pedocs
Open Access Erziehungswissenschaften

DIPF

Valtin, Renate

Brauchen wir die Legasthenie?

2009, 5 S.
urn:nbn:de:0111-opus-14698

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

pedocs
Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)
Informationszentrum (IZ) Bildung
Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main
eMail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Renate Valtin

Brauchen wir die Legasthenie?

Zum Konstrukt der Legasthenie

Es gibt höchst intelligente Personen, die beim Erlernen von komplexen Leistungen besondere und langandauernde Probleme haben, sei es nun Golfspielen, Autofahren, Musizieren oder Rechnen, um nur einige Beispiele zu nennen. Niemand würde auf die Idee kommen, ihnen eine spezifische Störung oder gar krankhafte Defizite zu bescheinigen. Niemand? Tatsächlich wird im Falle von Lese-Rechtschreibschwächen eine solche Differenzierung zwischen intelligenten (das sind dann die Legastheniker) und minder intelligenten Personen vorgenommen, zum Beispiel im neuen bayerischen Erlass zur "Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens" vom 16.11.1999. Mit dieser Differenzierung ist die schon vor Jahrzehnten geführte und von vielen ad acta gelegte Diskussion um Sinn und Unsinn des Konstrukts Legasthenie wieder entfacht worden. In diesem Beitrag soll aufgezeigt werden, dass das Konstrukt Legasthenie nicht sinnvoll ist, sondern im Gegenteil schädliche Auswirkungen auf die betroffenen Kinder haben kann.

Die österreichische Psychologin Linder definierte 1951 Legasthenie im Sinne eines *kausalen* Begriffs als spezifische Lesestörung mit Krankheitscharakter bei Kindern mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz. Sie grenzte die Legastheniker ab nicht nur von den unterdurchschnittlich intelligenten, sondern auch von Kindern mit manifesten Gesichts- und Gehörstörungen, mit sonstigen körperlichen Behinderungen oder unzureichenden Schulverhältnissen. Legasthenie sei erkennbar aufgrund typischer Fehler, den Reversionen (Verwechslungen spiegelbildlicher Buchstaben wie d- b, p - q oder Vertauschungen der Reihenfolge von Buchstaben wie bei ie - ei), sowie typischen Erscheinungsformen wie Raumlagelabilität bzw. Rechts-Links-Unsicherheit, visuellen Gliederungsschwächen und Linksdominanz (Linkshändigkeit und Linksäugigkeit).

Vom Ende der 60-er Jahre an wurden zahlreiche größere empirische Untersuchungen durchgeführt, die zeigten, dass- wenn überhaupt- nur ein verschwindend geringer Anteil von Legasthenikern die postulierten Charakteristika aufweisen. Legasthenie wurde deshalb als *deskriptiver* Begriff- zur Beschreibung unterschiedlicher Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben- und als *Synonym* für "Lese-Rechtschreibschwäche" verwendet. Schließlich empfahl die Kultus-Minister-Konferenz 1978, die so belastete Bezeichnung Legasthenie aufzugeben und durch den Begriff Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (LRS) zu ersetzen. Diese Sprachregelung trägt auch der Erkenntnis Rechnung, dass Schwierigkeiten beim Lesen und Rechtschreiben von vielfältigen Faktoren, wie familiären Bedingungen, aber auch den schulischen Lernverhältnissen und lesemethodischen Mängeln, abhängig sind. Die Empfehlung der KMK beinhaltet auch, dass besondere Fördermaßnahmen **allen** lese-rechtschreibschwachen Kindern zugute kommen und nicht nur den intelligenten Legasthenikern (In den 70-er Jahren waren tatsächlich in einigen Bundesländern schwachbegabte Schüler/innen mit LRS aus den Fördergruppen ausgeschlossen!).

Obwohl alle Annahmen des "klassischen" kausalen Legasthenie-Konzepts als falsifiziert gelten (vgl. auch Bühler-Niederberger 1991), finden sich innerhalb des medizinischen Ansatzes immer noch Anhänger dieses Konzepts, die gegenwärtig in der Öffentlichkeit viel Resonanz finden. Sie definieren Legasthenie als spezielle Lese-Rechtschreibstörung bei intelligenten Kindern und betrachten angeborene bzw. ererbte Defekte des Kindes ("Teilleistungsstörungen") als Ursache der Legasthenie. Durch Presse und "Ratgeberliteratur" geistern zur Zeit folgende Aussagen: "Legasthenie beruht auf neuropsychologischen Funktionsstörungen", "Legastheniker haben Teilleistungsschwächen", "Zwanzig Prozent der Kinder haben, zum Teil leichte, legasthene Störungen", "Legasthenie ist nicht heilbar".

