

Stellungnahme zu:

Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/ oder Rechtschreibstörung. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie

Die Deutsche Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE), die Deutsche Gesellschaft für Sprachwissenschaft (DGfS) und das Symposion Deutschdidaktik (SDD) waren an der Diskussion über die Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung, die nun in schriftliche Form vorliegt und von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) publiziert wird, beteiligt.

Aus pädagogischer und aus sprachwissenschaftlicher und sprachdidaktischer Sicht wirft die Leitlinie jedoch Probleme auf, die von den Vertreter/innen der Verbände in der gemeinsamen Diskussion angesprochen, nicht aber Eingang in die Leitlinien gefunden haben.

In den folgenden Stellungnahmen von Prof. Dr. Renate Valtin im Auftrag der DGfE und von Prof. Dr. Christa Röber im Auftrag der DGfS sind die wichtigsten Monita dokumentiert.

Die DGfE, die DGfS und das SDD erwarten, dass die hier aufgeführten kritischen Punkte bei der Fertigstellung der Leitlinie berücksichtigt werden.

Zu der fertigen Leitlinie werden wir dann gegebenenfalls eine endgültige Stellungnahme abgeben und gehen selbstverständlich davon aus, dass die AMWF bei Bekanntgabe der Leitlinie auf diese Stellungnahme mit Hinweis auf die Netzseiten der genannten Verbände verweist.

Prof. Dr. Renate Valtin**im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (August 2014)**

Die Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung von Kindern mit Lese- und/ oder Rechtschreibstörung hat sich zwei Ziele gesetzt: „klare, empirisch fundierte Handlungsanweisungen für eine eindeutige und objektive Diagnostik der Lese- und/oder Rechtschreibstörung bereitzustellen und über die Wirksamkeit von Fördermaßnahmen zu informieren“ (S.12). Ferner wird eine Konsensbasierung angestrebt, wobei allerdings einschränkend zu bemerken ist, dass Verbände und Organisationen, die sich bekanntermaßen kritisch mit dem medizinischen Ansatz von Lese-Rechtschreibstörung auseinandersetzen, nicht eingeladen waren bzw. nicht teilgenommen haben (so die Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben, die Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft sowie der Grundschulverband).

Im Folgenden werde ich aus der Sicht einer langjährigen Legasthenieforscherin und Grundschulpädagogin die Frage erörtern, ob es gelungen ist, diese Zielsetzungen zu realisieren. Da – in der Terminologie der Leitlinie - auch die Schule zum „Versorgungsbereich“ gehört, in dem die hier empfohlene Diagnostik und Förderung eingesetzt werden soll, und zur „Anwenderzielgruppe“ auch Lehrkräfte, Sonderpädagog/inn/en und Heilpädagog/inn/en gehören, ist ein pädagogischer Blick auf die Leitlinie, an deren Entstehung überwiegend medizinische Fachleute beteiligt waren, wichtig und notwendig.

1. Zur Diagnostik

In der Leitlinie wird zu Recht darauf verwiesen, dass die Diagnostik von Lese- und/oder Rechtschreibstörung in den vorliegenden Studien auf unterschiedlichen Vorgehensweisen, Diagnosekriterien und Testverfahren beruht (Leitlinie S.12); es gelingt ihr jedoch nicht, einheitliche Operationalisierungen vorzuschlagen. Die Handlungsanweisungen der Leitlinie werfen mehr Fragen auf, als sie Klarheit schaffen, und sie stehen nicht im Einklang mit der ICD 10 F80 Diagnose, obwohl behauptet wird, die Empfehlungen würden sich auf Kinder und Jugendliche mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung gemäß ICD 10 F80 beziehen – eine isolierte Leseschwäche ist dort aber gar nicht vorgesehen, sondern nur eine Lese-Rechtschreibstörung und eine isolierte Rechtschreibstörung. Außerdem gibt es andere diagnostische Richtlinien. Die WHO gibt derart strenge Kriterien vor, dass höchstens ein Prozent der Bevölkerung davon betroffen ist (Fischbach et al. 2013). Die Leitlinie verweist demgegenüber auf Prävalenzraten von 3 bis 8 Prozent und referiert deutsche Studien, denen jedoch höchst unterschiedliche Operationalisierungen zugrunde liegen (S.12). So ermittelten Wyschkon et al. (2009) - je nach Kriterium - zwischen 0,8 und 11,5 Prozent Kinder mit Lesestörungen. Wie weiter unten noch ausgeführt wird, führen die Definitionen der Leitlinie dazu, dass fast einem Viertel der Bevölkerung eine Lese- und/oder Rechtschreibstörung zugeschrieben wird. Diese bedeutsame Diskrepanz in den Prävalenzraten wird überhaupt nicht thematisiert.

In der Leitlinie wird auf eine wichtige evidenzbasierte Erkenntnis verwiesen: Zwischen Kindern und Jugendlichen, deren Lese- und oder Rechtschreibleistungen weit unter der Alters- bzw. Klassenstufennorm liegen, und jenen, bei denen eine signifikante Diskrepanz zwischen Lese-Rechtschreibleistung und Intelligenz vorliegt, gibt es keine Unterschiede in ihren Fehlerprofilen, den neuropsychologischen Verhaltensdaten, genetischen Aspekten sowie Behandlungserfolgen. Sie unterscheiden sich nicht in phonologischen Leistungen, Benennungsgeschwindigkeit, visuomotorischen Fähigkeiten,

räumlicher Verarbeitung, Wortschatz und verbalem Kurzzeitgedächtnis (Leitlinie S. 20). In der pädagogisch-psychologischen Diskussion wird aus diesem Sachverhalt die Forderung abgeleitet, die Diskrepanz-Definition aufzugeben (Marx 2004; Valtin 2004, 2012).

Auch in der internationalen Diskussion wird die Diskrepanz-Definition abgelehnt, nicht nur wegen der mangelnden Validität einer derartigen Differenzierung (Stanovich 2005), sondern auch mit dem Verweis auf viele Studien, die zeigen, dass sich zwischen intelligenten und weniger intelligenten Kindern mit schwachen Lese- und/oder Rechtschreibleistungen keine Unterschiede in den Leseproblemen, in grundlegenden Funktionen wie dem Arbeitsgedächtnis (Maehler & Schuchardt 2011) sowie in den Therapieerfolgen zeigen (Snowling 2013; zu einem Überblick s. Büttner & Hasselhorn 2011).

Warum die Leitlinie dennoch an dieser Diskrepanz-Definition festhält, wird nicht begründet.

Die Definitionen von Lese- und/oder Rechtschreibstörung in der Leitlinie sind uneinheitlich und vielfältig, so dass sie viel Ermessensspielraum und somit Beliebigkeit zulassen. Auf Seite 5 der Leitlinie ist zu lesen, eine Störung liege vor bei einer Diskrepanz von anderthalb Standardabweichungen (1,5 SD) zwischen Lese- und/oder Rechtschreibniveau und Alters- oder Klassen- oder Intelligenzniveau. Definitionsgemäß wären also bei der Alters- oder Klassennorm die letzten 8 Prozent in einem Test gemeint. In bestimmten Fällen kann aber auch eine Diskrepanz von 1 SD angesetzt werden, was den letzten 16 Prozent in einem Test entspricht. Im „Algorithmus leitliniengerechter Diagnostik“ (S. 67) heißt es: „ab 1SD (!) Abweichung von der Alters- bzw. Klassennorm oder Intelligenz bei unterdurchschnittlichen Leistungen“. Ein derart weiches Kriterium führt zu einer großen Zahl von „Patienten“. Da die Leitlinie empfiehlt, auch die Rechenleistungen der Kinder und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung zu überprüfen, ist es sinnvoll, sich einmal Zahlen und Häufigkeiten vor Augen zu führen: In der Studie von Fischbach et al. (2013) wiesen 32,8 Prozent (!) der untersuchten Kinder im 2. und 3. Schuljahr in mindestens einem der drei Bereiche Lesen, Rechtschreiben oder Mathematik eine Leistung unter 1 SD von der Norm auf. Sie alle kämen – so sie denn zum Arzt gingen – für eine Diagnose von Lese- und/oder Rechtschreibstörung in Verbindung mit der „Komorbidität Dyskalkulie“ in Frage.

