

Lernbehinderung im Spiegel der ICF

Systemische Sicht und Definition

Die ICF ist heute ein wichtiges Instrument zur Klassifikation von Beeinträchtigungen und Behinderungen. Die ICF kann helfen, Folgen von Krankheiten einzuordnen und ihre Auswirkungen auf die Aktivität und gesellschaftliche Teilhabe einer Person zu beschreiben. Damit kann nicht zuletzt verstanden werden, welche Auswirkungen Beeinträchtigungen und Behinderungen für Menschen in ihrem Alltag haben. Das gilt auch für Menschen mit Lernbehinderungen.

Im folgenden Beitrag führt Prof. Karl-Heinz Eser genauer aus, wie Lernbehinderung mit Hilfe und im Sinne der ICF klassifiziert und damit auch beschrieben werden kann.

1 Allgemeine Bedeutung der ICF

Einstens war in Babylon
das mit dem Turm – Sie wissen schon.

Er sollte hoch und höher werden,
der Mächtigste allhier auf Erden.

Viele Menschen, viele Zungen
wurden zu dem Bau gezwungen.

Der Himmel war zum Greifen nah,
doch dann gar Göttliches geschah.

Plötzlich, wie auf einen Streich,
verwirrt der Sprachen Vielfalt,
die sogleich

bewirkte, dass wenig nur
zusammenging
und nicht entstand das große Ding.

Die Lehre draus, Ihr lieben Leut',
das gilt auch noch für hier und heut',
heißt einfach: Hübsch *bescheiden* sein,
nicht zu groß und nicht zu klein.

Sprechen mit nur *einer* Zungen
macht viele Sachen erst gelungen.

Das ist das Testament der Weisheit.
Die ICF nimmt sich die Freiheit

so zu sprechen, dass sich verstehen
gar Viele und *gemeinsam* gehen.

Ob das gelingt, gut und umfassend,
läuft nur, wenn *wir* es machen passend.

Dieser unterhaltsame Einstieg im Stil Eugen Roths über die Sprachverwirrung zu Babylon bringt die Aufgabe der ICF anschaulich auf den Punkt: Damit wir zusammenarbeiten, etwas zusammen erreichen können, müssen wir uns verstehen. Wir müssen verstehen, was die anderen sagen – wir müssen aber auch verstehen, was die anderen meinen. Denn selbst wenn wir alle – scheinbar – dieselbe Sprache sprechen, kann es doch passieren, dass wir uns nicht verstehen. Denn jeder Mensch nimmt Dinge aus seiner Perspektive wahr. Oft haben Menschen unterschiedliche Perspektiven, weil sie einen anderen Hintergrund, eine andere Profession oder unterschiedliche Interessen haben.

Darüber hinaus hat jede Gruppe ihre eigene Sprache. Es gibt die pädagogische, medizinische, psychologische usw. Sprache, und es kann passieren, dass sich selbst Experten im selben Sprachraum nicht verstehen, weil sie verschiedene Fachsprachen verwenden. Die ICF soll erreichen, dass diese Fachkräfte in einer gemeinsamen Sprache miteinander sprechen können: „Sprechen mit nur einer Zunge“ ist das Ziel der ICF.

Um die Erscheinungsformen der funktionalen Gesundheit sowie mögliche Schädigungen oder Beeinträchtigungen

dieser funktionalen Gesundheit beschreiben zu können, bietet die ICF eine „antibabylonische“ Sprache. Sie will Disziplinen übergreifend verstanden werden. Ziel ist, dass alle Beteiligten – Pädagogen, Ärzte, Sozialarbeiter, Psychologen oder Therapeuten – die Berichte und Erklärungen der jeweils anderen Berufsgruppen verstehen können. Dafür wurden 1.424 Items als Beschreibungseinheiten formuliert. Diese



Prof. Karl-Heinz Eser
Diesen Vortrag hielt der Autor im Rahmen der Arbeitstagung des LERNEN FÖRDERN – Bundesverband e.V. und der Landesverbandstagung LERNEN FÖRDERN – Landesverband Baden-Württemberg e.V.

legen eindeutig fest, was mit welcher Formulierung gemeint ist. Mit diesen einheitlichen Beschreibungen wurden Sprachkonventionen geschaffen, auf deren Grundlage eine Verständigung möglich ist.

Voraussetzung dafür ist selbstverständlich, dass alle Beteiligten entsprechende Schulungen erhalten – um die „Sprache der ICF“ zu verstehen.

Ist diese Voraussetzung erfüllt, bringt die Vereinheitlichung – neben der reinen Verständigung – weitere Vorteile mit sich. Sie kann sich beispielsweise die oben beschriebenen unterschiedlichen Perspektiven zunutze machen und davon profitieren, dass jeder der Beteiligten etwas anderes wahrnimmt. Jede dieser Perspektiven ist wahr bzw. entspricht einer Wahrheit. Wenn nun die Beteiligten in einer Sprache miteinander reden, lernen sie verschiedene Mosaikteile, also die verschiedenen Blickwinkel kennen. Auf diese Weise haben sie die Möglichkeit, mehr vom „Ganzen“ zu verstehen und so – gemeinsam – überhaupt erst einen Überblick über das Ganze zu erhalten. Auch darin liegt eine Chance der ICF.

Die ICF...

- ist über Professionsgrenzen hinweg verständlich
- versucht, alle maßgeblichen Faktoren interaktiv abzubilden, die Einfluss auf ein „Gesundheitsproblem“, aber auch auf eine mögliche „Behinderung“ haben
- ist so in der Lage, Kombinationen verschiedener Einflüsse und damit auch sogenannte Mehrfachbehinderungen darzustellen
- ist durch zuzuordnende Messverfahren operationalisierbar
- ermöglicht Datenvergleiche und (interdisziplinäre) Forschung

Grenzen der ICF

Die ICF ist ein **Instrument zur einheitlichen sprachlichen Klassifikation**. Darin liegen ihre Stärken. Sie hilft dabei, Beeinträchtigungen der Gesundheit – auch Behinderungen – zu beschreiben und einzuordnen. Auf ihrer Basis können sich die einzelnen Fachdisziplinen verständigen und zusammenarbeiten,

ICD und ICF

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat eine Reihe von Internationalen Klassifikationen entwickelt und herausgegeben. Sie ermöglichen es beispielsweise, Krankheiten und Beeinträchtigungen länderübergreifend – eben international – einzuordnen und so über Sprachgrenzen hinweg vergleichbar zu machen. Zu dieser Familie von Internationalen Klassifikationen zählen die **ICD** und die **ICF**.

ICD steht für die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“. Sie umfasst alle möglichen Faktoren, die die Gesundheit beeinträchtigen können, und teilt sie vielfältigen Gruppen und Untergruppen zu. Auf diese Weise klassifiziert sie Krankheiten, Gesundheitsstörungen und andere Gesundheitszustände. Damit ist die ICD das wichtigste weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist die 10. Revision, die Version von 2012: ICD-10. Derzeit wird an einer grundlegenden 11. Revision der ICD gearbeitet, die 2017 herauskommen soll.

Die **ICF**, „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“, wurde 2001 auf Initiative der WHO entwickelt. In Ergänzung zur ICD klassifiziert sie die verschiedenen „Komponenten von Gesundheit“. Dadurch liefert sie Informationen zur „funktionalen Gesundheit“ bzw. „Funktionsfähigkeit“ einer Person.

Funktionsfähigkeit ist ein Oberbegriff für *Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation*. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person (mit einem Gesundheitsproblem) und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). (DIMDI 2005, S. 145)

Das heißt: Im Fokus stehen nicht die Krankheiten, sondern mögliche negative Auswirkungen von Krankheiten auf das Leben einer Person in ihrer Umwelt. Diese Beschreibung verdeutlicht, dass der ICF ein „Bio-Psycho-Soziales Modell“ zugrunde liegt: Die Bestandteile der Gesundheit werden nicht isoliert betrachtet, sondern in ihrem Zusammenspiel. Mögliche Krankheiten oder Beeinträchtigungen werden damit im Kontext des ganzen Menschen gesehen. Es werden nicht ausschließlich körperliche und psychische Störungen oder Beeinträchtigungen betrachtet, vielmehr spielen auch soziale Faktoren eine wichtige Rolle. Die ICF betrachtet die Wechselwirkung dieser verschiedenen Komponenten (siehe auch Abbildung 1 auf S. 6):

Eine Person ist dann „funktional gesund“, wenn in ihrem Kontext keine Störungen oder Beeinträchtigungen vorliegen. Das betrifft alle Bereiche:

- **Körperfunktionen und -strukturen:** Die funktionale Gesundheit wird beispielsweise beeinträchtigt durch körperliche Verletzungen.
- **Aktivitäten:** Die funktionale Gesundheit ist dann beeinträchtigt, wenn eine Person nicht das tun kann, was von ihr erwartet werden kann.
- **Teilhabe:** Die funktionale Gesundheit ist dann gestört, wenn sie nicht in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, teilhaben kann (vgl. BAR 2006, S. 10)

Die ICF klassifiziert den Gesundheitszustand, nicht aber die Person selbst. Vielmehr beschreibt sie die Situation einer Person. Dabei kann sie auf alle Menschen bezogen werden, nicht nur auf Menschen mit Behinderungen. Sie ist universell anwendbar.

