

Lernbehinderung im Spiegel der neuen ICD-11¹

In Deutschland wird die am 1. Januar 2022 in Kraft getretene ICD-11 (International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics [Internationale Klassifikation der Krankheiten in Zusammenhang mit Sterblichkeits- und Erkrankungsstatistiken]) erst nach einer Übergangsfrist von mindestens fünf Jahren Anwendung in der klinischen Praxis finden. So lange gilt weiterhin die ICD-10. Wie bisher ist das Thema „Lernbehinderung“ in der revidierten **medizinischen** Klassifikation ausgesprochen randständig vertreten.² Viele Änderungen sind nicht nur formaler Art, vor allem weil der Entwicklungshintergrund gesundheitlicher Störungen inhaltlich stärker gewichtet wird.

Die nachstehende Tabelle 1 macht mit der alten und neuen Einordnung von „Lernbehinderung“ bekannt, indem sie Textauszüge der ICD-10-GM und ICD-11 sowie des DSM-IV-TR und DSM-5³ wiedergibt. Ergänzt wird die Darstellung durch die Einordnung von „Borderline Intellectual Functioning“ (Grenzwertige intellektuelle Leistungsfähigkeit). Diese vor allem in den USA gebräuchliche klinische Kategorie steht inhaltlich in enger Verbindung zur deutschsprachigen „Lernbehinderung“.

Die Kategorie „6A00 Störungen der intellektuellen Entwicklung“ [Disorders of Intellectual Development, DID] der ICD-11 äußert sich auch zu Grenzen zur Normalität (Schwellenwert), darunter: „Was manchmal als ‚Borderline Intellectual Functioning‘ bezeichnet wird, definiert als intellektuelle Funktion zwischen etwa 1 und 2 Standardabweichungen unter dem Mittelwert [~ IQ 70 – 85], ist keine diagnostizierbare Störung. Trotzdem können solche Personen einen ähnlichen Bedarf an Unterstützung und Maßnahmen haben wie Personen mit Störungen der intellektuellen Entwicklung.“

Die Kategorie F81.3 „Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten“ der ICD-10, die eine erhebliche Schnittmenge mit Symptomen (und Ursachen) der Lernbehinderung hatte, wurde in der ICD-11 ersatzlos gestrichen. Erhebliche und anhaltende Schwierigkeiten beim Erlernen schulischer Fertigkeiten wie Lesen, Schreiben und Rechnen werden jetzt ohne Klassifizierung den entwicklungsbedingten Lernstörungen (*Developmental Learning Disorders*) zugerechnet, wobei die Leistungen in diesen Bereichen deutlich unter dem liegen müssen, was für das chronologische Alter oder das intellektuelle Niveau zu erwarten wäre (doppeltes Diskrepanzkriterium, „das aufgrund inhaltlicher und methodischer Schwächen aus der Wissenschaft kaum mehr Rückhalt erfährt“ [Schulte-Körne, 2021]).

Für das **Störungsbild „Lernbehinderung“** fällt in Tabelle 1 auf Ebene der ICD der Begriffswchsel von „Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten“ hin zu „Lernentwicklungsstörung“ auf, der einen Wechsel im Grundverständnis dieser Störungs-

Tabelle 1: Aktuelle „Definitionen“ von Lernbehinderung und Borderline Intellectual Functioning in den beiden internationalen Klassifikationssystemen ICD und DSM.

Störung	ICD-10-GM	ICD-11 (Version 02/2022)	DSM-IV-TR	DSM-5
Lernbehinderung	F81.9: Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet (Lernbehinderung, Lernstörung, Störung des Wissenserwerbs, jeweils o.n.A.)	6A03.Z: Lernentwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet (Behinderung der Lernentwicklung, Lernbehinderung, spezifische Lernbehinderung)	Lernbehinderung ist keine Kategorie im amerikanischen Bildungssystem und wird von der dortigen psychiatrischen Gesellschaft (APA) als DSM-Herausgeber nicht thematisiert.	
Borderline Intellectual Functioning (Grenzwertige intellektuelle Leistungsfähigkeit)	R41.83: Symptome, Anzeichen und abnorme klinische und Laborbefunde, nicht anderweitig klassifiziert – Grenzwertige Intelligenz im IQ-Bereich 70/71 – 84/85	MB21.Y: Andere spezifizierte [ausgewiesene] Symptome und Anzeichen, die die Kognition betreffen	V62.89: beschreibt eine IQ-Spanne von 70/71 – 84/85	V62.89: Grenzwertige Intelligenz (ohne Angabe des IQ-Bereichs)