Demgegenüber halten die Vertreter/innen eines pädagogisch-psychologischen Ansatzes eine Differenzierung von intelligenten Legasthenikern und weniger intelligenten LRS-Kindern nicht für gerechtfertigt und erklären LRS innerhalb eines Ansatzes, der das dynamische Wechselspiel sozial-familiärer, individuell-kognitiver und schulischer Faktoren berücksichtigt. LRS wird nicht als Lernbehinderung

oder als Beeinträchtigung der Lernfähigkeit, angesehen, sondern als Problem einer fehlende Passung zwischen Lernvoraussetzungen und Lernangeboten.

In der gegenwärtigen Diskussion streiten sich Mediziner und Pädagogen/Psychologen um die Zuständigkeit für Legasthenie bzw. LRS, die auch einen profitablen Diagnose- und Therapiebereich sichert.

Zur Kritik am medizinischen Modell der Legasthenie

Die Kritik am medizinischen Modell ist vielfältig (s. auch Scheerer-Neumann 2003, Valtin 2001):

- Das Konstrukt Legasthenie ist ***theoretisch* nicht sinnvoll**, denn es beinhaltet die Annahme, die Intelligenz sei ein wesentlicher Faktor für den Erfolg im Lesen- und Schreibenlernen und Legasthenie sei deshalb eine erwartungswidrige Störung. In IGLU (Internationale Grundschul-Leseuntersuchung) korrelierte der Intelligenztest mit der Lesekompetenz zu r =.50, mit der Rechtschreibleistung zu r =.39. Die Korrelationen weisen also nur eine mittlere Höhe auf, d. h. Diskrepanzen zwischen dem IQ und den Leistungen im Lesen und Rechtschreiben sind also erwartungsgemäß und keinesfalls krankhaft.
- Dieses Konstrukt ist ***methodisch* nicht sinnvoll**, denn bei der Feststellung einer Diskrepanz zwischen IQ und Leistungen im Lese- und im Rechtschreibtest gehen die Messfehlerschwankungen ein und führen zu unzuverlässigen Resultaten. Je nach Verwendung unterschiedlicher Intelligenztests werden zudem unterschiedliche Kinder als Legastheniker diagnostiziert, wie anhand einer größeren Stichprobe demonstriert wurde (Valtin 1981).
- Dieses Konstrukt ist ***diagnostisch* nicht sinnvoll**, denn die so definierten Legastheniker unterscheiden sich weder in ihren Schwierigkeiten im Lesen und der Rechtschreibung (Klicpera/Gasteiger-Klicpera 1993) noch in anderen Funktionsbereichen (Valtin 1981, Weber/Marx/Schneider 2001) von anderen Kindern mit LRS. Auch die Ergebnisse aus IGLU belegen dies. Ein Vergleich von rechtschreibschwachen Schüler/inne/n mit niedriger und mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz zeigte, dass sich beide Gruppen nicht in ihren Fehlerschwerpunkten unterschieden (Valtin u.a. 2003).
- Das Konstrukt Legasthenie ist ***wissenschaftlich* nicht haltbar**. Ihm liegt die Annahme zugrunde, das Kind könne aufgrund einer krankhaften Eigenschaft nicht lesen und schreiben lernen. Vor allem Mediziner verweisen auf "Teilleistungsstörungen" bzw. auf Funktionsschwächen im kognitiven Bereich, z. B. Schwierigkeiten in der visuellen Wahrnehmung, in der visomotorischen Koordination und der auditiven Differenzierung. Die Annahme, dass Funktions- oder Teilleistungsschwächen wesentlich zur Legasthenie beitragen, ist jedoch empirisch widerlegt. Unter den Legasthenikern gibt es nur einen ganz geringen Prozentsatz von Kindern, die überhaupt derartige Defizite aufweisen (Valtin 1981; Klicpera/Gasteiger-Klicpera 1993). Hingegen gibt es viele Kinder mit "Teilleistungsschwächen", die keinerlei Probleme beim Schriftspracherwerb haben (Schenk-Danziger 1991). Warum sollen solche "Teilleistungsschwächen" einmal zu Legasthenie führen und einmal nicht, und warum gibt es Legastheniker ohne derartige Schwächen? Das Modell der Teilleistungsschwächen gibt darauf keine Antwort, außer der etwas kläglichen: Bei einigen Legasthenikern gibt es ein gemeinsames Auftreten. Dies dient nicht der Erhellung (eine ausführliche Auseinandersetzung mit empirischen Befunden zu "Teilleistungsstörungen" findet sich bei Valtin 2001).
  Nicht überraschend sind deshalb die fehlenden therapeutischen Erfolge von Programmen im visuellen oder visomotorischen Bereich (Scheerer-Neumann 1979). Dies gilt auch für auditive Trainings mit Hilfe des Brainboy nach Warnke (Klicpera/Gasteiger-Klicpera 1996).
  Die Theorien der Teilleistungsstörungen beruhen auf dem Gedanken, dass es sich beim Lesen- und Rechtschreibenlernen vor allem um Wahrnehmungsleistungen handele. Tatsächlich geht es beim Schriftspracherwerb um eine Denkentwicklung und den Erwerb von Einsichten in den Zusammenhang von gesprochener und geschriebener Sprache (Valtin 2000).
- Dieses Konstrukt ist **therapeutisch nicht brauchbar**, denn die so definierten Legastheniker brauchen keine anderen Therapiemaßnahmen als andere Kinder mit LRS. Der Therapie-Erfolg

