

4745/AB XX.GP

Die schriftliche parlamentarische Anfrage Nr 5054/J - NR/1998 betreffend Maßnahmen zur Verminderung der zunehmenden Lernschwäche, die die Abgeordneten Dipl. - Ing. Leopold Schöggl und Kollegen am 16. Oktober 1998 an mich richteten, wird wie folgt beantwortet.

Zunächst ist es nötig, die in dieser Anfrage vorkommenden wichtigen Begriffe zu klären und sich dabei eines **international anerkannten Klassifikationssystems** zu bedienen, weil die **Einschätzung, Bewertungen bzw. Schlussfolgerungen** von der Definition abhängig sind. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die **Internationale Klassifikation psychischer Störungen - ICD 10** Kapitel V (F), klinisch - diagnostische Leitlinien (Verlag Hans Huber 1993) herausgegeben. Dort wo es möglich ist, sollen Begriffsbestimmung (definitiverischer Aspekt), **Auftretenshäufigkeit** (epidemiologischer Aspekt), **Ursachenbeschreibung** (ätiologischer Aspekt), Verlauf (patho - genetischer Aspekt) und Förderung bzw. Behandlung (pädagogisch - kompensatorischer, therapeutischer Aspekt) zur Darstellung gelangen

Lernstörungen

Die Systematik der ICD 10 ordnet **Lernschwächen** bzw. **Lernstörungen** den **Entwicklungs - störung** zu. Neben den umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache und der motorischen Funktionen finden sich die **umschriebenen Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**, zu denen die **Lese- und Rechtschreibstörung**, die **isolierte Rechtschreibstörung und die Rechenstörung** bzw. **kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten** zählen. Der Autismus wird z.B. als **tief greifende Entwicklungsstörung** verstanden

Entwicklungsstörungen haben im Allgemeinen folgende Merkmale:

1. Einen Beginn der ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit liegt
2. Eine Einschränkung oder Verzögerung in der Entwicklung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind.
3. Einen stetigen Verlauf, der keine Remissionen zeigt

In den meisten Fällen sind die Sprache, visuell - räumliche Fertigkeiten und die Bewegungskoordination betroffen. Mit dem Alterwerden der Kinder gehen die Beeinträchtigungen zurück, wenngleich geringe Defizite im Erwachsenenalter bleiben können. Die meisten dieser Störungen treten bei Jungen mehrfach häufiger auf als bei Mädchen.

Bei den **Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten** handelt es sich um Störungen, bei denen der normale Erwerb von Fertigkeiten von frühen Entwicklungsstadien an beeinträchtigt ist. Diese sind nicht einfach Folge eines Mangels an Gelegenheiten zu lernen, und nicht durch eine erworbene Hirnschädigung oder Krankheit verursacht. Man glaubt vielmehr, dass diese Störungen voll Beeinträchtigungen der kognitiven Informationsverarbeitung herrühren.

Die Ätiologie der Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten ist unbekannt. Man nimmt primär biologische Faktoren an, welche mit nichtbiologischen Faktoren (wie etwa Gelegenheit zum Lernen und Qualität des Unterrichts) zusammenwirken und so Symptome erzeugen.

Die **Lese- und Rechtschreibstörung** ist eine Beeinträchtigung, die nicht allein durch das Entwicklungsalter, durch Visus - Probleme oder unangemessene Beschulung erklärbar ist. In der Vorgeschichte findet sich häufig eine umschriebene Entwicklungsstörung des Sprechens und der Sprache. Eine sorgfältige Beurteilung der Sprachfunktionen deckt oft subtile gegenwärtige Probleme auf. Zusätzlich zum schulischen Misserfolg sind mangelhafte Teilnahme am Unterricht und soziale Anpassungsprobleme häufige Komplikationen, besonders in der Sekundarstufe. Die Störung wird in allen bekannten Sprachen gefunden, jedoch herrscht Unsicherheit darüber, ob ihre Häufigkeit durch die Art der Sprache und die Art der geschriebenen Schrift beeinflusst wird. In der späteren Kindheit sind die Rechtschreibprobleme meist (größer als die Defizite in der Lesefähigkeit) charakteristischerweise zeigen die Rechtschreibschwierigkeiten Fehler in der phonetischen Genauigkeit, und es scheint, dass Lese- wie Rechtschreibstörungen sich zum Teil von einer Störung in der phonologischen Analyse herleiten.

