

**Legasthenie und LRS
in
Schulalltag und
Beratung**

*Dienstbesprechung für Beratungslehrer/innen
aller Schularten
in München Stadt und Landkreis
Januar bis April 2001*

*Staatliche Schulberatung München
Dr. Helga Ulbricht*

LRS und Legasthenie – gestern – heute – morgen

Ein Ringen um Klarheit der Begriffe

1. *Wer definiert richtig?*
2. *Begriffsverwirrung*
3. *Konzepte und Erklärungsansätze*
 - 3.1 *Der medizinisch orientierte, multifaktorielle Ansatz*
 - 3.2 *LRS-Konzepte in der Medizin*
 - 3.3 *Klassifikation in der ICD-10*
 - 3.4 *Merkmale der multiaxialen Diagnostik*
 - 3.5 *Die gestörte sprachlich- kognitive Informationsverarbeitung*
 - 3.6 *Pädagogisch orientierte Erklärungsmodelle*
 - 3.7 *Medizinisches versus pädagogisches Konzept*
4. *LRS und Legasthenie im Schulalltag*
 - 4.1 *KMBek vom 16. November 1999*
 - 4.2 *Schlussbemerkung*

LRS und Legasthenie – gestern – heute – morgen Ein Ringen um Klarheit der Begriffe

1. Wer definiert richtig?

Definitionen sind Begriffserklärungen, die sich darum bemühen, eine gemeinsame Grundlage für die Begriffsverwendung zu schaffen. Dabei sollte der Autor und sein ideologischer Standort jedoch nicht außer acht gelassen werden. Auch Wissenschaftler unterliegen der Versuchung, einen für sie bedeutsamen Ausschnitt aus der Wirklichkeit besonders intensiv wahrzunehmen. Sie beschreiben Begrifflichkeiten, indem sie die für ihr Gebiet relevanten Merkmale hervorheben. Wenn also Konstrukte – und LRS und Legasthenie sind Konstrukte – beschrieben werden, so ist stets der Fokus zu beachten, den der Autor auf die Problematik wirft. Im Folgenden soll jeweils der Standort in die vorgestellten Definitionen bzw. Konzepte mit einbezogen werden.

2. Begriffsverwirrung

Die begriffliche Unterscheidung zwischen **LRS** und **Legasthenie** hat eine lange Geschichte, ist aber keinesfalls einheitlich. Selbst in der aktuellen Literatur zur Legasthenie (1990 – 1999) werden verschiedene Begriffe häufig synonym verwendet. Das trägt nicht gerade zur Klarheit in der Definition bei, ohne an dieser Stelle schon auf die fehlende Eindeutigkeit in der Diagnostik eingehen zu wollen. ROSENKÖTTER schreibt: „Als Synonyme für Legasthenie werden im deutschen Sprachgebrauch die Begriffe **Leserechtschreibstörung (LRS)** und **Schreibleseschwäche (SLS)** am häufigsten benutzt. ... Im angloamerikanischen Schrifttum findet man folgende Bezeichnungen: ... **dyslexia**, **agraphia**“ (1997, S.9). GRISSE-MANN erklärt: „Im deutschsprachigen Raum werden die hier zu diskutierenden Lernstörungen zum Teil als **Legasthenie**, aber auch als **Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)** bezeichnet. Im angelsächsischen Gebiet wie auch in Ländern mit romanischen Sprachen werden sie durch die beiden Bezeichnungen **Dyslexie** und **Dysorthographie** abgedeckt.“ (1996, S.11). DUMONT schließlich erklärt auf dem Europäischen Fachkongress zur Legasthenie den Begriff Legasthenie zum Oberbegriff: „Um die **Legasthenie** oder **Dyslexie** von anderen Problemen des Lernens abzugrenzen, werden sieben Kriterien genannt, die gemeinsam Legasthenie definieren. ... Es kann daher unterschieden werden zwischen einer Schwäche der Encodierung einerseits (**Dysorthographie** oder **Rechtschreibschwäche**) und einer Schwäche der Decodierung (**Legasthenie** oder **Leseschwäche**) andererseits.“ (1990, S.15). WALTER führt eine Vielzahl von Untersuchungen auf, die eine sinnvolle Unterscheidung zwischen Legasthenie und LRS ablehnen und schlussfolgert daraus für sein Buch: „Aufgrund der genannten Fakten werden im folgenden die Begriffe **legasthen**, **dyslektisch** oder **lese-rechtschreibschwach** synonym gebraucht.“ (1996, S.17).

Eine Trennung der Begriffe mit weitreichenden schulrelevanten Folgen hat das bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus in seiner Bekanntmachung vom 16. November 1999 vorgenommen. Dort heißt es u.a. „Zu unterscheiden ist **eine Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie, Dyslexie)** mit teilweise hirnorganisch bedingten, gravierenden Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen von einer **vorübergehenden Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS)** Zu unterscheiden sind zusätzlich Erscheinungsformen der **Lese- und Rechtschreibschwäche bei Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf.**“ (Bekanntmachung vom 16.11.99 Nr. IV/1a-S7306/4 – 4/127883).

Folie 1: Wie heißt noch mal mein Problem?

3. Konzepte und Erklärungsansätze

Den zuvor genannten Begriffen liegen Konzepte zugrunde, die den Standort und die Sichtweise des Autors widerspiegeln. Zum vertieften Verständnis sollen hier einige Konzepte exemplarisch vorgestellt werden.

3.1 Der medizinisch orientierte, multifaktorielle Ansatz von **WARNKE**

WARNKE betont den Aspekt der Beeinträchtigung des Erlernens der Schriftsprache in Abgrenzung zum späteren Verlust durch Unfälle o.ä. Er schreibt „Sie (die Störung des Schriftspracherwerbs, A.d.V.) ist eine **Entwicklungsstörung** (kein Verlustsyndrom) und eine **Teilleistungsstörung**, also eine diagnostisch isolierbare Schwäche im Erlernen des Lesens und Rechtschreibens. Als solche **umschriebene Entwicklungsstörung** ist sie eine Entdeckung, die Augenärzte, Chirurgen, Schulärzte und Neurologen im deutschen und angelsächsischen Sprachraum Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts machten.(Warnke in Petermann, F., 1995, S.287). **WARNKE** nennt verschiedene Ursachen:

- Somatogene Ursachen:** Die Entwicklungsstörung wird primär durch konstitutionelle Faktoren bedingt; es sind prä- peri und postnatal entstandene Hirnfunktionsstörungen.
- Psychogene und soziokulturelle Ursachen:** Die Entwicklungsstörung wird primär durch psychosoziale Einflüsse, psychogene Lernhemmungen und defizitäre Förderung bedingt.
- Genetische Faktoren:** Untersuchungen in Familien und Zwillingsstudien bestätigen eine vererbte Disposition.
- Minimale zerebrale Dysfunktion:** Auch hier haben Langzeituntersuchungen hohe Zusammenhänge aufgezeigt.

WARNKE betont: „Übereinstimmung dürfte heute weitestgehend darüber bestehen, dass die Lese- und Rechtschreibstörung ein heterogenes Syndrom ist.“ (Warnke in Petermann, F., 1995, S.302), also eine Störung mit mehreren Ursachen und unterschiedlichen Erscheinungsformen. Er verweist auf das Modell der Teilleistungsschwächen von **SCHMIDT** (1977).