Auch die Definition „ab 1 SD Abweichung von der Intelligenz bei unterdurchschnittlichen Leistungen“ beschert eine weitere große Gruppe von Patienten: „unterdurchschnittlich“ bedeutet laut Duden und im statistischen Verständnis eine Leistung unterhalb des Mittelwerts – in normierten Tests liegen 50 Prozent der Personen unterhalb des Mittelwerts und kämen hier als Kandidaten für eine Störung in Betracht, sofern bei ihnen eine Diskrepanz von 1 SD zur Intelligenz besteht. Die Häufigkeit einer derartigen Diskrepanz hängt mit der Art des Intelligenztests zusammen: In figuralen Intelligenztests ist sie häufiger als in verbalen Tests. Eine derartige Abhängigkeit einer Diagnose von der Art des Intelligenztests ist schon lange belegt (Valtin 1981). In einer bislang nicht veröffentlichten Studie mit Ergebnissen von IGLU 2011 und Verwendung eines strengeren Kriteriums (1.2 SD) bestand bei 12 Prozent der Kinder mit durchschnittlicher Lesekompetenz (Stufe III) eine derartige Diskrepanz, und sie könnten also als „lesegestört“ definiert werden (Valtin & Voss 2014).

Allerdings verkleinern sich die Gruppen von Kindern und Jugendlichen mit einer 1SD Diskrepanz zur Alters- und Klassennorm etwas, denn es soll bei der Diagnose der Lese- und/oder Rechtschreibstörung ausgeschlossen werden, „dass die Symptome Folge von intellektuellen Einschränkungen, einer

allgemeinen Entwicklungsverzögerung, unkorrigierten Seh- oder Hörstörungen, unzureichender Beschulung sowie psychischen, neurologischen oder motorischen Störungen sind“ (S. 4). Hier bleibt offen, was „intellektuelle Einschränkungen“ sind und wie sie zu diagnostizieren sind. Mit Intelligenztests? Welcher Grenzwert sollte gelten? Wird hier wieder eine untere IQ-Grenze eingeführt? Dieser Sachverhalt bedarf dringend der Klärung!

Unklar bleibt auch, wie „unzureichende Beschulung“ festgestellt wird. *„Unfortunately, there is no straightforward and unambiguous way of differentiating scholastic difficulties due to lack of adequate experiences from those due to some individual disorder“*, stellt auch die World Health Organization in ihren diagnostischen Richtlinien fest (S. 190) fest. Kein Ausschlusskriterium bildet in der Leitlinie übrigens eine mangelhafte Beherrschung der deutschen Sprache. Kinder mit nichtdeutscher Herkunftssprache weisen überzufällig häufig Lese- und Rechtschreibprobleme auf (u.a. Bos et al. 2012) – auch ihnen wird nun offenbar eine „Störung“ bescheinigt. Offen bleibt auch, welche Diagnose Kinder und Jugendliche erhalten, bei denen eines der genannten Ausschlusskriterien vorliegt.

Der jetzt schon beachtlich große Kreis der „Patienten“ in der Leitlinie wird noch durch eine weitere Gruppe vergrößert: „Da Kinder- und Jugendliche mit Lese-Rechtschreibstörung, isolierter Rechtschreibstörung oder isolierter Lesestörung aufgrund von kompensatorischen Maßnahmen (übermäßige Anstrengung, Unterstützung, überdurchschnittliche Intelligenz, besonders ausgeprägte Gedächtnisfähigkeiten) in der Lage sein können, ihr individuelles Leistungsniveau im Lesen und / oder Rechtschreiben im unteren Normbereich zu halten, bis die Anforderungen oder die Prüfungsumstände sie davon abhalten, den Erwartungen zu entsprechen, sollte auch bei diesen Kindern die Diagnose gestellt werden“ (Leitlinie, S.5). Man fragt sich: Welches Verständnis von Lernen liegt hier zugrunde? Wie kann eine Leistung durch „übermäßige Anstrengung“ und „Unterstützung“ quasi verfälscht werden? Und: Wie erkennt man eine Störung, obwohl die Leistungen im unteren Normbereich liegen? Auch hier gibt es wieder viel Ermessensspielraum mit der Gefahr einer „Gefälligkeitsdiagnose“ (Büchner, Kortländer et al. 2009). Eine derartige Diagnose kann durchaus erstrebenswert sein, so in Bayern und Mecklenburg-Vorpommern, den beiden einzigen Bundesländern, die eine Differenzierung vornehmen zwischen einer Lese-Rechtschreibstörung (Legasthenie) und einer Lese-Rechtschreibschwäche. Da Legasthenie als eine nur schwer therapierbare Krankheit betrachtet wird, muss eine derartige Diagnose von Ärzten erstellt werden. Während in den schulischen Richtlinien der übrigen Bundesländer für *alle* Kinder mit LRS ein Nachteilsausgleich vorgesehen ist, wird in Bayern differenziert: Bei Lese-Rechtschreibstörung gilt eine "Muss -Bestimmung" für die gesamte Schulzeit, bei Lese-Rechtschreibschwäche nur eine "Kann-Bestimmung" einschließlich Jahrgangsstufe 10 (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2000). Es ist verständlich, dass sich vor allem Eltern der Mittel- und Oberschicht darum bemühen, für ihre Kinder bei Ärzten eine Legasthenie-Diagnose zu erhalten, damit diese in den Genuss schulischer Privilegien (spezielle Förderung, Notenschutz und Empfehlung für das Gymnasium trotz schlechter Rechtschreibung) gelangen. Die Diagnose Legasthenie verhilft hier Eltern, die Selektionsentscheidung der Schule (keine Gymnasialempfehlung) zu unterlaufen.

Da in der Leitlinie allen Kindern und Jugendlichen mit schriftsprachlichen Schwierigkeiten gleich eine Störung zugeschrieben wird, mache ich den folgenden Vorschlag nur zögernd: Sollten bei Realschüler/innen/n und Gymnasiast/inn/en nicht schulformspezifische Nomen angewendet werden? Das würde ich für sinnvoll halten – um die Notwendigkeit der Teilnahme an einem Förderunterricht zu indizieren (nicht für ein Etikett Lese-und/oder Rechtschreibstörung).

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass die Handlungsanweisungen zur Diagnose einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung in der Leitlinie so vage und großzügig gefasst sind, dass locker einem Viertel aller Kinder und Jugendlichen eine Störung bescheinigt werden kann, sofern sie denn zum Arzt gehen. Lese-Rechtschreibstörungen (bzw. Legasthenie) galten schon in der Vergangenheit als Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (Bühler-Niederberger 1991). Für Nicht-Mediziner drängt sich der Eindruck auf, dass sich hier interessierte Berufsverbände durch die großzügigen Definitionen ein noch breiteres Arbeitsfeld als bisher sichern.

