



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

**Der § 35a SGB VIII
als Leistungstatbestand der Jugendhilfe**

Die Rolle der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche basierend auf einer Lese- und Rechtschreibstörung

Dem Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung,
Studiengang Soziale Arbeit

zur Erlangung des akademischen Grades
Diplom Sozialpädagogin / Sozialarbeiterin (HS)
vorgelegte Diplomarbeit

von Sabine Mielitz.

Tag der Einreichung: 28.07.2010

Erstprüferin: Frau Ass. jur. B. Tammen

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. A. S. Kampmeier

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Der Begriff der Behinderung.....	6
1.1. Entwicklung des allgemeinen Behinderungsbegriffs.....	6
1.2. Der Behinderungsbegriff im sozialrechtlichen Sinn	9
2. Der § 35a SGB VIII.....	11
2.1. Seine Entstehung – Die „kleine Lösung“ der Sozialpolitik	11
2.2. Die (drohende) „seelische Behinderung“	17
2.3. Ziele und Leistungsumfang der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII.....	22
2.3.1. Die Ziele der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII	22
2.3.2. Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII.....	24
3. Die Lese – und Rechtschreibstörung	30
3.1. Begriffsbestimmung gemäß ICD – 10.....	31
3.2. Ätiologie des Störungsbildes	34
3.2.1. Biologische Ursachen	35
3.2.2. Umschriebene Entwicklungsstörung im Sprechen und der Sprache.....	37
3.2.3. Soziale und familiäre Einflüsse	42
4. Seelische Behinderung basierend auf Lese- Rechtschreibstörung.....	46
4.1. Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung	46
4.1.1. Gesetzliche Bestimmungen für diagnostizierende Personen und Institutionen.....	47
4.1.2. Diagnostische Leitlinie der Lese- und Rechtschreibstörung	49
4.1.3. Multiaxiales Klassifikationsschema	55
4.2. Feststellung der gesellschaftlichen Teilhabebeeinträchtigung.....	59
4.2.1. Der Teilhabebegriff gemäß der ICF als Feststellungsgrundlage	59
4.2.2. Indikatoren und Lebensbereiche der Teilhabe nach KÖLCH / WOLFF / FEGERT	67
4.3. Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik / Sozialarbeit.....	71

5.	Folgen der Lese- Rechtschreibstörung	74
5.1.	Sekundärsymptomatik und psychische Begleitstörungen	74
5.2.	Negative Folgen im familiären, schulischen und sozialen Umfeld	80
6.	Fördermaßnahmen bei Lese- Rechtschreibstörung	82
6.1.	Frühdagnostik und –förderung	82
6.2.	Schulische Fördermaßnahmen	85
6.2.1.	Förderung gemäß der Länder – Erlasse für Lese- Rechtschreibstörung	85
6.2.2.	Praktische Umsetzung der Länder – Erlasse	90
6.3.	Außerschulische Förderung	92
7.	Die Rolle der Eingliederungshilfe	96
8.	Zusammenfassung	103
	Literaturverzeichnis	108
	Abkürzungsverzeichnis und Zitierweisen	116

Einleitung

In der heutigen Wissensgesellschaft ist es erforderlich Kulturtechniken zu beherrschen, um zum Einen befähigt zu sein sich selbständig Wissen anzueignen, damit ein Bildungsweg eröffnet wird der persönlichen Wünschen entspricht, und zum Anderen, um alltägliche Lebensaufgaben bewältigen zu können. Insbesondere die Fähigkeiten des Lesens und Schreibens stellen notwendige Fertigkeiten im Leben eines Menschen dar.

Im sozialen Umfeld von Menschen, die nicht in der Lage sind fließend zu lesen oder fehlerfrei zu schreiben, keimt vorschnell die Vermutung auf, dass diese Menschen intelligenzgemindert sein müssen oder zu bequem zum Lesen oder Schreiben sind. Im Verlauf der Forschung wurde schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts auffällig, dass es Kinder gab, die nicht aus den zuvor benannten Gründen Schwierigkeiten aufwiesen und trotz durchschnittlicher Intelligenz und durch intensive Fördermaßnahmen keine Besserung in ihren Lese- und Schreibleistungen erfuhren. Für diesen Personenkreis entwickelte sich der Legastheniebegriff, der auch heute Bestand hat und im zeitlichen Verlauf durch weitere Termini ergänzt wurde. Legasthenie, Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten oder Lese- und Rechtschreibstörung werden inzwischen überwiegend synonym verwandt.

Junge Menschen, die ihre persönlichen Ressourcen zur Kompensierung dieser Schwierigkeiten nach außen und nach innen ausgeschöpft haben und deren soziale Ressourcen in Form von familiärer Unterstützung sowie der schulischen Förderung ungenügend sind, stehen ihrer Lese- und Rechtschreibstörung am Ende scheinbar hilflos gegenüber. Die psychische Belastung des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen nimmt demzufolge immer weiter zu. Die Folge psychischer Begleitstörungen und Somatisierungen gefährdet wiederum eine uneingeschränkte Teilhabe an den wichtigen Lebensbereichen eines jungen Menschen.

Welche Möglichkeit bleibt also jungen Menschen mit Problemen im Lesen und Schreiben, wenn sie bereits im schulischen Rahmen und auch im familiären Umfeld Benachteiligung und Unverständnis sowie Hilflosigkeit erfahren? Für diesen Personenkreis hält die Jugendhilfe durch die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche gemäß § 35a SGB VIII eine Hilfeleistung bereit, die sie vor der Entstehung oder weiteren Verfestigung von Beeinträchtigungen in der Teilhabe bewahren soll. Die Eingliederungshilfe nimmt allerdings eine nachrangige Stellung in der Hilfestellung gegenüber anderen Leistungsträgern und auch der Schule ein.

Da die gesellschaftliche Teilhabe der Kinder und Jugendlichen durch die erforderlichen Teilaspekte Lesen und Schreiben gesichert werden kann und somit einer Ausgrenzung und Benachteiligung entgegnet wird, verfestigt sich die Frage, welche Gewichtung diese Leistung für Kinder und Jugendliche mit Blick auf ihre Subsidiarität hat, die eine Entwicklungsstörung im Lesen und Rechtschreiben haben, um einer (drohenden) seelischen Behinderung zu begegnen. Diese Arbeit befasst sich demzufolge mit der Fragestellung, welche Rolle die Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII für Kinder und Jugendliche mit einer (drohenden) seelischen Behinderung als Folge einer Lese- und Rechtschreibstörung einnimmt.

Gegenstand dieser Arbeit soll es auf Grund der Fragestellung sein, den § 35a SGB VIII darzustellen und ihn hinsichtlich seiner Leistungsvoraussetzungen für junge Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung und der beteiligten Disziplinen zu beleuchten. Es soll außerdem auf die Auswirkungen einer Störung im Lesen und Schreiben auf das Leben eines jungen Menschen eingegangen werden. Hinzu kommt eine Erläuterung möglicher vorrangiger Förderangebote für die Bewältigung der Lese- und Rechtschreibstörung.

Um die Relevanz der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung einschätzen zu können sollen zunächst einmal drei Arbeitshypothesen aufgeführt werden:

1. Wenn die Ausbildung einer Lese- und Rechtschreibstörung durch Präventionsmaßnahmen eingegrenzt bzw. vermieden werden kann, wird die daraus folgende Entwicklung einer seelischen Behinderung eliminiert, sodass die Eingliederungshilfe nur sehr selten zu tragen kommt.
2. Unter den Voraussetzungen einer intensiven und spezifisch für das Störungsbild der Lese- und Rechtschreibstörung ausgelegten Förderung im schulischen Rahmen, ist diese ausreichend, um dem jungen Menschen die schulische Teilhabe weiterhin zu ermöglichen, sodass die Eingliederungshilfe nur in besonders „schweren“ Fällen zum Einsatz kommt, wenn trotz schulischer Förderung psycho – somatische Begleitsymptomatik und soziale Beeinträchtigungen auszumachen sind, die dann die Teilhabefähigkeit einschränken.
3. Die Eingliederungshilfe spielt für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung eine maßgebliche Rolle, weil sie als ganzheitlicher

Leistungstatbestand des SGB VIII den jungen Menschen entwicklungsfördernde Lebensbedingungen ermöglicht und damit die Teilhabefähigkeit auch mit dem Störungsbild erzielt.

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, die Rolle der Eingliederungshilfe für junge Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung als Folge einer Lese- und Rechtschreibstörung durch die Untersuchung der angeführten Hypothesen und der sich daraus ergebenden thematischen Schwerpunkte zu beurteilen, die sich wie folgt zusammensetzen:

Im ersten Kapitel wird als Einstieg geklärt, wie der allgemeine Behinderungsbegriff entstanden ist, um im Anschluss auf dessen Einfluss auf das sozialrechtliche Verständnis von Behinderung einzugehen.

Der begrifflichen Klärung von „Behinderung“ des ersten Kapitels folgend, thematisiert das zweite Kapitel die Entwicklung der Zuständigkeitsübertragung der jungen Menschen mit einer (drohenden) seelischen Behinderung von der Sozialhilfe auf die Jugendhilfe und der Entstehung der eigenständigen Stellung des § 35a SGB VIII als Leistungstatbestand der Jugendhilfe. Den Mittelpunkt bildet dabei der Diskurs zwischen Jugendhilfe- und Sozialhilfeträger, der mit dem Zuständigkeitswechsel einherging. Nachfolgend wird die gesetzliche Herausbildung und Modifizierung bis zum derzeitigen Gesetzesstand des § 35a SGB VIII beschrieben. Schwerpunkt dieses Kapitels wird es weiterhin sein, die Begrifflichkeiten der seelischen Behinderung und der drohenden seelischen Behinderung zu erläutern, indem die Zweigliedrigkeit dieser Behinderungsform näher aufgeschlüsselt wird. Dieses Kapitel soll mit den Zielsetzungen und dem Leistungsumfang der Eingliederungshilfe abschließen.

Nachdem im zweiten Kapitel die Historie und die Zielsetzungen sowie der Leistungskatalog des § 35a SGB VIII ausgearbeitet wurden und zu klären war, was eine (drohende) seelische Behinderung ist, wird sich Kapitel drei mit dem Störungsbild einer Lese- und Rechtschreibstörung gemäß der ICD – 10 auseinandersetzen. Neben der entsprechenden Definition, die für die vorliegende Arbeit gilt, soll auf die möglichen Ursachen der Probleme im Lese- und Schriftspracherwerb eingegangen werden. Es werden zudem insbesondere der Zusammenhang der sprachlichen Entwicklung mit den Lese- und Rechtschreibfähigkeiten beleuchtet und die sozialen und familiären Aspekte untersucht.

Die Erkenntnisse über die Ursachen einer Lese- und Rechtschreibstörung des dritten Kapitels und der Sachverstand aus Kapitel zwei bilden die Grundlage, um im Kapitel vier die Thematik der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung, die einer

Lese- und Rechtschreibstörung folgt, behandeln zu können. In diesem Zusammenhang wird schwerpunktmäßig auf die Aufgabenteilung bei der Feststellung dieser Behinderungsform zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik, Sozialarbeit näher eingegangen. Einerseits wird diesbezüglich die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung durch Professionelle aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich dargelegt. Andererseits wird folglich die Einschätzung der Teilhabe, im Anschluss an die Klärung des Teilhabebegriffs gemäß der ICF, durch die sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Fachkraft des Jugendamtes ausführlicher betrachtet. Dazu wird beispielhaft das Instrument von KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT vorgestellt, welches Indikatoren beinhaltet, die eine beeinträchtigte Teilhabe ersichtlich machen und relevante Lebensbereiche eines jungen Menschen festlegt. Dieses Kapitel wird mit einer kurzen Reflexion der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik, Sozialarbeit abgeschlossen.

Die Erläuterungen der Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung aus Kapitel vier und auch die Feststellung der Beeinträchtigungen in den relevanten Lebensbereichen eines jungen Menschen werden im fünften Kapitel konkreter aufgegriffen, indem spezifische psychosomatische und soziale sowie familiäre Folgen einer Lese- und Rechtschreibstörung erläutert werden. Besonderes Augenmerk soll dabei die psychische Veränderung im Kind oder des bzw. der Jugendlichen erhalten.

Nachdem die Auswirkungen der Lese- und Rechtschreibstörung auf das Leben eines jungen Menschen im vorherigen Kapitel dargelegt wurden, werden in Kapitel sechs mögliche Fördermaßnahmen für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung thematisiert. Zunächst soll die Förderung im Vorschulalter im Sprach- und Sprechbereich in Kindertagesstätten und an Hand der U – Untersuchungen hinterfragt werden, um festzustellen in wie weit sprachlichen Entwicklungsrückständen begegnet wird. Weiterhin werden an Hand der Erlasse der Bundesländer über die Förderung von Schülern und Schülerinnen mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben die schulischen Möglichkeiten aufgeführt, sodass im Anschluss die praktische Umsetzung dieser Erlasse auf Grundlage einer Untersuchung aus dem Jahre 2005 geprüft werden kann. Zum Schluss des sechsten Kapitels wird schließlich auf die außerschulische Förderung in Form eines Lerntrainings bzw. einer Legasthenietherapie eingegangen, die als schulbegleitende Maßnahme im Rahmen einer Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII durchgeführt werden kann.

Im letzten Kapitel dieser Arbeit werden Schlussfolgerungen bezüglich der aufgestellten Hypothesen vor dem Hintergrund der erarbeiteten Themenkomplexe verfasst und das Kapitel mit einem abschließenden Gedanken bezüglich des präventiven Aspektes einer drohenden seelischen Behinderung zum Ende geführt.

In der hier vorliegenden Arbeit werden die Begriffe Kind, Jugendliche(r) und junger Mensch genutzt. Es soll deshalb nachfolgend geklärt werden welches Alter diese Bezeichnungen umfassen. Es handelt sich um eine Thematik aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz. Aus diesem Grund meint der Begriff „Kind“ gemäß § 7 (1) Nr. 1 SGB VIII alle Menschen, die noch nicht 14 Jahre alt sind und die Bezeichnung „Jugendliche“ gemäß der Nr. 2 alle Personen, die noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet haben. Abweichend von den gesetzlichen Regelungen schließt der Ausdruck „junger Mensch“ beide Personengruppen mit ein. In den Ausführungen, in denen es um Schüler und Schülerinnen geht, sind junge Menschen gemeint, die im schulpflichtigen Alter sind.

Die Termini Leistung, Hilfemaßnahme, Hilfeleistung oder Jugendhilfeangebot sollen in dieser Arbeit synonym verwandt werden, mit denen der Anspruch einer Person auf eine gesetzlich angebotene Hilfe gemeint ist.

1. Der Begriff der Behinderung

Ein Behinderungsbegriff, welcher allgemeine Gültigkeit erfährt und somit disziplinübergreifend Bedeutung besitzt, ist nicht auszumachen. Das Verständnis des Begriffs „Behinderung“ erscheint, je nach Disziplin bzw. Profession, verschieden zu sein. BLEIDICKS Begründung bezüglich des offensichtlich disziplinimmanenten Verständnisses von Behinderung liegt im zweckgerichteten Nutzen des Begriffs innerhalb des jeweiligen professionellen Bereichs (vgl. BLEIDICK 1999, S. 87).

Da sich diese Arbeit auf den Bereich der Sozialleistungsgesetze, insbesondere auf das Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – (SGB VIII), bezieht, wird nach einer kurzen Beschreibung der Begriffsbildung im Allgemeinen, zunächst der Terminus Behinderung im sozialrechtlichen Sinn geklärt.

1.1. Entwicklung des allgemeinen Behinderungsbegriffs

Nach HENSLE und VERNOOIJ hat der Behinderungsbegriff seinen Ursprung in der Zeit nach dem ersten Weltkrieg. Die Bezeichnung „Krüppel“ der Kriegsbeschädigten wurde von selbigen nicht nur als diskriminierend empfunden. Der Begriff bezog sich außerdem zu damaliger Zeit ausschließlich auf die, durch den Dienst am Vaterland, erworbenen körperlichen Schäden. Demzufolge schloss dieser andersartige Beeinträchtigungen nicht mit ein. Mit der Verabschiedung des Körperbehindertengesetzes im Jahre 1957 wurde der „Krüppel“ – Begriff durch das Wort „Körperbehinderte“ ersetzt (vgl. HENSLE & VERNOOIJ 2000, S. 8).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1980 eine Dreiteilung des Begriffs „Behinderung“ mit der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“¹ vorgenommen.

Eine Schädigung stellt *„einen beliebigen Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion dar“* (WHO 1995, S. 263). Die daraus folgende Fähigkeitseinschränkung ist *„jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit ..., Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem*

¹ Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (WHO 1995, S.213)

Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal angesehen werden“ (WHO 1995, S. 351). Schließlich führen diese funktionellen Störungen zu sozialen Beeinträchtigungen in Form von Benachteiligung, *„die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diese Person normal ist“* (EBENDA, S. 391).

Die ICDH basierte hinsichtlich ihres Begriffsverständnisses auf dem bio – medizinischen Modell der Krankheiten und Krankheitsfolgen. Dieses Modell folgt der Nosologie, das heißt, dass Krankheiten immer eine bestimmte Ätiologie, also Verursachung besitzen, sich in Symptomen äußern und jeweils einen typischen Verlauf vorweisen (vgl. MAHNKOPF & RAHN 2005, S. 46). Nach diesem Modell und somit aus medizinischer Perspektive, wird laut SCHUNTERMANN das Auftreten einer Behinderung als eine Folgeerscheinung von Krankheit, einem Trauma oder einem anderen Gesundheitsproblem gesehen, das dann medizinische Betreuung benötigt (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 29). Hinsichtlich der Forschung im psychiatrischen Bereich über die Entstehung psychischer Erkrankungen wurde jedoch offensichtlich, dass ebendiese vielfältige Ursachen haben, einen variablen Verlauf aufzeigen und durch Faktoren des sozialen Umfeldes der betroffenen Person beeinflusst werden können (vgl. MAHNKOPF & RAHN 2005, S. 46).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die medizinische Betrachtungsweise der ICDH zur Beurteilung der Ursachen von psychischen Erkrankungen auf Grund der erworbenen Erkenntnisse aus der psychiatrischen Forschung und Praxis als nicht adäquat genug galt. Diese erste Fassung der Klassifikation wurde von HENSLE und VERNOOIJ als individuumzentrierte Betrachtungsweise und defizitorientierte Beurteilung bezeichnet (vgl. HENSLE & VERNOOIJ 2000, S. 13). Sie gilt inzwischen als veraltet.

Im Jahre 2001 wurde durch die WHO die aktualisierte, nachfolgende Fassung verabschiedet. Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“² basiert im Gegensatz zur ICDH auf dem Konzept der funktionalen Gesundheit. Das sogenannte bio – psycho – soziale Modell bildet hierbei die fundierende Betrachtungsweise für die Beurteilung von Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit (vgl. DIMDI 2002, S. 6).

² Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (DIMDI 2002, S. 6)

Dabei erfolgt eine Zusammenführung des bio – medizinischen (personbezogene Verursachung der Behinderung) und sozialen Modells (umweltbezogene, gesellschaftliche Aspekte) (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 29f).

Im Rahmen der ICF wird zur Erläuterung der funktionalen Gesundheit der Begriff der „Funktionsfähigkeit“ genutzt. Danach gilt eine Person als funktional gesund, wenn sie weder in ihren Körperfunktionen und –strukturen noch im Bereich ihrer Aktivitäten oder der Partizipation (Teilhabe) an den für sie wichtigen Lebensbereichen, beeinträchtigt ist (vgl. DIMDI 2002, S. 6f). Im Kapitel 4.2.1. wird im Kontext der Klärung des Teilhabebegriffes der ICF ausführlicher auf diese Begrifflichkeiten eingegangen. Die ICF berücksichtigt bei der Einschätzung der Funktionsfähigkeit und Behinderung, im Gegensatz zur ICIDH, Umweltfaktoren sowie personbezogene Faktoren. Diese sogenannten Kontextfaktoren stellen den vollständigen Lebenshintergrund einer Person dar (vgl. EBENDA, S. 22).

Nach SCHUNTERMANN kann im Rahmen der ICF Behinderung als *„das Ergebnis der negativen Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem (ICD) und ihren Kontextfaktoren auf ihre funktionale Gesundheit, ...“* (SCHUNTERMANN 2007, S. 34) definiert werden. Diese Formulierung gilt in der Klassifikation der ICF als Oberbegriff für jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (vgl. EBENDA, S. 34). Innerhalb SCHUNTERMANN'S Begriffsbestimmung und somit der nach ICF stellt ein Gesundheitsproblem eine Störung dar, die nach einer weiteren Klassifikation der WHO, der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD)³ vorliegt. Nähere Erläuterungen zur ICD werden im Kapitel 0 im Zusammenhang mit der Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung aufgeführt.

An Hand der Begriffsdefinition der ICF wird deutlich, dass Behinderung nicht als eine Eigenschaft oder ein Merkmal einer Person angesehen wird, wie es die ICIDH beinhaltet, weil ein Gesundheitsproblem vorliegt und dadurch die individuelle Handlungsmöglichkeit beschränkt ist. Vielmehr gilt Behinderung als Ergebnis aus der Korrelation zwischen Faktoren der individuell bestehenden Situation einer Person und den auf ihr Leben Einfluss nehmenden Faktoren der Umwelt.

³ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme (DIMDI 2009)

Weder die ICDH noch die ICF haben eine konsequente Anwendung ihrer Begrifflichkeiten und Kodierungen innerhalb der deutschen Sozialleistungsträger und Rehabilitationseinrichtungen in den Zeiten ihrer Gültigkeit erfolgreich vorzuweisen. SCHUNTERMANN merkt jedoch an, dass die Begrifflichkeiten der ICF innerhalb des rehabilitativen Bereichs Verwendung finden und das bio – psycho – soziale Modell in der Praxis angewandt wird (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 15).

1.2. Der Behinderungsbegriff im sozialrechtlichen Sinn

Im Rahmen der Sozialgesetzgebung kann die Aussage SCHUNTERMANNs am Ende des vorherigen Kapitels als bestätigt gesehen werden. Das Konzept der funktionalen Gesundheit der ICF ist insbesondere innerhalb der Definition des Behinderungsbegriffs des Rehabilitationsrechts wiederzufinden. Dies soll im folgenden Abschnitt, neben der Implementierung des Terminus Behinderung in die Sozialgesetzbücher thematisiert werden.

Die Integration des Behinderungsbegriffs in die Sozialgesetzgebung erfolgte durch die Einführung des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) 1961 in Form der darin geregelten „Eingliederungshilfe für Behinderte“ (vgl. NEUER – MIEBACH 2008, S. 147). Gemäß § 39 (III) Satz 1 BSHG war es Aufgabe der Eingliederungshilfe *„eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern“* (vgl. BGBl. I 1961 / 46, S. 822). Um die berufliche Eingliederung schwerbehinderter Menschen zu stärken bzw. zu sichern wurde das Schwerbehindertengesetz (SchwbG) 1974 verabschiedet (vgl. FUCHS in: BIHR et al. 2006, Rz. 9). Erstmals wurde der Begriff Behinderung in der Fassung des SchwbG von 1986 im § 3 (I) als nicht nur vorübergehende Funktionsbeeinträchtigung, *„die auf einem regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustand beruht.“*, definiert. Als regelwidrig galt ein Zustand, der von einem dem Lebensalter entsprechenden abweicht (vgl. WELTI 2005, S. 58).

Das SchwbG wurde 2001 in das Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX), dem Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, als Teil Zwei eingegliedert (vgl. BGBl. I 2001 / 27, S. 1066). Dieser Teil Neun des Sozialgesetzbuches hat seiner Titulierung und auch nach § 1 SGB IX entsprechend zum Ziel, Menschen mit Behinderungen bei der Führung eines selbstbestimmten Lebens und der Sicherstellung ihrer Teilhabe in der Gesellschaft zu erhalten.

Auf Grund der Zielsetzungen des SGB IX ist ersichtlich, dass das Partizipationsmodell der ICF, welches die Fähigkeiten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den Mittelpunkt rückt, im Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe rechtlich realisiert wird (vgl. HAINES in: DAU/ DÜWELL/ HAINES 2009, Einführung, Rn. 22).

Die seit der Einführung des SGB IX bestehende sozialrechtliche Definition des allgemeinen Begriffs Behinderung ergibt sich aus dem § 2 (1), welcher besagt, dass Menschen behindert sind, *„wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“*. Im Kommentar zum SGB IX von BIHR et al. wird hinsichtlich dieser Formulierung zwar die Ähnlichkeit zum § 3 SchwbG angemerkt, allerdings ausdrücklich darauf verwiesen, dass die verwendete Definition auf der ICF der WHO basiert. Weiter soll mit der Formulierung, *„und **daher** ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“*, die Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit nach der ICF in die gesetzliche Definition eingeflossen sein (vgl. FUCHS in: BIHR et al. 2006, § 2, Rz. 4).

IGL und WELTI ergänzen, dass diese Definition medizinische und soziale Faktoren beinhaltet, was ebenfalls auf die Anknüpfung an das bio – psycho – soziale Modell zur Einschätzung von Behinderung nach der ICF hindeutet. Wie SCHUNTERMANN stellen auch sie fest, dass auf Grund dieser Formulierung Behinderung nicht (mehr) als Merkmal eines Menschen anzusehen ist, sondern als „soziale Situation“ (vgl. IGL & WELTI 2007, S. 343). Diese gesetzliche Konstituierung der Betrachtungsweise über die Entstehung von Behinderung sowie das Ziel, Teilhabe für Menschen mit (drohender) Behinderung zu ermöglichen, lässt erkennen, dass hierbei ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt wird, um Integration in der Praxis zu verwirklichen.

2. Der § 35a SGB VIII

Im Rahmen dieser Arbeit soll an Hand einer umschriebenen Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten festgestellt werden, welche Rolle die Eingliederungshilfe des SGB VIII, als Teil der Jugendhilfe, für diesen Personenkreis spielt.

In der aktuellen Fassung des SGB VIII findet sich die Eingliederungshilfe in einem separaten Unterabschnitt wieder. Im folgenden Kapitel soll deswegen die rechtliche Entwicklung des § 35a SGB VIII dargestellt werden. Der mit ihr über Jahre einhergehende Disput zwischen Sozialhilfe und Jugendhilfe wird an ausgewählten Argumenten dargelegt. Außerdem soll ersichtlich gemacht werden, welche Aspekte dazu führten Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche im Rahmen der Jugendhilfe zu leisten. Zum Abschluss dieses Kapitels werden die Begriffe „seelische Behinderung“ sowie „drohende seelischen Behinderung“ geklärt, um deutlich zu machen welcher Personenkreis Anspruch auf die Leistungen gemäß § 35a SGB VIII hat.

2.1. Seine Entstehung – Die „kleine Lösung“ der Sozialpolitik

Die Gründe für die Übertragung der Zuständigkeit des Personenkreises der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen auf die Jugendhilfe waren vielfältig (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 37). Bevor die Eingliederungshilfe für junge Menschen mit seelischer Behinderung die Stellung des eigenständigen Leistungstatbestandes im heutigen SGB VIII bekam, gab es zuvor Diskussionen zwischen Vertretern der Sozialhilfe- sowie Jugendhilfeträger. Sie bestanden vor allem hinsichtlich des Personenkreises und den damit verbundenen Zuständigkeitsansprüchen.

Dieser Disput begann nach der Einführung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in das BSHG im Jahre 1961 (vgl. WIESNER 1999, S. 83). Hilfeleistungen wurden für junge Menschen im Rahmen des BSHG und des Jugendwohlfahrtsgesetzes (JWG), dem Vorgänger des heutigen SGB VIII, geleistet. Die Schwierigkeit der Zuordnung zu einem Leistungsträger lag in der Abgrenzung der Kinder und Jugendlichen mit „drohender seelischer Behinderung“, wie sie im BSHG bezeichnet wurden, von jungen Menschen, die einer „seelischen Gefährdung“ unterlagen, wie es das JWG formulierte (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 37). Ausschlaggebend für die Erbringung von Eingliederungshilfe nach dem BSHG war, auf Grund der Zugehörigkeit zum Rehabilitationsrecht, das Vorherrschen einer Behinderung unabhängig von Alter und Behinderungsform.

Das Kinder- und Jugendhilferecht dagegen sah sich mit der Aufgabe betraut, vorrangig den entwicklungspezifischen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen allgemein gerecht zu werden und einer Behinderung in diesem Rahmen zu begegnen (vgl. WIESNER 1999, S. 83).

WIESNER begründet die damals aufkeimende Diskussion mit der Uneindeutigkeit der Ursachenzuschreibung für einen vorliegenden Hilfebedarf. Das heißt, dass bei jungen Menschen mit Behinderung seitens der Träger nur schwer festzustellen war, ob es sich dabei vorwiegend um einen erzieherisch bedingten bzw. behinderungsbedingten Bedarf handelte (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, Vor. § 35a, Rz. 4). Vertreter der Jugendhilfe sahen den Prozess der Entwicklung eines jungen Menschen im Vordergrund. Deshalb galten pädagogische Aspekte innerhalb einer Hilfeleistung als grundlegend. Darauf basierend wurde die Integration seelisch behinderter junger Menschen in die Jugendhilfe gefordert. Es entstand sogar die Auffassung, dass Hilfen für alle behinderten jungen Menschen durch die Jugendhilfe zu leisten seien. Verfechter der Sozialhilfe sowie Mitglieder von Behindertenverbänden betonten dagegen die Gewährleistung therapeutischer Aspekte der Eingliederungshilfe innerhalb der Sozialhilfe. Sie beurteilten die Gewährleistung der Hilfen durch die Jugendhilfeträger als sozialpädagogisch fixiert. Ihrer Ansicht nach bestünde dadurch die Gefahr, dass psychologische, medizinische und therapeutische Bedarfe ausgeklammert würden (vgl. WIESNER 1999, S. 83f).

Im Zusammenhang mit dem Diskurs über eine Zuordnung aller behinderten jungen Menschen führt COBUS – SCHWERTNER einige Haltungen an, die im Jahre 1998 von MÜNDER dargestellt wurden. Diese lehnten eine alleinige Zuständigkeit durch die Jugendhilfe ab, wodurch die eigenständige Stellung des § 35a SGB VIII zu erklären ist.

Behindertenverbände sowie Eltern, deren Kinder Behinderungen besaßen, fühlten sich durch die potenzielle Gewährung der Eingliederungshilfe im Rahmen der Jugendhilfe vorverurteilt (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 38). An Hand der Ausführungen MÜNDERS wird erkenntlich, dass diese Partei die Zuweisung von mangelnden Erziehungsfähigkeiten gemäß der Anspruchsvoraussetzungen der Hilfen zur Erziehung nach § 27 SGB VIII als unangemessen beurteilte (vgl. MÜNDER et al. 1998, § 35a, Rz. 9). Seitens der Träger der Einrichtungen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG wurde ebenfalls gegen einen Zuständigkeitswechsel argumentiert. Der Grund bestand darin, dass sie durch ihre Klientel die Auslastung zugehöriger Einrichtungen und folglich die finanzielle Absicherung anstrebten (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 38 sowie MÜNDER et al. 1998, § 35a, Rz. 9). Schlussfolgernd kann darin die Befürchtung gesehen werden,

dass das Weiterbestehen der Einrichtungsinfrastruktur durch eine erwartbare rückläufige Inanspruchnahme gefährdet sein würde, wenn junge Menschen das Angebot nicht mehr nutzen. Schließlich hätten Professionelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Absicherung ihrer Zuständigkeit für „ihr“ Klientel der seelisch behinderten jungen Menschen angestrebt, wie sie es bereits im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß dem Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) haben. Sie hätten das Interesse verfolgt ihre Zuständigkeit auch innerhalb der Jugendhilfe rechtlich konstituiert zu sehen (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 38 sowie MÜNDER et al. 1998, § 35a, Rz. 9).

Durch die zu dieser Zeit bestehenden Streitigkeiten über die Zuordnung des Personenkreises zu einem der möglichen Leistungsträger wurden Hilfen zum Einen nicht immer bedarfsgerecht, also vermutlich unzureichend und / oder inadäquat, geleistet. Zum Anderen sollen zeitliche Verzögerungen hinsichtlich der Gewährung sowie das Aussetzen von Leistungen aufgetreten sein trotz eines vorliegenden, womöglich dringenden Hilfebedarfs (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 37).

Mit der Entscheidung der Gesetzgebung kam es zu der sogenannten „kleinen Lösung“, welche die Zuständigkeitsübertragung des Personenkreises der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen auf die Jugendhilfe zum Ziel hatte. Es kann an dieser Stelle angenommen werden, dass dadurch dem Disput zwischen Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger beigelegt wurde. Allerdings stellte die erste Form einer Regelung der Hilfeleistungen für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche noch keine klare Abgrenzung zwischen den Leistungen des BSHG und des eingeführten SGB VIII⁴ dar.

Der § 27 (IV) SGB VIII sah in der Fassung von 1991 vor, dass die Eingliederungshilfe seelisch behinderter junger Menschen im Rahmen der Hilfen zur Erziehung erbracht werden sollte (vgl. FISCHER in: SCHELLHORN/ FISCHER/ MANN 2007, § 35a, Rz. 2). Damit eine Hilfe zur Erziehung gemäß § 27 SGB VIII gewährleistet werden kann, muss im Sinne des Gesetzes (alte sowie aktuelle Fassung) ein erzieherischer Bedarf bzw. Mangel angezeigt sein. Dieser rechtfertigt dann die möglichen Maßnahmen der §§ 28ff SGB VIII

⁴ verkündet: 26.06.1990, gemäß Art. 1 durch das „Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts“ (Kinder- und Jugendhilfegesetz – KJHG); in Kraft getreten: 01.01.1991 (vgl. BGBl. I 1990 / 30, S. 1163 & 1195)

und macht sie notwendig. Wird die gesetzliche Formulierung des Absatzes 4 der alten Fassung betrachtet, ist zu erkennen, dass die Eingliederungshilfe, im Gegensatz zu den anderen Formen der Hilfen zur Erziehung, beschrieben in den §§ 28 – 35 SGB VIII, nicht als eigenständiger Leistungstatbestand formuliert wurde. FISCHER führt auf, dass die Eingliederungshilfe deshalb als unselbständiger Annex⁵ der Erziehungshilfen gesehen wurde (vgl. FISCHER in: SCHELLHORN/ FISCHER/ MANN 2007, § 35a, Rz. 2).

WIESNER beschrieb 1999, dass zwei verschiedene Auffassungen bezüglich der gesetzlichen Bemühung einer klaren Zuständigkeitstrennung zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe durch den § 27 (IV) SGB VIII vertreten wurden. Durch diese wird die weiterhin bestehende Unklarheit der Zuständigkeiten beider Träger deutlich, wäre es nicht zur Einführung des § 35a SGB VIII gekommen.

Eine der beiden Parteien vertrat die Meinung, dass seelisch behinderte junge Menschen auch die Anspruchsvoraussetzungen des Tatbestandes der Hilfe zur Erziehung erfüllen würden (vgl. WIESNER 1999, S. 84f). Das bedeutet, dass also dieser Gedanke immer einen erzieherischen Mangel mit einer vorhandenen seelischen Behinderung in Verbindung setzt.

Diese Position stand einer anderen Annahme gegenüber. Sie beinhaltete die Überzeugung, dass es ebenfalls Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung gäbe, bei denen nicht parallel die Voraussetzungen der Erziehungshilfe vorzufinden seien. Die Zuständigkeit der Jugendhilfe läge nämlich hauptsächlich nur dann vor, wenn es auf Grund einer seelischen Behinderung eines Kindes zu Erziehungsdefiziten durch die Eltern kommen würde. Diese Defizite wären dann die Folge der umfassenderen Bedürfnisse ihres Kindes und den fehlenden Möglichkeiten der Eltern sie zu bewältigen, sodass Hilfe zur Erziehung notwendig erscheint.

Daraus ergibt sich, dass auch weiterhin eine Unterscheidung zwischen einer „seelischen Behinderung“ und einer „seelischen Behinderung mit Anspruchsberechtigung auf Hilfe zur Erziehung“ hätte durchgeführt werden müssen. Dadurch wäre dann erneut eine Zuständigkeitsteilung zwischen Jugendhilfe und Sozialhilfe entstanden. Diese wäre jedoch die logische Konsequenz gewesen, weil die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzun-

⁵ Anhang (vgl. Brockhaus Enzyklopädie 1986, S. 604)

gen für die Zuständigkeit der Jugendhilfe allein auf Grund der zweiten Aussage, nicht immer gegeben sind (vgl. EBENDA, S. 85).

Die Einführung des Absatzes 4 im § 27 SGB VIII hätte also dazu geführt, dass auch weiterhin Eingliederungshilfe nach dem BSHG hätte geleistet werden müssen (vgl. WIESNER 1999, S. 85). Das eigentliche Ziel der Sozialpolitik, nämlich die endgültige Zuordnung der seelisch behinderten jungen Menschen zur Jugendhilfe, wäre damit verfehlt worden.

Während also die eine Seite eine erfolgreiche Abgrenzung zwischen den Leistungsträgern der Jugend- und Sozialhilfe im § 27 (IV) SGB VIII erwartete, deckte die zweite Betrachtungsweise weitere Diskussionsaspekte auf. Die Gesetzgebung hat darauf folgend eine eindeutige Klärung verfolgt. Mit dem Ersten Gesetz zur Änderung des SGB VIII im Jahre 1993 wurde die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche als eigenständiger Leistungstatbestand, durch die Entwicklung und Einbindung des § 35a SGB VIII, der Jugendhilfe übertragen (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, Einleitung, Rz. 9).

