

1 Zur Begriffsdiskussion in der Lernbehinderten- und Verhaltensgestörtenpädagogik

Turgut – kann nicht gut deutsch sprechen und nicht gut türkisch – 14 Jahre alt. Lebt mit seinen Eltern und zwei Geschwistern in einer kleinen 1½-Zimmer-Wohnung. Kann nicht lesen und nicht schreiben. Addition im Zahlenraum bis 20. Subtraktion und Aufgaben mit Zehnerüberschreitung sind schwierig. Weiß, dass er im August geboren ist, aber die Unterschiede von Jahreszeiten und Monaten, die wollen ihm einfach nicht in den Kopf. Typisch lernbehindert?

Dennis hat Streit mit allen in der Schule. Ständig in Schlägereien verwickelt, weil er sich nicht mit den ungeschriebenen Gesetzen des Schulhofs abfinden will, ständig in Streit mit seinen Lehrer/innen, weil die ihn ungerecht behandeln, wie er meint. Kennt alle Regeln des Schullebens genau und macht jeden darauf aufmerksam, der sich nicht an diese Regeln hält: Mitschüler, Lehrer, den Hausmeister, einfach alle, mit denen er zu tun hat. Hält sich selbst nicht an diese Regeln, verprügelt jüngere Mitschüler, verlässt das Schulgelände wann er will, klaut in der Schule, im Supermarkt. Typisch verhaltensgestört?

Oder Stefan, 16 Jahre, 10. Klasse, athletischer Körperbau, zwei Zentner muskelbepackt. Vater früh gestorben. Lebt allein mit seiner Mutter in einem einfachen Einfamilienhaus. Spricht nicht viel. Einwortsätze meist. Im Unterricht keine aktive Mitarbeit. Schreibt, wie Zweitklässler schreiben können. Hat sich im letzten Schuljahr mühsam das Einmaleins erarbeitet. Typisch lernbehindert?

Oder Mehmet, 10 Jahre, Kurde. Zu Hause in einer Hinterhofwohnung. Ein Zimmer. Eine Küche. Wohnt dort zusammen mit seiner kleinen Schwester, die seit einigen Monaten die Grundschule besucht, und seinen Eltern. Schwach im Lesen und Schreiben. Schlägt sich fast jede Pause auf dem Schulhof. Gefürchtet in seiner Klasse. Gefürchtet in der ganzen Schule. Typisch lernbehindert? Typisch verhaltensgestört?

Schüler wie diese findet man in fast jeder Schule. Probleme im sprachlichen Bereich, Probleme in Mathematik, kommen einfach nicht richtig weiter mit dem Lesen, Schreiben und Rechnen, nicht in der Grundschule, nicht in der Sonderschule, nicht in der Integration. Haben Verhaltensprobleme – schlagen sich, beschimpfen Mitschüler/innen und Lehrer/innen. Kommen manchmal aus schwierigen sozialen Verhältnissen, zu Hause wenig Geld, wenig Platz, wenig Entwicklungschancen. Und die Probleme in Schule und Unterricht können sehr massiv sein.

Über Jahrzehnte gilt schwerwiegendes, umfangreiches und lang andauerndes Schulversagen als wesentliches diagnostisches Kriterium für Lernbehinderung (BLEIDICK 1995, 177). Empirische Untersuchungen beschreiben Schüler mit Lernbehinderung

gen darüber hinaus als Schüler aus der sozialen Unterschicht (*THIMM/FUNKE* 1980, 594; *KLEIN* 1999), als Schüler aus sozialen Brennpunkten (*EBERWEIN/MAND* 1992, 117 f), als Schüler aus Migrantenfamilien (*KORNMANN* u. a. 1997, 204 f, *KORNMANN* u. a. 1999 107 f, *KLEIN* 2001).

„Verhaltensgestört“ oder „erziehungsschwierig“ werden Kinder und Jugendliche dagegen genannt, wenn sie als Schüler aggressiv werden, besonders unruhig, besonders laut sind, wenn sie dem Unterricht nicht folgen oder sich in anderer Weise nicht an die Spielregeln der Schule halten, aber gleichzeitig die Leistungsnormen der Schule erfüllen oder zumindest erfüllen könnten. Sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich Lernen bzw. im Bereich Verhalten ist vergleichsweise weit verbreitet. Nach KMK-Zahlen aus dem Jahr 2001 erhalten 2,79 % aller Schüler sonderpädagogische Förderung im Bereich Lernen und 0,36 % im Bereich emotionale und soziale Entwicklung (Verhaltensstörungen). 10,48 % der als lernbehindert eingestuften Schüler/innen und 2,32 % der als verhaltensgestört eingestuften Schüler/innen werden an allgemeinen bildenden Schulen unterrichtet. Die Sonderschulbesuchsquote (alle Behinderungen) unterliegt dabei allerdings je nach Bundesland erheblichen Schwankungen. Der Anteil an Sonderschülern fällt in Rheinland-Pfalz mit 3,2 % am geringsten aus, während Sachsen-Anhalt mit 6,7 % den höchsten Anteil von Sonderschülern verbucht (aus: *RUMPLER* 2001, 478 f).