Ätiologie und Pathogenese von Teilleistungsschwächen, **SCHMIDT**, 1977, S.210

Folie 2: Modell der Teilleistungsschwächen von **SCHMIDT**

In einem Artikel der Zeitschrift „Sprache Stimme Gehör“ (22, 1998, S. 3-7) schreibt WARNKE (Prof. med. für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Würzburg) zusammenfassend:

“Die Legasthenie ist die **entwicklungsbiologisch und zentralnervös begründete Störung** des Erlernens des Lesens und Rechtschreibens alphabetischer Schriftsprache. Trotz **hinreichender allgemeiner Intelligenz und regelrechter Beschulung** erlernen etwa 2 – 4 % der Menschen nur unzureichend Lesen und Rechtschreiben. **Charakteristische psychische Begleitstörungen** sind: Verlust der Motivation zum schulischen Lernen, schulische Versagensängste, Hausaufgabenkonflikte, allgemeines Absinken schulischer Leistungen, depressive Symptome, Konzentrationsstörungen, psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerz, Übelkeit, Bauchschmerz in Zusammenhang mit schulischen Anforderungen und Störungen im Sozialverhalten. Die Ätiologie ist multifaktoriell. Neuroanatomische und hirnfunktionelle Korrelate stützen die Annahme, **dass Störungen der sprachlichen und visuellen Informationsverarbeitung erklärungsrelevant sind**. Eine Erklärung liegt darin, dass es Personen mit Legasthenie unzureichend gelingt, visuell aufgenommene Schriftsprache (Lesen) in akustisch erworbene Sprache zu übersetzen.”

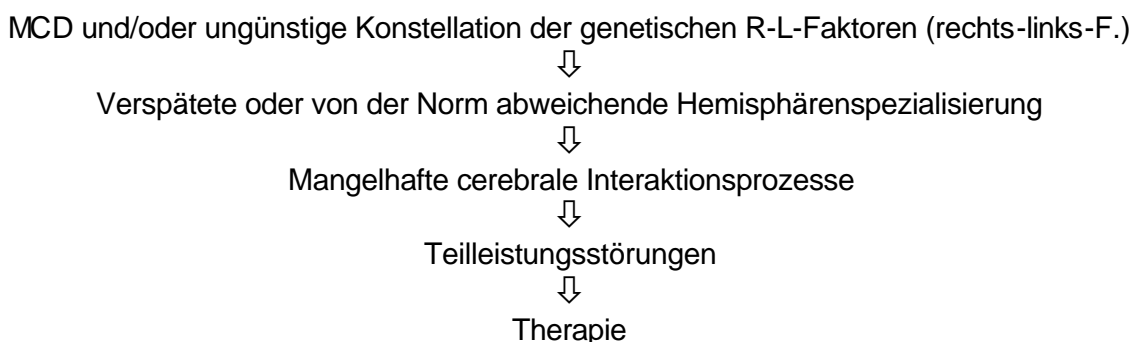
3.2 LRS-Konzepte in der Medizin

Die wichtigste Unterscheidung zwischen den einzelnen Konzepten stellt die Gegenüberstellung medizinischer und pädagogisch orientierter Erklärungsmodelle dar. Ausgehend von den „Entdeckern“ der Legasthenie, dem praktischen Arzt Dr. Oswald Berkhan (Die Störung der Schriftsprache, 1885), dem Neurologen Paul Ranschburg (Die Lese- und Schreibstörungen des Kindesalters, 1928) und dem englischen Augenchirurgen Pringel Morgan (sah die Legasthenie als eigenständiges Syndrom) entwickelte sich ein medizinisches Konzept der Lese-Rechtschreibstörung.

Die Hauptmerkmale des sog. Medizinischen Modells sind – analog zur Beschreibung von Krankheiten –

- a) die Zuordnung zu eindeutigen Ursachen oder Ursachenkomplexen,
- b) die Darstellung von eindeutigen Symptomen oder Symptomkomplexen.

Hauptvertreterin dieser Richtung ist SCHENK-DANZINGER. WALTER zeigt ihre Modellvorstellung auf:



Das medizinisch-neurologische Funktionsmodell der „klassischen Legasthenie“ nach SCHENK-DANZINGER (WALTER, 1996, S.18)

SCHENK-DANZINGER sieht **ursächlich vor allem die Minimale cerebrale Dysfunktion** als Auslöser für Legasthenie, wobei sie eine Reihe von Möglichkeiten für die Entstehung einer MCD nennt: Infektionskrankheiten der Mutter, Schwangerschaftsblutungen, Frühgeburtsrisiko, Sauerstoffmangel während der Geburt, schwere Krankheiten in den ersten beiden Le-

bensjahren usw. Hinzu kommen Dominanzprobleme (Beidhändigkeit, Rechts-Links-Unsicherheit), das heißt, es fehlt die eindeutige Händigkeit verbunden mit dem eindeutig besseren Gebrauch einer Körperseite (dominante Hand, Fuß, Auge ...). Die spezifische Fehlertypologie rundet die Diagnose von Legasthenie ab, vor allem:

*die Reversionen (d-b),
die Inversionen (M-W)*

und die Umstellungs- und Sequenzfehler (bald – blad, lief – fiel).

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass SCHENK-DANZINGER **intellektuell schwach begabte Kinder nicht von vorn herein ausschließt**. „Geringe Diskrepanzen, d.h. niedriger IQ ... und geringes Leistungsniveau sprechen nicht gegen eine klassische Legasthenie – **darüber entscheidet ja die Fehlersymptomatik**. ...Damit können auch prinzipiell Förderschüler (Lernbehinderte) Legastheniker sein. ... Auf der anderen Seite weist die Autorin darauf hin, dass die Diagnose um so sicherer ist, je größer die Diskrepanz zwischen Intelligenz und Leseleistung ausfällt (mittlere bis hohe Intelligenz versus niedrige Teilleistung, A.d.V.). (WALTER, 1996, S.21). Das o.g. Funktionsmodell **bezieht die Teilleistungsstörung in das Legastheniekonzept** mit ein. Das bedeutet, ungeachtet eines möglichen, geringen Leistungsniveaus sind

Teilleistungsstörungen klar umschriebene Ausfälle, die sich vom sonstigen Entwicklungsniveau eines Kindes deutlich unterscheiden.

ROSENKÖTTER zählt identifizierte **Teilleistungsschwächen** auf (auszugsweise):

- **sensorische Orientierung:** Aufmerksamkeit, auditiv-visuelle Koordination, Übererregbarkeit, auditive Diskrimination, visuelle Diskrimination, zeitliche Orientierung, Reifungsverzögerung, räumliche Orientierung usw.
- **Behalten:** auditives Kurzzeitgedächtnis, visuelles Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis
- **Informationsaufnahme:** Leseverständnis, mathematisches Verständnis, soziales Verständnis, visuelle Gestalterfassung usw.
- **Integration:** Geschwindigkeit bei auditiver Wahrnehmung, visuelle Vorstellung, Vorhersage, usw.
- **Ausdruck:** Schreiben, Zählen, Sprechen, Affektäußerungen, Gestik.

(nach ROSENKÖTTER; 1997, S. 65f)

Teilleistungsstörungen werden vererbt. Jungen sind im Verhältnis 6:1 wesentlich stärker betroffen als Mädchen. Am häufigsten kommen Sprachentwicklungsstörungen, und Störungen in der Feinmotorik und visuomotorischen Koordination vor. Es liegen zahlreiche Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen Legasthenie und Teilleistungsstörung vor.

