

Aus der Abteilung für Medizinische Genetik
im Institut für Humangenetik
der Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. T. Grimm

Umgang mit der Legasthenie - vier Fallbeschreibungen

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg
vorgelegt von
Mirjam Kreuzer
aus Bad Boll

Würzburg, im Februar 2011

Referent: Prof. Dr. med. Tiemo Grimm
Korreferent: Prof. Dr. med. Andreas Warnke
Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 8. März 2012

Die Promovendin ist Ärztin.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Grundlagen	3
2.1.	Definition	3
2.2.	Epidemiologie	4
2.3.	Ätiologie	4
2.3.1.	Genetische Veränderungen	5
2.3.2.	Hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Veränderungen	11
2.4.	Symptomatik	13
2.5.	Diagnostik	15
2.6.	Therapie	19
2.7.	Rechtliche Grundlagen	22
2.7.1.	Staatliche Unterstützung	22
2.7.2.	Schulrecht und Nachteilsausgleich	26
3.	Kasuistik	28
3.1.	A.E.	28
3.1.1.	Familienanamnese	28
3.1.2.	Kindliche Entwicklung	29
3.1.3.	Schulzeit	29
3.1.3.1.	Grundschule	29
3.1.3.2.	Gymnasium	30
3.1.3.3.	Jugenddorf-Christophorusschule	31
3.1.4.	Entwicklung nach Abschluss der Schule	33
3.1.5.	Diagnosestellung	34
3.1.6.	Förderung und Therapie	35
3.1.7.	Psychische Situation	38

3.2.	B.F.	42
3.2.1.	Familienanamnese	42
3.2.2.	Kindliche Entwicklung	42
3.2.3.	Schulzeit	43
3.2.3.1.	Grundschule	43
3.2.3.2.	Gymnasium	44
3.2.3.3.	Realschule	45
3.2.3.4.	Berufsschule	47
3.2.3.5.	Kolleg	47
3.2.4.	Entwicklung nach Abschluss der Schule	48
3.2.5.	Diagnosestellung	49
3.2.6.	Förderung und Therapie	51
3.2.7.	Psychische Situation	52
3.3.	C.G.	55
3.3.1.	Familienanamnese	55
3.3.2.	Kindliche Entwicklung	55
3.3.3.	Schulzeit	56
3.3.3.1.	Grundschule	56
3.3.3.2.	Hauptschule	56
3.3.3.3.	Internat	57
3.3.3.4.	Odenwaldschule	57
3.3.4.	Entwicklung nach Abschluss der Schule	60
3.3.5.	Diagnosestellung	60
3.3.6.	Förderung und Therapie	62
3.3.7.	Psychische Situation	65
3.4.	D.E.	71
3.4.1.	Familienanamnese	71
3.4.2.	Kindliche Entwicklung	71
3.4.3.	Schulzeit	71
3.4.3.1.	Grundschulstufe der Sprachbehindertenschule	71

3.4.3.2.	Grundschule	72
3.4.3.3.	Gymnasium	72
3.4.3.4.	Jugenddorf-Christophorusschule	74
3.4.4.	Entwicklung nach Abschluss der Schule	76
3.4.5.	Diagnosestellung	77
3.4.6.	Förderung und Therapie	78
3.4.7.	Psychische Situation	82
4.	Diskussion	87
4.1.	Vorbemerkung	87
4.2.	Vergleich mit den Studien von Esser et al. und Schulte-Körne et al.	87
4.2.1.	Schulische Entwicklung	87
4.2.2.	Berufliche Entwicklung	90
4.2.3	Psychische Situation	91
4.3.	Vergleich mit weiteren Studien	94
4.4.	Bewertung	100
5.	Zusammenfassung	103
6.	Ausblick	107
7.	Literaturverzeichnis	109

1. Einleitung

„Lesen und Schreiben hat entgegen den Erwartungen, dass die Schriftsprache durch eine Kommunikation über multimediale Techniken ersetzt und Lernen immer weniger über schriftliche Materialien vermittelt wird, in den letzten Jahren eher an Bedeutung zugenommen. Die Zahl der Bücher, Zeitungen und Zeitschriften ist explosionsartig angestiegen und auf dem Laufenden bleibt nur, wer die Informationsflut im Internet schnell und effektiv sichten kann. Auch gehört inzwischen zum beruflichen Alltag vieler Menschen das täglich mehrmalige Abrufen und Beantworten von E-Mails, das routiniertes Lesen und Schreiben voraussetzt, wenn für diese Tätigkeit nicht zu viel Zeit verloren gehen soll. Schriftsprachbeherrschung ist somit in unserer Wissensgesellschaft zu einer Schlüsselkompetenz geworden, die über Schul- und Berufsbewährung und damit über die sozialen Entwicklungschancen entscheidet.“ [169] Die Aussage fasst nicht nur die Bedeutung guter Lese- und Rechtschreibfähigkeiten zusammen, sondern macht auch deutlich, dass sich eine Einschränkung dieser Fähigkeiten in nahezu allen Lebensbereichen auswirkt und insbesondere für die schulische und berufliche Entwicklung eine große Rolle spielt.

Im Hinblick auf die historischen Hintergründe der Legasthenie finden sich bereits im 19. Jahrhundert erste Berichte über Kinder, die trotz einer normalen Intelligenz Schwierigkeiten mit dem Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung haben [182, 88]. BERKAHN [7, 8] charakterisiert dieses Phänomen als „Schreibgebrechen, welches darin besteht, dass sie bei Diktaten in den niedergeschriebenen Worten einzelne Buchstaben weglassen oder durch andere ersetzen oder die Buchstaben verstellen oder neue hinzufügen“. Die Störung des Schriftspracherwerbs als eigenständiges klinisches Syndrom definiert MORGAN [100] 1869. Er sieht die Störung als eine Schwäche im Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung, die auch bei gesunden, nicht sinnesgeschädigten, ausreichend intelligenten und normal unterrichteten Personen vorkomme, und verwendet den Begriff „congenital wordblindness“. Die Ursache der Störung sieht er bereits in einer Dysfunktion der zentral-nervösen Verarbeitung visueller Informationen im Bereich des Gyrus angularis. Der Begriff „Legasthenie“ wird zum ersten Mal 1916 von dem Neurologen Paul Ranschburg verwendet.

RANSCHBURG [113] beschreibt die Legasthenie als „eine nachhaltige Rückständigkeit höheren Grades in der geistigen Entwicklung des Kindes, sich äußernd in der Unfähigkeit, im Alter von sechs bis acht Jahren oder auch noch darüber hinaus, sich eine derart genügende Geläufigkeit des mechanischen Lesens anzueignen, welche die Vorbedingung eines erträglichen Verständnisses des Gelesenen wäre“. Eine einheitliche Definition der Legasthenie führt LINDER [84] 1951 ein. Die Legasthenie sei „eine spezielle und aus dem Rahmen der übrigen Leistungen fallende Schwäche im Erlernen des Lesens (und indirekt auch des selbstständigen orthographischen Schreibens) bei sonst intakter oder (im Verhältnis zur Lesefähigkeit) relativ guter Intelligenz“, deren Ursache nicht in einem pädagogischen Versagen der Schule liege.

Trotz dieser frühen Beschreibung des Krankheitsbildes findet die Legasthenie als Krankheit nur langsam gesellschaftliche Akzeptanz. Die legastheniebedingten Rechtschreibfehler werden häufig als ein Zeichen mangelhafter Bildung und geringer Intelligenz angesehen. Erfolgreiche Legastheniker wie Paul Ehrlich, Albert Einstein, John F. Kennedy, George Washington, Thomas Edison oder Bill Gates zeigen jedoch, welche Leistungen trotz eingeschränkter Lese- und Rechtschreibfähigkeiten möglich sind. Auch die Tatsache, dass sich immer mehr Prominente zu ihrer Legasthenie bekennen, wie beispielsweise die britische Prinzessin Beatrice, Kronprinzessin Viktoria von Schweden, die Schauspieler Tom Cruise und Orlando Bloom oder der Sänger Robbie Williams, trägt zu einer Verbesserung der Stellung der Legastheniker in der Gesellschaft bei.

In den Fallbeschreibungen der vorliegenden Arbeit werden die Lebensläufe von vier Legasthenikern dargestellt. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der schulischen und beruflichen Entwicklung, der Förderung und Therapie sowie der psychischen Situation. Anhand der Fallbeschreibungen sollen die besonderen Schwierigkeiten und Herausforderungen im Leben eines Legasthenikers herausgearbeitet und Voraussetzungen und Unterstützungsmöglichkeiten für einen erfolgreichen Umgang mit der Lese-Rechtschreibstörung aufgezeigt werden.

2. Grundlagen

2.1. Definition

Die Legasthenie, auch Lese-Rechtschreibstörung genannt, zählt zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10 F 81.0). Davon abgegrenzt werden eine isolierte Rechtschreibstörung (ICD-10 F 81.1) und eine umschriebene Rechenstörung (ICD-10 F 81.2). Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) wird die Legasthenie den Lernstörungen zugeordnet; sie wird in eine Lesestörung (DSM-IV 315.00) und eine Störung des schriftlichen Ausdrucks (DSM-IV 315.2) unterteilt.

Die Legasthenie ist definiert als „umschriebene Beeinträchtigung des Erlernens von Lesen und Rechtschreibung“. Folgende Merkmale sind gemäß ICD-10 F 81.0 als klassifizierend anzusehen:

- Die Legasthenie tritt überwiegend bereits mit Beginn des Erlernens des Lesens und der Rechtschreibung zutage, jedoch spätestens bis zum Beginn der 5. Schulklasse.
- Die Leistungen im Fach Deutsch sind mangelhaft bis ungenügend. Die Bewertungen sind niedriger als bei 97 Prozent der altersentsprechenden Schüler. Eine vermehrte Förderung resultiert nur in geringfügigen Verbesserungen der Lese- und Rechtschreibleistung.
- Es findet sich eine deutliche Diskrepanz (1,5 Standardabweichungen oder 12 T-Wert-Punkte) zwischen dem Leistungsniveau im Lesen und in der Rechtschreibung einerseits und dem Intelligenzniveau ($IQ > 70$) andererseits.
- Die Lese- und Rechtschreibstörung führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben, die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten erfordern.
- Die Ursachen liegen nicht in einer mangelhaften Beschulung, dem Verlust bereits erworbener Lese- und Rechtschreibfähigkeiten, in Sinnesfunktionsstörungen (Seh- und Hörstörungen) oder anderen neurologischen Erkrankungen.
- In der Vorgeschichte finden sich vermehrt sprachliche, teils auch motorische Entwicklungsstörungen.

2.2. Epidemiologie

Die Prävalenz der Legasthenie wird mit ungefähr 4 bis 7 Prozent angegeben. In kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen steigt der Anteil auf 8 bis 12 Prozent [187]. Bei 40 bis 50 Prozent der Betroffenen wirkt sich die Beeinträchtigung bis in das Erwachsenenalter hinein aus [144]. So bezeichnen sich in einer Umfrage des deutschen Studentenwerkes 1 Prozent der deutschen Studenten als lese- und/oder rechtschreibschwach. 5 Prozent der deutschen Erwachsenen weisen ein Rechtschreibniveau auf, das dem eines Viertklässlers entspricht [51].

Die Häufigkeit des Auftretens ist in Ländern unterschiedlicher Sprache gleich [10, 34, 52]. Die Störung tritt familiär gehäuft und unabhängig von den sozialen Schichten auf. Mit einem Anteil von 60 bis 80 Prozent scheinen Jungen häufiger betroffen zu sein [89, 187]. In genetischen Studien bestätigt sich dieser Geschlechterunterschied jedoch nicht. SHAYWITZ et al. [150] gehen davon aus, dass ein Überwiegen des männlichen Geschlechtes vorgetäuscht wird, da bei diesem Schulprobleme stärker beobachtet werden. Hinzu komme, dass Jungen auf Konflikte eher mit einem störenden Verhalten reagierten und in vielen Familien, kulturell bedingt, dem Schulerfolg bei Jungen eine größere Bedeutung beigemessen werde. Aus diesem Grund würden auch Fachleute häufiger um Unterstützung gebeten. Darüber hinaus scheinen Mädchen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten besser zu überwinden als Jungen und in höherem Maße von einer speziellen Förderung zu profitieren [186].

2.3. Ätiologie

Die Ursachen der Legasthenie sind heterogen. Neben genetischen Veränderungen und Besonderheiten der hirnanatomischen Symmetrieentwicklung finden sich Auffälligkeiten vor allem im auditiven und visuellen Bereich. Dabei scheinen die Defizite im Bereich der linken Hemisphäre besonders ausgeprägt zu sein. Auch Einflüsse aus der Umwelt wirken auf das Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung als modifizierende Faktoren.

2.3.1. Genetische Veränderungen

Die Legasthenie tritt familiär gehäuft auf. Erbliche Faktoren tragen mit einem Anteil von 40 bis 80 Prozent zur Entwicklung einer Legasthenie bei. Neben komplexen Erbgängen werden auch Familien mit einem autosomal-dominanten Erbgang beschrieben. Geschwister eines Legasthenikers sind mit einer Wahrscheinlichkeit von 40 bis 60 Prozent, Eltern mit einer Wahrscheinlichkeit von 26 bis 49 Prozent ebenfalls betroffen. Bei eineiigen Zwillingen finden sich deutlich erhöhte Konkordanzraten [187]. Wenn ein Elternteil von der Legasthenie betroffen ist, entwickeln 40 bis 60 Prozent der Kinder eine Lese-Rechtschreibstörung [146]. Mit zunehmender Anzahl der betroffenen Familienmitglieder steigt das Risiko. Ein Geschwisterkind eines Legasthenikers besitzt ein 3,5-fach erhöhtes Risiko, eine Legasthenie zu entwickeln. Das Risiko steigt an in Abhängigkeit vom Schweregrad der Legasthenie des bereits betroffenen Kindes [171]. Generell wird die Heritabilität der Lesefähigkeit mit 50 bis 60 Prozent angegeben, die der Rechtschreibfähigkeit mit 50 bis 70 Prozent [143]. Umweltfaktoren wirken sich vorwiegend auf den Wortschatz und die Buchstabenkenntnis aus [145].

Die genetischen Grundlagen der Legasthenie sind heterogen. Das Zusammenwirken verschiedener genetischer Veränderungen führt zu Besonderheiten bei der Reifung des zentralen Nervensystems [184, 186, 187], wobei eine einzelne Veränderung nur begrenzte Auswirkungen hat [146].

SCHULTE-KÖRNE et al. [143] beschreiben aufgrund von Kopplungsanalysen verschiedene Genbereiche, die als aussichtsreich für den Nachweis funktionell relevanter Mutationen gelten. Dazu zählen neun chromosomale Bereiche, sogenannte Kandidatenregionen, die mit DYX1 (15q21), DYX2 (6p22), DYX3 (2p15-p16), DYX4 (6q11-q12), DYX5 (3p12-q13), DYX6 (18p11), DYX7 (11p15), DYX8 (1p34-p36) und DYX9 (Xq26-q27) bezeichnet werden, wobei nur die Regionen DXX1, DYX2, DYX3, DYX5, DYX6, DYX8, DYX9 als gesichert gelten. Neben den Kandidatenregionen werden vier Kandidatengene genannt, die alle Einfluss auf die neuronale Migration nehmen. Die Kandidatengene sind *DCDC2* und *KIAA0319* auf Chromosom 6, *ROBO1* in der Region 3p12-q13 und *DYX1C1* in der Region 15q21. In Experimenten an Ratten resultiert eine Herabregulation der Expression von *DCDC2* und

KIAA0319 in einer Reduktion der kortikalen neuronalen Migration im Gehirn [98, 106]. *DCDC2* wird beispielsweise im medialen und inferioren temporalen Kortex exprimiert und damit in Arealen, die funktionell für die Lese- und Rechtschreibfähigkeit von Bedeutung sind. In Tierstudien vermindert *DYX1C1* die neuronale Migration in einem sich entwickelnden Neokortex [180]. Wenn in Versuchen an Drosophilafliegen und Mäusen das Gen *ROBO1* ausgeschaltet wird, wandert zu bestimmten Zeitpunkten der Entwicklung eine gesteigerte Zahl an Interneuronen in den zerebralen Kortex ein [2, 68, 148]. Die Folgen der neuronalen Migrationsstörungen zeigen sich in Form von kortikalen Anomalien und strukturellen anatomischen Unterschieden des temporo-parietalen Bereichs der linken Hemisphäre [144, 145]. Zwei weitere Kandidatengene, *MRPL19* und *C2ORF3*, befinden sich in der Region 2p12 [3]. Mit elf positiven Kopplungsbefunden gilt das Chromosom 6p22 als eine der Erfolg versprechendsten Kandidatenregionen für den Nachweis einer spezifischen Mutation. Weitere bedeutsame Genorte sind das Chromosom 6p21 [75], das Chromosom 13q12 für die Lesefähigkeit [60] und das Chromosom 2q22 für die Fähigkeit des phonematischen Entschlüsselns [114]. Vor allem auf den Chromosomen 1, 2, 3, 6, 7, 11, 15, 18 und 21 scheinen Komponenten zu liegen, die für das Erlernen des Lesens und Schreibens wichtig sind [66, 146, 187, 188]. Eine Übersicht über die wichtigsten Genorte, die bei der Entwicklung einer Legasthenie eine Rolle spielen, liefern die Abbildungen 1 bis 9.

In 15 bis 40 Prozent der Fälle besteht eine Komorbidität zwischen dem Vorliegen einer Legasthenie und einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) [189]. Da bei beiden Erkrankungen Schwächen im motorischen Bereich bestehen, können zur Erklärung dieser Komorbidität beispielsweise Veränderungen des *ADRA2A*-Rezeptor-Gens beitragen, das die Steuerung motorischer Funktionen beeinflusst [18, 102].

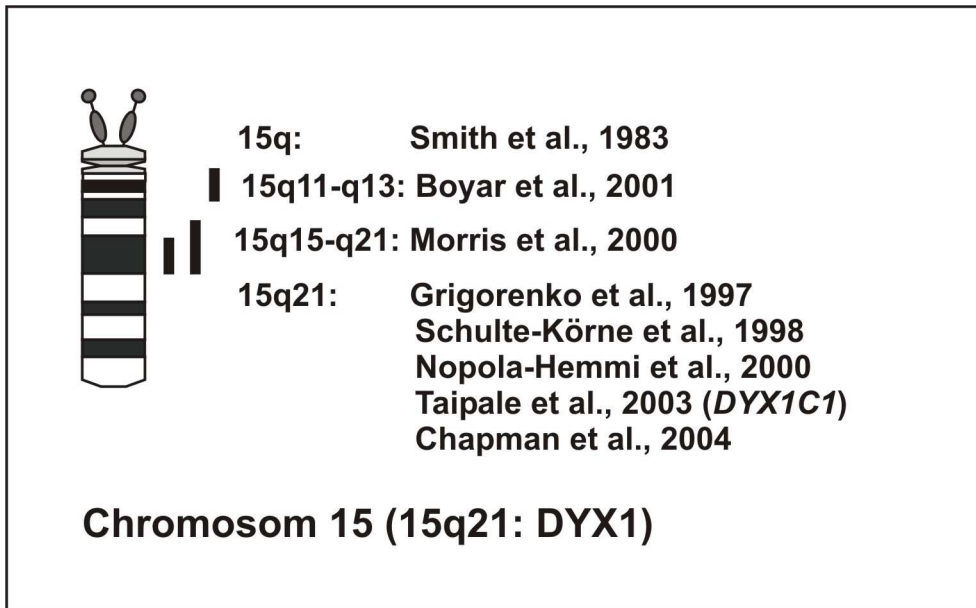


Abb. 1: Genorte auf Chromosom 15;

*Kandidatenregion *DYX1*; Kandidatengen *DYX1C1**

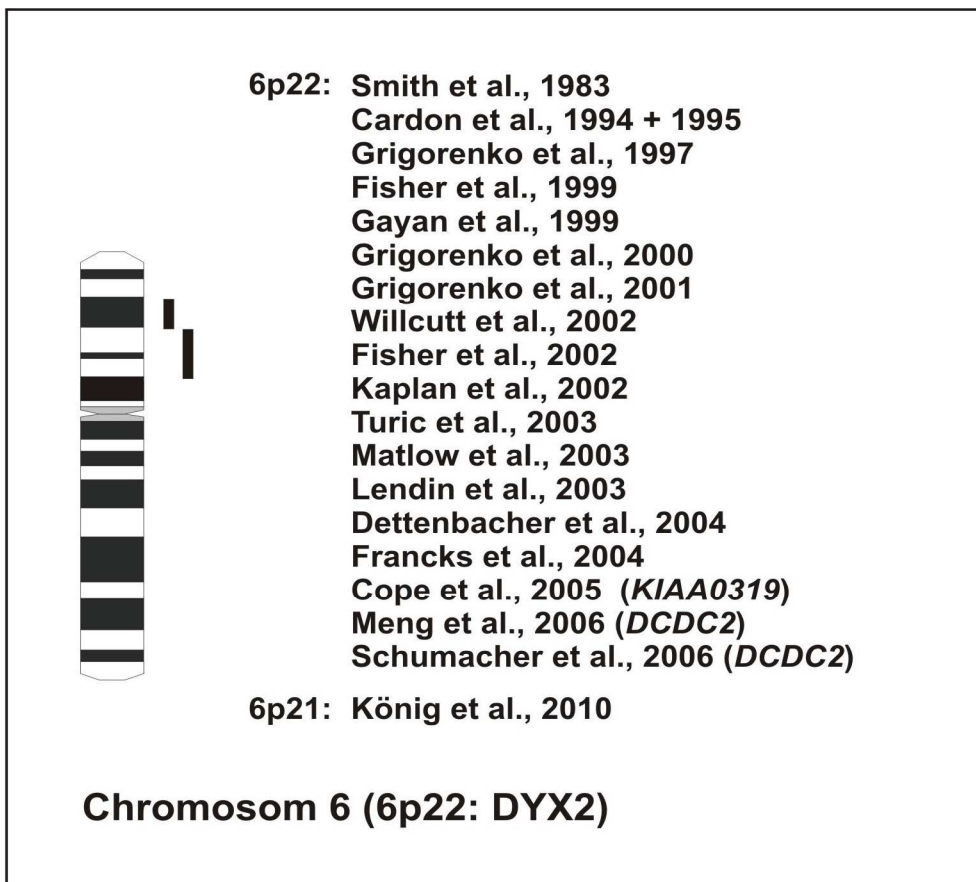


Abb. 2: Genorte auf Chromosom 6 (1);

*Kandidatenregion *DYX2*; Kandidatengene *KIAA0319* und *DCDC2**

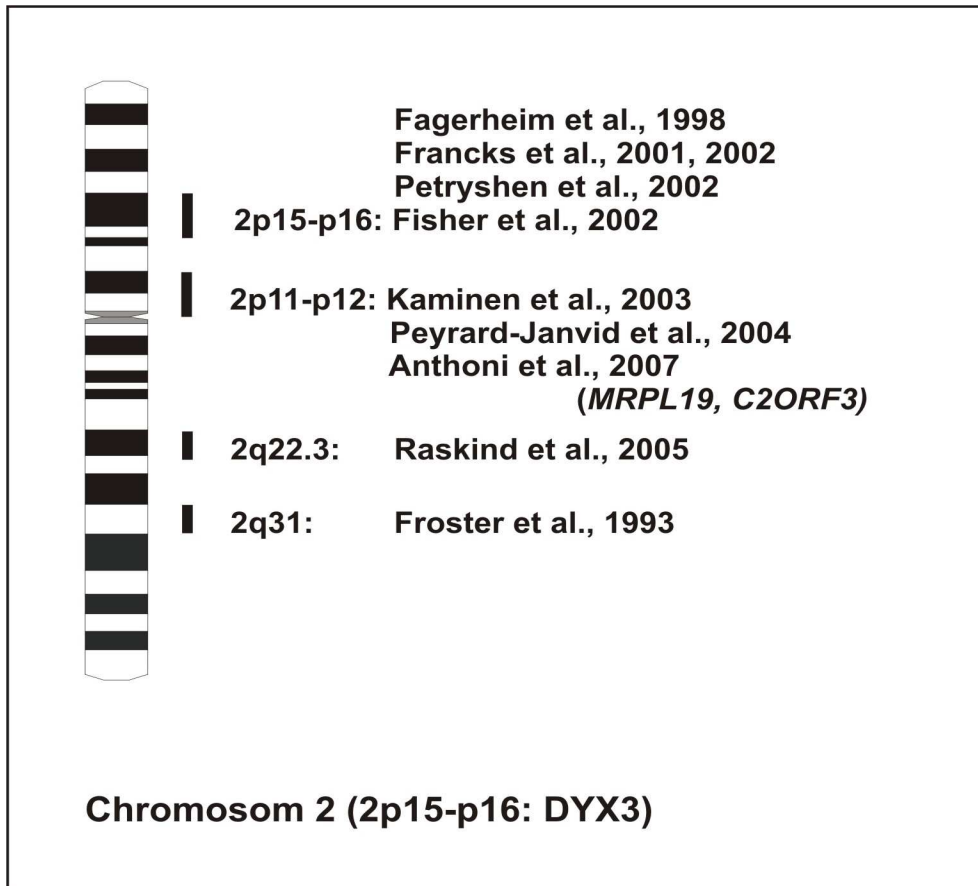


Abb. 3: Genorte auf Chromosom 2;

Kandidatenregion DYX3; Kandidatengene MRPL19 und C2ORF3

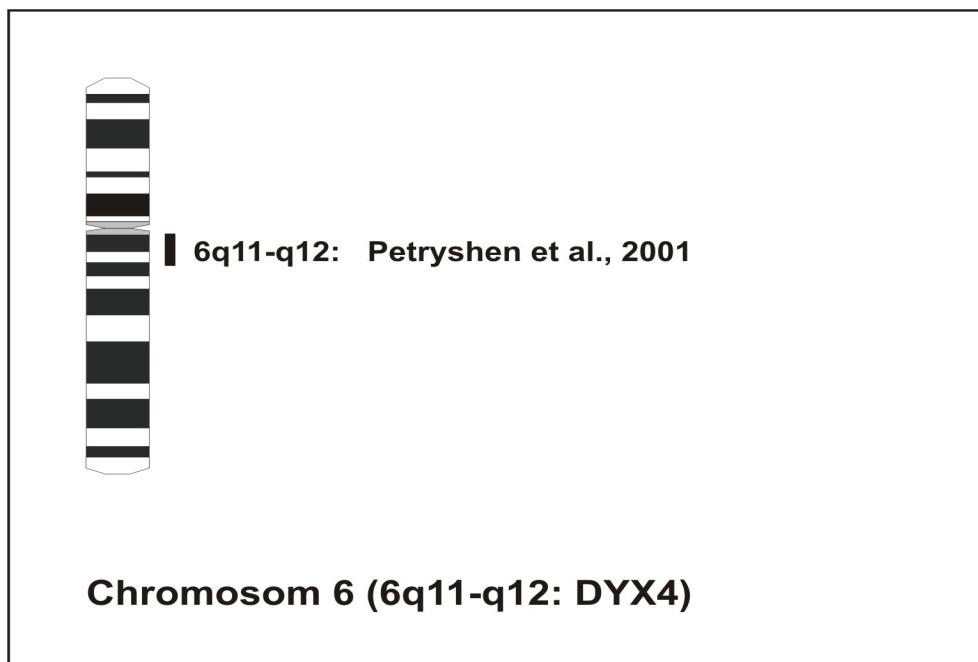
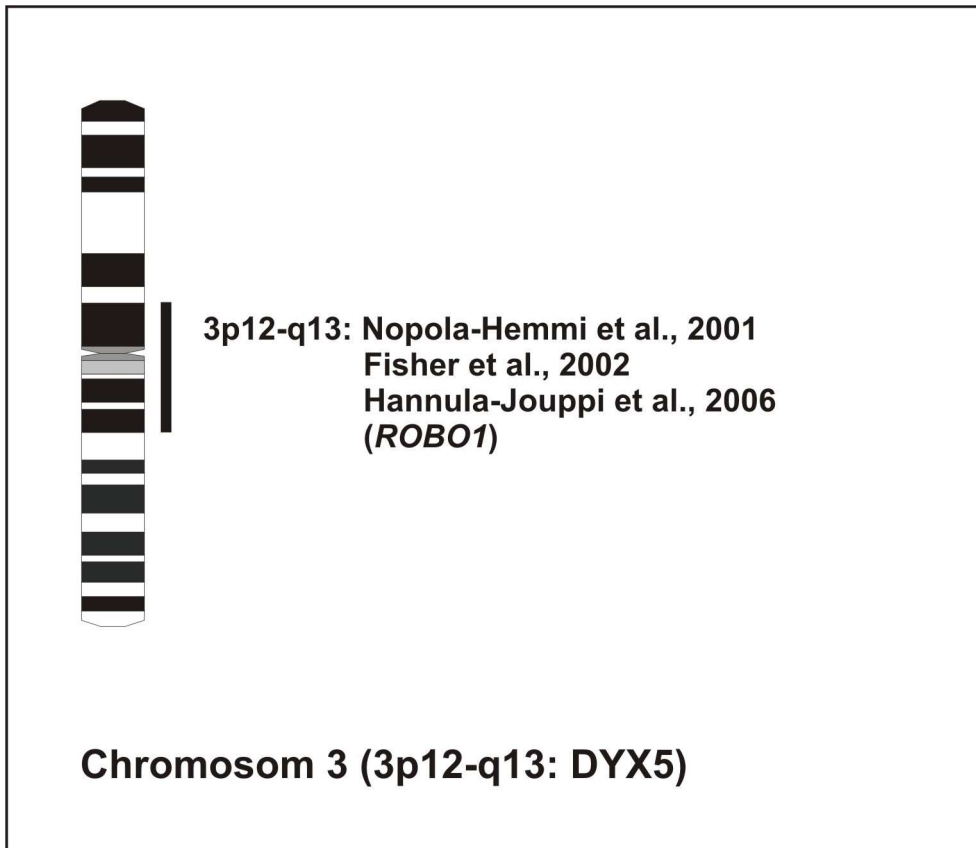


Abb. 4: Genorte auf Chromosom 6 (2); Kandidatenregion DYX4



*Abb. 5: Genorte auf Chromosom 3;
Kandidatenregion DYX5; Kandidatengen ROBO1*

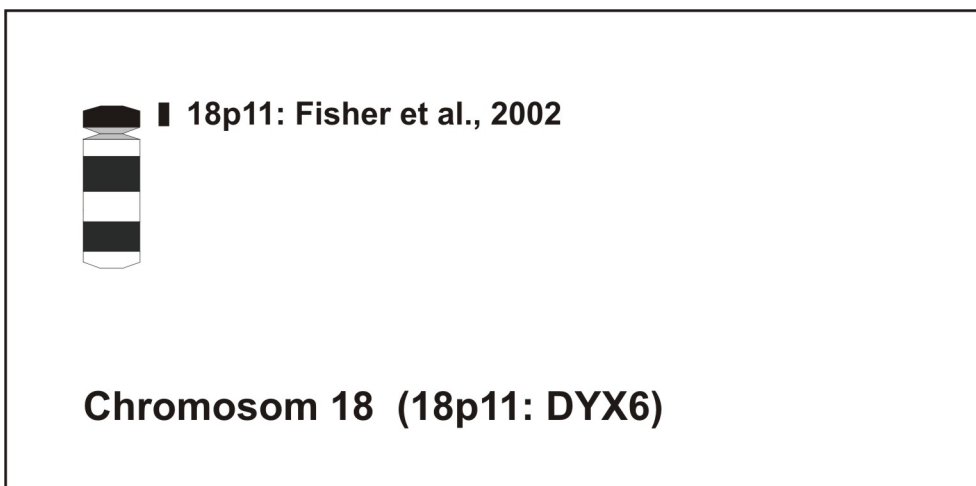


Abb. 6: Genorte auf Chromosom 18; Kandidatenregion DYX6

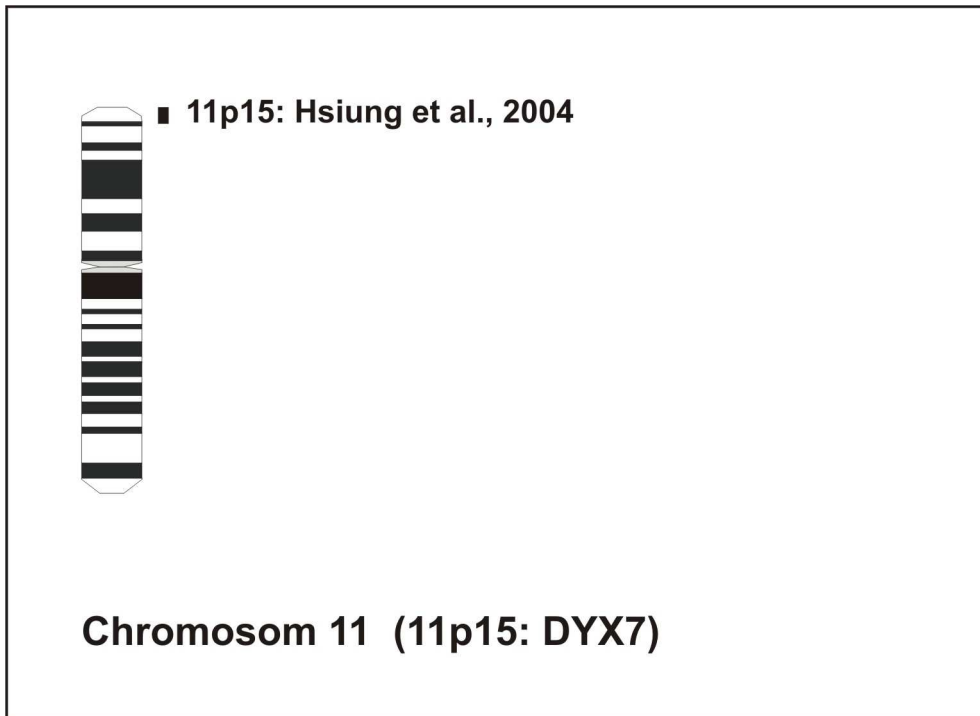


Abb. 7: Genorte auf Chromosom 11; Kandidatenregion DYX7

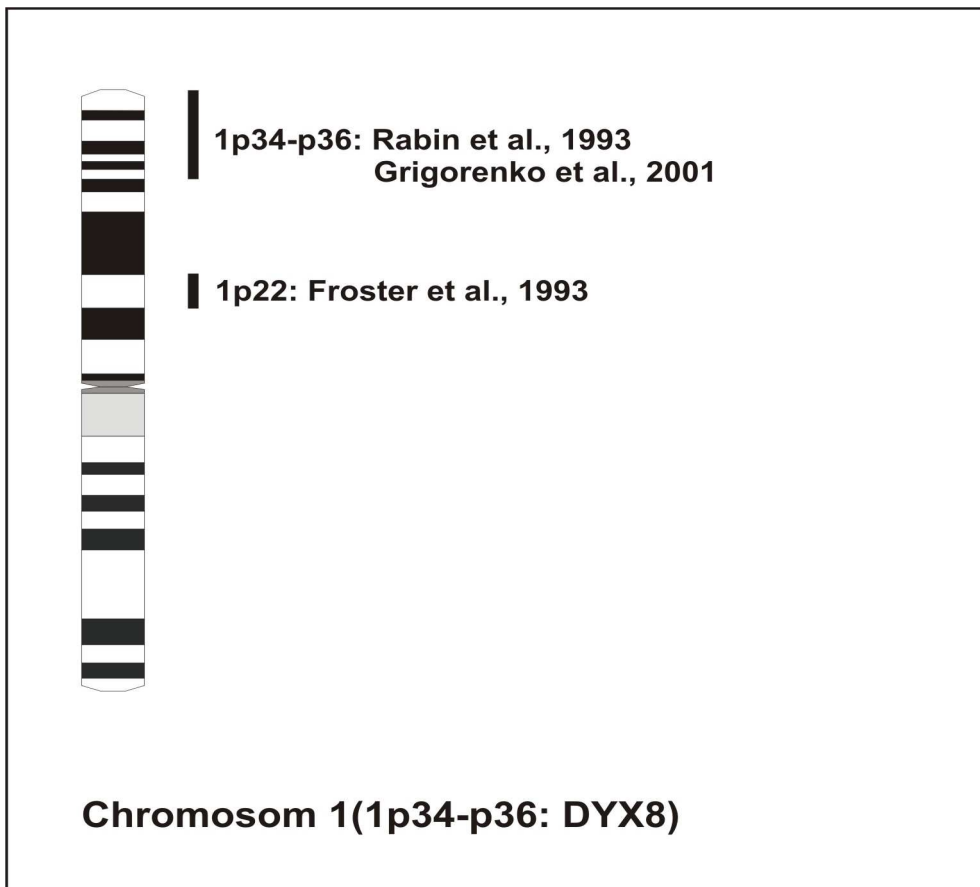


Abb. 8: Genorte auf Chromosom 1; Kandidatenregion DYX8

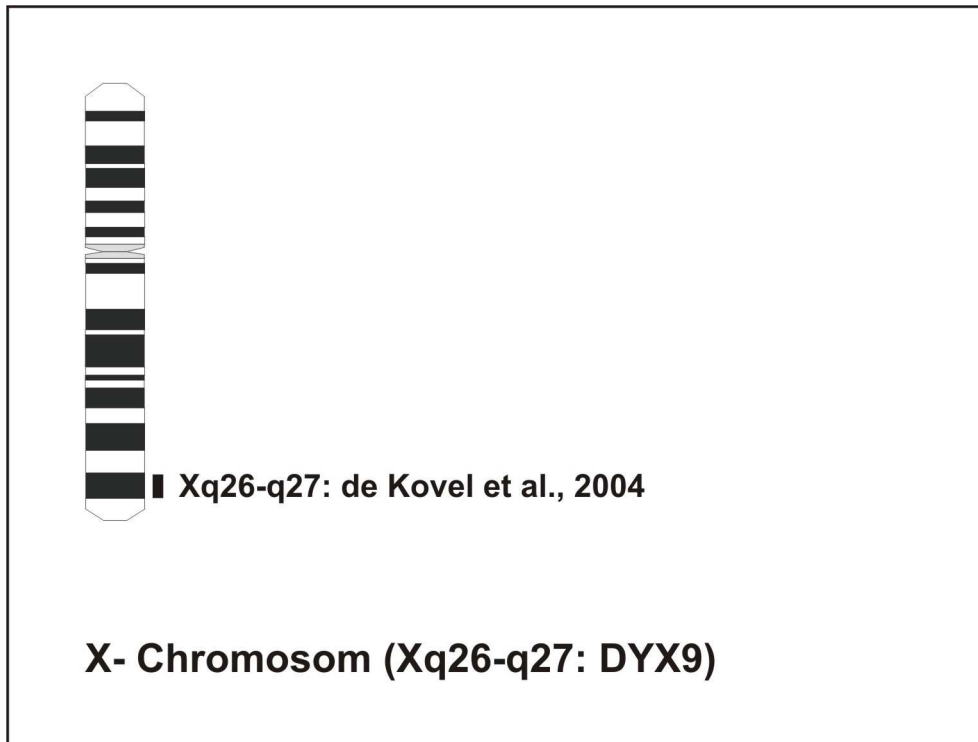


Abb. 9: Genorte auf dem X-Chromosom; Kandidatenregion DYX9

2.3.2. Hirnstrukturelle und hirnfunktionelle Veränderungen

Die genetischen Veränderungen wirken sich auf die zentralnervöse Informationsverarbeitung aus. So lassen sich Veränderungen im Ablauf der visuellen Informationsverarbeitung, der sprachlichen Informationsverarbeitung, der Verbindung von visueller und sprachlicher Informationsverarbeitung und der zeitlichen Informationsverarbeitung nachweisen. Anatomische und histologische Korrelate dieser Veränderungen finden sich vorwiegend linkshemisphärisch, zum Beispiel als kortikale Veränderungen der Zellstrukturen im Bereich des Gyrus angularis und supramarginalis [74, 152, 153, 184, 186, 187]. In diesem Bereich laufen Übersetzungsvorgänge der visuellen Informationen in sprachliche Informationen ab. Aus diesem Grund bereitet das Schreiben nach Diktat Schwierigkeiten, da eine Umwandlung des Wortes notwendig ist, um es in das Bewusstsein zu bringen. Das Abschreiben fällt dagegen leichter, da nur das visuelle System benötigt wird. Weitere Veränderungen sind im Nucleus geniculatus lateralis [38, 85], einer Station der Sehbahn, im linken Nucleus geniculatus medialis [39], einer Station der Hörbahn, und im Planum temporale [36, 37, 41], das für die sprachliche Informationsverarbeitung von Bedeutung ist, zu finden. Eine Schädigung des Gyrus circumflexus kann eine gestörte Rechtschreibfähigkeit zur Folge haben [187].