Bei näherer Analyse erweisen sich die vorgelegten Zahlen allerdings als nur begrenzt aussagefähig. Man kann z. B. von dem Anteil der Schüler mit sonderpädagogischer Förderung im Bereich Lernen keineswegs auf die Verbreitung von gravierenden Lernproblemen schließen. Das Problem ist: Es erhalten nur die Schüler sonderpädagogische Förderung, deren Lehrer/innen zu der Auffassung gelangt sind, dass hinreichende Lern- und Verhaltensprobleme vorliegen, um ein Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs in Gang zu setzen, bzw. deren Gutachter in einem solchen Verfahren hierauf erkannt haben. Gerade aber diese Lehrereinschätzung und auch die Gutachten unterliegen einer Vielzahl von Einflüssen, die mit dem Schüler selbst nur wenig zu tun haben. So kommt es z. B. zu erheblichen regionalen Schwankungen im Anteil der als „lernbehindert“ diagnostizierten Schüler.

Einen gewichtigen Einfluss scheint hier das schulische Angebot für sonderpädagogische Förderung zu spielen (*BLEIDICK* 1995, 110). Wie viele Schüler einer Region als lernbehindert gelten, hat also auch damit zu tun, wie viele Sonderschullehrer in dieser Region arbeiten. Bei Förderortempfehlungen, also bei Entscheidungen zwischen Integration und Sonderschule, kommt es gelegentlich darauf an, ob die entsprechenden Gutachter ausschließlich in der Sonderschule oder auch in integrativen Zusammenhängen arbeiten (*MAND* 2002). Man kann weiter annehmen, dass bei der Beurteilung von Schulversagen Wahrnehmungseffekte eine wichtige Rolle spielen. Denn, was nach den Maßstäben des einen Lehrers mangelhaft oder ungenügend ist, muss nach den Maßstäben seiner Kollegin noch lange nicht als mangelhaft oder ungenügend bewertet werden. Es ist weiter wahrscheinlich, dass die jeweils von Lehrer/innen bevorzugten Unterrichtskonzepte bzw. Qualitätsunterschiede in ihrer pädagogischen Arbeit einen unterschiedlichen Anteil und vermutlich auch eine unterschiedliche Zusammensetzung von Schülern mit Lern- und Verhaltensproblemen hervorbringen.

Bei welchen Schüler/innen es zu Schulversagen oder Verhaltensproblemen kommt und welche dieser Schüler wiederum als „lernbehindert“ oder „verhaltensgestört“

diagnostiziert werden, hängt demnach von einer derartigen Vielzahl von Faktoren ab, dass Studien, die sich darauf beschränken, Lernprobleme von Schüler/innen mit dem Status „Lernbehinderung“ zu untersuchen, für die hier behandelten Fragen kaum verwertbar sind. Anders formuliert: Um Aussagen über Umfang und Art von Lernproblemen zu machen, sind Untersuchungen notwendig, die die Lernprobleme von allen Schülern untersuchen, nicht nur von Schülern, die in einem Verwaltungsverfahren als „lernbehindert“ eingestuft wurden.

Für den Unterrichtsalltag sind derlei Begriffsprobleme allerdings eher von untergeordneter Bedeutung. Ob ein Schüler nun verwaltungstechnisch der einen oder der anderen Gruppe zugeordnet ist, hat zwar erhebliche Auswirkungen z.B. auf die Schüler-Lehrer-Relation, aber an einer Auseinandersetzung mit den Lern- und Verhaltensvoraussetzungen aller Schüler/innen kommt kein Lehrer auf Dauer vorbei. Denn eine sinnvolle Förderung für diese Schüler muss von den Lernvoraussetzungen *und* von den Verhaltensvoraussetzungen ausgehen.

1.1 Die Paradigmendebatte und ihre Auswirkungen auf die Begriffsdiskussion der Lernbehindertenpädagogik und Verhaltensgestörtenpädagogik

Es hat einen Paradigmenwechsel gegeben in der Sonderpädagogik, schreibt eine Vielzahl von Autor/innen (z.B. *BLEIDICK* 1996; *SCHMETZ* 1999, 134; *BUNDSCHUH* 2000, 32 oder *BENKMANN* 2001, 90), eine wesentliche Änderung von Thesen in der Theoriediskussion, die zu einer neuen Betrachtungsweise von Behinderung führt. Vor dem Paradigmenwechsel wurde Behinderung zumindest in erheblichen Teilen der sonderpädagogischen Diskussion als Defizit, als Eigenschaft von Schüler/innen verstanden. Nach dem Paradigmenwechsel mag dies kein ernst zu nehmender Vertreter der wissenschaftlichen Diskussion mehr tun: Öffentlich feststellen, dass Behinderungen im Allgemeinen und Lernbehinderungen oder Verhaltensstörungen im Besonderen überwiegend als Defizit zu verstehen sind, und dass es sinnvoll ist, in der sonderpädagogischen Arbeit eben von diesen Defiziten auszugehen.

