

STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

FACHINFORMATIONEN DES ENTWICKLUNGSDIAGNOSTISCHEN UND –THERAPEUTISCHEN MINI-AMBULATORIUMS WOLFSBERG

Ausgabe Nr. 1 ■ April 2006

► Editorial

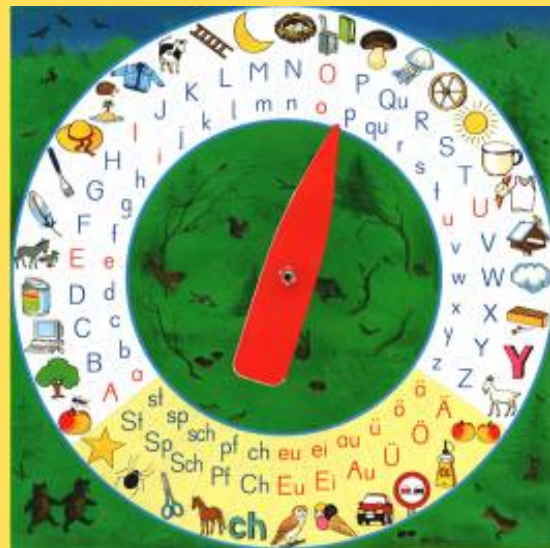
Umschriebene Lese-Rechtschreib-Störungen

Lese- und Rechtschreibstörungen zählen zu den häufigsten Vorstellungsgründen im Mini Ambulatorium. Unserer Erfahrung nach herrscht ein großer Aufklärungsbedarf über dieses Störungsbild sowohl seitens der Eltern betroffener Kinder als auch PädagogInnen; KlientInnen berichten häufig, dass sie mit einer widersprüchlichen Informationsflut über die Lese-Rechtschreibstörung konfrontiert sind:

Große Verwirrung bereitet eine uneinheitliche Verwendung bestimmter Termini, viele, teilweise sehr unterschiedliche therapeutische Maßnahmen werden angepriesen. Häufig berichten betroffene Eltern von einem langen vorangegangenen „Leidensweg“: Eine ausführliche Diagnostik wurde bei den wenigsten Kindern durchgeführt, unterschiedliche „Interventionen“ haben bereits stattgefunden, doch häufig ohne Erfolg.

Mit dem Ziel, mehr Klarheit über Auffälligkeiten im Erwerb des Lesens und Rechtschreibens zu schaffen, widmet sich die erste Ausgabe von *Standards in Diagnostik und Therapie* diesem Störungsbild¹. Basierend auf dem aktuellen Stand der Forschung werden anhand eines Patientenbeispiels das Störungsbild und der Verlauf beschrieben, gegenwärtig diskutierte Ursachen sowie der diagnostische Prozess werden skizziert. Über therapeutische Interventionsformen werden wir in der folgenden Ausgabe berichten.

Esther Blassnig



Standards in Diagnostik und Therapie **bestellen:**

Gegen einen Unkostenbeitrag von 12 Euro erhalten Sie von uns vier Ausgaben/Jahr per Post zugesandt. In den einzelnen Ausgaben werden Sie über Entwicklungsstörungen der Sprache und des Sprechens sowie der Motorik, über Hyperaktivitäts- und Impulsivitätsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, Depressivität und Angststörungen informiert.

¹ Die Rechenstörung wird Inhalt einer weiteren Ausgabe von *Standards in Diagnostik und Therapie* sein.

Umschriebene Lese-Rechtschreib-Störungen

CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG & ESTHER BLASSNIG

Der 10 jährige Martin kommt gemeinsam mit seiner Mutter Frau A. zum Erstgespräch. Martin habe seit der 1. Klasse Volksschule Schwierigkeiten sowohl beim Lesen als auch beim Rechtschreiben. Seine Lesegeschwindigkeit sei im Vergleich zu Kindern in seinem Alter niedrig. Er mache beim Lesen viele Fehler. Außerdem hat Frau A. den Eindruck, dass Martin nicht verstehe, was er lese. Beim Schreiben begehe er trotz häufigen Übens viele Fehler, die Groß- und Kleinschreibung bereite ihm Schwierigkeiten. Das Anfertigen der Hausaufgaben nehme stets sehr viel Zeit in Anspruch und führe zu Spannungen zwischen Martin und seinen Eltern. Weiter schildert die Mutter, dass Martin oft keine Lust mehr aufs Lernen oder auf die Schule hat, obwohl die Klassenlehrerin viel Verständnis für Martins Schwierigkeiten zeige. Er habe die 2. Klasse Volksschule wiederholt, was jedoch nicht zu einem Aufholen bezüglich seiner Defizite geführt habe.