o.n.A. = ohne nähere Angaben

1 Alle Übersetzungen verantwortet der Autor.

2 Gründe liegen u.E. darin, dass dieses Syndrom nicht medizinischen, sondern schulorganisatorisch-pädagogischen und zudem deutschen Ursprungs war. Das Bildungssystem der USA als dominie-

render Nation bei der ideellen Ausgestaltung der ICD kennt die Kategorie „Lernbehinderung“ nicht, sondern bestenfalls die des „Borderline Intellectual Functioning“ (Näheres dazu bei Eser, 2018).

3 DSM = „Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen“ der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA).

bilder mit stärkerer Betonung der neuralen Entwicklung widerspiegelt und damit auch neurobiologischer Mechanismen ihrer Entstehung. Verstärkte Forschungsbemühungen in diese Richtung dürften eine Folge sein. Das deutet sich bereits in der Bezeichnung der übergeordneten Kapitel an: von (ICD-10: F00-F99) „Psychische und Verhaltensstörungen“ u.a. mit der Kategorie (F70-F79) „Intelligenzstörung“ (Intelligenzminderung, IM) hin zu (ICD-11: 06) „Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neurale Entwicklungsstörungen“ u.a. mit der Kategorie (6A00) „Störungen der intellektuellen Entwicklung“ [Disorders of Intellectual Development, DID].

Die aktuelle Version von ICD-11 definiert DID „als eine Gruppe von ätiologisch unterschiedlichen Zuständen, die ihren Ursprung in der Entwicklungsperiode haben und durch signifikant unterdurchschnittliche intellektuelle Funktionen und adaptives Verhalten gekennzeichnet sind, die etwa zwei oder mehr Standardabweichungen (SDs) unter dem Mittelwert (etwa < 2,3 Perzentil [$< IQ 70$]) liegen, basierend auf angemessen normierten, individuell durchgeführten standardisierten Tests. Stehen keine entsprechend normierten und standardisierten Tests zur Verfügung, muss sich die Diagnose einer DID stärker auf das klinische Urteil stützen, das auf einer angemessenen Bewertung vergleichbarer Verhaltensindikatoren beruht.“ (ICD-11, Version 02/2022)

In der Fachliteratur wird diese Einordnung von Lernbehinderung in die neue ICD-11 unseres Wissens bisher nicht thematisiert.

Ein Vorteil der neuen Beschreibung scheint die neurobiologische Sicht auf Lernstörungen (und Lernbehinderung als deren intensivste Form) zu sein. Sie betont neuronale Mechanismen ihrer Entstehung und Entwicklung mit deutlichen individuellen Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben. Das erinnert an ein im Detail mehr pädagogisch ausgerichtetes Diathese-Stress-Modell von Matthias Grünke (2004, S. 67f.) zur Erklärung von Lernbehinderung: Unzureichende neurologische Lernvoraussetzungen – teilweise mit einer starken genetischen Komponente – stehen in Wechselwirkung mit ungünstigen Sozialisationsfaktoren, z.B. Anreicherungsarmut oder Vernachlässigung, und führen über die Lebensspanne hinweg zu einer schleichenden Eskalation („Teufelskreis“) ungünstigen Lern- und Leistungsverhaltens. Schon Herwig Baier (1982, S. 179) beschreibt Lernbehinderungen unter anderem als „multifaktoriell bedingte bio-soziale Interaktions- und Kumulationsprodukte, die sich in bestimmten schulischen Gegebenheiten (...) als Defizite erweisen“.

Für das **Störungsbild „Borderline Intellectual Functioning“ (BIF)** ist auf den Ebenen von ICD-11 und DSM-5 auffällig, dass die Angabe eines zugeordneten IQ-Bereichs entfällt und damit auch eine genauere, d.h. messbare Definition. Das erscheint als spürbarer Nachteil.