2. Zur Wirksamkeit von Fördermaßnahmen

Auf der Basis von evidenzbasierten Erkenntnissen werden vor allem zwei wichtige Folgerungen gezogen:

1. Die „Behandlung“ von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung ist nur dann erfolgreich, wenn sie an den „Symptomen“ im Lesen und/oder Rechtschreiben ansetzt. „Unter symptomorientierten Interventionen werden Trainingsmethoden verstanden, die an der verminderten Lese- und / oder Rechtschreibleistung ansetzen und Prozesse, die mit dem Erwerb dieser Fähigkeiten direkt verbunden sind, trainieren“ (Leitlinie, S.28). Alle Arten von Trainings, die nicht schriftsprachbezogen sind, haben sich als wirkungslos erwiesen und sollen bei der Förderung von Kindern und Jugendlichen mit einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung nicht eingesetzt werden: Dazu gehören Funktionstrainings wie visuelle, auditive, visuell-auditive oder motorische Trainings, neuropsychologische Hemisphärenstimulation, Aufmerksamkeitstrainings, Medikation mit Piracetam (zu Ritalin gab es offenbar keine geeigneten Studien), Irlenlinsen oder vergleichbare Farbfolien, alternativmedizinische Methoden (Homöopathie, Akupressur, Kinesiologie).
2. Die Diagnose und Behandlung von Personen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung wird als interdisziplinäre Aufgabe gefasst und muss von Fachleuten durchgeführt werden, die solide Kenntnisse in Bezug auf Erwerb und Störungen von schriftsprachlichen Leistungen haben.

Mit diesen Forderungen nähert sich die Leitlinie dem pädagogisch-psychologischem Verständnis von Lese-Rechtschreibschwierigkeiten an. Seit mindestens 30 Jahren weisen Fachleute aus Psychologie und Pädagogik darauf hin, dass alle schriftsprachspezifischen Trainingsverfahren wirkungslos sind und die Förderung an den Problemen im Lesen und der Rechtschreibung anzusetzen hat (Scheerer-Neumann 1979, Valtin 1984). Sie gehen allerdings in ihren Empfehlungen noch einen Schritt weiter als die Leitlinie: die Förderung muss passgenau an den Schwierigkeiten im Lernprozess ansetzen (Scheerer-Neumann 2014). Dieser Hinweis auf die Notwendigkeit der Passung zwischen spezifischen

Problemen beim Lesen und Rechtschreiben und den Förderangeboten fehlt in der Leitlinie. Eine solche Förderung setzt zwingend eine Lernstandsfeststellung voraus. In der Leitlinie heißt es dazu aber nur: „Wünschenswert sind außerdem Verfahren der Lernstandsdiagnose, welche die spezifischen Stärken und Schwächen in der Lernentwicklung im Lesen und / oder Rechtschreiben identifizieren“ (Leitlinie S.4). Würde hier eine Soll-Empfehlung gemacht, könnten möglicherweise viele Ärzte mangels entsprechender Ausbildung keine Diagnosen mehr vornehmen.

Die Wirksamkeit der Fördermaßnahmen wird in der Leitlinie festgestellt aus Ergebnissen von Interventionsstudien mit randomisierter Gruppenzuordnung, „Verblindung“ der Untersucher und Verwendung von standardisierten Verfahren. Das hat zur Konsequenz, dass die in der Pädagogik entwickelten förderdiagnostischen Ansätze, die auf bewährten informellen Verfahren wie beispielsweise den Individuellen Lernstandsanalysen (ILeA, Bildungsserver Berlin Brandenburg; Scheerer-Neumann 2014) und OLFA (Thomé & Thomé 2004) beruhen, nicht erfasst werden, da sie bislang nicht derartig evaluiert worden sind. Ein weiteres Manko dieser evidenzbasierten Vorgehensweise ist der Sachverhalt, dass sich aus der Summe der referierten Trainingsverfahren kein schlüssiges Förderkonzept ableiten lässt. Zur Erstellung eines Förderkonzepts bedarf es der Einordnung der Maßnahmen in theoretische Modelle des Lesens und der Rechtschreibung. Deshalb sollte das Schaubild zur „Leitliniengerechten Förderung“ auf S. 68 entweder grundlegend überarbeitet oder weggelassen werden. In der jetzigen Form ist es ein Rückschritt gegenüber den Ansätzen der Förderung, die in der pädagogisch-psychologischen Praxis ausgearbeitet worden sind (u.a. Naegele 2001, Rosebrock & Nix 2008, Souvignier 2014).

Die Mehrzahl der herangezogenen Interventionsstudien stammt aus dem anglo-amerikanischen Bereich. Bei der Akribie, mit der die vorliegenden Interventionsstudien in der Leitlinie gesammelt und ausgewertet wurde, erstaunt das Fehlen eines Verweises darauf, dass die abweichende Struktur der Orthographie sowie die Art des Erstleseunterrichts bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen sind. Verallgemeinerungen von Ergebnissen aus dem anglo-amerikanischen Bereich, wie sie in der Leitlinie vorgenommen werden, sind nur mit allergrößter Vorsicht zu treffen. Interessanterweise hat der Engländer Singleton (2009), der eine Analyse erfolgreicher Legasthenie-Interventionen vorgelegt hat, sogar Studien aus USA und UK getrennt dargestellt, und zwar wegen Unterschieden der Schulstruktur.

Annäherung des medizinischen und pädagogisch-psychologischen Verständnisses von LRS?

Oben wurde darauf verwiesen, dass sich die Leitlinie in Bezug auf die Fördermaßnahmen dem pädagogisch-psychologischen Verständnis annähert. Allerdings gibt es weiterhin einen entscheidenden und weitreichenden Unterschied, nämlich in der Ursachenzuschreibung. Die Leitlinie spricht hier von einer *Störung*, und Betroffene werden als Patienten angesehen. Im alltagssprachlichen Verständnis handelt es sich also um eine Krankheit. Bisher wurde in der medizinischen Literatur nur die Diskrepanz von Lese-Rechtschreibleistung und Intelligenz als „Störung“ definiert (u.a. in den Studien von Wyschkon et al. 2009 und Fischbach et al. 2013), nun wird in der Leitlinie der Kreis erweitert auf alle Kinder und Jugendliche, deren Leistung im Lesen und/oder Rechtschreibung eine oder anderthalb Standardabweichung unter dem Mittelwert liegen. Ob die Annahme einer Störung überhaupt sinnvoll oder brauchbar ist, wird gar nicht diskutiert – sonst wäre ja auch die Leitlinie überflüssig.