In Fällen normaler Sprachentwicklung können noch Schwierigkeiten bei der Informationsverarbeitung akustischer Reize (Klangkategorisierung, Reimen, Laut- Unterscheidung), beim Behalten akustischer Sequenzen und der akustischen Assoziation auftreten. Darüber hinaus können Probleme bei der visuellen Informationsverarbeitung bestehen, jedoch sind diese Probleme im Anfangsunterricht nicht ungewöhnlich. Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, Überaktivität und Impulsivität sind ebenfalls häufig. Das genaue Muster von Schwierigkeiten in der Entwicklung variiert stark von

Kind zu Kind, ebenso ihr Schweregrad; dennoch sind solche Probleme vorhanden. Begleitende emotionale Probleme kommen häufiger während der frühen Schulzeit vor, Störungen des Sozialverhaltens und Hyperaktivitätssyndrome treten eher in der späteren Kindheit und Adoleszenz auf. Ein niedriges Selbstwertgefühl ist häufig, ebenso wie Anpassungsprobleme in der Schule und in der Beziehung zu Gleichaltrigen.

Die **isolierte Rechtschreibstörung** besteht in einer eindeutigen Beeinträchtigung von Rechtschreibfertigkeiten, ohne Vorgeschichte einer umschriebenen Lesestörung. Sie ist nicht alleine durch ein zu niedriges Intelligenzalter, durch Visusprobleme (Sehen, Hören) oder unangemessene Beschulung erklärbar.

Wenn auch bekannt ist, dass sich eine isolierte Rechtschreibstörung von einer Lesestörung mit Rechtschreibstörung unterscheidet, weiß man doch nur wenig über die Vorläufer, den Verlauf, die Zusammenhänge und den Endzustand von umschriebenen Rechtschreibstörungen.

Die **Rechenstörung** beinhaltet eine umschriebene Beeinträchtigung von Rechenfertigkeiten, die nicht allein durch eine allgemeine Intelligenzminderung oder eine eindeutig unangemessene Beschulung erklärbar ist. Das Defizit betrifft die Beherrschung der Grundrechnungsarten. Rechenstörungen wurden weniger untersucht als Lesestörungen, und die Kenntnis über Vorläufer, Verlauf, Zusammenhänge und Prognose ist relativ begrenzt. Dennoch scheinen bei Kindern mit diesen Störungen die akustische Wahrnehmung und die verbalen Fähigkeiten eher im Normbereich zu liegen, während die visuell - räumliche und Fähigkeiten der optischen Wahrnehmung eher beeinträchtigt sind.

Verhaltens- und emotionale Störungen

Das Klassifikationssystem ICD 10 versteht unter **Verhaltens- und emotionalen Störungen** mit Beginn in der Kindheit und Jugend hyperkinetische Störungen, die sich als einfache **Aktivitäts – Und Aufmerksamkeitsstörung** und **hyperkinetische Störungen** des Sozialverhaltens zeigt. Weiters werden **Störungen des Sozialverhaltens**, die sich auf den familiären Rahmen beschränken, sich bei fehlenden oder vorhandenen sozialen Bindungen äußern und Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten angeführt. **Emotionale Störungen** des Kindesalters zeigen sich in Verbindung mit Trennungsängsten, Phobien und mit sozialer Ängstlichkeit.