Das als Parallelsyndrom zur Lernbehinderung taugliche „Borderline intellectual functioning“ wird von der polnischen Wissenschaftlerin Anna M. Jankowska (Universität Gdańsk/

Danzig) und Kolleginnen aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) so charakterisiert:

- „Borderline intellectual functioning [Grenzwertige intellektuelle Leistungsfähigkeit] (BIF) liegt zwischen dem durchschnittlichen IQ und einer leichten geistigen Behinderung (zwischen $-1,01$ und $-2,00$ SD) [APA, 2013] und bewegt sich innerhalb der Grenzen der Normalität. Trotz ihrer einfachen Definition stellt sie eine komplexe klinische Entität dar, die überraschenderweise in den internationalen diagnostischen Klassifikationen nicht oder nur unzureichend beschrieben wird. Die Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, klinische Modifikation (ICD-10-CM) der Weltgesundheitsorganisation [WHO, 2015] definiert BIF als einen Zustand, der mit Defiziten der kognitiven Funktion und des Bewusstseins einhergeht (R41.83), enthält aber keine weiteren Informationen. Die 11. Revision der ICD [...] kodiert BIF als MB21.Y: Andere spezifizierte Symptome und Anzeichen, die die Kognition betreffen. Dazu gehören: Symptome, Anzeichen und klinische Befunde, die auf eine Störung der geistigen Fähigkeiten und Prozesse in Bezug auf Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Urteilsvermögen, Argumentation, Problemlösung, Entscheidungsfindung oder Verständnis oder die Integration dieser Funktionen hinweisen [WHO, 2019]. Weitere Einzelheiten sind nicht aufgeführt. Insbesondere ist sie nach wie vor nicht in der Kategorie der Störungen der intellektuellen Entwicklung (6A00) enthalten. Sie wird also als Indikator für intellektuelle Störungen, nicht aber als Krankheit selbst betrachtet.
- Die American Psychiatric Association beschreibt in der 5. Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [APA, 2013] BIF (V62.89) als einen Zustand, der klinische Aufmerksamkeit erfordert und die Wirksamkeit der Behandlung und deren Verlauf beeinträchtigen kann. Es wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, zwischen BIF und leichter geistiger Behinderung zu unterscheiden, und daher geraten, sowohl die intellektuellen Funktionen als auch die adaptiven Fähigkeiten zu bewerten. Wie Wieland und Zietman [Wieland & Zietman, 2018] berichten, enthält das Manual jedoch keine Angaben mehr zu den IQ-Grenzen (im Vergleich zum DSM-IV-TR), was dazu führt, dass überhaupt keine eigentliche Definition vorliegt.“ (Jankowska, Łockiewicz & Łada-Maško, 2021, S. 869f.)

Wichtige Änderungen im Rahmen der neuen ICD-11

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Änderungen in der neuen ICD-11 mit Bezug zu Geistiger bzw. Intellektueller Behinderung als ein der Lernbehinderung nahe stehendes Segment mit fließenden Übergängen im Kontinuum der intellektuellen Leistungsfähigkeit bieten Girimaji und Pradeep (2018):

- „1. Die ICD-11 hat die Änderung der Terminologie in ‚Disorders of Intellectual Development‘ (DID) [‚Störungen

der intellektuellen Entwicklung', früher ‚Geistige Behinderung‘] akzeptiert, wodurch die intellektuelle Funktion als zentrale Beeinträchtigung deutlich wird, die negative Konnotation vermieden wird, die mit Begriffen wie geistige Behinderung verbunden ist, und die universelle Verwendung des Begriffs ‚Intellectual Disability‘ (ID) in Übereinstimmung mit dem DSM-5 und den meisten klinischen und praktischen Anwendungen akzeptiert wird.