Im pädagogisch-psychologischen Verständnis gilt ein derartiges Krankheitskonstrukt weder als sachlich gerechtfertigt (Scheerer-Neumann 2003) noch als hilfreich oder wünschenswert, da die Zuschreibung einer Krankheit mit vielen Risiken und Nebenwirkungen einhergehen kann: auf Seiten der Betroffenen mit Stigmatisierung, Dämpfen der Motivation und negativen Attribuierungen, auf Seiten der Lehrkräfte mit mangelndem Zuständigkeits- und Verantwortungsgefühl für den Lernerfolg ihrer Schüler und Schülerinnen (Büchner, Kortländer et al. 2009, Valtin 2004, 2010). Meyerhöfer (2011) hat die Annahme einer Krankheit in Bezug auf die Rechenschwäche zurückgewiesen und schlägt stattdessen das Konstrukt der nicht bearbeiteten stofflichen Hürden vor, das zu einem Nichtverstehen mathematischer Inhalte führt. In ähnlicher Weise wurde im Rahmen der Theorie der kognitiven Klarheit dargelegt, dass Kindern mit Lese-Rechtschreibproblemen die erforderliche Klarheit in Bezug auf Funktion und Aufbau von Schrift sowie angemessene Lernstrategien fehlen (Valtin 2000). Im pädagogisch-psychologischen Modell spricht man deshalb bei allen Arten von Lese- und/oder Rechtschreibproblemen von LRS als Abkürzung von Lese-Rechtschreib*schwierigkeiten* und folgt damit einer Empfehlung der Kultusministerkonferenz von 1978 (Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder 2007). Lese- und Rechtschreibleistungen werden als Ergebnis kumulativer Lernprozesse gesehen, wobei eine Wechselwirkung von individuellen Merkmalen (z. B. Lernvoraussetzungen, kognitiven, emotionalen und motivationalen Faktoren), Bedingungen in der Familie und der Schule besteht. Eine Klassifizierung von Kindern mit Lernproblemen in unterschiedliche diagnostische Kategorien wird abgelehnt. Nicht nur national, auch international mehrt sich die Kritik an einer derartigen Klassifizierung: Es wird darauf verwiesen, dass es sich bei Legasthenie, Leseschwäche bzw. -störung nicht um eine distinkte Kategorie handelt, die sich trennscharf von anderen Leseproblemen unterscheiden lässt, sondern dass die Leseleistungen der Kinder auf einem Kontinuum zu verorten sind und die Abgrenzungen verschiedener Gruppen höchst willkürlich sind (Singleton, 2009; Snowling, 2013; Büttner & Hasselhorn, 2011) und bei Verwendung unterschiedliche Tests zu unterschiedlichen Abgrenzungen führen (Valtin 1981).

Die Leitlinie hebt hervor: „Kinder und Jugendliche, die erhebliche Probleme beim Erlernen des Lesens und/oder Rechtschreibens haben, sollen möglichst frühzeitig eine Diagnose erhalten, wie sie in dieser Leitlinie empfohlen wird“ (S.4). Im Interesse der betroffenen Kinder und Jugendlichen geht es aber letztlich nicht darum, ihnen eine Störung zu bescheinigen, sondern im Sinne einer Förderdiagnostik die genauen Probleme beim Lesen und/oder Rechtschreiben zu erfassen und ihnen individuelle Hilfen anzubieten (Hoffmann & Valtin 2007). Dies entspricht auch den Ergebnissen einer Befragung der European Agency (2006) zum Thema Legasthenie (dyslexia). Die Strategie in allen Ländern war es "*to carefully identify individual learners' needs and make provisions for those needs, rather than categorize needs based on definitions*" (European Agency 2006, S. 15). In einer zukünftigen inklusiven Schule, zu der sich Deutschland verpflichtet hat, werden derartige Definitionen nicht mehr notwendig sein, denn - so der Anspruch - alle Kinder werden je nach ihren Lernvoraussetzungen und -bedürfnissen gefördert.

Allerdings ist kritisch anzumerken, dass es bislang erhebliche Defizite in der Förderung gibt: Laut einer Analyse der IGLU 2006 Daten erhielt nur ein Drittel der Kinder, die sich mit ihren Testleistungen auf den unteren Lesekompetenzstufen befinden, laut Aussagen der Lehrkräfte eine besondere Förderung im Lesen (Valtin, Hornberg, Buddeberg, Kowoll & Potthoff 2010). Die Ergebnisse des IQB-Ländervergleichs 2011 zur Prüfung der Bildungsstandards zeigen ebenfalls, dass nur eine Minderheit der

Schülerinnen und Schüler, die die Mindeststandards verfehlen, tatsächlich eine besondere schulische Förderung erhält (Stanat, Weirich & Radmann 2012). Derartigen Missständen ist unbedingt entgegenzuwirken durch eine Verbesserung der Rahmenbedingungen, wie sie von der KMK bereits 1978 eingefordert, aber bis heute vielfach nicht eingelöst wurden: ein sorgfältig durchgeführter Erstlese- und Schreibunterricht, die Verbesserung der förderdiagnostischen Fähigkeiten der Lehrkräfte, die Einrichtung von Förderkursen sowie die Verbesserung der Lehreraus- und -fortbildung.

Zu fordern ist auch das Vorhandensein und der Einsatz von Experten, die – wie beispielsweise in Finnland – bei Leistungsproblemen der Schülerinnen und Schüler sofort eingreifen (Leselehrer, Beratungslehrer, Sozialpädagogen, Psychologen). Zwar wird in den LRS-Richtlinien der Bundesländer auf die Notwendigkeit der Förderung von Kindern mit Lese- und Rechtschreibproblemen verwiesen, aber es gibt kein verbrieftes Recht des Kindes auf schulische Förderung. Solange ein derartiger Rechtsanspruch nicht besteht, ist es verständlich, dass sich die Eltern betroffener Kinder hilfesuchend an Ärzte wenden.

Soweit meine allgemeine Stellungnahme. Hier noch weitere, z. T. kleinere Anmerkungen:

- Auf S. 13 ist von „ähnlich klingenden Graphemen“ die Rede. Grapheme sind schriftliche Zeichen sind, die keine Laute von sich geben können. Es muss heißen: Grapheme, die ähnlich klingende Laute repräsentieren.
- Auf S. 33 heißt es im Kasten „Textverständnisstrategien und unten „die Effektivität der Leseverständnistrainings...“. Geht es um die Wirksamkeit von Lesestrategien? Wolfgang Schneider und ich hatten ja schon darauf verwiesen, dass es hier eine reichhaltige Literatur gibt. Hattie spricht von einer Effektivität von .69. Maik Philipp hat dazu viel geschrieben. Auf jeden Fall muss der Ausdruck Leseverständnistraining präzisiert werden.
- Auf S. 34 kommt im 2. Absatz das Wort „Wirksamkeit“ doppelt vor.
- Dort heißt es: „Wichtige Vorläuferfähigkeiten für Lese- und Rechtschreibleistungen werden unter dem Begriff Phonologische Bewusstheit subsumiert, deren Förderung eine Verbesserung der Lese- und Rechtschreibleistungen erwirken soll“. Hier fehlt der Hinweis, dass dies sehr kontrovers diskutiert wird (Valtin, R. (2012). Increasing awareness of phonological awareness – helpful or misleading? In S. Suggate & E. Reese (Eds.) Contemporary debates in child development and education. (S. 227 -237) London/New York: Routledge). Es hängt stark von der Leselehre und dem orthographischen Schriftsystem ab, wie auch die in der Leitlinie zitierten Ergebnisse zeigen: In der amerikanischen Forschung zeigt sich ein Effekt (weil hier vorwiegend Ganzheitsmethoden verwendet werden, in deutschen Studien nicht, da Übungen zur Phonemanalyse und –synthese Bestandteil jeden Lehrgangs sind).
- Auf S. 34 unten geht es um Übungen zur phonologischen Bewusstheit, die verbal ((besser: mündlich!)) gelöst werden. Deshalb solle es statt „Streichen“ (*deletion*) von Silben und Phonemen „Auslassen“ heißen.