Hyperkinetische Störungen sind durch einen frühen Beginn (in den ersten fünf Lebensjahren), die Kombination von überaktivem, wenig moduliertem Verhalten mit deutlicher Unaufmerksamkeit und Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen, situationsunabhängig und zeitstabil charakterisiert. Nach verbreiteter Überzeugung spielen konstitutionelle Faktoren eine

entscheidende Rolle, eine spezifische Ätiologie fehlt jedoch. Hauptmerkmale sind der Mangel an Ausdauer, eine Tendenz, von einer Tätigkeit zur anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu kommt eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschießende Aktivität. Verschiedene andere Störungen können zusätzlich vorhanden sein: hyperkinetische Kinder sind oft achtlos und impulsiv, neigen zu Unfällen und eher aus Unachtsamkeit als vorsätzlich zu Regelverletzungen. Ihre Beziehungen zu Erwachsenen sind oft von Distanzlosigkeit geprägt; bei anderen Kindern sind sie unbeliebt und können isoliert werden. Eine kognitive Beeinträchtigung ist häufig, spezifische Verzögerungen der motorischen und sprachlichen Entwicklung sind überproportional häufig. Lernstörungen und motorische Ungeschicklichkeit treten mit großer Häufigkeit auf. Die Schwierigkeiten bleiben gewöhnlich durch die gesamte Schulzeit aufrecht.

Störungen des Sozialverhaltens sind durch ein wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens charakterisiert. In seinen extremsten Auswirkungen beinhaltet dieses Verhalten größte Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen. Es soll schwerwiegender sein als gewöhnlicher kindischer Unfug oder jugendliche Aufmüppigkeit. Einzelne dissoziale oder kriminelle Handlungen sind allein kein Grund für die Diagnose, für die ein andauerndes Verhaltensmuster gefordert ist. Eine Störung des Sozialverhaltens tritt oft zusammen mit schwierigen psychosozialen Umständen, wie unzureichenden familiären Beziehungen und Schulversagen auf. Beispiele für Verhaltensweisen, welche die Diagnose begründen, sind ein extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Grausamkeit gegen – über Menschen oder Tieren, erhebliche Sachbeschädigungen, Stehlen, Lügen, Schulschwänzen und “Abhauen”, häufige oder schwere Wutausbrüche und Ungehorsam.

Störungen des Sozialverhaltens mit dissozialem oder aggressivem Verhalten können ausschließlich auf den häuslichen Bereich, die Kernfamilie oder unmittelbare Lebensgemeinschaften beschränkt sein. In den meisten Fällen sind diese **familienspezifischen Störungen** aus einer bedeutsamen Beziehungsstörung des Kindes zu einem oder mehreren Mitgliedern der Kernfamilie entstanden.

Bei fehlenden sozialen Bindungen ist die wirksame Einbindung in eine Peer Group nicht vorhanden. Gestörte Beziehungen zu Gleichaltrigen zeigen sich hauptsächlich in Isolation, Zurückweisung oder durch Unbeliebtheit bei anderen Kindern, weiter durch ein Fehlen enger Freunde oder dauerhafter, einführender wechselseitiger Beziehungen zu Gleichaltrigen. Die Beziehungen zu Erwachsenen zeichnen sich im Allgemeinen durch Unstimmigkeiten, Feindseligkeit und Verärgerung aus. In der Regel tritt die Störung situationsübergreifend auf, dürfte jedoch in der Schule am offensichtlichsten sein.

Das wesentliche Merkmal der Störung des **Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten** ist ein Muster mit durchgehend negativistischem, feindseligem, aufsässigem, provokativem und trotzigem Verhalten, welches deutlich außerhalb der Grenzen des normalen Verhaltens bei einem gleichaltrigen Kind im gleichen sozialen Kontext liegt. Ernsthaftere Verletzungen der Rechte anderer fehlen.

Die **kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen** zeigt sich im Kindesalter mit anhaltenden, eindeutig depressiven Symptomen, wie ausgeprägte Traurigkeit, Interessenverlust und Freudlosigkeit bei üblichen Aktivitäten, Schuldgefühle und Hoffnungslosigkeit, Schlafstörungen und Appetitverlust.