ROSENKÖTTER schließt sich in vielen Bereichen dem klassischen Legastheniekonzept von SCHENK-DANZINGER an. Er kennzeichnet die **Ursachen und Symptome von Legasthenie** wie folgt:

- Sie (die Legasthenie, A.d.V.) ist meist angeboren,
- bei ca. 12% spielen Hirnschädigungen eine Rolle, z.B. durch Sauerstoffmangel bei der Geburt,
- bei ca. 60% handelt es sich um eine familiäre Disposition,
- Jungen haben 6 bis 8 mal häufiger Legasthenie als Mädchen,
- in der Zwillingsforschung existieren 100%ige Übereinstimmungen,
- in den betroffenen Familien finden sich häufig Sprachentwicklungsstörungen und Laterali-tätsstörungen (link-rechts-Probleme),
- es besteht jedoch kein Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Legasthenie, jedoch sind 25% der Legastheniker beidhändig,
- man findet ein erhöhtes Vorkommen von allergischen Erkrankungen,
- Z.Zt. geht man von einer hormonell oder stoffwechselbedingten intrauterinen Entstehung aus,

- 60-70% der dyslektischen Kinder leiden unter einer Dysfunktion der Augenbewegung, sie haben längere Fixationszeiten, beeinträchtigt simultanes Sehen, Doppelbilder, instabile Wortbilder,
- Legasthenie tritt international etwa gleich häufig auf (nur bei Bildschriften etwas weniger),
- es gibt **keine charakteristische Fehlertypologie**, wenn, dann nur Unterscheidung zwischen visuell und auditiv betroffenen Kindern,
- Legastheniker haben keine spezifische Persönlichkeitsstruktur oder soziale Herkunft,
- isolierte Legasthenie kommt relativ häufig vor,
- Legasthenie kann als eine Teilleistungsstörung oder als Kombination mehrerer Teilleistungsstörungen gesehen werden,
- **Zusammenhänge** zwischen Legasthenie und anderen Teilleistungsstörungen **sind nachgewiesen für:**

L + visuomotorische oder graphomotorische Störungen,
 L + visuelle Wahrnehmungsstörungen,
 L + Sprachentwicklungsstörungen,
 L + Störungen der Aktivität und Aufmerksamkeit,
 L + Dyskalkulie.

Folie 3

Damit beschreibt er (ROSENKÖTTER) die **Legasthenie als eine „hirnorganisch bedingte und spezifische Teilleistungs-, (und ergänzend zu SCHENK-DANZINGER, Anm. d.V.) Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung. ... Betroffen sind:**

- a) **das visuelle System:** die visuelle Erfassung, Speicherung und Wiedergabe von Buchstaben und Wörtern, die Steuerung der Augenfolgebewegungen beim Lesen und die Verschmelzung der Seheindrücke (binokulare Fusion),
- b) **das auditive System:** Lautsegmentation, Rhythmisierung, vor allem aber die auditive Diskrimination (Laut- und Wortunterscheidungsfähigkeit),
- c) **die Verknüpfung:** Buchstaben-Laut-Verknüpfung, Verknüpfung von lexikalischem und semantischem (Semantik = Wortbedeutung) Gedächtnis.“ (ROSENKÖTTER, 1997, S.12)

Folie 4

So argumentationsträchtig auch das medizinische Modell von den Autoren vertreten wird, so zahlreich sind trotz allem die Kritikpunkte. WALTER (1996, S. 19 ff) nennt unter anderem:

- Auch **MCD ist nur ein hypothetisches Konstrukt** und als solches **ungeeignet** als messbarer Faktor **für ein weiteres Konstrukt** zu dienen; auch hat nicht jedes Kind mit einer mutmaßlichen MCD Lern- und Verhaltensprobleme bzw. eine Legasthenie.
- Viele Kinder mit Dominanzanomalien (Probleme in der Rechts-Links-Dominanz) entwickeln keine Lese- oder Rechtschreibschwäche.
- Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Linkshändigkeit und Legasthenie.
- Auch die **Fehlertypologie bietet kein brauchbares Konzept** für eine klare Diagnostik, Nachreifen und Umlernen lassen diese Fehler häufig verschwinden.
- KLICPERA und GASTEIGER-KLICPERA (1993) konnten außerdem in einer Längsschnittstudie nachweisen, dass sich bei Volksschülern **kaum Unterschiede** zeigten, ob sie nun als **Legastheniker** im Sinne der genannten Kriterien oder als „normal“ **lese-rechtschreibschwach** eingestuft wurden. Nach ihrer Ansicht leistet eine Differenzierung keinen Beitrag zur Problemlösung.

3.3 Klassifikation in der ICD-10

Die LRS/Legasthenie als Funktionsstörung des Gehirns wird in der **ICD-10** (Internationale Klassifikation der Erkrankung der WHO) als umschriebene Entwicklungsstörung aufgeführt. Zu den klassifizierten Störungen gehören die:

- Lese- und Rechtschreibstörung (F 81.0)
- Isolierte Rechtschreibstörung (F 81.1)
- Rechenstörung (F 81.2)
- Kombinierte Störung schulischer Fertigkeiten (F 81.3)

Aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie

„**Definition:** Der Begriff der umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten umfasst die spezifischen und deutlichen Beeinträchtigungen des Erlernens des Lesens, Rechtschreibens und Rechnens. Ihnen gemeinsam ist die ätiologische (ursachenbezogene, A.d.V.) Annahme, dass diese **Störungen wesentlich in einer zentralnervösen, kognitiven Störung der Informationsverarbeitung begründet** sind. **Grundbedingung für die Diagnose** einer umschriebenen Entwicklungsstörung sind (nach ICD-10 F 8):

1. **Klinisch eindeutige Beeinträchtigungen spezieller schulischer Fertigkeiten:** eine der schulischen Fertigkeiten wird mit **mangelhaft oder ungenügend** benotet bzw. sie erhält eine bei **weniger als 3% der Schulkinder erwartete negative Bewertung**; in den **Vorschuljahren** sind meistens in den **Bereichen Sprechen oder Sprache**, seltener auch der Motorik oder Visuo-Motorik, Entwicklungsstörungen vorgekommen: es können als begleitende Probleme Unaufmerksamkeit, motorische Unruhe und psychische Störungen bestehen; die **Störungen lassen sich durch vermehrte Hilfe nicht immer überwinden**.
2. Der **Leistungsstand** des Kindes in der gestörten schulischen Fertigkeit **liegt deutlich unter dem Intelligenzniveau** und ist **nicht durch eine Intelligenzminderung erklärbar**.
3. Die Entwicklungsstörung muss **spätestens bis zum 5. Schuljahr in Erscheinung** getreten sein. In der Regel zeigt sich die Beeinträchtigung von Anfang der Schulzeit an.
4. Die Beeinträchtigung darf **nicht direkt Folge mangelnder Lerngelegenheit** sein, wie z.B. von Schulversäumnis, unqualifiziertem Unterricht oder häufigem Schulwechsel.
5. Unkorrigierte Seh- oder Hörstörungen oder andere **neurologische Erkrankungen erklären die Entwicklungsstörung nicht**. Auch handelt es sich **nicht** um den **Verlust** einer bereits erworbenen schulischen Fertigkeit.

Leitsymptome: Die Lesestörung ist durch folgende Fehler gekennzeichnet:

- Auslassen, Ersetzen, Verdrehen oder Hinzufügen von Worten oder Wortteilen
- Niedrigere Lesegeschwindigkeit
- Startschwierigkeiten beim Vorlesen, langes Zögern oder Verlieren der Zeile im Text
- Ungenaues Phrasieren
- Vertauschen von Wörtern im Satz oder von Buchstaben in den Wörtern
- Defizite im Leseverständnis; die Beeinträchtigung Gelesenes wiederzugeben und aus dem Gelesenen Schlüsse zu ziehen oder Zusammenhänge daraus zu ersehen.

