

## Zum Forschungsstand

Die Ergründung der Legasthenie/LRS hatte ihren Ursprung Ende des 18. Jahrhunderts in der medizinischen Forschung. Schon bald erregte das Thema das Interesse von Forschern anderer Wissenschaftsbereiche wie der Sprachwissenschaft, der Neurobiologie, der Psychologie und der Pädagogik. Heute kursieren unterschiedlichste Erklärungsansätze und Therapieempfehlungen verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen – gepaart mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten.

Grob lassen sich dabei zwei einander gegenüberstehende Positionen ausmachen. Die ältere Position kommt entsprechend der Entstehungsgeschichte aus dem medizinischen Diskurs und bestimmt heute noch überwiegend das diagnostische Vorgehen und die staatliche Handhabung des Themas. Die Gegenposition vertreten überwiegend Pädagogen und Deutschdidaktiker<sup>1</sup>, die die medizinische LRS-Legasthenie-Definition weitgehend ablehnen.

## Die medizinisch-psychologische Position

Mediziner, Neurobiologen und auch viele (Schul-)Psychologen bezeichnen mit dem Begriff des Legasthenikers/der Legasthenikerin nur solche Menschen, deren Lese- und/oder Rechtschreibprobleme *auf genetische und neurobiologische bzw. neurophysiologische Ursachen* zurückzuführen sind.

„Legasthenie“ bedeutet wörtlich „Leseschwäche“, denn zu Beginn der Forschung konzentrierten sich die Wissenschaftler nur auf den Bereich des Lesens. Der Arzt Paul Ranschburg, auf den der Legasthenie-Begriff zurückgeht, untersuchte beispielsweise leseschwache Kinder und kam bereits 1928 zu dem Schluss, dass eine Störung der Hirnfunktion ausschlaggebend für diese Schwierigkeiten sein müsse.<sup>2</sup> Diese Vermutung konnte dank der modernen neurowissenschaftlichen Forschung heute verifiziert werden: Tatsächlich konnten Studien eine hohe Erblichkeitsrate (Leseschwäche 50-60%, Rechtschreibschwäche 60-70%) nachweisen.<sup>3</sup> Außerdem legen Forschungsergebnisse nahe, dass die visuelle und auditive Informationsverarbeitung im Gehirn legasthener Menschen beeinträchtigt ist. Dies wirke sich in der Folge auch auf die Phonologische Bewusstheit, die Fähigkeit zur Lautverarbeitung, aus.<sup>4</sup>

Der modernen Hirnforschung ist es demnach zu verdanken, dass das Vorurteil endgültig ausgeräumt werden konnte, Legastheniker oder LRS-Schüler seien einfach zu bequem und müssten nur mehr üben. Sie konnte beweisen, dass bei den betroffenen Menschen bestimmte Hirnregionen nicht effizient genug arbeiten, dass Neuronen zum Teil nicht richtig ausgebildet werden oder aber die Hirnregionen sich nicht richtig miteinander verbinden, um nur einige Beispiele zu nennen.<sup>5</sup> So kommt es, dass schwache Leser ganz andere Aktivitätsmuster im Gehirn ausbilden als „normale“ Leser. Das Gehirn vollbringt hierbei eine kleine Meisterleistung. Es generiert einen „Workaround“, d.h. es lernt mit Hilfe anderer Hirnregionen, die eigentlich mit dem Lesen gar nichts zu tun haben, indem es diese Areale quasi „umprogrammiert“. Auf diese Weise lernen die Betroffenen trotz ihrer Defizite Lesen, aber weniger flüssig bzw. gut als andere Leser. In dem hier beschriebenen Sinne erscheint die Legasthenie also als ein krankheitswertiges Phänomen.

---

<sup>1</sup> Mittlerweile teilen auch nicht wenige Psychologen diese Auffassung. Hier existieren gewissermaßen zwei „Lager“ innerhalb einer Disziplin.

<sup>2</sup> Vgl. Ranschburg (1928), S. 89

<sup>3</sup> Vgl. u. a. Schulte-Körne (2014), S. 115ff.

