



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Versorgungslage für legasthene Kinder in Wien und deren (Um-)Wege zur LRS- Therapie

Verfasserin

Daniela Szasz

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Mai 2012

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Alfred Schabmann

Vorwort

Das Thema Legasthenie beschäftigt mich nun schon seit drei Jahren, zu diesem Zeitpunkt begann ich eine Ausbildung zur Legasthenietherapeutin. Schon als ich auf der Suche nach einer geeigneten Ausbildung war, erfuhr ich durch eine mir vermittelte Psychologin und ebenfalls mit legasthenen Menschen arbeitenden Person, dass es große Unterschiede in der Qualität der verschiedenen Ausbildungen gebe und verschiedene theoretische Konzepte, die diesen zugrunde liegen. Nach einiger Recherche entschied ich mich für die Ausbildung beim Bundesverband Legasthenie (ÖBVL). Damals wusste ich noch nicht genau Bescheid, was mit den theoretischen Konzepten genau gemeint war. Je mehr Wissen ich im Verlauf meiner Ausbildung und durch eigenes Literaturstudium erwerben konnte, umso deutlicher oder soll ich sagen undeutlicher, wurde mir die Verwirrung um verschiedene Begrifflichkeiten, um verschiedene Ursachenmodelle, um vollkommen verschiedene Ansätze in der Therapie. Die vielen Dingen, die ich im Verlauf meiner Ausbildung beim ÖBVL gelernt habe, dienten als Anregung für selbstständigen weiteren Wissenserwerb, der sicherlich nie abgeschlossen sein wird. Denn auf diesem Gebiet gibt es viel zu lernen, das war mir schnell klar. 2010 machte ich mich als Legasthenietherapeutin selbstständig - als dann Klienten zu mir kamen und mir ihre bisherigen Erfahrungen berichteten, wurde schnell deutlich, dass diese teilweise wirklich verzweifelte und bemühte Mütter und Väter sich noch weniger als ich im Legasthenie-Dschungel zurecht finden konnten. Sie wollten ihren Kindern helfen, wussten nicht wie, und bei welchem Therapeuten sie schließlich landeten, schien der Zufall zu bestimmen. Empfehlungen und Erzählungen führten sie zu Personen, die ihnen helfen sollten, Wissen über die Ausbildung oder Vorgehensweise der Personen hatten sie eher keines. Zu groß war die Unklarheit aufgrund der verschiedenen Berufsbezeichnungen und Therapieansätze.

Umso mehr freute es mich, dass sich die Gelegenheit bot, mich in meiner Diplomarbeit mit der Versorgung legasthener Kinder in Wien zu beschäftigen und darüber hinaus genauer zu erforschen, auf welchen Wegen Eltern schließlich gute Therapeuten für ihre Kinder finden. Und wie viele Umwege sie bis dahin gemacht hatten.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	6
Theoretischer Teil.....	9
1 Legasthenie, LRS, Lese-Rechtschreibschwierigkeiten – viele Begriffe für dasselbe Phänomen?	9
1.1 Legasthenie im Laufe der Geschichte	9
1.2 Definitionen der Legasthenie	11
2 Ursachenmodelle der Legasthenie	14
2.1 Legasthenie als Teilleistungsschwäche	14
2.2 Gegenwärtig diskutierte Ursachen der Legasthenie	16
2.2.1 Neurobiologische Ursachen.....	16
2.2.2 Mangelnde kognitive Lernvoraussetzungen.....	17
2.2.3 Soziale Ursachen.....	19
2.2.4 Interaktives Modell.....	20
3 Komorbidität und Begleitscheinungen der Legasthenie.....	22
4 Häufigkeit, Folgen und Prognose von LRS.....	24
5 Wird Legasthenie rechtzeitig erkannt und von wem?.....	25
5.1 Lehrerurteile.....	25
5.2 Elternurteile	27
6 Therapiemöglichkeiten bei LRS	30
6.1 Förderung innerhalb der Schule	30
6.1.1 Bestimmungen über den schulischen Umgang mit LRS.....	33
6.2 Förderung außerhalb der Schule	34
6.2.1 Legasthienethapeut/Legasthienetrainer/Lerntrainer/Lerncoach – eine Vielfalt an Begriffen – Was steckt dahinter?	34
6.2.2 Universitätslehrgang LRS-Therapie	35
6.2.3 Der Qualitätszirkel Legasthenie (QZL).....	36
6.2.4 Der Österreichische Bundesverband Legasthenie (ÖBVL)	36
6.2.5 Akademie für Legasthenie-Therapie, Dyskalkulie-Therapie und Lerncoaching.....	37
6.2.6 Erster Österreichischer Dachverband Legasthenie (EÖDL)	37
6.2.7 Der Schmunzelclub oder die Sindelar-Methode	39
6.2.8 Lernberater, Lerncoach und ähnliche Bezeichnungen.....	40
7 Evidenzbasierte LRS-Förderung oder welche Therapie ist wissenschaftlich anerkannt?	42

8	Fragestellungen dieser Untersuchung	45
	Praktischer Teil	47
9	Methodenwahl: Die qualitative Befragung	47
10	Untersuchung „(Um-)Wege zur LRS-Therapie“	49
10.1	Untersuchungsdesign und Auswahl der Interviewpartner	49
10.2	Untersuchungsdurchführung	50
10.3	Beschreibung der Stichprobe	52
10.3.1	Das Alter der Kinder	53
10.3.2	Klasse/Schulstufe	54
11	Darstellung und Auswertung der Ergebnisse	56
11.1	Kurzdarstellung der einzelnen Kinder	56
11.2	Ergebnisse	70
11.2.1	Der erste Verdacht, wann und von wem?	71
11.2.2	Wann kam es zur Diagnose?	77
11.2.3	Wie viel Zeit verging zwischen dem Erstverdacht und der Diagnose?	80
11.2.4	Wann wurde die hochwertige Therapie begonnen?	82
11.2.5	Wie viel Zeit verging zwischen Erstverdacht und dem Beginn der hochwertigen Therapie?	84
11.2.6	Wie viel Zeit verging zwischen Diagnose und dem Beginn der hochwertigen Therapie?	86
11.2.7	Wie wurde die hochwertige Therapie gefunden?	88
11.2.8	Wie viele Umwege gingen die Familien und wie sahen diese aus?	90
11.2.9	Gesamtbetrachtung der Zeitverläufe	93
11.2.10	Zusammenfassung der Ergebnisse	94
12	Diskussion	98
13	Literatur	105
14	Anhang	111
14.1	Zwei exemplarische Interviews	111
14.1.1	Interview Kind 22 (KD 22)	111
14.1.2	Interview Kind 13 (KD 13)	116
	Lebenslauf	119
	Abstract	121

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Interaktives Modell der Entwicklung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten	21
Abbildung 2 Deskriptive Daten der Stichprobe	52
Abbildung 3 Geschlechtsaufteilung der Stichprobe	53
Abbildung 4 Alter der Kinder	53
Abbildung 5 Klassen und Schulstufen der Kinder	54
Abbildung 6 Therapeutinnen Überblick.....	55
Abbildung 7 Zusatzdiagnosen	69
Abbildung 8 Kodierung der Angaben	70
Abbildung 9 In welcher Klasse Erstverdacht?	72
Abbildung 10 Alter in Monaten bei Erstverdacht	75
Abbildung 11 Wer äußerte den Erstverdacht?.....	75
Abbildung 12 In welcher Klasse Diagnosestellung?	78
Abbildung 13 Alter in Monaten bei Diagnosestellung	79
Abbildung 14 Differenz Erstverdacht Diagnose.....	80
Abbildung 15 In welcher Klasse Therapiebeginn?	83
Abbildung 16 Alter in Monaten bei Therapiebeginn.....	84
Abbildung 17 Differenz Erstverdacht Therapiebeginn.....	85
Abbildung 18 Differenz Diagnose Therapiebeginn	87
Abbildung 19 Wie fanden die Leute die hochwertige Therapie?	89
Abbildung 20 Wie viele Therapieversuche exkl. der hochwertigen?.....	91
Abbildung 21 Welche Zusatztherapien wurden verwendet?	92
Abbildung 22 Gesamtansicht der Zeitabstände in Monaten.....	93

Einleitung

Es gibt eine unüberschaubare Fülle an Arbeiten über Legasthenie. Ein großer Teil untersucht verschiedene Fragen zur Ursache dieses Phänomens, viele andere Arbeiten gehen der Frage nach, wie und mit welchen Programmen den betroffenen Menschen geholfen werden kann. Überblick über verschiedene Möglichkeiten der Therapie gibt es keinen, Von Suchodoletz (2006) lieferte zwar ein wichtiges Werk, in dem er auf die verschiedenen Ansätze zur Therapie, die derzeit angeboten werden, eingeht, allerdings wurde hier weitgehend der Markt in Deutschland untersucht und wer nun was anbietet, ist weiter unklar.

Ein persönliches Eintauchen in die Materie (Ausbildung, Gespräche mit Fachleuten) ließ in mir das Bild entstehen, dass bei der Legastheniebetreuung die eine Hand nicht weiß, was die andere tut. Es existiert eine Fülle an Angeboten, die bei Lese-Rechtsschreibproblemen helfen sollen, aber bei der Frage, was hinter den einzelnen Namen und Programmen steckt, stößt man auf konträre und einander widersprechende Antworten.

Das Bundesministerium für Unterricht und Kunst gab das Werk „Evidenzbasierte LRS-Förderung“ heraus – damit wurde versucht, Betroffenen einen Überblick zu verschaffen, welche Angebote am Markt wissenschaftlich evaluiert wurden und welchen Erfolg sie versprechen. Es erhebt sich die Frage, ob z.B. betroffene Eltern oder Lehrer hierzu Zugang haben und in der Lage oder motiviert sind, sich soweit mit der Materie zu befassen, um gute Therapiemöglichkeiten für betroffene Kinder zu finden.

Weiters steht nicht fest, welcher Therapeut welches Programm verwendet, aber es ist davon auszugehen, dass theoretische Grundlagen, die in der Ausbildung dieser Personen vermittelt werden, Einfluss auf die Therapiegestaltung nehmen.

Die vorliegende Arbeit umfasst einen theoretischen und einen empirischen Teil:

Im theoretischen Teil liefert einen Überblick über Ausbildungsmöglichkeiten für Legastheniebetreuer/therapeuten/trainer, wie sie gegenwärtig in Wien angeboten werden (schulexterne Betreuer¹). Es wird auch hinterfragt, in wie weit Lehrer über Legasthenie Bescheid wissen und was sie in ihrer Ausbildung darüber lernen (nicht vollständig erhoben). Anschließend wird auch diskutiert, welche Therapien man nach den Kriterien der evidenzbasierten LRS-Förderung als wissenschaftlich anerkannt bezeichnen kann und welche Therapeuten sich wahrscheinlich danach richten. Diese Therapien werden in Folge als „hochwertige Therapien“ bezeichnet.

Im praktischen Teil dieser Arbeit wurden Eltern betroffener Kinder, die bei einem hochwertigen Therapeuten gelandet sind, zu ihrem Weg befragt, den sie mit ihren Kindern auf der Suche nach diesem zurück gelegt haben. Dabei sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

- Wer äußerte den ersten Verdacht in Richtung Legasthenie?
- Wie lange dauerte es, bis eine Diagnose gestellt wurde, bzw. bis das Kind eine Therapie erhalten hat?
- Wie fanden die Eltern den hochwertigen Therapeuten, war es auf Empfehlung, ein Zufall, eine lange Suche?
- Wie viele Umwege wurden dabei zurückgelegt?

Da es noch keine deutschsprachige Untersuchung zum Thema gibt, handelt es sich in vorliegender Arbeit um eine explorative Studie, in der erste Informationen zum Thema gesammelt werden. Da weiters auch die erfragten Inhalte kaum quantifiziert werden können und sollen, entschied sich die Forscherin dafür, qualitative offene Interviews durchzuführen.

Zur Auswertung der Daten wurden die Interviews transkribiert, Kurzdarstellungen jedes einzelnen Kindes erstellt, aus den Interviews die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Informationen herausgefiltert und in Excel-Tabellen Häufigkeiten und Abstände zwischen Zeitpunkten berechnet.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf Genderschreibweisen wie „BetreuerInnen verzichtet: „Betreuer“ z.B. meint immer „Betreuer und Betreuerinnen“.

Aufbau der Arbeit

Im ersten Kapitel wird der Begriff Legasthenie definiert und einige Definitionen einander kritisch gegenüber gestellt. Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit verschiedenen Modellen zur Verursachung dieses Phänomens.

Anschließend im dritten Kapitel wird der Frage nachgegangen, mit welchen Erkrankungen und Begleiterscheinungen das Phänomen der Legasthenie häufig gemeinsam auftritt. Im vierten Kapitel werden Häufigkeit, Prognose und Folgen der Legasthenie beschrieben.

Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, ob eine vorliegende Legasthenie rechtzeitig erkannt wird und von wem. Es wird anhand einiger Untersuchungen hinterfragt, inwieweit Lehrer- und Elternurteile über Kinder zutreffen. Weiters wird der Frage nachgegangen, was Lehrer über Legasthenie wissen.

Im sechsten Kapitel werden Therapiemöglichkeiten zur LRS besprochen. Grundsätzlich kann man zwischen Förderung innerhalb der Schule und außerhalb der Schule unterscheiden. Zur Förderung innerhalb der Schule werden mögliche Arten dieser (Kurse, Tutoren) dargestellt, einen vollständigen Überblick für Wien gibt es bis dato nicht (z.B. in welcher Schule Kurse angeboten werden, wo es Lehrer mit Zusatzausbildung gibt etc.). Es werden auch die Bestimmungen des BMUKK zum schulischen Umgang mit Legasthenie vorgestellt. Ein Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten zur außerschulischen Förderung, welche Personengruppen mit LRS-Kindern arbeiten und welche Ausbildungen derzeit in Wien angeboten werden, schließt das 6. Kapitel ab.

Im siebenten Kapitel schließlich wird der Frage nachgegangen, welche Therapien als wissenschaftlich anerkannt gelten und welche am freien Markt angeboten werden.

Im Kapitel acht werden die Fragestellungen dieser Untersuchung vorgestellt.

Im empirischen Teil der Arbeit wird die qualitative Studie an 21 Elternteilen legasthener Kinder dargestellt.

Theoretischer Teil

1 Legasthenie, LRS, Lese-Rechtschreibschwierigkeiten – viele Begriffe für dasselbe Phänomen?

Befasst man sich mit dem Phänomen der Legasthenie und liest einschlägige Literatur, wird schnell klar, dass verschiedene Begriffe und Termini verwendet werden, die ein und dasselbe Phänomen beschreiben, nämlich Schwierigkeiten beim Lernen des Lesens und Rechtschreibens. In der Literatur werden die Begriffe "Lese-Rechtschreib-Schwäche", "Lese-Rechtschreibstörung", "Lese-Rechtschreibschwierigkeit" und "Legasthenie" oftmals synonym, oftmals aber auch mit verschiedenen Bedeutungen verwendet. Das Kürzel LRS steht dabei sowohl für "Lese-Rechtschreib-Schwäche", „Lese-Rechtschreibstörung“ als auch für „Lese-Rechtschreib-Schwierigkeit“ (vgl. Kap. 2.1)

An dieser Stelle soll ein kurzer historischer Abriss zum Begriff der Legasthenie erfolgen, um die Begriffsgeschichte zu skizzieren.

1.1 Legasthenie im Laufe der Geschichte

Seit etwa 130 Jahren gibt es Berichte über Menschen, die trotz normaler Intelligenz nicht im Stande waren, mehrsilbige Wörter zu lesen oder nach Diktat richtig zu schreiben. Der ungarische Neurologe und Psychiater *Ranschburg* prägte 1916 den Begriff „Legasthenie“ für diese „merkwürdige Erscheinung“, der wörtlich „Leseschwäche“ bedeutet (Thomé, 2004). Ranschburg sprach von geistigen Rückständen höheren Grades und befand, dass betroffene Kinder in die Sonderschule gehören. Nachdem zur Zeit des ersten und zweiten Weltkriegs die Legasthenieforschung im deutschsprachigen Raum keine wesentlichen Neuerungen fand, griff 1951 die Schweizer Psychologin *Maria Linder* die Diskussion wieder auf und definierte Legasthenie fortan als Schwäche beim Lesen und indirekt auch des orthografisch richtigen Schreibens bei ansonsten relativ guter Intelligenz. Sie schloss

Kinder, die Schwierigkeiten infolge körperlicher Behinderungen, Schwachsinns oder fehlender Beschulung hatten, von dieser Definition aus (Ausschlusskriterium).

Schließlich nahm sich die pädagogische Psychologie vermehrt des Themas an. Als Lese- und Rechtschreibtests erfunden waren, glaubte man objektive Verfahren zur Ermittlung von Legasthenikern in der Hand zu haben. Allerdings definierten verschiedene Forscher die Legastheniker anders, es wurden Prozentränge von unter 5 bis unter 10 bei standardisierten Tests gefordert, um Legastheniker identifizieren zu können, bei einem IQ von mindestens 90. In die Förderung sollten aber noch deutlich mehr Kinder geschickt werden, hier wurden die Grenzen weiter gezogen (Mann, 2001a).

Man fand auch in sogenannten Teilleistungen die Ursache für Legasthenie, man vermutete darin die Ursache für Legasthenie, man sah also Legasthenie als eine dem Kind innewohnenden Schwäche an, als Krankheit. Dies nennt man auch *klassisches, kausales Legastheniekonzept* (vgl. Valtin, 2001).

In den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts kam durch verschiedene Ungereimtheiten vermehrt Kritik auf, es kam zur sogenannten *Anti-Legasthenie-Bewegung*, die sich vor allem auf folgende Pfeiler stützte: Einerseits wurde kritisiert, dass man ganz übersah, dass Lesen und Schreiben ja in Institutionen gelehrt wird und dieser Unterricht sich förderlich, aber auch hinderlich auswirken könne. Im Extremfall könne Legasthenie als eine krankheitswertige Störung ein unzulängliches Schulsystem vertuschen. Ein weiterer Kritikpunkt war der, dass durch das Ausschlusskriterium Kinder, die auch Förderung benötigten, von dieser ausgeschlossen waren (z.B. mehrsprachig aufwachsende Kinder oder Kinder mit Intelligenzminderung). Manche Forscher forderten gar ein Ende der Legasthenieforschung (Schlee, 1976, 1978).

Als sich schließlich in zahlreichen Untersuchungen herausstellte, dass die kausale Verwendung des Begriffes Legasthenie nicht sinnvoll ist, schlugen Forscher vor, den Begriff Legasthenie nur mehr beschreibend, nicht mehr kausal zu verwenden. Unter dem Begriff sollte nun eine Sammlung verschiedener Lese-Rechtschreib-Störungen mit unterschiedlicher Ursache verstanden werden. In Deutschland empfahl die

Kultusministerkonferenz (KMK) 1978, den Begriff Legasthenie durch LRS (Lese-Rechtschreibschwierigkeiten) zu ersetzen, und wollte damit auch ausdrücken, dass LRS von vielen Faktoren (soziale Verhältnisse, Beschulung) abhängen kann und setzte damit eine Trennlinie zur bis dahin als kausal verstandenen Krankheit Legasthenie (Valtin, 2004).

Wie der kurze historische Abriss zeigt, gibt es eine Vielzahl von Termini und eine ebenso große Vielfalt an Definitionen für dieses Phänomen. Dies spiegelt auch die Uneinigkeit in der Fachwelt wider, was die Ursachen der Legasthenie als auch die empfohlenen Maßnahmen angeht. In vorliegender Arbeit wird nun in Anlehnung an Klicpera et al. (2010) das Kürzel LRS für „Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“, unabhängig von deren Ursache und unabhängig von der Intelligenz des Betroffenen, verwendet, als rein deskriptiver Begriff. Synonym dazu wird der Begriff Legasthenie verwendet, da eine Unterscheidung in verschiedene „Legastheniearten“ hier nicht sinnvoll erscheint.

1.2 Definitionen der Legasthenie

Im Folgenden sollen einige Definitionen die Vielfalt an Ansichten verdeutlichen:

Naegele und Valtin (2003) verstehen unter Lese-Rechtschreibschwierigkeiten einen Ausdruck für „eine Vielzahl von Problemen, die SchülerInnen beim Erlernen des Lesens, Schreibens und Rechtschreibens... aufweisen.“ Diese Autoren verwenden den Begriff unabhängig davon, ob die LRS durch organische oder häusliche/schulische Faktoren bedingt ist.

Warnke et al. (2002) hingegen definieren Legasthenie folgendermaßen: „Legasthenie ist eine umschriebene Beeinträchtigung im Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens, die im Zusammenhang mit der biologischen Reifung des zentralen Nervensystems zu verstehen ist.“

Damit orientieren sich die Autoren am international anerkannten Begriffsverständnis, das auch in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“, dem ICD-10, verwendet wird. Dieses soll im Folgenden dargestellt werden:

Im ICD-10 (Dilling et al., 2010) zählt die Legasthenie zu den „Umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“, es wird darin zwischen verschiedenen Formen von Störungen unterschieden (isolierte Rechtschreibstörung, Rechenstörung, kombinierte Störung, etc.). Um eine LRS (Lese-Rechtschreib-Störung) nach dem ICD-10 zu diagnostizieren, muss der Leistungsstand im Lesen und Rechtschreiben eindeutig unter dem Niveau, das aufgrund des Alters und der Intelligenz des Kindes zu erwarten ist, liegen. Diese hier geforderte Diskrepanz zwischen Intelligenz und Leistung wird auch als „Diskrepanzkriterium“ bezeichnet. Weiters werden Fälle von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, die aufgrund von emotionalen Störungen oder infolge unpassenden Unterrichts entstehen, nach dem ICD-10 anders klassifiziert. Damit wird Legasthenie im ICD-10 als Störung mit Krankheitswert beschrieben (Mann, 2001a).

Der klassische Legastheniebegriff im Sinne einer krankhaften Eigenschaft des Kindes und im Sinne des Diskrepanzkriteriums wird, wie weiter oben bereits erwähnt, auch stark kritisiert, u.a. aus folgenden Gründen:

Das Diskrepanzkriterium impliziert, dass Intelligenz eine notwendige Voraussetzung für den Erfolg im Lesen und Schreiben darstellt, obwohl Korrelationen zwischen IQ und Lese-/Rechtschreibleistungen eher niedrig ausfallen. Weiters werden die Schwierigkeiten der Messung, also Messfehlerschwankungen angeführt und die Diskrepanzdefinition als nicht sinnvoll erachtet, weil sich so definierte Legastheniker weder in ihrer Art der Schwierigkeiten noch in den passenden Fördermaßnahmen von Kindern, die nicht in diese Gruppe fallen, unterscheiden (Valtin, 2001).

So besteht bis heute Uneinigkeit in den Begrifflichkeiten und sie werden unterschiedlich verwendet.

Weisen Kinder ein vorübergehendes legasthenes Erscheinungsbild auf und sind diese Schwierigkeiten auf psychische Faktoren wie seelische Belastungen oder auf mangelhafte Beschulung zurückzuführen, wird dieses Erscheinungsbild oftmals auch als „Lese-Rechtschreib-Schwäche“ bezeichnet. Einerseits wird also zwischen „Legasthenie“ (biologische Ursachen, normale Intelligenz, Legasthenie als

Eigenschaft) und „Lese-Rechtschreib-Schwäche“ (vorübergehendes Erscheinungsbild, durch äußere, nicht biologische Faktoren hervorgerufen) unterschieden (siehe Scheerer-Neumann, 2003).

Andere Autoren fordern, dass Kinder, deren Leistung bei einem Lese-Rechtschreibtest unter einen Prozentrang von 10 bis 15 % liegt, als Kinder mit „Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“ betrachtet werden. Liegt die Leistung hingegen bei unter 5 %, sollte von „Legasthenikern“ gesprochen werden (vgl. Klicpera et al., 2010). Hierbei wird von einer rein quantitativen Definition des Begriffes Legasthenie ausgegangen, da man die Ursachen der Schwierigkeiten als sekundär betrachtet. Der Begriff Legasthenie wird hier also rein deskriptiv verwendet.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass weder in der Art der Schwierigkeiten (z.B. Arten der Rechtschreibfehler) noch in der geeigneten Förderung oder deren Effektivität Unterschiede zwischen mehr oder weniger intelligenten Kindern mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten zu finden sind. Das ist auch einer der Gründe, warum das Diskrepanzkriterium, das laut WHO der Diagnose einer Legasthenie zugrunde gelegt wird, sehr umstritten ist (Valtin, 2001).

2 Ursachenmodelle der Legasthenie

Die Diskussion um Ursachen der Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Rechtschreibens beschäftigt Fachleute seit beinahe 100 Jahren – zu einem alleingültigen Ergebnis ist man bis heute nicht gekommen. Im folgenden Kapitel sollen die wichtigsten Erklärungsansätze kurz dargestellt werden.

2.1 Legasthenie als Teilleistungsschwäche

Schenk-Danzinger war in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts eine der wesentlichsten Vertreterinnen in der deutschsprachigen Legasthenieforschung. Sie unterschied zwischen zwei Formen der Legasthenie, der sogenannten lateralen Legasthenie (seltene, schwere Form) und der verbalen Legasthenie.

Als Grundphänomene bei der verbalen Legasthenie sah sie folgende:

Die Raum-Lage-Labilität: Sie sah in einer mangelnden Orientierung am eigenen Körper die Ursache für die Unsicherheit in Bezug auf die Raumlage der Schriftzeichen. Kinder, die das Lesen erlernen, hätten somit eine „Umstellungstendenz“, könnten die Leserichtung nicht konsequent einhalten. Diese Probleme zeigen sich in „typischen Reversionsfehlern“, wie seitenverkehrtem Schreiben, Verwechslung b/d, ei/ie etc.

Die Gliederungs- und Differenzierungsschwäche im akustischen und optischen Bereich: Schenk-Danzinger ging in ihrer Arbeit auf die Befunde Klasens (1970) ein, die bei beinahe 70% aller legasthenen Kinder visuelle Wahrnehmungsschwächen fand, bei etwa der Hälfte der Kinder in Kombination mit motorischen Störungen. Es handelte sich hierbei nicht um organische Beeinträchtigungen, die Sehschärfe war in Ordnung, sondern um beeinträchtigte Auffassungsleistungen. Valtin (1973) hingegen kritisierte diese Aussagen Klasens und fand keine Anzeichen für visuelle Verarbeitungsschwächen bei Legasthenikern. Etwas einheitlicher waren damals die Befunde zu auditiven Wahrnehmungsdefiziten. Sowohl Klasen (1970) als auch Valtin (1973) betonten die Wichtigkeit der auditiven Wahrnehmung für die Legasthenie. Es

handelt sich hierbei um – bei intakten Sinnesorganen – die verminderte Fähigkeit, einander ähnliche Laute zu unterscheiden, sie in die richtige Reihenfolge zu bringen, Schenk-Danzinger sah diese Schwäche als zentrales Merkmal für Legastheniker.

Die Speicherschwäche: hierbei handelt es sich um eine verminderte Merkfähigkeit für das semantische Zeichensystem, für Wortbilder.

Weiters wies Schenk-Danzinger auf den Zusammenhang Linkshändigkeit-Legasthenie hin (Schenk-Danzinger, 1971). Sie meinte, in der Vererbung von Linkshändigkeit läge die Ursache der Legasthenie – eine heute obsoletere Annahme.

Heute gilt das Teilleistungskonzept als überholt, beinahe alle Annahmen gelten als widerlegt. An dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung, warum dieses Modell in Fachkreisen keine Gültigkeit mehr besitzt:

Valtin (2001) und Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1993) weisen darauf hin, dass es zwar Kinder mit solchen Teilleistungsstörungen gebe, ein Teil davon wäre auch legasthen, ein anderer Teil entwickle keine legasthenen Symptome. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass in diesem Modell nicht geklärt ist, an welchem Punkt des Lesen- und Schreiben-Lernens diese Teilleistungen eingreifen – es gibt keine Wirkungszusammenhänge. Der Lernerfolg oder eher Misserfolg wird als Folge einer dem Kinde innewohnenden Eigenschaft verstanden (Ursachenzuschreibung), je nachdem ob das Kind nun die Voraussetzungen zum Lesen und Schreiben erfüllen kann – diese Kausaldeutung lassen die Befunde jedoch nicht zu (Valtin, 2001).

Anhänger des Teilleistungskonzepts wie Sindelar (1994, 2005) gehen davon aus, dass das Training basaler Fertigkeiten, das meist nicht an Buchstaben- und Wortmaterial erfolgt, Effekte auf Lese- und Rechtschreibleistungen hätte. Sindelar impliziert also einen Transfereffekt, sie nimmt an, es existiert ein einheitliches visuelles Wahrnehmungsvermögen, das sich auf gegenständliches wie schriftsprachliches Material bezieht. Training im gegenständlichen Bereich (Funktionsübungen) hätte Verbesserungen im schriftsprachlichen Bereich zur Folge. Befunde zur Effektivität derartiger Förderung sprechen jedoch gegen diesen Transfer-Glauben. Scheerer-Neumann (1979) konnte bei visuo-motorischen

Übungen keine Lernübertragung auf Lese-und Rechtschreibleistungen feststellen. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1993) untersuchten einen am klassischen Legastheniekonzept orientierten Förderkurs und konnten keinerlei Leistungszuwachs bei den Schülern beobachten.

2.2 Gegenwärtig diskutierte Ursachen der Legasthenie

Zurzeit gibt es verschiedene Strömungen innerhalb der Legasthenieforschung, die einander gegenüber stehen. Im Folgenden sollen einige Ursachenmodelle vorgestellt werden:

2.2.1 Neurobiologische Ursachen

Zur Untersuchung genetischer Einflussfaktoren wurden ab den fünfziger Jahren mehrere groß angelegte Familien- und Zwillingsstudien durchgeführt. Man konnte familiäre Häufungen belegen – so beträgt das Risiko für Kinder, eine LRS zu entwickeln, etwa 40%, wenn ein Elternteil betroffen ist (Klicpera et al., 2010). Die Wahrscheinlichkeit, dass Eltern oder Geschwister eines LRS-Kindes ebenfalls betroffen sind, wird zwischen 40 und 50% angegeben (Schulte-Körne, 2001; Warnke et al., 2002). Doch dieses gehäufte Vorkommen innerhalb einer Familie belegt noch nicht den genetischen Zusammenhang, diesen versuchte man mithilfe von Zwillingsstudien nachzuweisen. Auch hier konnte in einigen Studien eine Konkordanzrate von bis zu 100% nachgewiesen werden (Warnke et al., 2002). Andere Autoren sprechen davon, dass LRS zu etwa 50% durch genetische Faktoren erklärt werden kann (Schulte-Körne, 2002a).

Heute geht es in der Forschung vor allem um die Frage, welche Anteile des Lese- und Rechtschreiblernprozesses vererbt werden, da Lesen und Schreiben eine spät erworbene Kulturtechnik in der Menschheitsgeschichte darstellt und die Fähigkeit dazu kaum als solche vererbt werden kann (Klicpera et al., 2010). Weitere Forschungen beschäftigen sich mit der Frage, wo die verantwortlichen Gene lokalisiert sind.

Forscher fanden auch Hinweise auf anatomische Abweichungen des Zentralnervensystems sowie auf veränderte Informationsverarbeitung im Zentralnervensystem, die hier aber nicht näher erläutert werden sollen (Klicpera et al., 2010).

2.2.2 Mangelnde kognitive Lernvoraussetzungen

Sprachliche Beeinträchtigungen

Die Bedeutung der sprachlichen Entwicklung für die Ausbildung von LRS ist unumstritten. So findet man Angaben, dass bei bis zu 80% aller legasthenen Personen sprachliche Auffälligkeiten zu finden sind oder waren (Warnke et al., 2002). Klicpera et al. (2010) erwähnen Beeinträchtigungen der vorschulischen Sprachentwicklung als einen der stärksten Prädiktoren für die Entstehung von Leseschwierigkeiten. Umgekehrt hat natürlich eine mangelnde Beherrschung der Schrift wiederum zur Folge, dass die Sprache weniger beherrscht wird (geringerer Wortschatz durch mangelnde Leseerfahrung) (Share & Silva, 1987, zitiert nach Klicpera et al., 2010).

Auch fand man geringere sprachliche Gedächtnisleistungen bei legasthenen Personen: das phonologische Rekodieren (Lautfolgen können gespeichert und intern repräsentiert werden) und das phonologische Arbeitsgedächtnis hängen eng mit den Lese- und Rechtschreibfähigkeiten zusammen (Klicpera et al., 2010).

Der Begriff der phonologischen Bewusstheit ist ein besonders wichtiger in der LRS-Forschung. Darunter versteht man eine Vielzahl von Fähigkeiten, die die phonologische Analyse von Wörtern verlangt, z. B. die Fähigkeit, Laute und Silben in der gesprochenen Sprache zu erkennen, Reime zu bilden, etc. Es geht also um das Wissen um die lautliche Struktur von Sprache. Jansen et al. (1999) entwickelten ein Screeningverfahren, um im Vorschulalter Kinder mit dem Risiko zur Entwicklung von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten identifizieren zu können. Die Ergebnisse dieses und ähnlicher Screeningverfahren werden jedoch in der Literatur als „halbwegs“ beschrieben (Klicpera et al., 2010). Somit scheinen jene

Screeningverfahren kein verlässliches Instrument zur Vorhersage von LRS zu sein. Es liegen auch Studien vor, die Effekte von vorschulischem Training der phonologischen Bewusstheit auf die spätere Lese- und Rechtschreibentwicklung zeigen (Schneider et al. 1997). Für die Effekte auf spätere Lese- und Rechtschreibleistungen liegen jedoch weniger Befunde vor als für jene in den ersten beiden Grundschulklassen (Schulte-Körne, 2002). Andere Autoren beschreiben, dass die phonologische Bewusstheit einen Prädiktor für die spätere Schriftsprachkompetenz darstellt (Roth und Warnke, 2001).

Orthografisches Wissen

Dass orthografisches Wissen, also die Kenntnis über Buchstabenfolgen, grammatikalische und semantische Strukturen der Sprache, mit der Lese- und Rechtschreibfähigkeit zusammenhängt, erscheint unmittelbar einleuchtend. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (2000b) konnten zeigen, dass Rechtschreibschwache bei der Anwendung von orthografischem Wissen auf die Verschriftlichung Probleme haben, beim Erkennen orthografischer Regelmäßigkeiten hingegen weniger. Die Fähigkeit stellt wie die phonologische Bewusstheit ein Konstrukt dar, das aus mehreren Einzelfähigkeiten besteht (Schulte-Körne, 2002).

Benennungsgeschwindigkeit

Darunter versteht man die Fähigkeit, einfache Bilder oder Symbole, die in mehreren Reihen auf einem Bild dargestellt sind, so schnell wie möglich zu benennen. Diese Fähigkeit zeigt Zusammenhänge mit der Leseflüssigkeit und -geschwindigkeit und wird daher als Prädiktor für Leseschwierigkeiten betrachtet (Klicpera et al., 2010).

Visuelle Verarbeitungsschwäche

Zunächst soll hier unter den zahlreichen visuellen Verarbeitungsbesonderheiten, die derzeit diskutiert werden, auf die unzureichende Steuerung der Blickbewegungen eingegangen werden. Darunter versteht man auffällige Blickbewegungen wie kürzere Sakkaden (Blickbewegungen) und häufige Regressionen, die bei leseschwachen Personen beobachtet werden konnten. Ältere Forschungen gingen davon aus, dass diese Augenbewegungen Ursache der Leseschwäche sein könnten, mittlerweile betrachtet man sie als Folge ebendieser (Klicpera et al., 2010; Schulte-Körne, 2002; Warnke et al., 2002).

Die Befundlage zur Hypothese, dass das magnozelluläre System (für die Verarbeitung rasch wechselnder visueller Reize zuständig) bei Personen mit LRS beeinträchtigt sei, scheint uneinheitlich. Gegenwärtig geht man davon aus, dass bei einem Teil der LRS-Kinder zusätzlich visuelle Funktionen beeinträchtigt sind, dies aber eher als Folge der Leseprobleme anzusehen ist. Jedenfalls wird bei LRS zu einer gründlichen augenärztlichen Untersuchung geraten (Warnke et al., 2002).

Schwächen in der auditiven Wahrnehmung

Hier werden vor allem zwei Phänomene in der Literatur erwähnt, das der mangelnden Lautdiskriminationsfähigkeit und das der Zeitverarbeitungsstörung. Die Fähigkeit, Sprachreize zu diskriminieren stellt eine wesentliche Voraussetzung für den Schriftspracherwerb dar (Klicpera et al., 2010; Schulte-Körne, 2001). Bei einem Teil der lese- und rechtschreibschwachen Kinder fanden sich gewisse Schwierigkeiten in diesem Bereich. Ursächliche Zusammenhänge sind jedoch unklar. Unter einer Zeitverarbeitungsstörung versteht man Probleme bei der Wahrnehmung zeitlich knapp aufeinander folgender Reize. Es liegen viele Befunde vor zu akustischen Wahrnehmungsschwierigkeiten, ihr Stellenwert für die Entstehung von LRS ist aber unklar (Klicpera et al., 2010).

2.2.3 Soziale Ursachen

Der wichtigste soziale Einflussfaktor auf die Lese- und Rechtschreibentwicklung (und auf die gesamte kognitive Entwicklung) stellt die Armut dar, doch nicht Armut per se führt zu Schwierigkeiten, eher die sie begleitenden Umstände (vgl. Klicpera et al., 2010). Hier werden vor allem mangelnde zeitliche Ressourcen der Eltern, die Schulbildung der Mutter und die Anzahl der Bücher in der Familie erwähnt. Auch die Wohnverhältnisse spielen eine Rolle – es gibt Zusammenhänge zwischen dem Vorhandensein eines geeigneten Hausaufgabenplatzes, dem Gestörtwerden durch Geschwisterkinder bei der Hausübung und allgemein den Wohnbedingungen und dem Auftreten von LRS. Sehr wichtig ist auch die Zeit, die mit dem Vorlesen verbracht wird, was u. a. schon im vorschulischen Bereich dazu führen kann, dass

Kinder mit unterschiedlichen kognitiven und sprachlichen Voraussetzungen in die Schule kommen (vgl. Klicpera et al., 2010).

Die Wichtigkeit außerschulischen Lesens für die Entwicklung der Lesefähigkeit (und auch der Bildung im Allgemeinen, Anm. der Autorin) muss deutlich betont werden. Denn, wenn die Kinder einmal basale Lesefähigkeiten erworben haben, ist der Einfluss der Schule auf die Lesefähigkeit nicht mehr so groß. Jetzt kommt es auf die Übung an, je mehr man in der Freizeit liest, umso besser die Lesefähigkeit. Untersuchungen zeigen, dass schon eine zehnminütige tägliche Lesezeit außerhalb der Schule zu einer deutlichen Verbesserung der Lesefähigkeit führen kann (Klicpera et al., 2010).

2.2.4 Interaktives Modell

Die bisherigen Ausführungen zeigen deutlich, welche unterschiedlichen Faktoren zur Entwicklung von LRS beitragen können. Im Einzelfall wird immer ein komplexes Zusammenspiel mehrerer dieser Einflussfaktoren zusammenwirken. Es handelt sich um ein dynamisches Wechselspiel, im Einzelfall können ungenügende Lernvoraussetzungen durch optimale Förderung im Elternhaus und der Schule kompensiert werden, im Gegensatz dazu ist es wohl auch möglich, dass das Elternhaus und soziale Faktoren einen ungünstigen Einfluss auf die Lernvoraussetzungen des Kindes haben und dieses dann LRS entwickelt. Letztendlich wirkt auch das Erlernen von Lesen und Schreiben wieder zurück auf die Lernvoraussetzungen, man denke beispielsweise an den Wortschatz und die phonologische Bewusstheit.

Man geht daher heute von einem interaktiven Modell aus, das durch folgende Grafik veranschaulicht wird:

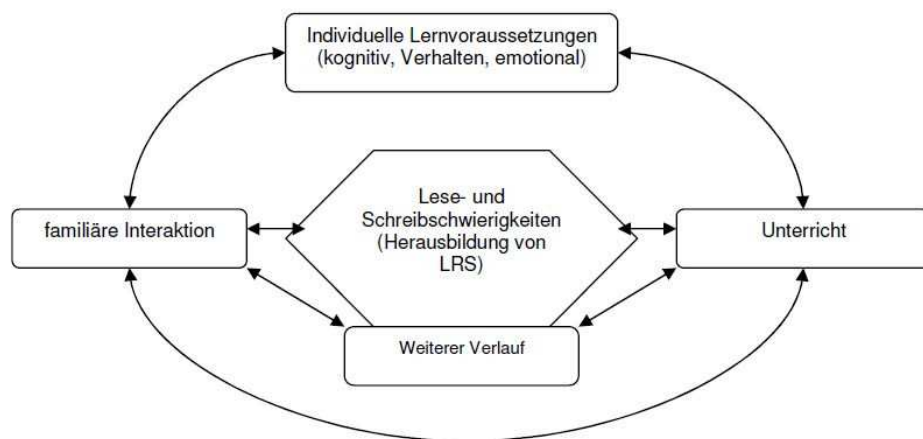


Abbildung 1 Interaktives Modell der Entwicklung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (Klicpera et al., 2010; S. 161)

Dieses Modell zeigt auch die Wichtigkeit, in der Förderung und Therapie auf jedes Kind individuell einzugehen, die individuellen Entstehungsfaktoren, soweit bekannt, zu berücksichtigen und die Therapie und Behandlung an die jeweiligen Bedingungen anzupassen. Ebenso müssen das familiäre Umfeld und schulische Faktoren Berücksichtigung finden.

3 Komorbidität und Begleitscheinungen der Legasthenie

Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben treten selten alleine auf, häufig weisen Kinder auch in anderen Leistungsbereichen Probleme auf oder entwickeln im Verlauf der LRS zusätzliche Symptome, vor allem im emotionalen und Verhaltensbereich.

Alle diese Zusatzprobleme sollen nun kurz überblicksmäßig beleuchtet werden:

Legasthenie und Aufmerksamkeitsprobleme/AD(H)S

Motorische Unruhe, Impulsivität und verminderte Aufmerksamkeit werden von einigen Autoren als häufige Begleitsymptome der Legasthenie erwähnt. Warnke et al. (2002) weisen auf die Wichtigkeit einer diesbezüglichen Diagnostik auf ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) hin. Es finden sich Angaben, dass bis zur Hälfte der in klinischen Einrichtungen wegen ADHS vorgestellten Kinder auch von LRS betroffen sind (vgl. Döpfner et al., 2000; Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 2004). Bei Aufmerksamkeitsproblemen ist es wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um eine primäre Aufmerksamkeitsstörung handelt oder ob motorische Unruhe und Konzentrationsprobleme nur im Zusammenhang mit Lesen und Schreiben auftreten. Im letzteren Fall sind sie wahrscheinlich auf Überforderung zurückzuführen. Oehler und Born (2007) erklären die Komorbidität von ADHS und Lernproblemen u.a. mit beiden Störungen zugrunde liegenden Konzentrations- und Gedächtnisproblemen.

Legasthenie und Rechenprobleme

Klicpera et al. (2010) erwähnen die besondere Bedeutung von Rechenschwierigkeiten im Zusammenhang mit LRS. Sie erwähnen eine Studie von Aster und Göbel (1990), wonach Kinder mit umschriebenen Rechenstörungen zu drei Vierteln auch Lese-Rechtschreibschwierigkeiten aufweisen.

Legasthenie und Sprachprobleme

Warnke et al. (2002) erwähnen einige Sprachentwicklungsstörungen, die gehäuft bei Kindern mit LRS auftreten. Dazu zählt er eine verzögerte Sprachentwicklung, Artikulationsstörungen, Dysgrammatismus, er erwähnt aber auch eine sprachgebundene Gedächtnisschwäche sowie den erschwerten Zugriff auf das sprachliche Lexikon (Benennen von Gegenständen, vgl. „Benennungsgeschwindigkeit“, Klicpera. et al., 2010).

Psychische und Verhaltensauffälligkeiten

Zu psychischen Auffälligkeiten kommt es häufig als Folge der Legasthenie, wenn das Kind bemerkt, dass es trotz oftmals beträchtlicher Anstrengungen nicht im Stande ist, die gleichen Leistungen zu erbringen wie seine Mitschüler. Oft kommt es auch zu Hänseleien, zu Konflikten mit Lehrern und Eltern. Es gibt jedoch auch Hinweise darauf, dass Verhaltensschwierigkeiten bei LRS-Kindern schon im Vorschulalter aufgetreten sind und somit nicht als Folge der LRS verstanden werden können.

Esser et al. (2002) fanden, dass achtjährige Kinder mit LRS zu etwa 40% psychische Störungen aufwiesen, im Alter von 18 Jahren immerhin noch zu 34%.

Strehlow (2004) beschreibt unter anderem folgende psychische Begleiterscheinungen der LRS:

- Allgemeine Lern- und Leistungsstörungen
- Emotionale Symptome (Schulangst, Versagensangst ...)
- Psychosomatische Symptome als Anzeichen von Schulangst (Erbrechen, Kopfschmerzen...)
- Störungen im Sozialverhalten und Disziplinschwierigkeiten
- Hausaufgabenkonflikte.

Weiters wird der Einfluss der LRS auf das schulische Selbstkonzept, auf den Selbstwert und das Entwickeln depressiver Symptome beschrieben (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1998).

4 Häufigkeit, Folgen und Prognose von LRS

Die Häufigkeit der Legasthenie wird meist zwischen 2,7 und 8 % der Schüler angegeben (Warnke et al., 2002; Warnke & Plume, 2008), wobei Jungen häufiger betroffen sind als Mädchen. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1998) führen hingegen an, dass etwa 10-15% aller Kinder im österreichischen Schulsystem deutliche Schwierigkeiten im Erlernen des Lesens und Rechtschreibens haben. Diese in der Literatur unterschiedlichen Häufigkeitsangaben kommen dadurch zustande, dass den Untersuchungen verschiedene Definitionen zugrunde liegen und zudem unterschiedliche Lehrpläne und Schulsysteme das Beziffern der Häufigkeit erschweren (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1998).

Wichtig zu erwähnen ist noch die Stabilität von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. Meist bleibt das Niveau der Lese- und Rechtschreibentwicklung eines Schülers im Verlauf der Schuljahre stabil. Der Schüler erreicht im Laufe der Jahre zwar absolute Verbesserungen, hinkt aber den Mitschülern meist die ganze Schullaufbahn hinten nach. Einig ist sich die Fachwelt, dass die Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten meist bis ins Erwachsenenalter persistieren. Unterschiedlich sind jedoch die Befunde zu den Folgen der LRS im Erwachsenenalter. So gibt es gesicherte Zusammenhänge zwischen Leseschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten in der Adoleszenz, der kausale Zusammenhang wird jedoch kontrovers diskutiert – es können beide Faktoren mit familiären Gegebenheiten oder sozialen Faktoren zusammenhängen (Klicpera et al., 2010). Strehlow (2004) fand, dass Personen mit LRS und einem durchschnittlichen IQ von 112 nur zu ca. 10% das Abitur erreichten. Auch in der Studie von Esser et al. (2002) erreichten wesentlich weniger Kinder mit LRS Gymnasial- oder Realschulniveau als Kinder mit anderen Entwicklungsstörungen. Andere Studien berichten von einem schwierigen Berufseinstieg und einer höheren psychosozialen Belastung Betroffener. Klicpera et al. (2010) kamen jedoch zu dem Schluss, dass es den meisten Erwachsenen gelinge, „trotz ihrer Schwierigkeiten eine angemessene berufliche Position zu erwerben und das Erwachsenenalter ohne psychosoziale Anpassungsschwierigkeiten zu meistern.“

5 Wird Legasthenie rechtzeitig erkannt und von wem?

Damit Kinder mit LRS angemessene Förderung oder Therapie erhalten können, muss die Legasthenie rechtzeitig erkannt werden, denn diese Kinder benötigen frühzeitig angemessene Hilfestellungen (vgl. Klicpera et al., 2010). Da sich die Schwierigkeiten hauptsächlich in der Schule zeigen, sind hier die Lehrer gefordert; aber auch Eltern sollten aufgrund der Hausaufgabensituation auf die Probleme aufmerksam werden. Doch was geschieht, wenn ein Kind schlechte Leistungen im Lesen und Rechtschreiben bringt, wer wird in der Regel darauf aufmerksam? Im folgenden Kapitel werden Untersuchungen dazu vorgestellt.

5.1 Lehrerurteile

Damit eine Lehrkraft bemerken kann, dass ein Kind Schwierigkeiten im Erwerb der Schriftsprache hat, muss sie die Leistungen ihrer Schüler akkurat einschätzen können. Bereits 1990 konnten Schrader und Helmke zeigen, dass Lehrer sich in ihrer Einschätzung von Schülerleistungen von der Intelligenz und auch dem Fähigkeitsselbstbild der Schüler beeinflussen lassen und nicht nur von deren tatsächlicher Leistung. Weitere sehr interessante Ergebnisse lieferten Schabmann und Schmidt (2009, 2010), die zeigen konnten, dass Lehrkräfte nur begrenzt dazu in der Lage sind, Schülerleistungen im Lesen und Rechtschreiben korrekt einzuschätzen. Sie fanden auch, dass die Einschätzung der Lehrer vom Schülerverhalten beeinflusst wird (vor allem Hyperaktivität und externalisierende Verhaltensweisen spielten eine Rolle) und dass besonders Leseschwierigkeiten nicht oder zu spät bemerkt bzw. auch fälschlich als „vorübergehend“ eingeschätzt werden. Es ist anzunehmen, dass durch diese fälschliche Annahme oft wertvolle Zeit vergeht, in der das Kind gefördert hätte werden müssen. Dummer-Smoch (1989) beschreibt die Schwierigkeit von Lehrern, das Potential von legasthenen Kindern zu erkennen, wenn diese durch Entmutigung „aufgegeben“ hätten und in allen Schulleistungen absänken. Sie beschreibt Lehrkräfte als oft „ratlos“.

Wenn Lehrer bemerken, dass ein Kind Schwierigkeiten im Lesen oder Rechtschreiben hat, müssen sie über das Erscheinungsbild einer Legasthenie Bescheid wissen, um entsprechende Schritte einleiten zu können.

Was wissen Lehrer über Legasthenie?

Betrachtet man den aktuellen Studienplan der Pädagogischen Hochschule Wien (PH) für die Ausbildung zum Volksschullehrer, findet man die Thematik LRS nicht als Bestandteil des Curriculums (siehe Pädagogische Hochschule Wien, 2011). LRS ist hier nur ein Subthema in größeren Themengebieten, so findet sich beispielsweise eine Lehrveranstaltung mit dem Titel „Lernbehindertenpädagogik“. Auch an der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Wien/Krems findet sich im Studienplan zur Ausbildung zum Volksschullehrer keinen Hinweis auf eine Behandlung des Themas LRS.

Beim Überblick über die Fortbildungsangebote für Volksschullehrer finden sich insbesondere in der Kirchlichen Pädagogischen Hochschule Krems einige Seminare zum Thema, u.a. zur „Phonologischen Förderung in Kindergarten und Schuleingangsphase zur Prävention von Lese- und Rechtschreibproblemen“, aber auch zum Umgang mit LRS im Unterricht. Bemerkenswert ist auch folgendes Angebot: „Teilleistungsschwächen als hemmende Faktoren in der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung von Kindern nach Dr. B. Sindelar“. Weiters bietet die Kirchlich Pädagogische Hochschule Wien/Krems einen Hochschullehrgang mit folgendem Titel an: „Betreuung lese- und rechtschreibschwacher Kinder“, der zur Betreuung von LRS-Kindern im inner- und außerschulischen Bereich befähigt.

Alle diese Angebote werden aber nur von speziell interessierten Lehrern besucht, da diese Lehrgänge Angebote unter vielen anderen darstellen. Daher ist davon auszugehen, dass die Mehrheit der Lehrer über keine speziellen Kenntnisse zur Diagnostik oder Behandlung von LRS verfügt.

Laut persönlicher Auskunft (am 11.07.2011) von Frau Dr. Beatrix Haller (BMUKK, Mitautorin und inhaltlich Verantwortliche der Broschüre „Die schulische Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche“) wird derzeit an einem Konzept zur Qualitätssicherung der Ausbildung von schulinternen Legasthenie-Förderern

gearbeitet. Es sollen einheitliche Richtlinien für diese Ausbildung erarbeitet und in etwa einem Jahr eine Informationskampagne zum Thema gestartet werden. So gibt es Hoffnung, dass es hier in Zukunft ein einheitlicheres Bild in der Ausbildung geben wird.

Interessant ist auch eine Untersuchung von Steffen und Sodogé (2010), in der Schweizer Heilpädagoginnen, die gemeinsam mit der Klassenlehrkraft an der Unterstützung von Schülern mit Förderbedarf beim Lesen und Schreiben lernen arbeiten, über ihr Wissen bezüglich LRS befragt wurden. Besonders interessierte, ob neuere Forschungsergebnisse in die Unterrichtsgestaltung einfließen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten an der klassischen Konzeption von LRS als Teilleistungsschwäche bei ansonsten normaler Intelligenz festhielten und gestalteten die Förderung mehrheitlich nicht sprachbezogen, sondern wahrnehmungsorientiert. Somit wurde hier neueren Forschungsergebnissen kaum Rechnung getragen. Eine Befragte beschrieb LRS sehr bildlich als eine „gummige Angelegenheit“, womit sie die Unübersichtlichkeit der Forschungslage ansprach und die unklare Abgrenzbarkeit der Begriffe.

Diese Ergebnisse sprechen für die Tatsache, dass es mehr oder weniger vom Glück abhängt, ob eine Lehrkraft über Legasthenie genug weiß, sodass sie in der Lage ist, die auftretenden Schwierigkeiten frühzeitig zu erkennen und die Eltern über weitere Schritte gut zu beraten.

5.2 Elternurteile

Helmke und Schrader (1989) untersuchten die Diagnosefähigkeit von Müttern u. a. hinsichtlich der Schulleistungen ihrer Kinder und bemerkten, dass Mütter meist recht gut über den Leistungsstand ihrer Kinder informiert sind. Doch kann man diesem Untersuchungsergebnis auch hinsichtlich des Problembereichs der Legasthenie trauen?

Da Eltern üblicherweise in ihrer Einschätzung des Leistungsstandes ihres Kindes auf oft nicht gegebene Vergleichsmöglichkeiten angewiesen sind, vertrauen viele Eltern

auf das Urteil der Lehrer, sind die Lehrer doch Fachleute für Lesen und Schreiben lernen. Untersuchungen zeigten, dass Eltern in ihrer Einschätzung des Leistungsstandes des Kindes nur von den Lehrereinschätzungen und nicht vom testmäßig erfassten Leistungsstand beeinflusst wurden (Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 2001).

Voraussetzung dafür ist aber ausreichender Kontakt zwischen Eltern und Lehrern, der sicher nicht immer gegeben ist. Es wird üblicherweise einmal im Halbjahr ein Elternsprechtag abgehalten, sonstige Kontakte zwischen Eltern und Lehrern beschränken sich meist auf Initiative der Eltern (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1998). Bei der Kommunikation Eltern/Lehrer spielen viele Faktoren eine Rolle, wie Engagement der Lehrkraft, Engagement und Interesse der Eltern, Zeit der Eltern, so dass es ein Glücksfall für das betroffene Kind ist, wenn ausreichend und rechtzeitig kommuniziert wird und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1998) zitieren eine Untersuchung von Tizard et al. (1988), wonach Eltern von den Lehrern zu spät über schlechte Leistungen informiert werden und sich daher häufig ein unrealistisch gutes Bild über die Leistungen der Kinder machen.

Bereits Kowarik (1977) verwies auf die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Schule und Elternhaus in der Betreuung von legasthenen Kindern. Doch, selbst wenn Eltern und Lehrer häufig kommunizieren, gibt es Hinweise auf nicht gut funktionierende Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Schule und Elternhaus. Einerseits werden die Eltern häufig nicht auf die Notwendigkeit spezieller Förderung ihrer Kinder hingewiesen, andererseits zeigen sich Eltern unzufrieden mit der Förderung ihrer Kinder in der Schule, die Lehrer wiederum beleuchten kritisch, was die Eltern zu Hause mit dem Kind üben. Es herrscht wenig Übereinstimmung darin, was die Lehrer den Eltern empfohlen und was die Eltern verstanden haben. Zudem scheinen Lehrer vor allem im ersten Schuljahr sehr vorsichtig zu sein, Eltern auf mögliche Schwierigkeiten hinzuweisen, oder aber die Eltern verstehen mögliche Hinweise nicht. (Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 2000a; Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 2002). Schon in den Wiener Längsschnitt-untersuchungen wurde von Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1993) herausgefunden, dass Eltern von LRS-Kindern den Kontakt zu Lehrkräften weniger positiv einschätzen als Eltern von guten oder

durchschnittlichen Schülern, ja dass sie die Schule insgesamt nicht so gut beurteilen. Hier scheint es ein gewisses Spannungspotential zwischen Eltern und Lehrern von LRS-Schülern zu geben. Zudem verweisen Befunde auf die Gefahr, dass Eltern, wenn sie auf die Schwierigkeiten der Kinder hingewiesen werden, in Folge Druck auf die Kinder ausüben (Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 2001).

Eine Möglichkeit für die Eltern, die Leistung ihres Kindes unabhängig vom Lehrerurteil zu beobachten, stellt die Hausaufgabensituation dar. Schwächere Kinder brauchen üblicherweise wesentlich länger für die Hausaufgabe, besonders in der Volksschule. Viele Kinder reagieren auf ihre Schwierigkeiten misstrauisch, lustlos oder verweigern die Hausaufgabe. Dadurch werden Eltern stärker gefordert, ihre Kinder zu ermahnen und zu motivieren, stellen aber fest, dass das tägliche Üben keine Fortschritte bringt, das Kind nicht will oder kann. Diese Situation birgt einen reichen Boden für Konflikte und Gefühle der Ohnmacht und des Versagens. (Warnke et al., 1989)

Es gibt Hinweise, dass Eltern bei Schulschwierigkeiten zu spät intervenieren. Jansen und Streit (1992) stellten fest, dass Eltern erst Hilfe suchen, wenn die Schulschwierigkeiten ihrer Kinder bereits zu weit fortgeschritten sind.

6 Therapiemöglichkeiten bei LRS

Wenn nun Eltern oder Lehrer bemerkt haben, dass ein Kind Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben hat, welche Möglichkeiten der Unterstützung und Hilfe gibt es für das Kind?

Dass es frühzeitig Hilfe braucht, ist unumstritten, denn Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten bleiben ohne gezielte Intervention bestehen, ja der Abstand zu den leistungsstarken Schülern vergrößert sich sogar noch. Kinder mit Leseschwierigkeiten lesen deutlich langsamer als andere, verlieren die Freude am Lesen (oder konnten sie nie entwickeln) und lesen in ihrer Freizeit deutlich weniger als gute Leser. Dies hat weitreichende Folgen, die von Schwierigkeiten auch in anderen Schulfächern (hier vor allem Mathematik, man denke an Textbeispiele), in der mangelnden Fähigkeit sich selbständig Wissen durch Lesen anzueignen, bis zum Schulversagen und dem der Intelligenz inadäquaten Schulabschluss führen können (Gasteiger-Klicpera & Klicpera, 2002).

6.1 Förderung innerhalb der Schule

Im Folgenden soll die Situation in Wiener Pflichtschulen beschrieben und schulische Möglichkeiten der Förderung legasthener Kinder aufgezeigt werden.

Differenzierung

Besonders innerhalb des Erstleseunterrichts ist eine differenzierte Unterrichtsgestaltung sehr wichtig, da Kinder mit völlig verschiedenen Lernvoraussetzungen in die Schule kommen. Man denke nur an Kinder mit Migrationshintergrund versus Kinder, die vielleicht schon zu Beginn der ersten Klasse lesen können. Diese innere Differenzierung kann in offenen Unterrichtsphasen umgesetzt werden, in denen Kinder je nach Leistungsstand individuelle Aufgaben bearbeiten (Mand, 2008). Kinder mit größeren Schwierigkeiten

benötigen aber Einzelbetreuung und ein Eingehen auf ihre individuellen Schwächen, was im normalen Unterricht verständlicherweise kaum möglich ist.

Förderunterricht

Schüler mit Schwächen in verschiedenen Bereichen besuchen meist die Förderstunde oder Lernstunde innerhalb ihres Klassenverbandes. Das heißt, dass die Volksschullehrerin eine Unterrichtsstunde pro Woche für Förderunterricht aufwendet, diese Stunde wird manchmal im Anschluss an den Unterricht einmal wöchentlich abgehalten oder auch auf zwei halbe Einheiten pro Woche verteilt (siehe Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2011).

Die Auswahl der Schüler erfolgt hier nach Maßgabe der Lehrkraft. Nicht zu unterschätzen ist der Einfluss des Leistungsniveaus der Klasse, da die Lehrkraft ja immer nur eine begrenzte Anzahl von Schülern in den Förderunterricht aufnehmen kann; ist das Klassen-Leistungsniveau niedrig, sinkt die Wahrscheinlichkeit des einzelnen Schülers, in den Förderunterricht aufgenommen zu werden. Untersuchungen ergaben auch die Bevorzugung von Burschen und linkshändigen Schülern in der Zuweisung zu Fördermaßnahmen sowie generell das Problem, dass viele förderungsbedürftige Schüler nicht zugewiesen oder umgekehrt, Schüler, die gar keinen Unterricht gebraucht hätten, zum Förderunterricht geschickt wurden (vgl. Klicpera & Gasteiger-Klicpera, 1993). Weiters werden im Förderunterricht Schüler mit Schwächen in verschiedenen Bereichen zusammengefasst, was individuelle Behandlung sicherlich erschwert bzw. unmöglich macht.

Legastheniekurse

.

Seit den fünfziger Jahren gibt es in Wien besondere Fördermaßnahmen für Kinder mit LRS. Wurden sie noch bis in die Sechziger in sogenannten Legasthenikerklassen zusammengefasst, erwies sich dieses Konzept schon bald als problematisch. Der schulpsychologische Dienst übernahm unter der Leitung von Lotte Schenk-Danzinger die Förderung legasthenischer Kinder. Von nun an versuchte man betroffene Kinder in Kursen zu betreuen, die entweder innerhalb der normalen Unterrichtszeit in Kleingruppen oder nachmittags angeboten werden. Diese sogenannten Legasthenieförderkurse werden von Lehrkräften mit

Zusatzausbildungen betreut. Klicpera und Gasteiger-Klicpera (1993) halten dazu fest, dass gerade in Österreich die schulische Förderung besonders ernst genommen wurde. Doch hielt sie, was sie versprach?

1993 wurden diese Förderkurse in zwei Wiener Schulbezirken in einer Längsschnittuntersuchung umfangreich untersucht (Klicpera et al., 1993) – mit einem vernichtenden Ergebnis. Es konnte kein Unterschied in der Leistung von Kindern, die den Kurs besucht hatten, zu ebenso schwachen Kindern ohne Kursbesuch gefunden werden. Die Autoren führen dieses Ergebnis auf folgende Faktoren zurück:

- Die Kinder mussten häufig laut vorlesen, was den Lehrern zwar Gelegenheit zum korrektiven Eingreifen gab, das Leseverständnis und damit die Leselust der Kinder aber sicherlich nicht förderte, da sie mit dem korrekten Vorlesen beschäftigt waren.
- Beim Rechtschreiben fiel auf, dass sehr viel Zeit für das Einüben von - wie Anhänger des traditionellen Legastheniekonzepts glauben - typischen Fehlerarten wie der Verwechslung von b/d und ie/ei verwendet wurde. So kamen die Kinder nur zum Üben einzelner Wörter und konnten sich keinen gesicherten Wortschatz aneignen.
- Letztendlich wurde die häufige Anwendung von Funktionsübungen kritisiert. Die Autoren beobachteten, dass viele Lehrerinnen noch immer am Training basaler Fertigkeiten festhielten (klassisches Legastheniekonzept), obwohl dieses Konzept, wie weiter oben bereits ausgeführt, 1993 als überholt galt und einer empirischen Prüfung nicht standhalten konnte (siehe z. B. Scheerer-Neumann, 1979).

Einzelförderung durch Tutoren

Klicpera et al. (2010) stellen als Alternative zum Legasthenieförderkurs in Gruppen das paarweise Üben des Lesens und Rechtschreibens mithilfe von Tutoren vor. Hier handelt es sich um freiwillige Helfer, z. B. Eltern von Schülern, Schüler höherer Klassen oder leistungsstarke Schüler, die mit Schwächeren Lesen oder Rechtschreiben üben. Inwieweit dies in der Schulpraxis umgesetzt wird, bleibt dem einzelnen Lehrer überlassen, daher können keine Aussagen über die Anwendung dieser Methode getroffen werden.

6.1.1 Bestimmungen über den schulischen Umgang mit LRS

In der 2008 aktualisierten Broschüre des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK; 2001 bei erstmaligem Erscheinen noch Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur) *Die schulische Behandlung der Lese- und Rechtschreibschwäche* wird explizit darauf hingewiesen, dass es Aufgabe der Schule sei, auf die besonderen Bedürfnisse der Kinder mit Lese/Rechtschreibschwierigkeiten einzugehen, diese Kinder zu fördern und zu ermutigen. Auf die Wichtigkeit von differenzierenden Maßnahmen gerade in diesem Bereich wird hingewiesen. Diese individuellen Maßnahmen sind in Form eines Förderplans festzulegen. Wenn der Fördererfolg nicht gegeben ist (in der Regel innerhalb des ersten Schuljahres), wird eine differenzierte Abklärung empfohlen (z.B. Schulpsychologie). Dann kann das Kind eine Intensivierung der schulischen Förderung in Form der Zuweisung zu spezifischen Förderkursen erfahren (Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, 2008).

Bezüglich der Leistungsbeurteilung bei LRS gibt es einen eigenen Erlass des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur (Rundschreiben Nr. 32/2001. GZ 36.200/38-SL V/2001). Darin wird darauf hingewiesen, dass zur Erbringung der Leistung im Pflichtfach Deutsch nicht rein die Rechtschreibung als Basis für die Beurteilung herangezogen werden darf. Ebenso sind die Bereiche Sprechen, Lesen, Verfassen von Texten etc. zu beurteilen. Bei den Leistungen in der Sekundarstufe wird neben ähnlichen Leistungsmaßstäben auch der Einsatz von Textverarbeitungsprogrammen mit Rechtschreibprüfung empfohlen (Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, 2001).

Kritisch anzumerken ist hier, dass die Art der Umsetzung dieser Empfehlungen zur Leistungsbeurteilung im Ermessen der jeweiligen Lehrkraft liegt, da keine klaren Richtlinien vorliegen.

6.2 Förderung außerhalb der Schule

Im folgenden Kapitel soll auf die Möglichkeiten außerschulischer Förderung in Wien eingegangen werden. Es erfolgte eine intensive Internetrecherche und es wurde versucht, alle relevanten Ausbildungseinrichtungen für Personen, die mit Legasthnikern arbeiten möchten, methodisch zu beschreiben.

6.2.1 Legasthenietherapeut/Legasthenietrainer/Lerntrainer/Lerncoach – eine Vielfalt an Begriffen – Was steckt dahinter?

Es existieren weder in Österreich noch in Deutschland Standards für die Ausbildung zum Legasthenietherapeuten (Von Suchodoletz, 2006), es gibt auch keine einheitliche Bezeichnung für Menschen, die außerschulisch Legasthnikern helfen wollen. Es gibt keine geschützte Berufsbezeichnung in diesem Arbeitsfeld. Dies führt in der Praxis dazu, dass es eine unübersichtliche Fülle an verschiedenen Berufsbezeichnungen gibt, die vor allem für den Laien unüberblickbar sind. Mann (2001b) schreibt sehr treffend: „Solange jeder Psychologe, jeder arbeitslose Lehrer und sogar jede Hausfrau ohne irgendwelche Zusatzausbildung Legasthenietherapie durchführen darf, ist Therapieerfolg in keiner Weise gewährleistet.“

Die Ausbildungen zum Legasthenietherapeuten (hier als Oberbegriff für verschiedene Berufsbezeichnungen verwendet) erfolgen in verschiedenen Institutionen, teilweise universitär, teilweise in Vereinen, Interessensvereinigungen und durch Fachleute. Fachleute verweisen auf die Relevanz von profundem Wissen, didaktischen Fähigkeiten und vielem mehr und fordern einen zu schützenden Beruf des Legasthenietherapeuten und letztlich finanzielle Unterstützung von Seiten der Krankenkassen, damit es sich für angehende Therapeuten auch auszahlt, in teure Ausbildungen zu investieren (Mann, 2001b).

Im Folgenden wird versucht, einen Überblick über in Wien tätige Personengruppen, die sich der Legasthenietherapie verschrieben haben, zu geben. Ebenso wird versucht, deren Ausbildungen sowie die theoretischen Hintergründe zu skizzieren.

6.2.2 Universitätslehrgang LRS-Therapie

Der Universitätslehrgang "LRS-Therapie" wird mit der Bezeichnung "akademische(r) LRS-Therapeut/-in" abgeschlossen und wurde bis vor einigen Jahren an der Universität Salzburg angeboten.

Der Lehrgang wurde berufsbegleitend in Form von Wochenendkursen abgehalten. Insgesamt bestand der Lehrgang aus 30 Semesterstunden, die auf vier Semester aufgeteilt waren. Für den Abschluss des Lehrganges waren zusätzlich die Absolvierung eines Praktikums im Ausmaß von 40 Stunden und die Abfassung einer schriftlichen Falldokumentation und einer darüber abzulegenden Prüfung erforderlich.

Der Berufsverband für akademische Lese-Rechtschreibtherapeuten (BALT) vertritt und fördert die Interessen der Berufsgruppe der TherapeutInnen für Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie) und/oder Rechenstörung (Dyskalkulie). Er setzt sich zudem im Interesse der von Legasthenie und/oder Dyskalkulie betroffenen Menschen für die Verbreitung wissenschaftlich fundierter Informationen und für adäquate Aufklärung ein. Die Mitglieder versprechen Qualitätskriterien wie einen psychologischen Grundberuf, die Anwendung wissenschaftlich geprüfter Verfahren und eine akademische Ausbildung. Basierend auf wissenschaftlich fundierten Fördermethoden setzen sie in ihrer Therapie direkt am Symptom an: Lesen, Rechtschreiben, phonologische Bewusstheit und Rechenfertigkeiten werden gezielt gefördert.

Sucht man auf der Homepage nach Therapeuten in Wien, findet man vier dort angeführt (siehe Berufsverband Akademischer Lese-Rechtschreib-TherapeutInnen, 2011).

6.2.3 Der Qualitätszirkel Legasthenie (QZL)

Der QZL wurde 2002 gegründet und hat sich der Qualitätssicherung in Diagnostik und Therapie verschrieben. Es werden Ausbildungen zum Legasthenie-, Dyskalkulie- und ADHD-Therapeuten angeboten, meist etwa 2-jährig berufsbegleitend in verschiedenen Bundesländern. In diesen Weiterbildungen garantiert der Verein mit Sitz in Kärnten Lehrgänge auf wissenschaftlicher Basis mit stark interdisziplinärer Ausrichtung und eine Orientierung an internationalen Standards.

Sieht man auf dieser Homepage auf die Therapeutenliste, findet man 28 in Wien ansässige Personen mit dieser Ausbildung zum Legasthenietherapeuten (siehe Qualitätszirkel-Legasthenie, 2011).

6.2.4 Der Österreichische Bundesverband Legasthenie (ÖBVL)

Dieser wurde 1991 von Eltern betroffener Kinder, Lehrer, Psychologen, Betreuer und Ärzte als gemeinnütziger Verein gegründet. Die Therapeuten des Bundesverbandes Legasthenie verschreiben sich der sogenannten „Holistisch-Ontogenetischen Methode (HOM)“, darunter wird verstanden, dass das Kind in seiner Gesamtheit (holistisch) betrachtet, alle Störungen der geistigen, körperlichen und sozialen Entwicklung entsprechend (ontogenetisch) beachtet werden sollen und die Methode von den individuellen Bedürfnissen der Kinder abhängig sein soll. Bezüglich der theoretischen Grundlagen, die vermittelt werden, wird auf der Homepage eine breite Palette angeführt, von Phonologischer Bewusstheit bis Teilleistungskonzept, die Wichtigkeit des Kennens von „wissenschaftlichen Forschungsergebnissen“ wird jedenfalls betont.

Die Akademie des ÖBVL bietet seit 1994 Ausbildungen zum Legasthenietherapeuten an, die in etwa 1,5 Jahren berufsbegleitend absolviert werden können. Auf der Therapeutenliste für Wien findet man 35 im Berufsfeld tätige Absolventinnen (siehe Österreichischer Bundesverband Legasthenie, 2011).

6.2.5 Akademie für Legasthenie-Therapie, Dyskalkulie-Therapie und Lerncoaching

Seit 1994 wird hier ein modulares System angeboten, das Wissen zur Legasthenie- und Dyskalkulietherapie, ADHS-Therapie und Lerncoaching umfasst, das Diplom kann über alle Inhalte oder auch nur Teile davon erworben werden. Absolviert man die gesamte Ausbildung, dauert dies annähernd zwei Jahre in Form von Wochenendseminaren. Auf der Homepage kann man lesen: „Breites Grundlagenwissen und Vertiefung mit starkem Praxisbezug befähigen Sie zur eigenständigen, individuellen Planung und Durchführung der Betreuung sowie zur Auswahl der jeweils geeigneten Methode. Durch ständige Weiterentwicklung bleibt der Lehrgang stets auf dem neuesten Stand der Wissenschaft.“ Genaueres zur Methode ist nicht zu finden. Im Therapeutenverzeichnis finden sich acht in Wien tätige Therapeuten (siehe Adler, Eva S., 2011).

6.2.6 Erster Österreichischer Dachverband Legasthenie (EÖDL)

Dieser im Internet sehr präsente Verband schreibt auf der der Ausbildung zugeordneten Homepage folgendes: „Der Erste Österreichische Dachverband Legasthenie (EÖDL) bildet in Zusammenarbeit mit dem Kärntner Landesverband Legasthenie (KLL) und dem Dachverband Legasthenie Deutschland (DVLD), gemeinnützige Verbände, und dem Dyslexia Research Center seit über 15 Jahren Legastheniespezialisten aus.“ (Dyslexia Research Center, 2011a). Diese Ausbildung erfolgt in Form eines Fernstudiums, das mindestens acht Monate dauert, man erwirbt das Diplom zum „Diplomierten Legasthienetrainer“. Dr. Kopp-Duller ist Gründerin und Präsidentin des Verbands und entwickelte die sogenannte AFS-Methode (**A**ufmerksamkeitstraining, **F**unktionstraining, **S**ymptomtraining) (Kopp-Duller, 2008). Hier findet auch ein Computertest namens AFS-Computertest Anwendung, der die „individuelle Legasthenie eines Kindes erfassen und kategorisieren soll“ (Dyslexia Research Center, 2011b). Auf dieser Homepage findet sich u.a. folgendes Zitat:

„Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass man nur dann von einer Legasthenie sprechen kann, wenn bei einem Kind beobachtet wird, dass erstens die Aufmerksamkeit zeitweise sehr stark nachlässt, wenn es schreibt,

liest oder rechnet, sich mit Symbolen beschäftigt. Zweitens Sinneswahrnehmungen, die man für das Schreiben, Lesen oder Rechnen benötigt, differenziert stattfinden. Drittens das Kind sehr eigenartige Fehler beim Schreiben, Lesen oder Rechnen produziert.“

Auch Folgendes:

„Eine 2-minütige Geschichte mit vielen Details wird vom Computer vorgelesen und anschließend sind Fragen dazu zu beantworten, z.B. „Welche Farbe hatte das Auto? Wo landete der Kakadu?“ Hierbei wird das akustische Gedächtnis des Testkandidaten genau überprüft. Wie in der Optik erstreckt sich auch in der Akustik die Einteilung über Differenzierung, Gedächtnis und Serialität. Weiters werden bei den insgesamt acht Funktionstests auch noch die Raumorientierung und das Körperschema überprüft.“

Hier kann man sehen, dass in diesem Computertest und auch später im Training verstärkt auf Teilleistungen eingegangen wird, die Zweifelhaftigkeit dieser Trainings wurde bereits weiter oben dargestellt (vgl. Kap.2.1.).

Weiters wird erwähnt, dass die betroffenen Kinder „sehr eigenartige Fehler“ beim Lesen, Schreiben produzieren (siehe Zitat oben). Mittlerweile herrscht aber Einigkeit darüber, dass legasthene Kinder sich in der Art ihrer Fehler nicht von gesunden Kindern unterscheiden, sie machen nur mehr Fehler und länger anhaltend. (u.a.: Klicpera et al., 1993a)

Da diese Ausbildung als Fernstudium wenig zeitlichen Aufwand erfordert und zudem preisgünstiger ist als oben genannte Alternativen, wird sie von vielen Menschen absolviert.

Zu erwähnen ist auch, dass Diplomierte Legasthenetiker vorwiegend mit selbst entwickelten Materialien arbeiten, so gibt es eine Internetplattform mit tausenden Arbeitsblättern zur Behandlung von Teilleistungen zum Download, die von tätigen Trainern erstellt und zum Download angeboten werden (siehe Dyslexia Research Center, 2009).

Im Therapeutenverzeichnis findet man 89 diplomierte Legasthenetiker für Wien. (siehe Dyslexia Research Center AG, 2011c).

6.2.7 Der Schmunzelclub oder die Sindelar-Methode

Die Wiener Psychologin Dr. Brigitte Sindelar entwickelte in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts die sogenannte Sindelar-Methode zur Behandlung von Teilleistungsschwächen. Sie sieht Teilleistungsschwächen als mögliche Ursache für verschiedene Lernstörungen wie Legasthenie oder Dyskalkulie, aber auch für Verhaltensauffälligkeiten. Unter Teilleistungen werden „grundlegende Bausteine der Informationsverarbeitung“ verstanden, wie beispielsweise visuelle und auditive Funktionen (Gedächtnis, Differenzierungsfähigkeit, Figur-Hintergrund-Differenzierung), Raumorientierung und Serialität. Sindelar entwickelte ein eigenes Diagnoseverfahren und eine Behandlungsanleitung dieser Teilleistungsschwächen inklusive Lernmaterialien und bietet Fortbildungen für Personen mit pädagogischen oder psychosozialen Grundberufen an.

Bemerkenswert ist an dieser Methode, dass sie davon ausgeht, dass eine ausschließliche Behandlung dieser Teilleistungsschwächen dem Kind helfen soll, die Legasthenie zu bekämpfen.

Zitat:

„Das heißt also, angewendet auf das Beispiel der Legasthenie: hat die Diagnostik geklärt, dass eine Teilleistungsschwäche die Ursache für die Legasthenie ist, dann ist es die Aufgabe der Behandlung, die Teilleistungsschwäche zu beheben, nicht, mit dem Kind Rechtschreibübungen zu machen. Solange das Kind eine Teilleistungsschwäche hat, sind Rechtschreibübungen im besten, aber seltenen Fall, nur kurzfristig effizient, führen aber nicht zum langfristigen Erfolg, sondern zur weiteren Entmutigung und Überbelastung des Kindes.“

(Quelle siehe Dr. Sindelar Psychoedukation GmbH, 2011)

Diese Überlegungen gelten jedoch (wie weiter oben bereits dargestellt) als überholt, Klicpera et al. (2010) stehen diesem Konzept mit äußerster Zurückhaltung gegenüber und sehen als Kern jeder Legastheniebehandlung eine Vertiefung des Lese- und Schreibunterrichts. Symptomorientierte Förderung wird heute als am ehesten als effizient angesehen (BMUKK, 2009). Auch Warnke et al. (2002) betonen, dass Legasthenietherapie eine „Übungsbehandlung des Lesens und des Rechtschreibens“ darstellt.

Auf der Homepage sindelar.at findet man in Wien 71 „Sindelar-Trainer“, zusätzlich gründete Dr. Sindelar die sogenannten „Schmunzelclubs“, Zentren für Kinder mit Lernschwierigkeiten, von denen es fünf in Wien gibt. Dort wird nach ihrer Methode gearbeitet (alle Infos: Sindelar, B., 2011a und b, Dr. Sindelar Psychoedukation GmbH, 2011).

6.2.8 Lernberater, Lerncoach und ähnliche Bezeichnungen

Es existiert noch eine Reihe anderer Ausbildungen für Berufsgruppen, die mit legasthenen Menschen arbeiten möchten. Die Vielfalt an möglichen Bezeichnungen spiegelt die ebenso große Vielfalt an dahinterliegenden Konzepten und Methoden wieder. Im Folgenden werden exemplarisch einige dargestellt, ein Anspruch auf Vollständigkeit ist nicht gegeben.

Diplomlehrgang „Lernberatung“ des WIFI-Wien

Im Oktober 2011 startete das WIFI Wien beispielsweise diesen etwa 8-monatigen Lehrgang in Form von Wochenend-Modulen, der sich u.a. an „interessierte Personen, die eine Ausbildung für eine neue Berufslaufbahn absolvieren wollen sowie Wiedereinsteiger/-innen, Ein- und Umsteiger/-innen“ richtet. Teilnahmevoraussetzungen sind das abgeschlossene 21. Lebensjahr und ein positiv absolviertes Aufnahmegespräch. Das Curriculum umfasst eine breite Palette an Inhalten, die von Teilleistungen über Brain Gym (ein aus der Kinesiologie kommendes Konzept von Bewegungsübungen), bis zu ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) und der Durchführung des Salzburger-Lese-Rechtschreibtests reichen. Von 14 angeführten Punkten zum Inhalt des Lehrgangs beschäftigen sich nur drei mit „Legasthenie und Dyskalkulie“ (siehe WIFI Wien, 2011).

Lehrgang zum Lerncoach für Kinder und Jugendliche

Dieser Lehrgang des Bildungsforums wendet sich an „alle engagierten, interessierten Personen, die gerne mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und sie in ihrer Lern- und Persönlichkeitsentwicklung begleiten möchten“, umfasst 14 Module, die in einem Semester abgehalten werden. Von diesen 14 Modulen befasst sich eines mit der

Legasthenie, der Rest mit Themen wie visuelles und auditives Wahrnehmungssystem, Körperwahrnehmung, Entspannungsritualen und ADHD (siehe MERA Bildungsholding GmbH, 2011).

Ausbildung zum B.A.S.I.S.® Lerntrainer

Diese Ausbildung, deren Anbieter explizit die Möglichkeit für selbstständiges Arbeiten als professioneller Lerntrainer vorsehen, wird vom Institut *holistic learning* in Perchtoldsdorf angeboten. Dort kann man auch in Modulform Kenntnisse zu Legasthenie, Dyskalkulie, ADHS erwerben, ein großer Teil der Ausbildung liegt u.a. auf folgenden Schwerpunkten: Das Irlen-Syndrom, Neurolinguistisches Programmieren, zentrale Hörverarbeitungsstörungen, balsa (rhythmische Gleichgewichtsübungen, die die Koordination fördern sollen). Als Wurzeln dieses Lerntrainings werden die sensorische Integration, Bewegungstraining, Montessoripädagogik und Neurolinguistisches Programmieren genannt (siehe Prüller, F., 2011).

Dies sollte einen Auszug darstellen, welche Personengruppen im außerschulischen Bereich mit legasthenen Kindern arbeiten.

Wie sollen nun betroffene Eltern überblicken können, welche Art der Therapie für ihr Kind geeignet ist und welche auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht?

7 Evidenzbasierte LRS-Förderung oder welche Therapie ist wissenschaftlich anerkannt?

Das Bundesministerium für Unterricht und Kunst erstellte 2001 (2007 überarbeitet) die *Handreichung zur schulischen Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche*. Darin werden Qualitätskriterien für die außerschulische Behandlung der Legasthenie angeführt, die vom Arbeitskreis „Legasthenie“ der Schulpsychologischen Bildungsberatung zusammengestellt wurden.

Im Zuge der Diagnostik wird hier auf die Wichtigkeit der gründlichen Anamnese, der Verwendung von Testverfahren, der eventuellen fachärztlichen Abklärung von Seh- oder Hörvermögen oder der Hirnfunktionen und der abschließenden Beratung unter Bezugnahme auf die Testergebnisse hingewiesen. Was die Behandlung betrifft, werden hier Eltern dazu ermutigt, den wissenschaftlichen Hintergrund der Übungsprogramme zu erfragen, darauf zu achten, ob das Kind tatsächlich das trainiert, was es lernen soll und generell Fragen nach der Ausbildung des Therapeuten zu stellen. Auf die Notwendigkeit, individuell auf das Kind einzugehen, wird ausdrücklich hingewiesen. Weiters werden Faktoren wie Kosten, Räumlichkeiten, Ziele der Behandlung und Dauer des Trainings sowie die Einbeziehung der Eltern hinterfragt.

Diese Broschüre wurde an Schulen verteilt, richtet sich an Lehrer und Interessierte. Inwieweit betroffene Eltern diese Broschüre im Bedarfsfall finden, bleibt fraglich. Es ist anzunehmen, dass nur engagierte Eltern mit etwas Glück diese Broschüre im Downloadbereich der Website des Schulpsychologischen Dienstes finden werden - oder jemand macht sie darauf aufmerksam.

Eine weitere Broschüre des BMUKK wurde 2009 im Auftrag des BMUKK unter der Leitung von Prof. Dr. Karin Landerl erstellt und heißt „Evidenzbasierte LRS-Förderung“. Dort wird evidenzbasierte Förderung definiert als:

1) theoretisch fundiert und modellgeleitet;

2) die Wirksamkeit soll durch kontrollierte empirische Evidenz belegt sein.

Diese Sammlung an evidenzbasierten Fördermaterialien soll helfen, sich im unübersichtlichen Angebot an Materialien zurechtzufinden. Es wurden einerseits bestehende Förderprogramme und ihre Wirksamkeit hinterfragt (Evaluationsstudien wurden gesucht), andererseits auch die jeweiligen wirksamen Förderkomponenten, u.a. auch von allgemeinen Unterrichtsmaterialien, aufgelistet.

Ein ähnliches Überblickswerk liefert Von Suchodoletz (2006), in dem er traditionelle und alternative Behandlungsverfahren einander gegenüberstellt. Er beschreibt das Angebot an alternativen Verfahren, die zur LRS-Therapie eingesetzt werden als selbst für Fachleute unüberschaubar. In einem 2007 erschienenen Werk, das sich an Eltern richtet, beschreibt Von Suchodoletz bereits das unüberblickbare Angebot an Therapiemöglichkeiten für LRS-Betroffene. „Alternative Verfahren“ wird von ihm als Sammelbegriff für eine Reihe von Behandlungsansätzen verwendet, die nicht wissenschaftlich belegt werden konnten. Er gibt auch zu bedenken, dass die Grenze zwischen „alternativen“ und „seriösen“ Methoden nur schwer zu ziehen sei, da die Beurteilung der Seriosität einzelner Methoden sehr schwierig sei.

Diese alternativen Methoden finden jedoch große Akzeptanz in der Bevölkerung, teilweise mag das auf geschicktes Marketing, teilweise auf Effekte der Zuwendung und des Ernst-Nehmens, teilweise auch auf charismatische Persönlichkeiten, die die jeweiligen Thesen vertreten, zurückzuführen sein.

Eine vollständige Darstellung derartiger Methoden ist in diesem Rahmen nicht möglich, daher hier ein Auszug aus den vielfältigen Angeboten (Nach Von Suchodoletz, 2006):

- Training auditiver Funktionen (Tomatis-Therapie, Training der auditiven Wahrnehmung, Schalltherapie u.a.)
- Training visueller Funktionen (Blicksteuerung, Irlen-Therapie, Training des dynamischen Sehens ...)
- Training der Seitigkeit und der Zusammenarbeit der Gehirnhälften (Edu-Kinestetik, Brain Gym, Lateraltraining ...)
- Sensomotorisches Training (z.B. sensorische Integrationstherapie, psychomotorisches Training, kybernetische Methode)
- Körperorientierte Verfahren (z.B. Cranio-Sacral-Therapie)
- Spezielle Lernmethoden (u.a. Neurolinguistisches Programmieren, Davis Methode)
- Medikamente und andere Präparate (Homöopathie, Bachblüten-Therapie)

Ein Modell zur Beurteilung von auf dem „Psychomarkt Legasthenie-therapie“ erhältlichen Förderprodukten und Förderstrategien wurde von Grisseman entworfen. Er sieht darin die Förderung verbal-kognitiver Fähigkeiten (oral-sprachliche Förderung und spezifische Lese- und Rechtschreibförderung) als unabdingbaren Bestandteil einer qualifizierten Förderung (Grisseman, 2001).

In oben erwähnten Werken (BMUKK, 2009; Von Suchodoletz, 2006) werden eine Reihe von wissenschaftlich evaluierten Behandlungsprogrammen vorgestellt. Deren Auswahl und Anwendung bleibt aber den einzelnen tätigen Personen vorbehalten, ihre Ausbildung und deren theoretische Ausrichtung wird nur eine Richtung vorgeben können.

8 Fragestellungen dieser Untersuchung

In vorliegender Untersuchung soll nun erhoben werden, wie und auf welchem Weg Kinder in Wien in den Genuss einer „hochwertigen“ Therapie kommen. Unter dem Begriff „hochwertiger Therapie“ wird in dieser Arbeit in Anlehnung an obige Ausführungen folgendes verstanden:

Die Therapie beruht auf wissenschaftlich erwiesenen Konzepten und ist wie 2009 im Auftrag vom BMUKK beschrieben theoretisch fundiert und modellgeleitet; die Wirksamkeit soll durch kontrollierte empirische Evidenz belegt sein.

In der vorliegenden Studie wurde davon ausgegangen, dass die Therapeutinnen gemäß der Richtlinien des BMUKK arbeiten, da in deren Ausbildung auch wissenschaftliche Methoden und deren Anwendung im Vordergrund stehen.

Weiters soll der ganze Prozess, beginnend beim ersten Verdacht, der Diagnosestellung bis zum Ankommen beim derzeitigen „hochwertigen“ Therapeuten dargestellt werden. Besonders interessieren die Umwege, die Eltern mit ihren Kindern dabei gingen, wie beispielsweise der Gang zum Kinesiologen oder zum Nachhilfelehrer wegen legasthener Probleme.

Die vorliegende Arbeit untersucht folgende Forschungsfragen:

- Wann war der erste Verdacht auf Legasthenie?
- Wer äußerte den ersten Verdacht in Richtung Legasthenie?
- Wann kam es zur Diagnose?
- Wie viel Zeit verging zwischen dem Erstverdacht und der Diagnose?
- Wann wurde die hochwertige Therapie begonnen?
- Wie viel Zeit verging zwischen Erstverdacht und dem Beginn der hochwertigen Therapie?
- Wie viel Zeit verging zwischen Diagnose und dem Beginn der hochwertigen Therapie?
- Wie wurde die hochwertige Therapie gefunden?

- Wie viele Umwege gingen die Familien und wie sahen diese aus?

Praktischer Teil

9 Methodenwahl: Die qualitative Befragung

Seit den achtziger Jahren wurden im deutschsprachigen Raum Lehrbücher zur qualitativen Forschung geschrieben (vgl. Bortz & Döring, 2006, S. 306). Nachdem anfangs viel Kritik von den Anhängern quantitativer Forschung kam, hat sich die qualitative Forschung heute zu einer anerkannten Disziplin entwickelt. Bortz und Döring (2006) zählen zu den wichtigsten Erhebungsmethoden der qualitativen Forschung die qualitative Befragung (Interview), die qualitative Beobachtung und nonreaktive Verfahren.

Die qualitative Befragung

Befragungstechniken eignen sich, um die subjektive Sichtweise von Personen zu bestimmten Sachverhalten zu erfahren. Man unterscheidet zwischen strukturierten, halbstrukturierten und offenen Formen der Befragung. Offene Formen führt man meist mündlich durch, da eine Verschriftlichung für die Befragten als belastender erlebt wird und „es sich leichter erzählt“. Weiters werden auch spontane Äußerungen festgehalten, von der Annahme ausgehend, dass Personen mündlich ehrlicher, unüberlegter, unkorrigierter antworten. Der Interviewer hat in offenen Interviews die Rolle eines interessierten, wohlwollenden Gesprächspartners, der mit Zwischenfragen und Kommentaren den Gesprächsverlauf steuern und interessierende Details nachfragen kann. Er kann die Art der Fragestellungen dem Gesprächspartner und der Situation anpassen, was zu einer entspannten, alltagsnahen Gesprächsatmosphäre beiträgt. Der Interviewer selbst wird als „Erhebungsinstrument“ beschrieben (Bortz & Döring, 2006), nämlich indem er seine eigenen Reaktionen im Verlauf des Gesprächs beobachtet, protokolliert und diese bei der Analyse der Daten berücksichtigen kann.

Bortz und Döring (2006) beschreiben fünf unterschiedliche erfassbare Arten der subjektiven Erfahrung, die anhand sechs verschiedener Kriterien differenziert werden können. In vorliegender Arbeit handelt es sich unter anderem um Verlaufsstrukturen, da der zeitliche Ablauf der verschiedenen Interventionen und Handlungsabläufe

geschildert werden soll. Hier ist es unter Umständen vonnöten, dass der Interviewer mit Fragen eingreift.

Begründung der Methodenwahl

Da es noch keine deutschsprachige Untersuchung zum Thema gibt, handelt es sich in vorliegender Arbeit um eine explorative Studie, in der erste Informationen zum Thema gesammelt werden (um auf Basis der Ergebnisse in eventuellen Folgestudien einen standardisierten Fragebogen zu entwickeln oder ähnliches). Da weiters auch die erfragten Inhalte kaum quantifiziert werden können und sollen, entschied sich die Forscherin dafür, qualitative offene Interviews durchzuführen.

Das offene Interview bietet den Vorteil, sehr viel Freiheit für den Interviewten zu beinhalten, er steuert den Gesprächsverlauf stärker als der Interviewer und kann somit seine subjektive Sichtweise zum Thema darlegen (vgl. Bortz & Döring, 2006). Es war vorauszusehen, dass die Befragten sehr unterschiedliche Geschichten erzählen würden, ein vorgegebener Fragebogen hätte hier sicherlich einschränkend gewirkt und interessante Aspekte hätten sich eventuell einer Betrachtung entzogen. Persönliche Geschichten können viele relevante Facetten enthalten, die in einem standardisierten Interview oder einem Fragebogen nicht hätten berücksichtigt werden können. Es sollte zudem viel Raum für den Ausdruck der persönlichen Erfahrungen gegeben werden.

10 Untersuchung „(Um-)Wege zur LRS-Therapie“

Da es noch keine deutschsprachige Untersuchung zum Thema gibt, handelt es sich in vorliegender Arbeit um eine explorative Studie, in der erste Informationen zum Thema gesammelt werden. Da weiters auch die erfragten Inhalte kaum quantifiziert werden können und sollen, entschied sich die Forscherin dafür, qualitative offene Interviews durchzuführen.

Das folgende Kapitel beschreibt das Untersuchungsdesign, die Untersuchungsplanung und Auswahl der Interviewpartner und die Untersuchungsdurchführung. Zusätzlich zur Beschreibung der Stichprobe erfolgt eine Kurzdarstellung der einzelnen Kinder. Die Beschreibung der Ergebnisse wird anschließend für jede einzelne Forschungsfrage vorgenommen und im Kapitel 11 zusammenführend diskutiert.

10.1 Untersuchungsdesign und Auswahl der Interviewpartner

Es sollten Eltern von legasthenen Kindern gefunden werden, die sich zu einem Interview bereit erklären. Dieses Interview sollte nach Möglichkeit aufgezeichnet (Video, nur Tonspur) und danach nach qualitativen Kriterien ausgewertet werden.

Aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen konnte keine Liste mit den Telefonnummern von Eltern legasthener Kinder zur Auswahl der Interviewpartner herangezogen werden. Daher wurde der Weg gewählt, über in Wien tätige Legasthienetherapeutinnen an die Eltern heranzutreten und um ein Interview zu bitten.

Kriterien, um als Interviewpartner in Frage zu kommen, waren:

- Elternteil eines Kindes mit Legasthenie
- Die Legasthenie ist (in den meisten Fällen) durch eine Diagnose gesichert
- Kind in Behandlung bei oben genannten TherapeutInnen
- wohnhaft in Wien/Umgebung
- keine Altersbeschränkung
- keine Beschränkung hinsichtlich Zusatzdiagnosen

Daher wurden im Internet auf den jeweiligen Homepages der Ausbildner die Listen mit Adressen von Therapeuten herausgesucht und diese angeschrieben (per Mail) oder persönlich angerufen, und um ihre Mithilfe bei der Suche nach Interviewpartnern zu bitten.

In die erste Wahl kamen akademische Lese-Rechtschreibtherapeuten (BALT), wovon alle vier laut Homepage in Wien tätigen Therapeutinnen antworteten, jedoch zwei derzeit nicht arbeiten, eine keine Interviewpartner zuweisen konnte und eine an eine Kollegin verwies, da sie selbst derzeit nur ein Kind betreue.

Die zweite Gruppe, die angeschrieben wurde, waren Legasthenietherapeuten des Qualitätszirkels Legasthenie (QZL), die auch ein Therapeutenverzeichnis auf der Homepage haben.

Schließlich schrieb die Autorin noch Therapeuten des Österreichischen Bundesverbandes Legasthenie (ÖBVL) an.

Da die Forscherin selbst auch als Legasthenietherapeutin tätig ist und nach wissenschaftlichen Kriterien arbeitet, wurden auch zwölf Interviewpartner aus den eigenen Patientenreihen nach den oben genannten Kriterien ausgewählt bzw. bei befreundeten Kollegen und im kollegialen Bekanntenkreis nachgefragt, ob jemand die Kriterien für ein Interview erfüllt und dazu bereit ist.

10.2 Untersuchungsdurchführung

Von etwa 30 angeschriebenen Therapeutinnen erklärten sich sechs bereit, zu helfen. An diese sechs Therapeutinnen wurden Infoblätter versandt, worauf der Untersuchungsgegenstand erklärt wurde mit einer Liste zum Eintragen der Kontaktdaten für potentielle Interviewpartner. Diese Liste sollten die Therapeutinnen in ihrer Praxis auflegen. Manche Therapeutinnen sagten auch, dass sie die Eltern ihrer behandelten Kinder nicht sehen würden. Daher wurde noch ein Brief angefertigt, gerichtet jeweils an eine Familie, auf dem die Kontaktdaten eingetragen werden

konnten mit der Bitte um Retournierung an die Therapeutin. Diese Briefe wurden den Kindern mit nach Hause gegeben.

Im Laufe der Suche erwies es sich als praktikabler, wenn die Therapeutinnen die Eltern direkt ansprachen, ob sie ihre Telefonnummer weitergeben dürften für eine wissenschaftliche Untersuchung. Um das Ganze zu unterstreichen, wurde das angefertigte Infoblatt dazu vorgelegt. Die Telefonnummern der einverständenen Eltern wurden dann unkompliziert per Mail weitergeleitet. Es erwies sich als unrealistisch, dass Eltern von selbst die Initiative ergreifen und Kontakt mit dem Interviewer aufnehmen. Stattdessen waren die Eltern durchaus kooperativ und gesprächsbereit, wenn sie vom Interviewer kontaktiert wurden.

Die Interviews wurden zwischen Dezember 2010 und Juni 2011 durchgeführt. Dieser lange Zeitraum ergab sich aus eigenen geringen Zeitressourcen, aus Schwierigkeiten gemeinsame Termine zu finden und aus Ferienzeiten, in denen die Therapeuten die Klienten meist nicht sahen und daher keine Vermittlung möglich war.

In den meisten Fällen nahm die Untersucherin, nachdem sie die Kontaktdaten von den Therapeuten vermittelt bekommen hatte, telefonisch Kontakt mit den Eltern auf. Es wurden Interviewtermine vereinbart, häufig traf man sich in der Wohnung des Interviewten oder in einem nahe gelegenen Lokal, wo ungestört und ruhig gesprochen werden konnte. In manchen Fällen besuchte die Untersucherin die Interviewpartner auch in deren Arbeitsstätte, wo man in einen ungestörten Nebenraum ging oder die Interviewten besuchten die Autorin.

Die Interviews wurden zum größten Teil mit einer Videokamera aufgenommen (nur Tonspur) und anschließend transkribiert. Vier Teilnehmer waren mit einer Tonaufnahme nicht einverstanden, bzw. fiel einmal das Gerät aus, dann wurde mitgeschrieben und gleich anschließend verschriftlicht, um alles noch gut in Erinnerung zu haben und korrekt wiedergeben zu können.

10.3 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden Elternteile von 23 Kindern befragt. Die Kinder werden im Folgenden mit dem Kürzel KD und einer Nummer bezeichnet (z.B.: KD 01). Interviewt wurden 21 Elternteile, davon zwanzig Mütter, ein Vater. Die Differenz in der Anzahl zwischen Kindern und Elternteilen ergibt sich dadurch, dass eine Mutter zwei betroffene Kinder (KD 08 und KD 17) und eine Mutter Zwillinge (KD 15 und KD 16) mit Legasthenie hat.

Folgende Tabelle gibt die deskriptiven Daten der Stichprobe an:

Nummer	Geschlecht	Alter	Klasse	Schulstufe	Richtung Therapeutin	Interview- partner
KD 01	m	09;11	VS 4	4	QZL	V
KD 02	w	11;9	MS 6	6	QZL	M
KD 03	m	11;1	GY 5	5	QZL	M
KD 04	m	12;11	GY 5	6	QZL	M
KD 05	m	10;7	GY 5	5	QZL	M
KD 06	m	10;11	MS 5	5	QZL	M
KD 07	m	09;10	VS 4	4	QZL	M
KD 08	w	09;7	VS 4	4	ÖBVL	M
KD 09	w	11;8	MS 5	6	ÖBVL	M
KD 10	m	11;0	VS 5	5	BALT	M
KD 11	m	15;9	GY 9	9	ÖBVL	M
KD 12	m	09;9	VS 4	4	ÖBVL	M
KD 13	m	08;11	VS 2	3	ÖBVL	M
KD 14	m	11;9	MS 6	6	ÖBVL	M
KD 15	w	09;0	VS 3	3	ÖBVL	M
KD 16	w	09;0	VS 3	3	ÖBVL	M
KD 17	m	11;9	GY 6	6	ÖBVL	M
KD 18	w	10;4	VS 4	4	ÖBVL	M
KD 19	w	10;0	MS 5	4	ÖBVL	M
KD 20	w	11;2	MS 5	5	ÖBVL	M
KD 21	w	10;6	VS 4	4	ÖBVL	M
KD 22	m	08;11	VS 3	3	QZL	M
KD 23	m	09;7	VS 2	3	ÖBVL	M

Tab. 1: Deskriptive Daten der Stichprobe

Abbildung 2 Deskriptive Daten der Stichprobe

(*Geschlecht*: m=männlich, w=weiblich/ *Alter*: Die Zahl gibt das Alter in folgendem Format an: Jahr;Monate/
Klasse: VS=Volksschule, MS= Mittelschule,; GY= Gymnasium, die Zahl daneben gibt die Schulstufe
an/*Schulstufe*: diese Zahl gibt die tatsächlich besuchte Schulstufe des Kindes an, da manche Klassen
wiederholten oder übersprangen/ *Richtung Therapeutin* gibt an, wo sie ausgebildet wurde: QZL=Qualitätszirkel
Legasthenie, BALT=Berufsverband akademischer Lese-RechtschreibtherapeutInnen, ÖBVL= Österreichischer
Bundesverband Legasthenie/ *Interviewpartner*: M= Mutter; V=Vater)

Die **Geschlechtsaufteilung** ist wie folgt:

Anzahl	Geschlecht
14	männlich
9	weiblich

Abbildung 3 Geschlechtsaufteilung der Stichprobe

Tab. 2: Geschlechtsaufteilung der Stichprobe

10.3.1 Das Alter der Kinder

In Tabelle 1 sieht man das Alter der Kinder angegeben in Jahren;Monaten. Betrachtet man nur die Jahresangaben, ergibt sich folgendes: Das Durchschnittsalter der Kinder zum Interviewzeitpunkt betrug 10,13 Jahre.

Betrachtet man das Alter in Jahren in einer Tabelle, ergibt sich folgende Darstellung:

Häufigkeit	Alter
2	8 Jahre
7	9 Jahre
5	10 Jahre
7	11 Jahre
1	12 Jahre
0	13 Jahre
0	14 Jahre
1	15 Jahre

Abbildung 4 Alter der Kinder

Tab. 3: Alter der Kinder

Der Großteil der Kinder (n=19) war zum Interviewzeitpunkt zwischen neun und elf Jahren alt.

10.3.2 Klasse/Schulstufe der Kinder

Hier wird noch eine Überblickstabelle angegeben, die zeigen soll, welche Schulen und Klassen die Kinder besuchten:

Anzahl	Schule/Schulstufe	davon wie viele Kinder abweichende Schulstufe
2	VS 2	2: beide Kinder in Schulstufe 3 (wiederholt)
3	VS 3	
6	VS 4	
1	VS 5	
4	MS 5	2: ein Kind Schulstufe 4 (Klasse übersprungen), eines Schulstufe 6 (wiederholt)
2	MS 6	
3	GY 5	1, Schulstufe 6 (wiederholt)
1	GY 6	
1	GY 9	

Abbildung 5 Klassen und Schulstufen der Kinder

Tab. 4: Klassen und Schulstufen der Kinder (*Anzahl*: Anzahl der KD, *Schule*, *Schulstufe*: VS=Volksschule, MS=Mittelschule,; GY= Gymnasium, die Zahl daneben gibt die Schulstufe an, *davon wie viele Kinder abweichende Schulstufe*: Die Zahl gibt die Anzahl der Kinder an, daneben folgt noch eine Erklärung).

Insgesamt besuchten zwölf Kinder zum Zeitpunkt des Interviews die Volksschule, davon zwei die zweite Klasse, drei die dritte Klasse, sechs Kinder die vierte Klasse und ein Kind eine fünfte Klasse Volksschule (KD 10, Alternativschule mit optionaler 5. Volksschulklasse). In einer Mittelschule waren insgesamt 6 Kinder, davon vier in der ersten Klasse, zwei Kinder in der zweiten. Das Gymnasium besuchten fünf Kinder, davon drei Kinder die erste Klasse, ein Kind die zweite Klasse und ein Kind die fünfte Klasse. Die fünfte Klasse Gymnasium stellt hier einen Spezialfall dar, da es sich um eine Übergangsstufe handelt, damit Kinder von einer Mittelschule in ein Oberstufenrealgymnasium aufsteigen können. Es werden hier die wichtigsten Inhalte aus der Unterstufe Gymnasium wiederholt, damit man dann in die 5. Klasse ORG

einsteigen kann. Da diese Klasse weder nach dem Lehrplan der vierten Klasse noch nach dem der fünften Klasse unterrichtet wird, entschied sich die Forscherin dafür, sie als fünfte Klasse zu kodieren (entspricht auch dem Alter des Kindes).

Die Differenz zwischen „Klasse“ und „Schulstufe“ ergibt sich dadurch, dass 4 Kinder eine Schulstufe wiederholt haben (KD 04, KD 09, KD 13, KD 23) und ein Kind eine Klasse übersprungen hat (KD 19, Hochbegabung). Bei den Wiederholungen handelte es sich zwei Mal um freiwillige Wiederholungen der fünften Schulstufe, davon wechselte einmal ein Kind von einer Alternativ-Hauptschule in ein Gymnasium und wiederholte das Jahr freiwillig (KD 04) und ein Kind wiederholte die 1. KMS (KD 09) freiwillig. Zwei Kinder wurden in der ersten Klasse Volksschule in die Vorschule zurückversetzt (KD 13 und Kind 23).

Richtung Therapeutin:

Die Aufteilung nach Therapeutinnen ist wie folgt:

Insgesamt nahmen Kinder von 7 Legasthenietherapeutinnen an der Untersuchung teil. Die Legasthenietherapeutinnen hatten folgende Ausbildungen:

Anzahl Therapeutinnen	Ausbildung bei
1	BALT (Berufsverband für akademische Lese-Rechtschreibtherapeuten)
4	Qualitätszirkel Legasthenie
2	ÖBVL

Abbildung 6 Therapeutinnen Überblick

Tab.5: Therapeutinnen Überblick

11 Darstellung und Auswertung der Ergebnisse

Zur Auswertung der Daten wurden die Interviews transkribiert, Kurzdarstellungen jedes einzelnen Kindes erstellt und daraus ein „typischer Legasthenieverlauf“ abgeleitet, aus den Interviews die zur Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Informationen herausgefiltert und in Excel-Tabellen Häufigkeiten und Abstände zwischen Zeitpunkten berechnet. Diese Häufigkeiten wurden in Histogrammen, Balken- oder Säulendiagrammen dargestellt. Die Abstände zwischen Zeitpunkten wurden berechnet, um die Fragen 10.6.3, 10.6.5. und 10.6.6. beantworten zu können.

11.1 Kurzdarstellung der einzelnen Kinder

Im folgenden Kapitel erfolgt eine Kurzdarstellung der einzelnen Kinder. Besonders hervorgehoben sollen jene Kinder werden, bei denen Zusatzdiagnosen (Komorbiditäten) oder andere erwähnenswerte Begleitumstände vorlagen. Betreffende Kinder werden im Folgenden *kursiv* dargestellt:

KD 01

Geburtsdatum	29.03.2001
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9/4. VS
Erster Verdacht wann/von wem	3. VS/01.01.2010/Nachhilfelehrerin
Diagnose wann	4. VS/01.09.2010
Therapiebeginn wann	4. VS/01.12.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	1– Nachhilfe
Zusatzdiagnose	nein

Die Eltern bemerkten, dass der Knabe in Deutsch ab der zweiten Klasse „hinten nach hinkte“. In der dritten Klasse ging er zur Deutsch-Nachhilfe (Versuch 1), die dann den Erstverdacht hatte. Dann kam er bald zur Diagnostik und anschließend zur Therapie.

KD 02

Geburtsdatum	16.05.1999
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11/2. Sportmittelschule
Erster Verdacht wann/von wem	Ende 1. VS/01.06.2006/Lehrer
Diagnose wann	nach 4. VS/01.07.2009
Therapiebeginn wann	Erste MS/01.09.2009
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	nein

Die Mutter beschrieb, dass bereits in der ersten Klasse von den Lehrern der Verdacht geäußert wurde, sie aber durch den geistig behinderten Bruder des Mädchens keine Zeit gefunden hatte, sich darum zu kümmern. Erst als der Sohn in einer Einrichtung versorgt wurde, fand die Mutter Zeit, sich um die Tochter zu kümmern. Über das Internet fand die Mutter die Testungsstelle, nach der vierten Klasse wurde das Mädchen dann getestet, anschließend kam es durch die Testungsstelle zur Legasthenietherapeutin.

KD 03

Geburtsdatum	18.01.2000
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11/1. Gymnasium
Erster Verdacht wann/von wem	4. VS, 01.06.2010/Mutter
Diagnose wann	Ende 4. VS/01.06.2010
Therapiebeginn wann	Erste Gymnasium/01.09.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	nein

Die Mutter des Jungen gab an, in der Volksschule sei nie der dringende Verdacht auf Legasthenie geäußert worden. Als der Schulwechsel anstand, erfuhr die Mutter, dass in der weiterführenden Schule Legasthenie berücksichtigt wird. Daher sprach sie mit der VS-Lehrerin und ließ das Kind Ende der vierten Klasse testen. Anfang der Mittelschule begann der Knabe mit der Therapie.

KD 04

Geburtsdatum	03.03.1998
--------------	------------

Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	12/1. Gymnasium (1. Klasse wiederholt)
Erster Verdacht wann/von wem	erste VS/ 01.01.2005/Mutter
Diagnose wann	erste MS/ 01.01.2010
Therapiebeginn wann	erste MS/01.02.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	1, schulische Legasthenieförderung
Zusatzdiagnose	Zyste, Dyskalkulie

Es handelt sich um einen zum Interviewzeitpunkt 12-jährigen Jungen, bei dem im Babyalter zufällig eine Zyste im Gehirn festgestellt wurde. Man sagte damals den Eltern, dass sie im Schulalter darauf achten sollen, ob er Teilleistungsstörungen im Rechnen oder sprachlichen Bereich entwickle. Die Eltern wiesen bereits in der ersten Volksschulklasse auf diesen Umstand hin, der Mutter fiel auch ab der ersten Klasse eine Schwäche im Lesen auf. Es handelte sich um eine Montessori-Schule, später wechselte er in eine andere Alternativschule, wo man ihm sagte, „bei uns macht das nichts, weil man hier sowieso ganz anders arbeitet“. Nachdem in der Volksschulzeit weder etwas Besonderes auffiel noch der Knabe Förderung bekam, gab es in der anschließenden Hauptschule eine Legasthenie-Lehrerin, die seine Schwierigkeiten erkannte. Er wurde dann getestet, wechselte dann aufgrund von Unzufriedenheit mit der Schule in ein Gymnasium und wiederholte die erste Sekundarstufe freiwillig. In der Hauptschule besuchte er einen Legastheniekurs innerhalb der Schule, seit dem Gymnasium Legasthenietherapie.

KD 05

Geburtsdatum	05.07.2000
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	10/1. Gymnasium
Erster Verdacht wann/von wem	erste VS/ 01.09.2006/ Mutter
Diagnose wann	erste VS/01.11.2006
Therapiebeginn wann	vierte VS/01.01.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	2, Sindelartraining, anderes Legasthenietraining
Zusatzdiagnose	nein

Die Mutter beschrieb ein „Schuldrama“ von der ersten Klasse an. Die Aufgaben hätten sehr lange gedauert, der Bub hätte sich die Buchstaben nicht gemerkt. In der ersten Klasse kam es zur Diagnose durch eine Psychologen und anschließend drei Jahre lang dauerndem Legasthenietraining nach der Sindelar-Methode.

Nachdem keine Fortschritte zu bemerken waren, ging die Mutter mit dem Knaben zur Universität Wien zu einem neuerlichen Test und bekam dort eine Empfehlung für die „hochwertige“ Therapeutin, wo er seit der vierten Klasse in Therapie ist. Zusätzlich besuchte der Knabe ein weiteres Lerninstitut, das unter „anderes Legasthenietraining“ kodiert wurde. Zum Interviewzeitpunkt besuchte der Knabe eine erste Gymnasiums-klasse in Wien.

KD 06

Geburtsdatum	03.03.2000
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	10/1. Mittelschule
Erster Verdacht wann/von wem	erste Klasse, 01.01.2007/Lehrer
Diagnose wann	Anfang zweite Klasse /01.09.2007
Therapiebeginn wann	Erste MS/01.09.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	3, schulische Legasthenieförderung, Ergotherapie, anderes Legasthenietraining
Zusatzdiagnose	nein

Bereits in der ersten Klasse habe die Klassenlehrerin gemeint, das Kind könnte legasthen sein. Ab der zweiten Klasse besuchte das Kind eine schulinterne Legastheniegruppe (Versuch 1). Zusätzlich besuchte der Knabe Ergotherapie (Versuch 2). In der dritten Klasse trennten sich die Eltern, worauf der Sohn aufgrund der Trennung in Therapie ging und dann bei dieser Therapeutin ein Legasthenietraining (Versuch 3) besuchte. Zum Interviewzeitpunkt besuchte der Knabe eine Mittelschule, erste Klasse und besucht seit dieser Klasse die „hochwertige Therapie“.

KD 07

Geburtsdatum	23.04.2001
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9/4. Volksschule
Erster Verdacht wann/von wem	Ende 1. Klasse/01.06.2008/Lehrer
Diagnose wann	Anfang 2. Semester 2. Klasse /01.02.2009
Therapiebeginn wann	2. Semester, 3. Klasse /01.04.2010,
Anzahl Therapieversuche und welche	3, schulische Legasthenieförderung, Nachhilfe, psychologische Testung
Zusatzdiagnose	verhaltensauffällig, hoher IQ

Es handelt sich um einen zum Interviewzeitpunkt 9-jährigen Jungen, der eine vierte Volksschulkasse besucht. Die Mutter erzählte von einem schwierigen Schulstart, einem Kind, das in der ersten Klasse durch sehr langsames Abschreiben auffiel. Die Lehrerin wollte ihn am Ende der 1. Klasse auf Hochbegabung und Legasthenie testen lassen. Bei diesem Test kam eine überdurchschnittliche kognitive Begabung zum Vorschein, für eine Legastheniediagnose war es zu früh. Trotzdem erhielt der Bub ab dem zweiten Halbjahr der zweiten Klasse Förderunterricht (Versuch 1). In der dritten Klasse bekam er Nachhilfeunterricht (Versuch 2). Ebenfalls in der dritten Klasse ging die Mutter auf Anregung der Lehrerin mit dem Kind zu einer klinischen Psychologin zur Testung (Versuch 3). Dort blieb er dann auch in der „hochwertigen Therapie. Die Mutter beschreibt eine sehr schwierige Schullaufbahn, sie beschreibt Kritik, die sie als Mutter erfahren habe und ein Kind, dessen Verhalten von der Lehrkraft als „Gesamtkatastrophe“ bezeichnet wurde.

KD 08

Geburtsdatum	08.05.2001
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9/4. Volksschule
Erster Verdacht wann/von wem	1. Klasse/01.01.2008, Mutter
Diagnose wann	3. Klasse Jänner/01.01.2010
Therapiebeginn wann	3. Klasse Februar /01.02.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Dyskalkulietherapie
Zusatzdiagnose	Dyskalkulie

Es handelt sich um ein zum Interviewzeitpunkt 9-jähriges Mädchen, das ab der ersten Klasse durch spiegelverkehrt geschriebene Buchstaben, etc. auffiel. Die Lehrerin tröstete die Eltern lange Zeit, in der zweiten Klasse kam es zu einer massiven Rechenschwäche und Schwierigkeiten in der Rechtschreibung. Schule und Eltern kamen überein, zuerst die damals im Vordergrund stehende Rechenschwäche zu behandeln, das Mädchen besuchte ein Jahr lang eine entsprechende Therapie (Versuch 1). Erst in der dritten Klasse wurde Legasthenie ausgetestet und eine Therapie begonnen.

KD 09

Geburtsdatum	16.05.1999
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 1. KMS (wiederholt)
Erster Verdacht wann/von wem	1.Klasse/01.01.2006/ Mutter
Diagnose wann	1. KMS Wiederholungsjahr/01.01.2011
Therapiebeginn wann	1. KMS Wiederholungsjahr/01.01.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	10, Ergotherapie, Kinesiologie, Homöopathie, Lernbetreuung, Medikamente (3 Versuche), Psychologisches Training, AFS-Training,
Zusatzdiagnose	ADHS, Dyskalkulie

Zum Interviewzeitpunkt elfjähriges Mädchen. In der ersten Klasse fielen der Mutter Leseschwäche und Aufmerksamkeitsprobleme auf (Erstverdacht). In der zweiten Klasse Diagnose ADHS, anschließend Ergotherapie (Versuch 1) und Kinesiologie/Homöopathie (Versuch 2 und 3). In der dritten Klasse Austestung auf Dyskalkulie durch eine „Lernpädagogin“, wo sie auch anschließend in Therapie (Versuch 4) ging. Es folgte eine Reihe Medikationsversuchen (Ritalin, Concerta, Strattera) (Versuch 5, 6, 7), eine psychologische Verhaltenstherapie (Versuch 8), eine Legasthenietherapie (AFS-Methode, Versuch 9), eine Lerntherapie (Versuch 10). Während der gesamten Volksschulzeit glaube die Lehrerin nicht an das Vorliegen einer Legasthenie, in der anschließenden Mittelschule war es „gleich klar“. Als KD 09 die erste Mittelschulklasse freiwillig wiederholte, erhielt es die Diagnose und begann gleichzeitig mit der neuen Legasthenie-Therapie.

KD 10

Geburtsdatum	01.01.2000
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 5. Volksschulklasse
Erster Verdacht wann/von wem	zweite Klasse/01.01.2008, Mutter
Diagnose wann	zweite Klasse/01.01.2008
Therapiebeginn wann	zweite Klasse/01.01.2008
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Medikamente
Zusatzdiagnose	ADHS, Entwicklungsverzögerung

Zum Interviewzeitpunkt elfjähriger Bub, der als Integrationskind eine fünfte Volksschulklasse in Wien besuchte. Im Alter von 2,5 Jahren wurden eine muskuläre Hypotonie und eine Entwicklungsverzögerung festgestellt. In der zweiten Klasse Volksschule fiel auf, dass er sich Buchstaben nicht merken konnte, die Eltern suchten außerschulische Unterstützung und kamen zu einer akademischen LRS-Therapeutin. Dort wurde dann Legasthenie diagnostiziert und er ist seit vier Jahren ebenda in Therapie. Der Bub war auch vor einem Jahr in der Uniklinik stationär aufgenommen, es ist unklar, ob seine Konzentrationsprobleme von ADHS oder einer Intelligenzminderung herrühren, er bekommt seit einem Jahr Ritalin (Versuch 1), mit gutem Erfolg.

KD 11

Geburtsdatum	07.07.1995
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	15, 5. Klasse Oberstufe, Übergangsklasse
Erster Verdacht wann/von wem	GY 9/01.01.2011, Lehrerin
Diagnose wann	GY 9/01.01.2011
Therapiebeginn wann	GY 9/01.01.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	4, Ergotherapie, Medikamente, Kinesiologie, Psychologische Testung
Zusatzdiagnose	ADHS, Tourette-Syndrom

Zum Interviewzeitpunkt 15-jähriger Junge. Die Mutter beschrieb eine äußerst schwierige Kindheit mit massiven Wutausbrüchen im Kleinkindalter und Hyperaktivität. In der Volksschulzeit kam es zur ADHS-Diagnose, anschließend der Einnahme von Ritalin (Versuch 1) und Ergotherapie (Versuch 2), anschließend depressives Verhalten (mit acht Jahren). Als Ritalin abgesetzt wurde, entwickelte er ein Tourette-Syndrom mit zwanghaftem Kopf-in-den-Nacken-schmeißen und Hüpfen. Der Junge besuchte eine Waldorfschule, wo er laut Mutter „als Trottelpelz abgestempelt“ wurde, man sich nicht um ihn kümmerte. Lese- oder Rechtschreibprobleme waren damals den anderen Problemen völlig untergeordnet und fielen der Mutter gar nicht auf, da in dieser Schule keine Hausübungen gegeben wurden und die Mutter seine Schulhefte nie sah. Eine psychologische Testung wurde auch durchgeführt (Versuch 3), ohne nennenswertes Ergebnis.

Die Mutter berichtete, dass die Probleme (ADHS, Tourette) später infolge einer Nahrungsmittelumstellung (Kinesiologin, Versuch 4) verschwanden, in der neunten

Schulstufe – nach einer Mittelschule mochte der Junge nun ins Gymnasium gehen und besuchte zum Interviewzeitpunkt eine sogenannte Übergangsklasse - fielen seiner Deutschlehrerin die massiven Rechtschreibfehler auf und sie empfahl eine Testung. Anschließend Besuch der Legasthenietherapie.

KD 12

Geburtsdatum	27.07.2001
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9, 4. Volksschule
Erster Verdacht wann/von wem	4. VS/01.04.2011, Lehrerin
Diagnose wann	4. VS/01.04.2011
Therapiebeginn wann	4. VS/01.04.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Knesiologie
Zusatzdiagnose	nein

Der Junge war zum Interviewzeitpunkt neun Jahre alt und besuchte eine vierte Volksschulklasse. Das Lesen beschrieb die Mutter als von Anfang an problematisch, in der vierten Klasse gab es einen Lesetest in der Schule. Nach dem schlechten Ergebnis riet die Lehrerin zur Testung (Erstverdacht). Der Junge leidet unter rheumatischem Fieber, war dadurch (lange Fehlzeiten, Spott in der Schule wegen schlechtem Vorlesen) geknickt, so dass die Mutter mit ihm zur Kinesiologin ging (Versuch 1). Nach der Diagnose in der vierten Klasse erfolgte sogleich die Therapie.

KD 13

Geburtsdatum	15.07.2002
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	8, 2. Klasse (erstes Jahr in Vorschule rückgestuft)
Erster Verdacht wann/von wem	2. Klasse/01.01.2011, Lehrerin
Diagnose wann	2. Klasse /01.04.2011
Therapiebeginn wann	2. Klasse /01.04.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	nein

Ein achtjähriger Junge, der sich laut Mutter schon in der ersten Klasse sehr schwer tat. Nach etwa drei Monaten wurde der Junge in die Vorschulklasse zurückgestuft. Danach begann der Junge noch mal mit der ersten Klasse. In der zweiten Klasse

äußerte die Lehrerin den Erstverdacht. In der zweiten Klasse erfolgten dann auch die Testung und anschließend die Therapie.

KD 14

Geburtsdatum	14.08.1999
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 2. Klasse KMS
Erster Verdacht wann/von wem	MS 6/01.06.2011, Mutter
Diagnose wann	MS 6/01.06.2011
Therapiebeginn wann	MS 6/01.06.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	nein

Dieser Junge erbrachte die ganze Volksschule hindurch schlechte Leistungen in Deutsch, durch Zufall lernte die Mutter später eine Expertin kennen, hörte so erstmals wirklich vom Thema Legasthenie und ließ ihren Sohn aus eigenem Antrieb (Erstverdacht) testen. Zu diesem Zeitpunkt war der Junge 11 Jahre alt und besuchte eine zweite Klasse einer Kooperativen Mittelschule. Seitdem besucht er die Therapie. Vorher hatten sie sich immer „so durchgewurstelt“, also die Mutter versuchte dem Sohn zu helfen.

KD 15/16

Geburtsdatum	13.05.2002
Geschlecht	weiblich, Zwillinge
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9, 3. Volksschule
Erster Verdacht wann/von wem	zweite Klasse/01.01.2010/Lehrerin
Diagnose wann	zweite Klasse/01.01.2010
Therapiebeginn wann	zweite Klasse/01.01.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	nein

Bei Kind 15 und 16 handelt es sich um Zwillingsschwestern, die zum Interviewzeitpunkt 9 Jahre alt waren und die (gleiche) 3. Volksschulklasse besuchten. In der zweiten Klasse hatte die Lehrerin den Erstverdacht bei beiden Mädchen geäußert. Die Mädchen wurden von der Schulpsychologin getestet und bei beiden Legasthenie festgestellt. Durch Empfehlung der Psychologin kamen die Mädchen zur Legasthenietherapie, womit sie in der zweiten Klasse begannen.

KD 17

Geburtsdatum	05.08.1999
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 2. Gymnasium
Erster Verdacht wann/von wem	dritte Klasse/01.01.2008; Lehrer
Diagnose wann	dritte Klasse/01.01.2008
Therapiebeginn wann	GY 6/01.11.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Sindelartraining
Zusatzdiagnose	nein

Bei diesem Knaben verliefen die ersten zwei Schuljahre unauffällig laut Mutter. In der dritten Klasse fielen sowohl der Mutter als auch der Lehrerin vermehrte Schreibfehler auf, die Lehrerin empfahl dann mit dem Kind zur Therapie zu gehen und empfahl eine Therapeutin, die nach der Sindelar-Methode vorging (Versuch 1). Als der Knabe ins Gymnasium kam, fielen wieder die Fehler auf, man ging noch mal testen und kam schließlich zur hochwertigen Therapie, die der Knabe nun seit der zweiten Klasse besucht.

KD 18

Geburtsdatum	19.01.2001
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	10, 4. Volksschule
Erster Verdacht wann/von wem	Anfang dritte Klasse /01.09.2009/Mutter
Diagnose wann	dritte Klasse/01.01.2010
Therapiebeginn wann	Anfang vierte Klasse /01.09.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	0
Zusatzdiagnose	Epilepsie

Dieses Mädchen litt im Babyalter unter Epilepsie, wodurch sie im Kleinkindalter entwicklungsverzögert war. Sie ging im Kleinkind- und Volksschulalter in Ergotherapie, Musiktherapie und besuchte regelmäßig eine Kinderpsychologin, was aber nicht kodiert wurde, da diese Probleme nicht mit dem Legasthenieproblemen in Zusammenhang standen. Eingeschult wurde sie schließlich normal, da sie zu diesem Zeitpunkt bereits normal entwickelt war. Der Mutter fiel ab Einschulung ein langsamer Leselernprozess auf, der aber von der Lehrerin nicht weiter problematisiert wurde. Ab der dritten Klasse kam es zu Rechtschreibproblemen, die

Mutter sprach darüber mit der behandelnden Kinderpsychologin, die die Diagnostik durchführte und die Therapeutin empfahl.

KD 19

Geburtsdatum	30.05.2001
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9, 1. KMS (1 Klasse übersprungen)
Erster Verdacht wann/von wem	zweite Klasse/01.3.2009, Psychologin
Diagnose wann	zweite Klasse/01.03.2009
Therapiebeginn wann	5. MS/01.01.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	3, schulische Legasthenieförderung, anderes Legasthenietraining, Coaching
Zusatzdiagnose	Hochbegabung

Ein zum Interviewzeitpunkt neunjähriges Mädchen, das eine erste KMS-Klasse besuchte. Die Mutter schilderte eine schwierige Volksschulzeit, in der es infolge Umzugs zu einem Schulwechsel nach der ersten Klasse kam und das Mädchen durch mangelnde Freude an der Schule und wenig Lernmotivation auffiel. Durch Zufall traf die Mutter eine Expertin, die das Kind dann testete und eine Hochbegabung und Verdacht auf Legasthenie diagnostizierte. Das Mädchen übersprang eine Klasse (kam von der zweiten in die dritte VS-Klasse), die Freude an der Schule besserte sich, die Deutschleistungen blieben jedoch schlecht, weswegen das Kind in eine KMS angemeldet wurde. Das Kind hatte Legasthenieförderungskurse (Versuch 1) und Legasthenietherapie (kodierte unter „anderes Legasthenietraining“, Versuch 2), bei der derzeitigen hochwertigen Therapeutin begann sie in der 1. KMS. Zusätzlich besuchte das Kind noch ein Lerncoaching (Versuch 3).

KD 20

Geburtsdatum	09.03.2000
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 1. KMS
Erster Verdacht wann/von wem	zweite Klasse/01.01.2008, Mutter
Diagnose wann	Mitte dritter Klasse/01.01.2009
Therapiebeginn wann	Anfang zweite MS/01.09.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	3, Psychologisches Training, Psychologische Testung, anderes Legasthenietraining
Zusatzdiagnose	fehlsichtig, Schulangst, psychogene

	Kopfschmerzen
--	---------------

Ein zum Interviewzeitpunkt elfjähriges Mädchen, das eine erste KMS besuchte. Die Mutter schilderte, dass das Kind von Anfang an von der Schule überfordert schien, zudem stark weitsichtig war. In der dritten VS-Klasse erfolgte eine Legasthenietestung, zudem ging das Mädchen in soziales Kompetenztraining (Versuch 1), da es ausgeprägt schüchtern war und sich wenig zutraute. Nun gibt es seit einiger Zeit Hinweise auf Schulangst, die sich in psychogenen Kopfschmerzen äußert (hier erfolgte eine psychologische Diagnostik, Versuch 2), ansonsten gehe es ihr nun gut in der Schule, sie habe Freunde und sie besuchte seit Ende der dritten Klasse eine Legasthenietraining (Versuch 3). Bei der hochwertigen Therapeutin ist sie seit Anfang der zweiten KMS.

KD 21

Geburtsdatum	12.12.2000
Geschlecht	weiblich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 1. KMS
Erster Verdacht wann/von wem	zweite Klasse/01.01.2009/Lehrer
Diagnose wann	Ende zweiter Klasse/01.06.2009
Therapiebeginn wann	dritte Klasse /01.09.2009
Anzahl Therapieversuche und welche	1, schulische Legasthenieförderung
Zusatzdiagnose	nein

Bei diesem Mädchen äußerte die Lehrerin in der zweiten Klasse VS den Verdacht auf Legasthenie. In der zweiten Klasse besuchte das Kind auch einen schulinternen Förderkurs (Versuch 1). Die Diagnose erfolgte Ende der zweiten Klasse und seit Beginn dritter Klasse ist das Mädchen in Therapie.

KD 22

Geburtsdatum	09.07.2002
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	11, 1. KMS
Erster Verdacht wann/von wem	Mitte dritter Klasse/01.01.2011/Psychologin
Diagnose wann	Mitte dritter Klasse /01.01.2011
Therapiebeginn wann	dritte Klasse/01.03.2011
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Psychologische Testung
Zusatzdiagnose	Hochbegabung, verhaltensauffällig

Ein zum Interviewzeitpunkt achtjähriger Junge, der, so erzählte die Mutter, seit dem ersten Schultag keine Freude an der Schule habe. Schon in der ersten Klasse fiel er durch Langsamkeit auf und durch zunehmende Verweigerung, die an ihn gestellten Aufgaben in der Schule zu erfüllen. Dadurch gab es erhebliche Spannungen zwischen den Lehrern und der Mutter, die Mutter fühlte sich sehr unverstanden und gekränkt. Über ihren Freundeskreis fand sie eine Psychologin, die ihn testete (3. Klasse, Psychologische Testung, Versuch 1), der Intelligenztest ergab einen IQ von 129. Nach dieser Diagnose hatte man in der Schule nun mehr Verständnis. Da er in der dritten Klasse immer noch bestimmte Dinge verweigerte, zum Beispiel das Lesen, wurde ein Legasthenietest gemacht (3. Klasse), seitdem besucht er eine Legasthenietherapie.

KD 23

Geburtsdatum	09.11.2001
Geschlecht	männlich
Alter/Klasse zum Interviewzeitpunkt	9, 2. VS
Erster Verdacht wann/von wem	erste Klasse, wiederholt/01.01.2011/ Lehrerin
Diagnose wann	Anfang 2. Klasse/01.09.2010
Therapiebeginn wann	Anfang 2. Klasse/01.09.2010
Anzahl Therapieversuche und welche	1, Kinesiologie
Zusatzdiagnose	nein

Dieser neunjährige Bub besuchte zum Interviewzeitpunkt eine dritte Volksschulklasse. Er war gleich nach Schulbeginn in der ersten Klasse zurückgestellt worden, sodass sein erstes Schuljahr ein Vorschuljahr war. Bereits in der ersten Klasse bestand der Verdacht durch seine Klassenlehrerin. Anfang der zweiten Klasse erfolgte die Diagnose, bald darauf der Therapiebeginn. Davor war die Mutter mit dem Kind bei einer Kinesiologin gewesen (Versuch 1).

Übersichtstabelle der Kinder mit Begleiterscheinungen der Legasthenie oder Besonderheiten

Zur besseren Übersicht wird hier eine Übersichtstabelle jener Kinder mit Begleiterscheinungen der Legasthenie (Erkrankungen, Komorbiditäten, andere Umstände) vorgelegt:

Nummer	Zusatzdiagnose
KD 01	
KD 02	
KD 03	
KD 04	Zyste
KD 05	
KD 06	
KD 07	verhaltensauffällig, hoher IQ
KD 08	Dyskalkulie
KD 09	ADHS, Dyskalkulie
KD 10	ADHS, Entwicklungsverzögerung
KD 11	ADHS, Tourette-Syndrom
KD 12	
KD 13	
KD 14	
KD 15	
KD 16	
KD 17	
KD 18	Epilepsie
KD 19	Hochbegabung
KD 20	Schulangst, Kopfweh, weitsichtig, schüchtern
KD 21	
KD 22	Hochbegabung, verhaltensauffällig
KD 23	

Abbildung 7 Zusatzdiagnosen

Tab. 6: Zusatzdiagnosen

Die restlichen Kinder zeigten einen „typischen Legasthenieverlauf“ ohne Besonderheiten, der hier kurz exemplarisch skizziert wird:

Das typische Kind besucht nach einer unauffälligen Entwicklung die Volksschule, in den ersten Jahren fällt meist auf, dass das Kind Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens hat, später generell auch nicht gerne liest. Es kommt dann zu zahlreichen Rechtschreibfehlern, vermehrtes Üben bringt kaum Fortschritte. Oft kommt es zu angespannten Situationen, was Hausübungen betrifft oder auch zwischen Eltern und

Lehrern. Lehrer oder Eltern äußern den Verdacht, dass es sich um Legasthenie handeln könnte und man sucht innerschulisch (z. B. Schulpsychologie, Förderkurse...) oder außerschulisch Hilfe.

11.2 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Da die interviewten Eltern in den meisten Fällen keine genauen Angaben zu den verschiedenen erfragten Zeitpunkten (Zeitpunkt des Erstverdachts, der Diagnose und des Beginns der hochwertigen Therapie) machen konnten, wurden diese unspezifischen Angaben folgendermaßen kodiert:

Angaben der Eltern	Kodierung
Anfang des Semesters	01.09. oder 01.02. des Jahres
Mitte des ersten Semesters	01.11. des Jahres
Mitte des zweiten Semesters	01.04. des Jahres
Ende erstes Semester	01.01. des Jahres
Ende zweites Semester, Schulende	01.06. des Jahres
Zwischen zwei Klassen	01.07. des Jahres
nur Schulstufe bekannt	01.01. des Jahres

Abbildung 8 Kodierung der Angaben

Tab.7: Kodierung der Angaben

Um diese unspezifischen Angaben zu verdeutlichen, hier zwei Beispiele dazu:

... ich glaube, sie war doch zwischen Vierter und Erster austesten bei KIPRAX, es hat gedauert, bis ich den Termin bekam und der ganze Prozess hat gedauert. (KD 02 zur Frage, wann die Diagnostik erfolgte, Z. 70)

Sie hat mir dann eine Adresse gegeben und die hab ich dann kontaktiert. Sie hat sich dann die Marie auch angesehen und dort sind wir jetzt seit ca. einem halben Jahr einmal die Woche. (KD 18, Z. 131)

Manche Leute konnten auch Angaben folgender Art machen:

Es hat sich dann eine Dame aus der Schule angeboten, die eine Legasthenieausbildung hat, sie hat die Kinder in der gleichen Schule, und auch Psychologie studiert und für mich somit

optimal geeignet war, die Lara zu betreuen. Das war dann etwa im Februar dritte Klasse. (KD 08, Z. 57)

Derartige Angaben wurden mit dem jeweils Ersten des Monats kodiert.

11.2.1 Der erste Verdacht, wann und von wem?

Die Eltern wurden jeweils gefragt, wann der erste Verdacht Richtung Legasthenie geäußert wurde. Waren sie es selbst und wurden sie von den Lehrern eher beruhigt oder wurden die Eltern eher von den Lehrern darauf aufmerksam gemacht?

Unter „erstem Verdacht“ wird hier Folgendes verstanden:

In den meisten Fällen (n=19) erzählten die Interviewpartner, dass jemand (Lehrer oder Eltern) den Verdacht äußerte, das Kind „habe Legasthenie“. In manchen Fällen merkte man aber auch eher unspezifisch, dass etwas „nicht stimmt“. Zwei Beispiele sollen dies verdeutlichen:

KD 10: Das Kind ist infolge einer Entwicklungsverzögerung als Integrationskind geführt. Die Mutter beschreibt mit folgenden Worten, was ihr aufgefallen ist:

Wir hatten das Gefühl, er braucht Unterstützung. Ich hab dann gesucht, mir war nicht klar, dass es Legasthenie ist. Wir haben nur gemerkt, er hat eine totale Schwäche, was das Lesen und Schreiben betrifft. Wir wollten jemanden finden, der mit ihm spielerisch das Alphabet lernt und fixiert. (KD 10, Z. 28).

KD 22: Die Geschichte des Buben wurde schon weiter oben beschrieben. (vgl. Kap. 10.4) Hier kam es zu einem sehr gespannten Verhältnis zwischen Lehrern und Eltern. Die Mutter beschreibt die Situation so, dass die Lehrer ratlos waren im Umgang mit dem Buben, der verweigerte, und ihn zum Schulpsychologen schicken wollten. Die Mutter fühlte sich angegriffen und verzagt. Nachdem von einer Psychologin ein IQ von 129 festgestellt wurde, kam es dann zur Legastheniediagnose.

Wir sind dann eben noch einmal hingegangen, sowas im Jänner dritte Klasse und haben eben diesen Legasthenietest gemacht. Da ist rausgekommen, dass er Legasthenie hat. ... Und von den Lehrern kam gar kein Hinweis in diese Richtung. Ich erklär's mir so, dass alle den XXX falsch gesehen haben (KD 22, Z. 95).

Im Folgenden sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden.

In welcher Klasse war der Erstverdacht Legasthenie?

Folgende Tabelle gibt an, in welcher Klasse der erste Verdacht Richtung Legasthenie aufkam.

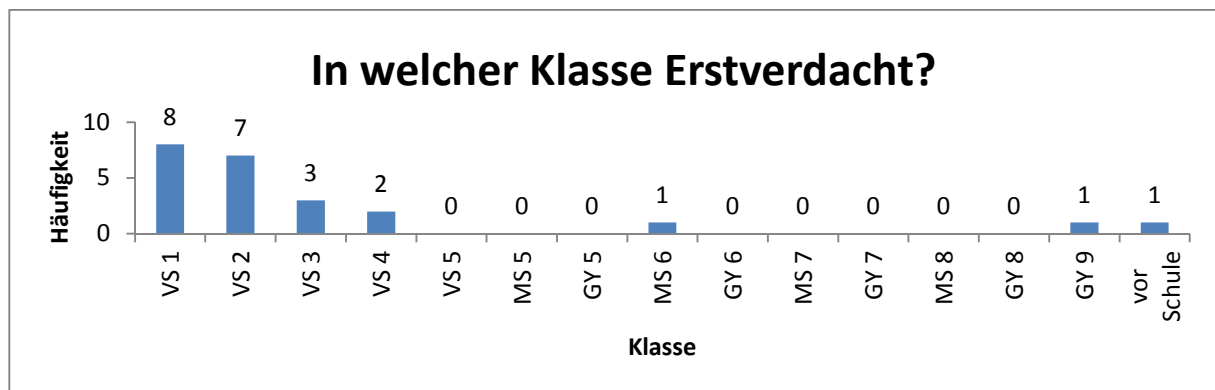


Abbildung 9 In welcher Klasse Erstverdacht?

Tab. 8: In welcher Klasse Erstverdacht? (Klasse: VS=Volksschule, MS= Mittelschule, GY= Gymnasium; die Zahl daneben gibt die Schulstufe an, vor Schule = bereits vor Schulbesuch)

Zum überwiegenden Teil wurde der Erstverdacht, dass eine Legasthenie vorliegen könnte, in der Volksschule geäußert. Bei acht Kindern fiel bereits in der ersten Klasse etwas auf, bei sieben Kindern in der zweiten Klasse. Bei drei Kindern in der dritten Klasse Volksschule und bei zwei Kindern in der vierten Volksschulklasse.

Schließlich gab es noch drei Ausnahmefälle (Reihung nach Nummerierung):

Bei KD 04 (Erstverdacht vor Schule) wurde durch Zufall im Babyalter eine Zyste im Kopf entdeckt und die Eltern auf eine spätere mögliche Teilleistungsschwäche im Rechnen oder in der Sprache hingewiesen. Dadurch waren die Eltern schon im Vorschulalter und zu Beginn der Volksschule sensibilisiert. Das Kind besuchte eine Alternativschule, die Lehrer wurden auf die mögliche Legasthenie hingewiesen.

Die Mutter meinte dazu:

Wir waren also immer etwas übervorsichtig und haben gleich in 1. VS darauf hingewiesen, in dieser schlechten Montessorischule, die jetzt auch zusperren musste, die Lehrerin war sehr nett und hat gemeint, bei ihr ist das eigentlich egal, weil die Kinder eben anders arbeiten. Und

es war dann auch ganz egal, weil in Mathe z.B. haben sie immer diese haptische Mathematik gemacht, das ist ja ganz anders. Es war auch immer egal wie lange man braucht. Wir haben ihn dann Ende der dritten dort rausgenommen und in eine Alternativschule im WUK gegeben und die WUK-Volksschule hat zwar keine Legasthenieförderung, aber die haben irgendwie drauf geachtet.

Wir wollten ihn dann im WUK in die Hauptschule geben und dort ist eine Legasthielehrerin, die mit den Kindern was macht. Das haben wir dann getan und sie hat mit dem Julius was gemacht und hat gesagt, ja, sie würde durchaus sagen, er ist Legasthener und ... (KD 04, Z. 11).

Daher wurde hier der Erstverdacht als „vor der Schule“ kodiert.

KD 14 (Erstverdacht MS 6) stellt auch eine Ausnahme dar. Die Mutter beschrieb hier einen immer schwierigen Schulverlauf ihres mittlerweile elfjährigen Sohnes, der in der Volksschule zwar „im Mittelfeld“ lag, aber nie lesen wollte und viele Rechtschreibfehler machte. Da die Mutter durch Zufall eine Legasthienetherapeutin kennen lernte, ließ sie ihn in der zweiten KMS-Klasse testen und jetzt ist er in Behandlung.

Er macht auch so viele Fehler in Deutsch, z.B. schreibt er noch immer „der man“, klein und falsch. Ich hab mir immer gedacht, ein Wahnsinn, aber auf die Idee mit Legasthenie bin ich früher nicht gekommen. Ich hab einfach gedacht, er mag nicht. Sein Vater liest ja auch nicht gern und in der Schule hat auch keiner was gesagt.

Warum haben Sie ihn dann testen lassen?

Ich war dann in einem Kurs und hab zufällig eine Spezialistin kennen gelernt. Als sie erzählt hat, was sie macht, hab ich mir gedacht, das ist Schicksal und hab dann einen Termin bei ihr ausgemacht. (KD 14, Z. 19)

Ein weiterer Ausnahmefall war ein 15-jähriger Schüler (KD 11, Erstverdacht GY 9), bei dem im Volksschulalter ADHS und Tourette-Syndrom diagnostiziert wurde. Dieser Schüler war bis zum 12. Lebensjahr in einer Alternativschule, die Mutter beschreibt diese Zeit so:

Also hüpfen und er hat immer den Kopf in den Nacken geschmissen, das hat ihm total weh getan. Er hat auch geblinzelt, aber nicht geschrien oder geschimpft oder so. Ich hab ihn dann in die Waldorfschule gegeben, in der dritten. Leider war das schlecht dort, die Lehrer haben ihn abgestempelt als Trottel, behindert oder so, ihn nicht gefördert.

Wie war's denn mit dem Lesen und Schreiben lernen?

Also lesen hat er gut gelernt, das weiß ich. Mit dem Schreiben, also in der Waldorfschule hatten die ja keine HÜ und ich hab auch nie ein Heft gesehen. Da ist mir nie aufgefallen, dass

er Fehler gemacht und gesagt hat man es mir auch nie. Wiegesagt, die haben ihn ja nicht ernst genommen, waren froh, dass er halbwegs ruhig hinten gesessen ist mit seinem Ritalin und Ruhe gegeben hat. (KD 11, Z. 15)

Nach dieser Zeit besuchte der Junge eine Mittelschule, zum Interviewzeitpunkt besuchte er eine Übergangsklasse zum Gymnasium (9. Schulstufe). Erst zu diesem Zeitpunkt wurde die Deutschlehrerin aufmerksam und schickte ihn zum Legasthenietest.

Der Rest der Kinder ergibt ein recht homogenes Bild, das in Folge anhand eines Beispiels exemplarisch beschrieben wird:

KD 12: Die Mutter beschreibt, dass das Schreiben und Lesen seit der ersten Klasse „mühsam“ war, dass ihr Sohn „die Buchstaben nicht zusammenhängen konnte“. In der vierten Klasse, nachdem das Kind bei einem Lesetest schlecht abgeschnitten hatte, regte die Lehrerin eine Legasthenietestung an. Bei diesem Kind kam erst in der vierten Volksschulklasse durch die Lehrerin der Verdacht in Richtung Legasthenie auf.

Wie alt waren die Kinder, als der Erstverdacht Richtung Legasthenie aufkam?

Da manche Kinder der Stichprobe eine Klassenstufe wiederholt oder übersprungen haben, ergibt sich bei der Betrachtung des Alters ein leicht verschobenes Bild, das im Zuge der Vollständigkeit hier auch dargestellt werden soll.

Die errechnete Differenz zwischen kodiertem Datum des Erstverdachts und Geburtsdatum in Monaten ergibt folgende Tabelle:

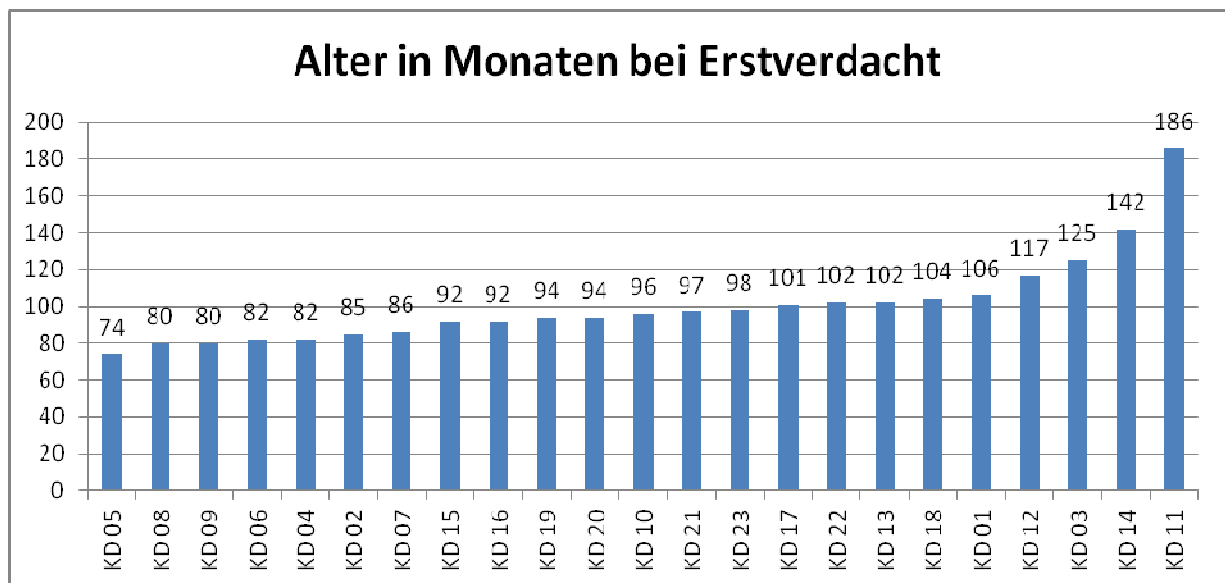


Abbildung 10 Alter in Monaten bei Erstverdacht

Tab. 9: Alter in Monaten bei Erstverdacht (Interpretationshilfe: 120 Monate=10 Jahre)

Hier kann man erkennen, dass drei Kinder der Stichprobe schon im Sekundarstufenalter (Alter > 10 Jahre) waren, als der erste Verdacht aufkam.

Wer äußerte erstmals den Verdacht?

Nachdem nun beschrieben wurde, wann der erste Verdacht aufkam, interessiert nun die Frage, wem zuerst etwas am Kind auffiel. Am naheliegendsten sind hier Eltern oder Lehrer, jedoch waren es auch Nachhilfelehrer oder Psychologen, wie folgende Tabelle zeigt. Sie gibt an, von wem der erste Verdacht, dass eine Legasthenie vorliegen könnte, geäußert bzw. gedacht wurde:

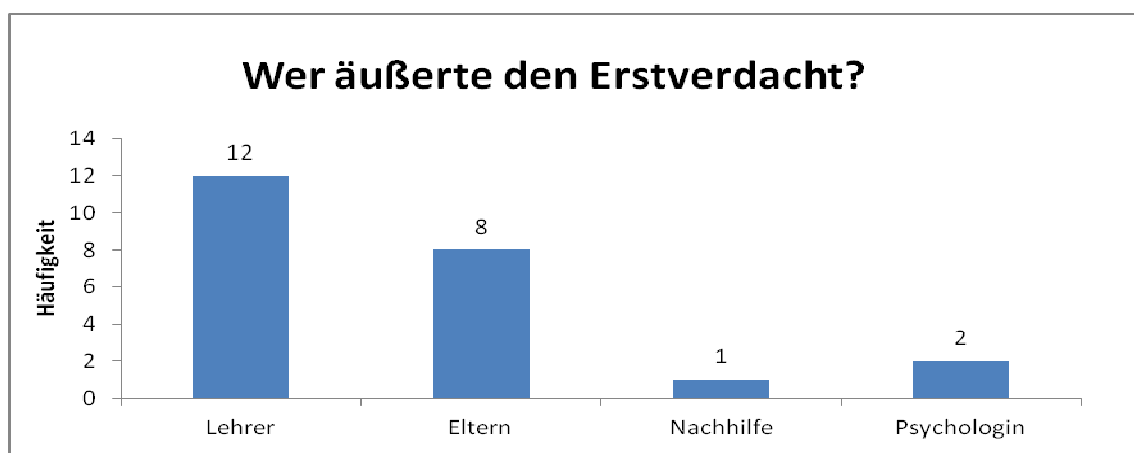


Abbildung 11 Wer äußerte den Erstverdacht?

Tabelle 10: Wer äußerte den Erstverdacht?

Erstverdacht Lehrer:

In zwölf Fällen äußerten die Lehrer den Verdacht, dass das Kind legasthen sein könnte. Dies erfolgte meist als direkter Verdacht, manchmal war unklar, was genau die Ursache für die Probleme sei (Bsp.: KD 07 wurde auf Hochbegabung und Legasthenie auf Anraten der Lehrerin getestet).

Erstverdacht Eltern:

In acht Fällen waren es die Eltern, denen zuerst etwas auffiel. Bei welchen Kindern war dies der Fall?

KD 03: Bei diesem Kind ging die Initiative zur Testung von der Mutter aus, da das Kind in der Volksschulzeit zwar Probleme im Lesen und Schreiben hatte, der Verdacht zur Legasthenie aber nie geäußert wurde. Als die Mutter dann hörte, dass es im Gymnasium Angebote für Legastheniker gebe und dort Rücksicht genommen werde in der Benotung, ließ sie den Sohn vor der Anmeldung zum Gymnasium austesten.

KD 04: Bei diesem Kind wurden die Eltern bereits im Babyalter auf eine zukünftige eventuelle Teilleistungsstörung (nach Zystendiagnose) hingewiesen und achteten daher seit der ersten Klasse darauf. Erst im Hauptschulalter wurde diese bestätigt, da die Volksschullehrer nicht darauf eingingen (Alternativschulen).

KD 05: Diese Mutter schilderte, dass es ihr gleich in den ersten Schulwochen klar war, da die Merkfähigkeit für die Buchstaben verzögert war und es „ein Schuldrama“ gab. Die Hausärztin und die Schulärztin empfahlen, das Kind auf ADHS austesten zu lassen, was die Mutter nicht tat. Die Mutter ging mit dem Kind zum Psychologen, der es auf Legasthenie austestete (Anmerkung der Autorin: Bemerkenswert ist hier, dass in der ersten Klasse Volksschule an sich keine Legastheniediagnose möglich ist).

KD 09: Bei diesem Kind mit der Diagnose ADHS meinte die Lehrerin in der zweiten Klasse, dass in Deutsch alles okay sein, obwohl die Mutter anderer Meinung war. In der dritten Klasse sprach die Mutter die Lehrerin wieder an, diese meinte weiterhin, sie glaubt nicht an Legasthenie, selbst in der vierten Klasse das gleiche Bild. In der dritten Klasse wurde das Mädchen erstmals von einer Lernpädagogin auf Legasthenie getestet, später noch von mehreren Personen. Die Mutter war hier diejenige, der zuerst die Probleme auffielen.

KD 10: Bei diesem Jungen, der als Integrationskind (vgl. Kap. 11.1) eingeschult worden war, fielen der Mutter die schwachen Deutschleistungen auf und sie suchte Hilfe. Es war ihr aber nicht klar, dass es Legasthenie war, sondern sie führte es auf die Entwicklungsverzögerung zurück.

KD 14: Das Kind hatte die ganze Volksschule hindurch schlechte Leistungen in Deutsch, durch Zufall lernte die Mutter später eine Expertin kennen und ließ so aus eigenem Antrieb das Kind testen.

KD 18: Bei diesem Mädchen, das im Babyalter an Epilepsie gelitten hatte, bemerkte die Mutter Probleme beim Lesen und Schreiben. Von der Lehrerin wurde sie beruhigt, bis sie in der dritten Klasse das Kind testen ließ.

KD 20: Die Mutter hatte schon in der zweiten Klasse den Verdacht auf Legasthenie, die Lehrerin nicht. Erst in der dritten Klasse, nach einem Lehrerwechsel, wurde dieser Verdacht bestätigt.

Erstverdacht Nachhilfe:

Bei einem Kind war es die Nachhilfelehrerin, die wegen der Deutschprobleme in der 3. Volksschule engagiert wurde, die die Diagnostik anregte (KD 01).

Erstverdacht Psychologin:

In einem Fall (KD 02) äußerte die Psychologin, die das Kind aufgrund von Verhaltensschwierigkeiten untersuchte und einen IQ von 129 mit gleichzeitiger Leseverweigerung feststellte, den Erstverdacht.

Bei einem weiteren Kind (KD 19, vgl. Kap. 11.1) wurde der Verdacht hier kodiert, da das Kind durch allgemeine Schulunlust auffiel und die Diagnose „Verdacht auf Legasthenie“ überraschend bei der psychologischen Untersuchung aufgrund einer fraglichen Hochbegabung sich manifestierte.

11.2.2 Wann kam es zur Diagnose?

Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, wann es zur Legastheniediagnose kam. Um diese Frage hinreichend beantworten zu können, werden die Ergebnisse zuerst im Hinblick auf die besuchte Klassenstufe, dann im Hinblick auf das Alter der Kinder dargestellt (einige Kinder haben eine Klasse wiederholt, andere

übersprungen). Nicht jedes Kind bekam eine „offizielle Diagnose“ mit Gutachten, manche Kinder besuchten auch einen Legastheniekurs, weil die Lehrer sie als legasthen einschätzten, in diesem Fall wurde der Beginn des Kurses als Diagnosedatum verwendet, obwohl das Kind nicht getestet wurde. In allen anderen Fällen gilt der Zeitpunkt, an dem das Kind bei der Fachkraft war und mittels psychologischer Tests das Vorliegen einer Legasthenie diagnostiziert wurde.

Welche Klasse besuchten die Kinder zum Zeitpunkt der Diagnosestellung?

Sieht man die Verteilung der Kinder nach dem Besuch der Klasse zum Zeitpunkt der Diagnosestellung an, ergibt sich folgendes Bild:

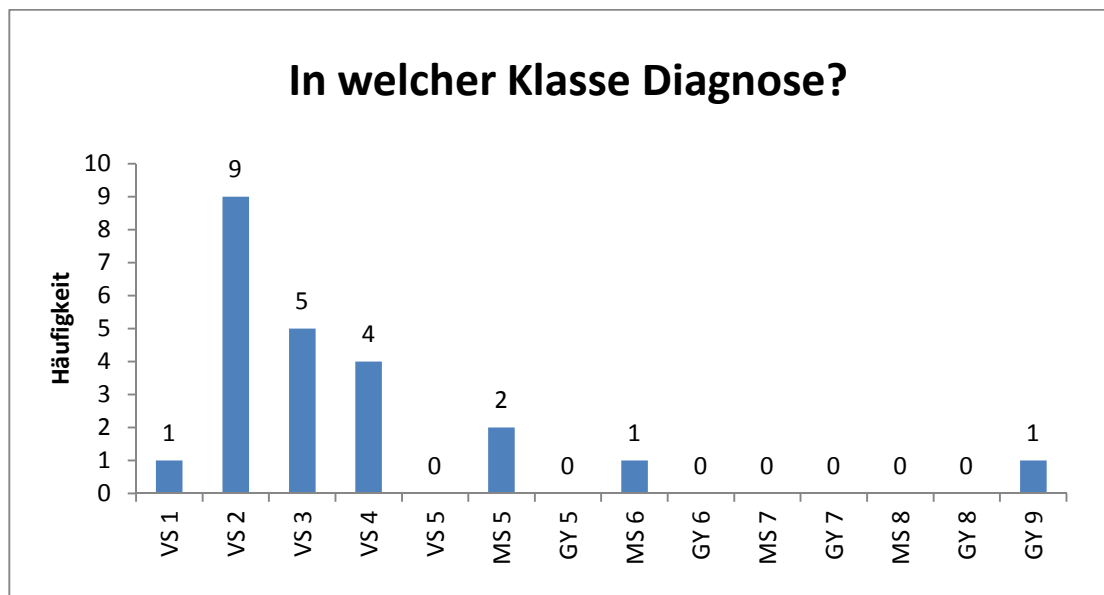


Abbildung 12 In welcher Klasse Diagnosestellung?

Tab. 11: In welcher Klasse Diagnosestellung? (X-Achse: VS=Volksschule, MS= Mittelschule,; GY= Gymnasium, die Zahl daneben gibt die Schulstufe an)

Im Volksschulalter (VS 1-VS 4) bekamen 19 Kinder die Diagnose, zwei Kinder in der ersten Klasse Mittelschule (MS 5) bzw. Hauptschule, ein Kind in der zweiten Mittelschulklasse (MS 6) und ein Kind in der fünften Gymnasialstufe (GY 9). Differenzen zwischen Alter und zu erwartender Schulstufe ergaben sich aus Klassenwiederholungen bei drei Kindern (KD 09/KD 13/KD 23).

Wie alt waren die Kinder zum Zeitpunkt der Diagnose?

Folgende Tabelle gibt das Alter der Kinder bei Diagnosestellung in Monaten an::

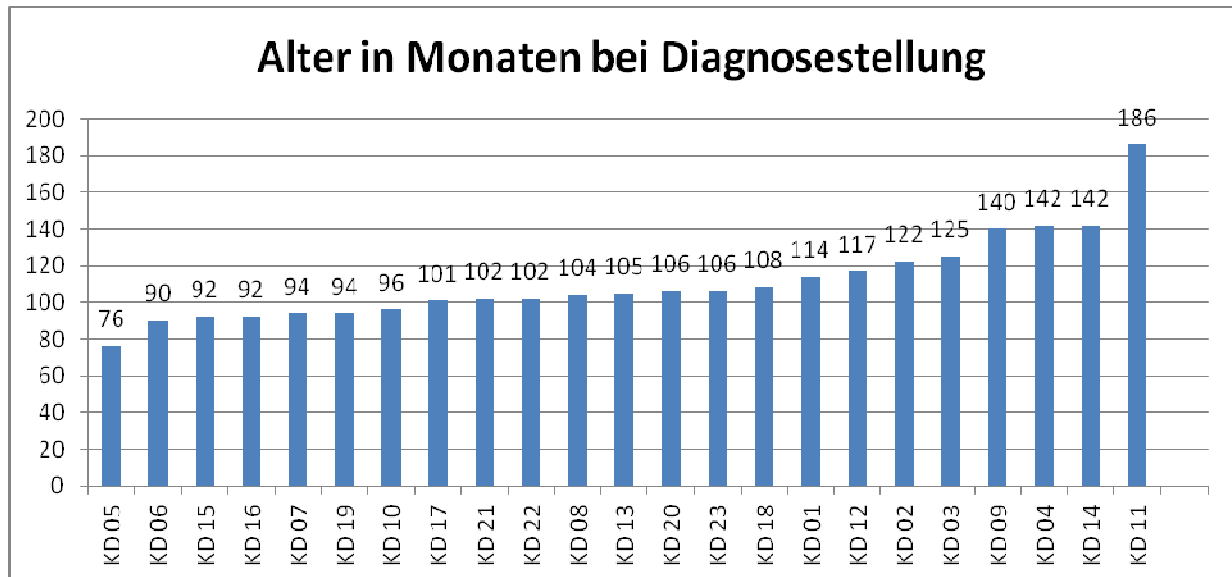


Abbildung 13 Alter in Monaten bei Diagnosestellung

Tab. 12: Alter in Monaten bei Diagnosestellung (Interpretationshilfe: 7 Jahre=84 Mon., 8 Jahre= 96 Mon., 9 Jahre=98 Mon., 10 Jahre=120 Mon., 12 Jahre=144 Mon.)

Bei einem überwiegenden Teil der Kinder (15 Kinder) wurde die Legasthenie mit 7 oder 8 Jahren diagnostiziert oder begannen die Kinder in diesem Alter ohne richtige Diagnose in einen Förderkurs einzusteigen. Bei jeweils zwei Kindern erfolgte die Diagnose im Alter von 9 bzw. 10 Jahren, bei drei Kindern im Alter von 11 Jahren. Schließlich gibt es noch ein Kind, bei dem die Legasthenie erst mit 15 Jahren diagnostiziert wurde.

Warum wurde bei einigen Kindern die Diagnose erst im Alter nach 10 Jahren gestellt (n=6), bzw. in der Sekundarstufe (n=4)?

Zwei dieser Kinder (KD 09/KD 11) wiesen u. a. eine ADHS-Diagnose auf, dadurch kam es vermutlich zur Verzögerung in der Diagnose (MS 5 bzw. GY 9). Ein Kind (KD 04, MS 5) war in der Volksschule in zwei Alternativschulen. Obwohl die Mutter auf mögliche Teilleistungsschwächen hinwies, sah man keine Notwendigkeit zur Testung oder spezifischen Förderung, dies war dann erst in der Hauptschule der Fall. Beim vierten Kind, bei dem Diagnose spät erfolgte (KD 14, MS 6), lernte die Mutter durch

Zufall eine Spezialistin kennen und nahm dies zum Anlass, die Schulprobleme des Sohnes zu beleuchten, vorher hatten weder Eltern noch Lehrer die Notwendigkeit dazu gesehen, trotz schlechter Deutsch-Leistungen.

11.2.3 Wie viel Zeit verging zwischen dem Erstverdacht und der Diagnose?

Nun soll der Frage nachgegangen werden, wie viel Zeit zwischen dem ersten Verdacht auf Legasthenie und dem Stellen einer Diagnose verging.

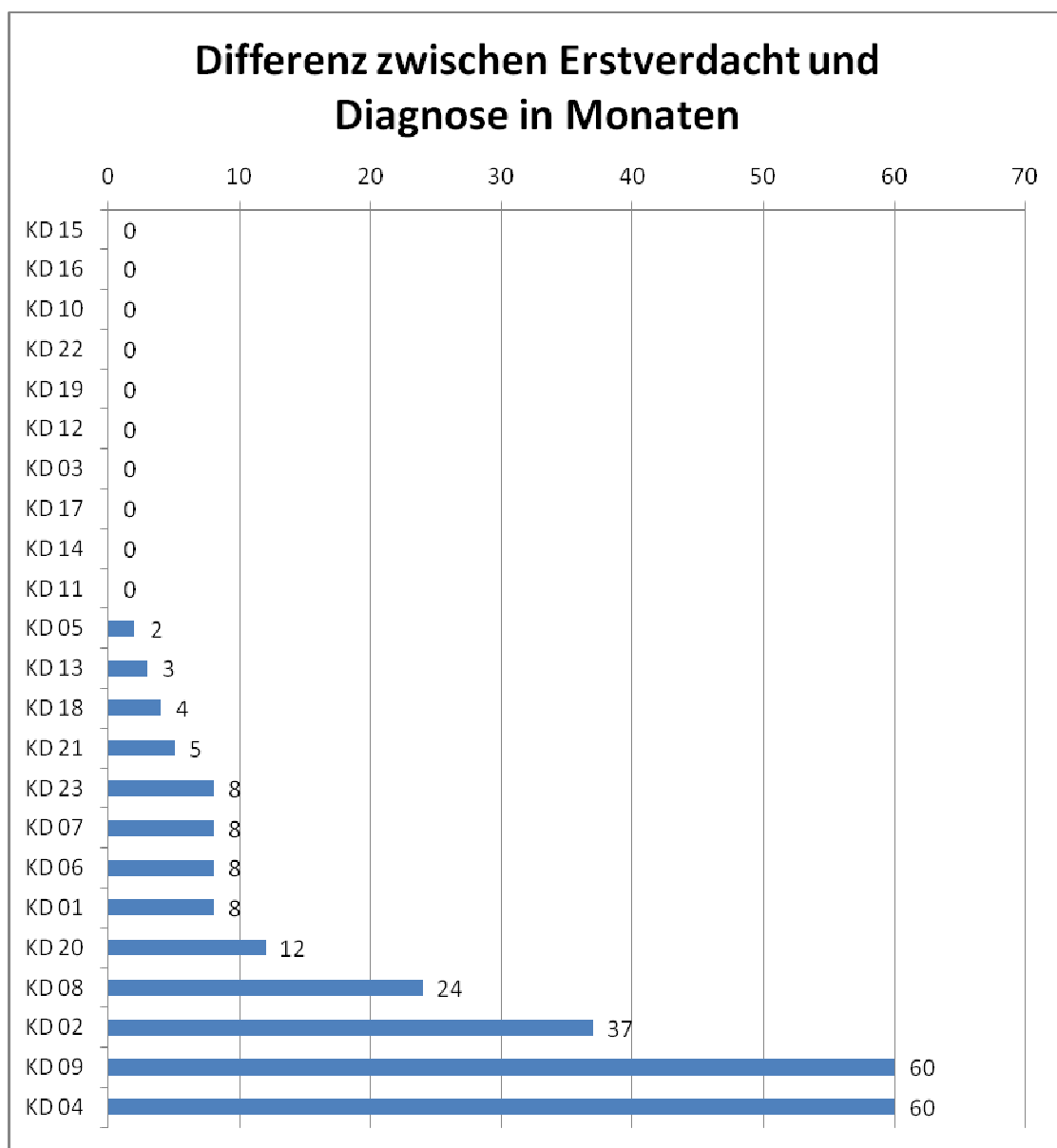


Abbildung 14 Differenz Erstverdacht Diagnose

Tab. 13: Differenz Erstverdacht Diagnose

Bei einigen Kindern ergibt sich hier rechnerisch die Zeitspanne = Null, was folgendermaßen interpretiert werden muss: Diese Eltern konnten keine genauen Angaben machen, daher wurden die Zeitpunkte, wie weiter oben beschrieben, kodiert. Ein Ergebnis von Null bedeutet, dass gleich nach dem Äußern oder Bemerkern eines ersten Verdachts gehandelt und ein Spezialist aufgesucht wurde, der die Diagnose stellte.

Durchschnittlich dauerte es 10,4 Monate vom ersten Verdacht bis zur Diagnosestellung, wobei es eine große Spannbreite gab. Bei zehn Kindern gab die errechnete Differenz gleich Null, was bedeutet, dass gleich nach Aufkommen des Verdachts gehandelt wurde. Bei acht Kindern vergingen zwischen 2 und 8 Monaten, bis eine Diagnose gestellt wurde. Bemerkenswert erscheinen jene fünf Fälle, bei denen die Zeitspanne zwischen Erstverdacht und Diagnose mehr als 10 Monate betrug. Diese Fälle werden nun näher erläutert (Reihung der Kinder erfolgt nach Nummerierung):

KD 02: Bei diesem Kind gab die Mutter an, dass sie durch ihren geistig behinderten Sohn so gefordert war, dass sie etwa drei Jahre lang keine Zeit fand, sich um die Legasthenie der Tochter zu kümmern. Auch gab sie an, dass ihr die Schule versprochen hatte, weiterzuhelfen, diese Versuche dann aber im Sande verliefen.

KD 04: Dieses Kind, das die Volksschulzeit in sogenannten „Alternativschulen“ verbrachte, fiel der Mutter zwar schon durch eine Leseschwäche seit der ersten Klasse auf, auch wies die Mutter in der Schule auf die Gefahr von „Teilleistungsstörungen“ durch eine Zyste im Gehirn hin, jedoch wurde der Mutter erklärt, „bei ihr in der Schule sei das egal, weil die Kinder anders arbeiten“. Erst in der Hauptschule gab es eine Lehrkraft, die auf Legasthenie spezialisiert war und die Probleme erkannte.

KD 08: Hier beschrieb die Mutter, dass ihr schon in der ersten Klasse aufgefallen sei, dass „etwas ist“, bei Gesprächen mit der Lehrkraft wurde ihr jedoch versichert, dass das Kind noch Zeit brauche. In der zweiten Klasse wurde eine Dyskalkulie offensichtlich, mit anschließender Therapie. Erst in der dritten Klasse wurde das Kind

auf Legasthenie getestet, Eltern und Lehrer wollten das Kind dann auch nicht überfordern, daher konzentrierte man sich vorerst auf die Dyskalkulietherapie.

KD 09: Dieses Kind fiel bereits in der ersten Klasse auf, es erfolgte eine ADHS-Diagnose und anschließende verschiedenste Therapien (Medikamente, Ergotherapie, Lerntherapien...). Dass auch eine Legasthenie vorliegt, wurde erst im Alter von 11 Jahren, als das Mädchen die erste KMS-Klasse wiederholte, diagnostiziert. Die Lehrerin in der Volksschule ging auf diesbezügliche Fragen der Mutter nicht ein.

Ich hab die Lehrerin auf Leg angesprochen, sie hat abgewunken. Nein, glaubt sie nicht. Dyskalkulie hat sie schon geglaubt. (Z. 53, KD 09)

KD 20: Bei diesem Mädchen hatte schon in der zweiten Klasse die Mutter einen Verdacht Richtung Legasthenie, da sie selbst als Kind auch betroffen war. Die Lehrkraft ging in der zweiten Klasse nicht darauf ein, erst in der dritten Klasse, nachdem auch andere Schwierigkeiten offensichtlich wurden (Schulangst, Migräne), wurde das Kind zur Diagnostik geschickt.

11.2.4 Wann wurde die hochwertige Therapie begonnen?

Im Folgenden soll die Frage behandelt werden, wann die Kinder mit der hochwertigen Therapie begonnen haben. „Beginn“ ist hier mit dem Zeitpunkt des Erstkontakts zwischen Therapeut und Klienten definiert, allerdings nach erfolgter Diagnosestellung. In manchen Fällen war das nach der Diagnosestellung durch andere Institutionen, in manchen Fällen wurde auch die Diagnose vom „hochwertigen Therapeuten“ selbst gestellt. In diesen Fällen ist der Zeitpunkt der Diagnosestellung mit dem Zeitpunkt des Therapiebeginns identisch.

Auch in diesem Kapitel werden die Ergebnisse im Sinne der Genauigkeit zuerst nach dem Besuch der Klassenstufe zum Zeitpunkt des Beginns der hochwertigen Therapie dargestellt, anschließend nach Alter der Kinder zu ebendiesem Zeitpunkt.

Welche Klasse besuchten die Kinder zum Zeitpunkt des Therapiebeginns?

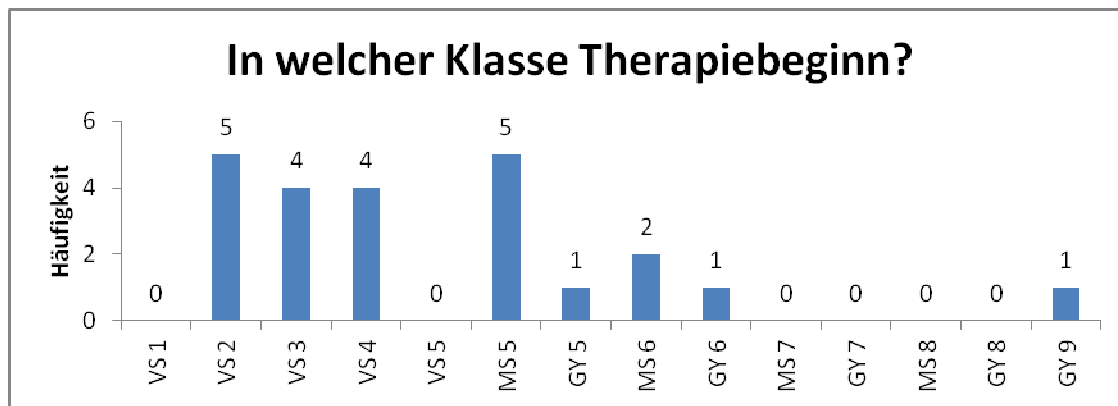


Abbildung 15 In welcher Klasse Therapiebeginn?

Tab.14: In welcher Klasse Therapiebeginn? (X-Achse: VS=Volksschule, MS= Mittelschule, GY= Gymnasium, die Zahl daneben gibt die Schulstufe an)

Im Volksschulalter begannen insgesamt 13 Kinder die hochwertige Therapie. Davon fünf Kinder in der zweiten und jeweils vier Kinder in der dritten und vierten Volksschulklasse. Betrachtet man die Sekundarstufe, sieht man, dass der überwiegende Teil (sechs Kinder) in der ersten Klasse der Sekundarstufe mit der Therapie begann. Drei Kinder fanden in der zweiten Sekundarstufe zur hochwertigen Therapie, ein Kind erst in der 9. Schulstufe (KD 11).

Wie alt waren die Kinder zum Zeitpunkt des Therapiebeginns?

Da hier die Zeitpunkte weniger weit zurück lagen, gab es zwei Möglichkeiten der Kodierung der unpräzisen Zeitangaben der Befragten: Gab die befragte Person z.B. an, dass das Kind „seit einem halben Jahr“ in Therapie ginge, wurden vom Interviewdatum 6 Monate abgezogen und dann der Erste des Monats genommen. In anderen Fällen (z.B. seit Mitte der Dritten geht er in Therapie), wurde kodiert wie weiter oben beschrieben (vgl. Kap. 10.6.).

Folgende Tabelle zeigt das Alter der Kinder zum Therapiebeginn in Monaten:

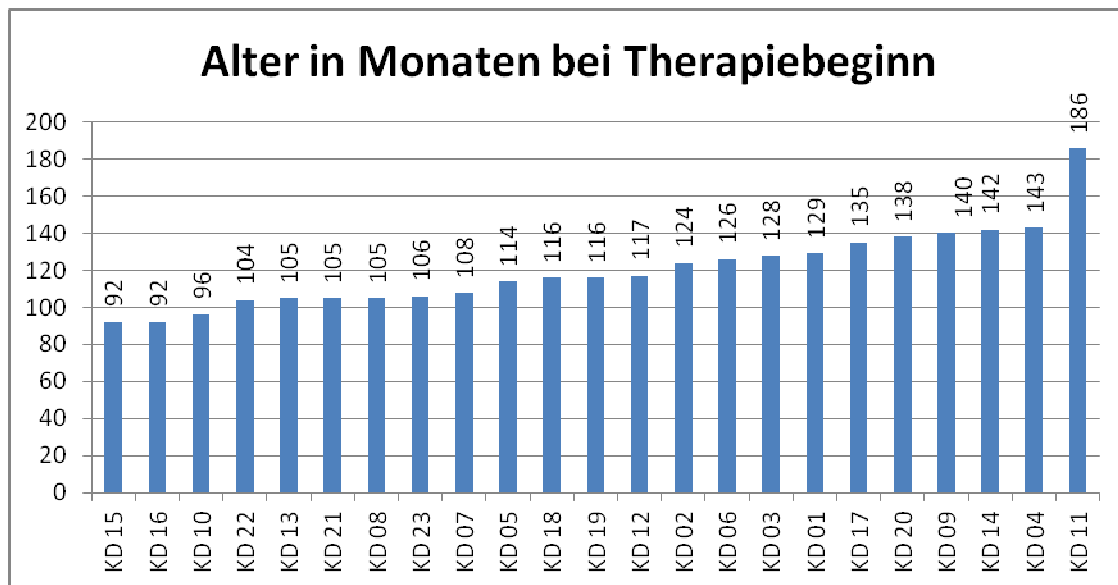


Abbildung 16 Alter in Monaten bei Therapiebeginn

Tab 15.: Alter in Monaten bei Therapiebeginn (Interpretationshilfe: 10 Jahre=120 Monate)

In dieser Tabelle kann man sehen, dass bei zehn Kindern der Stichprobe die hochwertige Therapie erst im „Sekundarstufenalter“ (>10 Jahre) begonnen wurde.

11.2.5 Wie viel Zeit verging zwischen Erstverdacht und dem Beginn der hochwertigen Therapie?

Nun soll der Frage nachgegangen werden, wie viel Zeit zwischen den ersten Verdacht und dem Beginn der richtigen Therapie vergangen ist. Die Differenz zwischen kodiertem Therapiebeginnzeitpunkt und dem Erstverdachtszeitpunkt ergibt folgende Tabelle:

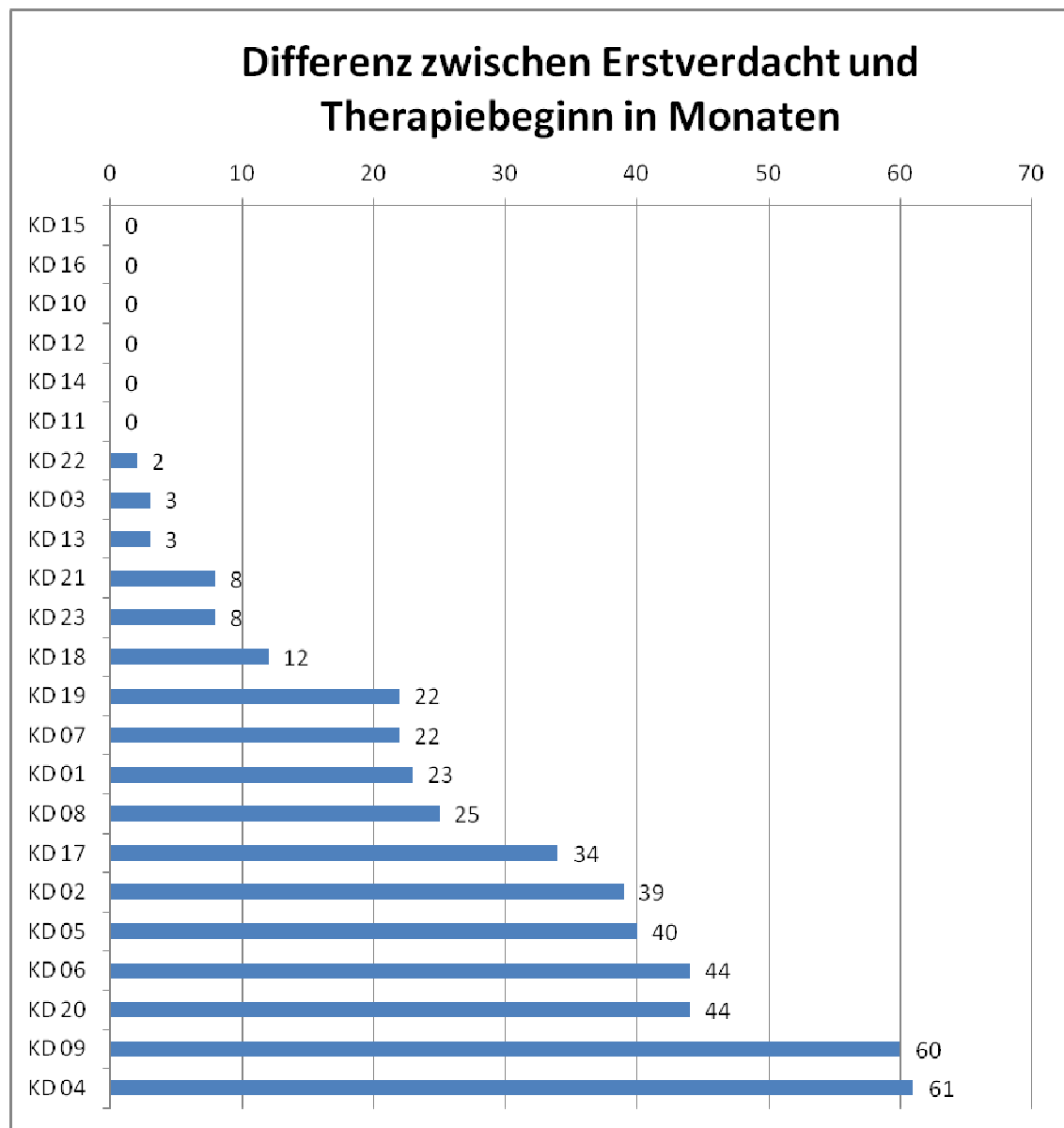


Abbildung 17 Differenz Erstverdacht Therapiebeginn

Tab. 16: Differenz Erstverdacht Therapiebeginn

Ein Wert von Null ist rein rechnerisch bedingt und bedeutet hier, dass zwischen erstem Verdacht und Therapiebeginn theoretisch keine Zeit verging. Anhand eines Beispiels lässt sich dies verdeutlichen:

KD 14: Kind zeigte zwar immer schlechte Deutschleistungen, an das Vorliegen einer Legasthenie dachte aber niemand. Die Mutter lernte durch Zufall eine Spezialistin kennen, stellt fest, dass ihr Kind betroffen sein könnte (Erstverdacht), machte gleich einen Diagnostiktermin (Diagnostiktermin) aus und anschließend begann das Kind

mit Therapie (Therapiebeginn). Das ganze passierte innerhalb weniger Wochen, daher kommt rein rechnerisch eine Differenz von Null zustande.

Doch neben wenigen Kindern, bei denen sich Zeitspannen von 3 bis 8 Monaten zeigten, vergingen bei 12 Kindern der Stichprobe hier mehr als 10 Monate zwischen Erstverdacht und Beginn der Therapie. Was in dieser Zeit passierte, ob die Sache einfach ruhte, oder man andere Therapieversuche startete, wird in Kapitel 11.2.8. behandelt.

11.2.6 Wie viel Zeit verging zwischen Diagnose und dem Beginn der hochwertigen Therapie?

Im letzten Kapitel wurde gezeigt, dass der reine Verdacht auf Legasthenie bei einigen Kindern nicht ausreichte, um gleich eine hochwertige Therapie zu beginnen. Hier soll es nun darum gehen, wie bald nach erfolgter Diagnosestellung die Therapie begonnen wurde.

War der Therapiebeginn gleich anschließend an die Diagnose, ergibt sich oft ein Abstand von 0 Monaten, dies ist wie weiter oben rein rechnerisch bedingt.

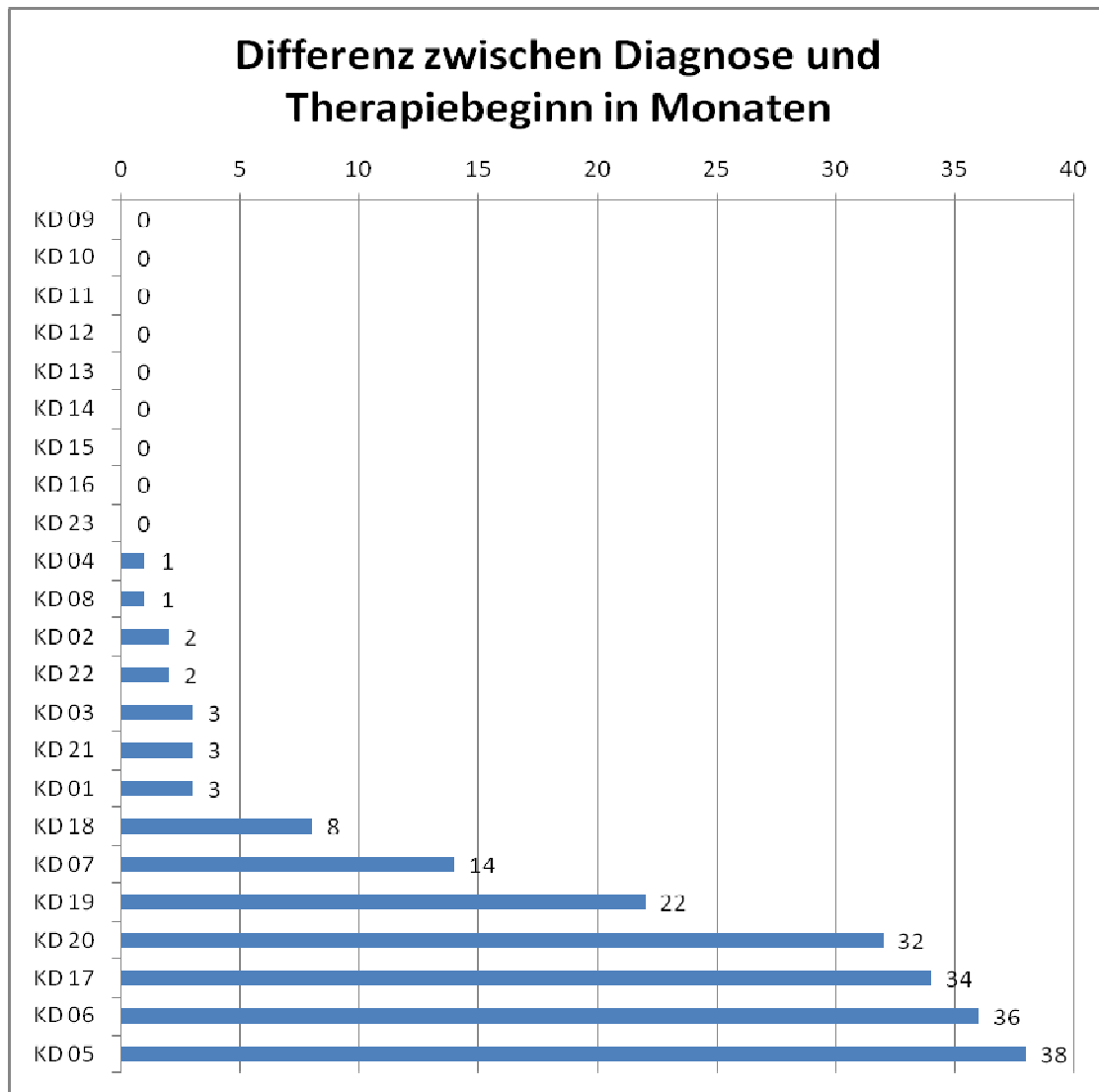


Abbildung 18 Differenz Diagnose Therapiebeginn

Tab. 17: Differenz Diagnose Therapiebeginn

Hier zeigt sich, dass bei sieben Kindern der Stichprobe noch mehr als ein halbes Jahr bis zum Therapiebeginn verging, bei sechs dieser Kinder sogar mehr als ein ganzes Jahr. Welche Kinder waren dies und welche Umstände führten dazu? (Reihung der Kinder nach Nummerierung):

KD 05: Bei diesem Knaben erfolgte die Diagnose bereits in der ersten Klasse, dann besuchte der Junge drei Jahre lang eine „Sindelar-Therapie“, bis diese als erfolglos abgebrochen wurde und er zur hochwertigen Therapie kam.

KD 06: Auch bei diesem Knaben kam es bereits in der zweiten Klasse zur Diagnose. Dann besuchte er innerschulische Legasthenieförderung, Ergotherapie und ein

anderes Legasthenietraining, bis er schließlich in der ersten Mittelschule bei der hochwertigen Therapeutin „ankam“.

KD 07: Dieser Junge wurde in der ersten Volksschule getestet, wobei eine hohe kognitive Begabung diagnostiziert wurde. Für eine Legastheniediagnose war es hier zu früh, jedoch besuchte der Bub ab der zweiten Klasse eine schulinterne Legasthenieförderung (kodierte als Diagnosedatum), erst in der dritten Klasse kam er zur hochwertigen Therapeutin.

KD 17: Auch hier ein Knabe, der jahrelang ein Sindelartraining besuchte.

KD 19: Bei diesem Mädchen erfolgte die Diagnose in der zweiten Klasse. Da das Mädchen auch hochbegabt ist, übersprang sie eine Klasse. Sie besuchte schulinterne Legasthenieförderung sowie ein anderes Legasthenietraining, bis sie schließlich bei der hochwertigen Therapeutin ankam.

KD 20: Auch dieses Mädchen besuchte lange Zeit ein anderes Legasthenietraining und ein psychologisches Training.

Man sieht, dass in der Regel eher erfolglose Therapieversuche der hochwertigen Therapie vorangingen und diese teilweise auch über Jahre hinweg gegangen wurden.

11.2.7 Wie wurde die hochwertige Therapie gefunden?

In den letzten Kapiteln konnte gezeigt werden, wie der zeitliche Ablauf von Erstverdacht, Diagnosestellung und Therapiebeginn verläuft. Im Folgenden soll nun die Frage behandelt werden, auf welchem Weg die Interviewpartner zur hochwertigen Therapie fanden.

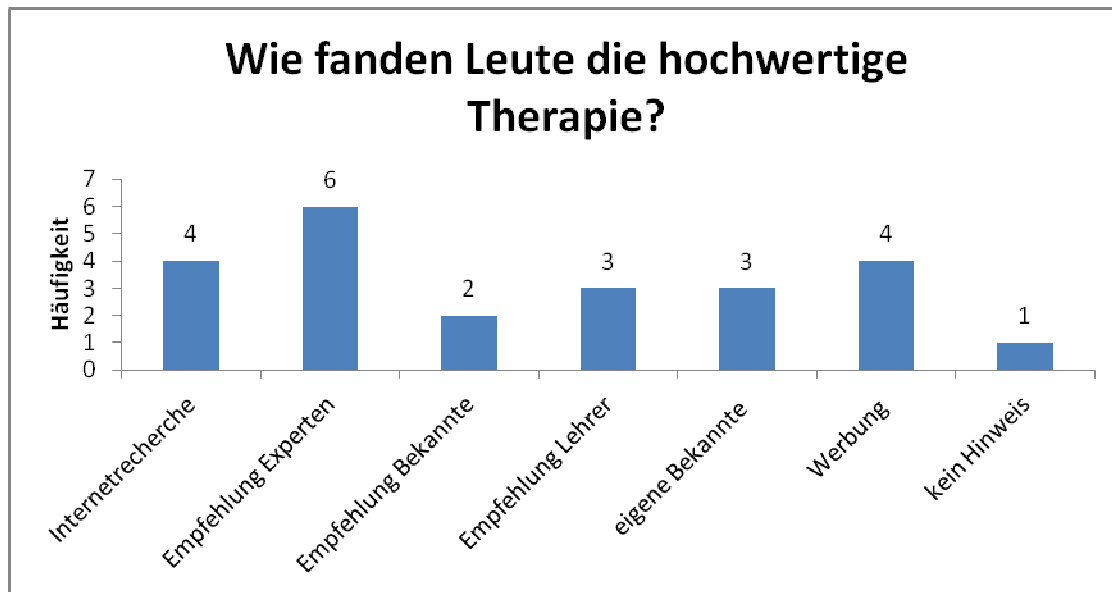


Abbildung 19 Wie fanden die Leute die hochwertige Therapie?

Tab. 18: Wie fanden die Leute die hochwertige Therapie?

Die meisten Interviewpartner (n=6) fanden zur hochwertigen Therapie durch die Empfehlung durch Experten. Experten definieren sich dadurch, dass sie professionelles Wissen zur Thematik haben, also beispielsweise Diagnostiker, Psychologen, im Berufsfeld tätige. Der erste Weg führte die Familien beispielsweise zur Uni Wien zur Diagnostik, wo ihnen eine Therapeutenliste ausgehändigt wurde. Auch die Empfehlung durch Bekannte (Laien) spielte eine große Rolle beim Finden der Therapie. So kamen zwei Familien durch Gespräche mit anderen Eltern oder Bekannten zur Therapie. Eine ähnlich große Rolle spielte die Empfehlung durch Lehrer, auf diesem Weg fanden drei Familien die hochwertige Therapie.

In drei Fällen fanden die Familien die Therapeuten im eigenen Bekanntenkreis, zum Beispiel waren es Mütter aus der gleichen Schule der eigenen Kinder, die die Therapeuten waren (z. B. KD 08, KD 09).

Durch Werbung (Folder, Plakate in der Schule) wurden vier Familien auf die Therapie aufmerksam, eigene Internetrecherche führte vier Familien zum Therapeuten.

In einer Familie konnte kein Hinweis gefunden werden, wie sie zur Therapie kam.

Insgesamt fanden 14 Familien die Therapie durch Empfehlung, sei es durch Experten oder Bekannte) oder innerhalb des Bekanntenkreises. Acht Familien fanden die Therapie durch Werbung.

11.2.8 Wie viele Umwege gingen die Familien und wie sahen diese aus?

Bisher konnte gezeigt werden dass bei 12 Kindern der Stichprobe mehr als 10 Monate zwischen Erstverdacht und Beginn der Therapie vergangen waren. In dieser Zeit wurde jedoch kaum einfach gewartet, sondern in der Regel wurden Versuche unternommen, dem Kind zu helfen. Diese werden hier als „Umwege“ bezeichnet, da sie nicht zum Erfolg führten.

In den Interviews wurde sinngemäß immer die Frage gestellt: „Was haben Sie alles versucht, um Ihrem Kind zu helfen, welche Therapien und Förderungen hat es bisher erhalten?“. Die Interviewpartner versuchten dann chronologisch aufzuzählen, was alles unternommen wurde, angefangen von Nachhilfe, Ergotherapie bis hin zu medikamentösen Therapien beim Vorliegen einer komorbiden Störung.

Auf eine Problematik sei hier speziell hingewiesen: Bei einigen Kindern (vor allem jene mit komorbiden Störungen) der Stichprobe kam es zu einer Vermischung der Probleme, so dass nicht klar war, ob die Lernstörung z.B. nun durch Aufmerksamkeitsprobleme oder die Legasthenie bedingt war. Daher konnte im Einzelfall auch oft nicht entschieden werden, mit welcher Indikation man nun zum Beispiel den Ergotherapeuten oder Psychiater aufsuchte. Ebenso kam es manchmal zur Vermischung mit familiären Problemen (z. B. Unklarheit, ob schulische Probleme mit einer Scheidung im Zusammenhang stehen). Daher wurde entschieden, auch Therapieversuche, die nicht dezidiert wegen „Legasthenie“ begonnen wurden, sondern auch jene, die wegen komorbider Störungen oder Begleitumständen begonnen wurden, in die Untersuchung mit einzubeziehen. Voraussetzung war aber, dass die erwähnten Probleme eng mit der Lernstörung vernetzt waren.

Wie viele Therapieversuche wurden exklusive der hochwertigen Therapie gewählt (= Anzahl der Umwege)?

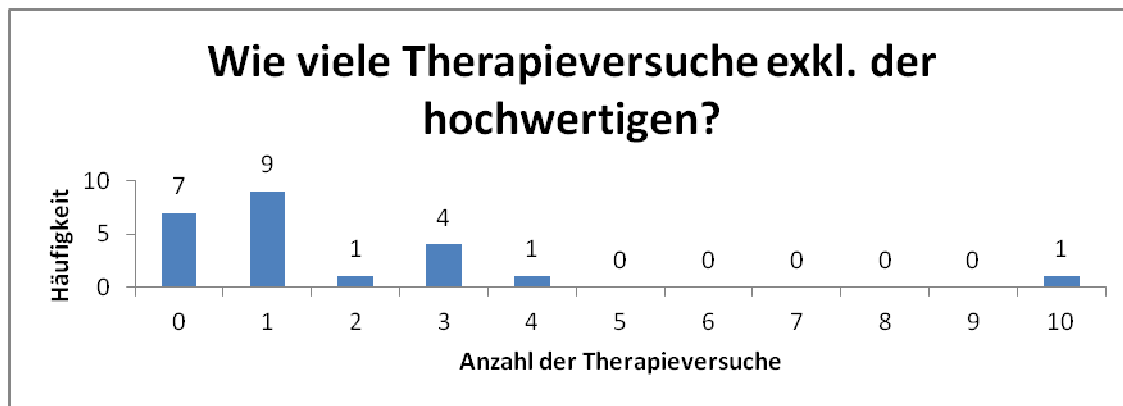


Abbildung 20 Wie viele Therapieversuche exkl. der hochwertigen?

Tab. 19: Wie viele Therapieversuche exkl. der hochwertigen?

Sieben Eltern beschrieben, dass gleich der erste Weg sie zum hochwertigen Therapeuten führte. Neun Familien gaben an, dass sie einen Versuch vor der hochwertigen Therapie begonnen hatten. Bei einer Familie waren es zwei Versuche, bei weiteren vier Familien drei Versuche. Lediglich zwei Familien beschrieben sehr lange Irrwege mit vier bzw. zehn versuchten Interventionsansätzen (KD 09 und KD 11).

Welche Interventionen wurden vor der hochwertigen Therapie gewählt?

Im Folgenden soll beschrieben werden, welche Interventionen außer der hochwertigen Therapie von den Familien gewählt wurden.

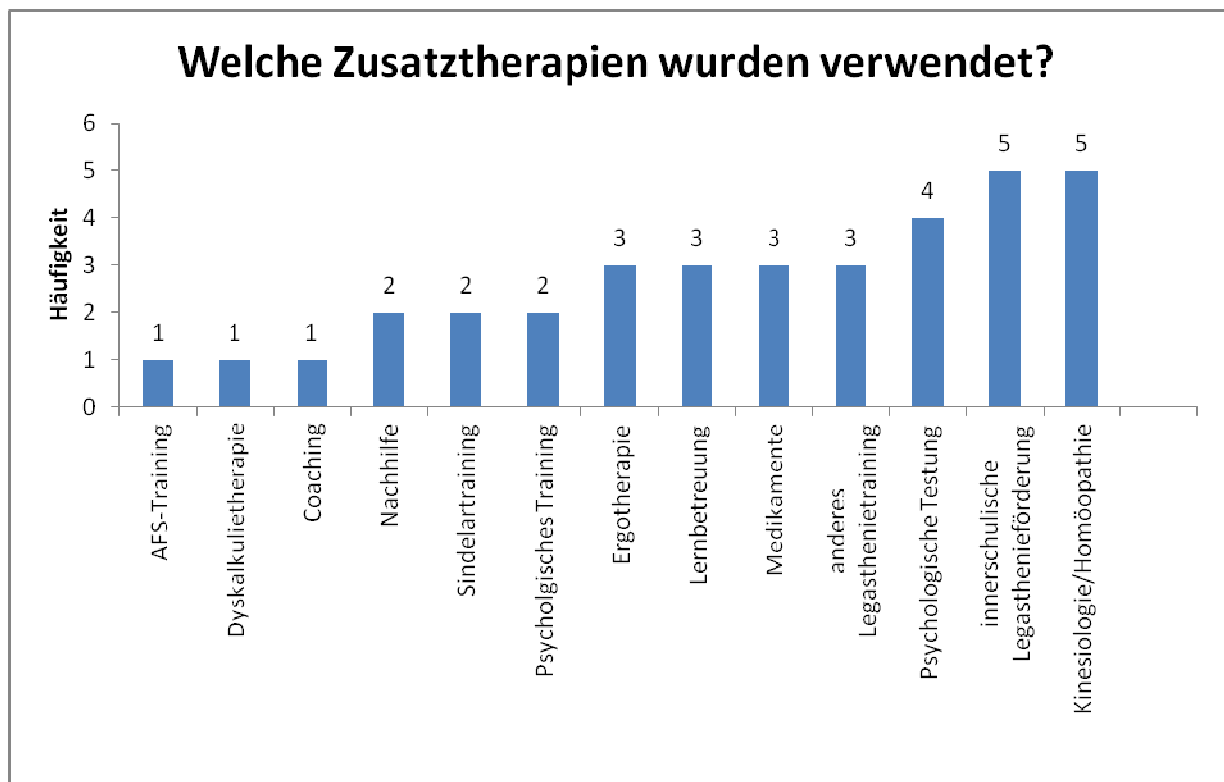


Abbildung 21 Welche Zusatztherapien wurden verwendet?

Tab. 20: Welche Zusatztherapien wurden verwendet?

Eine häufige und wohl auch naheliegende Interventionsmethode war der Besuch einer innerschulischen Fördermaßnahme, wie der des Förderkurses oder eines Legastheniekurses - dies wurde von fünf Familien versucht. Alternative Heilmethoden wie Kinesiologie und Homöopathie versuchten auch fünf der interviewten Familien. Legasthienietrainingsmethoden wie AFS-Training oder Sindelar-Training oder andere nicht näher spezifizierte Legasthienietrainings sollten in sechs der Fälle Hilfe bringen. Nicht näher bezeichnete pädagogische Methoden wie Nachhilfe oder „Lernbetreuung“ wurden ebenfalls fünf Mal angewandt. In jeweils drei der Fälle besuchten die Kinder Ergotherapie, bzw. wurde versucht, den Problemen mit Medikamenten beizukommen. Sechs Mal wurde der Psychologe besucht, entweder um ein Trainingsprogramm (Aufmerksamkeitstraining, soziales Kompetenztraining) oder eine Diagnostik allgemeiner Art durchzuführen. Schließlich besuchte ein Kind noch eine Lerncoachingwoche und ein Kind eine Dyskalkulietherapie.

11.2.9 Gesamtbetrachtung der Zeitverläufe

Betrachtet man die Zeitabläufe der einzelnen Kinder in Monaten im Überblick ergibt sich folgendes Bild:

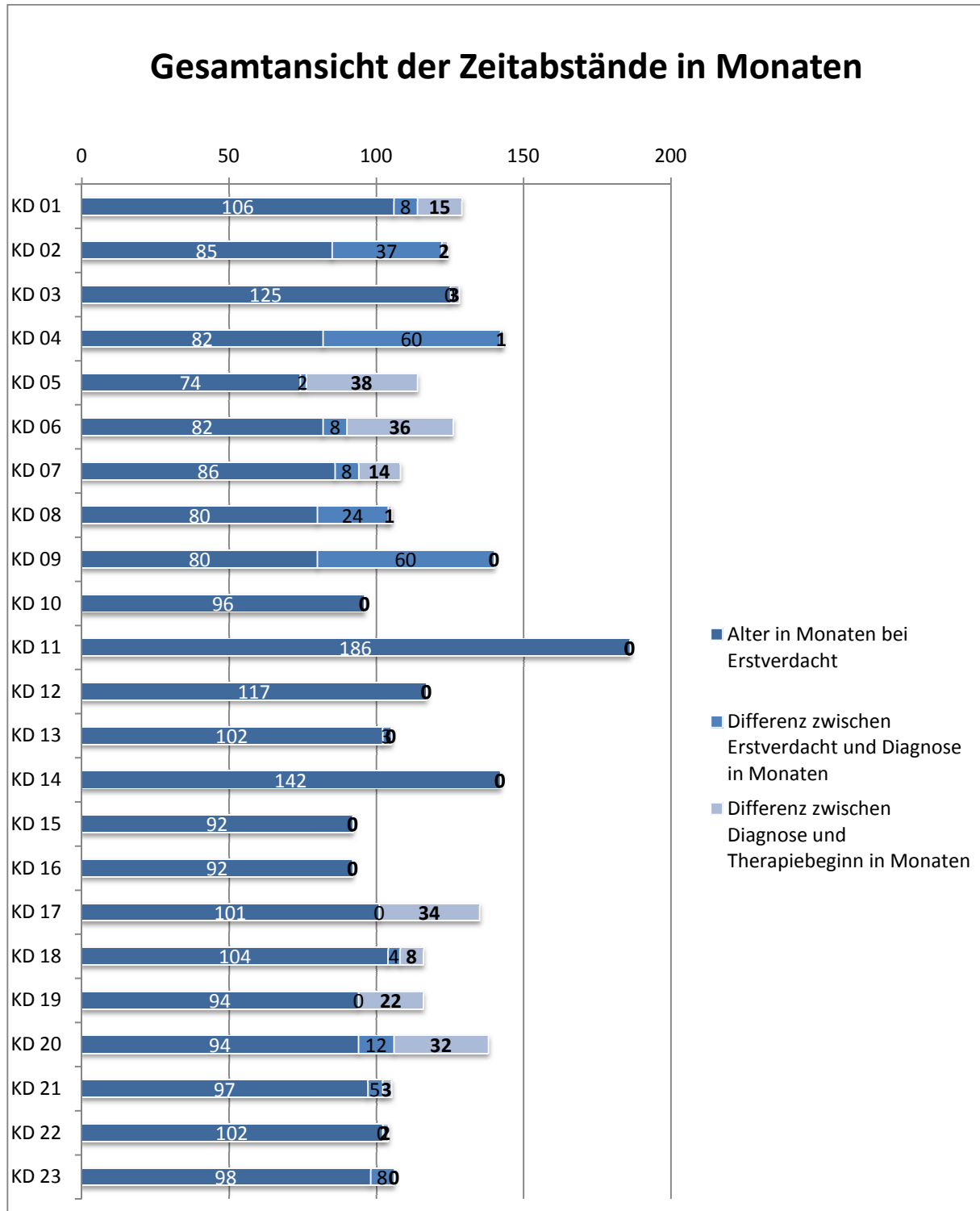


Abbildung 22 Gesamtansicht der Zeitabstände in Monaten

Tab. 21: Gesamtansicht der Zeitabstände in Monaten

Neben den bereits weiter oben erläuterten Ergebnissen, kann man hier sehen, dass bei einem recht großen Teil der Kinder sofort nach dem Erstverdacht interveniert wurde (dies sind jene neun Kinder, bei denen (beinahe) nur ein dunkel gefärbter Balken zu sehen ist). Im Extremfall dauerte es aber noch weitere sechzig Monate bis eine Diagnose gestellt werden konnte, bzw. mit der hochwertigen Therapie begonnen wurde.

11.2.10 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der erste Verdacht

Zum überwiegenden Teil wurde der Erstverdacht, dass eine Legasthenie vorliegen könnte, in der Volksschule geäußert (bei 15 Kindern in der ersten und zweiten Klasse). In zwölf Fällen äußerten die Lehrer den Verdacht, dass das Kind legasthen sein könnte, in acht Fällen waren es die Eltern, denen zuerst etwas auffiel.

Wann kam es zur Diagnose?

Im Volksschulalter bekamen 19 Kinder die Diagnose, zwei Kinder in der ersten Klasse Mittelschule (MS 5) bzw. Hauptschule, ein Kind in der zweiten Mittelschulklasse (MS 6) und ein Kind in der fünften Gymnasialstufe (GY 9).

Bei einem überwiegenden Teil der Kinder (15 Kinder) wurde die Legasthenie mit 7 oder 8 Jahren diagnostiziert oder begannen die Kinder in diesem Alter ohne richtige Diagnose in einen Förderkurs einzusteigen.

Wann begann die hochwertige Therapie?

Im Volksschulalter begannen insgesamt 13 Kinder die hochwertige Therapie. Bei zehn Kindern der Stichprobe wurde die hochwertige Therapie erst im „Sekundarstufenalter“ (>10 Jahre) begonnen.

Zeitspannen

Generell gab es eine große Streubreite, was die Abstände zwischen Erstverdacht und Diagnosestellung oder Therapiebeginn angeht. Bei zehn Kindern wurde bald (innerhalb von max. 3 Monaten) nach dem ersten Verdacht reagiert. Bei zehn Kindern der Stichprobe vergingen noch mehr als 10 Monate bis sie zur hochwertigen Therapie kamen. Der Maximalabstand betrug hier mehr als fünf Jahre.

Auf welchem Weg fanden die Interviewpartner zur hochwertigen Therapie?

Die meisten Interviewpartner (n=6) fanden zur hochwertigen Therapie durch die Empfehlung durch Experten. Auch die Empfehlung durch Bekannte (Laien) spielte eine große Rolle beim Finden der Therapie (Gespräche mit anderen Eltern oder Bekannten). Eine ähnlich große Rolle spielte die Empfehlung durch Lehrer (drei Familien). Durch Werbung (Folder, Plakate in der Schule) wurden vier Familien auf die Therapie aufmerksam, eigene Internetrecherche führte vier Familien zum Therapeuten.

Umwege zur hochwertigen Therapie

Sieben Eltern beschrieben, dass gleich der erste Weg sie zum hochwertigen Therapeuten führte. Neun Familien gaben an, dass sie einen Versuch vor der hochwertigen Therapie begonnen hatten. Bei einer Familie waren es zwei Versuche, bei weiteren vier Familien drei Versuche. Zwei Familien beschrieben sehr lange Irrwege mit vier bzw. zehn versuchten Interventionsansätzen.

Eine häufige Interventionsmethode war der Besuch einer innerschulischen Fördermaßnahme (Förderkurs oder Legastheniekurs; 5 Familien). In alternativen Heilmethoden wie Kinesiologie und Homöopathie suchten auch fünf der interviewten Familien Hilfe. Weitere Methoden waren Legasthenietrainingsmethoden wie AFS-Training oder Sindelar-Training oder andere nicht näher spezifizierte Legasthenietrainings (6 Familien), nicht näher bezeichnete pädagogische Methoden wie Nachhilfe oder „Lernbetreuung“ (5 Familien), Ergotherapie, bzw. Medikamente (je 3 Familien). Sechs Mal wurde der Psychologe besucht, entweder um ein Trainingsprogramm (Aufmerksamkeitstraining, soziales Kompetenztraining) oder eine Diagnostik allgemeiner Art durchzuführen. Schließlich besuchte ein Kind noch eine Lerncoachingwoche und ein Kind eine Dyskalkulietherapie.

„Typischer Legasthenieverlauf“

Das typische Kind besucht nach einer unauffälligen Entwicklung die Volksschule, in den ersten Jahren fällt meist auf, dass das Kind Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens hat, später generell auch nicht gerne liest. Es kommt dann zu zahlreichen Rechtschreibfehlern, vermehrtes Üben bringt kaum Fortschritte. Oft kommt es zu angespannten Situationen, was Hausübungen betrifft oder auch zwischen Eltern und

Lehrern. Lehrer oder Eltern äußern den Verdacht, dass es sich um Legasthenie handeln könnte und man sucht innerschulisch (z. B. Schulpsychologie, Förderkurse...) oder außerschulisch Hilfe.

Kinder mit Begleitscheinungen der Legasthenie oder Besonderheiten

Hier sollen noch einmal jene Kinder kurz vorgestellt werden, deren Geschichte von jener des typischen Legasthenieverlaufes abweicht:

KD 04: Bei diesem 12-jährigen Burschen wurde im Babyalter eine Zyste im Gehirn festgestellt. Die Eltern wiesen bereits in der ersten Volksschulklasse auf das Risiko für Teilleistungsstörungen hin. Der Bursch besuchte verschiedene „Alternativschulen“, wo das Problem nicht weiter ernst genommen wurde. Nachdem in der Volksschulzeit nichts besonderes auffiel, gab es in der anschließenden Hauptschule eine Legasthenie-Lehrerin, die seine Schwierigkeiten erkannte.

KD 07: Dieses Kind fiel in der ersten Klasse durch sehr langsames Abschreiben auf. Die Lehrerin wollte den Knaben Ende 1. Klasse auf Hochbegabung und Legasthenie testen lassen. Bei diesem Test kam eine überdurchschnittliche kognitive Begabung zum Vorschein, für eine Legastheniediagnose war es zu früh. Trotzdem erhielt der Bub ab dem zweiten Halbjahr der zweiten Klasse Förderunterricht.

KD 08: Der Mutter fielen bei diesem Mädchen schon ab der ersten Klasse Probleme auf. Die Lehrerin tröstete lange Zeit, in der zweiten Klasse kam es zu einer massiven Rechenschwäche und Schwierigkeiten in der Rechtschreibung. Das Kind besuchte zuerst eine Dyskalkulietherapie. Erst in der dritten Klasse wurde Legasthenie ausgetestet und eine Therapie begonnen.

KD 09: Bei diesem Mädchen kam es zu zahlreichen (zehn) Versuchen, dem Kind zu helfen. Zum Interviewzeitpunkt war das Mädchen elf Jahre alt, in der zweiten Klasse Volksschule erhielt sie eine ADHS-Diagnose, worauf zahlreiche Therapieversuche erfolgten, u.a. medikamentöse Therapien, Ergotherapie, Verhaltenstherapie. Aufgrund der Lernprobleme, die laut Mutter ab der ersten Klasse bestanden, besuchte das Mädchen eine Dyskalkulietherapie, eine Legasthenietherapie nach der AFS-Methode und zwei andere Lerntherapien, bzw. „andere Legasthenietrainings“.

Während der gesamten Volksschulzeit glaubte die Lehrerin nicht an das Vorliegen einer Legasthenie, in der anschließenden Mittelschule war es „gleich klar“. Als sie die erste Mittelschulklasse freiwillig wiederholte, Beginn der hochwertigen Legasthenie-Therapie.

KD 10: Zum Interviewzeitpunkt elfjähriger Bub, der als Integrationskind eine fünfte Volksschulklasse in Wien besucht. Der Bursch hat eine Entwicklungsverzögerung. In der zweiten Klasse Volksschule fielen Lese- und Schreibprobleme auf, die Eltern suchten außerschulische Unterstützung und der Bursch begann mit der hochwertigen Therapie. Zusätzlich leidet der Junge auch unter ADHS, weswegen er Ritalin einnimmt.

KD 11: Bei diesem Kind wurde die Legasthenie erst mit 15 Jahren diagnostiziert. Die Mutter beschreibt eine äußerst schwierige Kindheit mit massiven Wutausbrüchen im Kleinkindalter und Hyperaktivität. In der Volksschule kam es zur ADHS-Diagnose, anschließend der Einnahme von Ritalin, zusätzlich entwickelte der Junge ein Tourette-Syndrom. Er besuchte eine Alternativschule, von Lese- oder Rechtschreibproblemen war dort niemals die Rede. Die Mutter führt das auf die Überlagerung durch die Verhaltensprobleme des Knaben zurück und auf die Tatsache, dass sie niemals Hausübungshefte zu Gesicht bekam, weil es dort keine gab. Im Gespräch wurde deutlich, dass die Mutter ihr Kind nicht gut aufgehoben fühlte, sie meinte der Bursch „sei als Trottel abgestempelt gewesen“ und man hätte ihn nicht gefördert. Später traten diese Probleme in den Hintergrund, der Knabe kam in ein Gymnasium, wo in der fünften Gymnasialklasse seiner Deutschlehrerin die massiven Rechtschreibfehler auffielen und sie eine Testung empfahl. .

KD 18: Diese Mädchen war im Babyalter an Epilepsie erkrankt, infolgedessen kam es zu einer Entwicklungsverzögerung. Durch Ergotherapie konnten die Defizite behoben werden und es kam zur altersgemäßen Einschulung. Als nach einem schwierigen Leselernprozess in der dritten Klasse vermehrte Rechtschreibfehler auffielen, testete die Psychologin auf Anregung der Mutter.

KD 19: Dieses Mädchen übersprang aufgrund einer Hochbegabung die zweite Volksschulklasse, besuchte zum Interviewzeitpunkt eine erste Klasse KMS. In die

KMS sei es aufgrund der Probleme in Deutsch gekommen, erzählte die Mutter. In der ersten KMS Beginn der hochwertigen Therapie, nachdem das Mädchen vorher innerschulische Maßnahmen besucht hatte.

KD 20: Ein zum Interviewzeitpunkt elfjähriges Mädchen, das zusätzlich zur Legasthenie einige Zusatzprobleme entwickelt hat. Die Mutter schildert ein Kind, das von Anfang an durch die Schule überfordert schien, zudem stark weitsichtig sei und früher durch soziale Unsicherheit aufgefallen war. Es kam dann zu einer psychologischen Untersuchung wegen Schulangst und psychogener Kopfschmerzen. Legasthenietherapie erfolgte zusätzlich.

KD 22: Bei diesem Knaben kam es durch Verhaltensprobleme zu einer psychologischen Testung die eine sehr hohe Begabung ergab (IQ=129). Der Knabe verweigerte in der dritten Klasse noch immer das Lesen, dadurch kam es zu einer nochmaligen Testung mit Legastheniediagnose und Beginn der Therapie. Die Mutter beschrieb ein sehr schwieriges Verhältnis zu Schule, zahlreiche Spannungen zwischen Eltern und Lehrern.

12 Diskussion

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel erste Einblicke in die Wege zu geben, die legasthene Kinder und ihre Familien auf der Suche nach hochwertiger Therapie gehen. Dabei sollte besonderes Augenmerk auf die Dauer dieser Wege als auch auf die Anzahl und Art der Umwege gelegt werden.

Dabei zeigte sich, dass sich bei einem großen Teil der Kinder der Verdacht zur Legasthenie bereits in der ersten oder zweiten Klasse Volksschule zeigte. Dies scheint ein recht befriedigendes Ergebnis zu sein. Doch wie geht es mit den Kindern weiter, erhalten sie dann auch gleich adäquate Hilfe?

Da Lehrer die Experten für Lesen und Schreiben lernen sind, sollten diese es zuerst merken, wenn ein Kind hier Defizite aufweist. Weiters sollten sie dann erkennen können, ob diese Defizite auf eine Legasthenie hinweisen könnten. In der Hälfte der

Fälle war dies auch so, jedoch gab es auch die andere Hälfte, in der die Lehrer nicht die ersten waren, denen die Schwierigkeiten der Kinder auffielen. In einigen Fällen wiesen besorgte Eltern die Lehrer explizit auf Probleme hin und stellten die Frage nach dem Vorliegen einer Legasthenie. Hier kam es teilweise zu Vertröstungen („Geben Sie dem Kind Zeit“) oder wurde das Problem scheinbar nicht ernst- oder wahrgenommen. Wie bereits in Kapitel 5.1. dargelegt, scheint dies daran zu liegen, dass Lehrer oft einfach zu wenig über Legasthenie wissen, da diese Störung im Curriculum ihrer Ausbildung meist nicht behandelt wurde. Eltern vertrauen aber auf die Meinungen der Lehrer und lassen teilweise viel wertvolle Zeit verstreichen, weil sie von den Lehrern vertröstet werden. Dies ist einer der Gründe, warum der Verdacht auf Legasthenie kein Garant dafür ist, dass das Kind auch Hilfe erhält.

Es zeigte sich auch, dass bei Kindern mit dem zusätzlichen Vorliegen einer ADHS, das Erkennen der legasthenen Symptome scheinbar zusätzlich erschwert war. Entweder waren es die Eltern, die die Initiative ergriffen oder viel wertvolle Zeit verstrich, weil die Probleme seitens der Lehrkräfte entweder nicht gesehen wurden oder alle Schwierigkeiten auf das Vorliegen der ADHS zurückgeführt wurde. Dies mag daran liegen, dass die Lese- und Schreibprobleme im Vergleich mit den teilweise massiven Verhaltensproblemen wenig auffielen. Diese Ergebnisse stimmen Untersuchungsergebnisse von Schabmann und Schmidt (2009, 2010, siehe Kap. 5.1.) überein.

Zwei Kinder der Stichprobe besuchten sogenannte Alternativschulen in der Primärstufe (Montessori, Waldorf). In einem der Fälle wies die Mutter auf das eventuelle Vorliegen von Teilleistungsstörungen hin (Zyste im Gehirn), wurde aber mit den Worten „in dieser Schule macht das nichts, weil anders gearbeitet wird“ vertröstet, worauf der Junge die gesamte Volksschulzeit unbehandelt blieb. Diese Mutter äußerte sich nun recht kritisch gegenüber dieser Schule. Auch die zweite Mutter der Stichprobe, deren Sohn in einer Waldorfschule war, kritisierte die Schule im Nachhinein sehr heftig, da man ihren Sohn nicht gefördert habe und „als Trottel abgestempelt“ (ADHS, Tourette).

Das Alter der Diagnosestellung war bei einem überwiegenden Teil der Kinder 7 oder 8 Jahre. Jedoch gab es auch hier Fälle, wo die Diagnose weitaus später erfolgte, im

Gründe waren dies auch jene Fälle, wo zusätzlich eine ADHS vorlag bzw., das Kind eine Alternativschule besuchte.

Bei einem Kind schließlich wurde nur eine Diagnose gestellt, weil die Mutter durch Zufall eine Spezialistin kennen gelernt hatte. Vorher hatte man trotz bestehender Probleme in Deutsch nie etwas unternommen. Auch hier scheinen weder Lehrer noch Eltern über die Symptome einer Legasthenie Bescheid gewusst zu haben.

Die hochwertige Therapie wurde in einigen Fällen innerhalb weniger Monate nach dem ersten Verdacht begonnen. Dies scheint der Idealfall zu sein, was geschah aber in den anderen Fällen, wo Zeitabstände bis zu über fünf Jahren vergehen mussten, bis dem Kind adäquat geholfen wurde?

Hier zeigten sich vor allem zwei mögliche Begründungen für die lange Dauer: Einerseits das Vorliegen einer ADHS, andererseits gibt es auch Hinweise, dass beim Besuch von Alternativschulen möglicherweise das Auftreten legasthenietypischer Symptome weniger auffällt. Dies könnte am pädagogischen Konzept liegen, da Kindern hier größere Freiheiten in der Wahl des Unterrichtsfaches zustehen und dadurch Defizite eventuell weniger auffallen.

Bei einigen Kindern liegt der Grund für lange Zeitspannen bis zum Beginn einer hochwertigen Therapie in teils jahrelangen „Umwegen“. Dies mag in einigen Fällen der jahrelange Besuch einer Therapierichtung sein, die schließlich als „gescheitert“ aufgegeben wird, oder auch (besonders in Fällen mit vielfältigen Zusatzproblemen) eine große Anzahl von Versuchen, die über das gesamte Spektrum der Angebote verstreut sind.

Schließlich interessierte noch die Frage, wie die Eltern die hochwertige Therapie fanden. Hier sind es vor allem Empfehlungen, die Leute letztendlich zum Therapeuten führten, auch Werbung ist in einigen Fällen ausschlaggebend.

Die Art, wie die Interviewpartner über die verschiedenen Therapieansätze und –versuche sprachen, lässt den Schluss zu, dass Eltern im Allgemeinen nicht darüber Bescheid wissen, welche Therapien als hochwertig einzustufen sind. Auch wurden

mehrmals Rechts-Links-Verwechslungen und „verdrehte Buchstaben“ als typische Symptome einer Legasthenie erwähnt. Eltern und Laien scheinen noch in veralteten Ansichten verhaftet zu sein. Dass es sich bei Legasthenie um eine Lese-/Rechtschreibschwäche handelt, scheint landläufig nicht bekannt.

Auch legen die Interviews den Anschein nah, dass es der Zufall bestimmt, bei welchen Therapieformen das Kind schließlich landet, da es wiegesagt hauptsächlich Empfehlungen sind, die zum Therapeuten führen. Hier hängt es natürlich sehr stark davon ab, wer diese Empfehlungen gibt und wie der Kenntnisstand desjenigen ist.

Es ist auch tatsächlich sehr schwierig, als Laie zwischen den zahlreichen Angeboten zu differenzieren und sich einen guten Überblick zu verschaffen. Eltern sind daher auf Fachleute angewiesen, um das Richtige zu tun. Daher wären hier die Lehrer gefragt, denn wer, wenn nicht die Schule, sollte besorgten Eltern als Ansprechpartner dienen, bzw. überhaupt auf die Probleme aufmerksam machen?

Insgesamt zeigte sich, dass der Weg zur hochwertigen Therapie doch in vielen Fällen ein recht direkter war. Die Gründe für späte Interventionen können einerseits darin liegen, dass zusätzliche Probleme (z.B. Komorbiditäten) vorhanden sind oder dass die Legasthenie nicht erkannt wird. Ein weiterer Grund kann darin liegen, dass betroffene Familien längere Zeit anderen Interventionsformen treu bleiben oder viele verschiedene Dinge in jahrelanger Odyssee ausprobieren.

Kritik an eigener Arbeit

Da es sich um ein unerforschtes Feld handelt, wurde ein unstrukturiertes Interview als Forschungsmethode gewählt, um erste Eindrücke zu gewinnen. Dadurch kam es zu einigen Einbußen bei der Datenqualität, die im Folgenden erläutert werden:

Problem Zeiterfassung: Wie in Kapitel 10.6. beschrieben, fiel es den Interviewpartnern oftmals sehr schwer, teilweise jahrelang zurückliegende Zeitpunkte anzugeben. Es kam häufig zu Aussagen wie „Ende der dritten Klasse ...“. Daher wurden diese ungenau angegebenen Zeitpunkte kodiert. Andere Eltern wiederum

konnten genauere Aussagen machen. Möglicherweise hätte hier ein Fragebogen mit vorgegebenen Ankreuzmöglichkeiten bessere Ergebnisse geliefert.

Problem Intervieweffekte/Antwortverfälschungen: Einige Interviewpartner waren sehr gesprächsfreudig, andere musste man zum Sprechen anregen und gezieltere Fragen stellen. Es wurde teilweise weit mehr erzählt, als hier dargestellt werden konnte.

Problem Stichprobe: Es handelt sich um eine recht kleine Stichprobe, es wurden nur Klienten von 7 Therapeutinnen herangezogen, teilweise aus den eigenen Patientenreihen der Untersucherin. Auch gab es Schwierigkeiten, festzustellen, ob die Therapeutinnen wirklich nach den Kriterien für hochwertige Therapien (siehe Kap. 8) arbeiten. Dies wurde nur aufgrund ihrer jeweiligen Ausbildungen angenommen und nicht eigens erfragt, eine Voruntersuchung und engere Auswahl wäre besser gewesen.

Problem Abgrenzung Therapieversuche: Es war sehr schwierig festzulegen, welche Therapieversuche in Frage 10.6.8. aufgenommen werden sollen. Es waren nicht nur Therapieversuche, die explizit wegen der Legasthenie begonnen wurden, die in die Untersuchung aufgenommen wurden. Es wurden jene Therapieversuche aufgenommen, die mit den legasthenen Problemen eng in Zusammenhang standen (z. B. wegen Lernproblemen, Schulangst, ADHS, zeitliches Zusammenkommen von Lerndefiziten und elterlicher Scheidung), aber nicht jene, die wegen anderer Probleme (z. B. einer körperlichen Erkrankung oder anderer seelischer Probleme) erwähnt wurden.

Problem vergessener Fragen: Durch den nichtstandardisierten Charakter der Interviews wurden in Einzelfällen relevante Fragen nicht gestellt.

Da sich in dieser Studie die Stichprobe aber auf Kinder beschränkt, die bereits eine hochwertige Therapie gefunden haben, erhebt sich die Frage, was mit den restlichen Betroffenen ist, die sich noch auf „Umwegen“ befinden oder gar keine Therapie erhalten.

Folgerungen und Anregungen für zukünftige Forschungen

Damit legasthenen Kindern in Zukunft auf schnellerem und direkterem Weg geholfen werden kann, muss der Wissensstand der betroffenen Personengruppen verbessert werden. Wie gezeigt werden konnte, liegt beim Kenntnisstand der Lehrer über das Phänomen der Legasthenie noch einiges im Argen. Jedoch bieten sich Lehrer als Schnittstelle zwischen Eltern und jenen Stellen, die betroffenen Kindern adäquate Hilfe zukommen lassen können, an. Wünschenswert wäre, dass sie jene Experten sind, die entscheiden können, ob bei einem Kind der Verdacht für eine Legasthenie vorliegt, das Kind zum Diagnostiker schicken und einer Therapie zuweisen. Da Eltern vielfach auf Empfehlungsbasis zu Therapeuten kommen, ist es sehr wichtig, dass Lehrer selbständig entscheiden können, ob eine Therapie als „hochwertig“ einzustufen ist und auch über Adressen zur Weitergabe verfügen. Dazu müssen sie wissen, welche Therapieformen es gibt und wie diese zu bewerten sind.

Laut BMUKK wird derzeit an einem Konzept zur Qualitätssicherung der Ausbildung für schulinterne Legasthenie-Förderer gearbeitet. Dies es sicherlich ein wünschenswerter Schritt, ebenso wichtig erscheint jedoch die Vermittlung von Kenntnissen über Legasthenie, deren Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten für alle Lehrer (vor allem jedoch jene der Volksschule) zu sein, damit jeder Lehrer imstande ist, Probleme richtig und rechtzeitig zu erkennen. Die Kenntnisse sollen sich nicht nur auf jene Lehrer beschränken, die schulintern legastheniespezifische Maßnahmen leiten, sondern auch für jene Kinder zugänglich sein, die nicht in solchen Schulen sind. Lehrveranstaltungen über Legasthenie sollten daher in die Curricula der pädagogischen Hochschulen als Pflichtveranstaltung aufgenommen werden sowie bereits tätige Lehrer in Form von Fortbildungen informiert werden.

Nachdem schon die Vereinheitlichung der Ausbildung und Hebung des Qualitätsstandards bei den Ausbildungen gegenwärtig nicht möglich bzw. nicht transparent ist, da es wie in Kapitel 6.2.1. dargelegt keinen geschützten Berufstitel gibt, wäre es umso wichtiger, Eltern und Lehrer zu informieren, welche Angebote Erfolg versprechen. Und welche eher dazu geeignet sind, viel Geld für weniger erfolgsversprechende Therapien auszugeben. Dafür eignen sich beispielsweise Informationsbroschüren oder Infoblätter.

Um betroffenen Eltern eine Chance zu geben, sich im Dschungel Legasthenie und Legastheniebetreuung gut orientieren zu können, wäre es auch wünschenswert, dass in allen Schulen derartige Informationsbroschüren, wie jene des BMUKK (2008, 2009) aufliegen und an betroffene Eltern aktiv weitergegeben werden.

Die breite Aufklärung der Öffentlichkeit über die Erscheinungsformen und Folgen der Legasthenie, ihre Behandlungsmöglichkeiten wären ebenso wünschenswert.

Für zukünftige Untersuchungen bieten sich folgende Fragestellungen an:

- Wie ist der Wissensstand von Lehrern über Legasthenie und deren Behandlungsmöglichkeiten?
- Was denken Eltern über Legasthenie, wie ist die Meinung der breiten Bevölkerung über dieses Phänomen?
- Welche Art der Information wäre für Eltern sinnvoll? (Broschüren, Internetseiten, Vorträge ...)
- Wie kann man am sinnvollsten den Kenntnisstand der Lehrer verbessern, damit mehr Kinder früh zur Intervention kommen?
- Wird Legasthenie beim Vorliegen einer ADHS später erkannt?
- Alternative pädagogische Ansätze und deren Stellung zur Legasthenie. Wird Legasthenie in Alternativschulen später erkannt oder (provokant formuliert) gar ignoriert?

Es wäre ratsam für zukünftige Studien größere Stichproben heranzuziehen und auf Basis der vorliegenden Studie Fragebögen zu entwerfen, um die Ergebnisse bestätigen zu können. Da diese Studie einen ersten Einblick in ein neues Forschungsfeld bieten sollte, ist noch weitere Forschung nötig, um den betroffenen Kindern möglichst frühzeitig zu helfen und Umwege zu vermeiden.

13 Literatur

- Aster, M. v., Göbel, D. (1990). Kinder mit umschriebener Rechenschwäche in einer Inanspruchnahmepopulation. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 18, 23-28.
- Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur (2001). Leistungsbeurteilung bei Lese-Rechtschreibschwäche (LRS) bzw. Legasthenie. Rundschreiben Nr. 32/2001. GZ 36.200/38-SL V/2001
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur (BMUKK) (Hrsg.) (2008). Die schulische Behandlung der Lese-Rechtschreibschwäche. Wien
- Bundesministerium für Unterricht und Kunst (BMUKK) (Hrsg.) (2009). Evidenzbasierte LRS-Förderung. Wien
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer-Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (2010). Internationale Klassifikation psychischer Störungen; ICD-10 Kapitel V (F); Klinisch-diagnostische Leitlinien (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Döpfner, M., Fröhlich, J., Lehmkuhl, G. (2000). Hyperkinetische Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Dummer-Smoch, L., (1989). Mit Phantasie und Fehlerpflaster. Hilfen für Eltern und Lehrer legasthenischer Kinder. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Esser, G., Wyschkon, A. & Schmidt M. H. (2002). Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung? Ergebnisse im Alter von 25 Jahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 31(4), 235-242.
- Gasteiger-Klicpera, B. Klicpera C. (2001). Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 50(8), 622-639.
- Gasteiger-Klicpera, B. Klicpera C.(2002). Legasthenie im Spannungsfeld von Elternhaus und Schule. In: Schulte-Körne, G. (Hrsg.). Legasthenie. Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und Förderkonzepte. (225-241).Bochum: Dr. Dieter Winkler Verlag
- Gasteiger-Klicpera, B. Klicpera C.(2004). Lese-Rechtschreibschwäche. In Lauth, G. et al. (Hrsg). Interventionen bei Lernstörungen (S. 46 – 54). Göttingen: Hogrefe
- Grissemann, H. (2001). Legasthenie – Umstrittene Konzepte. Zur Verwirrung auf dem Psychomarkt „Legasthenietherapie“. *Vierteljahresschrift fuer Heilpaedagogik und ihre Nachbargebiete*. 70(2), 117-131.

- Helmke, A. & Schrader, F.-W. (1989). Sind Mütter gute Diagnostiker ihrer Kinder? Analysen von Komponenten und Determinanten der Urteilsgenauigkeit. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 21, 223-247.
- Jansen, F., Streit, U. (1992). Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen. Berlin: Springer-Verlag
- Jansen, H.; Mannhaupt, G.; Marx, H.; Skowronek, H. (1999). Bielefelder Screening zur Früherkennung von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (BISC). Göttingen/Hogrefe
- Klasen, E. (1970). Das Syndrom der Legasthenie. Unter besonderer Berücksichtigung physiologischer, psychopathologischer, testpsychologischer und sozialer Korrelate. Bern: Verlag Hans Huber
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (1993). Lesen und Schreiben. Entwicklung und Schwierigkeiten. Die Wiener Längsschnittuntersuchungen über die Entwicklung, den Verlauf und die Ursachen von Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten in der Pflichtschulzeit. Unter Mitarbeit von Alfred Schabmann. Bern: Verlag Hans Huber
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (1998). Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten. Entwicklung, Ursachen, Förderung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (2000a). Zusammenarbeit Eltern-Schule und Hausaufgabensituation in Familien mit lese- und rechtschreibschwachen Kindern. Heilpädagogische Forschung. 26(2), 93-104
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B. (2000b). Sind Rechtschreibschwierigkeiten Ausdruck einer phonologischen Störung? Die Entwicklung des orthografischen Wissens und der phonologischen Rekodierungsfähigkeit bei Schülern der 2. bis 4. Klasse Grundschule. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 32, 134-142
- Klicpera, C., Gasteiger-Klicpera, B., Hütter, E. (1993). Die Legasthenikerförderung in zwei Wiener Schulbezirken. Eine Evaluationsstudie einer schulinternen Förderungsmaßnahme. In: Bundesministerium für Unterricht und Kunst (Hrsg.). Was macht die Förderung effektiv? Kontroverse Konzepte zur Legasthenikerbetreuung. Beiträge zur pädagogischen Psychologie Nr. 769-778. Wien. S. 41-147.
- Klicpera, C., Schabmann, A., Gasteiger-Klicpera, B. (2010). Legasthenie – LRS. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Kopp-Duller, Astrid (2008). Legasthenie - Dyskalkulie!?: die Bedeutsamkeit der pädagogisch-didaktischen Hilfe bei Legasthenie, Dyskalkulie und anderen Schwierigkeiten beim Schreiben, Lesen und Rechnen. Klagenfurt: KLL-Verl.

- Kowarik, O. (1977). Legasthenikerbetreuung in Gruppen und Kursen. Wien: Verlag Jugend und Volk
- Lauth, W., Grünke J., Brunstein, J. C. (Hrsg.) (2004). Interventionen bei Lernstörungen. Göttingen: Hogrefe
- Mand, J. (2008). Lese- und Rechtschreibförderung in Kita, Schule und in der Therapie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mann, C. (2001a). Das Syndrom der Legasthenie. In: Mann, C. et al. LRS Legasthenie. Prävention und Therapie. (183-230). Weinheim und Basel: Beltz
- Mann, C. (2001b). Gesellschaftspolitische Konsequenzen eines solchen Paradigmenwechsels. In: Mann, C. et al. LRS Legasthenie. Prävention und Therapie. (S. 395-401). Weinheim und Basel: Beltz
- Mann, C., Oberländer, H., Scheid, C. (2001). LRS Legasthenie. Prävention und Therapie. Weinheim und Basel: Beltz
- Naegele, Ingrid M., Valtin, R. (Hrsg.).(2003) LRS – Legasthenie – in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 1. Weinheim und Basel: Beltz
- Naegele, Ingrid M., Valtin, R (Hrsg.).(2001) LRS – Legasthenie – in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 2. Weinheim und Basel: Beltz
- Oehler, B., Born, A., (2007). Lernen mit ADHS-Kindern. In: Schulte-Körne, Gerd (Hrsg.).Legasthenie und Dyskalkulie: aktuelle Entwicklungen in Wissenschaft, Schule und Gesellschaft. (S. 205-216).Bochum: Winkler
- Petermann, F. (2009). Fallbuch der klinischen Kinderpsychologie. Göttingen: Hogrefe
- Roth, E; Warnke, A. (2001): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung. Kindheit und Entwicklung. Vol. 10, No 2, 87-96
- Schabmann, A.; Schmidt, B. M. (2009). Sind Lehrer gute Lese-Rechtschreibdiagnostiker? Der Einfluss von problematischem Schülerverhalten auf die Einschätzungen der Lesekompetenz durch Lehrkräfte. Heilpädagogische Forschung. 35(3), 133-145.
- Schabmann, A.; Schmidt, B. M. (2010). "Es ist vorübergehend!" Lehrereinschätzungen übermögliche Lese-Rechtschreibprobleme - eine klassifikatorische Analyse. Heilpädagogische Forschung. 36(3), 106-115.
- Scheerer-Neumann, G. (1979). Intervention bei Lese-Rechtschreibschwäche. Kamp, Bochum.
- Scheerer-Neumann, G. (2003). LRS und Legasthenie. Begriffliche Erklärungen und inhaltliche Implikationen. In: Naegele, Ingrid M., Valtin, R. (Hrsg.). LRS –

- Legasthenie – in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 1.(S. 32-41). Weinheim und Basel: Beltz
- Schenk-Danzinger, L. (1971) : Handbuch der Legasthenie im Kindesalter. Wien: Verl. für Jugend und Volk
- Schlee, J. (1976). Legasthenieforschung am Ende? München: Ernst Reinhardt Verlag
- Schlee, J. (1978) Erforschung einer Leerformel. In: Deutsche Forschungsgemeinschaft: Zur Lage der Legasthenieforschung. Boldt: Bonn.
- Schneider, W., Küspert, P., Roth, E., Visé, M. (1997). Short and long-term effects of training of phonological awareness in kindergarten: evidence from two German studies. *Journal of Experimental Child Psychology* 66, 311-340.
- Schrader, F.-W; Helmke, A. (1990). Lassen sich Lehrer bei der Leistungsbeurteilung von sachfremden Gesichtspunkten leiten? Eine Untersuchung zu Determinanten diagnostischer Lehrerurteile. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*. 22(4), 312-324.
- Schulte-Körne, G. (2001). Genetics of Reading and spelling disorder. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 42, 985-997
- Schulte-Körne, Gerd (Hrsg.). (2002). Legasthenie : zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum: Winkler
- Schulte-Körne, G., (2002a). Neurobiologie und Genetik der Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie). In: Schulte-Körne, Gerd (Hrsg.). Legasthenie : zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. (S. 13-42) Bochum: Winkler
- Schulte-Körne, Gerd (Hrsg.). (2007). Legasthenie und Dyskalkulie: aktuelle Entwicklungen in Wissenschaft, Schule und Gesellschaft. Bochum: Winkler
- Sindelar, Brigitte (1994). Teilleistungsschwächen Wien: Sindelar
- Sindelar, Brigitte (2005). Mein Kind ist doch nicht dumm! Wien: Verl. Austria Press
- Steffen, M., Sodogé, A. (2010). Was schulische Heilpädagoginnen über Lese-Rechtschreibschwierigkeiten denken. Eine qualitative Interviewstudie zur Analyse subjektiver Theorien. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik*. (79) 4/2010. 316-327
- Strehlow, U. (2004). Langfristige Perspektiven von Kindern mit Lese-Rechtschreibstörungen. In V. Suchodoletz (Hrsg.), *Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen* (S. 201-218). Göttingen: Hogrefe
- Thomé, G. (2004). Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) und Legasthenie. Weinheim/Basel: Beltz Verlag

- Tizard, B., Blatchford, P., Burke, J., Farquhar, C. & Plewis, I. (1988). Young children at school in the inner city. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum
- Valtin, R. (1973). Einführung in die Legasthenieforschung. Weinheim: Beltz Verlag
- Valtin, R., (2001). Von der klassischen Legasthenie zu LRS - notwendige Klarstellungen. In: Naegele, Ingrid M., Valtin, R (Hrsg). LRS – Legasthenie – in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 2. (S. 16-35) Weinheim und Basel: Beltz
- Valtin, R. (2004). Das Konstrukt Legasthenie – Wem schadet es? Wem nützt es? In: Thomé, G. (Hrsg.). Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) und Legasthenie. Weinheim und Basel: Beltz
- Von Suchodoletz, Waldemar (Hrsg.). (2006). Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS): traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer
- Von Suchodoletz, Waldemar (2007). Lese-Rechtschreib-Störung (LRS) - Fragen und Antworten: eine Orientierungshilfe für Betroffene, Eltern und Lehrer. Stuttgart: Kohlhammer
- Warnke, A., Remschmidt, H., Niebergall, G. (1989). Legasthenie, sekundäre Symptome und Hausaufgabenkonflikte. In L. Dummer-Smoch (Hrsg.), Legasthenie. Hannover: Bericht über den Fachkongreß 1988 (S. 311-331). Hannover: Bundesverband Legasthenie.
- Warnke, A., Hemminger, U., Roth, E., Schneck, S. (2002). Legasthenie. Leitfaden für die Praxis ; Begriff - Erklärung - Diagnose - Behandlung – Begutachtung. Göttingen: Hogrefe
- Warnke, A., Plume, E (2008). Umschriebene Lese-Rechtschreibstörungen. In Petermann, F. (Hrsg), Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie (189-205). Göttingen: Hogrefe.

Internetquellen

- Adler, Eva S., (2011). Akademie für Legasthenie-Therapie, Dyskalkulie-Therapie und Lerncoaching. <http://www.legasthenieausbildung.at>; Zugriff: 06.07.2011
- Berufsverband Akademischer Lese-Rechtschreib-TherapeutInnen (2011). BALT. <http://www.lrs-therapeuten.org>; Zugriff: 06.07.2011
- Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Lehrplan der Volksschule, Vierter Teil. http://www.bmukk.gv.at/medienpool/14042/lp_vs_vierter_teil.pdf; Zugriff : 04.07.2011

- Dyslexia Research Center (2009). Arbeitsblätter und Übungen zum Ausdrucken.
<http://www.arbeitsblaetter.org>; Zugriff: 04.07.2011
- Dyslexia Research Center AG (2011a). Fernstudium zum diplomierten Legasthetietrainer. <http://www.legasthetiefernstudium.com>; Zugriff: 04.07.2011
- Dyslexia Research Center (2011b). Legasthenie und Dyskalkulie Computertest.
<http://www.dyslexiatest.com>; Zugriff: 07.07.2011
- Dyslexia Research Center AG (2011c). und Erster Österreichischer Dachverband Legasthenie. Fernstudium zum diplomierten Legasthetietrainer.
<http://www.legasthetietrainer.at>; Zugriff: 07.07.2011
- MERA Bildungsholding GmbH. (2011). Bildungsforum Institut Dr. Rampitsch.
www.bildungsforum.at; Zugriff: 04.07.2011
- Österreichischer Bundesverband Legasthenie (2011).
<http://www.legasthetieverband.at>; Zugriff: 07.06. 2011
- Pädagogische Hochschule Wien (2011). Willkommen an der Pädagogischen Hochschule Wien. <https://www.ph-online.ac.at/ph-wien/webnav.ini>; Zugriff: 04. 07.2011
- Prüller, F. (20011), Holistic Learning. Lerntraining für Kinder und Jugendliche bei Legasthenie, Rechenschwäche oder anderen Lernbarrieren. www.holistic-learning.at; Zugriff: 04.07.2011
- Qualitätszirkel-Legasthenie (2011). <http://www.qualitaetszirkel-legasthenie.at>;
 Zugriff: 06.07.2011
- Dr. Sindelar Psychoedukation GmbH (2011). <http://www.schmunzelclub.at>;
 Zugriff : 08.07.2011
- Sindelar,. B. (2011a). www.sindelar.at; Zugriff: 04.07.2011
- Sindelar,. B. (2011b). Verlag Austria Press. www.austriapress.at; Zugriff: 04.07.2011
- WIFI Wien (2011). Diplomlehrgang Lernberatung.
<http://www.wifiwien.at/eShop/bbDetails.aspx/Diplomlehrgang-Lernberatung/@/bbnr/171101/zg/Bi/>; Zugriff: 04.07.2011

14 Anhang

14.1 Zwei exemplarische Interviews

Im Folgenden gilt: *kursiv* = *Forscherin*

nicht kursiv = Interviewpartner

Die Namen der Kinder wurden verändert.

14.1.1 Interview Kind 22 (KD 22)

Darf ich Sie fragen wie alt ist ihr Kind, wie heißt es?

Der Moritz ist acht Jahre alt, er wird in einem Monat neun, er geht in die dritte VS. Er hat eigentlich Schwierigkeiten seit der ersten Klasse. Er ist den ersten Tag in die Schule gekommen und es hat ihn schon nicht gefreut.

Oje. War er vorher im Kindergarten?

Ja.

Da war alles okay?

... der Moritz ist immer schon aufgefallen, er ist immer schon sehr versunken gewesen in dem, was er gemacht hat und sehr zielstrebig in dem was er so verfolgen wollte und nicht immer sehr begeistert von äußeren Einwirkungen ...

Also er hat so seinen eigenen Kopf ...

ja, genau, das war schon im Kindergarten so. Dann ist er in die Volksschule gekommen und schon vor Weihnachten im ersten Jahr hat es geheißen, er ist so langsam, er ist der langsamste in der Klasse.

Ja, und wir haben uns da nicht wahnsinnig viel dabei gedacht. Aber man hat schon bemerkt, das Hausübungen machen, das Sich konzentrieren, war irgendwie anstrengend. Ja, das ging aber noch in der ersten Klasse, die Lehrerin hat gesagt, er versteht aber alles ... dann ist seine Lehrerin schwanger geworden, dann hatte er nur mehr die Teamlehrerin, gegen Schulschluss war das dann nicht mehr so fein.

In der zweiten Klasse hat er eine neue Lehrerin bekommen und die Teamlehrerin zur Seite gestellt und da hat's halt auch nicht funktioniert. Ab September, Oktober, keine Hausübungen machen wollen, nix mitmachen, totales Verweigern. Dann hab ich das Gespräch gesucht, weil ich wissen wollte wie das ist mit dem Hausübungen und dann hat man mir beim ersten Gespräch erklärt, so geht's überhaupt nicht.

Sie wissen nicht was sie tun sollen, er macht nicht was sie wollen, reagiert nicht, springt nicht an ... leistet gar nix und ja, Schulpsychologin. Sie haben keine Erklärung gehabt, sowas haben sie noch nie erlebt und es war schwierig weil die Lehrerin hat gerade angefangen, die war jung und unerfahren. Die Teamlehrerin war meiner Meinung nach sehr streng, so „ist das alles, was du geschafft hast?“, das waren so die Kommentare.

also negativ ...

absolut negativ. Und dann hat man mir eben gesagt, nur mehr Schulpsychologe und ich wollte nicht. Mich hat das wahnsinnig gekränkt und verunsichert, und mir war das zu wenig, eine Zeit lang hab ich sehr gehadert ...

mit der Schule?

ja, mit der Schule, ich habe dann versucht Gespräche zu finden oder mich zu erkundigen. Beim Stadtschulrat, das war dort grad unbesetzt ...

Was haben sie denn dann alles versucht? Das war in der zweiten Klasse?

Ja, zweite Klasse. Ich hab einmal überhaupt versucht mich zurechtzufinden, weil ich gewusst habe, mein Kind ist ein gescheites Kind, das gute Leistungen was bauen, basteln, Ideen betrifft, bringt, aber er will dort einfach nichts machen. Mir war nicht klar, was Schulpsychologe überhaupt bedeutet,

... man hat es ihnen aber auch nicht erklärt oder?

na, es war die blödeste Situation, die man sich vorstellen kann. Selber wohin gehen und eigentlich Hilfe wollen und dann so hingeschmissen bekommen, das Kind ... Und was mich dann so aufgebracht hat, war, dass man gesagt hat, also wenn das so weitergeht, wie soll er denn überhaupt da in der Klasse bleiben ...

Man hat ihnen also gedroht, dass er rausfliegt?

Ja, ich hab einmal absolut alles dichtgemacht, ich war einmal verzagt und verzweifelt und mein Mann ist viel im Ausland, war auch nicht greifbar, und für mich war das auch ganz stark eigenes Erleben, also was ich einmal als Kind erlebt habe. Ich hab dann Zeit gebraucht bis nach Weihnachten, dann hab ich ein Gespräch gesucht mit dem Direktor. Er war sehr entgegenkommend und hat gesagt, er findet seine Kolleginnen hätten da übers Ziel geschossen, normalerweise schauen sie sich das länger an, die Lehrerin war halt unerfahren, er sieht das gar nicht so schlimm und er glaubt wenn man ihn motiviert, wird das schon besser. Und es war nie ein Thema Legasthenie ... und dann ist das so bis Februar, März gegangen.

Und sie haben vorhin gesagt, sie haben versucht Gespräche zu suchen. Was haben sie da gemacht?

Stadtschulrat, hab dann die zuständige Psychologin am Telefon gehabt, die hat gesagt, ja sie kann schon testen, aber sie kann mir in keinsten Weise beratend weiterhelfen. Eine Freundin von mir, die auch Psychologin ist, mit der hab ich dann lange geredet, dann wurde mir klar, was ein psychologischer Test eigentlich bedeutet, dass der eigentlich nur einmal helfen soll. Ich hab's so aufgefasst, das Kind passt nicht, weg damit.

Aha, also dann ist ihnen das erklärt worden...

ja, aber überhaupt nicht von den zuständigen Stellen, sondern vom Freundeskreis ... und dann haben wir gesagt, okay eine Psychologin, die im Freundeskreis ist, die auch ein anderes Kind getestet hat, mit der haben wir Kontakt aufgenommen, weil wir einfach ein Gespräch wollten, jemanden der da ist, und dann wurde der Test gemacht und es ist rausgekommen, der Moritz ist überdurchschnittlich begabt, also der schrammt an der Hochbegabung. Er hat einen IQ von 129 und während dieser ganzen Testung hätte er sich nur in Gespräche verwickelt, deswegen hat er die Hochbegabung nicht geschafft, weil er die Zeit verbraucht hat mit ...

Naja, ob 129 oder 130 ...

Sagen sie, aber z. B. im Programm in der Schule für die Hochbegabung ist er rausgefallen.

Okay, also dieser Test war in der zweiten Klasse?

Ja, März oder April. Und das wäre also die Erklärung, warum er nicht mitgemacht hätte. Und dann haben wir das Gefühl gehabt, es ist ein Entgegenkommen und Verständnis da, nur es hat sich im Endeffekt nichts verändert. Es wurde zwar verstanden, aber nicht anders damit umgegangen. Man hat dann halt angefangen, das ganze anders zu sehen in der Schule. Dass der Moritz sich eigentlich schon interessiert für die Dinge ...dann haben wir immer noch überlegt mit Wechsel, ich hab mich dann umgeschaut, es hat sich dann aber herausgestellt, dass das soziale Gefüge, die Klassenkameraden und die Nähe auch wichtige Faktoren sind.

Ja, dann haben wir die zweite Klasse abgeschlossen mit einem Zeugnis ... also das Halbjahreszeugnis war nicht so positiv.

Welche Noten?

Er hat noch keine Noten sondern eine Beurteilung und da ist viel gestanden, was man ins Negative ziehen kann. Also z. B. über Fähigkeiten, was weiß ich was er nicht kann, was lächerlich ist. Weil er dreidimensional wahnsinnig gut denken kann und machen kann und ... na, also wir haben uns einfach geärgert. Ja, und dann hat die dritte Klasse angefangen.

Und naja, das gleiche in grün. Er macht seine Hausübungen nicht und so, und dann ist mir eingefallen, das die Psychologin damals gesagt hat, weil er auch nicht liest, dass es auch was mit Legasthenie sein könnte. Wir haben ja täglich lesen geübt und es ist nicht besser geworden, er hat verweigert. Sie wollte damals in der zweiten Klasse nicht noch einen Test machen sondern schauen, wie er sich jetzt zurechtfindet und einfach das Lesen forcieren.

Sie hat mir dann nachher gesagt, sie hat damals noch in ihrem Studium gelernt, Hochbegabung und Legasthenie gibt es nicht.

Wir sind dann eben noch einmal hingegangen, sowas im Jänner dritte Klasse und haben eben diesen Legasthenietest gemacht. Da ist rausgekommen, dass er Legasthenie hat.

Das war wieder diese Psychologin aus dem Freundeskreis?

Ja. Und von den Lehrern kam gar kein Hinweis in diese Richtung. Ich erklär's mir so, dass alle den Moritz falsch gesehen haben.

Was haben sie dann gemacht, als sie erfahren haben, dass er L hat?

Dann wusste ich schon, wen es da gibt im Bezirk, wer da Therapie anbietet und ich hab auch Leute gekannt, deren Kinder dort hingehen und die das als sehr positiv empfinden.

Wie lange geht er denn schon in Therapie?

Naja, vielleicht seit März ...einmal in der Woche.

Bemerken Sie Fortschritte?

Ja, er macht dort gerne mit ...

Wie war es denn in der ersten Klasse mit dem Lesen lernen? Und wie war es mit den Hausübungen?

Ja, er hat sie schon immer gemacht, aber halt mit wahnsinnigem zeitlichen Aufwand. Also mit unglaublich langem Sitzen hier, wir verbringen seit der ersten Klasse soviel Zeit damit, dass diese Dinge gemacht werden. Man muss sich neben ihn setzen und ihn an der Hand nehmen,. Er ist auch in der Nachmittagsbetreuung dort ...

Welche Volksschule ist es denn?

Offene VS Zeltgasse.

Ist das ein Alternativschulkonzept?

Nein. Die Nachmittagsbetreuung ist im Haus mit Lehrern auch. Die Schule ist uns nach wie vor sympathisch, aber es sind halt so viele Faktoren zusammengetroffen und wir, wir waren auch nicht wissend.

Also noch mal zum Lesen lernen, wie war das?

Na mühsam, er hat sich immer gequält, geplagt.

Liest er jetzt schon?

Ja, jetzt fängt er an. Er greift zunehmend zu Asterix und Obelix, er fängt an wirklich für sich zu lesen, ohne Aufforderung.

Liest er noch stockend?

Nein, das geht schon gut aber bei der Testung ist rausgekommen, er tut nach wie vor die Buchstaben zusammenlauten, er hat noch keinen Wortbildspeicher.

Und wie ist es mit dem Schreiben, Rechtschreibfehler? Ist ihnen was aufgefallen?

Ja, ich hab immer gedacht, er ist so total unwillig. Er übt nicht genug und macht deshalb die Fehler oder er ist schlampig.

Wann haben sie das bemerkt?

Na, schon in der ersten Klasse mit den ersten Buchstaben mit dem Schreiben. Es war eine Qual, die Buchstaben so wie sie gehören hinzuschreiben und das b und das d ist bis heute noch ... naja, jetzt wird's langsam. Bis vor einem halben Jahr war nicht klar für ihn, was ist ein b, was ein d, war ständig falsch. Ich find's schade, dass in allen Schulbüchern das andere a drin ist, also mit Strich und er hat's zum Schreiben anders gelernt, und er hat's nicht unterscheiden können, das war für ihn nicht machbar. Das war für den Moritz fast nicht zu überbrücken. Die Klarheit hat ihm gefehlt. So wie er gestrickt ist, fehlt's ihm beim Schreiben und Lesen lernen an der Struktur. Da sind ihm zu viele Ausnahmen und Ding, er wollte immer Klarheit.

Sie sind also durch die Psychologin auf die Idee gekommen mit Legasthenie?

Ja, ich hab auch viel recherchiert im Internet. Ich hab mir dann gedacht, das gibt's ja nett, wenn du jeden Tag übst und tust und machst, dass es für ihn so schwierig ist, was richtig hinzuschreiben. Dass er da so ein Problem hat, weil er schnallt's ja vom Intellekt her und bevor er noch was hinschreibt, denkt er sich, da hab ich die Fehler und dann lass ich's. Er hat dann so einen Unwillen und träumt sich lieber weg.

Eigentlich würde er gerne seine Sachen gut und perfekt machen, alles was er baut und so ...

Wie geht's ihm denn in Mathematik?

Also er versteht's gut, für ihn ist schwierig hundert gleiche Rechnungen zu machen.

Glauben Sie ist er da unterfordert?

Ja. Es ist ihm zu fad und teilweise verliert er die Zeit, weil beim Abschreiben überlegt er sich irgendwelche Systeme und er verliert sich ...

Was hat er denn jetzt für ein Zeugnis?

Naja, in Deutsch 3 in Mathe 2 mit der Begründung, dass er zuwenig leistet.

Wie ist denn so ihre Belastung gewesen?

Zum Verzweifeln! Und das Ärgste waren eigentlich die Kränkungen, ich hab nicht gewusst, dass man sich so kränken kann, wenn andere Menschen die Kinder beurteilen.

Ist im Kindergarten schon was aufgefallen?

Naja, schon dass er besonders vif ist, aber wir haben uns nix dabei gedacht. Wir sind beide Architekten, wir planen, wir bauen, dass das Kind mit Lego super bauen kann, war nix Besonderes. Er war ja auch unser erstes Kind, keine Ahnung. Wenn wir das gewusst hätten, hätten wir einen anderen Weg gesucht, einen wo er nicht immer das Scheitern erlebt, das ist so schwierig. Die Lehrerin ist sehr lieb und alles, aber sie hat halt keine Ahnung, woher auch. Die Klasse ist auch eine ganz starke Gruppe, ein paar Hochbegabte, ein paar Verhaltensauffällige.

Sie haben vorhin gesagt, sie haben ihre eigene Geschichte wieder erlebt? Waren Sie denn auch Legasthen?

Nein einfach nur, wie du Schule erlebst, wie du beurteilt wirst, das nicht gesehen werden oder falsch ...

Haben Sie in der Familie Legastheniefälle?

Ja, der Cousin vom Moritz und es liegt die Vermutung nahe, dass mein Mann auch eine gewisse Schwäche hat. Seine Mutter hat von der Volksschule bis zur Matur jeden Tag mit ihm gelernt. Man hat da nie was festgestellt, aber ich denke, da kommt von seiner Seite auch was.

Wie geht's dem Moritz mit der ganzen Sache?

Also so wie es von anderen Kindern gesagt, dass sie eher als Erleichterung empfinden, jetzt zu wissen, dass sie Legasthenie haben, diese leichte Seite hat er nicht. Es stört ihn enorm, dass er die Fehler macht. Dass er damit lebt, dass er jetzt einfach die Fehler macht und lernen wird damit umzugehen, dass kann er nicht.

Wie geht's ihm in der Klasse, verweigert er weniger?

Teilweise hat man das Gefühl, er machts und teilweise tut er ich noch immer wegträumen. ER pfeift sich einfach nix. Er war immer so eine kleine autarke Persönlichkeit, er ist das reingegangen in die erste Klasse und es war ihm auch schon wurst, was die jetzt von ihm wollen. Oberflächlich betrachtet hat man immer das Gefühl gehabt, es ist ihm egal, was die anderen zu ihm sagen. Aber so auf länger gesehen macht das natürlich was mit ihm aus, dass er immer so bekrittelt wird, natürlich untergräbt das irgendwann sein Selbstwertgefühl.

Wie tut er sich mit Freunden?

Er hat seine Freunde, er ist integriert in diese Klasse aber hat schon so seinen Status, er und ein zweiter sind so die Wissenschaftler, die nicht Fußball spielen, das hat sich so nach zwei, drei Jahren einpendelt. Am Anfang ging bei den Buben sehr viel so über das Sportliche, das mag er nicht so. Er hat auch nie probiert, da mitzumachen. Bei den Dingen, wo er merkt, er ist nicht so gut, die lässt er lieber gleich.

Und sie haben gesagt, sie haben im Internet recherchiert? Wann war das ungefähr?

Als die erste Bemerkung in der zweiten Klasse von der Psychologin war wegen Legasthenie, hab ich schon mal recherchiert. Viele haben dann aber gesagt, es ist zu früh es zu merken, das kann man noch nicht so einfach ...

Warum sind die dann in der dritten Klasse noch mal zur Psychologin gegangen?

Weil ich mir gedacht hab, jetzt üben wir schon so konsequent das Lesen und es wird einfach nicht besser ... und die Lehrerin sagt, dass er so viel schlechter liest als die anderen, ich hab für mich eh schon gut gefunden, wir fehlen die Vergleiche.

Wird die Legasthenie in der Schule berücksichtigt?

Das werden wir jetzt sehen ... die Lehrerin hat zu allem einen positiven Zugang und hat sich mal gefreut, dass es nun einen Grund gibt.

Danke für das Interview.

14.1.2 Interview Kind 13 (KD 13)

Darf ich Sie bitten mir zu erzählen wie alt das Kind ist, wie es heißt ...

Also es geht um den Max Maier, er ist 2002 geboren, wird in Kürze neun Jahre, besucht derzeit die zweite Klasse Volksschule, hat ein Jahr Vorschule gemacht, hat sich sehr schwer getan am Schulanfang. Hat im Kindergarten auch nie wirklich Interesse gezeigt an Schreiben, Buchstaben. Im letzten Jahr gab es so Vorschulblätter auf freiwilliger Basis, aber das hat den Max nicht interessiert.

Wo war er denn im Kindergarten?

14. Bezirk, XXX- Weg.

Also er wäre normal mit sechs eingeschult worden und was war dann, Schulreifetest?

Den hat er bestanden, das war glaub ich auch nicht wahnsinnig ausführlich. Ich hab mir von Anfang an gedacht, naja, ich weiß nicht ob er so wirklich schulreif ist. Aber eher auch vom Verhalten her, weil ihn das eben nicht interessiert hat. Aber nachdem das so ist, sechs Jahre, der Test war auch okay, hab ich mir gedacht, na gut, er wird sich einfügen. In dem Alter sind ja alle noch ein bisschen ... Ja, aber zwei, drei Monate ist es überhaupt nicht besser geworden, er hat sich nicht eingefügt.

Also er wurde normal eingeschult und nach zwei, drei Monaten – was war dann?

Die Lehrerin hat dann gemeint, er ist nicht wirklich schulreif und er hat sich sehr schwer getan, er wollte auch nicht lernen, er hat abgeblockt. Er hat so getan, als ob er total müde wäre, hat sich die Augen geribbelt, also er hat sich überfordert gefühlt.

Ist er in der gleichen Klasse und das ist dann als Vorschuljahr vermerkt worden?

Ja genau. Die Lehrerin hat mir geraten eine schulpsychologische Testung zu machen, ob die Schulreife besteht. Da war eine Psychologin da, die hat so Tests mir ihm gemacht, das waren teilweise auch nur so Zeichnungen und hat aufgrund dieser Tests festgestellt, dass er die Schulreife noch nicht hat und dass er dieses Jahr als Vorschuljahr machen soll. Nachdem es in Hadersdorf keine eigene Vorschulkasse gibt, ist er in der Klasse geblieben und hat ein eigenes Vorschulprogramm gemacht. Das heißt einfachere Übungen und hätte im Prinzip schon jeden Tag zu Mittag ausgehakt. Und hat keine Lernstunden gehabt.

Was sind Lernstunden?

Das sind die Hausaufgaben in der Nachmittagsbetreuung.

Wann war das mit der Schulpsychologin ungefähr?

Im Herbst, im November.

Und dann hat er wieder mit der ersten begonnen, kam in eine neue Klasse?

Genau. Da gings dann auch viel besser, sag ich mal. Das hat ihm auf jeden Fall was gebracht, dieses Jahr und so gesehen finde ich es okay.

Wie war's dann in der ersten Klasse so mit dem Lesen lernen?

Also in der ersten Klasse hat er z. B. seine Aufgaben immer gemacht, er hat gewusst, was er aufhat, also diese Kleinigkeiten, das ging ganz gut, und ... ja, er hat sich schon schen getan, der Leselernprozess war lang, dass er angefangen hat die Buchstaben zusammenzuhängen.

Das war also eher langwierig. Was haben Sie sich da gedacht, haben Sie da an Legasthenie gedacht?

Nein, nicht wirklich. Mir fehlen ja auch die Vergleichsmöglichkeiten.

Wie war's mit dem Schreiben?

Das Schreiben ist halbwegs gegangen. Was die Lehrerin in der ersten bekräftelt hat, war dieses Raumschema, dass wenn er z. B. was eingeklebt hat z. B. verkehrt hinten rum oder dass er von links nach rechts was machen wollte.

Das hat die Lehrerin ihnen gegenüber erwähnt?

Ja, am Elternsprechtag.

Was hat sie da allgemein gesagt?

Schulisch nicht so viel ich glaub die hat mehr Probleme gehabt, weil er sehr unruhig war. Dass er sich nicht wirklich einfügt in die Klasse, da hat sie glaub ich mehr Probleme gehabt. Weil sie mir nichts gesagt hat, hab ich gedacht Lesen und Rechnen funktioniert auch halbwegs, nicht?

Was hat er denn gemacht, weil er unruhig war?

Dass er halt eher stört oder mit den Freunden pausenlos umeinander rauft. Dass er halt ein richtiger Bub ist.

Wann ist dann das erste Mal wirklich was aufgefallen?

Naja, in der ersten Klasse hat diese Lehrerin die Schule verlassen und er hat in der zweiten Klasse eine neue Lehrerin bekommen. Eine junge, die aber meiner Meinung nach sehr gut ist. Der Max ist mittlerweile auch ruhiger geworden. Ich merke das persönlich auch, dass er in die Klasse mehr integriert ist und wenn man ihm was sagt, nicht gleich so unruhig wird.

Die Frage war jetzt, wann das das erste Mal aufgefallen ist mit den Lernschwierigkeiten?

Na, im Prinzip beim ersten Elternsprechtag, auf jeden Fall noch vor dem Semesterzeugnis, hat mich die Lehrerin darauf angesprochen. Sie hat gemeint, er verdreht manchmal was, er vertauscht was, dass er sich schwer tut und man üben sollte. Gut, ich hab sowieso immer versucht mit meinen Kindern zu lesen, nachdem ich sehr gerne lese, der Max liest nach wie vor nicht sehr gerne. Man muss ihn immer ein bisschen ...

Kann er es schon, das Lesen?

Er kann's schon, ich finde gut, wenn man ihm ein Buch gibt. Natürlich fehlen mir auch wieder die Vergleichsmöglichkeiten, wie die anderen Kinder sind in der Klasse.

Und was hat die Lehrerin gesagt beim 1. Elternsprechtag? Hat sie ihnen geraten, ihn testen zu lassen?

Nein, beim ersten Gespräch noch nicht wirklich. Wir sind ja immer in Kontakt geblieben und haben öfter zwischendurch mal gesprochen.

Ja und dann im zeitigen Frühjahr hat sie mir geraten auf Legasthenie testen zu lassen, weil sie selbst auch Schwierigkeiten hat und das kennt, dass sie vermutet, das könnte der Grund für die Probleme sein, vor allem für seine Schreibfehler, die heuer ziemlich stark zutage getreten sind. Weil in der ersten haben sie ja hauptsächlich Buchstaben gelernt und jetzt in der zweiten, wo sie teilweise schon frei schreiben lernen .. er schreibt teilweise Wörter, die er in der ersten schon gelernt hat, wieder falsch und das Abschreiben ist auch nicht fehlerfrei.

Ist Ihnen persönlich das auch aufgefallen?

Das ist mir auch aufgefallen, obwohl natürlich in dem Alter ... die schreiben irgendwas, wie sie's hören und oft hat er was geschrieben und ich hab mir gedacht, was soll das heißen? Ich hab den Satz von vorne bis hinten nicht verstanden, total mundartlich, sag ich mal. Auch Wörter, die relativ einfach sind, wie *und* oder *sind*, das schreibt er z. B. *sient*.

Ja und was haben Sie dann gemacht, nachdem man Ihnen geraten hat ihn austesten zu lassen?

Naja, ich hab gedacht gute Idee, wenn das was hilft, machen wir das. Bin dann vor dem Problem gestanden, dass ich nicht gewusst hab was wie wo wer.

Die Lehrerin hat Ihnen nicht gesagt, wo sie hinkönnen?

Naja, sie hat mir schon was kopiert, und hat mir irgendwas empfohlen und das hab ich mir dann im Internet angeschaut und ja, ich hab dann angefangen rumzusuchen, hab mir überlegt, dass was in der Nähe sinnvoll wäre, weil wenn er dann öfter hingehen muss will ich nicht durch die ganze Stadt fahren. Dann hab ich gesehen, dass in der Schule ausgehängt war und dort hab ich dann angerufen und mir einen Termin vereinbart. Dort wurde der Max dann ausgetestet.

Und was ist rausgekommen?

Ja, die Austestung war dann positiv ...

Und jetzt geht er dorthin?

Ja, wir haben angefangen, einmal die Woche Therapiestunden.

Merken Sie eine Veränderung?

Nein, das ist noch zu früh, er war erst vier Mal. Aber er geht gern hin, das ist mir auch wichtig, wenn er wohin geht und ich das auch bezahle, dass er gerne geht. Ich denk, er bemüht sich, er ist auch alt genug. Und er merkt selber schon in der Klasse, dass er sich vielleicht schwerer tut in der Klasse. Ich hab durchaus das Gefühl, dass er von selber sich verbessern will. ER geht da durchaus offen damit um.

War das bisher eine große Belastung für Sie?

Belastung... ja, nein. Natürlich ist es angenehm, wenn die Kinder alles nach Plan machen. Und alles was ein Aufwand an Zeit und sonstwas ist, ist natürlich ein gewisses Problem, weil Zeit hat man heutzutage am wenigsten, aber Belastung würd ich jetzt nicht sagen. Man muss es sich halt einteilen und das ist so.

Haben sie im Lauf der Zeit irgendwas anders noch versucht? Waren Sie bei anderen Therapeuten oder haben Sie sich wo erkundigt?

Also wenn dann tu ich im Internet ein bisschen recherchieren, aber sonst war ich im Prinzip nirgends.

Oder vielleicht irgendein alternativer Ansatz?

Nein, ich wüsste nicht mal, welche es gäbe.

Also bei Ihnen war es so, dass die Lehrerin ihnen empfohlen hat, zu testen und sie dann durch Zufall...

Ja, so kann man sagen. Ich hab schon zwei, drei Monate vorher im Internet gesucht, es hat dann noch eine Zeit lang gedauert.

Wann hat Ihnen die Lehrerin die Testung empfohlen?

Das war zum Abschluss erstes Semester.

Dann hat's noch ein bissl gedauert, ein Monat vergeht schnell.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name:	Daniela Szász
Geburtsdaten:	22.05.1967 in Wien
Adresse:	Erdburgweg 3, 1140 Wien
Telefon:	(++43) 699/10211388
E-Mail:	daniela.szasz@gmx.net

Schul- und Berufsausbildung

ab 2012	Ausbildung zur ADHS-Trainerin beim Qualitätszirkel Legasthenie (QZL), Ausbildung zur Dyskalkulietherapeutin bei der Akademie für Legasthenietherapie, Dyskalkulie- Therapie und Lerncoaching
2010	Diplom zur Legasthenietherapeutin beim Österreichischen Bundesverband Legasthenie (ÖBVL)
seit 2009	Wiederaufnahme des Psychologiestudiums
1991-1995	Studium der Psychologie, Universität Wien
1991	Externistenreifeprüfung
1988-1991	Maturaschule Dr. Roland, 1070 Wien
1981-1985	BORG Hegelgasse, 1010 Wien
1977-1981	HS Feuerbachstrasse, 1020 Wien
1973-1977	VS Dietrichgasse, 1030 Wien

Berufliche Erfahrungen

seit 2010	selbständige Tätigkeit als Legasthenietherapeutin
01/1997-09/2007	tele-Zeitschriftenverlagsges.m.b.H. & Co KG Lothringerstraße 14, 1030 Wien Beschäftigt als Redakteurin und Online-Redakteurin
07/1995-12/1996	tele-Zeitschriftenverlagsges.m.b.H. & Co KG Lothringerstraße 14, 1030 Wien Beschäftigt als Lektorin/Korrektorin
1993-1995	Bücher Wagner Favoritenstraße, 1040 Wien Beschäftigt als Buchhändlerin, angelernt, neben dem Studium
1994	Interlingua Ges.m.b.H. Gußhausstraße 14, 1040 Wien Tätigkeit als Lektorin/Freelancer

Abstract

Vorliegende Arbeit ist eine explorative Studie über die (Um-)Wege legasthener Kinder und ihrer Familien zur hochwertigen Therapie. Hochwertige Therapie wird in dieser Arbeit als evidenzbasierte Therapie, also Therapie unter Verwendung wissenschaftlich anerkannter Methoden, definiert. Um die Wege der Betroffenen nachvollziehen zu können, wurden die Eltern von 23 Wiener legasthenen Kindern in offenen Interviews befragt, wobei hauptsächlich auf folgende Fragen eingegangen wurde: Wann und von wem wurde der erste Verdacht, dass eine Legasthenie vorliegen könnte, geäußert? Wie lange dauerte es dann vom Erstverdacht bis zur Diagnosestellung und zum Beginn der Therapie? Welche Umwege gingen die Familien, was geschah zwischen dem ersten Verdacht und dem Beginn der hochwertigen Therapie?

Es konnte gezeigt werden, dass bei einem Großteil der Kinder der Verdacht zwar in der Volksschule geäußert wurde, oft schon in der ersten oder zweiten Klasse. Meist waren es Lehrer, oft aber auch Eltern, die aufmerksam wurden. Generell gab es eine große Streubreite, was die Abstände zwischen Erstverdacht und Diagnosestellung oder Therapiebeginn angeht. Besonders bei Kindern mit zusätzlichen Diagnosen (zum Beispiel ADHS) war das Erkennen der Legasthenie erschwert und oftmals mit langen Irrwegen verbunden. Oftmals kamen betroffene Kinder erst in der Sekundarstufe zur Therapie. Auch zeigten sich Hinweise, dass möglicherweise der Besuch von Alternativschulen das Erkennen einer Legasthenie verzögern könnte. Es zeigte sich auch, dass offenbar noch immer große Wissenslücken bei Lehrern und auch Eltern vorherrschen, was Legasthenie und deren adäquate Behandlungsformen betrifft. Der Zufall scheint zu bestimmen, bei welchem Therapeuten Hilfe gesucht wird und man kann von Glück sprechen, wenn ein betroffenes Kind bereits in der Volksschule „hochwertige Therapie“ erfährt. Damit legasthenen Kindern in Zukunft auf schnellerem und direkterem Weg geholfen werden kann, ist es wichtig, den Wissensstand der betroffenen Personengruppen zu verbessern.