Insgesamt hat der Paragraph, teilweise im Rahmen der Änderung von Gesetzen oder durch Ergänzungen bis heute Novellierungen erfahren, von denen einige folgend beschrieben werden. Durch das „Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts“ von 1996 wurde mit Art. 3 der Verweis auf das BSHG in einen eigenen Absatz 2 übertragen, welcher zuvor im Absatz 1 zu finden war (vgl. BGBl I 1996 / 38, S. 1094). Inhaltlich gab es keine Änderungen, sodass also auch im „neuen“ Absatz, bezogen auf den Aufgabenbereich, der Bestimmung des Personenkreises sowie der Gestaltung der Eingliederungshilfe für seelisch behinderte junge Menschen die Regelungen des BSHG bestimmend waren (vgl. FISCHER in: SCHELLHORN/ FISCHER/ MANN 2007, § 35a, Rz. 3).

Mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 und somit der sozialrechtlichen Definition der Behinderung für die betreffenden Sozialleistungsträger wurde der Begriff der „seelischen Behinderung“ angepasst. Im § 35a (I) SGB VIII wird deutlich, dass sich der strukturelle Aufbau dieser gesetzlichen Formulierung an der Definition des § 2 SGB IX orientiert (vgl. MROZYNSKI 2009, § 35a, Rz.3). Dadurch wurden also die zwei Tatbestandsmerkmale einer seelischen Behinderung, nämlich „Abweichung von der seelischen Gesundheit“ und „Beeinträchtigung der Teilhabe“, direkt in den Paragraphen der Eingliederungshilfe des SGB VIII einbezogen.

Außerdem wurde der Verweis auf die Eingliederungshilfeverordnung (EHVO) nach § 47 BSHG gestrichen. Dadurch stellte der Katalog, der neben Behinderungsklassen

(körperlich, geistig, seelisch) im § 3 der EHVO seelische Störungen aufführte, keinerlei Anwendungsverpflichtung mehr für das SGB VIII dar. WIESNER begründet dies mit der Unangemessenheit der darin bezeichneten Störungen, bezogen auf das Kindes- und Jugendalter (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 26). Weiterhin wurde in dieser Verordnung zur Bestimmung des anspruchsberechtigten Personenkreises von „wesentlichen“ Behinderungen ausgegangen, während der § 35a SGB VIII von Beginn an Leistungen für alle seelisch behinderten jungen Menschen oder solchen, die von ebendieser bedroht sind, bereit hielt (vgl. EBENDA, Rz. 7).

Die jüngste Modifizierung erhielt der Paragraph mit der Verkündung des Kinder- und Jugendhilfweiterentwicklungsgesetzes KICK (vgl. BGBl I 2005 / 57, S.2729), welches am 01.10.2005 in Kraft getreten ist. Durch den dann in § 35a SGB VIII eingeführten Satz 2 wurde der Begriff der „drohenden seelischen Behinderung“ des Absatzes 1 näher definiert. Außerdem wurde in einem Absatz 1a neben anderem, die Aufgabe des diagnostizierenden Arztes bzw. Psychotherapeuten konkretisiert (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rz. 7).

Eine Erläuterung der Begriffsbestimmung der „drohenden seelischen Behinderung“ wird im folgenden Abschnitt im Zusammenhang mit der Klärung des Terminus „seelische Behinderung“ vorgenommen. Im Kapitel 4 dieser Arbeit wird das diagnostische Verfahren am Beispiel einer Lese- und Rechtschreibstörung näher beleuchtet. In diesem Rahmen soll über die Rolle der medizinischen Fachkraft des Absatzes 1a aus § 35a SGB VIII gesprochen werden, sodass an dieser Stelle auf weitere Ausführungen verzichtet wird.

Zum Abschluss dieses Abschnitts kann festgehalten werden, dass durch die Zuordnung der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen zum anspruchsberechtigten Personenkreis der Jugendhilfe teilweise Streitpunkte ausgeräumt wurden. Schließlich hat der Gesetzgeber durch die Übertragung der Eingliederungshilfe für diesen Personenkreis auf das SGB VIII, die Vorrangigkeit der Zuständigkeit eindeutig der Jugendhilfe zugesprochen (vgl. WIESNER 1999, S. 85). Des Weiteren wurde die bis dahin bestehende Abgrenzungproblematik innerhalb des Kinder- und Jugendhilferechts zwischen „verhaltensauffälligen“ jungen Menschen und denen, die in ihrer „seelischen Entwicklung gefährdet“ sind, aufgehoben (vgl. COBUS – SCHWERTNER 2002, S. 38).

WIESNER betont jedoch, dass sich durch die Einführung des § 35a SGB VIII neue Schnittstellen und damit verbundene Abgrenzungsschwierigkeiten hinsichtlich der Zuständigkeit zwischen Sozialhilfe- und Jugendhilfeträger ergeben haben. Für junge Men-

schen mit körperlicher und / oder geistiger Behinderung werden nämlich bis heute weiterhin Eingliederungshilfen im Rahmen der Sozialhilfe erbracht. So stellt beispielsweise die Differenzierung zwischen seelischer Behinderung (SGB VIII) und geistiger Behinderung (SGB XII) inzwischen beide Leistungsträger erneut vor Abgrenzungsproblematiken. Eine Unterscheidung ist aus dem Grunde notwendig, weil das Gesetz unterschiedliche Träger für die jeweiligen Maßnahmen zuständig macht. Ein Problem dabei ist, dass eine frühzeitige Feststellung der Behinderungsart (geistig oder seelisch) bei einem Kind nur schwer zu überprüfen ist (vgl. WIESNER 1999, S. 85 sowie WIESNER in: WIESNER 2006, Vor. §35a, Rz. 8f).

2.2. Die (drohende) „seelische Behinderung“

Nachdem die Entstehung der eigenständigen Stellung einer Eingliederungshilfe für junge Menschen erläutert wurde, ist es notwendig die Begrifflichkeit der „seelischen Behinderung“ zu klären. Für diese Behinderungsform ist ebenfalls kein allgemein gültiges Verständnis vorzufinden. In den folgenden Ausführungen soll geklärt werden, was, auf Grundlage des Gesetzes betrachtet, eine „seelische Behinderung“ darstellt. Die sich anschließende Frage nach der „drohenden seelischen Behinderung“ findet am Schluss dieses Kapitels thematisch ihren Schwerpunkt.

Mit der Legaldefinition des Behinderungsbegriffs des § 2 SGB IX wurden die zwei Tatbestandsmerkmale die eine seelische Behinderung ausmachen, in § 35a Absatz 1 durch die Nummern 1 und 2 übertragen. Somit ergibt sich die Anspruchsvoraussetzung für die Gewährung von Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII aus den Tatbestandsmerkmalen des Absatzes 1. Laut § 35a (1) SGB VIII liegt demnach also eine seelische Behinderung bei einem jungen Menschen vor, wenn dessen seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für sein Lebensalter typischen Zustand abweicht und daher seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Tatsächlich ist für diese Begriffsdefinition ihre Zweigliedrigkeit kennzeichnend, indem erst dann von einer seelischen Behinderung gesprochen werden kann, wenn eine psychische Störung vorliegt und folglich die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist oder eine Beeinträchtigung droht.

Es stellt sich zunächst die Frage was eine psychische Störung im Sinne des Gesetzes sein kann. Wie bereits in Kap. 2.1. dargestellt, wurde mit der Einführung des § 35a SGB VIII hinsichtlich der Gestaltung der Eingliederungshilfe auf das BSHG und der nach § 47 BSHG zugehörigen EHVO verwiesen.

Die damalige gesetzliche Verpflichtung die EHVO zu nutzen, schloss die Zuordnung zum Personenkreis der seelisch behinderten Kinder und Jugendlichen durch die Jugendhilfe an Hand dieser Verordnung mit ein.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe nach dem BSHG, dem heutigen SGB XII, wird eine Einteilung verschiedener Behinderungsformen vorgenommen. Im Abschnitt 1 der Verordnung wird zwischen körperlich, geistig und seelisch behinderten Personen differenziert (vgl. WIESNER 1999, S. 83 sowie LEMPP 2006, S. 19).

Die aktuelle Fassung der EHVO nach § 60 SGB XII beinhaltet im § 3 unverändert eine Aufzählung von psychischen Störungen, die zu einer seelischen Behinderung führen können. Diese sind:

- körperlich nicht begründbare Psychosen,
- seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehirns, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen,
- Suchtkrankheiten, sowie
- Neurosen und Persönlichkeitsstörungen.

Auf eine nähere Erklärung dieser Störungsformen soll an dieser Stelle verzichtet werden, weil sich der Schwerpunkt dieser Arbeit nicht auf eine seelische Behinderung, basierend auf den oben angegebenen psychischen Störungen bezieht. Es soll diesbezüglich auf LEMPP verwiesen werden, welcher ebendiese Störungsbilder in seinen Ausführungen detailliert beschreibt.

Wie im Kapitel 2.1. aufgeführt, wurde mit der Einführung des SGB IX 2001 der Verweis auf den § 3 der EHVO nach § 60 SGB XII gestrichen. Dabei handelt es sich nämlich um eine Aufführung von Störungsbildern, welche auf veralteten Klassifikationen beruht (vgl. WIESNER 2002, S. 20). FEGERT beispielsweise, als Vertreter der Jugendpsychiatrie, beurteilt die darin verwandten Begrifflichkeiten als überholt, da diese auf Erkenntnissen der Erwachsenenpsychiatrie aus den 1950er und 1960er Jahren basieren (vgl. FEGERT 1999, S. 128).

Auf der Begründung zum SGB IX (Näheres BT – Drs. 14 / 5074 S. 121) fußend und durch das darauf in Kraft getretene KICK im Jahre 2005 wurde dann im § 35a (I a) Satz 2 SGB VIII gesetzlich verankert, dass die Diagnostik einer psychischen Störung an Hand

der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsprobleme“, der ICD – 10 zu erfolgen hat. Dadurch wurde den Forderungen entsprochen die Klassifizierung der EHVO durch eine zeitgemäße Klassifikation im Bereich der Jugendhilfe zu ersetzen (vgl. WIESNER 2002, S. 20).

Die ICD – 10 setzt sich unter anderem aus einem Katalog psychischer Störungen zusammen in dem auch psychische und verhaltensbezogene Störungen des Kindes- und Jugendalters separat beschrieben werden und somit Berücksichtigung finden (vgl. EBENDA, S. 20).

Die Diagnostik einer psychischen Störung bei Kindern und Jugendlichen wird gemäß § 35a (I a) Satz 1 SGB VIII durch ärztliche oder psychotherapeutische Professionelle durchgeführt. Da an die Professionen, die diagnostisch und gutachterlich tätig werden, gesetzliche Bestimmungen gebunden sind, wird eine nähere Erklärung ihrer Qualifizierungsvoraussetzungen in einem eigenen Abschnitt unter 4.1.1. erbracht.

Gemäß WIESNER besteht bei der Einschätzung der Abweichung bei einem Kind oder Jugendlichen immer ein zu berücksichtigender, individueller Varianzbereich, der sich aus der Dynamik der kindlichen und jugendlichen Entwicklung ergibt (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rz. 9). Kommt es, bezogen auf diese Arbeit, zur Diagnosestellung einer Lese- und Rechtschreibstörung, so kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei um Schwierigkeiten bzw. Rückstände in der Entwicklung des Lesens und des Rechtschreibens handelt, die eben nicht dem Alter des jungen Menschen entsprechen. Deshalb ergeben sie dann das Störungsbild der Lese- und Rechtschreibstörung. Diese gilt gemäß der ICD – 10 als eine psychische Störung, sodass der Tatbestand der Abweichung von der seelischen Gesundheit gemäß Nr. 1 des § 35a (I) SGB VIII erfüllt ist.

Die psychische Störung oder Verhaltensstörung muss einen zeitlichen Rahmen von sechs Monaten, zumindest prognostisch, umfassen. Diese, vom Gesetzgeber eingeführte Voraussetzung dient sehr wahrscheinlich in erster Linie als Abgrenzung zu akuten und somit kurzzeitigen Erkrankungen (vgl. JUNGMANN 2002, S. 24).

MEYSEN gibt beispielsweise aktuelle Veränderungen im Leben eines jungen Menschen an, die für eine Änderung des psychischen oder verhaltensbezogenen Erscheinungsbildes mit kurzer Dauer ausschlaggebend sein können. Diese gelten allerdings längst nicht als Abweichung im Sinne des § 35a SGB VIII. Es kann zum Beispiel zu starker psychischer Belastung eines junges Menschen kommen, weil ein oder mehrere Wohnortwechsel der Familie vollzogen wurden (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/

TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 29). Damit verbundene Schulwechsel wirken auf das Kind oder den jugendlichen Menschen ein. Die Erfüllung der Anpassungsanforderungen durch den jungen Menschen auf eine ungewohnte schulische Organisation, neues Lehrpersonal, Umgang der Mitschüler mit neuen Schülern bzw. Schülerinnen in dessen Klasse können selbigem schwer fallen. Hinzu kommen die erzwungenen Kontaktabbrüche des bisher selbst gestalteten sozialen Umfeldes, wie Freundschaften oder Vereinsaktivitäten. All das wird sich auf die psychische Verfassung des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen zeitweise auswirken. Unter den Voraussetzungen, dass dem Schüler; der Schülerin, vielleicht mit Unterstützung der Eltern, die Adaption in der neuen schulischen und örtlichen Umwelt gelingt, wird sich hierbei keine Manifestation einer psychischen Störung, wie zum Beispiel depressives Verhalten gemäß der ICD – 10 entwickeln bzw. zu erwarten sein. HARNACH betont ebenfalls, dass junge Menschen eine kurzzeitige emotionale oder auch verhaltensbezogene Auffälligkeit insbesondere dann ausbilden, wenn große Anpassungsleistungen durch selbige erbracht werden müssen. Sie bezieht sich beispielhaft auf die Anfangszeiten eines Kindergartenbesuchs oder den sich anschließenden Wechsel in die Primärstufe (vgl. HARNACH 2007, S. 157).

Hinsichtlich der Feststellung einer seelischen Behinderung bei einem jungen Menschen werden mindestens zwei Disziplinen gesetzlich dazu verpflichtet miteinander in Kooperation zu treten. In der Begründung zum SGB IX wird die Aufteilung der beiden Tatbestände in Form von Nummern nämlich damit erklärt, dass medizinische und pädagogische Fachkräfte gemeinsam wirken sollen, wenn über das Bestehen einer seelischen Behinderung entschieden werden soll (vgl. BT – Drs. 14 / 5074, S. 121).

Während also die Diagnostik der psychischen Störung durch medizinisch – psychiatrische Professionen abgedeckt wird, liegt die Entscheidung über die gesellschaftliche Teilhabebeeinträchtigung eines Kindes oder eines bzw. einer Jugendlichen bei den sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Fachkräften des jeweiligen öffentlichen Jugendhilfeträgers (vgl. EBENDA, S. 121). Die psychische Störung allein gilt gemäß § 35a (1) SGB VIII nicht als seelische Behinderung. Erst wenn eine Beeinträchtigung der Teilhabe infolge einer psychischen Störung festzustellen ist, kann bei einem jungen Menschen von einer seelischen Behinderung gesprochen werden.

Von einer drohenden seelischen Behinderung wird gemäß § 35a (1) Satz 2 SGB VIII ausgegangen, wenn infolge einer psychischen Störung eine Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Teilhabe mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Somit spielt hierbei vor allem der prospektive Blick der fallzuständigen Fachkraft eine Rolle.

Die Feststellung der Beeinträchtigung und somit der seelischen Behinderung geschieht in Anlehnung an die Leitlinien der ICF zur Bestimmung der Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 16). Im Kapitel 1.1. wurde angeführt, dass die Teilhabefähigkeit einer Person Teil der funktionalen Gesundheit eines Menschen ist. HARNACH fasst zusammen, dass im Rahmen der ICF eine Behinderung besteht, wenn mit einer Schädigung, in der ICF als Körperfunktion und –struktur bezeichnet, die individuelle Handlungsfähigkeit, nach ICF somit die Aktivität, sowie die Möglichkeit der Partizipation eingeschränkt sind (vgl. HARNACH 2007, S. 58).

Auf die seelische Behinderung angewandt, besteht also eine Schädigung im Sinne einer psychischen Störung, die zu einer Einschränkung in den zuvor benannten Gebieten (Aktivität und Partizipation) in individuell wichtigen Lebensbereichen führt. Diese Einschränkung bildet folglich in ihrer Auswirkung die seelische Behinderung aus.

Ein abschließendes Beispiel soll das Begriffsverständnis unterstützen. Bei einem jungen Menschen wird zum Beispiel durch einen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten festgestellt, dass eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung in Form von Borderline gemäß der ICD – 10 vorliegt. Demnach ist der erste Teilaspekt der Anspruchsvoraussetzung, nämlich das Bestehen einer psychischen Störung, erfüllt. Die seelische Behinderung ergibt sich erst aus den Folgen dieser psychischen Störung. Das heißt, dass bei fehlendem therapeutischem Eingreifen zum Beispiel das familiäre Lebensumfeld extrem belastet und gestört wird, auf Grund der impulsiven Verhaltensweisen des Kindes und der Ohnmacht der Eltern ihnen kaum begegnen zu können. Weiterhin könnte es dem jungen Menschen schwer fallen Beziehungen zu Gleichaltrigen oder auch Freunden über längere Zeit aufrecht zu erhalten, wodurch kaum tiefe Bindungen entstehen und das Kind oder der bzw. die Jugendliche immer wieder Kontaktabbrüche erfährt. Hierbei ist klar, dass es zu Einschränkungen in den Lebensbereichen Familie und Gleichaltrigengruppe kommt. Eine uneingeschränkte Teilhabe in diesen Bereichen findet kaum oder gar nicht mehr statt. Somit wäre der zweite Tatbestand einer eingeschränkten Teilhabefähigkeit des jungen Menschen erfüllt, sodass die Eingliederungshilfe zum Beispiel in Form einer stationären Hilfemaßnahme mit pädagogisch – therapeutischem und / oder heilpädagogischem Personal zu tragen kommen kann.

2.3. Ziele und Leistungsumfang der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII

Im letzten Abschnitt wurde erläutert welches Verständnis von (drohender) seelischer Behinderung im sozialrechtlichen Sinn vorliegt. Das folgende Kapitel soll vorerst die Zielsetzungen der Eingliederungshilfe als Leistungstatbestand der Jugendhilfe beschreiben. Außerdem werden die Zusammenhänge mit der Eingliederungshilfe nach SGB XII beschrieben und ihr Einfluss auf die Leistungen gemäß § 35a SGB VIII damit deutlich gemacht. Weiterhin soll kurz auf die Einbeziehung der Jugendhilfeträger in die Liste der Rehabilitationsträger gemäß § 6 des SGB IX eingegangen werden. Dadurch soll auch die daraus folgende Verbindung des § 35a SGB VIII zu den Regelungen des SGB IX nicht außer Acht gelassen werden.

2.3.1. Die Ziele der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII

Als erstes liegt die Vermutung nahe, dass es sich innerhalb der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit seelischer Behinderung vordergründig um Ziele handelt, die allein schon aus dem Kinder- und Jugendhilfegesetz abzuleiten sind.

Im § 1 (I) SGB VIII wird das Recht auf die Förderung der individuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen sowie die Erziehung derselben zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit aufgeführt. Die konkreten, nicht abschließenden, Aufgaben und somit die Zielsetzungen der Jugendhilfe, um Entwicklung und Erziehung für junge Menschen zu ermöglichen, sind im Absatz 3 desselben Paragraphen präzisiert. Gemäß des § 1 (III) SGB VIII sollen Kinder und Jugendliche in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung gefördert werden und Benachteiligungen minimiert bzw. eliminiert werden. Weiterhin wirkt Jugendhilfe beratend und unterstützend seitens der Personensorgeberechtigten, also für Eltern oder Erziehungsberechtigte, und hat zum Ziel, das Wohl der jungen Menschen zu schützen. Außerdem ist es ihre Aufgabe für junge Menschen und ihre Familien positive Lebensbedingungen und Umweltvoraussetzungen beizubehalten oder zu entwickeln, die kinder- und familienfreundlich sind.

Die Jugendhilfe setzt sich gemäß § 2 (I) SGB VIII aus „Leistungen“ und „anderen Aufgaben“ zusammen. Dabei besitzen die beiden Termini eigene, dem SGB VIII immanente fachliche Bedeutungen (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 2, Rz. 2). Die „anderen Aufgaben“ der Jugendhilfe beinhalten intervenierende Handlungen, die dem staatlichen Wächteramt folgen, welches sich aus Art. 6 (II) Satz 2 GG ergibt und

mit denen vor allem das Wohl des Kindes geschützt werden soll (vgl. Rätz – HEINISCH/SCHRÖER/ WOLFF 2009, S. 42). Unter dem Begriff „Leistung“ können dann also alle unterstützenden Maßnahmen der Jugendhilfe zusammengefasst werden, die der Förderung der Entwicklung sowie Erziehung junger Menschen zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit gemäß § 1 SGB VIII dienen. Die Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche ist, neben anderen, eine solche Leistung der Jugendhilfe im Sinne des § 2 (II) Nr. 5 SGB VIII.

Die Aufgaben bzw. Ziele der Eingliederungshilfe sind auf Grund des Verweises in § 35a (III) SGB VIII jedoch dem § 53 (III) SGB XII zu entnehmen und entsprechen somit in erster Linie den Zielsetzungen der Eingliederungshilfe im Rahmen der Sozialhilfe. Demnach soll die Eingliederungshilfe eine drohende Behinderung verhüten oder eine bestehende Behinderung oder deren Folgen beseitigen bzw. mildern. Ein weiteres Ziel ist die Eingliederung der Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft. Die Eingliederung in die Gesellschaft bezieht sich gemäß des § 53 (III) Satz 2 SGB XII hauptsächlich auf drei Bereiche. Diese sind die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben, des Weiteren die Ausübung eines angemessenen Berufes oder einer vergleichsweise adäquaten Tätigkeit und schließlich eine möglichst weitreichende Pflegeunabhängigkeit.

Folgt man WIESNERS Kommentierung, so können die Ziele der Eingliederungshilfe für den Bereich des § 35a SGB VIII vor allem in der gemeinschaftlichen und in der beruflichen Teilhabe zu sehen sein. Er ordnet die Vermeidung oder Minimierung von Pflegebedürftigkeit in erster Linie Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen als Teilhabeziel zu (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 104). Für diesen Personenkreis leistet folglich vorrangig die Eingliederungshilfe der Sozialhilfe gemäß SGB XII. MEYSEN und auch FISCHER merken an, dass jedoch nicht schon eine Ausgliederung des jungen Menschen stattgefunden haben muss. Es soll vielmehr im Rahmen der Eingliederungshilfe eine voraussichtliche, drohende Exklusion aus der Gesellschaft vermieden werden (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 60 sowie FISCHER in: SCHELLHORN/ FISCHER/ MANN 2007, § 35a, Rn. 17). Für Kinder und Jugendliche mit drohender seelischer Behinderung spielt hinsichtlich der Zielsetzung der Jugendhilfe gemäß § 1 (III) Nr. 1 SGB VIII vor allem der präventive Aspekt der Eingliederungshilfe eine Rolle, um eine Beeinträchtigung im Rahmen ihrer Entwicklung und eine Teilhabebeeinträchtigung im gesellschaftlichen Bereich zu vermeiden.

Obwohl MÜNDER die Aufgabe der Beratung und Unterstützung von Erziehungsberechtigten und Eltern hauptsächlich den Jugendhilfeangeboten zur Förderung der Erzie-

hung in der Familie, gemäß der §§ 16 – 21 SGB VIII, zuordnet (vgl. MÜNDER in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 1, Rn. 28), kann auch die Eingliederungshilfe nach SGB VIII dieses Ziel verfolgen. Eben weil es sich um junge Menschen handelt, die noch keine abgeschlossene Persönlichkeitsentwicklung vorweisen und somit pädagogische Aspekte nicht von therapeutischen Maßnahmen abzugrenzen sind, ist den sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Fachkräften der Eingliederungshilfe nahe zu legen immer auch erzieherische Bedarfe im Blick zu haben.

Für den Fall einer (drohenden) seelischen Behinderung, basierend auf einer Lese- und Rechtschreibstörung, kann das beispielsweise heißen, dass die Beratung der Eltern oder der Erziehungsberechtigten hinsichtlich ihres Erziehungsverhaltens in die Hilfe eingebunden wird. Der Umgang mit Schwierigkeiten des Sohnes oder der Tochter im schulischen Leistungsbereich kann für Eltern eine Herausforderung darstellen, durch die ihre erzieherischen Fähigkeiten beeinflusst werden. Für eine positive, unterstützende Wirkung des elterlichen Umfeldes auf die Minderung oder bestenfalls Beseitigung der Teilhabebeeinträchtigung ihres Kindes im schulischen Bereich ist es notwendig zu klären, wie auf die Schulprobleme ihrerseits fördernd reagiert werden kann (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 74).

Die Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung verfolgt als Ganzes zwar die Zielvorstellung der Teilhabemöglichkeit im gesellschaftlichen Rahmen gemäß des SGB XII. Allerdings ist sie, als Teil der Jugendhilfe, auch dazu verpflichtet und berechtigt Ziele dieser anzustreben.

2.3.2. Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII

Zu Beginn des Abschnitts soll darauf verwiesen werden, dass der junge Mensch selbst Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe hat. Dies ergibt sich aus § 35a (1) Satz 1 SGB VIII.

Der § 35a SGB VIII besitzt nicht nur, wie im letzten Abschnitt beschrieben, zum SGB XII einen gesetzlichen Bezug, sondern auch zum SGB IX, auch wenn dies aus dem Paragraphen selbst nicht so offensichtlich wird. Neben der Anlehnung der Behinderungsdefinition im § 35a SGB VIII an die Legaldefinition des § 2 SGB IX gibt es eine weitere Verbindung mit dem Neunten Sozialgesetzbuch, schließlich gilt der öffentliche Jugendhilfeträger als Rehabilitationsträger. Um die gesetzlichen Zusammenhänge des § 35a

SGB VIII mit dem SGB IX verständlich zu machen soll dieses zunächst näher beschrieben werden.

Innerhalb des SGB IX sind die gesetzlichen Bestimmungen erfasst, die für alle Rehabilitationsträger, also alle Leistungsträger, die Leistungen zur Teilhabe erbringen, gleichermaßen Gültigkeit besitzen. Während der Zweite Teil das „Schwerbehindertenrecht“ beinhaltet setzt sich Teil Eins aus allgemeinen Regelungen sowie Normen über die Ausführung von Leistungen zur Teilhabe zusammen, welche trägerunabhängig für jeden Rehabilitationsträger gelten. Des Weiteren sind die Aufgaben gemeinsamer Servicestellen bestimmt, welche vor allem informierend, bedarfsermittelnd sowie trägerübergreifend handeln sollen. Es fasst die einheitlich zu erbringenden Teilhabeleistungen (Leistungen der medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft) dieser Träger zusammen (vgl. HAINES in: DAU/ DÜWELL/ HAINES 2009, Einführung, Rn. 24).

Im § 6 (I) Satz 1 SGB IX sind alle öffentlich- rechtlichen Rehabilitationsträger aufgeführt und ihre zugehörigen Leistungsgruppen, die im § 5 SGB IX verzeichnet sind. Zu den Trägern der Rehabilitationsleistungen gehört gemäß der Nummer 6 auch der öffentliche Jugendhilfeträger.

Eine gesetzliche Definition des Begriffes Rehabilitation im SGB IX liegt nicht vor. Unter Rehabilitation wird jedoch im allgemeinen Sprachgebrauch die Wiederherstellung eines Zustandes bezeichnet, welcher im Rahmen des SGB IX durch Heilung einer Erkrankung oder Behebung bzw. Minderung einer Behinderung erfolgt. Dadurch soll das Ziel einer weitestgehenden beeinträchtigungsfreien Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht werden (vgl. LACHWITZ & WELTI in: LACHWITZ/ SCHELLHORN/ WELTI 2010, Einführung, Rn. 82). WIESNER übernimmt in seinem Beitrag die Auffassung LEMPPS, der die Bezeichnung Rehabilitationsträger für den Träger der Jugendhilfe hinsichtlich des dynamischen Entwicklungsprozesses, den Kinder und Jugendliche erleben, als inadäquat einschätzt. Schließlich steht im Kindes- und Jugendalter der Fähigkeitserwerb in Form von Habilitation im Vordergrund und nicht der Wieder – Erwerb selbiger (vgl. WIESNER 2002, S. 12 sowie LEMPP 1999, S. 14; auch LEMPP 2006, S. 14).

Gemäß § 6 (I) Nr. 6 i.V.m. § 5 Nr. 1, 2 und 4 SGB IX können im Rahmen der Jugendhilfe die Leistungen der medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben und zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erbracht werden.

Für eine konkrete Feststellung des Leistungsumfanges der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII soll erneut auf Absatz 3 des § 35a hingewiesen werden, welcher für die Gestaltung der möglichen Eingliederungshilfemaßnahmen auf das SGB XII verweist. Für die Anwendung der angegebenen Maßnahmen im SGB XII wurde ein Vorbehalt formuliert. Der Grund besteht darin, dass keine Ausrichtung auf angemessene Hilfeleistungen speziell für seelisch behinderte junge Menschen im Leistungskatalog der Eingliederungshilfe des Zwölften Sozialgesetzbuches vorzufinden ist (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 105). Die im § 54 (I) Satz 1 SGB XII aufgeführten Leistungen nach dem SGB IX können vom Träger der Jugendhilfe erbracht werden, soweit eine Anwendung auf seelisch behinderte junge Menschen sinnvoll erscheint. Dieser Katalog lässt sich jedoch allein schon durch die vorrangige Zuständigkeit anderer Leistungsträger für die Leistungsgruppen medizinische Rehabilitation (§ 26 SGB IX) und berufliche Teilhabe (§ 33 und § 41 SGB IX) eingrenzen.

Die Krankenkassen sind im Rahmen des SGB V in erster Linie zuständig für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Die Agentur für Arbeit bzw. die Bundesagentur für Arbeit wiederum bietet vorrangig die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an. Diese Teilhabeleistungen finden sich insbesondere innerhalb der Regelungen für Menschen mit Behinderungen im Sozialgesetzbuch – Drittes Buch – Arbeitsförderung (SGB III) (vgl. EBENDA, Rn. 106f). Die Leistungen im Arbeitsbereich in anerkannten Werkstätten für Menschen mit Behinderung (§ 41 SGB IX) werden hauptsächlich durch die Arbeitsagenturen erbracht (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 68). Die Subsidiarität der Sozialhilfe- und auch der Jugendhilfeträger gegenüber diesen Leistungsgruppen ergibt sich aus den Zuständigkeitsregelungen in den entsprechenden Leistungsgesetzen gemäß § 7 Satz 2 des SGB IX. Die Leistungen selbst sollen sich nach § 54 (I) Satz 2 SGB XII bezüglich ihrer Ausgestaltung an den jeweiligen Gesetzen orientieren.

Für Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung können die im § 55 SGB IX nicht abschließend aufgeführten Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als bedeutsame Hilfen angesehen werden. Dabei spielen für die Eingliederung von Kindern mit (drohender) seelischer Behinderung im Vorschulalter vor allem heilpädagogische Maßnahmen gemäß § 55 (II) Nr. 2 SGB IX eine Rolle. Weiterhin können Hilfeleistungen für ein selbstbestimmtes Leben in betreuten Wohnformen nach Nr. 6 desselben Paragraphen ausschlaggebend für die Eingliederung seelisch behinderter oder von ihr bedrohter junger Menschen sein. Schließlich zählen auch Leistungen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben gemäß der Nr. 7 dazu

(vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 69f). Laut MEYSEN können speziell für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung auch die Eingliederungshilfen der Nummern 1 bis 5 des § 54 (I) Satz 1 SGB XII bedeutsam sein (vgl. EBENDA, § 35a, Rn. 61).

Auf eine Erläuterung der oben aufgeführten Leistungsangebote nach § 55 SGB IX sowie der einzelnen Hilfeleistungen aus § 54 (I) SGB XII wird verzichtet. Diese Arbeit bezieht sich speziell auf die Gewährung einer Hilfe für eine angemessene Schulbildung nach § 54 (I) Satz 1, Nr. 1 SGB XII, die im Folgenden beschrieben werden soll.

Eine angemessene Schulbildung gilt mit Verweis auf den § 12 Nr. 2 EHVO als üblicherweise erreichbarer Bildungsstand innerhalb der allgemeinen Schulpflicht, wobei die Behinderungsform berücksichtigt werden sollte (vgl. WAHRENDORF in: GRUBE & WAHRENDORF 2005, § 54, Rn. 21). Die Vermittlung einer schulischen Ausbildung liegt vorrangig im Aufgabenbereich der Schule. Dies lässt sich aus dem § 10 (I) Satz 1 SGB VIII entnehmen, sodass also der Jugendhilfeträger nicht den Bildungsauftrag der Schule übernimmt. Die Eingliederungshilfe des § 35a SGB VIII kommt zum Einsatz, wenn bei einer (drohenden) seelischen Behinderung schulische Fördermaßnahmen oder Beschulung durch Schulformen mit spezifischen Förderschwerpunkten neben den bestehenden allgemeinbildenden Schulen nicht genügen. Dadurch soll den Kindern und Jugendlichen ein erfolgreicher Schulbesuch innerhalb der allgemeinen Schulpflicht ermöglicht werden. Die Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII bestehen in diesem Zusammenhang aus schulbegleitenden Leistungen, die geeignet und notwendig sind, den Besuch einer Schule und somit die Ermöglichung einer angemessenen Schulbildung zu gewähren (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 62).

Zu den vielseitigen schulbegleitenden Maßnahmen zählen beispielsweise eine psychotherapeutische Unterstützung oder eine Unterbringung in einem Internat. Für (bedrohte) seelisch behinderte Kinder und Jugendliche mit einer umschriebenen Entwicklungsstörung im schulischen Bereich, wie einer Lese- und Rechtschreibstörung zählt zudem eine Therapie bzw. ein Training in diesem Lern- und Leistungsbereich (vgl. EBENDA, Rn. 62).

Neben dem Leistungskatalog des SGB XII können für die Gewährung von Eingliederungshilfe an junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung auch die aufgeführten Leistungen der Hilfen zur Erziehung der §§ 28 – 35 SGB VIII genutzt werden (vgl. EBENDA, § 35a, Rn. 54).

Die einzelnen Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII können, je nach Betreuungs- und Unterstützungsbedarf des jungen Menschen, gemäß § 35a (II) SGB VIII differenziert werden. Demnach können ambulante Hilfeformen, Tageseinrichtungen und teilstationäre Institutionen, geeignete Pflegepersonen sowie stationäre Einrichtungen und sonstige Wohnformen unterschieden werden. Zu den ambulanten Hilfeformen zählen unter anderem alle Leistungen, die Beratung und Therapie beinhalten und von Beratungsstellen oder psychologischen und ärztlichen Praxen sowie aufsuchenden psychosozialen Diensten durchgeführt werden (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 55).

Es liegt nahe, dass für Schüler und Schülerinnen mit sogenannten umschriebenen Entwicklungsstörungen im schulischen Bereich, in erster Linie die Leistung für eine angemessene Schulbildung als ambulante Hilfeform eine Rolle spielt. Schließlich sollte die Teilhabebeeinträchtigung nicht auch noch durch die Maßnahme der Eingliederungshilfe verstärkt werden. So kann beispielsweise eine Herausnahme aus dem schulischen oder familiären Umfeld das Ziel der Jugendhilfe verfehlen, Benachteiligungen zu minimieren. Die Entwicklung bzw. der Ausbau möglicher Ressourcen seitens der Schule und der Familie kann dann nicht realisiert werden. Welchen Stellenwert schulische und familiäre Unterstützungen für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung haben können, um die Manifestation einer seelischen Behinderung zu vermeiden bzw. selbige abzumildern wird im Kapitel 3.2.2. und 3.2.3 im Rahmen der Ursachenklärung aufgeschlüsselt.

Dieses Kapitel soll an dieser Stelle mit der Beschreibung der Hilfgewährung gemäß § 35a (IV) Satz 1 SGB VIII abgeschlossen werden. Diese Form der Hilfe kann als Kombinationsleistung gesehen werden, weil hierbei sowohl Bedarfe, die eine (drohende) seelische Behinderung gemäß § 35a SGB VIII betreffen als auch erzieherische Bedürfnisse dem Sinn nach § 27 (I) SGB VIII folgend, abgedeckt werden. Die Erbringer dieser Leistungen sollen mit ihren Angeboten befähigt sein beider Hilfebedarfe in gleichem Maße zu begegnen. Damit kann die Differenzierung zwischen einem erzieherischen und therapeutischen Hilfebedarf ausgespart werden und somit mögliche leistungsverzögernde Unklarheiten der Zuständigkeit zwischen Leistungsträgern und auch innerhalb der Jugendhilfe eliminiert werden (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 74).