Auf diese Weise ergänzen sich die Blickwinkel von ICD-10 und ICF. Zusammen liefern sie ein umfassendes Bild von der Gesundheit eines Menschen und können so eine Grundlage für Entscheidungen über individuelle Rehabilitationsmaßnahmen und Unterstützungsangebote schaffen. Auf den bio-psycho-sozialen Ansatz und das damit verbundene Modell der Teilhabe bezieht sich auch das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“. Es hat damit eine große Nähe zu den ICF-Begriffen bzw. -Klassifikationen, fasst allerdings den Begriff der Behinderung enger.

um individuelle Ziele der Teilhabe zu erreichen. Sie ist „nur“ ein „tief gestaffeltes und validierbares Person-Umwelt-Analyse-Instrument“, das sich auf fünf Faktoren (s. „Die Komponenten“ S. 7) bezieht. In dieser Beschreibung zeigen sich aber auch ihre Grenzen. Denn die ICF...

- 1) ist **kein Messverfahren**. Sie liefert keine Messverfahren zur Operationalisierung und Evaluation der einzelnen Faktoren und deren Wechselwirkung. Messverfahren müssen aus bereits etablierten Systemen rekrutiert werden, z.B. entsprechend der ICD (siehe Kasten S. 5).
- 2) ist **keine Handlungsanweisung**. Aus der ICF lässt sich nicht ableiten, was (anschließend) pädagogisch gemacht werden soll.
- 3) ist **keine Klassifikation funktionaler Diagnosen**. Mit Hilfe der ICF können zwar – unter Berücksichtigung des Kontextes – funktionale Symptome und Befunde beschrieben und integriert werden. **Sie leistet aber kein diagnostisches Urteil**. Das müssen Experten machen.

Es geht in der ICF „nur“ darum, Erscheinungsformen so zu beschreiben, dass **verschiedene Professionen** diese

Erscheinungsformen verstehen. Die **vorausgehende** Diagnostik bleibt ebenso unverzichtbar wie die **nachfolgende** (Be-)Handlung: Zur Beschreibung des Gesundheitsproblems ist es **zuvor** notwendig, zu befragen, zu untersuchen, zu messen und Befunde zu erstellen. **Nach** der Klassifizierung müssen selbstverständlich „Denken und (Be-)Urteilen“ durch Fachpersonen sowie deren Dialog mit den Betroffenen folgen. Beide Prozesse werden durch die Nutzung der ICF nicht ersetzt. (Wie dies umsetzbar ist, stellen wir ab S. 17 in diesem Heft vor.)

In der Folge ist die ICF auch nur so gut wie ihre Operationalisierungen, d.h. die Verfahren, Instrumente und Grundlagen, auf die sie sich bezieht. Dies lässt sich am Beispiel einer Lernbehinderung gut veranschaulichen:

In der **allgemeinen** Darstellung eines Gesundheitsproblems ist die ICF nur so gut, wie die gebildeten Items. Die Darstellung von Lernbehinderung(en) ist dann gut, wenn die Kapitel und Items der ICF alle wichtigen Einflussbereiche auf das Lernen berücksichtigen. Dazu gehören insbesondere Forschungsergebnisse aus den unterschiedlichen wissenschaftlichen Gebieten. ICF bildet Lernbehinderung dann gut ab, wenn es gelingt, viele evidente Forschungsergebnisse zu berücksichtigen, auch

solche mit hohem Auflösungsgrad, z.B. aus der Neurobiologie.

In der **konkreten** Darstellung des Gesundheitsproblems im Einzelfall ist die ICF nur so gut, wie die hinterlegte operationalisierte **Diagnostik** und das daraus resultierende diagnostische **Urteil**. Soll beispielsweise das Gesundheitsproblem eines lernbehinderten Menschen beschrieben werden, muss zum einen sein Gesundheitszustand bzw. seine funktionale Gesundheit objektiv, reliabel und valide gemessen werden. Zum anderen müssen diese Befunde – theoretisch fundiert – zu einem diagnostischen Urteil zusammengeführt werden. Dieses Urteil muss schließlich in eine angemessene Behandlung, Therapie, Unterstützung und dergleichen münden.

Grundstruktur des ICF-Modells

Die ICF klassifiziert die Auswirkungen von Krankheiten und Beeinträchtigungen auf die „funktionale Gesundheit“. Dahinter steht ein Bio-Pscho-Soziales Wechselwirkungsmodell. Deshalb spielen mehrere Komponenten eine Rolle, wie Abbildung 1 (links) veranschaulicht.

Ausgangspunkt ist das „Gesundheitsproblem“ einer Person. Es kann nach der ICD-10 klassifiziert werden. Die dort kategorisierten Krankheiten oder Beeinträchtigungen werden dann in der ICF nicht isoliert betrachtet, vielmehr stehen sie in Bezug zur Person und ihrer Lebenssituation. Auf der Personenebene betrachtet das ICF-Modell einerseits die körperlichen Aspekte („Körperfunktionen und Körperstrukturen“) einer Person. Hierzu zählen nach der ICF auch psychische Faktoren. Andererseits gehören dazu die Aktivitäten und Teilhabemöglichkeiten einer Person. Entscheidend ist, wie sie am Leben teilhaben kann und welche Aktivitäten für sie (nicht) möglich sind. Galten früher lediglich die körperlichen Funktionen und Strukturen als relevant für die medizinische Betrachtung, wird heute zusätzlich beachtet, dass die Menschen immer auch psychische und soziale Wesen sind. Entscheidend für die funktionale Gesundheit ist immer

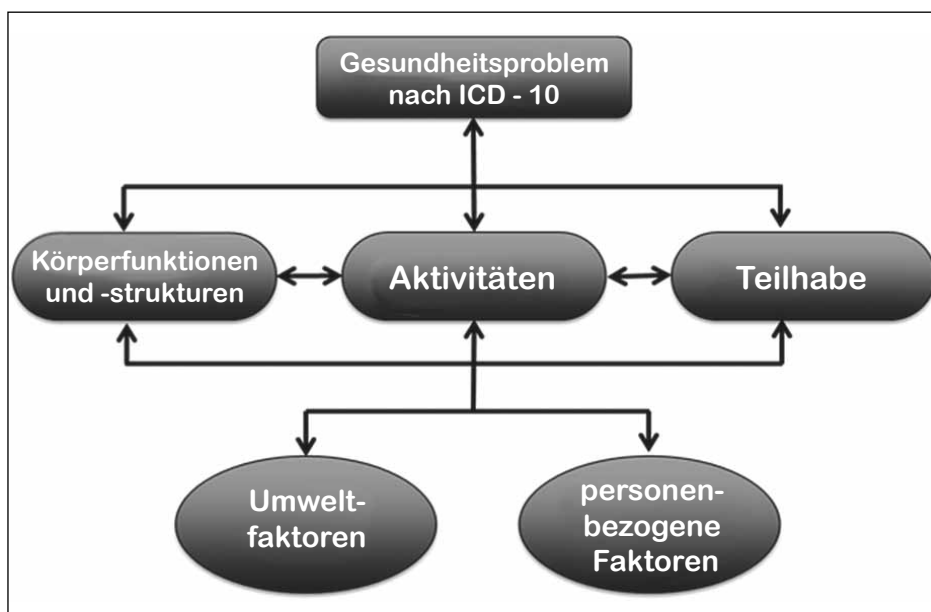


Abbildung 1: Grundstruktur der ICF nach DIMDI 2005, S. 21

die Frage, unter welchen Bedingungen Aktivitäten und Teilhabe möglich sind. Darüber hinaus werden Krankheiten, Schädigungen bzw. Beeinträchtigungen vor dem **konkreten Lebenshintergrund** betrachtet. Entscheidend sind hier sowohl Umweltfaktoren (Milieu, Erziehung, Umgebung, ...) als auch personenbezogene Faktoren (individuelle Erfahrungen, körperliche Erscheinung, Alter, Geschlecht, Lebensstil, ...).