ist auch nicht von der Intelligenz der Kinder abhängig (zuletzt Weber/Marx/Schneider 2001). Dieses Ergebnis spricht für die Empfehlungen der KMK von 1978, alle Kinder mit Lese-Rechtschreibschwierigkeiten unabhängig von ihrem Intelligenzniveau zu fördern.

Die Schädlichkeit des medizinischen Modells von Legasthenie

Generell besteht heute Einigkeit darüber, dass eine gute Diagnose Voraussetzung dafür ist, Kindern mit Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten zu helfen, und dass eine derartige Diagnose gleichzeitig adäquate Förderhinweise gibt. Innerhalb des medizinischen Modells werden Kinder mit vermuteter Legasthenie einer umfangreichen Diagnose vor allem im Hinblick auf Hirnfunktionen und verschiedene Wahrnehmungsbereiche unterzogen. Anhand eines Gutachtens, das mir von einer Lerntherapeutin zur Verfügung gestellt wurde, sollen die Probleme dieses medizinischen Ansatzes verdeutlicht werden. Auf Drängen der Lehrerin wurde ein rechtschreibschwaches Kind in einer Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht mit folgendem Ergebnis:

"1. Wahrnehmungsverarbeitungsstörung in den Bereichen - visuell: Speicherung für visuelle Reize, Augen-Hand-Koordinationsstörung, Raum-Lage-Probleme,- motorisch: Gleichgewicht wie Grafomotorik, auditiv Einschränkung des semantischen Gedächtnisses und seiner Verknüpfungsprozesse.

2. Lese-/Rechtschreibstörung sowie sensorische Integrationsstörung, die zu Teilleistungsstörungen in den Bereichen Lesen und Schreiben führen können bei schwankender Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung.

Therapievorschläge:

1. *Medizinische Überprüfung der auditiven Funktionen,*
2. *Evtl. Stimulanztherapie (Ritalin) im sechswöchigen Versuch, um Gedächtnisstrukturen zu verbessern und die schwankende Aufmerksamkeit und Konzentrationsleistung zu stabilisieren,*
3. *Lerntherapie, um LRS- Problematik wie Rechenprobleme zu bearbeiten,*
4. *Ergotherapie mit sensorischer Integration".*

Glücklicherweise geriet dieses Kind in das Institut für Lernförderung von Ingrid Naegele, wo es mit Hilfe von FIT, einem pädagogischen Lernprogramm, innerhalb eines halben Jahres von seinen Defiziten geheilt werden konnte (Näheres zu FIT, s. Naegele/Valtin 2001). Leider sind derartige medizinische Gutachten die Regel bei der Diagnose "Legasthenie" und den therapeutischen Vorschlägen. Betroffene Kinder erhalten manchmal über Jahre hinweg Therapien in Bezug auf Blickmotorik, NLP, Kinesiologie, Brainboy u. Ä.- und dies ohne jeglichen Erfolg, da nämlich die entscheidende Förderung im Bereich der Schriftsprache selbst unterbleibt. Makabrer Weise werden die mangelnden Erfolge dann als Therapieresistenz und als Beweis für das Vorliegen einer gravierenden Legasthenie gedeutet.

Das medizinische Konstrukt Legasthenie kann also therapeutisch schädlich sein, weil falsche Fördermaßnahmen ergriffen werden und es verhindert, dass Legastheniker Therapien erhalten, die gezielt am Versagen im Lesen und Schreiben und an ihrer Einstellung zur Schule und zur Schriftsprache ansetzen. Auch der Förderunterricht in der Grundschule, der sich am klassischen Legastheniekonzept orientiert, hat keinerlei Effektivität (Klicpera/Gasteiger-Klicpera 2001).

