

## DISKUSSION

zu dem Beitrag

**Legasthenie –  
Symptomatik, Diagnostik,  
Ursachen, Verlauf und  
Behandlung**

von

Dr. med. Gerd Schulte-Körne  
Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut  
Remschmidt

in Heft 07/2003

**Legasthenie und  
Hochbegabung**

Diese Kombination kommt gar nicht so selten vor, das heißt ein weit überdurchschnittliches intellektuelles Potenzial mit IQs über 130 und eine Legasthenie. Die Hochbegabung der betroffenen Kinder wird in der Regel überhaupt nicht erkannt. Diagnosemethoden fußen alle auf geschriebenen Tests, die zum Teil unter Zeitdruck zu absolvieren sind.

Die einzige Schule in Europa, die sich auf die Förderung, auch älterer hochbegabter Legastheniker spezialisiert hat, ist Cademuir International School, Schottland, Tel. 00 44/18 48 200 212.

Dr. med. Jutta Störmer  
Sanddornstraße 59  
47269 Duisburg**Phonologische Entwicklung  
beachten**

Insbesondere möchte ich, von meinem Fachgebiet aus, die frühzeitige Förderung der phonologischen Bewusstheit hervorheben. Diese wird im Kleinkindalter sowohl von Ärzten als auch Erziehern und Therapeuten zu wenig beachtet. Die exakte Bestimmung der Hörschwelle, Überprüfung der Jahreshörbilanz, auditive Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne, Verarbeitung und Wahrnehmungsstörun-

gen gelingen schon im Säugling- und Kleinkindalter.

Im Kleinkindalter kann eine leichte Hörminderung von 20 bis 30 dB, über Monate persistierend, eine Einschränkung der akustischen Aufmerksamkeit mit allen seinen Folgen bewirken. Durch eine frühzeitige Erfassung und differenzierte Betrachtung der Hör- und Sprachprüfungen kann schon vor Schulbeginn eine adäquate Förderung erfolgen. Es muss beachtet werden, dass die Verarbeitung einfachster Schallsignale, zum Beispiel Sinustöne, in der Regel bei diesen Kindern ungestört verläuft. Erst bei der Überprüfung der Sprachaudiometrie, der akustischen Aufmerksamkeit und auditiven Lautdifferenzierung, mit und ohne Störgeräusch, werden die Ergebnisse auffällig.

Die differenzierte altersabhängige Betrachtung der Hör- und Sprachentwicklung gelingt zu jedem Zeitpunkt und kann altersabhängig und symptomspezifisch gefördert werden. Die Teilleistungsstörung „wächst“ nie folgenlos aus, sondern wird dann im Schulalter erst offensichtlich. Die Therapie wird im Schulalter durch Sekundärsymptomatik, Störungsbewusstsein und Frustration zunehmend komplexer und schwieriger.

Dr. med. Ilse Monica Kohlberger  
Kaiser-Joseph-Straße 248  
79098 Freiburg**Hemisphärendominanz  
als Ursache**

Seit 1980 werden in der Praxis mit evozierten und insbesondere kognitiven Potenzialen zentrale Hörstörungen bei Kindern untersucht. Auch eine nicht mehr übersehbare Zahl von legasthenischen Kindern ist diagnostiziert worden. Dabei fanden sich einige bemerkenswerte Sonderfälle.

So hatten wir eine „Sternstunde“ in der Diagnostik, als wir in den 80er-Jahren eine Mutter untersuchten, die ihren Ehemann auf einer Schule für Lernbehinderte kennengelernt hatte. Diese Eltern konnten erst mit zirka 15 bis 16 Jahren richtig lesen und hatten große Schwierigkeiten im Rechnen.

Der Vater nahm später an einer Begabtenprüfung teil, studierte Informatik und leitete erfolgreich eine eigene Firma. Auch der selbstbewusste 13-jährige Sohn sollte gut rechnen können. Gab man ihm aber die Aufgabe: rechne mal im Kopf  $27 \times 12$ , so brachte ihn diese Aufgabe in Schwierigkeiten und das Ergebnis war nicht korrekt. Dieses war dem Jungen bewusst und er sagte, er könne nur Englisch rechnen und die Aufgabe lösen, wenn er sie schriftlich sähe, denn in der gesamten Familie würden alle Zahlen nur Englisch gesprochen. Auf Englisch war der Patient in der Lage,  $fix\ 26 \times 32$  im Kopf auszurechnen. Die Messung von kognitiven Potenzialen ergab hier einen polyphasischen P 3 Peak, wie wir ihn praktisch nur bei Kindern gefunden haben, bei denen noch eine Ambidextrie vorlag, das heißt die Hemisphärendominanz hatte sich noch nicht richtig ausgebildet und diese Kinder waren noch nicht definitiv zum Beispiel Rechts- oder Linkshänder geworden.