Die Rechtschreibfehler sind – ebenso wie die Lesefehler – vom schulischen Entwicklungsstand des Kindes abhängig. **Eine Fehlertypologie, mit der sich die umschriebene Rechtschreibstörung definieren ließe, gibt es nicht**. In der deutschen Schriftsprache finden sich folgende Fehler:

- Reversion (Verdrehung von Buchstaben im Wort: b-d, p-q)
- Reihungsfolgefehler (Umstellungen von Buchstaben im Wort: bald – blad)
- Auslassungen von Buchstaben oder Wortteilen
- Einfügungen von falschen Buchstaben oder Wortteilen
- Regelfehler (z.B. Dehnungsfehler, Fehler in der Groß- und Kleinschreibung) und sog. Wahrnehmungsfehler (d-t, g-k, usw. werden verwechselt)
- Fehlerinkonstanz: Ein- und dasselbe Wort wird in schweren Fällen auch nach unter Umständen mehrjähriger Übung unterschiedlich fehlerhaft geschrieben.

Kinder, die leicht auswendig lernen, kompensieren u.U. die Lese- und Rechtschreibstörung; sie versagen erst in der 3. Klasse, wenn ungeübte Schriftsprachleistungen und Aufsätze gefordert werden. Schwerer betroffene Kinder sind meist nicht fähig, die Fehler beim Lesen und Rechtschreiben selbst zu erkennen und sich zu korrigieren.

Anschlussdiagnosen:

1. erworbene Dyslexie (R 48.0)
2. erworbene Leseverzögerung infolge emotionaler Störung (F 93)
3. Lese- Rechtschreibschwierigkeiten und Rechenschwierigkeiten infolge eines unangemessenen Unterrichts (Z 55.x)
4. Erworbene Rechenstörung, erworbene Rechtschreibstörung (R 48.8)

Bewertung der Diagnostik:

- Der **Prozentrang im Rechtschreib- bzw. Lesetest** sollte **nicht** signifikant **größer als 10** sein.
- Nach den Kriterien von ICD-10 ist für die Feststellung der Entwicklungsstörung ein **Intelligenzquotient > 70** vorauszusetzen.
- Eine **Diskrepanz** zwischen der allgemeinen intellektuellen Begabung und dem Versagen im Lesen und Rechtschreiben ist aufzuzeigen. Hierzu kann jeweils ergänzend zu dem Schulzeugnis (vor allem der Grundschulklassen) eine **T-Wert-Diskrepanz zwischen dem Gesamt-IQ und dem Rechtschreibtest von >12 Punkten** als die Diagnose stützendes Kriterium gelten (wenn dies testdiagnostisch möglich ist).
- Alternativ empfiehlt sich eine Diskrepanz von mindestens **1,5 Standardabweichungen** zwischen relativ höherem IQ-Wert und relativ niedrigerem Lese- bzw. Rechtschreibtestwerten.

Differentialdiagnostisch auszuschließen sind:

1. Lese- und Rechtschreibstörung ... **aufgrund einer neurologischen Erkrankung** wie z.B. einer cerebralen Bewegungsstörung, Epilepsie oder Sinnesfunktionsstörung; Sicherung durch neurologische Untersuchung, EEG, Seh- und Hörprüfung, Exploration.
2. Der **Verlust einer bereits erworbenen Lesefertigkeit**, Rechtschreibfähigkeit ... aufgrund einer erworbenen cerebralen Schädigung; Sicherung durch Anamnese.
3. **Erworbene Lese-Rechtschreibhemmung** ... infolge emotionaler Störung oder anderer psychiatrischer Störungen; Sicherung durch Exploration und Familiendiagnostik.
4. Lese-Rechtschreibstörung ... infolge von **mangelnder Unterrichtung**; Analphabetismus; Sicherung durch Anamnese und Exploration.“ (Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie)

Die o.g. diagnostischen Erkenntnisse werden mit Hilfe der multiaxialen Diagnostik gewonnen.

3.4 Merkmale der multiaxialen Diagnostik

Multiaxiale Diagnostik bedeutet, dass Befunde auf mehreren Ebenen eingeholt und bewertet werden sollen:

- **Achse I:** Klinisch psychiatrisches Syndrom (neurologische Befunde)
- **Achse II:** Umschriebene Entwicklungsstörung der schulischen Fertigkeiten (Lese-Rechtschreibdiagnostik)
- **Achse III:** Angaben zur Intelligenz (Intelligenzdiagnostik)
- **Achse IV:** Körperliche Symptomatik
- **Achse V:** Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Die multiaxiale Diagnostik beinhaltet eine differenzierte Vorgehensweise auf den verschiedenen Achsen:

Achse I: Klinisch psychiatrisches Syndrom (neurologische Befunde).

Diese erhebt der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. Kinderarzt mit Zusatzausbildung.

Achse II: Umschriebene Entwicklungsstörung der schulischen Fertigkeiten

Basisdiagnostik: Leseprüfung (z.B. Zürcher Lesetest, DLF, LT, BISC), Rechtschreibprüfung (standardisierte Rechtschreibtests, z.B. Hamburger Schreibprobe, DRT, GRT, WRT), Buchstabenlesen, Buchstabendiktat, Abschreiben von Wörtern und Texten, Zahlenlesen. Befunderhebung über standardisierte Testverfahren.

Achse III: Angaben zur Intelligenz

Intelligenzdiagnostik mit standardisierten Intelligenztestverfahren. Achtung! Es sind auch Auswirkungen der Legasthenie auf die Ergebnisse der Intelligenzdiagnostik möglich, wenn bei den vorgegebenen Verfahren eine hohe optische Differenzierungsfähigkeit erforderlich ist (z.B. PSB, CFT). Im Zweifelsfall muss der Verbalteil (z.B. bei HAWIK III oder AID) stärker gewichtet werden.

Achse IV: Körperliche Symptomatik

Motorische Entwicklung, Visuomotorik, Konzentration, Seh- und Hörfunktion. Funktionsüberprüfung ggf. beim Arzt; Test- und Beobachtungsverfahren, Anamnese und Exploration.

Achse V: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände

Befunderhebung über Persönlichkeitsfragebögen, Anamnese und Exploration.

Die **multiaxiale Diagnostik gilt als zentraler Beleg für das Vorhandensein einer Legasthenie**. Die Achsen I bis IV setzen voraus, dass nur ein bestimmter Personenkreis diese Daten erheben kann, z.B. Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderärzte mit Zusatzausbildung. Herr MD Dr. Wittmann hat in seinem Schreiben vom 9.8.2000 diese Achse mit in die vorgeschlagenen Formulare zur Bestätigung einer Legasthenie aufgenommen. (Anlagen **Folie 5 und 6**) Ergänzend teilt er jedoch mit: „Falls die Eltern der Übersendung eines ausführlichen Untersuchungsberichts an den Schulpsychologen nicht zustimmen sollten, wurde mit den Fachärzten bzw. den weiteren Fachkräften, die eine Untersuchung durchführen, vereinbart, dass im beiliegenden Attestvorschlag - falls zutreffend - **folgende Formulierungen** gewählt werden:

Achse I: Kein für die Diagnosestellung einer Legasthenie relevanter kinder- und jugendpsychiatrischer Befund. (statt Beschreibung des Befundes)

