

Sind bei Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten »Störung« und »Schwäche« als sinnvolle Untergruppen definierbar?



Ruth Engelmann und Ernst Plaum
Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt

1. Zur Fragestellung

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist eine Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 16. 11. 1999 auf der Grundlage eines nach wie vor aktuellen Beschlusses der Kultusministerkonferenz vom 20. 4. 1978, bezüglich einer Lese-Rechtschreib-Symptomatik.

Es heißt dort (siehe Internet <http://www.stmukwk.bayern.de/schule/rat/legas.html>; hierzu Cronenberg, 2001; siehe auch Landesverband Bayerischer Schulpsychologen, 2000):

Neuere Erkenntnisse aus Medizin, Psychologie und Pädagogik ermöglichen eine genauere Erklärung der Ursachen und Entstehung sowie der Erscheinungsbilder dieser Teilleistungsstörung und geben konkrete Hinweise für gezielte Fördermaßnahmen, die an den individuellen Schwierigkeiten des einzelnen Schülers orientiert sind.

Zu unterscheiden ist eine Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie, Dyslexie) mit teilweise hirnorganisch bedingten, gravierenden Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsstörungen von einer vorübergehenden Lese- und Rechtschreibschwäche (LRS), die in mehr oder minder starker Ausprägung eine Verzögerung im individuellen Lese- und Schreiblernprozess darstellt. Zu unterscheiden sind zusätzlich Erscheinungsformen der Lese- und Rechtschreibschwäche bei Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf.

1. Lese- und Rechtschreibstörung (Legasthenie)

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.

2. 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.

Man findet dort somit eine Einteilung von Schülern in solche mit

- Lese-Rechtschreib-Störung (Legasthenie) sowie
- Lese-Rechtschreib-Schwäche (LRS).

Hinzu kommen in besagter Verordnung Betroffene »mit sonderpädagogischem Förderbedarf«, wobei von einer

allgemeinen Minderbegabung ausgegangen wird; diese Gruppe findet in der vorliegenden Arbeit keine Berücksichtigung. Genaue, operationalisierbare Unterscheidungskriterien zwischen den beiden hier relevanten Gruppen (Legasthenie und LRS) fehlen zumindest bislang, doch findet man bezüglich der erstgenannten als Ursache eine »entwicklungsbiologisch und zentralnervös« zu verstehende Basis benannt, wobei vom Erscheinungsbild her gesehen »unterschiedliche Kombinationen von Teilleistungsschwächen der Wahrnehmung, der Motorik und der sensorischen Integration« angegeben werden. Ein wenig seltsam mutet die Feststellung an, die so definierte Lernstörung bestehe, abgesehen von »normaler oder [...] überdurchschnittlicher Intelligenz«, trotz (!) »normaler familiärer und schulischer Lernanregungen«. Dies würde bedeuten, dass eine auch bei ungünstigen Lernanregungen zweifellos vorkommende biologische Basis zu diagnostischen Problemen führen könnte. Dagegen kämen für ein »vorübergehendes legasthenes Erscheinungsbild« lediglich nichtbiologische Ursachen in Frage, wobei in einem solchen Falle definitionsgemäß familiäre Probleme auftreten dürften und die oben genannten (nicht eigentlich »legasthenen«) Teilleistungsschwächen fehlen müssten. Befremdlich ist auch die Feststellung, wonach für eine Lese-Rechtschreib-Störung lediglich vorgeburtliche zentralnervöse Beeinträchtigungen in Frage kommen sollen oder solche »im zeitlichen Umkreis der Geburt«; später auftretende Schädigungen, etwa im Verlauf von Unfällen oder Krankheiten, wären daher ausgeschlossen.

Dennoch sind damit wenigstens grob umrissene Ursachenkomplexe angesprochen, unbeschadet der realen Existenz derselben, und es erübrigt sich daher, in Anbetracht der Zielsetzung der vorliegenden Arbeit, an dieser Stelle auf die verschiedenen Definitionen und Theorien zur Entstehung von Problemen beim Lesen und Schreiben einzugehen (hierzu zusammenfassend Engelmann, 2001). Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die hier zugrunde gelegte Einteilung in der einschlägigen Fachliteratur nicht zu finden war. Bezüglich der Definitionen wäre unter anderem auf die heute weitgehend herangezogenen psychiatrischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV zu verweisen (hierzu Plaum, 2000). Von besonderer Bedeutung für die vorliegende Arbeit (und die kultusministerielle Einteilung, verkürzt zu kennzeichnen als »Störung« und »Schwäche«) sind neuropsychologische Erklärungsansätze (siehe z.B. Klicpera, 1985). In diesem Zusammenhang finden zentralnervöse Funktionsstörungen im Sinne der »minimalen zerebralen Dysfunktion« Beachtung, ein Terminus, der umstritten ist (Esser, Ihle, Schmidt, Blanz, 2000; Holzer, 2006), aber nichtsdestoweniger bei der Unterscheidung von Legasthenie (»Störung«) und LRS (»Schwäche«) von Belang zu sein scheint; jedenfalls werden die oben angeführten Auffälligkeiten der Motorik, Wahrnehmung und »sensorischen Integration« – wobei man ergänzend noch die visuomotorische Koordination hinzufügen sollte – häufig auf solche eher minimalen zentralnervösen Beeinträchtigungen zurückgeführt. Es ist allerdings zu beachten, dass die im Zusammenhang mit Legasthenie beschriebenen (sonstigen) Teilleistungsschwächen nicht bei allen Kindern und

Autoren

RUTH ENGELMANN,
Dipl.-Psych., zur Zeit der
Erstellung des
Manuskripts
Mitarbeiterin an der
Kinder- und
Jugendpsychiatrischen
Klinik (Josephinum)
Augsburg.

Dr. rer. nat.
ERNST PLAUM,
Dipl.-Psych., Univ.-Prof.
i. R., Praxistätigkeit an
zwei Beratungs- und
Therapiezentren sowie
an der psychiatrischen
Klinik der Universität
Göttingen, wissenschaft-
licher Assistent an der
Universität Konstanz;
zuletzt Inhaber der
Professur für Differen-
zielle und Persönlich-
keitspsychologie/Psycho-
diagnostik an der
Katholischen Universität
Eichstätt-Ingolstadt.

*Autorin und Koautor
danken den Mitarbeitern
der Kinder- und
Jugendpsychiatrie Augsburg
für ihr Entgegenkommen,
insbesondere Dr. Winkler,
Dipl.-Psych. Hager,
Wagner-Pfau und Buxlbroer.*

Jugendlichen mit dieser »Diagnose« gleichermaßen zu beobachten sind (siehe Engelmann, 2001; vgl. Holzer, 2006). Auch auf Epidemiologie, Verlauf und Symptomatik sowie problematische Umweltgegebenheiten wird im Rahmen dieses Beitrages nicht weiter eingegangen (zusammenfassend Engelmann, 2001; siehe auch Holzer, 2006). Dies gilt ebenso für Interventionsansätze (hierzu etwa Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1995). Diagnostische Fragen kommen unten bei der Darstellung der hier herangezogenen Untersuchungsmethoden zur Sprache (einen umfassenderen Überblick gibt Engelmann, 2001). Es geht bei der vorliegenden Arbeit um die Angemessenheit der Einteilung von Lese-Rechtschreib-Problemen in die Kategorien »Legasthenie« und »LRS« (siehe oben).