Zusätzlich zur Legasthenie kann auch eine Dyskalkulie bei diesen Kindern vorliegen und die Lösung dieses Problems ist relativ einfach. Gibt man diesen Kindern die Aufgabe  $3 \times 8 = 24$ , so schreiben die Kinder, dass was sie sich chronologisch innerlich vorsagen, 42. Damit ist automatisch ein Zahlendreher vorhanden, der im Englischen nicht sowie keiner anderen Sprache vorkommt. Diesen Tipp, bei Kindern mit diesen Problemen nur Englisch zu rechnen, haben wir mittlerweile mehr als 200 Familien mit Erfolg vermittelt.

Analysiert man die Schwierigkeiten der Patienten, so findet man eine Besonderheit. Alle Familienmitglieder waren sehr lange beidhändig veranlagt – Ambidextrie – eine Hemisphärendominanz hatte sich nicht richtig determiniert. Beim spontanen Falten der Hände hat der Rechtshänder normalerweise den rechten Daumen und die rechten Finger über den entsprechenden linken und der manifeste Linkshänder umgekehrt. Es gibt jedoch auch Rechtshänder, die in ihrer frühesten Kindheit Linkshänder waren und bei diesen Fällen ist noch beim Händeschluss der entsprechende linke Finger über dem rechten, obwohl diese Patienten manifest Rechtshänder sind, ein rudimentä-

res Merkmal. Es kann aber in diesen Fällen eine verlangsamte Ausbildung der Dominanz abgelaufen sein, was zu diesen schulischen Problemen führt. Ebenfalls geht ein Rechtshänder immer mit dem rechten Fuß zuerst eine Treppe hoch, hopst spontan rechts und wird immer beim Übereinanderschlagen der Beine das rechte über das linke legen. Kinder, die schon früh Rechtshänder waren, malen die Bezugsperson rechts ins Bild und diese Seite besser aus und man kann das an alten Kinderbildern ebenso wie an Frühwerken alter Meister nachweisen.

Für diese Sonderfälle hat ein Lehrer in der ehemaligen DDR ein sinnvolles Therapiekonzept entwickelt, allerdings war Haberland nicht bekannt, dass das Rechnen in Englisch die Probleme noch wesentlich vereinfachen kann.

#### Literatur

1. Baschek V, Steinert W: Diagnostik zentraler Hörstörung bei Kindern mit Legasthenie. *Pädiat prax* 1997; 53: 433–442.
2. Baschek V, Steinert W, Hildebrandt L: Zur Diagnostik zentraler Hörstörung bei Kindern. *HNO-Nachrichten*, z. Z. im Druck.
3. Haberland G: Leserechtschreibschwäche. Megapolis Verlag, 1996.

Dr. med. Volker Baschek  
Dr. med. Wilhelm Steinert  
Ebertstraße 20  
45879 Gelsenkirchen  
www.hno-baschek-steinert.de

## „Insuffiziente Hör- und Sehtests“

Leider wurde die Chance vertan, darauf hinzuweisen, wie insuffizient allgemeine „Hör- und Sehtests“ bei Kindern sind, auch wenn sie wie im „Textkasten 2“ vom Neurologen und Internisten durchgeführt wurden.

Auch bei Kindern mit unauffälligen Ergebnissen bei Prüfung der Sehschärfe und des räumlichen Sehens kann dennoch sowohl eine höhergradige Weitsichtigkeit als auch eine ausgeprägte Phorie bestehen. Beides kann ohne gezielte fachärztliche Untersuchung (Refraktionsbestimmung in Zykloplegie beziehungsweise orthoptischer Status) nicht sicher diagnostiziert werden. Beide Befunde erfor-

dern für die Betroffenen erheblich größere Anstrengung bei längerem Lesen und verstärken die Symptome der Legasthenie. In manchen Fällen wird auch eine Legasthenie durch ausgeprägte derartige Sehstörungen vorgetäuscht.

Die fachärztliche Therapie durch geeignete Brillen oder orthoptische Maßnahmen erleichtern den Betroffenen das Erkennen des Lesetextes wesentlich und kann so die Legastheniebehandlung wirksam ergänzen. Diese Therapie muss streng abgegrenzt werden von der Behandlung der so genannten „Winkelfehlsichtigkeit“ im Graubereich medizinisch nicht erwiesener Verfahren, die durch einige Optiker oder andere selbsternannte Legasthenie-Spezialisten durchgeführt werden und leider oft eine fachärztliche Untersuchung verhindern oder verzögern.

Ich höre schon den Einwand, dieses sei ja selbstverständlich und im Vorfeld längst geschehen. Dies ist aber leider nicht so, wie sich in der Praxis oft zeigt, wenn Legastheniker mit 9 oder 10 Jahren erstmals einem Augenarzt vorgestellt werden („Der Sehtest beim Kinderarzt war aber immer in Ordnung“), und nach erfolgter Brillenkorrektur von einem deutlichen Verbesserungsschub berichtet wird.