<sup>4</sup> Vgl. Bundesverband für Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (2017)

Legasthenie im medizinischen Sinne wird meist synonym zum Begriff der *Lese-Rechtschreibstörung* verwendet. Dieser stammt originär von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Ihrem „Internationalen Klassifikationsschema psychischer Störungen“ (ICD-10) zufolge gehört die Lese-Rechtschreibstörung zu den „umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“, die als „eindeutige Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lese- und Rechtschreibleistungen“ wahrgenommen wird. Diese dürfen nicht schlicht auf eine unangemessene Beschulung des Kindes, eine Hör- oder Sehschädigung oder gar eine Hirnschädigung (beispielsweise durch einen Unfall oder Schlaganfall) zurückzuführen sein. Gleichzeitig muss eine Diskrepanz zwischen der Lese- und Rechtschreibleistung und der grundlegenden Intelligenz des Kindes erkennbar sein.<sup>6</sup>

Nicht immer sind Lese- und Schreibkompetenzen gleichermaßen betroffen: Die WHO unterscheidet zwischen einer Lese- Rechtschreibstörung und einer isolierten Rechtschreibstörung.

Eine isolierte Rechtschreibstörung liegt laut ICD-10 dann vor, wenn die Leseleistung durchgehend, d.h. von Anfang an, normal einzustufen ist, die Rechtschreibleistung jedoch deutlich von der Norm abweicht. Eine isolierte Lesestörung kennt die WHO nicht. Gleichwohl belegen aktuelle Studien, dass ein geringer Anteil legasthener Menschen nachhaltige Probleme beim Lesen hat, ohne dass gleichermaßen die Rechtschreibung betroffen wäre, so dass sich auch dieser Begriff im Diskurs finden lässt.

Von einer *Lese-Rechtschreibschwäche* oder von *Lese-Rechtschreibschwierigkeiten* sprechen die Mediziner, wenn Lese-Rechtschreibproblemen eine allgemeine Entwicklungsverzögerung, eine unzureichende Beschulung, neurologische, motorische oder psychische Störungen, physische Beeinträchtigungen (Hör-, Sehschwäche) oder eine allgemeine Lernschwäche aufgrund eines verminderten Intellekts ursächlich zugrundeliegen.<sup>7</sup>

Während eine Lese-Rechtschreibstörung/Legasthenie also als chronische Störung betrachtet wird, die trotz eingehender Förderung auch im Erwachsenenalter anhält, wird für die Lese-Rechtschreibschwäche angenommen, dass sie bei effektiven Fördermaßnahmen vollständig beseitigt werden kann.<sup>8</sup>

## Medizinisch-psychologische Diagnose und Therapie der Lese-Rechtschreibstörung/Legasthenie

Die LRS-Definition nach dem ICD-10 der WHO erfordert diagnostisch ein umfangreiches Testverfahren. Es muss ausgeschlossen werden, dass das Kind eine Hör- oder Sehschädigung hat oder z.B. an Epilepsie leidet. Zugleich werden familiäre, schulische und Entwicklungsfaktoren eruiert. Hinzu kommt die Überprüfung der Lese- und Schreibleistungen im Vergleich zu den allgemeinen Lernfähigkeiten.

Zentral für die Diagnose der Lese-Rechtschreibstörung sind zwei Vergleichswerte, die jeweils Diskrepanzen aufzeigen sollen. Zum einen wird mit Hilfe normierter Lese- und Rechtschreibtests getestet, wie die Schülerin oder der Schüler hinsichtlich der Lese-Rechtschreibfähigkeiten im Vergleich mit der Altersgruppe bzw. Klassennorm abschneidet. Zum anderen wird die allgemeine Intelligenz des Kindes ins Verhältnis zur Lese-Rechtschreibleistung gesetzt.

Bis heute geben die medizinische Legasthenie-Definition und ihre Diagnostik den Ausschlag für mögliche Kostenübernahmen von Diagnose und Therapie seitens der Krankenkassen und des

<sup>6</sup> Vgl. Dilling et al. (2015), S. 298

<sup>7</sup> Vgl. Schulte-Körne (2014), S. 27f.

<sup>8</sup> Vgl. ebda., S. 27

Staat. Im Verdachtsfall können Eltern ihre Kinder mittels einer Überweisung vom Kinderarzt beim Kinder- und Jugendpsychologen oder in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellen und auf eine Lese-Rechtschreibstörung überprüfen lassen. Die Kosten für diese Überprüfung übernimmt die jeweilige Krankenkasse.