Elektrophysiologische Untersuchungen zeigen Auffälligkeiten der hirnelektrisch messbaren Informationsverarbeitung im linken zentro-temporo-parieto-okzipitalen Bereich [187]. In der linken temporo-parietalen Region, in der Vorgänge lokalisiert sind, die für die phonologische Verarbeitung und das Lesen wichtig sind, findet sich beispielsweise ein verändertes Muster der Neuronenaktivität. Im Gegenzug scheint die Aktivität in der linken inferioren frontalen Region, die Leistungen wie stilles Lesen, das Benennen beispielsweise von Gegenständen und die Artikulation repräsentiert, kompensatorisch erhöht zu sein [14, 111, 112, 128]. Außerdem existieren neurophysiologische Befunde, die eine verlangsamte hirnelektrische Fortleitung visueller Potentiale [38, 55, 182] und veränderte Aktivierungsmuster im kortikalen visuellen System nachweisen [26, 153, 178]. Die Reaktionszeit von Personen, die an einer Lese-Rechtschreibstörung leiden, ist sowohl bei einfachen Lichtreizen als auch bei der visuellen Vorgabe von Zahlen und Buchstaben des Öfteren verlangsamt [182]. Defizite in der orthographischen Codierung kommen durch Unterscheidungsprobleme phonologisch gleich lautender Wörter und Pseudowörter anhand orthographischer Merkmale zum Ausdruck. Die Geschwindigkeit der Unterscheidung von Sprachreizen und Buchstabenketten ist in elektrophysiologischen Untersuchungen oft signifikant vermindert [119, 136, 138]. Auf neurometabolischer Ebene ist unter anderem eine geringere Aktivierung des „magnozellulären visuellen Subsystems“, das für die Wahrnehmung von Bewegungen wichtig ist, zu bemerken [185, 187]. Hinzu kommt eventuell eine gestörte funktionelle Verbindung zwischen den Sprachregionen Wernicke und Broca. Misst man bei Sprachaufgaben die Aktivitäten des Gehirns, so zeigen Kontrollpersonen gleichzeitig Aktivitäten im Broca-Zentrum, im Wernicke-Zentrum und in der Insula, Legastheniker dagegen nur im Broca-Zentrum [107]. Diese Aktivierungsunterschiede korrelieren zwar mit den Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten, können jedoch nicht als deren alleinige Ursache angesehen werden.

Eine besondere Bedeutung haben Defizite der phonologischen Bewusstheit. Darunter versteht man das Erkennen von lautsprachlichen Strukturen der Schriftsprache. Da diese Defizite eine Heritabilität aufweisen und bereits im Kindergartenalter nachweisbar sind, können sie als Prognosefaktoren für die Entwicklung der Lese- und

Rechtschreibfähigkeiten herangezogen werden. Dies spielt insbesondere bei Kindern eine Rolle, deren Eltern bereits von der Legasthenie betroffen sind [61, 91, 104, 126, 133].

2.4. Symptomatik

An dieser Stelle soll nur auf direkte Charakteristika der Lese-Rechtschreibstörung eingegangen werden. Weitere Symptome und Auffälligkeiten im schulischen und psychischen Bereich werden in Abschnitt 4 ausführlich diskutiert.

Das Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung veranschaulichen die drei Stufen des Schriftspracherwerbs nach Frith (zitiert nach VON SUCHODOLETZ [169]). Auf der ersten Stufe, der logographischen Stufe, werden charakteristische Merkmale eines Wortes erfasst, ohne es in einzelne Buchstaben aufzulösen. Beim Schreiben wird sozusagen ein Wortbild gemalt. Die nächste Stufe ist die alphabetische Stufe. Auf dieser Stufe werden das buchstabenweise Lesen und das lautgetreue Schreiben erlernt. Die dritte Stufe wird als orthographische Stufe bezeichnet. Ab dieser Stufe können Rechtschreibregeln und deren Ausnahmen beim Schreibvorgang Berücksichtigung finden. Schüler mit und ohne Lese-Rechtschreibstörung zeigen im Laufe des Schriftspracherwerbs die selben charakteristischen Rechtschreibfehler. Bei Legasthenikern treten die Rechtschreibfehler jedoch gehäuft auf und halten länger an.

Das Zwei-Wege-Lesemodell nach Coltheart unterscheidet zwischen einem direkten und einem indirekten Weg. Auf dem direkten Weg werden das Wortbild, das Klangbild und die Bedeutung im orthographischen Gedächtnis gespeichert; sie können ab diesem Zeitpunkt von dort abgerufen werden. Der indirekte Weg bedeutet, dass bei unbekanntem Wörtern die einzelnen Buchstaben zunächst in Laute umgewandelt werden. Im Anschluss daran werden die Laute zu einem vollständigen Wort verknüpft. Der indirekte Weg ist die typische Methode eines Leseanfängers. Entsprechend unterscheidet auch das Rechtschreibmodell von Simon & Simon einen direkten Weg, bei dem Wortbilder als Ganzes in der Vorstellung aufgerufen, in ein motorisches Schreibprogramm übersetzt und auf dessen Richtigkeit überprüft werden, von einem indirekten Weg. Kennzeichnend für den indirekten Weg ist, dass die Wörter erst in

Silben und Laute untergliedert, die Laute in Buchstaben umcodiert und die Buchstabenabfolge, nach einer Zwischenspeicherung und der Zuordnung zu Abfolgen von Schreibbewegungen, niedergeschrieben wird. Gerade die Umcodierung von Lauten in Buchstaben bereitet den Legasthenikern Schwierigkeiten [187].

Auffallend ist, dass bei Legasthenikern die Augenbewegungen während des Lesens oft verändert sind; die Fixationszeiten sind verlängert, die Fixationen erfolgen ungezielter und sind häufig rückwärts gerichtet. Die Veränderungen sind wohl als Folge der Lesestörung anzusehen, da sich diese Augenbewegungen generell bei Menschen finden, die schwierige Texte lesen. In den meisten Fällen entwickeln die Betroffenen im Laufe der Zeit eine ausreichende Leseleistung. Das Lesetempo bleibt jedoch häufig verlangsamt und es bestehen Schwierigkeiten, den Sinn des Gelesenen zu erfassen. Das beeinträchtigte Leseverständnis zeigt sich dadurch, dass es den Legasthenikern schwer fällt, den Inhalt gelesener Texte wiederzugeben und aus dem Gelesenen Schlüsse zu ziehen. Bei der Befragung wird das allgemeine Wissen von Hintergrundinformationen anstelle der Information aus dem gelesenen Text wiedergegeben. Die Lesestörung zeigt sich besonders beim lauten Vorlesen. Typische Auffälligkeiten sind das Auslassen, Ersetzen, Verdrehen oder Hinzufügen von Wörtern beziehungsweise Wortteilen, das Verlieren der Zeile im Text und eine Betonung, die nicht dem Sinn entspricht [24, 188]. Im Kindesalter scheint es den Eltern, als würden trotz spezieller Übungen schriftsprachliche Lernfortschritte ausbleiben und als müsse das Kind Dinge, die bereits eingeübt wurden, immer wieder neu erlernen. Ist die Lese-Rechtschreibstörung stark ausgeprägt, so gelingt es dem Kind oft nicht, Lesefehler selbstständig zu korrigieren [186].

Im schriftsprachlichen Bereich sind vermehrte Rechtschreibfehler, ein dysgrammatischer Satzbau, eine ungenügende textliche Strukturierung, eine unleserliche Handschrift und eine insgesamt beeinträchtigte schriftliche Ausdrucksfähigkeit kennzeichnend. Typische Rechtschreibfehler sind Reversionen (b/d, p/q, u/n), Reihenfolgefehler (Tor/Rot), das Auslassen von Buchstaben oder Wortteilen beziehungsweise das Einfügen falscher Buchstaben oder Wortteile, Regelfehler, Wahrnehmungsfehler (Verwechslung von d/t, g/k) und ein lautgetreues Schreiben

(Hekse statt Hexe). Indem das gleiche Wort immer wieder auf unterschiedliche Weise geschrieben wird, zeigt sich eine Inkonstanz der Fehler. Die Rechtschreibfehler treten besonders bei ungeübten Diktaten und dem Schreiben aus dem Gedächtnis auf. Trotz einer fehlerhaften Schreibweise werden die Wörter richtig ausgesprochen [187, 188]. Im Gegensatz zur deutlich verbesserten Lesefähigkeit bleibt die Rechtschreibung meist auch im Erwachsenenalter fehlerhaft.

Eine unzureichende auditorisch-sprachliche Informationsverarbeitung ist sowohl ätiologisch als auch therapeutisch von Bedeutung. Symptome dieser Schwäche sind ein Intelligenzquotient, der im Handlungsbereich deutlich höher ist als im verbalen Bereich, Schwierigkeiten, grammatische und syntaktische Unterschiede zu erkennen, und eine verlangsamte Benennung von Gegenständen, Buchstaben und Symbolen. Die Probleme nehmen im gleichen Maße zu, wie die Aufgaben vermehrt sprachliche Fähigkeiten erfordern [188].

Im Kindesalter bestehen häufig Auffälligkeiten der sprachlichen Entwicklung im Sinne einer verzögerten Sprachentwicklung, eines Stotterns oder Stammelns [84]. Den Legasthenikern fällt es schwer, das Alphabet aufzusagen, Buchstaben zu benennen, Wortreime zu bilden und Laute zu unterscheiden. Der Wortschatz ist geringer, grammatische Regeln werden nicht so gut beherrscht und die Gedächtnisleistungen sind bei sprachlichem Lernstoff schwächer. Noch im Schulalter haben die Legastheniker Schwierigkeiten, zusammenhängend zu erzählen und eigene Gedanken in komplexen Sätzen auszudrücken. Des Weiteren fallen eine unsaubere Artikulation, kurze und einfach strukturierte Sätze, Wortfindungsstörungen und ein nicht altersentsprechend entwickelter Wortschatz auf [169].

2.5. Diagnostik

Voraussetzungen für den Erwerb der Schriftsprache, wie phonematische, kinästhetische, zeitlich-serielle, visuell-räumliche, visuo-motorische und gedächtnisspezifische Fertigkeiten, entwickeln sich bereits vorschulisch [188]. Da Defizite in diesen Bereichen als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Legasthenie anzusehen sind, ist es wichtig, diese bereits früh zu erkennen. Besonders aussagekräftig sind die

Risikofaktoren, wenn in der Familie bereits genetische Determinanten einer Legasthenie vorliegen [86]. Mit Hilfe des Bielefelder Screenings zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC) können Kinder, die ein besonderes Risiko für die Entwicklung einer Legasthenie haben, bereits im Kindergartenalter identifiziert werden. In verschiedenen standardisierten Testaufgaben werden Grundvoraussetzungen für den Erwerb der Schriftsprache geprüft. Dazu gehören unter anderem die phonologische Bewusstheit und verschiedene Gedächtnisleistungen. Die Fähigkeit des raschen Benennens (rapid automatic naming) korreliert ebenfalls mit den Lese- und Rechtschreibfähigkeiten und ist in der Vorschulzeit ein Vorhersagefaktor für die Entwicklung einer Lese-Rechtschreibstörung [191].

Die endgültige Diagnose der Legasthenie wird meist zwischen dem neunten und zwölften Lebensjahr gestellt. Gleichwohl ist es weiterhin wichtig, den Verlauf der Störung wiederholt zu kontrollieren.

Die Diagnosestellung erfolgt anhand des multiaxialen Klassifikationsschemas nach Remschmidt. Auf der Achse 1 wird die klinisch-psychiatrische Befindlichkeit beurteilt. Die Achse 2 stellt die sogenannten umschriebenen Entwicklungsstörungen dar. Dazu gehören neben dem Lesen und der Rechtschreibung auch die Teilleistungsbereiche der Sprache, der Motorik und des Rechnens. Die Achse 3 bezieht sich auf das Intelligenzniveau, die Achse 4 auf die körperliche Symptomatik. Auf der Achse 5 werden die psychosozialen Lebensumstände berücksichtigt. Auf der Achse 6 findet sich eine Beurteilung der psychosozialen Anpassung und der Eingliederung in die Gesellschaft. Die Legasthenie selbst ist der Achse 2 zugeordnet. Zudem liefert die multiaxiale Diagnostik entscheidende Hinweise für mögliche Hilfestellungen. Dabei ist die Beurteilung der Achse 6 für die Gewährung von Eingliederungshilfe bedeutsam, wie in Abschnitt 2.7.1 näher erläutert wird.

Die Legasthenie lässt sich nicht anhand spezifischer Rechtschreibfehler diagnostizieren. Vielmehr setzt sich die Diagnostik zusammen aus einer standardisierten Testung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten und des Intelligenzniveaus, einer psychologischen Untersuchung zur Erfassung der persönlichen Entwicklung, einer Auswertung der

Zeugnisse und schriftlichen Arbeiten sowie einer Befragung der Eltern und Lehrer. Ergänzend werden internistische und neurologische Untersuchungen zum Ausschluss einer organischen Ursache der Legasthenie durchgeführt.

Meist sind die Kinder in der Lage, selbst über ihre Probleme in der Schule und im familiären Umfeld zu berichten. Für die Exploration der Eltern und Lehrer existieren Leitlinien. Besonders wichtige Themenbereiche sind die aktuelle Symptomatik der Lese-Rechtschreibstörung, die Abklärung psychischer Begleiterkrankungen, die schulische Situation, das Verhältnis zu Lehrern und Mitschülern, die Stärken und Interessen des Betroffenen, eine störungsspezifische Entwicklungsanamnese, die familiäre Situation und bereits erfolgte Therapieversuche. Hinweise auf den Schweregrad der Legasthenie liefern Fragen, inwieweit Bücher gelesen werden und in welchem Maße alltägliche Leistungen beeinträchtigt sind. Insbesondere im fortgeschrittenen Schulalter ist es wichtig, gezielt die Leseentwicklung in den ersten Grundschuljahren zu erfragen [184, 186].

Als ausführlicher Intelligenztest eignet sich der Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-III), der in einen Verbalteil und einen Handlungsteil untergliedert ist. Weitere häufig angewendete Intelligenztests sind der Hamburger-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R), der Grundintelligenztest CFT-1, das Adaptive Intelligenzdiagnostikum (AID 2), der Intelligenz-Struktur-Test (I-S-T 2000) und die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC).

Rechtschreibtests werden meist in Form von Lückentexten durchgeführt. Aus der Anzahl der Fehler wird ein klassenstufenspezifischer Prozentrang gebildet. Dabei sind die Ergebnisse abhängig von individuellen Tagesschwankungen, aber auch vom Niveau der schulischen Unterrichtung. Aus diesem Grund sollten die bisherigen schulischen Rechtschreibleistungen in die Beurteilung der Rechtschreibfähigkeit einbezogen werden. Beliebte Rechtschreibtests sind im Grundschulalter der Weingartener Grundwortschatz Rechtschreibtest, der Diagnostische Rechtschreibtest und der Salzburger Lese- und Rechtschreibtest, im Sekundarstufenbereich der Westermann Rechtschreibtest und die Hamburger Schreibprobe sowie im Erwachsenenalter der

Rechtschreibungstest von Kersting und Althoff (RT) und der Mannheimer Rechtschreibtest (MRT).

Das Angebot an speziellen Lesetests ist im deutschen Sprachraum geringer. Anhand von zusammenhängenden Texten, Einzelwörtern und Pseudowörtern werden die Lesegeschwindigkeit, die Lesegenauigkeit und die Anzahl an Lesefehlern gemessen und mit den der jeweiligen Klassenstufe entsprechenden Normen verglichen. In Frage kommen der Zürcher Lesetest, der Zürcher Leseverständnistest, die Würzburger Leise-Leseprobe, der Salzburger Lese- und Rechtschreibtest und Knuspels Leseaufgaben, die alle für jüngere Schüler geeignet sind. Für Erwachsene sind keine standardisierten Lesetests verfügbar.

Um die Aufmerksamkeit zu beurteilen sind psychometrische Verfahren wie beispielsweise die Conners-Skala, die Achenbach-Skala, die Kinderform des Continuous Performance-Testes, der Aufmerksamkeits-Belastungstest d2 und das Wiener Determinationsgerät hilfreich. Für eine Untersuchung der Sprachentwicklung eignen sich Teile des psycholinguistischen Entwicklungstestes von Angermaier oder der Heidelberger Sprachentwicklungstest. In diesem Bereich ist eine klinische Beurteilung jedoch entscheidender als das Testergebnis. Neben einer Überprüfung der Rechenfähigkeit sollten auch Einschränkungen im (fein-)motorischen Bereich nicht außer Acht gelassen werden, da sich eine gestörte Graphomotorik in einer unleserlichen Handschrift auswirken kann.

Eine standardisierte Einschätzung der psychischen Entwicklung gelingt mit Hilfe der Child Behavior Checklist (CBCL), dem Youth Self Report (YSR), dem Mannheimer Elterninterview (MEI), dem Angstfragebogen für Schüler (AFS), der Einschätzungsskala der Schulverweigerung (ESV), der Social Anxiety Scale for Children Revised (SASC-RD) und dem Anstrengungs-Vermeidungs-Test (AVT).

Bei der Auswertung der Lese- und Rechtschreibtests empfehlen SCHULTE-KÖRNE et al. [140] zusätzlich zu dem in Abschnitt 2.1 genannten Diskrepanzkriterium von 1,5 Standardabweichungen zwischen den Lese- und Rechtschreibleistungen und dem

Intelligenzniveau die Berücksichtigung eines Regressionskriteriums. Unter diesem Regressionskriterium ist zu verstehen, dass bei der Bewertung der Lese- und Rechtschreibtests statistische Tabellen hinzugezogen werden, die das erwartete durchschnittliche Leistungsniveau in Abhängigkeit vom Intelligenzniveau und vom Alter angeben. Durch die Einbeziehung des Intelligenzquotienten sollen Verzerrungen im Randbereich der Verteilung der Lese- und Rechtschreibleistungen vermieden werden.

2.6. Therapie

Eine präventive legastheniespezifische Therapie ist möglich, wenn bestimmte Risikofaktoren für die Entwicklung einer Legasthenie bereits im Vorschulalter erkannt werden. Zur Früherkennung eignet sich das in Abschnitt 2.5 erwähnte Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC) im letzten Kindergartenjahr. Präventive Therapiestrategien sind die Frühförderung von Komponenten des Lesens und der Rechtschreibung, beispielsweise durch lautsprachliche und lautlich-visuelle Übungen, und das Training von Fertigkeiten der Analyse und Synthese von Wörtern, Reimen, Silben oder Lauten. Besonders wirksam ist die Kombination aus Buchstabenübungen und Lautübungen [76, 77, 126, 133]. Bei Vorliegen großer Schwierigkeiten der Graphem-Phonem-Zuordnung können diese durch spezielle, den einzelnen Graphemen entsprechende Handzeichen, überwunden werden [168]. Das Training phonologischer Fähigkeiten, bei dem es vor allem um die Analyse und Synthese sprachlicher Einheiten geht, senkt das Risiko, eine Legasthenie zu entwickeln, und verbessert die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten im Schulalter [9, 132].

Die eigentliche Therapie der Legasthenie setzt sich zusammen aus der Übungsbehandlung, der Unterstützung bei der psychischen Bewältigung von Auswirkungen der Legasthenie und bei der Entwicklung kompensatorischer Fertigkeiten sowie der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Behandlung eventueller Begleitstörungen [188]. Darüber hinaus ist es wichtig, die Eltern möglichst in die Therapie einzubeziehen und in Bezug auf sozialrechtliche und schulrechtliche Hilfen zu beraten.

Unter der sogenannten Übungsbehandlung versteht man eine funktionelle Therapie der Lese- und Rechtschreibschwächen. Die funktionelle Therapie beinhaltet neben dem Einüben des Lesens und der Rechtschreibung auch die Verbesserung kognitiver Funktionen, die mit diesen Fähigkeiten impliziert sind, wie des Gedächtnises, der Aufmerksamkeit und der Visuo-Motorik. Speziell für die Verbesserung der phonologischen und orthographischen Verarbeitung sind positive Auswirkungen auf die Rechtschreibfähigkeit nachgewiesen [139, 142, 146]. Dabei hat sich eine möglichst frühzeitig beginnende, ein bis zwei Wochenstunden umfassende Einzeltherapie in Verbindung mit regelmäßigen häuslichen Übungen als besonders effektiv erwiesen. Therapieerfolge stellen sich allerdings relativ langsam ein. Wissenschaftlich begründete Verfahren beruhen auf sonder- und heilpädagogischen sowie lerntheoretischen Erkenntnissen. Zu den wissenschaftlich begründeten Übungsprogrammen zählen die lautgetreue Rechtschreibförderung von Reuter-Liehr, der Kieler Lese- und Rechtschreibaufbau, das Marburger Rechtschreibtraining, das Rechtschreibförderprogramm von Kossow, das Rechtschreibtraining von Scheerer-Neumann und das strategische Lernen nach Mannhaupt [168, 188].

Ergänzend können rechnergesteuerte Lese-Rechtschreibprogramme eingesetzt werden. Diese haben den Vorteil, dass die Legastheniker oft aufmerksamer und konzentrierter arbeiten und eine hohe Leistungsmotivation und Lernbereitschaft an den Tag legen. Darüber hinaus werden eventuelle motorische Koordinationsstörungen durch das Bedienen der Tasten oder des Joysticks verbessert. Beispiele rechnergestützter Trainingsverfahren sind das Stanford Reading Program, Leesbord, Lesetool, Leseadventure, Lesememory, Comles und Budenberg [168].

Des Weiteren existieren verschiedenste alternative Behandlungsverfahren, die bei VON SUCHODOLETZ [169] zusammengefasst sind. Dazu gehören ein Training auditiver und visueller Funktionen, ein Training der Hemisphärendominanz beziehungsweise der Hemisphärenkoordination, ein Training der Zeitverarbeitung und ein sensomotorisches Training. Im auditiven Bereich besonders verbreitet ist die Tomatis-Therapie, bei der aufgrund einer angenommenen Störung der Ohrfunktion technisch veränderte Musik mit dem „Elektronischen Ohr“ wahrgenommen wird. Die

Edu-Kinestetik ist ein motorisches Hemisphären-Koordinations-Training, das durch Bewegungsübungen mit Überschreiten der Mittellinie die Zusammenarbeit der Gehirnhälften verbessern soll. Eine Überwindung der Desorientierung durch die räumliche Darstellung von Auslösewörtern hat sich die Davis-Therapie zum Ziel gesetzt. Weitere weniger verbreitete Methoden sind die HANDLE-Therapie, die Kybernetische Methode, die Taktil-Kinästhetische Methode, das Rechtshirnorientierte Lernen, die Neurofunktionelle Reorganisation nach Padovan, das Automatisierungstraining basaler Funktionen, das Neuro-Feedback und das Neurolinguistische Programmieren. Ferner gibt es körperorientierte Methoden wie die Cranio-Sacral-Therapie oder die Sensorische Integrationstherapie. Für die meisten dieser Methoden fehlt jedoch ein spezifischer Wirksamkeitsnachweis. Gleichwohl kann die Anwendung alternativer Verfahren dazu führen, dass die Legastheniker wieder mit Lernzuversicht und Freude am Unterricht teilnehmen [168].

Leider existieren keine verbindlichen Richtlinien für den Förderunterricht und die Qualifikation der Therapeuten. Oft entwickeln die Therapeuten eigene Therapiestrategien durch Kombination verschiedener Therapieverfahren. Wenn die Förderung innerhalb der Schule und eine ambulante Therapie nicht den gewünschten Erfolg bringen, die Legasthenie besonders schwer ist oder ausgeprägte komorbide Störungen vorliegen, kann die Indikation für eine (teil-)stationäre Therapie oder die Unterbringung in speziellen Internaten gestellt werden.

Der Therapieerfolg ist stark von motivationalen und emotionalen Einflüssen abhängig. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Legastheniker zu bestärken und auf Lernfortschritte hinzuweisen. Konzentriertes Lesen wird erleichtert durch das Abdecken von Textzeilen oder durch den Einsatz einer stabförmigen Leselupe. Empfehlenswert ist es, Entspannungs- und Konzentrationsübungen in die Therapie einzubeziehen. Auch bedürfen lese-rechtschreibschwache Kinder bei der Anfertigung der Hausaufgaben oft einer elterlichen Aufsicht. Bei den Hausaufgaben sollten die Eltern auf regelmäßige Pausen achten, damit die Konzentrationsfähigkeit erhalten bleibt.

Eine spezifische Pharmakotherapie der Legasthenie ist nicht möglich. Zwar ist das Nootropikum Piracetam, das in Studien eine Verbesserung der Leseflüssigkeit erbrachte, bei nicht intellektuell retardierten Kindern und schwerwiegender Symptomatik zur Therapie zugelassen; es ist jedoch umstritten und spielt aufgrund fehlender systematischer Praxiserfahrungen im klinischen Alltag keine Rolle [190].

Da die Legasthenie nicht als Ausdruck eines organbezogenen Störungszustandes angesehen wird, ist sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes nicht als Krankheit anerkannt. Demzufolge gehört es grundsätzlich nicht zur Leistungspflicht der Krankenkassen, für eine Therapie aufzukommen. Aus diesem Grund muss, solange der Anspruch auf eine staatliche Förderung nicht erfüllt ist, die Therapie der Legasthenie meist selbst finanziert werden. Diagnostische Maßnahmen zum Nachweis einer Legasthenie werden dagegen von den Krankenkassen übernommen.

2.7. Rechtliche Grundlagen

2.7.1. Staatliche Unterstützung

Wenn die Legasthenie zu einer seelischen Behinderung geführt hat oder eine seelische Behinderung droht und schulische Förderungsangebote unzureichend sind, besteht Anspruch auf Eingliederungshilfe. Die Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie definiert die seelische Behinderung folgendermaßen: „Die seelische Behinderung oder drohende seelische Behinderung ist eine durch intensive, auch längerfristige ambulante, teilstationäre und/oder stationäre medizinische, insbesondere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nicht vollständig behebbare Beeinträchtigung des seelischen Befindens, der familiären, sozialen, vorschulischen, schulischen und beruflichen Integration. [...] Infolge einer seelischen Erkrankung drohen oder bleiben Beeinträchtigungen der altersadäquaten sozialen Beziehungs- und Orientierungsfähigkeit bzw. der begabungsadäquaten Leistungsfähigkeit in einem Ausmaß bestehen, dass die Teilnahme am Leben der Gesellschaft wesentlich bedroht oder beeinträchtigt ist.“ [161]

Derzeit ist die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche in § 35a Sozialgesetzbuch (SGB) - Achstes Buch (VIII) - geregelt, der 1993 in das

SGB VIII eingefügt wurde. Zuvor und übergangsweise bis zum 31.12.1994 galt für die Eingliederungshilfe § 39 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG). Allerdings bestand für die Bundesländer die Möglichkeit, die Übergangsfrist auszuschließen oder eine andere Frist vorzusehen. § 35a SGB VIII hat folgenden Wortlaut:

§ 35a SGB VIII Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder oder Jugendliche haben Anspruch auf Eingliederungshilfe, wenn

1. ihre seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für ihr Lebensalter typischen Zustand abweicht, und
2. daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine solche Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Von einer seelischen Behinderung bedroht im Sinne dieses Buches sind Kinder oder Jugendliche, bei denen eine Beeinträchtigung ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. § 27 Abs. 4 gilt entsprechend.

(1a) Hinsichtlich der Abweichung der seelischen Gesundheit nach Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 hat der Träger der öffentlichen Jugendhilfe die Stellungnahme

1. eines Arztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
2. eines Kinder- und Jugendpsychotherapeuten oder
3. eines Arztes oder eines psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kinder und Jugendlichen verfügt,

einzuholen. Die Stellungnahme ist auf der Grundlage der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information herausgegebenen deutschen Fassung zu erstellen. Dabei ist auch darzulegen, ob die Abweichung Krankheitswert hat oder auf einer Krankheit beruht. Die Hilfe soll nicht von der Person oder dem Dienst oder der Einrichtung, der die Person angehört, die die Stellungnahme abgibt, erbracht werden.

(2) Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,
3. durch geeignete Pflegepersonen und
4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.

(3) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen richten sich nach § 53 Abs. 3 und 4 Satz 1, den §§ 54, 56 und 57 des Zwölften Buches, soweit diese Bestimmungen auch auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden.

(4) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und lässt der

Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nicht behinderte Kinder gemeinsam betreut werden.

Zur Regelung der Art und des Umfangs der Eingliederungshilfe im Einzelfall ist in § 36 SGB VIII die Beratung des Personensorgeberechtigten und des Kindes oder Jugendlichen und die Erstellung eines Hilfeplans vorgesehen:

§ 36 SGB VIII Mitwirkung, Hilfeplan (Auszug)

(1) Der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen. [...] Ist Hilfe außerhalb der eigenen Familie erforderlich, so sind die in Satz 1 genannten Personen bei der Auswahl der Einrichtung oder der Pflegestelle zu beteiligen. Der Wahl und den Wünschen ist zu entsprechen, sofern sie nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden sind. [...]

(2) Die Entscheidung über die im Einzelfall angezeigte Hilfeart soll, wenn Hilfe voraussichtlich für längere Zeit zu leisten ist, im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte getroffen werden. Als Grundlage für die Ausgestaltung der Hilfe sollen sie zusammen mit dem Personensorgeberechtigten und dem Kind oder dem Jugendlichen einen Hilfeplan aufstellen, der Feststellungen über den Bedarf, die zu gewährende Art der Hilfe sowie die notwendigen Leistungen enthält; sie sollen regelmäßig prüfen, ob die gewählte Hilfeart weiterhin geeignet und notwendig ist. Werden bei der Durchführung der Hilfe andere Personen, Dienste oder Einrichtungen tätig, so sind sie oder deren Mitarbeiter an der Aufstellung des Hilfeplans und seiner Überprüfung zu beteiligen. Erscheinen Maßnahmen der beruflichen Eingliederung erforderlich, so sollen auch die für die Eingliederung zuständigen Stellen beteiligt werden.

(3) Erscheinen Hilfen nach § 35a erforderlich, so soll bei der Aufstellung und Änderung des Hilfeplans sowie bei der Durchführung der Hilfe die Person, die eine Stellungnahme nach § 35a Abs. 1a abgegeben hat, beteiligt werden.

Gemäß § 35a Abs. 3 SGB VIII richten sich Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Leistungen nach sonstigen Vorschriften des SGB XII, insbesondere § 53 Abs. 3 und § 54:

§ 53 SGB XII Leistungsberechtigte und Aufgaben (Auszug)

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederung ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen

Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

§ 54 SGB XII Leistungen der Eingliederungshilfe (Auszug)

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind [...] insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,
5. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben.

Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

Ferner kann Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII notwendig sein. Diese bietet im Übrigen den Vorteil, dass für die Hilfestellung keine Beeinträchtigungen im Sinne einer (drohenden) seelischen Behinderung vorausgesetzt werden:

§ 27 SGB VIII Hilfe zur Erziehung (Auszug)

(1) Ein Personensorgeberechtigter hat bei der Erziehung eines Kindes oder Jugendlichen Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung), wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.

(2) Hilfe zur Erziehung wird insbesondere nach Maßgabe der §§ 28 bis 35 gewährt. Art und Umfang der Hilfe richten sich nach dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall; dabei soll das engere soziale Umfeld des Kindes oder des Jugendlichen einbezogen werden. Die Hilfe ist in der Regel im Inland zu erbringen; sie darf nur dann im Ausland erbracht werden, wenn dies nach Maßgabe der Hilfeplanung zur Erreichung des Hilfezieles im Einzelfall erforderlich ist.

(2a) Ist eine Erziehung des Kindes oder Jugendlichen außerhalb des Elternhauses erforderlich, so entfällt der Anspruch auf Hilfe zur Erziehung nicht dadurch, dass eine andere unterhaltspflichtige Person bereit ist, diese Aufgabe zu übernehmen; die Gewährung von Hilfe zur Erziehung setzt in diesem Fall voraus,

dass diese Person bereit und geeignet ist, den Hilfebedarf in Zusammenarbeit mit dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe nach Maßgabe der §§ 36 und 37 zu decken.

(3) Hilfe zur Erziehung umfasst insbesondere die Gewährung pädagogischer und damit verbundener therapeutischer Leistungen. Sie soll bei Bedarf Ausbildungs- und Beschäftigungsmaßnahmen im Sinne des § 13 Abs. 2 einschließen.

Nach Erreichen der Volljährigkeit kann Anspruch auf Hilfe für junge Volljährige nach § 41 SGB VIII bestehen:

§ 41 SGB VIII Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung (Auszug)

(1) Einem jungen Volljährigen soll Hilfe für die Persönlichkeitsentwicklung und zu einer eigenverantwortlichen Lebensführung gewährt werden, wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des jungen Menschen notwendig ist. Die Hilfe wird in der Regel nur bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres gewährt; in begründeten Einzelfällen soll sie für einen begrenzten Zeitraum darüber hinaus fortgesetzt werden.

(2) Für die Ausgestaltung der Hilfe gelten § 27 Abs. 3 und 4 sowie die §§ 28 bis 30, 33 bis 36, 39 und 40 entsprechend mit der Maßgabe, dass an die Stelle des Personensorgeberechtigten oder des Kindes oder des Jugendlichen der junge Volljährige tritt.

(3) Der junge Volljährige soll auch nach Beendigung der Hilfe bei der Verselbstständigung im notwendigen Umfang beraten und unterstützt werden.

Über die Gewährung der Hilfen entscheidet das örtliche Jugendamt.

2.7.2. Schulrecht und Nachteilsausgleich

Empfehlungen zum schulischen Umgang mit der Legasthenie liefert der Beschluss der Kultusministerkonferenz „Grundsätze zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen“ vom 04.12.2003 in der Fassung vom 15.11.2007. Darin sind nicht nur ein individueller Förderunterricht bis zum Ende der Jahrgangsstufe 10 und eine spezielle Ausbildung insbesondere der Lehrer an Grundschulen vorgesehen, sondern auch eine intensive Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus. Die Eltern sollen Hinweise auf die jeweils angewandte Lese- und Rechtschreibmethode, spezielle Lehr- und Lernmittel, häusliche Unterstützungsmöglichkeiten, geeignete Fördermaterialien, Motivationshilfen und Leistungsanforderungen erhalten.

Bei einer nachgewiesenen Legasthenie ist es möglich, einen schulischen Nachteilsausgleich gemäß den jeweiligen Legasthenieerlassen der Bundesländer zu beantragen. Der Nachteilsausgleich beinhaltet im Allgemeinen einen Verzicht auf die Leistungserhebung für Lese- und Rechtschreibkenntnisse, einen Zeitzuschlag von bis zu 50 Prozent bei schriftlichen Arbeiten, einen Verzicht auf die Benotung der Rechtschreibung bei allen schriftlichen Arbeiten, die Bewertung mündlicher Leistungen als 50 Prozent der Gesamtnote und die Möglichkeit des mündlichen Abfragens beziehungsweise des Vorlesens von Aufgaben. Vor allem wegen des verlangsamten Lesetempos profitieren die Legastheniker von einem Zeitzuschlag. Hinzu kommen spezielle Versetzungsvorschriften. So darf die Legasthenie nicht der Grund für eine Nichtversetzung oder eine Ablehnung des Übergangs in eine weiterführende Schule sein. Der Nachteilsausgleich ist jedoch oft nur bis zum Ende der Jahrgangsstufe 10 vorgesehen und wird lediglich in Einzelfällen darüber hinaus gewährt.

Prinzipiell besteht auch im Studium oder bei Berufsabschlüssen der Anspruch auf einen Nachteilsausgleich, beispielsweise in Form einer Schreibzeitverlängerung. Über die Gewährung des Nachteilsausgleiches entscheidet im jeweiligen Fall das zuständige Prüfungsamt.

Das Recht auf die Gewährung eines Nachteilsausgleiches lässt sich, wie LANGENFELD [79] in einer rechtsgutachterlichen Stellungnahme darlegt, mit Artikeln des Grundgesetzes (GG) belegen. Die Legasthenie ist als Behinderung im Sinne von Artikel 3 Abs. 3 Satz 2 GG („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“) zu sehen. Artikel 3 Abs. 1 („Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.“) und Abs. 3 Satz 2 GG in Verbindung mit Artikel 12 Abs. 1 Satz 1 GG („Alle Deutschen haben das Recht, Beruf, Arbeitsplatz und Ausbildungsstätte frei zu wählen.“) begründen den Nachteilsausgleich mit dem Recht auf Chancengleichheit im Prüfungsverfahren. Weiterhin kann der Anspruch auf einen Nachteilsausgleich auch aus Artikel 2 Abs. 1 GG („Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“) hergeleitet werden.

