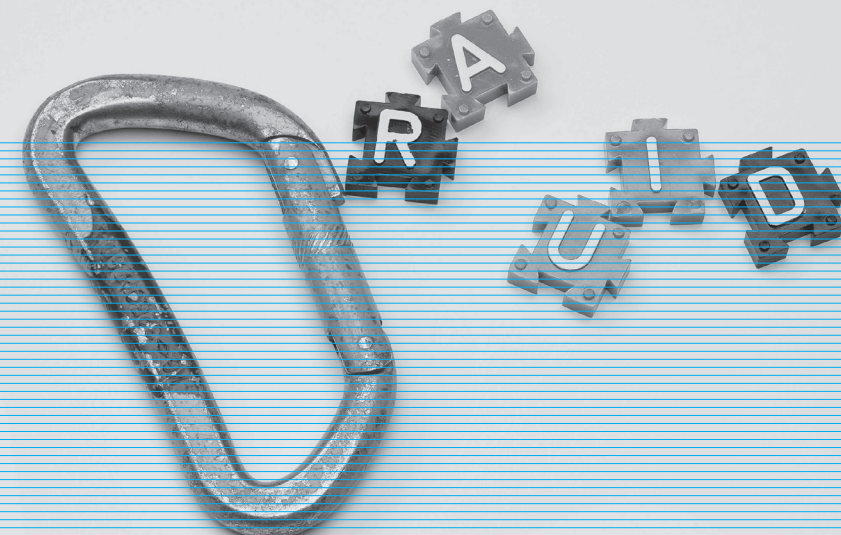


PH Zug

Zankapfel Legasthenie. Forschungsansätze und Konzepte im Vergleich
Flurina Hodel



**Kontakt und
Informationen**

Pädagogische Hochschule Zug
Zugerbergstrasse 3
6301 Zug
T +41 41 727 12 40
info@phzg.ch
phzg.ch



Kanton Zug

Pädagogische Hochschule Zug

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
Die Bedeutung des sprachlichen Anfangsunterrichts – die Kompetenz der Lehrperson	1
Historischer Abriss	2
WHO Klassifikation des Erscheinungsbildes Legasthenie nach ICD-10	4
Kritik an der ICD-10-Klassifikation	6
Überblick über die Forschungsrichtungen	7
Erläuterungen zur Darstellung «Forschungsüberblick»	9
Wie häufig kommt Legasthenie / Lese-Rechtschreibschwäche vor?	11
Fazit	12
Nachwort	13
Literatur	15

Impressum

Text:	Flurina Hodel
Begleitung:	Katarina Farkas, Elisabeth Müller
Gestaltung:	Nicole Suter
Konzept:	Brigit Eriksson-Hotz, Luc Ulmer
Copy Right:	PH Zug, 2016

Vorwort

«Vom Löwen, der nicht schreiben konnte», heisst eine Geschichte von Martin Baltscheit (2002). Das Bilderbuch zeigt die Herausforderungen, die das Lesen und Schreiben von Anfang an darstellen können. Es ermutigt Kinder und Lehrpersonen, sich mit den Hürden auseinanderzusetzen und den Mut nicht zu verlieren. Einige Kinder meistern diese Herausforderungen problemlos, andere begleiten sie während der ganzen Schulzeit. Man nennt diese Schwierigkeiten Lese-Rechtschreibschwäche oder Legasthenie.

Was genau aber meinen diese Begriffe? Die Bachelorarbeit von Flurina Hodel widmet sich diesem komplexen Thema. Die zugrundeliegenden Definitionen sind ganz unterschiedlich und ebenso vielfältig sind die Therapiekonzepte. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich verschiedene Fachdisziplinen mit dem Thema beschäftigt haben. Die Medizin, die (Heil-)Pädagogik, die Psychologie und die Fachdidaktik Deutsch: alle haben sich mit dem Phänomen auseinandergesetzt, dass gewisse Lernende Mühe haben mit Lesen und (Recht-)Schreiben, während sie sonst keine kognitiven Beeinträchtigungen haben.

Heute ist bekannt, dass selbst renommierte Autoren wie z.B. Peter Bichsel unter einer «Legasthenie» leiden. Zu Bichsels Jugendzeiten ging man bei Legasthenie von einem unheilbaren Defizit aus, während man heute weiss, dass eine integrierte, professionelle und langfristige Förderung grosse Erfolge bringt.

Die vorliegende Broschüre gibt einen guten Einblick in die Bachelorarbeit von Flurina Hodel und bildet Kernelemente daraus ab. Dabei zeigt sich, wie komplex das Thema der Legasthenie oder

Lese-Rechtschreibschwäche ist.

Flurina Hodel ist es in ihrer Bachelorarbeit gelungen, dieses Thema wissenschaftlich aufzuarbeiten und dabei die Stärken und Schwächen einzelner Zugangsweisen herauszuarbeiten. Sie stellt den medizinischen Ansatz einer pädagogisch-linguistischen gegenüber. Die Verknüpfung von Theorie und Praxis, die in der Bachelorarbeit dargelegt ist, wird auch in der Broschüre deutlich.

Besonders verdienstvoll sind die Ableitungen für den Anfangsunterricht in der Primarschule, aber auch die daraus abzuleitenden Hinweise für den weiterführenden (Sprach-)Unterricht. Ziel ist es, Lernende während der gesamten Schulzeit sinnvoll und angemessen zu fördern. Schon heute stehen dafür Lehrmittel für die ganze Klasse, aber auch solche mit ergänzendem Material für Lernende mit besonderen Bedürfnissen bereit.

Die Broschüre richtet sich an Lehrpersonen, Heilpädagoginnen und -pädagogen, ein interessiertes Fachpublikum, an Schulpsychologinnen und -psychologen, an Lehrlingsauszubildende, an Eltern und natürlich an Betroffene selbst. All diesen Gruppen geben qualifizierte Dozierende der Fachdidaktik Deutsch an der PH Zug gerne weitere Auskünfte bzw. bieten Weiterbildungen zum Einsatz von Diagnose- und Fördermaterialien an.

