

Büttner, Michael

**Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche -
Versuch einer Bilanz anhand einer Längsschnittbeobachtung**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 32 (1983) 2, S. 45-53

urn:nbn:de:bsz-psydok-29557

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok 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 PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Aus Praxis und Forschung

<i>Bauers, W.:</i> Familientherapie bei stationärer Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Family Therapy in Connection with Clinical Psychotherapy for Children and Teenager)	224
<i>Buddeberg, B.:</i> Kinder mißhandelter Frauen – Struktur und Dynamik von Mißhandlungsfamilien (Children of Battered Wives – Structure and Psychodynamics of Violent Families)	273
<i>Büttner, M.:</i> Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche (Congenital Alexia – A Long Time Procedure)	45
<i>Castell, R., Benka, G., Hoffmann, I.:</i> Prognose enkopretischer Kinder bei stationärer Behandlung (Prognosis of Encopretic Children after Therapy on a Ward for Psychosomatic Diseases)	93
<i>Dellisch, H.:</i> Das symbiotisch-psychotische Syndrom (M.S. Mahler) (The Symbiotic Psychotic Syndrome According to M.S. Mahler)	305
<i>Diepold, B.:</i> Eßstörungen bei Kindern und Jugendlichen (Childhood Eating Disorders)	298
<i>Fries, A.:</i> Sprachstörungen und visuelle Wahrnehmungsfähigkeit (Speech Disorders and the Act of Visual Perceiving)	132
<i>Gehring, Th. M.:</i> Zur diagnostischen Bedeutung des systemorientierten Familienerstinterviews in der ambulanten Kinderpsychiatrie (The Relevance of Systemorientated Initial Family Interview for Diagnosis in Ambulant Child Psychiatry)	218
<i>Geuss, H.:</i> Ursachen der Wirksamkeit Tachistiskopischer Trainings bei Schreib-/Leseschwäche (Tachistoscopic Trainings with Dyslectic Children: Mechanism of Efficiency)	37
<i>Glanzer, O.:</i> Zur kombinierten Behandlung eines 12-jährigen mit dem Sceno-Material und dem Katathymen Bilderleben (Combined Treatment of a Twelve-Year-Old with Sceno-Test Methods and Guide Affective Imagery)	95
<i>Kind, J.:</i> Beitrag zur Psychodynamik der Trichotillomanie (Contribution to the Psychodynamic of Trichotillomania)	53
<i>Klessmann, E., Klessmann, H.-A.:</i> Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? (Anorexia nervosa – A Therapeutical Double Bind)	257
<i>Klosinski, G.:</i> Psychotherapeutische Team- und Elternberatung leukosekranker Kinder während der Behandlung unter Isolationsbedingungen (Psychotherapeutic Team-Consultation including the Parents of Leukosis Children Treated under Conditions of Isolation)	245
<i>Lehmkuhl, G., Eisert, H. G.:</i> Audiovisuelle Verfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Diagnostische und therapeutische Möglichkeiten (Audio-Visual Methods in Psychiatric Treatment of Children and Juveniles: Diagnostic and Therapeutic Opportunities)	293
<i>Lempp, R.:</i> Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme (Child-Guidance-Sections in a Clinical Center: Tasks – Needs – Problems)	161
<i>Meier, F., Land, H.:</i> Anwendung und Prozeßevaluation eines Selbstkontrollprogramms bei Enuresis diurna (Use and Process Evaluation of a Self-Control-Program in Case of Diurnal Enuresis)	181
<i>Merkens, L.:</i> Basale Lernprozesse zur Förderung der visuellen Wahrnehmungsfähigkeit bei Autismus, hirnorganischen Schädigungen und sensorisch-motorischen Deprivationen (Basic Training Processes for the Development of Visual Perception with Autism, Organic Brain Damage, and Sensorimotor Deprivation)	4
<i>Neeral, T., Meyer, A., Brähler, E.:</i> Zur Anwendung des GT-Paartests in der Familiendiagnostik (The Application of the „Gießen Test for Couples“ in Family Therapy)	278

<i>Neumann, J., Brintzinger-v. Köckritz, I., Leidig, E.:</i> Tussis hysterica – Beschreibung eines ungewöhnlichen Symptoms (Tussis hysterica – Case Description of an Unusual Symptom)	206
<i>Pauls, H.:</i> Rollenübernahmefähigkeit und neurotische Störung bei 10- bis 12-jährigen Kindern – Eine Korrelationsstudie (Role-taking-ability and Neurotic Disturbances with Children Aged between 10 and 12 Years – A Study of Correlation)	252
<i>Paulsen, S.:</i> Die Familie und ihr zweites Kind – Erwartungen der Eltern während der Schwangerschaft (The Family and the Second Child – Expectations of the Parents during Pregnancy)	237
<i>Peltonen, R., Fedor-Freybergh, P., Peltonen, T.:</i> Psychopathologische Dynamik nach der Schwangerschaftunterbrechung oder das „Niobe-Syndrom“ der modernen Zeit (Psychopathological Dynamics after Procured Abortion or the Modern Niobe-Syndrome)	125
<i>Perinelli, K., Günther, Ch.:</i> Unverarbeitete Trauer in Familien mit einem psychosomatisch kranken Kind (The Role of a Disturbed Mourning Process in Psychosomatic Families)	89
<i>Saloga, H. W.:</i> Probleme des elektiven Mutismus bei Jugendlichen (Problems of Adolescent Elective Mutism)	128
<i>Schmidtchen, St., Bonhoff, S., Fischer, K., Lilienthal, C.:</i> Das Bild der Erziehungsberatungsstelle in der Öffentlichkeit und aus der Sicht von Klienten und Beratern (The Image of Child-Guidance Clinics among Members of the Public, Clients and Counselors)	166
<i>Schönke, M.:</i> Diagnose des sozialen Lebensraumes im Psychodrama (Diagnosis of Social Life Space in Psychodrama)	213
<i>Steber, M., Corboz, R.:</i> Zusammenhänge zwischen Geschwisterposition und Intelligenz sowie Persönlichkeit bei verhaltensauffälligen Kindern (Realations between Birth Order, Intelligence and Personality in Children with Problem Behavior)	67
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Elterliche Bewertung der Therapie und des Verlaufs bei kinderpsychiatrischen Störungen (Parental Evaluation of Therapy and Course of Child Psychiatric Disorders)	11
<i>Steinhausen, H.-Ch.:</i> Die elterliche Zufriedenheit mit den Leistungen und Erfahrungen im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Poliklinik (Parental Satisfaction in an Outpatient Child-Psychiatric-Clinic)	286
<i>Sturzbecher, K.:</i> Geschwisterkonstellation und elterliche Unterstützung oder Strenge (Sibling Configurations and Parental Support or Severity)	57
<i>Voll, R., Allehoff, W.-H., Schmidt, M. H.:</i> Fernsehkonsum, Lesegewohnheiten und psychiatrische Auffälligkeit bei achtjährigen Kindern (TV-Konsum, Reading Practice and Child Psychiatric Disorder in eight-year-old Children)	193
<i>Wiesse, J.:</i> Zur Funktion der Regression in der Adoleszenz (On the Function of Regression in Adolescence)	1

Pädagogik und Jugendhilfe

<i>Dellisch, H.:</i> Auswirkungen der Charakterstruktur in der Schule (Effects of Personality Structures in School)	76
<i>Ertle, Ch.:</i> Psychoanalytische Anmerkungen zum Handeln des Lehrers (A Psychoanalytical Approach to the Teaching of Behaviorally Disturbed Children)	150
<i>Hagleitner, L.:</i> Der sogenannte Animismus beim Kind (Child Animism)	261
<i>Hobrücker, B.:</i> Die Persönlichkeit von Jugendlichen mit Suizidhandlungen: Stichprobenvergleich und Klassifikation (The Personality of Adolescents with Parasuicides: Comparison of Samples and Taxonomic Klassifikation)	105

<i>Lauth, G.</i> : Erfassung problemlöserrelevanter Kognitionen bei Kindern (Assessment of Childrens Problemsolving Skills) . .	142
<i>Schulteis, J. R.</i> : Hat der Begriff verhaltensgestört unterschiedliche Dimensionen? (What does the Term Behaviorally Disturbed Mean according to Different Points of View) . .	16
<i>Will, H.</i> : Zur Tätigkeit und Ausbildung von Diplom-Psychologen in der Heimerziehung (Employment and Training of Certified Psychologists in Institutional Education)	71