Im Einzelfall kann auch die Lerntherapie bezuschusst werden. Gemäß § 35 des Sozialgesetzbuches können Eltern beim zuständigen Jugendamt einen Zuschuss oder auch die gesamte Kostenübernahme zur außerschulischen Lerntherapie beantragen.<sup>9</sup> Hierfür muss allerdings eine drohende „seelische Behinderung“ nachgewiesen werden: Die Lese-Rechtschreibprobleme haben beispielsweise dazu geführt, dass das Kind Angst vor der Schule hat, ständig über Bauch- oder Kopfschmerzen klagt, in der Schule zum Außenseiter geworden ist oder depressive/aggressive Verhaltensweisen entwickelt hat. Die Praxis zeigt, dass nur sehr wenigen Kindern eine Finanzierung der Therapie durch das Jugendamt gewährt wird. Dies hängt nicht zuletzt auch davon ab, wie viel Geld jeweils zum Testzeitpunkt noch in der Haushaltskasse ist.

Trotz der Tatsache, dass Legasthenie in dem hier definierten Sinne eine Krankheit darstellt, lehnen die Krankenkassen es ab, die Kosten für eine Therapie zu übernehmen. Die Eltern werden mit diesem Problem weitestgehend alleingelassen und in den meisten Fällen entscheidet der eigene Geldbeutel, ob ein Kind eine außerschulische Förderung erhält oder nicht.

## Kritik am medizinisch-psychologischen Ansatz

Kritiker der medizinischen Legasthenie-Definition stören sich insbesondere am IQ-Diskrepanzkriterium. Studien widerlegen, dass überhaupt eine signifikante Wechselwirkung zwischen IQ und den Lese-Rechtschreibkompetenzen vorliegt.<sup>10</sup> Zudem seien die Messverfahren unzuverlässig: Je nachdem, welcher Test zum Einsatz kommt, variierten die Ergebnisse.<sup>11</sup>

Im Zentrum der Kritik stehen aber vor allem die bildungspolitischen Auswirkungen der IQ-Diskrepanz-Definition. Lesen und Schreiben gehörten zu den zentralen Schlüsselqualifikationen, die alle Schüler und Schülerinnen benötigten, um sich später auf dem Arbeitsmarkt behaupten zu können. Dementsprechend habe die Gesellschaft und institutionell die Schule die Aufgabe, ALLEN Schülerinnen und Schülern diese Kompetenzen zu vermitteln und sie bestmöglich im Schriftspracherwerbsprozess zu unterstützen, unabhängig davon, wie intelligent sie seien. Die Diskrepanz-Definition in Verbindung mit dem Intelligenzquotienten ließe viele leistungsschwache Schülerinnen und Schüler mit einer eher niedrigen Intelligenz durch das „Legasthenie-Sieb“<sup>12</sup> fallen. Sie erhielten keine Förderung, weil sich ihr IQ nicht maßgeblich von ihrer Lese-Rechtschreibleistung unterscheidet.

Diese als Diskriminierung empfundene Auslese von LRS-Schülern sei umso unsinniger, als festgestellt wurde, dass sich klinisch diagnostizierte Legastheniker von anderen Lese-Rechtschreibschwachen – mal abgesehen vom Intelligenzkriterium – praktisch nicht unterscheiden. Weder in Bezug auf die spezifischen Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben noch auf die Fähigkeit zur Lautanalyse konnten Unterschiede festgestellt werden. Auch die Fehlerschwerpunkte ähneln sich. Des Weiteren konnten Sprachwissenschaftler belegen, dass klinische Legastheniker und andere lese-rechtschreibschwache Schülerinnen und Schüler

<sup>9</sup> § 35 SGB, Aches Buch. Kinder und Jugendhilfe

<sup>10</sup> Vgl. Schneider, W. (2008), S. 43-46

<sup>11</sup> Vgl. Valtin (2009), S.3

<sup>12</sup> Scheerer-Neumann (2015), S. 26

gleichermaßen von einem Lese- Rechtschreibtraining profitieren. Es bedarf keiner unterschiedlichen Therapieansätze, um diese beiden Gruppen wirksam zu fördern. Zuletzt konnten auch keine Unterschiede bezüglich der emotionalen Auswirkungen der Problematik ausgemacht werden.<sup>13</sup>