- auf S. 35 heißt es: „Lese- und / oder Rechtschreibstörungen werden z. T. als Symptome und häufig als Folge einer zentralen auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen gesehen“. – Das ist mir neu. Bitte geben Sie auch die häufigen Literaturangaben an.
- An einer Stelle ist mir ein Fehler aufgefallen; vermutlich wurde die falsche Literatur zitiert (Chenault, Thomson, Abbott & Berninger, 2006, S. 43, Ende des 2. Absatzes). Im zitierten Artikel (ich hatte allerdings nur Zugang zum Abstract) geht es um das Schreiben von Aufsätzen und nicht um Lesen, und tatsächlich wurde sogar ein Effekt in der Art gefunden, dass in einem dem Aufmerksamkeitstraining folgenden Aufsatztraining die vorher schon trainierten 4.-6.-Klässler größere Fortschritte gemacht haben (in composition and oral verbal fluency). Mich würden die korrekten Angaben zur Lesestudie interessieren.
- Beim Algorithmus leitliniengerechter Diagnostik auf S. 67 wird nicht deutlich, dass nicht bei allen Personen „ab 1 SD Abweichung.....“ eine Lese- bzw. Rechtschreibstörung zu diagnostizieren ist, denn es soll – so Leitlinie - ausgeschlossen werden, „ dass die Symptome Folge von intellektuellen Einschränkungen, einer allgemeinen Entwicklungsverzögerung, unkorrigierten Seh- oder Hörstörungen, unzureichender Beschulung sowie psychischen, neurologischen oder motorischen Störungen sind“ (S. 4). Welche Diagnose sollen diese ausgeschlossenen Personen erhalten? Wäre nicht die Feststellung einer Förderbedürftigkeit auch bei ihnen wichtig?
- Die „Leitliniengerechte Förderung“ auf S. 68 sollte grundlegend nach neueren Modellen des Lesens und Rechtschreibens überarbeitet werden (oder weggelassen werden). Unerklärlich ist, warum hier beim lautgetreuen Lesen und Schreiben jeweils Silben- und Lautbewusstheit sowie Übungen zum Identifizieren.....von Silben und Lauten aufgeführt sind, da sich in den referierten deutschen Studien kein Effekt gezeigt hat. Die beiden Kästchen sollten weg. Bei Leseflüssigkeit sollten Übungen zur Lesegeschwindigkeit (Blitzlesen..) eingesetzt werden. Das Kästchen unter Leseverständnis passt gar nicht, hier müssten Lesestrategien genannt werden.
- Beim Forschungsbedarf (S. 69) sollten nicht nur die Reliabilität und Repräsentativität hervorgehoben werden, sondern vor allem die *Validität* der Testverfahren. Verwendet werden und in der Leitlinie für eine Diagnose vorgeschlagen werden vor allem Tests mit sozialer Bezugsnorm, so dass die Prävalenzraten schon definitionsgemäß feststehen. Der Rang, den ein Kind in einer normierten Testverteilung einnimmt, gibt jedoch keine Auskunft darüber, ob und inwieweit es bestimmte schriftsprachliche und schulische Anforderungen erfüllt. Um diese Frage beantworten zu können, bedarf es Testverfahren mit qualitativer Auswertung (s. auch Thomé & Thomé 2000) und lernzielorientierter Testverfahren, die Aufschluss geben über Stärken und Schwächen im Lernprozess. Erste Lösungen bieten Tests, die sich an Kompetenzstufen orientieren wie IGLU, PISA oder die für den Ländervergleich 2011 entwickelten Testinstrumente auf der Grundlage der Bildungsstandards (Stanat, Pant, Böhme & Richter 2012). Allerdings sind diese Verfahren bisher nicht veröffentlicht. Die Entwicklung lernzielbezogener Tests steht leider noch aus.

Prof. Dr. Christa Röber**im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sprachwissenschaft (August 2014)**

Die DGfS bedankt sich für die Einladung zur Teilnahme an der Arbeitsgruppe. Durch sie hat sie Gelegenheit, die Relevanz sprachwissenschaftliche Theoriebildung zum Gegenstandsbereich Spracherwerb/Schriftspracherwerb für die Konzipierung sprachdidaktischer Forschung und Praxis darzustellen.

Aus dieser Perspektive ergeben sich zahlreiche Fragen zu den hier zu kommentierenden Empfehlungen. Sie betreffen die theoretischen Prämissen von Lernen generell sowie von sprachlichem/schriftsprachlichem Lernen insbesondere. Ihre Beantwortung bildet die Grundlage für alle praxisbezogenen Konsequenzen, die hier angesprochen sind, vor allem für die Beschreibung von Normalität und Abweichung, die in den Empfehlungen von zentraler Bedeutung ist.

So ist zunächst generell herauszustellen, dass der Erwerb der Sprache sowie der Ausbau der sprachlichen Kompetenz – vor allem durch den Schriftspracherwerb - immer als eine Aneignung der „Sprache der Anderen“ erfolgt: Spracherwerb ist keine Folge von Reifung, sondern ist die Folge von Kommunikation, daher von deren Bedingungen abhängig. Entsprechend belegt das Messen individueller sprachlicher Leistungen den Stand eines Leistungsvermögens, der die Chancen und Begrenzungen der jeweiligen sozialen Umgebung widerspiegelt. Somit sagt ein individueller Leistungsstand zu einem bestimmten Zeitpunkt nichts Gesichertes über zukünftiges Verhalten aus: Trifft der Lerner zukünftig auf eine weniger anspruchsvolle oder eine anspruchsvollere Umgebung, kann sein Lernfortschritt zu- oder abnehmen. Defizitär empfundene Bedingungen werden häufig von Lernern in besonders starkem Maße als Herausforderung an kompensierende Anstrengungen wahrgenommen (vgl. die zahlreichen Arbeiten zur Resilienzerforschung, oder, besonders einschlägig, die Darstellung zum Aufbau von relativ breitem orthographischem Wissen durch taube Kinder, die Cochlear Implantate nutzen, der zu besseren schriftsprachlichen Leistungen führt, als die, die (gesunde) Kontrollgruppe aufweist (James et al. 2009).

Resultate wie diese verbieten eine Diagnostik, die, wie hier vorgesehen, ein geringes Leistungsvermögen schon durch sehr frühe Verdächtigungen zu pathologisieren und die – erstaunlicher noch – die Nachhaltigkeit kompensatorische Anstrengungen der Lerner in Frage stellt.

Zusätzlich ist entsprechend abzulehnen, den Stand eines punktuellen Lernverhaltens an dem einer zufällig entstandenen Gruppe wie eine Schulklasse, die ihrerseits wieder einen Lernhorizont mit bestimmten Chancen oder Hindernissen darstellt, zu messen. An Stelle dieser vagen Maßstäbe hat die Orthographie als präzise beschreibbarer Gegenstand, der sowohl das Ziel des Lernens als auch eine zielführende Progression bestimmen lässt, zu treten: Lesen und Schreiben müssen alle in möglichst kurzer Zeit lernen, da diese Fähigkeit (u.a.) das Fundament für die Lösung weiterer schulischer und außerschulischer Aufgaben bildet. Entsprechend ist eine Zuschreibung, wie der primär psychologisch und medizinisch belegte Legastheniebegriff sie vornimmt, obsolet, möglicherweise sogar für Entwicklung hinderlich.