Die Komponenten

Erst alle Faktoren bzw. Komponenten zusammen machen den Menschen aus. Um eine Person unterstützen zu können, muss man über alle Bereiche informiert sein. Zur näheren Beschreibung werden diese mit Variablen (bezogen auf die englischen Begriffe) abgekürzt:

- **Körperfunktionen:**
b (body functions)
- **Körperstrukturen:**
s (body structure)
- **Aktivität und Teilhabe:**
d (life domain)
 - » Aktivitäten:
a (activity [performance + capacity])
 - » Teilhabe: p (participation)
- **Umweltfaktoren:**
e (environmental factors) und
- **Personenbezogene (individuelle) Faktoren:** i (personal factors)

Die ICF als personenzentriertes System setzt sich aus sechs Elementen zusammen. Das Gesundheitsproblem ist sozusagen die abhängige Variable, die sich aus den anderen (unabhängigen) Komponenten ergibt. Diese fünf unabhängigen Komponenten sind die oben beschriebenen Faktoren „b“, „s“, „d (+p)“, „e“ und „i“. Aktivität und Teilhabe werden bei der Betrachtung nicht (ganz) getrennt, da die alltäglichen Handlungen mit der Teilhabe unmittelbar verbunden sind bzw. die Teilhabe daraus resultiert und sie deshalb nicht eindeutig voneinander abge-

grenzt werden können. So betonen die Autoren der ICF (DIMDI 2005, Anhang 3), dass sich Aktivität und Teilhabe überlappen (können) und als individuelle Funktionsfähigkeit (Aktivität) oder als gesellschaftliche Funktionsfähigkeit (Teilhabe) interpretiert werden können. Sie werden in der Klassifikation deshalb als eine Komponente zusammengefasst (d). Hinzu kommen die beiden Kontextfaktoren (e) und (i), die den Lebenshintergrund einer Person (vollständig) erfassen.

Der Gesundheitszustand ergibt sich aus dem Zusammenspiel dieser verschiedenen Faktoren. Dabei besteht eine multifaktorielle Kausalität. Die fünf Komponenten hängen – teilweise interaktiv – voneinander ab. Auf der Personenebene beeinflussen sich die Körperfunktionen und -strukturen gegenseitig und haben auch wechselseitig Einfluss auf die Aktivitäten (und Teilhabe). Hinzu kommen Umweltfaktoren und individuelle (personenbezogene) Faktoren. Beide Faktoren beeinflussen die anderen Bereiche und werden durch die anderen Bereiche beeinflusst. Aus diesen Wechselwirkungen resultiert die Gesundheit bzw. ein Gesundheitsproblem. Grafisch lässt sich das wie folgt darstellen:

(b ⇔ s) ⇔ d(+ p) ⇔ e ⇔ (i) ⇒ Gesundheit

Dieses Modell verdeutlicht, dass dieselben „Gesundheitsprobleme“ im Sinne der ICD bei zwei Personen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben können. Einschränkungen in der Mobilität beeinflussen das Leben einer Person, die sportlich aktiv ist, körperlich arbeitet, alleine wohnt und einen kleinen Freundeskreis hat, deutlich anders als das Leben einer Person, die mit ihrer Familie zusammen wohnt, gerne liest und hauptsächlich mit ihrem Kopf arbeitet.

Kapitel, Kategorien und Gruppen

Um eine Vergleichbarkeit zwischen einzelnen Fällen herzustellen, sind die Klassifikationen der ICF hierarchisch und alphanumerisch mit Buchstaben und Ziffern gegliedert. Diese Codes erleichtern die Zu- und Einordnung. Die oben vorgestellten Komponenten des ICF-Modells sind in einzelne Kapitel unterteilt. So beginnt die Klassifikation der Körperfunktionen mit Kapitel b1 („Mentale Funktionen“). Ihm folgt Kapitel 2 („Sinnesfunktionen und Schmerz“) usw. Die Kapitel werden zugleich als „Items der ersten Ebene“ bezeichnet. Ihre jeweiligen Inhalte sind in Gruppen zusammengefasst, in Kapitel 1 beispielsweise in die Gruppen „globale mentale Funktionen“ (b110-b139)



Nach dem südasiatischen Gleichnis „Die blinden Männer und der Elefant“. Quelle: gefunden und übersetzt von www.gekreuzsieg.de

und „spezifische mentale Funktionen“ (b140-b189). Diese Gruppen fassen mehrere Kategorien zusammen. Diese (vierstelligen) Kategorien beschreiben spezifische Ausprägungen, das Item „b110“ zum Beispiel „Funktionen des Bewusstseins“. Sie bilden die „Items der zweiten Ebene“. Diese Kategorien können weiter in Subkategorien (Items der dritten und vierten Ebene) untergliedert sein. In diesem Fall in „b1100 Bewusstseinszustand“, „b1101 Kontinuität des Bewusstseins“, „b1102 Qualität des Bewusstseins“ und so weiter.

Daraus ergibt sich eine atomistische Klassifikationshierarchie nach Art und Grad mit bis zu acht Stellen. Aktuell gibt es insgesamt 1.424 Items.

Diese Items werden in der ICF in ihren wesentlichen Merkmalen definiert. Auf diese Weise beschreiben sie die Kategorien der Gesundheit näher. So bestimmt „b1102“ die „Qualität des Bewusstseins“ als: *Mentale Funktionen, die sich bei Veränderungen auf die Art des Empfindens von Wachheit, Aufmerksamkeit und bewusster Wahrnehmung auswirken, wie drogeninduzierte Bewusstseinsveränderungen oder ein Delirium.*

Beurteilung

Diese Formulierungen sind rein beschreibend, sie beurteilen noch nicht, ob der Gesundheitszustand einer Person im Sinne ihrer Funktionsfähigkeit positiv oder negativ ist. Es muss erst noch festgestellt werden, ob hier ein Gesundheitsproblem vorliegt und wie schwerwiegend es ist. Damit diese positiven bzw. negativen Aspekte ausgedrückt werden können, schlägt die ICF verschiedene **Beurteilungsmerkmale** für die einzelnen Komponenten vor. Sie ermöglichen es, den Schweregrad des Gesundheitsproblems anzugeben, und können so das Ausmaß einer Schädigung beschreiben:

„Die ICF-Kodes sind nur in Verbindung mit einem Beurteilungsmerkmal vollständig, der das Gesundheitsniveau angibt (z.B. den Schweregrad eines Problems) [...] Wird ein Kode verwendet, sollte er mindestens mit einem Beurteilungsmerkmal ergänzt werden. Ohne Beurteilungsmerkmale sind Kodes nicht sinnvoll.“ (DIMDI 2005 S. 26)

xxx.0 Problem nicht vorhanden	(ohne, kein, unerheblich...)	0-4%
xxx.1 Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering...)	5-24%
xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich...)	25-49%
xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst...)	50-95%
xxx.4 Problem voll ausgeprägt	(komplett, total...)	96-100%
xxx.8 nicht spezifiziert		
xxx.9 nicht anwendbar		

Tabelle 1: Erstes Beurteilungsmerkmal (Ausmaß oder Größe des Problems), DIMDI 2005

Die ICF empfiehlt, hierfür Ziffern (durch einen Punkt abgetrennt) zu verwenden (Tabelle 1, oben).

Entsprechend können die ICF-Kodes durch diese Beurteilungsmerkmale ergänzt werden. Die Ergänzung „b1102.0“ bedeutet z.B., dass bei den mentalen Funktionen einer bestimmten Person keine Schädigungen vorliegen, während eine andere Person mit „b1102.4“ wohl im Koma liegt. Neben diesem „ersten Beurteilungsmerkmal“ können zweite und dritte Beurteilungsmerkmale (je nach Bereich) die Schädigung genauer spezifizieren.

Die Beurteilungsmerkmale für den Bereich „Aktivität und Teilhabe“ sollten mit zwei Beurteilungsmerkmalen kodiert werden: An dieser Stelle unterscheidet die ICF zwischen „aktueller Leistung“ (performance) und „Leistungsfähigkeit“ (capacity):

Der Begriff „**Leistung**“ bezieht sich darauf, was eine Person in ihrer Umwelt tut. Es geht um die „gelebte Erfahrung“ im aktuellen, gegenwärtigen Kontext: Was „leistet“ diese Person tatsächlich? Die „**Leistungsfähigkeit**“ beschreibt dagegen, was eine Person leisten **kann**: Welche Fähigkeit hat eine Person? Kann sie diese Aufgabe (überhaupt) erledigen? Kann sie diese Handlung (überhaupt) durchführen? Mit diesem Beurteilungsmerkmal kann das maximale Niveau der Funktionsfähigkeit beschrieben werden – und zwar in Bezug auf eine Person in einem bestimmten Bereich zu einem gegebenen Zeitpunkt. Darüber hinaus können optionale und zusätzliche Beurteilungsmerkmale die Kodestruktur ergänzen.