Dr. med. Wolfgang Lackner  
Gebhardtstraße 6a  
82515 Wolfratshausen

## Ergänzung notwendig

Der umfangliche Beitrag von Schulte-Körne und Remschmidt bedarf einer wichtigen Ergänzung: Die unter „Behandlungsformen“ aufgestellte Behauptung, dass für die Wirksamkeit des basalen Wahrnehmungstrainings bisher keine publizierten Studien vorlägen, ist unzutreffend. Tewes hat im Januarheft 1/2003 des Forums Logopädie umfassend über die Ergebnisse einer Studie des Kultusministeriums Thüringen berichtet, in der die Kontrollgruppe mit herkömmlichem symptom-spezifischen Förderunterricht innerhalb der vier Netto-Trainingsmonate eine Verbesserung der Rechtschreibleistung um 6,3

Prozent erzielte, während die beiden Trainingsgruppen mit gestaffelten Programmen auf der basalen Ebene Verbesserungen von 18,9 Prozent beziehungsweise sogar 42,6 Prozent erreichten. Dem gegenüber müssen nach Angaben der beiden Autoren die symptom-spezifischen Programme „... mindestens zwei Jahre durchgeführt werden, um einen deutlichen Therapieeffekt zu erreichen.“

Fred Warnke  
Im Tannengrund 28  
30900 Wedemark  
E-Mail: fred.warnke@t-online.de

## Neue Entwicklungen unberücksichtigt

In dem Beitrag zur Legasthenie von Schulte-Körne und Remschmidt wird behauptet, „die Wirksamkeit der Förderung basaler Wahrnehmungsfunktionen“ sei bisher nicht belegt. Im Textkasten 4 wird aber ein „Wahrnehmungstraining nichtsprachlicher akustischer Reize“, ein „Training von Blickbewegungen“ und eine „Training von visuellen Mustern“ empfohlen. Im Text nehmen die Autoren einen gegensätzlichen Standpunkt ein.

Sie haben allerdings die neuere Entwicklung auf dem Gebiet der Wahrnehmungs- und Blickfunktionen bei Legasthenie nicht berücksichtigt, obwohl die Ergebnisse teils bereits publiziert sind und teils beim letztjährigen Legasthenie-Kongress in Freiburg als Poster dargestellt und auch mündlich vorgetragen wurden.

Entwicklungsdefizite in fünf Bereichen der sprachfreien auditiven Differenzierung sind anhand der Daten von hunderten von Legasthenikern nachgewiesen und ein symptom-spezifisches, adaptives und kontrolliertes Hörtraining verringert die Wahrnehmungsfehler beim Schreiben nach Diktat signifikant, die Regelfehler dagegen nicht (Legasthenie-Kongress, Freiburg, 2002).

Die Überprüfung der Frontalhirnkomponente bei der Sakkadensteuerung ergab, dass die Bewegungen der Augen im Allgemeinen normal sind, aber die Frontalhirnkontrolle über die

Sakkaden nicht altersgerecht arbeitet. Bei Legasthenie wächst die Auffälligkeitsquote im entsprechenden Antisakkaden-Test mit dem Alter von 25 auf 60 Prozent (Biscaldi et al., 2000). Dies ist das erste Mal, dass ganz spezifische und systematische Auffälligkeiten in der Blicksteuerung von Legasthenikern gefunden wurden, die auch erklären, warum frühere Untersuchungen zu widersprüchlichen Ergebnissen kamen (Pavlidis, 1981; Olson et al., 1983).

Ein symptomspezifisches, adaptives und kontrolliertes Blicktraining unter Benutzung des dynamischen Sehens funktioniert in etwa 85 Prozent der Fälle (Fischer und Hartnegg, 2000) und bietet den blicktrainierten Kindern einen signifikanten Vorteil beim Erlernen des Lesens im Vergleich zu untrainierten (Poster beim Legasthenie-Kongress, Freiburg, 2002).

Diese Ergebnisse werden dadurch unterstützt, dass bei Legasthenie Defizite im so genannten magnozellulären System gefunden werden (Galaburda, 1993; Stein und Walsh, 1997; Demp et al., 1998), die sich auch mit bildgebenden Verfahren darstellen lassen (Eden et al., 1998). Die kortikalen Strukturen, die in die Sakkadensteuerung eingreifen, der parietale und frontale Cortex, erhalten ihre visuellen Signale aus dem magnozellulären System (Mishkin et al., 1983). Die Zellen des magnozellulären Systems zeichnen sich durch transiente Reaktionen auf visuelle Reize aus. In diesem System sind mit psychophysischen Methoden Defizite bei Legasthenie gefunden worden (Breitmeyer, 1993).

Landesweit herrscht ein großer Informationsbedarf bezüglich der Wahrnehmungs- und Blickfunktionen bei Schulproblemen. Es ist jetzt klar, dass eine unzuverlässige Sinnesverarbeitung den Erwerb der Schriftsprache behindern kann und eine Verbesserung nachgewiesener Wahrnehmungsschwächen zu signifikanten Erleichterungen für Kinder und Lehrer führt.

#### Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. rer. nat. Burkhard Fischer  
Hansastraße 9  
79104 Freiburg

## Therapiekonzept aus Großbritannien

Legasthenie, Konzentrationsprobleme und so genannte Aufmerksamkeitsdefizite beeinträchtigen nicht nur die schulischen Leistungen von Kindern und Jugendlichen. Kinder mit Lernstörungen und Aufmerksamkeitsdefiziten leiden oft auch unter Depressionen und sozialer Vereinsamung als Schulversager.

Lernstörungen im weitesten Sinne werden international mit bis 10 Prozent der Schulkinder angegeben. In Sonderschulen ist der Anteil noch höher, es gibt sogar Untersuchungen in Gefängnissen, dass dort über 40 Prozent der Insassen an Teilleistungsstörungen leiden.

Wie in dem Artikel sehr richtig ausgeführt wird, sind Lernstörungen ein multifaktoriell bedingtes Geschehen, oft Symptom einer zugrunde liegenden körperlichen Störung: einer so genannten neurologischen Dysorganisation, dem leider keine einheitliche Ursache zugrunde liegt. Es sollte möglichst frühzeitig nicht nur gefördert werden, sondern auch eine entsprechende Behandlung erfolgen. Leider gibt es klassisch bisher fast keine eigentlichen Behandlungsmöglichkeiten.

Diese funktionellen Störungen lassen sich durch eine ganzheitliche Behandlungsmethode, die „Sunflowertherapie“, die von englischen Ärzten entwickelt wurde, gezielt und effizient nicht nur bei Kindern, sondern auch noch im Erwachsenenalter behandeln.

Eine Therapie für Kinder mit Lernschwierigkeiten setzt sich in der Regel aus folgenden Bausteinen zusammen:

- ① Korrektur und Balancierung des motorischen Gleichgewichts, der Koordination und der manuellen Fähigkeiten.
- ② Ernährungswissenschaftliche Maßnahmen verbunden mit einer Analyse der Kostgewohnheiten, der Nährstoffzufuhr, der ausreichenden Versorgung mit Mineralien und Aminosäuren.
- ③ Das Management unentdeckter Allergien, Nahrungsmittelintoleranzen und Umweltbelastungen.
- ④ Integration der dissoziierten Gehirnareale und Funktionen.

⑤ Die Therapie im Hinblick auf geistige und emotionale Probleme mit Akupunktur, Homöopathie und neuroassoziativ reorganisierenden Behandlungsmethoden (NLP).

⑥ Kraniosakrale Osteopathie zur Balancierung des Flusses der Rückenmarksflüssigkeit, da bei einer Dyslexie häufig eine Störung des normalen Flusses gefunden werden kann.

⑦ Übungen und Schulung dienen dazu, die ganzheitliche Balance in allen Lebensbereichen wieder herzustellen.

Die Sunflowertherapie ist ein Behandlungskonzept, das die strukturellen, chemischen und mentalen Aspekte des vernetzten Organismus berücksichtigt. Vernetzungen geschehen über Botenstoffe im Gehirn und Blut, Botenstoffe, die mit ihren Rezeptoren durch Forschungen der letzten Jahre nachgewiesen werden konnten. Für diese Suche nach Dysbalancen wird der AK-Muskeltest, im Verbund mit anderen Diagnosemethoden, durchgeführt.

Die Sunflowertherapie ist in Deutschland noch weitgehend unbekannt, wird aber in Großbritannien schon seit mehr als zehn Jahren erfolgreich bei der Therapie von Kindern mit Lern- und Aufmerksamkeitsproblemen eingesetzt. Die Behandlung dieser Störungen kann recht erfolgreich durchgeführt werden, wenn man versucht, die verschiedenen Ursachen herauszufinden und gezielt zu behandeln. Vielen Kindern kann mit einer speziellen Korrektur und einer entsprechenden Behandlung gut geholfen werden. Die Behandlungen werden von speziell weitergebildeten Ärzten durchgeführt und sind für das Kind vollkommen harmlos und nicht belastend.

In Deutschland gibt es bereits 36 Sunflower-Behandlungszentren, die die spezielle Therapie unter strengen Qualitätskriterien anwenden.

Unser gemeinnütziger Verein hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kinder in der Behandlung zu unterstützen und den Eltern beratend zur Seite zu stehen. Unter [www.sunflowertherapie.com](http://www.sunflowertherapie.com) gibt es Informationen.

#### Literatur

1. Mathews Mark O, Thomas Elizabeth: A pilot study on the value of applied kinesiology in helping children with learning difficulties. British Osteopathic Journal XII 1993.

2. Mathews Mark O: A combined approach to treatment of learning difficulties, *Early Child Development and Care*, 1997; 137: 111–122.
3. Otto G: Die Sunflowertherapie. München: Allitera Verlag 2001.

**Dr. med. Gerhard Otto**

Lehrbeauftragter  
Gesamthochschule Essen  
Lindenallee 47  
45127 Essen  
mail@gerhardotto.com

## Basistherapie oberste Priorität

Seit kurzem beschäftige ich mich mit entwicklungsauffälligen Kindern. Die Grafik zum Ursachengefüge der Lese-Rechtschreib-Störung fand ich sehr aufschlussreich skizziert. Verstehen kann ich dann jedoch die therapeutischen Rückschlüsse überhaupt nicht. In der abschließenden Stellungnahme lehnen die Autoren gerade den Ansatz einer Therapie an den eigentlichen Ursachen ab.