Im Zentrum der hier zu leistenden Analyse der Empfehlungen steht die Tatsache, dass der Aufbau von schriftsprachlichem Wissen instruiert geschieht. Der gegenwärtige Unterricht, der Ort des Wissenserwerbs, basiert – so der erste Punkt einer Kritik nationaler und internationaler didaktischer Forschung – sowohl für das Lesen als auch für das Schreibenlernen auf Lernerwartungen, die von schriftunkundigen Kindern nicht erfüllt werden können (wie schriftrelevante Analysen des Gesprochenen, bezogen auf die Wortschreibungen und Wortabtrennungen). Diese Erwartungen spiegeln die sprachlichen Wahrnehmungen Schriftkundige wider (vgl. z.B. Knobloch 2007). Entsprechend versäumt der Unterricht, den Kindern für das Lösen der Aufgaben systematische Hinführungen zu bieten. Sie sind zu leisten, indem das spontan erworbene Wissen der Lerner systematisch weitergeführt wird und sie mithilfe der Symbolisierungen der Schrift zum Aufbau der strukturierenden Wahrnehmungskategorien gelangen, die ihnen bisher verschlossen waren. Denn ein Teil der schriftrelevanten Kategorien erhält erst ihre Bedeutung, damit auch ihre Wahrnehmbarkeit durch das Lesen und Schreiben, also durch den reflektierten Umgang mit der Sprache und der Schrift. Somit stellt die Schule einen neuen sozialen Kontext dar, und die Leistungen der Kinder spiegeln in starkem Maße die Qualität des Unterrichts wider.

Die Maßstäbe für die Qualität sind eindeutig. So ist ein Wort dann richtig gelesen, wenn seine Silben korrekt artikuliert sind und sie mit der richtigen Betonung miteinander verknüpft werden. Eine einzelbuchstabenorientierte „Synthese“. So wie sie die Empfehlungen vorsieht, ist dabei kontraproduktiv, da die Artikulation für jeden Buchstaben eine eigene Silbe darstellt, damit das Erschließen der Bedeutung erschwert, oft sogar verhindert. Dieses kann der Unterricht alltäglich nachweisen. Entsprechend gilt es, „Lautieren“ zu verhindern und den Kindern zu ermöglichen, Silben als lautliche Einheiten mit einer richtigen Prosodie, Wörter als Zusammenschluss unterschiedlich betonte Silben artikulieren zu lernen. Für das Schreiben gilt, dass Silben für vorschulische Kinder die kleinste wahrnehmbare Einheit sind, daher die systematische Segmentierung von Silben entsprechend deren Strukturen, die die Buchstabenwahl bestimmt, erst von ihnen zu erlernen ist. Das geschieht in der systematischen Konfrontation mit Geschriebenen, die prosodische Strukturen berücksichtigt. Diese Fähigkeit kann daher nicht (als „phonologische Bewusstheit“) vorausgesetzt werden. Eine Hinführung der Kinder zum Schreiben, die davon ausgeht, dass ein Buchstabe ein immer gleiches Segment, als „Laute“ bezeichnet („Lauttreue“), repräsentiert, ist ebenfalls kontraproduktiv, und auch das lässt sich vielfach im Alltag der Grundschule an den Falschschreibungen der Kinder empirisch belegen.

Diese Aporien der Schrifterwerbs enthalten auch der vorliegende Text, sowohl in seinen diagnostischen als auch in seinen konzipierenden Anteilen. So hat er zwar artikulierbare Segmente wie Silben und silbische Konstituieren in seine Aufzählungen schriftrelevanter Einheiten aufgenommen, sieht jedoch keine Hierarchisierung dieser Größen in Relation zu den Segmenten, die als „Laute“ oder „Phoneme“ bezeichnet werden, für das Lernen vor. So gilt immer eine ein-eindeutige („lautgetreue“) GPK in Form des „Buchstabenlernens“ als einziger Ausgang der Lernprozesse, ohne deren Differenzierungen in Abhängigkeit von den jeweiligen silbischen Strukturen zu berücksichtigen. Entsprechend wird Lesen als eine lautierende Synthese, Schreiben ausschließlich als die Fähigkeit, „Laute“ zu identifizieren, dargestellt.

Die Problematik dieser Didaktik, die durch die Übertragung von (umstrittener) schriftgeprägter sprachbezogener Theoriebildung auf das analytische Vorgehen vorschrittlicher Kinder geprägt ist und

seinen Ausdruck in dem entsprechend formulierten „Stufenmodell zum Schriffterwerb“ findet, bestimmt auch die „Leitlinienalgorithmen“ der Empfehlungen (S. 67-68). Sie sollten daher gestrichen oder grundlegend überarbeitet werden.

Angesichts eines schulischen Unterrichts, der es verhindert, dass alle Lerner an Wissen, das für einen großen Teil von ihnen ohne eine adäquate didaktische Steuerung unerreichbar bleibt, herangeführt werden, wird der hier ausschließlich individualisierende psychologisch und medizinisch bestimmte Blick auf schriftsprachliches Lernen äußerst fragwürdig. Er ignoriert einerseits die Resultate der gegenstandsbezogenen Sprach- /Schriftspracherwerbsforschung, andererseits die schulischen Bedingungen für das Lernen der Kinder, die den Ergebnissen dieser Forschung wenig entsprechen.

Infolge diese Bedenken ist auch Kritik an dem methodischen Vorgehen zur Erstellung der Empfehlungen zu üben: So lässt sich das Vorgehen hier, das durch den Konsens einer Gruppe, die aufgrund ihrer gemeinsamen Intentionen als nahezu homogen zu bezeichnen ist, sowie durch eine Literatursichtung, die ausschließlich psychologische und medizinische Forschungen berücksichtigt, legitimiert wird, ebenfalls als zirkulär verdächtigen.

Vor dem Hintergrund dieser grundsätzlichen Kritik lassen sich (erneut) folgende konkrete Fragen zu den Empfehlungen stellen:

- Wie können eine „Alters- und Klassennorm“ sowie eine „IQ-Diskrepanz“ Maßstab einer Diagnose von Leistungen sein, bei denen es sich um eine didaktisch gesteuerte Aneignung eines systematischen Gegenstands handelt, dessen Strukturierung eine objektive Grundlage für diagnostische Aussagen bietet?
- Haben Kriterien der Diagnose wie „phonologischen Bewusstheit“, „Benennungsgeschwindigkeit“, „syntaktisches und lexikalische Bewusstheit“ usw. die Bedeutung für den Schriffterwerb, der ihnen hier beigemessen wird? Welche Korrelationen werden zwischen ihnen angenommen? Was wird über die Bedingungen des Erwerbs der Fähigkeiten, denen die diagnostischen Fragen gelten, angenommen?
- Wie können Untersuchungen in anderen Sprachen zum Maßstab für die Diagnose und Unterrichtung des Deutschen genommen werden, ohne dass berücksichtigt wird, dass sich Sprachen und ihre Orthographie, zusätzlich die Formen der Unterrichtung sowohl didaktisch als auch schulorganisatorisch in einzelnen Ländern stark unterscheiden?
- Wurde für die Empfehlungen der Testverfahren auch die Adäquatheit ihrer sprachlichen, insbesondere ihrer schriftsprachlichen Prämissen, das heißt ihre Validität und Reliabilität, untersucht?
- Welches sind „die Symptome“ der Lese- und Rechtschreibstörung? Wurde überprüft, ob die, die angenommen werden, die erwartete Relevanz haben und ob sie Folge eines entsprechend fehlleitenden Unterrichts sein können?
- Führen die hier aufgeführten „Übungen“ der Förderung alle Kinder zu einem qualifizierten Lesen und Schreiben oder behindern sie sie nicht eher auf dem Weg zu diesem Ziel (s.o.)?
- Ist ein „Ganzworttraining“ die einzige Alternative zu einem buchstabenbasierten Zugang zur Schrift?
- Wie werden „Textverständnisstrategien“ definiert? Wenn sie nicht „als alleinige Interventionsmaßnahmen“ gesehen werden, welchen Stellenwert sollen sie dann erhalten?