Achse II: (Schulische Fertigkeiten) **Muss ausgefüllt werden.**

Achse III: (Intelligenzangaben) **Muss ausgefüllt werden.**

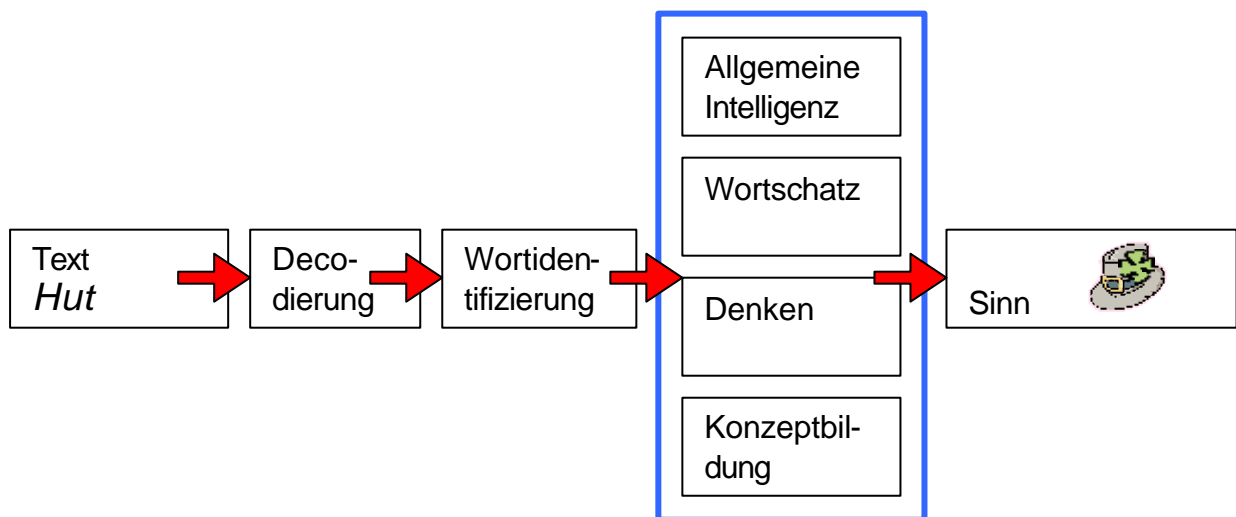
Achse IV: Keine für die Diagnose einer Legasthenie relevanten körperlichen Befunde.

Achse V: Keine für die Diagnose einer Legasthenie relevanten abnormen psychosozialen Umstände.

3.5 Die gestörte sprachlich- kognitive Informationsverarbeitung

Dieses Konzept stellt nicht mehr das Kind als Problemträger, sondern eher das Problem in den Mittelpunkt. Es geht unter anderem um Begriffe wie **phonologische Bewusstheit**, **Phonem-Graphem-Beziehungen** (Laut-Buchstabe), **Informationsverarbeitungsprozesse**, Gliederung von Wörtern in Segmente usw.

Anamnestisch ergeben sich bei 30 – 70% der Legastheniker Sprachauffälligkeiten, z.B. geringerer Wortschatz, Wortfindungsstörungen, Gedächtnisschwäche für sprachliches Wissen. „Die Defizite im sog. phonematischen Bewusstsein äußern sich darin, dass Personen mit Legasthenie schlecht oder gar nicht gedruckte oder gesprochene Worte in ihre lautlichen Teile zu zerlegen vermögen; Laute (Phoneme) den Schriftzeichen (Grapheme) nicht zuordnen können; sie erkennen die im Wort enthaltenen Phoneme und Silben nicht, ähnliche Laute können nicht unterschieden werden und Reime werden nicht erkannt.“ (WARNKE; GRIMM, 1998). Stellt man sich das Sprachsystem des Gehirns wie eine Reihe von einander zugeordneten Modulen vor, so hat jedes Modul eine Teilaufgabe, es ist z.B. zuständig für die Semantik (Wortbedeutung) oder die Syntax (Grammatik). Das Basismodul ist das phonologische Modul. Es ist für die Identifikation der einzelnen Lautelemente zuständig, aus denen unsere Sprache besteht. Das phonologische Modul ist immer dann zugeschaltet, wenn es um das Erkennen, Verstehen, Behalten und Produzieren von Wörtern geht. Beim Sprechen werden die Laute vom phonologischen Modul zum Wort zusammengesetzt, beim Hören wird das Wort in seine phonologischen Komponenten zerlegt. Die folgende Abbildung von SHAYWITZ zeigt die Modellvorstellung:



„Um ein geschriebenes Wort zu verstehen, muss man es mit Hilfe des phonologischen Moduls zuerst entziffern und als solches identifizieren, bevor man ihm unter Beteiligung höherer Funktionen eine Bedeutung zu geben vermag. Dieser erste Schritt gelingt Legasthenikern wegen eines partiellen Defekts in den dafür entscheidenden Hirnstrukturen nur mit Mühe. Diese Lese- und Schreibschwierigkeiten erwecken dann leicht den Anschein mangelnder Intelligenz, obwohl die höheren sprachlichen Ebenen oft durchaus normal funktionieren und die geistige Leistungsfähigkeit insgesamt sogar überdurchschnittlich sein kann.“ (Sally E. Shaywitz: Legasthenie – gestörte Lautverarbeitung, in Spektrum der Wissenschaft Januar 1997, S.70) **Folie 7**

Die Folge des Decodierungsmangels ist das Nichterkennen eines Wortes. Dem Wort kann kein Sinn zugeordnet werden. Der Grad der phonologischen Bewusstheit kann schon im Vorschulbereich zu einer Aussage über mögliche Legasthenie im Schulalter führen. BREUER/WEUFFEN nehmen diese Erkenntnis zum Anlass, in ihrem Buch „Lernschwierigkeiten am Schulanfang“ ein Testverfahren für Schulanfänger vorzustellen und Übungen zur Steige-

rung der phonologischen Bewusstheit anzubieten. KLICPERA beschreibt das Problem umfassend: „Leseschwache Kinder scheinen somit durch einen Rückstand in der Entwicklung der phonologischen Bewusstheit unzureichend auf die Aneignung einer alphabetischen Schriftsprache vorbereitet. Die leseschwachen Kinder können durch die Auseinandersetzung mit der Schrift allein – ohne spezielle Unterweisung in der Phonemanalyse – den Rückstand in der Entwicklung der phonologischen Bewusstheit nicht aufholen. ... Eine geringere Sensibilität für Lautunterschiede dürfte zudem ein stabiles Merkmal sein, das auch bei Erwachsenen für interindividuelle Unterschiede in der Lesefähigkeit bzw. in den verwendeten Lesestrategien von Bedeutung ist. ... In den letzten Jahren wird vor allem eine allgemeine phonologische Verarbeitungsschwäche als Ursache für die Entwicklung von Lese- und Schreibschwierigkeiten diskutiert. Diese Hypothese ist insofern von besonderem Belang, als sie eine direkte Brücke zu den Informationsverarbeitungstheorien des Lesens und Schreibens schlägt. Da das Rekodieren der Grapheme (Schriftzeichen) in Phoneme (Laute) beim Lesen sowie umgekehrt der Phoneme in Grapheme beim Rechtschreiben jene Funktion sein dürfte, die dem Großteil der lese- und rechtschreibschwachen Kinder besonders schwerfällt, wäre es möglich, dass dies auf einer allgemeineren Beeinträchtigung phonologischer Funktionen beruht.“