Definition

Kinder wie Martin, die Beeinträchtigungen des Erlernens der Schriftsprache zeigen, werden landläufig als „Legastheniker“ bezeichnet. Sie mühen sich mit der Rechtschreibung ab, benötigen sehr viel Zeit, einzelne Wörter oder Sätze zu lesen, die Lesefehleranzahl ist meist sehr hoch (siehe „Symptomatik“).

In der Fachsprache wird der Begriff *Legasthenie* durch *Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten* ersetzt. Störungsbilder des Lesens, Schreibens und Rechnens werden im Diagnosesystem ICD-10 der WHO (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Auflage) im Kapitel V unter F81 klassifiziert. Die wichtigsten Diagnosen sind die *Lese- und Rechtschreibstörung*² (F81.0), *Isolierte Rechtschreibstörung* (F81.1), *Rechenstörung* (F81.2) und die *Kombinierten Störungen schulischer Fertigkeiten* (F81.3). Letztere stellt eine Restkategorie dar und subsumiert Störungen, die sowohl den Lese- als auch den Rechtschreib- und Rechenerwerb betreffen.

Unter LRS versteht man gemäß ICD-10 spezifische und deutliche Beeinträchtigungen im Erlernen von Lese- und Rechtschreibfertigkeiten, die von frühen Stadien der Entwicklung an bestehen. Die bestehenden Schwie-

rigkeiten sind nicht durch eine Intelligenzminderung oder unterdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten des Kindes erklärbar. LRS muss von den sog. *Erworbenen Störungen der Schriftsprache* abgegrenzt werden. Letztere sind durch unauffälliges, also alterskonformes Erlernen des Lesens und Schreibens gekennzeichnet; erst durch äußere Einwirkungen (wie z.B. Unfälle und daraus resultierende Schädel-Hirn-Traumata) oder pathologische Vorgänge (wie Gehirntumore, Entzündungsprozesse im Gehirn) kommt es zu einem teilweisen oder gar gänzlichen Verlust der zuvor erworbenen Kulturtechniken. Beeinträchtigungen des Erlernens schulischer Fertigkeiten dürfen auch nicht auf Mangel an Gelegenheiten, sich die Lese- und Rechtschreibfertigkeit anzueignen (z.B. unzureichender Unterricht, längere Abwesenheit von der Schule) zurückzuführen sein. LRS ist nicht direkte Folge von emotionalen Störungen, Seh- Hörstörungen oder neurologischen Erkrankungen im engeren Sinn; sehr wohl kann LRS mit diesen zusammen auftreten (Dilling et al., 2005; Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003).

Von Suchodoletz (2003a) geht davon aus, dass im deutschsprachigen Raum bei etwa 7% aller Kinder umschriebene Lese-Rechtschreib-Störungen vorliegen. Warnke et al. (2004) nehmen für den deutschen Sprachraum für die Schülerpopulation eine Prävalenz³ von 4-8% an. Die Prävalenzraten liegen in den Grundschulklassen höher als in den höheren Schulstufen. Die Lese-Rechtschreib-Störung kommt in allen Bevölkerungsschichten vor, wenngleich sich Schüler mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten häufiger in sozioökonomisch schwachen und bildungsmäßig beeinträchtigten Bevölkerungsgruppen finden.

Symptomatik und Verlauf

Die Fehler, welche die Kinder/Jugendlichen bezüglich des Lesens und Rechtschreibens machen, sind von ihrem schulischen Entwicklungsstand abhängig. In den frühen Stadien des Erlernens der Schrift fallen meist Probleme beim Aufsagen des Alphabets, bei der korrekten Benennung von Buchstaben, beim Bilden einfacher Wortreime und bei der Analyse oder der Kategorisierung von Lauten auf. Ein weiteres Charakteristikum ist die Fehlerinkonstanz, das heißt ein und dasselbe Wort wird unterschiedlich fehlerhaft geschrieben.

² Im Folgenden wird der Begriff *Lese- und Rechtschreibstörung* mit LRS abgekürzt.