- Wenn das „Phonemtraining“ nicht „als alleinige Interventionsmaßnahme“ gesehen wird, welchen Stellenwert soll es überhaupt erhalten und durch welche anderen didaktischen Maßnahmen ist es zu ergänzen?
- Wie wird „orthographisches Regelwissen“ definiert? Warum wird es ausschließlich als maßgeblich für das Schreiben, also nicht für das Lesen gesehen, obwohl orthographische Markierungen bekanntlich dem Lesen dienen?
- Was rechtfertigt die Konfrontation von Kindern mit außerschulischen Fördermaßnahmen, deren Einrichtung häufig stigmatisierende, vor allem selbststigmatisierende Nebeneffekte hat, bereits im ersten Schuljahr? Was rechtfertigt die Beibehaltung unterrichtlicher Methoden, die offensichtlich nicht zu Erfolgen geführt haben, auch in der außerschulischen Förderung?
- Wohin zeigt sich die „ausgeprägte Expertise“ der „Behandelnden“? Von wem wird sie wie mit welcher Konsequenz überprüft?
- Erfordert eine Förderung, wenn sie notwendig ist und wenn sie sprachsystematisch angelegt, d.h. auf autonomes Lernen ausgerichtet ist, eine mehnjährige Förderung? Wird Förderung ausschließlich als ein Mehr, also als eine quantitativ zu sehende Maßnahme, oder als eine qualitative, d.h. strukturell veränderte, korrigierende Maßnahme gesehen?
- Ist nicht bei Misserfolg eine Kontrolle der Eignung der Inhalte und der Methode der Förderung eher zu empfehlen als das Anstreben von sonderpädagogischer Betreuung?
- Ist es gerechtfertigt, Beobachtungen, die hier mit dem Begriff „Komorbidität“ zusammengefasst werden, als Ursache für Misserfolge im sprachlichen Lernen anzunehmen oder sind die Misserfolge nicht eher Verstärker, möglicherweise Ursache dieser Misserfolge?
- Können Rechenstörungen nicht Folge geringer sprachlicher, vor allem schriftsprachlicher Leistungsfähigkeit sein?
- Gehört es nicht zu den vorrangigen Forschungsaufgaben, die abschließend in den Empfehlungen angesprochen werden, Alternativen zu den herkömmlichen Methoden der Schrifterwerbs, die bei mehr als 20 % der Schüler (s. PISA und IGLU) und mehr als 40 % der Erwachsenen (s. L.E.O) erfolglos sind, zu erproben?

Die Stellungnahme der Empfehlungen seitens der DGfS lässt sich in der Weise zusammenfassen, dass die Belege, die in dem vorliegenden Text zusammengetragen sind, keine Aussagen über Normalität und Abweichung als Merkmale von Individuen zulassen. Eine außerschulische Förderung von Kindern, die so lange zu unterstützen ist, wie es der Schule nicht gelingt, ihrem generellen, chancengewährenden Bildungsauftrag nachzukommen, kann daher nicht auf diese Differenzierung zurückgreifen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass die Anstrengungen aller, die an einer Verbesserung der schriftsprachlichen Bildung interessiert sind, der Effektivierung der schulischen Arbeit zu gelten haben. Für eine außerschulische Förderung ist zu fordern, dass sie sich als eine gegenstandsbezogene, daher nicht als eine ausschließlich psychologisch und medizinisch fundierte Förderung, die fachwissenschaftliche Analysen des Gegenstands marginalisieren kann, zu verstehen hat. Denn die zu leistenden Aufgaben gelten einer reflektierten Aneignung eines kulturell bewährten, systematischen Gegenstands, nicht einer Verhaltensänderung oder einer Gesundung. Sie hat daher alternative, systematisierende Darbietungen des Gegenstands zu wählen, die in der Lage sind, die unterrichtlichen Ursachen der Misserfolge so zu kompensieren, dass den Lernern ein schneller Zugang zu einem regelbasierten, autonomen Lernen mit der Möglichkeit der Selbstkontrolle gewährt werden kann.

Die hier angesprochenen Fragen wurden zwar in der Arbeitsgruppe diskutiert, sie werden in dem vorliegenden Text jedoch nicht als kontrovers dargestellt. Ebenso wenig werden in der Quantifizierung der Abstimmungsergebnisse diejenigen, die gegengestimmt oder sich enthalten haben, aufgeführt. Aufgrund der Zweifel aus sprachwissenschaftlicher Perspektive daran, dass die Empfehlungen geeignet sind, die in ihnen genannten Ziele zu erreichen, fordern wir, die kritische Kommentierung der Empfehlungen durch die DGfS in dem vorliegenden Text kenntlich zu machen.

Literaturangaben

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2000). Förderung von Schülern mit besonderen Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und des Rechtschreibens. KMBek vom 16.11.1999, geändert am 11.8.2000. http://www.schulberatung.bayern.de/schulberatung/bayern/fragen_paed_psy/legasthenie/kmbek_allg_hinweise/index_05201.asp (Zugriff am 15.8.2014)

Bildungsserver Berlin Brandenburg: Individuelle Lernstandsanalysen ILeA <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/ilea.html> (Zugriff am 15.8.2014)

Bos, W., Tarelli, I., Bremerich-Vos, A. & Schwippert, K. (Hrsg.). (2012). *IGLU 2011. Lesekompetenzen von Grundschulkindern in Deutschland im internationalen Vergleich*. Münster: Waxmann.

Büchner, B., Kortländer, M. et al: Legasthenie – eine Krankheit, eine Behinderung, eine Störung? - Recht auf Bildung und individuelle Förderung statt Selektion und Stigmatisierung". <http://www.legakids.net/eltern-lehrer/recht-auf-lesen/> (Zugriff am 3. 8.2014)

Bühler-Niederberger, D.(1991). *Legasthenie. Geschichte und Folgen einer Pathologisierung*. Opladen.

Büttner, G. & Hasselhorn, M. (2011). Learning disabilities: Debates on definition, causes, subtypes, and responses. *International Journal of Disability, Development and Education*, 58 (1), 75-87.

Dijk, T. A. van & Kintsch, W. (1983). *Strategies of discourse comprehension*. New York: Academic Press.

European Agency for Development in Special Needs Education (2006). *„Dylexia“ - A small scale examination of issues relating to policy and provision in Agency member countries*. Brussels: European Agency for Development in Special Needs Education.

Fischbach, A., Schuchardt, F., Brandenburg, J., Kleczewski, J., Balke-Melcher, C., Schmidt, C., Büttner, G., Grube, D., Mähler, C. & Hasselhorn, M. (2013). Prävalenz von Lernschwächen und Lernstörungen: Zur Bedeutung der Diagnosekriterien. *Lernen und Lernstörungen*, 2 (2), 65-76.

Hoffmann, B. & Valtin, R. (Hrsg.). (2007). *Förderdiagnostik beim Schriftspracherwerb*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben.

