

Sprachförderung in der Vorschule zur Prävention von Leserechtschreibschwächen



GLIEDERUNG

1. **Warum Sprachfrühförderung**
2. **LRS, ein Problem für den Kinderpsychiater? (Definitionen)**
3. **Verlauf einer LRS**
4. **Therapiemöglichkeiten**
5. **Fazit**

1. Warum Sprachfrühförderung?

- 30% der Kinder deutscher Muttersprache haben Förderbedarf
- 70-75% der fremdsprachigen Kinder haben Förderbedarf
- Screenings sind fragwürdig

2. Lese-Rechtschreibschwäche, ein Problem für den Kinderpsychiater?

2.1 Definition der Legasthenie / LRS

- ICD 10 (Diagnosemanual der WHO)
- DSM-IV (Diagnosemanual der american psychological association – weltweit gebraucht)

2. Lese-Rechtschreibschwäche, ein Problem für den Kinderpsychiater?

2.2 Verbreitung

2.3 Begleitstörungen

2.4 Erkenntnisse d. Neurowissenschaft

2.5 Genetik

2.6 psychosoziale Zusammenhänge

2.1 Definition LRS nach ICD-10

- umschriebene, eindeutige Beeinträchtigung in der Entwicklung der Lese- und Rechtschreibfertigkeit, die nicht allein durch Entwicklungsalter, Visusprobleme oder unangemessene Beschulung erklärbar ist.

2.1 Definition LRS nach ICD-10

- Lese-RS-Leistung deutlich unter Altersnorm und
 - Lese-RS-Leistung deutlich unter individueller Intelligenz
- = Diskrepanzkriterium (IQ und Kompetenz im Lesen und RS genug weit auseinander)
- Beeinträchtigung im schulischen Fortkommen

2.1 Definition LRS nach ICD-10

Bemerkungen:

- Kriterium in ICD-10 enorm streng!
- rein mathematisch kann ein knapp durchschnittlich begabtes Kind keine LRS haben

2.1 Definition LRS nach DSM-IV

- Differenz zwischen IQ und Lese-RS-Leistung ca. 2 Standardabweichungen (wie ICD-10)
- auch bei leichter geistiger Behinderung wird Diagnose gestellt wenn Lese-RS-Leistung deutlich unter IQ (math. nicht möglich)
- Beeinträchtigung im schulischen Fortkommen

2.1 Definition LRS

- beide Manuale klassifizieren eine Legasthenie im Kapitel der ***Lern- und Leistungsstörungen***
- beide Definitionen verlangen die Messung des IQ und der Lese-RS-Leistung mittels standardisierter Tests
- das Kriterium bestimmt den %-Satz der Legastheniker in einer Population

in Leitlinien verschiedener Länder oder in Forschungsprojekten werden „weichere“ Kriterien angenommen

(statt ca. 2 Standardabweichungen lediglich 1-1.5 Standardabweichungen / z.B. Steinhausen: 1s, Rückstand 2 Jahre, SPD Stadt Zürich: 1.2s)

2.1 Definition LRS

- Weltweite Uneinigkeit bzgl. Diskrepanzkriterium, da bei sehr hoher Intelligenz oder IQ im Bereich einer schwachen Begabung rein mathematisch die geforderte Diskrepanz nicht möglich ist.
- es gibt in keiner Definition Hinweise auf die „klassischen“ Legasthenikerfehler (bd) = alter Zopf

2.1 Definition LRS

- neuer Ansatz in den USA: Anteil der Kinder bestimmen, die in der 4. Klasse die Bedeutung des Gelesenen unzureichend erfassen
→ 40% bei den Viertklässlern / 30% bei den Achtklässlern!
- weiterer Ansatz in Pisa-Studie: „Fähigkeit des Lesens um zu lernen bestimmen“: 12% der Fünfzehnjährigen bewegen sich auf der untersten Stufe, 6% auf der nächst höheren Stufe (Thema des Textes erfassen, einfache Einzelinfos finden)

