störungen betreffen das Lernen von Menschen, die andererseits mindestens durchschnittliche Fähigkeiten zeigen, insbesondere im Denken und (schlußfolgernden) Urteilen.	Es sind sogenannte isolierte Störungen.
Darum werden LD von einer allgemeinen intellektuellen Minderung unterschieden.	Sie haben den Charakter von Teilleistungsstörungen .
LD entstehen durch Schädigungen eines oder mehrerer Prozesse, die mit dem Wahrnehmen, Denken, Erinnern oder Lernen in Verbindung stehen.	Ursache sind Schädigungen kognitiver Prozesse .
Diese Prozesse umfassen, nicht abschließend aufgezählt: Sprachentwicklung, Lautentwicklung, visuell-räumliche Entwicklung, Entwicklungsgeschwindigkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit und Handlungsfunktionen, wie Planen und Entscheiden.	Es handelt sich (vor allem) um Entwicklungsstörungen .
LD sind unterschiedlich schwer und können den Erwerb und Gebrauch einer oder mehrerer Funktionen stören, wie: - mündliche Sprache (z.B. zuhören, sprechen, verstehen) - Lesen (z.B. entschlüsseln, phonetisches Wissen, Wörter erkennen, verstehen) - schriftliche Sprache (z.B. buchstabieren, schriftlicher Ausdruck) und - Mathematik (z.B. Rechnen, Problemlösen).	Der Umgang mit Buchstaben und/oder Zahlen ist hauptsächlich betroffen.
LD können auch Schwierigkeiten mit organisatorischen Fertigkeiten, sozialer Wahrnehmung, sozialer Interaktion und Zielplanung (perspective taking) umfassen.	Es können auch soziale und lebenspraktische Funktionen erschwert sein.
LD existieren lebenslang. Ihr Ausdruck kann sich über die individuelle Lebensspanne ändern, abhängig von der Wechselwirkung zwischen den Anforderungen der Umgebung und	Die Wechselwirkung mit Umfeldanforderungen ist bedeutsam.

den individuellen Stärken und Schwächen.	
LD deuten sich bei unerwartetem Schulversagen oder einer Leistung an, die nur unter außergewöhnlich großer Anstrengung und Unterstützung erreicht wird.	Ein Erstsymptom ist die Unerwartetheit .
LD entstehen durch genetische und/oder neurobiologische Faktoren oder Schädigungen, die Hirnfunktionen verändern und einen oder mehrere lernbezogene Prozesse betreffen.	Die Verursachung ist primär genetisch und/oder neurobiologisch .
Diese Störungen kommen hauptsächlich nicht von Hör- und/oder Sehproblemen, sozio-ökonomischen Faktoren, kulturellen oder sprachlichen Benachteiligungen, Mangel an Motivation oder unwirksamem Unterricht, obwohl diese Faktoren desweiteren die Herausforderungen für Menschen mit LD erschweren können.	Es gibt sekundäre soziale u.a. Erschwernisse .
LD können mit verschiedenen Bedingungen zusammen vorkommen, einschließlich Aufmerksamkeits-, Verhaltens- und emotionalen Störungen, sensorischen Schädigungen oder anderen medizinischen Bedingungen.	Mehrfachstörungen sind möglich: Es gibt Zusatzstörungen/ -behinderungen.
Zum Gelingen brauchen Menschen mit LD Früherkennung, eine rechtzeitige spezialisierte Begutachtung und eine Förderung, die Familie, Schule, Gemeinde und Arbeitsplatz einschließt.	Früherkennung, Spezialdiagnostik und ganzheitliche Förderung sind für eine erfolgreiche Hilfe nötig.
Die Förderung muß dem individuellen Störungstypus angemessen sein und mindestens die Unterstützung einschließen von: - Anleitung für spezifische Fertigkeiten - Anpassungen/Nachhilfe - Ausgleichsstrategien und - Fertigkeiten zur eigenen Interessenvertretung	Die Förderung muß individuell und störungstypisch sein.