³ *Prävalenz* ist eine epidemiologische Kennzahl und sagt aus, wie viele Individuen einer bestimmten Population an einer bestimmten Krankheit leiden.

Typisch für die Lesestörung ist u.a. ein ungenaues Phrasieren. Das betroffene Kind ersetzt, verdreht und/oder fügt beim Vorlesen ganze Wörter oder Wortteile hinzu. Es finden Vertauschungen von Wörtern im Satz oder von Buchstaben im Wort statt. Startschwierigkeiten und langes Zögern beim Vorlesen, das Verlieren der Zeile im Text sind weitere Symptome und führen zu einer beträchtlichen Reduktion der Lesegeschwindigkeit. Hinzu kommen Defizite im Leseverständnis; der betroffenen Person fällt es sehr schwer, Gelesenes wiederzugeben, daraus Schlüsse zu ziehen oder Zusammenhänge zu ersehen.

Bezüglich des Rechtschreibens erscheint aus therapeutischer Sicht und ätiologischen Überlegungen heraus eine Einteilung nach der Fehlerart hilfreich. Folgende Fehlerarten gilt es zu beachten:

Von sog. *Phonemfehlern* spricht man, wenn gegen die lauttreue Schreibung verstoßen wird (*schriben* statt *sprechen*, *Bil* statt *Bild*, *felnd* statt *fehlend*⁴). Durch eine ungesicherte Laut-Buchstaben-Zuordnung (Phonem-Graphem-Korrespondenz) ist das ursprünglich intendierte Wort durch Reihenfolgefehler, wie Umstellungen von Buchstaben im Wort, Auslassungen von Buchstaben oder Wortteilen, Einfügungen von falschen Buchstaben oder Wortteilen sowie Reversionen (Verdrehungen von Buchstaben im Wort) weder erkenn- noch erahnbar.

Dehnungsfehler (*Stul* statt *Stuhl*), Fehler hinsichtlich der Groß- und Kleinschreibung und Doppelungsfehler (*Hamer* statt *Hammer*) gelten als *Regelfehler*, also Verstöße gegen die Deutsche Orthographie. Auch Wahrnehmungsfehler (*grank* statt *krank*) fallen in diese Kategorie. Hinsichtlich der Orthographie unterscheidet man zwischen Hundertprozentregeln⁵ und Häufigkeitsregeln, die im Laufe des Rechtschreiberwerbs gelernt werden müssen. Häufigkeitsregeln gelten für die Mehrheit der Wörter, aber eben nicht für alle; die Ausnahmen solcher Häufigkeitsregeln müssen im Lernprozess abgespeichert werden. Derartige Verstöße gegen die regelhaften Abweichungen der Orthographie werden als *Speicher- oder Merkfehler* bezeichnet (*Buss* statt *Bus*)⁶.

In die letzte Kategorie fallen die *Restfehler*.

Oft können Kinder, welche schnell auswendig lernen, die LRS in den ersten Schuljahren gut kompensieren. Die Schwierigkeiten treten meist erst auf, wenn ungeübte Diktate und Aufsätze gefordert werden.

In der späteren Kindheit, Jugend und im Erwachsenenalter sind die Probleme bezüglich des Rechtschreibens meist größer als die Defizite beim Lesen (Dilling et al., 2005; Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003).

⁴ Dies sind Beispiele der Kategorie N-Fehler aus dem SLRT eines 8,8 jährigen Mädchens, welches die 2. VS besucht.

⁵ Darunter versteht man Rechtschreibregeln, die immer gelten, es gibt keine Ausnahmen.

⁶ Entsprechend der Häufigkeitsregel folgen nach jedem kurz gesprochenen Vokal mindestens zwei Mitlaute (vgl. *Kuss*). *Bus* gilt als Ausnahme dieser Regel.

Lesen- und Rechtschreibstörungen weisen einen relativ stabilen Verlauf auf. Lesefertigkeiten werden zwar in der Regel erworben, jedoch ist die Lesegeschwindigkeit im Vergleich zu Personen, welche nicht unter einer LRS leiden, niedriger. Rechtschreibschwierigkeiten überdauern oft bis in das Erwachsenenalter. Bei entsprechendem Schweregrad und Ausbleiben einer adäquaten Behandlung bringt eine Lesen- Rechtschreibstörung für Betroffene psychische, schulische, berufliche und soziale Nachteile mit sich (Warnke et al., 2004; Warnke & Roth, 2000).