Die Diagnose Legasthenie, ursprünglich auch als Entlastung für die betroffenen Kinder gedacht, kann ferner negative Auswirkungen auf das Selbstbild haben (Naegele/Valtin 2001). Schüler/innen mit LRS wurden dazu befragt, wie sie ihre Lernprobleme erklären, und antworteten: Legasthenie kommt von Gott, vom Herrn, von der Verstopfung einer Hirnleitung usf. Wenn Betroffene ihr Versagen auf Gott, die Natur oder ihre Eltern (per Vererbung) zurückführen, so ist dies zwar eine Entlastung von individueller Schuld, diese ist jedoch teuer erkauft durch mögliche psychische Nebenwirkungen. Ein Verweis auf Gott kann ein Hadern mit dem Schicksal, ein Verweis auf die Eltern Aggressionen zur Folge haben. Auch Erklärungen wie "Pilze im Gehirn" oder "falscher Geschlechtsverkehr der Eltern" sind Ausdruck von Ängsten, Verunsicherungen und Hilflosigkeit. Bei einigen Kindern fand sich eine fatalistische oder resignative Haltung: "Legastheniker bleibt man für immer." - "Man lernt damit zu leben, dass man ein Depp ist." - "Man kann gar nichts tun. Entweder es geht weg oder es bleibt ewig." Insge-

samt wurden die Eltern am häufigsten verantwortlich gemacht. Welch ungünstige innerfamiliäre Dynamik und Problematik daraus entstehen kann, ist leicht vorstellbar.

Schädlich ist das medizinische Modell von Legasthenie auch, weil es Defizite beim Lesen und Schreiben in das Kind verlegt und damit den Blick verstellt auf die notwendigen Verbesserungen in Schule, Unterricht und Lehrerbildung. In den Grundsätzen zur Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens stellte die KMK 1978 fest: "Das Lesen und Schreiben zu lehren gehört zu den Hauptaufgaben der Grundschule, und es ist ihre pädagogische Aufgabe, dafür zu sorgen, dass möglichst wenige Schüler gegenüber diesen Grundanforderungen versagen" (abgedruckt in Naegele/Valtin 2003). Zur Verwirklichung dieses Anspruchs sind jedoch vielfältige schulische Voraussetzungen notwendig (und IGLU hat verdeutlicht, dass Deutschland im Vergleich mit erfolgreichen europäischen Nachbarländern hier schlecht abschneidet, s. Bos u. a. 2003):

- mehr Lehrerstunden, damit bei zeitweiliger Doppelbesetzung intensiver auf die unterschiedlichen Lernvoraussetzungen und Schwierigkeiten der Kinder eingegangen werden kann
- Heranziehen von Expert/inn/en mit besonderen Förderkompetenzen, z. B. aus der Sprachheilpädagogik und der Schulpsychologie sowie Ausbildung von Lehrkräften zu Beratungs- oder Förderlehrer/inne/n bei schulischen Problemen
- Erweiterung der Unterrichtszeit, damit jedes Kind seinen Weg zur Schriftsprache finden kann
- eine verbesserte Lehreraus- und -fortbildung.

Wem nützt das Konstrukt Legasthenie?

Zum Abschluss stellt sich die Frage, wieso das Modell der Teilleistungsstörungen und das klassische Legasthenie-Konzept sich nach wie vor großer Beliebtheit erfreuen und sich viele Gruppen darauf berufen, so zum Beispiel der "Bundesverband Legasthenie", eine Interessenvertretung von Eltern "legasthenischer" Kinder, aber auch eine Reihe von Therapeuten und Lehrpersonen. Eine mögliche Antwort: Dieses Konzept hat einerseits eine entlastende Funktion für die Beteiligten: Wenn es sich um eine Teilleistungsschwäche handelt, ist keiner schuld und niemanden trifft Verantwortung. Lehrpersonen können sich von Schuldgefühlen befreien, wenn sie die Ursachen für schulische Leistungsprobleme in Defekten des Kindes sehen (z. B. in der neu erfundenen Dyskalkulie) und ihre Verantwortung für das Lese- und Schreibenlernen des Kindes an außerschulische Instanzen delegieren können. Auch für Eltern ist dieses Konzept nützlich, weil Krankenkassen für eine Therapie von Wahrnehmungsstörungen bereitwilliger zahlen als für ein Lese- und Rechtschreibtraining. Ferner dient dieses Konzept als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme standespolitischen Interessen, indem es bestimmten Berufsgruppen eine zahlungswillige Klientel beschert.