4. Klassifikation der Intelligenzminderung

Einen bewährten Klassifikationsansatz bzw. ein Diagnosesystem bietet die „American Association on Mental Retardation“ (AAMR). Er wird anhand eines multidimensionalen, standardisierten Fragebogens realisiert, der nach Bielski (o.J.) aus vier Dimensionen besteht und in drei Stufen bearbeitet wird:

Dimensionen	Stufen
1. Intelligenzniveau und adaptives Verhalten (s.o.)	Diagnose der geistigen (oder Lern-) Behinderung
2. Psychische bzw. emotionale Bedingungen	Beschreibung und Klassifikation der Stärken (Kompetenzen) und Schwächen (Defizite) in den Dimensionen 2. bis 4.
3. Physische (insbesondere motorische und sensorische), gesundheitliche und ursächliche Bedingungen	
4. Soziale Bedingungen und Umgebung	
Art und Intensität der benötigten Hilfen in allen vier Dimensionen (ersetzt die Einteilung nach Behinderungsgraden: GdB)	
1. intermittent (zeitweise)	
2. limited (begrenzt)	
3. extensive (ausgedehnt)	
4. pervasive (allumfassend)	

In einem *ersten* Schritt wird nach Luckasson et al. (1992) die **Diagnose** erstellt, in einem *zweiten* **individuelle Stärken und Schwächen** im kognitiven, emotionalen, motorischen, sensorischen und sozialen Bereich ermittelt, um ein komplexes Bild der jeweiligen Persönlichkeit zeichnen zu können, und in einem *dritten* Schritt der „**individuelle Hilfebedarf**“ (Theunissen 1999, S. 125 ff.) bestimmt, der die Festlegung auf Behinderungsgrade ersetzt, aber definiert und in das System der deutschen Sozialgesetzbücher (SGB) „übersetzt“ werden müßte.

Definitionen und Beispiele für diese „Unterstützungsintensitäten“ geben Luckasson et al. (1992, S. 26) mit:

Intermittend – zeitweise

Unterstützungen auf der Basis „soviel wie nötig“: Sie sind durch ihre vorübergehende Natur charakterisiert. Eine Person benötigt die Unterstützung(en) nicht immer oder nur kurzzeitig während bestimmter Übergänge zwischen Lebensabschnitten. Eine zeitweise so bereitgestellte Unterstützung kann mehr oder weniger intensiv sein.

Beispiel: bei Arbeitsverlust oder einer akuten medizinische Krise.

Limited – begrenzt

Diese Unterstützungsstufe ist durch ihre Beständigkeit über eine bestimmte Zeit gekennzeichnet; zeitlich begrenzt, aber nicht zeitweiser Natur. Sie erfordert weniger Personal und weniger Kosten als intensivere Unterstützungsstufen.

Beispiel: ein zeitlich begrenztes Beschäftigungstraining oder eine Unterstützung während des Überganges von der Schule ins Erwachsenenleben.

Extensive – ausgedehnt

Unterstützung durch regelmäßige Hilfe, z.B. täglich, wenigstens in einer bestimmten Umgebung, etwa bei der Arbeit oder zu Hause, die zeitlich nicht begrenzt ist.

Beispiel: Langzeitunterstützung und langfristige Unterstützung beim häuslichen Leben.

Persuasive – allumfassend

Die Unterstützung ist durch ihre Durchgängigkeit und hohe Intensität für alle Lebenssituationen gekennzeichnet und möglicherweise lebenserhaltender Natur. Die allumfassende Unterstützung beschäftigt typischerweise mehr Personal und braucht mehr Zutraulichkeit als umfassende oder zeitlich begrenzte Hilfen.

5. Ursachen der Lernbehinderung

Die Verursachung von Lernbehinderung lässt sich in geeigneter Weise an einem „**Diathese-Stress-Modell**“ in Anlehnung an Grünke (2004, S. 67 f.) darstellen. Ein multifaktorieller Entwicklungsprozess mit seinem Zusammenspiel biologischer Prädispositionen und psychosozialen Faktoren führt zu einem erhöhten Risiko für das Auftreten von Lernbehinderung:

Neurologische Lernvoraussetzungen stark erblich	Sozialisationsfaktoren z.B. Anreigungsarmut
?	?
punktuelle Entwicklungsverzögerungen in den ersten Lebensjahren	
?	
Lernwege nicht genügend optimiert, Lernstrategien nicht genügend ausgebildet	
?	
wenig Wissen, „schmale Lernbasis“	
?	
Mangel an zielgerichteten Aktivitäten, Zunahme ungeeigneter Aktivitäten (Verhaltensauffälligkeiten)	
?	
Versagen, Mißerfolg	
?	
Abnahme von Motivation und Anstrengungsbereitschaft	
?	
Begabungsselbstbild zunehmend negativ, zunehmend mißerfolgsmotiviert	
?	
„Teufelskreis“	