Schließlich können mit diesen Beurteilungsmerkmalen nicht nur die negativen Aspekte (Schädigungen) formuliert werden, sondern auch positive Aspekte hervorgehoben werden. So können bei den Umweltfaktoren beispielsweise „Förderfaktoren“ oder „Barrierefaktoren“ beschrieben werden.

Wie diese Beurteilungen konkret ausgestaltet werden, ist flexibel. Die ICF enthält keine Operationalisierung für diese Einteilung des Schweregrades. Sie ist kein Instrument zur Beurteilung der Körperfunktionen/-strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe. Auf ihrer Grundlage können jedoch solche Instrumente entwickelt bzw. weiterentwickelt werden. Das hat den Vorteil, dass sie den individuellen Bedingungen angepasst werden können – je nach Personengruppe, Teilhabeziel und Arbeitsbereich.

Beispiel zur Anwendung

In der Arbeit der beruflichen Rehabilitation in einem Berufsbildungswerk kann sich beispielsweise folgendes Vorgehen ergeben: Teilhabeziel ist, dass eine Person in (ihrer) Zukunft nicht nur die an sie gestellten beruflichen Anforderungen erfüllt, sondern auch ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen kann. Daraus ergeben sich individuelle, personenabhängige Teilhabeziele, beispielsweise in den Bereichen Arbeit und Wohnen. Die BAG BBW (Soggeberg & Lentz, 2015, S. 45; Anlage 2) schlägt vor, in Anlehnung an die ICF-Vorgaben der WHO folgende Bewertungsskala zu verwenden (Tabelle 2, rechts).

.0 keine Einschränkung	kann Alltag (beruflich, sozial) bewältigen
.1 leichte Einschränkung	kann Alltag (beruflich, sozial) mit Hilfe der Regelangebote des BBW bewältigen
.2 deutliche Einschränkung	kann Alltag ohne besondere Hilfe alleine nicht bewältigen
.3 massive Einschränkungen	Risikofaktor für Teilhabeziel (Item-bezogen), ganz besondere Hilfe erforderlich
.4 vollständige Einschränkung	Teilhabeziel nicht erreichbar
.8 Ausmaß der Einschränkung kann derzeit nicht ermittelt werden	
.9 Item ist (auf die Person bzw. den Kontext bezogen) nicht relevant	

Tabelle 2: Bewertungsskala nach Soggeberg & Lentz, 2015, S. 45; s. auch Anlage 2
Die Bewertungen .3 und .4 können auch zusammengefasst werden

Für die Bewertung der Umweltfaktoren (sowie unter Umständen auch der personenbezogenen Faktoren) wird im Berufsbildungswerk (zunächst) eine dreistufige Skala verwendet: positiv – neutral – negativ. Diese Skala bezieht sich auf die Beurteilungsmerkmale der ICF „Förderfaktor“ vs. „Barrierefaktor“

(s. Tabelle 3, unten). So kann bei einer Person beispielsweise das Item e310 „Engster Familienkreis“ mit „F“ bzw. „+1“ bewertet werden. Das jeweilige Ausmaß kann genauer in einem zusätzlichen Textfeld beschrieben werden: „Engster Familienkreis stellt einen Förderfaktor dar, weil...“

Förderfaktor	neutral	Barrierefaktor
F oder +1	N oder 0	B oder -1

Tabelle 3: Beispiel für die Umsetzung der Beurteilungsmerkmale zur Bewertung der Umweltfaktoren (e) als Förderfaktor oder Barrierefaktor



Förderfaktor LERNEN FÖRDERN: Beim Seminar für junge Leute (hier 2014 in Rummelsberg, Bayern) erleben Jugendliche und junge Erwachsene ihre individuellen Stärken, können Kontakte knüpfen, und vieles mehr...

Zum Weiterlesen:

Die BAG BBW informiert in ihrer Fachzeitschrift „Berufliche Rehabilitation“ vierteljährlich zu Fragen einer arbeitsmarktbezogenen Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Schwerpunkt der ersten Ausgabe in diesem Jahr (Heft 1 2015) ist der aktuelle Entwicklungsprozess der ICF in der beruflichen Rehabilitation.

Im Fokus stehen drei Perspektiven: Die ersten beiden Beiträge beleuchten Stellenwert und Nutzung der ICF aus der „wissenschaftlichen Perspektive“. Es zeigt sich, dass die Verbreitung der ICF in der beruflichen Rehabilitation in Deutschland wie in Europa sehr unterschiedlich ausgeprägt ist. Dabei wurden unterschiedliche Konzepte und Varianten der Nutzung der ICF entwickelt, die sich auf den jeweiligen fachlich-spezifischen Kontext bezieht.

Den Schwerpunkt des Heftes bildet anschließend die Perspektive der Berufsbildungswerke. Die Autoren der einzelnen Beiträge stellen vor, wie die ICF für die Förder- und Teilhabeplanung der Berufsbildungswerke genutzt werden kann. Betrachtet wird dabei unter anderem, wie ICF-basierte Systeme implementiert werden oder wie multiprofessionelle Teams zusammenarbeiten können. Die Beispiele zeigen, wie verschiedene Berufsbildungswerke ihre Rehabilitationsprozesse auf die Nutzung der ICF umstellen oder bereits umgestellt haben und dabei an bereits bestehende Prozesse angebunden haben. Ein guter Einblick, dass und wie die ICF in der praktischen Arbeit zum Einsatz kommen kann.

Zum Schluss erweitern drei „Gastbeiträge“ den Blick auf die ICF.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Berufsbildungswerke (Hrsg.):

Berufliche Rehabilitation. Beiträge zur beruflichen und sozialen Teilhabe junger Menschen mit Behinderungen. Schwerpunktthema: ICF und Berufliche Rehabilitation III, 29. Jahrgang: Heft 1 2015. Lambertus Verlag, Freiburg. ISSN 0931-0889

2 Lernbehinderung und ICF

„Lernbehinderung ist ein breites und vielschichtiges Grenzsyndrom sensu Kanter auf dem Kontinuum zwischen ‚Geistiger Behinderung‘ im engeren Sinne und ‚Normalentwicklung‘, ohne eine qualitativ eigene, eindeutige und klar abgrenzbare Störungskategorie zu bilden.“ – eine „Behinderung auf den zweiten Blick.“ (Eser, 2005)

Wie lassen sich Lernbehinderungen also im Sinne der ICF klassifizieren?

Behinderung im Sinne der ICF

Führt ein Gesundheitsproblem zur Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit einer Person auf **einer Ebene** – ihrer Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und/oder Teilhabemöglichkeiten –, liegt im Sinne der ICF eine Beeinträchtigung der Funktionalen Gesundheit vor.

Mit Hilfe der ICF kann zunächst auf allgemeiner Ebene der Begriff „Behinderung“ genauer beschrieben werden. Behinderung wird final als **Einschränkung von Teilhabemöglichkeiten** (= abhängige Variable) verstanden, die aus der **Wechselwirkung einer Vielzahl prinzipiell gleichberechtigter, aber individuell unterschiedlich hinderlicher Ursachen in Person und (Umwelt-)Situation** (= unabhängige Variablen) entstehen kann.

Behinderung bezeichnet gemäß der ICF die negativen Aspekte der Wechselwirkung zwischen einer Person (mit einem bestimmten Gesundheitszustand) und deren individuellen Kontextfaktoren.

Die ICF denkt Behinderung als Konstrukt, das sich auf die transaktionalen Prozesse zwischen Person und Umwelt bezieht. Daher ist es nicht konsequent, Behinderung isoliert auf der Ebene der (beeinträchtigten) Person zu verorten. Vielmehr muss sie stets im Kontext der Umwelt und der individuellen Faktoren betrachtet werden.