Berichte aus dem Ausland

<i>Brinich, P. M., Brinich, E. B.</i> : Adoption und Adaption (Adoption and Adaption)	21
<i>Martin, P., Diehl, M.</i> : Die Einweisung in ein „Mental Health Institute“ als kritisches Lebensereignis – Aspekte der kognitiven Repräsentanz (Admission into a Mental Health Institute)	26

Tagungsberichte

<i>Remschmidt, H.</i> : Bericht über den VII. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 4.–8. Juli in Lausanne	312
<i>Schmidt, M. H.</i> : Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai in Marburg	310
<i>Sellschopp, A., Häberle, H.</i> : Bericht über die zweite Arbeitstagung für Ärzte und Psychologen in der onkologischen Pädiatrie	114
<i>Steinhausen, H.-Cb.</i> : Bericht über den Second World Congress of Infant Psychiatry vom 29.3.–1.4. 1983 in Cannes, Frankreich	186

Kurzberichte

<i>Hargens, J.</i> : Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Hand-	
---	--

lungsmöglichkeiten: Eine Erwiderung zu Leistikows „Wechselwirkungsmodell ...“	82
<i>Leistikow, J.</i> : Stellungnahme zu „Die Klarheit des eigenen Weltbildes als wesentliche und grundsätzliche Voraussetzung therapeutischer Handlungsmöglichkeiten“ von Jürgen Hargens	85
In memoriam Heinz-Walter Löwenau	117
Gerhard Nissen zum 60. Geburtstag	233
Reinhart Lempp zum 60. Geburtstag	267
Hellmut Ruprecht – 80 Jahre	315

Literaturberichte: Buchbesprechungen

<i>Häfner, H. (Hrsg.)</i> : Forschungen für die seelische Gesundheit. Eine Bestandsaufnahme der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Forschung und ihrer Probleme in der Bundesrepublik Deutschland	233
<i>Hauschild, Th.</i> : Der böse Blick	157
<i>Kornmann, R., Meister, H., Schlee, J. (Hrsg.)</i> : Förderungs-Diagnostik. Konzept und Realisierungsmöglichkeiten	187
<i>Leber, A. (Hrsg.)</i> : Heilpädagogik	157
<i>Mandl, H., Huber, L. (Hrsg.)</i> : Emotion und Kognition	269
<i>Mertens, W. (Hrsg.)</i> : Psychoanalyse: ein Handbuch in Schlüsselbegriffen	317
<i>Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hrsg.)</i> : Studien zur Kinderpsychoanalyse. Jb. I und II. . . .	234
<i>Schneider, H.</i> : Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses	268
<i>Zimmer, D. (Hrsg.)</i> : Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien der Gestaltung	316

Mitteilungen: 34, 86, 116, 158, 188, 235, 270, 318

Aus dem Landeskrankenhaus Schleswig
Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie Schl.-Hesterberg
(Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. H. Meyerhoff)

Legasthenie – Langzeitverlauf einer Teilleistungsschwäche

Versuch einer Bilanz anhand einer Längsschnittbeobachtung

Von Michael Büttner

Zusammenfassung

Eine Zufallsstichprobe von Legasthenikern aus regulären schulischen Bedingungen wurde einmal während der frühen Schuljahre und einmal gegen Ende der Schullaufbahn oder nach der Schulentlassung nach dem Verlauf der Legasthenie und den Förderbedingungen befragt. Die Ergebnisse der letzten Befragung ca. 5–7 Jahre nach der Diagnoseerhebung werden in der vorliegenden Untersuchung mitgeteilt. Dabei zeigt sich, daß unter sehr verschiedenen, sehr intensiven bis sehr mäßigen, systematischen und unsystematischen Förderbedingungen und bei sehr verschiedenen Legasthenie-Symptombildern im Langzeitverlauf weitgehend ähnliche Entwicklungsverläufe resultieren mit dem Ergebnis eines nahezu völligen Abbaus der Legasthenie in den letzten Schuljahren und ohne nennenswerte Folgewirkungen auf die angeschlossene Berufsbildung. Das führt uns zu der Hypothese, daß eine Legasthenie-„Heilung“ nicht nur von Therapie und Förderung abhängt, sondern auch von normalen Entwicklungsveränderungen, Reifungsprozessen der intellektuellen Funktionen und Persönlichkeitsfaktoren. Fördermaßnahmen haben nur einen begrenzten therapeutischen Effekt, dienen aber dazu, daß sich der Legastheniker mit seinen Schwierigkeiten ständig auseinandersetzt und wirken damit möglicherweise verstärkend auf die „Selbstheilungskräfte“. Die Schule muß damit von der Hauptverantwortung für die mäßigen Erfolge von Fördermaßnahmen im Kurzzeitbereich entbunden werden. Dennoch ist der jetzt zu beobachtende Trend zu einem Abblocken der Legasthenie insgesamt keinesfalls gerechtfertigt und die falsche Konsequenz.

Einleitung und Problemstellung

Wir kennen Perioden, in denen sich eine Flut von Veröffentlichungen mit dem Konzept der Legasthenie befaßt, in denen betroffenen Schülern ein Schonraum bereitet wurde oder werden sollte, der bereits mit dem Image einer beschützenden Einrichtung behaftet war. Wo aber steht heute die allgemeine Diskussion um dieses Konzept? Es scheint merklich ruhiger geworden zu sein um die Legasthenie, sowohl was den wissenschaftstheoretischen Aufwand als auch die praktische Berücksichtigung betroffener Schüler im Unterrichtsgeschehen angeht. Bedeutet das, daß alles zu dem Thema gesagt und geschrieben ist, was irgendwie aus

dem Thema „herauszuholen“ ist (und das bei einer Symptomatik, deren wahres Entstehen immer noch Gegenstand von Spekulationen ist), und daß sich die Maßgeblichen von diesem Arbeits- und Interessensfeld abwenden? Oder bedeutet das, daß sich die Diskussion und Beschäftigung mit der Thematik einfach erschöpft, müde gelaufen hat? Sind die Legasthenie-Wegbereiter allmählich dabei, zu resignieren, weil sie anfänglich große Veränderungen in Gang setzen konnten, die schließlich aber in einer allgemeinen Diffusität untergegangen sind? Oder gibt es eine verhängnisvolle Wechselwirkung zwischen einer nachlassenden Würdigung der Thematik im dafür vorgesehenen praktischen Anwendungsfeld, der Schule (zuviel Mehrarbeit, Mehrbelastung) und infolgedessen einer zunehmenden Resignation der Wissenschaft? Wurde die pädagogische Toleranz der Schule überstrapaziert? Das sind einige der Fragen, die sich bei der heutigen Betrachtung des Problems stellen.

Sicher, es gibt zu allen bisher bekannten Fragen im Zusammenhang mit der Legasthenie umfassende wissenschaftliche Darstellungen (u.a. *Ingenkamp*, 1970, *Angermaier*, 1973, 1976), es gibt eine Fülle von Förder- und Lehrmaterial (Übersichten z.B. bei *Rathenow*, 1979, *Rathenow* u.a., 1980), es gibt eine Inflation von Förderideen, aber es gibt auch eine Stagnation in der Weiterentwicklung der Erkenntnisse, der Absicherung von Erfolgskontrollen, der Optimierung der Fördermöglichkeiten. Hat das insgesamt zur Verfügung stehende Material einen Standard erreicht, dem nicht mehr viel hinzuzufügen ist? Es wird öffentlich auch nicht mehr nachdrücklich versucht, die Existenz der Legasthenie schlechthin wegzubeweisen, vielmehr „redet man einfach nicht mehr so viel darüber!“ Und plötzlich sind auch auffällig weniger Legastheniker vorhanden, neue Diagnosen deutlich seltener geworden.