3. Kasuistik

3.1. A.E.

3.1.1. Familienanamnese

A.E. wird 1977 geboren. Er hat vier Schwestern (geboren 1970, 1975, 1980, 1983) und einen Bruder (geboren 1981). Der Bruder (vgl. Abschnitt 3.4) und die jüngste Schwester sind ebenfalls von der Legasthenie betroffen.

Auch der Vater (Professor der Medizin), der Bruder des Vaters, der Großvater väterlicherseits (Doktor der Agrarwissenschaften) und der Urgroßvater väterlicherseits sind beziehungsweise waren Legastheniker. Ihnen allen gemeinsam ist eine überdurchschnittliche Begabung, vor allem im mathematisch-naturwissenschaftlichen Bereich.

Dass der Vater heute eine Professur innehat, verdankt er auch seinen Eltern, die aus eigener Erfahrung Verständnis für ihn hatten. Durch ihre starke Unterstützung war es ihm möglich, das Abitur abzulegen. Zu seiner Schulzeit gab es noch keine medizinische Erklärung für die Schulprobleme. Erst nachdem bei seinen Kindern die selben Probleme auftreten, wird ihm bewusst, dass die Legasthenie auch Ursache für seine eigenen Schwierigkeiten war. Daraufhin beginnt er, sich wissenschaftlich mit dem Thema Legasthenie zu beschäftigen. Die Erkenntnis über genetische Ursachen der Legasthenie, die in seiner Familie wohl einem autosomal-dominanten Erbgang folgt, gewinnt er jedoch erst im Laufe der Jahre. Seine Erfahrungen als Legastheniker beschreibt er folgendermaßen: „Wer öffentlich zugibt, von Mathematik keine Ahnung zu haben, stößt überall auf Verständnis, wer dagegen zugibt, nicht richtig schreiben zu können, wird sofort als dumm abgestempelt.“

Da noch zwei Geschwister von A.E. Legastheniker sind, für alle drei Kinder jährlich ein erneuter Kampf um die finanzielle Förderung des Aufenthaltes im Internat nötig ist und die Kinder überdies einer verstärkten Zuwendung bedürfen, befinden sich die Eltern

manchmal am Rande ihrer Belastbarkeit. Trotz allem engagieren sie sich sehr in der regionalen Selbsthilfegruppe und unterstützen andere betroffene Familien im Kampf mit Schulen und Behörden. Die eigenen Erfahrungen, insbesondere die Legasthenie des Vaters, geben den Eltern die Kraft, alles für eine erfolgreiche Ausbildung ihrer Kinder zu tun. Der Vater dient als Vorbild, da er es trotz erheblicher Legasthenieprobleme geschafft hat, in einem nicht unbedingt sprachgebundenen Fach, der Medizin, erfolgreich zu sein.

3.1.2. Kindliche Entwicklung

Bereits vor der Geburt treten bei A.E. Herzrhythmusstörungen in Form einer Vorhofftachykardie mit AV-Block auf, die eine stationäre Behandlung im Anschluss an die Geburt erfordern. Nach der Entlassung besteht ein Schreiverbot, um Tachykardieanfälle zu verhindern. Im Alter von einem Jahr hat sich der Herzrhythmus normalisiert. Ansonsten verläuft die frühkindliche Entwicklung unauffällig.

Mit drei Jahren besucht er den Kindergarten. Im Herbst 1980 zieht die Familie aus beruflichen Gründen für ein Jahr nach Großbritannien. A.E. lernt die englische Sprache schnell und sucht von sich aus Kontakt zu englischen Kindern. Im Januar 1982 kehrt die Familie nach Deutschland zurück und lässt sich in Bayern nieder. Dort besucht A.E. wieder einen Kindergarten.

3.1.3. Schulzeit

3.1.3.1. Grundschule

Im Herbst 1983 wird A.E. altersgerecht in die Grundschule eingeschult. Bereits von Anfang an gibt es Probleme im Fach Deutsch. Er verwechselt Buchstaben und hat Schwierigkeiten beim Lesen und mit der Rechtschreibung. Die anderen Fächer meistert er zunächst gut.

Die Grundschullehrer erkennen seine Legasthenie nicht. Den besorgten Eltern wird erzählt, dass sich die Rechtschreibschwäche schon geben werde. Seine Lehrerin der 3. und 4. Klasse sieht die Ursache der Rechtschreibschwäche in mangelndem

Übungswillen. Gleichzeitig mit der Zunahme der schulischen Probleme verschlechtern sich auch sein Verhalten und Betragen im Unterricht.

Aufgrund des Unverständnisses der Lehrerin der 5. Hauptschulklasse (1987/1988) stellt sich bei A.E. ein allgemeiner Schulfrust ein mit Leistungsabfall in allen Fächern. Er erhält keine Gymnasialempfehlung. Die Aufnahmeprüfung am Gymnasium scheitert an seiner Deutschnote. Als er die 5. Hauptschulklasse zum zweiten Mal absolviert, trifft er auf einen neuen Klassenlehrer, der für seine Situation Verständnis hat und es schafft, ihn wieder für die Schule zu motivieren. Eine Notenverbesserung in allen Fächern ermöglicht den Wechsel auf das Gymnasium.

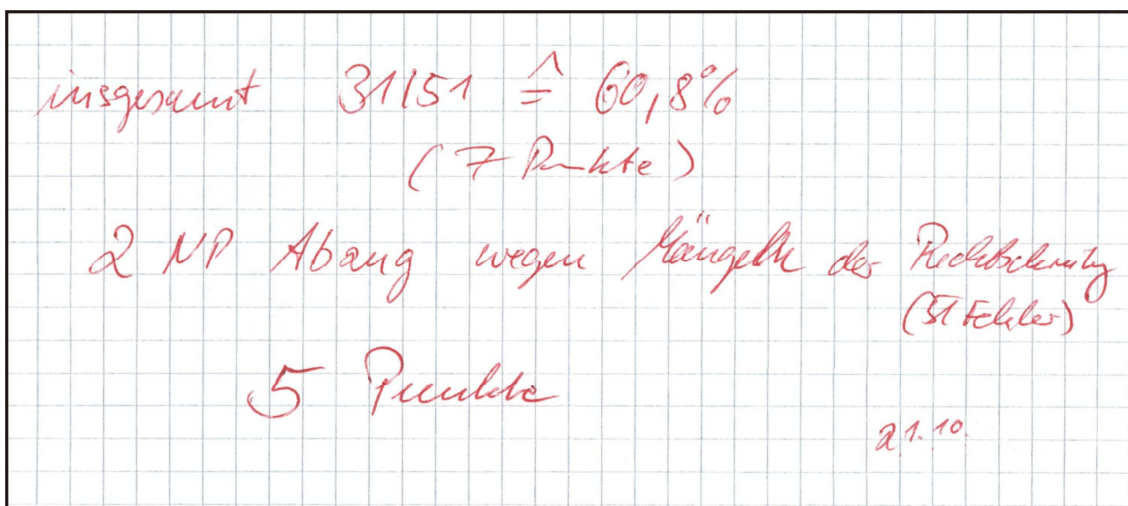


Abb. 10: Bewertung einer Schularbeit mit zusätzlichem Notenabzug aufgrund zahlreicher Rechtschreibfehler

3.1.3.2. Gymnasium

Im Herbst 1989 wechselt A.E. auf das Gymnasium. Er hat keine Schwierigkeiten in den naturwissenschaftlichen Fächern. Der Deutschlehrer versteht es, ihn zu motivieren, indem er Rechtschreibfehler nicht benotet und die Möglichkeit bietet, schlechte schriftliche Leistungen mündlich auszugleichen.

Als Fremdsprachen lernt A.E. ab der Klassenstufe 5 Englisch und ab der Klassenstufe 7 Französisch. Vor allem mit der Rechtschreibung dieser Sprachen hat A.E. zu kämpfen. Mitte der 8. Klasse (1992/1993) steht er in Französisch auf „mangelhaft“ (Note 5), in

Englisch auf „ausreichend“ (Note 4). Zu dieser Zeit ist bereits ein Wechsel in eine auf die Legasthenie spezialisierte Einrichtung ins Auge gefasst. Nur eine große Unterstützung durch die Eltern, wie die Korrektur der Hausaufgaben und Hilfe beim Lernen, ermöglichen es A.E., das jeweilige Klassenziel des Gymnasiums zu erreichen.

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung bestätigt, dass A.E. „ein intelligenter und zielstrebigere Junge [ist], dessen weitere Entwicklung ernsthaft gefährdet ist, wenn ihm bei seinen spezifischen Legasthenieproblemen nicht geholfen wird“. Eine entsprechende heilpädagogische Behandlung ist nur in einem speziellen Internat möglich. Die Jugenddorf-Christophorusschule (CJD) erscheint am geeignetsten, da die bisherige Sprachenfolge beibehalten werden kann.

3.1.3.3. Jugenddorf-Christophorusschule

Im Rahmen einer Kontaktwoche lernt A.E. das Legastheniezentrum der Jugenddorf-Christophorusschule kennen. Die Jugenddorf-Christophorusschule setzt sich aus drei Teilen zusammen: Schule mit Realschule und Gymnasium ab der 5. Klasse, Internat mit einer altersgestaffelt abnehmenden sozialpädagogischen Betreuung und Freizeitbereich sowie Legastheniezentrum mit ambulanten therapeutischen Maßnahmen und regelmäßigen Behandlungseinheiten nach individuellem Bedarf. Der Schulpsychologe stuft ihn als für die Schule geeignet ein, da er gut in den Bereich passe, den die Schule für sich abgesteckt habe, und ein Gewinn für die neuzubildende Klasse sei.

Im September 1993 erfolgt die Einschulung in die 9. Klasse der Jugenddorf-Christophorusschule. Ein erneutes kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten am Ende des ersten Schulhalbjahres bestätigt, dass die schulische Integration geglückt ist. In Hessen hat A.E. den Vorteil, dass die mündliche Leistung gleichwertig ist oder sogar stärker berücksichtigt wird als die schriftliche, wohingegen in Bayern die mündliche Leistung nur 25 Prozent zur Gesamtnote beiträgt. Dies wirkt sich in einer Verbesserung des Leistungsdurchschnittes um eine Note aus. Die Bewertungen bewegen sich zwischen „sehr gut“ (Note 1) in Mathematik und Chemie und „befriedigend“ (Note 3) in Deutsch.

Obwohl ab der 11. Klasse (1995/1996) keine Pflichtveranstaltungen für Legastheniker mehr auf dem Stundenplan stehen, nutzt A.E. die Möglichkeit, an freiwilligen Betreuungsveranstaltungen und am Nachhilfeunterricht in Deutsch teilzunehmen. Die gute schulische Integration und die Anerkennung seitens der Mitschüler zeigt sich auch daran, dass A.E. in den Vorstand der Schülermitverwaltung gewählt wird, zwei Schülern der 8. Klasse Nachhilfeunterricht in Physik und Mathematik gibt und als Mentor für einen Schüler der 6. Klasse fungiert.

Ab der 12. Klasse (1996/1997) wohnt A.E. in einer betreuten Wohngruppe im Jugenddorf, denn das Internat sieht verschiedene Betreuungsstufen vor, die auf eine zunehmende Selbstständigkeit der Schüler hinarbeiten. Von einem gemeinsam zubereiteten Frühstück abgesehen, werden die Mahlzeiten weiterhin im Internatsbereich eingenommen.

Im Juni 1998 legt A.E. das Abitur mit einem Notendurchschnitt von 2,4 ab. Der Durchschnitt beinhaltet einen Nachteilsausgleich durch Anhebung um 0,2 Notenpunkte aufgrund der Legasthenie. Diese Berücksichtigung der Legasthenie ist nur in einer anerkannten Therapieeinrichtung möglich. Der Erfolg der Therapieeinrichtung spiegelt sich auch im Fach Deutsch wieder, das er mit 10 von 13 möglichen Punkten abschließt.

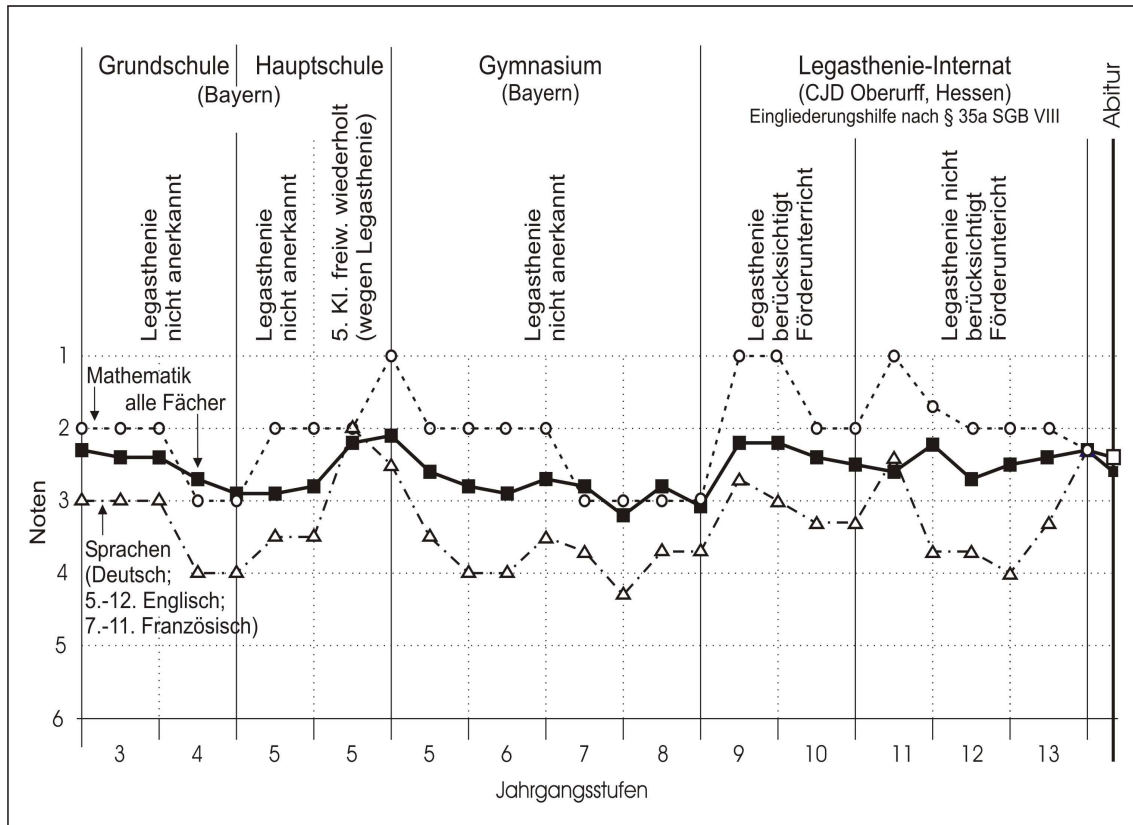


Abb. 11: Verlauf der Schulnoten von A.E.

3.1.4. Entwicklung nach Abschluss der Schule

Bereits während der Schulzeit hat A.E. das Ziel, Physik, Mathematik oder Zahnmedizin zu studieren. Aus diesem Grund nimmt er eine Zivildienststelle in einer Universitätszahnklinik an. Während der Arbeit in der Kieferchirurgie entscheidet er sich schließlich für das Studium der Humanmedizin. In diesem Fach vergibt die Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS) die Studienplätze und es gilt ein Numerus clausus. Die zweifache Wiederholung der 5. Schulklasse wird aufgrund der Legasthenie als „krankheitsbedingt“ anerkannt; ihm werden daher als Ausgleich vier Wartesemester angerechnet. Zwei weitere Wartesemester rechnet ihm die ZVS für den einjährigen Zivildienst an. Da sich A.E. zusätzlich bewusst für einen der weniger begehrten Studienorte bewirbt, erhält er schließlich die Zulassung für das Studium der Humanmedizin zum Wintersemester 1999/2000.

Die Auswirkungen der Legasthenie bleiben während des Studiums bestehen. A.E. benötigt längere Zeit zum Lernen. In schriftlichen Prüfungen sind seine Leistungen

regelmäßig schwächer als in mündlichen Prüfungen. Da ihm durch seine langsamere Lesegeschwindigkeit die Multiple-Choice-Fragen mit ihren komplexen Fragestellungen besondere Schwierigkeiten bereiten, beantragt er für das Physikum eine Schreibzeitverlängerung als Nachteilsausgleich. Diese wird ihm erst nach einem gerichtlichen Beschluss gewährt, der die Legasthenie als Behinderung anerkennt.

Nach dem Staatsexamen, das A.E. ein Semester über der Regelstudienzeit besteht, arbeitet er als Assistenzarzt in der Chirurgie.

3.1.5. Diagnosestellung

Die Legasthenie zeigt sich bei A.E. unmittelbar nach der Einschulung in die 1. Grundschulklasse (1983/1984) im Fach Deutsch. Eine manifeste umschriebene Lese-Rechtschreibstörung liegt ab der 3. Klasse (1985/1986) vor, wobei eine legasthenietypische Diskrepanz zwischen einer überdurchschnittlichen Grundintelligenz und der Rechtschreibleistung auffällt.

In der 7. Klasse (1991/1992) stellt sich A.E. in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vor. Dort werden außer dem HAWIK-Revisionstest als diagnostische Untertests und zur weiteren Verlaufsd Diagnose das Belastungsprogramm am Wiener Determinationsgerät, der Benton-Test, die deutsche Version des Depressions-Fragebogens nach Kovacs und ein Satzergänzungstest durchgeführt. Zusätzlich werden seine Schularbeiten analysiert. Im HAWIK-Revisionstest erzielt A.E. ein überdurchschnittliches Ergebnis mit einem Gesamtintelligenzquotienten von 114, bestehend aus einem Handlungs-IQ von 122 und einem Verbal-IQ von 104. Die Untertestergebnisse ergeben einen Funktionsausfall im Hinblick auf Merkfähigkeit und Gedächtnisleistung durch visuelle Konfigurationen, Schwierigkeiten bei der seriativen Einprägung von Symbolen, jedoch keine Ausfälle im phonematischen Bereich. In wiederholten ärztlichen Stellungnahmen diagnostiziert der Kinder- und Jugendpsychiater eine umschriebene Lese-Rechtschreibstörung nach ICD-10 F 81.0, die sowohl grundlegende visuelle Diskriminationsschwierigkeiten und Merkfähigkeitsschwächen bei akustischen Differenzierungsleistungen unter Belastungsbedingungen als auch eine überdurchschnittliche Intelligenz beinhaltet. Nur

dank einer sehr guten auditiven Gestaltauffassung habe A.E. die Legasthenie während der Grundschulzeit teilweise kompensieren können.

Die familiäre Häufung der Legasthenie lässt auf eine genetische Disposition schließen. Gerade die genetisch bedingten Formen der Legasthenie können kaum geheilt werden. Eine adäquate Therapie bietet jedoch die Chance auf eine deutliche Besserung, insbesondere wenn die Therapie früh einsetzt. Bei A.E. entwickelt sich wegen der späten Diagnosestellung und eines entsprechend späten Therapiebeginns eine seelische Behinderung in Form einer Depression mit der Gefahr des Umschlages in ein aggressives Verhalten.

3.1.6. Förderung und Therapie

Da bei A.E. die Legasthenie nicht frühzeitig erkannt wird, erfolgt zunächst keine gezielte Behandlung. Auf Initiative der Eltern erhält er während der 4. und 5. Klasse privaten Förderunterricht durch den Lehrer einer Sprachheilschule, der zwei Wochenstunden Nachhilfeunterricht in Deutsch umfasst. Dieser Unterricht kann jedoch die von der Schule versäumte therapeutische Förderung nicht ersetzen.

Während der Schulzeit am Gymnasium nimmt A.E. jeweils zwei mal wöchentlich Nachhilfe in den Fremdsprachen Englisch und Französisch. Da zusätzlich eine Vorbereitung auf den Nachhilfeunterricht erforderlich ist, verbleibt nur noch wenig Zeit für private Interessen. Als diese Nachhilfe nicht mehr ausreicht und kein geeigneter Legasthienetherapeut mit ausreichenden Kenntnissen der Gymnasialfächer für eine ambulante Therapie zu finden ist, entschließt sich die Familie zu einer Behandlung in einem spezialisierten Therapiezentrum, der Jugenddorf-Christophorusschule, die er ab dem Schuljahr 1993/1994 besucht.

Die Jugenddorf-Christophorusschule bietet eine ganzheitliche Therapie im Rahmen eines speziellen pädagogischen Programmes. Dieses beinhaltet Übungen für Legasthieniker sowie eine Beeinflussung der Motorik, der Sprache, des visuellen Kanals und der Entspannung. Als Ziel gilt die Vermeidung einer Chronifizierung der seelischen Behinderung, wofür die optimale schulische Integration Voraussetzung ist. Der

Schulbesuch erfolgt in gemischten Klassen aus Legasthenikern und Nicht-Legasthenikern.

Da die Eltern selbst nicht in der Lage sind, den Kostenaufwand für die Unterbringung im Legastheniezentrum zu tragen, wird 1993 ein Antrag auf Eingliederungshilfe gemäß § 39 BSHG bei der Sozialverwaltung des Landratsamtes gestellt. Für die Beurteilung sind ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten, Stellungnahmen der Schule und der Eltern und die Schulzeugnisse der letzten zwei Jahre erforderlich. Laut der Stellungnahme des Gymnasiums zeigen sich im Fach Deutsch Flüchtigkeitsfehler in der Rechtschreibung, fehlende Wortendungen, viele Regelverstöße in Aufsätzen und eine häufige Verwendung umgangssprachlicher Wörter, aber keine Lesestörung. A.E. wird als einer der schwächsten Schüler in der Themengestaltung beschrieben. Den Unterrichtsstoff verstehe er jedoch. In den Fremdsprachen manifestiere sich die Lese-Rechtschreibstörung besonders bei Diktaten. Des Weiteren würden Probleme bei Transferleistungen und Textumformungen bestehen, wohingegen reine Grammatikregeln gut bewältigt würden. In den übrigen Fächern werden eine reine Rechtschreibschwäche und Schwierigkeiten bei Transferleistungen gesehen. Eine weitere Beschulung wird als möglich und das Abitur als theoretisch erreichbar erachtet.

Trotz der durch den Kinder- und Jugendpsychiater festgestellten seelischen Behinderung lehnt das Landratsamt die stationäre Eingliederungshilfe ab. Erst nach einem vom Verwaltungsgericht in Auftrag gegebenen Gutachten des Landesarztes für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche, der ebenfalls eine seelische Behinderung feststellt und die stationäre Therapie befürwortet, wird die Eingliederungshilfe zunächst für drei Monate genehmigt. Eine Weiterbewilligung erfolgt jeweils erst nach mehreren Gutachten und Gerichtsentscheiden. Für die hessischen Schüler dagegen ist der Zugang einfacher. Dem zuständigen Landeswohlfahrtsverband reicht ein Gutachten der Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Bewilligung der Förderung aus.

Nach Übergang der Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe an das Jugendamt am 01.01.1995 findet ein Hilfeplangespräch im Internat statt, bei dem Vertreter des

Jugendamt, der Internatsleiter und der Leiter des Legastheniezentrum anwesend sind. Als Ziele werden das Abitur, die Entwicklung einer sozialen Kompetenz, das Erlernen eines lebenspraktischen Umganges mit der Legasthenie, sinnvolle Freizeitgestaltungsmöglichkeiten und eine Stabilisierung und Weiterentwicklung der Persönlichkeit festgesetzt. Um einer drohenden seelischen Behinderung entgegenzuwirken, seien eine Behandlung in stationärer Form im Legastheniezentrum und die Gewährung von Eingliederungshilfe notwendig. Außerdem wird eine Überprüfung der Notwendigkeit der Maßnahme in periodischen Abständen festgelegt. Im Anschluss an das Gespräch erfolgt eine Weitergewährung der Eingliederungshilfe.

Anfang des Jahres 1996 findet ein erneutes Hilfeplangespräch statt. Das Jugendamt lehnt die Weiterbewilligung der Eingliederungshilfe für den nun volljährigen A.E. ab mit der Begründung, dass nach dreijähriger vollstationärer Legasthenietherapie keine weiteren Therapieerfolge zu erwarten seien und eine psychotherapeutische Begleittherapie auch ambulant erfolgen könne. Der Anspruch auf einen weiterführenden Schulabschluss könne unter dem Gesichtspunkt der Eingliederung nicht ohne weiteres bejaht werden. Da A.E. nun volljährig ist, fordert das Jugendamt ein Gutachten des Landesarztes für geistig und seelisch behinderte Erwachsene an. Dieser hält einen Verbleib in der Jugenddorf-Christophorusschule für erforderlich, „da bei Abbruch eine wesentliche seelische Behinderung droht“. Die drohende Behinderung sei nicht, wie das Jugendamt meine, aufgrund einer überzogenen Leistungserwartung der Eltern und des Betroffenen selbst entstanden. Schließlich finanziert das Jugendamt den Aufenthalt im Legasthenieinternat für die 12. Klasse (1996/1997), schließt eine weitere Hilfestellung aber aus, obwohl ein Schulwechsel zwischen der 12. und 13. Klasse als problematisch anzusehen ist.

In einem weiteren Hilfeplangespräch 1997 gewinnt das Jugendamt den „Eindruck eines in seiner Persönlichkeitsentwicklung völlig altersentsprechend entwickelten jungen Volljährigen“ und sieht dementsprechend keinen Raum für die Weiterbewilligung der Eingliederungshilfe, da die Hilfe nur in begründeten Einzelfällen über das 21. Lebensjahr hinaus gewährt werden könne (§ 41 SGB VIII). Selbst ein Gutachten des Landesarztes für geistig und seelisch behinderte Erwachsene, der bei einem

Schulwechsel eine drohende seelische Behinderung sieht, kann die Meinung des Jugendamtes nicht ändern.

Nachdem A.E. im Juni 1998 das Abitur bestanden und die Schule verlassen hat, werden die Kosten für das letzte Schuljahr doch noch erstattet.

3.1.7. Psychische Situation

Eine beginnende Schulangst zeigt sich bei A.E. bereits in der Grundschule, zu Anfang allerdings beschränkt auf das Fach Deutsch. Sie steigert sich während der Schulzeit am Gymnasium, als trotz der intensiven Fremdsprachennachhilfe keine Notenverbesserung eintritt und damit ein Erfolgserlebnis ausbleibt. Bei Grammatikübungen bewegen sich die Noten zwar im Mittelbereich, seine Diktate und Aufsätze zählen allerdings immer zu den schlechtesten.

Ein psychologischer Befund während der 7. Klasse (1992) stellt fest, dass das Lernen bei A.E. deutlich von „motivationalen Prozessen“, insbesondere einem guten Verhältnis zum jeweiligen Lehrer, abhängig ist. In der Persönlichkeitsdiagnostik bescheinigt der Psychologe ihm eine „hohe kristallisierte Intelligenz“ und den starken Wunsch, zu einer Gruppe zu gehören, anerkannt und erfolgreich zu sein. Des Weiteren erkennt der Psychologe ein beginnendes chronisches Misserfolgserlebnis, beginnende Leistungsnot und eine gehemmte Aggressivität gegenüber pädagogischen Interventionen. Zu dieser Zeit äußern die Eltern die Befürchtung, dass A.E., falls der Wechsel auf die Jugenddorf-Christophorusschule nicht klappen sollte, seine bisherigen Anstrengungen einstellen würde. Er habe bereits erklärt, nicht mehr bereit zu sein, die Schule nach den Ferien weiter zu besuchen.

Vor dem Schulwechsel auf die Jugenddorf-Christophorusschule 1993 diagnostiziert der Kinder- und Jugendpsychiater eine „seelische wesentliche und nicht nur vorübergehende Behinderung im Sinne des § 39 BSHG“. Trotz einer überdurchschnittlichen Begabung sieht dieser die adäquate schulische Eingliederung in erheblichem Maße beeinträchtigt. Im emotionalen Bereich seien Überforderungs- und Belastungsreaktionen zu beobachten sowie Frustration und Hilflosigkeit gegenüber den

zunehmenden Versagensleistungen. Die gegenwärtigen Hilfen (Nachhilfeunterricht in den Sprachen) erachtet der Kinder- und Jugendpsychiater zur Kompensation als nicht ausreichend. Zur gleichen Zeit bestätigt auch der Landesarzt für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche eine erheblich beeinträchtigte Eingliederung in die Gesellschaft in Folge der Begleiterscheinungen der Legasthenie. Die seelische Behinderung könne nur durch eine intensive Legastheniebehandlung verbessert werden.

Ein Jahr später (1994) beschreibt der Kinder- und Jugendpsychiater in einem weiteren Gutachten den Erfolg der neuen Schule. A.E. fühle sich entlastet und habe die schulische Lernfreude und Leistungsfähigkeit zurückgewonnen. Die besondere Akzeptanz der Legasthenie führe zu einer Verbesserung der Selbstorientierung und der Selbstwertbildung. Die Labilität der bisherigen Eingliederungserfolge zeige sich daran, dass eine schwerwiegende affektive Belastung sofort wieder erkennbar werde, wenn man die Weiterführung der Internatslösung in Frage stelle. A.E. habe die Befürchtung geäußert, bei der Rückkehr auf ein normales Gymnasium erneut von den Lehrern bloßgestellt und von den Schülern gehänselt zu werden.

In einer eidesstattlichen Versicherung im Sommer 1996 nehmen die Eltern unter anderem Bezug auf die psychische Belastung, welcher ihr Sohn durch die wiederholten Bescheide des Jugendamtes ausgesetzt ist, die eine Fortsetzung des Internatsaufenthaltes in Frage stellen. Das Legastheniezentrum empfehle, Probleme wegen der Finanzierung des Aufenthaltes gegenüber den Schülern nicht zur Sprache zu bringen, um diesen den Eindruck einer kontinuierlichen sicheren Ausbildung zu vermitteln, da die Verlässlichkeit für eine erfolgreiche Behandlung der Legasthenie Voraussetzung sei. Dies sei jedoch bei A.E. nicht möglich, da er aufgrund seiner Volljährigkeit die Briefe des Jugendamtes selbst erhalte. Im Vergleich zu dem Verhalten ihres Sohnes drei Jahre zuvor sehen die Eltern einen Entwicklungsunterschied wie Tag und Nacht: „Das Kind war zur damaligen Zeit aggressiv, es äußerte sich im wesentlichen in Schreien und Trampeln. Heute ist A.E. ein Junge mit angenehmem freundlichem Umgang, einfach ein netter junger Mann.“. Als sie ihren Sohn auf einen möglichen Schulwechsel nach Bayern angesprochen hätten, habe er erklärt, er würde von der Brücke springen, wenn man ihn zwänge, das Internat zu verlassen. Ein Wechsel

in eine normale Gymnasialklasse würde zu einem für ihn nicht zu bewältigenden Wettbewerb mit anderen, nicht von dieser Behinderung Betroffenen, führen.

Zur gleichen Zeit beschreibt der Landesarzt für geistig und seelisch behinderte Erwachsene A.E. als im Vergleich zu seinen Altersgenossen außerordentlich zielstrebig und klar in seinen Vorstellungen, insbesondere im Hinblick auf seinen beruflichen Werdegang. Seine Zukunftsvorstellungen sehe er als realistisch und nicht überzogen an. A.E. sei ein aufgeschlossener, ausgeglichener wirkender junger Mann, der offen über seine Vergangenheit und über seine Probleme spreche. Nichtsdestotrotz drohe bei einem Schulwechsel eine weitere Behinderung, da durch die Teilleistungsstörung, die ursprünglich nicht adäquat gefördert wurde, eine sekundäre Neurotisierung erfolgt sei.

Nachdem das Jugendamt die Eingliederungshilfe Mitte der 12. Klasse (1997) ein weiteres Mal ablehnt, ruft der neunzehnjährige A.E. weinend zu Hause an in der Meinung, dass alles umsonst gewesen sei. Die Eltern müssen umgehend zu ihm fahren, um ihn zu beruhigen. Dabei zeigt er eine noch größere Abwehrhaltung gegen eine Umschulung zurück nach Bayern. In einer persönlichen Stellungnahme berichtet A.E. dem Jugendamt von einem besonderen Verständnis der Lehrer der Jugenddorf-Christophorusschule gegenüber seiner Legasthenie. Er habe eine Stärkung seines Selbstbewusstseins erfahren und sehr gute Freunde gefunden. Früher sei er als dumm abgestempelt worden, jetzt werde er anerkannt. Er sehe nur auf der Jugenddorf-Christophorusschule die Möglichkeit, das Abitur zu bestehen. Für den Fall, dass ein Verbleib dort nicht möglich sein sollte, sagt A.E.: „Wenn ich mir überlegen muss, ohne Abitur irgendeine dumme Lehre zu machen, dann denk ich mir auch, was das denn dann überhaupt noch bringen soll.“

Eine psychologische Beurteilung 1997 ergibt wiederum eine überdurchschnittliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, aber auch Schwächen bei sprachlich gebundenen Aufgaben, ein eingeschränktes Konzentrationsvermögen und eine verminderte Belastbarkeit. Im Rechtschreibtest erzielt A.E. ein weit unterdurchschnittliches Ergebnis mit einer Fehlerhäufung im freien Diktat. Die Persönlichkeitsprüfung ergibt Unzulänglichkeitsgefühle und Zukunftssorgen. Die Wahrscheinlichkeit für eine

Verschärfung der seelischen Behinderung bei Abbruch der Schulausbildung in der Jugenddorf-Christophorusschule wird als hoch eingeschätzt.

In einer eidesstattlichen Versicherung der Eltern nach Abschluss der Schulzeit (1998) wird nochmals deutlich, welche Vorteile die Jugenddorf-Christophorusschule zum Erreichen des Abiturs bietet. A.E. habe im Hinblick auf seine Legasthenieproblematik die Leistungskurse Mathematik und Physik sowie Geschichte und Kunst als Grundkurse gewählt. In Bayern dagegen wäre dies nicht möglich gewesen, da mit Deutsch und einer Fremdsprache Fächer gewählt werden müssten, in denen sich die Legasthenie negativ auswirke. Die ständige Angst vor der Ablehnung der Eingliederungshilfe habe sich bei A.E. in schlechteren Schulnoten ausgewirkt. Der Gesamtdurchschnitt sei von 8,9 auf 7,6 Punkte abgefallen und in Mathematik habe er sich im schriftlichen Abitur von vorher 11 Punkten auf 7 Punkte verschlechtert. Dies zeige die fortwährende psychische Labilität und lasse vermuten, dass A.E. das Abitur unter den Bedingungen eines bayerischen Gymnasiums nicht bestanden hätte.

Während der gesamten Schulzeit betreibt A.E. die Kampfsportart Judo. Dabei findet er die in der Schule oft fehlende Bestätigung. A.E. redet während der Schul- und Studienzeit immer offen über seine Einschränkungen durch die Legasthenie. Je näher der Einstieg ins Arbeitsleben rückt, umso bewusster wird ihm, wie wenig bekannt das Krankheitsbild ist. Bei seinen Bewerbungen erwähnt er die Legasthenie daher nicht. Erst nach erfolgreich bestandener Probezeit traut er sich, offen zu seiner Behinderung zu stehen.

3.2. B.F.

3.2.1. Familienanamnese

B.F. wird 1978 geboren. Sie hat eine Schwester (geboren 1984), die auch an Legasthenie leidet. Von den Eltern, die als Gärtnermeister und Floristin einen eigenen Garten- und Landschaftsbaubetrieb führen, ist keine Lese-Rechtschreibstörung bekannt.

3.2.2. Kindliche Entwicklung

B.F. wird eine Woche nach der Geburt zusammen mit ihrer Mutter aus dem Krankenhaus entlassen. Ab diesem Zeitpunkt verweigert sie die Muttermilch. Eine Umstellung auf künstliche Ernährung führt dazu, dass regelmäßig der überwiegende Teil der Nahrung erbrochen wird und sie an Körpergewicht verliert. In der 6. Woche ist der Gewichtsverlust so stark, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich ist. Nach einer Reduzierung der Nahrungsmenge und dem Ausschluss organischer Gründe als Ursache für das Erbrechen wird sie nach sechs Wochen entlassen, obwohl keine Besserung des Zustandes eingetreten ist. Der Entlassungsbefund lautet: „hyperaktiv“. Aus diesem Grund wird die tägliche Einnahme von Promethazin (Atosil®) verordnet, einem Medikament gegen Unruhe- und Erregungszustände, das auch bei Erbrechen eingesetzt werden kann. Bis zum 9. Monat tritt trotz des Medikamentes keine Besserung ein. Im Alter von neun Monaten beginnt B.F. plötzlich zu laufen, ohne zuvor gekrabbelt zu sein. Zeitgleich wechseln die Eltern den Kinderarzt. Der neue Kinderarzt setzt das Promethazin (Atosil®) ab und verordnet ein homöopathisches Medikament, das namentlich nicht mehr bekannt ist. Das Erbrechen ist umgehend beendet, wobei nicht festgestellt werden kann, ob aufgrund des neuen Medikamentes oder der gesteigerten Bewegung. B.F. entwickelt sich laut ihrer Eltern „zu einem recht lauten, dominanten und sehr neugierigen Kind“, leidet jedoch weiterhin an Untergewicht.

Mit drei Jahren besucht B.F. einen Montessorikindergarten, in dem sie sich wohl fühlt. Die Erzieher stellen ein gutes Sozialverhalten und eine künstlerische Begabung fest. Die Montessoripädagogik ist für Kinder mit besonderen Bedürfnissen sehr geeignet, da sie

die Individualität des Kindes in den Mittelpunkt stellt und die motorische Entwicklung und Selbstständigkeit fördert.

Nach zwei Jahren findet ein ortsbedingter Wechsel in einen katholischen Regelkindergarten statt. In diesem hat B.F. starke Probleme sich unterzuordnen und es kommt zu heftigen Auseinandersetzungen mit den Erziehern. Ihr Verhalten wird von Anfang an als unsozial eingestuft. Sie fühlt sich im Kindergarten zunehmend unwohl und verweigert des Öfteren den Besuch. Schließlich geht sie nur noch selten in den Kindergarten; stattdessen hält sie sich lieber im Garten- und Landschaftsbaubetrieb der Eltern auf. Sie entwickelt ein großes Interesse für Flora und Fauna und kennt bei Einschulung die meisten einheimischen Pflanzen und Tiere.

3.2.3. Schulzeit

3.2.3.1. Grundschule

1985 wird B.F. in die Grundschule eingeschult. Das Schreiben einzelner Buchstaben bereitet ihr keine Probleme. Als sie lernt, die einzelnen Buchstaben zusammenzufügen, beginnt sie, Wörter und ganze Sätze teilweise in Spiegelschrift oder rückwärts zu schreiben. Sie kann die Spiegelschrift nicht von der korrekten Schrift unterscheiden. Durch intensive Übungen mit der Mutter lernt sie, die richtige Schriftform beizubehalten. Es treten jedoch häufig Fehler auf in Form von Buchstabenverwechslungen, fehlenden Buchstaben und fehlenden Wortendungen. Trotz Konzentrationsschwierigkeiten und einer leichten Ablenkbarkeit entwickelt sich B.F. zu der Klassenbesten in Sachkunde. Zu den Klassenkameraden hat sie ein gutes Verhältnis.