Das Konzept der Teilleistungsstörungen

Die so genannte minimale zerebrale Dysfunktion (MCD)

Mangels eindeutiger ätiologischer Zuordnung (genetische Faktoren, Störungen im Hirnstoff – wechsel, Schwermetalle in subtoxischen Dosen, Zusatzstoffe zu Nahrungsmitteln) und auf Grund uneinheitlicher Symptomatik wird das Konzept einer “MCD” in Frage gestellt. Angesichts fehlender neuer Konzepte, und wohl auch angesichts der großen Verbreitung dieses Konzeptes sei der Begriff dennoch gebraucht (Millner, Neuropädiatrie, UTB 1992).

Die so genannte MCD präsentiert sich mit einer Reihe von Symptomen in wechselnder Ausprägung. Das Manifestationsalter fällt typischerweise in das Kindergarten- oder frühe Schulalter.

Als Einzelstörungen treten in Erscheinung:

- Die verkürzte **Aufmerksamkeitsspanne** ist eine altersabhängige höhere Hirnfunktion, die bei manchen Kindern verzögert ausreift.
- Eine verminderte **Kanalkapazität** entsteht, wenn durch die Konzentration auf einen Kanal die Aufnahmefähigkeit der anderen Sinneskanäle beeinträchtigt ist. Wesentliche Informationen entgehen und komplexe Aufgaben können nur schwer gelöst werden.
- Die Störung der **Diskriminationsfähigkeit** kann sich auf Sprache, Mimik, Gestik, Situationseinschätzung, etc. erstrecken.
- Die Störung der **Form – Hintergrund – Wahrnehmung** äußert sich in der mangelnden Fähigkeit, Wesentliches von Unwesentlichem zu unterscheiden. Betroffen können gesprochene Worte, der visuelle und der akustische Bereich sein.
- Bei der Störung der **Reizschwelle** werden äußere Sinnesreize ungebremste aufgenommen, was zu Reizüberflutung führen kann.
- Bei der intermodalen Störung kann die Außenwelt nicht als Ganzes erfahren werden. Der Austausch der Informationen ist beeinträchtigt (z.B. Gesehenes oder Gehörtes in motorische Tätigkeiten umsetzen).
- Bei der **serialen Störung** ist die Integration zeitlich nacheinander eintreffender Stimuli zu einem Ganzen herabgesetzt.
- Die **motorischen Störungen** einer MCD betreffen hauptsächlich die Koordination komplexer (fein)motorischer Abläufe.
- Das **hyperkinetische Syndrom** wurde bereits erörtert.

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Die ICD 10 unterscheidet **Essstörungen** wie Magersucht, Bulimie, Essattacken und Erbrechen bei psychischen Störungen, nicht organische **Schlafstörungen** und nicht organische **sexuelle Funktionsstörungen**.

Die **Magersucht** ist durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Obwohl die Ursachen noch wenig fassbar sind, wächst die Überzeugung, dass vor allem eine Interaktion soziokultureller und biologischer Faktoren sowie auch unspezifische psychologische Mechanismen und die Vulnerabilität der Persönlichkeit eine Rolle spielen.

Die **Bulimie** ist durch wiederholte Anfälle von Heißhunger und eine übertriebene Beschäftigung mit der Kontrolle des Körpergewichts bezeichnet.

Zusammenfassend kann daher Folgendes festgehalten werden:

Es gibt keine verlässliche Untersuchung die ein signifikantes Anwachsen von Verhaltensproblemen aussagt.

In Bezug auf die Schule ist zu sagen: Die Schule als den Eltern nachfolgende Sozialisationsinstanz kann Defizite ausgleichen und braucht die Mithilfe des familiären Systems. Es geht um ein Verständnis für die komplexen Zusammenhänge der kindlichen Entwicklung und ihrer Störung anfälligkeit. Anlage und Umweltfaktoren stehen in Wechselwirkung zueinander, Krankheitsverläufe können Dispositionen stark verändern. Aus diesen Erkenntnissen unter Beziehungen von Fachleuten unterschiedlichster Disziplinen lassen sich kompensatorische und therapeutische Maßnahmen für Elternhaus und Schule ableiten.