Die langanhaltende Kritik dieses Aspekts hat dazu geführt, dass auch unter den Medizinern mittlerweile vermehrt propagiert wird, die Intelligenzdiskrepanz-Definition des IDC-10 zugunsten einer Altersnorm-Diskrepanz aufzugeben.<sup>14</sup>

## Die Sicht von Pädagogen und Deutschdidaktikern

Im pädagogisch-didaktischen Diskurs wird der Legasthenie-Begriff häufig vermieden oder aber als Synonym für eine „Lese-Rechtschreibschwäche“ oder „Lese-Rechtschreibschwierigkeiten“ verwendet. Die pädagogisch-didaktische Definition von Lese-Rechtschreibschwäche ist dabei eine andere als die medizinische: *„Bei Kindern mit LRS handelt es sich um langsam Lernende, denen es besonders schwerfällt, die Hürden des Schriftspracherwerbs zu überwinden.“*<sup>15</sup>

In dieser Formulierung wird deutlich: Pädagogen bzw. Didaktiker setzen nicht bei der betroffenen Person an, sondern sie betrachten zunächst einmal die allgemeine Entwicklung im Schriftspracherwerb. Sie analysieren, welche Kompetenzen Kinder grundsätzlich mitbringen und erwerben müssen, um erfolgreich Lesen und Schreiben zu lernen, und wo aufgrund des Schriftsprachsystems die besonderen Hürden sind. Im basalen Bereich gehören dazu z.B. ähnlich lautende Phoneme (<g>/<k>) oder ähnlich aussehende Grapheme (<b>/<d>), Konsonantenhäufungen im Wort oder komplizierte Grapheme wie <sch> oder <sp>. An diesen Stellen haben zunächst die allermeisten Kinder erste Schwierigkeiten. Gute Leser und Schreiber überwinden sie nur schneller als schwache. Ihre Probleme und Fehlerqualitäten sind dabei aber identisch.

Die Verfechter der Gegenposition zum medizinischen Legasthenie-Begriff bestreiten nicht, dass es genetische und/oder neurobiologische Ursachen für dieses Phänomen gibt, sie lassen aber Umweltfaktoren wie das Elternhaus, die schulische Situation und die psychische Konstitution des Kindes *gleichermaßen* als Ursachen gelten und erweitern somit den Kreis derer, die den Status eines LRS-Schülers/Legasthenikers erhalten. Dabei gehen sie davon aus, dass *allen* geholfen werden muss UND kann. Und Fakt ist, allen kann mit denselben Methoden und Fördermaßnahmen effektiv geholfen werden.<sup>16</sup> Im Kern geht es dabei darum, eine optimale Passung zwischen Lernvoraussetzung (Lernstand) und Lernangeboten herzustellen.

Um dies zu erreichen, befasst sich die Forschung im didaktisch-pädagogischen Bereich in erster Linie mit dem Schriftsprachsystem und seinen besonderen Bedingungen und Herausforderungen. Sie evaluiert, wie genau sich die Entwicklung des Schriftspracherwerbs bei schwachen Lesern und Schreibern vollzieht<sup>17</sup>: Welche Fehlerschwerpunkte ergeben sich, welche Lese- und Schreibkompetenzen genau sind betroffen (Lese- und Schreibgeschwindigkeit, Leseverständnis, Lautanalyse etc.)? Daraus resultieren dann die Empfehlungen für eine sinnvolle Diagnostik und darauf aufbauend für konkrete Fördermaßnahmen einzelner lese- und rechtschreibschwacher Schülerinnen und Schülern.

Diagnostik im pädagogischen Sinne dient dazu, herauszufinden, welche Schüler berechnigt sind, eine besondere schulische und außerschulische Förderung/Unterstützung zu erhalten.

---

<sup>13</sup> Ebda., S. 26

<sup>14</sup> Vgl. LF- Leitlinien, S. 24f.

<sup>15</sup> Valtin (2009), S.3

<sup>16</sup> Vgl. Klicpera et al. (2017), S. 15

<sup>17</sup> Vgl. z.B. Klicpera et al. (2017) oder Scheerer-Neumann (2015)

Von der medizinisch-psychologischen Diagnostik unterscheidet sie sich im Wesentlichen dadurch, dass kein Intelligenztest durchgeführt wird, weil dieser Wert für die Diagnose als irrelevant angesehen wird. Fachleute für eine solche Diagnostik können, müssen aber nicht zwangsläufig Kinder- und Jugendpsychologen sein. Auch gut ausgebildete Lerntherapeuten können diese Arbeit übernehmen. Diese Diagnostik muss allerdings von den Eltern selbst bezahlt werden.