Auf Grund der Zugehörigkeit zur Jugendhilfe, aber auch wegen der Hinzuziehung der Regelungen im SGB XII, können mit der Eingliederungshilfe verschiedenartige Maß-

nahmen aus beiden Bereichen genutzt und die Maßnahmen der Hilfen zur Erziehung mit denen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII auch kombiniert werden. Schlussfolgernd könnte dies als Vorteil der eigenständigen Stellung des Paragraphen gesehen werden, weil dadurch ein umfangreicheres Spektrum an Möglichkeiten für die Leistungsgestaltung zur Verfügung steht, um Kindern und Jugendlichen mit (drohender) seelischer Behinderung ein Leben ohne Ausgrenzung zu ermöglichen und den Weg für ein selbstbestimmtes Leben zu ebnen.

3. Die Lese – und Rechtschreibstörung

Der Schwerpunkt dieser Arbeit bezieht sich auf Kinder und Jugendliche mit (drohender) seelischer Behinderung basierend auf einer Lese- und Rechtschreibstörung, die häufig auch als Legasthenie bezeichnet wird.

Der Begriff Legasthenie wurde 1916 durch den ungarischen Neurologen und Psychiater Ranschburg eingeführt und wird wörtlich als „Leseschwäche“ übersetzt. Eine medizinische Untersuchung der Lese- und Rechtschreibschwäche wurde schon um 1900 zum ersten Mal durchgeführt. PLUME und WARNKE fassen zusammen, dass in Einzelfalluntersuchungen die Aufmerksamkeit auf Kinder gelenkt wurde, die nicht in der Lage waren Lesen und Schreiben zu erlernen obwohl ihr Intelligenzniveau für die Entwicklung dieser Fähigkeiten als ausreichend galt (vgl. PLUME & WARNKE 2006, S. 196). Die Legasthenie weist eine wechselhafte Historie in der Beschreibung ihrer Charakteristik auf. In den 1960er Jahren beinhaltete das „klassische Legastheniekonzept“ typischerweise visuelle Fehler und eine Abweichung der Intelligenz seitens der betreffenden Person. Diese begriffliche Konzeption und folglich damit verbunden die Legasthenie selbst wurde in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts als „Unfug“ schließlich verworfen. Erst vor etwa 20 Jahren erfuhr die Forschung in diesem Bereich einen Neubeginn und gilt auch weiterhin als Forschungsgegenstand, der das Interesse verschiedener Disziplinen weckt (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 16).

Bezüglich der Verwendung der Termini Legasthenie, Lese- und Schreibschwierigkeiten und Lese- Rechtschreibstörung in der Fachwelt werden forschungsgeschichtlich begründend unterschiedliche Beschreibungen und damit verbundene Erklärungsmodelle genutzt. Zusätzlich sollte berücksichtigt werden, dass womöglich auch disziplinspezifische Erkenntnisse und Wissen den jeweiligen Begriff inhaltlich füllen und längst nicht als universal geltend einzustufen sind. Die Nutzung unterschiedlicher Bezeichnungen für kurz gesagt, dieselbe Störung, zeigt nicht nur eine umfassende Offenlegung an empirisch bestimmten Interpretationsmöglichkeiten der begrifflichen Bedeutung von Lese- und Rechtschreibproblemen. Die noch nicht abgeschlossene Forschung führt außerdem zu anhaltender Uneinigkeit zwischen Disziplinen über die definitorischen Kriterien, die eine Lese- und Rechtschreibstörung ausmachen. Daraus folgen ebenfalls zwangsweise Missverständnisse hinsichtlich der Verständigung über dieses Störungsbild zwischen Disziplinen und den dazugehörigen Professionen. Die jeweiligen Erkenntnisse über die Entstehung und das Erscheinungsbild der Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben

können wahrscheinlich auch kausal mit der Wahl einer dazugehörigen Bezeichnung zu sehen sein.

Für diese Arbeit soll die Definition der Lese- und Rechtschreibstörung gemäß der ICD – 10 genutzt werden. Schließlich erfolgt eine Diagnostik dieses Störungsbildes für die Feststellung einer psychischen Störung als Tatbestandsmerkmal nach § 35a SGB VIII an Hand ebendieser Klassifikation.

Folgende Aussage SCHUNTERMANNs kann in Verbindung mit dem Ziel der Minimierung möglicher terminologischer Undurchsichtigkeit angeführt werden. Durch die international konforme Sprache der ICD – 10, zur Beschreibung von Krankheiten und Störungen mit deren zugehörigen Verläufen, ist gewährleistet, dass ein vereinheitlichtes Verständnis zwischen den verschiedenen Professionen und Institutionen bestehen kann. Somit können Missverständnisse innerhalb der Kommunikation vermieden werden (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 13).

Die Klassifikation beinhaltet Gruppen mit Störungsbildern, die sowohl im Erwachsenenalter als auch bei Kindern und Jugendlichen auftreten können und somit für diese Personengruppen zugleich angewandt werden. Ausschlaggebend für die Eingliederungshilfe sind jedoch hauptsächlich psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter, welche im Kapitel V der ICD – 10 aufgeschlüsselt sind (vgl. MEYSEN in: MÜNDE/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 19). Die Untergruppen des Kapitels V, die sich insbesondere auf das Kindes- und Jugendalter beziehen sind Entwicklungsstörungen sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Zu den Entwicklungsstörungen gehört die Lese- und Rechtschreibstörung, die nachfolgend beschrieben wird.

3.1. Begriffsbestimmung gemäß ICD – 10

Die Lese- und Rechtschreibstörung wird zufolge der ICD – 10 den Entwicklungsstörungen zugeordnet und zählt innerhalb dieser Gruppe als Teil der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten. Entwicklungsstörungen beginnen immer im Kleinkindalter⁶ oder in der Kindheit⁷. Es liegt eine Einschränkung bzw. Verzögerung in der Entwick-

⁶ Geburt bis zum 2. Lebensjahr (vgl. PETERMANN 2008, S. 21)

⁷ frühe Kindheit: 3. bis 5. Lebensjahr; mittlere Kindheit: 6. bis 12. Lebensjahr (vgl. EBENDA, S. 21)

lung von Funktionen vor, bei denen ein Zusammenhang mit der biologischen Reifung des zentralen Nervensystems besteht. Weiterhin zeigen sie einen andauernden Verlauf, der nicht durch Remissionen⁸ und Rezidive⁹ als typische Charakteristika vieler psychischer Störungen gekennzeichnet ist (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 285). Diese Aspekte gelten im Allgemeinen für alle in der Klassifikation aufgeführten Entwicklungsstörungen und finden deshalb auch für die Störungen im Lesen und Rechtschreiben ihre Gültigkeit.

Zu den umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten als Unterkategorie der Entwicklungsstörungen, werden laut ICD – 10 beispielsweise auch die Dyskalkulie, also die Rechenstörung, und die Kombination aus Lese- Rechtschreibstörung und Rechenstörung gezählt. Auf diese Formen wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter eingegangen. Es soll allerdings beschrieben werden welche Kriterien gemäß der ICD – 10 all diese Störungsbilder gemeinsam vorweisen und was demnach allgemein Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten ausmachen.

Bereits in frühen Entwicklungsstadien kommt es zu Beeinträchtigungen des Fertigkeitserwerbs. Dabei sind für die Entstehung der Defizite nicht ein Mangel an Gelegenheit zu lernen oder eine vorliegende Intelligenzminderung begründend. Schließlich sollten Beeinträchtigungen der schulischen Fertigkeiten nicht allein auf einer erworbenen Hirnschädigung oder –erkrankung beruhen. Die derzeitigen Annahmen der Ätiologie der Störungsbilder beziehen sich auf kognitive Informationsverarbeitungen, die vorrangig auf biologische Fehlfunktionen zurückzuführen sind (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 294 sowie DIMDI 2009).

Abschließend soll die Lese- und Rechtschreibstörung mithilfe der ICD – 10 genauer definiert werden. Ausschlaggebend für das Vorliegen einer Lese- und Rechtschreibstörung ist eine umschriebene und eindeutige Beeinträchtigung in der Ausbildung der Fertigkeiten in den Bereichen Lesen und Rechtschreiben. Für das Auftreten der Probleme im Lesen und Schreiben dürfen nicht das Entwicklungsalter, Probleme im Sehvermögen oder eine inadäquate Beschulung begründende Faktoren sein. Das Leseverständnis und die Fähigkeit der Wiedererkennung von gelesenen Worten sowie die Fertigkeit des Vorlesens

⁸ Rückgang von Krankheitserscheinungen (vgl. PSCHYREMBEL 2004, S. 1564)

⁹ Erneutes Auftreten einer Krankheit nach klinisch vermuteter Heilung (vgl. EBENDA, S. 1579)

können betroffen sein. Schließlich beschreibt die Klassifikation der WHO, dass auch bei allen Leistungsbereichen gemeinsam eine Beeinträchtigung möglich ist, die eine Voraussetzung der Lesefähigkeit fordern, um sie bewältigen zu können (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 298). Im schulischen Bereich bedeutet das zum Beispiel, dass folglich Textaufgabenstellungen im Mathematikunterricht zu unüberwindbaren Hürden für den Schüler oder die Schülerin werden können, da sie den Inhalt nur schwer oder gar nicht erlesen können, wodurch Zusammenhänge schwer ersichtlich werden.

Für den Fall der umschriebenen Lesestörungen schließt sich häufig eine Störung im Schriftspracherwerb an. Für den weiteren Verlauf im Jugendalter gilt, dass in der Regel die Rechtschreibschwierigkeiten beibehalten werden, während sich einige Verbesserungen im Lesen einstellen können. Junge Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung weisen häufig eine vorherige Ausbildung einer umschriebenen Entwicklungsstörung im Sprechen und der Sprache auf (vgl. EBENDA, S. 298).

Durch die gesetzliche Verpflichtung zur Diagnostik an Hand der ICD – 10 sollte für die Verständigung zwischen Vertretern der Bereiche Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik bzw. Soziale Arbeit eine einheitliche Vorstellung von dem Störungsbild der Lese- und Rechtschreibstörung gegeben sein, unabhängig von den anhaltenden Diskussionen um diesen Terminus.

Während der Recherchen zu dieser Störungsform ist aufgefallen, dass verschiedene Häufigkeitsangaben für das Auftreten von Störungen im Lesen und Rechtschreiben aufgeführt werden. Dies kann in Verbindung gesetzt werden mit der zuvor angesprochenen Problematik differenter Definitionen und den jeweils zugehörigen Kriterien. Auf Grund ihrer Verschiedenheit sind die Abweichungen unterschiedlicher Angaben über die Häufigkeit der Lese- und Rechtschreibstörung zu erklären (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 212).

Obwohl der Störungsbegriff und die damit verbundenen Kriterien der ICD – 10 für diese Arbeit ihre Verwendung finden, soll eine detaillierte Angabe der Häufigkeit außer Acht gelassen werden, weil auch die klassifikatorisch aufgeführten Kriterien, die eine Lese- und Rechtschreibstörung ausmachen sollen, noch nicht übergreifend und endgültig gelten und demnach verschiedene Angaben gemacht werden. Weiterhin ist die fehlende Bestimmung der Häufigkeit der Lese- und Rechtschreibstörung für die Bearbeitung der Thematik nicht ausschlaggebend. Unabhängig von der Definition besteht allerdings die

Übereinstimmung, dass Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen (vgl. WARNKE 2008, S. 529).

3.2. Ätiologie des Störungsbildes

Die Lese- und Rechtschreibstörung besitzt eine vielseitige Ursachenbeschreibung. Auf Grund der anhaltenden Forschung über das Störungsbild gelten die folgenden Erläuterungen als nicht abschließende Darstellung der Ursachen einer Störung im Lesen und Rechtschreiben.

WARNKE und SCHULTE – KÖRNE fassen zusammen, dass sich vordergründig zwei Ansätze als Erklärungen in der aktuellen Auseinandersetzung der Ursachenforschung hervorheben. Eine Grundannahme besteht darin, dass körperliche Ursachen für die Störungsbildung verantwortlich sind. Diese beziehen sich speziell auf Funktionsstörungen des Gehirns, die prä-, peri- und postnatal entstanden sind oder auf genetische Disposition zurückzuführen sind und damit die konstitutionellen Faktoren bilden, die zu einer Lese- und Rechtschreibstörung führen. Bei der zweiten Begründung führen psychisch bedingte und sozio – kulturelle Gegebenheiten zu der Ausbildung von Störungen im Lesen und Schriftspracherwerb. Diese psychischen und sozio – kulturellen Einflüsse wirken sich, dem Erklärungsansatz nach, beeinträchtigend auf die allgemeine Lernentwicklung aus. Sie setzen sich vorrangig aus Vermittlung ungeeigneter Lernstrategien sowie unangemessene Unterrichtung im Lesen und Rechtschreiben zusammen (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 538).

Offensichtlich sind damit die allgemeinen Erklärungsmodelle für das Phänomen der Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten gemeint, die den Störungsbegriff an Hand der ICD – 10 der WHO unberücksichtigt lassen. Zumindest scheinen diese weniger an den definitorischen Ausschlusskriterien in der Klassifikation gebunden zu sein.

Mit Blick auf die im vorangegangenen Kapitel dargestellte begriffliche Bestimmung nach ICD – 10, entsprechen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben, die auf unzureichende Beschulung zurückzuführen sind, nämlich nicht den definitorischen Kriterien und sind demnach als allein verursachender Aspekt auszuschließen. Sie können somit nicht als erfüllter Tatbestand, also nicht als psychische Störung im Sinne des § 35a (I) Satz 1, Nr. 1 SGB VIII verstanden werden. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE merken außerdem an, dass Lese- und Rechtschreibstörungen, die sich als Folge einer anderen psychischen Störung entwickeln ebenfalls aus den definitorischen Kriterien der ICD – 10 her-

ausfallen (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 538). Somit gilt eine entstandene Störung im Lesen und Rechtschreiben, die sich auf Grund einer primären psychischen Störung, beispielsweise einer Angststörung, als sekundäres Begleitsyndrom herausgebildet hat, nicht als umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten gemäß der ICD – 10. Bezogen auf die Tatbestandsvoraussetzungen der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII kann also maximal angenommen werden, dass eine (drohende) seelische Behinderung auf Grund des primären Störungsbildes vorliegt. Es würden demzufolge Maßnahmen angeboten werden, die sich auf die Minimierung oder sogar Beseitigung der Teilhabebeeinträchtigungen in den Bereichen beziehen, die wegen der psychischen Primärstörung entstanden sind.

Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben, begründet durch psychosoziale Beeinträchtigungen, sind definitorisch bedingt genauso auszuklammern. Allerdings werden diese Aspekte als mögliche beeinflussende Faktoren für die Manifestation und Ausprägung einer Lese- und Rechtschreibstörung betrachtet (vgl. EBENDA, S. 538).

Es sollen im Folgenden insbesondere die ätiologisch bedeutsamen biologischen Aspekte und familiäre sowie soziale Faktoren erläutert werden, die zur Entstehung des Störungsbildes und seiner vollständigen Ausprägung gemäß der Kriterien der ICD – 10 beitragen. Zudem wird der Zusammenhang zwischen frühkindlicher Sprach- und Sprechentwicklung und der Ausbildung von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten erläutert. Da es sich bei den sich anschließenden Ausführungen um eine umfassende Thematik handelt, wird eine Unterteilung in drei Bereiche vorgenommen.

3.2.1. Biologische Ursachen

Zu den weitestgehend gesicherten Erkenntnissen über die Verursachung von Lese- und Rechtschreibstörungen gehören Störungen der cerebralen Informationsverarbeitungsprozesse (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 162). Dabei handelt es sich vor allem um die Bereiche der visuellen und sprachlichen Informationsverarbeitung im Gehirn.

Lediglich bei einem geringen Anteil der betroffenen Personen mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben sind Besonderheiten bei der visuellen Informationsverarbeitung zu verzeichnen, wie beispielsweise Störungen in der Augenbewegung (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 543). Aus diesem Grund wird inzwischen von einigen Verfechtern visueller Funktionsstörungen vermutet, dass partiell zusätzlich Defizite in der

visuellen Wahrnehmung für das Auftreten von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten in Betracht kommen (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 178).

Im Gegensatz zu Störungen der visuellen Informationsverarbeitung werden solche im sprachlichen Bereich innerhalb der Forschung als ätiologisch besonders relevant angesehen (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 544). WARNKE und SCHULTE – KÖRNE fassen die Beeinträchtigungen der sprachbezogenen Informationsverarbeitung im Rahmen einer Aufzählung zusammen. Durch den Vergleich mit den Aufführungen KLICPERAS et al. über ätiologische Einflüsse der Lese- und Rechtschreibstörung sollen folgend die bedeutsamen phonologischen¹⁰ Besonderheiten kurz erläutert werden.

Ausschlaggebend für die Ausbildung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten ist, neben anderen bedingenden Faktoren, die „Benennungsgeschwindigkeit“ (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 182). Sie beinhaltet die Fähigkeit Bilder oder Symbole schnellstmöglich zu benennen, welche auf einer bildlichen Vorlage visualisiert sind. Die Benennungsgeschwindigkeit steht zum Einen in Zusammenhang mit dem zügigen Abrufen eines zuvor bildlich dargestellten Wortes und zum Anderen mit den automatisch lautbildenden Bewegungen, die für die Artikulation des Begriffes notwendig sind (vgl. AMOROSA 1998). Menschen mit Störungen in den Bereichen Lesen und Schriftsprache sind zum Beispiel in der Benennung von Buchstaben, Wörtern oder Gegenständen verlangsamt, im Gegensatz zu Menschen ohne Lese- und Rechtschreibstörung (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 544).

KLICPERA et al. weisen auf Längsschnittstudien von WOLF et al. und WOLF/ GOODGLASS aus den 1980er Jahren hin, die auf diesem Gebiet ergaben, dass an Hand der Benennungsgeschwindigkeit bereits im Vorschulalter zukünftige Schwierigkeiten im Erwerb von Lesefertigkeiten prognostiziert werden können. Hinzu kommt, dass die Geschwindigkeit des Benennens ein Prädiktor für die Voraussage der Leistungsfortschritte im Lesen der oberen Klassenstufen darstellt (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 182). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass vor allem für die Ausbildung der Lesefertigkeiten die Benennungsgeschwindigkeit ausschlaggebend sein muss.

¹⁰ Phonologie: Teildisziplin der Sprachwissenschaft, die sich mit den Sprachlauten (Phoneme) beschäftigt (vgl. BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE 1992, S. 115), phonologisch: lautsprachlich

Für den Schriftspracherwerb und auch für das Lesen ist die Entwicklung der sogenannten „phonologischen Bewusstheit“, als Teil der sprachlichen Informationsverarbeitung, eine der wichtigen Voraussetzungen. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE fassen zusammen, dass diese die Fähigkeit meint, mit lautsprachlichen Elementen umgehen zu können. Diese Fähigkeit bezieht sich demnach einerseits auf die Einzellaute selbst, indem in Aufgabenstellungen neben anderem überprüft wird, ob Laute durch die Person synthetisiert werden können, wie zum Beispiel „ei/ /s“. Ein weiteres Beispiel ist das Zählen von einzelnen Lauten. Bei dem wird die Aufgabe so formuliert, dass die zu prüfende Person angeben sollte, in welchem der beiden Worte „Brille“ und „Sonne“ mehr Laute zu hören sind. Die andere Bedeutung der phonologischen Bewusstheit bezieht sich im weiteren Sinne auf das Agieren mit Silben, Worten und Reimen. Das Trennen von Silben wird zum Beispiel durch Klatschen geprüft. Die Erkennung von Reimen geschieht, indem Wortpaare vorgegeben werden, die als sich reimend erkannt werden oder eben durch den Probanden oder die Probandin als kein Reim identifiziert werden sollten. Defizite der phonologischen Bewusstheit können bereits vor und während der Kindergartenzeit vorhanden sein. Sie gelten, ebenso wie die Benennungsgeschwindigkeit im weiteren Sinne, als Prädiktor für später folgende Lese- und Rechtschreibstörungen. (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 544f).

Eine Erklärung für das Aufkommen von Besonderheiten in den Prozessen der Informationsverarbeitung im Gehirn liegt in der Genetik. In molekulargenetischen Studien wurden Kandidaten – Gen – Orte ausfindig gemacht, die für den Erwerb von Teilleistungen im schriftsprachlichen Bereich verantwortlich sind. Der konkrete Ablauf der Einwirkung solcher Gen – Orte auf diese Komponenten ist noch nicht genau bekannt. Diese Kandidaten – Gene befinden sich auf den Chromosomen 1, 2, 3, 6, 15 und 18. Die Lese- und Rechtschreibstörung ist sehr wahrscheinlich multifaktoriell bedingt, sodass niemals von dem einen Lese- und Rechtschreibstörungen – Gen ausgegangen werden kann, das dieses Störungsbild verursacht (vgl. EBENDA, S. 541 & 547).

3.2.2. Umschriebene Entwicklungsstörung im Sprechen und der Sprache

Wie in der Begriffsbestimmung nach ICD – 10 im Kapitel 3.1. aufgeführt, gehen den Störungen im Lesen und Rechtschreiben häufig Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache voraus. Sprech- und Sprachstörungen umfassen entweder die Lautbildung, also die Artikulation oder die Aneignung von Grammatik und des Wortschatzes. Somit wird zwischen Artikulationsstörung und Sprachentwicklungsstörung unterschieden

(vgl. SUCHODOLETZ 2008, S. 223). Es soll zunächst beschrieben werden, was unter Sprachentwicklungsstörungen, klassifikationsbezogen, zu verstehen ist. Im Anschluss wird der familiäre Bereich hinsichtlich seiner Wirkung auf die sprachliche Entwicklung beleuchtet und somit auf die Ausbildung notwendiger Voraussetzungen für den Erwerb des Lesens und des Schreibens.

Bei den Störungsbildern des Sprechens und der Sprache gilt, dass die Fertigkeitentwicklung für den Spracherwerb seit der frühen Entwicklung an beeinträchtigt ist. Diese Form der Entwicklungsstörung darf nicht neurologischen Beeinträchtigungen zugeordnet werden und auch nicht auf Störungen im Sprachablauf beruhen. Weiterhin sollte die Ausbildung des Störungsbildes nicht auf sensorischen Fehlfunktionen, einer Intelligenzminde- rung oder auf Einflüsse von Umweltfaktoren basieren. Zu den häufigen sekundären Fol- gen einer umschriebenen Entwicklungsstörung im Sprechen und der Sprache zählen, neben anderen, auch Schwierigkeiten im Lesen und der Rechtschreibung (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 286 sowie DIMDI 2009).

Es stellt sich die Frage, weshalb eine dem Entwicklungsalter entsprechende Sprachentwicklung eine der wichtigen Voraussetzungen für den Erwerb des Lesens und des Schreibens darstellt.

Die Sprache gliedert sich in vier Fähigkeitsbereiche. Diese umfassen die Ausspra- che bzw. Artikulation, den Wortschatz, die Grammatikkenntnisse und Regelungen der allgemeinen Kommunikation. Zum Aspekt der Kommunikation gehört es beispielsweise Dialoge zu führen oder die Fähigkeit Fragen stellen zu können. Für die Ausbildung der sprachlichen Teilbereiche ist bezüglich der kindbezogenen Ressourcen eine Entwicklung basaler Fähigkeiten notwendig zu denen unter anderem die Sinneswahrnehmung und die Stimme gehören. Mit diesen Fähigkeiten, unter Einbezug der Wirkung der Sprachmotiva- tion und der Ausweitung des Sprachverständnisses, ist das Kind erst in der Lage die Fer- tigkeiten der vier Fähigkeitsbereiche der Sprache auszubauen (vgl. WENDLANDT 2006, S. 10).

Die Artikulationsfähigkeit geht mit der beginnenden Lautbildung um das erste Le- bensjahr einher. Die ersten konkreten Lautbildungen führen dann zu Einwortsätzen, wel- che mit der Weiterentwicklung der Lautkenntnisse zu Ausweitungen der Satztlängen führt. Die Fertigkeit Sätze auszubauen hängt auch mit der Vergrößerung des kindlichen Wort- schatzes zusammen. Während anfangs Dinge benannt werden können, die das Kind in seiner unmittelbaren Umgebung sehen und berühren kann lernt es im Entwicklungsverlauf

Worte, die entfernt oder abstrakt sind. Beispiele solcher Wörter sind „Kindergarten“ oder „lieb haben“. Demzufolge ist das Kind in der Lage die Bezeichnungen sachbezogen zu verwenden, ihre Bedeutung zu wissen und sie sich einzuprägen für den nächsten Abruf. Außerdem bildet sich die grammatische Strukturierung der Sätze heraus. Das heißt, dass das kurz gehaltene Aneinanderfügen von Worten, wie zum Beispiel im Satz „Ich Milch haben“, durch grammatikalisch regelgetreuere Haupt- und zusätzliche Nebensatzkonstruktionen nach und nach ergänzt wird. Mit dem Erlernen von Kommunikationsregeln kann verkürzt gesagt werden, dass das Kind lernt, Aufmerksamkeit auf verbaler Ebene zu erzielen und Bedürfnisbefriedigungen in gewissem Maße durch das Kommunizieren mit Anderen zu erreichen (vgl. WENDLANDT 2006, S. 16f).

WENDLANDT begreift den Erwerb von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten als Weiterführung der allgemeinen Sprachentwicklung, weil Beides auf bestehende Fertigkeiten und Kenntnisse in der Sprachbildung aufbaut. Beim Lesen lernen sowie im Erwerb der Schriftsprache kommt es im Grunde zu Ergänzungen, Erweiterungen und zur Festigung bereits entwickelter Grundfähigkeiten des Sprechens und der Sprache.

Der Autor zeigt auf, welche der Fähigkeiten während des Lesen und Schreiben Lernens weiter gestärkt werden. Zum Einen bessert sich das Differenzieren von Einzellauten und Lautgruppen und andererseits kommt es zur Stärkung der Wahrnehmung bezüglich der ersichtlichen und hörbaren Lautunterschiede. Schließlich erweitert sich die Fähigkeit der Lautzusammensetzung aus der Vorstellung des Kindes heraus. Die korrekte Artikulationsweise von Einzellauten und die Speicherung der gesamten Wortmelodie zählen ebenso zu den sprachlich notwendigen Grundvoraussetzungen, die im Rahmen des Lesen und Schreiben Lernens erweitert und gefestigt werden (vgl. EBENDA, S. 16f).

An Hand dieser Beschreibung WENDLANDTS wird der Zusammenhang der sprachlichen Fähigkeiten, insbesondere der Ausbildung der Bereiche Artikulation, Wortschatz und grammatikalischer Kenntnisse, als notwendige Voraussetzung für den Erwerb von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten deutlich. KLICPERA und GASTEIGER – KLICPERA führen ebenfalls an, dass grammatisches Verständnis für das spätere Leseverständnis erforderlich ist, um die Aussage eines Textes nachvollziehen zu können. Weiterhin bildet sie die Voraussetzung zum Erwerb der Rechtschreibfähigkeiten verbunden mit der schriftlichen Ausdrucksform (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1998, S. 255). Dass ein Zusammenhang zwischen Benennungsgeschwindigkeit und der Entwicklung von Lesefähigkeiten besteht wurde im Kapitel 3.2.1. erklärt. Ein umfassender aktiver Wortschatz ist Voraussetzung für die Benennungsgeschwindigkeit und somit der Lesefähigkeiten. Der Wortschatz

verweist auf die Fähigkeiten von Kindern, sich Worte zu merken oder sie aus dem Gedächtnis abrufen zu können sowie korrekt zu artikulieren. Diese können mit Hilfe von Benennungstests untersucht werden, um Defizite ersichtlich zu machen, die wiederum prognostisch auf Schwierigkeiten beim Lesenlernen hinweisen (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1993, S. 176).

Vorschulische Schwierigkeiten in der sprachlichen Entwicklung gelten demzufolge als prognostisch sichere Aspekte, die auf prospektive Probleme im Lese- und Rechtschreibbereich hinweisen (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 179).

Im folgenden Abschnitt wird der Zusammenhang zwischen der sprachlichen Förderung durch die Eltern und dem Erwerb der sprachlichen Fertigkeiten des Kindes erklärt. Es soll bereits an dieser Stelle auf die elterliche Rolle eingegangen werden weil gerade die Spracherziehung beim Kind eine der wichtigen Voraussetzungen für die Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten in der Schule darstellt. Weitere familiäre Einflüsse werden im nächsten Unterabschnitt näher betrachtet.

Zusammenfassend beschreiben die Autoren KLICPERA et al. vorschulische Voraussetzungen als „familiäre Literalität“, die Teilfertigkeiten auf dem Sprachgebiet wie Wortschatz und Grammatik und grundlegendes Wissen über die Schriftsprache, wie phonologische Bewusstheit oder das Prinzip des Alphabets, beinhaltet.

Die Autoren beziehen sich zugleich hinsichtlich der Bereiche, die die familiäre Literalität umfassen können, auf die Vorgabe von BRITTO und BROOKS – GUNN. Diese differenzieren drei Faktoren der familiären Literalität:

- Sprache und sprachliche Interaktion,
- das familiäre Lernklima und
- das sozial – emotionale Familienklima.

Die familiäre Interaktion auf dem Gebiet der Sprache beeinflusst den Umfang des kindlichen Wortschatzes und auch seine Fähigkeit zu verbalisieren positiv. Hinzu kommen die Angebotsvielfalt an Gesprächsthemen, die die Eltern dem Kind darbieten sowie der Gebrauch von Worten, die (noch) nicht alltäglich im Wortschatz des Kindes Verwendung finden (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 109f).

Die Fähigkeit eines Kindes dekontextuale Sprache zu nutzen oder eben Erfahrungen darin zu haben ist, laut KLICPERA et al., ein Prädikator für den schulischen Erfolg. Mit dieser sprachlichen Form ist die Fähigkeit gemeint, unabhängig vom bestehenden Kontext zu sprechen. Das heißt, dass beispielsweise mit dem Kind über vergangene Ereignisse oder zukünftige Vorhaben bzw. Ideen geredet werden kann.

Dass die sprachliche Entwicklung eng mit dem Lesen in Verbindung steht wird durch das familiäre Lernklima deutlich. Es beschreibt den Zusammenhang der Verfügbarkeit an schriftsprachlichen Material und deren Verwendung sowie der elterlichen Haltung zum Lesen. Wenn sie ihrem Kind eine positive Einstellung zum Lesen übermitteln, zum Beispiel durch gemeinsames Lesen von Märchen oder anderen unterhaltenden Themenbereichen, kann das Kind das Lesen lernen mit Lust und Spaß verbinden. Sollten die Elternteile allerdings das Lesen als vorrangig schulbezogene Notwendigkeit interpretieren wird mit Sicherheit die Lesefähigkeit im Vorschul- und im Schulalter kaum thematisiert, so dass das Lernklima auf dem Gebiet Lesen insgesamt eine geringe Bedeutung in der Familie besitzt.

Der Bereich des Vorlesens kann ebenfalls den förderlichen Aspekten der familiären Literalität zugeordnet werden, weil es den Wortschatz des Kindes zusätzlich ausbaut. Außerdem wirkt sich die Art von Vorlesen positiv auf die sprachliche Weiterbildung des Kindes aus, die als „elaboriertes Vorlesen“ bezeichnet wird. Das heißt, dass beispielsweise gemeinsame Diskussionen über die Geschichte und Vergleiche mit vergangenen Erfahrungen des Kindes in Interaktion mit dem vorlesenden Elternteil durchgeführt werden.

Der letzte Aspekt der Literalität bezieht sich auf das soziale und emotionale Familienklima. Das Wohlbefinden eines Kindes steht in Verbindung mit der elterlichen Unterstützung desselben im sozio – emotionalen Bereich. KLICPERA et al. weisen zwar darauf hin, dass eine positive Wirkung des emotionalen Beistandes durch die Eltern auf die Entwicklung der Fähigkeiten im Lesen und Rechtschreiben anzunehmen ist. Allerdings merken sie auch an, dass es kaum Ergebnisse gibt, die eine emotionale Interaktion der Eltern und ihrer Kinder während des gemeinschaftlichen Vorlesens untersucht oder festgestellt haben (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 111f).

Nach KLICPERA et al. werden diese förderlichen intrafamiliären Elemente in Familien von Kindern mit Lese- und Rechtschreibstörung weniger beobachtet. Diese negativ Einfluss nehmenden familiären Hintergründe wirken sich vor der Einschulung aus, sodass mangelhafte bzw. rückständige Entwicklungen in den Breichen der sozialen Kompetenzen

und der kognitiven Lernvoraussetzungen vorliegen wenn die Kinder eingeschult werden. Wenn diesem ungenügenden Entwicklungsstand schulisch und familiär nicht begegnet wird, so wird dann auch im schulischen Bereich eine Differenz in den Bereichen Leistung und Kognition zu erwarten sein (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 187).

3.2.3. Soziale und familiäre Einflüsse

Der dritte Schwerpunkt thematisiert die Faktoren des sozialen Umfeldes, die auf den Erwerb des Lesens und Rechtschreibens Einfluss nehmen, denen jedoch eine alleinige Verursachung der Lese- und Rechtschreibstörung nicht zugeschrieben wird. Folgend werden bedeutsame Aspekte als Ergebnis der Wiener Längsschnittstudie (1983 – 1991) von KLICPERA und GASTEIGER – KLICPERA aus dem Jahre 1993 erläutert. In dieser Studie wurde die Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten und auch der Schwierigkeiten darin in den Klassenstufen 1 bis 8 untersucht (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1993, S. 1 & 6). Ausschlaggebend für die vorliegende Arbeit sind vordergründig die Studienergebnisse über die sozialen und familiären Bedingungen, die eine Lese- und Rechtschreibstörung beeinflussen und auch, mit aktuellerem Blick, Ausführungen von 2003.

KLICPERA et al. meinen, dass in erster Linie sozioökonomische Verhältnisse und die familiären Lebensbedingungen für eine Begünstigung der Entwicklung von Lese- und Rechtschreibstörungen ausschlaggebend sind. Bezogen auf den familienökonomischen Hintergrund schließen sich die Autoren der Ansicht von einigen Forschern an. Diese beinhaltet, dass ein geringes Einkommen selbst keine Beeinflussung darstelle, sondern vielmehr die Faktoren, die mit Armut assoziiert werden. Somit wird der Erwerb des Lesens und Rechtschreibens durch die Auswirkung dieser mit Armut einhergehenden Aspekte beeinflusst. Zu den mit Armut in Verbindung stehenden und beeinflussenden Faktoren zählen eingeschränkte zeitliche und personelle Ressourcen und die elterliche Schulbildung. In ihren Ausführungen gehen die Autoren vorrangig auf allein erziehende Mütter ein (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 184 – 186).

Bezogen auf die ersten angesprochenen Aspekte der zeitlichen und personellen Ressourcen kann von der Situation allein erziehender Mütter zum Beispiel abgeleitet werden, dass diese Tags über oder sogar schichtgebunden einer Tätigkeit auf dem Arbeitsmarkt nachgehen und damit die gesamtzeitliche Verfügung begrenzt ist. Hinzugefügt werden soll, dass auch allein erziehende Väter ähnlichen Arbeitsverhältnissen gegenüberstehen.

Im Bereich der elterlichen Schulbildung gehen KLICPERA et al. ebenfalls vordergründig auf die Mutter und ihre schulische Bildung ein. Die Erklärung der Verfasser besteht darin, dass die Mutter im Allgemeinen den größeren Anteil der erzieherischen Aufgaben übernehme, zu denen auch die gemeinsame Erledigung der Hausaufgaben gehört. Deshalb wirkt sich folglich die Bildung der Mutter auf den Umfang der Aneignung des Lesens und Rechtschreibens sowie deren Qualität seitens ihres Kindes oder ihrer Kinder aus (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 190). Der Einfluss der schulischen Bildung auf die Entwicklung der Lese- und Rechtschreibkompetenzen von Kindern kann genauso gut dem Vater zugeordnet werden, soweit dieser vordergründig die gemeinschaftliche Hausaufgabenbewältigung übernimmt. Wahrscheinlich ist auch, dass sich beide Eltern die Hausaufgabenhilfe teilen, indem in den Fächern geholfen wird, die dem jeweiligen Elternteil besser liegen als dem anderen. In diesem Fall würde das bedeuten, dass beide Bildungsstände auf die Entwicklung des Kindes Einfluss nehmen. Defizite des Elternteils mit stärkeren Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten könnten dadurch verringert auf das Kind einwirken. Voraussetzung dafür ist, dass sich dieser erziehungsberechtigte Part bei der Hausaufgabenbetreuung im Fach Deutsch zurück nimmt.

Dem Bereich der familiären Lebensbedingungen ist das Bereitstellen eines „Arbeitsplatzes“ für ihr Kind durch die Eltern, um Schulaufgaben anzufertigen, zugehörig. Laut KLICPERA et al. gibt es eine Verbindung zwischen häufigen Störungen während der Erledigung von Hausaufgaben und den Leistungen im Lesen und Rechtschreiben (vgl. EBENDA, S. 187). Sie beschreiben „Arbeitsbedingungen“, die durch eine Geräuschkulisse von Radio und / oder Fernsehen geprägt sind. Sie erwähnen weiterhin, dass zum Beispiel auch die zeitliche Regelung der Hausaufgabenerledigung durch die Eltern und die Motivation zur Einhaltung selbiger durch das Kind, die Erledigung erleichtern oder andererseits erschweren können (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1993, S. 219). An dieser Stelle soll ergänzend die Idee der Störung durch familiäre Mitglieder aufgefasst werden. Es ist gut vorstellbar, dass sich der notwendige Konzentrationsaufbau nach jeder erneuten Störung des Sohnes oder der Tochter durch Familienmitglieder mit Anstrengung und hoher Eigenmotivation seitens des jungen Menschen in Verbindung stehen muss. An Hand dieses Beispiels kommt die Vermutung auf, dass auch kindbezogene Ressourcen, wie zum Beispiel die Fähigkeit sich selbst für eine Aufgabenerledigung motivieren zu kön-

nen, Einfluss auf die Verfestigung einer Störung im Lesen und Rechtschreiben haben könnten. Somit spielt auch der intrinsische¹¹ Motivationsprozess des jungen Menschen eine Rolle, eine Aufgabe lösen zu wollen bzw. zu bearbeiten.