1. Sind Ihnen Untersuchungen über Lernschwächen und Verhaltensstörungen bekannt, und wurden Untersuchungen seitens Ihres Ressorts in Auftrag gegeben? Wenn ja, welche?

Antwort:

Wissenschaftliche Untersuchungen sind in die Standard- Lehrbücher für Kinder- und Jugendpsychologie, Diagnostik und Pädiatrie eingearbeitet und hinlänglich bekannt (Remschmidt & Schmidt 1981; Schenk – Danzinger 1991; Millner 1992; Petermann 1995). Zahlreiche Fachzeitschriften z.B. Psychologie in Erziehung und Unterricht, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Kinderarzt etc. berichten regelmäßig über den aktuellen Forschungsstand. Die Umsetzung dieser Erkenntnisse erfolgt in der Lehreraus- und Lehrerfortbildung.

Darüber hinaus habe ich weitere Untersuchungen über verhaltensauffällige Schüler in mehreren Ansätzen veranlasst:

1. Konferenz der Lehrer für Sondererziehungsschulen
2. Tagung der Beratungslehrer zu integrativen Beratung und Betreuung von verhaltensauffälligen Schülern.
3. Veröffentlichung in zwei Schwerpunktnummern der Broschüre "Integration in der Praxis" (siehe Beilage).
4. Forschungsauftrag an DDr. C. Klicpera (Abteilung für angewandte und klinische Psychologie, Universität Wien). Ergebnisse liegen in Form des Buches "Ambulante schulische Hilfen für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche" (Bildungsforschung Band 15, Studienverlag) sowie "Vergleichende Längsschnittuntersuchung über die Entwicklung der durch Betreuungslehrer betreuten und der nichtbetreuten verhaltensauffälligen Kinder" vor (siehe Beilage).

Die Lern- und Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter sind in der Fachliteratur gut beschrieben und epidemiologisch erfasst.

1. Wurden diese Untersuchungen flächendeckend in allen Bundesländern durchgeführt und welche Altersstufen bzw. wie viele Schulkinder wurden untersucht?

Antwort:

1. Flächendeckend gibt es durch die Landesschulräte eine Evaluation in allen Bundesländern.
2. Spezielle Untersuchungen wurden nach dem wissenschaftstheoretischen Ansatz und den Möglichkeiten nur in einigen Bundesländern durchgeführt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für Österreich und statistisch signifikant abgesichert (siehe Punkt 1).

1. Was sind die Erkenntnisse der Untersuchung und welche häufigsten Teilleistungsschwächen wurden festgestellt?

2. Welche Ursachen für das Auftreten von Teilleistungsschwächen wurden festgestellt?

Antwort:

Über die Ausführung in Punkt 1 hinaus finden sich unter anderem in der Literatur: "Teilleistungsschwächen und Schule" von M. H. Friedrich, "Legasthenie – gibt's die?" von Johanna Juna und bei Sindelar (Test- und Therapie – Materialien für Teilleistungsschwächen) weitere Erkenntnisse über diesen Themenkomplex.

3. Wurden die Erkenntnisse dieser Untersuchung in Förderprogramme eingearbeitet?Antwort:

In diversen, abgestuften Förderprogrammen finden die therapeutischen - funktionellen Maßnahmen nach Montessori, Frostig und Sindelar im praktischen Bereich Anwendung.