Zu Zeiten der intensiven Beschäftigung mit dem Problem 1975/76 gab es allein in Schleswig-Holstein in einem Jahrgang ca. 17000 Anträge auf Anerkennung als Legastheniker (Presseberichte), nur ein Bruchteil davon konnte diagnostisch tatsächlich erfaßt werden, wo aber sind die ganzen Legastheniker verblieben? Handelt es sich also doch um ein Phänomen, das man erst durch seine wissenschaftliche Konstruktion geboren hat nach dem Motto: Angebote schaffen Ansprüche? Wird quasi eine neue Krankheit erfunden, gibt es auch genug, die an dieser Krankheit zu leiden glauben. Und eine recht einfache Therapiemöglichkeit würde dann darin bestehen, zu behaupten, die Krankheit gebe es doch nicht, also braucht auch niemand mehr

darunter zu leiden. Diese Bewertung geht sogar bis zu höchst offiziellen Stellen. Bereits im Mai 1977 schreibt der niedersächsische Kultusminister an den Bundesverband Legasthenie: „Das Legasthenie-Konzept erweist sich bei näherer Analyse als eine Mischung aus plausiblen Annahmen und relativ willkürlichen Definitionen ... Legastheniker könnten mit großer Berechtigung als verhaltensgestört bezeichnet werden ... Im übrigen wird sich (sinngemäß) das Problem durch einen verbesserten Grundschulunterricht im Laufe der Zeit von selbst erledigen!“

Also war ein schlechter Grundschulunterricht Schuld an der Entstehung hoher Legastheniker-Zahlen! Oder Legastheniker wurden einfach so daher definiert! Dann braucht man schließlich nur die Begriffe zu ändern und schon hat man das Problem gleichfalls erledigt. Immerhin erstaunliche Interpretationsansätze, aber sie zeigen Wirkung. Früher einmal als Legastheniker diagnostizierte Schüler sind also Opfer einer überflüssigen Definition geworden, man braucht sie einfach nicht mehr an diese Definition zu binden und schon treten sie wieder als unauffällige Normal-schüler in Erscheinung, mit vielleicht ein wenig Lernschwierigkeiten, wie sie jeder potentiell entwickeln und wieder abarbeiten kann. Das Konzept Legasthenie führt sich selbst ad absurdum.

Dabei hilft natürlich die Schule nach besten Kräften mit, eine an sich logische Konsequenz, denn gerade hier entstand zusätzliche Arbeit, nicht eingeplante Mehrbelastung, unbequemes Fragen von Eltern usw. Da werden schnell Argumente gefunden, die die eigene Abwehrhaltung bekräftigen, und da wird schnell nach dieser Erkenntnis gehandelt, das Problem Legasthenie zu einer privaten Ansichtssache der Lehrer oder Schulen degradiert, und damit jede Systematik ausgelöscht. Schließlich müssen Eltern die Lehrkräfte auf die noch gültigen Bestimmungen des Erlasses des Kultusministers zur Förderung von Schülern mit Leserechtschreibschwäche aufmerksam machen.

Zugegeben, die hier aufgeführten Statements und Fragen sind bewußt teilweise überzogen, aber sie sollen eine neuere Tendenz in der Entwicklung verdeutlichen, die nicht zu übersehen ist. Und woher bezieht der Verfasser die Legitimation für eine derartige entmutigende Bewertung der Sachlage? Einmal aus dem eingangs geschilderten deutlich reduzierten allgemeinen Engagement auf dem Felde der Legasthenie in Theorie und Praxis, zum anderen aus dem offensichtlichen Rückzug offizieller Instanzen aus diesem Problembereich, eindrucksvoll dargestellt von Atzesberger (1981), aus weiteren Erkenntnissen und Informationen aus dem unmittelbaren schulp-psychologischen Erfahrungs-bereich (Schulen versagen Legasthenikern die entsprechende und im Erlaß vorgeschriebene Berücksichtigung, Lehrkräfte innerhalb derselben Schule versagen oder gestehen die Berücksichtigung je nach persönlicher Einstellung zu, Förderstunden werden bei Stundenfehlzahlen allgemein am ehesten geopfert, Lehrkräfte lassen offen die Legasthenie als ‚Unfug‘ abklassifizieren, Eltern haben kaum noch ungehinderte Möglichkeiten, eine Legasthenie-Anerkennung in der Schule durchzusetzen, weil die gesetzlichen Grundlagen ‚aufgeweicht‘ worden sind, die Schule sich leichter aus der Verantwortung herausziehen kann), aus einer zunehmend

nachrangigen Behandlung der Legasthenie auch in Fachkreisen, wo sie mehr und mehr als eine von vielen Teilleistungsstörungen abgehandelt wird. Somit greifen hier viele Kriterien ineinander, die aber insgesamt ein sich auflösendes Bild der Legasthenie erheben lassen.

Ziele der vorliegenden Untersuchung

Die hier vorgelegten Erhebungsdaten basieren auf einer Längsschnittuntersuchung von 1976 (Büttner, 1978), deren Ergebnisse ausführlich dargestellt wurden, und sollten ein abschließendes Urteil darüber ermöglichen, wie sich Legastheniker-Schicksale im Verlaufe ihrer gesamten Entwicklung klären, auflösen, auswirken oder wie immer man ein fiktives Endstadium auffassen möchte. Es sollten Überlegungen gerade im Hinblick auf die Langzeitbeobachtung dahingehend ermöglicht werden, ob sich Legasthenie im Laufe der Schulzeit als Problem von selbst erledigt, ob es sich erledigt, weil die Schulzeit irgendwann beendet wird, ob es sich ‚gebessert‘ erledigt, ob es endgültig überwunden wird, ob es überhaupt ein Problem war oder nur, wie die neueren Diskussionsansätze im schulischen Bereich glauben machen wollen, eine in charakteristischer Weise veränderte, verlangsamte Lernleistung in einem speziellen Fach.

Methodisches Vorgehen

Die in der Erhebung von 1976 erfaßte Legastheniker-Stichprobe wurde 1980 einer erneuten, schriftlichen Befragung (standardisiertes schriftliches Interview) unterzogen, also ca. 4 Jahre nach der damaligen Datenerhebung.

Bei der Wahl des abschließenden Befragungszeitpunktes mußte davon ausgegangen werden, daß die meisten der 1976 erfaßten Schüler die letzten Schuljahre erreicht oder die Schule bereits verlassen hatten. Die Rückmeldung bestand aus 59 verwertbaren Antworten bei 85 noch erreichten Familien der Legastheniker, die 1976 die 2.-6. Klassen der Grund-, Haupt- und weiterführenden Schulen besucht hatten (Rücksendequote ca. 69%).

Die Zielvorstellung für diese Untersuchung ergab sich aus der Fragestellung, ob Legastheniker unter regulären Unterrichts- und üblichen Förderbedingungen im Verlaufe ihrer Schullaufbahn einen realistischen Heilungsanspruch stellen können, d.h. eine Heilungserwartung gerechtfertigt ist bzw. welche Symptomveränderung überhaupt bei Legasthenikern während der gesamten oder beinahe gesamten Schulzeit abläuft. Die Ergebnisse stellen dabei einen Zufalls-Ausschnitt aus der Praxis dar und können nicht zu allgemeingültigen, repräsentativen Aussagen führen, sie können jedoch als ein relativ breitgestreutes Beispiel aus der Legastheniker-Wirklichkeit verstanden werden.