Die Freizeitgestaltung der Kinder selbst wird ebenfalls als beeinflussender Faktor für die Entwicklung von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten betrachtet. Damit das Kind in der Lage ist seine Fähigkeiten im Lesen auszuweiten sollte außerschulisch gelesen werden. Dies haben Studien bewiesen, dass die Lesefähigkeit nicht primär durch schulisches Lesen üben fortschreitet, sondern durch das freizeitliche zusätzliche Lesen der Schüler und Schülerinnen selbst, wobei 10 Minuten außerschulisches Lesen bereits eine Steigerung ergab (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 188). Bei Kindern, die einen mehrstündigen Fernsehkonsum am Tag betreiben, nehmen deren zeitliche Ressourcen ab, sich mit Lesematerial zu beschäftigen. Regelungen über den Fernsehkonsum eines Kindes fanden sich bei 40 % der Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten, während 60 % der Kontrollgruppe einen geregelten Fernsehkonsum durch die Eltern erfuhren (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1993, S. 221). In Bezug auf die derzeitige Vielfalt an Medien und deren Nutzungszugang sollte berücksichtigt werden, dass der zeitliche Aufwand für Spielkonsolen oder die Erfüllung von Aufgaben im Internet durch Spiele – Gemeinschaften (z. B. World of Warcraft) berücksichtigt werden sollte.

Die Familiengröße stellt einen bedingenden Teilaspekt für die Herausbildung von Schwierigkeiten im Erwerb von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten dar. KLICPERA et al. beziehen sich auf Forschungsergebnisse, die aussagen, dass bei einer Anzahl ab drei Kindern und bezüglich der zunehmenden geschwisterlichen Geburtsfolge eine Steigerung der auftretenden Probleme im Lesen und schriftsprachlichen Bereich zu verzeichnen ist (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1993, S. 213 sowie KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 186).

Im Rahmen der Ergebnisdarstellung der Studie von 1993 wird keine nähere Begründung des Einflusses der Position des bzw. der Spätgeborenen und der Familiengröße formuliert. Deshalb wird Bezug nehmend auf die Erklärung für dieses Phänomen von

¹¹ intrinsisch (Psychologie / Pädagogik): bezogen auf eine Lernmotivation innere Motivation, z.B. durch das Interesse am Objekt; der Erfolgswahrscheinlichkeit (vgl. BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE 1989, S. 591)

KLICPERA und GASTEIGER – KLICPERA aus dem Jahre 1998 und mit Blick auf die zuvor erläuterten Ressourcen der personellen und zeitlichen Verfügbarkeit der Elternteile folglich die Rolle der Familiengröße geklärt.

Eine erhöhte Kinderanzahl führt dazu, dass sich die Unterstützungsbedarfe summieren, die der elterlichen Erziehungsaufgabe neben beruflicher Tätigkeit, vor allem in den ersten Kindheitsjahren, begegnen. Die förderlichen bzw. unterstützenden Möglichkeiten seitens der Eltern, jedem Kind in gleicher Weise, also auch zeitlich, gerecht zu werden, zeigen sich durch Einschränkungen (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1998, S. 237). Außerdem besitzt sehr wahrscheinlich auch der Unterbrechungsaspekt während der Erledigung von Schulaufgaben, beispielsweise durch aktive Störung der Geschwister oder passive Unterbrechung Bedeutung. Dies kann zum Beispiel der Fall sein, wenn das Aufgaben erledigende Geschwister direkt angesprochen wird. Im Fall des passiven Störens bricht, auf Grund einer geräuschvollen Lernumgebung, die erforderliche Konzentration immer wieder ab und muss im Anschluss durch den jungen Menschen neu aufgebaut werden.

Zusammenfassend kann aus den vorangegangenen Erläuterungen geschlussfolgert werden, dass in diesem Rahmen Risikofaktoren aufgestellt wurden, die negativ auf die Entwicklung von Lese- und Rechtschreibfertigkeiten einwirken. Zu den störungsbegünstigenden Aspekten gehören demnach neben einem geringen Bildungsgrad der Eltern und die ungenügende zeitliche Verfügung selbiger auch die fehlende Auseinandersetzung mit Lesestoff durch den jungen Menschen während der Freizeit und die Familiengröße.

4. Seelische Behinderung basierend auf Lese- Rechtschreibstörung

In diesem Kapitel soll die Feststellung einer seelischen Behinderung, basierend auf einer Lese- und Rechtschreibstörung dargestellt werden. Wie aus dem Kapitel 2.2. ersichtlich wurde, geht die Zweiteilung des Begriffs der (drohenden) seelischen Behinderung mit einer Zweiteilung der Aufgabenübertragung zur Feststellung dieser Behinderungsform einher.

Die eigentliche Begründung des Gesetzgebers zur Festlegung der Diagnostik mit Hilfe der ICD – 10 besteht unter anderem nämlich darin, dass die Aufgabenverteilung der Fachkräfte zur Diagnostik einer psychischen Störung von denen der sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Fachkräfte zur Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung im Jugendamt ersichtlich wird (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rz. 7). Nachfolgend sollen deshalb die Aufgaben der kinder- und jugendpsychiatrischen sowie sozialpädagogischen bzw. sozialarbeiterischen Fachkräfte dargelegt werden und in einem weiteren Abschnitt die Zusammenarbeit beider kurz thematisiert werden.

4.1. Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung

Die Feststellung des ersten Tatbestandes im Sinne einer Abweichung der seelischen Gesundheit, also einer psychischen Störung, erfolgt durch eine medizinische Diagnostik an Hand der ICD – 10. Diese wurde bereits im Kapitel 0 kurz beschrieben.

Der Störungsbegriff im Rahmen der ICD – 10 stellt keinen eindeutigen Terminus dar. Eine Störung soll *„ein klinisch ersichtlicher Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten nicht als psychische Störung im hier definierten Sinne angesehen werden“* (DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 24). Die Klärung des Diagnosebegriffes im medizinischen Sinne ist an dieser Stelle angebracht. Der klinischen Definition zufolge ist eine Diagnose eine *„überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff; ...“* (PSCHYREMBEL 2004, S. 394). Die Diagnostik wiederum stellt eine zusammenfassende Begrifflichkeit dar, die alle Strategien und Verfahrensweisen bezeichnet, die von ärztlicher Seite genutzt werden, um eine gesundheitliche Störung zu

untersuchen. Dazu gehört es auch die Beschwerdebilder in Erfahrung zu bringen, die zum Aufsuchen eines Arztes durch den Patienten oder die Patientin führten (vgl. PSCHYREMBEL 2004, S. 394).

Die Diagnose in dieser Arbeit ist die Lese- und Rechtschreibstörung, die an Hand von Kriterien aus der ICD – 10 zu bestimmen ist. Um das Vorliegen dieser Kriterien bei einem jungen Menschen feststellen zu können und somit das Vorhandensein einer Lese- und Rechtschreibstörung als anspruchsbegründender Tatbestand des § 35a SGB VIII zu überprüfen, müssen Testverfahren herangezogen werden, die dann die Diagnostik darstellen.

4.1.1. Gesetzliche Bestimmungen für diagnostizierende Personen und Institutionen

Im Kapitel 2.2. wurden die diagnostizierenden Personen als ärztliche und psychotherapeutische Professionelle zusammengefasst. Die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung kann gemäß § 35a (I a) Satz 1 SGB VIII bei einem jungen Menschen durch einen Arzt oder eine Ärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie durchgeführt werden. Weiter ist es möglich, dass ein Arzt bzw. eine Ärztin welcher bzw. welche Erfahrungen über psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter besitzt diagnostizieren kann. Außerdem kann das Testverfahren von ausgebildeten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und –therapeutinnen (Zusatzausbildung nach abgeschlossenem Psychologie- oder Sozialpädagogikstudium gemäß § 5 PsychThG, Anm. der Verfasserin) oder durch psychologische Psychotherapeuten und –therapeutinnen (Zusatzausbildung nach absolviertem Psychologiestudium gemäß § 5 PsychThG, Anm. der Verfasserin) ausgeführt werden. Letztere müssen ebenfalls, wie Allgemeinmediziner und -medizinerinnen besondere Erfahrungen über psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter besitzen.

Das Einbeziehen von Fachkräften mit der oben aufgeführten zusätzlichen Ausbildung beruht auf das Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes¹² im Januar 1999 (vgl. JUNG-MANN 2002, S. 24). Darin sind unter anderem beide Therapeutenformen hinsichtlich ihrer Ausbildungsinhalte und Approbation für die Qualifizierung zur Fachkraft festgelegt.

¹² „Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG)“; verkündet: 16.06.1998; In Kraft getreten: 01.01.1999 (vgl. BGBl I 1998 / 36, S. 1311 & 1321)

An die Wahl der diagnostizierenden Person, die durch die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachkraft des Jugendamtes für die Stellungnahme zur Überprüfung einer möglichen psychischen Störung beauftragt wird, ist eine weitere Bedingung geknüpft. Der Satz 4 des § 35a (I a) SGB VIII setzt voraus, dass die Begutachtung ausschließlich von Personen bzw. deren zugehörige Institution erbracht wird, die nicht im Anschluss Maßnahmen der Eingliederungshilfe erbringen. Damit soll dem Interessenkonflikt vorgebeugt werden, der entsteht, wenn die diagnostizierende Person oder auch Institution auf potentielle Leistungserbringung spekuliert. Die Fachkraft des Jugendamtes kann demzufolge eine erfolgte Begutachtung eines jungen Menschen ablehnen oder nicht anerkennen. (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 48).

Dies wäre beispielsweise der Fall, wenn diese von einem psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde, dessen Einrichtung im Anschluss ein Lerntraining zur Besserung der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten im Rahmen des § 35a SGB VIII anbieten möchte. Eine interessenabhängige Stellungnahme wäre dann nicht auszuschließen.

Sollten die Eltern oder Personensorgeberechtigten, in erster Linie aber der junge Mensch als leistungsberechtigte Person, den Wunsch haben diese Beratungsstelle in Anspruch zu nehmen, für den Fall einer Leistungsgewährung gemäß § 35a SGB VIII, so kann dieser berücksichtigt werden. Die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachkraft sollte dann unabhängige Gutachter vorschlagen, um zum Einen der gesetzlichen Einhaltung des oben beschriebenen Satzes 4 aus § 35a (I a) SGB VIII gerecht zu werden und zum Anderen das Wunsch- und Wahlrecht des jungen Menschen gemäß § 5 SGB VIII zu berücksichtigen – sowohl bezüglich der Gutachterwahl als auch des Leistungserbringers.

MEYSEN verweist hinsichtlich der Gesamtzahl der Gutachterempfehlungen durch die Fachkraft des Jugendamtes auf den § 14 (V) Satz 3 SGB IX (vgl. MEYSEN in: MÜN- DER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 49). Dass auch hierbei ein Wahlrecht besteht ergibt sich allerdings aus dem Satz 4 desselben Paragraphen.

Die Diagnostik kann im Gesundheitsamt, in interdisziplinären Frühförderstellen sowie in sozialpädiatrischen Zentren bzw. einer Beratungsstelle, die eine psychologische psychotherapeutische Fachkraft beschäftigt oder eben in ärztlichen und psychotherapeutischen Praxen angeregt und ausgeführt werden (vgl. EBENDA, Rn. 49).

Was genau die Bezeichnungen „interdisziplinäre Frühförderstelle“ und „sozialpädiatrisches Zentrum“ konnotieren, ergibt sich aus den §§ 3 und 4 der „Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder“

(FrühV). Unter dem Begriff der interdisziplinären Frühförderstelle werden alle Dienste und Einrichtungen zusammengefasst, die sich den Aufgaben der Früherkennung, Behandlung und Förderung von Kindern widmen. Dabei bildet ein Team aus medizinisch – therapeutischen und pädagogischen Fachkräften die mögliche professionelle Unterstützung, um drohenden und eingetretenen Behinderungen entgegenzutreten. Die Leistungserbringung erfolgt vorrangig in ambulanter und mobiler Form.

Aus dem § 4 FrühV wird ersichtlich, dass sozialpädiatrische Zentren ebenfalls ambulante Hilfen für Kinder zur Früherkennung, Diagnostik und Behandlung anbieten, die wegen Art, Schwere oder Dauer einer drohenden oder bereits bestehenden Behinderung nicht von anderen Ärzten oder vorhandenen interdisziplinären Frühförderstellen angemessen behandelt werden können. Kinder mit (drohender) Behinderung oder Entwicklungsstörungen können demnach diese Zentren nutzen, wenn die diagnostischen Möglichkeiten der zuvor benannten Institutionen (Ärzte, interdisziplinäre Frühförderstellen) nicht ausreichen. Im Deutschen Ärzteblatt wurden in einem Artikel im Jahre 2007 beispielsweise Kinder mit körperlichen Behinderungen oder chronischen neurologischen Erkrankungen, wie Epilepsie, als typischer Personenkreis dieser Zentren aufgeführt. Diese Behinderungsformen oder Erkrankungen führen folglich meist zu Schwierigkeiten in der persönlichen Entwicklung und der Teilhabe am sozialen Leben des Kindes. Auch umschriebene Entwicklungsstörungen im schulischen Bereich waren in den letzten Jahren häufiger vorstellig (vgl. BODE 2007, S. A 1219).

In Verbindung mit § 199 (I) Satz 1 SGB V ist zu entnehmen, dass diese Zentren unter ärztlicher Leitung stehen. Die sozialpädiatrischen Zentren zeichnen sich ebenfalls durch Interdisziplinarität aus, sodass beispielsweise Psychologen, Heilpädagogen, Ergotherapeuten und Logopäden die ambulanten pädiatrischen, also kindheitsmedizinischen Leistungen erbringen (vgl. WELTI in: BECKER & KINGRENN 2008, § 119, Rz. 3).

4.1.2. Diagnostische Leitlinie der Lese- und Rechtschreibstörung

Diagnostisch angewandte Verfahren zur Überprüfung einer vermuteten Lese- und Rechtschreibstörung bei einem jungen Menschen richten sich nach einer diagnostischen Leitlinie, die dieses Störungsbild erkenntlich machen. Teile der Leitlinie, die von der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND –PSYCHOTHERAPIE und der Disziplin zugehörigen Verbände erstellt wurden, finden sich auch in den Beschreibungen des Kapitel V der ICD – 10 von DILLING et al. wieder.

Die Leitlinie der umschriebenen Entwicklungsstörungen im schulischen Bereich stellt lediglich ein Element einer ganzen Liste der psychischen Störungen und Verhaltensstörungen aus der ICD – 10 dar. Die Leitlinien dienen Ärzten zur Diagnose und auch zur Behandlung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Die DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND –PSYCHOTHERAPIE et al. betonen, dass es sich hierbei nicht um eine Regelung oder Eingrenzung der ärztlichen Verfahrensweisen handelt, sondern um die Intention, Diagnostik und Therapie zu verbessern (vgl. POUSTKA & SCHMIDT 2007, Präambel, S. 5).

Im Folgenden sollen die wesentlichen Kriterien und zugehörigen Testverfahren für die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung aufgeführt werden, wobei auf eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Verfahren nicht eingegangen wird. Diese Arbeit soll nicht den Eindruck hinterlassen, dass die medizinische Seite bei der Entscheidung über eine (drohende) seelische Behinderung gegenüber dem Kompetenzbereich der sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Fachkraft, überwiegende Gewichtung besitzt.

Um von einer Lese- und Rechtschreibstörung ausgehen zu können, müssen, wie im Kapitel 3.1. angesprochen, die Fähigkeiten in den Bereichen Lesen und Rechtschreiben beeinträchtigt sein. Deshalb müssen die Fertigkeiten des Lesens und Rechtschreibens individuell überprüft werden.

Bezüglich der auftretenden „Symptome“ einer Störung der Lesefähigkeit, wie beispielsweise eine niedrige Lesegeschwindigkeit oder das Auslassen und Hinzufügen von Worten oder Wortteilen, wird auf die komplette Aufzählung selbiger im Rahmen der diagnostischen Leitlinie der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND –PSYCHOTHERAPIE et al. hingewiesen. Weil das Leseverständnis, dazu gehört unter anderem die Wortwiedererkennung und die Fähigkeit aus dem Gelesenen schlussfolgern zu können, ebenfalls beeinträchtigt sein kann, sollte auch dieses geprüft werden (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 208).

Im Bereich der Rechtschreibung wird darauf hingewiesen, dass es keine typischen Fehler gibt, die immer vorzufinden sind. Allerdings findet sich in der Leitlinie zur Diagnostik eine Zusammenstellung der überwiegend auftretenden Fehler, die durch Personen mit einer Rechtschreibstörung gemacht werden. So finden beispielsweise im Graphembereich Reversionen, also Verdrehungen von Buchstaben im Wort, wie „b-d, p-q“ statt oder auch Regelfehler, die sich neben Anderem, als Fehler in Groß- und Kleinschreibung zeigen. Die Ergebnisse der Überprüfung dieser Fähigkeiten müssen ergeben, dass Lesen und

Rechtschreiben nicht dem Entwicklungsalter oder der Klassenstufe entsprechen (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 208).

Die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung erfolgt mit Hilfe von standardisierten Testverfahren. Zu den angewandten Testverfahren zur Feststellung der Leseleistung bzw. des aktuellen Entwicklungsstandes im Lesen werden unterschiedliche Tests genutzt, die auf bestimmte Klassenstufen der ersten bis sechsten Klasse geeicht sind. Sie können bezüglich ihrer getesteten Bereiche des Lesens verschieden sein.

Der „Zürcher Lesetest (ZLT)“ beispielsweise kann für die Testung von Schülern und Schülerinnen am Ende der zweiten bis Ende der sechsten Klasse genutzt werden. Mit ihm wird neben anderem die Lesegenauigkeit und somit die Fehleranzahl und auch das Lesetempo überprüft. Für die Untersuchung des Leseverständnisses könnte zum Beispiel der „Zürcher Leseverständnistest (ZLVT)“ genutzt werden, der jeweils im zweiten Halbjahr ab Klasse 4 bis 6 angewandt werden kann (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 548f).

Die Rechtschreibfähigkeiten werden laut WARNKE und SCHULTE – KÖRNE standardisiert mit Hilfe von Lückentextdiktaten geprüft. Die Fehlerquote im Anschluss der Durchführung ist dann ausschlaggebend für die Einschätzung der bestehenden Fähigkeiten im schriftsprachlichen Bereich. Auch für die Testverfahren im Rechtschreibbereich trifft zu, dass die unterschiedlichen Tests für Schüler und Schülerinnen bestimmter Klassenstufen verwendet werden. Ein Beispiel dafür wäre der „Diagnostische Rechtschreibtest (DRT)“ für Klasse 1 bis Anfang der 2. Klasse. Neben der Feststellung der Leistungen im Rechtschreiben dient dieser Test zur Erkennung und Bestimmung von Fehlerschwerpunkten, die hilfreich zur Ausgestaltung von wesentlichen Akzenten potentieller Förderarbeit sein kann (vgl. EBENDA, S. 548 und 550).

An Hand der Begriffsbestimmung der Lese- und Rechtschreibstörung ist zu entnehmen, dass sich vordergründig die Rechtschreibschwierigkeiten eines jungen Menschen bis in die Adoleszenz hinein ziehen und bestehen bleiben. Für die Überprüfung der Fähigkeiten im Rechtschreiben gibt es den „Rechtschreibungstest“ für Schüler und Schülerinnen ab 15 Jahren (vgl. EBENDA 2008, S. 552).

Zur Klärung einer vermuteten Lese- und Rechtschreibstörung werden nicht nur die Lese- und Rechtschreibfähigkeiten erfasst, sondern ebenso eine Testung der Intelligenz des jungen Menschen vorgenommen. Dies ist notwendig wegen des diagnostischen Kriteriums eines, gegenüber bestehender Intelligenz und dementsprechend eigentlich erwart-

barer Leistung im Lesen und Rechtschreiben, niedrigen Leistungsniveaus (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 212). Außerdem muss, wie im Kapitel 3.1. aufgeführt, hinsichtlich der allgemeinen Definition der Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten berücksichtigt werden, dass auch eine Intelligenzminderung auszuschließen ist und dadurch begründete Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten nicht als Lese- und Rechtschreibstörung gemäß der ICD – 10 gelten. Eine Minderung der Intelligenz liegt gemäß der WHO – Klassifikation vor, wenn Testergebnisse einen Intelligenzquotienten unter 70 aufzeigen (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S. 278).

Für die Feststellung der Intelligenz wird für die gutachterliche Aufgabe im Kontext der Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung zum Beispiel der „Hamburg – Wechsler – Intelligenztest für Kinder (HAWIK) oder der „Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE)“ genutzt (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 553).

Auf Grund häufig zuvor ausgebildeter Sprach- und Sprechschwierigkeiten, die dann zu einer Störung im Lesen und Rechtschreiben geführt haben, sollte die Sprachentwicklung untersucht werden. Laut WARNKE und SCHULTE – KÖRNE wäre eine weiterführende Diagnostik in diesem Bereich notwendig, wenn die Testungen schwerwiegende Störungen ergeben (vgl. EBENDA, S. 553).

DILLING et al. weisen hinsichtlich möglicher Schwierigkeiten in der Diagnosestellung darauf hin, dass allgemein die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten keine Folge von Seh – und Hörstörungen oder Verhaltens- und emotionalen Störungen sind, allerdings mit ihnen gemeinsam auftreten können (vgl. DILLING/ MOMBOURM/ SCHMIDT 2010, S 295). Eine organische Verursachung einer Lese- und Rechtschreibstörung auf Grund von Seh - und Hörstörungen sowie einer Zerebralparese¹³ muss demnach ausgeschlossen werden, was auch in der diagnostischen Leitlinie ersichtlich wird (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 219).

Für die Feststellung einer Lese- und Rechtschreibstörung muss auch eine psychische Bestandsaufnahme gemacht werden. Störungen im Lesen und Rechtschreiben, basierend auf Verhaltensstörungen, wie beispielsweise die Einfache Aktivitäts- und Auf-

¹³ Eine Bewegungsstörung, deren Ursache in der Schädigung des Gehirns liegt. Die Schädigung bildet sich überwiegend während der Schwangerschaft, der Geburt oder in der frühen Lebenszeit, kurz nach der Geburt des Kindes aus (vgl. HEDDERICH 1999, S. 20).

merksamkeitsstörung (F90), oder emotionalen Störungen, wie beispielsweise die Emotionale Störung mit Trennungsangst (F93), müssen, wie oben nach DILLING et al. angegeben, auszuschließen sein.

Abschließend soll an dieser Stelle auf die Hinzuziehung der Informationen aus Anamnese und Exploration aus den Bereichen Schule und Familie hingewiesen werden. Es sollen durch die diagnostizierende Person Informationen beim Schüler oder der Schülerin, seinen bzw. ihren Elternteilen und der Deutsch unterrichtenden Lehrperson eingeholt werden. WARNKE et al. führen beispielsweise auf, dass die Benotung in den Schulfächern erfragt werden sollte, um zu überprüfen in wieweit Unterschiede bestehen. Damit ist also eine eindeutig schlechtere Bewertung der Deutschzensur gegenüber der Zensur der anderen Schulfächer gemeint. Die diagnostische Leitlinie geht davon aus, dass die Zensur „mangelhaft“ oder „ungenügend“ sein müsse (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 207 & 210). Andererseits sollte berücksichtigt werden, dass eine überwiegende Bewertung anderer Schulfächer mit „gut“ und „sehr gut“ in Relation zu den Angaben der diagnostischen Leitlinie zu sehen ist. Würde dies der Fall bei einem Schüler oder einer Schülerin sein, so wäre eine Bewertung im Fach Deutsch mit „ausreichend“ ebenfalls eine eindeutige Diskrepanz zum ansonsten „guten“ Durchschnitt.

Neben der Erfassung aktueller schulischer Problematik im Lesen und Rechtschreiben soll auch der familiäre Umgang mit dem vermuteten Störungsbild ihres Sohnes oder ihrer Tochter bei den Elternteilen erfragt werden. Um die „störungsrelevanten Rahmenbedingungen“, wie sie in der Leitlinie zur Diagnose bezeichnet werden, ausmachen zu können sollte zum Beispiel ersichtlich werden, dass andauernde Konflikte während der gemeinsamen Hausaufgabenerledigung im Fach Deutsch zwischen Eltern und Kind auftreten. Hinzu kommt auch in Erfahrung zu bringen welche Erwartungen seitens der Eltern hinsichtlich der schulischen Leistungen des Kindes bestehen (vgl. EBENDA, S. 211).

Daran kann folglich einzuschätzen sein, wie die Eltern die schulischen Schwierigkeiten des Kindes auffassen, selbst als belastend erleben und in welchem Maße sich diese negativ, auf ein positives familiäres Umfeld ausgewirkt haben. Außerdem wird deutlich wie die Eltern zu diesem Zeitpunkt bereit sind eine mögliche Störung im Lesen und Rechtschreiben anzunehmen ohne Schuldzuweisungen gegenüber ihrem Kind, das die erwarteten schulischen Leistungen nicht erbringen kann.

Es ist anzunehmen, dass bei einer fehlenden förderlichen bzw. therapeutischen Begegnung der Lese- und Rechtschreibstörung langfristig eine Ausbildung zusätzlicher psychischer Begleitsymptome oder sogar Komorbidität¹⁴ nicht ausbleiben. Dies lässt sich an Hand der diagnostischen Leitlinie ableiten, die eine Untersuchung ebensolcher möglichen Störungen als notwendig erachtet. Dabei soll unter anderem erfasst werden, ob sich schulangstspezifische psychosomatische Beschwerden beim jungen Menschen zeigen, wie Bauchschmerzen oder Übelkeit im Kontext mit schulischen Leistungsanforderungen. Für die Lese- und Rechtschreibstörung ist auch die Möglichkeit, dass sich eine zusätzliche Dyskalkulie, also Rechenstörung entwickelt hat, abzuklären (vgl. WARNKE et al. 2007, S. 211).

Die Leitlinie beinhaltet neben diagnostischen Methoden auch eine Erläuterung für Interventionen der umschriebenen Entwicklungsstörungen im schulischen Bereich. Setzt man beide aufgeführten Teilbereiche, also Diagnostik und Intervention der Leitlinie in Bezug, so ergibt sich, dass die Erfassung psychischer Begleitsymptomatik für die Umsetzung von angemessenen intervenierenden Angeboten erforderlich ist. Beeinträchtigungen im psychischen Bereich, die durch die Lese- und Rechtschreibstörung entstanden sind, sollen bei späterer Wahl der Interventionsmaßnahmen berücksichtigt werden. Das heißt, dass je nach Ausprägung der begleitenden psychischen Probleme, auch diesen in ihrer Verfestigung bzw. in ihrem weiteren Bestehen durch pädagogisch und / oder therapeutische ambulante, teilstationäre oder stationäre Hilfeformen entgegnet wird (vgl. EBENDA, S. 220).

Für das Vorliegen einer psychischen Störung im Sinne des § 35a SGB VIII muss, gemäß der Erläuterungen im Kapitel 2.2., neben der Abweichung vom alterstypischen Entwicklungsstand in Form einer Lese- und Rechtschreibstörung des jungen Menschen auch eine sechsmonatige Dauer derselben vorliegen bzw. prognostisch anzunehmen sein.

Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass gemäß der diagnostischen Leitlinie für die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose einer Lese- und Rechtschreibstörung zu den testdiagnostischen Verfahren in den Bereichen Lesen, Rechtschreiben

¹⁴ Auftreten zwei oder mehrerer diagnostizierbarer, von einander unterscheidbarer Erkrankungen bei einer Person (vgl. PSCHYREMBEL 2004, S. 962)

und Intelligenz, ergänzend anamnestische Informationen aus schulischer und familiärer Umwelt hinzugezogen werden.

4.1.3. Multiaxiales Klassifikationsschema

Innerhalb der zuvor dargestellten diagnostischen Leitlinie der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE et al. wird in einem separaten Abschnitt eine „multiaxiale Bewertung“ der Lese- und Rechtschreibstörung vorgenommen. Damit verbunden ist eine Ergebnisdarstellung auf mehreren Achsen, die gemäß dem bio – psycho – sozialen Modell somatische, psychische und soziale Einflüsse der Entstehung einer psychischen Störung berücksichtigt. Außerdem zielt dieses Bewertungsschema darauf ab, dem multifaktoriellen Charakter von psychischen Störungen gerecht zu werden, um eine übersichtliche und parallele Darstellung mehrerer relevanter Faktoren zu ermöglichen. Meistens können die unterschiedlichen Elemente nicht durch einen Diagnosebegriff zusammengefasst werden (vgl. REMSCHMIDT/ SCHMIDT/ POUSTKA 2006, S. 9). Die gesamten Ergebnisse aus den Dimensionen Person und soziales Umfeld, die im letzten Kapitel als Erhebung durch die Fachkraft aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie erläutert wurden, werden in diesem Schema auf einen Blick dargestellt.

Dieses Schema wurde 1977 im deutschen Sprachraum durch REMSCHMIDT, SCHMIDT und POUSTKA eingeführt und etablierte sich immer weiter (vgl. EBENDA, S. 10). Da es sich nach den Störungsbildern und den Kodierungen der ICD – 10 richtet und speziell für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelt wurde, gilt die multiaxiale Bewertung im Rahmen der Disziplin als implementiert. Für die diagnostizierenden Fachkräfte, die eine psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Eingliederungshilfe nach SGB VIII feststellen, gilt dieses Schema inzwischen als fachliche Grundlage (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 21).

Es setzt sich aus sechs verschiedenen Achsen zusammen:

Achse I: Klinisch – psychiatrisches Syndrom

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörung

Achse III: Intelligenzniveau

Achse IV: Körperliche Symptomatik oder Krankheiten aus anderen Kapiteln der ICD – 10 (andere als psychiatrische Erkrankungen)

Achse V: Assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Achse VI: Globalbeurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus
(Adaption / Beeinträchtigung)

(vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 21)

Im Folgenden sollen die Achsen an ausgewählten Beispielen mit Bezug auf die Lese- und Rechtschreibstörung erklärt werden. Die Achse I meint mit „Klinisch – psychiatrisches Syndrom“ psychische Störungen, die in der ICD – 10 im Kapitel V beschrieben sind und eindeutig als solche diagnostiziert werden können (vgl. REMSCHMIDT/ SCHMITD/ POUSTKA 2006, S. 12).

Im Fall einer Lese- und Rechtschreibstörung wurde im letzten Kapitel deutlich, dass eine bestehende Komorbidität, also eine Ausbildung weiterer Störungsbilder, wie zum Beispiel eine mittelgradige Depressive Episode (F32.1), interventionsbegründend abgeklärt werden sollte. Auf Grund der Diagnostik der Lese- und Rechtschreibstörung, welche den umschriebenen Entwicklungsstörungen zugehörig ist, wird diese auf der Achse II angegeben.

Im letzten Kapitel wurde ebenfalls erklärt, dass die Abklärung der Intelligenz des jungen Menschen für den Ausschluss einer Problematik im Lesen und Rechtschreiben auf Grund einer Intelligenzminderung erforderlich ist. Das Ergebnis des IQ – Wertes wird dann in Achse III verzeichnet.

Auf der Achse IV werden gemäß der Schematik solche Störungsbilder angegeben, die nicht dem Kapitel V der ICD – 10 zuzuordnen sind. Die Ergebnisse der organischen Diagnostik füllen die Achse IV aus, sodass also aktuelle körperliche Störungen ersichtlich werden. Alle somatischen Beeinträchtigungen werden unabhängig davon, ob sie verursachenden Charakter auf die vorliegende psychische Störung besitzen oder nicht, angegeben (vgl. EBENDA, S. 14). Für eine Lese- und Rechtschreibstörung müssen körperliche oder neurologische Funktionsstörungen, wie zum Beispiel die in Kapitel 4.1.2. aufgeführte Hör- oder Sehstörung oder zerebrale Bewegungsstörung als verursachende Faktoren ausgeschlossen werden. Sollte beispielsweise eine Stoffwechselerkrankung erwiesen werden, so wird verlangt sie auf Achse IV zu kodieren, auch wenn sie vermutlich keinen unmittelbaren Einfluss auf die Störung hat.

Die vorletzte der Achsen bezieht sich auf die zuvor beschriebenen anamnestisch und exploratorisch erworbenen Informationen über die psychosozialen Gegebenheiten im Umfeld des Kindes oder Jugendlichen, insbesondere in den Bereichen Familie und Schule. Dabei soll auf dieser Achse V allerdings, wie es der Terminus „abnorm“ andeutet, auf

die für die Entwicklung des Kindes und somit möglicherweise auf die Ausbildung einer Lese- und Rechtschreibstörung belastend einwirkenden Faktoren hingedeutet werden.

Für diese Achse werden die Diagnoseschlüssel aus dem Kapitel XXI der ICD – 10 genutzt. Es sind die „Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände (Z55-Z65)“ (vgl. REMSCHMIDT/ SCHMITD/ POUSTKA 2006, S. 331). Bezug nehmend auf die familiäre Situation des jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung könnte das zum Beispiel heißen, dass ersichtlich wird, dass die Kindeseltern ihrem Sohn oder ihrer Tochter die alleinige und absolute Schuld für das schulische Versagen zuschreiben und offen zeigen. Dies wird mit der ICD – 10 – Kodierung Z. 62.3 auf Achse V verschlüsselt und meint die „Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind“.

Die letzte Achse VI befasst sich mit der „globalen Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus“. Dabei wird die Leistungsfähigkeit des jungen Menschen auf der psychischen, sozialen und schulischen bzw. beruflichen Ebene dargelegt. Der Zeitraum der Beurteilung sollte sich auf die letzten drei Monate vor der psychiatrischen Untersuchung beziehen. Ausnahme bilden Störungsbilder, die erst kurzfristig bestehen (vgl. EBENDA, S. 391). Bei jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung wird dadurch offensichtlich, wie sich die beeinträchtigungsbedingte, veränderte Anpassungsfähigkeit des Schülers oder der Schülerin auf die Fähigkeit auswirkt, Anforderungen des sozialen Umfeldes angemessen zu bewältigen.

Die sozialen Beeinträchtigungen der Achse VI unterscheiden sich in sechs verschiedenen Formen, je nach Schwere (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 27). Sie umfassen die Stufen Null: „Herausragende / gute soziale Funktionen“, die zusammengefasst eine gute zwischenmenschliche Beziehung des jungen Menschen zu Anderen sowie eine ausreichende Wahrnehmung an Freizeitaktivitäten meint, bis Acht. Diese wird als „Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung“ bezeichnet, welche durch unselbständige Körperhygiene, fehlender Kommunikationsfähigkeiten oder Selbst – bzw. Fremdverletzung beschrieben wird (REMSCHMIDT/ SCHMITD/ POUSTKA 2006, S. 391).

Für den Bereich eines Kindes oder Jugendlichen mit Lese- und Rechtschreibstörung könnte zum Beispiel die Globalbeurteilung als Nummer Vier ausfallen. Das heißt, dass bei diesem jungen Menschen eine „ernsthafte soziale Beeinträchtigung“¹⁵ vorliegt. Diese könnte sich durch fehlende Freundschaften im schulischen sowie privaten Bereich zeigen, wodurch also die Funktionsfähigkeit des Erhalts zwischenmenschlicher Beziehung zu Gleichaltrigen eingeschränkt ist.

Die Achsen V und VI gelten als unterstützend bei der Feststellung der sozialen Beeinträchtigung und der damit zusammenhängenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als Aufgabe des Sozialpädagogen bzw. der Sozialpädagogin (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 27 sowie WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 16). Diese beiden Achsen führen zu ergänzenden umweltbezogenen Informationen über Aspekte, die eine Entwicklung des Störungsbildes begünstigen können. Außerdem kann abgeschätzt werden welche Lebensumstände belastend wirken und inwieweit Faktoren seitens des Kindes oder Jugendlichen vorliegen, um seine bzw. ihre Teilhabe zu ermöglichen (vgl. REMSCHMIDT/ SCHMITD/ POUSTKA 2006, S. 9). Weiterhin sollten alle abnormen psychosozialen Gegebenheiten aufgeführt werden, auch wenn keine Sicherheit eines Kausalitätsbezuges zur aktuellen psychischen Störung des jungen Menschen besteht. Die Einbeziehung aller abnormen psychosozialen Umstände kann anschließend für die therapeutische Planung hilfreich und sinnvoll sein (vgl. EBENDA 2006, S. 14).

Zum Abschluss dieses Kapitels kann also festgehalten werden, dass das „Multi-axiale Klassifikationsschema“ mit der zuvor erläuterten diagnostischen Leitlinie durch die Professionellen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich überwiegend gemeinsam verwendet wird. Es kann geschlussfolgert werden, dass auf Grund der Erkenntnisse über die Entstehung und Beeinflussung psychischer Störungen das Interesse im psychiatrischen Bereich besteht eine Lebenssituation junger Menschen im Rahmen ihrer Aufgabenerfüllung ganzheitlich zu betrachten. Somit nähert sich dieser Blickwinkel auch dem sozialpädagogischen, lebensweltorientierten und somit ganzheitlichem Denken an.