Einordnung von Lernbehinderung nach ICD-10

Das Gesundheitsproblem „Lernbehinderung“ zählt nach dem „Teilhaberbericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen“ zu den psychischen Beeinträchtigungen. Diese „umfassen sämtliche geistigen (Entwicklungsstörungen, Lernbehinderung, ...), seelischen (Psychosen, Neurosen, Verhaltensstörungen, Suchtkrankheiten, ...) und psychischen Folgen zerebraler und körperlicher Erkrankungen nach der Behindertenstatistik, die der Definition des SGB IX und BGG genügen und im Kontext ungünstiger Lebensbedingungen zur Behinderung geworden sind.“ (BMAS 2013, S. 390)

Die WHO, die unübersehbar dem anglo-amerikanischen „Welfare-System“ verpflichtet ist, arbeitet in ihrer Skala

ICD-10 zwar nicht mit dem Begriff der „Lernbehinderung“, dennoch können Lernbehinderungen mit ihrer Hilfe klassifiziert werden. Sie gelten hier als „Borderline intellectual functioning“ (grenzwertige intellektuelle bzw. geistige Funktionen).

Somit können (schwere) Lernbehinderungen mit folgenden Codes der ICD beschrieben werden:

- **R41.83 Grenzwertige Intelligenz** (Borderline intellectual functioning, BIF) mit einem „Below Average IQ“ (BAIQ) von 70–85
- **F70 Leichte Intelligenzminderung** (mild mental retardation, mild intellectual disability) in einem IQ-Bereich 50–69

Die Klassifikation R41.83 zählt zur Gruppe R00-R99, genauer zu R40-R46:

Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen und präzise zu R41: Sonstige Symptome, die das Erkennungsvermögen und das Bewusstsein betreffen.¹

Diese Einordnung zeigt, dass sich Lernbehinderungen anhand der Intelligenzhöhe (IQ) bestimmen lassen (s. Tabelle 4, rechts). Eine klare Abgrenzung von leichter geistiger Behinderung und schwerer Lernbehinderung ist allerdings mitunter problematisch, die Übergänge sind eher fließend. Hinzu kommen als mögliche Begleitstörungen:

- **F80-89 Entwicklungsstörungen**, insbesondere F80-83: umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten, der motorischen Funktionen und kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen. Diese Klassifizierung ist entscheidend, wenn es um Schulversagen geht.
- **F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen** mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Derzeit wird an der ICD-11 gearbeitet (siehe Kasten S. 5). Bisher sieht es so aus, als würde „Lernbehinderung“ im Sinne von „Borderline intellectual functioning“ auch hier nicht „aufgegeben“, sondern weiterhin klassifiziert.

¹ In den USA ist in Ermangelung eines beruflichen Rehabilitationssystems, wie es Deutschland spätestens seit 1970 kennt, für diesen Personenkreis ein weniger umfassendes und im Ergebnis auch weniger zufriedenstellendes Training der Beschäftigungsfähigkeit (nicht Berufsfähigkeit) vorgesehen, z.B. durch unterstütztes Anlernen (Training-on-the-Job) oder ähnliche Angebote. Die Unterscheidung zwischen „Berufsfähigkeit“ (im Sinne der Partizipation) und „Beschäftigungsfähigkeit“ (USA) wird an diesem Beispiel offensichtlich.

ICD-Bezeichnung	Intelligenzhöhe (IQ) nach		Bezeichnung nach deutschen Graden
	ICD-10 (F7)	deutschen Graden	
Grenzwertige Intelligenz (BIF)	70 – 85	80 – 89	Grenzfälle
Leichte Intelligenzminderung (Im) (F70)	50 – 69	55 (70) – 85	Lernbehinderung
Mittelgradige Im (F71)	35 – 49	40 – 54	Geistige Behinderung
Schwere Im (F72)	20 – 34	25 – 39	
Hochgradige Im (F73)	< 20	<25	

Tabelle 4: Einordnung von Lernbehinderung anhand der Intelligenzhöhe, bezogen auf die ICD-10. Diese Einordnung ermöglicht es, Lernbehinderung international vergleichbar zu machen.

Im Allgemeinen lässt sich gegenwärtig ein internationaler Trend beobachten, nach dem das Thema der „grenzwertigen Intelligenz“ wieder aktueller und wichtiger wird.

Klassifikation nach ICF

Am Beispiel von Lernbehinderungen lässt sich das „Bio-Psycho-Soziale Modell“ der ICF gut veranschaulichen. Es zeigt sich, dass die Wechselwirkungen von biologischen (körperlichen), psychischen sowie sozialen Faktoren Lernbehinderungen verstärken oder ihnen entgegenwirken können. Um Lernbehinderung im Spiegel der ICF zu beschreiben, müssen alle Komponenten beachtet werden: Mögliche Beeinträchtigungen auf Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, aber auch Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe sowie der personenbezogenen und Umweltfaktoren.

Klassifikation der Körperfunktionen (und -strukturen)

Der Bereich der Körperfunktionen und -strukturen (b und s) betrifft medizinisch beschreibbare Aspekte einer Lernstörung. Hier wird der Mensch als biologisches (und psychisches) Wesen betrachtet. Diese Aspekte können auf

unterschiedliche Weise entstanden sein. Die Ursachen von Intelligenzeinschränkungen können unter anderem sein:

- genetische Faktoren,
- Sauerstoffmangel während der Geburt,
- eine Krankheit,
- ein Unfall oder
- eine Entwicklungsstörung.

Eine **grobe** Schädigung durch Chromosomenanomalien, z.B. Klinefelter-Syndrom, Hirnhautentzündungen, Hormon- oder Stoffwechselstörungen, um Beispiele zu nennen, trifft allerdings nur für einen geringen Anteil lernbehinderter junger Menschen zu und kann höchstens in Ausnahmefällen nachgewiesen werden.

Aber auch wenn keine **groben** Schädigungen vorliegen, können vielerlei Faktoren Lernbehinderungen verursachen.

Um diese möglichen Ursachen und Beeinflussungen von Lernbehinderungen genauer zu erklären, stellt sich die Frage: Wie lernt der Mensch?

Lernen heißt: Neue Informationen aktiv aufnehmen, verarbeiten, abspeichern und – vor allem – wieder darauf zurückgreifen. Diese Prozesse finden in unserem Gehirn statt. Lernen spielt sich auf fein neurologischer und feinautomatischer Ebene ab, in erster Linie an Synapsen und im Arbeitsgedächtnis. Es handelt sich hier auch um „körperliche“ Prozesse (s. S. 12f.).

Klassifikation der Körperfunktionen (und -strukturen)

Die Funktionen, die in der ICF mit den Variablen „b“ charakterisiert werden, beziehen sich auf die Funktionen des Körpers. In diesem Sinne können Lernbehinderungen auf Ebene der **mentalen Funktionen** (b1) klassifiziert werden.

Zu den **globalen** mentalen Funktionen, die Einfluss auf das Lernen haben, beschreibt die ICF

- **b114** Funktionen der Orientierung (Allgemeine mentale Funktionen, die Selbstwahrnehmung, Ich-Bewusstsein sowie eine realistische Wahrnehmung anderer Personen, der Zeit und der Umgebung betreffen.)
- **b117** Funktionen der Intelligenz
- **b126** Funktionen von Temperament und Persönlichkeit (Allgemeine mentale Funktionen, die das anlagebedingte Naturell einer Person betreffen, individuell auf Situationen zu reagieren, einschließlich der psychischen Charakteristika, die eine Person von einer anderen unterscheiden.)
- **b130** Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs (Allgemeine mentale Funktionen, die physiologische und psychologische Vorgänge betreffen, welche bei einer Person ein nachhaltiges Streben nach Befriedigung bestimmter Bedürfnisse und die Verfolgung allgemeiner Ziele verursachen.)

Funktionen der Intelligenz

Als Funktionen der Intelligenz gelten allgemeine mentale Funktionen, die erforderlich sind, um die verschiedenen mentalen Funktionen einschließlich aller kognitiven Funktionen zu verstehen und konstruktiv zu integrieren sowie diese über die gesamte Lebensdauer hinweg fortzuentwickeln. Dies schließt Funktionen mit ein, die die Intelligenzentwicklung betreffen, wie intellektuelle und mentale Retardierung, Demenz. Nicht mit eingeschlossen sind dagegen Funktionen des Gedächtnisses (b144); Funktionen des Denkens (b160) und Höhere kognitive Funktionen (b164).