Katarina Farkas, MA

Fachschaftsleiterin Fachdidaktik Deutsch und Deutsch als Zweitsprache;
Betreuerin der Bachelor-Arbeit «Zankapfel Legasthenie. Der medizinische und pädagogisch-linguistische Ansatz im Vergleich»

Die Bedeutung des sprachlichen Anfangsunterrichts – die Kompetenz der Lehrperson

Um im Leben und im Beruf bestehen zu können, ist es wichtig, genügend gut lesen und schreiben zu können. Diese Kulturtechnik Kindern beizubringen beziehungsweise den Grundstein dazu zu legen, ist Aufgabe der Unterstufenlehrpersonen. Sie lehren den Kindern das Lesen und Schreiben, unterstützen und begleiten sie in ihrem individuellen Schriftspracherwerbsprozess. Vom Kennenlernen einzelner Buchstaben und deren Zuordnung zu den entsprechenden Lauten (und umgekehrt), über das stockende Erlesen und lautgetreue Schreiben erster kurzer Worte und später Sätze, hin zum fließenden Lesen und orthographisch weitgehend korrekten Verfassen ganzer Texte ist es ein langer Weg. Ein Weg, bei dessen Beschreitung es immer wieder einzelne Kinder gibt, die mit grossen Schwierigkeiten zu kämpfen haben.

Ein Blick in die Forschungsgeschichte kann helfen, die verschiedenen «Meinungen» einzuordnen und daraus Schlüsse für die Prävention, den Unterricht und die Therapien zu ziehen (Seite 2).

In einem zweiten Schritt wird versucht, mit diesem Hintergrund die International Classification of Diseases (ICD-10) zu betrachten (Seite 5).

Danach folgt ein kommentierter Überblick über die Forschungsrichtungen und deren Stellungnahmen (ab Seite 9).

Abschliessend stehen das Fazit der Autorin und eine Stellungnahme einer Heilpädagogin zu den Konsequenzen für Schule und Unterricht.

Historischer Abriss

Zu Beginn des letzten Jahrhunderts haben sich vornehmlich die Medizin und später die Psychologie mit dem erschwerten Schriftsprachaneignungsprozess von Kindern beschäftigt. Später schalteten sich auch andere Disziplinen wie die Pädagogik, Linguistik und Deutschdidaktik in die Diskussion über mögliche Ursachen von und entsprechende Präventions- sowie Interventionsmassnahmen bei solchen Lese- und Schreiblernproblemen ein. Trotz der immer wieder geäusserten Forderung nach einer verstärkt interdisziplinären Zusammenarbeit haben die verschiedenen Fach- und deren Teildisziplinen während den letzten Jahrzehnten mehr gegen als miteinander gearbeitet – allen voran die Medizin auf der einen und die Pädagogik sowie die Linguistik auf der anderen Seite. In dieser Diskussion profilierte sich insbesondere die Erziehungswissenschaftlerin und Linguistin Renate Valtin. In ihren Arbeiten integriert sie die pädagogischen und linguistischen Auffassungen von Schriftspracherwerbsproblemen. Daher wird in der vorliegenden Broschüre jeweils vom pädagogisch-linguistischen Ansatz die Rede sein, wenn auf Valtin Bezug genommen wird. Dieser Ansatz wird auch genannt, wenn auf andere tendenziell linguistisch oder eher pädagogisch orientierte Autoren und Autorinnen zurückgegriffen wird.

Unterschiedliche Definitionen

Aufgrund der oben aufgeführten Entwicklungen gibt es heute für das «Phänomen» von Problemen im Schriftspracherwerb viele verschiedene Begrifflichkeiten, wie zum Beispiel Legasthenie, Lese-Rechtschreibschwierigkeiten, Lese-Recht-

schreibstörung(en), Lese-Rechtschreibschwäche(n) oder Dyslexie. Die auf den ersten Blick teils sehr ähnlich anmutenden Bezeichnungen werden vom medizinischen und pädagogisch-linguistischen Ansatz nicht nur unterschiedlich definiert, sondern es liegen ihnen auch verschiedene Ätiologiemodelle (Ursachenmodelle) zugrunde. Als Folge davon variieren teilweise auch die Ansichten über mehr oder weniger erfolgversprechende Interventionsmöglichkeiten und Förderangebote – je nachdem, ob dem medizinischen oder dem pädagogisch-linguistischen Ansatz mehr «Glauben» geschenkt wird.

Die heutige Begriffsvielfalt zur Beschreibung von Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb ist das Ergebnis einer noch sehr lebendigen, eigentlich historischen Entwicklung, die ihren Anfang zu Beginn des letzten Jahrhunderts nahm. Die Tatsache, dass es heute immer noch im Wesentlichen ein tendenziell pädagogisch-linguistisches und ein tendenziell medizinisch orientiertes «Lager» gibt, ist Resultat dieser Entwicklung.

Thema von Medizin, Linguistik und Pädagogik

Ende des 19. Jahrhunderts und Anfang des 20. Jahrhunderts hat die Medizin begonnen, sich mit dem Phänomen der Probleme beim Schriftspracherwerb zu beschäftigen. In diesem Zusammenhang prägte sie den Begriff der «Wortblindheit» (engl. word blindness) und sprach von «schwach Befähigten oder Halbidioten» mit einem «Schreibgebrechen» (vgl. Schleider, 2009, S. 10f.).