So halte ich eine Basistherapie an den eigentlichen Wahrnehmungsstörungen visueller und auditiver Art, sowie eine Konzentrationsschulung für äußerst wichtig.

Ich habe seit kurzem mit einem durchaus erschwinglichen Gerät zum Training dieser Basisfunktionen Erfahrungen gemacht. Die Kinder haben Spaß mit dem Kleincomputer und trainieren sowohl Ordnungsschwellen, wie Tonhöhendiskrimination und Konzentration spielerisch. Eine Koppelung der visuellen mit auditiver Achse ist ebenso möglich.

Ist das Fundament dann in Ordnung kann man aufbauen, erst dann macht es Sinn orthographisch, pädagogisch zu arbeiten.

**Dr. med. Barbara Meinhardt**

Hauptstraße 22  
55487 Sohren

## Schlusswort

Die Diagnostik einer Lese-Rechtschreib-Störung ist ohne Frage umfangreich und sie erfordert von dem Behandler ein vielfältiges Fachwissen. Die Auswahl der geeigneten Verfahren zur Überprüfung der Intelligenz

(Strömer) sollte bei dem Patienten die Lesestörung berücksichtigen. Dies geschieht durch Testverfahren, die sprachfrei, beziehungsweise weitestgehend sprachunabhängig sind, wie es für den Grundintelligenztest Skala 1 (Weiß und Osterland 1997) und Skala 2 (Weiß 1998) zutrifft. Da es sich bei diesen genannten Verfahren eher um Screeninginstrumente handelt, werden zur ausführlicheren Intelligenzdiagnostik der Hamburg-Wechsler-Intelligenztest (HAWIK III, Tewes et al. 2000) angewendet, oder die Kaufmann-Assessment Battery for Children (Melchers und Preuß 1991) durchgeführt.

Bei beiden erwähnten Verfahren sollte nicht der Gesamtwert, sondern es sollte der sprachfreie Anteil als Intelligenzmaß verwendet werden. Anhand der Anwendung dieser Methoden sollte eine zuverlässige Abschätzung der Intelligenz (auch der Hochbegabung) bei Legasthenikern möglich sein.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt bei der Diagnostik einer Lese-Rechtschreib-Störung, der berücksichtigt werden sollte, betrifft die Überprüfung von visuellen Wahrnehmungsfunktionen und auditiven Wahrnehmungsfunktionen. Diese Diagnostik dient zum Ausschluss von organischen Schädigungen (zum Beispiel dem Ausschluss einer Aphasie), zur Differenzialdiagnostik und zur Bestimmung von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Lese-Rechtschreib-Störung bei Kindern im Schulalter (Kohlberger).

Zur Risikobestimmung liegt als reliables und valides Verfahren für den deutschsprachigen Raum das Bielefelder Screening (BISC, Jansen et al. 2002) vor, das Aufgaben zur Lautunterscheidung, Silbentrennung, Reimbildung, zur visuellen Aufmerksamkeit und zum Kurz- und Langzeitgedächtnis umfasst. Dieses Verfahren ist zweimal, zehn und vier Monate vor der Einschulung durchzuführen und weist eine recht hohe Zuverlässigkeit auf, um das Risiko, Lese- und Rechtschreib-Schwierigkeiten in der zweiten Klasse zu entwickeln, vorherzusagen. Sinnvollerweise werden Kinder mit einem Risiko für die Entwicklung einer Lese-Rechtschreib-Störung bereits

vorschulisch gefördert, hier empfiehlt sich das Programm „Hören, lauschen, lernen“ von Küspert und Schneider (2002).

Ein standardisiertes Vorgehen zur Diagnostik visueller und auditiver Wahrnehmungsstörungen bei der Lese-Rechtschreib-Störung gibt es nicht. Die Empfehlungen zur Überprüfung von okulären Störungen bei der Lese-Rechtschreib-Störung wurden von Trauzettel-Klosinski (9) zusammengefasst. Dieses Vorgehen wird, wie Lackner zu recht anmerkt, nur sehr selten durchgeführt.

Empfehlungen zur Erfassung von auditiven Wahrnehmungsstörungen im Kindesalter wurden von den Autoren Ptok et al. (3) in einem Konsensuspapier zusammenfassend dargestellt. In der Praxis erscheint es jedoch nicht realistisch, alle Kinder mit einer Lese-Rechtschreib-Störung anhand dieser umfangreichen Untersuchungsempfehlungen zu überprüfen. Es ist bisher nach wie vor ein ungelöstes Problem, welche Verfahren zur Ausschlussdiagnostik bei der Lese-Rechtschreib-Störung unbedingt durchgeführt werden sollten.