Beschreibung der Stichprobe

Die Stichprobe der Rückmeldungen (N = 59), die damit zum zweiten Mal von uns zum weiteren Verlaufsgeschehen

der Legasthenie befragt wurde, bestand aus 42 männlichen (71%) und 17 weiblichen (29%) Legasthenikern, was etwa den prozentualen Anteilen der Erstuntersuchung entspricht. Die inzwischen erreichten Klassenstufen und Ausbildungsgänge stellten sich folgendermaßen dar (die Befragung fand zum Ende des Schuljahres statt, so daß bei der Angabe der Klassenstufe die Klasse genannt wurde, die gerade abgeschlossen wurde):

noch Schüler	25 = 42,4%
der 6. Klasse	2 = 3,4%
der 7. Klasse	1 = 1,7%
der 8. Klasse	12 = 20,3%
der 9. Klasse	9 = 15,2%
der 10. Klasse	1 = 1,7%
versetzt in die höhere Klasse	20 = 33,9%
nicht versetzt	4 = 6,8%
schrägversetzt Gymn. → Realschule	1 = 1,7%
der Schule für Lernbehinderte	1 = 1,7%
der Hauptschule	9 = 15,2%
der Realschule	12 = 20,3%
des Gymnasiums	3 = 5,1%
Schulentlassene	34 = 57,6%
mit Hauptschulabschluß	18 = 30,5%
mit Realschulabschluß	16 = 27,1%
in der Berufsausbildung (ausschließlich Lehrberufe in Handwerk u. Dienstleistung)	24 = 40,7%
auf weiterbildenden Schulen (Berufsfachschule, BGJ, Fach- gymnasium, Handelsschule)	10 = 16,9%

% Angaben jeweils bezogen auf die Gesamtstichprobe

Angaben zum quantitativen Legasthenie-Förderaufwand

Bei der Bewertung der Förderungsintensität zogen wir die insgesamt aufgewendete LRS-Förderzeit heran, die außerhalb des regulären Schulunterrichtes eingesetzt worden ist, eine objektivierbare Größe im Gegensatz zur Qualität einer Förderung, die nicht anhand objektiver Kriterien beurteilbar ist. Wir konnten aber davon ausgehen, daß mit einer Ausnahme eines in Dänemark angewendeten Spezialtrainings kein Schüler unserer Stichprobe an Spezialbehandlungen oder Therapien teilnehmen konnte, vielmehr weitgehend die Fördermaterialien eingesetzt wurden, die über den Fachhandel jedermann zugänglich sind und die, benutzt von angelernten Förderlehrern, Deutschlehrern allgemein, Nachhilfekräften aus dem Bereich Oberschüler, Studenten, Eltern usw. überwiegend den didaktischen Umgang mit dem Lesen und Rechtschreiben praktizieren.

Ein objektiver Meßwert der Förderung bestand also in der Angabe der insgesamt gewährten „Nachhilfezeit“. Dabei erhielten wir folgende Ergebnisse:

Anzahl der Schuljahre, in denen eine LRS-Förderung stattfand:

weniger als 1 Jahr	8 Schüler = 13,5%
1 Jahr	5 Schüler = 8,5%
2 Jahre	25 Schüler = 42,4%
3 Jahre	10 Schüler = 16,9%
4 Jahre	6 Schüler = 10,2%
5 Jahre	3 Schüler = 5,1%
6 Jahre und länger	2 Schüler = 3,4%

Anzahl der aufgewendeten Gesamtförderstundenzahl (geschätzt), bezogen auf LRS-Fördermaßnahmen ohne Elternhilfe:

keine „Fach“-Stunden	8 Schüler = 13,5%
bis 50 Stunden	16 Schüler = 27,1%
50 bis 100 Stunden	17 Schüler = 28,8%
100 bis 200 Stunden	14 Schüler = 23,7%
mehr als 200 Stunden	4 Schüler = 6,8%

Die gefundenen Angaben zeigen, daß sowohl hinsichtlich der gesamten Förderdauer als auch der Zahl der erteilten Förderstunden eine erhebliche Bandbreite besteht und eindeutige Erfahrungswerte über bestimmte oder überwiegend Förderzeit – Notwendigkeiten nicht definiert werden können. Eine derartige Festlegung erscheint auch schon deshalb nicht möglich, weil die tatsächlich erteilte Fördermenge in der Regel nicht vom tatsächlich erreichten Besserungsgrad der Symptomatik abhängt, sondern von mehr oder weniger willkürlichen oder zufälligen oder überhaupt erreichbaren Förderangeboten. Wenn wir auch eine absolute Häufung von erteilten LRS-Stunden nicht feststellen konnten, so scheint aber doch die Tendenz vorzuliegen, daß die Gesamtförderung in etwa 2 bis 3 Jahren abgewickelt wird. Hierbei wird man auch den Sättigungseffekt einkalkulieren müssen, der u.U. eher eintritt als der angestrebte Besserungsgrad.

Angaben über die verschiedenen Fördermaßnahmen

Die Qualität einer LRS-Förderung läßt sich nur in kontrollierten Experimenten überprüfen, wenngleich auch hier die Überprüfungspraxis anfechtbar ist, die in der Regel in Fehlervergleichswerten vor und nach einem bestimmten Programm im gleichen Rechtschreibtest besteht und es hierbei einem Legastheniker objektiv wenig Erfolg bringt, wenn seine Leistung im Normvergleich von 30 auf 20 Fehler verbessert werden kann, jedoch immer noch unzureichend ist. Wir beschränkten unsere Bewertung der Fördermaßnahmen auf die Angaben der Einrichtung oder Instanz, welche die Förderung ausführt und woraus Rückschlüsse auf die Kompetenz der Förderung gezogen werden können. Es wurde daher erfragt, von wem die Legastheniker Förderstunden erteilt bekamen. Das Ergebnis lautet:

LRS-Förderstunden in der Schule von Lehrern (außerhalb des regulären Deutschunterrichtes)	35 = 59,3%
LRS-Förderstunden durch private Nachhilfekräfte (Privatlehrer, Oberschüler, Studenten)	13 = 22,0%
LRS-Förderstunden durch organisierte Kurse (z. B. Volkshochschule, Schreibmaschinenkurs)	19 = 32,2%
LRS-Förderung durch Eigenleistung (vorrangig durch Elternhilfe und Selbstarbeit)	25 = 42,4%
Mehrfachnennungen (verschiedene Förder- bemühungen zur gleichen Zeit)	27 = 45,8%
Keine gezielte LRS-Förderung	4 = 6,8%

Daraus geht hervor, daß ca. 93% der Stichprobe von Legasthenikern besondere Förderanstrengungen unternahm bzw. Gelegenheit zu gezielten Nachhilfe- oder zusätzlichen Unterrichtsstunden hatte, um an der Besserung der Legasthenie zu arbeiten durch eine unterrichtsähnliche Gestaltung von Lernbedingungen.

Dieser Prozentsatz entspricht etwa dem der Erstuntersuchung. In 6 Fällen (10,2%) stand nur die sog. Eigenleistung oder Elternhilfe zur Verfügung (wobei sich die Eltern aber vielfach anleiten ließen), 49 Schüler (83%) kamen in den Genuß weitgehend didaktisch organisierter und qualifizierter Legasthenie-Förderung, und fast die Hälfte der Schüler (45,8%) wurde sogar von mehr als einer Instanz gleichzeitig betreut.

Überblick über den endgültig erreichten Fördererfolg

Es stellt sich nunmehr die entscheidende Frage nach dem Ergebnis der Förderbemühungen, nach dem endgültig erreichten Fördererfolg ca. 5–7 Jahre nach der Legasthenie-Diagnoseerhebung.

Wie in der Voruntersuchung war es untersuchungstechnisch nicht möglich, ein exaktes Maß der jetzigen Rechtschreibkenntnisse zu ermitteln, da die betroffenen Schüler zu einem Vergleichstest nicht mehr zur Verfügung standen (bei der ohnehin festgestellten Fragwürdigkeit einer solchen Vergleichsmethode). Somit wurde wiederum das Kriterium erfragt, das auch in der Voruntersuchung eingesetzt wurde, um eine annähernde Einstufung des inzwischen erreichten Fortschritts in der Lese-/Rechtschreibfähigkeit zu erheben. Anhand dieser Beurteilungskriterien konnten wir folgendes Ergebnis feststellen:

Gegenüber der Erhebung von 1976 hatten sich bis 1980 insgesamt 34 Schüler/innen der Stichprobe (= 57,6%) in ihrer Legasthenie-Symptomatik positiv weiterentwickeln können, davon im einzelnen: (s. erstes Schema nächste Spalte).