1916 fand der Begriff «Legasthenie» (griech. Lese-schwäche) durch den ungarischen Arzt und Psy-

WHO Klassifikation des Erscheinungsbildes Legasthenie nach ICD-10

chologen Pål Ranschburg erstmals Eingang in die deutschsprachige Forschung. Er sah in der Legasthenie eine «ererbte Störung» (Valtin, 2006a, S. 46) und definierte sie als «nachhaltige Rückständigkeit höheren Grades in der geistigen Entwicklung des Kindes» (Ranschburg, 1928, zit. n. Schleider, 2009, S. 11), die bei Kindern jeglicher Intelligenzgrade vorkommen könne. 1951 definierte die Psychologin Maria Linder Legasthenie folgendermassen: «Unter Legasthenie verstehen wir demnach eine spezielle und aus dem Rahmen der übrigen Leistungen fallende Schwäche im Erlernen des Lesens und indirekt auch des selbstständigen orthographischen Schreibens bei sonst intakter oder im Verhältnis zur Lesefähigkeit relativ guter Intelligenz» (Linder, 1951, S. 100f., zit. n. Dummer-Smoch, 2007a, S. 382). Linder schloss äussere Bedingungsfaktoren der Legasthenie wie eine allgemeine Minderbegabung, unzureichenden Unterricht, körperliche Behinderungen oder manifeste Gehör- und Gesichtsstörungen aus. Hingegen nahm sie als Ursachen im Kind liegende Faktoren wie visuelle, visuo-motorische und auditive Teilleistungsschwächen an, oft verbunden mit zum Beispiel einer Rechts-Links-Unsicherheit oder einer Linksdominanz (Linkshändigkeit und Linkssäugigkeit). Als Ursprung der genannten Teilleistungsschwächen vermutete Linder Vererbung oder Hirnfunktionsstörungen. Des Weiteren meinte sie, eine Legasthenie könne man aufgrund typischer Fehler erkennen: der Reversionen, das heisst aufgrund der Verwechslung von spiegelbildlichen Buchstaben wie b-d, p-q oder der Vertauschung der Buchstabenreihenfolge wie ie-ei (vgl. Valtin, 2006a, S. 46-48).

Mit dieser Definition, der Nennung von Ausschlusskriterien und ihren Ursachenannahmen beschrieb Linder Legasthenie als Erste als eine Art Krankheit und verwendete den Begriff damit auf kausale Weise: Ein Kind hat Legasthenie und kann/lernt deshalb nicht gut lesen und schreiben (vgl. Valtin, 2006a, S. 48). Mit dem Kriterium der Diskrepanz zur Intelligenz unterstrich die Psychologin den Krankheitscharakter von Legasthenie und sprach einen neuen Punkt in der medizinischen Legasthenie-Definition an, dessen Gültigkeit beziehungsweise Existenzberechtigung bis heute debattiert wird. In den 1970er-Jahren wurde Kritik laut bezüglich Linders gängiger Diskrepanz-Definition und den von ihr angenommenen Ursachen von Legasthenie. Besonders in pädagogischen Fachkreisen geriet die mit dieser Definition implizierte Unterscheidung in Legasthenie (als eine Störung/ Krankheit) und andere Lese-Rechtschreibschwächen (bei Kindern ohne Diskrepanz zur Intelligenz) in Verruf. Denn dadurch war es in Deutschland in den Jahren davor dazu gekommen, dass einzig intelligenten, das heisst diskrepant-legasthenen Kindern, Fördermassnahmen zugutegekommen waren und weniger intelligente Kinder mit denselben Schwierigkeiten nicht von einer spezifischen Unterstützung hatten profitieren können (vgl. Dummer-Smoch, 2007b, S. 51 f. und Valtin, 2006a, S. 49). 1978 empfahl die Kultusministerkonferenz (KMK) schliesslich, die «so belastete Bezeichnung Legasthenie» (Valtin, 2006a, S. 48) zugunsten des Begriffs Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) aufzugeben.

Die WHO (World Health Organisation) hat mit ihrer International Classification of Diseases (ICD-10) das heute gültige Klassifikationssystem erstellt, nach dem auch im deutschsprachigen Raum alle psychischen Störungen und körperlichen Erkrankungen klassifiziert werden. Nachfolgend wird die Klassifikation von Legasthenie nach der ICD-10 dargestellt.

Die Klassifikation der Legasthenie erfolgt unter der Oberkategorie «Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten», wobei zwischen einer Lese-Rechtschreibstörung (LRS) und einer Isolierten Rechtschreibstörung unterschieden wird (vgl. Schleider, 2009, S. 20-21). Es wird also deutlich, dass nicht der kausal verwendete Begriff Legasthenie, der ab den 1980er-Jahren weitgehend aus der Fachliteratur verschwunden war, sondern die Bezeichnung LRS im Sinne einer Störung (und damit ebenfalls mit Betonung des Krankheitscharakters) Eingang in die ICD-10 gefunden hat (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Klassifikation der LRS in der ICD-10 (Schleider, 2009, S. 21, angepasst durch die Autorin F. Hodel).

ICD-10
F81 Umschriebene Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten
F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung

Die Diagnose-Kriterien für Lese-Rechtschreibstörung und Isolierte Rechtschreibstörung sind:

F81.0 Lese-Rechtschreibstörung

- A. Entweder 1. oder 2.
- Ein Wert der Lesegenauigkeit und / oder im Leseverständnis, der mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Niveaus liegt, das auf Grund des chronologischen Alters und der allgemeinen Intelligenz zu erwarten wäre. Die Lesefertigkeiten und der IQ wurden in einem individuell angewandten, entsprechend der Kultur und dem Erziehungssystem des Kindes standardisierten Test erfasst.
 - In der Vorgeschichte bestanden ernste Leseschwierigkeiten, oder es liegen Testwerte vor, die früher das A.1-Kriterium erfüllten, und ein Wert in einem Rechtschreibtest, der mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Niveaus liegt, das auf Grund des chronologischen Alters und des IQ des Kindes zu erwarten wäre.
- B. Die unter A beschriebene Störung behindert die Schulausbildung oder alltägliche Tätigkeiten, die Lesefertigkeiten erfordern. (Dilling et al., 2008, S. 175, zit. n. Schleider, 2009, S. 22)

F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung

A. Es liegt ein Wert in einem standardisierten Rechtschreibtest vor, der mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Niveaus liegt, das auf Grund des chronologischen Alters und der allgemeinen Intelligenz des Kindes zu erwarten wäre.