An die Stelle der Defizitorientierung, an die Stelle des alten medizinischen Modells tritt eine neue Auffassung von Pädagogik für behinderte Kinder: Eine Pädagogik, die Ziel-, Inhalts- und Methodenentscheidungen nicht mehr von allgemeinen Annahmen zum Wesen des Behinderten, nicht mehr von Theorien der Lernbehinderungen oder Theorien der Verhaltensstörungen abhängig macht, sondern von den individuellen Lern- und Verhaltensvoraussetzungen aller Schüler.

Vieles von dem, was in den meisten Sonderschulen und manchmal auch in integrativen Zusammenhängen heute noch gilt, ist allerdings noch stark von dem alten Paradigma beeinflusst und wird manchmal nur verständlich, wenn man weiß, welche Thesen, welche Theorien über Jahrzehnte hinweg Theoriediskussion, Bildungspolitik und pädagogischen Alltag beeinflusst haben. Gemeinsamer Nenner dieser Theorien und Konzepte ist ein fast alltagstheoretisch anmutendes Konzept, das in seiner Reinform darauf hinausläuft, verschiedene Klassen von Problemschülern systematisch von „normalen“ Schüler/innen zu unterscheiden, spezifische Lern- und Verhaltensmuster zu unterstellen, die eine besondere Pädagogik, besondere Rahmenbedin-

gungen und damit besondere Institutionen notwendig machen. Das medizinische Modell, wie dieses Konzept inzwischen einmütig von früheren Vertretern wie von ehemaligen Kritikern genannt wird, beeinflusst das sonderpädagogische Denken und Handeln über Jahrzehnte hinweg wie kaum ein anderes.

Das medizinische Modell

- versteht Behinderung vor allem als Defizit
- legitimiert didaktische Konzepte und sonderpädagogische Institutionen mit diesen Defiziten
- arbeitet mit Sonderanthropologien (also Annahmen zum Wesen des Behinder-ten)
- löst das Problem der Ressourcenverteilung, indem die Vergabe von zusätzlichen Mitteln (bessere Ausstattung von Sonderschul- bzw. Integrationsklassen) an die vermeintlich objektive Feststellung dieser Defizite gebunden wird

Diese Argumentationsfigur findet man in den alten Werken der Hilfeschulpädagogik etwa bei *STÖTZNER*, bei dem die Forderung nach Anschaulichkeit, nach einem methodischen Vorgehen „Schrittchen für Schrittchen“, nach einem Unterricht mit „Sinnesübungen“ (*STÖTZNER* 1864, 16 f) aus den Defiziten der „Letzten der Klasse“, der „Schwachsinnigen“ oder der „Stumpfsinnigen“ abgeleitet wird. *KIELHORN* empfiehlt für die „schwachbefähigten“ Schüler Anschauungsunterricht, der von den „leiblichen, seelischen und sittlichen Schwächen“ der Schüler ausgeht. Lehrer sollen also z.B. „Gedächtnispflege“ betreiben, weil das Gedächtnis dieser Kinder „schwach“, „lückenhaft“ und „unzuverlässig“ ist. Er soll die Gefühle ausbilden, weil diese Kinder ein wechselvolles und wenig geläutertes Gefühlsleben haben. Er soll die Urteilskraft ausbilden, weil die Urteilsfähigkeit dieser Kinder „ohne Ausnahme“ oberflächlich und lückenhaft ist. Er soll sie zu Gehorsam erziehen, weil sie daran gewöhnt werden müssen sich unterzuordnen, und er soll sie zur Arbeit erziehen, weil sie weniger Tätigkeitstrieb entfalten (*KIELHORN* 1909, 25, 26 f, 29 f, 76, 90). Man findet sie bei *WIESE*, der bei Fürsorgezöglingen „Unbildung“, „Verbildung“, „Missbildung“ und „Verwahrlosung“ entdeckt, der „Schwachsinn“ für einen charakterologischen Größenbegriff hält und von ererbten und erworbenen „Psychopathien“ und „Dissozialen“ schreibt (*WIESE* 1928, 45 f, 54 f, 65 f).