Gegenüber der Erhebung von 1976 hatte sich bis 1980 bei insgesamt 24 Schüler/innen der Stichprobe (= 40,7%) der Ausprägungsgrad der Legasthenie nicht mehr weiter verändert. Hier war die Legasthenie 1976 folgendermaßen beurteilt worden: (s. zweites Schema nächste Spalte).

bis 1976	bis 1980	N
keine Veränderung	vollständig beseitigt	1 = 1,7%
leicht gebessert	vollständig beseitigt	3 = 5,1%
deutlich gebessert	vollständig beseitigt	5 = 8,5%
keine Veränderung	deutlich gebessert	3 = 5,1%
leicht gebessert	deutlich gebessert	18 = 30,5%
keine Veränderung	leicht gebessert	4 = 6,8%
		34 = 57,6%
bis 1976		N
vollständige Beseitigung		2 = 3,4%
deutliche Besserung		10 = 16,9%
leichte Besserung		10 = 16,9%
keine Veränderung		2 = 3,4%
		24 = 40,7%
keine Vergleichsangabe 1980		1 = 1,7%

Das bedeutet, daß insgesamt 42 Legastheniker unserer Stichprobe im Verlaufe ihrer Legasthenie-Entwicklung bis zur deutlichen Besserung oder Beseitigung ihrer Teilleistungsschwäche gelangen konnten (= 71,2%), daß in 14 Fällen (= 23,7%) noch eine leichte Besserung eingetreten war und daß lediglich in 3 Fällen (= 5,1%) keine positive Beurteilung möglich war. In mehr als der Hälfte der von uns beobachteten Verläufe beanspruchte die Legasthenie-Besserungsentwicklung allerdings nahezu die gesamte Schulzeit, während in ca. 40% der Fälle der erreichbare Fördererfolg bereits mit dem Ablauf der Orientierungsstufe (6. Klasse) abgeschlossen zu sein schien.

Überblick über den Zeitpunkt des Eintritts des endgültigen Erfolges

Im Zusammenhang mit der Besserungs-Entwicklung war es nun wichtig zu ermitteln, welchen Zeitpunkt, d.h. welche Klassenstufe die betroffenen Legastheniker für den kritischen Zeitpunkt halten, zu dem der jetzt vorhandene Kenntnisstand oder Fördererfolg eingetreten war, der ‚Heilungsgrad‘, also, der jetzt als der endgültige Stand der Legasthenie-Entwicklung angegeben wurde. Auch hier kann nur ein annäherndes Bild wiedergegeben werden, da die Veränderungen z.T. so schleichend verlaufen, daß sie sich der exakten Beurteilungsmöglichkeit entziehen.

Danach wurde der 1980 festgestellte Legasthenie-Besserungsgrad insgesamt (N = 59) erreicht (in Klammern die Vergleichszahlen der Stichprobe der deutlich gebesserten und ‚geheilten‘ Legastheniker, N = 42):

in der 5. Klasse	bei 5 Schülern = 8,5%	(3 = 7,1%)
in der 6. Klasse	bei 9 Schülern = 15,2%	5 = 11,9%
in der 7. Klasse	bei 14 Schülern = 23,7%	14 = 33,3%
in der 8. Klasse	bei 19 Schülern = 32,2%	14 = 33,3%
in der 9. Klasse	bei 5 Schülern = 8,5%	(3 = 7,1%)
in der 10. Klasse	bei 2 Schülern = 3,4%	2 = 4,7%
durch So L Umschulung	bei 1 Schüler = 1,7%	
keine Angabe	bei 4 Schülern = 6,8%	1 = 2,4%

Der Zeitpunkt des Eintritts des endgültig erreichbaren Fördererfolges stellt sich in dieser kleinen Stichprobe annähernd normalverteilt dar mit einem eindeutigen Schwerpunkt im 7. und 8. Schuljahr, ohne daß wir dabei klar definieren können, ob auch die Förderschritte so lange gewährleistet waren oder ob der ‚Heilungsprozeß‘ irgendwann sich selbst überlassen war. Die letztere Annahme ist dabei wahrscheinlicher, da der Schwerpunkt der zeitlichen Förderung bei 2–3 Schuljahren lag, demnach nur in wenigen Fällen über die Orientierungsstufe hinaus reichte. Folglich sprechen gewisse Anzeichen dafür, daß sich auch nach Absetzen der Förderung die Besserungsdynamik selbstständig und der weiteren Nachreifung unterliegt. Für diese Tatsache spricht auch, daß sich die Gruppe der deutlich gebesserten und ‚geheilten‘ Legastheniker im Einsetzen des Besserungszeitpunktes nicht bedeutsam von der Gesamtgruppe unterscheidet. Der verhältnismäßig späte Abschluß der Heilungsentwicklung scheint also keine Relevanz zu besitzen für den Grad des erreichbaren Erfolges, dieser ist vielmehr abhängig von der individuellen Aufnahmefähigkeit für die Veränderungsbedingungen durch Förderung und ‚Reifung‘.

Überblick über die Begründungen für den erreichten Erfolg

Wie hinreichend bekannt sind die therapeutischen Bedingungen für eine Legasthenie-Behandlung außerhalb eines speziellen therapeutischen Milieus, also unter sog. regulären Feldbedingungen, orientiert an den Möglichkeiten, die Schule und Elternhaus bieten können.

Unter diesen Umständen sind Veränderungsbedingungen einer Legasthenie weitgehend von Zufallsvariablen abhängig. Es gibt keine kontrollierte Situation, unter der eine Legasthenie-Veränderung systematisch erfaßt werden könnte. Ausgehend von diesen Vorüberlegungen wurde in unserer Erhebung nach der, den Legasthenikern zugänglichen Information zufolge, wahrscheinlichen Begründung für den schließlich erreichten Legasthenie-‚Heilungserfolg‘ gefragt.

Dabei resultierte das folgende Ergebnis (Mehrfachnennungen möglich).

Ich führe den erreichten Legasthenie-Besserungsgrad zurück auf: (s. folgendes Schema).

Das hier wiedergegebene vielfältige Bild der Bedingungsvariablen zeigt gleichzeitig auch ihre Mängel, indem sich eine tatsächlich erfolgreiche, anderen Therapieformen eindeutig überlegene Form der Hilfe in der regulären schulischen Situation nicht herauskristallisiert. Zwar werden organisierte LRS-Förderstunden als relativ erfolgreich erlebt, ebenso erfolgreich scheint aber auch ein mehr oder weniger unsystematisches häusliches „viel üben“ sowie der absolut indifferente Vorgang des „Älterwerdens, Reifens, Abwartens, Geduldhabens“ zu sein und die Mehrzahl der Erfolgsbegründungen beruht auf Vorgängen, die sich außerhalb einer systematischen Legastheniker-Unterrichtung abspielen.

Begründung	n (N = 59)	%
LRS-Förderstunden in der Schule	14	23,7
viel häusliches Üben, Lesen, Schreiben	14	23,7
LRS-Kursus Volkshochschule u. ä.	10	16,9
Geduld, Reife, Älterwerden, Selbstsicherheit	10	16,9
private Nachhilfestunden	8	13,5
Interesse, Motivation	5	8,5
Elternhilfe	4	6,8
Schrägversetzungen R → H, H → So L	3	5,1
Lehrerwechsel	3	5,1
Anerkennung der LRS gemäß Erlaß	2	3,4
Rücksicht des Lehrers	1	1,7
Volfs akustische Reflextheorie	1	1,7
	75	127,0
Mehrfachnennungen	16	27,0
keine Angabe oder entfällt	3	5,1
organisierte LRS-Förderstunden insgesamt	32	54,2
didaktisch unspezifische Bedingungen	43	72,9
Spezialtherapie	1	1,7

Daraus ergeben sich zwei entscheidende Konsequenzen für die Beurteilung der Legastheniker-Hilfen:

1. Eine eindeutig sichere Methode, Legastheniker erfolgreich zu behandeln, ist unter regulären Schulbedingungen nicht zu ermitteln, vielmehr muß die Hypothese formuliert werden, daß Legastheniker von allen Maßnahmen profitieren können, wichtig ist, daß überhaupt etwas gemacht wird. Diese Hypothese gewinnt neue Aktualität.

2. Die Schule muß von ihrer Alleinverantwortung für eine erfolgreiche Legastheniker-Betreuung entbunden werden.

Legasthenie ist kein Problem, das in einem Legastheniker-Unterricht allein erfolgreich gelöst werden kann. Es muß vielmehr die weitere Hypothese formuliert werden, daß die Besserung eines Legasthenikers einem Lotteriespiel gleichkommt, daß erfolgreiche Maßnahmen nach dem trial & error Prinzip zur Wirkung kommen.