Die Beobachtung von Bascheck über linguistische Fehler beim Rechnen sind gut bekannt und wiederholt beschrieben worden (4). Möglicherweise handelt es sich bei den beschriebenen Fällen um Patienten, die sowohl eine Legasthenie als auch eine Dyskalkulie aufweisen. Die Bedeutung gestörter Lateralität bei der Lese-Rechtschreib-Störung ist ebenfalls gut untersucht (5) und insgesamt nur von sehr geringer Bedeutung für die Legasthenie.

Der Einsatz so genannter basaler Funktionstrainings zur Behandlung der Lese-Rechtschreib-Störung ist immer wieder Gegenstand sehr kontroverser Diskussionen. Warnke, Fischer und Meinhardt weisen auf die mögliche Bedeutung dieses Therapieansatzes hin.

Ziel dieser basalen Funktionstrainings ist, die Voraussetzungen für den gestörten Schriftspracherwerb oder direkt die Legasthenie zu behandeln. Ergebnisse der neurobiologischen Forschung, wie sie bereits dargestellt wurden, unterstützen die Annahme,

dass Störungen in der Verarbeitung von visuellen Informationen und akustischen Informationen eine wesentliche Ursache für die Entwicklung einer Legasthenie sind. Um diese Annahme zu überprüfen, sind Therapiestudien besonders geeignet.

Das Trainingsprogramm von Warnke verfolgt die Förderung basaler auditiver und visueller Diskriminationsfähigkeit von nichtsprachlichem und sprachlichem Material (Brain-Boy-Universal- und Lateraltrainer). Es liegen hierzu kaum Evaluationsbefunde vor. In einer veröffentlichten Studie (2) konnte kein Effekt von einzelnen Trainingskomponenten zur Verbesserung der Lese- und Rechtschreib-Fähigkeit gezeigt werden. In einer erst kürzlich erschienenen Arbeit von Tewes et al. (7, 8) wurde anhand eines Kontrollgruppendesigns die Wirksamkeit wesentlicher Komponenten erneut überprüft. Die Bedeutung dieser Arbeit ist jedoch durch eine Reihe methodischer Schwächen und widersprüchlicher Ergebnisse erheblich eingeschränkt (zum Beispiel: Kontrollgruppe war im klinischen Sinne nicht betroffen, Rechtschreibleistung im Durchschnittsbereich). Es sind folglich weitere Studien notwendig, um die Wirksamkeit dieser Fördermethode aufzuzeigen.

Der Förderansatz von Fischer verfolgt das Ziel, über das Training der Blickmotorik die Blicksteuerung und die Leseleistung zu verbessern. Während die Blicksteuerung durch das Training signifikant verbessert werden konnte (bei Legasthenikern sowie bei Kontrollen), ließen sich bisher Transfereffekte auf das Lesen nicht nachweisen (1).

Otto weist auf eine unspezifische Therapie zur Behandlung von Legasthenie, Konzentrationsproblemen, Aufmerksamkeitsdefizit und Depression hin. Evaluationsstudien zur Wirksamkeit dieser Methode bei der Legasthenie liegen nicht vor. Eine Empfehlung für diese Therapie kann daher nicht gegeben werden.

Im Gegensatz zur Popularität der Förderung von basalen Wahrnehmungsfunktionen bei der Lese-Rechtschreib-Störung ist die Wirksamkeit dieser Methoden kaum untersucht

und die bisher vorliegenden Untersuchungen zeigen keine Wirksamkeit. Daher sollte die Förderung bei der Legasthenie, wie bereits dargestellt, auf die symptomorientierten Verfahren aufbauen, die sich an dem Schriftspracherwerbsmodell orientieren. Hierzu liegen international Wirksamkeitsstudien vor (6).

**Literatur**

1. Biscaldi-Schäfer M, Wagner M, Hennighausen K, Schulz E, Fischer B: Effekte eines täglichen Trainings der Blickmotorik auf die Leseleistung von Kindern mit Legasthenie. In: Schulte-Körne G, (eds.): Legasthenie und Rechenschwäche – Neue Wege in die Zukunft – Aktuelle Ergebnisse aus Praxis und Forschung 2002: 29–30.
2. Berwanger D, Hage M, Greiner E, Kinn B, von Suchodoletz W: Evaluation eines Zeitverarbeitungstrainings. In: Schulte-Körne G (eds.): Legasthenie und Rechenschwäche – Neue Wege in die Zukunft – Aktuelle Ergebnisse aus Praxis und Forschung 2002: 28–29.
3. Ptok M, Berger R, von Deuster Chr., Gross M, Lamprecht-Dinnesen A, Nickisch A, Radü HJ, Uttenweiler V: Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen. HNO 2000; 48: 357–360.
4. Schulte-Körne G, Remschmidt H: Neuropsychologie von umschriebenen Entwicklungsstörungen. In: Lautenbacher S und Gauggel S (eds.): Die Neuropsychologie psychischer Störungen. Heidelberg: Springer 2003.
5. Strehlow U: Legasthenie und Lateralität. In: Schulte-Körne G (eds.): Legasthenie: Zum aktuellen Stand der Ursachenforschung, der diagnostischen Methoden und der Förderkonzepte. Bochum: Dr. Winkler 2002; 101–112.
6. Suchodoletz von W: Therapie der Lese-Rechtschreibstörung: Traditionelle und alternative Behandlungsverfahren im Überblick. Stuttgart: Kohlhammer 2003.
7. Tewes U, Steffen S, Warnke F: Automatisierungsstörungen als Ursache von Lernproblemen. Forum Logopädie 2003; 17: 24–30.
8. Tewes U: Forschungsbericht über das Forschungsvorhaben zum Einsatz des Brain-Boy-Universal und des Lateraltrainers nach Warnke 2002. (Auf Anfrage beim Autor).
9. Trauzettel-Klosinski S, Schäfer WD, Klosinski G: Legasthenie Grundlagen des Lesens – Lese-Rechtschreib-Störung – okuläre Lesestörung. Ophthalmologie 2002; 99: 209–229.