4. Welche Fördermaßnahmen oder sonstige Unterstützung werden teilleistungsschwachen Schülergruppen in welchen Schulstufen gewährt?Antwort:

Seitens meines Ressorts leistet die Abteilung Schulpsychologie – Bildungsberatung einen wichtigen Beitrag bei der Diagnose und Behandlung von Teilleistungsschwächen. Sie arbeitet interdisziplinär mit anderen Beratungssystemen zusammen (z.B. Beratungslehrern, Schülerberatern, Kinderärzten, Kliniken, heilpädagogischen Einrichtungen). Die Beratung erstrecken sich auf Schüler, Lehrer und Eltern. Nach Möglichkeit wird mit den Betroffenen in Form einer Begleitung bzw. Behandlung direkt gearbeitet. Beratung und Begleitung sind kostenlos und vertraulich. Hauptadressaten für Diagnose und Therapie sind Grundschüler.

5. Welche Schulungs- und Trainingsprogramme stehen den Lehrern zur Verfügung?Antwort:

Nach Abklärung der Störungen durch Lehrer, Beratungslehrer, Sonderpädagoge, Schulpsychologe, Kinderarzt, Klinik etc. stehen zahlreiche Programme zur Verfügung, welche für Lehrer in den Pädagogischen Instituten angeboten werden.

6. In welchem Umfang werden diese Programme angenommen?Antwort:

Diese Programme werden sehr gut angenommen.

7. Wer ist für die Festlegung, Koordination und Umsetzung der Fördermaßnahmen verantwortlich?

Antwort:

Im Ausbildungsbereich sind die Pädagogischen Akademien und im Fort- und Weiterbildungsbereich sind die Pädagogischen Institute dafür verantwortlich.

8. Wie hoch sind die Gesamtkosten für die Förderprogramme und wie hoch sind die durchschnittlich Kosten pro Schulkind?Antwort:

Diese Kosten sind nicht exakt erfassbar, da es auf Grund des überdimensionalen Verwaltungsaufwandes nicht zweckmäßig erscheint, sämtliche Referentenhonorare und Einzelpositionen für derartige Programme einzeln zu erfassen.

**9. Wird diesen Problemen bei der Lehramtsausbildung Rechnung getragen?
Wenn ja, in welcher Form?**Antwort:

Diesen Problemen wird in Form von entsprechenden Zusatzangeboten Rechnung getragen.

10. Werden diese Probleme auch in der Lehrerausbildung für höheren Schulen berücksichtigt?

Wenn ja, in welcher Form?

Antwort:

Die Ausbildung der Lehrer an höheren Schulen fällt in die Kompetenz des Bundesministeriums für Wissenschaft und Verkehr. Es bestehen jedoch an allen Universitäten Angebote zu diesem Themenbereich, die von Lehramtsstudenten besucht werden können.

Im Rahmen der Lehrerfortbildung werden den Lehrern entsprechende Angebote seitens der Pädagogischen Institute zur Verfügung gestellt.

MITTEILUNG
PROGRAMM DER ARBEITSGEMEINSCHAFTEN AN AHS
ARBEITSGEMEINSCHAFT DER LEHRER FÜR BIOLOGIE UND UMWELTKUNDE

Jahr des Gehirns 1999

Thema: **HIRNFORSCHUNG** (Einleitungsveranstaltung zum Jahr des Gehirnes 1999)

Univ. Prof. Dr. Eduard AUFF Bewegung und Bewegungsstörungen

Univ. Prof. Dr. Bruno MAMOLI Epilepsien

PAUSE

Univ. Prof. Dr. Kurt JELLINGER Kognitive Leistungen und Störungen

Univ. Prof. Dr. Max FRIEDRICH Substanzab- und unabhängige Abhängigkeiten
und Behandlung von Süchten

Termin: Dienstag, 24. November 1998, 17 - 20 Uhr

Ort: Hörsaalzentrum im neuen AKH
 Hörsaal 1

 Währinger Gürtel 18—20
 1090 Wien

Um die Zahl der Teilnehmer abschätzen zu können, bitte ich um Anmeldung bis
spätestens Donnerstag, 19. November 1998 am BGRG Schützengasse 31, 1030 Wien,
(Tel.: 713 21 99, FAX 71321 64).

Mag. Leo HOLEMY e. h.

PÄDAGOGISCHES INSTITUT DER STADT WIEN