Zweifellos ist hier nur eine kleine Stichprobe beobachtet worden, aber es ist eine Stichprobe aus den regulären Umfeldbedingungen eines Legasthenikers und es ergeben sich doch Hinweise darauf, daß die Behandlung eines Legasthenikers neu überdacht werden muß, daß neue Kriterien gefunden werden müssen, um eine Legastheniker-Hilfe adäquat zu definieren. Förderunterricht ist erfolgreich, eine schulische Entlastung ist erfolgreich, Sichzuhause-hinsetzen und viel lesen und schreiben ist erfolgreich, aber es reicht nicht, um festzustellen, so behandelt man einen Legastheniker richtig und vollständig. Mit ähnlicher Wirksamkeit kann gefordert werden, einfach abzuwarten, es wird sich mit den Jahren schon von selbst bessern. Tatsache ist nur, daß eben irgendetwas geschehen muß, damit der Legastheniker sich mit seinen Defiziten beschäftigt oder beschäftigt wird, daß er sich mit seinen Defiziten auseinandersetzt. Allein diese Maßnahme erscheint allen

gemeinsam, der kleinste gemeinsame Nenner (ca. 93% unserer Stichprobe erfüllten diese Voraussetzungen), Schlußfolgerungen, die sich aus der Praxis herleiten.

Spezifische Legastheniker-Bedingungen in der Schule

In einem Zeitabschnitt kurz vor der Beendigung der Schullaufbahn oder nach dem Verlassen der Schule ergibt sich die Möglichkeit, die Art und Weise, wie ein Schüler als Legastheniker insgesamt seine schulische Situation erlebt hat, abschließend zu würdigen.

In unsere Stichprobe gaben 46 der Legastheniker (= 78%) an, daß ihre Legasthenie zumindest zeitweise oder auch durchgehend entsprechend den Bestimmungen des Erlasses des Kultusministers in seiner letzten gültigen Fassung (1976) anerkannt und berücksichtigt worden ist. 12 Schüler (= 20,3%) wurden nicht oder unangemessen kurz als Legastheniker anerkannt, einmal fehlt die Angabe.

Die Frage, ob bei ihnen ausgesprochene schulische Nachteile durch die Legasthenie entstanden waren, beantworteten 33 Schüler (= 55,9%) mit nein, davon 28 anerkannte und 5 nicht anerkannte Legastheniker. 21 Schüler (= 35,6%), davon 15 anerkannte und 6 nicht anerkannte Legastheniker, erlebten legasthenie-bedingte schulische Nachteile, von 5 Schülern fehlt die Angabe. Daraus geht hervor, daß auch eine formale Anerkennung einer Legasthenie nicht durchweg zu einer Eliminierung schulischer Nachteile führen kann. Als Benachteiligung wurde dabei empfunden eine Schrägversetzung von einer höheren in eine niedrigere Schulart oder eine Klassenwiederholung, eine Übertragung der LRS auf die Fremdsprache und hier die Nichtberücksichtigung, negative Bewertung von Deutschaufsätzen, Nichtberücksichtigung von Verlust an Selbstbewußtsein, Leistungsmotivation, Verhaltensauffälligkeiten durch die Versagererlebnisse.

Als Abbruchkriterium der LRS-Fördermaßnahmen wurde in immerhin 41 Fällen (= 69,5%) angegeben, daß bis zum Eintritt des endgültig erreichbaren Fortschritts Bemühungen zur Förderung angestellt wurden. In 18 Fällen (= 30,5%) aber wurde die Förderung vermeintlich zu früh abgesetzt, und zwar aus Gründen wie fehlendes Förderangebot, Überforderung, Lustlosigkeit des Schülers, Zeitmangel der Lehrer, Erkenntnis der Erfolglosigkeit, Aufgabe i.S. von Resignation, Genehmigung von LRS-Förderung nur in bestimmten Klassenstufen.

Legasthenie-Folgewirkungen in der nachschulischen Situation

Unsere Stichprobe umfaßte insgesamt 34 ehemalige Legastheniker, die zum Erhebungszeitpunkt in der Berufsausbildung stehen oder berufsbildende und weiterführende Schulen besuchen, die Haupt- bzw. Realschule also bereits erfolgreich abgeschlossen haben. Davon zeigten 30 Schüler/innen (= 88,2%) an, daß ihre Legasthenie soweit aufgearbeitet war oder in ihrer Restsymptomatik so fortbestand, daß keine oder unwesentliche nachteilige Folgewirkungen

auf ihr jetziges Ausbildungsverhältnis oder die schulische Weiterbildung bestanden, d.h. die absolute Mehrzahl der Betroffenen konnte ihre berufliche oder schulische Weiterbildung komplikationslos betreiben.

In einem Fall war noch keine Beurteilung möglich, in 3 Fällen (= 8,8%) bestanden Beeinträchtigungen der Lernfähigkeit im Berufsschulunterricht durch die Legasthenie.

Wenngleich wir keine repräsentativen Ergebnisse erwarten dürfen, wird doch eine mögliche Tendenz dahingehend deutlich, daß die überwiegende Mehrzahl der ‚ehemaligen‘ Legastheniker auch in Anbetracht der ganzen Problematik um die Förderbedingungen und der damit zusammenhängenden ungewissen Heilungschancen ihre Legasthenie-Symptomatik im Verlaufe der Schulzeit soweit aufarbeiten können, daß sie sich ausreichend gebessert fühlen und die Restsymptome im späteren Berufsleben hinreichend kompensiert werden können, so daß keine akute Behinderung durch die Legasthenie mehr zu erwarten ist. Dieser Feststellung liegt eine Bewertung der Gesamtsituation zugrunde, keine Überprüfung der Tatsache, ob die Betroffenen tatsächlich nunmehr fehlerlos schreiben und lesen können.

Diskussion der Ergebnisse

Die hier vorgelegten Untersuchungsergebnisse beruhen auf Daten, die in einer regionalen Zufallsstichprobe gewonnen wurden, d.h. aufgrund derer keine allgemeingültigen Gesetzmäßigkeiten formuliert werden können. Aber sie stellen einen Ausschnitt aus der realen Situation von Legasthenikern dar, wie sie im Schulalltag vorgefunden wird und wie sie eher der Norm entsprechen dürfte als die Schilderungen aufwendiger Therapie-Konzepte.

Dabei müssen wir allerdings die bemerkenswerte Tatsache berichten, daß ohne die Inanspruchnahme spezieller Therapiemodelle, wie sie nur ausgesuchten Forschungsgruppen zugänglich sind, ohne die Sonderbeschulung z.B. in Legastheniker-Internaten oder auch nur in Legastheniker-Kleinklassen (vgl. *Bruchhold, Frey, Gutezeit, Schlesinger, Trempler, 1979*, u.a. *Krüger-Internat, Lott-Wersen*, z.B. LRS-Kleinklassen, Hamburg), allein beschränkt auf die allgemein verbreiteten und bekannten übenden, trainierenden Fördermethoden in mehr oder minder strukturierter Fördersituation sowie die unspezifischen flankierenden Maßnahmen, deren Wirkung kaum objektivierbar ist, eine Quote von ca. 71% der Legastheniker im Verlaufe ihrer gesamten Schulzeit eine deutliche Besserung oder sogar Beseitigung ihrer Legasthenie erfährt, ca. 23% noch als leicht gebessert gelten und nur bei einer kleinen Minderheit von ca. 6% die Lage unklar bzw. deutlich negativ ist.

So eindeutig die Veränderungs-Quote des Legasthenie-Zustandes ist, so unklar bleiben aber die Bedingungen, die letztlich dazu geführt haben können. Wir finden weder eine eindeutig bevorzugte und anderen Schritten überlegene methodische Strategie zur Erlangung des LRS-Fortschritts noch bestimmte äußere Rahmenbedingungen, die die Erfolgsentwicklung überzeugend positiv prägen. So wurde der erreichte Erfolg einmal sehr ausgeprägt mit der Teilnahme

an organisierten Förderstunden durch Lehrkräfte begründet, aber auch mit absolut undifferenzierten Bedingungen wie der Nachreifung, Variablen in der äußeren schulischen Situation, unsystematischem ‚viel üben‘ usw. Ebenso unübersichtlich stellt sich die in Anspruch genommene Förderzeit dar, indem jeder Zeitraum zwischen einem und 7 Jahren genannt wurde, unter dem Aspekt der Reifung sicherlich logisch. Bemerkenswert erscheint in diesem Zusammenhang auch der Befund, daß die tatsächlich eingetretene Besserung häufig erst sehr spät registriert wird, nämlich mit einem Gipfel der Nennungen zwischen dem 7. und 9. Schuljahr.