B. Die Lesegenauigkeit und das Leseverständnis sowie das Rechnen liegen im Normbereich (zwei Standardabweichungen vom Mittelwert). (Dilling et al., 2008, S. 176, zit. n. Schleider, 2009, S. 23)

Mit dem Kriterium «mindestens zwei Standardabweichungen unterhalb des Niveaus... das auf Grund des chronologischen Alters und des IQ der Kindes zu erwarten wäre» wird das Diskrepanzmodell aufgenommen.

Im Anschluss an die Nennung der Diagnosekriterien werden zudem bei beiden Klassifikationen bestimmte Ausschlusskriterien genannt. Die wichtigsten sind in der folgenden Tabelle aufgeführt (vgl. Tab. 2):

Tab. 2: Ausschlusskriterien gemäss der ICD-10 (vgl. Schleider, 2009, S. 21-23).

F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung	F81.1 Isolierte Rechtschreibstörung
Es darf kein Verlust einer bereits erworbenen Lese-Rechtschreibfähigkeit vorliegen. Die Störung darf als Ursache keine Seh- oder Hörstörungen, keine neurologische Erkrankung, keine geistige Behinderung, unzureichenden Unterricht oder Unzulänglichkeiten in der Erziehung zugrunde liegen haben.	Rechtschreibschwierigkeiten infolge unzureichenden Unterrichts oder Unzulänglichkeiten in der Erziehung sind auszuschliessen. In der Vorgeschichte dürfen keine ausgeprägten Leseschwierigkeiten vorgelegen haben.

Laut Klicpera et al. (2013) finden die in der ICD-10 genannten Diagnose- und Ausschlusskriterien der LRS (im Sinne einer Störung mit Krankheitscharakter) «nur eine begrenzte Akzeptanz in der Fachwelt» (S. 128) und sie würden eben doch «nur einen Vorschlag unter mehreren» (ebd.) darstellen. Allerdings ist es nicht so, dass die Kritik an den Kriterien in der ICD-10 nur aus pädagogisch-linguistisch-orientierten Fachkreisen kommt. Das in der ICD-10 aufgeführte doppelte Diskrepanz-Kriterium von mehr als zwei Standardabweichungen wird von verschiedenen Vertreterinnen und Vertretern der medizinischen Seite ebenfalls als zu einschränkend oder sogar als nicht haltbar empfunden.

Exemplarisch verweisen Klicpera et al. (2013) – die sich selbst weder eindeutig dem pädagogisch-linguistischen noch ganz klar dem medizinischen Ansatz verpflichten wollen – darauf, dass bereits ein Rückstand von einer Standardabweichung eine erhebliche Beeinträchtigung der Lese- und Rechtschreibleistung bedeuten könne und dass damit eine ernsthafte Gefährdung der Schullaufbahn einhergehe (vgl. S. 129). Daher erachten sie einen Prozentrang von weniger als 15 in einem standardisierten Lese- oder Rechtschreibtest für eine Diagnose als ausreichend (= Diskrepanz von nur einer Standardabweichung zum Niveau, das aufgrund des chronologischen Alters zu erwarten wäre). Das Kriterium der Diskrepanz zur Intelligenz lassen sie dabei jedoch unberücksichtigt (vgl. ebd.).

Auf ähnliche Art und Weise argumentiert Grosche (2012), der als Vertreter des medizinischen Ansatzes gesehen werden kann. So führt er aus, dass ein

Kind durch die Diskrepanz-Definition gemäss der ICD-10 rechtlich gesehen erst dann Unterstützung erhalten könne, wenn seine Lese- und Rechtschreibleistungen so weit zurückgefallen wären, bis eine Diskrepanz zu seiner Intelligenz auftrete. Aus diesem Grund negiert Grosche (2012) die Diskrepanz-Definition der ICD-10 vollständig (vgl. S. 25).