6. Überlegungen zur Klassifikation von Lernbehinderung

In Anlehnung an das vorstehende Klassifikations- und Diagnosesystem der AAMR (s. Abschnitt 3) sind für die Kategorisierung von Lernbehinderung als Leitsyndrom mindestens drei Variablen konstituierend und eine moderierend:

- (1) **Schwere der Lernbehinderung**, Lb, mit $\{Lb\} = \{Lb_1 (IQ = 70-85), Lb_2 (IQ = 50-69)\}$
- (2) **Zusätzliche Behinderung**, ZB, mit $\{ZB\} = \{ZB_0 (keine), ZB_1 (eine), ZB_2 (mindestens zwei)\}$
- (3) **Lebenspraktische Anpassungsleistungen und Zusatzstörungen**, LA, mit $\{LA\} = \{LA_i: \text{Selbstbestimmung, schulische Fertigkeiten (insbesondere in Deutsch, Mathematik), Arbeit, Freizeit, Gesundheit, Sicherheit, Kommunikation, soziale Fertigkeiten, häusliches Leben (Wohnen), Selbstversorgung sowie Teilnahme am öffentlichen Leben und Nutzung seiner Hilfen}\}$
- (4) **Soziale Umgebung** (Kontextfaktoren), SU, mit $\{SU\} = \{SU_0 (keine oder negative Unterstützung), SU_1 (Unterstützung)\}$;

Aus den Valenzkombinationen der Variablen (1), (2), (3) und (4) lässt sich eine multivariate Verteilung im so errichteten „logischen Raum“ erstellen:

(1) Schwere der Lernbehinderung (Lb)	(2) Zusätzliche Behinderungen (ZB)	(3) Individ. Einschränk. lebensprakt. Anpass. (IELA)	Individ. Behinderungskomplex (IBK = 3 Ziffern)	(4) Soziale Umgebung (SU)	Individueller Hilfebedarf (IH)	Lernort (LO) - LO BV 1-6 - LO BAB 1-7
1	0	0-11?		0	1-4?	1-6 bzw. 1-7?
1	0			1		
1	1			0		
1	1			1		
1	2			0		
1	2			1		
2	0			0		
2	0			1		
2	1			0		
2	1			1		
2	2			0		
2	2			1		

Es ergeben sich also zwölf Klassifikationsmöglichkeiten für Behinderungskomplexe mit der „Lernbehinderung“ als *Leitsyndrom*, die für sich lediglich zwei Zustände annimmt (Klassifikationsvariable 1).

Eine weitere Untergliederung der Lernbehinderung, z.B. nach den lernbehinderungstypischen Symptenschwerpunkten „Basisfertigkeiten“, „Wissens- und Begriffssysteme“, „metakognitive Fertigkeiten“ sowie „Lern- und Leistungsmotivation“, bietet sich bei der gegenwärtigen Forschungslage m.E. (noch) nicht an, weil die Lernbehinderung als kumulative Entwicklungsstörung im Alter von z.B. 16 Jahren u.a. ein wenig transparentes, v.a. kognitives Entwicklungsprodukt (s. Abschnitt 5) darstellt und ein differenzierendes diagnostisches Instrumentarium praktisch nicht zur Verfügung steht. Lernbehinderung betrifft danach vor allem individuell definierte kognitiv-mentale Entwicklungen und Prozesse (s.o. „Primär- oder Leitsymptome“) mit nachhaltigen Wirkungen auf andere Funktionsebenen, z.B. praktische, soziale oder personale.

Die Klassifikationsvariable (2) „Zusätzliche Behinderung“ umfasst die Ebene der „Störungen“ und bezieht sich nach der AAMR auf die definierten Dimensionen:

- *psychisch* und *emotional*: Psychische Behinderung (P) einschließlich Verhaltensstörungen
- *physisch*, d.h. motorisch und sensorisch, und gesundheitlich: Körperbehinderung (K), Sinnesbehinderung einschließlich Sprachbehinderung (S)

Neben der „Intelligenz“, d.h. konkret der Schwere der Lernbehinderung (Variable 1), und „Zusatzbehinderungen“ (Variable 2) bezieht diese Klassifikation als Drittkriterium „Lebenspraktische Anpassungsleistungen“ (Klassifikationsvariable 3) mit ein. Sie erfasst damit individuelle Alltagseinschränkungen und **Zusatzstörungen**, die zunächst auf die Angabe von elf Anpassungsbereichen rekurren, wie sie die AAMR (Luckasson et al., 1992) vorschlägt.