¹⁵ „Ernsthafte Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (wie z. B. erheblicher Mangel an Freundschaften, Unfähigkeit mit neuen sozialen Situationen zurecht zu kommen oder Schulbesuch nicht mehr möglich)“ (REMSCHMIDT/ SCHMITD/ POUSTKA 2006, S. 392)

4.2. Feststellung der gesellschaftlichen Teilhabebeeinträchtigung

Im Kapitel 2.2. wurde im Zusammenhang mit der Thematik was eine (drohende) seelische Behinderung ausmacht, klar gestellt, dass gemäß des § 35a (I) SGB VIII eine psychische Störung die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigen muss.

Bezogen auf den Schwerpunkt dieser Arbeit wurde die Diagnostik einer psychischen Störung in Form einer Lese- und Rechtschreibstörung als Aufgabe der Kinder- und Jugendpsychiatrie im vorherigen Teil erläutert. Ausschlaggebend für die Gewährung einer Eingliederungshilfe nach dem SGB VIII ist allerdings nicht das alleinige Bestehen einer psychischen Störung. Erst eine (drohende) seelische Behinderung, die sich durch die negativen Auswirkungen einer Lese- und Rechtschreibstörung in den Lebensbereichen des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen zeigt kann zur Leistung führen.

Nachfolgend soll deshalb der Aufgabenbereich der Professionellen aus der sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Disziplin im Rahmen der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung beleuchtet werden. Im Rahmen sozialpädagogischer bzw. sozialarbeiterischer Tätigkeit im Wirkungsbereich des öffentlichen Jugendhilfeträgers wird von „psychosozialer Diagnostik“ gesprochen. Das heißt, dass die Erkenntnisgewinnung über ein vorhandenes „Problem“ im Leben eines Menschen durch Betrachtung der Persönlichkeit und des sozialen Umfeldes erfolgt (vgl. HARNACH 2007, S. 19). Weiterhin stellt sie eine Interpretation der bestehenden familiären Lebensbedingungen dar und deutet die psychische Verfassung der Personen, die der Familie zugehörig sind. Mit Hilfe der psychosozialen Diagnose erlangt die Fachkraft eine legitime Empfehlung über ein erforderliches bzw. angemessenes Hilfsangebot (vgl. UHLENDORFF 1997, S. 18).

4.2.1. Der Teilhabebegriff gemäß der ICF als Feststellungsgrundlage

Im Kapitel 2.2. wurde bereits kurz angeführt, dass die Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung, also die Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung, auf der Grundlage des Teilhabebegriffs der ICF der WHO basiert. Der Begriff der Teilhabe bezieht sich demzufolge auf diese Klassifikation (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 22). Es ist offensichtlich, dass es zu einer Klärung der Begrifflichkeit kommen muss.

Einführend zur ICF soll zum Ausdruck gebracht werden, dass sich selbige mit den Folgen von gesundheitlichen Problemen auseinandersetzt, während die ICD – 10 ihre Grenzen erfährt, wenn es über die Krankheitsbeschreibung hinaus geht. Das heißt, dass

mit Hilfe der ICF funktionale Probleme, die einer Erkrankung folgen, beurteilt und beschrieben werden können. So können Beeinträchtigungen in der Mobilität, zum Beispiel sich selbständig setzen zu können, oder im Bereich der Interaktion und Beziehung zu anderen Menschen festgestellt werden. Auch die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ zielt wie die ICD – 10 auf eine Vereinheitlichung der Sprache ab, um ein gemeinschaftliches Verständnis zwischen Professionellen und auch Betroffenen herzustellen. Zur Begründung der Notwendigkeit einer Klassifikation für die Auswirkungen von Krankheiten auf individuelle und umweltbezogene Bereiche eines Menschen meint SCHUNTERMANN, dass zum Einen die demographische Entwicklung (Überwiegend ältere Menschen und ihre „funktionalen Probleme“) eine Rolle spielt. Zum Anderen sind überwiegend unterschiedliche Professionelle von Beginn an der Begutachtung, über die Bedarfserfassung bis zur Ausführung intervenierender Hilfen beteiligt (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 13).

Bezogen auf die die Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung wird eine solche multiprofessionelle Beteiligung deutlich, weil Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und sozialpädagogische, sozialarbeiterische Professionelle zusammenarbeiten. Hinzu kommen dann, ab dem Zeitpunkt der Leistungsgewährung die dabei wirkenden fachlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen (z.B. pädagogische, medizinisch-therapeutische, psychologische Fachkräfte, womöglich sogar ehrenamtliche Helfer und deren Profession).

Die Interdisziplinarität und Multiprofessionalität erfordert also eine kompatible Sprache, um Missverständnisse auf kommunikativer Ebene zwischen den Akteuren zu vermeiden (vgl. EBENDA, S. 13).

Die Anwendung der ICF beschränkt sich im Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB VIII auf die Anlehnung an das Konzept der Behinderung nach ICF (Funktionseinschränkung und Partizipation). Dies ist an der Tatbestandsvoraussetzung der Teilhabebeeinträchtigung gemäß § 35a (1) Nr. 2 SGB VIII zu ersehen. Weiterhin auch an der daraus folgenden Zielsetzung der Hilfeleistung dem jungen Menschen gegenüber, um dessen Teilhabe wieder zu ermöglichen bzw. eine Gefährdung bestehender Teilhabefähigkeit zu eliminieren.

Was unter Teilhabe im Rahmen der ICF zu verstehen ist soll an dieser Stelle untersucht werden. Wie im Kapitel 1.1. angesprochen, stellt innerhalb der ICF die sogenannte „Funktionsfähigkeit“ eines Menschen einen übergeordneten Begriff für Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängende Zustände dar. Dieser meint die Gesamtheit unein-

geschränkter Funktion eines Individuums in den Bereichen „Körperfunktionen und –strukturen“ sowie „Aktivität und Partizipation / Teilhabe“.

Die „Körperfunktionen“ umfassen alle physiologischen und psychologischen Funktionen. Die einzelnen Elemente der Stimm- und Sprechfunktionen, beispielsweise die Artikulationsfunktion, gehören zu den physiologischen Körperfunktionen. Funktionen der zeitlichen Orientierung als Teil der mentalen Funktion sind beispielhaft den psychologischen Funktionen zuzuordnen (vgl. DIMDI 2002, S. 42, 56, 43).

Jeder Körperfunktion ist parallel eine Form der „Körperstruktur“ zugehörig. Diese sind anatomische Körperteile, die Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile umfassen. Für die Körperfunktion der Stimm- und Sprechfunktionen sind dies Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind, wie beispielsweise die Struktur des Mundes oder der Stimmbänder. Zu den mentalen Funktionen zählen die Strukturen des Nervensystems, wie es beispielhaft die Gehirnstruktur sein kann (vgl. EBENDA, S. 75, 78, 76).

Wird eine Schädigung im Bereich der Körperfunktion und –struktur bei einem jungen Menschen festgestellt, so kann dies mit der ärztlichen bzw. psychologischen Diagnostik gemäß des Tatbestands aus Nr. 1 des § 35a SGB VIII verglichen werden, gilt jedoch noch nicht als beeinträchtigte Teilhabe (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 22).

Unter „Aktivität“ versteht die ICF die Ausführung von Aufgaben oder Handlungen durch eine Person. Ist diese beeinträchtigt, so meint die ICF damit, dass der Mensch Schwierigkeiten hat, diese Aktivität durchzuführen. Weiterhin wird auch die Unmöglichkeit der Ausübung einer Aktivität als Beeinträchtigung bezeichnet. Das Einbezogenensein in eine Lebenssituation stellt die „Partizipation / Teilhabe“ dar. Eine Beeinträchtigung im Bereich der Partizipation / Teilhabe stellt dann ein Problem einer Person dar, dass diese hinsichtlich auf ihr Einbezogenensein in Lebenssituationen bzw. Lebensbereiche erfahren kann (vgl. DIMDI 2002, S. 85). Somit wird die Betrachtung in den Konzepten von Aktivität und Partizipation auf das Individuum als handelnde, also aktive, und sich entfaltende, daher teilhabende Person gelenkt und lässt den medizinischen Blick hinter sich (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 45).

Die einzelnen Faktoren zur Einschätzung von Aktivität und Teilhabe sind, im Gegensatz zu Körperfunktionen und –strukturen, in einer gemeinsamen Klassifikation aufgeführt. Die Liste stellt eine Aufgliederung von Aktivität und Teilhabe in verschiedene Lebensbereiche dar (vgl. EBENDA, S. 45). Die Auflistung erfasst beispielhaft Aspekte der Le-

bensbereiche „Lernen und Wissensanwendung“, der „Selbstversorgung“ bis hin zum Bereich des „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“, womit zum Beispiel die Anteilnahme an gesellschaftlichen Feierlichkeiten gemeint ist oder die Ausübung eines Hobbys (vgl. DIMDI 2002, S. 86, 98, 109f). Es können alle Aspekte sowohl zur Beschreibung und Beurteilung der Aktivität als auch der Teilhabe genutzt werden (vgl. EBENDA, S. 85).

Zur Beurteilung von Aktivität und Teilhabe nutzt die Klassifikation zwei Merkmale: „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“. Eine Leistung ist die Ausführung von Handlungen und Aufgaben in der Umwelt eines Menschen (vgl. EBENDA, S. 85). Das heißt, dass eine Leistung in einem Lebensbereich mit den aktuell bestehenden Kontextfaktoren zu sehen sein muss. SCHUNTERMANN bezeichnet die Beschreibung einer Leistung als unvollständig, wenn nicht berücksichtigt wird, unter welchen umweltbezogenen Kontextfaktoren selbige erbracht wird (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 52).

Im Rahmen der ICF wird zwischen umweltbezogenen und personbezogenen Kontextfaktoren unterschieden, wobei erstere in ihr klassifiziert sind. Die Umwelt betreffenden Aspekte beziehen sich auf materielle, soziale und einstellungsbezogene Teilbereiche (vgl. DIMDI 2002, S. 112). Zu den personbezogenen Faktoren kann die Leistungsbereitschaft bzw. der Wille eine Handlung oder Aufgabe auszuführen gezählt werden, welcher im Rahmen der ICF als grundsätzlich gegeben angenommen wird (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 49 und 52). Außerdem spielen unter anderem auch spezifische Fertigkeiten, Übung und Kenntnisse eine Rolle, die zur Leistungserbringung erforderlich sind (vgl. EBENDA, S. 48). Die Begründung der Verfasser der ICF auf eine Klassifizierung dieser Kontextfaktoren verzichtet zu haben liegt in den sozio – kulturellen Unterschieden, die erforderliche personbezogene Aspekte ausmachen (vgl. DIMDI 2002, S. 14).

Die Leistung wird nicht nur an Hand der umweltbezogenen Gegebenheiten beschrieben, sondern es sollen auch aus den aktuellen Gegebenheiten die förderlichen (Förderfaktoren) und beeinträchtigenden Faktoren (Barrieren) ersichtlich werden, die eine Leistungserbringung positiv bzw. negativ beeinflussen (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 52). Unter Leistungsfähigkeit versteht die Klassifikation der WHO die grundsätzliche, maximale Fähigkeit eine Leistung in einem bestimmten Lebensbereich zu erbringen. Gemäß der ICF handelt es sich hierbei um ein Konstrukt, das genutzt wird, um diese Fähigkeit in einem Lebensbereich beschreiben zu können (vgl. DIMDI 2002, S. 20).

Es soll zunächst an einem Beispiel der jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung die Aktivität beurteilt werden, wobei darauf hingewiesen werden muss, dass es sich hierbei um einen Versuch zum besseren Verständnis der ICF – Begrifflichkeiten „Leistung und Leistungsfähigkeit“ handelt.

Die Leistungsfähigkeit eines Kindes, zum Beispiel einen Text zu lesen, wird mit Hilfe der gegebenen Störungen im Bereich der Körperfunktionen und –strukturen sowie durch seine positiv und negativ wirkenden Kontextfaktoren beschrieben. Die Leistungsfähigkeit wird durch eine Störung mentaler Körperfunktionen, unter anderem des schriftsprachlichen Verständnisses, beeinträchtigt. Dadurch ist die grundsätzliche Leistungsfähigkeit des Lesens herabgesetzt, das Lesen allerdings möglich. Die Leistung selbst, also die tatsächliche Ausübung des Lesens, wird dann an Hand der Kontextfaktoren mitbestimmt. Berücksichtigt werden müssen personbezogene Faktoren, wie beispielsweise Motivation und Ausdauer zu Lesen oder auch der bildungsbezogene Aspekt Kenntnisse des Alphabets zu besitzen. Beispiele für umweltbezogene Kontextfaktoren sind das Vorhandensein von Büchern, der Schulbesuch durch das Kind oder ein ruhiger Platz zum Lesen. Vor allem für Schüler und Schülerinnen können die Einstellung der Eltern zum Lesen (Notwendige Kompetenz im gesamten Leben / rein schulische Notwendigkeit) und die Reaktion auf ihre Lesefähigkeit (Zuspruch weiter zu üben / Beschuldigungen) ausschlaggebend sein, ob diese dann als Förderfaktoren oder als Barrieren dieser Aktivität einzuschätzen sind. Ein mögliches Ergebnis aus der Analyse der Leistungsfähigkeit und der Leistung könnte folgendermaßen sein: Das Kind ist in der Lage die Leistung zu erbringen, weil im Rahmen der Schule durch Aufforderung der Lehrkraft zu lesen, zwar mit Fehlern, aber selbständig gelesen wird. Die Leistung kann vermindert erbracht werden. Sollten im häuslichen Umfeld keine Leseanregungen durch die Eltern gegeben werden und Material dazu fehlen, kann die Leistung außerschulisch nicht erbracht werden, während die Leistungsfähigkeit dazu jedoch besteht.

Das Teilhabekonzept der ICF hat den Blick auf einen Menschen als Individuum in Gesellschaft und Umwelt. Somit stellt die Teilhabe selbst den Umgang und die Erfahrungen einer Person innerhalb der Gesellschaft mit einer funktionalen Problematik; Behinderung dar. Wie der Bereich der Aktivität wird auf dem Gebiet der Partizipation diese durch fördernde und einschränkende Kontextfaktoren in Form von Barrieren, entweder verbessert oder eben negativ beeinflusst.

Wie SCHUNTERMANN feststellt ist das Konzept der Teilhabe innerhalb der ICF (noch) nicht operationalisiert¹⁶, sodass Raum zur Auslegung besteht. Er setzt sich diesbezüglich mit der möglichen Behauptung auseinander, dass „Leistung“ und „Teilhabe“ als identisch zu sehen sind, wenn berücksichtigt wird, dass beide Aspekte an Hand von mitbestimmenden Kontextfaktoren erschlossen und definiert werden. Davon abgeleitet würde also die Durchführung von Aktivitäten und damit Leistungen durch eine Person in einem Lebensbereich, unter den aktuellen Kontextfaktoren, diese zugleich als vollkommen einbezogen im entsprechenden Lebensbereich gelten (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 58f). Zum Beispiel könnte von „selbständigem Gehen und sich setzen können“ auf eine uneingeschränkte Teilhabe im Bereich der „Mobilität“ geschlossen werden.

Der Unterschied zwischen Leistung und Teilhabe besteht darin, dass die Leistung eine tatsächliche Aktion, also die Ausführung von Handlung und Aufgaben einer Person ist, während Teilhabe, wie oben angeführt, das Einbezogensein in einen Lebensbereich darstellt und somit nicht gleichgesetzt werden sollte mit dem Leistungsbegriff. Da der Teilhabebegriff zu Verwirrung führen kann, betont SCHUNTERMANN, dass der Terminus „Leistung“ und damit verbunden die „Leistungsfähigkeit“ nur im Zusammenhang des Aktivitätskonzepts zu verwenden ist, nicht aber im Konzept der Teilhabe (vgl. EBENDA, S. 102 und 59).

Weiter schlussfolgert er, dass die Beurteilungsmerkmale „Leistung“ und „Leistungsfähigkeit“ zwar für den Bereich der Aktivität geklärt wurden, allerdings die Deutung beider Merkmale für die Einschätzung der Teilhabe nicht klar sind. Er stellt nach der Darstellung einer weiteren Interpretationsmöglichkeit der Teilhabe fest, dass auch eine menschenrechtsbezogene und subjektive Seite berücksichtigt werden kann (vgl. EBENDA, S. 104 & 59).

Gemäß seiner Ausführungen können Vier Aspekte benannt werden, die an die Forderungen der Menschenrechte angelehnt sind und in der Zielformulierung des Rehabilitationsrechts (vgl. § 1 SGB IX) wiederzufinden sind:

¹⁶ Operationalisierung: in der empirischen Sozialforschung ist es die Umformung von theoretischen Begriffen, um sie empirisch überprüfbar zu machen; durch die Angabe konkreter, im einzelnen überprüfbarer Zielvorgaben (vgl. Brockhaus Enzyklopädie 1991, S. 210)

- Zugang zu Lebensbereichen, z. B. Erwerbsleben oder Selbstversorgung,
- in Lebensbereiche integriert zu sein, an ihnen teilzunehmen oder teilzuhaben,
- sein Dasein in Lebensbereiche zu entfalten sowie
- ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in den Lebensbereichen zu führen.

Hinsichtlich der subjektiven Erfahrung, also der erlebten Teilhabe einer Person bezieht sich die Feststellung auf die Bereiche:

- Zufriedenheit in Lebensbereichen,
- erlebte gesundheitsbezogene Lebensqualität in Lebensbereichen und
- erlebte Anerkennung und Wertschätzung in den Lebensbereichen.

Er ergänzt, dass es in beiden Teilhabeaspekten um die Beurteilung der Lebensbereiche geht, an denen bei einem Menschen der Wunsch besteht teilzuhaben. Das heißt, dass Lebensbereiche, in denen eine Teilhabe nicht von der befragten Person als wichtig empfunden wird, außen vor bleiben (vgl. SCHUNTERMANN 2007, S. 59f).

Auf Grund fehlender separater Klassifizierung der Teilhabe bzw. zugehöriger Beurteilungsmerkmale, die ausschlaggebend zur Feststellung des Ausmaßes an Beeinträchtigung sind, stellt sich an dieser Stelle die Frage, woran sich die Auslegung des Teilhabebegriffs hinsichtlich der Aufgabenerfüllung der sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Fachkraft orientieren kann.

Weil sich die Eingliederungshilfe nach dem Teilhabebegriff der ICF richtet ist es erforderlich die Denkweise der Klassifikation zu verstehen und bei der Definition und Prüfung einer Teilhabebeeinträchtigung zu berücksichtigen (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 22 sowie KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 2). WIESNER folgt der ICF und beschreibt „Teilhabe“ zusammengefasst als gesellschaftlich bezogenen Begriff, welcher durch Umweltfaktoren gekennzeichnet ist, die erleichternd oder einschränkend wirken können (vgl. WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 23). Im Grunde sollte sich der Blick auf die Teilhabe durch den Sozialpädagogen oder die Sozialpädagogin deshalb nach dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF richten, wonach eben Teilhabebeeinträchtigungen durch die Person und der sie umgebenden Gesellschaft und Umwelt begründet sind. Es ist anzunehmen, dass der Einbezug von Kontextfaktoren (umwelt- und personbezogene

Einflüsse) im Bereich der Sozialen Arbeit bzw. Sozialpädagogik als Teil systemischer Arbeit vorausgesetzt werden kann. Allerdings sollte dabei auf vordergründig defizitorientierte Argumentation verzichtet werden. Das heißt, dass negativ beeinflussende Elemente, die ein Problem verursacht haben, dieses beibehalten, verstärken oder erneut hervorrufen, sicherlich erfasst werden müssen. Es ist andererseits bekannt, dass vor allem ein ressourcenorientierter Blick auf die Person und ihre soziale Umgebung für lösungsorientiertes Handeln in der Sozialen Arbeit oder Sozialpädagogik steht. Außerdem können dadurch, mit Blick auf die Hilfeplanung, förderliche Kontextfaktoren hervorgehoben werden, die dann zur Wiedererlangung der Teilhabefähigkeit genutzt werden können.

Weiterhin beeinflussen auch personbezogene Faktoren das innerliche Zurechtkommen mit einer eingeschränkten Situation. *„Insofern gehört auch die subjektive Krankheitsverarbeitung und das Umgehen mit der Problematik zur Partizipation“* (WIESNER in: WIESNER 2006, § 35a, Rn. 23). Gemäß der WHO kann nur von Teilhabe gesprochen werden, wenn diese von einer Person in einer Lebenssituation wahrgenommen wird (vgl. EBENDA, § 35a, Rn. 23). An Hand dieser Beschreibung WIESNERS ist erkennbar, dass das subjektive Erleben in die Beurteilung mit einfließen sollte, was mit der zweiten Interpretationsmöglichkeit der Teilhabe durch SCHUNTERMANN in Bezug gesetzt werden kann. Darauf bezogen heißt das auch, dass bei der Beurteilung von Teilhabe seitens der Professionellen bewusst sein sollte, dass jeder Mensch individuelle Teilhabebedürfnisse hat. Die Angebotsnutzung von Musikschulen kann zum Beispiel ein wichtiges Bedürfnis eines jungen Menschen sein, wodurch dieser Teilhabe erlebt, während dieser kulturelle Lebensbereich für einen anderen geringere Gewichtung innehat.

An dieser Stelle kann auch von dem subjektiven Teil einer seelischen Behinderung gesprochen werden. Bezogen auf Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung heißt das, dass beispielsweise schulisches Versagen als einschränkend durch das Kind erlebt werden kann und somit die Teilhabe am Unterrichtsgeschehen beeinträchtigt ist. Was eine drohende seelische Behinderung betrifft, kann die Einschätzung der aktuellen Teilhabe zwar ermittelt werden, allerdings prognostisch wohl eher nur durch die fachliche Seite, so „objektiv“ wie möglich, erfasst werden. Das heißt, dass zwar ein Kind in der zweiten Klasse mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben aktuell keinerlei Einschränkungen im sozialen Leben erfährt, allerdings prognostisch die Kontextfaktoren (z. B. Familie und deren Einstellung, Fördermöglichkeiten) eine Teilhabebeinschränkung begünstigen können. Dies kann zum Einen durch die jugendpsychiatrische Seite im Rahmen des im Kapitel 4.1.3. erläuterten Multiaxialen Klassifikationsschemas abgeklärt wer-

den, indem dort die aktuellen psychosozialen Umstände aufgeführt werden. Die pädagogische Einschätzung erfolgt dann überprüfend durch Professionelle im Jugendamt, beispielsweise durch ein Interview mit der Familie.

4.2.2. Indikatoren und Lebensbereiche der Teilhabe nach KÖLCH / WOLFF / FEGERT

Wie im letzten Abschnitt deutlich wurde, fehlt es der ICF an Beurteilungsmerkmalen der Teilhabe, mit Hilfe derer eine Beeinträchtigung ersichtlich gemacht werden kann. Somit ist es Aufgabe der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Jugendamtes Aspekte der Teilhabe im Kindes- und Jugendalter zu beschreiben und Indikatoren zu erschließen, die eine Beeinträchtigung anzeigen. MEYSEN merkt außerdem an, dass einerseits innerhalb der ICF die Gesamtheit an individuellen und umweltbezogenen Faktoren, die die funktionale Gesundheit bzw. Funktionsfähigkeit eines Menschen ausmachen, zusammengestellt ist. Auf Grund der fehlenden Bezugnahme dieser WHO – Klassifikation auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter kann sie jedoch nicht unmittelbar verwendet werden, um Informationen über die Funktionsfähigkeit und Beeinträchtigung eines jungen Menschen zu erfassen. Aus diesem Grund haben sich inzwischen Instrumente herausgebildet, die speziell auf die Erfassung der funktionalen Gesundheit und Behinderung bei Kindern und Jugendlichen abzielen. In seiner Ausführung ist MEYSEN offensichtlich einer der wenigen, die standardisierende Teilhabeindikatoren in die Kommentierung aufnimmt und damit vorschlägt, wie der Teilhabebegriff definiert werden kann. Er bezieht sich dabei auf ein Feststellungsinstrument, das durch KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT entwickelt wurde (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 37f).

Im folgenden Teil sollen deshalb für das Kindes – und Jugendalter Indikatoren zur Beurteilung der Teilhabe sowie relevante Lebensbereiche an Hand des entwickelten Instruments zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung von KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT erläutert werden. In erster Linie steht die Klärung einer Orientierungsmöglichkeit des Sozialarbeiters bzw. der Sozialarbeiterin im Vordergrund. Mit Hilfe der folgenden Ausführungen wird demnach beleuchtet, welche Teilhabemerkmale eines Kindes oder eines bzw. einer Jugendlichen untersuchend berücksichtigt werden sollten und wie gesellschaftliche Teilhabe für das Kindes- und Jugendalter definiert werden kann.

Im Rahmen einer geförderten Projektarbeit durch das „Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend“ im Jahre 2006 wurde das praktische Verfahren zur Feststellung einer Teilhabebeeinträchtigung untersucht. In diesem Rahmen wurden Indi-

katoren konstituiert, die für alle Lebensbereiche eines jungen Menschen das Funktionsniveau aufzeigen und somit die aktuelle Teilhabe anzeigen. Diese sind die sozioökonomische Lebenslage, Integration, Beziehungsqualitäten und Selbstkompetenzen sowie Leistung (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 4 und 6). Durch die Entwicklung der Indikatoren können diese als separate Beurteilungsmerkmale der Teilhabe, die in der ICF noch fehlen, betrachtet werden. Durch sie kann die Teilhabe, zumindest für den Bereich junger Menschen mit funktionaler Störung, ersichtlich gemacht werden.

Diese Teilhabevoraussetzungen müssen auf Beeinträchtigungen untersucht werden. Das heißt, dass hierbei Abweichungen festgestellt werden, die vom erwartbaren Niveau variieren. Das erwartbare Funktionsniveau meint beispielsweise altersgemäße Selbstkompetenzen. Weiterhin beinhaltet es das Einbezogensein des jungen Menschen in seinem Sozialraum, dessen Umfang unter Berücksichtigung der persönlichen und familiären Faktoren zu erwarten wäre (vgl. EBENDA, S. 6).

KÖLCH et al. schlagen eine Zweiteilung dieser Indikatoren vor. Zum Einen in „individuelle Voraussetzungen“ und zum Anderen in „interaktionale Voraussetzungen“ zur Teilhabe. Sie weisen der ersten Gruppe die soziale Lebenslage, Selbstpflegekompetenzen, familiäre Kompetenzen und sowohl Leistungen des jungen Menschen als auch die der Familie zu. Die interaktionalen Voraussetzungen stellen die jeweilige Integration in den einzelnen, relevanten Lebensbereichen des Kindes oder Jugendlichen und somit im Sozialraum dar. Das heißt, dass damit die Integration in der Familie, im Kindergarten, der Schule oder Arbeit, die Integration in die Peer – Group und im Freizeitbereich gemeint sind. Zugehörig sind auch die Beziehungsqualitäten des Kindes oder des respektive der Jugendlichen, die die Integrationsqualität kennzeichnen (vgl. EBENDA, S. 6f). Wenn die Qualität der Integration an dem Beziehungsniveau festgemacht wird, könnte schlussfolgernd die Quantität durch die Integration in den zuvor angegebenen Bereichen des sozialen Umfeldes, wie Familie oder Peer – Group deutlich werden.

Hinsichtlich bedeutsamer Lebensbereiche für Kinder und Jugendliche geht die Fachwelt von drei Schwerpunkten im jungen Leben aus. KÖLCH et al. weisen auf den Konsens über diese Bereiche des Lebens hin, indem sie die Bezugnahme auch anderer Instrumente zur Erfassung der Teilhabebeeinträchtigung auf die „Trias“ Schule, Familie und Freizeit angeben (vgl. EBENDA, S. 7).

Eine Erläuterung dieser Instrumente, bei denen es sich um Befragungen in Form von Selbst- und / oder Fremdeinschätzung in diesen Bereichen handelt, soll nicht vorge-

nommen werden, weil dies eindeutig den Rahmen der Arbeit übersteigt. Es wird diesbezüglich auf WIESNERS Kommentierung in Verbindung mit den Ausführungen KÖLCH et al. hingewiesen, die drei internationale Instrumente darstellen. Weiterhin sind diese Dimensionen in Kommentaren wiederzufinden, wodurch die Übereinstimmung über die Relevanz der drei Lebensbereiche deutlich wird (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 7). Schule, Familie und Freizeit werden beispielhaft sowohl bei FISCHER, als auch bei VONDUNG oder MROZYNSKI den Teilhabebereichen zugeordnet (vgl. FISCHER in: SCHELLHORN, W. et al. 2007, § 35a, Rz. 5; VONDUNG in: KUNKEL 2006, § 35a, Rz. 7 sowie MROZYNSKI 2009, § 35a, Rz. 5).

Die Arbeitsgruppe des Projekts bildete darauf basierend den Konsens, dass für das Kindes- und Jugendalter die Familie, Freizeit, Persönlichkeit, Kindertagesstätte/ Schule/ Arbeit und der Sozialraum relevante Lebensbereiche sind. Nach KÖLCH et al. werden diese als „Analysebereiche“ bezeichnet, um in all diesen Lebensbereichen die bereits aufgeführten, standardisierten Indikatoren der Teilhabe auf Abweichungen zu überprüfen. Die Analysebereiche beinhalten spezifische Faktoren, die den entsprechenden Bereich charakterisieren. Der familiäre Bereich zeichnet sich durch „Lebensumstände der Familie“, wie Familienzusammensetzung und belastende Lebensereignisse aus. Ein weiterer Aspekt ist das „Beziehungsgefüge in der Familie“, zum Beispiel zwischen Vater und Mutter. Der Analysebereich der Freizeit wird beispielsweise durch den Zugang und das Interesse an Hobbies und die Einbeziehung bzw. Mitgliedschaft in Vereinen, Jugendgruppen oder der Teilnahme an Geselligkeit in diesen Gruppen charakterisiert. Das soziale Umfeld kennzeichnen zum Beispiel die Integration im Wohnumfeld und die sozialen sowie kulturellen Angebote, wie Betreuungsangebote und der Kontakt mit Gleichaltrigen (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 7). Für den schulischen Bereich, der für die Thematik dieser Arbeit bedeutsam ist, wurden keinerlei beschreibende Aspekte konkretisiert. Ebenso gilt dies für den Bereich der Kindertagesstätte und der Arbeit. Auch die Dimension der Persönlichkeit wurde nicht näher mit Aspekten versehen. Dadurch wird deutlich, dass mit dieser Standardisierung eine individuelle Definition dieser Lebensbereiche ermöglicht wird.

Die Indikatoren der Teilhabe sollen im Rahmen der Überprüfung der Analysebereiche bewertet werden. Die Indikatoren gelten, wie beschrieben, für alle Lebensbereiche eines jungen Menschen. Deshalb ist es notwendig die Qualität der einzelnen Aspekte in den Analysebereichen zu beurteilen. Auf diese Weise können Störungen ausgemacht

werden, die wiederum auf Beeinträchtigungen der Teilhabevoraussetzungen in diesem Lebensbereich hinweisen können (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 6).

Wenn also beispielsweise oft Streitigkeiten zwischen den Elternteilen zu verzeichnen sind, heißt das, dass die Qualität dieses Aspektes der familiären Beziehung gestört ist. Somit sollte untersucht werden, in wie weit dadurch die Indikatoren Beziehungsqualität oder auch die Integration des jungen Menschen in der Familie beeinträchtigt werden. Folglich wäre ein innerer Interessenkonflikt im Kind oder des bzw. der Jugendlichen möglich, wenn elterliche Konflikte auf den Sohn oder die Tochter übertragen werden, sodass sich das Verhältnis zu den Eltern angespannt zeigt. Die Integration in die Familie kann vom Kind oder der jugendlichen Person als eingeschränkt empfunden werden, weil Schuldgefühle für die elterlichen Konflikte aufkeimen oder durch die Eltern eine Sündenbockfunktion auf ihr Kind projiziert wird, sodass Rückzug seitens des Sohnes oder der Tochter zu Ausschluss innerhalb der Familie führt.

Der Bezug zum Bereich einer (drohenden) Teilhabebeeinträchtigung auf Grund einer Lese- und Rechtschreibstörung besteht gemäß der Anspruchsvoraussetzungen aus § 35a (I) SGB VIII nur, wenn die erfassten Beeinträchtigungen auch tatsächlich als Folge des Störungsbildes evident werden. Wenn also zum Beispiel familiäre Streitigkeiten wegen schulischem Leistungsversagen im Fach Deutsch gehäuft auftreten, dann kann dies als Auswirkung der Störung im Lesen und Rechtschreiben interpretiert werden. Kommt es zu Streitigkeiten, weil der Sohn oder die Tochter elterliche Aufträge nicht erfüllt, kann hier keine direkte Verbindung zum Störungsbild ersichtlich werden.

Die Beurteilung der Teilhabe kann nicht nur durch den Sozialpädagogen oder die Sozialpädagogin des Jugendamtes erfolgen. Vielmehr sollten diesbezüglich auch die Eltern, die Schule, womöglich weitere bedeutsame Bezugspersonen und der junge Mensch selbst in die Einschätzung einbezogen werden. Durch dieses Instrument wird die Beteiligung der jungen Menschen und deren Angehöriger ermöglicht und somit Partizipation als Strukturmaxime der Jugendhilfe realisiert. Außerdem kann durch die Beurteilung der schulischen Seite, neben der jugendpsychiatrischen, auch die schulische Sichtweise in die Einschätzung mit einfließen. Dadurch kommt es zur Vernetzung verschiedener Institutionen und deren Informationen (vgl. EBENDA, S. 5 und 7).

KÖLCH et al. schlagen eine Bewertung der beeinträchtigten Teilhabe in Anlehnung an die Achse VI des Multiaxialen Klassifikationsschemas vor. Damit meinen sie, dass auch für die Feststellung der (drohenden) Teilhabebeeinträchtigung nach § 35a (I) Nr. 2

SGB VIII eine neunstufige Skalierung der Ergebnisse erfolgen sollte. Sie beabsichtigen mit dieser Skalierung die Ermöglichung, einen Vergleich zwischen der psychosozialen Diagnostik der Professionellen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der sozialpädagogischen, sozialarbeiterischen Beurteilung vorzunehmen (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 7).

Mit Blick auf die vorangegangenen Erläuterungen in diesem Abschnitt wird klar, dass die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachkraft zumindest die ausschlaggebenden Teilhabebereiche Familie, Schule, Freizeit, Persönlichkeit und soziales Umfeld als relevante Lebensbereiche untersuchen sollte. Das heißt also, dass mit der Orientierung auf diese Bereiche die oben aufgeführten Teilhabeindikatoren jeweils beurteilt werden können. Weicht das Teilhabenniveau vom erwartbaren Niveau ab so kann von einer Beeinträchtigung ausgegangen werden, soweit die Abweichung als Folge der Lese- und Rechtschreibstörung zu beurteilen ist. Diese Beeinträchtigung stellt dann, gesetzlich betrachtet die (drohende) seelische Behinderung dar. Dadurch entsteht also ein Anspruch auf Eingliederungshilfe nach SGB VIII.

4.3. Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik / Sozialarbeit

Obwohl die beiden Anspruchsvoraussetzungen für eine Leistung nach § 35a (I) Nr. 1 und 2 SGB VIII gesetzlich zeigen, dass eine Aufgabenteilung statt findet, soll zugleich zwischen den Professionellen zusammengearbeitet werden. Da die Lese- und Rechtschreibstörung eine psychische Störung ist und diese durch verschiedene Faktoren verursacht wird sowie einen heterogenen Verlauf vorweist, ist Interdisziplinarität bei der Feststellung und der Hilfeplanung erforderlich.

Wie am Ende des Kapitels 3.1. geschlussfolgert, führt eine vereinheitlichte Kommunikation durch die ICD – 10, zumindest was das Verständnis vom Störungsbild selbst betrifft, zu erleichternden Voraussetzungen für die Zusammenarbeit. MEYSEN bezeichnet die Klassifikation als gesetzlich verpflichtete „Kommunikations- und Kooperationsgrundlage“. Weiter dient die Nutzungsbestimmung und somit die ICD – 10 als Kontrollinstrument für die fallzuständige Fachkraft im Jugendamt, um die Fachlichkeit des Gutachtens zu überprüfen (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 50). Andererseits wird voraussichtlich nur selten ein kinder- oder jugendpsychiatrisches Gutachten von

der sozialpädagogischen Seite angefochten werden müssen, soweit sich an die Überprüfung der Voraussetzungen und Ausschlusskriterien der ICD – 10 gehalten wurde.

Von der gesetzlichen Formulierung ausgehend werden keinerlei Rahmenbedingungen für eine multiaxiale Darstellung der Diagnose festgelegt. Das heißt also, selbst bei einem Verzicht einer Beurteilung an Hand der sechs Achsen nach REMSCHMIDT et al. der ärztlichen oder psychotherapeutischen Professionellen ist die Begutachtung entsprechend der Gesetzesbestimmungen. Um als sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachperson den Kooperationsgedanken zu berücksichtigen, sollte vorher abgeklärt werden, dass eine Bewertung mit dem Multiaxialen Klassifikationsschema erwünscht ist. Damit können die Ergebnisse der Teilhabeüberprüfung durch das Jugendamt mit den Achsen V und VI verglichen werden und somit die Einschätzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als weitere Sichtweise miteinbezogen werden.