2. ‚Intellectual Disability‘ (ID) [Intellektuelle Beeinträchtigung/Behinderung] wird in die umfassendere Klassifikation der neuronalen Entwicklungsstörungen eingeordnet, wobei der Zeitraum der frühen Entwicklung des Gehirns als Zeitpunkt des Auftretens intellektueller Beeinträchtigungen anerkannt und eine lebensumspannende Perspektive eingenommen wird.
3. Bei der Definition und Klassifizierung von DID müssen laut ICD-11 die intellektuelle Funktion und das adaptive Verhalten [Anpassungsverhalten in den verschiedenen Lebensbereichen] berücksichtigt werden, wie sie mit geeigneten standardisierten Tests getestet werden; sind diese nicht vorhanden, muss man sich stärker auf das klinische Urteil verlassen.
4. Die Definition der adaptiven Funktion in den Bereichen der konzeptionellen, praktischen und sozialen Fähigkeiten und der klinischen Verhaltensindikatoren in diesen Bereichen, die von den Betroffenen je nach Schweregrad erreicht werden, wird ausführlich erläutert.
5. ICD-11 enthält umfassende Verhaltensindikatoren für die intellektuellen und adaptiven Fähigkeiten, die in verschiedenen Entwicklungsstadien erreicht werden [siehe unten stehendes Beispiel].
6. Die Bedeutung einer frühzeitigen Intervention und eines Unterstützungssystems für die Verbesserung der funktionalen Bereiche und die Bedeutung von Beurteilungen im Längsschnitt, um die erreichten Fähigkeiten zu ermitteln, ist eine bedeutende Veränderung unter Berücksichtigung der Entwicklungsperspektive.
7. Die Auswirkungen der psychometrischen Eigenschaften des verwendeten Tests, der Testbedingungen, des Bildungsniveaus, der sensorischen Beeinträchtigungen, der psychosozialen Benachteiligung und der kulturellen Faktoren auf den IQ-Wert werden anerkannt; das Vertrauen auf die klinische Beurteilung unter diesen Umständen ist eine wichtige Änderung.
8. Die ICD-11 geht bei der Identifizierung von Menschen mit Behinderungen eher von einem Gesundheitszustand oder einer Störung aus als von einem behinderungszentrierten Ansatz. Man könnte den ICF-Rahmen verwenden, um die Behinderung bei DID zu bewerten.
9. Die Bedeutung komorbider neurologischer Entwicklungsstörungen und anderer psychiatrischer Störungen, die Zulassung von Doppeldiagnosen und die Anerkennung von Verhaltensäquivalenten bei der Diagnose werden als wichtig erachtet.“

Ein Beispiel für intellektuelle und adaptive Kriterien zur Bestimmung leichter geistiger Behinderungen nach ICD-11⁴

Die ICD-11 enthält umfassende Verhaltensindikatoren für die intellektuellen und adaptiven Fähigkeiten in verschiedenen Entwicklungsstadien. Sie sind gerade dann eine wichtige Beobachtungsgrundlage für das klinisch-diagnostische Urteil, wenn standardisierte Tests (beispielsweise in sog. Entwicklungsländern) nicht vorhanden sind.

Dabei stellt die Vielfalt der Indikatoren große Anforderungen an die diagnostisch tätigen Personen, die u. E. erhebliche Erfahrung und eine breite Beobachtungsbasis brauchen, um zu einer zuverlässigen und gültigen Diagnose im konkreten Einzelfall zu kommen.

Als Beispiel (siehe die beiden nachfolgenden Kästen, S. 22f.) werden gezielt Verhaltensindikatoren für leichte geistige Behinderungen bei *Erwachsenen* gewählt, da die offizielle Datenlage gerade für dieses Alterssegment insgesamt ausgesprochen dürftig ist.

Verhaltensindikatoren für *intellektuelle Funktionen*

In Tabelle 6.1 (siehe icd.who.int), in der die Verhaltensindikatoren für intellektuelle Funktionen aufgeschlüsselt sind, wird darauf verwiesen, dass mittels der Indikatoren der ICD keine absoluten Aussagen getroffen werden können. Denn die An- oder Abwesenheit bestimmter dort genannter Verhaltensindikatoren reicht nicht aus, um die Diagnose einer Störung der geistigen Entwicklung zu stellen oder zurückzuweisen. Die klinische Beurteilung ist ebenso ein notwendiger Bestandteil bei der Feststellung, ob bei einer Person eine Störung der geistigen Entwicklung vorliegt. Dabei beruht die Diagnose auf folgenden Grundvoraussetzungen:

- (1) Die Beurteilung der gegenwärtigen Funktionseinschränkungen fand im Kontext des typischen Umfelds der Person statt. Es werden beispielsweise Alter und Kultur berücksichtigt.
- (2) Eine gültige Beurteilung berücksichtigt die kulturelle und sprachliche Vielfalt sowie Unterschiede in der Kommunikation, den sensorischen, motorischen und verhaltensbezogenen Faktoren.
- (3) Es wird anerkannt, dass bei einer Person Einschränkungen häufig neben Stärken bestehen und beide bei der Beurteilung berücksichtigt wurden.
- (4) Einschränkungen werden unter anderem beschrieben, um ein Profil der benötigten Unterstützung zu entwickeln.
- (5) Es wird anerkannt, dass sich die Lebensführung der betroffenen Person mit angemessener Unterstützung über einen längeren Zeitraum hinweg im Allgemeinen verbessern wird (Schalock et al. – AAIDD, 2010, S. 1).

⁴ Der Text ist wesentlich dem Kapitel „6A00 Disorders of intellectual development“ [Störungen der intellektuellen Entwicklung] der englischen Originalversion der ICD-11, Version 02/2022 entnommen (WHO, 2022).

Tabelle 6.1 der ICD-11 listet Kriterien für leichte, mittelgradige, schwere und tiefgreifende⁵ geistige Behinderungen auf, jeweils unterteilt für das frühe Kindesalter, Kindheit und Adoleszenz sowie das Erwachsenenalter.⁶ Das nachfolgende Beispiel (siehe Kasten unten) bezieht sich auf leichte geistige Behinderungen (früher: schwere Lernbehinderungen) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren).

Verhaltensindikatoren für intellektuelle Funktionen bei leichten geistigen Behinderungen im Erwachsenenalter

(Die Bestimmung des Schweregrads sollte neu bewertet werden, nachdem geeignete pädagogische Dienste und Unterstützungen bereitgestellt wurden.)

- Die meisten können sich fließend verständigen.
- Viele können ihr Geburtsdatum nennen oder identifizieren.
- Die meisten können andere zur Teilnahme an einer Aktivität anregen/einladen.
- Die meisten können sich über vergangene, gegenwärtige und zukünftige Ereignisse verständigen.
- Die meisten können 3-Schritt-Anweisungen beachten und befolgen.
- Die meisten können verschiedene Geldstücke (z.B. Münzen) erkennen und Geld mehr oder weniger genau zählen.
- Die meisten können sich in ihrem Umfeld orientieren und lernen, mit verschiedenen Verkehrsmitteln zu neuen Orten zu reisen, wenn sie dazu angeleitet/geschult werden.
- Einige können die Straßenverkehrsordnung lernen und die Anforderungen für den Erwerb eines Führerscheins erfüllen. Das Reisen beschränkt sich hauptsächlich auf vertraute Umgebungen.
- Die meisten können Straßenkreuzungen in Wohngebieten sicher überqueren (in beide Richtungen schauen, warten, bis der Verkehr frei ist, bevor sie die Kreuzung überqueren, Ampeln beachten). In Umgebungen ohne belebte Kreuzungen können die meisten sozial akzeptierte Regeln befolgen, die für die persönliche Sicherheit notwendig sind.
- Die meisten können ihre Entscheidungen über ihre zukünftigen Ziele, ihre Gesundheitsfürsorge und ihre Beziehungen (z.B. mit wem sie am liebsten Zeit verbringen) mitteilen.
- Die meisten können ihre vorhandenen Fähigkeiten im Rahmen einer angelernten Tätigkeit (d.h. bei der Ausführung von Routinetätigkeiten) und in einigen Fällen einer qualifizierten Tätigkeit (z.B. bei der ein gewisses Maß an selbstständigem Urteilsvermögen und Verantwortung erforderlich ist) anwenden.
- Die meisten sind nach wie vor naiv, wenn es darum geht, die vollen Konsequenzen von Handlungen vorherzusehen oder zu erkennen, wenn jemand versucht, sie auszunutzen.
- Die meisten haben Schwierigkeiten, mit komplexen Situationen umzugehen, z.B. mit der Verwaltung von Bankkonten und der langfristigen Geldverwaltung.