2. Stichprobe und Untersuchungsmethode

2.1. Probanden (Pbn)

In die Untersuchung einbezogen wurden Betroffene der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Augsburg mit den ICD-10-Diagnosen »Lese- und Rechtschreibstörung« (F 81.0; 29 Pbn, einschließlich eines Mädchens mit einer isolierten Lesestörung) sowie »isolierte Rechtschreibstörung« nach ICD-10 (F 81.1; 7 Vpn), insgesamt 36 Kinder und Jugendliche von 9 bis 15 Jahre alt (arithmetisches Mittel 11,78; Median 12 Jahre), 25 Jungen, elf Mädchen. Alle Pbn hatten eine einschlägige Einzeltherapie abgeschlossen oder standen kurz vor deren Ende. Die Intelligenz-Standardwerte (erhoben meist mittels des HAWIK-R, in wenigen Fällen kam die deutsche Version des K-ABC zum Einsatz) lagen zwischen 85 und 115, mit zwei »Ausreißern« bei 125 bzw. 130 (Mdn 101). Alle Pbn wiesen eine T-Werte-Differenz > 12 zwischen »IQ« und Lese-Rechtschreib-Leistung auf (erfasst mit dem Zürcher Lesetest, dem Salzburger Lese- und Rechtschreibtest oder – je nach Klassenstufe – dem Diagnostischen Rechtschreibtest DRT bzw. dem Westermann-Rechtschreibtest WRT). Zur Standarddiagnostik in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Augsburg gehört außerdem ein ausführliches Anamnesegespräch. Je nach Bedarf kommen eine neurologische Untersuchung sowie weitere Spezialverfahren (zur Überprüfung von Wahrnehmungsfunktionen und/oder ein Fragebogen, der über die emotionale Verfassung Aufschluss geben soll) hinzu. Kein Proband (= Pb) hatte aufgrund seiner Lese-Rechtschreib-Probleme eine Klasse wiederholen müssen; 26 Untersuchungsteilnehmer(innen) waren Hauptschüler(innen), je 4 Grund- bzw. Realschüler(innen); ein Kind war trotz eines Intelligenztest-Standardwertes 89 auf die Sonderschule verwiesen worden, ein weiteres besuchte das Gymnasium.

Wir fanden viele Kinder und Jugendliche mit nur minimalen Auffälligkeiten in Richtung der Klassifikation »Legasthenie«. Es ergaben sich sodann zwei Subgruppen, eine, die aus den eben erwähnten Pbn bestand (N = 19), und eine zweite ohne jegliche diesbezügliche Auffälligkeiten (N = 17). Patientinnen/Patienten mit sehr deutlichen Hinweisen auf eine hirnorganische Schädigung waren unter der Klientel der Klinik nur mit einem sehr geringen Anteil vertreten und wurden von uns nicht berücksichtigt. Die Subgruppe ohne jegliche (möglicherweise hirnorganisch begründbare) Auffälligkeiten wäre am ehesten

der Kategorie »Schwäche« – im Sinne der erwähnten kultusministeriellen Einteilung – zuzuordnen. Inwieweit unsere andere Untergruppe dann als mit einer »Störung« behaftet zu klassifizieren wäre, sei vorerst dahingestellt. Jedenfalls darf man davon ausgehen, dass bei unserer gesamten Stichprobe keine sehr schweren Beeinträchtigungen vorliegen; sollten sich dennoch deutliche Anzeichen motorischer und/oder wahrnehmungsmäßiger Normabweichungen feststellen lassen, so wäre dies ein recht bedeutsamer Hinweis auf die Unangemessenheit der Versuche, eine Legasthenie (im engeren Sinne) von einer (vorübergehenden) Lese-Rechtschreib-Schwäche trennen zu wollen. Was unsere letztgenannte Subgruppe betrifft, so stützte sich die Zuordnung zu ihr außer den fehlenden Anhaltspunkten für eine mögliche hirnorganische Beeinträchtigung auf Angaben zu emotionaler Belastung, die hauptsächlich über anamnestiche Daten sowie Zusatzdiagnosen nach der ICD-10 gewonnen wurden; als Ergänzung diente der Elternfragebogen DEF (hierzu Testzentrale Göttingen, 2000/2001, 2006/2007, S. 231 bzw. 261).

Weitere Hinweise zu den Pbn ebenso wie bezüglich der folgenden Darlegungen zur Methodik sind der Originalarbeit von Engelmann (2001) zu entnehmen. Aus den oben genannten Gründen nannten wir die eine unserer Teilstichproben mit minimalen Auffälligkeiten in Richtung hirnorganischer Beeinträchtigungen die »Störungsgruppe«, bei der anderen wurde von »Schwäche« gesprochen, in zugegebenermaßen vereinfachender, unpräziser Weise, lediglich als Labels für die vorliegende Arbeit; im Folgenden werden dann die entsprechenden Kurzbezeichnungen – »Störung« und »Schwäche« – zur Verständigung gebraucht.

2.2. Verwendete diagnostische Verfahren

Außer den schon erwähnten Methoden der Informationsgewinnung, die zumeist in ihren Resultaten bereits vorlagen, wurden vier Leistungstests vorgegeben (hierzu der Kasten im Text). Diese sollten wesentliche kognitive und motorische Gegebenheiten erfassen, die als mögliche Indikatoren für eventuelle hirnorganische Beeinträchtigungen gelten und auch bei der Definition der Legasthenie durch das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus angesprochen werden (siehe oben). Besonderen Wert legten wir dabei auf die Motorik, deren Beeinträchtigung zwar nicht generell als charakteristisch für Lese-Rechtschreib-Störungen gilt, aber dennoch von einiger Bedeutung sein dürfte (vgl. etwa Klases, 1970, 1995). Während in diesem Zusammenhang zumeist die Feinmotorik angeführt wurde (Klicpera, 1985), berichtete Schilling über eine hervorragende diskriminanzanalytische Trennung leicht frühkindlich Hirngeschädigter von einer entsprechenden Kontrollgruppe mit Hilfe des Körperkoordinationstests für Kinder (siehe Bös, 1999, S. 607–608), der im Wesentlichen grobmotorische Funktionsbereiche überprüft (siehe Kasten). Diese Befunde entsprechen auch unsystematisch gewonnenen Erfahrungen in der Praxis (vgl. Plaum, 1992, S. 179). Daher haben wir dieses Verfahren (Kiphard & Schilling, 1974) für unsere Zielsetzung als vielversprechend erachtet und in die Untersuchungen

mit einbezogen. Zwar liegen zu dieser Methode Normen nur bis zum Alter 14 Jahre vor, doch mangels eines alternativen Tests blieb uns keine andere Wahl. Im Hinblick auf unsere Fragestellung, nämlich die Aufdeckung möglicher deutlich erkennbarer Defizite, erschien diese Einschränkung jedoch keineswegs gravierend, zumal sich der motorische Entwicklungsstand 14-Jähriger kaum von dem 15-jähriger Jugendlicher unterscheiden dürfte (Nickel, 1981; siehe auch Bös, 1999). Dies gilt insbesondere für den Körperkoordinationstest für Kinder (KTK), bei dem die Autoren bereits zwischen den Altersstufen 11 bis 14 Jahre kaum noch differenzieren konnten (Kiphart & Schilling, 1974).

Es ist noch schwieriger, einen Test zu finden, der unterschiedliche Aspekte der Feinmotorik bei Kindern und Jugendlichen (Altersspanne 9 bis 15 Jahre) zu erfassen erlaubt (siehe etwa Bös, 1999; vgl. auch Testzentrale 2000/01). Die kaum bekannte »Manuelle Testserie Both« (M.T.B., Both, 1974) schien unseren Anforderungen so weit wie möglich zu entsprechen (siehe Kasten). Allerdings liegen zur M.T.B. keine Angaben zu den klassischen Gütekriterien vor, was aber dennoch orientierende Bezugsetzungen zu den Normen und Subgruppenvergleiche für unsere Zwecke ermöglichte. Da für die neun Pbn unter elf Jahren ein Normvergleich nicht möglich war, verringerte sich das N bei den diesbezüglichen Auswertungen. Für die neun Pbn unter elf Jahren ein eigenes feinmotorisches Verfahren heranzuziehen, erschien von vornherein nicht sinnvoll, zumal bei der vorgesehenen Unterteilung in die Subgruppen »Schwäche« und »Störung«, abgesehen davon, dass ein standardisierter und normierter Test, der bei dieser Altersgruppe anwendbar wäre, offenbar nicht existiert.

Der Standardisierte Wabentest SWT (Müller, 1990) ist ebenfalls weitgehend unbekannt. Er besteht im Wesentlichen in der zeichnerischen Fortsetzung eines Bienenwabenmusters und gilt nach Brickenkamp (1997, S. 204-205) in erster Linie als Intelligenz-Screeningtest, was wohl kaum dem Verfahren angemessen erscheint. Dagegen sprechen Praxiserfahrungen für die Brauchbarkeit hinsichtlich einer groben Erfassung bestimmter Defizite, die hirnrnorganisch bedingt sein mögen (Plaum, 1992; siehe auch Vogt, 1973; Müller, 1990), etwa ab einem Alter von acht Jahren (siehe Kasten). Leider liegen auch zum SWT lediglich grobe (Stanine-)Normen ab 14 Jahren vor, obgleich der Autor auch Einzelbeispiele zu jüngeren Altersgruppen im Hinblick auf den Verdacht vorliegender Hirnschädigungen bringt (Müller, 1990). Auch wenn ein Normbezug unserer Vpn somit nicht generell in befriedigender Weise möglich war, nahmen wir den SWT als grob orientierendes Verfahren dennoch in unsere Verfahren mit auf, und zwar für alle Altersstufen. Wie zu zeigen sein wird, ergaben sich bemerkenswerte Korrelationen dieses Verfahrens zu anderen Testvariablen.

Schließlich schien der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) für unsere Zwecke besonders geeignet, der an einer sehr großen Stichprobe ab acht Jahren normiert wurde und – schon weil er in Anlehnung an den in der Neuropsychologie bewährten Trail-Making-Test entwickelt wurde – zerebrale Funktionsschwächen anzuzeigen vermag (Oswald & Roth, 1997). Die Autoren erheben den

Anspruch, damit eine spezifische Intelligenzmessung vornehmen zu können, nämlich die kognitive Leistungs- und Verarbeitungsgeschwindigkeit, wobei Intelligenz als Informationsverarbeitung definiert wird. Damit handelt es sich um eine relativ allgemeine Leistungskomponente, deren Beeinträchtigung nicht explizit bezüglich der Legasthenie in der oben angeführten kulturministeriellen Verordnung Erwähnung findet, aber doch Hinweise auf mögliche hirnrnorganische Beeinträchtigungen zu erbringen vermag. Das Vorliegen derselben ist relevant hinsichtlich der Konzeption von Lese-Rechtschreib-Problemen als »Störung«. Da der ZVT weitgehend bekannt sein dürfte, erübrigt sich hier eine genauere Darstellung.

2.3. Auswertungen und Datenverarbeitung

Die Resultate der angewandten diagnostischen Verfahren wurden nach den dazugehörigen Testhandbüchern, im Hinblick auf den jeweiligen Bezug zu vorliegenden Normen ausgewertet. Überprüfungen auf das Vorliegen einer Normalverteilung bei den Daten (Kolmogoroff-Smirnov-Test) ergaben signifikante Abweichungen von derselben bezüglich einzelner Variablen. Daher wurden Untersuchungen von Differenzen hinsichtlich zentraler Tendenzen bei den Subgruppen auch nichtparametrisch mittels des U-Tests vorgenommen. Hierbei ergaben sich aber keine Unterschiede im Vergleich mit den Resultaten der t-Tests. Bei der Berechnung von Zusammenhängen zwischen den Variablen fanden Rangkorrelationen nach Spearman Verwendung. Abweichungen von den Häufigkeitsverteilungen einer Normstichprobe wurden über Chi-Quadrat-Anpassungstests (einseitig) geprüft.

3. Ergebnisse

Es sollen hier nur die wichtigsten Resultate unserer Untersuchung wiedergegeben werden (weitere Einzelheiten bringt die Originalarbeit von Engelmann, 2001). Zunächst sind die Ergebnisse von Normvergleichen, soweit sie möglich waren, interessant. Die Abbildungen 1 und 2 zeigen die Häufigkeitsverteilungen aller Pbn, bereits getrennt nach den Subgruppen »Störung« und »Schwäche«, für den KTK und den ZVT.

Man sieht, dass es in beiden Fällen zu Häufungen unterdurchschnittlicher Scores kommt, während die Werte oberhalb des Mittelbereiches im Vergleich hierzu deutlich unterbesetzt sind; diese Differenz erweist sich jeweils als statistisch hochsignifikant (geprüft mit dem Chi-Quadrat-Anpassungstest).

Nicht wiedergegeben sind die Häufigkeitsverteilungen der M.T.B. und des SWT. Bei dem erstgenannten Verfahren findet sich zwar eine relative Häufung niedriger Stanine-Werte (Stan 3), aber auch überdurchschnittliche Ergebnisse (Stan 7) sind – ebenfalls im Vergleich mit benachbarten Testwerten – verhältnismäßig zahlreich. Eine statistisch bedeutsame Abweichung von der Norm ist nicht feststellbar. Der SWT lässt zwar eher niedrige Stanine-Werte erkennen, doch kann man hierbei keinen voll befriedigenden Normvergleich vornehmen (siehe oben), und außerdem erweisen sich die im Manual mitgeteilten Vergleichsdaten ebenfalls als einseitig zuungunsten der höheren Test-Scores verteilt.

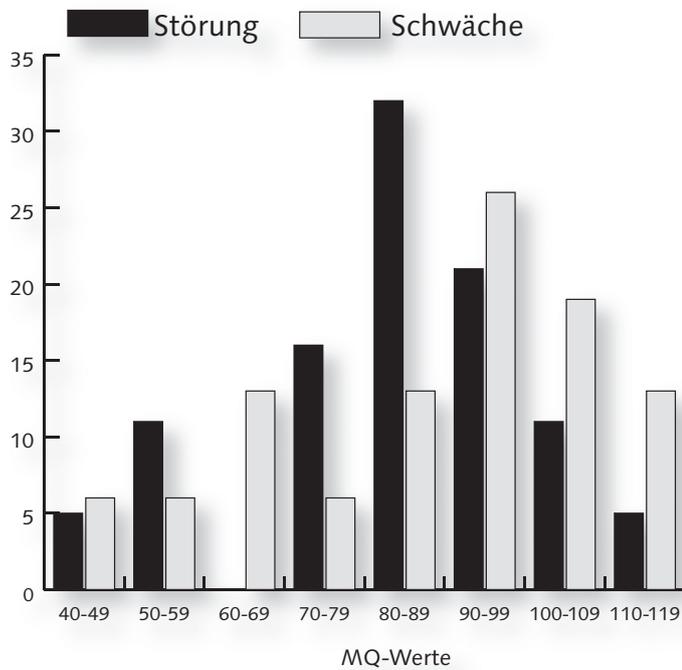


Abbildung 1: Ergebnisse des Körperkoordinationstests (MQ = Motorikquotient, analog dem IQ)

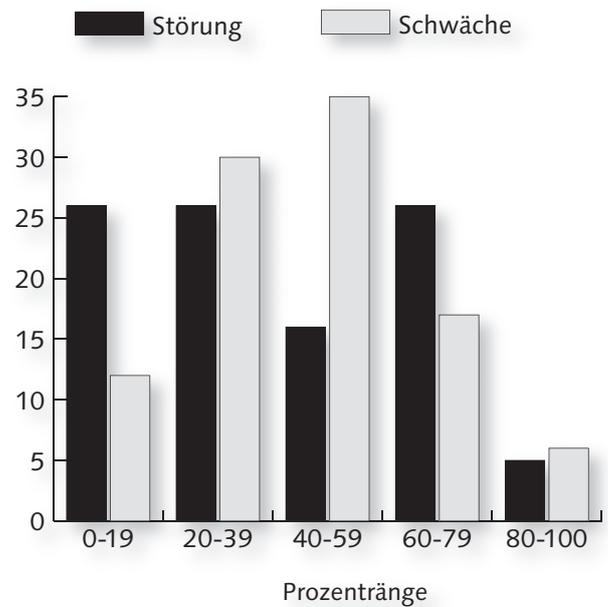


Abbildung 2: Ergebnisse des Zahlen-Verbindungs-Tests

Bei keinem einzigen Verfahren, einschließlich sämtlicher Untertests, konnten signifikante Differenzen zwischen den Subgruppen »Störung« und »Schwäche« festgestellt werden. Dies gilt im Übrigen auch für die Intelligenztestwerte sowie die Lese- und Rechtschreibleistungen. Wie bereits die Abbildungen 1 und 2 erkennen lassen, gibt es sehr weit gehende Überschneidungen zwischen den beiden Subgruppen. Dies trifft auch auf die übrigen Testergebnisse zu, was hier nicht grafisch demonstriert wird. Zwar sind nahezu überall leichte Tendenzen zugunsten der Subgruppe »Schwäche« zu erkennen (siehe Abb. 1 u. 2) – mit Ausnahme der benötigten Zeit beim Wabentest (wo die Gruppe »Störung« höhere Stanine-Werte aufweist) –, von einer Trennbarkeit dieser Teilstichproben kann aber keine Rede sein.

Bemerkenswert sind jedoch die Interkorrelationen der Testvariablen. In der Gesamtstichprobe weist der Körperkoordinationstest keine bedeutsamen Beziehungen mit anderen Variablen auf, auch nicht die jeweiligen Untertests betreffend. Die höchste (nicht signifikante) Korrelation besteht zwischen den Gesamtergebnissen des KTK und denen des ZVT ($r = .24$). Bei der Manuellen Testserie Both zeigen sich hingegen signifikante Beziehungen zu den beiden anderen Instrumenten. Sowohl zum Gesamtwert des SWT als auch zu dem des ZVT bestehen auf dem 1%-Niveau signifikante Zusammenhänge ($r = .62$ bzw. $.61$). Lediglich die Subtests »Einflechten« und »Schrauben« lassen keine bedeutsamen Beziehungen zum SWT erkennen, bezüglich des ZVT sind dies die Aufgaben »Tracing« und »Schrauben«; ansonsten liegen die (signifikanten) Koeffizienten zwischen $.41$ und $.61$ (Median bei ungefähr $.50$). Zahlen-Verbindungs-Test und Standardisierter Wabentest korrelieren nicht miteinander.

Testverfahren	Schwäche	Störung
M.T.B. - SWT	.45	.82**
M.T.B. - KTK	.04	.46
M.T.B. - ZVT	.80**	.21
SWT - KTK	.04	.06
SWT - ZVT	.48+	.07
KTK - ZVT	-.03	.39+

Interkorrelationen der Testverfahren, nach Subgruppen getrennt (** = Signifikanz auf dem 1%-Niveau; + = Signifikanztendenz, 10%-Niveau; da nicht von allen Vpn sämtliche Tests vorlagen beruhen die Koeffizienten zum Teil auf etwas unterschiedlichen Anzahlen – siehe hierzu im Text oben). **Tabelle 1**

Sieht man sich die Beziehungen zwischen den diagnostischen Verfahren getrennt nach Subgruppen an, so entsteht ein etwas anderes Bild (siehe Tab. 1): Es fallen vor allem die Unterschiede der Korrelationen von M.T.B. und SWT auf; dies sind gerade die Instrumente, bei denen keine deutlichen Abweichungen von einer Norm in der Gesamtstichprobe feststellbar waren. Die Differenz der Koeffizienten bezüglich M.T.B. und ZVT ($.80$ vs. $.21$) ist auf dem 5%-Niveau signifikant. Weder hinsichtlich der Gesamtstichprobe ($r = .18$) noch innerhalb unserer Subgruppen ($r = .11$ bezüglich »Schwäche«, $r = .21$ »Störung« betreffend) ließen sich bedeutsame Zusammenhänge zwischen den zuvor erhobenen Intelligenztestwerten und den Ergebnissen des ZVT feststellen.

4. Interpretationen und Diskussion

Mit hinreichender Sicherheit kann gesagt werden, dass in der Gesamtstichprobe deutliche Abweichungen von Normen der jeweiligen Altersgruppen vorhanden sind. Man erkennt Defizite bezüglich der Grobmotorik (KTK) sowie der Speed-Komponente kognitiver Leistung und Verarbeitung (ZVT), was ein gehäuftes Vorkommen von Auffälligkeiten bedeutet, die eine ins Gewicht fallende hirnorganische Basis haben können. Dass die Subgruppe »Störung« gewisse unbedeutende Tendenzen zu etwas ausgeprägteren Beeinträchtigungen erkennen lässt, ist keineswegs überraschend, denn diese bestand gerade

Skizzierung der wenig bekannten diagnostischen Instrumente, die in der Untersuchung angewandt wurden

Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)

Mit diesem Verfahren sollen Störungen der Körperbeherrschung aufgedeckt werden, die nicht bereits bei der Alltagsmotorik festzustellen sind. Der Test ist bei 5- bis 14-Jährigen anwendbar. Er enthält vier Aufgaben

- Balancieren rückwärts (auf drei unterschiedlich breiten Balken),
 - »monopedales Überhüpfen« (auf einem Bein müssen unterschiedlich hoch gestapelte Schaumstoffplatten übersprungen werden; mit dem gleichen Bein soll dann das Kind jeweils noch mindestens zwei Mal weiterhüpfen),
 - seitliches Hin- und Herspringen (auf einem Teppichstück mit einer Holzleiste in der Mitte soll innerhalb von 15 Sekunden seitlich so schnell wie möglich über diese hin- und hergesprungen werden),
 - seitliches Umsetzen (das Kind steht auf einem von zwei nebeneinanderstehenden Brettchen, stellt das zweite neben sich, steigt auf dieses um und holt das zweite wiederum heran; dabei ist die Zeit wichtig).
- Es gibt zu den einzelnen Versuchsdurchgängen Punktwerte, die aufaddiert werden. Man erhält für jede Aufgabe einen »Motorikquotienten« (MQ), dessen Summe den Gesamt-MQ ergibt. Die Testauswertungsanweisungen sind ausführlich und genau, ihre Anwendung erfordert aber, ebenso wie die Vorgabe der Aufgaben, einige Übung.
- Die Reliabilitäten liegen zwischen .80 und .97. Mittels Diskriminanzanalyse konnten 92% frühkindlich hirngeschädigter Kinder von einer Vergleichsgruppe abgehoben werden. Für verschiedene Altersgruppen existieren PR- und T-Wert-Normen.

Manuelle Testserie Both (M.T.B.)

Es handelt sich um sechs grafomotorische Aufgaben und drei sogenannte Apparatetests, nämlich:

- »Sätze schreiben« (innerhalb einer Minute),
- »Tracing« (eine visuomotorische Koordinationsaufgabe; es kommt auf Schnelligkeit und Genauigkeit an); - das wohl nicht unbekannte
- Tapping,
- »Dotting« (Punkte in kleine Kreise setzen),
- »motorische Koordination/Akkuratesse« (Auge-Hand-Koordination; Schnelligkeit und Genauigkeit werden erfasst),
- »Markieren« (visuell kontrollierte gröbere Bewegungen sind erforderlich).

Die »Apparatetests« bestehen im

- Einflechten (in vorgegebene Löcher) sowie anschließendem
 - Ausflechten (innerhalb einer Minute) von Drähten und schließlich
 - im Anbringen von Schrauben in kleinen Löchern.
- Ähnlich wie beim KTK werden Punktwerte für die einzelnen Subtests und den Gesamttest ermittelt. Es liegen Stanine-Werte für verschiedene Altersgruppen vor, gewonnen an einer repräsentativen Stichprobe von 384 elf- bis 14-jährigen Volksschülern. Eine faktorielle Validierung wurde durchgeführt.

Standardisierter Wabentest (SWT)

Bei diesem Verfahren sind zwei angefangene grafisch vorgegebene Muster (ein Strich- und ein Wabenmuster) weiterzuzeichnen. Eine Zeitvorgabe unterbleibt in der hier vorgegebenen Version. Die Auswertung geht nach bestimmten Kategorien vor sich, die im Manual genau beschrieben sind und dort auch mit Beispielen verglichen werden können. Dabei ist die Umrechnung eines Gesamt-Scores in Stanine- und PR-Werte möglich.

Korrelationen zwischen verschiedenen Beurteilungen liegen bei .85 bis .95. Retestkoeffizienten von .76 bis .80 werden angegeben. Die Normierung stützte sich auf 275 Pbn.

aus Pbn, bei denen sich bereits anderweitige diskrete Hinweise auf mögliche zerebrale Schädigungen fanden; andererseits waren diese nicht so deutlich ausgeprägt, um eine entsprechende Annahme ausreichend fundiert erscheinen zu lassen. Die Differenzen zwischen den Teilstichproben sind jedoch weit entfernt davon, ein konventionelles Signifikanzniveau zu erreichen (nicht einmal eine 10-%-Tendenz). Auf jeden Fall kann man erhebliche Überschneidungen zwischen den Untergruppen »Störung« und »Schwäche« feststellen, die eine akzeptable Trennung derselben unmöglich erscheinen lassen. Dies dürfte kaum verwunderlich sein, ist doch im Bereich des Psychischen generell eher mit fließenden Übergängen zu rechnen, als dass sich rigorose Klassifizierungen anbieten würden (vgl. auch Plaum, 2000). Letzteres wird aber bei der erwähnten kultusministeriellen Verordnung vorausgesetzt; dass dies nicht der Realität entspricht, konnte hier gezeigt werden. Das Argument, unsere Teilstichprobe »Störung« bestehe doch nur aus Pbn mit Hinweisen auf allenfalls minimale Auffälligkeiten, ist keineswegs stichhaltig, weil gerade die unklaren Fälle insofern die problematischen sind, als sie sich einer eindeutigen Kategorisierung entziehen; auch bei der kultusministeriellen Verordnung ist im Übrigen von verschiedenen Schweregraden der Lese-Rechtschreib-Störung die Rede. Schließlich wiesen die Vpn der Subgruppe »Schwäche« bei ihrer Zusammenstellung zudem keinerlei Anzeichen möglicher hirnorphanischer Beeinträchtigungen auf, dennoch kamen bei ihr entsprechende charakteristische Defizite vor. Der zuletzt genannte Gesichtspunkt würde bedeuten, dass es von den diagnostischen Möglichkeiten her gesehen ohne gründliche psychologische Untersuchungen keine sicheren Anhaltspunkte für das Fehlen oder Vorhandensein einer nennenswerten organischen Basis geben kann (hierzu Plaum, 1992).

Für die Praxis dürften die von uns festgestellten bzw. nicht nachweisbaren Signifikanzen weniger von Bedeutung sein als die erheblichen Überlappungen bezüglich der Häufigkeitsverteilungen beider Subgruppen, zumal angesichts der geringen Pbn-Zahlen. Dies würde bedeuten, dass eine unterschiedliche Behandlung von Kindern mit Lese-Rechtschreib-Problemen keineswegs gerechtfertigt erscheint. Es sollten vielmehr alle LRS-Schüler, die durch Interventionsprogramme profitieren können, gleichermaßen entsprechende Unterstützung erfahren, z. B. auch indem ihr Selbstvertrauen und ihre Motivation durch Verzicht auf Benotung der Rechtschreibleistung gefördert werden.

An dieser Stelle sollten zwei mögliche Einwände beachtet werden; als Erstes mag man auf das Fehlen aktueller Normen bei den hier verwendeten diagnostischen Verfahren hinweisen. Abgesehen davon, dass es generell schwierig ist, jederzeit Instrumente mit neuesten Normtabellen zur Verfügung zu haben, erhebt sich die Frage, ob die in unserer Untersuchung herangezogenen elementaren motorischen und kognitiven Funktionen erheblichen überindividuellen Veränderungen über die Zeit hinweg unterliegen. Dies dürfte eher unwahrscheinlich sein. Was die Motorik betrifft, so wurde allerdings angenommen (etwa von Nickel, 1981), dass

deren (individuelle) Entwicklung von aktiver Betätigung bzw. Lernen und Üben abhängt. Eine Abnahme sportlicher Begeisterung und entsprechender Aktivitäten in den letzten Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, wäre zumindest denkbar. Obgleich uns dies bei der Hochschätzung des Sports gerade im Freistaat Bayern eher unwahrscheinlich vorkam, konnten wir doch feststellen, dass nach unseren Erhebungen (vor allem über den Diagnostischen Elternfragebogen) sportliche Betätigungen kaum als »besondere Interessen« der Kinder angegeben wurden und eine Mitgliedschaft in einem Sportverein ebenso selten zu sein schien; dagegen war offenbar ein erheblicher Anteil der Freizeit mit Fernsehen bzw. Computerspielen ausgefüllt (auch in dieser Hinsicht unterscheiden sich unsere Subgruppen keineswegs voneinander). Es erscheint aber denkbar, dass bestehende grobmotorische Defizite ihrerseits als Ursache für geringe sportliche Betätigungen in Frage kommen. Körperliche Aktivitäten werden sich vermutlich eher auf die Grobmotorik auswirken und weniger auf die Feinmotorik. Von daher gibt zu denken, dass wir im Hinblick auf diese eben keine bedeutsamen Unterschiede zu Normwerten gefunden haben. Zumindest aber dürften die Resultate des ZVT von solchen Freizeitaktivitäten nicht betroffen sein. – Auf weitere Charakteristika unserer Stichprobe, familiäre Häufung der Symptomatik, Schichtzugehörigkeit und Familienkonstellation sowie berichtete Verhaltensauffälligkeiten, soll nicht weiter eingegangen werden, da sie unsere wesentlichen Befunde nicht weiter tangieren.

Eine zusätzliche Variable verdient jedoch Beachtung: Da alle unsere Pbn therapeutisch betreut waren, haben wir die insgesamt vier Therapeuten befragt, wie sie im Hinblick auf die ihnen geläufige Klassifikation »Legasthenie« (Störung) und (vorübergehende) Schwäche im Sinne des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus die Kinder und Jugendlichen einordnen würden. Die diesbezüglichen Einstufungen ließen keinerlei Zusammenhang mit unseren Einschätzungen aufgrund der Anamnese bzw. des Elternfragebogens (DEF) erkennen (Phi-Koeffizient 0,06). Nimmt man nun aber die Klassifikationen der Therapeuten als Kriterium für eine neue Einteilung der Stichprobe in entsprechende Subgruppen, so unterscheiden sich diese bezüglich des Gesamttestwertes der M.T.B., insbesondere der Subtests »Sätze schreiben«, »Tapping« und »Markieren«, signifikant, und zwar im Sinne der Erwartung (siehe Tabelle 2).

	Ø T ₁	Ø T ₂	Diff. T ₁ - T ₂
M.T.B.-Gesamtwert	54,50	48,53	.05 (2-seitig)
M.T.B.-Schreiben	59,00	45,59	.02 (2-seitig) .01 (einseitig)
M.T.B.-Tapping	54,00	42,35	.02 (2-seitig) .01 (einseitig)
M.T.B.-Markieren	59,00	48,24	.02 (2-seitig) .01 (einseitig)

Unterschiede bezüglich der Manuellen Testserie Both (M.T.B.) zwischen den Subgruppen, nach der Therapeuteinschätzung unterteilt in »Schwäche« (T₁, N = 10) und »Störung« (T₂, N = 17); Ø = mittlere T-Werte; Diff. T₁ - T₂: Signifikanzniveaus der Differenzen der zentralen Tendenzen zwischen den Subgruppen (U-Test-Resultate).

Tabelle 2

Zu den auf die eben erwähnte Weise zusammengestellten Untergruppen wäre noch zu sagen, dass sich auch innerhalb derselben keine bedeutsamen Korrelationen zwischen den zuvor erhobenen Intelligenztestwerten und den Resultaten des ZVT fanden (Subgruppe »Schwäche« $r = .29$, »Störung« $r = .22$). Es gab aber ebenfalls einen signifikanten Koeffizienten ($r = .65$, 5%-Niveau) hinsichtlich der Beziehung des M.T.B. zum SWT bei der Untergruppe »Störung« (Klassifikation durch die Therapeuten), während ansonsten keine nennenswerten Zusammenhänge festzustellen waren (maximal $r = .28$, und zwar zwischen ZVT und SWT bezüglich der Teilstichprobe »Störung« der Therapeuteneinschätzungen, sowie maximal $r = .32$ auf die Subgruppe »Schwäche« bezogen, KTK und SWT betreffend).

Ein zweiter Einwand betrifft das Problem der minimalen zerebralen Dysfunktionen (MCD). Bekanntlich hat man die Existenz eines solchen Syndroms bestritten oder eine derartige Bezeichnung als nicht hilfreich betrachtet. Diese Auffassung vertreten beispielsweise Esser et al. (2000) im Zusammenhang mit ihrer sehr umfangreichen, multimethodalen »Kurpfalzerhebung«. Dabei gehen sie allerdings von einer zwar verbreiteten, aber nicht allgemein akzeptierten Definition der MCD aus, wonach diese mit einem hyperkinetischen Syndrom gleichgesetzt wird (Plaum, 1992). Die genannten Autoren schließen aus ihren Ergebnissen, dass bei solchen minimalen Auffälligkeiten eine sehr hohe Grundrate in der Population gegeben sei, sodass derartigen »soft signs« keine Bedeutung in differenzialdiagnostischer Hinsicht zukomme. Dies müsste umso mehr gelten, wenn das Label MCD mit einer viel globaleren Bedeutung verwendet und – wie in der vorliegenden Arbeit – etwa auch in Zusammenhang mit Lese-Rechtschreib-Problemen gebracht wird. Esser et al. resümieren unter anderem bezüglich der MCD: »Symptome, die bislang unter dieses Konzept subsumiert wurden, sollten im Fall von Leistungsstörungen als solche beschrieben werden, im Fall von neurologischen oder neurophysiologischen Störungen als Befunde, die nicht ohne Weiteres in Zusammenhang mit dem psychopathologischen Bild gebracht werden können. Es ist selbstverständlich unstrittig, dass Verhaltensprobleme und Leistungsstörungen von Kindern im Zusammenhang mit den Hirnfunktionen stehen [...]. Der Hinweis auf diesen selbstverständlichen Zusammenhang ist entbehrlich, die Bezeichnung einer *bestimmten Untergruppe* von Auffälligkeiten als »hirnfunktionsgestört nicht zu verantworten.« Die genannten Autoren sprechen statt dessen von »umschriebenen Entwicklungsstörungen«, nennen in diesem Kontext auch »Lese-Rechtschreib-Störungen« (S. 242) und verweisen ansonsten unter anderem auf den Aspekt der Komorbidität (Ihle, Esser, Schmidt & Blanz, 2000).

Unbeschadet einer Beantwortung der Frage nach einer *bestimmten Untergruppe* von Auffälligkeiten, die als »minimale zerebrale Dysfunktion« zu bezeichnen wäre, dürfte unbestritten sein, dass es – mit welcher Häufigkeit in der Population auch immer – »neurologische soft signs« gibt, dieselben zumindest in einem gewissen Zusammenhang mit über Testverfahren erfassbaren

Funktionsschwächen stehen, weshalb diese wiederum als mögliche Indikatoren für zerebrale Schädigungen gelten können. Im Übrigen spricht auch die oben erwähnte Kritik am Konzept der MCD für fließende Übergänge im neuro(psycho)logischen Bereich und gegen die rigorose dichotome Klassifizierung als »Störung« oder »Schwäche«. Diese stellt letztlich eine grob vereinfachte Einteilung in Schweregrade dar, die so nicht haltbar ist. Schon die Definition der »Legasthenie« (mindestens durchschnittliche Intelligenz wird vorausgesetzt) legt es nahe, diese Symptomatik als eine eher spezifisch umgrenzte zu betrachten. Bei unserer Stichprobe liegt aber offensichtlich nicht durchweg eine lediglich »umschriebene« Störung – in der Bedeutung einer isolierten Beeinträchtigung – vor. Betrachtet man nämlich den ZVT als Intelligenztest (was nicht unumstritten ist – siehe Gaußmann, Hochhausen & Schmidt-Rogge, 1978), so wäre im Übrigen sogar die definitorisch geforderte Unabhängigkeit der Legasthenie von intellektuellen Minderleistungen in Frage zu stellen. Es hinge dann von der verwendeten Methode der Intelligenzerfassung ab, ob im konkreten Fall von einer Lese-Rechtschreib-Störung gesprochen werden könnte oder nicht. Was speziell den ZVT betrifft, so ist dabei aber ebenfalls an eine hirnormale Basis zu denken. Von einer solchen dürfte man jedoch bei der Kategorie »Schwäche«, im Sinne der kultusministeriellen Verordnung, gerade nicht ausgehen, wie häufig neuro(psycho)logische »soft signs« in der Schülerpopulation auch immer sein mögen.

In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass wir weder in der Gesamtstichprobe noch bei unseren Subgruppen bedeutsame Korrelationen zwischen den Resultaten der zuvor erhobenen Intelligenztests und den Ergebnissen des ZVT gefunden haben. Dies entspricht nicht der vorliegenden Literatur zum Zahlen-Verbindungs-Test; man findet vielmehr Korrelationen dieses Verfahrens zu Intelligenztests zwischen .40 und .83 angegeben (siehe Brickenkamp, 1997, S. 230). Es ist naheliegend, die Sensibilität des ZVT für (minimale) Hirnschädigungen als Ursache dieser fehlenden bedeutsamen Beziehungen anzunehmen. Auch eine gewisse Homogenisierung bezüglich der Intelligenztestresultate infolge der Definition der Legasthenie mag dabei von Bedeutung sein. Beides schließt sich nicht gegenseitig aus, da zerebrale Beeinträchtigungen ebenfalls eine Reduzierung der Streuung von Testwerten bewirken können, in unserem Falle den ZVT betreffend. Da so gut wie jeder Test der allgemeinen Intelligenz mehr oder weniger anfällig für Minderleistungen aufgrund hirnormale bedingter Störungen sein dürfte, erscheint im Übrigen von daher die Definition der Legasthenie (auf der Basis einer mindestens durchschnittlichen allgemeinen Intelligenz) nicht unproblematisch.

Irritierend sind unsere Ergebnisse im Hinblick auf die Feinmotorik. Sieht man einmal von möglicher Kritik an den von uns angewandten Methoden ab, so wäre festzustellen, dass sich entgegen der Erwartung feinmotorische Defizite nicht als charakteristisch für unsere Stichprobe dargestellt haben, dagegen eher grobmotorische Störungen beobachtbar waren. Die Therapeuten-Schätzungen legen jedoch die Vermutung nahe, dass die Fein-

motorik dennoch bei der Beurteilung der Lese-Rechtschreib-Störung – genauer deren Schweregrad – von Belang ist. Fokussiert man Beobachtungen auf das Schreiben – wie dies bei Therapeuten der Fall sein dürfte –, so werden feinmotorische – genauer grafomotorische – Beeinträchtigungen besonders auffallen und daher vielleicht als wesentliches Beurteilungskriterium herangezogen, was wohl auch im Hinblick auf den Verdacht einer hirnrnorganischen Schädigung geschehen mag. Es erscheint durchaus möglich, dass eine solche Einschätzung einen Grund für die Vorstellung darstellt, es gebe bei Lese-Rechtschreib-Problemen die beiden Kategorien »Störung« (mit zerebraler Grundlage) und (vorübergehende) »Schwäche«. Wie wir zeigen konnten, lassen sich die Therapeutenurteile aber nicht mit unseren Einteilungskriterien in Übereinstimmung bringen, sodass auch von daher kein Anlass besteht, von verlässlichen und validen Klassifizierungen auszugehen.

Die von uns gefundenen Korrelationen sprechen jedoch dafür, dass die Feinmotorik als Moderatorvariable zu betrachten ist, die eine Subgruppenaufteilung zwar keineswegs nach der Schwere der Beeinträchtigung der Lese-Rechtschreib-Leistungen bzw. deren organischer Verursachung erlaubt, aber auf eine qualitative Unterscheidbarkeit im Sinne einer – allerdings nicht fest umrissenen – Typologie hinweist. Wie die Tabelle 1 zeigt, konnten wir innerhalb unserer Stichprobe eine Subgruppe identifizieren, bei welcher die spezifischen intellektuellen Leistungen des ZVT eine enge Kovariation mit feinmotorischen Testergebnissen aufweisen, während eine zweite Untergruppe derartige Zusammenhänge nicht erkennen lässt, sondern sich hier eher Beziehungen zur Grobmotorik andeuten. Was die letztgenannte Teilstichprobe betrifft, so fällt eine recht hohe Korrelation zwischen M.T.B. und SWT auf, Verfahren, die wesentlich Feinmotorik und visuomotorische Koordination erfassen. Diese beiden Subgruppen sind nun genau diejenigen, die von uns ursprünglich den Kategorien »Schwäche« versus »Störung« zugeordnet worden waren. Dass der eben genannte Zusammenhang auch noch bei der Klassifikation als »Störung« durch die Therapeuten aufscheint, ist ein weiterer Hinweis auf die Bedeutung der Feinmotorik und der visuomotorischen Koordination hinsichtlich der soeben erwähnten Typologie der Lese-Rechtschreib-Symptomatik (siehe hierzu Tab. 2). Es zeigte sich zudem eine (nicht signifikante) Tendenz bei den Einschätzungen der Therapeuten, wonach deren Kategorisierung als »Störung« bevorzugt mit höheren Intelligenztestwerten einherging. Somit könnte eine deutlichere Diskrepanz derselben zu den Lese-Rechtschreib-Leistungen, gepaart mit grafomotorischen Auffälligkeiten, dazu verleiten, eher von einer »Störung« und weniger von einer »Schwäche« zu sprechen.

Dabei ist zweifellos zu berücksichtigen, dass wir eine Stichprobe herangezogen haben, bei der (vor unserer Untersuchung) keine schwerwiegenden Hinweise auf hirnrnorganische Schädigungen vorlagen. Dennoch scheint es so, als würden bei dem Versuch, auch solche Pbn der kultusministeriellen Aufteilung in »Störung« und »Schwäche« zu unterwerfen, lediglich gewisse qualitative, typologische Unterschiede von Bedeutung sein,

wobei im einen Fall allgemeinere Defizite (die Speed-Komponente geistiger Leistungen betreffend – ZVT) mit eher etwas höheren Intelligenztestresultaten und feinmotorischen Schwächen einhergehen, die Letzteren sich aber im anderen Fall eher isoliert darstellen bzw. allenfalls partielle Beziehungen zur Grobmotorik aufweisen. Die festgestellten Korrelationen bedeuten jedoch auch, dass wir in beiden Subgruppen Pbn haben, deren Beeinträchtigungen der Lese-Rechtschreib-Leistungen keineswegs zusammen mit den erwähnten Defiziten vorkommen, d.h., man findet sowohl Pbn, bei denen bessere Testergebnisse bezüglich der Speed-Komponente (ZVT) und keine feinmotorischen Störungen vorhanden sind, als auch ein gemeinsames Auftreten fehlender Minderleistungen hinsichtlich verschiedener fein- bzw. visuomotorischer Aufgabenstellungen. Hier zeigt sich, dass ein einheitliches Störungsbild der Lese-Rechtschreib-Defizite nicht existiert, sondern mit unterschiedlichen Kombinationen erkennbarer Auffälligkeiten zu rechnen ist. Dies entspricht der einschlägigen Fachliteratur (Engelmann, 2001), den Feststellungen der kultusministeriellen Verordnung jedoch nur insoweit, als dort von solchen Kombinationen lediglich im Zusammenhang mit der Kategorie »Störung« die Rede ist, wobei diese einseitige Zuordnung nach unseren Resultaten jedoch nicht aufrechterhalten werden kann.

Als Fazit wäre somit aufgrund unserer Untersuchungsergebnisse festzuhalten: Beeinträchtigungen der Lese-Rechtschreib-Leistungen lassen kein einheitliches Störungsbild erkennen; es kommen vielmehr unterschiedliche Kombinationen mit anderen Defiziten vor. Da hierbei (minimale) Hirnfunktionsstörungen als gemeinsame Basis zu vermuten sind, wäre es nicht sinnvoll, diesbezüglich einfach nur von »Komorbidität« auszugehen (vgl. hierzu Plaum, 2000). Eine strikte Aufteilung von Lese-Rechtschreib-Defiziten in die Kategorien »Störung« und »Schwäche« wird der Realität zweifellos nicht gerecht.

Das ließe sich bei weiteren, hinreichend gründlichen multimethodalen Untersuchungen bestätigen (oder in Frage stellen). Schulpsychologinnen/-psychologen sowie Klinische Psychologinnen/Psychologen hätten aufgrund der zahlreichen einschlägigen Fälle, mit denen sie in der Praxis zu tun haben, Gelegenheit, dies zu leisten. Eventuell verfügen Kolleginnen/Kollegen bereits über entsprechende Daten. Könnten dabei gewonnene Ergebnisse, falls sie unsere mit wenigen verfügbaren Pbn erzielten Resultate stützen würden, vielleicht doch gegenüber der Kultusbürokratie etwas in Richtung einer realitätsgerechteren Sicht von Lese-Rechtschreib-Problemen bewegen (hierzu Plaum, 2002)?

ZUSAMMENFASSUNG

Im Hinblick auf die kultusministerielle Unterscheidung zweier Kategorien von Lese-Rechtschreib-Defiziten (»Störung« versus »Schwäche«) wurden 36 betroffene Schüler(innen), die sich in einschlägiger Therapie befanden, mit vier unterschiedlichen Testverfahren, welche Hinweise auf mögliche hirnorganische Beeinträchtigungen ergeben können, psychodiagnostisch untersucht. Es war das Ziel dieses Vorhabens festzustellen, inwieweit sich eine solche Klassifikation bei wenig eindeutigen Anhaltspunkten für derartige Kategorisierungen als sinnvoll erweisen könnte. Wir teilten unsere Stichprobe, soweit möglich, nach den in der vorliegenden Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus angegebenen vagen Kriterien in die Subgruppen »Störung« (N = 19) und »Schwäche« (N = 17) auf, wobei vorweg gegebenen Hinweisen auf mögliche hirnorganische Schädigungen – entsprechend dieser Verordnung – entscheidende Bedeutung zukam. Die Ergebnisse ließen erkennen, dass auf dieser Basis, unter Berücksichtigung unserer psychodiagnostischen Befunde, keine sinnvolle Unterscheidung beider Subgruppen möglich war. Es zeigten sich vielmehr differenzierte Störungsbilder, die Versuche einer Aufteilung in die Kategorien »Störung« und »Schwäche« realitätsfremd erscheinen ließen.

ABSTRACT

The Bavarian government's department of Public Worship and Education classifies reading and writing disorders in two dichotomous categories, on the one hand »Störung« (dyslexia), considered a disease, and on the other hand »Schwäche«. Schwäche would point to a transient, not very serious weakness in reading and/or writing. In the case of Störung, however, one supposes biological causes, a sort of disturbance in the central nervous system. We tested 36 pupils who were in therapy and had difficulties in reading and writing. Assessment instruments were used that can indicate mild cases of brain-disorder. It was our intention to see if Bavarian's classification into two distinct categories is valid or not. We divided our subjects in two subgroups according to the (vague) standards laid down by the department. These subgroups received the labels »Störung« (N = 19) and »Schwäche« (N = 17). The former subjects were arranged according to indications that pointed to possible mild central nervous disturbances and were known before the test; the latter group (N = 17) did not exhibit such »soft signs«. Our results show no empirical support for a division of reading and writing disabilities into the two categories used by the Bavarian government. On the contrary, we found evidence for much more differentiated forms of reading and writing problems. Indeed, our findings go against the Bavarian classification.

LITERATUR

- Bös, K. (1999).** Diagnostik motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten. In Jäger, R.S. & Petermann, F. (Hrsg.), *Psychologische Diagnostik*. 4. Aufl. (S. 602-618). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Both, F. J. (1974).** M.T.B. Manuelle Testserie Both. Handgeschicklichkeitsuntersuchung für Gruppen- und Einzeldurchführung. Handanweisung. Amstern: Swets en Zeitlinger B.V.
- Brickenkamp, R. (1997).** *Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Cronenberg, U. (2001).** Der bayerische Legasthenie-Erlass '99 – Fortschritt oder Rückschritt? Landesverband Bayerischer Schulpsychologen. Info 33/Januar 2001, 50-51.
- Engelmann, R. (2001).** Sind bei Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten »Störung« und »Schwäche« als sinnvolle Untergruppen definierbar? Unveröff. Diplomarbeit, Katholische Universität Eichstätt, Fach Psychologie.
- Esser, G., Ihle, W., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000).** Die Kurpfalzerhebung – Ziele, Methoden und bisherige Ergebnisse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 233-245.
- Gaußmann, A., Hochhausen, R. & Schmidt-Rogge, I. (1978).** Der Mehrfachwahl-Wortschatz-Test (MWT) und der Zahlen-Verbindungs-Test (ZVT) als Maße der allgemeinen Intelligenz. *Diagnostica*, 24, 50-77.
- Holzer, D. (2006).** Das Psychosyndrom nach frühkindlichen Hirnschäden: MCD – historischer Literatur- und Praxisbericht. *Geschichte der Psychologie*. Nachrichtenblatt der Fachgruppe Geschichte der Psychologie in der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, 23/Nr. 45, H 1/2006, 37-64.
- Ihle, W., Esser, G., Schmidt, M. H. & Blanz, B. (2000).** Prävalenz, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede psychischer Störungen vom Grundschulbis ins frühe Erwachsenenalter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 263-275.
- Kiphard, E. J. & Schilling, F. (1974).** *Körperkoordinationstest für Kinder (KTK)*. Weinheim: Beltz.
- Klasen, E. (1970).** *Das Syndrom der Legasthenie*. Bern: Huber.
- Klasen, E. (1995).** *Legasthenie – umschriebene Lese-Rechtschreib-Störung*. München: Piper.
- Klicpera, C. (1985).** *Leistungsprofile von Kindern mit spezifischen Lese-Rechtschreibschwierigkeiten*. Heidelberg: Schindele.
- Klicpera, C. & Gasteiger-Klicpera, B. (1995).** *Psychologie der Lese- und Rechtschreib-Schwierigkeiten*. Weinheim: Beltz.

- Landesverband Bayerischer Schulpsychologen e.V. (Hrsg.) (2000).** Info 33. Tegernheim: Geschäftsstelle des LBSP.
- Müller, A. (1990).** *Der Standardisierte Wabentest*. 2. Aufl. (Nachdruck). Waldmohr: A. Müller.
- Nickel, H. (1981).** *Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters*. Bd. II, 3. Aufl. Bern: Huber.
- Oswald, W. & Roth, E. (1997).** *Der Zahlenverbindungstest*. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Plaum, E. (1992).** *Psychologische Einzelfallarbeit*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Plaum, E. (2000).** DSM-IV und ICD-10 als Grundlagen psychologisch-klinischer Diagnostik? Zur »Psychiatrischen Wende« eines eigenständigen Zweiges der Angewandten Psychologie. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21, 152-165.
- Plaum, E. (2002).** Psychologie in der Gesellschaft: Erweiterung oder Einnengung von Handlungsmöglichkeiten? Zur Verrechtlichung von Mainstreams. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 10 (3+4), 389-402.
- Testzentrale Göttingen (2000/2001, 2006/2007).** *Testkatalog*. Göttingen: Hogrefe.
- Vogt, R. (1973).** *Der Wabentest von Rupp als Hilfsmittel bei der Diagnostik zerebraler Schäden*. Dissertation, Freiburg i.Br.