Ätiologie

Die Ätiologie⁷ der LRS ist noch nicht vollständig bekannt. Lesen-Rechtschreibstörungen werden aus dem Zusammenwirken neurobiologischer Lernvoraussetzungen (neuroanatomische, histologische, neurophysiologische, neuropsychologische und genetische Besonderheiten) und umweltgegebener schriftsprachlicher Anforderungen erklärt, wobei Besonderheiten der Hirnreifung und die phonologische Transparenz des aktuellen Sprachsystems als ausschlaggebend angesehen werden. Die kausale Bedeutung dieser Besonderheiten ist noch teilweise unklar (Warnke & Plume, 2004).

In der wissenschaftlichen Forschung dominieren vor allem zwei neuropsychologische Erklärungsansätze für LRS, nämlich die Annahme einer Dysfunktion visueller und sprachlicher Informationsverarbeitung. In welchem Ausmaß andere neuropsychologische Funktionsstörungen bei der Entstehung einer LRS oder bei komorbiden Störungen eine Rolle spielen, muss im Einzelfall entschieden werden.

Die Dysfunktion in der visuellen Informationsverarbeitung als Ursache für LRS wird kritisch diskutiert; rund 5-10% der LRS – Kinder zeigen visuell-räumliche Wahrnehmungsdefizite, Schwierigkeiten bei der Analyse und Kodierung visueller Informationen dominieren. Man geht von altersabhängigen Defiziten aus, da Studien gezeigt haben, dass eine Verlangsamung der visuellen Informationsverarbeitung bei der Gruppe der 13jährigen nicht mehr vorhanden ist. Sprachabhängige Defizite der LRS – Kinder jedoch bleiben über die Altersspanne hinweg konstant, weswegen die Annahme einer Dysfunktion der sprachlichen Informationsverarbeitung den Mittelpunkt gegenwärtiger Diskussionen bildet (Warnke & Roth, 2000). Eine besondere Rolle für das Erlernen des Lesens und Rechtschreibens spielt die so genannte *phonologische Bewusstheit*. Mit *phonologischer Bewusstheit* ist die Fähigkeit eines Kindes gemeint, lautsprachliche Einheiten (Laute, Silben, Wörter) in der gesprochenen Sprache zu erkennen, zu unterscheiden und zu verändern. Die phonologische Bewusstheit bildet sich im Vorschulalter aus und ist als Vorläuferfertigkeit des Lesens und Rechtschreibens von großer Relevanz (Warnke & Roth, 2000; Warnke, et al., 2004). Präventionsmaßnahmen für LRS – Risikokinder im Vor-

⁷ Unter *Ätiologie* (griech.) versteht man die Lehre von den Ursachen einer Krankheit.

schulalter setzen an der Förderung im Umgang mit der Lautstruktur der gesprochenen Sprache an (Küspert & Schneider, 2003). Das Erkennen und Bilden von Reimwörtern, die Wahrnehmung von ähnlich bzw. gleich klingenden Wörtern, das Identifizieren von bestimmten Lauten im Wort (z.B. „Hörst Du ein /i/ im Wort *Igel*?“), das Zusammenfügen von einzelnen Lauten zu einem Wort („Welches Wort gibt /i/ /g/ /e/ /l/?“) stehen im Mittelpunkt evaluerter Programme zur Förderung der phonologischen Bewusstheit (vgl. *Hören, lauschen lernen* von Küspert und Schneider, 2001).

Komorbiditäten und Sekundärstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen des Lesens und Rechtschreibens treten oft zusammen mit anderen klinischen Symptomen bzw. Störungsbildern auf. Man unterscheidet zwischen Komorbiditäten und Sekundärstörungen. Letztere sind Auffälligkeiten, die aufgrund einer unbehandelten LRS entstehen. Kinder mit einer nicht erkannten bzw. unbehandelten LRS sehen sich stets schulischen Überforderungssituationen ausgesetzt. Häufig treten als Folge psychosomatische Beschwerden, wie u.a. Bauchweh, Kopfschmerzen oder Übelkeit auf. Aber auch schulische Unlust, Demotivation bis hin zur Schulverweigerung können Reaktionen auf überdauernde Leistungsprobleme sein. Die emotionale Entwicklung, wie beispielsweise jene des Selbstwertgefühls, leidet häufig unter einer lang anhaltenden schulischen Frustrationsphase. Häufig verdecken sog. *externalisierende Auffälligkeiten*⁸ eine unbehandelte LRS; betroffene Kinder werden als „schlimm“ tituliert und entwickeln in weiterer Folge soziale Interaktionsprobleme. Mitunter kann das gesamte familiäre System stark unter den Auswirkungen einer unbehandelten LRS leiden, Interaktionsprobleme zwischen Kind und Eltern sind leider nicht selten (vgl. konfliktreiche, zu lange dauernde Hausaufgabensituationen).