Ein Einbezug der sozialen Umfeldressourcen mit der Variablen (4) „Soziale Umgebung“ ergänzt die Betrachtungsweise sowie das Klassifikationsschema und trägt als wichtige Kontextvariable einer nötigen Annäherung der Gesellschaft an behinderte Menschen Rechnung und verlangt nicht nur deren Anpassung. „Soziale Umgebung“ drückt sich insbesondere in der Aktivierung oder Verweigerung unterstützender Ressourcen aus.

Wenn diese vier Basisvariablen in das vorstehende Schema eingepasst werden, ergibt sich eine 4-dimensionales Klassifikationssystem mit der Lernbehinderung als Leitsyndrom, aus der der individuelle Hilfebedarf unter Einbezug der sozialen Umfeldressourcen prinzipiell ableitbar ist. Er kann dann prinzipiell Lernorten nach dem „Lernortekonzept“ der Bundesanstalt für Arbeit (s. Anhang 2), getrennt für Berufsvorbereitung (BV) und Berufsausbildung (BAB), individuell zugeordnet werden. Die nötige graduelle Präzisierung und Feinabstimmung muss in der Einzelfallbetrachtung erfolgen.

(Reale) Klassifikationsbeispiele				
(1)	(2)	(3)	(4)	LO BV³
IQ ca. 70 2	Spastik linksseitig (Darm, Greifen, Bein) Sprachbehinderung (Mundmotorik) 2	Rechenschwäche (Zahlen < 100) Stärken: soziale Fertigkeiten, Selbsteinschätzung, nimmt Hilfen an 1	Intakte, sorgende Familie 1	FZ-2/ (BvB > 1 Jahr) Gegenwärtig: Integrationsphase mit Probebeschäftigung (1. Arbeitsmarkt) BV 5
IQ ca. 70: verbal ca. 65, praktisch ca. 78 2	Multiple psychische Störungen mit Behinderungswert (kaum trainierbare Unzuverlässigkeit, Bindungsstörung) Körperlich nicht eingeschränkt 1	Keine 0	Nur Wohnversorgung! Keine Krisenbewältigung; Ablehnung durch Mutter; Stiefvater arbeitet viel, nimmt sich wenig Zeit 0	FZ-2/ (BvB > 1 Jahr) mehrere Arbeitsversuche gegenwärtig: WfbM BV 5
IQ ca. 80 1	Keine 0	Schwache Schulleistungen ADHS, v.a. Hyperaktivität (Medikamente sprechen nicht an!) 2	Strukturell einfache Familie, sozial nicht auffällig 1	BvB rehaspezifisch (BBW) Starke Strukturgebung, belastbare, syndromkompetente Fachdienste/ Mitarbeiter nötig BV 4
IQ ca. 90 (sprachfrei) 1	Keine 0	Migrant (Russland), sozial verschlossen, oft aggressive Mißstimmung Stärken: praktisch geschickt, braucht aber Vorbilder 2	Familie sozial unauffällig 1	BvB allgemein Betriebliche Ausbildung mit abH und Förderberufsschule denkbar BV 3

Diese Beispiele machen deutlich, dass eine einfache, lineare Zuordnung von Erschwernissen und Lernorten – hier der Berufsvorbereitung – fachlich kontraindiziert ist. Im ersten Fall führten eine schwere Lernbehinderung mit zwei Zusatzbehinderungen (L+K) und einer schweren Zusatzstörung (Dyskalkulie) bei familiären und personal-sozialen Stützfaktoren zu

³ Die gewählte Klassifizierung der Lernorte bezieht sich auf das in Anhang 2 (Lernortdifferenzierung und Lernortpräferenz) dokumentierte Konzept der Bundesagentur für Arbeit.

einer (wahrscheinlichen) Vermittlung auf dem ersten Arbeitsmarkt, während dies im zweiten Fall (L+P) bei zusätzlichen familiären Belastungen offensichtlich nicht gelingt.

Es scheint zumindest plausibel, dass an der diagnosegeleiteten, einzelfallbezogenen Zusammenschau der individuellen Befunde durch fachlich gebildete und felderfahrene Berufsberater für behinderte junge Menschen auch auf absehbare Zeit sicher kein Entscheidungsweg vorbeiführen darf.