Lese- und Schreibfähigkeit/Rechenkompetenz:

- Die meisten können ungefähr auf dem Niveau lesen und schreiben, das man von jemandem erwartet, der 7 bis 8 Jahre lang zur Schule gegangen ist (d.h. Anfang der [amerikanischen] Mittelschule)⁷, und lesen einfaches Material zur Information und Unterhaltung.
- Die meisten können zählen, mathematische Konzepte verstehen und einfache mathematische Berechnungen durchführen.

Verhaltensindikatoren für *adaptives* Verhalten

Aufschlussreich sind die vorangestellten Informationen zu Tabelle 6.4 der ICD-11. Die dort beschriebenen Verhaltensindikatoren sollen von klinischen Fachkräften, vor allem Ärztinnen und Ärzten, zur Bestimmung des Schweregrades der geistigen Entwicklungsstörung verwendet werden – ent-

weder als Ergänzung zu standardisierten Tests oder als Ersatz dafür, wenn ordnungsgemäß normierte – d.h. standardisierte – Tests nicht zur Verfügung stehen oder angesichts des kulturellen und sprachlichen Hintergrunds der Person ungeeignet sind. Die Verwendung dieser Indikatoren beruht auf den Kenntnissen und Erfahrungen klinischer Fachkräfte mit normal entwickelten Personen vergleichbaren Alters. Die Verhaltensindikatoren für intellektuelles und adaptives Verhalten entsprechen für jeden Schweregrad dem, was typischerweise von Personen (hier im Erwachsenenalter) erwartet wird.

Tabelle 6.4 listet Kriterien für leichte, mittelgradige, schwere und tiefgreifende geistige Behinderungen auf, jeweils unterteilt für das frühe Kindesalter, Kindheit und Adoleszenz sowie das Erwachsenenalter. Das nachfolgende Beispiel (siehe Kasten rechts) bezieht sich auf leichte geistige Behinderungen (früher: schwere Lernbehinderungen) im Erwachsenenalter (ab 18 Jahren).

5 Schwere und tiefgreifende Störungen der intellektuellen Entwicklung werden ausschließlich auf der Grundlage von Unterschieden im Anpassungsverhalten unterschieden, da die vorhandenen standardisierten Intelligenztests keine zuverlässige und gültige Unterscheidung zwischen Personen mit einer intellektuellen Leistungsfähigkeit unter dem 0,003 Perzentil, d.h. unter IQ = 25 ermöglichen.

6 Die ICD-11 arbeitet zusätzlich mit einer neuen Abstufung im Sinne einer globalen Entwicklungsverzögerung, die vorläufig (provisional)

genannt wird und für Säuglinge oder Kinder unter vier Jahren gilt oder wenn Anzeichen für eine Störung der geistigen Entwicklung vorliegen, es aber nicht möglich ist, eine valide Beurteilung der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des adaptiven Verhaltens durchzuführen.

7 Hier wird offensichtlich Bezug auf das amerikanische Schulsystem genommen. Im Falle Deutschlands könnte es z.B. eher „gegen Ende der Mittelstufe im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung bzw. Lernen“ heißen.

Verhaltensindikatoren für adaptives Verhalten bei leichten geistigen Behinderungen im Erwachsenenalter

Konzeptionelles/Begriffliches (Denken, Planen, Organisieren, Lesen, Schreiben, Gedächtnis, symbolische/interne Darstellung, Kommunikationsfähigkeit):

- Die meisten beherrschen die Fertigkeiten des Zuhörens und der Kommunikation, obwohl einige vielleicht Hilfe brauchen, um in Gruppengesprächen beim Thema zu bleiben, von einem Thema zum anderen zu wechseln, Ideen auf mehr als eine Weise auszudrücken oder eine vollständige Hausadresse anzugeben.
- Die meisten werden wahrscheinlich nicht in der Lage sein, komplexe Anweisungen zu geben und langfristige Ziele zu beschreiben.

Lese- und Schreibfähigkeit:

- Die meisten können lesen und verstehen, was man von jemandem erwarten kann, der drei oder vier Jahre die Grundschule besucht hat, und beherrschen einige Schreibfertigkeiten, obwohl sie möglicherweise Schwierigkeiten haben, Berichte und lange Aufsätze zu schreiben.