Hintergrund: Neurobiologie des Lernens

Wie können wir neue Inhalte abspeichern, uns merken und vor allem wieder darauf zurückgreifen? Was in unserem Gehirn passiert, wenn wir lernen, lässt sich auf zwei Arten beschreiben: „Die ‚Ursachenforschung‘ verfolgte dabei vor allem zwei Richtungen, eine kognitive und eine neurobiologische.“ (Borkenau et al., 2005)

1. Kognitive Richtung

Wenn Menschen denken, weil sie zum Beispiel eine Aufgabe bewältigen müssen, dann arbeitet ihr Gehirn. Hier finden grundlegende (elementar-kognitive) Prozesse statt. Menschen, die mit Problemen konfrontiert werden, lösen diese Aufgaben auf unterschiedliche Art und Weise. Darunter gibt es Menschen, die ein Problem effizient bearbeiten können. Sie kommen schnell zu einer guten Lösung. Andere Menschen sind darin weniger effizient. Dafür sind zwei „Basiskomponenten“ ausschlaggebend:

- **Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung:**
Lernen geschieht schnell bis langsam
- **Kapazität des Arbeitsgedächtnisses:**
Die Merkfähigkeit ist groß bis eingeschränkt

Nach Baddeley (1986) besteht das Arbeitsgedächtnis aus drei Subsystemen:

- **Die zentrale Exekutive:**
Sie ist den beiden anderen Subsystemen übergeordnet. Sie kontrolliert und koordiniert diese. Als metakognitive Ebene unterstützt die zentrale Exekutive Planung und Steuerung der Handlungen.
- **Die phonologische Schleife:**
Hier werden akustische und sprachbasierte Informationen gespeichert, aufrechterhalten und verarbeitet. Wie gut die phonologische Schleife arbeitet, zeigt die individuelle „verbale Gedächtnisspanne“: Wie viele Wörter können wir uns auf einmal merken und – in derselben Reihenfolge – wiedergeben?
- **Der visuell-räumliche Notizblock:**
Hier werden visuelle und räumliche Informationen bewahrt, bereitgestellt und verarbeitet. Dazu zählen Aussehen, Form und Farbe, Platz, Beziehung und Veränderung im Raum.

Bei Menschen mit Lernbehinderungen zeigen sich innere Barrieren bei der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung sowie der Kapazität ihres Arbeitsgedächtnisses. Ihre Bearbeitung von Problemlöseaufgaben ist im Vergleich (zu anderen) weniger effizient. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass sie relativ langsam lernen und in ihrer Merkfä-

higkeit eingeschränkt sind. Ein Grund dafür sind Störungen in allen Bereichen ihres Arbeitsgedächtnisses (Schuchardt, 2008):

- **Störungen beim Lesen und Schreiben** lassen sich als Störungen in der „Phonologischen Schleife“ beschreiben.
- **Störungen beim Rechnen** beziehen sich auf Störungen des „Visuell-räumlichen Notizblocks“.
- **Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten** verweisen auf Störungen in allen drei Subsystemen: in der phonologischen Schleife, im visuell-räumlichen Notizblock und in der Zentralen Exekutive.

2. Neurobiologische Richtung

Lernstörungen lassen sich auch aus neurobiologischer Richtung betrachten. Bio-psychologische bildgebende Verfahren belegen: Intelligenz ist Ausdruck allgemeiner Gehirneigenschaften von bis zu 100 Mrd. Neuronen und 100 Billionen Synapsen.

Intelligenz ist womöglich in bestimmten Arealen vorrangig lokalisierbar, und zwar im **präfrontalen Kortex**. Man spricht hier auch von der „Frontallappen-Hypothese der Intelligenz“. Untersuchungen zeigen, dass der präfrontale Kortex zuständig ist für:

- Handlungsplanung
- Entscheidungsfindung
- selektive Aufmerksamkeit
- Arbeitsgedächtnis (zentrale Exekutive)

Darüber hinaus ist effizientes (und damit auch ineffizientes Lernen) abhängig von der **Neuronalen Effizienz**. Diese neuronale Effizienz lässt sich mit Eigenschaften von Nervenzellen (Neuronen) erklären. In diesem Zusammenhang können vier Aspekte verdeutlichen, warum Lernbehinderung im wahrsten Sinne des Wortes auch ein „Gehirngespinnst“ ist:

- (1) Anzahl der Synapsen
- (2) Synaptische Effizienz
- (3) Dendritische Verzweigungen
- (4) Myelinisierung (Abschirmung) der Axone (Nervenzellfortsätze)

Die **Anzahl der Synapsen** (1) sowie deren **Effizienz**, d.h. ihre Funktionsfähigkeit (2) entscheiden darüber, ob und wie leicht etwas gelernt wird. Lernen und Vergessen findet an Synapsen statt. Für die Arbeit des Kurzzeitgedächtnisses ist die Hirnaktivität, für das Langzeitgedächtnis die Hirnstruktur entscheidend.

Gelerntes wird als Verschaltung vieler Nervenzellen gespeichert. Die Verschaltungen der Synapsen werden als „**Dendritische Verzweigungen**“ bezeichnet (3). Ihre Dichte ist von Umweltreizen und Umweltauswirkungen abhängig. Wer als Säugling und Kind viele unterschiedliche Anregungen und Informationen erhielt, hatte viele Vernetzungsmöglichkeiten. Wenn er erwachsen ist, zeigen sich entsprechend viele und stärkere Verzweigungen, deren wichtige überlebt haben: Er kann deshalb effizienter lernen, sich Gelerntes leichter merken und es einfacher wieder abrufen.

Die dendritischen Verzweigungen bilden die graue Hirnsubstanz. Auch die weiße Hirnsubstanz hat Auswirkungen auf die Lern- und Denkprozesse. Die Bezeichnung „weiße Hirnsubstanz“ bezieht sich auf Gebiete im Gehirn, in denen Myelin enthalten ist.

In bildgebenden Verfahren erscheinen diese Regionen weiß, weshalb diese Teile des Gehirns auch „weiße Hirnsubstanz“ genannt werden. **Myelin** ist eine Biomembran, die die Nervenbahnen umgibt und so die Axone (Nervenzellfortsätze) isoliert und abschirmt (4).

Durch diese Abschirmung können Informationen schneller weitergeleitet werden und es geht weniger Energie verloren. Außerdem wird die Gefahr von „Kurzschlüssen“ (Fehlern in der Informationsverarbeitung) reduziert. (Borkenau et al., 2005)

Diese neurologische Betrachtung kann mit erklären, was beim Lernen auf (neuro-)biologischer Ebene läuft – oder eben nicht gut läuft. Lernen wird durch kombinierte bioelektrische und biochemische Prozesse ermöglicht und ist u.a. abhängig von Botenstoffen (z.B. Dopamin). Diese Neurotransmitter sind in genügendem Ausmaß vorhanden oder weniger vorhanden und arbeiten effektiv oder weniger effektiv.

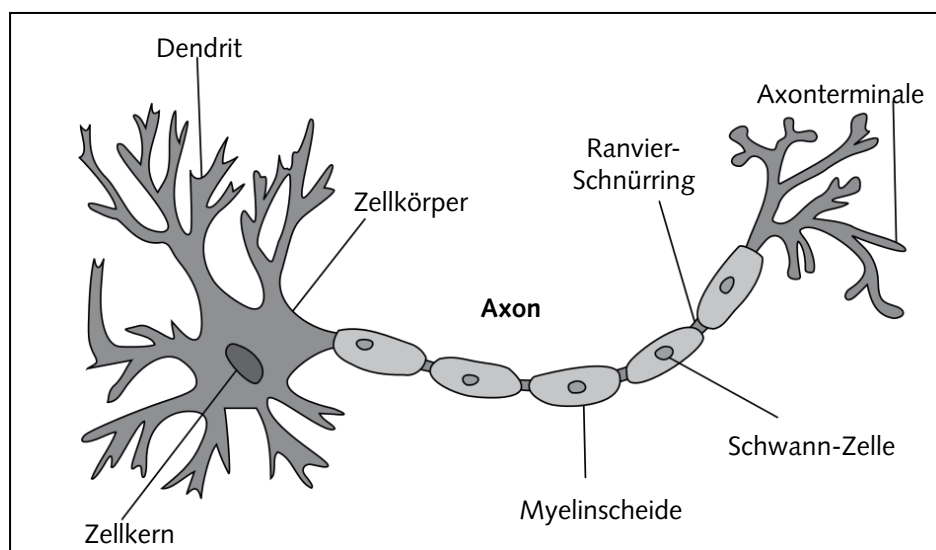


Abbildung 2: Aufbau einer Nervenzelle und Darstellung des Nervenzellfortsatzes (Axon).
Quelle: Wikipedia. Quasar Jarosz at English Wikipedia.