Literatur

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. Washington DC: APA.

Bielski, S. (o.J.). *Was ist geistige Behinderung*. Verfügbar unter:
<http://homepage.ruhr-uni-bochum.de/Sven.Bielski/index.html> [Online-Zugriff: 26.02.2005]

Bleidick, U. (1998). Lernbehindertenpädagogik. In U. Bleidick, U. Hagemester & W. Rath (Hrsg.), *Einführung in die Behindertenpädagogik* (Bd.2; S.106-131). Stuttgart: Kohlhammer.

Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.).(2004). *Berufsvorbereitende Bildungsmaßnahmen (BvB) der Bundesagentur für Arbeit (BA)*. Neues Fachkonzept. Nürnberg: BA.

Bundesanstalt für Arbeit (1995). *Arbeits- und Berufsförderung junger Menschen mit Behinderungen. Differenziertes Maßnahme- und Lernortkonzept*. Nürnberg: Konzept Ila5-6311/6530.

Bundesanstalt für Arbeit (Hrsg.).(2002). *Teilhabe durch berufliche Rehabilitation. Handbuch für Beratung, Förderung, Aus- und Weiterbildung*. Nürnberg: BW Bildung und Wissen Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.).(2004). *Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachter Tätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht*. Bonn: BMGS.

Grünke, M.(2004). Lernbehinderung. In G.W. Lauth, J.C. Brunstein & M. Grünke (Hrsg.), *Interventionen bei Lernstörungen*. (S. 65-77). Göttingen: Hogrefe.

Kaznowski, K.A. (2004). Slow learners: Are educators leaving them behind? National Association of Secondary School Principals. *NASSP Bulletin, Vol. 88*, Nr. 641, pp. 31-45.

Lauth, G.W. & Brack, U. (2000). Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie* (S. 492-512). Heidelberg: Springer.

Lauth, G.W., Brunstein, J.C. & Grünke, M. (2004). *Interventionen bei Lernstörungen*. Göttingen: Hogrefe.

Luckasson, R., Coulter, D.L., Polloway, E.A., Reiss, S., Schalock, R.L., Snell, M.E., et al. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and system of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.

MacMillan, D.L., Gresham, F.M., Siperstein, G.N. & Bocian, K.M. (1996). The labyrinth of IDEA: School decisions on referred students with subaverage general intelligence. *American Journal on Mental Retardation*, 101, 161-174.

Neisser, U. (1998). *The rising curve*. Washington: American Psychological Association (APA).

Ninivaggi, F.J. (2005). Borderline intellectual functioning in children and adolescents. [online]. Verfügbar unter: <http://www.theglenholmeschool.org/special%20topics/borderline.htm> [25.02.2005].

Seyd, W., Naust-Lühr, A. & Mentz, M. (2005). Die Voraussetzungen der Teilnehmer an Förderlehrgängen, BvB-Maßnahmen und Ausbildungen in Berufsbildungswerken. *Berufliche Rehabilitation*, 19 (4), in Vorbereitung.

Schneider, M. (2004). *Zur Beurteilung von Teilleistungsschwächen, Lernbehinderung und geistiger Behinderung im Rahmen der Anerkennung der Schwerbehinderteneigenschaft*. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Integrationsamt.

Shaw, S., Grimes, D. & Bulman, J. (2005). Educating slow learners: Are charter schools the last, best hope for their educational success?. *The Charter School Resource Journal*, Vol. 1 (1), Winter 2005. Verfügbar unter: <http://www.ehhs.cmich.edu/~tcsrj/shaw4.pdf> [Online-Zugriff: 26.02.2005]

Theunissen, G. (1999). *Wege aus der Hospitalisierung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Anhang 1: Förderkriterien BvB 18+ (über 18 Monate hinaus)

1. Personmerkmale

Die Teilnehmer/innen BvB 18+ sind junge Menschen mit Behinderungen. Sie sind mit den bisher so bezeichneten F 2/3-Teilnehmern/innen identisch und deutlich schwächer als die Mehrheit aller übrigen BvB-Teilnehmer/innen hinsichtlich:

- Intelligenz (IQ = ca. 75, z.B. schwere Lernbehinderung)
- Schulleistung
- Handwerklich-motorischen Fertigkeiten
- Psycho-sozialem Entwicklungsstand
- Lebenspraktischer Kompetenz

Mindestens drei dieser fünf Personmerkmale müssen diagnostisch in der Eignungsanalyse (EA) als besonders defizitär nachweisbar sein. Eine sichere Zuordnung verlangt aber auch Erfahrungswerte in der Förderung dieses Personenkreises.