Die pädagogisch-psychologischen Ansätze betrachten Kinder mit LRS als langsam Lernende, denen es besonders schwer fällt, die Hürden des Schriftspracherwerbs zu überwinden. Deshalb brauchen sie in der Grundschule mehr Zeit zum Lernen und vor allem gut ausgebildete Lehrpersonen, die günstige Lernbedingungen realisieren und gezielte Hilfestellungen beim Prozess des Lesen- und Schreibenlernens geben können. Leider gelingt es aber unter den gegenwärtigen schulischen Verhältnissen nicht immer, LRS zu verhindern. In diesen Fällen ist die außerschulische Hilfe von Experten notwendig, für die allerdings besondere Qualitätsstandards gelten muss, wie sie von Löffler, Meyer-Schepers und Naegele (2001) beschrieben worden sind.

Literatur

Bos, W./Lankes, E.-M./Prenzel, M./Schwippert, K./Walther, G./Valtin, R. (Hrsg.): Erste Ergebnisse aus IGLU. Schülerleistungen am Ende der vierten Jahrgangsstufe im internationalen Vergleich. Münster 2003.

Bühler-Niederberger, D.: Legasthenie. Geschichte und Folgen einer Pathologisierung. Opladen 1991.

Klicpera, C./ Gasteiger-Klicpera, G.: Lesen und Sc hreiben- Entwicklung und Schwierigkeiten. Bern 1993.

Klicpera, C./Gasteiger-Klicpera, G.: Auswirkungen einer Schulung des zentralen Hörverm ögens nach edu-kinesiologischen Konzepten auf Kinder mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten. Heilpädagogische Forschung, 22/1996, 57-64.

Klicpera, C./Gasteiger-Klicpera, G.: Anforderungen an die schulische Förderung v on SchülerInnen mit LRS- Erfahrungen aus Österreich. In: Naegele, I. M./Valtin, R. (2001), 170-178.

Löffler, I./M eyer-Schepers, U./Naegel e, I. M.: Überlegungen zur Qualitätssicherung in der kom bi-nierten Lern- und Psychotherapie. In: Naegele, I. M./Valtin, R. $^{ }$(2001), 186-193.

Naegele, I. M./Valtin, R. (Hrsg.): LRS - Legasthenie- in den Klassen 1- 10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Bd. 1: Grundlagen und Grundsätze der Lese- Rechtschreib-Förderung. Weinheim. 6. Auflage 2003.

Naegele, I. M./Valtin, R. (Hrsg.): LRS - Legasthenie in den Klassen 1- 10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 2: Schulische Förderung u nd außerschulische Therapien, Weinheim, 2. Auflage 2001.

Scheerer-Neumann, G.: Intervention bei Lese-Rechtschreibschwäche. Bochum 1979.

Scheerer-Neumann, G.: LRS und Legasthenie: Rückblick un d B estandsaufnahme. In: Naegele, I. M./Valtin, R. (2003), 32-41.

Schenk-Danziger, L.: Legasthenie- Zerebral-funktionelle Interpretation. Diagnose und Therapie. München 1991

Valtin, R.: Zur "Machbarkeit" der Ergebnisse der Le gasthenieforschung. In: Valtin, R./Jung, U./Scheerer-Neumann, G.: Legasthenie in Wissenschaft und Unterricht. Darmstadt 1981.

Valtin, R.: Die Theorie der kognitive n Klarheit - Das neue Verständnis von Lese-Recht schreib-Schwierigkeiten. In: Ganser, B. (Hrsg.): Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten - Di agnose - Förderung - Materialien. Donauwörth 2000, 16-42.

Valtin, R.: Von der klassischen Legasthenie zu LRS- notwendige Klarstell ungen. I n: Naegele, I. M./Valtin, R. (2001) 16-35.

Valtin, R./Badel, I./Löffler, I./Meye r-Schepers, U./Voss, A .: Orthographi sche Ko mpetenzen von Schülerinnen und Schülern der vierten Klasse. In: Bos u. a. (2003) 227 - 264.

Weber, J.-M./Marx, P./Schneider, W.: Legastheniker und allgemein les e-rechtschreibschwache Kinder. Ein Vergleich bezüglich Verursachungsfaktoren und The rapierbarkeit. In: Fölling- Albers, M. u. a. (Hrsg.): Jahrbuch Grundschule III, Frankfurt/a. M. 2001, 188-191.