Ebenso ist bei 5 – 10% der Legastheniker die visuelle Informationsverarbeitung betroffen, WARNKE nennt Beispiele:

- sie „sehen“ ihre Fehler nicht
- auch wenn sie die Wörter selbst richtig lesen, sind sie häufig verdreht geschrieben
- sie haben auch Schwierigkeiten im Umgang mit figuralen Darstellungen
- sie geben visuelle Vorgaben verlangsamt und fehlerhaft wieder
- die sakkadischen Fixationsreaktionen (Fixieren von Teilen mit einem Blick) sind verlängert
- die Augenbewegungen sind instabil, häufig rückwärts gerichtet

„Ein integrierter Erklärungsansatz wäre es nun, davon auszugehen, dass bei Personen mit Legasthenie die Übersetzung visueller Informationen in sprachliche Informationen dann nicht stattfindet, wenn alphabetische Schriftsprache abverlangt wird. ... Dabei wäre es möglich, dass diese Übersetzung scheitert, weil bereits funktionelle Störungen im visuellen System oder aber im sprachlichen Informationssystem, in beiden Systemen gleichzeitig oder aber in einem dritten System, das die Transformation visueller Buchstabeninformation in verbale sprachliche Information leistet, vorliegen.“ (WARNKE, 1997)

3.6 Pädagogisch orientierte Erklärungsmodelle

GANSER (Akademie für Lehrerfortbildung Dillingen, 2000) betont einen eher pädagogischen Ansatz. „Fruchtbarer für diagnostische und therapeutische Zwecke erscheint die Erklärung der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten innerhalb eines Ansatzes, der das dynamische Wechselspiel sozial-familiärer, individuell-kognitiver und schulischer Faktoren berücksichtigt.“ (VALTIN in GANSER, 2000; S.23). Hier wird nicht mehr von Lernbehinderung, sondern von einer Behinderung des Lernens gesprochen und hervorgehoben, dass auf bestimmten Stufen im Lese-Schreiblernprozess alle Kinder Schwierigkeiten haben, manche eben größere. Für diese Theorie sprechen zum einen die mangelnden Erfolge von Förderprogrammen, die die Teilleistungsstörungen in den Mittelpunkt stellen, zum anderen die Untersuchungsergebnisse von GASTEIGER/ KLICPERA (1993), die belegen, dass die Diskrepanztheorie (Intelligenz im Verhältnis zur Teilleistung) nur wenig zum Erfolg von Fördermaßnahmen beiträgt. Folge dieses Konzeptes ist es, die Lernbedingungen und Lernvoraussetzungen zu betrachten, um jeweils an der kritischen Stelle modifizierend einzugreifen. Schriftsprachkompetenz wird auf unterschiedlichen Stufen erworben, wobei die erworbenen Fertigkeiten der vorangegangenen Stufe als Voraussetzung in die nächsthöhere Stufe mit eingehen. Grundlage sind drei Grundeinsichten, die von den Kindern erworben werden müssen:

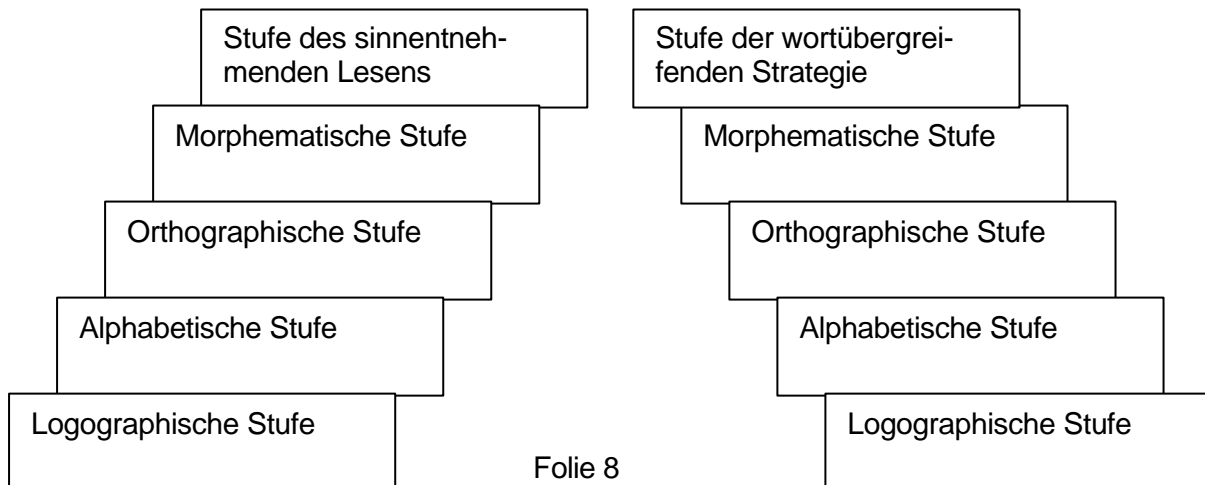
„1. Einsicht in den von anderen Zeichensystemen unterschiedlichen Charakter der Schrift,

2. Einsicht in die Phonem-Graphem-Korrespondenz,
3. Übernahme von Rechtschreibmustern ...“ (RICHTER in GANSER, 2000, S.10)

Die Einsicht in das Zeichensystem einer Schrift ist Voraussetzung für das Verstehen einer bestimmten Laut- Zeichen- Zuordnung. Diese wiederum ist der erste Schritt für die Übernahme von Rechtschreibmustern, selbst wenn diese nur bedingt lautgetreu angelegt sind.

GANSER stellt als Grundlage für die Diagnose und Förderung lese-rechtschreibschwacher Kinder ein fünfstufiges Modell vor (GANSER, 2000, S.11)

Entwicklungspsychologisches Stufenmodell des Lesen- und Rechtschreiblernens



Wenn es also zu Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten kommt, so sieht GANSER darin eine „mangelnde Verfügbarkeit von Strategien der Informationsverarbeitung auf den verschiedenen Entwicklungsstufen“. Daran sollte sich auch der Förderunterricht orientieren.

Das oben aufgeführte Konzept wird unterstützt durch Untersuchungen von VALTIN (Prof. Dr. Valtin, Humboldt-Universität Berlin). Sie spricht von der „kognitiven Klarheit“, die nötig ist, um problemlos die Schriftsprache zu erwerben. Als Hauptgründe für einen verzögerten Schriftspracherwerb nennt sie in Anlehnung an das o.g. Stufenmodell folgende Schwierigkeiten:

1. Phonembewusstsein und Lautanalyse
Die Verschmelzung der Laute in der gesprochenen Sprache erschwert die Analyse einzelner Laute.
2. Kenntnis der Phonem-Graphem-Zuordnungen
Es gibt keine Eins-zu-eins-Zuordnung. Bestimmte Zeichen können in verschiedenen Silben verschieden gesprochen werden (besonders das „e“); Buchstabenkombinationen ergeben neue Laute, z.B. „Sch“; ähnliche Laute können unterschiedlich graphisch repräsentiert sein, z.B. „eu“, „äu“.
3. Das Wortkonzept
Viele Schulanfänger glauben, dass nur wirklich Wichtiges, also die Substantive und Verben, aufgeschrieben werden. Das entspricht der kindlichen Entwicklungsstufe. Für den Schriftspracherwerb muss die Einsicht in den Zusammenhang von gesprochener und geschriebener Sprache erworben werden.