Überblick über die Forschungsrichtungen

Fragen	Ansatz	Älterer medizinischer Ansatz	Neuerer medizinischer Ansatz	Pädagogisch-linguistischer Ansatz
Welche Begrifflichkeiten und Definitionen sind vorherrschend?		Legasthenie ist eine genetisch bedingte Teilleistungsstörung im Schriftspracherwerb mit überdauerndem Krankheitscharakter. Sie wird auch Lese-Rechtschreibstörung genannt und explizit von anderen (unspezifischen) Lese-Rechtschreibschwächen/-schwierigkeiten unterschieden. Teilweise ist auch von Dyslexie die Rede.		Es gibt keine Legasthenie im Sinne einer Krankheit, sondern einfach grössere und kleinere Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS), wobei diese als Entwicklungsverzögerung aufgefasst werden. Der Begriff Legasthenie wird nur mit der Absicht verwendet, ihn inhaltlich neu zu besetzen und als deskriptiven Sammelbegriff für jegliche Schriftspracherwerbsprobleme zu verwenden.
Wie verhält es sich mit dem Definitionskriterium der Diskrepanz zur Intelligenz?		Das Kriterium wird gefordert: Eine Legasthenie liegt nur dann vor, wenn die Probleme im Schriftspracherwerb erwartungswidrig in Bezug auf die allgemeine Intelligenz der betroffenen Person auftreten.	Das Kriterium wird als irrelevant angesehen oder zumindest in Frage gestellt, da sich IQ-diskrepante und nicht-diskrepante Kinder in ihren Schwierigkeiten kaum voneinander unterscheiden.	Das Kriterium hat keine Bedeutung, da gar nicht erst zwischen einer Legasthenie (mit Diskrepanz zur Intelligenz) und anderen Lese-Rechtschreibschwächen (ohne Diskrepanz zur Intelligenz) unterschieden wird: Kleinere oder grössere Schriftspracherwerbsprobleme können unabhängig von der allgemeinen Intelligenz auftreten.
Gibt es «typische Legastheniker-Fehler»?		Es gibt diese typischen Fehler: Reversionen (Vertauschungen von spiegelbildlichen Buchstaben wie b-d, q-p) und Verwechslungen von harten und weichen Konsonanten wie bspw. k-g.	Eine diagnosespezifische Typologie von Schreib- und Lesefehlern wird zwar abgelehnt. Trotzdem werden oft Listen von Schreibfehlern aufgeführt, die genau diese «typischen Legastheniker-Fehler» enthalten.	Diese typischen Fehler gibt es nicht. Sie sind ein Mythos! Schülerinnen und Schüler mit LRS ähneln in ihren Leistungen im Lesen und (Recht-)Schreiben Kindern auf den unteren Ebenen der Schriftsprachentwicklung. Ihre Fehler, die von allen Kindern zu Beginn des Schriftspracherwerbs gemacht werden, geben Hinweise auf ihren Entwicklungsstand.
Welche Ursachen werden vermutet?		Basale visuelle, motorische und auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsschwächen werden als Ursachen vermutet.	Als hauptsächlich für Schriftspracherwerbsprobleme (für Legasthenie auf der einen und für LRS auf der anderen Seite) werden ein phonologisches Verarbeitungsdefizit und damit einhergehend vor allem eine schwache phonologische Bewusstheit gesehen.	
Wodurch wird das phonologische Verarbeitungsdefizit verursacht?			Es wird eine neurobiologische Verursachung proklamiert: Genetisch-hereditäre Risikofaktoren führen zu Anomalien in den Sprachverarbeitungszentren des Gehirns, die mit der phonologischen Verarbeitung assoziiert sind.	Als ursächliche Faktoren stehen negative Umweltfaktoren im Fokus, z.B. methodisch-didaktische Fehler im Anfangsunterricht des Lesens und Schreibens. Ebenso werden unzureichende individuell-kognitive Dispositionen als Verursachungsquelle gesehen, z.B. ein ungenügender Sprachentwicklungsstand im Vorschulalter.
Welche Interventions-/Fördermassnahmen werden vorgeschlagen?		Es wird auf alternative Therapiemethoden gesetzt, die an den genannten basalen Schwächen ansetzen.	Aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweise von schriftfernen alternativen Therapiemethoden wird der Grundsatz der Schriftnähe verfolgt: Förderprogramme sollen den Erstlese- und Erstschreibunterricht vertiefen und ergänzen, d.h. unter anderem ein individuell angepasstes und am Stufenmodell orientiertes Lese-(Recht-)Schreib-Training sowie Trainings von Lernstrategien beinhalten.	

Erläuterungen zum «Überblick über die Forschungsrichtungen»

Auf der ersten Zeile der auf Seite 7 und 8 abgebildeten Tabelle werden die verschiedenen Begrifflichkeiten den Ansätzen «älterer medizinischer Ansatz», «neuerer medizinischer Ansatz» und «pädagogisch-linguistischer Ansatz» zugeordnet. Wie wichtig die Begriffswahl ist, macht ein Zitat von Renate Valtin (2006a, S. 57) deutlich: «In der Rückschau erweist es sich allerdings als unklug, dass wir Pädagogen uns von dem Begriff Legasthenie verabschiedet haben, weil wir mit unseren ‚banalen‘ pädagogischen Ansätzen aus der öffentlichen Diskussion und den Internetseiten verschwunden sind. Aus diesem Grunde werde ich wieder den Ausdruck Legasthenie im Sinne von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten verwenden, um auf die Zuständigkeit der Schule und der Lehrkräfte für diese Probleme zu verweisen.»

Auf der zweiten Zeile wird die Bedeutung des Diskrepanz-Kriteriums in den verschiedenen Ansätzen aufgezeigt (vgl. S. 7-8). Innerhalb des medizinischen Ansatzes gibt es heute Positionen, die zwar grundsätzlich am kausalen Legasthenie-Konzept (Legasthenie als Krankheit/Störung) festhalten, aber die Diskrepanz zur Intelligenz in der Definition (wie in der ICD-10) als irrelevant ansehen. Dieser Meinung ist beispielsweise Grosche (2012). Er referiert Ergebnisse von Metaanalysen (allesamt nach dem Jahr 2000 erstellt), aus denen «relativ zweifelsfrei» hervorgeht, dass sich schlechte Leser und Leserinnen mit und ohne Diskrepanz zur Intelligenz in ihren Defiziten¹ kaum voneinander unterscheiden würden (vgl. S. 22-25). Ebenso berichten Klicpera et al. (2013) von Untersuchungen, die «keinen wesentlichen Unterschied

in den Merkmalen des Lese- und Rechtschreibprozesses» zwischen IQ-diskrepanten und nicht-diskrepanten Personen mit Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb haben finden können (vgl. S. 167). Daher habe besonders in Bezug auf die Planung von Fördermassnahmen diese Unterscheidung keine besondere Bedeutung (vgl. ebd. S. 169).

Auf der dritten Zeile werden die Meinungen zum Thema «typische Legastheniker-Fehler» dargestellt.

Auf der vierten und fünften Zeile wird aufgezeigt, welche Ursachen von Legasthenie die verschiedenen Ansätze annehmen. Dabei wird das phonologische Verarbeitungsdefizit genannt, das in den letzten Jahren grosse Bedeutung erlangte, vor allem durch die gut ausgearbeiteten Trainings zur «phonologischen Bewusstheit». Hier sind sich der neuere medizinische Ansatz und der pädagogisch-linguistische Ansatz weitgehend einig. Bezüglich der Ursachen für diese Defizite gehen die Meinungen dann wieder auseinander.