Zum Einsatz kommen in jedem Fall (unterschiedliche) normierte Lese- und Schreibtests, die eine Einschätzung der Lese- und Schreibfertigkeiten der betroffenen Schülerinnen und Schüler im Vergleich zum Altersdurchschnitt oder zur Klassennorm ermöglichen.

## Kritische Würdigung

Die Frage bleibt offen, wie man mit Schülerinnen und Schülern verfahren sollte, die knapp über dem Grenzwert liegen. Auch 20% im Testergebnis zeugen von einer weit unterdurchschnittlichen Lese-Rechtschreibleistung, die eine Interventionsmaßnahme Deinerseits erforderlich macht.

Daher solltet ihr die Werte in erster Linie als Richtwerte nehmen und eure eigenen Beobachtungen und Erfahrungen mit dem jeweils betroffenen Kind unbedingt mit einbeziehen, wenn es um eine Einschätzung der Lese-Rechtschreibkompetenzen und um die Festlegung einer Legasthenie/LRS geht.

Zu bedenken geben Kritiker dieses Modells außerdem, dass die Vorstellung, man könne mittels standardisierter Testverfahren ein eindeutiges Kriterium für das Vorliegen einer Lese-Rechtschreibstörung angeben, in die Irre führt. Diagnostische Kriterien seien zudem künstlich hergestellte Konstruktionen und keine Wirklichkeitsabbildungen. Dies wird augenfällig, wenn man die unterschiedlichen Ergebnisse betrachtet, die herauskommen, je nachdem welcher Lese-Rechtschreibtest bzw. welcher Intelligenztest für die Diagnose herangezogen wird.<sup>18</sup>

## Literatur- und Internetquellen

35 SGB, Achstes Buch. Kinder und Jugendhilfe. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/35a.html>, Zugriff: 29.08.2017

Bundesverband für Legasthenie und Dyskalkulie e. V. (Hg.) (2017): Die Ursachen für Legasthenie/Lese-Rechtschreibstörung. URL: <https://www.bvl-legasthenie.de/legasthenie/ursachen.html>, Zugriff: 30.08.2017

Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) (2016) (Hg.): **Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und / oder Rechtschreibstörung**. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3); AWMF-Registernummer 028 -044, URL: [https://www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung/leitl\\_lrs.php](https://www.kjp.med.uni-muenchen.de/forschung/leitl_lrs.php), Zugriff: 28.08.2017

Dilling, H.; Mombour, W; Schmidt, M.H. (Hg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10. Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag

---

<sup>18</sup> Vgl. Valtin (2009): Brauchen wir die Legasthenie? S.4, URL: [http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1469/pdf/brauchen\\_wir\\_die\\_legasthenieD\\_A.pdf](http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1469/pdf/brauchen_wir_die_legasthenieD_A.pdf), Zugriff: 30.08.2017

Klicpera, C. et. al (2017): Legasthenie – LRS. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. München/Basel: utb. Verlag

Wolf, M. (2009): Das lesende Gehirn. Wie der Mensch zum Lesen kam – und was es in unseren Köpfen bewirkt. Heidelberg: Spektrum Verlag

Ranschburg, P. (1928): Die Lese- und Schreibstörungen des Kindesalters. Halle: Marhold Verlag

Scheerer-Neumann, G. (2015): Lese- Rechtschreibschwäche und Legasthenie. Grundlage, Diagnostik und Förderung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag

Schulte-Körne, G. (2014): Ratgeber Legasthenie. Frühzeitig erkennen. Richtig reagieren. Gezielt behandeln. München: NIKOL Verlag

Valtin, R. (2009): Brauchen wir die Legasthenie? URL:  
[http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1469/pdf/brauchen\\_wir\\_die\\_legasthenieD\\_A.pdf](http://www.pedocs.de/volltexte/2010/1469/pdf/brauchen_wir_die_legasthenieD_A.pdf), Zugriff:  
30.08.2017