In der 2. Klasse (1986/1987) nehmen die Probleme mit der Rechtschreibung zu. Vor allem das Schreiben ungeübter Texte bereitet ihr Schwierigkeiten. Auch das Lesetempo ist sehr langsam und insbesondere das Vorlesen fällt ihr schwer. Dennoch erfasst sie die Textinhalte schnell und richtig. In der Zeugnisbeurteilung wird betont, dass die Leistungen bei ausreichender Zeit und Konzentration besser ausfallen.

Die Lehrer raten den Eltern in der 3. Klasse (1987/1988), ihre Tochter zu täglichen Schreibübungen zu zwingen, um die Rechtschreibung zu verbessern. Dieser Zwang

führt zu einem angespannten Verhältnis zu ihren Eltern. Besonders mit der Mutter kommt es häufig zu Streitigkeiten. Die Eltern sehen keine andere Möglichkeit, als auf freches und aggressives Verhalten mit Hausarrest zu reagieren. Die Mutter schafft es jedoch, die langsam schwindende Lernbereitschaft mit Hilfe einer Enzyklopädie des Wissens für Kinder wieder zu wecken. B.F. liest gerne in der Enzyklopädie, denn die Bilder und die kurzen sachlichen Texte sagen ihr zu. Das Verhältnis zu den Lehrern, von denen sie oft an die Tafel gerufen wird, ist angespannt. Es kommt zu Problemen in der Klasse und wiederholten Schlägereien auf dem Schulhof. Als sich die Schulleistungen weiter verschlechtern und die Konzentrationsschwierigkeiten zunehmen, wird der Kinderarzt konsultiert. Dieser diagnostiziert wiederum eine Hyperaktivität, die sich durch die Gabe von Methylphenidat (Ritalin®), einem Medikament zur Behandlung von Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, bessern soll. Infolge der Behandlung steigt die Konzentrationsfähigkeit. B.F. wird ruhiger und teilweise schläfrig. Selbst die Lehrerin bemerkt, dass sie jetzt mit anhaltender Konzentration arbeitet. Die Noten verbessern sich schnell in allen Fächern. Das Lesevermögen wächst, doch die Probleme mit der Rechtschreibung bleiben trotz täglichen Übens bestehen.

Die Besserung der schulischen Leistungen hält in der 4. Klasse (1988/1989) an. Als neues Teilgebiet der Mathematik steht Geometrie auf dem Stundenplan. B.F. meistert diese ohne Schwierigkeiten, sodass die Noten in Mathematik weiter ansteigen. In der Rechtschreibung dagegen verliert sie den Anschluss und sie weigert sich, laut vorzulesen. Trotz eines Notendurchschnittes von 2,6 am Ende der 4. Klasse rät die Lehrerin von einer Gymnasialaufbahn ab, da sie im Zeugnis in der Rechtschreibung die Bewertung „ausreichend“ (Note 4) und im Lesen die Bewertung „befriedigend“ (Note 3) hat. Erst nach einem von der Mutter veranlassten Intelligenztest, der einen Intelligenzquotienten von 108 ergibt, wird B.F. als „vielleicht geeignet für das Gymnasium“ eingestuft.

3.2.3.2. Gymnasium

1989 erfolgt der Wechsel in die 5. Gymnasialklasse. B.F. wird schnell in den Klassenverband integriert. Sie erbringt gute Leistungen in den Naturwissenschaften und

im Kunst- und Sportunterricht, wohingegen ihr die Fächer Deutsch, Mathematik, Englisch und Erdkunde Schwierigkeiten bereiten. Nachdem die Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin®) aus Angst vor einer möglichen Abhängigkeit im zweiten Schulhalbjahr langsam abgesetzt wird, tritt umgehend eine Verschlechterung der Noten ein. Sie erhält in Englisch die Bewertung „mangelhaft“ (Note 5) und verliert in Deutsch und Mathematik trotz fleißigen Übens und Nachhilfeunterrichtes den Anschluss. Des Weiteren kommt es zu Auseinandersetzungen mit den Klassenkameraden.

In der 6. Gymnasialklasse (1990/1991) führt sie heftige Wortgefechte mit der Klassenlehrerin, die gleichzeitig auch die Englischlehrerin ist. Sie wird von dieser Lehrerin öffentlich als „dumm und zu faul für das Gymnasium“ bezeichnet. B.F. verweigert schließlich jegliche Arbeit an der Tafel. Da sich die Noten weiter verschlechtern, empfehlen die Lehrer noch während des laufenden Schuljahres einen Wechsel auf die Realschule.

3.2.3.3. Realschule

B.F. muss in die 6. Realschulklasse quer einsteigen. Die Konzentrationsschwierigkeiten bleiben bestehen und auch die Noten verändern sich kaum. Sie bekommt in den Hauptfächern Mathematik und Deutsch die Note „ausreichend“ , in Englisch die Note „befriedigend“. Hinzu kommen Fehlstunden aufgrund gesundheitlicher Probleme. Selbst ein starker Druck von Seiten der Eltern, der auf Anraten der Lehrer erfolgt, und intensiver Nachhilfeunterricht können die Noten nur geringfügig verbessern.

In der 7. Klasse (1991/1992) bleibt die schulische Situation unverändert. Das Verhältnis zu den Klassenkameraden ist durch zahllose Schlägereien und Beleidigungen geprägt. Im Halbjahreszeugnis der 7. Klasse vermerkt die Lehrerin, dass B.F. regelmäßiger arbeiten müsse. B.F. verweigert schließlich alles, was mit der Schule zu tun hat. Ende der 7. Klasse steht im Zeugnis, B.F. müsse im nächsten Jahr wesentlich fleißiger arbeiten. Die Zeugnisnoten liegen in Deutsch und Mathematik bei „ausreichend“, in den Sprachen Englisch und Französisch bei „mangelhaft“.

Der starke Druck, den die Eltern während der Gymnasial- und Realschulzeit auf ihre Tochter ausüben, führt zu wiederholten Streitigkeiten in der Familie. In der 8. Klasse (1992/1993) besucht B.F. zwar weiterhin regelmäßig die Schule, ist jedoch meist nur körperlich anwesend. Als die Eltern sich nicht mehr zu helfen wissen, nehmen sie Kontakt mit dem Schulpsychologen auf. Der Schulpsychologe rät B.F., alle sprachlichen Fächer zu ignorieren und sich auf das zu konzentrieren, was sie gut könne und gerne mache. Aufgrund unverändert schlechter Noten in den Hauptfächern Deutsch, Englisch und Mathematik wird sie nicht in die 9. Klasse versetzt.

Während der Wiederholung der 8. Realschulklasse (1993/1994) versuchen die Eltern, B.F. durch Hausarrest zum Lernen zu zwingen. Nachdem dieser Versuch scheitert, konzentrieren sich die Eltern mehr auf die jüngere Tochter, da bei dieser Legastheniebedingt ebenfalls Probleme in der Schule auftreten. Dennoch reichen die Noten am Schuljahresende für eine Versetzung aus.

In der 9. Klasse (1994/1995) bricht B.F. den Nachhilfeunterricht ab. Die Tatsache, dass sie in der Lage ist, ihre Lehrer mit Wortgefechten und Argumenten zu verunsichern, verschafft ihr Respekt bei den Mitschülern. Sie geht deshalb wieder gerne zur Schule. Selbst die Noten werden spontan besser. Mit der Deutschlehrerin schafft sie es, ein „2-Noten-System“ auszuhandeln. Dieses beinhaltet, dass sie keine Diktate mehr schreiben muss und unter jeder Klassenarbeit zwei Noten stehen. Die erste Note betrifft den Inhalt und fällt meist „gut“ oder „sehr gut“ aus. Die zweite Note, die für die Rechtschreibung gilt, bewegt sich zwischen „mangelhaft“ (Note 5) und „ungenügend“ (Note 6). In der Summe beider Noten ergibt sich im Zeugnis die Bewertung „befriedigend“. B.F. wählt als Wahlpflichtfach Naturwissenschaften, obwohl ihr der Direktor davon abrät. Die Tatsache, dass der Schuldirektor ihr nicht zutraut, in naturwissenschaftlichen Fächern erfolgreich zu sein, weckt ihren Ehrgeiz. Sie erhält für jede Biologiearbeit die Bewertung „sehr gut“ (Note 1) und lässt sich diese Erfolge vom Direktor persönlich unterschreiben.

Die Noten steigen, abgesehen von Deutsch, Mathematik und Englisch, in der 10. Klasse (1995/1996) weiter an. B.F. erlangt den Realschulabschluss mit einem

Notendurchschnitt von 1,9. Im Abgangszeugnis hat sie in Deutsch und Englisch die Note „befriedigend“, in Mathematik die Note „ausreichend“. Aus diesem Grund erhält sie trotz des guten Gesamtdurchschnittes keine Gymnasialzulassung. Die Lehrer, die B.F. in Englisch und Deutsch unterrichten, bestätigen der Schulleitung, dass sie im Sprachgebrauch zwischen „gut“ und „sehr gut“ stehe, aber infolge der fehlerhaften Rechtschreibung nicht über ein „befriedigend“ hinauskomme. Sowohl die Mutter als auch der Schuldirektor schreiben einen Brief an das Kultusministerium, um ihr doch noch einen Wechsel auf das Gymnasium zu ermöglichen. Das Kultusministerium lehnt den angestrebten Wechsel auf das Gymnasium ab; die Chancengleichheit aller Kinder lasse keine Ausnahme zu Gunsten Einzelner zu.

3.2.3.4. Berufsschule

1996 zieht B.F. bei ihren Eltern aus und beginnt eine Ausbildung zur Schauwerbegestalterin. Zusätzlich ist sie als Nebenerwerbskraft im Einzelhandel tätig, um die Haltung mehrerer Haustiere zu finanzieren. Trotz zahlreicher Fehlstunden sind ihre Noten gut. Sie hat sich darüber informiert, dass sie bei einem Abschluss der Ausbildung mit einem Notendurchschnitt von 3,0 eine Gymnasialqualifikation erhält. Sie erreicht am Ende der Ausbildung 1999 einen Durchschnitt von 2,2. Selbst in Deutsch bekommt sie im Zeugnis die Bewertung „gut“ (Note 2), da nur eine schriftliche Klassenarbeit geschrieben und die mündliche Leistung höher bewertet wird. Auch in Mathematik verbessert sie sich, denn es wird vorwiegend Geometrie unterrichtet. Geometrie liegt ihr und so erzielt sie die Note „befriedigend“.

3.2.3.5. Kolleg

Anschließend wählt B.F. den zweiten Bildungsweg, um die Hochschulreife zu erlangen, und besucht eine staatlich anerkannte private Ersatzschule. Ihre Fehlstundenquote liegt auf dieser Schule bei 20 Prozent, denn sie arbeitet weiterhin täglich neben der Schule im Einzelhandel. Ab dem dritten Semester kann sie die Fächer Deutsch, Mathematik und Englisch mündlich belegen. Dadurch tritt eine deutliche Notenverbesserung ein. Auch in den anderen Fächern trägt die mündliche Leistung mindestens 50 Prozent zur Gesamtnote bei, sodass sie hier ebenfalls gute Noten erhält. Im letzten Semester werden ihre Abiturfächer Biologie, Chemie, Religion und Deutsch mit „sehr gut“ bewertet. Nur

in den schriftlichen Abiturprüfungen verliert sie einige Punkte wegen Rechtschreibfehlern. Trotz anhaltender Probleme in Rechtschreibung und Mathematik besteht sie 2002 das Abitur mit einem Notendurchschnitt von 1,7.

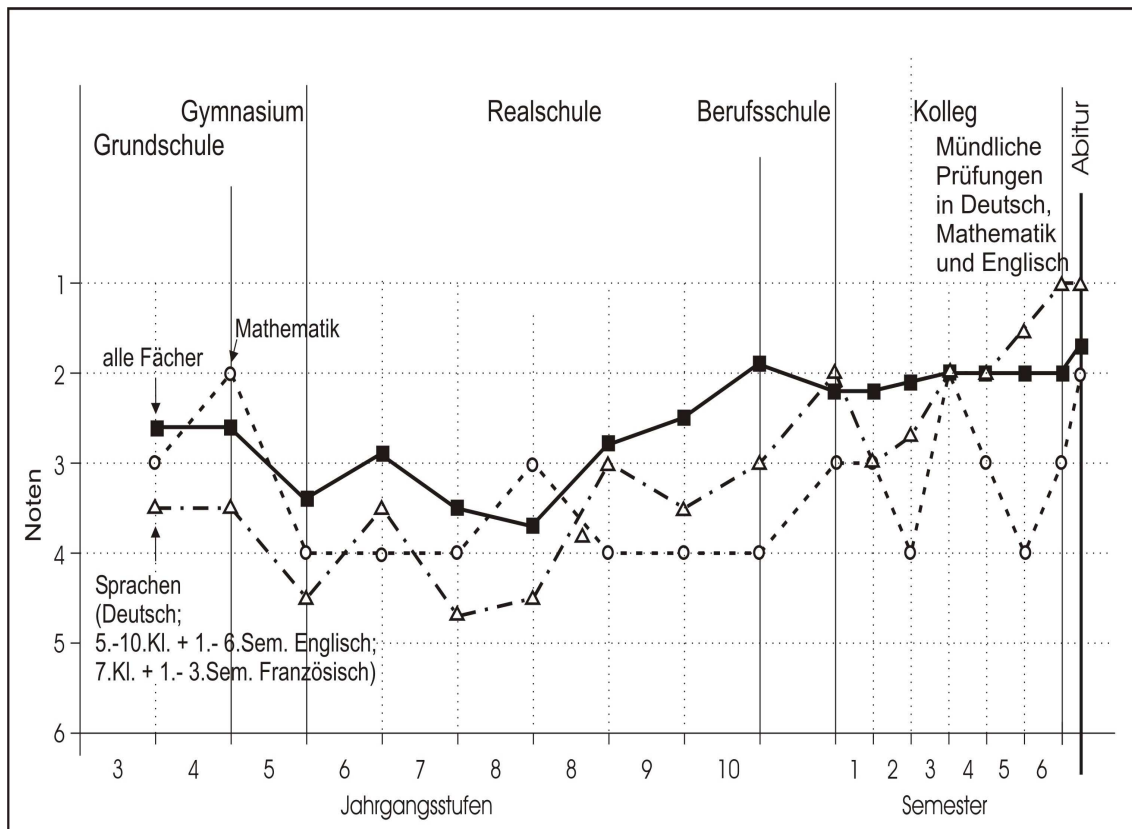


Abb. 12: Verlauf der Schulnoten von B.F.

3.2.4. Entwicklung nach Abschluss der Schule

In der Zeit zwischen Abitur und Studienbeginn arbeitet B.F. als Tierärzthelferin in einer Tierklinik.

Im Herbst 2003 beginnt sie ein Universitätsstudium für das Lehramt an Grund-, Haupt-, Real- und Gesamtschulen bis Klasse 10 mit der Fächerkombination Biologie, katholische Religion, Mathematik und Erziehungswissenschaft. B.F. ist verpflichtet, Deutsch oder Mathematik als Grundlagenfach zu belegen. Sie wählt Mathematik, da sie in diesem Fach zumindest mit der Geometrie weniger Schwierigkeiten hat.

Die Legasthenie bereitet B.F. noch immer Probleme. In Mathematik hat sie Schwierigkeiten beim Kopfrechnen, vor allem bei Subtraktionen, Multiplikationen und Divisionen. Sowohl das große als auch das kleine Einmaleins beherrscht sie nur teilweise. Mit Hilfe eines Taschenrechners lassen sich diese Probleme jedoch beheben. In der Rechtschreibung zeigt sie einen hohen Fehlerquotienten. Die Zeichensetzung bereitet ihr besondere Schwierigkeiten. Auch nimmt das Schreiben mehr Zeit in Anspruch als bei ihren Kommilitonen. Beim Korrekturlesen eines selbstgeschriebenen Textes werden Fehler nicht erkannt, jedoch eigentlich richtig geschriebene Wörter „korrigiert“. Beim Lesen muss B.F. die Zeilen mit dem Finger verfolgen, um diese nicht zu verlieren. Lautes Lesen gelingt ihr nur stockend und sie liest oft Wörter vor, die mit dem eigentlichen Wort nur den Anfangsbuchstaben gemeinsam haben. Stilles Lesen fällt ihr leichter.

In den schriftlichen Prüfungen erhält B.F. regelmäßig Notenabzüge aufgrund ihrer fehlerhaften Rechtschreibung. In längeren Prüfungen reicht häufig die Zeit nicht aus, da sie deutlich langsamer schreibt als ihre Kommilitonen. Des Weiteren kommt es zu Problemen mit Dozenten und Professoren, welche die zum Teil inhaltlich sehr guten Arbeiten wegen der Rechtschreibfehler nicht akzeptieren oder sogar ungelesen zurückgeben. Ein Professor gibt eine Arbeit fünfmal zurück, ohne nur eine einzige Korrektur am Inhalt vorzunehmen. Daraufhin bittet sie um eine mündliche Prüfung, die sie beim ersten Versuch besteht. B.F. muss bei allen selbstverfassten Texten die Rechtschreibung von Bekannten korrigieren lassen. Daher fällt es ihr schwer, Abgabetermine einzuhalten. Diese Probleme haben immer wieder Verzögerungen des Studiums zur Folge; dennoch bewältigt B.F. das Studium.

3.2.5. Diagnosestellung

Bereits während des Krankenhausaufenthaltes im Alter von sechs Monaten bezeichnen die behandelnden Ärzte B.F. als hyperaktiv. Ein im Alter von neun Jahren wegen anhaltender Konzentrationsprobleme aufgesuchter Kinderarzt stellt abermals die Diagnose „Hyperaktivität“ und behandelt diese mit Methylphenidat (Ritalin®). Im Laufe der Behandlung wird B.F. deutlich ruhiger und ihre Schulnoten verbessern sich.

Nach Absetzen des Medikamentes gegen Ende der 5. Klasse (1990) verschlechtern sich die Noten wieder.

Nachem B.F. im Alter von elf Jahren in einem Intelligenztest einen Intelligenzquotienten von 108 erreicht hat, ergibt ein psychologisches Gutachten, das im Rahmen des Antrages auf einen Nachteilsausgleich bei Prüfungen an der Universität im April 2007 erstellt wird, einen Intelligenzquotienten im leicht überdurchschnittlichen Bereich (IQ 117) bei Testung der nichtverbalen Intelligenzleistung. Im Rechtschreibtest erzielt B.F. ein Ergebnis im extrem unteren Leistungsbereich. Gültige Lesetests existieren für diese Altersstufe nicht. Laut eigenen Angaben hat sie Probleme, Texte genau zu lesen, zu korrigieren und grammatikalische Strukturen zu erkennen. Von den Kriterien für eine isolierte Rechtschreibstörung (F 81.1) nach ICD-10 sieht der Psychologe die Kriterien A (deutlich unterdurchschnittliche Rechtschreibleistung bei normaler Intelligenz), D (Beschulung in einem zu erwartenden Rahmen), E (Rechtschreibstörung besteht seit den frühesten Anfängen des Erlernens der Rechtschreibung), F (die Störung behindert eine Schulausbildung oder verursacht alltägliche Schwierigkeiten) und G (Ausschlussklausel $IQ < 70$) als erfüllt an. Der Psychologe kommt zu dem Ergebnis, dass bei B.F. eine Rechtschreibstörung vorliegt, die in ihren Auswirkungen den angestrebten Bildungsabschluss gefährden kann. Aus diesem Grund erachtet er einen Nachteilsausgleich als gerechtfertigt.

Eine ebenfalls im April 2007 erstellte humangenetische Beurteilung spricht von einer schweren Legasthenie (ICD-10 F 81.0) verbunden mit einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Da die jüngere Schwester auch an Legasthenie leidet, wird die Vermutung geäußert, dass genetische Faktoren bei der Legasthenieentwicklung der Patientin eine Rolle spielen. Die Teilleistungsstörung sei als Behinderung anerkannt; es bestehe deshalb ein Rechtsanspruch auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen. Dieser Rechtsanspruch wird mit Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes begründet („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“).

3.2.6. Förderung und Therapie

Ab der 3. Klasse (1987/1988) muss B.F. täglich zu Hause Schreibübungen machen. Später erhält sie zusätzlich zu den schriftlichen Übungen mehrere Jahre intensiven Nachhilfeunterricht, besonders in den Hauptfächern Englisch, Mathematik und Deutsch. Während der Realschulzeit findet dieser bis zu dreimal wöchentlich statt. In der 9. Klasse (1994/1995) weigert sie sich jedoch, die Nachhilfestunden fortzusetzen.

Im Frühjahr 2007 stellt sie an der Universität einen Antrag auf Nachteilsausgleich gemäß § 46 der Landesprüfungsordnung. Das Prüfungsamt der Universität verlangt daraufhin die Vorlage eines amtsärztlichen Attestes oder eines Behindertenausweises.

B.F. wendet sich an das Versorgungsamt, doch dieses verweigert die Ausstellung eines Behindertenausweises. Als Begründung wird angeführt, dass die Auswirkungen der Beeinträchtigung durch die Legasthenie nur mit 20 GdB (Grad der Behinderung) bewertet würden, für die Ausstellung eines Behindertenausweises seien aber 50 GdB notwendig. Des Weiteren seien die notwendigen gesundheitlichen Merkmale nicht vorhanden, da keine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Beweglichkeit vorliege, die Behinderung nicht aus einer anerkannten Berufskrankheit resultiere und keine Hilflosigkeit bestehe.

Im Rahmen eines eingelegten Widerspruches gegen den Bescheid des Versorgungsamtes erklärt B.F., dass sie auch während der Schulzeit noch nie einen Nachteilsausgleich bekommen habe und bereits fünf Jahre hinter anderen Studenten zurück liege. Es sei ihr nur über eine Lehre möglich gewesen, die Gymnasialzulassung zu erlangen. Im erlernten Beruf als Schauwerbegestalterin könne sie aber wegen extrem schwacher Rechtschreibleistungen keine Anstellung finden. Im Studium müsse sie alle selbstverfassten Texte von einer Hilfskraft korrigieren und verbessern lassen, da ein Student, der nicht richtig schreiben könne, als dumm, faul oder provozierend angesehen werde. Von einem Nachteilsausgleich erhoffe sie sich eine deutliche Erleichterung. Die Krankheiten Legasthenie und ADHS würden in der Gesellschaft kaum akzeptiert. Aus diesem Grund sehe sie es als unerreichbar an, ohne einen Behindertenstatus ihr Studium

zu beenden und eine gute Anstellung zu finden. Ihrer Meinung nach würde jeder körperlich Behinderte eher eingestellt werden als sie.

Eine Ergänzung der bereits erstellten humangenetischen Beurteilung kommt zu dem Ergebnis, dass ein GdB von 20 zu niedrig angesetzt sei, denn bei B.F. liege eine schwere Leistungsbeeinträchtigung vor und sie benötige bei universitären Prüfungen einen Nachteilsausgleich. Die Koexistenz einer schweren Legasthenie mit ADHS rechtfertige einen GdB von 50. Nichtsdestotrotz lehnt das Versorgungsamt den Antrag auf einen Behindertenausweis erneut ab.

Das Prüfungsamt ist unsicher, wie es auf den Antrag auf Nachteilsausgleich reagieren soll, da es noch keinen vergleichbaren Antrag erhalten hat. Eine Sekretärin erklärt B.F. gegenüber sogar, dass es so etwas wie einen Nachteilsausgleich gar nicht gebe, „und außerdem Legasthenie ja wohl keine Behinderung ist“. Überraschenderweise wird der Nachteilsausgleich schließlich ohne die Vorlage eines amtsärztlichen Gutachtens gewährt. Die Begründung der Antragsstellerin und die beigelegten Fachgutachten haben das Prüfungsamt überzeugt. Der Nachteilsausgleich beinhaltet eine Schreibzeitverlängerung und eine Beschränkung der Begutachtung auf die Semantik der Prüfungsleistungen. Damit wirkt sich die Rechtschreibleistung nicht mehr auf die Bewertung aus.

3.2.7. Psychische Situation

Der Besuch des Montessorikindergartens verläuft ohne Probleme. Im Regelkindergarten dagegen fühlt sich B.F. nicht wohl. Sie kann sich nur schwer unterordnen und möchte den Kindergarten schließlich nicht mehr besuchen.

Im Zeugnis der 1. Grundschulklasse (1985/1986) wird B.F. als kontaktfreudig beschrieben. Sie bemühe sich, bei Gruppenarbeiten Regeln und Vereinbarungen einzuhalten. Als in der 2. Klasse (1986/1987) verstärkt Probleme in schulischen Fächern und Auseinandersetzungen mit den Klassenkameraden auftreten, weigert sie sich immer häufiger, die Schule zu besuchen, und klagt über Übelkeit und Bauchschmerzen. Darüber hinaus entwickelt sie eine Abneigung gegen jegliches Lernen. In der

3. Klasse (1987/1988) muss B.F. oft Rechtschreibübungen an der Tafel ausführen. Dabei reagiert sie auf die Lehrer aufmüpfig und aggressiv. Infolge der Behandlung der Hyperaktivität wird sie ruhiger und ihre Noten verbessern sich. Das Verhältnis zu den Mitschülern ist jedoch schlecht und sie hat nur eine Freundin in der Klasse.

Im Gymnasium kommt es trotz einer anfangs gelungenen Integration zu gesundheitlichen Problemen. Sie leidet an starken Kopfschmerzen, Übelkeit, Magenproblemen und Durchfällen, insbesondere vor Klassenarbeiten. Im Laufe der 5. Klasse (1989/1990) beginnen die anderen Schüler, B.F. auszugrenzen und zu beleidigen. In der 6. Klasse (1990/1991) finden regelmäßig Auseinandersetzungen mit den Lehrern und den Mitschülern statt. Insbesondere von der Klassenlehrerin wird sie vor der ganzen Klasse bloßgestellt. Sie entwickelt große Ängste, sowohl vor den Lehrern als auch den Mitschülern.

In der Realschule prägen von Anfang an Probleme das Verhältnis zu den anderen Schülern, die keine ehemalige Gymnasiastin in ihrer Klasse haben wollen. In der 7. Klasse (1991/1992) nehmen die Auseinandersetzungen mit den Klassenkameraden ein solches Ausmaß an, dass sie nicht mehr an Klassenfahrten teilnimmt. Lehrer und Mitschüler bezeichnen sie als dumm. B.F. hat sich zu einer Einzelgängerin mit ausgeprägter Schulangst entwickelt. Sie reagiert uneinsichtig, aggressiv und frech gegenüber anderen Kindern sowie Lehrern. Da sie auch außerhalb der Schule keine Freunde hat, verbringt sie ihre Zeit mit Tieren. Bei den Tieren findet sie die Zuneigung und Nähe, die ihr bei den Menschen fehlen.

In der 8. Klasse (1992/1993) steuern die Probleme auf ihren Höhepunkt zu. B.F. vermeidet jeglichen Kontakt mit Gleichaltrigen. Im Alter von vierzehn Jahren schließt sie sich der autonomen Punkszene an und macht erste Erfahrungen mit Drogen und Alkohol. Ihre neuen Freunde sind alle einige Jahre älter. Als sie die 8. Klasse wiederholen muss, eskaliert auch die familiäre Situation. Es gibt täglich Streitereien mit den Eltern, die ihr schließlich Hausarrest geben, bis sich die Noten verbessern. Daraufhin vernagelt sie ihre Zimmertüre mit einer Stahlkette. Sie verschwindet fast jede Nacht durch das Fenster, um sich mit den Punkern zu treffen, ist aber morgens

rechtzeitig zum Schulbeginn zurück. B.F. entfernt sich emotional immer weiter von ihren Eltern und ihrer Schwester. Im Sommer verschwindet sie, ohne sich abzumelden, nach Portugal, da sie meint, in der deutschen Gesellschaft nicht mehr klarzukommen. Erst nach einem Monat meldet sie sich telefonisch bei ihren Eltern. Nach sechs Wochen kehrt sie nach Hause zurück, da sie kein Geld mehr hat und die portugiesische Sprache nicht beherrscht.

Nach der Rückkehr aus Portugal entwickelt sich B.F. zu einer gesellschaftskritischen Einzelkämpferin. Sie ignoriert den Hausarrest und verbringt die Wochenenden in besetzten Häusern in Berlin. Ferner verschwindet sie manchmal tagelang, ohne ihre Eltern zu informieren, und bricht auch den Nachhilfeunterricht ab. Gleichwohl besucht sie die 9. Klasse (1994/1995) regelmäßig. Mit sechzehn Jahren fühlt sie sich durch die neu gewonnenen Freiheiten stark genug, um sich im Leben und in der Schule durchzusetzen. Heftige Wortgefechte mit den Lehrern und ihr wildes Aussehen mit buntgefärbten Haaren verschaffen ihr Anerkennung bei den Klassenkameraden, von denen sie als „cool und stark“ beschrieben wird. In der 10. Klasse (1995/1996) wird sie sogar zur Klassensprecherin gewählt und beauftragt, die Abschlusszeitung künstlerisch zu gestalten. Da sie trotz eines guten Realschulabschlusses keine Gymnasialzulassung erhält, weigert sie sich frustriert, an einer Nachprüfung teilzunehmen. Sie sucht sich innerhalb eines Tages eine Lehrstelle und zieht zu Hause aus.

Nachdem es ihr über die Berufsausbildung gelingt, eine Gymnasialzulassung zu erhalten, ist sie neu motiviert. Sie legt das Abitur mit einem Notendurchschnitt von 1,7 ab.

An der Universität hat sie weiterhin Probleme aufgrund der sozialen Begleiterscheinungen der Legasthenie. Sie empfindet einen großen psychischen Druck, der sich auf ihren Körper auswirkt. So hat sie noch immer Magen-Darm-Probleme und Kopfschmerzen, erleidet wiederholt Nervenzusammenbrüche und zeigt teilweise ein nervöses Zittern. Gleichwohl absolviert sie ihr Studium mit Erfolg, pflegt gute Kontakte zu ihren Kommilitonen und hofft, nach Abschluss des Studiums eine Stelle als Lehrerin zu finden.

3.3. C.G.

3.3.1. Familienanamnese

C.G. wird 1987 geboren. Er hat eine Schwester (geboren 1980), die sich normal entwickelt und weder an Legasthenie noch an einem Hyperkinetischen Syndrom leidet. Auch von den Eltern, die beide eine abgeschlossene Berufsausbildung besitzen, sind keine vergleichbaren Beeinträchtigungen bekannt. Nach Angabe der Eltern haben jedoch weitere Familienangehörige ähnliche Probleme wie ihr Sohn.

3.3.2. Kindliche Entwicklung

Nach einer unauffälligen Schwangerschaft wird C.G. als ruhiger Säugling beschrieben. Im vierten Lebensmonat unternimmt die Mutter einen Abstillversuch, da sie aufgrund einer sehr starken Unruhe des Kindes den Stillvorgang als nicht mehr zu bewältigend empfindet. Die Ernährung mit der Flasche bringt jedoch ähnliche Probleme. Ansonsten verläuft die kindliche Entwicklung unauffällig. C.G. beginnt altersgerecht mit 14 Monaten zu laufen; auch seine motorische Entwicklung und seine Sprachentwicklung sind unauffällig. Die Sauberkeitsentwicklung verläuft zunächst normal, doch einige Zeit später zeigt sich ein belastungsabhängiges Einkoten. Die Eltern beschreiben ihn als ein wildes, aktives Kind.

Bereits im ersten Lebensjahr treten Allergien auf, unter anderem gegen Weichspülmittel. 1988 nehmen C.G. und seine Mutter auf Empfehlung des Kinderarztes an einer Mutter-Kind-Kur an der Ostsee teil, da C.G. eine starke psychomotorische Unruhe aufweist. Im folgenden Jahr sucht die Familie wegen dieser Unruhe die Hilfe einer Erziehungsberatungsstelle.

Im Kindergarten kommt es von Anfang an zu Schwierigkeiten in Form von Kontaktstörungen zu anderen Kindern. Eine Integration in die Kindergartengruppe ist dennoch möglich. Des Weiteren treten erste Anfälle eines Bronchialasthmas auf. Im Alter von fünf Jahren stellen die Eltern C.G. auf Anraten der Erzieherinnen in einer Frühförderungsstelle vor. Dort können bei einem durchschnittlichen bis

überdurchschnittlichen Intelligenzquotienten (IQ 100-115) keine Auffälligkeiten festgestellt werden.

3.3.3. Schulzeit

3.3.3.1. Grundschule

C.G. wird 1993 in die örtliche Grundschule eingeschult. Dort fallen erhebliche Konzentrations- und Wahrnehmungsprobleme auf. Hinzu kommen große Schwierigkeiten mit dem Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung, die zu ausgeprägten psychischen Störungen führen. C.G. verweigert die Mitarbeit, hält sich nicht an Regeln und läuft während des Unterrichtes im Klassenzimmer auf und ab. Um seine Hausaufgaben zu erledigen, braucht er oft den ganzen Nachmittag. Mit der Zeit nimmt er die Rolle des Klassenclowns an und die Integration in die Klassengemeinschaft verschlechtert sich deutlich.

Im Zwischenzeugnis der 4. Grundschulklasse (1996/1997) weist die Klassenlehrerin auf eine Verbesserung der schulischen Situation hin, die wohl der regelmäßigen Verhaltens- und Legasthenietherapie zuzuschreiben sei. C.G. nehme aufmerksamer am Unterricht teil und beteilige sich häufiger daran. Im Lesen und in der Rechtschreibung seien Fortschritte zu verzeichnen. Schriftliche Arbeiten erledige er sorgfältig, jedoch sehr langsam. In Mathematik sei er in der Lage, die Grundrechenarten richtig auszuführen, habe aber Probleme bei den Sachaufgaben. Mit seinen Mitschülern komme er in der Regel gut aus. C.G. darf nicht, obwohl er es gerne möchte, an einem Englischkurs teilnehmen, denn zur selben Zeit findet der Legasthenieförderungskurs statt. Dies erweist sich in der 5. Klasse als Nachteil, da er, wie viele Legastheniker, ohnehin Schwierigkeiten beim Erlernen einer Fremdsprache hat.

3.3.3.2. Hauptschule

Mit dem Wechsel in die 5. Hauptschulklasse (1997/1998) treten neue schulische Probleme auf. C.G. muss sich an feste Lernzeiten und ein selbstverantwortliches Lernen gewöhnen. Er kommt in eine große Klasse, in welcher der Lehrer sich nicht besonders um ihn kümmern kann. Seine Leistungen verschlechtern sich in allen Fächern und er entwickelt eine Ablehnungshaltung gegen die Schule. Aufgrund der andauernden

schlechten schulischen Situation stellen die Eltern schließlich einen Antrag auf Unterbringung in einem Internat.

3.3.3.3. Internat

Der Wechsel auf das Internat erfolgt im Dezember 1997. C.G. besucht dort die 5. Klasse der örtlichen Teilhauptschule. Nach anfänglichen Schwierigkeiten fügt er sich einerseits gut in die Klasse ein und wird von seinen Mitschülern akzeptiert. Andererseits kommt es teilweise zu Hänseleien und er findet keine Freunde in der Klasse. Die Schulleistungen sind insgesamt mangelhaft bis ungenügend. Die schulische Beurteilung am Ende des Schuljahres besagt, dass zusätzlich zu der Lese-Rechtschreibstörung Wissensdefizite aus den ersten zwei Schuljahren, in denen die Hyperaktivität noch nicht medikamentös behandelt wurde, spürbar seien. C.G. habe Konzentrationsschwierigkeiten, arbeite sehr langsam und brauche lange, um Tafelanschriften abzuschreiben. Er benötige ständig jemanden, der ihn zum Arbeiten anhalte und seine Arbeiten kontrolliere. In Aufsätzen habe er Probleme, seine Gedanken in logischer Form wiederzugeben. Außerdem seien die Sätze unvollständig, es komme zu zahlreichen Wiederholungen und er gebrauche eine einfache Wortwahl. Es wird empfohlen, die 5. Klasse freiwillig zu wiederholen. Da das Internat nicht auf eine spezielle Therapie ausgerichtet ist, wird eine Schulart, die auf seine Beeinträchtigungen intensiver eingehen kann, als vorteilhafter angesehen. Auch ein psychologisches Gutachten empfiehlt den Wechsel in eine spezialisierte Ganztageseinrichtung.

3.3.3.4. Odenwaldschule

Nach einem Vorstellungstag wird C.G. 1998 probeweise in die 6. Klasse der Odenwaldschule aufgenommen. Die Schule bietet die staatlich anerkannten Abschlüsse der Hauptschule, der Realschule, der Fachoberschule und des Gymnasiums sowie Ausbildungsgänge im Schreiner- und Schlosserhandwerk und zu Chemisch-technischen Assistenten. Das Internat setzt sich aus kleinen, altersgemischten Wohngruppen („Familien“) zusammen, die jeweils von einem Lehrer geführt und betreut werden. Die Schüler der 5. und 6. Klasse leben in einem separaten Haus mit einem festgelegten Tagesplan und intensiver Betreuung. Das Lernen erfolgt in kleinen Unterrichts- und Kursgruppen. Die Schule ist ein heilpädagogisches Zentrum, das über eine spezielle

Legasthenietherapie verfügt. C.G. lebt sich dort gut ein. Er verbringt jedes dritte Wochenende und die Ferien zu Hause. Da eine Versetzung trotz Rücksichtnahme auf seine Legasthenie gefährdet erscheint, wird zu einer Rückversetzung in die 5. Klasse geraten. Diese Rückversetzung führt zu starken psychischen Belastungen und emotionalen Problemen. C.G. besucht eine kleine Lerngruppe, bestehend aus zwölf Schülern, in der individuelle Schwierigkeiten besser erkannt werden. Bei größerer Klassenstärke befürchten die Lehrer einen Verlust des leistungsmäßigen Anschlusses. Darüber hinaus erfolgen ein ständiger Austausch und eine enge Zusammenarbeit zwischen Schule und Heim.