Es empfiehlt sich, die Grenzen für eine Förderung weder nach unten noch nach oben zu eng zu ziehen, da sowohl einzelne gute Absolventen/innen von „Schulen zur individuellen Lebensbewältigung“ die Maßnahme erfolgreich bewältigen können als auch ein Anteil von Teilnehmern/innen anschließend in eine besonders geregelte Ausbildung wechseln kann, bei dem dies zu Maßnahmebeginn nicht erkennbar ist.

In der förderdiagnostischen Fragestellung kommt es darauf an, sich auf die Ressourcen und das bisher nicht genutzte Fähigkeitenpotenzial dieser Teilnehmer/innen zu konzentrieren.

2. Schwerbehinderung

Der Grad der Behinderung dieser jungen Menschen muß die Kriterien der Schwerbehinderung erfüllen: GdB = 50. Diese müssen durch einen Schwerbehindertenausweis oder Erfüllung der Kriterien für die Ersatztatbestände in der aktuellen Fassung nachgewiesen werden.

3. Mehrfachbehinderung

Eine Mehrfachbehinderung im Sinne von mindestens einer Zusatzbehinderung muß nachweisbar sein. Oft sind dies Probleme aus dem Bereich der Psychischen Behinderung, z.B. besondere Kommunikationsprobleme oder psychomotorische Einschränkungen.

4. Teilhabekriterium

Nach dem Urteil des Reha-Beraters muß eine erfolgreiche Eingliederung in Arbeit oder eine einfache Ausbildung zu etwa 70 Prozent wahrscheinlich sein, wenn eine individuell angemessene Anzahl weiterer Fördermonate (maximal: 12) über die Übergangsqualifizierung hinaus gewährt wird.

5. Abgrenzung zur Förderung in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM)

Unter den förderlichen Bedingungen der BvB muß durch die Verlaufsdiagnostik an den Schnittstellen der Maßnahmestufen eine positive Entwicklungstendenz nachweisbar sein, die das Teilhabekriterium (Kriterium 4) sukzessive wahrscheinlich werden läßt.

Insbesondere entwicklungsverzögerte, infantile junge Menschen mit einem Rückstand von ca. 4 Jahren auf den altersgemäßen Entwicklungsstand erhalten durch die BvB 18+ Chancen, unter förderlichen Bedingungen nachzureifen und sich langsam dem Verhalten und den Leistungen ihres Altersniveaus so anzunähern, dass das Teilhabekriterium erfüllt wird.

Anhang 2: Lernortdifferenzierung und Lernortpräferenz (BA, 1995; 2002, S. 407; 2004)

Das Lernortkonzept bildet eine fachliche Reihenfolge von Fördermaßnahmen bzw. Lernorten:

Lernorte-Präferenz (BA, 2002; 2004)	Grad der Beeinträchtigung/ Behinderung (BA, 1995)					
	Lernbeeinträchtigung und/oder soziale Benachteiligung		Lernbehinderung (und leichte Zusatzstörung)		Schwere Lernbehinderung oder Lernbehinderung und schwere Zusatzstörung ⁴	
Ziel: Berufsvorbereitung (BV)						
1: Berufsvorbereitungsjahr (BVJ)	X		(X)		-	
2: Berufsgrundbildungsjahr (BGJ)	X		X		-	
3: BvB = 11 Monate/FZ-1 (F1) allgemein	X		X		-	
4: BvB = 11 Monate/FZ-1 (F1) rehaspezifisch	-		X		X m.W.	
5: BvB > 11 Monate/FZ-2 (F2/3)	-		X		X	
6: Berufliche Bildung (WfbM)	-		-		X	
Ziel: Berufsausbildung (BAB)	§ 4	§ 66/ § 42m	§ 4	§ 66/ § 42m	§ 4	§ 66/ § 42m
1: Betriebliche Berufsausbildung; wenn erforderlich mit sonderpädagogischen Hilfen der Berufsschule	X	-	-	-	-	-
2: Betriebliche Berufsausbildung mit ausbildungsbegleitenden Hilfen (abH)	X	-	(X)	-	-	-
3: Betriebliche Ausbildung mit rehaspezifischer Förderung durch einen Träger	-	-	X	X	-	-
4: Berufsausbildung in einer außerbetrieblichen Einrichtung (BaE) mit Fortsetzung nach einem Jahr im Betrieb	X	-	X	-	-	-
5: Berufsausbildung komplett in einer außerbetrieblichen Einrichtung (BaE), wenn für das 2. und/oder 3. Ausbildungsjahr keine betriebliche Ausbildungsstelle zur Verfügung steht	X	-	X	-	-	-
6: Berufsausbildung in einer „Sonstigen Reha-Einrichtung“ (wohnortnah/ohne Internat)	-	-	X	X	-	-
7: Berufsausbildung in einem Berufsbildungswerk (BBW) mit oder ohne Internatsunterbringung (bzw. andere Wohnformen)	-	-	X	X	-	X