Unter Komorbiditäten werden Störungsbilder verstanden, deren Ursprung nicht in einem ursächlichen Zusammenhang mit der LRS zu sehen ist und die zusätzlich zur LRS bestehen können. Häufig werden Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen, Entwicklungsdefizite des Sprechens und der Sprache, visuo-motorische Beeinträchtigungen, Schwächen in der Figurhintergrund- sowie in der Raum-Lagewahrnehmung und Störungen im sozialen Verhalten beobachtet (Warnke et al., 2004; Warnke & Roth, 2000).

Die Beachtung komorbider Störungen und Folgeauffälligkeiten in Diagnostik und Intervention ist essentiell, da diese unberücksichtigt bzw. unbehandelt den Verlauf von Lese-Rechtschreibstörungen negativ beeinflussen.

⁸ Darunter versteht man wiederholt vorkommende und schwerwiegende Formen des dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens. Verletzungen der sozialen und gesellschaftlichen Norm, schwerwiegende Regelverstöße bis hin zu kriminellen Handlungen können vorkommen.

Martin wurde bei der Klinischen Psychologin vorgestellt. Gemeinsam mit seiner Mutter willigte er in den diagnostischen Prozess ein.

Erstgespräch/Anamnese:

Martin kam als erstes Kind des Ehepaares A. 5 Tage vor dem errechneten Termin zur Welt. Schwangerschaft und Geburt seien ohne Komplikationen verlaufen.

Die Mutter beschreibt, dass die Meilensteine der Entwicklung (motorische und Sprachentwicklung) unauffällig verlaufen seien. Ab dem Alter von 4 Jahren besuchte Martin 2 Jahre lang den Kindergarten. Derzeit besucht er die 3. Klasse Volksschule, die 2. Klasse habe er aufgrund von Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben wiederholt.

Martin lebt gemeinsam mit seinen Eltern und seinem jüngeren Bruder. Martin beschreibt, dass er sich mit seinen Eltern gut verstehe, lediglich die Hausaufgabensituation sei konfliktreich. Frau A. berichtet, dass auch ihr Mann im Schulalter eine LRS gehabt hätte. Er habe zum jetzigen Zeitpunkt zwar keine Schwierigkeiten beim Lesen, jedoch bestehen noch immer Rechtschreibprobleme.

Klinisch-psychologische Diagnostik

Gemäß den AWMF - Richtlinien fand eine Intelligenz- und Lese-Rechtschreibdiagnostik statt.

Bei der Überprüfung der intellektuellen Leistungsfähigkeit mittels AID 2 und CPM (je T-Wert 45) erreichte Martin im Vergleich zur Altersgruppe insgesamt gesehen durchschnittliche Ergebnisse bei einem homogenen Leistungsprofil.

Im Salzburger Lesetest (3. Schulstufe) überschritt Martin die kritischen Lesefehlerwerte, eine eindeutig herabgesetzte Lesegeschwindigkeit wurde festgestellt (PR der Lesesubtests zwischen 4 und 15). Im Salzburger Rechtschreibtest (3. Schulstufe) zeigte Martin eine altersentsprechende lauttreue Schreibung. Im Vergleich zu anderen Kindern beging er jedoch eindeutig mehr Rechtschreibfehler (PR 1-5), die Groß- und Kleinschreibung war unauffällig.

Während der psychologischen Untersuchung verhielt sich Martin freundlich und arbeitete aufmerksam und bemüht mit. Es zeigte sich jedoch, dass er, wenn er Antworten nicht wusste, schnell demotiviert war und sehr viel Bestätigung und Lob benötigte.

Somatischer Befund:

Der internistische und neurologische Befund war unauffällig. Eine augen- und ohrenärztliche Untersuchung war ohne pathologischen Befund.

Der diagnostische Prozess

Gemäß den wissenschaftlich begründeten Leitlinien für Diagnostik und Therapie der AWMF⁹ sollte nach dem Erstgespräch eine internistische und neurologische Untersuchung sowie eine klinisch-psychologische Diagnostik durchgeführt werden.

Im Erstgespräch gibt eine ausführliche Exploration Aufschluss über die aktuelle Symptomatik einschließlich der Beeinträchtigung und Belastung des Kindes und seines Umfeldes (wie im Beispiel „Martin“ konfliktreiche Hausaufgabensituationen, die zu belastenden Interaktionen zwischen Kind und Eltern führen).

Die störungsspezifische Entwicklungsgeschichte, die Fragen zum Verlauf der Symptomatik, zu bisherigen Abklärungen und Vorbehandlungen, zu Bewältigungsversuchen (incl. Störungskonzepte der Eltern und des Kindes) sowie zu etwaigen zusätzlichen Störungsbildern bzw. Symptomen enthält, wird erhoben.

Die somatische Anamnese liefert Informationen über Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, körperliche Erkrankungen, Hör- und Sehfähigkeit des Kindes sowie Erkrankungen von Familienmitgliedern.

In der Entwicklungsanamnese werden Fragen zur motorischen und sprachlichen Entwicklung sowie zum Verhalten im Säuglings- und Kleinkindalter gestellt. Kindergartenbesuch und bisherige Schullaufbahn - insbesondere im Hinblick auf Wiederholung von Klassen, Schulleistungen, Integration des Kindes im Klassenverband, Beziehung zwischen dem Lehrpersonal und dem Kind sowie dessen Eltern – werden thematisiert.

Sozialanamnestische Fragen beziehen sich auf die familiäre bzw. Wohnsituation des Kindes, Beziehungen zwischen den Familienmitgliedern und auf die berufliche Situation der Eltern. Angaben zu Krisen oder besondere Belastungen in der Familie werden ebenso berücksichtigt.

Hilfreich ist der Einblick in Schulhefte sowie die Durchführung einer Außenanamnese (Gespräche mit LehrerInnen), wobei darauf zu achten ist, dass dafür das Einverständnis der Eltern (bzw. des Sorgeberechtigten) eingeholt werden muss.

Die internistische und neurologische Untersuchung überprüft die Seh-/Hörfähigkeit, Hirnnervenfunktionen, Reflexe, Sensibilität, fein- und grobmotorische Koordination des Kindes.

Die klinisch-psychologische Diagnostik umfasst eine störungsspezifische Abklärung und eine standardisierte Untersuchung des Intelligenzniveaus¹⁰. Empfohlene

⁹ AWMF steht für *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften*.

¹⁰ Die Erhebung des intellektuellen Funktionsniveaus ist für die Erstellung eines Behandlungsplans und aufgrund der Disprepanzdefinition für die Diagnose unverzichtbar. Diese fordert laut ICD-10, dass die Diagnose LRS nur dann vergeben werden darf, wenn die Lese- und Rechtschreibfertigkeiten deutlich unter dem Intelligenzniveau des Kindes liegen.

psychologische Testverfahren zur Messung einzelner Intelligenzdimensionen sind unter anderem das Adaptive Intelligenzdiagnostikum 2 (AID 2), der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Kinder III (HAWIK-III) und die Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC). Diese Verfahren erheben nicht sprachliche und sprachliche Intelligenzleistungen.

Die Untersuchung der Lese- Rechtschreibentwicklung wird mit standardisierten Lese- und Rechtschreibtests, wie beispielsweise dem Salzburger Lese- und Rechtschreibtest (SLRT) oder dem Deutschen Rechtschreibtest (DRT), durchgeführt.

Da LRS häufig von Komorbiditäten und Sekundärstörungen begleitet wird, ist eine erweiterte Diagnostik häufig indiziert. Werden in der Anamnese beispielsweise Entwicklungsstörungen der Sprache, der Motorik, Konzentrationschwierigkeiten, motorische Unruhe, Verhaltensprobleme oder weitere psychiatrische Symptome thematisiert, muss eine zusätzliche Abklärung stattfinden. Eltern- und Lehrerfragebögen (natürlich nur mit Einverständnis der Eltern) und, falls es sich um einen Jugendlichen handelt, Selbstbeurteilungsfragebögen liefern weitere Informationen über mögliche emotionale Symptome oder Verhaltensstörungen.

Am Ende des diagnostischen Prozesses steht die Erstellung des Befundberichts. Dieser interpretiert die Ergebnisse in Zusammenschau aller erhobenen Befunde, wobei der Verhaltensbeobachtung ein großer Stellenwert zukommt. Basierend auf den Ergebnissen der Untersuchungen werden Diagnosen im Sinne der multiaxialen Bewertung (MUAX) nach ICD-10 vergeben. Den Abschluss bilden diagnosegeleitete Empfehlungen, die somit den Bedürfnissen und den individuellen Fördernotwendigkeiten des Kindes entsprechen.

Befund Martin

Diagnosen nach MUAX:

Achse I:	Kein Befund
Achse II:	Lese-Rechtschreibstörung (F81.0)
Achse III:	Durchschnittliches intellektuelles Funktionsniveau (M3)
Achse IV:	Kein Befund
Achse V:	Kein Befund
Achse VI:	Mäßige soziale Beeinträchtigung in mindestens ein oder zwei Bereichen (3)

Wo setzt nun die Intervention bei Martins Problematik an?

Welche LRS-Trainingsprogramme gibt es?

Wie erfolgreich sind diese?

Welche weiteren Behandlungsmethoden werden Betroffenen angeboten?

Lesen Sie mehr dazu in unserer nächsten Ausgabe, in welcher alternative Therapieansätze zur LRS kritisch diskutiert und empfehlenswerte Interventionsformen dargestellt werden!

Literatur

Wissenschaftlich begründete Leitlinien für Diagnostik und Therapie der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaft
www.awmf-leitlinien.de

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u.a. (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2005): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Küspert, P. & Schneider, W. (2003): Frühe Prävention der Lese-Rechtschreib-Störungen. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer

Warnke, A. & Roth, E. (2000): Umschriebene Lese- und Rechtschreibstörung. In Petermann, F. (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*. (4. Auflage). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie

Remschmidt, H., Schmidt, M. & Poustka, F. (2002): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber

Von Suchodoletz, W. (2003a): Vorwort. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer

Von Suchodoletz, W. (2003b): Ein Fazit. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer

Von Suchodoletz, W. (2003c): Spannungsfeld zwischen etablierten und alternativen Behandlungsverfahren. In: Von Suchodoletz, W. (Hrsg.), Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer

Warnke, A., Hemminger, U. & Plume, E. (2004): Lese-Rechtschreib-Störungen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag GmbH

Warnke, A. & Roth, E. (2000): Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung. In: Petermann, F. (Hrsg), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und –psychotherapie. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie

Kontakt:

Mag. Christine Wernisch-Pozewaunig
Klinische und Gesundheitspsychologin
Mini Ambulatorium Wolfsberg
Sporergasse 12/14, 9400 Wolfsberg
Tel.: 04352-37 700-14, Fax: DW 20
christine.wernisch@promente-jugend.at

Dr. in Esther Blassnig
Klinische und Gesundheitspsychologin
Projektleiterin Mini Ambulatorium Wolfsberg
Sporergasse 12/14, 9400 Wolfsberg
Tel.: 04352-37 700-19, Fax: DW 20
esther.blassnig@promente-jugend.at

Reaktionen

Werte LeserInnen:

In dieser Rubrik möchten wir künftig Ihre Meinungen und Reaktionen zu unseren Themen in *Standards in Diagnostik und Therapie* wiedergeben.

Ihre Beiträge übermitteln sie bitte an:

office@promente-jugend.at

Impressum:

Medieninhaber/Herausgeber: Verein pro mente jugend, Gesellschaft für psychische und soziale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in deren sozialen Kontext

Vereinssitz: 9020 Klagenfurt, Villachersraße 161

Kontakt: office@promente-jugend.at, Tel: 0463 55112, Fax: 0463 501256

Versand durch: pro mente jugend

Standards in Diagnostik und Therapie ist eine Informationsleistung des Vereins pro mente jugend. Es informiert über die Vereinsarbeit und allgemeine Themen der interdisziplinären Kinder- und Jugendarbeit.

Hinweis:

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bleiben pro mente jugend vorbehalten.