In einer Stellungnahme des Klassenlehrers im Mai 2000 kommt zum Ausdruck, dass C.G. zum Lernen weiterhin klare Vorgaben und eine ständige Kontrolle braucht. In einzelnen Bereichen wird eine positive Entwicklung beschrieben. So hätten sich die Arbeitshaltung und das Verhalten in manchen Fächern verbessert. Nichtsdestotrotz gebe es immer wieder Phasen mit Arbeitsverweigerung und Störung des Unterrichtes. Im Kursbericht der 6. Klasse (1999/2000) steht, dass C.G. versuche, Grenzen und Konsequenzen von Regelverstößen auszutesten. Er leide immer noch unter Konzentrationsproblemen und schweife beispielsweise im Englischunterricht bei anstrengenden Aufgaben wie Verständnis- oder Grammatikübungen leicht ab. Ferner wird kritisiert, dass „von ihm jede Gelegenheit zu stören genutzt wird“ und er seine Arbeitsmaterialien oft nicht dabei habe. In Mathematik, Physik und handwerklichen Fächern erbringe er gute Leistungen; große Schwierigkeiten habe er jedoch weiterhin mit dem Lesen und der Rechtschreibung. Seine Zuverlässigkeit bei freiwillig übernommenen Aufgaben wird gelobt.

Aufgrund der Anwendung physischer und verbaler Gewalt gegenüber Mitschülern, der Beschädigung fremden Eigentums und nächtlichen Alkoholkonsums wird die Probezeit für C.G. verlängert. Außerdem drückt er sich häufig vor Aufgaben in Heim und Schule und gibt fadenscheinige Gründe als Erklärung an. Zusätzlich kommt es in der Klasse zu einem nicht näher bekannten Vorfall, an dem C.G. beteiligt ist. Er versucht, sich zu entlasten, indem er den Mittäter verrät. Im Kursbericht der 7. Klasse (2000/2001) werden wiederum ein langsames Arbeitstempo, häufiges Zuspätkommen,

Unterrichtsstörungen, eine unzureichende Vorbereitung auf den Unterricht und eine mangelhafte Mitarbeit kritisiert. C.G. bringe Unruhe in die Gruppe, indem er versuche, sich gegenüber Klassenkameraden zu produzieren und eine Show abzuziehen.

Der Kursbericht in der Mitte des 8. Schuljahres (2001/2002) enthält die gleichen Kritikpunkte wie der des Vorjahres. Doch es wird auch erwähnt, dass sich die Einstellung und das Arbeitsverhalten phasenweise positiv verändert haben und keine weiteren Gewaltreaktionen oder Sachbeschädigungen auftraten. Draufhin gilt die Probezeit als erfolgreich beendet. Die Noten belaufen sich auf „mangelhaft“ (Note 5) in Englisch und Chemie, „ausreichend“ (Note 4) in Mathematik sowie „gut“ (Note 2) in Werken und Sport. Einige Zeit später jedoch ist in einem Brief der Schule an die Eltern zu lesen, dass sich sein Verhalten im Unterricht und im Heim auf negativ-destruktiver Ebene verfestigt habe. Da sich die Leistungen allgemein verschlechtern, wird die Versetzung als gefährdet angesehen. Angesichts neuer, nicht näher präzisierter Gewaltvorfälle wird die Probezeit neu eröffnet. Im Kursbericht am Schuljahresende erhält C.G. die Bewertungen „mangelhaft“ in Deutsch, Politik, Biologie, Geschichte und Chemie sowie „ausreichend“ in Mathematik, Physik, Englisch und Religion. Kritisiert werden seine Unaufmerksamkeit, fehlende Hausaufgaben, unentschuldigte Fehlstunden und die Verweigerung einer sinnvollen Beteiligung am Unterricht. In Deutsch sei er an die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit gestoßen und habe diese nicht akzeptieren können. Gleichwohl wird er in die 9. Klasse versetzt. In einem zur selben Zeit verfassten Entwicklungsbericht der Schule wird eine wechselhafte Entwicklung beschrieben, die sich jedoch wieder stabilisiert zu haben scheine. Die massiven Unterrichtsstörungen und die deutliche Leistungsverschlechterung hätten erst nach einer erneuten Eröffnung der Probezeit nachgelassen.

In einem Familienbericht am Ende des zweijährigen Aufenthaltes in der Wohngruppe sprechen die Betreuer von Drogenproblemen, doch habe C.G. „wohl immer wieder rechtzeitig die Kurve bekommen“. Sein Lebenswandel wird als unterhaltungs- und konsumbestimmt beschrieben. Die Notwendigkeit ständiger Gespräche und Ermahnungen empfinden die Betreuer sehr belastend. Angesichts der negativen Vorkommnisse der vergangenen zwei Jahre in der Schule und in der Wohngruppe sowie

weiterhin bestehender Defizite im Bereich der Kommunikation und der Akzeptanz von Regeln sehen die Betreuer seiner Wohngruppe keine ausreichende Basis für eine Zusammenarbeit. Auch die Suche neuer Betreuer bereitet Schwierigkeiten.

In einem Schulbericht in der Mitte der 9. Klasse (2002/2003) steht, dass C.G. versuche, seine Hausaufgaben zu erledigen und sich am Unterricht zu beteiligen. Dies gelinge ihm besser in Mathematik, Biologie und Englisch als in Deutsch oder Politik. Es würden jedoch weiterhin immer wieder unkonzentrierte Phasen mit Unterrichtsstörungen auftreten. Im Allgemeinen seien die mündlichen Leistungen besser als die schriftlichen. Besonders in Mathematik zeige sich C.G. mündlich sehr engagiert. Der Hauptschulabschluss am Ende des Schuljahres werde nur an dieser Schule als realistisches Ziel angesehen, da das soziale Umfeld und die Tatsache, dass er sich im Internat wohlfühle, einen großen Beitrag dazu leisteten.

3.3.4. Entwicklung nach Abschluss der Schule

Nach bestandenem Hauptschulabschluss beginnt C.G. eine Lehre als Kfz-Mechatroniker. Trotz einiger Schwierigkeiten schließt er diese ab und findet eine Anstellung bei einem Automobilhersteller. In einem Zeugnis am Ende der Ausbildung wird C.G. als motivierter, gewissenhafter Mitarbeiter beschrieben. Zudem werden sein gutes Sozialverhalten, seine hilfsbereite Art und seine schnelle Auffassungsgabe hervorgehoben.

3.3.5. Diagnosestellung

Im Alter von acht Jahren wird im Rahmen einer Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Diagnose „hyperkinetische Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit“ gestellt. In einem Intelligenztest erreicht C.G. einen durchschnittlichen Intelligenzquotienten von 104, mit einem Verbal-IQ von 109 und einem Handlungs-IQ von 97. Er erzielt gute Ergebnisse im Untertest „Wortschatz“, schlechte Ergebnisse dagegen bei der Konzentrationsfähigkeit. Neurologisch und fein-neurologisch gibt es keine Auffälligkeiten.

Ein Jahr später (1996) findet aufgrund der schulischen Schwierigkeiten eine erneute Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Wegen des Verdachtes auf Legasthenie wird der diagnostische Rechtschreibtest DRT3 durchgeführt. C.G. erbringt darin eine ausgesprochen schwache Testleistung. Die Diagnose lautet: Isolierte Rechtschreibstörung im Sinne einer umschriebenen Entwicklungsstörung (ICD-10 F 81.1). Es wird eine Behandlung mit Methylphenidat (Ritalin®) begonnen, die später auf andere Amphetaminderivate umgestellt wird. Die medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) erstreckt sich über die gesamte Schulzeit und führt zu einer deutlichen Dämpfung der Hyperaktivität.

Ein 1998 angefertigtes kinderpsychiatrisch-psychologisches Fachgutachten zur Frage des Vorliegens einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten und zur Frage einer drohenden oder vorhandenen seelischen Behinderung stellt folgende Diagnosen: elterliche Überfürsorglichkeit (ICD-10 Z 62.1), Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben (ICD-10 Z 61.3), soziale Zurückweisung und Ablehnung (ICD-10 Z 60.4), Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten (ICD-10 F 91.3), Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität (ICD-10 F 91.0), Lese- und Rechtschreibstörung (ICD-10 F 81.0). Der psychopathologische Befund beschreibt eine gute Kooperation, eine depressive Stimmungslage sowie eine deutliche motorische Unruhe. Ein erneuter Intelligenztest ergibt ein Intelligenzniveau im oberen Durchschnittsbereich. Im Rechtschreibtest erreicht C.G. ein sehr schwaches Ergebnis. Ambulante Therapiemaßnahmen sieht der Gutachter als nicht ausreichend an. Er empfiehlt eine Ganztagesunterbringung in einer spezialisierten Einrichtung, um der psychosozialen Anpassungsproblematik zu begegnen und die Ausbildung einer tiefgreifenden seelischen Behinderung zu vermeiden.

Ein zwei Jahre später (2000) angefertigtes kinderpsychiatrisch-psychologisches Fachgutachten bestätigt erneut das Vorliegen einer Legasthenie und empfiehlt, den Internatsbesuch bis zum Hauptschulabschluss fortzusetzen, um einer weiterhin drohenden seelischen Behinderung entgegenzuwirken. Die seelische Stabilität wird als

nicht ausreichend beurteilt, um eine Schule am Wohnort der Eltern besuchen zu können. Es würde erneut eine schulische und soziale Desintegration drohen.

3.3.6. Förderung und Therapie

In der 1. Grundschulklasse (1993/1994) unternehmen die Eltern den Versuch, mit Hilfe von Mentaltraining die Situation in der Schule zu verbessern. In der 3. Klasse (1995/1996) wird mit einer speziellen psychotherapeutischen Behandlung in Form einer Legasthenie- und Verhaltenstherapie begonnen. Diese führt zu einer deutlichen Verbesserung der Leistungen und des Verhaltens in der Schule. Zur Effektivierung der Psychotherapie soll eine pädagogisch-psychologische Assistentin als neutrale Person helfen, die neurotische Lernsymbiose von Mutter und Sohn auf die sachliche Auseinandersetzung mit den schulischen Anforderungen zurückzuführen und rationale Lernstrategien bei C.G. auszubilden. Da sich die starke Verminderung der Anzahl an Rechtschreibfehlern nicht auf die Noten auswirkt, bricht C.G. die Therapie mit dem Wechsel auf die Hauptschule ab. Ein psychologisches Gutachten stellt fest, dass die Gesamtsymptomatik im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie nur begrenzt therapiert werden kann. Der Psychologe erachtet es für wichtig, die sozialen und familiären Bedingungen zu verändern, und schlägt einen Wechsel auf ein Internat vor. Nach einer anfänglichen vehementen Ablehnung des Vorschlages entschließt sich C.G. schließlich aus freien Stücken zu dem Schulwechsel. Der Psychologe sieht in diesem Wechsel die Möglichkeit, neue soziale Kompetenz zu gewinnen, durch die Unterbrechung der Sohn-Eltern-Symbiose ein neues Verhältnis zwischen den Familienmitgliedern aufzubauen und eine bessere Einstellung gegenüber Schule und Lernen zu entwickeln.

Das Internat, auf das C.G. in der 5. Klasse (1997) wechselt, ist zwar nicht auf den Umgang mit Hyperaktivität, Legasthenie und problematischen Beziehungen zwischen Kindern und Eltern spezialisiert; C.G. ist jedoch gezwungen, seine bisherigen Gewohnheiten radikal umzustellen und neue Verhaltensweisen auszubilden. Doch das Internat bringt nicht den gewünschten Erfolg. Ein psychologisches Fachgutachten am Ende des Schuljahres 1997/1998 diagnostiziert eine tiefgreifende seelische Behinderung im Zusammenhang mit der Lese-Rechtschreibstörung. Die Gewährung von

Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII wird befürwortet und als gerechtfertigt angesehen, um in einer spezialisierten Ganztageseinrichtung die drohende seelische Behinderung wirksam zu mildern und die soziale und schulische Integration zu gewährleisten. Die Eltern stellen einen Antrag auf Eingliederungshilfe und machen in einer eidesstattlichen Erklärung gegenüber dem Jugendamt deutlich, dass sie die Odenwaldschule als einzige Chance für ihren Sohn ansehen, da sie eine spezielle Legasthenieförderung bietet und in mittelbarer Nähe des Elternhauses liegt.

Im August 1998 wird ein Hilfeplan nach § 36 SGB VIII erarbeitet. Dieser sieht als Ziel der Maßnahme vor, „durch Beratung und Unterstützung die Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie innerhalb eines im Hinblick auf die Entwicklung des Kindes vertretbaren Zeitraumes soweit zu verbessern, dass sie das Kind wieder selbst erziehen kann“. Während dieser Zeit soll durch begleitende Beratung und Unterstützung der Familie darauf hingewirkt werden, dass die Beziehung des Kindes zur Herkunftsfamilie gefördert wird. Das Kreisjugendamt gewährt die Eingliederungshilfe für die Dauer des Schuljahres 1998/1999. Danach soll geprüft werden, ob die Maßnahme den beabsichtigten Erfolg erreicht hat.

Auf der Odenwaldschule, die C.G. ab 1998 besucht, wird die Legasthenie insofern berücksichtigt, als die Rechtschreibung nicht benotet wird und bestimmte Aufgabenstellungen vorher geübt werden können, um die Angst davor zu vermindern. Die Schule verfolgt ein ganzheitliches Konzept zur Behandlung der Lese-Rechtschreibstörung, das über das ausschließliche Training der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten hinausgeht. Es wird versucht, durch individuelle Lernangebote und Herausforderungen möglichst vielfältige Lernerfolge zu erreichen und damit vor allem Hilfe zur Identitätsfindung und zur Entwicklung eines realistischen Selbstwertgefühls zu geben. C.G. erhält in der Odenwaldschule Einzelunterricht bei einer Legasthenietherapeutin und eine unterstützende Psychotherapie.

Im Februar 1999 wird ein erneutes psychologisches Fachgutachten zur Weiterführung der Fördermaßnahme erstellt. Danach zeige C.G. trotz einer zwischenzeitlich angemessenen Beschulung eine ausgeprägte Prüfungsangst. Wie belastend seine

Rechtschreibschwäche und eine Zurückstufung von der 6. in die 5. Klasse für ihn sei, zeige das hohe Ausmaß an Angst, von erwünschten sozialen Normen abzuweichen. Eine Fortführung des Hilfeplanverfahrens sei unbedingt erforderlich, um zu verhindern, dass die bisher positive Entwicklung mit ersten Teilerfolgen abgebrochen werde und sich die Probleme zu einer manifesten psychischen Erkrankung entwickelten. Das Jugendamt gewährt die Eingliederungshilfe im Verbund mit Erziehungshilfe gemäß § 27 SGB VIII für das Schuljahr 1999/2000. Die bislang alleinige Eingliederungshilfe wird nicht mehr als angemessen angesehen, da sich im vergangenen Schuljahr zusätzlich zu der Legasthenie große disziplinarische Auffälligkeiten zeigten und somit der Erziehungsbedarf zu berücksichtigen sei. In einer schulischen Beurteilung kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass erzieherische Belange im Vordergrund stehen und die Behandlung der Lese-Rechtschreibstörung eher nachrangig ist.

In der 6. Klasse (1999/2000) findet ein weiteres Hilfeplangespräch statt. Die Eltern und ihr ärztlicher Berater stellen fest, dass sie die Erziehungshilfe für nicht erforderlich erachten, da sie die Ursache der Probleme nicht primär in einer Erziehungsproblematik sehen, sondern in dem Vorliegen einer Teilleistungsstörung, die von den bisherigen Schulen und Einrichtungen nicht adäquat behandelt wurde und besondere pädagogische Hilfen erfordert. Die Vertreter der Schule kritisieren die Einstellung der Eltern, die nicht wahrhaben wollen, dass Erziehungsschwierigkeiten bestehen. Das Jugendamt möchte die Hilfeform vollständig in Erziehungshilfe umwandeln, da dank der durchgeführten Legasthenietherapie und Medikamentengabe faktisch kein Behandlungsbedarf der Legasthenie und des Hyperkinetischen Syndroms mehr bestehe, sondern aufgrund disziplinärer Schwierigkeiten ausschließlich erzieherischer Handlungsbedarf vorliege. Schließlich gewährt das Jugendamt Erziehungshilfe für das Schuljahr 2000/2001. Die Eltern legen gegen den Bescheid des Jugendamtes Widerspruch ein mit der Begründung, noch im vergangenen Jahr sei von Schule und Psychologen eine schwere Legasthenie festgestellt worden, die sich nicht verflüchtigt haben kann. Als das Jugendamt daraufhin erklärt, dass nur durch Erziehungshilfe ein Verbleib in der Einrichtung möglich ist und im Rahmen dieser auch eventuell erforderliche Hilfen wegen psychischer Störungen und Legasthenie sichergestellt werden können,

akzeptieren die Eltern die Erziehungshilfe. Dennoch fühlt sich die Mutter durch das Jugendamt verfolgt und in der Familienruhe gestört.

Im Januar der 7. Klasse (2000/2001) wird der am Anfang des Schuljahres beendete Legasthenieförderungsunterricht auf Bitten der Eltern fortgesetzt. Die Erziehungshilfe wird in gleicher Weise für das Schuljahr 2001/2002 gewährt. In den Osterferien absolviert C.G. einen dreiwöchigen Aufenthalt in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung, worauf eine deutliche Besserung des Verhaltens eintritt. Am Ende des Schuljahres schließt das Jugendamt aus einer Aussage des Schulberichtes („C.G. hat schulisch und sozial zu hohe Defizite“), die Odenwaldschule könne dem Erziehungsbedarf nicht entsprechen und eine heilpädagogische Einrichtung sei besser geeignet. Nachdem die Schule und der Anwalt der Familie aber betonen, dass die Odenwaldschule eine heilpädagogische Einrichtung sei und ein Wechsel des Lebens- und Lernortes den Hauptschulabschluss gefährden könnte, stimmt das Jugendamt einem weiteren Verbleib auf der Odenwaldschule zu.

3.3.7. Psychische Situation

Mit Beginn des Schulbesuches treten psychische Störungen zutage. C.G. entwickelt bald eine Schulangst und leidet, insbesondere vor Klassenarbeiten, an Bauchschmerzen, Übelkeit, Brechreiz und einem passageren Einkoten. Die psychomotorische Unruhe, die im Kindergarten noch kompensierbar war, wird offenkundig. Die Mutter bemüht sich sehr, ihrem Sohn beim Lernen zu helfen, doch dieser versteckt oft die Hausaufgaben und versucht, sich durch erfundene Geschichten aus der Konfliktlage zu bringen. Einerseits reagiert er trotzig und aggressiv gegenüber seinen Eltern, andererseits zeigt er einen regressiven Rückzug in eine übertriebene Anhänglichkeit.

Im Alter von neun Jahren (1996) wird in einer psychologischen Beurteilung die Gefahr einer emotionalen Fehlentwicklung und eine kinderpsychiatrisch-behandlungsbedürftige Verhaltensauffälligkeit aufgrund der Legasthenie thematisiert. Es bestehe das Risiko, dass die Leistungsmotivation durch Misserfolgserlebnisse immer weiter abnehme und die Schulleistungen insgesamt nicht dem Niveau entsprechen würden, das gemäß der intellektuellen Begabung zu erwarten wäre.

Zwei Jahre später wird erneut ein psychologisches Gutachten erstellt. In diesem steht, dass sich die Gesamtsymptomatik in einer Persönlichkeitsstörung ausdrücke, in der sich ein trotziges starkes „Ich“ des Sohnes gegen ein schwaches „Über-Ich“ der Eltern stelle. Auf die ständigen schulischen Misserfolgserlebnisse reagiere C.G. mit einer zunehmenden Lern- und Schulverweigerung, die sich auch auf die Psychotherapie ausdehne. Das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn wird als „neurotische Symbiose“ bezeichnet. Als Ursache dieser Symbiose wird aufgeführt, dass C.G. seit früher Kindheit an Allergien, Asthma und Hyperaktivität leide und seine Mutter deshalb eine große Besorgnis und Fürsorge entwickelt habe.

C.G. ist zum Mittelpunkt der gesamten Familie geworden. Sofern er auf seinen Wünschen beharrt, geben die Eltern lieber nach, anstatt ihm Schranken zu setzen. Indem sie ihm viele Aufgaben abnehmen, behindern sie ihn in der Entwicklung von Selbstständigkeit und Verantwortung. Er nimmt in der Familie die Rolle eines Königs ein und bildet daraus ein starkes Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein aus, ohne dass diese aus der Erfahrung seiner eigenen wachsenden Fähigkeiten hervorgehen. Um so größer ist der Schock, als er in der Schule spüren muss, dass er aufgrund seiner Legasthenie und der Hyperaktivität von den Klassenkameraden in seiner Persönlichkeit entwertet, abgelehnt und sozial isoliert wird. Die Eltern seiner Klassenkameraden wollen nicht, dass ihr Kind neben einem Jungen wie C.G. sitzt, da sie um den schulischen Erfolg des eigenen Kindes fürchten. C.G. kann diese massive Ablehnung nicht verstehen und reagiert darauf mit latenter Depressivität, Unsicherheit und Aggressivität. Er entwickelt eine trotzige Selbstbehauptung, die sich ungünstig auf seine Persönlichkeitsentwicklung auswirkt. In der Schule spielt er die Rolle des Klassenclowns, versucht, durch Verhaltensauffälligkeiten auf sich aufmerksam zu machen, und reagiert auf die Lehrer mit verbaler Aggression. Vor seinen Spielkameraden präsentiert er sich als Angeber und Besserwisser.

C.G. versucht auch nicht, sich durch ein gutes Verhalten zu Hause Anerkennung zu verschaffen, sondern opponiert und genießt seine Stärke bei der Verweigerungshaltung. Er beginnt, die Eltern zu belügen, wenn dies gerade seinen Interessen dient. Indem er den trotzigen Selbstbehauptungskampf nicht auf die Verweigerung innerfamiliärer

Pflichten beschränkt, sondern auf die Auseinandersetzung mit den schulischen Anforderungen ausdehnt, verhindert er eine angemessene und effektive Auseinandersetzung mit dem schulischen Lernstoff und vermehrt seine schulischen Misserfolge. Durch diese Misserfolge und die soziale Ablehnung staut sich ein Aggressionspotential auf, das er zu Hause in der Familie entlädt. Die Eltern fühlen sich überfordert, zumal ihr Appell an die Einsicht von C.G. das Gegenteil hervorruft. Die Tatsache, dass nicht nur C.G. durch seine Mitschüler gehänselt wird, sondern auch die Mutter von den anderen Eltern Ablehnung erfährt, führt zu mehrfachen Nervenzusammenbrüchen der Mutter. Ein Depressionsfragebogen macht deutlich, dass C.G. unter depressiven Tendenzen, Suizidgedanken, großen Zukunftsängsten, Schuldgefühlen und inneren Spannungen leidet. Hinzu kommen erhebliche Schlafstörungen und eine außergewöhnliche Schulangst.

Während eines Vorstellungsgesprächs an der Odenwaldschule 1998 fällt auf, dass sich der Vater sehr schweigsam und passiv verhält, wohingegen die Mutter ununterbrochen spricht und ihrem Sohn keine Möglichkeit einräumt, sich selbst zu äußern. An der Odenwaldschule hat C.G. Probleme, sich zu integrieren und die Heimregeln zu respektieren. Bei den anderen Schülern erhält er mit der Zeit Anerkennung durch sein Hobby Modellbau. Nach den ersten Monaten stellt der Internatsleiter eine positive Prognose. Es bedürfe jedoch einiger Zeit, bis C.G. die negativen Erfahrungen aus den vorherigen Schulen und dem sozialen Umfeld durch ein angehobenes Selbstwertgefühl ausgleichen könne. In einem Kursbericht ist zu lesen, dass sich C.G. im Unterricht in Albernheiten, Großmäuligkeit und undisziplinierte Distanzlosigkeit flüchte. Er möchte von seiner Schwäche ablenken und lieber als frech, denn als Nichtkönnler angesehen werden. In einem Heimerbericht wird er als motorisch sehr lebhafter Junge beschrieben. Er erhalte häufig Besuch von seinen Eltern, da er an den Wochenenden gerne dem Alltag des Heimes aus dem Weg gehe. Die Haltung der Mutter, die ihn mit Geschenken überhäuft, wird als überfürsorglich empfunden. C.G. habe immer noch Schwierigkeiten, sich auf die Schule einzulassen, fühle sich aber wohler als an den zuvor besuchten Schulen. Er verübe gerne Streiche, die häufig Grenzen überschritten. In Konfliktsituationen zeige er wenig Respekt gegenüber Erwachsenen und verhalte sich distanzlos. Außerdem habe er Schwierigkeiten, eine eigene Meinung zu entwickeln und

zu dieser zu stehen. Er zeige eine ständige Unruhe, als deren Hauptursache die „Zerrissenheit seiner Lebenswelten“ gesehen wird. Er müsse lernen, Verantwortung zu übernehmen und auf spektakuläre Aktionen, mit denen er Aufmerksamkeit erlangen wolle, zu verzichten.

Ein im Rahmen eines neuen Fachgutachtens im Februar 1999 ausgefüllter Angstfragebogen für Schüler ergibt ein extrem hohes Ausmaß an manifester Angst. Hinzu komme ein stark reduziertes Selbstvertrauen, erhebliche Prüfungsangst und eine übermäßig ausgeprägte Angst, von der erwünschten sozialen Norm abzuweichen.

Nach einer Stellungnahme der Odenwaldschule im Mai 2000 sei die Schule für C.G. zu einem Ort geworden, an dem er sich wohlfühle und der ihm innere Sicherheit vermittele. Er befinde sich gegenwärtig in einem Lernprozess, erkenne Grenzen und probiere Möglichkeiten aus. Seine Rolle in der Wohngruppe habe sich deutlich stabilisiert, er falle aber situationsbedingt in regressive Verhaltensmuster zurück. Er sei jedoch in der Lage, sein eigenes Verhalten selbstkritisch zu reflektieren. Ferner neige er dazu, seine Lernstörung zu instrumentalisieren, indem er für sämtliche Fehlverhaltensweisen und Fehlleistungen eigene Erklärungsmuster habe. Die räumliche Trennung von den Eltern scheine sich positiv auszuwirken, denn die neurotische Mutter-Sohn-Symbiose bestehe immer noch. Die Mutter sehe einen Therapiebedarf nicht ein und lasse durch ihre dominante Haltung kaum Raum für eine eigenständige emotionale Entwicklung ihres Sohnes. C.G. übernehme Redewendungen und Verhaltensweisen, die seine Mutter ihm vorlebe. Solange die Eltern nicht in der Lage seien, die Situation realistisch einzuschätzen, würden bei einer Rückkehr in das Elternhaus die schulischen und häuslichen Schwierigkeiten erneut auftreten.

Ein Fachgutachten am Ende der 7. Klasse (2001) spricht von einem problematischen Sozialverhalten aufgrund seiner Impulsivität und motorischen Unruhe. Nur durch ein großes Engagement von Seiten der Schule und der Eltern werde eine zufriedenstellende Integration des Schülers ermöglicht. Im persönlichen Gespräch habe C.G. abermals Versagensängste und die Befürchtung geäußert, die Odenwaldschule nicht weiter besuchen zu dürfen.

In einem Schulbericht am Anfang der 9. Klasse (2002/2003) wird C.G. als hilfsbereiter, umgänglicher Junge beschrieben. Seine positive Entwicklung werde beispielsweise darin deutlich, dass er einem Mädchen half und dafür in Kauf nahm, im Gegenzug selbst körperlich angegriffen zu werden. Er habe ein festes soziales Umfeld und einen Freundeskreis, in dem er sich wohl fühle. Ein möglichst kontinuierliches Weiterleben und -lernen in diesem Umfeld sei nötig, um die Entwicklung zu stabilisieren und eine größere innere Ruhe zu erlangen. Welche Bedeutung die Odenwaldschule in seinem Leben erreicht hat, wird deutlich, als er in einem Englischaufsatz (Abbildung 13) den Tag, an dem er die Probezeit an der Odenwaldschule bestand, als seinen besten Tag bezeichnet.

My Day

My best Day was on the Day how
I have't my Probezeit of the OSO School.
I was so happy when
I was ~~one~~ ^{from} the Restabau Day
to me "you are a ^{pupil} ~~person~~ from the Odernwaldschool."
and I ^{phoned} ~~phoned~~ write my ^{parents} ~~parents~~ and my ~~parents~~ and
I ~~was~~ ^{were} ~~was~~ ^{were} happy. This was my best Day ^{at} the
Odernwaldschool.

Good essay.

Why were you so happy? what
do like about the OSO? what
do you do at the OSO besides
school? Do you play sports? Are
you in the school fite department?
Do you think the rules are fair?
at the OSO? Have you ever broken
any rules? Which rules have you
broken? Tell me a story.

Abb. 13: Schulaufsatz „My Day“ von C.G. Mitte der 8. Klasse (2002)

3.4. D.E.

3.4.1. Familienanamnese

D.E. wird 1981 in Bayern geboren. Er ist der jüngere Bruder von A.E. (vgl. Abschnitt 3.1).

3.4.2. Kindliche Entwicklung

Nach einer problemlosen Schwangerschaft verläuft auch die Geburt von D.E. unauffällig. Die Statomotorik und die Sauberkeit entwickeln sich zeitgerecht. Es besteht jedoch eine Entwicklungsverzögerung der Sprache. So beginnt er erst im Alter von fast vier Jahren erste Worte zu sprechen. Die verzögerte Sprachentwicklung wird zunächst nicht im Zusammenhang mit einer Legasthenie gesehen. Es finden sich keine Hinweise auf weitere Entwicklungsstörungen, seine mimische und gestische Ausdrucksfähigkeit wird sogar als sehr geschickt beschrieben.

Im Alter von drei Jahren besucht D.E. einen evangelischen Regelkindergarten. Nach einem Jahr wechselt er in den Kindergarten einer Sprachbehindertenschule und wird im Herbst 1986 in die schulvorbereitende Einrichtung dieser Schule aufgenommen.

3.4.3. Schulzeit

3.4.3.1. Grundschulstufe der Sprachbehindertenschule

1988 wird D.E. in die 1. Klasse der Sprachbehindertenschule eingeschult. In einem Schreiben an die Eltern erklärt die Schule, sie habe sich zum Ziel gesetzt, „den Übergang von der Ungebundenheit des kindlichen Lebens und der Welt des Spielens in die Pflicht des schulischen Lernens und Arbeitens behutsam und schrittweise zu vollziehen“. Im Gegensatz zu den Regelschulen beginnt das Schuljahr früher, jedoch gibt es im Herbst und zu Fasching jeweils eine Woche Ferien.

In der 2. Grundschulklasse (1989/1990) hat D.E. erste Probleme beim Erlernen des Lesens und des Schreibens. Trotzdem darf er im Rahmen eines einwöchigen „Schnupperunterrichts“ probeweise eine Regelgrundschule besuchen. Nachdem der

Probeunterricht erfolgreich verläuft, erhält er eine Rücküberweisung durch das Schulamt. Das Schulamt erwartet eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht der Regelgrundschule, da sich seine expressive Sprachentwicklung normalisiert habe.

3.4.3.2. Grundschule

D.E. wechselt Anfang des Schuljahres 1990/1991 in die 3. Klasse der Regelgrundschule. Besondere Probleme bereitet ihm die Rechtschreibung, in der er mangelhafte und ungenügende Leistungen erbringt. Aufgrund der Deutschnote „ausreichend“ (Note 4) und befriedigender Schriftleistungen sowie guter Noten in den übrigen Schulfächern erhält er Ende der 4. Klasse (1991/1992) die Empfehlung für den zukünftigen Besuch der Hauptschule. Als die Eltern ihn dennoch für das Gymnasium anmelden, will dieses ihn erst nach einem erfolgreich absolvierten Probeunterricht aufnehmen. Obwohl das Gymnasium angibt, die Legasthenie bei der Leistungsbeurteilung zu berücksichtigen, beurteilt es den Besuch des Probeunterrichtes als erfolglos.

Einer Empfehlung des Kinder- und Jugendpsychiaters folgend, beantragen die Eltern eine freiwillige Wiederholung der 4. Grundschulklasse (1992/1993). Die freiwillige Wiederholung wird als die beste Möglichkeit angesehen, um die Reifungsverzögerung zu beheben und eine störungsfreie Schullaufbahn zu gewährleisten. Die Rechtschreibung könne in diesem Jahr eine intensivere Übungsbehandlung erfahren und Überforderungserlebnisse würden vermieden. Im Übertrittszeugnis erhält D.E. die Bewertungen „befriedigend“ (Note 3) in Deutsch und in der Schriftleistung, „sehr gut“ (Note 1) in Mathematik und „gut“ (Note 2) in Heimat- und Sachkunde; er wird somit als geeignet für das Gymnasium eingestuft.

3.4.3.3. Gymnasium

Ab dem Schuljahr 1993/1994 besucht D.E. das Gymnasium mit der Sprachenfolge Englisch ab Klassenstufe 5 und Latein ab Klassenstufe 7. In der 6. Klasse (1994/1995) erhält er zusätzlich Förderunterricht in Englisch unter besonderer Berücksichtigung seiner Legasthenie, der in den beiden folgenden Schuljahren fortgeführt wird. Da das bayerische Schulgesetz nach der 6. Klasse keinen Notenbonus für Legastheniker mehr

vorsieht und sich gleichzeitig die Anforderungen erhöhen, verschlechtert sich die schulische Situation. D.E. weint, wenn er von der Schule erzählt, und beginnt Krankheiten vorzutäuschen, um der Schule fernzubleiben. Von den Mitschülern wird er wegen seiner Lese-Rechtschreibstörung schon seit Jahren gehänselt.

In der 8. Klasse (1996/1997) sind seine Leistungen im schriftsprachlichen Bereich sehr schlecht. Nach Einschätzung seiner Eltern kommt er in der Schule „insgesamt nicht mehr zurecht“. In einem Gutachten im Frühjahr 1997 hebt die Schule seine extreme Rechtschreibschwäche hervor. Er verstoße schriftlich gegen die Regeln der Grammatik und des Satzbaus, die er mündlich jedoch einhalte. Des Weiteren habe er Schwierigkeiten, Textinhalte zu verstehen. Seine Arbeitsweise sei ungeordnet und sprunghaft. Im Unterrichtsgespräch dagegen zeige er sich interessiert und könne seine Gedanken besser äußern, habe aber Konzentrationsschwierigkeiten. In der Fremdsprache Englisch werden Schwächen in der Rechtschreibung und in der Grammatik beschrieben. Außerdem „zeugen seine mangelnden Vokabelkenntnisse von einer schlechten Vorbereitung und einem unzureichenden Einsatz“. In Latein werde die Rechtschreibschwäche kaum deutlich und er bringe auch Verständnis für grammatikalische Zusammenhänge auf. In Mathematik erziele er sehr gute Ergebnisse. Indem er freiwillig Aufgaben an der Tafel vorrechne, möchte er seinen Klassenkameraden zeigen, dass er in diesem Fach erfolgreich sein könne.

Im Zwischenzeugnis der 8. Klasse wird die Versetzung als gefährdet angesehen, nachdem D.E. die Noten „mangelhaft“ (Note 5) in Deutsch, Latein und Biologie sowie „ungenügend“ (Note 6) in Englisch erhält. Die Eltern führen dies auf eine zunehmende Schulverweigerung und die Ignoranz einiger Lehrkräfte gegenüber seinen Problemen zurück. Daher stellen sie ihn in der Jugenddorf-Christophorusschule (CJD) vor, einem Internat mit spezieller Legasthenieförderung, das bereits die beiden weiteren von der Legasthenie betroffenen Geschwister besuchen. Die Einrichtung ist der Auffassung, dass sie geeignet sei, D.E. zu fördern, und stimmt einer Aufnahme uneingeschränkt zu.

3.4.3.4. Jugenddorf-Christophorusschule

Im April 1997 wird D.E. in die 8. Klasse der Jugenddorf-Christophorusschule aufgenommen. Zu Beginn hat er eine sechsmonatige Probezeit zu bestehen, die ihm keine Schwierigkeiten bereitet. Die Wochenenden verbringt er zu Hause. Während der gesamten Schulzeit erfolgt eine intensive Einbeziehung der Eltern in Form von Elternabenden und persönlichen Gesprächen mit der Schule und dem Legastheniezentrum. Die Schule bescheinigt D.E. nach dreimonatigem Aufenthalt, sich gut eingelebt und eingegliedert zu haben. Er fühle sich wohl und entwickle in diesem angstfreien Umfeld eine positive Schulmotivation.

Die Versetzung in die 9. Klasse (1997/1998) gelingt, da sich die Deutschnote auf „befriedigend“ verbessert. Die neue Schule bietet den Vorteil, dass legastheniebedingte Fehler, wie in Abbildung 14 ersichtlich, bei der Notengebung nicht berücksichtigt werden. Darüber hinaus trägt in Hessen die mündliche Leistung 50 Prozent zur Gesamtnote bei. In Bayern dagegen hat die schriftliche Leistung gegenüber der mündlichen doppeltes Gewicht. Zudem sieht das bayerische Schulgesetz eine Nichtbenotung der Rechtschreibleistung bis Klasse 10 bei Legasthenikern nicht zwingend vor. Nach ersten schulischen Erfolgen gewinnt D.E. zunehmend an Sicherheit und seine Prüfungsangst verringert sich.

Trotz einer Leistungsverschlechterung in der 10. Klasse (1998/1999), die sogar seine Lieblingsfächer Mathematik, Chemie und Physik einschließt, schafft D.E. die Versetzung in die gymnasiale Oberstufe. Die Ursache der Leistungsverschlechterung sehen die Eltern in der Belastung, die durch eine befürchtete Ablehnung des weiteren Aufenthaltes in der Jugenddorf-Christophorusschule durch das Kreisjugendamt entstanden ist.

In der Halbjahresbewertung der 11. Klasse (1999/2000) erhält D.E. die Bewertungen „ausreichend“ in den Fächern Deutsch und Englisch, „gut“ in Mathematik, „befriedigend“ in Physik sowie gute bis befriedigende Noten in den übrigen Fächern. Er nimmt weiterhin an einem spezifischen Legasthenieförderunterricht teil und besucht zusätzlich einen mündlichen und schriftlichen Konversationskurs in Englisch.

1. Deutcharbeit der Klasse 8a

Oberurff 14.10.97

Nach einer Stunde, ist die Erntee in Uppf und ZIR

Körper zurückgekehrt, und der höhepunkt ZIR

des Tages kann stattfinden; „Stundenlanges fern- RIRIRIR
sehen, ohne das kostige Mägern der Eltern.“ R

Um nicht zuföl energie zu verloren, und RIRIZ

somit länger fernsehen zu können, setzt man R

sich dazu in einen beuwaren Sessel und R

legt die Fuße auf den Tisch. Die fern- R

bedeckung hält man in der Hand, um sitzent R

von Unal zu Unal wegsch zu können. Nur R

spannende und kostige Filme dürfen na- R

im Oberurff /
ABO 1

Adj: 1 Nomen 1 Verb 1
Wißbegierigen Schülern gefällt

best. Art. 1 Adj. 1 Nomen 1 best. Art. 1
der lehrreiche Grammatikunterricht des

Adj. 1 Nomen 1 Präpos. 1 Nomen 1
netten Deutschlehrers in Oberurff

11 Pkte.

1. Diktat: 25 Fehler = [6-],

wegen anerkannter Legasthenie nicht gewertet!