Die Befunde Galaburdas zu Gehirnanomalien bei legasthenen Personen werden in der medizinischen Fachliteratur rege referiert und ohne Zögern in neurobiologische Ätiologiemodelle integriert – trotz des Wissens um eine sehr kleine Stichprobe und um gewisse methodische Mängel im Untersuchungssetting (vgl. Rosenkötter, 2007, S. 423). So hat Galaburda nämlich die Gehirne von gerade mal fünf Legasthenikern und sieben «normalen» Lesern untersucht. Zudem herrscht Unklarheit darüber, wie genau die Legastheniker diagnosti-

ziert worden waren. Dies berichtet Valtin (2001), die sich in ihren Ausführungen auf Gerald Coles (1987/1998) bezieht (vgl. S. 25-28). Im neurobiologischen Ätiologiemodell des medizinischen Ansatzes wird eine genetisch-hereditäre Disposition von Legasthenie proklamiert. Im pädagogisch-linguistischen Ansatz wird eine solch genetisch verankerte Erblichkeit jedoch in Frage gestellt. So betont Valtin (2001), dass ein gehäuftes Auftreten von Leseproblemen in bestimmten Familien noch kein Beweis dafür sei und dass es sich ebenso gut um ein «soziales Erbe» handeln könne (vgl. S. 28). Ähnlich argumentiert Hofmann (2006) gegen eine genetische Disposition, aber für ein «soziales Erbe». Er lehnt eine genetische Disposition somit «vor dem Hintergrund der neuronalen Entwicklungsmechanismen» (S. 108) ab: Die Feinstrukturen im Gehirn werden durch gebrauchtsabhängige neuronale Aktivitäten stets weiter ausgebaut und verschaltet (vgl. S. 103).

Auf der letzten Zeile der Tabelle sind Interventions- und Fördermassnahmen aufgeführt. Es wird deutlich, wie sehr Ursachenannahmen und Fördermassnahmen zusammenhängen. Die Wirksamkeit von schriftfernen alternativen Therapiemethoden ist umstritten, diejenige von schriftnahen Therapien relativ gut belegt.

Der Kern der Legasthenie-Behandlung gemäss Klicpera et al. (2013) ist nichts anderes als «eine Vertiefung, Ergänzung und Ausweitung des Erstlese- und Schreibunterrichts» (S. 290). Ein Förderprogramm sollte ausreichend intensiv und langfristige angelegt sowie auf die Bedürfnisse des

Kindes abgestimmt sein (vgl. von Suchodoletz, 2010, S. 122).

Gemäss Valtin (2006b) lassen sich vier Bausteine eines guten Förderprogramms für Kinder mit Schriftspracherwerbsproblemen beschreiben (vgl. S. 144):

1. individuell angepasstes und am Stufenmodell orientiertes Training des Lesens, Schreibens und Rechtschreibens
2. Training von Arbeitstechniken sowie Lernstrategien
3. Motivationsförderung in Bezug auf den Schriftsprachgebrauch
4. je nach Schweregrad der Probleme und Zeitpunkt der Diagnose psychotherapeutische Arbeit mit Elementen wie Malen, Rollenspiele, Entspannungsübungen u.a.

Laut von Suchodoletz (2010) können die Fähigkeiten im Lesen und Schreiben von Kindern mit Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb durch Förderprogramme mit den genannten Bausteinen deutlich verbessert werden (vgl. S. 124). Ein kompletter Ausgleich der Defizite sei aber nicht in jedem Fall zu erwarten. Gewisse Schwächen würden oft bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben und müssten durch passende Strategien (z. B. Nutzung von Computer-Rechtschreibhilfen) kompensiert werden. Von Suchodoletz (2010) plädiert aus diesem Grund dafür, dass den Kindern in der individuellen Förderung auch die effektive Nutzung solcher Strategien gelehrt wird (vgl. S. 95 und 124).

¹ Grosche (2012) bezieht sich hier auf so genannte phonologische Defizite, die heute als hauptsächlich für Probleme im Schriftspracherwerb gesehen werden.

Wie häufig kommt Legasthenie / Lese-Recht-schreibschwäche vor?

Für die Bereitstellung von Ressourcen ist die Frage der Häufigkeit wichtig. Doch die bisherigen Ausführungen lassen erahnen, dass diese Frage nicht einfach zu klären ist. Tatsächlich finden sich zur Häufigkeit (Prävalenz) von Kindern mit mehr oder weniger schwerwiegenden Problemen im Erlernen des Lesens und (Recht-)Schreibens in der Fachliteratur stark divergierende Angaben.

Die unterschiedlichen Verfahren, mit denen die Lese-Rechtschreibleistungen beurteilt werden, haben einen Einfluss darauf, welche Häufigkeiten gefunden werden (vgl. Schleider, 2009, S. 27). Die Angaben in der Fachliteratur schwanken zwischen 1 % und 15 % (vgl. von Suchodoletz, 2010, S. 91).

Selbst mit Bezugnahme auf die ICD-10 gehen die Angaben auseinander: «Wird die Definition der ICD-10 herangezogen, dann wird etwa bei 6 % der Kinder im Grundschulalter eine LRS diagnostiziert» (von Suchodoletz, 2010, S. 91). «Wenn man die Diagnosekriterien von ICD-10 zugrunde legt, kommt man auf 2 % bis 4 % an Kindern mit spezifischen Lese- und Rechtschreibentwicklungsstörungen» (Klicpera et al., 2013, S. 131).

Wenn also im Positionspapier (2014) des Deutschschweizerischen Logopädinnen- und Logopädenverbandes steht: «...besteht bei LRS ein grundsätzlicher Anspruch auf therapeutische Interventionen» (DLV Positionspapier, S. 2), dann ist das längst nicht für alle Kinder mit Schwierigkeiten im Schriftspracherwerb eine Garantie, therapeutische Hilfe zu bekommen.

Es fragt sich also immer, von welchen Grenzwerten für eine Minderleistung ausgegangen wird und mit welchen Tests gemessen wird.

Im Falle des Positionspapiers wird der Grenzwert mit «mehr als 1 Standardabweichung unter der altersgemässen Durchschnittsleistung» (DLV Positionspapier, S. 2) festgelegt, was den Richtlinien des IDC-10 entspricht (mindestens 2 Standardabweichungen).