Priv.-Doz. Dr. med. Gerd Schulte-Körne  
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Helmut Remschmidt  
 Klinik und Poliklinik  
 für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
 und -psychotherapie  
 Hans-Sachs-Straße 6  
 35039 Marburg

**DISKUSSION**

zu dem Beitrag

**Schwangerschaft und Mutterschaft nach sexuellen Missbrauchserfahrungen im Kindesalter**

Auswirkungen und Ansätze zu einer verbesserten Betreuung bei Schwangerschaft, Geburt, Still- und früher Neugeborenenzeit

von

Dr. med. Brigitte Leeners  
 Prof. Dr. phil. Herta Richter-Appelt  
 Dr. med. Kornelia Schönfeld  
 Dr. med. Peruka Neumaier-Wager  
 Gisela Görres  
 Prof. Dr. med. Werner Rath

in Heft 11/2003

**Seriosität bezweifelt**

Es ist ohne Zweifel verdienstvoll, auf die spezifischen geburtshilflichen Probleme von Frauen hinzuweisen, die in der Kindheit Opfer sexuellen Missbrauchs geworden sind. An der Kernaussage des Artikels habe ich nichts zu kritisieren, wohl aber an der Behauptung, dass jede dritte bis fünfte Frau (20 bis 30 Prozent) sexuelle Missbrauchserfahrungen in der Kindheit machen musste. Diese hohe Prävalenz kommt nämlich auf sehr merkwürdige Art zustande:

① Die Altersgrenze für „Kindheit“ auf 18 Jahre festzulegen, ist lebensfremd. Demnach wäre auch eine 16- oder 17-jährige junge Frau ein „Kind“. Diese Altersgrenze entspricht weiterhin nicht der gesetzlichen Definition des sexuellen Missbrauchs von Kindern (§ 176 StGB) in Deutschland, nach der die Grenze bei 14 Jahren liegt. Auch die polizeiliche Kriminalstatistik, die solche Taten auflistet, folgt der gesetzlichen Altersgrenze.

② Die Definition des „sexuellen Missbrauchs“ ist ausgesprochen unscharf. Sie führt dazu, dass eine 17-Jährige, die auf einer Party erleben muss, dass ihr ein (meinetwegen fünf Jahre älterer) Mann ungewollt an die Brust fasst, genauso als sexuell missbraucht gilt wie eine 7-Jährige, die über einen längeren Zeitraum regelmäßig vergewaltigt wird.

③ Wenn, wie die Autoren selbst anführen, ein solcher sexueller Missbrauch bei 74 bis 96 Prozent der betroffenen Frauen körperliche und/oder psychische Symptome zurücklässt, müssten diese in der weiblichen Bevölkerung ausgesprochen häufig, nämlich bei rechnerisch mindestens 15 Prozent aller Frauen, feststellbar sein. Das widerspricht jedoch der klinischen Erfahrung.

Andere Untersucher kommen zu wesentlich geringeren Zahlen, beispielsweise sprechen Siegel et al. (1) (Altersgrenze 16 Jahre, Missbrauch mit körperlicher Berührung) von sechs Prozent der Mädchen und drei Prozent der Jungen und Raupp und Eggers (2) (Altersgrenze 14 Jahre, körperliche Berührung) geben als Zahlen 15 Prozent der Mädchen und vier Prozent der Jungen an, wobei die letztere Untersuchung (2) Formen des intensiven Missbrauchs (Vergewaltigung, Oral-, Analverkehr) bei 2,3 Prozent der Mädchen und 1,5 Prozent der Jungen fand.

Die Behauptung, dass 18 bis 62 Prozent der Frauen keine bewussten Erinnerungen an ein sexuelles Missbraucherlebnis in der Kindheit haben, lässt wirklich starke Sorgen bezüglich der wissenschaftlichen Seriosität der angeführten Zahlen aufkommen. Vielleicht, das ist immerhin zu bedenken, hat gar kein Missbrauch stattgefunden und die entsprechende Erinnerung wurde erst im Nachhinein durch entsprechend motivierte Therapeuten induziert. Derartige Fälle von „false memory syndrome“ sind bereits in hinreichender Anzahl bekannt geworden.