2. Grammatikteil: 46/55 Pkte. = 2.

Insgesamt

2

21.10.97

Abb. 14: Schularbeit an der Jugenddorf-Christophorusschule, die Legasthenie wird bei der Benotung berücksichtigt

Nachdem er die gymnasiale Oberstufe erfolgreich absolviert hat, besteht er 2002 das Abitur mit einem Durchschnitt von 2,7 (2,9 vor Berücksichtigung der Legasthenie) und erlangt somit die Qualifikation für das geplante Universitätsstudium.

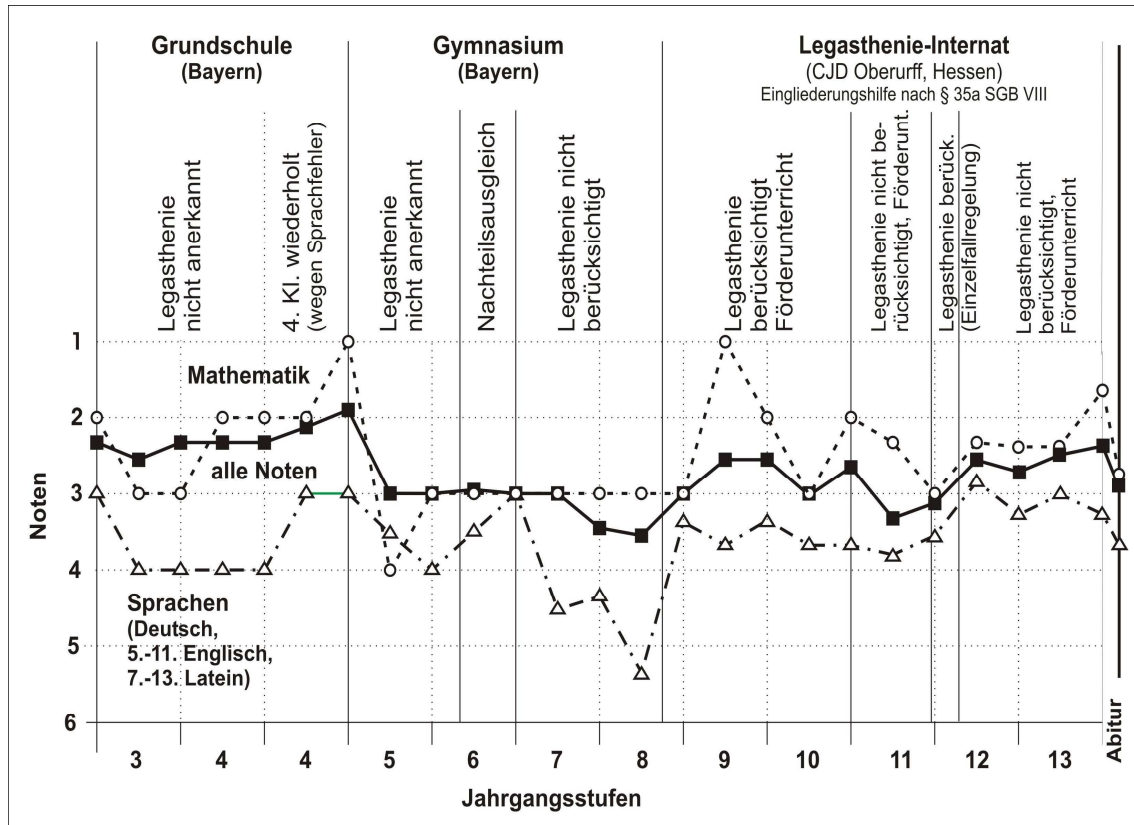


Abb. 15: Verlauf der Schulnoten von D.E.

3.4.4. Entwicklung nach Abschluss der Schule

D.E. wird wegen seiner Legasthenie vom Wehrdienst freigestellt. Wie sein Bruder hat auch er den Wunsch, Humanmedizin zu studieren. Da er in Deutschland keinen Studienplatz erhält, beginnt er zum Wintersemester 2002/2003 das Studium in Budapest. Als er nach einigen Wochen feststellen muss, dass Humanmedizin nicht das richtige Studium für ihn ist, bricht er es ab und studiert seit dem Wintersemester 2003/2004 Bauingenieurwesen an einer deutschen Universität. Die Zeit bis zum Beginn des Bauingenieurstudiums nutzt er, um die vorgeschriebenen Praktika zu absolvieren. In diesem technisch ausgerichteten Studium bereitet ihm die Legasthenie keinerlei Probleme und er erzielt trotz eines hohen Leistungsdruckes sehr gute Ergebnisse.

3.4.5. Diagnosestellung

Als D.E. fast vier Jahre alt ist, bescheinigt der Kinderarzt eine Entwicklungsverzögerung der Sprache, der keine Schwerhörigkeit als Ursache zugrunde liege, sowie ein überdurchschnittliches nonverbales Intelligenzpotential. Im darauffolgenden Jahr spricht der pädiatrische Befund wiederum von einer expressiven Sprachentwicklungsstörung mit Stammeln und Dysgrammatismus. Der Kinderarzt empfiehlt deshalb den Besuch einer speziellen Schulvorbereitung für Sprachbehinderte.

Im Alter von elf Jahren stellt ein Kinder- und Jugendpsychiater bei D.E. die Erstdiagnose einer umschriebenen Lese-Rechtschreibstörung (ICD-10 F 81.0). Die intellektuelle Leistungsfähigkeit wird als durchschnittlich beurteilt, wobei Schwächen bei Verballeistungen erkennbar seien. Auch das visuelle Kurzzeitgedächtnis und die visuelle Diskriminationsleistung seien vermindert.

Gegen Ende der Grundschulzeit wird eine Augenfehlbildung mit einer beidseitigen Myopie, einem Astigmatismus und einer Nahexophorie festgestellt. Aus diesem Grund hat D.E. Schwierigkeiten, Schriftbilder scharf zu erkennen, so dass die Sehschwierigkeiten die Lese-Rechtschreibstörung verstärken. Durch das Tragen einer Brille und gezielten Förderunterricht können die Probleme behoben werden.

Aufgrund zunehmender Schulprobleme wird 1997 ein erneutes kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten erstellt. Der Hamburger-Wechsler-Intelligenztest ergibt ein überdurchschnittliches Ergebnis mit einem Gesamtintelligenzquotienten von 123, bestehend aus einem Handlungs-IQ von 125 und einem Verbal-IQ von 116. Im Rechtschreibtest dagegen erreicht er ein deutlich unterdurchschnittliches Ergebnis. Im Lesetest erbringt D.E. bei verständigem Lesen durchschnittliche Leistungen, bei „Nichtwörtern“ fallen die Leistungen jedoch deutlich schlechter aus. In der Beurteilung werden eine ausgeprägte Rechtschreibstörung, die nicht durch mangelnde oder unqualifizierte Unterrichtung bzw. Seh- oder Hörstörungen erklärt werden könne, sowie eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der mangelhaften Rechtschreibfähigkeit und der überdurchschnittlichen intellektuellen Leistungsfähigkeit beschrieben.

Weitere kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten, die in den beiden folgenden Jahren eingeholt werden, schließen sich der Beurteilung des Vorjahres an. Die Leistung im Rechtschreibtest habe sich zwar leicht verbessert, sei aber immer noch deutlich unterdurchschnittlich. Die Kriterien für eine Legasthenie werden nach wie vor als erfüllt angesehen. Auch ein 1999 gerichtlich eingeholtes psychologisches Zusatzgutachten beschreibt eine hohe Diskrepanz zwischen der Rechtschreibleistung und den intellektuellen Fähigkeiten. Außerdem gebe es Hinweise auf eine diskrete Aufmerksamkeitsproblematik. In einem Konzentrationstest im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in einer Kinderklinik im Sommer 2000 arbeitet D.E. in Leistungssituationen, die Konzentration verlangen, mit einer überdurchschnittlichen Geschwindigkeit. Bei der Fehleranzahl, welche die Genauigkeit widerspiegelt, liegt seine Leistung dagegen im unterdurchschnittlichen Bereich.

Im Juli 2001 wird D.E. bei der Musterung wegen seiner Legasthenie vom Wehr- und Zivildienst freigestellt. Ein zur gleichen Zeit erstelltes kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten sieht die Diagnose einer Lese-Rechtschreibstörung nach ICD-10 F 81.0 immer noch als gerechtfertigt an, da der Intelligenztest einen weit über dem Durchschnitt liegenden Intelligenzquotienten von 131 ergibt, die Rechtschreibleistung sich aber im Vergleich zur Voruntersuchung sogar verschlechtert hat.

3.4.6. Förderung und Therapie

Von Januar 1985 bis Juli 1986 besucht D.E. eine heilpädagogische Frühförderung zur Behandlung der Sprachentwicklungsstörung. Im Anschluss wird D.E. auf Empfehlung des Schulamtes und des Kinderarztes in eine schulvorbereitende Einrichtung für stark Sprachbehinderte aufgenommen, bevor er anschließend in die dazugehörige Grundschule wechselt. Dort werden neben Wahrnehmungsübungen und Übungen zur Schulung der Feinmotorik auch sportliche Übungen durchgeführt. In einem Bericht am Ende der Zeit in der Sprachbehindertenschule wird die Befürchtung geäußert, dass nach der Erfahrung bei der Arbeit mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern häufig versteckte Restsymptome verbleiben, die trotz guter intellektueller Ausstattung Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Schreibens zur Folge haben

könnten. Die Probleme in der Rechtschreibung könnten sich unter Umständen auch auf andere Leistungsbereiche auswirken. Der Bericht beschreibt D.E. als strebsamen und leistungsbewussten Schüler, wobei die Hilfe seiner Eltern als tatkräftig und qualifiziert bezeichnet wird.

Von 1992 bis 1994 erhält D.E. eine ambulante Legasthenietherapie. Begleitend werden die Eltern in Form von Beratungsgesprächen in die Therapie eingebunden. Verschiedene Tests zu Beginn der Therapie ergeben Hinweise auf eine akustische Speicherschwäche, Probleme bei der Umsetzung der gesprochenen Sprache in die Schriftsprache, Auslassungen in der Rechtschreibung und eine abweichende eigensprachliche Rhythmik. Therapieziele sind, die Leistungsmotivation zu verbessern, eine positive Lernsituation zu schaffen und die Eigenaktivität im sprachlichen Bereich zu stärken. Im Laufe der Therapie macht D.E. deutliche Fortschritte im Bereich der Lautunterscheidung, des Sprachrhythmus und der Rechtschreibregeln. Da sich Probleme und Fehler verstärkt in Belastungssituationen zeigen, wird besonderes Gewicht auf das Training von Rechtschreibstrategien unter erhöhten Leistungsanforderungen gelegt. Schließlich hat sich die Rechtschreibung soweit verbessert, dass die Legasthenietherapie zunächst beendet werden kann.

Dank einer frühzeitig erkannten und therapierten Legasthenie schafft es D.E., bis zum 7. Schuljahr (1995/1996) seine Schwäche und seine emotionalen Probleme einigermaßen zu kompensieren. Als dies danach nicht mehr gelingt und sich die schulischen Leistungen verschlechtern, stellen die Eltern Anfang des Jahres 1997 beim Kreisjugendamt einen Antrag auf stationäre Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Der Antrag stützt sich auf ein kinder- und jugendpsychiatrisches Gutachten, das eine „außerhäusliche Unterbringung und Beschulung“ mit zusätzlicher spezifischer Therapie der Lese-Rechtschreibstörung und der emotionalen Probleme als erforderlich ansieht, um eine drohende seelische Behinderung zu vermeiden. Des Weiteren wird bestätigt, dass den Problemen nicht eine Überforderung durch elterlichen Ehrgeiz zugrunde liege; D.E. sei eindeutig für das Gymnasium geeignet. Auch der staatliche Schulberater empfiehlt einen sofortigen Schulwechsel. Die Jugenddorf-Christophorusschule in Hessen wird ausgewählt, da in Bayern keine vergleichbare Einrichtung existiert.

Im Juli 1997 findet das erste und einzige Hilfeplangespräch statt, bei dem Vertreter des Kreisjugendamtes und der Schule sowie die Eltern anwesend sind. Dennoch wird nie ein Hilfeplan erarbeitet, denn das Jugendamt wirft den Eltern eine eigenmächtige Unterbringung des Kindes in der Jugenddorf-Christophorusschule vor. Im Anschluss an das Gespräch lehnt das Jugendamt die stationäre Eingliederungshilfe ab, da für die Behörde ein Internatsaufenthalt allein aus schulischen Gründen nicht in Betracht kommt. Die Tatsache, dass die Schule den Verbleib aus Gründen einer seelischen Gefährdung für erforderlich hält und ein Psychologe betont, D.E. brauche ein Lernumfeld mit Legasthenieerfahrung, spielt bei der Entscheidung des Jugendamtes keine Rolle. Das Jugendamt erachtet eine örtliche Umschulung mit begleitender intensiver Einzeltherapie als ausreichend. Nachdem die Eltern gerichtlich dagegen vorgehen und der Landesarzt für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche eine drohende seelische Behinderung bei Abbruch des Internatsaufenthaltes bescheinigt, verpflichtet das Gericht das Jugendamt zur Zahlung von Eingliederungshilfe für den Zeitraum von April 1997 bis Sommer 1998. Nach Auffassung des Gerichtes liegen keine Anzeichen und Erfahrungswerte dafür vor, dass Vergleichbares an den Gymnasien vor Ort und durch ergänzende ambulante Therapie bewirkt werden könne.

Der Antrag auf Weitergewährung der stationären Eingliederungshilfe für das Schuljahr 1998/1999 wird vom Kreisjugendamt abermals abgelehnt mit der Begründung, Ziel der Eingliederungshilfe sei eine Rückführung in das Schulumfeld. Ihm wird erst auf gerichtliche Anordnung nach Einholung eines landesärztlichen Gutachtens stattgegeben. Auch im folgenden Jahr muss die Eingliederungshilfe gerichtlich durchgesetzt werden. Das Jugendamt wirft den Eltern vor, ihren Sohn durch überzogene Erwartungen in eine Belastungssituation zu bringen. Das Gericht begründet sein Urteil dagegen damit, dass jeder die Chance erhalten müsse, zu Leistungsbewertungen zu gelangen, die seiner Intelligenz gerecht würden.

Im Mai 2000 stellt der nun volljährige D.E. persönlich einen Antrag auf Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Er beantragt die Eingliederungshilfe für die gesamte Oberstufe, da die Jahrgangsstufen 12 und 13 eine schulische Einheit bildeten und die spezifische Kurswahl einen Schulwechsel unmöglich mache. In seinem Antrag

protestiert er mit aller Schärfe gegen die wiederholte Unterstellung, für die gymnasiale Schullaufbahn nicht geeignet zu sein. Sein Ziel sei ein Studium der Medizin oder der Architektur. Wenn er jedoch das Internat verlassen müsse, würde er kein anderes Gymnasium besuchen und somit seinen Berufswunsch aufgeben. Außerdem weist er darauf hin, dass er im Rahmen einer Einzelfallregelung des hessischen Kultusministeriums einen Nachteilsausgleich für Legastheniker auch in der Oberstufe erhalte. Das Kreisjugendamt lehnt den Antrag wieder ab und zwar mit der Begründung, dass „Eingliederungshilfe nicht eine Besserstellung Einzelner durch langjährige kostenintensive stationäre Maßnahmen bedeutet“. Im Widerspruchsverfahren heben D.E. und seine Eltern hervor, die Jugenddorf-Christophorusschule setze das Eingliederungsziel der Hinführung zu Selbstständigkeit und Selbstverantwortung vorbildlich um, indem die älteren Schüler in gesonderten Wohngruppen lebten, die entsprechend betreut und überwacht würden. Das Gericht stimmt dem Antrag auf Eingliederungshilfe schließlich bis Februar 2001 zu, da eine kostengünstigere ambulante Hilfe, welche die bisher erreichte positive Entwicklung nicht in Frage stelle und eine seelische Behinderung nicht verschärfe, unmöglich erscheine.

Vom 3. Juli bis 11. August 2000 unterzieht sich D.E. einer stationären Behandlung in einer Klinik für Kinder und Jugendliche, die eine Förderung und Stabilisierung seiner Persönlichkeit und eine Gewichtsreduktion zum Ziel hat. Hierzu sollen die körperliche und psychische Belastbarkeit durch gezieltes Training gesteigert, das Selbstbild verbessert, die soziale Kompetenz gefördert und individuelle Bewältigungsstrategien in Konfliktsituationen eingeübt werden. Ferner nimmt er an einem intensiven bewegungstherapeutischen Programm teil, das Elemente aus dem Bereich der konzentrativen Bewegungstherapie einschließt. Am Ende des Aufenthaltes hat es D.E. geschafft, sein Körpergewicht von 99,5 kg auf 88 kg zu reduzieren.

Trotz eines Gutachtens des Landesarztes für geistig und seelisch behinderte Erwachsene, das aufgrund der ausgeprägten psychischen Störungen die Kriterien für die Anwendung des § 35a SGB VIII gegeben sieht, und einer ähnlichen Beurteilung des Kinder- und Jugendpsychiaters, stimmt das Kreisjugendamt der Fortsetzung der Eingliederungshilfe Mitte der 12. Klasse (2001) nicht zu. Seiner Meinung nach steht

einer Reintegration in das familiäre und soziale Umfeld nach über vier Jahren stationärer Therapie nichts mehr im Wege.

In einem gerichtlichen Vergleich stimmt das Kreisjugendamt letztendlich zu, die Eingliederungshilfe bis zum Erreichen des Abiturs zu gewähren. Die Eltern müssen sich allerdings verpflichten, bei allen ihren Kindern, die Eingliederungshilfe erhalten, einen monatlichen Kostenbeitrag zu übernehmen. Gegenüber der Presse erklärt das Jugendamt seine wiederholten Ablehnungen der Eingliederungshilfe damit, dass es ihm um eine Grundsatzentscheidung gehe.

3.4.7. Psychische Situation

In einer psychologischen Beurteilung während der 5. Schulklasse (1993/1994) wird D.E. als psychisch stabil beschrieben. Er könne sich den Problemen stellen, die durch die Legasthenie im schulischen und sozialen Bereich entstehen würden. Die Ergebnisse eines Angstfragebogens lägen im Durchschnittsbereich, er zeige eine geringere Schulunlust als andere Schüler und eine „erhöhte Bereitschaft zur sozialen Erwünschtheit“. In der 6. Klasse (1994/1995) stellt der Kinder- und Jugendpsychiater jedoch die Entwicklung einer zunehmenden Schulangst und depressiver Züge fest. D.E. versuche, sich nicht nur vor dem Schulbesuch zu drücken, sondern es bahne sich auch eine sekundäre emotionale Fehlentwicklung an.

Eine psychologische Emotionaldiagnostik in der 8. Klasse (1996/1997) kommt zu dem Ergebnis, dass D.E. gedanklich im Wesentlichen mit Schulfragen und –ängsten beschäftigt sei. Er fühle sich aufgrund der Rechtschreibprobleme in der Schule ausgegrenzt, leide erheblich unter seinen schlechten Noten und wünsche sich oft, „dass die Legasthenie weg ist“. Seine größte Angst sei, von seinen Lehrern und Klassenkameraden ausgelacht zu werden. Die Schule erlebe er emotional als sehr belastend. Im Kontakt zu Freunden beschreibe er sich als isoliert und ständig um Freundschaften bemüht. Die Persönlichkeitsbeurteilung ergibt Tendenzen zu einer emotionalen Labilität, eine leichte Erregbarkeit und eine geringe Frustrationstoleranz. Die psychologische Emotionaldiagnostik führt sein erheblich gestörtes

Kontaktverhalten auf Ausgrenzungserlebnisse und Versagensängste zurück. Zudem wird die Persönlichkeitsentwicklung als depressiv charakterisiert.

Zur selben Zeit erklären die Eltern in einer eidesstattlichen Versicherung, dass ihr Sohn einen zunehmenden Leistungsabfall zeige, der besonders die Fächer Deutsch, Englisch und Latein betreffe. Außerdem habe sich sein Verhalten verändert. D.E. werde immer stiller und verschließe sich sogar gegenüber der Familie. Um seinen psychischen Frust zu kompensieren, habe er eine Fresssucht mit entsprechendem Übergewicht entwickelt. Sowohl die Eltern als auch D.E. selbst sehen die Jugenddorf-Christophorusschule als einzige Chance, die Probleme zu umgehen, die aus den für ihn nicht zu bewältigenden Leistungsanforderungen am derzeitigen Gymnasium resultieren. Später erzählen die Eltern, die angespannte familiäre Situation habe sich bereits nach den ersten drei Internatsmonaten normalisiert. Ein Schulbericht am Ende der 8. Klasse bewertet die soziale und schulische Integration als gelungen. Durch den späten Einstieg im Schuljahr habe D.E. anfangs Schwierigkeiten gehabt, in bestehende Gruppenkonstellationen hineinzuwachsen. Doch durch seine freundliche, kooperative, ruhige und hilfsbereite Art habe er schnell Anschluss an die Hausgemeinschaft gefunden.

Ein Jahr später (1998) berichtet das Internat, dass D.E. von der Hausgemeinschaft anerkannt werde und einen festen Freundeskreis gefunden habe. Aus diesem Grund verbringe er die Wochenenden zunehmend im Internat. Die Stärkung des Selbstwertgefühls schreite dagegen nur langsam voran. D.E. zeige des Öfteren eine gedrückte Grundstimmung, verbunden mit einer pessimistischen Lebensauffassung und der Angst, die Jugenddorf-Christophorusschule verlassen zu müssen. Besonders vor Prüfungen fühle er sich den gestellten Anforderungen nicht gewachsen und ziehe sich zurück. Obwohl er sich aufgrund seiner Körperfülle selbst nicht leiden könne, habe sich seine Nahrungsaufnahme noch immer nicht normalisiert. Aufgrund seiner Vergangenheit benötige er weiterhin vielfältige pädagogische Unterstützung und Begleitung.

Das kinder- und jugendpsychiatrische Gutachten aus dem Jahre 1998 bestätigt die negative, depressive Lebenseinstellung. D.E. wird als introvertiert, im sozialen Kontakt

gehemmt und in emotionaler Hinsicht labil beschrieben. Auch leide er in Stresssituationen an psychosomatischen Beschwerden. Im Angstfragebogen haben die Kategorien „Prüfungsangst“, „Schulunlust“ und „manifeste Angst“ eine auffallend hohe Ausprägung. Außerdem seien sein Verhalten und seine Entscheidungen von Unsicherheit geprägt. Seine größte Furcht sei es, in eine bayerische Schule zurückkehren zu müssen. D.E. selbst bewerte den bisherigen Aufenthalt im Internat als positiv, da sich seine Stimmung und die Rechtschreibleistungen verbessert hätten. Im Internat habe er keine Probleme, zu seiner Legasthenie zu stehen, da er nicht ausgegrenzt werde und Anerkennung finde. Im Gespräch zeige sich D.E. überwiegend offen und zugänglich. Als er über seine Legasthenie sprechen sollte, seien jedoch vegetative Angstsymptome aufgetreten. Da die ausgeprägte Rechtschreibstörung nach wie vor bestehe und eine seelische Behinderung drohe, spricht der Psychiater die dringende Empfehlung aus, die stationäre Eingliederungshilfe fortzusetzen. Ferner stelle sich eine Symptomminderung normalerweise erst nach einer längeren Behandlung ein.

Der Entwicklungsbericht der Jugenddorf-Christophorusschule am Ende des 10. Schuljahres (1998/1999) hebt hervor, D.E. leide unter massiven Stimmungstiefs, die insbesondere auftreten würden, wenn er sich den Leistungsanforderungen nicht gewachsen fühle. Sein Essverhalten habe sich zwar gebessert, doch es werden weiterhin Probleme in diesem Bereich gesehen. D.E. habe im letzten Jahr an Autonomie gewonnen und versuche, sowohl im Internat als auch zu Hause seine Interessen stärker zu vertreten. Das Gutachten des Kinder- und Jugendpsychiaters schließt sich dem des Vorjahres weitgehend an, weist jedoch darauf hin, dass sich die Ausprägung der bestehenden Auffälligkeiten verstärkt habe. Außerdem sei die Leistungsmotivation stark abgesunken. D.E. fühle sich aufgrund der Legasthenie psychisch sehr beeinträchtigt. Die traumatischen Erinnerungen an die Schulzeit in Bayern seien immer noch sehr lebendig und in keiner Weise psychisch verarbeitet. Als belastend erlebe er die anstehende Entscheidung des Jugendamtes über die weitere Kostenübernahme, die für ihn mit der Möglichkeit einer Absage verbunden sei. Der Psychiater empfiehlt deshalb, die stationäre Eingliederungshilfe bis zum Ende der Schulzeit fortzusetzen, da er befürchtet, die vorhandene Angstsymptomatik könnte sich noch stärker auf die

schulische Entwicklung auswirken und damit den insgesamt positiven Verlauf erheblich gefährden.

Ein im November 1999 angefertigtes psychologisches Zusatzgutachten zeichnet das Bild eines emotional labilen, pessimistischen, ängstlichen jungen Mannes, der durch viele Probleme und körperliche Beschwerden belastet sei und besonders in den Fächern Deutsch und Englisch unter starker Prüfungsangst leide. Im Gespräch mit dem Psychologen habe sich D.E. dahingehend geäußert, dass er die Schulausbildung abbrechen würde, wenn er die Jugenddorf-Christophorusschule verlassen müsse. Da ein Studium ohne Abitur ausgeschlossen sei, würde für ihn in diesem Fall „eine Welt zusammenbrechen“, es wäre „alles vorbei“. Bei der Schilderung seiner Emotionalität im Hinblick auf die Legasthenie fange er an zu schwitzen, hyperventiliere und es trete ein leichter Tremor auf. Der Landesarzt für geistig und seelisch behinderte Kinder und Jugendliche schließt sich dieser Einschätzung an. Er führt die psychopathologischen Symptome nicht nur auf die legastheniebedingten Lern- und Leistungsschwierigkeiten zurück, sondern auch auf die ständige Verunsicherung durch das Jugendamt. Angesichts des Schweregrades der depressiven Entwicklung und der Angstsymptomatik erachtet er eine zusätzliche ambulante psychotherapeutische Behandlung als erforderlich.

In der psychiatrischen Stärkungskur im Sommer 2000 gelingt D.E. durch eine aktive Kontaktherstellung eine gute Integration in die Gruppe. Anschließend fühlt er sich den Belastungen des kommenden 12. Schuljahres besser gewachsen.

Aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Gutachten am Ende der 12. Klasse (2001) geht hervor, dass sich die Prüfungsangst bereits auf sein Lieblingsfach Mathematik ausgedehnt habe. Während schriftlicher Prüfungen komme es zu ausgeprägten Blackouts. D.E. weise ein gestörtes Selbstwertgefühl auf und erlebe sich als minderwertig beziehungsweise insuffizient. Diese Gefühle der Unfähigkeit würden sich auch auf die Bewältigung von Alltagsproblemen erstrecken. Im Umgang mit Gruppen oder Autoritäten sei er unsicher und ängstlich. Des Weiteren bestehe eine ausgeprägte Abhängigkeit von der Meinung anderer. Allgemein charakterisiert der Kinder- und Jugendpsychiater seine Persönlichkeit wiederum als introvertiert, aggressionsgehemmt

und kontaktscheu und seine Lebenseinstellung als depressiv. Diese emotionale Befindlichkeit werde durch die Haltung des Jugendamtes zusätzlich negativ beeinflusst. Ungefähr zur selben Zeit führt der Landesarzt für geistig und seelisch behinderte Erwachsene in seinem Gutachten Folgendes aus: „Man kann sicher davon ausgehen, dass D.E. gerade in einer sensiblen Entwicklungsphase eines Kindes aufgrund eines fehlerhaften Umganges im Schulbereich mit seinen Behinderungen und seiner psychischen Verfassung traumatisiert und labilisiert wurde“. Aus diesem Grund sieht er D.E. auch zukünftig von einer seelischen Behinderung bedroht.

Um außerhalb der Schule Bestätigung zu erhalten ist D.E. in einem Handballverein aktiv. Diese Sportart übt er auch später noch aus. Zusätzlich engagiert er sich, wie sein Bruder, in der Schülermitverwaltung. Zu dieser Tätigkeit wird er von seinen Eltern ermutigt, die ihren Kindern nahe bringen wollen, trotz der vorhandenen Probleme Verantwortung zu übernehmen.

4. Diskussion

4.1. Vorbemerkung

Die vorhergehende Kasuistik zeigt die Entwicklung von vier ausgewählten Legasthenikern ab der Geburt bis in das Erwachsenenalter hinein. Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige zum Vergleich geeignete Studien, die Legastheniepatienten über einen langen Zeitraum beobachten.

Mit der langfristigen Entwicklung von Kindern mit einer Lese-Rechtschreibstörung beschäftigen sich vor allem ESSER et al. [29, 30] und SCHULTE-KÖRNE et al. [141]. ESSER et al. [29, 30] untersuchen Legastheniker im Alter von 8, 13, 18 und 25 Jahren, wobei das Augenmerk auf dem schulischen und beruflichen Erfolg, der Entwicklung psychischer Symptome, dem Selbstbild und der Delinquenzrate liegt. SCHULTE-KÖRNE et al. [141] untersuchen in einer Katamnesestudie Schüler der Jugenddorf-Christophorusschule Oberurff hinsichtlich der Entwicklung ihrer Rechtschreibleistung, ihrer Intelligenz, ihrer Berufslaufbahn sowie ihrer psychischen und sozialen Entwicklung. Die Erstuntersuchung erfolgt im Alter von etwa 11 Jahren, die Nachuntersuchung zwanzig Jahre später.

Im Folgenden soll geklärt werden, inwiefern Übereinstimmungen zwischen diesen Studienergebnissen und den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes bestehen. Im Anschluss werden die Ergebnisse weiterer Studien einbezogen, da sich auch in anderen Veröffentlichungen differente Einschätzungen finden.

4.2. Vergleich mit den Studien von ESSER et al. und SCHULTE-KÖRNE et al.

4.2.1. Schulische Entwicklung

ESSER et al. [29, 30] stellen fest, dass im Alter von 8 Jahren 71 Prozent der Legastheniker schlechte Schulleistungen erbringen, wobei die schlechten Schulleistungen über die Bewertungen „mangelhaft“ oder „ungenügend“ in einem der

Kernfächer Lesen, Rechtschreiben und Mathematik definiert werden. Zudem wiederholt bereits ein Drittel der untersuchten Schüler eine Schulklasse.

Für diese ersten Schuljahre finden sich vergleichbare Beobachtungen in den im 3. Abschnitt beschriebenen Schullaufbahnen. Schon in der 1. Grundschulklasse treten bei A.E. Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten zutage. Gegen Ende der Grundschulzeit zeigt der Verlauf seiner Schulnoten einen deutlichen Notenabfall, der vor allem die Fächer Deutsch und Mathematik betrifft (siehe Notenverlaufsdigramm Abbildung 11, S. 33). Darüber hinaus durchläuft A.E. das 5. Schuljahr drei Mal, da nur eine freiwillige Klassenwiederholung die für den Gymnasialbesuch erforderliche Leistungssteigerung ermöglicht. Bei B.F. manifestieren sich die Rechtschreibprobleme in der 2. Grundschulklasse und bleiben trotz täglicher Rechtschreibübungen bestehen. Nach dem gelungenen Übertritt in das Gymnasium verschlechtern sich in der 5. Klasse ihre Noten in allen Fächern (siehe Notenverlaufsdigramm Abbildung 12, S. 48). Das Gymnasium bewertet ihre Leistungen im Fach Englisch mit „mangelhaft“ und empfiehlt ihr einen Wechsel auf die Realschule. B.F. muss die 8. Realschulklasse wiederholen, bevor sie es schafft, ihre schulischen Leistungen zu stabilisieren. C.G. hat ebenfalls bereits in der Grundschule Schwierigkeiten, das Lesen und Schreiben zu erlernen. Bei ihm stellt sich in der 5. Hauptschulklasse eine Leistungsverschlechterung in allen Fächern ein. Er beendet die 5. Klasse in einem Internat und wechselt anschließend aufgrund anhaltend schlechter Schulleistungen auf die Odenwaldschule, in der die Legasthenie besonders berücksichtigt wird. Dort muss er jedoch die 5. Klasse wiederholen. D.E. besucht nach zwei Jahren in einer Grundschule für Sprachbehinderte ab der 3. Klasse die Regelgrundschule. Seine Leistungen sind vor allem in der Rechtschreibung mangelhaft bis ungenügend. Die Qualifikation für den Besuch des Gymnasiums erlangt er nur durch eine freiwillige Wiederholung der 4. Grundschulklasse.

In dem von ESSER et al. [29, 30] untersuchten Kollektiv besuchen im Alter von 13 Jahren nur 3,2 Prozent der Legastheniker ein Gymnasium, wohingegen der Anteil der Sonderschüler im Vergleich zu normalbegabten Schülern ohne umschriebene Entwicklungsstörungen mit 16,1 Prozent deutlich erhöht ist. Auf die Gruppe der

Realschüler entfallen 25,8 Prozent. Die Mehrheit der untersuchten Legastheniker (54,8 Prozent) besucht die Hauptschule. Fünf Jahre später ergibt sich ein verändertes Bild, da einige ehemalige Realschüler auf das Gymnasium und Sonderschüler auf die Hauptschule überwechselten. Gleichwohl bleibt der Anteil an Gymnasiasten (12,5 Prozent) und Realschülern (15,6 Prozent) vergleichsweise niedrig. Die Haupt- und Sonderschüler sind dagegen weiterhin deutlich überrepräsentiert (68,8 Prozent und 3,1 Prozent). Insgesamt setzen ESSER et al. [29, 30] den Schulerfolg eines Legasthenikers mit dem eines Minderbegabten gleich und beurteilen ihn damit mittelfristig als ungünstig.

Im Gegensatz dazu sind die schulischen Laufbahnen der von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] untersuchten Legastheniker überdurchschnittlich positiv zu beurteilen, da mit einem Anteil von 41 Prozent die meisten dieser Probanden das Abitur oder das Fachabitur besitzen. Lediglich 3 Prozent verfügen über einen Hauptschulabschluss.

Die in den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes dargestellten Schullaufbahnen weisen in den höheren Schulklassen überwiegend Parallelen zu den Ergebnissen von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] auf. Dies ist in der Mehrzahl der Fälle einer legastheniespezifischen Förderung zu verdanken. Sowohl A.E. als auch sein Bruder D.E. besuchen das Gymnasium. A.E. wechselt nach dem 8. Schuljahr an die auf die Betreuung lese-rechtschreibschwacher Schüler spezialisierte Jugenddorf-Christophorusschule und schließt die Schule seinem Intelligenzniveau entsprechend mit dem Abitur (Notendurchschnitt 2,4) ab. D.E. absolviert die ersten beiden Grundschulklassen in einer Sprachbehindertenschule. Ab der 8. Gymnasialklasse besucht auch er die Jugenddorf-Christophorusschule. Mit dem Notendurchschnitt 2,7 besteht er dort das Abitur. B.F. darf zunächst das Gymnasium besuchen, muss jedoch in der 6. Klasse auf die Realschule wechseln. Ihr ist es nur über eine Berufsausbildung möglich, erneut die Qualifikation für das Gymnasium zu erhalten. Dieses durchläuft sie jedoch mit Erfolg. Ihre schulischen Leistungen verbessern sich zunehmend und im Abitur erzielt sie einen Notendurchschnitt von 1,7. C.G. besucht die Hauptschule und legt den Hauptschulabschluss ab.

4.2.2. Berufliche Entwicklung

Die berufliche Entwicklung der Legastheniker beurteilen die Studien ebenfalls unterschiedlich. ESSER et al. [29, 30] sehen aufgrund des schwächeren Schulerfolges eine Tendenz zu geringerer beruflicher Qualifikation der Legastheniker. Von den Probanden mit Legasthenie studieren im Alter von 25 Jahren 3,2 Prozent. 23,3 Prozent sind ohne Berufsabschluss oder angelernt. Aus der Vergleichsgruppe ohne Lese-Rechtschreibstörung studieren dagegen 18,6 Prozent und nur 14,9 Prozent sind ohne Berufsabschluss oder angelernt. In beiden Gruppen weisen 76,6 Prozent eine abgeschlossene Lehre auf oder besitzen einen Fachabschluss. Zudem sind die Legastheniker deutlich häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen.

Die von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] untersuchten Legastheniker haben dagegen alle eine Berufsausbildung durchlaufen. Auch ist keiner der Legastheniker von Arbeitslosigkeit betroffen. Bei 35 Prozent spielt die Lese-Rechtschreibstörung eine entscheidende Rolle bei der Berufswahl. Dennoch müssen 48 Prozent nach eigenen Angaben in ihrem Beruf sehr viel lesen und 28 Prozent sehr viel schreiben. Außerdem fällt auf, dass sowohl bei den Legasthenikern als auch bei deren Vätern das Berufsprestige im Mittel deutlich über dem Durchschnitt liegt.

In den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes finden sich eher die Ergebnisse von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] bestätigt. Mit A.E., D.E. und B.F. besitzen drei der vier Legastheniker das Abitur und wählen ein Universitätsstudium. Bei A.E. und D.E. beeinflusst die Lese-Rechtschreibstörung die Berufswahl, indem sie sich mit Medizin und Bauingenieurwesen für Studienfächer entscheiden, die weniger sprachgebunden sind. A.E. hat sein Medizinstudium bereits abgeschlossen und eine Stelle als Assistenzarzt bekommen. Sowohl die Berufe von A.E. und D.E. als auch der Beruf ihres Vaters, der ein Universitätsprofessor ist, haben ein hohes Prestige. B.F. nimmt nach einer abgeschlossenen Berufsausbildung zur Schauwerbegestalterin und dem nachfolgenden Abitur ein Lehramtsstudium auf. In diesem eher sprachgebundenen Studium versucht sie, Fächer zu wählen, in denen sich die Legasthenie weniger stark auswirkt. C.G. entscheidet sich nach dem Hauptschulabschluss für eine Lehre als

Kfz-Mechatroniker. Er beendet die Lehre mit Erfolg und arbeitet seitdem bei einem Automobilhersteller.