Der Bundestag hat ausdrücklich formuliert, dass die Begutachtung durch die kinder- und jugendpsychiatrische Fachkraft die Diagnostik der Störung übernimmt, wobei Empfehlungen für Hilfemaßnahmen aus psychiatrischer oder ärztlicher Sicht möglich sind. Das heißt allerdings zugleich, dass die gutachterliche Stellungnahme nicht die Entscheidungskompetenz über Leistungsansprüche und Hilfeplanung besitzt, sondern dies eben der bzw. dem Professionellen aus der Sozialpädagogik oder Sozialarbeit gesetzlich zugeschrieben ist (vgl. BT – Drs. 15 / 3676, S. 36).

Es ist wichtig, dass die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Disziplin, die die abschließende und alleinige Entscheidungskompetenz über das bestehen oder nicht bestehen einer (drohenden) seelischen Behinderung besitzt, weiter an der Bestimmung von Standards und Diagnoseinstrumenten arbeitet, um ähnlich wie die psychiatrische Disziplin an Hand der ICD – 10, ihren Entscheidungen den subjektiven Charakter ein Stück weit nehmen zu können und selbige fachlich nachvollziehbar zu untermauern.

Dieser Gedanke soll mit dem Projekt von 2006, das kurz im Kapitel 4.2.2. angesprochen wurde, bestärkt werden. Das Ergebnis der Arbeit brachte nämlich zu Tage, dass die Beurteilung der Teilhabe auf sehr verschiedene Verfahrensweisen beruht. Die Verschiedenheit der Verfahren und die fehlenden Standards sind es, die vordergründig Verantwortung tragen, dass eine kritische Sicht seitens der Gerichtsbarkeit auf die Jugendämter besteht. Das heißt, dass dem Gericht undurchsichtig erscheint, weshalb ein Verfahren mit entsprechendem Verlauf genutzt wurde und auf welche Weise, infolge welchen Prozesses es zu einer Entscheidung durch die fallzuständige Fachkraft kam.

Dadurch kommt es oft zur gerichtlichen Verpflichtung der Hilfestellung durch das Jugendamt, wenn Personensorgeberechtigte gegen eine ablehnende Entscheidung des Jugendamtes klagen (vgl. KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT 2007, S. 4).

Abschließend kann geschlussfolgert werden, dass die Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit den sozialpädagogischen und sozialarbeiterischen Fachkräften des Jugendamtes offensichtlich versucht wird durch Leitlinien und Standardisierungen in der Praxis auszubauen. In den Kapiteln 4.1. und 4.2. wurde ersichtlich, dass die Betrachtung von psychischen Befindlichkeiten (Multiaxiales Klassifikationsschema nach ICD – 10) und auch die Betrachtung der Teilhabe (Teilhabebeeinträchtigung nach ICF) an Hand von Kontextfaktoren (personbezogen und umweltbezogen) durchgeführt wird. Somit nutzen beide Disziplinen die Auffassung vom bio – psycho – sozialen Modell, dass psychosoziale Einflussfaktoren auf das Erleben einer Person einbezieht.

5. Folgen der Lese- Rechtschreibstörung

In diesem Kapitel werden die psychosozialen Folgen, die ein Kind oder ein Jugendlicher bzw. eine Jugendliche ohne pädagogische und / oder therapeutische Intervention erfährt, erläutert. Bereits im Rahmen der Erläuterungen zur Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung im Kapitel 4.1.2. wurde auf mögliche Komorbidität in Form zusätzlicher Ausbildung von psychischen Störungen verwiesen, wie zum Beispiel Angstzustände. Folgend wird auf die Lebensbereiche Familie, Schule und soziales Umfeld eingegangen, da diese die wesentlichen Teilhabebereiche im Leben eines jungen Menschen sind.

5.1. Sekundärsymptomatik und psychische Begleitstörungen

Sobald die Kinder zur Schule kommen und die ersten Misserfolge im Leistungsbereich Lesen und Schreiben durchlebt haben, kommt es zur Entwicklung zusätzlicher psychischer Auffälligkeiten (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 560).

ESSER und SCHMIDT ermittelten in einer Längsschnittstudie im Jahre 1993, dass bei Achtjährigen mit diagnostizierter Entwicklungsstörung im Lesen und Schreiben die Ausbildung weiterer psychiatrischer Störungen vorhersagbar ist. Sie stellten fest, dass 43,2% der Achtjährigen und immer noch 34,4% der 18 Jahre alten Personen psychische Störungen vorwiesen. Es zeigte sich, dass sich die Ausbildung sekundärer psychischer Auffälligkeiten hauptsächlich durch aggressives und dissoziales Verhalten äußerte (vgl. WARNKE & PLUME 2008, S. 193). HARNACH ergänzt, dass sich die Sekundärstörungen vor allem dann ausbildeten, wenn innerfamiliäre Belastungen vorlagen (vgl. HARNACH 2007, S. 175).

Im Zusammenhang mit der Darlegung der Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung im Kapitel 4.1.2. wurde erwähnt, dass emotionale- und verhaltensbezogene Störungen mit einer Störung im Lesen und schriftsprachlichen Bereich einhergehen können. Außerdem gilt es für die kinder- und jugendpsychiatrische Seite abzuklären, in wie weit begleitende, psychosomatische Auffälligkeiten in Erscheinung treten.

WARNKE und SCHULTE – KÖRNE fassen zusammen, dass folgende Symptome auftreten können:

- somatische Begleitsymptome als Zeichen von Schulangst: Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Übelkeit,

- Motivationsprobleme in Form von Lernunlust und Überehrgeiz,
- emotionale Beeinträchtigungen: depressive Entwicklung, Angst vor Leistungssituationen,
- Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, sowie
- Störungen des Sozialverhaltens (gemäß ESSER & SCHMIDT vordergründig durch externe Schuldzuschreibung für eigenes Leistungsversagen, nicht direkt durch Lese- und Rechtschreibstörung) (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 560).

Die Ausbildung von Begleitsymptomatik kann mit der Änderung des Befindens eines jungen Menschen in Beziehung gesetzt werden. Im Folgenden soll erläutert werden, wie ANDRESEN die psychosozialen Auswirkungen der Lese- und Rechtschreibstörung auf die Entwicklung des Kindes darstellt. Sie bezieht sich in ihren Ausführungen auf ein Strukturmodell von BETZ und BREUNINGER an Hand dessen sie die Folgen darlegt. Das Modell selbst soll in dieser Arbeit nicht näher erläutert werden. Es geht vor allem um die Auswirkungen auf den Schüler oder die Schülerin selbst. Schließlich ist mit Blick auf die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Beurteilung der Teilhabebeeinträchtigung, die Einbeziehung des subjektiven Erlebens der betroffenen Person erforderlich. Es soll damit Verständnis erlangt werden, welche Konsequenzen das Störungsbild direkt auf die Person und das Verhalten des jungen Menschen hat.

Zu Beginn kommt es dazu, dass das Kind oder der jugendliche Mensch selbst bemerkt, dass es bzw. er Buchstaben nicht richtig erkennt oder Mitschüler anders lesen. Da der junge Mensch zum Beispiel auf Grund der analytischen Schwierigkeiten Phoneme zu unterscheiden, nicht für sich erklären kann, was die Mitschüler anders machen, schlussfolgert er einen „Defekt“ zu haben. Dieser erscheint unverbesserlich, schließlich weiß er nicht um welchen Fehler es sich handelt. Die Mitschüler verstehen nicht, wie eindeutige Wortunterschiede nicht erkannt werden können und das Lehrpersonal versucht zum Lesen aufzufordern, um den Fördergedanken umzusetzen. Allerdings wird dies vom Kind oder eines; ebenso einer Jugendlichen als Schikanierung aufgefasst. Durch dieses Erleben beginnen Attribuierungen¹⁷ und damit auch Stigmatisierungen, also negative Etikettie-

¹⁷ Attributionen: die Ursachen von Ergebnissen beurteilen (vgl. ZIMBARDO & GERRIG 2004, S. 533)

rung, seitens der Umwelt. Das heißt, dass der junge Menschen beispielsweise wegen wiederkehrender hoher Fehlerquoten beim Lesen als dumm, faul und unkonzentriert abgestempelt wird. Es wird an dieser Stelle ersichtlich, dass durch diese Stigmata die Schuld des jungen Menschen für das Leistungsversagen als Erklärung dient. Es kommt hinzu, dass durch Klassenmitglieder Unterdrückung statt findet, indem beispielsweise Hänseleien, wie auslachen auftreten und sich verstärken, soweit der Lehrer oder die Lehrerin nicht interveniert. Selbst von der Lehrerschaft kommt es zum „Vorleben“ dieses Verhaltens, obwohl damit förderliche Ziele verfolgt werden. ANDRESEN führt als Beispiel an, wenn ein schlechtes Diktat vor der Klasse gezeigt wird, womit Leistungsanspornung des Kindes oder der jugendlichen Person vom Lehrer erzielt werden soll (vgl. ANDRESEN 2006, S. 60f).

Diese Stigmatisierungen und Druck ausübenden Verhaltensweisen der Mitschülerchaft sowie des Lehrpersonals wirken beeinflussend auf das Selbstwertgefühl des jungen Menschen. Dieses wird angegriffen und anfälliger für Schuldzuschreibungen und der Überzeugung der junge Mensch selbst sei unvermeidbar fehlerhaft. Die Minderung des Selbstwertgefühls weitet sich über den schulischen Bereich auch in der Familie aus. Das heißt, dass, auf Grund der zunehmenden Zweifel der Eltern hinsichtlich der Leistungsfähigkeit und womöglich auftretenden Streitigkeiten zwischen den Elternteilen, der Sohn oder die Tochter weder Anerkennung noch Verständnis erfährt (vgl. EBENDA, S. 60f).

Der junge Mensch beginnt schließlich ebenfalls auf seine Situation zu reagieren, indem er das Angst auslösende Unwissen über die Verursachung des „Defekts“ versucht zu minimieren. Das bedeutet, dass er sich Erklärungen sucht, um das eigene Versagen für sich und dessen Umfeld begründen zu können. Beispielsweise könnte die Erklärung des „unkonzentriert seins“ genutzt werden. Obwohl mit dieser Erklärung einige Spannungen im sozialen Umfeld gelöst werden können, birgt sich dahinter eine neue Aufgabenstellung. Im weiteren Verlauf ist der junge Mensch gezwungen sich dementsprechend zu verhalten. Aus der anfänglichen „beabsichtigten“ Unkonzentriertheit bei Lese- und Rechtschreibaufgaben kann sich gemäß der „self – fullfilling – prophecy“¹⁸ ein unbewusster Automatismus entwickeln (vgl. EBENDA, S. 62). Somit geht die eigens erstellte Attribuierung des Kindes in dessen Verhalten über und wird zur Realität.

¹⁸ Selbsterfüllende Prophezeiung: Eine Vorhersage über ein zukünftiges Verhalten ..., die Interaktionen so verändert, dass eintritt was erwartet wurde (ZIMBARDO & GERRIG 2004, S. 770).

Das Ziel besteht darin, zumindest einen Teil der sozialen Verurteilungen abzumildern. Da jedoch das unkonzentrierte Verhalten dazu führt, dass sich beispielsweise die Mitschüler und –schülerinnen in ihrer Vermutung bestätigt fühlen, fehlt weiterhin die Anerkennung unter den Gleichaltrigen. Deshalb werden Ersatzhandlungen erprobt, die zu Anerkennung im Klassenverband führen. Es wird zum Beispiel begonnen regelmäßig den Unterricht aktiv zu stören, was meist von den anderen Schülern und Schülerinnen mit Lachen oder sogar Applaus honoriert wird. Dieses Verhalten wird durch die Lehrperson unterbunden, weil dies die Disziplin im Klassenverbund stört. Somit wird dieser Versuch der Erlangung von Anerkennung unterdrückt und das Kind oder der bzw. die Jugendliche könnte dadurch die „Entscheidung“ treffen, weitergefasst gegen geforderte Verhaltensweisen zu agieren (vgl. ANDRESEN 2006, S. 62f).

Die Reaktionen führen zu sozialen Auswirkungen, die durch die Umwelt, soweit die Handlungen des jungen Menschen bemerkt werden, als Störungen bewertet werden. Deshalb besteht die Gefahr, dass Verhaltensauffälligkeiten als Problem des jungen Menschen in den Vordergrund rücken und die Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben nicht im Blickfeld der Familie oder der Schule stehen (vgl. EBENDA, S. 63).

Dadurch, dass das Kind oder der bzw. die Jugendliche erfahren, dass sich ihre Leistungen im Lesen und Rechtschreiben auch mit Bemühungen nicht bessern und sie an Aufgaben scheitern, führt dies schließlich zu Demotivierung und Resignation. Die Resignation wird auch durch das weitere Bröckeln des Selbstwertgefühls untermauert. Seitens der schulischen und elterlichen Seite, deren Anstrengungen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit zwangsweise bei Vorliegen einer Lese- und Rechtschreibstörung nicht genügen, führt dies zu Schuldzuweisung und Verärgerung. Lehrerschaft und Eltern setzen ihren Zögling weiter und verstärkt unter Druck. Seitens des jungen Menschen entwickelt sich Vermeidungsverhalten. Dieses äußert sich beispielsweise vorerst, indem Lesestoff aus dem Weg gegangen wird. Das bewusste Erleben des Leistungsrückstandes im Fach Deutsch im Vergleich zu Mitschülern und Mitschülerinnen und auch die fehlende Rücksichtnahme schulischer Seite auf seine bzw. ihre Schwierigkeiten vergrößern sein oder ihr Lerndefizit. Dadurch kommt es zur Generalisierung der Aversionen gegenüber Lesen und Schreiben auf die Institution Schule. Auf Grund des entstehenden intrapsychischen Konflikts, der aus den Aspekten des Vermeidungswunsches schulische Aufgaben zu erledigen und andererseits dem Wissen Aufgaben erledigen zu müssen, um keine Strafe zu erhalten, besteht, beginnt der junge Mensch zu „fliehen“. Diese „Lösung“ zeigt sich durch Tagträumerei, Weglaufen oder Schulschwänzen. Wie oben von WARNKE und SCHULTE –

KÖRNE angegeben zählen auch psychosomatische Beschwerden dazu oder auch die Ausprägung von Verhaltensstörungen. Im schlimmsten Fall können sich Suizidgedanken entwickeln (vgl. ANDRESEN 2006, S. 64f).

Dieses Fluchtverhalten vermehrt Defizite im Wissen, wodurch das Selbstwertgefühl weiter sinkt und das Leistungsversagen zunimmt. Daraus entwickelt sich grundsätzliche Angst vor Leistungsanforderungen, weil kognitive Blockaden als Reaktion auf diese Anforderungen zu Tage treten. Indem durch den jungen Menschen versucht wird seine Bildungslücken zu verstecken, bauen sich Selbstvorwürfe auf, weshalb beispielsweise nicht frühzeitig mit Üben und Lernen begonnen wurde ehe die Leistung erwartet wurde. Diese Vorwürfe vergrößern das Vermeidungsverhalten und es kommt zu einer grundsätzlichen Lernverweigerung. Diese, sich selbst ausweitenden und bekräftigenden Prozesse können dann, die oben angesprochene Schulangst bedingen (vgl. EBENDA, S. 65).

Abschließend gehen diese Prozesse bzw. Erlebnisse des jungen Menschen mit der Ausbildung von Misserfolgserwartung seitens der betroffenen Person einher. Das heißt, dass der Schüler oder die Schülerin wegen ihrer Versagenserfahrungen und der fehlenden Unterstützung von Außen bei jeder schulischen Kontrolle im Lesen und Rechtschreiben eine negative Bewertung erwartet. Somit glaubt also (auch) der junge Mensch, dass keinerlei Erfolg in diesen Bereichen möglich ist, wodurch auch hierbei die „self – fulfilling – prophecy“ in Erscheinung tritt und die Person selbst dieses Versagen herbeiführt. Diese Haltung lässt den jungen Menschen nicht mehr Erfolgserlebnisse als motivationsfördernd erleben (vgl. EBENDA, S. 66). Stellen sich Erfolge ein, so werden sie external attribuiert. Das heißt, dass die Ursache für den erbrachten Erfolg nicht in erster Linie durch den Schüler oder die Schülerin selbst erfolgt ist, sondern seiner- bzw. ihrerseits beispielsweise die Aufgaben als leichter bewertet werden.

An dieser Stelle soll die Auffassung ANDRESENS berücksichtigt werden, dass diese Ausführungen nicht auf jeden jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung zutreffen müssen und die Reaktionen ganz unterschiedlich ausfallen können (vgl. EBENDA, S. 66 und 62). Bereits KLICPERA und GASTEIGER – KLICPERA bezogen sich auf eine Studie von SPEECE et al. aus dem Jahre 1985, in der Verhaltensweisen von Kindern mit Lernschwierigkeiten im Klassenverbund beobachtet wurden. Sie teilten diese anschließend, auf Grundlage der Beobachtungsdaten, in Typen ein. Es wurde deutlich, dass es unterschiedliche Reaktionen auf die schulische Situation unter den Kindern gab und diese somit auch eine verschiedenartige „Typisierung“ nach sich zog. Demnach stellte sich beispielsweise heraus, dass es einerseits Kinder gab, die störendes Verhalten zu Tage

brachten, während eine andere Gruppe kaum am Klassengeschehen teilnahm und nicht während des Unterrichts störend auffiel. Wieder eine andere Gruppe verhielt sich den Mitschülern und Mitschülerinnen ohne Lernschwierigkeiten entsprechend (vgl. KLICPERA & GASTEIGER – KLICPERA 1998, S. 277).

An Hand der Beschreibung wurde deutlich, dass die psychische Belastung für ein Kind oder eine jugendliche Person durch dieses Störungsbild andauernd ist und sich verstärkt auf das Verhalten auswirkt. Außerdem ist beispielhaft aufgezeigt, dass der junge Mensch offensichtlich als erstes erfährt, dass etwas nicht entsprechend der normativen Erwartung verläuft. Sodass er in der ersten Zeit ein Gefühl der Einsamkeit aufbaut und zugleich bemüht ist, alle eigenen Ressourcen auszuschöpfen, um die eigene Integration und die Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Beziehungen zu gewährleisten. Seitens der Kinder und der Jugendlichen mit Lese- und Rechtschreibstörung muss anerkennend festgehalten werden, dass sie neben ihren entwicklungsspezifischen Aufgaben auch noch den Folgen der Störung im Lesen und Rechtschreiben begegnen müssen, um ihre Teilhabefähigkeit zu erhalten.

Für die sozialpädagogische und sozialarbeiterische Tätigkeit können Ausführungen wie diese hilfreich sein, um sich zum Einen in die Situation des Kindes oder des bzw. der Jugendlichen einzufühlen. Des Weiteren kann der Bezug zum Lebensbereich „Schule“ und der Findung von beschreibenden Aspekten nach KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT für die Fachkraft unterstützend sein. Beispielsweise würden Interaktionsberichte des jungen Menschen aus den Bereichen Deutschunterricht, Schulpause und Schulfächern mit weniger Lese- und Schreibanforderungen zur Beurteilung der Teilhabeindikatoren helfen. Die Beschreibung der eigenen Rolle innerhalb der Klasse, z. B.: Klassensprecher, Streitschlichter, Klassenclownerie oder Sündenbock könnten über bereits bestehende oder die voraussichtliche Ausbildung von negativen Verhaltensänderungen als Kompensation des Anerkennungsverzichts Aufschluss geben und auch die Integration des jungen Menschen im Klassenverbund (Gleichaltrigengruppe) anzeigen. Es soll bei diesen Beispielen bleiben, weil es nicht darum geht die Instrumente der Teilhabe zu ergänzen bzw. inhaltlich zu füllen, sondern die Gewichtung der Eingliederungshilfe für Schüler und Schülerinnen mit Störungen im Lesen und in der Schriftsprache zu untersuchen.

5.2. Negative Folgen im familiären, schulischen und sozialen Umfeld

An dieser Stelle kann als Einstieg auf die Erkenntnisse der Teilhabebereiche aus Kapitel 4.2.2. zurückgegriffen werden. Demnach gilt die Familie als wichtiger Lebensbereich junger Menschen und soll gemäß der diagnostischen Leitlinie bei Kindern und Jugendlichen mit Lese- und Rechtschreibstörung beleuchtet werden.

WARNKE und SCHULTE – KÖRNE merken an, dass während der häuslichen Erledigung von Schulaufgaben charakteristisch ist, dass Schwierigkeiten in der Konzentration seitens des Sohnes oder der Tochter auftreten. Dadurch erscheint der junge Mensch leicht ablenkbar und benötigt somit ständig elterliche Hilfe um eine Aufgabe zu bearbeiten. Zum einen ist die durchschnittliche Zeit, die für die Bearbeitung von Hausaufgaben benötigt wird mit mehr als zwei Stunden pro Tag bei einem Grundschulkind stark erhöht. Zum Anderen kommt es in den höheren Klassen zu verringerter zeitlicher Inanspruchnahme zur Hausaufgabenbewältigung. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE vermuten, dass dies im Zusammenhang mit der sich verstärkenden Resignation und sich verringernenden Motivierung steht (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 560f).

Im Bereich der schulischen Laufbahn gelten Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung in begabungsentsprechender Beurteilung als gefährdet. Wie es auch in der Leitlinie zur Diagnostik einer Störung im Lesen und Rechtschreiben beschrieben wird, formulieren WARNKE und SCHULTE – KÖRNE, dass anfängliches Leistungsversagen im Fach Deutsch zu umfassenderer Verschlechterung schulischer Leistungen im 3. oder 4. Schuljahr auch in weiteren Fächern führt (vgl. EBENDA, S. 561). Eine mangelhafte Leistung im Schreiben am Ende der Grundschulzeit wirkt sich signifikant auf den weiteren schulischen Leistungserfolg und Werdegang aus. WARNKE und PLUME sprechen diesbezüglich von einem „Selektionseffekt“ (vgl. WARNKE & PLUME 2008, S. 193). Dass eine Gefährdung des schulischen Abschlusses dadurch entstehen kann ist vorstellbar. Obwohl also grundsätzlich die intellektuelle Begabung für einen erfolgreichen Abschluss an weiterführenden Schulen seitens des Schülers oder der Schülerin besteht, kommt es nicht oft zu solchen Abschlüssen. Angegeben werden 7 – 9 %, die einen Realschulabschluss haben und 0 – 2 % konnten sich als Absolventen eines Abiturs bezeichnen (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 561).

Die Gefahr der Arbeitslosigkeit nach abgeschlossener schulischer Ausbildung ist bei Menschen mit Störungen im Lesen und Rechtschreiben erhöht. In der Studie von ESSER und SCHMIDT wurde deutlich, dass 26% der 25 Jahre alten Personen, bei denen das Störungsbild im Alter von acht Jahren diagnostiziert wurde, ohne Arbeit waren. In der Kontrollgruppe waren dagegen 4% arbeitsuchend (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 561).

Bezogen auf die Eingliederung in die soziale Umwelt sind Probleme diesbezüglich in der Regel altersabhängig. Insgesamt 25% der 18 Jahre alten Personen der Längsschnittstudie erhielten eindeutig häufiger strafrechtliche Verurteilungen als Mitglieder der Kontrollgruppe (vgl. EBENDA, S. 561).

6. Fördermaßnahmen bei Lese- Rechtschreibstörung

Nachdem mögliche Folgen einer Lese- und Rechtschreibstörung im letzten Kapitel geklärt wurden, soll in diesem Abschnitt der Arbeit genauer betrachtet werden, welche Fördermaßnahmen für junge Menschen mit Störungen im Lesen und Schreiben bereit stehen. Dabei soll auf frühe Förderung im Kindergartenalter eingegangen werden, um anschließend zu untersuchen, welche Maßnahmen durch die Schulen angeboten werden. Abschließend wird die außerschulische Förderung in Form einer Übungsbehandlung beschrieben.

6.1. Frühdiagnostik und –förderung

Im Abschnitt 3.2.2. wurde erläutert, weshalb die sprachliche Entwicklung eines Kindes eine wichtige Voraussetzung für den Erwerb von Lese- und Rechtschreibfähigkeiten ist. Dass Rückstände in der Sprach- und Sprechentwicklung als vorschulische Prädikatoren für schulische Probleme im Lesen und Rechtschreiben gelten wurde ebenfalls zum Ausdruck gebracht. Genauso gilt das für Defizite der phonologischen Bewusstheit als Teil der Sprachwahrnehmung, was im Kapitel 3.2.1. erklärt wurde.

Bei sprachlichen Auffälligkeiten im Kindergartenalter sollte eine frühzeitige Diagnostik durchgeführt werden, um eine Prognose über die Gefährdung des Erwerbs des Lesens und der Schriftsprache stellen zu können bzw. eine Vermutung diesbezüglich zu überprüfen. Dies kann beispielsweise mit Hilfe des „Bielefelder Screenings“ von JANSEN et al. geschehen. Mit diesem Verfahren werden Einzelfähigkeiten, die ausschlaggebend für die phonologische Bewusstheit sind überprüft, sodass an Hand der Ergebnisse „Risiko-kinder“ erkannt werden können. Es werden zur Überprüfung zum Beispiel Reimaufgaben gestellt (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 554). Konkretere Beispielaufgaben finden sich im Kapitel 3.2.1., in dem die Eigenschaften dieser Bewusstheit beschrieben und ihre Überprüfung an Beispielen dargestellt wurde.

Ein weiteres Beispiel eines anerkannten Verfahrens zur Früherkennung und zusätzlich zur Förderung der Voraussetzungen für das Lesen und Schreiben lernen wurde von BREUER und WEUFFEN entwickelt (vgl. EBENDA, S. 554).

Vor allem im internationalen Raum, vereinzelt auch im Deutschsprachigen, wurden Interventionsstudien durchgeführt, die überprüfen sollten, ob ein frühkindliches Training der lautsprachlichen Voraussetzungen den Einstieg in das Lesen und Schreiben lernen

gefährdeter Kinder erleichtern kann (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 231).

Für den deutschen Sprachraum wurde das „Würzburger Trainingsprogramm Hören, Lauschen, Lernen“ von KÜSPERT und SCHNEIDER im Jahre 1999 entwickelt (vgl. KÜSPERT & SCHNEIDER 2006, S. 5). Es basiert auf einem ähnlich durchgeführten Programm LUNDBERGS, einem schwedischen Psychologen, aus den 1980er Jahren und dessen Ergebnisse. Im Würzburger Programm geht es um Übungen, auch in spielerischer Form, zur Entwicklung und Festigung der phonologischen Bewusstheit, damit Vorschulkindern der Lerneinstieg in den Fächern Lesen und Schreiben vereinfacht wird (vgl. EBENDA, S. 15). Wie sich der chronologische Verlauf der einzelnen Übungen zusammensetzt wird in dieser Arbeit nicht weiter beschrieben. Vielmehr soll hinzugefügt werden, dass dieses Programm in den letzten sechs Monaten vor Ende der Kindergartenzeit in Kleingruppen von vier bis acht Kindern ausgeführt wird. Das Training ist zeitlich genau geplant und setzt sich aus sechs verschiedenen Schwerpunkten zusammen, die tägliches üben von Fähigkeiten bzw. Elementen der phonologischen Bewusstheit für 10 Minuten beinhalten (vgl. EBENDA, S. 15f).

Dieses Programm wurde auf seine Wirksamkeit im Rahmen dreier Längsschnittstudien überprüft. KÜSPERT und SCHNEIDER fassen die Studienergebnisse zusammen, indem sie ausdrücken, dass neben dem Training der phonologischen Fähigkeiten auch im Verlauf zur Besserung der Effektivität ein zweites Programm einbezogen werden sollte; das Buchstaben – Laut – Training von PLUME UND SCHNEIDER (vgl. KÜSPERT & SCHNEIDER 2006, S.17). KLICPERA et al. beziehen sich auf die dritte Studie zur Überprüfung durch ROTH von 1999. Sie fassen ihr Ergebnis auf, dass zwar das Graphem – Phonem – Training weniger Effekt zeige, allerdings Trainingsgruppen im Vergleich zu den nicht trainierten Kontrollgruppen durch das Würzburger Vorschulprogramm profitierten. Die Kombination beider Programme sei am Effektivsten bezüglich der Prävention von Schwierigkeiten im Lese- und Rechtschreibunterricht (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S 234).

In den Kindergärten Deutschlands zählt es nach Sichtung der länderspezifischen Bildungspläne zu den Bildungsaufgaben die sprachliche Entwicklung zu fördern und beispielsweise mit spielerischen Programmen die phonologische Bewusstheit zu trainieren. Der Lese- und Schriftspracherwerb kann somit auf sprachliche Erkenntnisse und Fertigkeiten aufbauen und die vorhandenen Diagnostiken sowie evaluierten Förder- oder Trainingsprogramme können den gefährdeten Kindern im Tagesstättenbereich zur Seite ste-

hen. Allerdings soll an dieser Stelle nicht auf die absolute Verantwortung zur Prävention durch die Kindertagesstätten abgestellt werden, wobei der präventive Gedanke Gewichtung besitzt.

Genauso wichtig erscheint auch das Interesse der Eltern Angebote zu Früherkennungsuntersuchungen durch Kinderärzte in Anspruch zu nehmen, um Entwicklungsverzögerungen, wie beispielsweise im sprachlichen Bereich, ausfindig zu machen.

Insgesamt gibt es 10 Untersuchungstermine, die in den verschiedenen Entwicklungsstufen eines Kindes wahrgenommen werden können. Für den Bereich der Sprachentwicklung können zusammenfassend die Untersuchungen U 6 (10. – 12. Lebensmonat), U7 (1,75. – 2. Lebensjahr), U8 (3 Jahre + 10 Monate – 4. Lebensjahr) und U 9 (5. – 5,4. Lebensjahr) benannt werden, in denen eine Überprüfung der sprachlichen Entwicklung vorgenommen wird (vgl. BZgA 2010a). Das ROBERT – KOCH – INSTITUT hat im Auftrag des „Bundesministeriums für Gesundheit“ und dem „Bundesministerium für Bildung und Forschung“ eine Studie über die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland im Alter von 0 bis 17 Jahren im Zeitraum von 2003 bis 2006 durchgeführt (vgl. ROBERT – KOCH – INSTITUT 2008, S. 8). Die Untersuchungen bezogen sich auch auf den Bereich der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen. Es wurden Kinder ab dem vollendeten ersten Lebensjahr in die Prüfung der Früherkennungsuntersuchungen 3 bis 6 einbezogen. Für die Prüfung der Inanspruchnahme der U7 wurden Kinder ab dem vollendeten dritten Jahr analytisch berücksichtigt und die U8 schloss Kinder ab dem vollendeten fünften Lebensjahr ein. Bei den Ergebnissen der U9 handelt es sich um Kinder ab dem vollendeten siebten Lebensjahr. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als 90% der Kinder und Jugendlichen an den Untersuchungen U3 bis U7 teilnahmen. Die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung im Rahmen der U8 und U9 sinken unter 90% sobald die Kinder 4 Jahre alt sind, sodass die ärztliche Untersuchung der U9 von 86,6% der Kinder wahrgenommen wurde (vgl. EBENDA, S. 107f).

Die Abnahme der Inanspruchnahme ist vor allem bezogen auf die U8 relevant, weil diese, neben der U7 eine der letzten vorschulischen Möglichkeiten darstellt, mögliche Sprachprobleme überprüfen zu lassen bzw. aufzudecken und noch vor Schulbeginn dem Kind die Möglichkeit einer Förderung zu gewähren (vgl. BZgA 2010b). Diese kann in Interdisziplinären Frühförderstellen oder Sozialpädiatrischen Zentren statt finden (vgl. BZgA 2010b) die bereits im Kapitel 4.1.1. dieser Arbeit näher beschrieben wurden.

Es kann festgehalten werden, dass unter der Voraussetzung der Beanspruchung von Untersuchungen zur Früherkennung durch die Eltern mit ihren Kindern, frühe Hilfen eingeleitet werden können. Kommt es zur Besserung der sprachlichen Fähigkeiten vor Schuleintritt, so kann zumindest die Ausprägung der Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben im späteren Schulalltag gemindert werden. Dadurch wäre es vielleicht möglich die Entwicklung einer Störung im Lesen und Rechtschreiben zu begegnen. Zumindest können auf Grund der erreichten Ziele im Rahmen einer Frühförderung, im Anschluss schulische Fördermaßnahmen ausreichen, damit die Ausbildung einer (drohenden) seelischen Behinderung vermieden bzw. deren Schwere minimiert werden kann.

6.2. Schulische Fördermaßnahmen

Im folgenden Teil dieser Arbeit wird der Schwerpunkt Schule mit ihren Fördermöglichkeiten näher untersucht. Ab Schulbeginn ist die Institution Schule ein relevanter Bereich für junge Menschen, weil in der Regel ein Schüler oder eine Schülerin in diesem System einen großen lebenszeitlichen Anteil investiert.

Im Lebensbereich der Schule, als wichtiger Teilhabebereich eines jungen Menschen wird ausgesprochen, dass eine individuelle Förderung in den Schulen anzustreben ist, sobald sich Schwierigkeiten in den Bereichen Lesen und Rechtschreiben verdeutlichen. Schließlich ist es Aufgabe der Schule, Fähigkeiten im Lese- und Schriftsprachbereich erfolgreich zu vermitteln und zu fördern (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 2 & 4 (1) sowie NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 2).

6.2.1. Förderung gemäß der Länder – Erlasse für Lese- Rechtschreibstörung

Nahezu im gesamten Bundesgebiet (außer Sachsen – Anhalt) gibt es im schulischen Bereich Erlasse für die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben.

HARNACH betont, dass eine möglichst frühzeitige Diagnostik und Behandlung gewährleistet werden sollte, um die Manifestation der Lese- und Rechtschreibstörung zu verhindern. Die umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten zeigen sich in der ersten Klasse und sollten spätestens in der zweiten Klasse für den Lehrer oder die Lehrerin erkenntlich werden (vgl. HARNACH 2007, S. 175). KLICPERA et al. betonen, dass Varianzen im Lesen und Rechtschreiben in der ersten Klasse völlig entwicklungsge-

recht sein können, wenn sie am Schuljahresende überwunden sind (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 127). In dem Erlass von Mecklenburg – Vorpommern (MV) wird zum Beispiel konkret formuliert, dass Auffälligkeiten beim Erwerb des Lesens und Rechtschreibens bereits bis Ende der ersten Klassenstufe erkannt werden sollten (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 4 (II)).

Einleitend zur Thematik möglicher Fördermaßnahmen soll gemäß den Erlassen angemerkt werden, dass der schulischen Förderung eine Diagnostik der besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben vorausgeht. An Hand der dadurch gewonnenen Informationen bzw. des Förderbedarfs wird ein Förderplan erstellt. Diagnostik und Förderplanung bilden demzufolge die Voraussetzung für eine Durchführung von Fördermaßnahmen im Rahmen der Schulen.

An Hand des Vergleichs der Erlasse der Länder und den jeweils möglichen Fördermaßnahmen werden folgend diejenigen näher beschrieben, die überwiegend in den Ländern durch die Schulen angeboten werden sollen bzw. deren Durchführung oder Installation durch die Schulen anzustreben ist.

Als erstes ist diesbezüglich die Möglichkeit der Binnendifferenzierung anzusprechen. Dabei wird im Klassenverband eine individuelle Förderung bzw. Differenzierung vorgenommen, die sich dem Lern- und Leistungsstand des jungen Menschen anpasst. Das bedeutet, dass das Kind bzw. der oder die Jugendliche Hilfestellungen erhält oder Übungen bekommt. Diese stehen direkt im Zusammenhang mit den Schulfächern Deutsch und Fremdsprache und unterstützen sowie fördern den Schüler oder die Schülerin beim Erwerb des Lesens und Schreibens (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, Punkt 3.1.). Dadurch soll die Beschulung in dem gewohnten Umfeld so lang wie möglich gewährleistet werden, um dem Schüler oder der Schülerin eine Ausgrenzung zu ersparen (vgl. Kultusministerkonferenz 1978, Punkt 3.1., zitiert nach KÖHLER et al. 2005, S. 25).

In den Erlassen werden verschiedene zusätzliche Förderangebote aufgeführt, die spezifisch auf die Lese- und Rechtschreibproblematik eingehen. Es sollen einige aufgeführt werden. Darunter fällt für die Brandenburger Schulen ein paralleler Förderunterricht, der also während des regulären Unterrichts statt findet, wobei darauf geachtet werden soll, dass kein Schulfach vorrangig nicht besucht werden kann, weil zu dieser Zeit die Förderung statt findet. In der Sekundarstufe I kann dann zusätzlicher Förderunterricht außerhalb der regulären Unterrichtszeit durchgeführt werden (vgl. MINISTERIUM FÜR BIL-

DUNG, JUGEND UND SPORT Brdbg. 2006, Punkt 4 (I), (II)). Auch in Hessen sollen durch die Schulen Förderkurse für Schüler und Schülerinnen eingerichtet werden. Die Kurse selbst werden durch den Deutschlehrer oder die -lehrerin durchgeführt (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 3 (II) a i.V.m. § 4 (II)). Auf eine Erläuterung der Ausgestaltung von Förderkursen oder auch eines Förderunterrichts soll verzichtet werden, weil dies zum Einen je nach schulischem Förderkonzept und den genutzten Förderprogrammen verschieden ist (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 1 (V) sowie MINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FRAUEN SCHLESWIG – HOLSTEIN 2008, Punkt 2.2.2.1.) und zum Anderen eine Darlegung an dieser Stelle zu weit führen würde. Diesbezüglich soll allerdings ergänzt werden, dass in manchen Erlassen konkret gefordert wird, dass die Lehrkräfte, die Förderkurse oder Förderunterricht durchführen, in den Bereichen der Erkennung und Förderung bei Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten entsprechend fortgebildet sein sollen (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 9 sowie MINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FRAUEN SCHLESWIG – HOLSTEIN 2008, Punkt 2.2.1.).