Das medizinische Modell findet man in sonderpädagogischen Veröffentlichungen während der nationalsozialistischen Diktatur z.B. bei *TORNOW* (1942), der bei vermeintlich „schwachsinnigen“ Schülern geistig-seelische Dispositionsschwankungen, Bewegungs- und Koordinationsstörungen, Besonderheiten und Beeinträchtigungen des Gedächtnisses ausmacht, der mangelhafte Begriffs-, Urteils- und Schlussbildung, herabgesetzte Kombinationsfähigkeit, Phantasielosigkeit oder Überschwänglichkeit entdeckt, der schließlich von mangelnden abstraktlogischen Fähigkeiten, mangelnder Gefühlsbeteiligung, sinnlicher Triebhaftigkeit und Willensschwäche ausgeht, und der ein langsames Arbeitstempo, eine herabgesetzte Sinnerfassung und schließlich mangelnde Arbeitsbereitschaft entdeckt.

In der Nachkriegs-sonderpädagogik West findet man deutliche Einflüsse des medizinischen Modells z.B. in der Unterrichtslehre von *BLEIDICK/HECKEL* (1970, 79 ff), die Hilfsschüler als schwachbegabte, antriebsarme Schüler mit Abstraktionsschwä-

che und Gedächtnisschwäche beschreiben. Das medizinische Modell bleibt auch in der DDR wirksam, etwa bei *BAUDISCH/BRÖSE/SAMSKI* (1985), die von „schulbildungsfähigen“ Schwachsinnigen schreiben, deren Abweichungen und Störungen über Korrektur, Kompensation, Aktivierung von Funktionsresten, Stützung einmal erreichter Fähigkeiten, durch eine lebenspraktische Anlage von Bildung und Erziehung und eine starke Betonung des Übungsprozesses gemindert werden sollen (zitiert nach *HOFFMANN* 1986, 163 ff).

Spuren des medizinischen Modells finden sich noch heute in Rechts- und Verwaltungsvorschriften, die zusätzliche Ressourcen für die Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen von der amtlichen Feststellung von Defiziten abhängig machen, etwa in dem seit 1995 geltenden Gesetz zur Weiterentwicklung sonderpädagogischer Förderung und in der weiter ausführenden Verordnung zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs in NRW oder auch im neuen Sozialgesetzbuch IX.

Weit verbreitet sind Annahmen des medizinischen Modells schließlich im pädagogischen Alltag. In Untersuchungen zum Lehrerurteil über auffällige Schüler finden sich immer wieder deutliche Hinweise auf die These, dass auffälliges Verhalten, Lernbehinderungen, Verhaltensstörungen als Eigenschaft, als Defizit von Schülern zu verstehen sind. Derlei belegt z. B. die Untersuchung von *THOMMEN* (1985, 147 ff), findet man in einer vom Autor durchgeführten Lehrerbefragung (*MAND* 1995, 92) und bezogen auf Lernbehinderung und Verhaltensstörungen auch bei Studierenden der Grundschul- und Sonderpädagogik (*MAND* 2003 a).

Was sind die Bedingungen für den Erfolg des medizinischen Modells? Folgt man zunächst der Auffassung von *KUHN* (1962, 44), so gilt: Eine Theorie wird zum Paradigma, weil sie Probleme, die ein Kreis von Fachleuten als brennend erkannt hat, besser löst als Konkurrenzmodelle. Ausgangspunkt der Entwicklung des differenzierten Sonderschulsystems in Deutschland waren einst Probleme vermeintlich „schwachsinniger“ oder „verwahrloster“ Kinder und Jugendlicher, die im Bildungs- und Sozialsystem des 19. Jahrhunderts keinen Platz hatten. Von der Zusammenfassung dieser Schüler/innen in besonderen Klassen oder Schulen versprach man sich eine bessere Förderung. Denn die Alternative zur Hilfsschule war vielfach ein Verbleiben in den unteren Klassen der Volksschule, ohne besondere Angebote, ohne zusätzliche Hilfen. Für die meisten dieser Schüler bot der Unterricht in einer Hilfsschule also die Chance auf eine angemessene Förderung, die ihnen in der Volksschule versagt blieb. Das Problem, das damals gelöst werden sollte, bestand somit darin, dass ein erheblicher Anteil jeden Jahrgangs kein angemessenes Verhalten bzw. keine hinreichenden Fertigkeiten in den Kulturtechniken entwickelte.

Dieses Problem löst das medizinische Modell auf eine letztlich beeindruckende Art und Weise: Es betont die Unterschiede zwischen Regelschülern und „Schwachsinnigen“ bzw. „Ungebildeten“, „Missgebildeten“, „Psychopathen“ oder „Verwahrlosten“. Es entstehen Sonderanthropologien, also Annahmen zum Wesen des „Schwachsinnigen“ oder zum Wesen des „Fürsorgezöglings“. Diese besonderen Eigenschaften erfordern eine besondere pädagogische Arbeit (also auch besonders qualifizierte Lehrer/innen) und bessere Bedingungen (die in besonderen Institutionen bereitgestellt werden). Das Modell liegt nahe an der Alltagswahrnehmung von schwachen und auffälligen Schülern (als dumme und störende Schüler) und nutzt diese, um zusätzliche Ressourcen für die Arbeit mit diesen Kindern zu erhalten und

zu sichern. Denn besondere Bedingungen (also z. B. kleinere Klassen), eine besondere Qualifizierung von Lehrer/innen erfordern einen erheblichen Mehraufwand an Ressourcen. Die von der Einrichtung von besonderen Institutionen ausgehenden Entlastungseffekte für die allgemein bildenden Schulen werden ihr Übriges zum Erfolg des medizinischen Modells beigetragen haben.