4.2.3. Psychische Situation

Im Hinblick auf die psychische Situation der Legastheniker beschreiben ESSER et al. [29, 30] verstärkt psychische Auffälligkeiten, deren Schwerpunkte im expansiven, dissozialen Bereich und im Suchtbereich liegen. Die dissozialen Verhaltensweisen zeigten sich in Arbeitsverweigerung, Automutilation, Stehlen und Körperverletzung. Der Suchtbereich beschränke sich auf Nikotin- und Alkoholabusus. Auch im Erwachsenenalter seien die psychischen Symptome noch nachweisbar, obgleich die Gesamtrate psychischer Störungen im Alter von 18 Jahren leicht rückläufig sei. Außerdem würden insbesondere im Grundschulalter verstärkt hyperkinetische Symptome auftreten, für die ESSER et al. [28] in einer früheren Untersuchung eine erhöhte Übergangswahrscheinlichkeit zu dissozialen Symptomen nachweisen. Des Weiteren sei die Delinquenzrate der Legastheniker zwischen 14 und 18 Jahren mit 25 Prozent signifikant erhöht. Dennoch würden keine Unterschiede bei der Rate gerichtlich bestraffter Delinquenz bestehen. Ein Persönlichkeitsfragebogen im Alter von 25 Jahren ergebe geringe Werte bei den Faktoren „seelische Gesundheit“ und „Sinnerfülltheit“. Daraus lässt sich ableiten, dass die Lebenszufriedenheit und Selbstsicherheit der Legastheniker geringer sind, die Gefühle der Hilflosigkeit und der Angst überwiegen und die Zukunft eher pessimistisch eingeschätzt wird.

Im Gegensatz dazu stellen SCHULTE-KÖRNE et al. [141] bei den untersuchten Legasthenikern keine Auffälligkeiten im psychischen Bereich fest. Ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung ergibt eine unauffällige psychische und soziale Entwicklung, ohne besondere psychische und somatische Belastungen. Die Studienteilnehmer beurteilen ihre Entwicklung überwiegend positiv. Bei der Interpretation seiner Ergebnisse gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass sich SCHULTE-KÖRNE et al. [141] nur auf eine Selbsteinschätzung der Probanden beziehen und psychologische Gutachten unberücksichtigt bleiben.

Die von ESSER et al. [29, 30] nachgewiesene hohe Rate psychischer Auffälligkeiten wird auch in den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes deutlich. Alle vier Legastheniker weisen psychische, soziale und somatische Auffälligkeiten in unterschiedlicher Ausprägung auf. A.E. entwickelt bereits in der Grundschule eine stetig zunehmende Schulangst. Er fühlt sich den schulischen Anforderungen gegenüber oft hilflos, da trotz eines intensiven Nachhilfeunterrichtes die Erfolgserlebnisse ausbleiben. Im gleichen Maße, wie seine Leistungen abnehmen, verschlechtert sich auch sein Verhalten in der Schule. Später ist in einem psychologischen Gutachten von einer Hilflosigkeit gegenüber den wiederholten Versagensleistungen, Unzulänglichkeitsgefühlen und einem reduzierten Selbstbewusstsein die Rede. Der Kinder- und Jugendpsychiater diagnostiziert bei A.E. eine „seelische Behinderung“ infolge der Begleiterscheinungen der Legasthenie. Da die Eingliederung in die Gesellschaft als erheblich beeinträchtigt erachtet wird, erhält A.E. Eingliederungshilfe nach § 39 BSHG beziehungsweise § 35a SGB VIII. Die psychischen Symptome bessern sich erst nach dem Wechsel auf das Legasthenieinternat; es plagen ihn jedoch weiterhin Unzulänglichkeitsgefühle und Zukunftssorgen.

B.F. leidet schon seit der Kindheit an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Im Kindergartenalter treten erste Verhaltensauffälligkeiten auf, die sich im Laufe der Schulzeit auf den familiären Bereich ausdehnen. Sowohl zu Hause als auch in der Schule verhält sich B.F. konfliktbereit und aggressiv. Ihr Kontakt zu Eltern, Lehrern und Mitschülern reduziert sich im Jugendalter auf Auseinandersetzungen. Ihre Freizeit widmet sie Tieren, da sie weder in der Schule noch in der häuslichen Umgebung Freunde hat. B.F. sucht die fehlende Bestätigung in der autonomen Punkszene und kommt dort mit Alkohol und Drogen in Berührung. In der Schulzeit kommt es insbesondere vor Klassenarbeiten zu gesundheitlichen Problemen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Magenproblemen und Durchfällen. Außerdem entwickelt sie eine starke Schulangst. Während ihres Studiums empfindet sie einen großen psychischen Druck, auf den sie wiederum mit körperlichen Symptomen in Form von Magen-Darm-Problemen, Kopfschmerzen und nervösen Reaktionen reagiert. B.F. erhält keine spezielle psychologische Betreuung und fühlt sich durch die sozialen Begleiterscheinungen der Legasthenie noch heute beeinträchtigt.

Bei C.G. stellt der Kinder- und Jugendpsychiater ebenfalls eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) fest. In der Grundschule ist er durch eine starke Schulangst beeinträchtigt, die mit Magen-Darm-Problemen verbunden ist. Außerdem zeigen sich erste Verhaltensauffälligkeiten. Gegenüber Eltern, Lehrern und Mitschülern reagiert er aggressiv und trotzig. Im Alter von elf Jahren beschreibt ein kinderpsychiatrisches Gutachten einen Verlust des Selbstwertgefühls, eine Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Probleme aufgrund sozialer Zurückweisung und Ablehnung. Ein Depressionsfragebogen erbringt das Ergebnis, dass C.G. unter depressiven Tendenzen, Suizidgedanken, großen Zukunftsängsten und Schuldgefühlen leidet. Seine psychischen Probleme und eine nachgewiesene tiefgreifende seelische Behinderung im Zusammenhang mit der Legasthenie erfordern eine spezielle Betreuung und Verhaltenstherapie im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Durch den Besuch eines Legasthenieinternates tritt allmählich eine Verbesserung der psychischen Probleme ein. Die ausgeprägte Prüfungsangst und das mangelnde Selbstvertrauen bleiben jedoch bestehen. Zudem bereitet es ihm Schwierigkeiten, eine eigene Meinung zu vertreten. Dissoziale Verhaltensweisen treten unter anderem als Gewaltanwendungen gegenüber Mitschülern und Sachbeschädigungen auf. Des Weiteren ist in Berichten der Internatsbetreuer von nächtlichem Alkoholkonsum und Drogenproblemen die Rede.

Bei D.E. bemerkt der Kinder- und Jugendpsychiater mit dreizehn Jahren eine zunehmende Schulangst und depressive Züge. Diese Entwicklung verstärkt sich in der folgenden Zeit. Zwei Jahre später wird D.E. in einer psychologischen Persönlichkeitsbeurteilung als emotional labil, depressiv und in seinem Kontaktverhalten gestört charakterisiert. Auch sein Selbstwertgefühl ist nur gering ausgebildet und es spiegelt sich eine große Unsicherheit in seinem Kontaktverhalten und in seinen Entscheidungen wieder. Den psychischen Frust versucht er über eine verstärkte Nahrungsaufnahme zu kompensieren. Die ausgeprägten psychischen Probleme und eine kinder- und jugendpsychiatrisch festgestellte drohende seelische Behinderung erfüllen die Kriterien für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. Im Rahmen der Eingliederungshilfe ist zusätzlich zu der

Unterbringung im Legasthenieinternat ein stationärer Aufenthalt in einer Klinik für Kinder und Jugendliche erforderlich, um seine emotionale Labilität zu stabilisieren. Durch den Wechsel in das Legasthenieinternat gelingt eine Stabilisierung der psychischen Situation. Er leidet jedoch weiterhin unter Versagensängsten und depressiven Gedanken.

4.3. Vergleich mit weiteren Studien

STREHLOW et al. [164] untersuchen im Rahmen einer Katamnesestudie ehemalige Patienten einer kinderpsychiatrischen Ambulanz. Sie beschreiben eine ähnlich ungünstige Entwicklung aufgrund der Legasthenie wie ESSER et al. [29, 30]. Bei der Bewertung ihrer Ergebnisse sollte man jedoch berücksichtigen, dass die Patienten nicht nur psychiatrische Auffälligkeiten zeigen, sondern auch überwiegend aus Familien mit einem geringen sozioökonomischen Status stammen. STREHLOW et al. [164] sehen die schulische Entwicklung durch die Legasthenie stark beeinträchtigt. Die Schullaufbahnen ihrer Probanden sind analog der in Abschnitt 3 dargestellten Schullaufbahnen von zahlreichen Schulwechslern geprägt. Die Schulabschlüsse entsprechen im Allgemeinen nicht der intellektuellen Leistungsfähigkeit. Nur 10 Prozent der untersuchten Legastheniker schließen die Schule mit dem Abitur ab. Sie alle entstammen einem gebildeten Elternhaus. Die anschließende Berufswahl erfolgt überwiegend im handwerklichen Bereich. STREHLOW et al. [164] erklären dies als Vermeidungsverhalten, um sich nicht weiter mit der Legasthenie auseinandersetzen zu müssen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis bei der Berufswahl kommen auch GOTTFREDSON et al. [45]. Die Teilnehmer ihrer Studie sind allesamt Absolventen einer Privatschule, die lese-rechtschreibschwache Schüler auf den Besuch des College vorbereitet. Ihr Intelligenzquotient und der sozioökonomische Status ihrer Familien liegen im überdurchschnittlichen Bereich. GOTTFREDSON et al. [45] heben hervor, dass eine große Anzahl der untersuchten Legastheniker als Manager tätig sind, einem Beruf, der zwar eine höhere Qualifikation aber weniger akademische Fähigkeiten erfordert. Berufe wie Lehrer oder Anwalt würden dagegen kaum gewählt.

MICHELSSON et al. [99] untersuchen in einer Studie 26 finnische Legastheniker im jungen Erwachsenenalter, deren Legasthenie im Jugendalter diagnostiziert wurde und die keinen speziellen Förderunterricht besuchten. Ihre Feststellung, dass sich die Legasthenie bereits zu Beginn des Besuches der Grundschule in Form von Lernproblemen äußert, findet sich in den Schullaufbahnen des 3. Abschnittes bestätigt. Trotz eines hohen Intelligenzquotienten von durchschnittlich 118 bei Diagnosestellung schließen nur 38 Prozent der Studienteilnehmer die High School ab. 10 Prozent der Absolventen der High School beginnen ein Universitätsstudium. 62 Prozent der Studienteilnehmer absolvieren nur die neun Pflichtschuljahre. Auch nach dieser Studie wirkt sich die Legasthenie stark auf die Berufswahl der Probanden aus. Diese arbeiten trotz guter kognitiver Fähigkeiten hauptsächlich in praktisch orientierten Berufen, zum Beispiel als Koch, Verkäufer oder Lastwagenfahrer. Probanden, die eine höhere Schulbildung wählen, bevorzugen Handelsschulen und Studiengänge im wirtschaftlichen Bereich. MICHELSSON et al. [99] erklären diese Berufswahl einerseits damit, dass Berufe bevorzugt werden, bei denen die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten weniger wichtig sind. Andererseits stellen sie die Hypothese auf, dass die Berufswahl der Ausdruck eines geringen Selbstbewusstseins und einer in der Literatur bereits beschriebenen Tendenz in Richtung Resignation ist [6, 34, 163]. Des Weiteren finden MICHELSSON et al. [99] zahlreiche Auffälligkeiten im psychischen Bereich. 16 Prozent der Probanden weisen bereits im Vorschulalter emotionale Störungen auf. Zum Zeitpunkt der Diagnosestellung finden sich emotionale Probleme bei 64 Prozent. Bei 31 Prozent der Betroffenen führen die emotionalen Symptome zum Aufsuchen eines Psychiaters oder einer psychiatrischen Behandlung. Zusätzlich leiden 23 Prozent der Studienteilnehmer im Jugendalter unter somatischen Symptomen, wie Kopf- und Bauchschmerzen.

KERSHAW [67] weist darauf hin, dass die Legasthenie erst mit dem Beginn des Lesenlernens auffällig wird, obgleich häufig bereits zuvor Wahrnehmungsschwierigkeiten, Verwechslungen zwischen links und rechts und eine Unbeholfenheit auffallen. Während der Schulzeit bestehe die Gefahr, dass wiederholte Versagensleistungen in der Schule und Misserfolge trotz großer Anstrengungen zu einem Verlust des Interesses und mangelndem Einsatz führen könnten. Der bereits

bestehende Druck durch die Schule könne durch einen zusätzlichen Druck der Eltern, härter zu arbeiten, noch verstärkt werden. Ein weiteres Problem sieht KERSHAW [67] darin, dass ein Kind, das beim Lesen versagt, von Lehrern oft als faul oder dumm angesehen wird und dieses Etikett die folgenden Schuljahre bestehen bleibt. KERSHAW [67] beschreibt ebenfalls ein gehäuftes Auftreten emotionaler Störungen und Verhaltensstörungen, die beispielsweise als aggressive Reaktionsmuster, Lügen, sozialer Rückzug, Schlafwandeln oder Übelkeit zutage treten. Seiner Meinung nach ist es ungewöhnlich, wenn ein Kind durch jahrelange Misserfolge im Bereich des Lesens und der Rechtschreibung nicht emotional beeinträchtigt wird. Um der emotionalen Beeinträchtigung entgegen zu wirken, erachtet es KERSHAW [67] als besonders wichtig, dass die Kinder Bestätigung in anderen schulischen und außerschulischen Aktivitäten finden und durch stabile und verständnisvolle Familienverhältnisse unterstützt werden. Minderwertigkeitsgefühle würden bis ins Erwachsenenalter persistieren, da sich die Legastheniker oft weniger gut in Schrift und Wort ausdrücken könnten und über eine geringere literarische Bildung verfügten. Auch wenn die meisten Legastheniker es schafften, sich der Gesellschaft anzupassen, bleibe ihr emotionales Gleichgewicht störungsanfällig.

Viele der von KERSHAW [67] beschriebenen Phänomene finden sich in den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes wieder. Bei B.F. nimmt die Lernbereitschaft im gleichen Maße ab, wie die schulischen Misserfolge zunehmen. Das Verhältnis zwischen B.F. und ihren Eltern wird belastet, als diese versuchen, sie zum Lernen zu zwingen. Von Lehrern und Mitschülern wird sie wiederholt als dumm bezeichnet. Auch bei C.G. und D.E. führt das Ausbleiben schulischer Erfolge zu einer zunehmenden Abneigung gegenüber dem Lernen und dem Schulbesuch. Die Beziehung zwischen C.G. und seiner Mutter wird in psychologischen Gutachten als eine neurotische Lernsymbiose charakterisiert. Bei D.E. wirken sich die Schulprobleme ebenfalls auf die familiäre Situation aus. Der Bedeutung außerschulischer Aktivitäten für das Selbstwertgefühl der lese-rechtschreibschwachen Schüler wird in den Legasthenieinternaten dadurch Rechnung getragen, dass auf sinnvolle Freizeitaktivitäten Wert gelegt wird. Auch den Eltern von A.E. und D.E. ist die Bedeutung der Bestätigung in außerschulischen

Aktivitäten bewusst. Aus diesem Grund übt A.E. die Sportart Judo aus und ist D.E. in einem Handballverein aktiv.

Auch zahlreiche weitere Studien beurteilen die schulische und berufliche Entwicklung von Kindern, die an einer Lese-Rechtschreibstörung leiden, als ungünstig, da die erreichten Schulabschlüsse nicht den intellektuellen Leistungsfähigkeiten entsprechen [51, 115, 124, 127, 129, 176]. Hinzu komme ein gehäuftes Auftreten von Hyperaktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen. Diese nähmen in negativer Weise Einfluss auf den schulischen Erfolg [4, 59, 118, 135, 188]. Gemäß McGEE et al. [95] entwickeln die Legastheniker meist bereits mit dem Eintritt in die Schule bedeutsame Verhaltensauffälligkeiten. Des Weiteren werden vielfältige psychische Auffälligkeiten beschrieben. Das Selbstwertgefühl der Legastheniker sei häufig nur gering ausgeprägt [31]. Sie trauten sich bei geistigen Aufgaben wenig zu und neigten dazu, Misserfolge internal zu attribuieren [123]. Es seien gehäuft depressive Tendenzen zu beobachten, die sich unter anderem als Motivationsverlust, Persönlichkeitsveränderungen, Schlafprobleme, Angstzustände und Schmerzen äußern könnten. Die Legastheniker neigten dazu, sich zurück zu ziehen und Situationen zu vermeiden, in denen sie sich verwundbar fühlen würden [118]. Im sozialen Bereich seien sie ängstlich und unsicher [47]. Sie würden häufig unter Aufmerksamkeitsproblemen, Impulsivität, einer geringen Frustrationstoleranz und Defiziten im Bereich der Meinungsbildung und der Lösung sozialer Probleme leiden [170]. Im Schulalter fänden sich sekundäre psychopathologische Symptome, verursacht durch die chronischen Misserfolgserlebnisse [29, 62]. LEMPP [81] führt die emotionalen und dissozialen Störungen auf die schulische Diskriminierung und das geminderte Selbstwertgefühl zurück. Ein weiterer wichtiger Faktor, der das emotionale Gleichgewicht beeinflusse, sei das Verständnis, das die Eltern gegenüber der Legasthenie aufbringen würden. REID et al. [118] weisen Situationen im Leben eines Legasthenikers nach, in denen das emotionale Gleichgewicht besonders gefährdet ist. Dazu zählten Schulwechsel, familiäre Veränderungen, Schwierigkeiten mit Freunden, Berufsprobleme, persönliche Probleme, Ortswechsel und Änderungen der Lebensweise. Immer wieder findet man Veröffentlichungen, die wie ESSER et al. [29, 30] und MAUGHAN et al. [93] einen kontrovers diskutierten Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Legasthenie und

der Entwicklung eines antisozialen Verhaltens in Folge der Misserfolgserlebnisse und Ausgrenzungen sehen [118]. Aus diesem Grund betont CRITCHLEY [20] die Notwendigkeit einer besonderen Aufmerksamkeit, insbesondere im Jugendalter, um einem Abrutschen in die Kriminalität entgegenzuwirken.

Die in den vorgenannten Studien beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Symptome finden sich weitgehend auch in den Fallbeschreibungen wieder. Hinsichtlich der Aufmerksamkeitsproblematik lässt sich sagen, dass aus den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes B.F. und C.G. an einer ausgeprägten Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leiden, die eine zusätzliche Belastung zu den legastheniespezifischen Lernschwierigkeiten bildet und zeitweise eine medikamentöse Behandlung erfordert. D.E. hat ebenfalls leichte Aufmerksamkeitsprobleme.

Schließt man in den Vergleich Studien ein, die sich allgemein auf Kinder mit Lernschwierigkeiten beziehen, wie man sie bei BRYAN et al. [17] zusammengefasst findet, fallen ähnliche Symptome und Probleme auf. So wirkten sich die akademischen Misserfolgserlebnisse ebenfalls negativ auf das Selbstbild aus [63, 89, 125]. Die Kinder könnten ihre eigenen Erwartungen nicht erfüllen. Sie neigten zu einer generalisierten negativen Sicht ihrer akademischen Fähigkeiten [19] und erwarteten weitere Versagensleistungen in diesem Bereich [17]. Erfolge würden nicht den eigenen Fähigkeiten, sondern großer Anstrengung und Glück zugeschrieben, wohingegen Misserfolge auf mangelnde Fähigkeiten zurückgeführt würden [82, 108]. Im sozialen Bereich bereite es den Kindern Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und diese aufrecht zu erhalten [16]. In der Klassengemeinschaft würden sie oft als weniger akzeptiert und beliebt gelten [41, 58]. Von Seiten der Lehrer werde verstärkt über das Auftreten sozialer und emotionaler Schwierigkeiten berichtet. Die Kinder würden im Unterricht als unruhig, aggressiv und leicht ablenkbar auffallen. Sie neigten dazu, den Unterricht zu stören, und es falle ihnen schwer, Autoritäten zu akzeptieren. Andererseits seien die Kinder jedoch ängstlich und würden sich minderwertig fühlen [21, 48, 49, 94]. Aus diesem Grund erachten es BRYAN et al. [17] als wichtig, im Rahmen einer Therapie nicht nur die akademischen Fähigkeiten, sondern auch das Selbstbild zu

verbessern. Auch bei optimaler Therapie beeinflusst die Lernschwäche das Selbstbild während des ganzen Lebens; sowohl Verhaltensprobleme als auch soziale Schwierigkeiten könnten über die Schulzeit hinaus bestehen bleiben.

Es gibt auch Studien, die ebenso wie SCHULTE-KÖRNE et al. [141] zu dem Ergebnis kommen, dass das Vorliegen einer Legasthenie eine erfolgreiche schulische und berufliche Karriere nicht ausschließt. So finden NAYLOR et al. [101] gute schulische Erfolge bei Legasthenikern, die über eine hohe Intelligenz verfügen und einer Familie mit einem überdurchschnittlichen sozioökonomischen Status entstammen. Diese Einschätzung teilen auch RAWSON [115] und GOTTFREDSON et al. [45]. Ihrer Meinung nach kann trotz eines ausgeprägten Schweregrades der Legasthenie ein hoher beruflicher Status erreicht werden, wenn das Niveau der sozialen Schicht hoch ist und der Intelligenzquotient im überdurchschnittlichen Bereich liegt. Unter den selben Voraussetzungen beschreiben ebenso FINUCCI et al. [32] und MAUGHAN [93] günstige Verläufe der schulischen Entwicklung. HAFFNER et al. [51] heben zusätzlich die Bedeutung einer frühzeitigen legastheniespezifischen Förderung und einer umfassenden Berücksichtigung der durch die Legasthenie entstehenden Probleme durch die Schule hervor, die ihrer Meinung nach essentiell sind, um eine dem Begabungsniveau angemessene schulische Entwicklung zu ermöglichen. In diesem Punkt finden HAFFNER et al. [51] Unterstützung bei MALMQVIST [87]. MALMQVIST [87] sieht die emotionalen Störungen als direkte Folge des Versagens beim Erlernen des Lesens und der Rechtschreibung an. In der Mehrzahl der Fälle könne jedoch eine spezielle Legasthenietherapie, wenn sie bereits vor dem Schulalter beginne, diese Probleme vermeiden. Auch GOLDBERG et al. [44] und REID et al. [118] betonen die Bedeutung eines möglichst frühen Therapiebeginns. GOW [46] erachtet es als wichtig, gleichzeitig mit einer Behandlung der Legasthenie das Selbstbewusstsein zu verbessern, um ein bestmögliches Therapieergebnis zu erzielen. Diese Aussagen werden durch die Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes bestätigt.

4.4. Bewertung

ESSER et al. [29, 30] kommen zu der Schlussfolgerung, dass eine Lese-Rechtschreibstörung im Grundschulalter langfristig mit einer ungünstigen Prognose für den schulischen und beruflichen Erfolg sowie die seelische Entwicklung verbunden ist. Weitere Studien, wie zum Beispiel die von STREHLOW et al. [164], MICHELSSON et al. [99] oder KERSHAW [67], stützen seine Einschätzung. Die ungünstige Prognose trifft jedoch nicht auf die in der Kasuistik der vorliegenden Arbeit beschriebenen Werdegänge zu. Zwar sind die Schul- und Berufslaufbahnen durch erhebliche Schwierigkeiten und psychische Probleme gekennzeichnet; im Allgemeinen kann man jedoch den schulischen und beruflichen Werdegang als erfolgreich bezeichnen und die Entwicklung insgesamt positiv bewerten. Bei SCHULTE-KÖRNE et al. [141] findet sich eine ähnlich positive Bewertung. In diese Richtung tendieren unter anderem auch NAYLOR et al. [101], RAWSON [115] und FINUCCI et al. [32]. Doch man sollte nicht außer Acht lassen, dass sich gerade die Studie von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] auf eine eher positiv selektierte Gruppe von Legasthenikern mit einem hohen durchschnittlichen Intelligenzquotienten von 121 und einer mittleren legastheniespezifischen Förderdauer von sechs Jahren bezieht.

Die Probanden der Kasuistik stellen ebenfalls eine eher positive Selektion dar, indem sie einen oder mehrere der sogenannten protektiven Faktoren erfüllen. Zu den protektiven Faktoren zählen eine hohe Intelligenz, ein hoher sozioökonomischer Status der Familie, ein geringer Schweregrad der Legasthenie, eine intensive Förderung und eine emotional entlastende Atmosphäre in einer auf die Legasthenieproblematik spezialisierten Schule [12, 30, 32, 78, 101, 141, 158, 165]. A.E. und D.E. verfügen nicht nur über eine überdurchschnittliche Intelligenz (Intelligenzquotient 114 beziehungsweise 123), sondern gehören aufgrund der Universitätsprofessur des Vaters einer oberen gesellschaftlichen Schicht an. Entsprechend dem von SCHULTE-KÖRNE et al. [141] untersuchten Kollektiv besuchen auch A.E. und D.E. ab der Mittelstufe die Jugenddorf-Christophorusschule, die ein Legastheniezentrum einschließt. B.F. hat einen Intelligenzquotienten von 108. Der sozioökonomische Status ihrer Familie ist im Durchschnittsbereich einzuordnen. Auch C.G. erbringt gute Intelligenzleistungen (Intelligenzquotient 104) und stammt aus einer Familie mit einem durchschnittlichen

sozioökonomischen Status. Ab der 6. Klasse besucht er die Odenwaldschule, ein heilpädagogisches Zentrum, das eine spezielle Legasthenietherapie anbietet.

Die Bedeutung einer früh einsetzenden, kontinuierlichen legastheniespezifischen Förderung kommt in den Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes zum Ausdruck. Bei A.E. wird die Legasthenie relativ spät diagnostiziert und eine spezifische Legasthenietherapie entsprechend spät begonnen. Aus diesem Grund sind die schulischen Probleme und psychischen Folgen nicht mehr abzuwenden. Erst durch den Besuch eines auf lese-rechtschreibschwache Schüler spezialisierten Internates verbessern sich seine Schulleistungen und seine psychischen Probleme. B.F. erhält zwar bis zur 9. Klasse einen regelmäßigen Nachhilfeunterricht und fertigt zu Hause zusätzlich schriftliche Übungen an; sie erfährt jedoch keine besondere Berücksichtigung der Legasthenie von schulischer Seite. Deshalb ist es ihr nur auf Umwegen möglich, die Hochschulreife zu erlangen. C.G. erhält bereits in der Grundschule eine regelmäßige Legasthenie- und Verhaltenstherapie. Dennoch kann die Entwicklung einer psychischen Begleitsymptomatik nicht verhindert werden. Der Wechsel auf eine Schule, in der die Legasthenie besonders berücksichtigt wird, erbringt eine deutliche Verbesserung der schulischen Leistungen und der psychischen Befindlichkeit. D.E. nimmt an einer heilpädagogische Frühförderung teil und besucht zu Anfang eine Sprachbehindertenschule, da seine Sprachentwicklung verzögert verläuft. Als man bei ihm gegen Ende der Grundschulzeit die Legasthenie diagnostiziert, beginnt er umgehend eine Legasthenietherapie. Da trotz der Therapie auch ihm eine seelische Behinderung droht, besucht er eine Schule, die auf den Umgang mit Legasthenikern spezialisiert ist. So erreicht auch er das Abitur und kann ein Universitätsstudium aufnehmen.

Zusammenfassend kann man zu der Entwicklung der im 3. Abschnitt beschriebenen Lebensläufe der Legastheniker, ebenso wie SCHULTE-KÖRNE et al. [141], sagen, dass die Entwicklung von Kindern mit einer Lese-Rechtschreibstörung entscheidend von verschiedenen Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel den individuellen Fähigkeiten, der Herkunft und der Förderung abhängt. Unter optimalen Rahmenbedingungen haben auch Legastheniker die Chance, einen ihrer Intelligenz

entsprechenden Schulabschluss und einen gehobenen Beruf zu erlangen. Wie die Fallbeschreibungen des 3. Abschnittes belegen, sind dabei eine bereits im Kindesalter beginnende umfassende Legasthenietherapie und die Unterstützung durch die Familie besonders wichtig. Ohne diese hätte die Entwicklung der Legastheniker mit großer Wahrscheinlichkeit einen weniger erfolgreichen Verlauf genommen.

5. Zusammenfassung

Die Fallbeschreibungen der vorliegenden Arbeit befassen sich mit der Entwicklung von vier Legasthenikern bis in das Erwachsenenalter hinein. Dabei wird besonders auf die schulische und berufliche Entwicklung, die Förderung und Therapie sowie die psychische Situation eingegangen.

In der Kasuistik wird deutlich, dass erste Auffälligkeiten bereits im Kindergartenalter bestehen können. Ein Beispiel dafür ist die verzögerte Sprachentwicklung. Die eigentliche Lese-Rechtschreibstörung tritt meist mit dem Beginn des Erlernens des Lesens und der Rechtschreibung zutage. Typisch ist dabei eine Diskrepanz zwischen der erbrachten Lese- und Rechtschreibleistung und der vorhandenen intellektuellen Leistungsfähigkeit. Beschränken sich die Schwierigkeiten zu Anfang vor allem auf das Fach Deutsch, so wirkt sich die Legasthenie im Laufe der Schulzeit zunehmend auch auf andere Fächer aus. Gleichwohl sind die Leistungen in den naturwissenschaftlichen Fächern häufig deutlich besser als in den geisteswissenschaftlichen Fächern. Hinzu kommt das verstärkte Auftreten von Konzentrationsproblemen, beispielsweise im Sinne einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), die sich ebenfalls negativ auf den schulischen Erfolg auswirken.

Wenn sich die schulischen Leistungen trotz zusätzlichen Nachhilfeunterrichtes und intensiver Übung zu Hause nicht verbessern, ist, wie in den Fallbeschreibungen zum Ausdruck kommt, das Risiko hoch, dass sich Frustrationsgefühle bis hin zu einer allgemeinen Lernunlust entwickeln. Außerdem haben die Legastheniker oft mit Ablehnung durch die Mitschüler und Unverständnis der Lehrer zu kämpfen. Die Lehrer und Mitschüler sehen mangelhafte Lese- und Rechtschreibfähigkeiten als ein Zeichen von geringer Intelligenz oder unzureichendem Einsatz und erkennen die Lese-Rechtschreibstörung nicht als Krankheit an. Aus diesen Erfahrungen der Legastheniker resultiert die Neigung zur Entwicklung psychischer Auffälligkeiten, wie Schul- und Prüfungsängste, reduziertes Selbstvertrauen, Unzulänglichkeitsgefühle, Überforderungs- und Belastungsreaktionen, Verhaltensauffälligkeiten, depressive Gedanken und somatische Störungen.

Neben Spannungen im sozialen Umfeld kommt es zu familiären Konflikten, unter anderem im Zusammenhang mit der Erledigung der Hausaufgaben und bei häuslichen Lese- und Rechtschreibübungen. Ein weiteres Problem stellen Aggressionen dar, die sich während des Schultages anstauen und zu Hause entladen. Bestätigung finden die Legastheniker durch soziales Engagement oder sportliche Aktivitäten.

In den beschriebenen Schullaufbahnen wird deutlich, dass die freiwillige Wiederholung einer Schulklasse oder der zweite Bildungsweg teilweise die einzigen Möglichkeiten sind, um die Qualifikation für den Besuch einer der Intelligenz entsprechenden Schulart zu erreichen. Häufig verbessern sich die Leistungen jedoch erst durch eine besondere Berücksichtigung der Legasthenie, beispielsweise durch die Gewährung eines Nachteilsausgleiches bei schriftlichen Prüfungen und die Unterbringung in spezialisierten Internatsschulen.

Die Legasthenie beeinflusst auch die Berufswahl, indem eher Berufe gewählt werden, in denen Lese- und Rechtschreibfähigkeiten eine geringere Rolle spielen. Ein Studium wird dadurch erschwert, dass die Legastheniker mehr Zeit zum Lernen brauchen, aufgrund einer geringeren Lesegeschwindigkeit besondere Schwierigkeiten bei komplexen Multiple-Choice-Aufgaben haben oder selbstverfasste Texte vor der Abgabe von Bekannten korrigieren lassen müssen.

Die psychische Situation der in dieser Arbeit vorgestellten Legastheniker zeigt, dass das Risiko einer seelischen Behinderung mit einer Beeinträchtigung der Eingliederung in die Gesellschaft um so größer ist, je später die Lese-Rechtschreibstörung diagnostiziert und eine adäquate Therapie begonnen wird. Die Therapie der Legasthenie setzt sich zusammen aus der sogenannten Übungsbehandlung, der Unterstützung bei der psychischen Bewältigung von Auswirkungen der Legasthenie und der Entwicklung kompensatorischer Fertigkeiten sowie der psychotherapeutischen oder pharmakologischen Behandlung von Begleitstörungen. Um die Entwicklung beziehungsweise die Chronifizierung einer seelischen Behinderung zu vermeiden, ist die Unterbringung in einem spezialisierten Zentrum, in dem die Legasthenie in der

Schule besonders berücksichtigt und auf eine ganzheitliche Therapie Wert gelegt wird, besonders erfolgsversprechend.

Bei Vorliegen einer seelischen Behinderung oder einer drohenden seelischen Behinderung, die auf die Lese-Rechtschreibstörung zurückzuführen ist, besteht der Anspruch auf staatliche Unterstützung in Form von Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII. In den Fallbeschreibungen wird jedoch deutlich, wie schwierig es ist, diese Hilfe zu erhalten. Hinzu kommt die ständige Angst vor einer Ablehnung der Weitergewährung der Eingliederungshilfe und einem damit verbundenen Schulwechsel.

In Studien, die sich mit der langfristigen Entwicklung von Legasthenikern beschäftigen, weichen die Einschätzungen teilweise stark voneinander ab. Betrachtet man Studien, die sich wie SCHULTE-KÖRNE et al. [141] auf eine bestimmte Gruppe von Legasthenikern, beispielsweise Absolventen einer spezialisierten Schule, beziehen, werden überdurchschnittlich positive schulische und berufliche Laufbahnen aufgezeigt. Diese Legastheniker arbeiten überwiegend in höher qualifizierten Berufen und weisen nur geringe Auffälligkeiten im psychischen Bereich auf. ESSER et al. [29, 30] und zahlreiche andere Studien beschreiben demgegenüber eine eher ungünstige Entwicklung der Legastheniker. Danach erreichen sie häufig geringere schulische und berufliche Qualifikationen, die bis hin zur Arbeitslosigkeit führen können. Des Weiteren finden sich in diesen Studien gehäuft Hinweise auf psychische Auffälligkeiten und Verhaltensauffälligkeiten.

Die Entwicklung der vier Legastheniker der Fallbeschreibungen ist, ähnlich wie die der Legastheniker in der Studie von SCHULTE-KÖRNE et al. [141], im Ergebnis positiv zu bewerten. Drei von ihnen haben die Hochschulreife erlangt und studieren oder haben ihr Studium bereits abgeschlossen. Auch der vierte Legastheniker hat eine Berufsausbildung erfolgreich absolviert und eine feste Anstellung gefunden. Die Entwicklung der Legastheniker ist allerdings von psychischen, sozialen und somatischen Auffälligkeiten in unterschiedlicher Ausprägung gekennzeichnet.

Die abweichenden Ergebnisse der Untersuchungen lassen sich durch die sogenannten protektiven Faktoren erklären, die als prognostisch wegweisend für den schulischen und beruflichen Werdegang gelten. Protektive Faktoren sind ein hoher Intelligenzgrad, ein hoher sozioökonomischer Status der Familie, ein geringer Schweregrad der Legasthenie, eine frühzeitige legastheniespezifische Förderung und die emotional entlastende Atmosphäre in einer auf die Legasthenieproblematik spezialisierten Schule. Alle in dieser Arbeit beschriebenen Legastheniker erfüllen einen oder mehrere der protektiven Faktoren. Die Fallbeschreibungen der vorliegenden Arbeit belegen, welche Bedeutung insbesondere einer frühen legastheniespezifischen Förderung und einer schulischen Berücksichtigung der Lese-Rechtschreibstörung zukommt.

Abschließend lässt sich sagen, dass es für einen erfolgreichen Umgang mit der Legasthenie wichtig ist, sie frühzeitig zu diagnostizieren, adäquat zu therapieren und optimale schulische und soziale Rahmenbedingungen zu schaffen.

6. Ausblick

Das Versagen beim Erwerb der Schriftsprache wird oft als ein Zeichen von Faulheit, Desinteresse oder Minderbegabung angesehen. Aus diesem Grund ist es wichtig, bereits die ersten Anzeichen einer Lese-Rechtschreibstörung zu erkennen [169]. Die Diagnose „Legasthenie“ stellt meist eine Erleichterung dar, da sie die schulischen Schwierigkeiten erklärt und die Betroffenen und ihre Familien darin bestätigt, nicht versagt zu haben. Ein englischsprachiger Legastheniker fasste dies folgendermaßen zusammen:

„Dyslexia affects people in different ways, personally it affected my self-confidence. I was always made to feel lazy, stupid, ugly and sometimes even worthless. When I was diagnosed as dyslexic it was more a relief than anything else. So this is why my handwriting is like this and that is why I have a problem with essays, that’s why maths is so bad, that’s why I always have problems with numbers.“ [97]

Der Therapieerfolg bei Legasthenie ist stark von motivationalen und emotionalen Einflüssen abhängig. Deshalb ist es hilfreich, erreichbare Ziele zu setzen, die Legastheniker auf Lernfortschritte hinzuweisen und sie in ihren Erfolgen zu bestärken. Wenn sie das Gefühl haben, ihr Leben selbst kontrollieren zu können, und sich ihrer eigenen Fähigkeiten bewusst sind, fällt es ihnen leichter, mit eventuellen Rückschlägen umzugehen. Außerdem ist es wichtig, die Eltern möglichst in die Therapie einzubeziehen und sie in Bezug auf sozialrechtliche und schulrechtliche Hilfen zu beraten.

Voraussetzung für eine umfassende adäquate Förderung sind jedoch sowohl eine spezielle Weiterbildung der Lehrer hinsichtlich der Legasthenie als auch eine staatliche Unterstützung bei der Finanzierung der Therapie bereits vor Eintritt einer manifesten seelischen Behinderung.

Ein erfolgreicher Umgang mit der Legasthenie schließt mit ein, diese nicht als Katastrophe anzusehen und nicht zum Mittelpunkt des eigenen und familiären Lebens zu machen. Wesentlich ist hierbei auch, die Auswirkungen der Legasthenie zu verstehen und gegenüber Mitschülern, Lehrern, Kollegen und Arbeitgebern dazu zu stehen.