2.2 Verbreitung der LRS

- je nach Kriterium ca. 3.7 – 8% der Kinder

(Knaben 3-4mal häufiger als Mädchen, wobei der Unterschied nicht genetisch bedingt zu sein scheint, sondern Mädchen profitieren besser von der Förderung und überwinden Schwierigkeiten besser)

2.3 Begleitstörungen

primäre Begleitstörungen

- Sprachentwicklungsstörungen
- psychomot. Ungeschicklichkeit, beeinträchtigte vis. WN
- hyperkinetische Störung
- Rechenstörung (bis zu 75% der Kinder mit Dyskalkulie haben LRS)

2.3 Begleitstörungen

sekundäre Begleitstörungen

- Konzentrationsprobleme
- Motivationsverlust
- Schulangst
- disziplinarische Probleme

2.4 Erkenntnisse d. Neurowissenschaft

- Besonderheiten in der Hirnreifung
- KEINE Hirnschädigung
- generelle Störung der Informationsverarbeitung
- veränderte Strukturen in den sprachverarbeitenden Zentren des Gehirns (noch wenige Befunde durch Sektion)

2.4 Erkenntnisse d. Neurowissenschaft

- verlangsamte hirnelekt. Leitung
- Störung der sprachl. Informationsverarbeitung (z.B. phonol. Verarbeitung)

2.5 Genetik

- familiäre Häufung gut belegt (falls ein Kind mit LRS, ist Chance für weiteres LRS-Kind in Familie bei 52-62%)
- Übereinstimmung bei eineiigen Zwillingen = 100%
- nicht bestimmtes Gen, sondern versch. Genorte (Mechanismus unklar)

2.6 psychosoziale Zusammenhänge

- grundsätzlich keine Schichtabhängigkeit – jedoch häufiger in sozial benachteiligten Schichten (Förderung und Vorbild fehlt).

Qualifizierte Hilfe bei Erstlese- und Schreibaufgaben hat wesentlichen Einfluss.

3. Verlauf

- sehr stabil über die Zeit bis ins Erwachsenenalter
- Gefahr des funktionalen Analphabetismus (im engl. Sprachraum 5-10%)
- emotionale Störungen, Störungen des Sozialverhaltens (Ursache, Folge??)

3. Verlauf

- Tabak- und Drogenmissbrauch treten bei Legasthenikern gehäuft auf
- oft tieferer Schulabschluss (LRS ist bestimmender als IQ)
- höhere Arbeitslosigkeit
- deutlich öfter straffällig (25% der untersuchten LRS-Kinder einer Studie waren mit 18 schon verurteilt!)

4. Therapiemöglichkeiten

- Legasthenie-Therapie
- Elterntraining, Lehrerberatung, schulischer Nachteilsausgleich
- **PRÄVENTION**: langfristig signifikante Effekte vor allem wenn **VOR** dem Schuleintritt

5. Fazit

- Prävention erspart viele Tränen und reduziert Frust bei den Betroffenen und deren Umfeld
- Erleichterung des Schuleinstiegs / der Schulkarriere
- Verhinderung der Begleitstörungen und des Gangs zum Psychiater
- Kosteneinsparung
- Prävention ist wirksamer als Therapie

- die Kindergärtnerinnen sind DIE Schlüsselfiguren in der Lese-Recht-schreib- und demzufolge Schul-Karriere der Kinder!

Literatur

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. a. (Hrsg.) (2003). *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Klicpera Ch., Schabmann A., Gasteiger Klicpera B. (2003). *Legasthenie*. München Basel: Reinhardt.

Klicpera Ch., Gasteiger-Klicpera B. (1998). *Psychologie der Lese- und Schreibschwierigkeiten. Entwicklung, Ursachen, Förderung* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.

Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) (2001). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. (4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage).

Literatur

- Sass, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. (2001). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. (3. unveränd. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Steinhausen H-Ch. (1996). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (3. Auflage). München: Urban & Schwarzenberg.
- von Suchodoletz W. (Hrsg.) (2003). *Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Warnke A, Hemminger U., Plume E. (2004). *Lese-Rechtschreibstörungen. Leitfaden der Kinder- und Jugendpsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.