Wenn es darum geht Schülerinnen und Schüler mit Lese- und Rechtschreibproblemen ergänzend zu fördern, sollte davon ausgegangen werden, dass speziell qualifizierte Lehrkräfte angemessen auf die „Charakteristika“ des Störungsbildes eingehen können im Gegensatz zu Deutschlehrern und -lehrerinnen, die weniger mit entsprechenden Fördermethoden vertraut sind. Zudem kann vermutet werden, dass speziell fortgebildete Lehrer und Lehrerinnen umfassender für die emotionalen Belastungen der jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibproblemen sensibilisiert sind, wodurch die jungen Menschen, zumindest in diesem Rahmen, auf Verständnis für ihre Problematik treffen.

In den Mecklenburger Schulen können sogar gesonderte Klassen für Kinder in den Klassenstufen 2 und 3 eingerichtet werden, die Probleme beim Erwerb der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten haben (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 6 (II)). Im Gegensatz dazu wird im Bayerischen Erlass ausdrücklich eine Förderung in sogenannten Legasthenie – Klassen verneint (vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 1999, Abschnitt III, Nr. 1).

Weiterhin gibt es die Möglichkeit Nachteilsausgleiche im Rahmen der Leistungsfeststellung zu gewähren. Das heißt, dass dem Schüler oder der Schülerin zum Beispiel eine verlängerte Bearbeitungszeit in Klassenarbeiten bereit gestellt wird oder während einer Leistungsüberprüfung technische oder didaktische Hilfsmittel gewährt werden (vgl. z. B.: MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 7 (III) sowie NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 4.1.). Als Beispiele für tech-

nische und didaktische Mittel soll auf den Erlass in Hessen verwiesen werden, in dem die Bearbeitung am Computer als Beispiel angeführt wird oder die Nutzung eines Wörterbuchs als didaktische Unterstützung (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 6 (I)). Außerdem kann eine dem Lernstand des jungen Menschen entsprechende Aufgabenstellung entwickelt werden. Im Erlass Bayerns wird konkret angeführt, dass beispielsweise ein inhaltlich gekürzter Text oder ein Lückendiktat für die Leistungsfeststellung genutzt werden können (vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 1999, Abschnitt IV, Nr. 1). Nicht abschließend zählt auch dazu, in schriftlichen und mündlichen Prüfungen die Leistungen gemäß dem erreichten Lernstand anzuerkennen (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 7 (III); NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 4.1. sowie MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT Brdbg. 2006, Punkt 6 (III)). Bezüglich Letzterem könnte beispielsweise eine Belobigung des Lehrers oder der Lehrerin ausgesprochen werden.

Eine veränderte Leistungsbewertung wird in einigen Erlassen unter der Voraussetzung als angemessen erachtet, wenn die Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben lang anhaltend sind bzw. auch mit der Gewährung von Nachteilsausgleichen weiterhin bestehen und eine anderweitige Bewertung pädagogisch sinnvoll erscheint (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 6 (I) sowie NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 4.1.). In den Fächern Deutsch und Fremdsprache kann eine höhere Gewichtung mündlicher Leistungen vorgenommen werden. Zu den Möglichkeiten der abweichenden Benotung von der regulären Bewertung gehört weiterhin das zeitlich begrenzte Aussetzen der Rechtschreibbenotung. Außerdem ist es möglich, die Bewertung der Leseleistung in den Fächern Deutsch und auch anderen Unterrichtsfächern wie Mathematik und Fremdsprachen während des Förderzeitraumes auszusetzen. Eine Ausweitung dieser Maßnahme besteht darin, dass generell die Benotung von Diktaten für Schüler und Schülerinnen mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben nicht vorgenommen wird. Ebenso ist ein Verzicht der Zensurenvergabe im Fach Deutsch möglich (vgl. NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 4.1.; MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 7 (IV); MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT Brdbg. 2006, Punkt 6 (III)).

Nachteilsausgleiche und Abweichungen von der regulären Zensurierung werden zwar, beispielsweise im Erlass für Mecklenburg – Vorpommern, vorrangig der Grundschulzeit zugesprochen (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 7 (III)). Allerdings besteht grundsätzlich die Möglichkeit für Jugendliche auch

in der Sekundarstufe I und teilweise auch während der Sekundarstufe II, zumindest eingeschränkt, Nachteilsausgleiche zu erhalten (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT Brdbg. 2006, Punkt 6 (III) sowie HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 3 (III)).

In dem Erlass Hessens werden die Zielsetzungen der angebotenen Maßnahmen zur Förderung konkreter formuliert. An Hand derer ist erkennbar, dass nicht nur der Bildungsauftrag erfüllt werden soll. Einerseits legt die Förderung zwar ihren Schwerpunkt auf die Vermittlung von Lernstrategien und dem Aufzeigen sowie der Aneignung von Arbeitsweisen, um die bestehenden Schwierigkeiten zu eliminieren, wenigstens zu mindern und somit Lücken im Lernstand auszugleichen. Es kann jedoch auch festgehalten werden, dass den jungen Menschen ihre Stärken vor Augen geführt und Erfolgserlebnisse ermöglicht werden. Weiterhin sollen Blockaden beim Lernen verringert und der Spaß am Lesen entwickelt und gestärkt werden (vgl. HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2006, § 1 (I)). In der Richtlinie Saarlands wird sogar auf mögliche psychische Folgen durch eine Lese- und Rechtschreibproblematik verwiesen, sodass also durch die Förderung die Gefahr einer Ausweitung und Festigung von Sekundärstörungen abgeschwächt werden soll (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG DES SAARLANDES 2009, Punkt 3).

Nachfolgend soll kurz auf die Verschiedenheit der Ländererlasse eingegangen werden. Diese zeichnet sich durch unterschiedliche Verständnisse bzw. Definitionen der Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten bei jungen Menschen aus. Die Betrachtungsweisen fassen KÖHLER et al. als entweder „pädagogisch“ oder „medizinisch“ orientiert zusammen (vgl. KÖHLER et al. 2005, S. 31). Das heißt also, dass die pädagogische Betrachtung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten die Auffassung beinhaltet, dass Schwierigkeiten durch umweltbezogene Kontextfaktoren verursacht werden können. Ein Beispiel dafür ist der Brandenburger Erlass, in dem eine Förderung für alle Schülerinnen und Schüler, die Schwierigkeiten beim Lesen und / oder Rechtschreiben aufzeigen möglich ist, unabhängig von der Verursachung ihrer Schwierigkeiten in diesen beiden Teilbereichen (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT Brdbg. 2006, Punkt 2 (II)). Erlasse, die ein vorrangig medizinisches Verständnis widerspiegeln weisen diesbezüglich zum Teil Ähnlichkeit mit Kriterien des Begriffes der Lese- und Rechtschreibstörung nach ICD – 10 auf. Beispiele von Ländern, die konkret zwischen Lese- und Rechtschreibstörung (angelehnt an ICD – 10) und (vorübergehender) Lese- und Rechtschreibschwäche auf Grund äußerer Bedingungen unterscheiden, stellen die Erlasse Bayerns und des Saarlandes dar (vgl. BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS 1999, Abschnitt I, Nr. 1 § 2 sowie MINISTERIUM FÜR BILDUNG DES SAARLANDES 2009, Punkt 2.1).

Auf diesen Sachverhalt beziehen sich KÖHLER et al. und äußern sich zu der sich daraus ergebenden Folge; nämlich, dass vordergründig den jungen Menschen eine umfassende schulische Förderung zugesagt wird, deren Diagnostik ihrer schulischen Schwierigkeiten das Diskrepanzkriterium einer Normintelligenz und einer demgegenüber schlechten Leistung bestätigt. Damit schließen sie sich Expertenmeinungen an, die eine notwendige Förderung für junge Menschen ohne Lese- und Rechtschreibstörung, sondern mit einer allgemeinen Schwäche, als partiell nicht angemessen sehen (vgl. KÖHLER et al. 2005, S. 32).

6.2.2. Praktische Umsetzung der Länder – Erlasse

Die Erlasse haben einerseits zu einer Besserung der Förderung im Rahmen der Schule geführt, andererseits sei Heterogenität bezüglich der tatsächlichen Umsetzung der enthaltenen Diagnostik- und Förderempfehlungen an den Schulen auszumachen (vgl. KÖHLER et al. 2005, S. 16).

KÖHLER et al. haben im Jahre 2004 Daten und Informationen der Bundesländer zusammengetragen, die die Umsetzung bzw. auch die damit verbundene Entwicklung von spezifischen Förderstrategien zur Begegnung der Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben ersichtlich machen sollten. Im Folgenden wird eine zusammengefasste Beschreibung der erlangten Angaben und der Schlussfolgerungen sowie Ergebnisse aus selbigen dargelegt.

Die Erhebung erfolgte auf drei verschiedenen Ebenen. Die Erste umfasste die Informationsgewinnung durch direkte Anfrage bei den Kultusministerien der Länder über Entwicklung und Implementierung von allgemeinen Förderstrategien, also auch über die Erlasse hinaus. Es stellte sich heraus, dass Mecklenburg – Vorpommern als einziges Bundesland auf Grundlage jahrelanger Forschungsarbeit im Auftrag des Kultusministeriums in den 1990er Jahren eine spezifische Förderstrategie für das Land entwickelte. Durch eine Broschüre des Kultusministeriums wurden die ausgearbeiteten Richtlinien für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die darin enthaltenen Rahmenbedingungen und Fördermaterialien werden im schulischen Rahmen verwirklicht und angewandt. Die Informationsgewinnung der übrigen Länder umfasste überwiegend die inhaltliche Wiedergabe der Erlasse (vgl. EBENDA, S. 32 und 37).

In der Arbeit von KÖHLER et al. wurden auf Ebene zwei einige Projekte und regionale schulische Organisationen betrachtet, die eine Fortentwicklung und Ausweitung för-

derlicher Maßnahmen in Schulen aktiv unterstützen und stärken. Die Informationen wurden durch Netzrecherche eingeholt (vgl. KÖHLER et al. 2005, S. 32). Das Ergebnis zeigte, dass sich Schulen zu einem Verbund zusammengeschlossen haben und / oder Organisationen gebildet wurden, die an der Entwicklung von Fördermaßnahmen arbeiteten bzw. Projekte initiierten, um schulische Fördermaßen zu verbessern. Die Forschungsarbeit und Konzeptentwicklung war auf Regionen begrenzt, sodass keine Flächen deckende Umsetzung der Erkenntnisse im gesamten Land vorlag. Die oben benannten Engagements ohne Initiative der Kultusministerien wurden in Baden – Württemberg, Hessen und Nordrhein – Westfalen durchgeführt (vgl. EBENDA, S. 58).

Die dritte und letzte Ebene ist für diese Arbeit insbesondere relevant, weil auf ihr die Umsetzung der Erlasse in den jeweiligen Schulen der Bundesländer überprüft werden sollte (vgl. EBENDA, S. 32). Es wurden dafür insgesamt 148 Schulen aus den einzelnen Bundesländern stichprobenartig per E – Mail kontaktiert. Die Gesamtzahl ergibt sich aus 10 Grundschulen und Grund- und Hauptschulen pro Land, die mindestens 70 junge Menschen zum Zeitpunkt der Befragung beschulten. Da in Bremen acht Schulen die Einschlusskriterien erfüllten, konnten für dieses Bundesland weniger als 10 Schulen befragt werden. Der Fragenkatalog umschloss den Zeitpunkt und die Durchführung schulischer Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung bzw. erheblicher Schwierigkeit und die Art, inhaltliche Gestaltung sowie der Umfang der schulischen Förderung. Außerdem sollten die angebotenen Nachteilsausgleiche beschrieben werden und schließlich neben der Gesamtzahl der Schüler und Schülerinnen an der jeweiligen Schule auch die Anzahl geförderter junger Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung aufgenommen werden. Sieben Rückmeldungen aus fünf Ländern konnten verzeichnet werden (vgl. EBENDA, S. 52).

Im Rahmen der Ergebnisinterpretation stellten sie fest, dass an manchen Schulen, wie zum Beispiel Rheinland – Pfalz und Schleswig – Holstein wegen eingeschränkter Lehrerzahl und Stundenkapazität eine unzureichende Förderung erfolgte. In Brandenburg, genauer in Cottbus, wurde demgegenüber eine LRS – Klasse eingerichtet, sodass diese Form der Förderung über die Bestimmungen im Erlass hinaus ging. Nahe liegende Gründe für die mangelhafte Teilnahme der Schulen zur Beantwortung des Fragenkatalogs wurden ebenfalls angeführt (vgl. EBENDA, S. 58). Es sollen beispielhaft einige folgend aufgezeigt werden. Zum einen kann die gewählte Ausführung der Befragung via E – Mail zu geringem Verpflichtungsgefühl geführt haben. Auf der anderen Seite kann eine fehlende Bereitschaft seitens der Schulleitung oder Ansprechpersonalien für eine Störung im Lesen

und Rechtschreiben auf Grund hinzukommender Belastung durch das Verfassen einer Rückmeldung vorgelegen haben. Bezogen auf die zu klärende Fragestellung nach der Gewichtung der Eingliederungshilfe können folgende Vermutungen hilfreich sein:

Sie bestehen zum einen darin, dass womöglich keinerlei Angaben gemacht werden konnten, weil eine Förderung gemäß dem jeweiligen Erlass durch ungenügende Kompetenz gar nicht erst durchgeführt wurde (vgl. KÖHLER et al. 2005, S. 58). Die Autoren merken zusammenfassend an, dass die Mitwirkung einerseits kaum repräsentativ sein kann. Andererseits stellen sie die Hypothese an Hand ihrer erlangten Informationen auf, dass begrenzte Lehrerstellen und eine knappe Stundenanzahl, die zur Verfügung steht eine Rolle spielt. Eine angemessene Umsetzung der schulischen Förderung von jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung ist damit folglich schwierig zu realisieren. Außerdem sehen sie die geringe Rückmeldungsquote als mögliche Bekräftigung ihrer Hypothese (vgl. EBENDA, S. 60).

Während die Fördermaßnahmen für junge Menschen mit Problemen im Lesen und Rechtschreiben der Schulen zusammengefasst vielseitig, gemäß der Erlasse der Länder erscheinen, findet in einigen Ländern zum Teil Segregation statt. Diese besteht in der Tatsache, dass nicht alle Schülerinnen und Schüler mit Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben gleichberechtigt Anspruch auf Förderung erhalten, weil teilweise nur diagnoseabhängig gefördert wird. Andererseits ist die Quantität der Umsetzung von Fördermaßnahmen an den Schulen auch von einem seriösen Blick hinsichtlich der Entwicklung von Förderstrategien in den einzelnen Bundesländern abhängig und vermutlich auch vom schulischen Interesse, die Erlassregelungen zu verwirklichen. Durch die Arbeit von KÖHLER et al. wurde deutlich, dass auch die Qualität der Maßnahmen, soweit sie angeboten werden, in einigen Schulen darunter leidet, wenn zu wenig Lehrer- und Stundenkontingenz zur Verfügung steht, um zusätzliche Förderung zu leisten.

6.3. Außerschulische Förderung

Innerhalb der im vorherigen Kapitel betrachteten Erlasse wird zum Teil von verschiedenen Ausprägungs- bzw. Schweregraden der Schwierigkeiten in den Bereichen Lesen und Rechtschreiben gesprochen (vgl. MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR MV 2005, Punkt 6 (II) sowie NIEDERSÄCHSISCHES KULTUSMINISTERIUM 2005, Punkt 3.1.). Als besondere Schwierigkeiten, die „lang anhaltend“ oder „andauernd“ sind, werden offensichtlich Probleme im Lesen und Schreiben bezeichnet, die durch Binnendifferenzie-

rung und zusätzlicher Förderung nicht minimiert bzw. behoben werden können und intensivere Förderung benötigen. Der Erlass des Freistaats Sachsens soll stellvertretend für weitere Erlasse genannt werden, in denen direkt oder auch indirekt die Inanspruchnahme außerschulischer Förderungsmöglichkeiten formuliert wird, wenn ersichtlich wird, dass die schulischen Förderangebote nicht zur Besserung verhelfen und somit ungenügend sind (vgl. SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR KULTUS 2006, Punkt 4.1.5.)

Im Kapitel 2.3.2. wurden die Leistungen der Eingliederungshilfe beschrieben. Es wurde deutlich gemacht, dass es sich in dieser Arbeit um eine Eingliederungshilfe in Form einer schulbegleitenden Maßnahme handelt und demnach eine ambulante Hilfe darstellt, um eine angemessene Schulbildung zu ermöglichen. Nachdem also die Schule ihre Fördermöglichkeiten gemäß dem vorrangigen Bildungsauftrag erschöpft hat, kann eine Eingliederungshilfe gewährt werden, soweit beim jungen Menschen nach Prüfung der gesetzlichen Voraussetzung eine (drohende) seelische Behinderung als Folge einer Lese- und Rechtschreibstörung vorliegt.

Wenn also die Förderung durch die Schule nicht zur Besserung der Lese- und Rechtschreibprobleme führt, gibt es für Kinder und Jugendliche die Möglichkeit spezifische Förderung durch ein „Lerntraining“ bzw. eine „Legasthenietherapie“ in Anspruch zu nehmen. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE bezeichnen dies als „Übungsbehandlung“. Es werden diesbezüglich zwei Behandlungsweisen praktiziert. Zum Einen werden basale Fähigkeiten trainiert, die als grundlegende Elemente für den Erwerb des Lesens und Rechtschreibens angesehen sind. Es werden dabei jeweils gesondert die Fähigkeiten der visuell räumlichen Wahrnehmung, die sensomotorischen Funktionen und das Gedächtnis oder die Konzentrationsfähigkeit trainiert. Diese Übungen haben jedoch keinen konkreten Bezug zum Lese- und Rechtschreibvorgang. Ein zweiter angewandter Ansatz beinhaltet Übungen der einzelnen Fertigkeiten des Lesens und Schreibens, die allerdings direkt in Beziehung zum Lese- und Rechtschreibprozess stehen. Das bedeutet, dass Aufgaben gestellt werden, die das Lesen und Schreiben thematisieren und an Hand derer die basalen Fähigkeiten geschult werden. Die Bereitstellung akustischer, visueller sowie psychomotorischer Lernhilfen kennzeichnet die diesem Ansatz folgenden Förderprogramme. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE führen auf, dass der zweite Behandlungsansatz eine günstigere Aussicht auf Erfolg bietet (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 556).

In Deutschland werden verschiedene Förderprogramme oder auch Lernprogramme genutzt, von denen beispielhaft zwei genannt werden sollen. Ein Beispiel für den Grundschulbereich ist der „Kieler Lese- und Rechtschreibaufbau“ nach DUMMER – SMOCH

und HACKETHAL, während die „lautgetreue Lese- Rechtschreibförderung“ nach REUTER – LIEHR in der Grundschulzeit beginnt und auch bis zur 8. Klasse weiter angewandt werden kann (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 556f).

Wie im Kapitel der Folgen einer Störung im Lesen und Rechtschreiben bereits erläutert wurde, kommt es bei fehlender Intervention und Unverständnis des Umfeldes für die schulischen Schwierigkeiten zur Ausbildung von Sekundärsymptomatik bzw. psychischen Begleitstörungen. Der Sekundärsymptomatik im psychosomatischen Bereich wird beispielsweise durch Vermittlung von Entspannungstechniken, selbständiger Überprüfung von Fehlern und dem Umgang mit Misserfolgen begegnet (vgl. HARNACH 2007, S. 177). Es ist anzunehmen, dass diese Techniken und Bewältigungsstrategien auch im Rahmen eines außerschulischen Lerntrainings geübt werden, wenn es die Qualifizierung der Fachkraft zulässt. Bei schweren psychischen Begleitstörungen ist allerdings eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 555)

Mit Blick auf die angesprochene psychotherapeutische Unterstützung kann eine weitere Komponente den Interventionsmaßnahmen gegen eine Ausbildung und Verfestigung von Begleitstörungen zugeordnet werden. Ein Schwerpunkt stellt nämlich das „Problem – Management“ dar. Dabei wird den jungen Menschen Hilfestellung geboten, damit sie mit ihrem Störungsbild auch psychisch zurecht kommen (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 555). Was diese Komponente betrifft, soll angenommen werden, dass ein Kind bzw. ein jugendlicher Mensch während des Lerntrainings dabei unterstützt wird seine Lernschwierigkeiten als Teil des Selbst anzunehmen, und zugleich das Gefühl zu stärken, ihnen nicht hilflos gegenüber stehen zu müssen.

Im Gegensatz zu der Psychotherapie – Richtlinie, in der beispielsweise die anerkannten Methoden und die Verfahrensweise zur Durchführung selbiger enthalten sind und die durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen bestimmt wurde (vgl. GEMEINSAMER BUNDESAUSSCHUSS 2009, S. 4137), besteht hinsichtlich der Übungsbehandlung bisher keine allgemein gültige und festgelegte Richtlinie zur Umsetzung. Der BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V. (BVL e.V.) weist zum Beispiel darauf hin, dass die Bezeichnung „Lerntherapeut“ zu Verwirrung führen kann. Personensorgeberechtigte oder Jugendliche selbst, die nach einer angemessenen Behandlung suchen, könnten fälschlicherweise darauf schließen, dass es sich um eine anerkannte Profession handelt, die durch allgemein gültige und qualifizierende Kriterien gekennzeichnet ist. Tatsache ist bisher, dass es noch keinen Ausbildungsberuf als „Legasthienetherapeut“ gibt. Anbieter offerieren zwar ihre Dienste in ihren „lerntherapeutischen Praxen“, aller-

dings sollte diese Weiterbildung bzw. Zusatzqualifizierung nicht mit einer nach Weiterbildungsordnung entsprechenden, qualifizierten Ausbildung gleichgesetzt werden, weil es eben auch keine allgemein gültige und anerkannte Weiterbildungsordnung gibt (vgl. BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V. o.J.a). Andererseits ist zu erkennen, dass zum Beispiel der BVL e.V. oder auch der FACHVERBAND FÜR INTEGRATIVE LERNTHERAPIE eigene Richtlinien oder auch Weiterbildungsordnungen für die Ausbildung und die ausbildenden Einrichtungen formuliert haben. Damit sollen unter anderem die Ziele der beruflichen Anerkennung und auch die Qualitätssicherung dieses Arbeitsfeldes nach außen erreicht werden (vgl. BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V. o.J.b sowie FACHVERBAND FÜR INTEGRATIVE LERNTHERAPIE e.V. 2004, S. 3). Zudem steht offensichtlich ein weiterer Nutzen der entwickelten Standards des BVL e. V. dahinter. Eltern sollen eine Orientierung erhalten, indem sie mit Hilfe der Standards selbst prüfen können welche Voraussetzungen eine Lerntherapie bzw. ein Lerntraining erfüllen sollte, um sich dann zu entscheiden welches Angebot sie in Anspruch nehmen möchten (vgl. BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V. o.J.b).

Abschließend soll kurz überprüft werden, welche Effektivität dieses außerschulische Lerntraining vorweist und ob das Umfeld des jungen Menschen Berücksichtigung findet. WARNKE und SCHULTE – KÖRNE fassen die internationalen Erfahrungen mit der Übungsbehandlung zusammen, indem sie die Leitsätze der Behandlung anführen, von denen einige folglich aufgeführt werden. Durch ein Lerntraining können die Fähigkeiten des Lesens und Schreibens einerseits hinreichend erworben werden. Andererseits sei es nicht möglich den altersentsprechenden Leistungsstand in beiden Bereichen, selbst durch therapeutische Betreuung und angemessener Beschulung zu erzielen. Weiterhin gibt es bisher kein Behandlungsverfahren, das in allen Fällen eine Heilung zu verzeichnen hat. Die einzeltherapeutische Behandlung nimmt eine maßgebliche Rolle gegenüber dem Training in Gruppen ein. Innerhalb einer Therapiedauer von ein bis zwei Jahren sollen wöchentliche Einheiten durchgeführt werden, die Elternarbeit einbezieht und mit den Lehrkräften und Elternteilen bei Planung, Organisation und Umsetzung ebenfalls zusammen wirkt (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 555f).

7. Die Rolle der Eingliederungshilfe

In diesem letzten Kapitel der Arbeit sollen an Hand der erarbeiteten Themenschwerpunkte die eingangs aufgestellten Hypothesen und demzufolge die Rolle der Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung geklärt werden, die sich aus einer Lese- und Rechtschreibstörung entwickelt.

1. Hypothese:

Wenn die Ausbildung einer Lese- und Rechtschreibstörung durch Präventionsmaßnahmen eingegrenzt bzw. vermieden werden kann, wird die daraus folgende Entwicklung einer seelischen Behinderung eliminiert, sodass die Eingliederungshilfe nur sehr selten zu tragen kommt.

Zur Beantwortung der ersten Hypothese soll an Hand der bearbeiteten Thematik der vorschulischen Entwicklung und der damit verbundenen frühen Fördermöglichkeit hinterfragt werden, in wie weit präventive Maßnahmen Effektivität erweisen können, sodass sich das Bild der Lese- und Rechtschreibstörung erst gar nicht manifestieren kann.

Die Verursachung von Lese- und Rechtschreibstörungen ist bisher nicht vollständig geklärt. Für den Bereich der Eingliederungshilfe sind vor allem die sozialen und familiären Faktoren von Bedeutung, die im Kapitel 3.2.3. geschildert wurden. Diese nehmen Einfluss auf den Erwerb der Lese- und Rechtschreibfähigkeiten und können somit auch zur Verfestigung einer Störung im Lesen und in der Schriftsprache führen, wenn die Lebensbedingungen innerhalb der Familie negativ sind.

Dass die sprachliche Entwicklung ein ausschlaggebendes Kriterium für den schulischen Erwerb der Lese- und Schreibfähigkeiten darstellt, konnte im Kapitel 3.2.2. nachvollziehbar gemacht werden. Die sprachliche Förderung vor Schulbeginn sollte im Rahmen von Familie und durch Angebote des Kindergartens durchgeführt werden. Aus dem Abschnitt 6.1. kann geschlussfolgert werden, dass Eltern alle U – Untersuchungen vor Schulbeginn wahr nehmen sollten, um Auffälligkeiten im Sprechen früh begegnen zu können. Bezogen auf unterstützende und förderliche Faktoren innerhalb der Familie bis zum Zeitpunkt der Einschulung, kann die familiäre Literalität und die sie kennzeichnenden Aspekte als protektiv wirkend benannt werden, die im Unterabschnitt 3.2.2. erläutert wurde. Zu den, auf den Lese- und Schriftspracherwerb, positiv wirkenden Handlungsweisen und Haltungen der Eltern zählen zusammengefasst im Vorschulbereich vor allem das Vorlesen und die Kontaktherstellung zum Schreiben. Dabei geht es vordergründig um

den Erwerb von kognitiven Lernvoraussetzungen die dann für die schulische Ausbildung des Lesens und Rechtschreibens von Bedeutung sind (vgl. KLICPERA/ SCHABMANN/ GASTEIGER – KLICPERA 2003, S. 109). Seitens des Kindergartens kann durch die Bearbeitung des Kapitels 6.1. hervorgehoben werden, dass bei der Umsetzung der Bildungspläne, die auch die Entwicklung und Festigung der Kommunikation beinhalten, Kompetenzen im sprachwahrnehmungs- und Sprechbereich vermittelt werden. Ein dem Alter entsprechender Wortschatz und Grundkenntnisse der Satzbildung können demzufolge dann den Einstieg in den schulischen Lernbereich des Lesens und Schreibens erleichtern.

Die Ausbildung von Entwicklungsrückständen und einer Störung auf dem Gebiet des Lesens und Schreibens kann allerdings bisher nicht in jedem Fall durch präventive Maßnahmen vermieden werden. Obwohl also die Durchführung von Frühförderprogrammen im Kindergartenalter einen präventiven Effekt hat, kann sich eine Lese- und Rechtschreibstörung gemäß der ICD – 10 entwickeln (vgl. WARNKE & SCHULTE – KÖRNE 2008, S. 555).

Die Entwicklungsaufgabe im Leben eines Kindes Lesen und Schreiben erlernen zu „müssen“ beginnt mit Besuch der ersten Klasse. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vor allem nach zusätzlichem Einsetzen der Leistungsanforderungen im schulischen Bereich, Auffälligkeiten ersichtlich werden. Für die Eingliederungshilfe bedeutet dies, dass Störungen im Lesen und Schreiben gemäß § 35a (I) Nr. 1 SGB VIII zumeist erst mit Beginn des Schulalters diagnostiziert werden können. Hinzu kommt, dass eine Beeinträchtigung der Teilhabe im Kindergartenalter auf Grund von Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben eher kaum seitens der Fachkraft des Jugendamtes auszumachen sein kann. Im Kindergarten wird es kaum zu Ausgrenzung durch andere Kinder oder Ausbildung von Versagensängsten seitens des betroffenen Kindes kommen, die auf Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben basieren und folglich die Teilhabe des Kindes gefährden. Schließlich erwartet das Umfeld noch nicht, dass das Kind beide Fertigkeiten erbringen muss.

Hinsichtlich der ersten Hypothese kann festgehalten werden, dass es zwar Präventionsmaßnahmen im Vorschulbereich gibt, die sprachliche Kompetenzen, als wichtige Voraussetzung für den schulischen Erwerb des Lesens und Schreibens fördern sollen. Allerdings ist bisher keine Präventionsform in der Lage jedes Kind vor einer Störung im Lesen und Schreiben noch vor Schuleintritt zu bewahren. Das Lesen und Schreiben lernen wird erst mit Schuleintritt für ein Kind erforderlich, sodass eine Diagnostizierung des Störungsbildes im Kindergartenalter also nicht möglich ist. Aus den gewonnenen Ergebnis-

sen kann abgeleitet werden, dass die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII für Kinder im Vorschulalter nicht zu tragen kommt, weil sie mit Blick auf die Anspruchsvoraussetzungen nicht zu tragen kommen kann.

2. Hypothese:

Unter den Voraussetzungen einer intensiven und spezifisch für das Störungsbild der Lese- und Rechtschreibstörung ausgelegten Förderung im schulischen Rahmen, ist diese ausreichend, um dem jungen Menschen die schulische Teilhabe weiterhin zu ermöglichen, sodass die Eingliederungshilfe nur in besonders „schweren“ Fällen zum Einsatz kommt, wenn trotz schulischer Förderung psycho – somatische Begleitsymptomatik und soziale Beeinträchtigungen auszumachen sind, die dann die Teilhabefähigkeit einschränken.

Im Kapitel 6.2.1. wurde deutlich, dass Probleme im Lesen und Schreiben spätestens im Verlauf des zweiten Schuljahres durch die Lehrkraft wahrgenommen werden sollten, um eine frühzeitige schulische Förderung einleiten zu können. Im schulischen Rahmen können gemäß der Erlasse der Länder, Schüler und Schülerinnen entweder durch Binnendifferenzierung im Unterricht oder durch zusätzliche Förderung in Förderstunden bzw. Förderkursen intensiv gefördert werden. Mit ihrer Hilfe sollen sich die Leistungen im Lesen und Schreiben bessern, wodurch die Entstehung psychosozialer Folgen auf Grund des Leistungsversagens und damit verbunden Beeinträchtigungen der Teilhabe im Leben der Schüler begrenzt, im besten Fall vermieden werden.

Bezüglich der Untersuchungen im Kapitel 6.2.2. kann festgehalten werden, dass die tatsächliche Umsetzung der Länder – Erlasse für die schulische Förderung von Schülern und Schülerinnen mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten teilweise unter Qualitätseinbußen und / oder mit minimiertem Umfang gewährleistet werden. Eine Begründung dafür liegt in begrenzter Lehrer- und Stundenkontingenz. Andererseits wurde die Vermutung KÖHLERS et al. aufgefasst, dass wegen mangelhafter Lehrerfortbildung für die spezifische Förderung von Kindern mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten unzureichende Kompetenz seitens der Lehrkräfte besteht, um eine entsprechende Förderung zu realisieren.

Hinsichtlich der schulischen Förderung und der Nachrangigkeit der Eingliederungshilfe gegenüber den Leistungen der Schule, die ihren vorrangigen Bildungsauftrag gemäß § 10 (1) SGB VIII erfüllen soll, ergibt sich die Schlussfolgerung, dass die Eingliederungshilfe somit erst zum Einsatz kommt bzw. kommen kann, wenn sämtliche vorrangi-

ge Förderung ausgeschöpft ist. Da die schulische Förderung allerdings nicht überwiegend im Bundesgebiet gemäß den Länder – Erlassen gewährleistet wird, gilt diese als nicht ausreichend.

Demzufolge wird die Eingliederungshilfe mit nachrangiger Leistungspflicht vor allem dann häufig zu tragen kommen, wenn keine schulische Förderung angeboten wird (vgl. MEYSEN in: MÜNDER/ MEYSEN/ TRENCZEK 2009, § 35a, Rn. 41). Selbst unter der Voraussetzung, dass schulische Förderung offeriert wird, diese jedoch unzureichend ist, ist die Gewährung der Eingliederungshilfe notwendig, um weitere Benachteiligungen im schulischen Rahmen zu vermeiden und die psychische Belastung des jungen Menschen zu minimieren. Dadurch können sich Begleitstörungen, wie sie in Kapitel 5.1. aufgeführt sind, nicht weiter verfestigen und somit bestehende Teilhabebeeinträchtigungen minimiert bzw. eliminiert werden.

3. Hypothese:

Die Eingliederungshilfe spielt für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung eine maßgebliche Rolle, weil sie als ganzheitlicher Leistungstatbestand des SGB VIII den jungen Menschen entwicklungsfördernde Lebensbedingungen ermöglicht und damit die Teilhabefähigkeit auch mit dem Störungsbild erzielt.

Durch die Bearbeitung des ersten Kapitels konnte die Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses von Behinderung ersichtlich gemacht werden, das auch die Sozialgesetzgebung beeinflusste. Durch die Einführung des SGB IX, speziell durch die sozialrechtliche Definition des Behinderungsbegriffs und der Anlehnung der definitorischen Kriterien einer (drohenden) seelischen Behinderung des § 35a SGB VIII an die sozialrechtliche Legaldefinition, wurde dieses ganzheitliche Behinderungsverständnis auch für junge Menschen übernommen. In Folge der Klärung des Begriffs der (drohenden) seelischen Behinderung im Kapitel 2.2. wurde verständlich, dass die Behinderung in der Teilhabebeeinträchtigung auf Grund einer psychischen Störung innerhalb des sozialen Umfeldes eines jungen Menschen besteht und nicht allein dem Kind oder der jugendlichen Person zugrunde liegt. Weiterhin konnte durch die zusammenfassende Darstellung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik, Sozialarbeit im Kapitel 4.3. aufgezeigt werden, dass durch beide Disziplinen eine ganzheitliche Betrachtung der kindlichen Situation bei der Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung verfolgt wird.

Hinsichtlich der Zielsetzung der Eingliederungshilfe gemäß der Orientierungen am SGB XII Teilhabe zu ermöglichen, gilt ebenfalls das Ziel der Jugendhilfe gemäß § 1 SGBVIII. Die Hilfe hat somit auch die Aufgabe ein positives familiäres Umfeld zu fördern, damit der junge Mensch zu einer eigenverantwortlichen und selbständigen Persönlichkeit heranwächst. Aus den Zielsetzungen der Eingliederungshilfe, die im Kapitel 2.3.1. aufgeführt wurden und der fehlenden uneingeschränkten Teilhabefähigkeit bei einer vorliegenden seelischen Behinderung eines jungen Menschen in seinen Lebensbereichen kann abgeleitet werden, dass es an förderlichen Aspekten bzw. auch Strategien im Umfeld und auch seitens des jungen Menschen fehlt. Dass durch die Beeinträchtigung der Teilhabe die Entwicklung des Kindes oder der jugendlichen Person gefährdet wird, kann an Hand der sich ausbildenden Sekundärsymptomatik, im schlimmsten Fall durch die Entstehung zusätzlicher psychischer Begleitstörungen geschlussfolgert werden, die im Kapitel 5.1. betrachtet wurden. Daraus folgt, dass nicht auszuschließen ist, dass sich Selbständigkeit und Eigenverantwortung im Leben des Kindes oder des jugendlichen Menschen kaum angemessen herausbilden können.

In dieser Arbeit wurde deutlich, dass für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung die Familie eine wichtige Rolle spielt und zu den, im Kapitel 4.2.2. ausgearbeiteten wichtigen Lebensbereichen eines jungen Menschen zählt. Es sollte mit dem Wissen um fehlende förderliche Aspekte in der Familie, ihre Entwicklung erzielt werden, damit dem jungen Menschen nicht nur schulisch sondern eben auch familiär Unterstützung zukommt.