Letztlich bietet das medizinische Modell also eine fast ideale Lösung der damaligen Probleme mit schulschwachen und auffälligen Schüler/innen. Es schafft bessere Bedingungen für die Arbeit mit der Mehrzahl der Schüler/innen in den allgemein bildenden Schulen (Entlastung von schwierigen Schülern) und zugleich für die Arbeit mit schulschwachen und auffälligen Kindern und Jugendlichen (in Sonderschulen). Es sichert zusätzliche Mittel für die Arbeit mit diesen Kindern, indem in der Bevölkerung weit verbreitete Vorurteile und implizite Persönlichkeitstheorien genutzt werden.

Das medizinische Modell begleitet die Sonderpädagogik durch so unterschiedliche Epochen wie Kaiserreich, Weimarer Republik, den Nationalsozialismus und durch das Nachkriegsdeutschland in Ost und West. Erste Risse in diesem frühen Konsens der sonderpädagogischen Diskussion werden in den 1970er Jahren in der BRD sichtbar. Ausgangspunkt dieser Entwicklung ist die etwas verspätet einsetzende Rezeption der Befunde der schichtenspezifischen Sozialforschung zunächst durch Begemann (1970), durch Klein (1973) oder Probst (1976).

Als deutlich wird, dass Behinderung eine soziale Dimension hat, dass z. B. Hilfsschulen Schulen für sozial benachteiligte Schüler sind und (auch) stigmatisierende Funktionen haben (HOMFELDT 1972), entwickelt sich in Teilen der (west-)deutschen sonderpädagogischen Diskussion heftige Kritik an der Institution Sonderschule. Etwa zeitgleich entstehen in der BRD Elterninitiativen, die sich für eine gemeinsame Erziehung behinderter und nicht behinderter Kinder einsetzen. Die Elternbewegung macht sich die immer lauter werdende Kritik an der Institution Sonderschule zu nutze. Die Sonderschulkritiker engagieren sich für erste Modellversuche in Kindergarten und Grundschule.

Diese neue Entwicklung hat erhebliche Auswirkungen auf die wissenschaftliche Diskussion der Sonderpädagogik West. Die Integrationsdebatte bestimmt mindestens bis Mitte der 1990er Jahre das Geschehen. Es entstehen zwei unterschiedliche Lager – das der Traditionalisten und das der Integrationsbefürworter. Unter dem Eindruck der Befunde zur sozialen Dimension von Behinderung, und schließlich auch der Integrationsforschung, ändern sich die Positionen der Traditionalisten. Ende der 1970er Jahre kommt es zu einer ersten Öffnungsbewegung. Vertreter/innen der Traditionalisten versuchen Theorien zu integrieren, die soziale und gesellschaftliche Dimensionen von Behinderung betonen, verteidigen aber noch für einige Jahre Positionen aus dem medizinischen Modell (exemplarisch hierfür: BLEIDICK 1977). Ab Mitte der 1990er Jahre wenden sich auch konservative Vertreter dezidiert vom medizinischen Modell ab.

Etwa in diesen Zeitraum fällt auch die Abkehr von alten Begriffen der Sonderpädagogik. Die Begriffe „lernbehindert“ und „verhaltensgestört“ bzw. „erziehungsschwierig“ werden seltener verwendet. Man greift zu Umschreibungen, spricht z. B. vom „sonderpädagogischen Förderbedarf“ im Bereich Lernen oder Verhalten (etwa in den KMK-Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 6.5.1994). Sonderschulen erhalten neue

Namen, aus der Schule für Lernbehinderte werden z. B. „Förderschulen“ oder „Förderzentren“ (THEISS-SCHOLZ 2002, 75 ff). Konzepte, in denen versucht wird, die Aufgaben von Sonderschulen neu zu bestimmen, erhalten neue Publizität. Andere Sonderschulen nehmen Schüler/innen aus mehreren Behinderungsgruppen auf, etwa der nordrhein-westfälische Schulversuch „Förderschule“. Kurz, die Zeichen stehen auf Veränderung (Opp 1995). Und es ist nahe liegend, hierin die Folgen der Abkehr vom medizinischen Modell zu sehen.

1.2 WHO-Behinderungsbegriffe und ihr Einfluss auf die Begriffsdiskussion in der Sonderpädagogik

Parallel zu der Paradigmendebatte der deutschsprachigen Sonderpädagogik wird in der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) ein neuer Behinderungsbegriff entwickelt, der deutlich andere Akzente setzt. Beeinflusst von der in dieser Hinsicht differenzierteren sprachlichen Regelung im angelsächsischen Raum entwickelt sich zunächst ein Behinderungsbegriff, der drei unterschiedliche Aspekte von Behinderung unterscheidet, nämlich die medizinische Dimension, die funktionale Dimension und die soziale Dimension.

WHO-Definition 1980 (nach SANDER 2002, 105)

- Schädigung [impairment] als Verlust oder Anomalie einer psychologischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion.
- Fähigkeitsstörung [disability] als jede auf eine Schädigung zurückgehende Einschränkung der Fähigkeit oder die Unfähigkeit, eine Tätigkeit so oder im Rahmen dessen auszuüben, was für einen Menschen normal gilt.
- Soziale Beeinträchtigung [handicap] als eine auf eine Schädigung oder Leistungsminderung zurückgehende Benachteiligung, die einen Menschen teilweise oder ganz daran hindert, eine Rolle auszufüllen, die für ihn nach Alter, Geschlecht oder soziokulturellen Faktoren normal wäre.

Die WHO-Definition wird in mehreren Schritten überarbeitet. Die inzwischen gültige ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) setzt nach Analyse von SCHUNTERMANN (2002) ein Gesundheitsproblem voraus. Darüber hinaus wird die Funktionsfähigkeit von Menschen untersucht, die als Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren verstanden wird. Kontextfaktoren bilden dabei den gesamten Lebenshintergrund einer Person und setzen sich aus Umweltfaktoren (im Sinne von Faktoren der physikalischen und sozialen Umwelt) und personenbezogenen Faktoren zusammen (Lebensstil, Bildung, Geschlecht, Alter usw.). Eine Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist entsprechend das Ergebnis einer negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren auf ihre Funktionsfähigkeit.

Die WHO-Begrifflichkeit hat bisher nur geringen Einfluss auf die Begriffsdiskussion der Lernbehinderten- und der Verhaltensgestörtenpädagogik entwickelt. Mag

sein, dass dies damit zu tun hat, dass der medizinische Aspekt von Behinderung gerade in der Diskussion um „Lernbehinderung“ oder „Verhaltensstörung“ zu Problemen führt. Eine Schädigung im eigentlichen Sinne kann bei diesen Schüler/innen nur in Ausnahmefällen nachgewiesen werden. Denn Kinder mit Chromosomenanomalien (z.B. Klinefeltersyndrom), Kinder mit nachweisbaren Schädigungen (z.B. nach Hirnhautentzündungen), Kinder, deren Lern- oder Verhaltensprobleme auf nachweisbare Hormon- oder Stoffwechselstörungen zurückgehen, stellen nur eine kleine Minderheit der Schüler/innen mit entsprechendem sonderpädagogischem Förderbedarf.

Bei der überwiegenden Mehrheit der als „lernbehindert“ oder „verhaltensgestört“ eingestuften Schüler/innen sind keine Schädigungen im Sinne des alten WHO Behinderungsbegriffs belegt. Und sie weisen auch kein Gesundheitsproblem im Sinne des neuen WHO-Behinderungsbegriffs auf. Schüler/innen mit Lern- und Verhaltensproblemen sind allerdings in ihren Aktivitäten beeinträchtigt, und zwar z. B. in den Bereichen „Lernen und Wissensanwendung“, „Kommunikation“ und vermutlich auch in dem Bereich „Aufgabenbewältigung und Lebensaktivitäten“. Und aus den Problemen in der Schule resultieren gravierende Beeinträchtigungen der Partizipation.

Was sind also die Schlussfolgerungen aus einer Anwendung der WHO-Begriffe auf deutsche Verhältnisse? Die WHO-Begriffe scheinen zur deutschen Bildungswirklichkeit nicht gut zu passen. Die Feststellung, dass bei der überwiegenden Zahl von als „lernbehindert“ bzw. als „verhaltensgestört“ eingestuften Schüler/innen, also möglicherweise mithin der Mehrheit deutscher Sonderschüler wohl keine Schädigungen nachgewiesen sind, dass gleichzeitig aber beträchtliche Anteile dieser Schüler in ihren Aktivitäten und ihrer gesellschaftlichen Partizipation benachteiligt sind, wirft ein besonderes Licht auf die Auslesefunktion des deutschen Bildungssystems. Zwar kann sonderpädagogische Förderung von benachteiligten gesellschaftlichen Gruppen auch als Bereitstellung zusätzlicher Ressourcen verstanden werden. Aber aus dieser Förderung scheinen nicht unbedingt größere Chancen auf Partizipation zu erwachsen.

1.3 Lernbehinderung und seine Synonymbegriffe*

Dass es „lernbehinderte“ Schüler gibt, dass das Problem, das diese Schüler haben, mit dem Begriff „Lernbehinderung“ angemessen beschrieben werden kann, darin sind sich ungeachtet des in der Sonderpädagogik ausgerufenen Paradigmenwechsels nach wie vor viele Lehrer/innen einig. Mag sein, dass der Begriff nicht mehr so häufig und unbefangen verwendet wird wie z. B. noch in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts. Aber wenn man von „lernbehinderten“ Schülern spricht, dann wissen die meisten Pädagoginnen und Pädagogen, um welche Schüler es geht. Viele werden an Schüler denken, die in ihrem Unterricht nicht lesen, schreiben oder rechnen lernen konnten und deswegen zur Sonderschule wechseln mussten (SCHRÖDER 1999, 191). Sie werden sich in der Regel an weitaus mehr „lernbehinderte“ Jungen

* Die Begriffsdiskussion orientiert sich in wesentlichen Teilen an den im Handbuch Integrationspädagogik entwickelten Thesen (MAND 2002 b)

erinnern als an „lernbehinderte“ Mädchen (PREUSS-LAUSITZ 1999, 11). Und den aufmerksameren Beobachtern unter ihnen dürfte nicht entgangen sein, dass viele, sehr viele dieser Schüler aus sozialen Randgruppen kommen und dass zu viele Migrantenkinder betroffen sind.

Viele Lehrerinnen und Lehrer verwenden den Begriff „lernbehindert“ noch immer so, als handele es sich um eine individuelle Eigenschaft von Schülern. Sie vertreten dann z.B. die Auffassung, die vorliegende „Lernbehinderung“ könne erklären, warum ein Schüler nur langsam lesen, schreiben oder rechnen lernt. Tatsächlich sind aber Lernprobleme als Resultat eines ziemlich komplexen Prozesses zu verstehen, der sicher nicht allein als individuelles Problem von Schülern verstanden werden kann. Beteiligt sind z.B. auch Lehrer, Mitschüler, Eltern und das soziale Umfeld. Es macht etwas aus, ob Schüler Unterricht erhalten, in denen unterschiedliche Lernwege, unterschiedliche Lerntempi möglich sind, Unterricht, in dem jeder Schüler die ihm passende Methode kennen lernen kann, oder ob alle Schüler zur gleichen Zeit an den gleichen Dingen arbeiten müssen. Es macht etwas aus, ob sie von Lehrern unterrichtet werden, die verständigungsorientiert mit abweichendem Verhalten umgehen können oder von Lehrern, die Kinder aus sozialen Randgruppen vor allem als lernbehindert oder verwahrlost wahrnehmen.

„Lernbehinderung“ ist also nach wie vor zunächst ein Begriff aus der Alltagssprache von Lehrer/innen. In seinem Alltagsgebrauch stellt er die Schulwirklichkeit ganz offensichtlich verkürzt und verzerrt dar. Er macht aus Problemen mit Schülern Probleme von Schülern. Er macht aus einem (zu beträchtlichen Anteilen) sozialen Phänomen ein individuelles Problem. Er macht aus einer über Monate und Jahre in der Regel keineswegs gradlinig verlaufenden Entwicklung eine (weitgehend) feste Eigenschaft. Dass diese Auffassung von „Lernbehinderung“ über lange Jahre bis zum heutigen Tage in vielen deutschen Schulen anzutreffen ist, dass in Gesprächen über vermeintlich „lernbehinderte“ Schüler/innen immer wieder auf deren besonderen Probleme und Defizite hingewiesen wird, hat sicher damit zu tun, dass in der sonderpädagogischen Diskussion eben diese Auffassung immer wieder vertreten wurde.

„Lernbehinderung“ ist zweitens ein Verwaltungsbegriff. D. h.: Er wird in Gesetzen, Verordnungen und Erlassen der deutschen Bundesländer oder der Bund-Länder-Kommission verwendet. Manchmal wird der Begriff umschrieben, manchmal arbeiten die Verwaltungstexte mit Synonyma. Der Begriff „Lernbehinderung“ regelt in vielen Bundesländern nach wie vor die Verteilung von Ressourcen im Schulsystem. Dies funktioniert in etwa so: Wenn Kinder und Jugendliche an der Schule scheitern, können Lehrer/innen einungsverfahren in Gang setzen, das prüft, ob zusätzliche Hilfe erforderlich ist. Kommt dieses Verfahren zum Ergebnis, dass „Lernbehinderung“ bzw. ein entsprechender „individueller sonderpädagogischer Förderbedarf“ vorliegt, werden zusätzliche Hilfen bereitgestellt. Schüler/innen, denen „Lernbehinderung“ attestiert wird, haben also Anspruch auf besondere Hilfen. Es gelten z.B. andere Richtlinien und Rahmenpläne. Und für diese Schüler werden zusätzliche Lehrerstunden bereitgestellt. „Lernbehinderte“ können damit entweder personell besser ausgestattete Sonderschulklassen besuchen oder sie werden in Grund-, Haupt- oder Gesamtschulklassen unterrichtet, in denen zumindest stundenweise Doppelbesetzung realisiert werden kann. Allerdings ist dieses Verfahren sehr aufwändig. Die z.T. beträchtlichen regionalen und epochalen