Die Perspektive von Legasthenikern haben REID et al. [118] mit wenigen Worten zutreffend charakterisiert: „A dyslexic person will always be dyslexic but with support, training and appropriate education can compensate to a great extent for the dyslexic difficulties.“

7. Literaturverzeichnis

- [1] Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. & Teasdale, J.D., Learned helplessness in humans: A critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 47-74. (1978)
- [2] Andrews, W., Liapi, A., Plachez, C., Camurri, L., Zhang, J. & Mori, S., Robol regulates the development of major axon tracts and interneuron migration in the forebrain. *Development*, 133, 2243-2252. (2006)
- [3] Anthoni, H., Zucchelli, M., Matsson, H., Müller-Myhsok, B., Fransson, I., Schumacher, J., Massinen, S., Onkamo, P., Warnke, A., Griesemann, H., Hoffmann, P., Nopola-Hemmi, J., Lyytinen, H., Schulte-Körne, G., Kere, J., Nöthen, M.M. & Peyrard-Janvid, M., A locus on 2p12 containing the co-regulated MRPL19 and C2ORF3 genes is associated to dyslexia. *Human Molecular Genetics*, 16 (6), 667-677. (2007)
- [4] August, G.J. & Garfinkel, B.D., Comorbidity of ADHD and reading disability among clinic-referred children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 29-45. (1990)
- [5] Aylward, E.H., Richards, T.L., Berninger, V.W., Nagy, W.E., Field, M. & Grimme, A.C., Instructional treatment associated with changes in brain activation in children with dyslexia. *Neurology*, 61, 212-219. (2003)
- [6] Battle, J. & Blowers, T., A longitudinal comparative study of the self-esteem of students in regular and special education classes. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 100-102. (1982)
- [7] Berkahn, O., Über die Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Ähnlichkeit mit dem Stammeln. *Archiv für Psychiatrie*, 16, 78-86. (1885)
- [8] Berkahn, O., Über die Störung der Schriftsprache bei Halbidioten und ihre Ähnlichkeit mit dem Sprachbrechen: 2. Stammeln und Stottern. *Archiv für Psychiatrie*, 17, 897-900. (1886)
- [9] Berninger, V.W., Nagy, W.E., Carlisle, J., Thomson, J., Hoffer, D. & Abbott, S., Effective treatment for children with dyslexia in grades 4-6: Behavioral and brain evidence. In: Foorman, B.R., *Preventing and remediating reading difficulties*. York Press, Baltimore, 381-418. (2003)

- [10] Bircheva, F., Reading and writing disorders in elementary school students with varying achievement. *Problemi na khigienata*, 4, 136-142. (1979)
- [11] Boersma, F.J., Chapman, J.W. & Maguire, T.O., The student's perception of ability scale: An instrument for measuring academic self-concept in elementary school children. *Educational and Psychological Measurement*, 39, 1035-1041. (1979)
- [12] Bruck, M., The adult outcomes of children with learning disabilities. *Annals of Dyslexia*, 37, 252-263. (1987)
- [13] Bruck, M., Outcomes of adults with childhood histories of dyslexia. In: *Hulme, C. & Joshi, R.M., Reading and Spelling: Development and Disorders. Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, NJ, London, 179-200.* (1998)
- [14] Brunswick, N., McCrory, E., Price, C.J., Frith, C.D. & Frith, U., Explicit and implicit processing of words and pseudowords by adult developmental dyslexics: A search for Wernickes's Wortschatz? *Brain*, 122, 1901-1917. (1999)
- [15] Bryan, J.H., Sonnefeld, J. & Grabowski, B., Fear of failure and learning disabilities. *Learning Disabilities Quarterly*, 6, 217-222. (1983)
- [16] Bryan, T.H. & Bryan, J.H., Understanding Learning Disabilities. *Alfred Publishing Company, Sherman Oaks, CA.* (1978)
- [17] Bryan, J.H. & Bryan, T.H., Social Factors in Learning Disabilities: Attitudes and Interactions. In: *Pavlidis, G.T., Perspectives on Dyslexia Vol. 2. John Wiley & Sons Ltd., Chichester, 247-275.* (1990)
- [18] Castellanos, F.X., Lee, P.P., Sharp, W., Jeffries, N.O., Greenstein, D.K., Clasen, L.S., Blumenthal, J.D., James, R.S., Ebens, C.L., Walter, J.M., Zijdenbos, A., Evans, A.C., Giedd, J.N. & Rapoport, J.L., Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Medical Association*, 288 (14), 1740-1748. (2002)
- [19] Chapman, J.W. & Boersma, F.J., The projected Academic Performance Scale. *Unpublished instrument, University of Alberta.* (1978)
- [20] Critchley, M., Developmental Dyslexia. *Verlag Heinemann, London.* (1966)
- [21] Cullinan, D., Epstein, M.H. & Dembinski, R.J., Behavior problems of educationally handicapped and normal pupils. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 7, 495-502. (1979)

- [22] De Fries, J.C., Alarcon, M. & Olson, R.K., Genetic Aetiologies of Reading and Spelling Deficits: Developmental Differences. In: Hulme, C. & Snowling, M., *Dyslexia: Biology, Cognition and Intervention*. Whurr Publishers Ltd., London, 20-37. (1997)
- [23] Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. *Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2. Auflage*. (2003)
- [24] Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.), Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. *Verlag Huber, Bern, 5. Auflage*. (2005)
- [25] Dykman, R.A. & Ackerman, P.T., Attention deficit disorder and specific reading disability: Separate but often overlapping disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 24, 96-103. (1991)
- [26] Eden, G.F., Meter van, J.W., Rumsey, J.M., Maisog, J.M., Woods, R.P. & Zeffiro, T.A., Abnormal processing of visual motion in dyslexia revealed by functional brain imaging. *Nature*, 382, 66-69. (1996)
- [27] Eden, G.F., Jones, K.M., Cappell, K., Gareau, L., Wood, F.B. & Zeffiro, T.A., Neural changes following remediation in adult developmental dyslexia. *Neuron*, 44, 411-422. (2004)
- [28] Esser, G., Schmidt, M.H., Blanz, B., Fätkenheuer, B., Fritz, A., Koppe, T., Laucht, M., Rensch, B. & Rothenberger, W., Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ergebnisse einer prospektiven epidemiologischen Längsschnittstudie von 8-18 Jahren. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 232-242. (1992)
- [29] Esser, G. & Schmidt, M.H., Die langfristige Entwicklung von Kindern mit Lese-Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 22, 100-116. (1993)
- [30] Esser, G., Wyszkon, A. & Schmidt, M.H., Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung? *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 31, 235-242. (2002)
- [31] Fairhurst, P. & Pumfrey, P.D., Secondary school organisation and self-concepts of pupils with relative reading difficulties. *Research in Education*, 47, 17-27. (1992)
- [32] Finucci, J.M., Gottfredson, L.S. & Childs, B., A follow-up study of dyslexic boys. *Annals of Dyslexia*, 35, 117-136. (1985)

- [33] Firnhaber, M., Legasthenie: Wie Eltern und Lehrer helfen können. *Verlag Fischer, Frankfurt*. (1994)
- [34] Frisk, M., Wegelius, E. & Tenhunen, T., The problem of dyslexia in teenage. *Acta Paediatrica Scandinavica*, 56, 333-343. (1967)
- [35] Frith, U., Unexpected Spelling Problems. In: *Frith, U., Cognitive Processes in Spelling. Academic Press, London*, 495-515. (1980)
- [36] Galaburda, A.M., Sherman, G.F., Rosen, G.D., Aboitiz, F. & Geschwind, N., Developmental dyslexia: Four consecutive patients with cortical anomalies. *Annals of Neurology*, 18, 222-233. (1985)
- [37] Galaburda, A.M., Corsiglia, J., Rosen, G.D. & Sherman, G.F., Planum temporale asymmetry: Reappraisal since Geschwind and Levitsky. *Neuropsychologica*, 25, 853-868. (1987)
- [38] Galaburda, A.M. & Livingstone, U., Evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 682, 70-82. (1993)
- [39] Galaburda, A.M., Menard M.T. & Rosen, G.D., Evidence for aberrant auditory anatomy in developmental dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 91, 8010-8013. (1994)
- [40] Gardner, H., *Extraordinary Minds. Verlag Weidenfeld and Nicolson, London*. (1996)
- [41] Garrett, M.K. & Crump, W.D., Peer acceptance, teacher preference, and self-appraisal of social status among learning disabled students. *Learning Disability Quarterly*, 3, 42-48. (1980)
- [42] Gayan, J. & Olson, R.K., Genetic and environmental influences on orthographic and phonological skills in children with reading disabilities. *Developmental Neuropsychology*, 20, 483-507. (2001)
- [43] Gerber, P.J., Ginsberg, R. & Reiff, H.B., Identifying alterable patterns in employment success for highly successful adults with learning. *Journal of Learning Disabilities*, 25(8), 475-487. (1992)
- [44] Goldberg, H.K. & Schiffman, G.B., *Dyslexia: Problems of reading disabilities. Verlag Grune and Stratton, New York*. (1972)

- [45] Gottfredson, L.S., Finucci, J.M. & Childs, B., Explaining the adult careers of dyslexic boys: Variations in critical skills for high-level jobs. *Journal of Vocational Behavior*, 355-373. (1984)
- [46] Gow, D.W., Dyslexic adolescent boys: Classroom remediation is not enough. *Bulletin of the Orton Society*, 24, 154-163. (1974)
- [47] Gregg, N., Hoy, C., King, M., Moreland, C. & Jagota, M., The MMPI-2 profile of adults with learning disabilities in university and rehabilitation settings. *Journal of Learning Disabilities*, 25, 386-395. (1992)
- [48] Gresham, F.M., Social skills training with handicapped children: A review. *Review of Education Research*, 51, 139-176. (1981)
- [49] Gresham, F.M., Social validity in the assessment of children's social skills: Establishing standards for social competency. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 1, 297-307. (1983)
- [50] Grigorenko, E.L., Developmental dyslexia: An update on genes, brains, and environments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 91-125. (2001)
- [51] Haffner, J., Zerahn-Hartung, C., Pfüller, U., Parzer, P., Strehlow, U. & Resch, F., Auswirkungen und Bedeutung spezifischer Rechtschreibprobleme bei jungen Erwachsenen – empirische Befunde in einer epidemiologischen Stichprobe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 26, 124-135. (1998)
- [52] Hallgren, B., Specific dyslexia (congenital wordblindness): A clinical and genetic study. *Acta Psychiatrica and Neurologica*, 65, 1-287. (1950)
- [53] Harlaar, N., Spinath, F.M. & Dale, P.S., Genetic influences on early reading difficulties and individual differences in reading: A study of 7-year-old twins. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 373-384. (2005)
- [54] Hartup, W.W., Peer relations. In: Mussen, P.H., *Handbook of Child Psychology*, Vol. 4. Verlag Wiley, New York. (1983)
- [55] Hennighausen, K., Remschmidt, H. & Warnke, A., Visually evoked potentials in boys with developmental dyslexia. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 72-81. (1994)
- [56] Hinshelwood, J., Word-blindness and visual memory. *Lancet*, 146, 1564-1570. (1895)

- [57] Hoffmann, F.J., Sheldon, K.L., Minskoff, E.H., Sautter, S.W., Steidle, E.F., Baker, D.P., Bailey, M.B. & Echols, L.D., Needs of learning disabled adults. *Journal of Learning Disabilities*, 20 (1), 43-52. (1987)
- [58] Horowitz, E.C., Popularity, decentering ability, and role-taking skills in learning disabled and normal children. *Learning Disability Quarterly*, 4, 23-28. (1981)
- [59] Hynd, G.W., Semrud-Cukeman, M., Lorys, A.R., Novea, E.S. & Euopulos, D., Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit disorder/hyperactivity. *Archives of Neurology*, 47, 919-926. (1990)
- [60] Igo, R.P., Chapman, N.H., Berninger, V.W., Matsushita, M., Brkanac, Z. & Rothstein, J.H., Genomewide scan for real-word reading subphenotypes of dyslexia: Novel chromosome 13 locus and genetic complexity. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics)*, 141, 15-27. (2006)
- [61] Jansen, H. & Skowronek, H., Lese- und Rechtschreibschwäche und funktionaler Analphabetismus in der Sekundarstufe I. Abschlussbericht. *Universität Bielefeld*. (1997)
- [62] Jochmus, I., Reaktive Depression bei Legasthenikern. In: Anell, A.-L., *Depressionszustände bei Kindern und Jugendlichen*. Verlag Almqvist & Wiksell, Stockholm. (1971)
- [63] Jones, C.J., Analysis of the self-concepts of handicapped students. *Remedial and Special Education*, 6, 32-36. (1985)
- [64] Jungermann, M., Was wird aus Legasthenikern? Eine Untersuchung zur Rechtschreibentwicklung sowie zur beruflichen und klinisch-psychiatrischen Situation von ehemaligen Internatsschülern der Jugenddorf-Christophorusschule Oberurff. *Inaugural-Dissertation am Fachbereich Humanmedizin der Philipps-Universität Marburg*. (2002)
- [65] Kamhi, A.G., Catts, H.W., Mauer, D., Apel, K. & Gentry, B.F., Phonological and spatial processing abilities in language- and reading-impaired children. *The Journal of Speech and Hearing Disorders*, 53 (3), 316-327. (1988)
- [66] Kaminen, N., Hannula-Jouppi, K., Kestilä, M., Lahermo, P., Muller, K., Kaaranen, M., Myllyluoma, B., Voutilainen, A., Lyytinen, H., Nopola-Hemmi, J. & Kere, J., A genome scan for developmental dyslexia confirms linkage to chromosome 2p11 and suggests a new locus on 7q32. *Journal of Medical Genetics*, 40, 340-345. (2003)

- [67] Kershaw, J., People with Dyslexia. *Report of a Working Party commissioned by the British Council for the Rehabilitation of the Disabled, London, 6-21.* (1974)
- [68] Kidd, T., Bland, K.S. & Goodman, C.S., Slit is the midline repellent for the robo receptor in drosophila. *Cell, 96, 785-794.* (1999)
- [69] Kirk, J. & Reid, G., Adult Dyslexia for Employment and Training (ADEPT). *University of Edinburgh.*
- [70] Klicpera, C., Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. *Edition Schindele, Heidelberg.* (1985)
- [71] Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B., Lesen und Schreiben - Entwicklung und Schwierigkeiten: Die Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Schreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit. *Verlag Huber, Bern.* (1993)
- [72] Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. & Schabmann, A., Lesen und Schreiben - Entwicklung und Schwierigkeiten. *Verlag Huber, Bern.* (1993)
- [73] Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B., Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten. *Verlag Beltz, Weinheim.* (1995)
- [74] Klinberg, T., Hedehus, M., Temple E., Salz T., Gabrieli, J.D., Moseley, M.E. & Poldrack, R.A., Microstructure of temporo-parietal white matter as a basis for reading ability: Evidence from diffusion tensor magnetic resonance imaging. *Neuron, 25, 493-500.* (2000)
- [75] König, I.R., Schumacher, J., Hoffmann, P., Kleensang, A., Ludwig, K.U., Grimm, T., Neuhoff, N., Preis, M., Roeske, D., Warnke, A., Propping, P., Renschmidt, H., Nöthen, M.M., Ziegler, A., Müller-Myhsok, B., Schulte-Körne, G., Mapping for Dyslexia and Related Cognitive Trait Loci Provides Strong Evidence for Further Risk Genes on Chromosome 6p21. *American Journal of Medical Genetics Part B (Neuropsychiatric Genetics).* (2010)
- [76] Küspert, P., Phonologische Bewusstheit und Schriftspracherwerb. *Verlag Lang, Frankfurt.* (1998)
- [77] Küspert, P. & Schneider, W., Hören, lauschen, lernen: Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. *Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2. Auflage.* (2000)

- [78] La Buda, M.C. & Defries, J.C., Differential prognosis of reading disabled children as a function of gender, socioeconomic status, IQ, and severity: A longitudinal study. *Reading and Writing: An Interdisciplinary Journal*, 1, 25-36. (1989)
- [79] Langenfeld, C., Maßnahmen des Nachteilsausgleichs und des besonderen Schutzes für Schüler und Schülerinnen mit Legasthenie an allgemeinbildenden Schulen. In: *Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e.V., Chancengleichheit herstellen, Diskriminierung vermeiden – Schulische Regelungen für Legasthenie rechtswidrig!*
- [80] Larsen, S.C., Parker, R. & Jorjorian, S., Differences in self-concept of normal and learning disabled children. *Perceptual and Motor Skills*, 37, 510. (1973)
- [81] Lempp, R., Kinderpsychiatrie: Wenn einzelne Leistungen gestört sind. Frühzeitige Erkennung und Behandlung sind wichtig. *Umschau*, 78, 690-693. (1978)
- [82] Licht, B.G., Kistner, J.A., Ozkaragoz, T., Shapiro, S. & Clausen, L., Causal attributions of learning disabled children: Individual differences and their implications for persistence. *Journal of Educational Psychology*, 77, 208-216. (1985)
- [83] Liederman, J., Kantrowitz, L. & Flannery, K., Male vulnerability to reading disability is not likely to be a myth: A call for new data. *Journal of Learning Disabilities*, 38, 109-129. (2005)
- [84] Linder, M., Über Legasthenie (spezielle Leseschwäche). *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 18, 97-143. (1951)
- [85] Livingstone, M.S., Rosen, C.D., Dislane, F.W. & Galaburda, A.M., Physiological and anatomical evidence for a magnocellular defect in developmental dyslexia. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 88, 7943-7947. (1991)
- [86] Lyytinen, H., In search of the precursors of dyslexia: A prospective study of children at risk for reading problems. In: *Hulme, C. & Snowling, M., Dyslexia: Biology, Cognition and Intervention. Whurr Publishers Ltd., London, 97-107.* (1997)
- [87] Malmqvist, E., Reading and writing difficulties in children. *Verlag Gleerup, Lund.* (1969)
- [88] Mann, C., Oberländer, H. & Scheid, C., LRS – Legasthenie: Prävention und Therapie. *Verlag Beltz, Weinheim.* (2001)

- [89] Margalit, M. & Zak, I., Anxiety and self-concept of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities*, 17, 537-539. (1984)
- [90] Marjoribanks, K., Families and Their Learning Environments: An Empirical Analysis. *Verlag Routledge & Kegan Paul, London*. (1979)
- [91] Marx, H., Jansen, H., Mannhaupt, G. & Skowronek, H., Prediction of difficulties in reading and spelling on the basis of the Bielefeld Screening. In: *Grimm, H. & Skowronek, H., Language Acquisition Problems and Reading Disorders: Aspects of diagnosis and intervention. Verlag de Gruyter, Berlin*, 219-241. (1993)
- [92] Maughan, B., Gray, G. & Rutter, M., Reading retardation and antisocial behaviour: A follow-up into employment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 741-758. (1985)
- [93] Maughan, B., Annotation: Long-term outcomes of developmental reading problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 357-371. (1995)
- [94] McCarthy, J.M. & Paraskevopoulos, J., Behavior patterns of learning disabled, emotionally disturbed, and average children. *Exceptional Children*, 36, 69-74. (1969)
- [95] McGee, R., Williams, S., Share, D.L., Anderson, J. & Silva, P.A., The relationship between specific reading retardation, general reading backwardness and behavioural problems in a large sample of Dunedin Boys: A longitudinal study from five to eleven years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 597-610. (1986)
- [96] McGee, R. & Share, D.L., Attention deficit disorder-hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 318-325. (1988)
- [97] McLoughlin, D., Leather, C. & Stringer, P., The adult dyslexic: Interventions and Outcomes. *Whurr Publishers Ltd., London*. (2002)
- [98] Meng, H., Smith, S.D., Hager, K., Held, M., Liu, J. & Olson, R.K., DCDC2 is associated with reading disability and modulates neuronal development in brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102, 17053-17058. (2005)
- [99] Michelsson, K., Byring, R. & Björkgren, P., Ten year follow-up of adolescent dyslexics. *Journal of Adolescent Health Care*, 6, 31-34. (1985)
- [100] Morgan, W.P., A case of congenital word-blindness. *British Medical Journal*, 2, 1378. (1896)

- [101] Naylor, C.E., Felton, R.H. & Wood, F.B., Adult outcome in developmental dyslexia. *Perspectives on Dyslexia*, 215-227. (1990)
- [102] Nicolson, R.I., Fawcett, A.J. & Dean, P., Developmental dyslexia: The cerebellar deficit hypothesis. *Trends in Neurosciences*, 24 (9), 508-511. (2001)
- [103] Niemeyer, W., Legasthenie und Milieu. *Verlag Schroede, Hannover*. (1974)
- [104] Olson, R.K., Wise, B., Conners, F. & Rack, J., Organization, heritability and remediation of component word recognition and language skills in disabled readers. In: Carr, T.H. & Leva, B.A., *Reading and its Development: Component skills approaches*. Academic Press, New York, 261-322. (1990)
- [105] Olson, R.K., Dyslexia: Nature and nurture. *Dyslexia*, 8, 143-159. (2002)
- [106] Paracchini, S., Thomas, A., Castro, S., Lai, C., Paramasivam, M. & Wang, Y., The chromosome 6p22 haplotype associated with dyslexia reduces the expression of KIAA0319, a novel gene involved in neuronal migration. *Human Molecular Genetics*, 15, 1659-1666. (2006)
- [107] Paulesu, E., Frith, U., Snowling, M., Gallagher, A., Morton, J., Frackowiak, R.S. & Frith, C.D., Is developmental dyslexia a disconnection syndrome? Evidence from PET scanning. *Brain*, 119, 143-157. (1996)
- [108] Pearl, R., Bryan, T. & Herzog, A., Learning disabled and non-disabled children's strategy analysis under conditions of high and low success. *Learning Disability Quarterly*, 6, 67-74. (1983)
- [109] Pennington, B.F., Toward an integrated understanding of dyslexia: Genetic, neurological, and cognitive mechanisms. *Development and Psychopathology*, 11, 1629-1654. (1999)
- [110] Peyrard-Janvid, M., Anthoni, H., Onkamo, P., Lahermo, P., Zucchelli, M., Kaminen, N., Hannula-Jouppi, K., Nopola-Hemmi, J., Voutilainen, A., Lyytinen, H. & Kere, J., Fine mapping of the 2p11 dyslexia locus and exclusion of TACR1 as a candidate gene. *Human Genetics*, 114, 510-516. (2004)
- [111] Pugh, K.R., Shaywitz, B.A., Shaywitz, S.E., Constable, R.T., Skudlarin, P. & Fulbright, R.K., Cerebral organization of component process in reading. *Brain*, 119, 1221-1238. (1996)
- [112] Pugh, K.R., Mencl, W.E., Shaywitz, B.A., Shaywitz, S.E., Fulbright, R.K. & Constable, R.T., The angular gyrus in developmental dyslexia: Task-specific

- differences in functional connectivity within posterior cortex. *Psychological Science*, 11, 51-56. (2000)
- [113] Ranschburg, P., Die Lese- und Schreibstörungen des Kindesalters. *Verlag Marhold, Halle*. (1928)
- [114] Raskind, W.H., Igo, R.P., Chapman, N.H., Berninger, V.W., Thomson, J.B. & Matsushita, M., A genome scan in multigenerational families with dyslexia: Identification of a novel locus on chromosome 2q that contributes to phonological decoding efficiency. *Molecular Psychiatry*, 10, 699-711. (2005)
- [115] Rawson, M.B., Developmental language disability: Adult accomplishments of dyslexic boys. *John Hopkins Press, Baltimore*. (1968)
- [116] Reid, G., Dyslexia, metacognition and learning styles. *Paper presented at the 11th European Conference on Reading, Stavanger, Norway*. (1999)
- [117] Reid, G. & Hinton, J.W., Teacher work stress and school organisation: A suitable case for INSET. *Education Today*, 49 (4), 30-37. (1999)
- [118] Reid, G. & Kirk, J., Dyslexia in adults: Education and Employment. *John Wiley & Sons Ltd., Chichester*. (2001)
- [119] Remschmidt, H., Hennighausen, K., Schulte-Körne, G., Deimel, W. & Warnke, A., The influence of different diagnostic approaches on familial aggregation of spelling disability. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 8, 13-20. (1999)
- [120] Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F., Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. *Verlag Huber, Bern*. (2001)
- [121] Reschly, D.J., Gresham, F.M. & Graham-Clay, S., Multifactorial nonbiased assessment: Convergent and discriminant validity of social and cognitive measures with black and white regular and special education students. *Office of Special Education, United States Department of Education, Grant (ERIC Document Reproduction Service No. ED 252034), Washington*. (1985)
- [122] Reuter-Liehr, C., Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung. *Verlag Winkler, Bochum*. (2001)
- [123] Riddick, B., Sterling, C., Farmer, M. & Morgan, S., Self-esteem and anxiety in the educational histories of adult dyslexic students. *Dyslexia*, 5, 227-248. (1999)

- [124] Robinson, H.M. & Smith, H.D., Reading Clinic: Ten years after. *Elementary School Journal*, 63, 22-27. (1962)
- [125] Rosenberg, B.S. & Gaier, E.L., The self-concept of the adolescent with learning disabilities. *Adolescence*, 12, 490-497. (1977)
- [126] Roth, E., Prävention von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten: Evaluation einer vorschulischen Förderung der phonologischen Bewusstheit und der Buchstabenkenntnis. *Verlag Lang, Frankfurt*. (1999)
- [127] Rourke, B.P. & Orr, R.R., Prediction of the reading and spelling performance of normal and retarded children: A four year follow-up. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 5, 9-20. (1977)
- [128] Rumsey, J.M., Nace, K., Donohue, B., Wise, D., Maisog, J.M. & Andreason, P., A positron emission tomographic study of impaired word recognition and phonological processing in dyslexic men. *Archives of Neurology*, 54, 562-673. (1997)
- [129] Rutter, M., Tizard, J., Yule, W., Graham, P. & Whitmore, K., Research report: Isle of Wight studies 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6, 313-332. (1976)
- [130] Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L.J., Goodman, R., Maughan, B., Moffitt, T.E., Meltzer, H. & Carroll, J., Sex differences in developmental reading disability: New findings from 4 epidemiological studies. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2007-2012. (2004)
- [131] Scarborough, H.S., Early identification of children at risk for reading disabilities. In: Shapiro, B.K., Accardo, P.J. & Capute, A.J., *Specific Reading Disability*. *Timonium York Press, New York*, 75-119. (1998)
- [132] Schneider, W., Ennemoser, M., Roth, E. & Kuspert, P., Kindergarten prevention of dyslexia: Does training in phonological awareness work for everybody? *Journal of Learning Disabilities*, 32, 429-436. (1999)
- [133] Schneider W. & Näslund C., The impact of early phonological processing skills on reading and spelling in school: evidence from the Munich longitudinal study. In: Weinert, F.E. & Schneider, W., *Individual Development from 3 to 12: Findings from the Munich follow-up study*. *Cambridge University Press*, 126-147. (1999)
- [134] Schneider, W., Roth, E. & Ennemoser, M., Training phonological skills and letter knowledge in children at risk for dyslexia: A comparison of three kindergarten intervention programmes. *Journal of Educational Psychology*, 92, 284-295. (2000)

- [135] Schulte-Körne, G., Remschmidt, H. & Warnke, A., Selektive visuelle Aufmerksamkeit und Daueraufmerksamkeit bei legasthenen Kindern: Eine experimentelle Untersuchung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 19, 99-106. (1991)
- [136] Schulte-Körne, G., Grimm, T., Nöthen, M.M., Müller-Myhsok, B., Cichon, S. & Vogt, I.R., Evidence for linkage of spelling disability to chromosome 15. *American Journal of Human Genetics*, 63, 279-282. (1998)
- [137] Schulte-Körne, G., Legasthenie: Erkennen, verstehen, fördern. Beiträge zum 13. Fachkongress des Bundesverbandes Legasthenie 1999. *Verlag Winkler, Bochum*. (2001)
- [138] Schulte-Körne, G., Deimel, W., Bartling, J. & Remschmidt, H., Speech perception deficit in dyslexic adults as measured by mismatch negativity (MMN). *International Journal of Psychophysiology*, 40, 77-87. (2001)
- [139] Schulte-Körne, G., Deimel, W., Hülsmann, J., Seidler, T. & Remschmidt, H., Das Marburger Rechtschreib-Training: Ergebnisse einer Kurzzeitintervention. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29, 7-15. (2001)
- [140] Schulte-Körne, G., Deimel, W. & Remschmidt, H., Zur Diagnostik der Lese-Rechtschreibstörung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 29 (2), 113-1116. (2001)
- [141] Schulte-Körne, G., Deimel W., Jungermann M. & Remschmidt, H., Nachuntersuchung einer Stichprobe von lese-rechtschreibgestörten Kindern im Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 267-276. (2003)
- [142] Schulte-Körne, G., Deimel, W. & Remschmidt, H., Rechtschreibtraining in schulischen Fördergruppen: Ergebnisse einer Evaluationsstudie in der Primarstufe. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31, 85-98. (2003)
- [143] Schulte-Körne, G., Warnke, A. & Remschmidt, H., Zur Genetik der Lese-Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (6), 435-444. (2006)
- [144] Schulte-Körne, G., Ziegler, A., Deimel, W., Schumacher, J., Plume, E., Bachmann, C., Kleensang, A., Propping, P., Nöthen, M.M., Warnke, A., Remschmidt, H. & König, I.R., Interrelationship and Familiality of Dyslexia Related Quantitative Measures. *Annals of Human Genetics*, 70, 1-16. (2006)

- [145] Schulte-Körne, G., Genetik der Lese- und Rechtschreib-Störung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 155, 328-336. (2007)
- [146] Schulte-Körne, G., Ludwig, K., el Sharkawy, J., Nöthen, M.M., Müller-Myhsok, B. & Hoffmann, P., Genetics and Neuroscience in Dyslexia: Perspectives for Education and Remediation. *Mind, Brain, and Education*, 1(4), 162-172. (2007)
- [147] Schumacher, J., Anthoni, H. & Dahdouh, F., Strong genetic evidence for DCDC2 as a susceptibility gene for dyslexia. *American Journal of Human Genetics*, 78, 52-62. (2006)
- [148] Seeger, M., Tear, G., Ferres-Marco, D. & Goodman, C.S., Mutations affecting growth cone guidance in drosophila: Genes necessary for guidance toward or away from the midline. *Neuron*, 10, 409-426. (1993)
- [149] Semrud-Clikeman, M., Biederman, J., Sprich-Buckminster, S., Lehman, B.K., Faraone, S.V. & Norman, D., Comorbidity between ADHD and learning disability: A review and report in a clinically referred sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 439-448. (1992)
- [150] Shaywitz, S.E., Shaywitz, B.A., Fletcher, J.M. & Escobar, M.D., Prevalence of reading disability in boys and girls: Results of the Connecticut longitudinal study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 998-1002. (1990)
- [151] Shaywitz, S.E., Fletcher, J.M., Holohan, J.M., Schneider, A.E., Marchione, K.E., Stuebing, K.K., Francis, D.J., Pugh, K.R. & Shaywitz, B.A., Persistence of dyslexia: The connecticut longitudinal study at adolescence. *Pediatrics*, 104, 1351-1359. (1999)
- [152] Shaywitz, B.A., Shaywitz, S.E., Pugh, K.R., Mencl, W.E., Fulbright, R.K., Skudlarski, P., Constable, R.T., Marchione, K.E., Fletcher, J.M., Lyon, G.R. & Gore, J.C., Disruption of posterior brain systems for reading in children with developmental dyslexia. *Biological Psychiatry*, 52, 101-110. (2002)
- [153] Shaywitz, B.A., Shaywitz, S.E., Blachman, B.A., Pugh, K.R., Fulbright, R.K., Skudlarski, P., Mencl, W.E., Constable, R.T., Holahan, J.M., Marchione, K.E., Fletcher, J.M., Lyon, G.R. & Gore, J.C., Development of left occipitotemporal systems for skilled reading in children after a phonologically-based intervention. *Biological Psychiatry*, 55, 926-933. (2004)

- [154] Silverman, R. & Zigmond, N., Self-concept in learning disabled adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 478-482. (1983)
- [155] Spekman, N.J., Goldberg, R.J. & Hermann, K.L., Learning disabled children grow up: A search for factors related to success in the young adult years. *Learning Disabilities Research and Practice*, 7, 161-170. (1992)
- [156] Spreen, O., Learning disabled children growing up. *Health and Welfare Canada, Ottawa*. (1978)
- [157] Spreen, O., The relationship between learning disability, neurological impairment, and delinquency: Results of a follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 169, 791-799. (1981)
- [158] Spreen, O., Prognosis of learning disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 836-842. (1988)
- [159] Stein, J.F. & Walsh, V., To see but not to read; the magnocellular theory of dyslexia. *Trends in Neurosciences*, 20, 147-152. (1997)
- [160] Steinhausen, H.C., Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Verlag Urban & Fischer, München*, 6. Auflage. (2006)
- [161] Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23, 219-222. (1995)
- [162] Stephenson, S., Six cases of congenital word-blindness affecting three generations of one family. *Ophthalmoscope*, 5, 482-484. (1907)
- [163] Strassberg-Rosenberg, B. & Gaier, E.L., The self concept of the adolescent with learning disabilities. *Adolescence*, 12, 489-497. (1977)
- [164] Strehlow, U., Kluge, R., Möller, H. & Haffner, J., Der langfristige Verlauf der Legasthenie über die Schulzeit hinaus: Katamnesen aus einer kinderpsychiatrischen Ambulanz. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 20, 254-265. (1992)
- [165] Strehlow, U., Katamnestic studies on dyslexia. *Acta Paedopsychiatrica*, 56, 219-228. (1994)
- [166] Strehlow, U., Der Verlauf der umschriebenen Lese-Rechtschreibschwäche. *Sprache – Stimme – Gehör*, 22, 31-33. (1998)

- [167] Strehlow, U., Haffner, J., Busch, G., Pfüller, U., Rellum, T. & Zerahn-Hartung, C., An Schwächen üben oder durch Stärken ausgleichen? Vergleich zweier Strategien in der Förderung von Kindern mit einer umschriebenen Lese-Rechtschreibschwäche. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27, 103-113. (1999)
- [168] Suchodoletz von, Waldemar., Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). *Verlag Kohlhammer, Stuttgart*. (2003)
- [169] Suchodoletz von, Waldemar., Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) – Fragen und Antworten. *Verlag Kohlhammer, Stuttgart*. (2007)
- [170] Sujansky, R., Relationship between dyslexia, ADHD, and social competence in young children: Implications for diagnosis and treatment. *Archives of clinical neuropsychology*, 13(1), 84-85. (1998)
- [171] Taipale, M., Kaminen, N. & Nopola-Hemmi, J., A candidate gene for developmental dyslexia encodes a nuclear tetratricopeptide repeat domain protein dynamically regulated in brain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 100, 11553-11558. (2003)
- [172] Tallal, P., Miller, S.L., Bedi, G., Byma, G., Wang, X. & Nagarajan, S.S., Language comprehension in language learning impaired children improved with acoustically modified speech. *Science*, 271, 81-84. (1996)
- [173] Tallal, P., Improving language and literacy is a matter of time. *Nature Review Neuroscience*, 5, 721-728. (2004)
- [174] Thomas, C.J., Congenital word-blindness and its treatment. *Ophthalmoscope*, 3, 380-385. (1905)
- [175] Tomblin, J.B., Zhang, X., Buckwalter, P. & Catts, H., The association of reading disability, behavioral disorders, and language impairment among second-grade children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 473-482. (2000)
- [176] Trites, R.L. & Fiedorowicz, C., Follow-up study of children with specific (or primary) reading disability. In: *Knights, R.M. & Bakker, D.J., The neuropsychology of learning disorders: Theoretical approaches*. University Park Press, Baltimore, 41-52. (1976)
- [177] Valtin, R., Legasthenie – Theorien und Untersuchungen. *Verlag Beltz, Weinheim*. (1970)

- [178] Vanni, S., Uusitalo, M., Kiesilä, P. & Hari, R., Visual motion activates V5 in dyslexics. *Neuro Report*, 8, 1939-1942. (1997)
- [179] Wadsworth, S.J., De Fries, J.C., Stevenson, J., Gilger, J.W. & Pennington, B.F., Gender ratios among reading-disabled children and their siblings as a function of parental impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1229-1239. (1992)
- [180] Wang, Y., Paramasivam, M., Thomas, A., Bai, J., Kaminen-Ahola, N. & Kere, J., DYX1C1 functions in neuronal migration in developing cortex. *Neuroscience*, 143, 515-522. (2006)
- [181] Warnke, A., Remschmidt, H. & Niebergall, G., Legasthenie, sekundäre Symptome und Hausaufgabenkonflikte. In: *Bundesverband Legasthenie, Legasthenie als bildungspolitisches Problem*, 311-331. (1989)
- [182] Warnke, A., Legasthenie und Hirnfunktion: Neuropsychologische Befunde zur visuellen Informationsverarbeitung. *Verlag Huber, Bern*. (1990)
- [183] Warnke, A., Sozialrechtliche Hilfen für Schüler mit Lese-Rechtschreibstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 8 (3), 167-170. (1999)
- [184] Warnke, A., Hemminger, U., Roth, E. & Schneck, S., Legasthenie: Leitfaden für die Praxis. *Hogrefe-Verlag, Göttingen*. (2002)
- [185] Warnke, A., Umschriebene Entwicklungsstörungen des Lesens und der Rechtschreibung. In: *Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte-Markwort, M. & Warnke, A., Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Verlag Schattauer, Stuttgart*, 404-436. (2003)
- [186] Warnke, A., Hemminger U. & Plume, E., Lese-Rechtschreibstörungen: Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. *Hogrefe-Verlag, Göttingen*. (2004)
- [187] Warnke, A., Umschriebene Entwicklungsstörungen (Teilleistungsstörungen). In: *Remschmidt, H., Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Thieme-Verlag, Stuttgart*, 4. Auflage, 142-155. (2005)
- [188] Warnke, A. & Schulte-Körne, G., Umschriebene Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung. In: *Herpertz-Dahlmann, B., Resch, F., Schulte Markwort, M. & Warnke, A., Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. Verlag Schattauer, Stuttgart*, 2. Auflage, 534-569. (2008)

- [189] Wilcutt, E.G. & Pennington, B.F., Comorbidity of reading disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: Differences by gender and subtype. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 1111-1121. (2000)
- [190] Wilsher, C., Atkins, G. & Manfield, P., Effect of Piracetam on dyslexic's reading ability. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 19-25. (1985)
- [191] Wolf, M., Bowers, P.G. & Biddle, K., Naming speed processes, timing, and reading: A conceptual review. *Journal of Learning Disabilities*, 33, 387-407. (2000)

Danksagung

Zu Allererst möchte ich mich bei meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. med. T. Grimm, für die Überlassung des Dissertationsthemas, die Aushändigung der Akten der vier Legastheniker und seine freundliche und kompetente Unterstützung bei der Erstellung der Arbeit bedanken.

Für die Übernahme des Korreferates danke ich Herrn Prof. Dr. med. A. Warnke.

Mein besonderer Dank gilt den Legasthenikern A.E., B.F., C.G. und D.E. sowie ihren Familien, deren Einwilligung zur Darstellung der Lebenswege in den Fallbeschreibungen und zur Einsicht in persönliche Unterlagen, Gutachten und Zeugnisse Voraussetzung für diese Dissertation war.

Ich danke auch meinen Eltern, die mich während des Medizinstudiums in vielfältiger Weise unterstützt und begleitet haben.