Anmerkungen:

- Alle Zuordnungen müssen als Einzelfallentscheidungen auch Ausnahmen ermöglichen, z.B. absolvierten ganz vereinzelt auch junge Menschen mit schwerer Lernbehinderung erfolgreich Ausbildungsgänge nach § 25 BBiG.
- Eine horizontale wie vertikale Durchlässigkeit macht das Zuordnungssystem erst flexibel

⁴ Das wäre beispielsweise eine psychische Behinderung oder eine ausgeprägte soziale Benachteiligung.

- Für BvB-Teilnehmer/innen darf nach einer mehr als 11-monatigen Förderdauer nicht nur die Vorbereitung einer Arbeitsaufnahme, sondern muß auch eine (einfache) Ausbildung im Anschluß möglich sein.
- Dieses Schema bietet die individuelle Perspektive, die aber auch den Arbeitsmarkt in den Blick nehmen muß. Eine betriebliche Ausbildung ist für die angeführten Personenkreise gegenwärtig vielfach nicht möglich.

Aus Sicht feststellbarer Kompetenzen der Teilnehmer/innen wäre im Rahmen der Berufsvorbereitung etwa folgende Zuordnung von Förderkonzepten sinnvoll:

Maßnahme	Schulische Kenntnisse	Berufswahlreife (Eignung, Neigung)	Praxisrelevante Schlüsselqualifikationen
BVJ	-	+	±
BvB	±	-	-
BGJ	-	+	(+)

Anhang 3: Sozialrechtlich fundierte Diagnose von Lernbehinderung

Seit dem 1. Juli 2001 sind (junge) Menschen mit Lernbehinderung nach der Änderung des § 19 SGB III durch Art. 3 SGB IX zum ersten Mal explizit in einem Bundesgesetz als behinderte Menschen anerkannt und zählen zur Zielgruppe der beruflichen Rehabilitation.

Bei der gutachterlichen Einstufung von „nicht sichtbaren Behinderungen“, wie z.B. der Lernbehinderung oder von Teilleistungsstörungen, gab es immer wieder Unsicherheiten.

Die sozialrechtliche Anerkennung spricht nun seit den „Anhaltspunkten für die ärztliche Gutachterstätigkeit im sozialen Entschädigungsrecht und nach dem Schwerbehindertenrecht in der Fassung von 1997“ nicht mehr von Lernbehinderung, sondern von einer „Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit (im Schul- und Jugendalter)“. In Ziffer 26.3 (Nervensystem und Psyche) werden zur Beurteilung des GdB/MdE-Grad folgende grundsätzliche Kriterien genannt:

- Ausmaß der Intelligenzminderung (nota bene: Testergebnisse erfassen immer nur Teile der Behinderung zu einem bestimmten Zeitpunkt)
- Persönlichkeitsentwicklung: affektiv und emotional, antriebsbezogen, Umwelteinflüsse („Prägung“), Auswirkungen für die sozialen Einordnungsmöglichkeiten
- Erreichbarer Schulabschluss
- Erzielbare berufliche Qualifikation

Die Lernbehinderung wird im Unterschied zu früher etwas weniger global in zwei Abstufungen dargestellt.