Unterzieht man diese Daten einer kritischen Würdigung, so ergibt sich die Interpretationsmöglichkeit, daß Legastheniker von allen Maßnahmen profitieren, die in irgend einer Form eine intensivere Auseinandersetzung mit der Symptomatik signalisieren, daß aber die Veränderung des Zustandsbildes der Legasthenie signifikant häufig eine Langzeitentwicklung darstellt.

Das würde weiterhin bedeuten, daß die Veränderung eines legasthenen Zustandes nicht mehr unbedingt nur die Folge eines Lernvorganges ist, sondern vielmehr auch die Faktoren einer Persönlichkeitsentwicklung, einer Reifung der intellektuellen Funktionen für die Fähigkeit zur Legasthenie-Überwindung eine entscheidende Rolle spielen. So ist es z.B. extrem schwierig, einem Legastheniker in einer Lehrsituation die Verwendung des Dehnungs-h begreifbar und zu beständigem Wissen zu machen, dennoch hat er sich irgendwann an die richtige Verwendung ‚gewöhnt‘. Nun ist es absolut unberechenbar, wann diese Gewöhnung erfolgt und was sie bewirkt hat. Alle die verwendeten vermeintlichen Hilfen scheinen die Rolle von verstärkenden Bedingungen zu spielen, die die Funktion ausüben, daß der Legastheniker mit seiner Symptomatik ‚in Kontakt‘ bleibt, daß er nicht vorzeitig aus dem Abschleifungsprozeß herausgenommen wird, den wir letztlich nicht vollständig erklären können. Das abschließende Ergebnis ist dabei allerdings so stabil, daß zukünftige Bildungswege davon nicht mehr unbedingt nachteilig beeinflusst werden müssen.

Aus den Befunden ist ferner zu folgern, daß einige Annahmen aus früheren Analysen teilweise revidiert werden müssen. Die kritischen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der frühen Schuljahre, die Probleme im Lernverhalten, die in der Legastheniker-Therapie der ganz großen Beachtung unterliegen und die Therapierbarkeit wesentlich erschweren, scheinen sich im höheren Legastheniker-Alter zu verlieren, ohne daß sie gezielt behandelt werden konnten. Diese den Lernprozeß erheblich komplizierenden sekundären psychischen oder funktionalen Störvariablen spielen die entscheidende Rolle für die Therapiezugänglichkeit hauptsächlich in den jüngeren Schuljahren, sie werden in späteren Abschnitten der Schullaufbahn verhältnismäßig gut kompensiert, sie scheinen also etwas zu Unrecht den hohen Stellenwert in der Legastheniker-Therapie zu besitzen und sollten daher auch unter dem Aspekt gesehen werden, daß hier u.U. nicht wesentlich beeinflussbare Entwicklungsfaktoren therapieresistente Bedingungen setzen, an denen sich der Therapeut mit unverhältnismäßig hohem Aufwand bei bescheidenem Therapieerfolg abmüht.

Erschwerend für die Arbeit am Legastheniker in den Schuljahren, die man hauptsächlich dafür vorgesehen hat, ist also die Tatsache, daß gerade dann noch die stärksten Störfaktoren im Sekundärbereich auftreten, die die schnelle Besserung verhindern, oder die Therapiezugänglichkeit überhaupt, weil sie stärker mit dem Entwicklungszustand der Person verknüpft sind als mit dem Bereich der Teilleistungsschwäche. Die sicherste Möglichkeit einer Besserung erscheint stattdessen dann gewährleistet, wenn der Reifegrad der Symptomatik diese Störbedingungen überwunden hat. Daraus folgt weiterhin, daß es absolut unzweckmäßig ist, die Legasthenie-Anerkennung und die Bereitstellung von positiven Verstärkern (im weitesten Sinn alle Therapieversuche) auf einige wenige Schuljahre im mittleren Schulalter-Bereich zu begrenzen. Diese Verfahrensweise kann dem tatsächlichen Verlauf der Legasthenie-Entwicklung nicht gerecht werden.

Unsere Langzeitkontrolle verschiedener bis zu 7jähriger legasthenischer Entwicklungsverläufe hat deutliche Anhaltspunkte dafür erbracht, daß eine große Zahl von Legasthenikern ihre Legasthenie im Verlaufe der regulären Schulzeit überwinden, 71% fast vollständig, 23% ansatzweise. Das entspricht ziemlich genau auch dem Prozentsatz von Legasthenikern, die in unserer Stichprobe in irgend einer Form therapeutisch begleitet wurden. Dennoch kann daraus nicht notwendigerweise der Schluß gezogen werden, daß die Besserung hauptsächlich auf die Förderung zurückzuführen ist, oder daß irgendeine Art von Maßnahmen in der Erfolgsquote besonders ergiebig ist. Einerseits sind sich spezifische und unspezifische Maßnahmen nahezu ebenbürtig in der Einflußnahme auf die Legasthenie, andererseits ist das zuletzt erlebte Besserungsniveau beinahe durchgängig erst sehr spät eingetreten, in ca. 70% der Fälle erst nach der 7. Klasse, als die eigentlichen Förderbemühungen nicht mehr die entscheidende Rolle spielen konnten, denn mehr als 80% der Schüler wurden weniger als 3 Jahre gefördert, was in der Regel den Zeitraum etwa der 4.-6. Klasse umfaßt.

Das bedeutet, daß wir die Rolle der fördernden Begleitung des Legasthenikers für seine Besserungsentwicklung als ein erforderliches Kriterium für die positive Entwicklung ansehen, daß wir die Besserung aber nicht nur darauf zurückführen können, denn von der allgemeinen ‚Heilungsquote‘ waren auch Legastheniker betroffen, die sehr mäßig oder gar nicht zusätzlich unterstützt werden konnten, d.h. stark geförderte und kaum geförderte Schüler profitieren gleichermaßen von dem allgemeinen Entwicklungsverlauf. Hier müssen also Langzeitwirkungen unklarer Genese als Erklärung herangezogen werden, die den Charakter eines Entwicklungsverlaufes tragen, eines Prozesses, der in der Mehrzahl der Fälle ebenso lange anhält wie die Schulzeit selbst, und der sich nicht, wie ursprünglich angenommen, durch therapeutische Maßnahmen steuern läßt, der vielmehr einer allmählichen Adaptation an das gewünschte Fähigkeitsniveau durch Nachreifung und Habitualisierung entspricht.

Die Tatsache einer solchen Entwicklung muß mit allen Konsequenzen akzeptiert werden, nur dann kann man den Heilungserwartungen der Legasthenie gerecht werden und

nur dann ist die relativ hohe ‚Heilungsquote‘ im Schulalltag richtig einzuordnen und zu bewerten, eben nicht nur als Verdienst irgendeiner Therapieform.

Aktuelle Trends in der Legasthenie-Praxis

Während sich in dem Zeitabschnitt der ersten Datenerhebung (ca. 1973–1976) eine vergleichsweise günstige Situation für betroffene Legastheniker ergab, was die Anerkennung ihrer Symptomatik als Teilleistungsschwäche und Behinderung betraf sowie die Bemühungen, eine unter den gegebenen Umständen angemessene Fördersituation herzustellen (Büttner, 1978), finden wir im Erhebungszeitraum 1980 eine auffällige Veränderung sowohl in der Praxis der Legasthenie-Anerkennung und Förderung als auch in der Behandlung der Thematik in den offiziellen Ebenen der Schule und Öffentlichkeit schlechthin (vgl. Atzesberger, 1981).

Zwar haben wir die derzeitige Situation nur in einer regional begrenzten Stichprobe untersuchen können, aber dennoch scheint sich hier ein Symptom der ‚Vernachlässigung‘ der Legasthenie herauszukristallisieren, das auf einen weiter verbreiteten Trend schließen läßt.