VALTINS zentrale These lautet: „... dass die Lernenden beim Schriftspracherwerb zu einer gedanklichen Klarheit in Bezug auf Funktion und Aufbau der Schrift gelangen müssen. Ferner brauchen sie metakognitives Wissen in Bezug auf geeignete Lern- und Übungsstrategien sowie effektive Arbeitstechniken.“ (VALTIN in GANSER; 2000, S. 16)

3.8 Medizinisches versus pädagogisches Konzept

Auf dem 4. Münchner Kinder- und jugendpsychiatrischen Symposium über psychische Entwicklungsstörungen am 9.5.1998 stellte Prof. Dr. med. Suchodoletz von der LMU in einem Vortrag Vor- und Nachteile beider Hauptkonzepte vor. Er zeigte auf, dass in vielen Bereichen, die das medizinische Konzept stützen, neue Untersuchungen einzelne Thesen bestätigen (Auszüge aus seinem Vortrag):

1. Visuelle Wahrnehmungsschwäche

Dysfunktion der Augenbewegung, längere Fixationszeiten, instabiles Sehen usw. konnten erneut bestätigt werden.

- Neuroanatomische Ebene

Histologische Untersuchungen zeigten bei LRS-Patienten eine Verminderung der Zahl der Nervenzellen in der Riesenzellschicht. Die Riesenzellen ... sind für die Vorverarbeitung von Informationen, die schnell hintereinander eintreffen und nur einen geringen Kontrast aufweisen, verantwortlich.

- Neurophysiologische Ebene

Bei visuellen Bewegungsreizen wurde mit Hilfe elektrophysiologischer Methoden eine fehlende Aktivierung der Hirnregion V5 beobachtet.

SUCHODOLETZ empfiehlt: „Insgesamt geben die bisherigen ... Untersuchungsergebnisse Anlass, erneut über spezifische visuelle Wahrnehmungsschwächen bei legasthenen Kindern nachzudenken.“

2. Auditive Wahrnehmungsstörungen

Im Vordergrund stehen Schwächen in der Phonemanalyse und in der phonematischen Bewusstheit allgemein. Es gilt als empirisch gesichert, dass Schwächen in der phonematischen Differenzierungsfähigkeit bei legasthenen Kindern eine große Rolle spielen.

3. Weitere Teilleistungsschwächen

Die Vermutung, dass Störungen in der Dominanzentwicklung Legasthenie mitbedingen können, konnte bisher nicht wissenschaftlich bestätigt werden. Viele Therapieverfahren beziehen jedoch Übungen zur Verbesserung der Koordination und Hirnhemisphärendominanz in ihr Programm mit ein.

„Insgesamt liegt eine Fülle von Befunden zu Teilleistungsschwächen bei LRS-Kindern vor. Über 50 verschiedene neuropsychologische Störungen, die mit der LRS in einem kausalen Zusammenhang gesehen werden, wurden beschrieben. Die Ergebnisse sind jedoch widersprüchlich und werden deshalb von verschiedenen Seiten angezweifelt. ... Als LRS-typisch erwiesen sich Defizite in der auditiven Wahrnehmung und Merkfähigkeit und der Sprachproduktion. ...“

Vor allem wegen der Widersprüchlichkeit der medizinischen Forschungsergebnisse entwickelte sich das sog. Pädagogische Konzept. Die Hauptthesen und gleichzeitig Vorwürfe gegen das medizinische Konzept lauten:

- „Intelligenz und Schulleistung korrelieren nur mäßig miteinander, und Diskrepanzen zwischen beiden sind zu erwarten.
- LRS ist eine Beschreibung für eine Variante normaler Begabung und keine Störung.
- Es gibt weder spezifische Symptome noch kausale Basisstörungen.
- Statt psychometrischer und operationalisierter Diagnostik ist eine ganzheitliche Betrachtung erforderlich (Schulleistung, Persönlichkeit, Förderung, Umfeld).
- Kinder bedürfen einer guten Pädagogik und keiner Therapie.
- Pathologisierung lernschwacher Schüler.
- Ungerechtfertigte Vereinfachung komplexer Zusammenhänge durch Zurückführung auf Einzelschritte in der Informationsverarbeitung.

- Anstoß eines Therapiebooms mit fragwürdigen Methoden.
- Abkopplung der Hilfen vom eigentlichen Schriftspracherwerb.
- Vom Ansatz her insuffiziente Therapieangebote (1-2 mal pro Woche durch didaktisch un- ausgebildete Therapeuten).“

„Zusammenfassend ist festzustellen, dass es bislang nicht gelungen ist, die Kindergruppe mit einer Diskrepanz zwischen Lese-Rechtschreibleistungen und allgemeinem intellektuellen Leistungsniveau durch spezifische Besonderheiten hinsichtlich der Art der Informationsverarbeitung, der Worterkennung, hinsichtlich neuroanatomischer Besonderheiten oder genetischer Charakteristika zweifelsfrei als spezielle Gruppe zu identifizieren. **Aus der Sicht empirischer Belege stehen somit medizinisches und pädagogisches Konzept gleichwertig nebeneinander. Bisher kann keine wissenschaftlich begründete Entscheidung über die Richtigkeit der einen oder anderen Hypothese getroffen werden.**“

4. LRS und Legasthenie im Schulalltag

Die beschriebenen Konzepte prägen natürlich auch den Schulalltag. Die Definitionen von Legasthenie und LRS, der Umgang mit den betroffenen Kindern, die Auswirkungen auf Lernmethodik und Förderung bis hin zum Nachteilsausgleich kennzeichnen den jeweiligen Standort der Administration, der Beratungsfachkräfte und der Lehrer. Die große Bandbreite der aufgeführten Konzepte (wobei nicht alle genannt wurden!), ihrer Erklärungsmodelle und Interventionsvorschläge sollte nachdenklich stimmen, wenn es darum geht, im Einzelfall verschiedene Standpunkte einander anzunähern.

Trotzdem ist es durchaus hilfreich, für den Schulalltag einheitliche Orientierungshilfen zu haben, um pädagogisch-psychologische Ermessensspielräume nicht in Willkür ausarten zu lassen. In diesem Sinn sind die neuen Richtlinien vom 16. November 1999 ein begrüßenswerter Schritt, um den betroffenen Kindern zu helfen.

4.1 KMBek vom 16. November 1999

Die KMBek unterscheidet – in Anlehnung an das medizinische Modell, insbesondere unter Berücksichtigung des multifaktoriellen Ansatzes von WARNKE zwischen:

1. einer Legasthenie oder Lese-Rechtschreib**störung**,
2. einer LRS oder Lese-Rechtschreib**schwäche**
3. und einer Lese-Rechtschreibschwäche bei **allgemeiner Minderbegabung**.

Auszug aus der KMBek vom 16.11.99

„**Legasthenie** ist eine Störung des Lesens und Rechtschreibens, die **entwicklungsbiologisch** und **zentralnervös** begründet ist. Die Lernstörung besteht **trotz normaler oder auch überdurchschnittlicher Intelligenz** und **trotz normaler familiärer und schulischer Lernanregungen**. Die Beeinträchtigung oder Verzögerung beim Erlernen grundlegender Funktionen, die mit der Reifung des zentralen Nervensystems verbunden ist, hat demnach **biologische Ursachen**, deren Entwicklung lange vor der Geburt des Kindes angelegt oder durch eine Schädigung im zeitlichen Umkreis der Geburt bedingt ist.

Legasthenie ist eine nur schwer therapierbare Krankheit, die zu teilweise erheblichen Störungen bei der zentralen Aufnahme, Verarbeitung und Wiedergabe von Sprache und Schriftsprache führt. Individuelle Ausprägungen und Schweregrade dieser Lernschwierigkeit ergeben sich durch **unterschiedliche Kombinationen von Teilleistungsschwächen** der Wahrnehmung, der Motorik und der sensorischen Integration. Von Legasthenie sind rund 4 % aller Menschen betroffen.

Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS)

Im Gegensatz zur anhaltenden Lese- und Rechtschreibstörung können Schüler **ein vorübergehendes legasthenes Erscheinungsbild** aufweisen, das auf **unterschiedliche Ursachen** zurückzuführen ist. Ursache dafür kann **z.B. eine Erkrankung, eine besondere seelische Belastung oder ein Schulwechsel** sein. Rund 7 bis 10 % aller Schüler im Einschulungsalter haben Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens.

Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf

Lese- und Rechtschreibschwächen im Rahmen einer allgemeinen Minderbegabung treten bei Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf, die aber nicht so schwach begabt sind, dass sie eine Schule zur individuellen Lernförderung besuchen müssten. Diese Schüler haben jedoch in allen Bereichen schulischen Lernens und Arbeitens teilweise erhebliche Schwierigkeiten, die über die gesamte Schulzeit anhalten.“

Damit schließt sich das Kultusministerium zwar insgesamt dem medizinischen Modell an, differenziert aber darüber hinaus zwischen Störung und Schwäche. Letztere Unterscheidung ist durch empirische Untersuchungen in dieser Form nicht zu belegen. Die Definitionen haben konkrete Auswirkungen auf den diagnostischen Prozess, die Begutachtungskompetenz, auf Fördermaßnahmen und Nachteilsausgleich.

Die **Strukturierungshilfe** zeigt die Unterschiede im einzelnen auf. **Folien 9a, 9b, 9c.**

4.2 *Schlussbemerkung*

Die Ausführungen haben einen Einblick in die Komplexität und Widersprüchlichkeit der Thematik „Legasthenie“ gegeben. Komplexe Probleme können in der Regel nicht durch „Kochrezepte“ gelöst werden. Für den Schulalltag und die Beratung heißt das:

1. Hinter jedem einzelnen „Fall“ steht ein Kind mit einer ganz individuellen Problematik.
2. Die Leitfrage muss demnach sein: Wie können wir in diesem individuellen Fall dem Kind helfen, mit und trotz seiner Rechtschreibprobleme, einen angemessenen Standort im Schulsystem zu finden.
3. Sogenannte objektive Kriterien (Prozentränge in Tests, IQ, T-Wertdifferenzen usw.) schützen einerseits vor willkürlichen Entscheidungen, sind aber auch stets vor dem Hintergrund des theoretischen Konstrukts zu sehen, dessen sie sich bedienen.
4. Es gibt in der pädagogischen Psychologie grundsätzlich zwei Arten von möglichen Fehlern:
 - a) **Fehlertyp 1:** Eine Störung **wird zu unrecht** diagnostiziert. Als Folge davon bekommt der Klient eine **Behandlung** (Fördermaßnahmen, Therapie, Nachteilsausgleich), die ihm eigentlich **nicht zusteht**.
 - b) **Fehlertyp 2** Eine Störung wird **fälschlich nicht diagnostiziert**. Als Folge davon bekommt der Klient **keine Behandlung**, die ihm eigentlich **zusteht**.

Nach meiner Einschätzung liegt beim Fehlertyp 1 das geringere Risiko, einem Kind unzureichend zu helfen.

5. „Kann-Bestimmungen“ sind nicht dazu da, nur bei bestimmten Persönlichkeitsmerkmalen eines Schülers Anwendung zu finden, z.B. hohe Anpassungsfähigkeit, Fleiß, Aufmerksamkeit, Arbeitswille. Sie können Kindern gerade in der Phase ihrer Entwicklung Hilfen anbieten, in der grundlegende Einstellungen zur Schule, zum Lernen und zu unserer Leistungsgesellschaft geschaffen werden.

Literaturverzeichnis:

Sie können den gesamten Vortrag mit Folien als pdf-Datei über die homepage der Schulberatung München abrufen:

<http://www.schulberatung-muenchen.de>
Fachartikel – Legasthenie

Grundlagenliteratur für diesen Vortrag – schulartübergreifend, teilweise mit Förderhinweisen

1. Rosenkötter, Henning: Neuropsychologische Behandlung der Legasthenie, Weinheim 1997, Beltz Verlag.
2. Walter, Jürgen: Förderung bei Lese- und Rechtschreibschwäche, Göttingen 1996, Hogrefe Verlag.
3. Tacke, Dr. Gero: Lese-Rechtschreibschwäche – Diagnose, Ursache, Fördermöglichkeiten, Stuttgart 1998, Landesinstitut für Erziehung und Unterricht Stuttgart
4. Ganser, Bernd (Projektleitung): Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, Donauwörth 2000, Akademie für Lehrerfortbildung, Auer Verlag.
5. Klicpera, Christian und Gasteiger-Klicpera, Barbara: Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten, Entwicklung, Ursachen, Förderung; Weinheim 1998, 2. Auflage, Beltz Verlag.
6. Grisseemann, Hans: Von der Legasthenie zum gestörten Schriftspracherwerb, Bern 1996, Hans Huber Verlag.
7. Duden Ratgeber Legasthenie, Mannheim 1998
8. Breuninger, Helga und Betz, Dieter: Jedes Kind kann schreiben lernen, Weinheim 1991, 4. Auflage, Beltz Verlag.
9. Breuninger, Helga und Betz, Dieter: Teufelkreis Lernstörungen, Weinheim 1987, 2. Auflage, Psychologie Verlags Union.
10. Breuer, H. und Weuffen, M.: Lernschwierigkeiten am Schulanfang, Weinheim 1993, Beltz Verlag.
11. Institut und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LMU München: Rede auf dem 4. Münchner Kinder- und jugendpsychiatrischen Symposium von Prof. Dr. med. Suchodoletz, 9.5.1998
12. Petermann, F. (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie; Göttingen 1995, S. 287 – 323; darin: Warnke, Andreas: Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung

Förderliteratur – Kopiervorlagen, Ideensammlungen, therapeutische Hilfen

1. Ganser, Bernd (Hrsg.): Damit hab ich es gelernt, Materialien und Kopiervorlagen zum Schriftspracherwerb (Grundschule), Donauwörth 1999, Auer Verlag.

Amtliche Schreiben, Veröffentlichungen, rechtliche Grundlagen, Ergänzungen

1. AWMF online (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie: Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10); <http://www.uni-duesseldorf.de/www/AWMF>.
2. KMBek vom **16. November 1999** Nr. IV/1a-S7306/4-4/127883: Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens.
3. Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **25.2.2000** (Dr. Wittmann); ergänzende Erklärungen zum KMBek vom 16.11.99.

4. Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **20.4.2000** (H. Hartwig) an die Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten; ergänzende Erklärung zum KMBek vom 16.11.99.
5. Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **16.6.2000** (Neukamm); ergänzende Erklärungen (für Gymnasien) zum KMBek vom 16.11.99.
6. Amtliche Bekanntmachungen der Regierung von Oberbayern vom , Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens; Zusammenfassung der KMBek vom 16.11.99.
7. Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **7.7.2000** (Schmid); ergänzende Erklärungen (für Realschulen) zum KMBek vom 16.11.99.
8. Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **9.8.2000** (Dr. Wittmann); ergänzende Erklärungen; Attestformular, Bescheinigung.
9. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom **11. August 2000** Nr. IV/1-S7306/4-4/86591: Änderung der Bekanntmachung „Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens“