

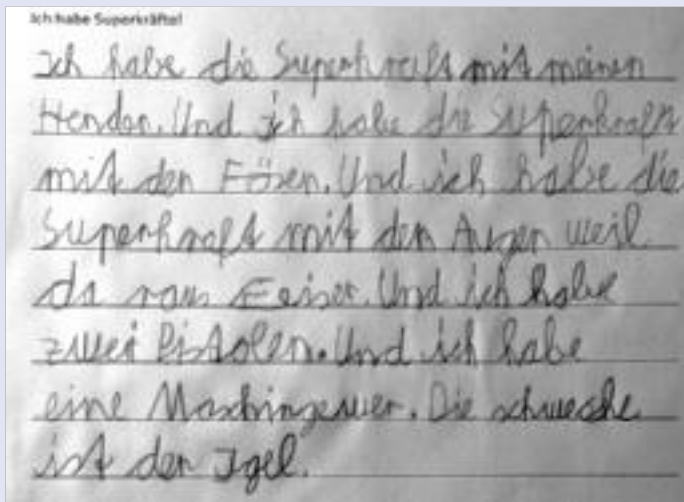


Abb. 12.5 Freie Schreibprobe Samuel.

Fehlerbereinigte Reinschrift:
 Ich habe die Superkraft mit
 meinen / Händen. Und ich habe
 die Superkraft / mit den Füßen.
 Und ich habe die / Superkraft
 mit den Augen, weil / daraus
 Laser [kommen]. Und ich habe /
 2 Pistolen. Und ich habe / ein
 Maschinengewehr. Die Schwä-
 che / ist der Igel.

fehlende orthografische Kennzeichnung der Vokalquantität (hier nur Dehnung bei Langvokal: * <Maschingewer> statt <Maschinengewehr>) und fehlerhafte s-Schreibung (* <Fösen> statt <Füßen>) gekennzeichnet sind. Für eine zuverlässige Feindiagnostik und zur Ermittlung individueller Fehlerschwerpunkte reicht der Umfang von Samuels Schreibprobe nicht aus. Aber es kann festgestellt werden, dass Samuel die alphabetische Strategie vollständig beherrscht und weitgehend automatisiert hat. Anders als in der Schreibprobe lassen seine Schreibungen im Recht-

schreibtest vermuten, dass er auf bestimmte orthografische Strukturen, wie z. B. Doppelkonsonanten, schon aufmerksam wurde (z. B. * <zummm> statt <zum>), diese aber noch nicht regelkonform nutzt (z. B. * <Armmm> statt <arm> in der phonetischen Wortform). Das lässt darauf schließen, dass bei ihm der Erwerb der *orthografischen Strategie* begonnen hat, er jedoch bei Anforderungen im Schulalltag (z. B. Aufsatz schreiben) bevorzugt die alphabetische Strategie verwendet.

Für die Untersuchung der beiden weiteren Komponenten des Bereichs Schreiben, die im DSM-5 benannt werden (Interpunktion und Grammatik, Textproduktion, Kap. 12.2), liegen im deutschsprachigen Raum bislang keine standardisierten und normierten Verfahren vor. Bei der Bewertung der sprachlichen Ausgestaltung, der inhaltlichen Vollständigkeit, Struktur und Kohärenz von Schreibprodukten werden in Studien Bewertungsskalen aus dem englischsprachigen Raum eingesetzt (vgl. [384]) (Kap. 8).

12.6 Intervention

Mangels einer zentralen Ursache (Kap. 12.4) ist eine *kausale* Behandlung von LRS nicht möglich. Dennoch existieren zahlreiche kausale Therapie-

ansätze, z. B. Trainings basaler psychischer Funktionen wie der visuellen und auditiven Wahrnehmung, deren Wirksamkeit im Sinne eines Transfers auf das Lesen und Schreiben bislang noch nicht hinreichend empirisch nachgewiesen werden konnte [385]. Unzureichende Wirksamkeitsnachweise gelten auch für *medikamentöse* und *alternative* Behandlungen, wie z. B. spezielle Diäten, Osteopathie und Homöopathie [386].

Was erfolgreich evaluiert werden konnte, sind Programme, die *symptomatische* Therapieansätze verfolgen, mit denen die Lese- und Rechtschreibfertigkeiten entweder unmittelbar oder indirekt über spezifische, relevante Lernvoraussetzungen (Vorläuferfähigkeiten) trainiert werden und die lerntherapeutisch begründet sind [387]. Bei den unmittelbaren Trainings werden schriftsprach-

bezogene Lösungsalgorithmen und Lernstrategien vermittelt. Damit sollen Kinder und Jugendliche mit LRS langfristig Lese- bzw. Rechtschreibstrategien erwerben, die noch nicht oder bislang nur unzureichend erworben wurden. Diese Strategien sollen sie im weiteren Verlauf mittels gezielter Übungen generalisieren und bei alltäglichen schriftsprachlichen Handlungen verwenden. Dieses Vorgehen beinhaltet auch eine punktuelle systematische Wiederholung des zuvor bearbeiteten Lernstoffs.

Die Ziele sollten sich generell mehr an Erwerbsmodellen (das heißt dem nächsten Lernschritt ausgehend von der individuellen Lernausgangslage) als an den schulaltersentsprechenden Leistungen der sozialen Bezugsnorm orientieren [347]. Bei Kindern wie Leon und Niklas, deren Schriftspracherwerbsstand auf der alphabetischen Stufe einzuordnen ist (siehe Fallbeispiele: Interpretation von Lesetestergebnissen (S.147) bzw. Interpretation freier Schreibproben (S.150)) und die die alphabetische Strategie unzureichend beherrschen, wäre es nicht angemessen, in der Förderung bzw. Therapie Übungen zum Erwerb der orthografischen Strategie durchzuführen, obwohl diese Strategie von der Mehrheit der Kinder der jeweiligen sozialen Bezugsnorm bevorzugt wird. Zu den Programmen, die Stufen des Schriftspracherwerbs berücksichtigen, gehören beispielsweise die *Lautgetreue Lese-Rechtschreibförderung* von Reuter-Liehr [388] und das *Marburger Rechtschreibtraining* von Schulte-Körne und Mathwig [389]. Es existiert auch eine Reihe nicht bzw. gemäß empirischer Standards methodisch nicht hinreichend evaluierter Therapieprogramme, die direkt am Lerngegenstand Lesen und Rechtschreiben ansetzen und vielfach erfolgreich in der Praxis eingesetzt werden. Dazu zählen z. B. der *Kieler Lese- und Rechtschreibaufbau* von Dummer-Smoch und Hackethal [390], [391] mit seinen aktuellen Ergänzungen [392], [393], das Silbenlesetraining *Pots-Blitz* von Ritter und Scheerer-Neumann [372] und das morphematische Grundwortschatz-Rechtschreibtraining *MORPHEUS* [394]. Außerdem werden erfolgreich programmunabhängige systematische Interventionen durchgeführt, die sich stark an der individuellen Bedarfslage orientieren, die auf der Basis einer Feindiagnostik ermittelt wurde, wie z. B. im Bereich Rechtschreiben von Corvacho del Toro [395].

12.6.1 Lese- und Rechtschreibtrainings

Bei der Auswahl einer Vorgehensweise bzw. eines Programms oder spezifischer Übungen sind der Schriftspracherwerbsstand und die individuelle Problematik des Kindes bzw. Jugendlichen entscheidend. Sie richtet sich nach den Ergebnissen der Erwerbs- und Feindiagnostik. Bei Störungen der **Lesegenauigkeit**, die auf mangelndem Wissen um Graphem-Phonem-Korrespondenzen und/oder mangelnde Fähigkeiten zur Synthese von Phonemen zu Silben und Wörtern basieren, und bei Störungen des **lautorientierten Schreibens**, die aufgrund eines mangelnden Wissens um Phonem-Graphem-Korrespondenzen und mangelnde Fähigkeiten zur Analyse von Phonemen bestehen, sind entsprechende Maßnahmen notwendig, die genau diese Teilbereiche des Lesens und Rechtschreibens trainieren. Dazu werden lautgetreue Übungssitems verwendet, also Wörter und Pseudowörter ohne orthografische Markierungen (z. B. <kalt>, aber nicht <Kalb>, bei dem man in der finalen Position ein [p] spricht und hört, aber ein sieht und schreibt). Hierbei ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Definitionen der Lauttreue existieren. Bei Störungen der **Lesegeschwindigkeit** ist das Ziel, die alphabetische Strategie zu automatisieren und die orthografische Strategie zu erwerben, d. h., Struktureinheiten bei der Durchgliederung der Wörter zu nutzen, die über das einzelne Graphem hinausgehen: Silben, Morpheme und Signalgruppen. In dem Silbenlesetraining *PotsBlitz* [372] wird beispielsweise explizit eine Silbensegmentierungsstrategie vermittelt. Zur ergänzenden **Erweiterung des Sichtwortschatzes** bieten sich Wortlesetrainings an [396]. Deren Effekte sind in der Tat wortspezifisch, da ein Transfer auf ungeübtes Wortmaterial nicht beobachtet werden kann. Auf Störungen des **orthografisch korrekten Schreibens** jenseits der Lautorientierung zielen beispielsweise das Marburger Rechtschreibtraining [389] und das Programm *MORPHEUS* [394] ab. Das Wissen um orthografische Regeln und Strukturen und dessen Anwendung ist spezifisch, das heißt ein Training zu Verbesserungen im Bereich der Stammschreibung (morphologisches Prinzip) generalisiert sich nicht auf die rechtschreibrichtige Markierung der Vokallänge (silbisches Prinzip) und umgekehrt. Somit muss jeder einzelne Regel- und Strukturbereich einzeln trainiert werden. Die oben genannten Programme

bieten deshalb eine Auswahl von Regelbereichen an, die aufgrund ihrer sprachstatistischen Häufigkeit eine Vielzahl von Rechtschreibfehlern vermeiden lassen, und üben diese mit hierzu passendem Wortmaterial. Das enthaltene Wortmaterial entspricht jedoch nicht unbedingt dem Sprachgebrauch des behandelten Kindes oder des/der Jugendlichen. Eine selbstständige Wiederholung des Gelernten mit geübten Wörtern erfolgt somit in alltäglichen Schreibhandlungen nur eingeschränkt. Dagegen gehen programmunabhängige Vorgehensweisen, bei denen systematisch an individuellen Fehlerschwerpunkten gearbeitet wird, vom individuellen Wortschatz der Kinder und Jugendlichen aus [395]. Ergänzend zum Training des orthografischen Regel- und Strukturwissens und dessen Anwendung sollte am **Erwerb von Lernwörtern** gearbeitet werden, was methodisch in der Regel durch eine Lernkartei umgesetzt wird [397].

Ein Training der **Leseflüssigkeit** ist dann indiziert, wenn schulaltersentsprechende Leistungen im genauen und schnellen Lesen bestehen, Wörter beim Textlesen jedoch nicht zu Sinneinheiten gruppiert und mit angemessener Betonung gelesen werden. Hier bieten sich *Lautlese-Tandems* an, in denen ein im Bereich Leseflüssigkeit kompetenteres Vorlesemodell die adäquate Phrasierung eines Texts vorgibt, der mit dem Kind oder dem/der Jugendlichen gemeinsam in einem ihm/ihr angemessenen Tempo laut gelesen wird [398]. Bei der Verbesserung des **Leseverstehens** haben sich Maßnahmen bewährt, in denen verschiedene Leseverständnisstrategien vermittelt und deren flexibler, situationsabhängiger Einsatz an schul- bzw. lesealtersentsprechenden Texten trainiert wird [380], wie es z. B. in dem Programm „Wir werden Textdetektive“ von Gold et al. [399] umgesetzt wird. Kurioserweise existieren für die beiden letztgenannten Bereiche hauptsächlich Methoden und Materialien, die für den Einsatz im Deutschunterricht bzw. in Unterrichtsstunden zusätzlich zum Deutschunterricht konzipiert wurden. Offensichtlich sind diese Bereiche in der zusätzlichen schulischen Förderung und in der außerschulischen Therapie bislang weniger relevant als das Training basaler Wortlese- und Rechtschreibfertigkeiten.

12.6.2 Training der Vorläuferfähigkeiten

In Bezug auf die Wirksamkeit von Maßnahmen bei LRS, die auf die Verbesserung von Fähigkeiten zur phonologischen Bewusstheit als prominenteste *Vorläuferfähigkeit* ausgerichtet sind (vgl. dazu auch Kap. 13.3, Exkurs auf S.162), besteht momentan keine eindeutige Befundlage. So fanden Ise et al. [400] in ihrer Metastudie, in die nur Studien aus dem deutschsprachigen Raum eingingen, keine positiven Auswirkungen eines „Phonologietrainings“ auf die Lese- und Rechtschreibleistungen von Kindern und Jugendlichen mit LRS. Allerdings wurden diesbezüglich auch nur 2 Studien betrachtet. Den Schwerpunkt des 1. Trainingsprogramms ([401], Studie 1) bildeten Übungen auf der expliziten Phonemebene. Der Fokus lag damit auf spezifischen Vorläuferfähigkeiten der alphabetischen Strategie [402]. Jedoch ist zu hinterfragen, ob die Kinder und Jugendlichen, mit denen dieses Trainingsprogramm durchgeführt wurde, tatsächlich Probleme im Bereich der alphabetischen Strategie vorwiesen. Beispielsweise wären bei Clara und Samuel solche Maßnahmen eher kontraindiziert, weil bei ihnen ein Handlungsbedarf im Bereich der orthografischen Strategie besteht (siehe Fallbeispiele: Interpretation von Lesetestergebnissen (S.147) bzw. Interpretation freier Schreibproben (S.150)). Das 2. Programm ([401], Studie 2) bestand im Wesentlichen aus Übungen zur Verbesserung der phonologischen und orthografischen Bewusstheit auf der Onset- und Reim-Ebene [403]. Die nicht signifikante Verbesserung der Schriftsprachfertigkeiten kann dadurch erklärt werden, dass die in dieser Studie trainierten ZweitklässlerInnen höchstwahrscheinlich eher eine Intervention zur Verbesserung der Vorläuferfähigkeiten der alphabetischen Strategie benötigt hätten – so wie Leon und Niklas (siehe Fallbeispiele: Interpretation von Lesetestergebnissen (S.147) bzw. Interpretation freier Schreibproben (S.150)). Hier besteht noch ein weiterer Forschungsbedarf, wobei in zukünftigen Trainingsstudien neben der Statusdiagnostik und dem Schulalter der Probanden auch die Ergebnisse der Erwerbs- und Feindiagnostik berücksichtigt und dokumentiert werden sollten.

12.6.3 Flankierende emotionale und motivationale Unterstützung

Kinder und Jugendliche mit LRS benötigen häufig nicht nur eine gezielte Unterstützung beim Lesen- und Rechtschreibenlernen, sondern auch eine emotionale Unterstützung. Viele Betroffene weisen ein niedriges bereichsspezifisches akademisches Selbstkonzept auf [404]. Das ist zunächst einmal nicht negativ; im Hinblick auf ihre Leistungsdefizite ist es sogar durchaus realistisch. Es ist jedoch kritisch zu betrachten, wenn es mit einer misserfolgsorientierten Motivationslage und einer geringen Anstrengungsbereitschaft kombiniert ist und sich auf andere Lebensbereiche generalisiert.

Merke



Chronische Misserfolgserlebnisse in den Bereichen Lesen und Schreiben können langfristig zu sekundären psychoreaktiven Störungen führen [405], die in schwerwiegenden Fällen mit einer Gefährdung der Persönlichkeitsentwicklung verbunden sind [406].

Insofern ist es äußerst relevant, in der Therapie erreichbare Ziele zu setzen, die von den Betroffenen und ihrem häuslichen und schulischen Umfeld akzeptiert werden und mit einer gewissen Anstrengung mittels der in der Intervention vermittelten Strategien erreicht werden können – und somit für Erfolgserlebnisse zu sorgen. Das bedeutet für die Planung der Intervention, den Lerngegenstand in seiner Komplexität zu reduzieren und so aufzubereiten, dass systematisch vom Leichten zum Schweren vorgegangen werden kann. Beispielsweise sollten bei Maßnahmen zur Verbesserung im Bereich des synthetisierenden Erlesens erst Silben und kurze Wörter mit einfacher phonematischer Struktur, das heißt ohne Konsonantenhäufungen an den Silbengrenzen und innerhalb der Silben, gelesen und die Schwierigkeit systematisch durch Manipulation der Länge und der phonematischen Struktur des Wortmaterials gesteigert werden. Ein diesen Prinzipien entsprechendes Vorgehen findet man z.B. im *Kieler Leseaufbau* [390] und in der *Lautgetreuen Rechtschreibförderung* ([388], Elementartraining Phonemstufen 1 und 2).

Die Reduktion der Komplexität des Lerngegenstands und seine systematische Einteilung in Etappen mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad machen den Lerngegenstand für die betroffenen Kinder und Jugendlichen nicht nur überschaubarer, sondern auch kleine Lernfortschritte führen jeweils zu einem Etappensieg und somit zu Erfolgserlebnissen. Diese gilt es bewusst zu machen und zu verstärken. Ein solches Vorgehen wirkt sich mutmaßlich auch positiv auf ein negatives Selbstkonzept mit unangemessenen Attributionen aus. Ein derartiges Selbstkonzept wird durch Äußerungen wie „Das schaffe ich sowieso nicht, dazu bin ich zu dumm!“ erkennbar und blockiert die Vertiefung und Erweiterung vorhandener Lese- und Schreibkompetenzen [407].

Relevante Lernfortschritte bei LRS erfolgen selbst mit dem hierfür notwendigen umfassenden Übungspensum langsam. Oft bestehen diesbezüglich unrealistische Erwartungen, insbesondere wenn außerschulische Maßnahmen ergriffen werden. Insofern ist eine intensive Beratung sowohl der Betroffenen als auch ihres Umfelds erforderlich [408]. Bei LRS sind intensive und regelmäßige Übungen notwendig und die Teilnahme an einer Förderung bzw. Therapie erfordert ein hohes Maß an Durchhaltevermögen und Motivation. Das gilt insbesondere dann, wenn die Lernfortschritte klein sind und der Abstand der individuellen Leistung zu der durchschnittlichen Leistung der sozialen Bezugsnorm verhältnismäßig groß ist. Gerade auch um Letzteres zu verhindern, sind frühzeitige Maßnahmen angezeigt.

Merke



Zur Steigerung der Motivation sollte die Intervention durch lerngegenstandsbezogene Spiele und Rätsel aufgelockert werden und sich die Auswahl von Übungswörtern und -texten an den Interessen der Kinder orientieren. Diese Elemente spielen z. B. eine große Rolle in dem *Frankfurter Integrativen Therapiemodell* von Naegele [409].

12.7 Kooperation und interdisziplinäre Zusammenarbeit

12.7.1 Komorbiditäten und sekundäre Begleitstörungen

Trotz eines breit angelegten Therapiekonzepts können bei LRS Komorbiditäten und sekundäre Begleitstörungen bestehen, die zusätzliche Maßnahmen erfordern, da ansonsten eine wesentliche Verbesserung der schriftsprachlichen Kompetenzen ausbleibt. Hierbei handelt es sich maßgeblich um sprachtherapeutische und kinder- und jugendpsychologische bzw. -psychiatrische Handlungsbedarfe.

Bei Kindern und Jugendlichen mit LRS, bei denen ein zusätzlicher logopädischer Handlungsbedarf im Sinne der Heilmittelrichtlinien besteht, handelt es sich maßgeblich um 2 Subgruppen: Bei einer bestehen zusätzlich zu den LRS **Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen** (AVWS), die im Rahmen eines umfassenden Verfahrens in der Regel pädaudiologisch bzw. HNO-ärztlich diagnostiziert werden. Besonders relevant im Zusammenhang mit LRS sind **Störungen im Bereich der phonologischen Bewusstheit und der phonematischen Differenzierung** (auditive Diskrimination), die sich primär auf die basalen Lese- und Rechtschreibfertigkeiten, insbesondere den Erwerb der alphabetischen Strategie, auswirken. Bei der 2. Gruppe liegen gleichzeitig zu den LRS **nichtphonologische Sprachstörungen** vor, die insbesondere im Zusammenhang mit **Störungen des Leseverstehens** relevant werden. Hierzu zählen ein reduzierter rezeptiver Wortschatz, ein eingeschränktes Wortbedeutungsverstehen und Sprachverständnisstörungen auf der Satz- und Textebene. Der Verdacht liegt nahe, dass es sich hierbei um Restsymptome spezifischer Sprachentwicklungsstörungen (SSES) handelt. In einer eigenen schulischen Stichprobe (N=45) bestanden jedoch nur bei 28 % der Kinder, die in der 2. Klasse Symptome einer LRS (PR der Lese- und/oder Rechtschreibleistungen < 16) in den Teilbereichen Lesegenauigkeit und -geschwindigkeit (kombiniertes Testergebnis) und/oder Rechtschreiben zeigten, anamnestisch SSES. In klinischen Stichproben aus dem logopädischen bzw. pädaudiologischen Bereich fallen die Raten häufig höher aus (so z. B. in [410]).

Fachkräfte der Kinder- und Jugendpsychologie sind vor allem an der Versorgung von Kindern mit LRS beteiligt, bei denen gleichzeitig auch ADHS be-

stehen. Oft sind LRS jedoch auch mit sozialen und emotionalen Problemen in Form von **externalen und internalen psychologischen Auffälligkeiten** (aggressives und dissoziales Verhalten bzw. Angststörung, Depression) assoziiert [411]. Sind diese klinisch relevant, besteht ebenfalls ein kinder- und jugendpsychologischer Handlungsbedarf.

Bei zusätzlich bestehenden gravierenden **visuellen Wahrnehmungsstörungen** oder **graphomotorischen Störungen**, die eine automatisierte Graphemidentifikation beim Lesen bzw. Graphemproduktion beim handschriftlichen Schreiben verhindern (in beiden Fällen geht es um die Graphemform), besteht ein ergotherapeutischer bzw. orthoptischer Handlungsbedarf.

Die Behandlung der Symptomatik der Begleitstörungen, die mit LRS assoziiert sind, sollte auch direkt auf die Schriftsprache Bezug nehmen, und umgekehrt sollten in Maßnahmen zur Förderung und Intervention bei LRS Begleitstörungen berücksichtigt werden. Manche Strategien und Hilfen können im Sinne des Transfers in allen relevanten Kontexten eingesetzt werden, z. B. bei der Vermittlung von Phonem-Graphem-Korrespondenzen, die durch phonematische Differenzierungsprobleme erschwert sind, können Geräuschattributionen aus der logopädischen Therapie in der LRS-Förderung bzw. -Therapie und Lautgebärden aus der LRS-Förderung oder -Therapie, die hier zur Vermittlung von Graphem-Phonem-Korrespondenzen eingesetzt werden (z. B. [390] und [388]), in der logopädischen Therapie verwendet werden. Ein interdisziplinärer Austausch ist deshalb sinnvoll und wichtig.

Bei einigen Kindern mit LRS besteht gleichzeitig auch eine **Dyskalkulie**, also eine spezifische Rechenstörung [412]. Eine zusätzliche Dyskalkulie bedeutet neben den Leistungseinschränkungen in einem weiteren Kernfach auch eine zusätzliche psychische Belastung und ist häufig mit Auffälligkeiten im sozial-emotionalen Bereich verbunden [356]. Die Behandlung der Dyskalkulie erfordert ebenso spezifische Maßnahmen wie die Behandlung von LRS.

12.7.2 Fachkräfte für die Diagnose und Therapie von LRS

Neben den Lehrkräften in der Schule beteiligen sich in Deutschland weitere Fachkräfte speziell an der Feststellung von LRS: In manchen Bundesländern ist der *schulpsychologische Dienst* mit der Dia-

gnose von LRS beauftragt (z. B. in Brandenburg ab der 5. Klasse). Bei Feststellungsverfahren im Rahmen des Kinder- und Jugendhilfegesetzes ist die *Kinder- und Jugendpsychiatrie* zuständig, um abzuklären, ob bei den von LRS betroffenen Kindern und Jugendlichen eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie eine seelische Behinderung entwickeln, die sich negativ auf die aktive Teilhabe am sozialen Leben (soziale Integration) auswirkt. Wird dies attestiert und kann nachgewiesen werden, dass schulische Maßnahmen bislang zu keinen nennenswerten Fortschritten führten, erfolgt die Kostenübernahme für die außerschulische Therapie von LRS durch das Jugendamt.

Merke



Fachkräfte, die im außerschulischen Bereich Kinder und Jugendliche mit LRS behandeln, sollten spezifische Qualifikationen aufweisen. Eine durch eine Ausbildungs- oder Weiterbildungsordnung geschützte Berufsbezeichnung oder Qualifikation von LRS-Lehrkräften oder -TherapeutInnen existiert in Deutschland nicht. Dennoch gibt es Bemühungen um die Sicherung notwendiger Qualitätsstandards, die sich in zertifizierten Qualifizierungsmaßnahmen äußern. Zu benennen sind hier *DyslexietherapeutInnen*, deren Weiterbildung vom Bundesverband Legasthenie und Dyskalkulie e. V., dem Interessenverband der von LRS Betroffenen in Deutschland, zertifiziert wird, und *Integrative LerntherapeutInnen*, deren zum Teil akademischer Lehrgang vom Fachverband für integrative Lerntherapie e. V., ihrem Berufsverband, zertifiziert wird.

12.8 Das Wichtigste auf einen Blick

Bei Lese- und/oder Rechtschreibstörungen besteht eine spezifische Symptomatik im Lesen (Lesetechnik, Leseverständnis) und (Recht-)Schreiben bei Kindern und Jugendlichen (bei einer entsprechenden Symptomatik im Erwachsenenalter handelt es sich um funktionalen Analphabetismus). Ihre Lese- bzw. Rechtschreibleistungen bzw. -kompetenzen entsprechen nicht dem Mindestniveau, das man aufgrund ihres Schulalters erwarten würde. Die Symptomatik wird durch ein multifaktorielles Bedingungsgefüge verursacht und aufrechterhalten. Hierbei spielen kognitiv-linguistische Lernvoraussetzungen und -bedingungen eine besondere Rolle.

Bei der Förderdiagnostik im Bereich Lesetechnik sollten sowohl die Lesegenauigkeit als auch die Lesegeschwindigkeit betrachtet werden. Leseverständnisstörungen stehen entweder in einem unmittelbaren Zusammenhang mit Störungen der basalen Lesefertigkeiten (Lesetechnik) oder stellen unabhängig von diesen eine eigenständige Problematik dar, die wiederum im Zusammenhang mit Sprachverständnisstörungen steht; hierbei bestehen insbesondere Probleme beim Ziehen von Schlussfolgerungen (Inferenzen). Die förderdiagnostische Untersuchung von Rechtschreibstörungen beinhaltet neben der Beurteilung der orthografischen Korrektheit der Schreibungen auch deren Lauttreue bzw. Lautorientierung. Die Förderung bzw. Therapie von LRS erfolgt symptomorientiert und ist lerntheoretisch begründet bzw. orientiert sich an Erwerbsmodellen.

Bei LRS handelt es sich um eine komplexe Problematik mit einer individuell ausgeprägten Symptomatik. Nicht selten bestehen psychoreaktive Störungen und andere Begleitstörungen. An der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit LRS sind deshalb in der Regel Fachkräfte unterschiedlicher Disziplinen beteiligt.