Schwankungen im Anteil für „lernbehindert“ gehaltener Schüler verweisen darauf, dass die Verteilung von Mitteln fehlerhaft verläuft. Und die beschriebene Verwaltungspraxis hat schon seit einigen Jahren jede wissenschaftliche Basis verloren.

„Lernbehinderung“ ist drittens ein umstrittener Begriff der sonderpädagogischen Diskussion der letzten Jahrzehnte. Es gibt eine über die Jahre kaum überschaubare Zahl von Definitionsversuchen, die von der alten Gleichsetzung von „Intelligenzschwäche“ und „Lernbehinderung“ (BLEIDICK 1995, 112) bis zur Feststellung reichen, dass „Lernbehinderung“ als Konstrukt zu betrachten ist (EBERWEIN 1997). Die Begriffsdebatte der Lernbehindertenpädagogik ist über weite Passagen vor allem auch eine Diskussion über Integration und Sonderschule. Sonderschulbefürworter halten lange an der Auffassung fest, Lernbehinderung sei eine klar bestimmbare Eigenschaft von Kindern und Jugendlichen, während Integrationsbefürworter auf die offensichtlichen Definitionsprobleme hinweisen. Trotz erster Ermüdungserscheinungen (KLEIN 1999, 4) ist die Debatte nicht zu einem wirklich befriedigenden Ende gekommen. Einigermassen klar scheint immerhin seit einigen Jahren zu sein, was Lernbehinderung nicht ist: Lernbehinderung ist kein klar umschriebener und definierter Begriff (KANTER 1974, 117), keine definitorisch umschreibbare Behinderung, für die präzise pädagogische, soziologische oder psychologische Bestimmungsmerkmale gelten (BLEIDICK 1995, 106). Schüler, für die der Begriff „Lernbehinderung“ erdacht wurde, lernen nicht prinzipiell anders als „Nicht-Lernbehinderte“ (BEGEMANN 1996, 269). Lernbehinderung ist auch kein isoliertes Intelligenzdefizit (WOCKEN 2000, 501). Lernbehinderung ist kein feststehendes, defizitäres Persönlichkeitsmerkmal (EBERWEIN 1995, 16), sondern darf vielmehr als ein schulpolitischer Verlegenheitsbegriff bezeichnet werden (BLEIDICK 1995, 111).

Lernbehinderung ist schließlich viertens ein belasteter Begriff. „Lernbehindert“ meint im Wesentlichen das, was früher der Begriff „schwachsinnig“ bezeichnete. Der Begriff steht für angejahrte Unterrichtskonzepte der sonderpädagogischen Diskussion, in denen methodische Prinzipien des Unterrichts auf vermeintliche Persönlichkeitsmerkmale von „Lernbehinderten“ ausgerichtet waren. Und er steht für die Stigmatisierung von Generationen von Schüler/innen mit Lernproblemen. Er ist eng verbunden mit der Schule für Lernbehinderte, einer Sonderschule, in der sich die ursprüngliche Absicht der individuellen, intensivierten Erziehungshilfe auf dem Wege der organisatorischen Verwirklichung durch ein eigenständiges Jahrgangsklassensystem für Schulversager nicht selten in ihr Gegenteil verkehrt hat (KANTER 1974, 154 f).

Wenn man heute versucht, Schüler/innen mit Lernproblemen zu beschreiben, dann lässt sich festhalten: Das Syndrom, das heute mit dem etwas umständlichen Begriff „sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich Lernen“ benannt wird, umfasst zumindest zwei Kernsymptome, nämlich Probleme im Schriftspracherwerb und Probleme in der Entwicklung des mathematischen Denkens. Dabei hat sich auf Verwaltungsebene die Auffassung durchgesetzt, dass in beiden Bereichen schwerwiegende, umfängliche und lang andauernde Ausfälle zu erkennen sein müssen. Beschränken sich die Probleme auf den Schriftspracherwerb, spricht man von Lese-Rechtschreib-Schwäche. Beschränken sich die Probleme auf die Entwicklung des mathematischen Denkens, so spricht man von Dyskalkulie. Haben schließlich die Lernprobleme ein solches Ausmaß erreicht, dass ein selbstständiges Leben aller Voraussicht nach nicht mehr möglich ist, dann geht man von Geistiger Behinderung aus.