Fazit

Mit dem Wissen um eine sehr kleine Stichprobe an untersuchten Gehirnen und um gewisse methodische Untersuchungsmängel darf angezweifelt werden, ob schwerwiegende Schriftspracherwerbsprobleme neurobiologische Ursachen haben können und es Legasthenie im Sinne einer Krankheit tatsächlich gibt (medizinischer Ansatz). Insofern gilt es, als ursächliche Faktoren von LRS negative Umweltfaktoren wie bspw. einen nicht-optimalen Anfangsunterricht im Lesen und Schreiben verstärkt in den Fokus zu rücken (pädagogisch-linguistischer Ansatz). Im Hinblick auf dieses Ursachenverständnis von LRS wiederum muss angehenden Unterstufenlehrpersonen zwingend eine genügend gut fundierte psycholinguistische Ausbildung zugutekommen. Nur so sind diese imstande, potenziell problematische Entwicklungen bei Kindern rasch zu erkennen sowie entsprechend zu intervenieren und passende Förderprogramme zu erarbeiten. Denn ob Krankheit oder nicht: Erfolgreich interveniert wird mit am Stufenmodell orientierten Lese-(Recht-)Schreib-Training.

Wie die Broschüre deutlich macht, ist es aus der Förderperspektive gesehen unwesentlich, ob eine Diskrepanz zur übrigen Intelligenz (medizinischer Ansatz) oder zur Norm (Standardabweichung ICD-10) vorliegt oder nicht. Die Defizite im Bereich Lesen und Rechtschreiben unterscheiden sich nicht grundlegend. Also können bei allen Kindern die gleichen Fördermassnahmen eingeleitet werden.

Im Abschnitt «Kritik an der ICD-10-Klassifikation» (S. 6) wird das in der ICD-10 formulierte Kriterium von mindestens zwei Standardabweichungen kritisiert. Es wird darauf hingewiesen, dass schon eine einzige Standardabweichung die Schullaufbahn massiv gefährden kann. Wenn nun aber bei einer Standardabweichung noch kein Anspruch auf Therapie besteht, liegt hier eine grosse Lücke vor. Es ist wichtig, dass sich Lehrpersonen und weitere Fachleute dessen bewusst sind und entsprechende Anstrengungen unternehmen, um LRS früh zu erkennen und schnell zu unterstützen. Es ist wichtig, die Lese- und Schreibdidaktik weiterzuentwickeln.

Der Nutzen von isoliertem Fertigkeitstraining basaler Teilleistungsschwächen für Lesen und Rechtschreiben ist aus der Optik des pädagogisch-linguistischen Ansatzes sehr fragwürdig. So machen beispielsweise Augentrainings nur Sinn, wenn sie eng mit dem Lesen verbunden werden. Der Transfer entsteht nicht von selbst! Diese Verbindungen muss durch die Lehrperson (Didaktik/Methodik) hergestellt werden. Inzwischen gibt es hierfür bereits ausgearbeitete Unterrichtsmaterialien (z.B. «Lesen. Das Training»).

Forderung für die Ausbildung und lebenslanges Lernen

Mit der Forderung der Autorin Flurina Hodel, den «Unterstufenlehrpersonen zwingend eine genügend gut fundierte psycholinguistische Ausbildung zugutekommen zu lassen» gehe ich völlig einig. Allerdings bräuchte es dazu mehr zeitliche Ressourcen in der Ausbildung. Solche Forderungen könnten aber auch andere Ausbildungsbereiche mit der gleichen Dringlichkeit und Berechtigung vorbringen. Diese umzusetzen wäre nur möglich mit einer längeren Ausbildungszeit – die wir aber so nicht haben. Ich denke daher, dass es eine Aufgabe von Weiterbildung (Kurse) aber auch von Lernen «on the Job» ist, sich mit dem Unterrichten dieser für unsere Kultur so zentralen Fertigkeit ein ganzes Berufsleben lang zu beschäftigen. Zur Vertiefung des Fachwissens kann die Zusammenarbeit mit Logopädie und Heilpädagogik genutzt werden.

Konkurrenz der Aufgaben

Legasthenie-Therapeutinnen, wie es diese früher gab, werden an der Hochschule für Heilpädagogik nicht mehr ausgebildet. Legasthenietherapie und -Diagnostik sind heute integraler Bestandteil der Ausbildung in Schulischer Heilpädagogik und in Logopädie². Die Arbeit der Fachkräfte in Schulischer Heilpädagogik und in Logopädie umfasst die verschiedensten Aufgaben, LRS/Legasthenie steht in Konkurrenz mit vielen anderen Problemen. Das heisst aber auch: die Ressourcen für eine Therapie sind sehr begrenzt. Umso wichtiger ist die diagnostische und beratende Unterstützung der Lehrpersonen.

² Vgl. www.hfh.ch/de/studium/ma-schulische-heilpaedagogik/fragen-und-antworten (aufgerufen am 8.6.2016).

Das Positionspapier des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes (DLV) macht deutlich, dass Logopädinnen und Logopäden den Beratungs- und den Kooperationsaspekt hoch werten und dazu bereit sind (vgl. DLV Positionspapier S. 4). So liegt es an den übrigen Akteuren der Schule, diese Angebote auch zu nutzen. Schulleitungen sollten solche Beratungen und Zusammenarbeit initiieren und unterstützen, damit das Fachwissen in die Klassenzimmer gelangt.

Screenings und Diagnose

Es ist den Schulleitungen, den Fachlehrkräften der Logopädie und der Heilpädagogik, aber auch den Klassenlehrpersonen sehr zu empfehlen, schon im ersten Halbjahr der ersten Klasse Screenings und genaue Beobachtungen (evtl. Reihenuntersuchungen) durchzuführen, um all den Kindern frühzeitig beizustehen, die Defizite aufweisen oder auf Grund eigenwilliger Lesekonzepte (auswendig aufsagen, erschliessen) nicht wirklich decodieren können. Nur so können neurologische Fehlprägungen, die zu zunehmenden Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten führen, vermieden werden. Für die professionelle Diagnose einer LRS sind im Kanton Zug die Logopädinnen der gemeindlichen Schulen zuständig. Für die Förderung können «sowohl die Logopädinnen und Logopäden als auch die Schulischen Heilpädagoginnen und Heilpädagogen involviert sein» (DBK: Merkblatt LRS, Kap. 2).