„Intelligenz ist ein „Kunstbegriff“, für den es eine Reihe von verschiedenen Definitionen gibt (unter anderem Grundintelligenz, flüssige Intelligenz, kristalline Intelligenz) und in den eine Reihe von verschiedenen Fähigkeiten eingehen (Fähigkeit zum logischen Denken, Allgemeinwissen, Rechenfähigkeit, räumliches Vorstellungsvermögen, Wortschatz, ...). Für die Messung der Intelligenz gibt es spezielle Testverfahren. Um zu nachvollziehbaren und transparenten Aussagen über die Intelligenz von Rehabilitanden zu kommen, ist es daher am sinnvollsten, die Ergebnisse der psychologischen Diagnostik zugrunde zu legen und andere Einschätzungen außen vor zu lassen.“ (Soggeberg & Seggebäing, 2009) D.h.: **Intelligenz wird beispielsweise durch den Psychologisch-Heilpädagogischen Dienst gemessen und eingeschätzt.**

Darüber hinaus klassifiziert die ICF spezifische mentale Funktionen:

- **b140** Funktionen der Aufmerksamkeit
- **b144** Funktionen des Gedächtnisses
- **b147** Psychomotorische Funktionen
- **b152** Emotionale Funktionen
- **b156** Funktionen der Wahrnehmung
- **b160** Funktionen des Denkens
- **b164** Höhere kognitive Funktionen
- **b167** Kognitiv-sprachliche Funktionen
- **b172** Das Rechnen betreffende Funktionen
- **b176** Durchführung komplexer Bewegungshandlungen
- **b180** Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung

Beispiel: Funktionen der Aufmerksamkeit

Item b140 bestimmt die „Spezifischen mentalen Funktionen, die die Fokussierung auf einen externen Reiz oder auf innere Vorgänge für eine geforderte Zeitspanne betreffen.“ Dazu zählen Funktionen, die Daueraufmerksamkeit (b1400), Wechsel der Aufmerksamkeit (b1401), geteilte Aufmerksamkeit (b1402), mit anderen geteilte Aufmerksamkeit (b1403), Konzentration und Ablenkbarkeit betreffen.

Beurteilt werden könnte hier beispielsweise, ob das Problem besteht, dass

sich eine Person nicht über eine geforderte Zeitspanne konzentrieren kann und wie ausgeprägt dieses Problem ist (b1400). Und wie (gut) gelingt es einer Person, ihre Konzentration von einem Reiz auf einen anderen zu lenken?

Weitere spezifische mentale Funktionen beziehen sich auf die Struktur des Nervensystems (Variable „s“):

- **s110** Struktur des Gehirns

Klassifikation der Aktivitäten (d)

Aktivität im Sinne der ICF ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch einen Menschen. Beeinträchtigungen der Aktivität heißt, Schwierigkeiten haben, wenn eine Person diese Aktivität durchführt oder durchführen möchte. Aktivität betrifft den Menschen als selbstständig handelndes Subjekt.

An dieser Stelle beschreibt die ICF, wie die Handlungsfähigkeit durch eine Schädigung oder Störung eingeschränkt sein kann. Z. B. die Schwierigkeit, bei eingeschränkter Merkfähigkeit die Einmaleins-Reihen abzurufen, bei einer eingeschränkten Graphomotorik eine handschriftliche Klassenarbeit mitzuschreiben oder bei einer Sprachentwicklungsverzögerung ein Gespräch zu organisieren.



Eine aktive Freizeitgestaltung mit körperlicher Bewegung, geistiger Anregung und Kontakt mit Gleichgesinnten kann förderlich für die Gesundheit sein.

Junge Menschen mit Lernproblemen (und Verhaltensproblemen) sind in ihren Aktivitäten beeinträchtigt. Dies gilt insbesondere in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“ oder „Aufgabenbewältigung und Lebensaktivitäten“. Diese Bereiche können nicht nur zu schulischen und/oder Ausbildungsproblemen führen. Daraus resultieren auch gravierende Beeinträchtigungen der Partizipation bzw. Teilhabe.

Schließlich lebt der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt. Er ist nicht isoliert, sondern einbezogen in eine Lebenssituation, einen Lebensbereich, z.B. in eine curriculare Ausbildung, in Arbeit oder in eine religiöse Veranstaltung. Auf dieses „Einbezogensein“ bezieht sich der Begriff „Partizipation“ (Teilhabe) der ICF. Eine Beeinträchtigung der Partizipation ist ein Problem, das ein Mensch im Hinblick darauf erleben kann.

Dementsprechend können Einschränkungen einer Komponente auch andere Lebensbereiche einschränken. Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen oder Einschränkungen der Aktivitäten können auch die soziale Teilhabe der Person einschränken. Sie betreffen dann die in ihrer Kultur bedeutsamen Situationen und Lebenswelten, z. B. bei der Beteiligung an Klassengesprächen, bei der Teilnahme an Freizeitaktivitäten oder beim Besuch der Regelschule und der Berufswahl. Dadurch können sie sich auf die Freiheitsgrade der Teilhabe einschränkend auswirken.

Die Feinuntergliederung der einzelnen Kapitel bezieht sich auf die unterschiedlichen Alltagsaspekte. Für Menschen mit Lernbehinderungen sind die folgenden Komponenten relevant:

- **d1** Lernen und Wissensanwendung
- **d2** Allgemeine Anforderungen und Aufgaben
- **d3** Kommunikation
- **d4** Mobilität
- **d6** Häusliches Leben
- **d7** Interpersonelle Interaktion und Beziehungen

- **d8** Bedeutende Lebensbereiche
 - o **d810-d839** Erziehung/Bildung
 - o **d840-d859** Arbeit und Beschäftigung
 - » **d845** Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden
 - » **d850** Bezahlte Tätigkeit
- **d9** Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Die jeweiligen Kapitel sind weiter untergliedert. Interessant ist beispielsweise **d710**: Elementare interpersonelle Aktivitäten. Dieser Bereich beschreibt, ob und wie eine Person mit anderen umgeht. Ist diese Interaktion kontextuell und sozial angemessen? Zeigt die Person die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung? Wie reagiert sie auf Gefühle anderer? Dazu gehört auch, in Beziehungen Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz zu zeigen, auf Kritik und soziale Zeichen zu reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen (**d7100**).

Als problematisch für die soziale Teilhabe kann sich so unter anderem darstellen, wenn es einer Person schwerfällt, Kritik und soziale Zeichen richtig zu interpretieren, wenn sie zu distanziert ist oder – im Gegenteil – zu viel Körperkontakt sucht.

Klassifikation der Kontextfaktoren (e) und (i)

Wie einleitend dargestellt, betrachtet die ICF den Menschen und seinen gesamten **Lebenshintergrund**. Auch eine Lernbehinderung lässt sich erst vollständig durch die Beschreibung der Unterstützungen und Beziehungen (= Familie, Umfeld, ...) erfassen. Umweltfaktoren (e) wie personenbezogene Faktoren (i) können sich auf die funktionale Gesundheit positiv (sogenannte Förderfaktoren) auswirken oder negativ (sogenannte Barrieren). Diese Kontextfaktoren können hilfreich oder hinderlich sein.

Umweltfaktoren (e)

Diese Faktoren meinen die materielle, soziale oder einstellungs- bzw. verhaltensbezogene Umwelt außerhalb ei-

ner Person auf Ebene des Individuums (face-to-face) und auf Ebene der Gesellschaft (Rahmenbedingungen). Ein Beispiel: „Eine subnormale Intelligenz muss nicht zu einer bemerkenswerten Aktivitätseinschränkung führen. Die Beeinträchtigung kann minimal sein, wenn der Betreffende in einer entlegenen ländlichen Gemeinschaft lebt. Sie kann aber bei einem in der Großstadt lebenden Kind von Universitätsabsolventen, von dem mehr erwartet wird, schwerwiegend sein.“ (WHO 1995)

Für Menschen mit Lernbehinderungen können folgende Faktoren hemmend oder förderlich sein:

- **e3** Unterstützung und Beziehungen
- **e4** Einstellungen
- **e5** Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze

Diese Faktoren beschreiben wichtige **Themen** wie:

- Soziales Umfeld (Milieu)
- Familie
- Frühförderung
- Frühtherapie
- Sonderpädagogische Fördermöglichkeiten
- Berufliche Rehabilitationseinrichtung und
- Arbeitsmarkt

Personenbezogene Faktoren (i)

Diese Faktoren umfassen Eigenschaften und Attribute innerhalb einer Person, die nicht Teil des Gesundheitsproblems sind. In der ICF sind diese personenbezogenen Faktoren nicht weiter klassifiziert.