James, D. et al. (2009). Orthographic influences, vocabulary development, and phonological awareness in deaf children who use cochlear implants, *Applied Psycholinguistics* 30, 659–684

Knobloch, C. (2007). Grammatikalisierung in der Interaktion. Eine Problemskizze. In: *OBST* 73, 119–144

Maehler, C. & Schuchardt, K. (2011). Working memory in children with learning disabilities: Rethinking the criterion of discrepancy. *International Journal of Disability, Development and Education*, 58, 5–17.

Marx, P. (2004). *Intelligenz und Lese-Rechtschreibschwierigkeiten*. Hamburg: Dr. Kovac.

Meyerhöfer, W. (2011). Vom Konstrukt der Rechenschwäche zum Konstrukt der nicht bearbeiteten stofflichen Hürden. *Pädagogische Rundschau*, 65. Jg., Heft 4, 401-426.

Naegele, I (2001) FIT – das Frankfurter Integrative Therapiemodell. In I. Naegele & R. Valtin, R. (Hrsg.). *LRS – Legasthenie in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten. Band 2: Schulische Förderung und außerschulische Therapien*. (S. 204 – 214). Weinheim: Beltz, 2. überarbeitete Auflage.

Rosebrock, C. & Nix, D. (2008). *Grundlagen der Lesedidaktik und der systematischen schulischen Leseförderung*. Hohengehren: Schneider

Scheerer-Neumann, G. (1979). *Intervention bei Lese-Rechtschreibschwäche. Überblick über Themen, Methoden und Ergebnisse*. Bochum: Kamp.

Scheerer-Neumann, G. (2003). LRS und Legasthenie: Rückblick und Bestandsaufnahme. In I. M. Naegele & R. Valtin (Hrsg.), *LRS - Legasthenie - in den Klassen 1-10. Handbuch der Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten Band 1: Grundlagen und Grundsätze der Lese-Rechtschreib-Förderung* (6. Aufl.) (S. 32-41). Weinheim: Beltz.

Scheerer-Neumann, G. (2014). Individuelle Lernstandsanalysen in der Grundschule (IleA). In R. Valtin & I. Tarelli (Hrsg.). *Lesekompetenz nachhaltig stärken. Evidenzbasierte Maßnahmen und Programme*. (S. 110 – 121). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben

Sekretariat der ständigen Konferenz der Kultusminister der Ländern (2007). Grundsätze zur Förderung von Schülerinnen und Schülern mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben oder im Rechnen (Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 04.12.2003 i.d.F. vom 15.11.2007). Zugriff am 1.4.2014 unter: www.kmk.org/.../2003/2003_12_04-Lese-Rechtschreibschwaech.pdf

Singleton, Ch. (2009). *Intervention for Dyslexia - A review of published evidence on the impact of specialist dyslexia teaching*. http://www.4d.org.nz/school/dyslexia_intervention_research.pdf (Zugriff am 15.8.2014).

Souvignier, E. (2014). Lesestrategien zur Förderung des Leseverständnisses und der Ansatz einer diagnosebasierten Leseförderung. In R. Valtin & I. Tarelli (Hrsg.). *Lesekompetenz nachhaltig stärken. Evidenzbasierte Maßnahmen und Programme*. (S. 167 – 182). Berlin: Deutsche Gesellschaft für Lesen und Schreiben

Snowling, M. S. (2013). Early identification and interventions for dyslexia: a contemporary view. *Journal of Research in Special Educational Needs*, 13 (1), 7-14.

Stanat, P., Pant, H. A., Böhme, K. & Richter, D. (Hrsg.). (2012). *Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern am Ende der vierten Jahrgangsstufe in den Fächern Deutsch und Mathematik. Ergebnisse des IQB-Ländervergleichs 2011*. Münster: Waxmann.

Stanat, P., Weirich, S. & Radmann, S. (2012). Sprach- und Leseförderung. In P. Stanat, H. A. Pant, K. Böhme & D. Richter (Hrsg.), *Kompetenzen von Schülerinnen und Schülern am Ende der vierten Jahrgangsstufe in den Fächern Deutsch und Mathematik* (S. 251-276). Münster: Waxmann.

Stanovich, K. E. (2005). The future of a mistake: Will discrepancy measurement continue to make the learning disabilities field a pseudoscience? *Learning Disability Quarterly*, 28, 103-106.

Thomé, G. & Thomé, D. (2000). Sind quantitative Tests und Methoden heute noch zeitgemäß? Probleme der Rechtschreibdiagnostik. In R. Valtin (Hrsg.). *Rechtschreiben lernen in den Klassen 1–6. Grundlagen und didaktische Hilfen* (S. 120–124). Frankfurt a.M.: Grundschulverband, Arbeitskreis Grundschule e.V. (Beiträge zur Reform der Grundschule, 109).

Thomé, G. & Thomé, D. (2004). *OLFA - Oldenburger Fehleranalyse. Instrument und Handbuch zur Ermittlung der orthographischen Kompetenz aus freien Texten ab Klasse 3 und zur Qualitätssicherung von Fördermaßnahmen*. Oldenburg: Institut für sprachliche Bildung, Igel Verlag.

Valtin, R. (1981). Zur „Machbarkeit“ der Ergebnisse der Legasthenieforschung. Eine empirische Untersuchung. In R. Valtin, U. O. H. Jung & G. Scheerer-Neumann (Hrsg.). *Legasthenie in Wissenschaft und Unterricht* (S. 88-182). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Valtin, R. (1984). German studies on dyslexia: Implications for education. *Journal of Reading Research*, Sept., 79-102.

Valtin, R. (2004). Das Konstrukt Legasthenie - Wem schadet es? Wem nützt es? In G. Thomé (Hrsg.), *Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS) und Legasthenie. Eine grundlegende Einführung* (S. 56-63). Weinheim und Basel: Beltz.

Valtin, R. (2010). A-t-on besoin de la dyslexie? *Caractères* 36, 35 – 43, Mars, Huy: ABLF.

Valtin, R. (2012). Dyslexia - a useful concept? In L. Pøhler (ed.) *Dysleksi – efælles nordisk udfordring*, p. 85 - 92. Kobenhaven: Landsforeningen af Laesepædagoger.

Valtin, R., Hornberg, S., Voss, A., Kowoll, M. E. & Potthoff, B. (2010). Schülerinnen und Schüler mit Leseproblemen - eine ökosystemische Betrachtungsweise. In W. Bos, K. H. Arnold, S. Hornberg, G. Faust, L. Fried, E.-M. Lankes, K. Schwippert, I. Tarelli & R. Valtin (Hrsg.), *IGLU 2006 - die Grundschule auf dem Prüfstand* (S. 43-90). Münster: Waxmann.

Valtin, R. & Voss, A. (2014) Probleme der Diagnose von LRS: Operationalisierungen, Vorkommenshäufigkeiten und Korrelate (zur Veröffentlichung vorgesehen).

Weber, J.-M., Marx, P. & Schneider, W. (2001). Legasthener und allgemein lese-rechtschreibschwache Kinder. Ein Vergleich bezüglich Verursachungsfaktoren und Therapierbarkeit. In M. Fölling-Albers, S. Richter, H. Brügelmann & A. Speck-Hamdan (Hrsg.), *Jahrbuch Grundschule III* (S. 188-191). Frankfurt am Main: Grundschulverband.

World Health Organization: The *ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines* <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua=1> (Zugriff am 15.8.2014).

Wyschkon, A., Kohn, J., Ballaschk, K. & Esser, G. (2009). Sind Rechenstörungen genau so häufig wie Lese-Rechtschreibstörungen? *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 37, 499-512.