Stufe 1: GdB/MdE-Grad 30-40 (Gleichstellung möglich)

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem *Intelligenzrückstand* entsprechend einem Intelligenzalter von 10 bis 12 Jahren ... Bei einem typischen Adressaten der Berufsvorbereitung (Lebensalter: 15 bis 17 Jahre) entspricht das einem IQ von etwa 65 ± 5 bis 80 ± 5 ,

- wenn *während* des Schulbesuchs nur geringe Störungen, insbesondere
 - der Auffassung
 - der Merkfähigkeit
 - der psychischen Belastbarkeit
 - der sozialen Einordnung
 - des Sprechens
 - der Sprache
 - oder anderer kognitiver Teilleistungen vorliegen, oder
- wenn sich *nach Abschluss* der Schule
 - noch eine weitere Bildungsfähigkeit gezeigt hat und
 - keine wesentlichen, die soziale Einordnung erschwerenden Persönlichkeitsstörungen bestehen, oder
- wenn ein *Ausbildungsberuf* unter Nutzung der Sonderregelungen für Behinderte (§ 66 BBiG, § 42 m HwO) erreicht werden kann⁵.

⁵ „Ein GdB von 30 bis 40 kann festgestellt werden, wenn nach Abschluss der Schule noch weitere Bildungsfähigkeit besteht und ein Ausbildungsberuf unter Nutzung der Sonderregelungen für Behinderte erreicht werden kann. ...“ (Schneider, 2004, S. 4)

Stufe 2: GdB/MdE-Grad 50-70 (Schwerbehinderung)

Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit mit einem *Intelligenzrückstand* entsprechend einem Intelligenzalter von 10 bis 12 Jahren ... Bei einem typischen Adressaten der Berufsvorbereitung (Lebensalter: 15 bis 17 Jahre) entspricht das einem IQ von etwa 65 ± 5 bis 80 ± 5 ,

- wenn *während* des Schulbesuchs
 - die oben genannten Störungen *stark* ausgeprägt sind
 - mit einem Schulversagen zu rechnen ist, oder
- wenn *nach Abschluss* der Schule
 - auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu selbstständiger Lebensführung oder
 - auf eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu sozialer Einordnung geschlossen werden kann, oder
- wenn der Behinderte wegen seiner Behinderung trotz beruflicher Fördermöglichkeiten (z.B. in besonderen Rehabilitationseinrichtungen) nicht in der Lage ist, sich auch unter Nutzung der Sonderregelungen für Behinderte beruflich zu qualifizieren⁶.

Über diese Kriterien der Stufen 1 und 2 hinaus gelten weiterhin die oben bereits genannten Merkmale, die sich auf die „allgemeine geistige Leistungsfähigkeit“ oder „entwicklungspsychologische Tatbestände“ beziehen.

Begutachtung

Die medizinisch-diagnostische Befundlage ist oft dürftig, wenn neben den geistigen Beeinträchtigungen keine offensichtlichen organisch-körperlichen Schädigungen vorliegen, da Lernbehinderung keine Krankheit ist, sondern eine „quantitative Extremvariation normalstrukturierter Lernens“. Art, Umfang und Schwere der Behinderung müssen deshalb aus weiteren Datenquellen hervorgehen.

Für BvB resultieren Befunde v.a. aus:

- Pädagogischen Beurteilungen, z.B. einem geeigneten Sonderschulgutachten
- Schul- und Abschlusszeugnissen
- Beurteilungen aus Praktika, Lehrgängen oder Förder-Assessment-Centern (FAC) zur beruflichen Bildung
- Fachpsychologischen Stellungnahmen, z.B. PSU des Psychologischen Dienstes der Bundesagentur für Arbeit
- Beurteilungen durch Beratungsfachkräfte (Reha-Berater/innen) der Arbeitsagenturen

Für die Ausbildung resultieren *zusätzliche* Befunde aus:

- BvB
- Arbeitserprobung
- Abklärung der beruflichen Eignung (Berufsfindung)

⁶ „... ein GdB von 50 bis 70 und damit eine Schwerbehinderung (kann) unterstellt werden, wenn der behinderte nicht in der Lage ist, sich in anerkannten Ausbildungsgängen – auch unter Nutzung dieser Sonderregelungen für behinderte – beruflich zu qualifizieren. Diese Regelung trifft etwa für diejenigen lernbehinderten Menschen zu, welche nach der (Sonder-)Schule den Förderungslehrgang der Arbeitsverwaltung besuchen, der für die sog. Zielgruppe Nr.2 (FZ-2) angeboten wird. Der Großteil der Teilnehmer an den sog. FZ-2-Lehrgängen mündet nicht in Ausbildungsgängen, sondern wird auf einfache Anlern Tätigkeiten vorbereitet.“ (Schneider, 2004, S. 4)