Amerikanische Vorschläge beziehen sich auf Merkmale wie Geschlecht, Rasse, Alter, andere Erkrankungen, Fitness, Motivation, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung, Beruf, vergangene und aktuelle Erfahrungen (vergangene und gleichzeitige Ereignisse im Leben), allgemeine Verhaltensmuster und Charakterstil, individuelle psychologische Stärken, genetische Dispositionen und andere Merkmale.

Ein **deutscher** Vorschlag (Grotkamp, 2013) unterteilt diese Faktoren in sechs Unterbereiche:

- **i1** allgemeine Merkmale einer Person (Alter, Geschlecht, Gene)
- **i2** physische Faktoren (Körperbau, andere)
- **i3** mentale Faktoren (Persönlichkeit, Intelligenz)
- **i4** Einstellungen, Grundkompetenzen und Verhaltensgewohnheiten
- **i5** Lebenslage und sozioökonomische/-kulturelle Faktoren
- **i6** andere Gesundheitsfaktoren

Personenbezogene Faktoren für Lernbehinderungen können dementsprechend sein:

- Alter
- Geschlecht
- Familiäre Bindung
- Erziehung, Bildung
- Lebensziele, Lebensstil
- Wohnsituation
- Psychische Konstitution

Diese Faktoren muss man bei einer Beurteilung mit beachten. So ist das Alter einer Person zum Beispiel oft relevant, wenn zu entscheiden ist, ob ihre Leistung oder ihr Verhalten angemessen ist oder schon auf eine Beeinträchtigung verweist.

Zum Überblick: Kurzlisten und Anwendungsschulungen

Innerhalb der ICF klassifizieren 1.424 Items die Gesundheitsfunktionen näher. Um hier noch einen Überblick behalten zu können, werden Untergruppen gebildet. In der praktischen Arbeit mit der ICF werden dabei die Items herausgefiltert, die für die jeweilige Personengruppe oder Institution relevant sind. Diese Reduzierung von Umfang und Komplexität des Klassifikationssystems ist eine wesentliche Voraussetzung für eine effektive Nutzung der ICF. Hierzu müssen ICF-verträgliche Kurzlisten erarbeitet und die Erläuterungen der Einzelitems dem Alltag angepasst werden, z.B. für Schulen, Berufsbildungswerke usw.

So gibt es beispielsweise inzwischen die

ICF-Standardliste 1.0 für BBW (siehe Literatur). Sie wird seit März 2014 von der BAG BBW empfohlen und umfasst 49 Items, die für die berufliche Rehabilitation junger Menschen mit Behinderungen relevant sind. Hier fand eine Reduktion um 96,6% statt.

Diese Kurzliste umfasst

- Körperfunktionen: 17 Items
- Aktivitäten und Teilhabe: 26 Items
- Umweltfaktoren: 6 Items

Die Ausprägung der Items wird anhand von Skalen bewertet.

Der **RehaDat-ICF-Lotse** ist ein Informationssystem zur beruflichen Rehabilitation beim Institut der deutschen Wirtschaft (IW) Köln. Er konzentriert sich in seiner ICF-Darstellung von Lernbehinderung ausschließlich auf:

- **b Körperfunktionen:**
 - » b117 Funktionen der Intelligenz
- **d Aktivitäten und Partizipation:**
 - » d845 Eine Arbeit erhalten, behalten und beenden (mit Untergliederungen)
- **e Umweltfaktoren:**
 - » e590 Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze des Arbeits- und Beschäftigungswesens (mit Untergliederungen)

In schulischen Begriffen ist der Bezug zur ICF noch in der Entwicklung.



Auch der Umgang mit Tieren kann ein Förderkriterium darstellen. e3 „Unterstützung und Beziehungen“, insbesondere e350 „Domestizierte Tiere“.

Umsetzung der ICF

Die Erstellung der Kurzlisten ist ein gutes Beispiel dafür, dass und wie mit der ICF praktisch gearbeitet werden kann. Nur durch die Reduktion auf relevante Faktoren ist die Klassifikation handhabbar. Dann hilft die ICF, mögliche (oder auch drohende) Beeinträchtigungen und Behinderungen nicht nur zu erkennen, sondern passgenau zu beschreiben.

Dann kann sie beispielsweise dabei unterstützen, den Reha-Bedarf festzustellen. Ihre Stärke liegt darin, dass sie die individuell relevanten Kontextfaktoren (Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren) in den Rehabilitationsprozess mit einbezieht:

Wo sind Barrieren abzubauen?

Welche Förderfaktoren sind auszubauen oder zu stärken?

Die Antworten auf diese Fragen müssen jeweils individuell gefunden werden.

Entscheidend für eine erfolgreiche Umsetzung ist: Die Sprache der täglichen Arbeit muss in ICF-Begrifflichkeiten „übersetzt“ werden, damit alle Beteiligten – der Facharzt, der Ausbilder, die Psychologin usw. – verstehen, wo das Problem liegt. Sind diese Begrifflichkeiten klar, kann mit der ICF auch in der Berufspraxis gearbeitet werden.

Dann kann sie eine wichtige Funktion in der Förderung von Menschen mit Lernbehinderungen einnehmen. Wie die Umsetzung konkret gestaltet werden kann, zeigen die folgenden Beiträge.

Prof. Karl-Heinz Eser

Duale Hochschule Baden-Württemberg
Gesamtleiter a.D. Förderungswerk
St. Nikolaus Dürrlainingen

Literatur

Baddeley, A.D. (1986). Working memory. Oxford: University Press.

BAR (2006). ICF-Praxisleitfaden 1 – Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) beim Zugang zur Rehabilitation. Frankfurt a.M.: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation.

BMAS (2013). Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (Stand August 2013). Berlin: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Borkenau, P. et.al. (2005): Persönlichkeitspsychologie: Stand und Perspektiven. Psychologische Rundschau, 56 (4), S. 271-290.

DIMDI (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit ICF (Stand Oktober 2005). Köln: Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information. Verfügbar unter: www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/ [20.04.2015]

DIMDI (2013). ICD-10-WHO Version 2013. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm> [23.04.2015]. (Für die Kodierung im ambulanten und stationären Bereich ist die ICD-10-GM [= German Modification] anzuwenden.)

Eser, K.-H. (2005). Lernbehinderung, die Behinderung „auf den zweiten Blick“ – oder: Sind (junge) Menschen mit Lernbehinderung überhaupt behindert? Berufliche Rehabilitation, 19 (4), 131-153.

Grotkamp, S. (2013). Kontextfaktoren – Bedeutung für die Begutachtung – Ein Vorschlag zur Ausgestaltung der Komponente „Personbezogene Faktoren“ der ICF für den deutschen Sprachraum. Med Sach 109, 2/2013. Verfügbar unter: <http://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/20fortbildung/20praxis/65medSach/1303.pdf> [27.04.2015].

Institut der deutschen Wirtschaft (IW) Köln (2015). REHADAT ICF-Lotse. Verfügbar unter: <http://www.rehadat-icf.de/de/> [27.04.2015].

Krollner, B. & Krollner, D. M. (2015). ICD-10-GM-2015 Codesuche. Verfügbar unter: www.icd-code.de [27.04.2015].

Schuchardt, K. (2008). Arbeitsgedächtnis und Lernstörungen. Differenzielle Analysen der Funktionstüchtigkeit des Arbeitsgedächtnisses bei Kindern mit Lernstörungen. Dissertation. Göttingen: Georg-August-Universität.

Soggeberg, C. & Seggebäing, B. (2009). Profilorientierte Leistungsplanung auf Basis der ICF – Erfahrungen im Berufsbildungswerk Maria Veen. Berufliche Rehabilitation, 23 (3), S. 160-178.

Soggeberg, C. & Lentz, R. (2015). ICF-Instrumentarium der Berufsbildungswerke. Berufliche Rehabilitation, 29 (1), S. 36-45. Dort Anlage 1: ICF Standardliste BBW Version 1.0: www.bagbbw.de/ihre-bag-bbw/fachzeitschrift-berufliche-rehabilitation/berufliche-reha-2015/ und Anlage 2: Bewertung der Items. Skala und Kodierung: <http://www.bagbbw.de/w/files/berufliche-reha/skala-und-kodierung-bbw.pdf> [26.04.2015].

Einladung

zum Seminar mit Prof. Karl-Heinz Eser

Lernbehinderung im Spiegel der ICF – Wie können wir Menschen mit Lernbehinderungen unterstützen und qualifizieren?

Am 17. und 18. Juli 2015

in Esslingen am Neckar, Baden-Württemberg