Förderung

Flurina Hodel schreibt: «Aufgrund fehlender Wirksamkeitsnachweisen von schriftfernen alternativen Therapiemethoden wird der Grundsatz der Schriftnähe verfolgt: Förderprogramme sollten den Erstlese- und Erstschreibunterricht vertiefen und ergänzen, das heisst u.a. ein individuell angepasstes und am Stufenmodell orientiertes Lese- (Recht-)Schreib-Training sowie Trainings von Lernstrategien beinhalten» (vgl. Tabelle Seite 7-8 dieser Broschüre, letzte Zeile). Zur Unterstützung dieser Aufforderung möchte ich auf folgende Publikationen hinweisen, welche die genannten Aspekte praktisch umsetzen (siehe «Weitere Literaturhinweise», S. 16):

- Grundbausteine der Rechtschreibung von Katharina Leemann Ambroz
- Lesen. Das Training 1, 2, 3. Autorenteam
- Grundlagen der Lesedidaktik von Rosebrock und Nix
- Leseflüssigkeit fördern von Rosebrock et al.
- Bezüglich Fremdsprachenunterricht verweise ich auf den Aufsatz: Lese- und Rechtschreibschwäche im Fremdsprachenunterricht in Infonium Fremdsprachen 2/2013 der PH Zug

Dipl.-Päd. Elisabeth Müller

Gastdozentin für Heilpädagogik PH Zug;
Expertin (Zweitgutachterin) der Bachelorarbeit
«Zankapfel Legasthenie. Der medizinische und pädagogisch-linguistische Ansatz im Vergleich»

Literatur

- DBK, Amt für gemeindliche Schulen (2010). Merkblatt LRS. Auswirkungen der Lese- und Rechtschreibstörung (LRS) auf die Notengebung in den Sprachfächern.
- DLV (Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband) Positionspapier (2014). Logopädie und Lese-Rechtschreibstörungen. Download: www.logopaedie.ch
- Dummer-Smoch, L. (2007a). Schwierigkeiten beim Lesenlernen aufgrund einer spezifischen Störung (Legasthenie) oder Ausdruck einer allgemeinen Lernbeeinträchtigung. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (Bd. 1 Handbuch Sonderpädagogik) (S. 370-395). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Dummer-Smoch, L. (2007b). Legasthenie – zur Begrifflichkeit in den Legasthenie-Erlassen der deutschen Bundesländer. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (Bd. 1 Handbuch Sonderpädagogik) (S. 511-519). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Grosche, M. (2012). *Analphabetismus und Lese-Rechtschreib-Schwächen*. Münster: Waxmann Verlag GmbH.
- Hofmann, B. (2006). Gehirnforschung und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten. In B. Hofmann & A. Sasse (Hrsg.), *Legasthenie. Lese-Rechtschreibstörungen oder Lese-Rechtschreibschwierigkeiten? Theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen mit Förderprogrammen* (S. 100-116). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben.
- Klicpera, C., Schabmann, A. & Gasteiger-Klicpera, B. (2013). *Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag (4. überarb. Aufl.).
- Rosenkötter, H. (2007). Neurologische Grundlagen der Legasthenie. In H. Schöler & A. Welling (Hrsg.), *Sonderpädagogik der Sprache* (Bd. 1 Handbuch Sonderpädagogik) (S. 419-431). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Schleider, K. (2009). *Lese- und Rechtschreibstörungen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Suchodoletz, W. von (2010). Therapie von Lese- und Rechtschreibstörungen. In W. von Suchodoletz (Hrsg.), *Therapie von Entwicklungsstörungen. Was wirkt wirklich?* (S. 89-128). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH.
- Valtin, R. (2006a). Der medizinische Ansatz der Legasthenie und seine Problematik. In B. Hofmann & A. Sasse (Hrsg.), *Legasthenie. Lese-Rechtschreibstörungen oder Lese-Rechtschreibschwierigkeiten? Theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen mit Förderprogrammen* (S. 44-59). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben.
- Valtin, R. (2006b). Förderung von Kindern mit Schwierigkeiten beim Schriftspracherwerb (LRS). In B. Hofmann & A. Sasse (Hrsg.), *Legasthenie. Lese-Rechtschreibstörungen oder Lese-Rechtschreibschwierigkeiten? Theoretische Konzepte und praktische Erfahrungen mit Förderprogrammen* (S. 127-148). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben.

Weitere Literaturhinweise

- Leemann Ambroz, K. (2015). *Grundbausteine der Rechtschreibung*. Zug: Klett und Balmer.
- Lesen. Das Training (1-3):
Kruse, G., Rickli, U., Riss, M. & Sommer, T. (2013/2014). *Lesen. Das Training 1. Fertigkeiten, Geläufigkeit, Strategien*. Bern: Schulverlag plus AG.
Kruse, G., Riss, M. & Sommer, T. (2012/2014). *Lesen. Das Training 2. Fertigkeiten, Geläufigkeit, Strategien*. Bern: Schulverlag plus AG
Autorenteam (2013). *Lesen. Das Training 3. Fertigkeiten, Geläufigkeit, Strategien*. Bern: Schulverlag plus AG
- Müller, E., & Nadig, S. (2013). *Lese- und Rechtschreibschwäche im Fremdsprachenunterricht*. PH Zug: Infonium 2/2013, 11. Online unter: publikationen.phzg.ch > Print-Newsletter Infonium
- Rosebrock, C., Nix, D., Rieckmann, C. & Gold, A. (2011). *Leseflüssigkeit fördern. Lautleseverfahren für die Prima- und Sekundarstufe*. Seelze: Klett und Kallmeyer.
- Rosebrock, C. & Nix, D. (2008). *Grundlagen der Lesedidaktik und der systematischen schulischen Leseförderung*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.