Erfahrungen aus unserem Schulbezirk zeigen, daß einerseits die Zahl der zur Legasthenie-Abklärung vorgestellten Schüler innerhalb einer Beratungseinrichtung zwischen 1976 und 1980 um mehr als 50% zurückgegangen ist, ohne daß dieser Rückgang durch vermehrte Untersuchungen an anderer Stelle kompensiert wird, andererseits aber die dennoch überprüften Legastheniker exakt die gleichen Erscheinungsformen ihrer Teilleistungsschwäche aufwiesen wie früher. Ein Rückgang der Legasthenie durch etwaige veränderte Unterrichtsmethoden im Erstlese- und Rechtschreibunterricht kann also nicht belegt werden. Eine andere Erklärung dafür findet sich aber in der neuerdings geübten Schulpraxis, wie sie eingangs geschildert wurde, einem System von Ignorierung, Abwehr, aufgenötigter Toleranz, Abhängigkeit vom Ermessen des einzelnen. Als Mitursache für diesen Einstellungswandel in den Schulen wird in Kreisen der Lehrerschaft auch die destruktive Diskussion um die Legasthenie angegeben, wie sie z. B. von Schlee (1976, 1978), eingehender untersucht von Angermaier (1977), geführt wurde.

Dabei muß fairerweise zugestanden werden, daß die Schule selbst das letzte Glied in der Verantwortungskette ist und ihre Distanz zum Problem Legasthenie eine logische Konsequenz aus dem Klima darstellt, was außerhalb der Schulen auch in Fachkreisen erzeugt worden ist, indem sich eher widersprüchliche Aussagen häuften als eindeutige Erkenntnisse, die als Entscheidungsregulativ dienen konnten. Letztlich werden wir auch zu berücksichtigen haben, daß die tatsächlich erfolgte schulische Fördersituation in mehr Fällen die Erkenntnis des Mißerfolges brachte als daß sie erfolgreich ‚heilen‘ konnte. Auch mehrjährige Teilnahme an LRS-Förderstunden ließ bei zahlreichen Legasthenikern nur die entmutigende Erfahrung machen, daß sich eigentlich nichts Wesentliches veränderte (was dazu beitrug, daß immer neue therapeutische Programme produziert wurden,

Spezialinternate sich formierten usw.). Somit ist der latente Rückzug der Schule aus der Legastheniker-Therapie eine zwar unerfreuliche Konsequenz, die aber bisher noch niemand durch ein produktiveres Fördermodell ersetzen konnte. In Übereinstimmung mit dieser Entwicklung zeigte sich gerade in unserer Stichprobe ein eindrucksvoller Rückgang der Förderanstrengungen.

Wir verglichen die tatsächlich erteilten LRS-Förderstunden ohne Elternhilfe von jeweils 50 zufällig ausgewählten Legasthenikern der Jahrgänge 73/74 und 74/75 mit 50 Legasthenikern des Jahrgangs 79/80 aus unserer Sprechstunde. Das Ergebnis kann nicht als repräsentativ angesehen werden, verdeutlicht aber wiederum sehr anschaulich die augenblickliche Tendenz:

	Schuljahr 73/75 N = 100	Schuljahr 79/80 N = 50	Ver- änd.:
Förderstunden in der Schule	68,1%	31,8%	– 53,3%
private Förderstunden	38,8%	15,9%	– 59,0%
Mehrfachförderung	50,8%	4,5%	– 91,1%
keine LRS-Förderung	6,9%	52,2%	+ 86,8%

Ein anderes Negativ-Beispiel für die zunehmend nachlassende Legastheniker-Berücksichtigung in der Schule konnte in Schleswig-Holstein gerade durch den massiven Einspruch des Landesverbandes zur Förderung legasthener Kinder abgewendet werden, nämlich die Ausgleichspflicht einer mangelhaften Extra-Rechtschreibzensur von Legasthenikern durch ein anderes Leistungsfach auf dem Zeugnis, was erhebliche Konsequenzen z. B. für die Bewährung von Legasthenikern auf weiterführenden Schulen gehabt hätte ohne daß die grundlegende Eignung noch die ihr zustehende ursprüngliche Bedeutung hätte behalten können.

Während die Situation der Grundschüler noch weitgehend geordnet ist und erlaßkonform abläuft, wird die Situation der Legastheniker an weiterführenden Schulen also zunehmend erschwert, in einem Stadium der Legasthenie, in dem entscheidende Entwicklungsschritte ablaufen und die Prognose nach unseren Befunden absolut offen ist.

Die aktuellen Trends in der Legasthenie-Praxis bedürfen folglich umfassender Korrekturen.

Summary

Congenital Alexia – A Long Time Procedure

A random sample of children with reading and writing disabilities (congenital alexia = c.a.), which came from regular school conditions, have been interviewed in the middle of school-age and by the end, 5 to 7 years after c.a.-diagnosis, to get informations about c.a.-developments and training-effects. The result is, that very dissimilar c.a.-conditions and very dissimilar training situations have similar developments of c.a. and similar final achievements. Finally, most of the c.a. children have overcome their c.a., but not at least rather late and relatively independent of

earlier training – constellations. Thus, we came to the conclusions, that success of c.a. treatment is not only a consequence of training but also a consequence of normal changes in general development of intellectual functions and personality fitness. C.a. children might have something like self-healing power, which is activated by training or other forms of considerations but not really controlled. The responsibility for the success of c.a. training therefore can not be assigned to the school only, because there are found developmental influences out of learning process and out of school settings, which have a suggestive meaning on c.a. therapy.

Literatur

Angermaier, M.: Legasthenie – Verursachungsmomente einer Lernstörung, Weinheim, 1973. – Ders., Legasthenie. Frankfurt, 1976. – Ders.: Legasthenie – Pro und Contra. Weinheim, 1977. – Atzesberger, M.: Förderchancen für Legastheniker in den neuen Richtlinien der Bundesländer. In: Dummer/Atzesberger (Hrsg.), Legasthenie, Bonn, 1981. – Bruchhold, H.: Einsatzmöglichkeiten von audiovisuellen Therapiegeräten bei der Legastheniebehandlung. In: Ebel (Hrsg.), Legasthenie, Bonn, 1979. – Büttner, M.: Anspruch und Wirklichkeit der Hilfen für Legastheniker. Praxis 5

(1978). – Frey, H.: Progressive Muskelentspannung und autogenes Training als therapiestützende Verfahren bei der außerschulischen Förderung lese-rechtschreibschwacher Schüler. In: Ebel, Legasthenie, Bonn, 1979. – Gutezeit, G.: Das tachistoskopische Übungsprogramm für lese-rechtschreibschwache Schüler. In: Ebel: Legasthenie, Bonn, 1979. – Ingenkamp, K. (Hrsg.): Lese- und Rechtschreibschwäche bei Schulkindern. Weinheim, 1970. – Krüger-Internat.: 4531 Lotte-Wersen, Konzept-Beschreibung. – Rathenow, P.: Westermann Rechtschreibtest 4/5. Braunschweig, 1979. – Rathenow, P. u.a.: Westermann Rechtschreibtest 6+. Braunschweig, 1980. – Schlee, J.: Die Legasthenie-Forschung am Ende?, München 1976. – Ders.: Legasthenie – Erforschung einer Leerformel. Bonn-Bad Godesberg, 1978. – Schlesiger, N.: Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsmodell für lese-rechtschreibschwache Kinder. In: Ebel: Legasthenie, Bonn, 1979. – Staatl. Pressestelle Hamburg: Die Arbeit mit lese-rechtschreibschwachen Schülern. 7. Juli 1978. – Trempler, D.: Spieltherapie im nicht-direktiven Verfahren bei lese-rechtschreibschwachen Kindern. Fachkongreß Legasthenie 1978. – Erlaß des Kultusministers zur Förderung von Schülern mit Lese-Rechtschreibschwäche vom 2.7.1976 (X 211–518.12–5) von Schleswig-Holstein.

Anschr. d. Verf.: Dipl. Psychologe Michael Büttner, Landeskrankenhaus Schleswig, Krankenhaus für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Friedrich-Ebert-Str. 5, 2380 Schleswig.