Soziales (zwischenmenschliche Kompetenz – z.B. Beziehungen –, soziales Urteilsvermögen, Emotionsregulation):

- Die meisten können sich selbstständig mit anderen treffen, um neue Freundschaften zu schließen, können regelmäßig an Unternehmungen teilnehmen und über persönliche Gefühle sprechen.
- Die meisten können selbstständig ein Gespräch beginnen und mit anderen über gemeinsame Interessen sprechen.
- Die meisten können soziale Signale verstehen und sind in der Lage, ihre Konversation auf der Grundlage ihrer Interpretation der Gefühle anderer Menschen zu regulieren.
- Die meisten sind in der Lage, komplexe soziale Spiele und Mannschaftssportarten zu spielen, obwohl sie möglicherweise Unterstützung beim Verstehen der Regeln benötigen.
- Die meisten können lernen, die möglichen Folgen ihres Handelns abzuwägen, bevor sie in vertrauten Situationen eine Entscheidung treffen, nicht aber in neuen oder komplexen Situationen, und wissen, was richtig und was falsch ist.
- Die meisten brauchen Hilfe, um zu erkennen, wann eine Situation oder Beziehung Gefahren birgt oder jemand sie zu seinem eigenen Vorteil manipuliert.
- Die meisten können mit der Planung einer sozialen Aktivität mit anderen beginnen. Einige können sich auf eine intime Beziehung einlassen, während andere dafür mehr Unterstützung benötigen.

Praktische Fähigkeiten (Selbstversorgung, Freizeitgestaltung, Beschäftigung – einschließlich Hausarbeit –, Gesundheit und Sicherheit, Transport):

- Die meisten werden bei der Hausarbeit, der Sicherheit in der Wohnung und der Nutzung von Telefon und Fernseher selbstständig sein; einige werden lernen, den Gas- oder Elektroherd zu bedienen.
- Die meisten werden weiterhin Unterstützung benötigen, um bei komplexeren hauswirtschaftlichen Tätigkeiten (z.B. kleine Reparaturen im Haushalt), beim Einkaufen von Konsumgütern, bei gesunder Ernährung und gesundheitsfördernden Verhaltensweisen, bei der Pflege im Krankheitsfall oder beim Wissen, was zu tun ist, wenn sie krank sind, unabhängig zu werden.
- Viele können lernen, selbstständig zu leben und zu arbeiten, in einem Teilzeit- oder Vollzeitjob mit wettbewerbsfähigem Lohn zu arbeiten – die Unterstützung bei der Arbeit hängt vom Grad der Komplexität der Arbeit ab und kann mit den Lebensübergängen schwanken.
- Einige können lernen, ein Kraftfahrzeug oder ein Fahrrad zu führen, einfache Bankgeschäfte zu erledigen, einfache Mahlzeiten zuzubereiten und, falls vorhanden, einen Computer oder andere digitale Geräte zu benutzen. Viele werden lernen, öffentliche Verkehrsmittel mit minimaler Hilfe zu benutzen.
- Die meisten werden weiterhin Unterstützung bei komplexeren Bankgeschäften, beim Bezahlen von Rechnungen, beim Fahren im Straßenverkehr und bei der Kindererziehung benötigen.

Resümee

Die internationalen medizinischen Klassifikationen – vor allem diejenige der Erkrankungen (ICD), aber auch die der psychischen Störungen (DSM) – halten für das Thema Lernbehinderung in ihren aktuellen Revisionen 11 bzw. 5 keine praktisch bedeutsamen Veränderungen bereit.

Wie bereits in den Vorgängerversionen (ICD-10 bzw.

DSM-IV) ist Lernbehinderung einer undefinierten Restkategorie zugeordnet. Das gilt auch für das parallele Störungsbild „Borderline Intellectual Functioning“ trotz fachlich dicht begründeter Klassifizierungsbemühungen („*The Girona declaration*“ [Martínez-Leal et al., 2020]) einer europäischen WHO-Arbeitsgruppe für die Klassifikation von geistigen Entwicklungsstörungen unter Vorsitz von Prof. Dr. Luis Salvador-Carulla, Universität von Cádiz.

Verständlich wird dieser Vorgang erst vor dem Hintergrund intensiver politischer – die Weltgesundheitsorganisation ist ein um Interessenausgleich bemühtes politisches Gremium – und weniger fachlicher Einflussnahmen auf die Ausgestaltung der ICD.

Als schwerwiegender Nachteil entfällt neuerdings bei der „Grenzwertigen intellektuellen Leistungsfähigkeit“ (BIF) die Angabe eines zugeordneten IQ-Bereichs und damit auch eine genauere, d.h. messbare Definition. Das gilt – unausgesprochen – auch für die Lernbehinderung.

Ein offensichtlicher Vorteil der Neufassung sind die ausführlichen Beobachtungskriterien für Indikatoren zur Bestimmung des kognitiven, konzeptionell-begrifflichen, sozialen und praktischen Anpassungsverhaltens an die Herausforderungen des Alltags. Damit sind Mehrfachkriterien Grundlage einer Diagnose und nicht etwa nur der Intelligenzfaktor. Seit den Tagen des Deutschen Bildungsrats von 1973 und seiner Gutachten ist diese mehrperspektivische Sicht für hiesige sonderpädagogische Beurteilungen mit beispielsweise drei positiven Kriterien und einem Ausschlusskriterium bei der Diagnose von Lernbehinderung schon lange geübte Praxis.

Ein weiterer Vorteil scheint die neurobiologische Sicht auf Lernstörungen und Lernbehinderung als deren intensivste Form zu sein. Sie betont ausdrücklich neuronale Mechanismen ihrer Entstehung und Entwicklung mit erheblichen individuellen Auswirkungen auf das Verhalten und Erleben. Das dürfte für einen diesbezüglichen Forschungsschub sorgen.

Karl-Heinz Eser

Duale Hochschule Baden-Württemberg, Heidenheim;
Wissenschaftlicher Beirat LERNEN FÖRDERN-Bundesverband

Literatur

American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – 5th Edition*. Washington, D.C.: APA.

Baier, H. (1982): Sind Lernbehinderte überhaupt behindert? *Behindertenpädagogik in Bayern* 25(4), S. 178–180.



Karl-Heinz Eser referiert bei einer LERNEN FÖRDERN-Veranstaltung.

Eser, K.-H. (2018): Was hat das Thema „Lernbehinderung“ von der elften Revision der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-11) zu erwarten? In M. Ziegler (Hrsg.), *Teilhabe im 21. Jahrhundert* (S. 194 – 206). Remseck: LERNEN FÖRDERN – Bundesverband.

Girimaji, S. C. & Pradeep, A. J. (2018): Intellectual disability in international classification of Diseases-11: A developmental perspective. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 34, Suppl S1, S. 68–74.

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

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Version 02/2022. Verfügbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [08.08.2022].

Jankowska, A. M., Łockiewicz, M. & Łada-Maško, A. B. (2021): Heterogeneity of cognitive profiles in students with borderline intellectual functioning. *Psychiatria Polska*, 55(4), S. 869–885.

Martínez-Leal, R., Folch, A., Munir, K., Novell, R. & Salvador-Carulla, L. (2020): Borderline Intellectual Functioning Consensus Group. The Girona declaration on borderline intellectual functioning. *Lancet Psychiatry*, 7(3), e8.

Schalock, R. L. et al. (2010): *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. Washington, D.C.: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities – AAIDD.

Schulte-Körne, G. (2021): Verpasste Chancen: Die neuen diagnostischen Leitlinien zur Lese-, Rechtschreib- und Rechenstörung der ICD-11. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), S. 463 – 467.

WHO – World Health Organization (2015): *The International Classification of Diseases, 10th Revision, Clinical Modification (ICD-10-CM)*. Geneva: World Health Organization.

WHO – World Health Organisation (Ed.) (2022): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 02/2022). 6A00 *Disorders of intellectual development*.

Wieland J. & Zitman, F. G. (2016): It is time to bring borderline intellectual functioning back into the main fold of classification systems. *British Journal of Psychiatry Bulletin*, 40(4), S. 204–206.

Eine ausführlichere Literaturliste (inklusive Links) finden Sie online: <https://lernen-foerdern.de/publikationen/zeitschrift/>