Ich habe mich vor einigen Jahren intensiv mit der Frage der Sexualdelikte und auch mit der Häufigkeit des sexuellen Missbrauchs von Kindern befasst (3). Jeder dieser Fälle ist einer zuviel und es ist richtig, dagegen anzugehen und den betroffenen Mädchen Hilfe

und Unterstützung zu gewähren. Allerdings meine ich, dass aufgebauschte Häufigkeitszahlen der Sache nicht dienlich sind.

#### Literatur

1. Siegel JM et al.: The prevalence of childhood sexual assault. *Am J Epidemiol* 1987; 126: 1141–1153.
2. Raupp U, Eggers C: Sexueller Missbrauch von Kindern. *M Schr Kinderheilkd* 1993; 141: 316–322.
3. Schäfer AT: Untersuchung und Spurensicherung bei Sexualdelikten. Stuttgart: Enke 1996.

Dr. med. Achim T. Schäfer  
Heinrichsallee 13  
52062 Aachen

#### Schlusswort

Das Ziel des Beitrages war, auf die Bedeutung sexueller Gewalterfahrungen in der gynäkologisch/geburtshilflichen Betreuung hinzuweisen. Zwar ist die Prävalenz aufgrund der methodischen Mängel der bisherigen Untersuchungen nicht eindeutig. Zahlreiche Rückmeldungen auf den Beitrag und erste Ergebnisse eines laufenden Forschungsprojektes der Autorinnen zeigen jedoch, dass die Relevanz sexueller Gewalt in der geburtshilflich/gynäkologischen Betreuung wesentlich höher eingestuft werden muss als bisher vermutet.

Die unterschiedlichen Prävalenzen sind zum Teil auf methodische Unterschiede der Studien zurückzuführen. So wurden in den verschiedenen Untersuchungen Altersgrenzen zwischen 12 und 18 Jahren (mehrheitlich 18 Jahren) festgelegt, teilweise fehlen Angaben zum Alter der Betroffenen. Ähnliches gilt für die Altersdifferenz zwischen Täter und Opfer. Auch die Definition des „sexuellen Missbrauchs“ wird uneinheitlich gebraucht. In einigen Studien wurde nach konkreten sexuellen Handlungen gefragt, andere Untersuchungen basieren auf der subjektiven Einschätzung, sexuell „missbraucht“ worden zu sein. Zwischen den einzelnen Untersuchungen variieren die als sexuelle Gewalt interpretierten Handlungen erheblich, sodass auch hier ein Vergleich schwierig ist.

Aktuelle Forschungsergebnisse erlauben die Zusammenstellung von Risikofaktoren für Langzeitfolgen, nicht jedoch eine Aussage zu Ursache und Wirkung. Daher kann zum aktuellen Zeit-

punkt nicht beurteilt werden, welche körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen aus einer oder mehreren konkreten sexuellen Gewaltsituationen resultieren (1). Der Grad einer Traumatisierung ist abhängig von individuellen intrapsychischen Faktoren, sodass wir die Definition eines Risikoprofils einzelner erzwungener sexueller Handlungen nicht für legitim halten.

Die bisherige wissenschaftliche Exploration von Langzeitfolgen konzentriert sich vor allem auf die retrospektive Erhebung sexueller Gewalterfahrungen bei psychiatrisch oder psychosomatisch auffälligen Frauen. Aktuell ist die Liste möglicher Langzeitfolgen noch unvollständig.

Zum gegenwärtigen Stand der Forschung ist unklar, wie hoch der Anteil der erwachsenen weiblichen Allgemeinbevölkerung ist, der unter Langzeitfolgen unterschiedlicher Ausprägung leidet. Beispielsweise konnten in einem methodisch sehr fundierten australischen Forschungsprojekt Zusammenhänge zwischen sexuellen Gewalterfahrungen im Kindesalter und chronischer Müdigkeit, Blasenerkrankungen, Kopfschmerzen/Migräne, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus und Herzkrankungen im Erwachsenenalter nachgewiesen werden (2).

Es ist davon auszugehen, dass betroffene Frauen sexuelle Gewalt gegenüber männlichen und weiblichen Ärzten unterschiedlich häufig thematisieren. Nur wissenschaftlich gesicherte Daten zukünftiger Forschungsprojekte erlauben eine angemessene Beurteilung der Relevanz sexueller Gewalt in weiblichen Bibliographien.

#### Literatur

1. Benedict MI, Paine LL, Paine LA, Brandt D, Stallings R: The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcomes. *Child Abuse Negl* 1999; 23: 659–670.
2. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A: Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 141–150.

Dr. med. Brigitte Leeners  
Department für Frauenheilkunde,  
Abteilung für Endokrinologie  
Universitätsspital Zürich  
Frauenklinikstraße 10  
CH-8091 Zürich  
E-Mail: brigitte.leeners@usz.ch