Durch die Erläuterung der diagnostischen Leitlinie im Kapitel 4.1.2. wurde unter anderem ersichtlich, dass bei bestehen einer Lese- und Rechtschreibstörung häusliche Konfliktsituationen, beispielsweise während der Hausaufgabenerledigung, nahezu täglich auftreten. An Hand der „störungsrelevanten Rahmenbedingungen“ zu denen diese Konflikte gemäß der Leitlinie gehören hebt sich die Notwendigkeit hervor, die elterliche Seite zu unterstützen und mit einzubeziehen.

Bei unzureichender oder fehlender Förderung in der Schule kommt als Eingliederungshilfeleistung, gemäß der Untersuchung des Leistungskataloges im Rahmen des Kapitels 2.3.2., eine ambulante außerschulische Legasthenietherapie bzw. ein Lerntraining in Frage. Während der Bearbeitung der Thematik im Kapitel 6.3. über diese außerschulische Förderung wurde evident, dass durch diese Maßnahme die Lese- und Schreibfertigkeiten hinreichend erworben werden können, wobei ähnlich der Prävention noch kein Förderprogramm entwickelt wurde, dass eine Heilung in jedem Fall erzielt. Allerdings soll

an dieser Stelle davon ausgegangen werden, dass die Zusammenarbeit des Lerntrainers bzw. der Lerntrainerin mit Lehrkräften und Elternteilen einen ressourcenorientierten Blick aufweist und somit nicht nur die „Fehler“ des Kindes zu minimieren versucht, sondern auch die Kontextfaktoren einbezieht, die förderlich auf den Ausbau der Lese- und Schreibfähigkeiten des jungen Menschen wirken können. Mit der Anerkennung des Störungsbildes bei allen Beteiligten kann schließlich auch die Fähigkeit des Kindes zur Teilhabe auf Grund des Umdenkens der Umwelt und Bemühung den jungen Menschen zu unterstützen, gestärkt werden.

Im Kapitel 5.2. konnte festgehalten werden, dass vor allem der schulische Werdegang bei fehlender Förderung begrenzt ist und nicht den intellektuellen Fähigkeiten eines jungen Menschen entspricht. Es wurde sogar deutlich, dass diese Schüler und Schülerinnen eher geringe Chancen haben eine Ausbildung erfolgreich zu absolvieren und somit nach dem Schulabschluss zusätzlich mit Arbeitslosigkeit konfrontiert werden.

Das heißt, dass das schulische Versagen mit Hilfe der Eingliederungshilfe in Form eines Lerntrainings minimiert werden kann, damit die Fähigkeit am schulischen Leben teil zu haben gestärkt wird. Mit prospektivem Blick werden bei einem fehlenden Schulabschluss dann die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben begründet sein. Obwohl das Ziel eines erfolgreichen Schulabschlusses wieder in Verbindung mit dem vorrangigen Bildungsauftrag der Schule steht, soll an dieser Stelle betont werden, dass ein junger Mensch mit Zukunftsperspektive und der Gewissheit mindestens einen schulischen Abschluss zu erzielen nicht nur vor der staatlichen Abhängigkeit in Form von Arbeitslosengeld II und somit vor mangelnder selbständiger finanzieller Absicherung bewahrt wird. Zudem steht für den jungen Menschen vielmehr, bezogen auf seine persönliche Entwicklung im Vordergrund, dass dieser auch mit der Lese- und Rechtschreibstörung angestrebte Lernziele erreichen kann und seinen Wünschen entsprechende Bildungs- und womöglich Ausbildungswege absolvieren kann.

Demzufolge kann die Eingliederungshilfe für jeden jungen Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung womöglich als letzte Chance zur Bereitstellung bzw. Entwicklung von förderlichen Ressourcen während der schulischen Ausbildung beurteilt werden, wenn vorrangige Leistungen nicht genügen. Demnach geht diese Auffassung über die eingangs erstellte Hypothese hinaus.

Zum Abschluss soll ein Gedanke aufgeführt werden, der erst mit Bearbeitung der Thematik in dieser Arbeit aufkeimte. Es ist nämlich fraglich, in wie weit es für die sozialpädagogische bzw. sozialarbeiterische Fachkraft möglich sein kann den Präventionsgedanken der drohenden seelischen Behinderung in die Praxis dieser Jugendhilfeleistung einfließen zu lassen. Schließlich kommt diese Hilfeform bei jungen Menschen mit Lese- und Rechtschreibstörung zum Einsatz, wenn vorrangige Leistungen ausgeschöpft wurden. Unter den Voraussetzungen, dass im Grundschulbereich auf Grund fehlender oder auch mangelhafter Umsetzung der Länder – Erlasse eine Förderung nicht oder unzureichend gewährt wird, sind Jugendliche ab dem Sekundarbereich automatisch benachteiligt. Wenn die schulische Förderung dann sehr spät einsetzt wird diese nicht für den Teil der Jugendlichen genügen, bei denen sich bereits ein generelles Leistungsversagen ausgebildet hat oder sogar eine generalisierte Schulangst besteht oder aber auch andere psychische bzw. verhaltensbezogene Auffälligkeiten entwickelt haben. Die Eingliederungshilfe kann dann auch kaum mehr den präventiven Aspekt durch eine Hilfeleistung bei drohender seelischer Behinderung erfüllen. Es besteht demzufolge die Annahme, dass die Hilfemaßnahme selbst eher dazu neigt, zu spät gewährleistet zu werden, obwohl der Präventionsgedanke durch die drohende seelische Behinderung rechtlich formuliert ist.

8. Zusammenfassung

Die in dieser Arbeit untersuchte Thematik der Rolle des § 35a SGB VIII für junge Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung basierend auf einer Lese- und Rechtschreibstörung umfasste medizinische, psychiatrische, pädagogische und sozialrechtliche Aspekte.

Zu Beginn trat die Entwicklung eines ganzheitlichen Verständnisses von Behinderung in den Blickpunkt. Dieses zeichnet sich als Ergebnis durch die Wechselseitigkeit eines gesundheitlichen Problems eines Menschen mit Faktoren seiner Umwelt aus, sodass Behinderung eher als „soziale Situation“ an Stelle einer menschlichen Eigenschaft gesehen wird. Diese Betrachtungsweise floss auch in die Legaldefinition von Behinderung des Sozialrechts in das SGB IX ein.

Die Forderung von Vertretern der Jugendhilfe die seelisch behinderten jungen Menschen auf die Jugendhilfe zu übertragen, entstand durch Abgrenzungsprobleme zwischen dem damaligen BSHG, dem heutigen SGB XII und dem JWG, heute das SGB VIII, die beide Leistungen für diesen Personenkreis bereit hielten. Begründet wurde diese Forderung damit, dass der Entwicklungsprozess junger Menschen und damit die Notwendigkeit pädagogischer Hilfen im Vordergrund stehen, sodass sogar die Überführung aller behinderter Kinder und Jugendlichen verlangt wurde. Mit der „kleinen Lösung“ ordnete die Gesetzgebung den Personenkreis der seelisch behinderten jungen Menschen der Jugendhilfe zu und installierte schließlich den § 35a SGB VIII in einem eigenen Unterabschnitt. Die für diese Arbeit wichtigste Modifizierung des Paragraphen besteht in der Angleichung des Behinderungsbegriffs an die sozialrechtliche Legaldefinition mit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001. Eine (drohende) seelische Behinderung besteht demnach, wenn eine psychische Störung bei einem jungen Menschen vorhanden ist und in Folge dieser Störung seine Teilhabe in der Gesellschaft eingeschränkt wird bzw. eine Beeinträchtigung zu erwarten ist.

Durch die Auseinandersetzung mit den Zielen des § 35a SGB VIII wurde festgestellt, dass dieser Entwicklung und Erziehung gemäß SGB VIII ermöglicht und die Erzielung der gesellschaftlichen Teilhabe gemäß SGB XII anstrebt. Für Kinder und Jugendliche mit Lese- und Rechtschreibstörung erscheint in erster Linie eine ambulante, schulbegleitende Maßnahme in Form eines außerschulischen Lerntrainings als Eingliederungshilfe zutreffend zu sein.

Während der Betrachtung der Forschungsgeschichte über die Entstehung und die Charakteristik von Problemen im Lesen und Schreiben wurde die Problematik deutlich, dass diesbezüglich verschiedene Bezeichnungen mit jeweils unterschiedlichen definitorischen Kriterien vorherrschen. Auf Grund dessen, dass der Tatbestand der psychischen Störung gemäß des § 35a (I) SGB VIII an Hand der ICD – 10 diagnostiziert wird, konnte für diese Arbeit der Begriff „Lese- und Rechtschreibstörung“ und dessen Kriterien genutzt werden. Eine Lese- und Rechtschreibstörung ist demzufolge eine Entwicklungsstörung, die nicht auf einer Intelligenzminderung oder körperlichen Fehlfunktion bzw. mangelhafter Beschulung beruht und der häufig sprachliche Entwicklungsstörungen voraus gehen.

Im Rahmen der Hinterfragung von Ursachen wurden die relevanten biologischen Aspekte herausgearbeitet, von denen vor allem Fehlfunktionen der sprachlichen Informationsverarbeitung (Benennungsgeschwindigkeit & phonologische Bewusstheit) im Gehirn ausschlaggebend sind und als Prädiktoren gelten. Durch die Analyse des Zusammenhangs von Sprache und Lese- sowie Schriftspracherwerb wurde klar, dass das Lesen und Schreiben lernen eine Weiterentwicklung sprachlicher Grundfähigkeiten ist und Sprachrückstände spätere Lese- und Schreibschwierigkeiten vorhersagbar machen.

Ein präventiver Aspekt ist die „familiäre Literalität“ und somit die innerfamiliäre sprachliche Förderung im Vorschulalter. Die Betrachtung der umweltbezogenen Einflussfaktoren bezog sich auf weitere Lebensbedingungen in der Familie. Es wurde deutlich, dass ein niedriger Bildungsgrad der Eltern, ein störungsbelastetes Lernumfeld, fehlendes außerschulisches Lesen und auch die Familiengröße Risikofaktoren darstellen, die eine Verfestigung einer Lese- und Rechtschreibstörung begünstigen.

Die Diagnostik einer Lese- und Rechtschreibstörung durch Vertreter der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde an Hand der Diagnostischen Leitlinie der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND –PSYCHOTHERAPIE et al. erläutert. Es stellte sich heraus, dass für die sich anschließende Feststellung der Teilhabebeeinträchtigung durch die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachkraft vor allem die Darstellung der Ergebnisse mit Hilfe des multiaxialen Bewertungsschemas von REMSCHMIDT et al. bedeutsam ist. Die Achsen V und VI beschreiben die psychosozialen Gegebenheiten eines jungen Menschen aus psychiatrischer Sicht, sodass ein Vergleich mit der psychosozialen Diagnostik der Fachkraft des Jugendamts möglich wird.

Der Teilhabebegriff der ICF bildet für die Feststellung einer (drohenden) seelischen Behinderung die theoretische Grundlage. Im Verlauf der begrifflichen Klärung kris-

tallisierte sich heraus, dass detaillierte Beurteilungsmerkmale, die eine Beeinträchtigung anzeigen, nicht in der ICF vorhanden sind. Andererseits wurde verständlich, dass Teilhabe die Erfahrungen eines Menschen, mit einer funktionalen Problematik gemäß ICD – 10, mit den förderlichen und hemmenden Faktoren seiner Umwelt meint. Um die Frage nach möglichen Merkmalen von Teilhabe als Orientierung für die sozialpädagogische, sozialarbeiterische Fachkraft zu untersuchen, wurde das Instrument von KÖLCH/ WOLFF/ FEGERT dargestellt. Diese Standardisierung ist speziell für die Feststellung der Teilhabe bei jungen Menschen konzipiert und beinhaltet Indikatoren, die eine beeinträchtigte Teilhabe anzeigen. Mit ihrer Hilfe sollen in den relevanten Lebensbereichen Familie, Schule, Freizeit, Persönlichkeit und soziales Umfeld Abweichungen festgestellt werden, sodass daraus folglich das Bestehen einer (drohenden) seelischen Behinderung geprüft werden kann. Durch die Betrachtung der Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpädagogik, Sozialarbeit bei der Prüfung der Tatbestände einer (drohenden) seelischen Behinderung wurde geschlussfolgert, dass beide Disziplinen dem bio – psycho – sozialen Ansatz folgen und demnach bestrebt sind der Ganzheitlichkeit der Behinderungsform gerecht zu werden.

Im Zuge der Beleuchtung der Folgen einer Lese- und Rechtschreibstörung wurde eindeutig, dass sich in erster Linie emotionale und verhaltensbezogene Begleitstörungen sowie Somatisierungen entwickeln. Das subjektive Erleben des Störungsbildes durch den jungen Menschen und die damit verbundene stetig wachsende psychische Belastung, die mit kompensierenden Verhaltensweisen einhergeht, wurde herausgearbeitet. Ein, der Begabung angemessener, schulischer Werdegang bleibt vielen Schülern und Schülerinnen verwehrt, sodass weiterführende Schulen nur selten besucht und teilweise keine Abschlüsse erreicht werden. Demzufolge erhöht sich die Gefahr der sich anschließenden Arbeitslosigkeit für diesen Personenkreis.

Im vorletzten Kapitel wurden mögliche Fördermaßnahmen für Kinder im Vorschulbereich untersucht und spezielles Augenmerk auf die sprachliche Schulung gelegt. Es wurde ersichtlich, dass gemäß den Bildungsplänen der Länder für Kindertagesstätten frühe Förderung durchgeführt wird und auch die Diagnostik sprachlicher Rückstände möglich ist. Allerdings wurde auch auf die Verantwortung der Eltern eingegangen, die durch die Inanspruchnahme der zehn frühkindlichen U – Untersuchungen vor Schulbeginn eine zeitige Einleitung von Interventionen unterstützen können. Das Ergebnis des durchgeführten Gesundheitssurveys des ROBERT – KOCH – INSTITUTS von 2003 bis 2006 hat allerdings

gezeigt, dass die Inanspruchnahme, gerade ab den Untersuchungen, die sprachliche Störungen aufdecken, abnimmt.

Die Sichtung der Länder – Erlasse hinsichtlich der schulischen Förderung von Schülern und Schülerinnen mit Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben ließ erkennen, dass es vielseitige Maßnahmen gibt, die von Binnendifferenzierung bis zu separaten „Legasthenie – Klassen“ reichen. Auffällig wurde, dass auch in den Erlassen der Länder verschiedene Definitionen von Lese- und Rechtschreibstörung vorzufinden sind, die zum Einen an der ICD – 10 angelehnt sind, oder alle jungen Menschen mit Schwierigkeiten im Lesen und Schreiben für eine Förderung vorsehen, unabhängig der Verursachung. Mit Überprüfung der praktischen Umsetzung dieser Erlasse an den Schulen durch die Hinzuziehung einer Untersuchung von KOHLER et al. aus dem Jahre 2005 konnte festgestellt werden, dass die Förderung an den Schulen eher mangelhaft ist. Weder der volle Umfang an den aufgeführten Leistungen der Erlasse noch eine qualitative Förderung kann verzeichnet werden, da mangelnde Lehrer- und Stundenkapazität die Institution daran hindern angemessen und zusätzlich zu fördern.

Mit der abschließenden Darstellung eines außerschulischen Lerntrainings als mögliche Maßnahme der Eingliederungshilfe gemäß § 35a SGB VIII wurde deutlich gemacht, dass es sich, bezogen auf die ausübenden Professionen, nicht um anerkannte Berufe gemäß einer allgemein gültigen Weiterbildungsordnung handelt und auch die Durchführung des Trainings keinen Richtlinien folgt. Deswegen führt die häufig genutzte Bezeichnung „Legasthenietherapie“ zu Unklarheit. Die Effektivität dieser Fördereinheiten, die in der Regel über einen Zeitraum von zwei Jahren durchgeführt werden, beschränkt sich auf einen ausreichenden Erwerb von Lese- und Rechtschreibkompetenzen, der allerdings nicht den Entwicklungsstand Gleichaltriger erreicht. Zudem kann bisher noch kein Lerntraining bestätigen in allen Fällen eine „Heilung“ zu erzielen.

Ziel dieser Arbeit war es, die Rolle der Eingliederungshilfe und die diesbezüglich eingangs aufgestellten Hypothesen an Hand der zuvor analysierten Themenschwerpunkte zu klären. Bezüglich der ersten Hypothese und dem präventiven Schwerpunkt konnte geschlussfolgert werden, dass die Eingliederungshilfe nach § 35a SGB VIII für Kinder im Vorschulbereich keine Relevanz haben kann, weil zum Einen Störungen im Lesen und Rechtschreiben erst nach Beginn des Schuleintritts diagnostiziert werden können und zum Anderen Teilhabebeeinträchtigungen im Kindergartenalter auf Grund von Lese- und Schreibproblemen nicht hervortreten, schließlich gehören diese Fähigkeiten nicht zu den erwartbaren Entwicklungsaufgaben eines Kindes.

Die zweite Hypothese beinhaltet die Annahme, dass die schulische Förderung eine ausreichende intervenierende Wirkung besitzt, sodass die Ausbildung einer (drohenden) seelischen Behinderung vermieden werden kann und nur in schweren Fällen, die Sekundärstörungen aufweisen, die Eingliederungshilfe zu tragen kommt. Das Ergebnis der Prüfung dieser Annahme brachte hervor, dass diese Jugendhilfemaßnahme besonders oft zur Minimierung oder Beseitigung von Sekundärstörungen relevant wird, wenn keine schulische Förderung angeboten wird oder diese unzureichend hinsichtlich Quantität und Qualität ist.

Die dritte Vermutung zielte auf die Ganzheitlichkeit des § 35a SGB VIII. Sodass geprüft wurde, ob die Eingliederungshilfe die Teilhabefähigkeit mit der Lese- und Rechtschreibstörung auf Grund ihrer Zielsetzung ermöglicht und deswegen eine ausschlaggebende Hilfe im Kindes- und Jugendalter darstellt. Auf Grund der Ausbildung von weiteren psychischen Störungen sowie körperlichen Begleitsymptomen durch die Lese- und Rechtschreibstörung, der ungenügenden schulischen Förderung und der Gefahr eines nicht dem intellektuellen Potential entsprechenden schulischen Werdegangs, kann mit Hilfe der Gewährung eines außerschulischen Lerntrainings die schulische und auch familiäre Teilhabe Besserung erfahren. Die Folge davon ist, dass mit Blick auf die persönliche Entwicklung des jungen Menschen Lern- und Bildungsziele auch mit dem Störungsbild erreicht werden können. Die Erkenntnis beinhaltet demnach, dass die Eingliederungshilfe als letzte Möglichkeit, auf Grund ihrer Subsidiarität, zur Ausbildung förderlicher Ressourcen während des Schulbesuchs beurteilt werden kann, so lange Förderungen im schulischen Rahmen ungenügend bleiben. Diese Ansicht geht also über die eingangs aufgeführte Hypothese hinaus.

Die Eingliederungshilfe ist demzufolge unerlässlich, wenn eine (drohende) seelische Behinderung auf Grund einer Lese- und Rechtschreibstörung bei einem jungen Menschen vorliegt, weil mit ihrer Hilfe auf die Entwicklungsbedingungen im Lebensumfeld positiv eingewirkt werden kann.

Um die in dieser Arbeit hermeneutisch erarbeiteten Erkenntnisse empirisch zu unterlegen, wäre es sinnvoll eine detaillierte statistische Erhebung der Eingliederungshilfe in Form von außerschulischen Lerntrainings in den Bundesländern zu erstellen und die Anzahl der schulisch geförderten Schüler und Schülerinnen darzulegen. Durch einen Vergleich könnten schulische Defizite aufgedeckt und somit der Zusammenhang zwischen fehlender oder ungenügender schulischer Förderung und der Relevanz an Eingliederungshilfe geprüft werden.

Literaturverzeichnis

AMOROSA, H.:

Vortrag auf dem 4. Münchener kinder- und jugendpsychiatrischen Symposium über psychische Entwicklungsstörungen. München 1998

URL: [http://www.kjp.med.uni-](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/veranstaltungen/fsym98/lrs_laut_schrift.php)

[muenchen.de/veranstaltungen/fsym98/lrs_laut_schrift.php](http://www.kjp.med.uni-muenchen.de/veranstaltungen/fsym98/lrs_laut_schrift.php) [Aufruf: 20.04.2010]

ANDRESEN, D.:

Ich lerne niemals Lesen und Schreiben. Interaktionelle Faktoren für die Entstehung der Legasthenie – Methoden und Handlungsansätze in der Sozialen Arbeit. In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Hrsg.): Ich lerne niemals Lesen und Schreiben. Interaktionelle Faktoren für die Entstehung der Legasthenie – Methoden und Handlungsansätze in der Sozialen Arbeit. Schriftenreihe. Heft 1. Hannover 2006. S. 8 – 107

BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR UNTERRICHT UND KULTUS:

Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens. Amtsblatt des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus (KMBI) I, Nr. 23. München 1999

BLEIDICK, U:

Behinderung als pädagogische Aufgabe. Behinderungsbegriff und behindertenpädagogische Theorie. Stuttgart, Berlin und Köln 1999

BODE, H.:

Sozialpädiatrische Zentren: Bei Entwicklungsstörungen im Kindesalter bewährt. In: Deutsches Ärzteblatt. Heft 18. Köln 2007, S. A 1219 – A 1220

BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE:

in 24 Bänden. 1. Band. 19., völlig neu bearbeitete Auflage. Mannheim 1986

BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE:

in 24 Bänden. 10. Band. 19., völlig neu bearbeitete Auflage. Mannheim 1989

BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE:

in 24 Bänden. 19., völlig neu bearbeitete Auflage. Mannheim 1991

BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE:

in 24 Bänden. 17. Band. 19., völlig neu bearbeitete Auflage. Mannheim 1992

BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V.:

Förderung. Grundlagen. Hannover o.J.a

URL: <http://www.bvl-legasthenie.de/foerderung> [Aufruf: 25.06.2010]

BUNDESVERBAND FÜR LEGASTHENIE UND DYSKALKULIE e.V.:

Zertifizierung. Allgemeine Info. o. J.b

URL: <http://www.bvl-legasthenie.de/zertifizierung/allgemeineinfo> [Aufruf: 25.06.2010]

- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA):
Früherkennungs- und Vorsorgeplan für das Kindes- und Jugendalter. Zeitplan für anstehende Früherkennungs- und Vorsorgetermine. Köln 2010a
URL: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/gesundheitsrisikenvb/frueherkennung-und-vorsorge-im-kindesalter/frueherkennungs-und-vorsorgeplan-fuer-das-kindes-und-jugendalter>
[Aufruf: 13.06.2010]
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA):
Teilnahme am Früherkennungsprogramm für Kinder. Köln 2010b
URL: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/gesundheitsrisikenvb/frueherkennung-und-vorsorge-im-kindesalter/statistik-teilnahme-am-frueherkennungsprogramm-fuer-kinder>
[Aufruf: 14.06.2010]
- BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (BZgA):
Frühförderung - gezielte Unterstützung bei frühzeitig erkannten Problemen. Frühförderstellen und Sozialpädiatrische Zentren bieten familiennahe Hilfen für betroffene Kinder und deren Familien. Köln 2010c
URL: <http://www.kindergesundheit-info.de/fuer-eltern/gesundheitsrisikenvb/frueherkennung-und-vorsorge-im-kindesalter/fruehfoerderung-gezielte-unterstuetzung-bei-fruehzeitig-erkannten-problemen>
[Aufruf: 13.06.2010]
- COBUS – SCHWERTNER, I.:
Braucht die Jugendhilfe den § 35a SGB VIII. In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Hrsg.): Hilfen nach § 35a SGB VIII / KJHG. Gefahr der Stigmatisierung junger Menschen oder Chance für die Bereitstellung effektiver und bedarfsgerechter Hilfeangebote. Schriftenreihe. Heft 1. Hannover 2002, S. 37 - 49
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI):
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Entwurf der deutschsprachigen Fassung. Köln 2002
- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI):
ICD – 10 – GM Version 2010. Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F 00 – 99). Entwicklungsstörungen (F 80 – F 89). Stand: 2009
URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f80-f89.htm>
[Aufruf: 22.04.2010]
- DILLING, H. / MOMBOURM, W. / SCHMIDT, M. H. (Hrsg.):
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD – 10. Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 7., überarbeitete Auflage, unter der Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD – 10 – GM. Bern 2010
- FACHVERBAND FÜR INTEGRATIVE LERNTHERAPIE e.V.:
Weiterbildungsordnung und Richtlinie zur Zertifizierung. Osnabrück 2004

- FEGERT, J. M.:
Was ist seelische Behinderung. Anspruchsgrundlage und kooperative Umsetzung von Hilfen nach § 35a KJHG. 3. Auflage. Münster 1999
- FISCHER, L.:
§ 35a SGB VIII In: Schellhorn, W. et al. (Hrsg.): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar zum Sozialgesetzbuch VIII. 3., neu bearbeitete Auflage. München 2007, S. 214 – 227
- FUCHS, H.:
Einführung. S. 1 – 42 In: Bihr, D. / Fuchs, H. / Krauskopf, D. / Ritz, H. G. (Hrsg.): SGB IX. Kommentar und Praxishandbuch. Sankt Augustin 2006
- GEMEINSAMER BUNDESAUSCHUSS:
Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie – Richtlinie)
In: Bundesministerium für Justiz: Bundesanzeiger, Nr. 186. Berlin 2009, S. 4137ff
- HAINES, H.:
Einführung In: Dau, D. H. / Düwell, F. J. / Haines, H. (Hrsg.): Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Lehr- und Praxiskommentar. 2. Auflage. Baden – Baden 2009, S. 31 – 43
- HARNACH, V.:
Psychosoziale Diagnostik in der Jugendhilfe. Grundlagen und Methoden für Hilfeplan, Bericht und Stellungnahme. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim und München 2007
- HENSLE, U. / VERNOOIJ, M. A.:
Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. 6., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Wiebelsheim 2000
- HEDDERICH, I.:
Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. München 1999
- HESSISCHES KULTUSMINISTERIUM:
Verordnung über die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen (VOLRR). Amtsblatt, Nr. 6. Wiesbaden 2006
- IGL, G. / WELTI, F.:
Sozialrecht. Ein Studienbuch, 8., neu bearbeitete Auflage. Neuwied 2007
- JUNGMANN, J.:
Was ist seelische Behinderung. Diagnoseverfahren und Zielgruppen.
In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Hrsg.): Hilfen nach § 35a SGB VIII/KJHG. Gefahr der Stigmatisierung junger Menschen oder Chance für die Bereitstellung effektiver und bedarfsgerechter Hilfeangebote. Schriftenreihe. Heft 1. Hannover 2002, S. 24 - 36
- KLICPERA, C. / GASTEIER – 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. Bern 1993

- KLICPERA, C. / GASTEIER – KLICPERA, B.:
Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten. Entwicklung, Ursachen, Förderung. 2. Auflage. Weinheim 1998
- KLICPERA, C. / SCHABMANN, A. / GASTEIGER – KLICPERA, B.:
Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. München 2003
- KÖHLER, A. / BÖNING, C. / GOTTLIBE, K. / LACHMANN, T.:
Vergleich der Erlasse der deutschen Bundesländer zur Förderung von Kindern mit Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens und deren praktische Umsetzung In: Lachmann, T. (Hrsg.): Bildungspolitische Grundlagen für die Diagnose und die schulische Förderung von Kindern mit Lese- und Rechtschreibstörung. Leipzig 2005, S. 15 – 62
- KÖLCH, M. / WOLFF, M. / FEGERT, J. M.:
Teilhabebeeinträchtigung – Möglichkeiten der Standardisierung im Verfahren nach § 35a SGB VIII In: Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e.V. (Hrsg.): Das Jugendamt (JAmt). Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht. Band 80. Heft 9. Heidelberg 2007, S. 1 – 8
- KÜSPERT, P. / SCHNEIDER, W.:
Hören, Lauschen, Lernen. Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter. Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. 5., überarbeitete Auflage. Göttingen 2006
- LACHWITZ, K. / WELTI, F.:
Einführung In: Lachwitz, K. / Schellhorn, W. / Welti F. (Hrsg.): Handkommentar zum SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, 3., erweiterte und aktualisierte Auflage. Köln 2010, S. 1 – 42
- LEMPPE, R.:
Die Seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe - § 35a SGB VIII. 4., überarbeitete Auflage. Stuttgart u.a. 1999
- LEMPPE, R.:
Die Seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe - § 35a SGB VIII. 5., überarbeitete Auflage. Stuttgart u.a. 2006
- MAHNKOPF, A. / RAHN, E.:
Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf. Bonn 2005
- MEYSEN, T.:
§ 35a In: Münder, J. / Meysen, T. / Trenczek, T. (Hrsg.): Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 6., vollständig überarbeitete Auflage, Baden – Baden 2009, S. 317 – 337
- MINISTERIUM FÜR BILDUNG, JUGEND UND SPORT BRANDENBURG (Brdbg.):
Verwaltungsvorschriften über die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit einer besonderen Schwierigkeit im Lesen und Rechtschreiben oder mit einer besonderen Schwierigkeit im Rechnen (VV-LRS). Amtsblatt, Nr. 1. Potsdam 2007

- MINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FRAUEN SCHLESWIG – HOLSTEIN:
Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Lese- Rechtschreibschwäche (Legasthenie). Nachrichtenblatt, Nr. 7. Kiel 2008.
- MINISTERIUM FÜR BILDUNG UND KULTUR DES SAARLANDES:
Richtlinien zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und/oder Rechtschreibens. Amtsblatt, Teil II, Nr. 48. Saarbrücken 2009
- MINISTERIUM FÜR BILDUNG, WISSENSCHAFT UND KULTUR
MECKLENBURG – VORPOMMERN (MV):
Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen. Verwaltungsvorschrift des Ministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Mitteilungsblatt, Nr. 10. Schwerin 2005
- MROZYNSKI, P.:
SGB VIII – Kinder und Jugendhilfe, 5. Auflage. München 2009
- MÜNDER, J.:
§ 1 In: Münder, J. / Meysen, T. / Trenczek, T. (Hrsg.):
Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 6., vollständig überarbeitete Auflage, Baden – Baden 2009, S. 64 – 74
- MÜNDER et al.:
Frankfurter Lehr- und Praxiskommentar zum KJHG / SGB VIII. 3., völlig überarbeitete Auflage. Münster 1998
- NEUER – MIEBACH, T.:
Behindertenhilfe In: Kreft, D. / Mielenz, I. (Hrsg.):
Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage.
Weinheim und München 2008, S. 145 – 152
- NIEDERSACHSISCHES KULTUSMINISTERIUM:
Erlass zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen, Rechtschreiben oder Rechnen. Runderlass. Hannover 2005
- PETERMANN, F.:
Grundbegriffe und Konzepte der Klinischen Kinderpsychologie In: Petermann, F.
(Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen u.a. 2008, S. 13 - 28
- PLUME, E. / WARNKE, A.:
Legasthenie In: Steinhausen (Hrsg.): Schule und psychische Störungen.
Stuttgart 2006, S. 196 – 204
- POUSTKA, F / SCHMIDT, M.:
Präambel In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage.
Köln 2007, S. 5 – 7

PSCHYREMBEL:

Klinisches Wörterbuch. 260., neu bearbeitete Auflage. Berlin 2004

REMSCHMIDT, H. / SCHMIDT, M. / POUSTKA, F. (Hrsg.):

Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD – 10 mit DSM IV. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD – 10 und DSM IV. 5., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. 1. Nachdruck. Bern 2009

RÄTZ – HEINISCH, R. / SCHRÖER, W. / WOLFF, M.:

Lehrbuch Kinder- und Jugendhilfe. Grundlagen, Handlungsfelder, Strukturen und Perspektiven. Weinheim und München 2009

ROBERT – KOCH – INSTITUT (Hrsg.):

Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung. Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS) 2003 – 2006: Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund in Deutschland. Berlin 2008

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR KULTUS:

Verwaltungsvorschrift des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus zur Förderung von Schülern mit Lese-Rechtschreib-Schwäche (VwV LRS-Förderung). Ministerialblatt, Nr. 8. Dresden 2006

SCHUNTERMANN, M. F.:

Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen, 2., überarbeitete Auflage. Landsberg 2007

SUCHODOLETZ, W.:

Sprech- und Sprachstörungen In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen u.a. 2008, S. 223 – 237

UHLENDORFF, U.:

Sozialpädagogische Diagnosen III. Ein sozialpädagogisch – hermeneutisches Diagnoseverfahren für die Hilfeplanung. Weinheim und München 1997

VONDUNG, U.:

§ 35a In: Kunkel, P. – C.: Sozialgesetzbuch VIII. Kinder- und Jugendhilfe. Lehr- und Praxiskommentar, 3. Auflage. Baden – Baden 2006, S. 335 – 370

WAHRENDORF, V.:

§ 54 SGB XII In: Grube, C. / Wahrendorf, V. (Hrsg.): SGB XII. Sozialhilfe. Kommentar. München 2005

WARNKE, A.:

Umschriebene Entwicklungsstörungen. Einleitung zum übergeordneten Begriff "umschriebene Entwicklungsstörungen" In: Herpertz – Dahlem, B. / Resch, F. / Schulte – Markwort, M. / Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart 2008, S. 527 – 533

- WARNKE, A. / PLUME, E.:
Umschriebene Lese- Rechtschreibstörung In: Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie. 6., vollständig überarbeitete Auflage. Göttingen u.a. 2008, S.189 – 205
- WARNKE, A. / SCHULTE – KÖRNE, G.:
Umschriebene Entwicklungsstörung des Lesens und der Rechtschreibung
In: Herpertz – Dahlem, B. / Resch, F. / Schulte – Markwort, M. / Warnke, A. (Hrsg.): Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart 2008, S. 534 – 569
- WARNKE, A et al.:
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (F 81)
In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. (Hrsg.): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Köln 2007, S. 207 – 224
- WELTI, F.:
Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Freiheit, Gleichheit und Teilhabe behinderter Menschen. Tübingen 2005
- WELTI, F.:
§ 119 In: Becker, U. / Kingreen, T.: SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar. München 2008
- WENDTLAND, W.:
Sprachstörungen im Kindesalter. Materialien zur Früherkennung und Beratung. 5., vollständig überarbeitete Auflage. Stuttgart 2006 In: Springer, L. / Schrey – Dern, D. (Hrsg.): Forum Logopädie
- WIESNER, R.:
Eine Steuerung von Normalität und Recht. Eine Darstellung am Entwurf des § 35a SGB VIII. In: Becker, P. / Koch, J. (Hrsg.): Was ist normal. Normalitätskonstruktionen in Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Weinheim und München 1999, S. 81 - 89
- WIESNER, R.:
Das SGB IX aus der Sicht der Kinder- und Jugendhilfe In: Evangelischer Erziehungsverband e.V. (EREV) (Hrsg.): Hilfen nach § 35a SGB VIII / KJHG. Gefahr der Stigmatisierung junger Menschen oder Chance für die Bereitstellung effektiver und bedarfsgerechter Hilfeangebote. Schriftenreihe. Heft 1. Hannover 2002, S. 8 – 23
- WIESNER, R.:
Vor § 35a In: Wiesner, R. (Hrsg.): SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe, Kommentar. 3., völlig überarbeitete Auflage. München 2006, S. 534 – 546

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO):

Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung, übersetzt von Matthesius R. – G. In: Barolin, G. S. / Heinz, C. / Jochheim, K.-A. / Matthesius, R.-G. (Hrsg.): ICDH. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps, Teil 2. Berlin / Wiesbaden 1995

ZIMBARDO, P. G. / GERRIG, R. J.:

Psychologie, 16., aktualisierte Auflage. München 2004

Abkürzungsverzeichnis und Zitierweisen

Abkürzungen

Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
BGBI	Bundesgesetzblatt
Brdbg.	Brandenburg
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BT – Drs.	Bundestagsdrucksache
BVL e.V.	Bundesverband für Legasthenie und Dyskalkulie, eingetragener Verein
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
i.V.m.	in Verbindung mit
EHVO	Neufassung der Verordnung nach § 47 Bundessozialhilfegesetz (Eingliederungshilfe-Verordnung)
FrühV	Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Frühförderungsverordnung)
et al.	et alii (Maskulinum), et aliae (Femininum)
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJHG	Gesetz zur Neuordnung des Kinder- und Jugendhilferechts (Kinder- und Jugendhilfegesetz)
MV	Mecklenburg – Vorpommern
Nr.	Nummer
PsychThG	Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz)
Rn.	Randnummer
Rz.	Randziffer
Schwbg	Gesetz zur Sicherung der Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (Schwerbehindertengesetz)
SGB III	Sozialgesetzbuch: Arbeitsförderung
SGB V	Sozialgesetzbuch: Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VIII	Sozialgesetzbuch: Kinder- und Jugendhilfe
SGB IX	Sozialgesetzbuch: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
SGB XII	Sozialgesetzbuch: Sozialhilfe
Vor.	Vorbemerkungen
WHO	World Health Organisation

Zitierweisen

Kommentar:	Bearbeiter(in) in: Hrsg. mit Jahr, Paragraph, Rz. bzw. Rn.
BGBI I x / x :	Bundesgesetzblatt, Teil 1, Jahreszahl / Nummer
BT – Drs. x / x :	Bundestagsdrucksache, Wahlperiode / Dokumentnummer mit Seitenzahl(en)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig erarbeitet wurde und keine weiteren, außer den angegebenen und kenntlich gemachten Verweisen verwendet wurden.

Neubrandenburg, den 28.07.2010

Sabine Mielitz