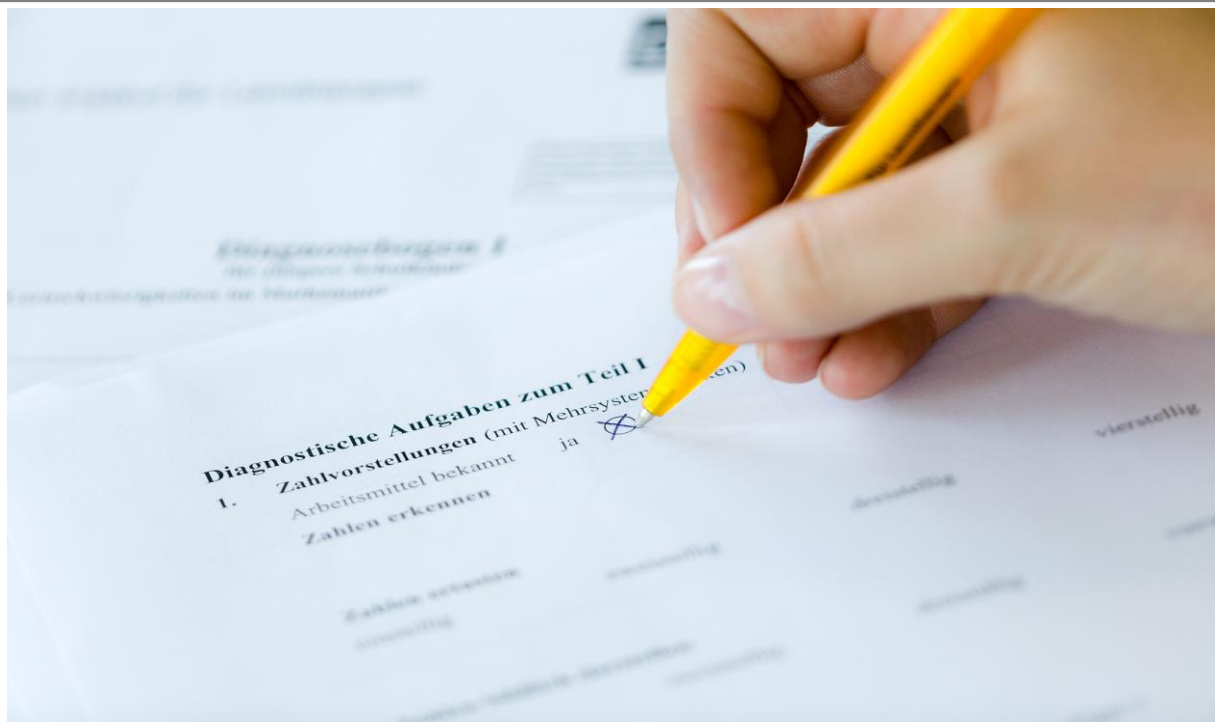


# Duden-Lerntherapie-Studie



**Integrative Lerntherapie –**  
Wer benötigt und wer bekommt  
lerntherapeutische Hilfe beim  
Lesen-, Schreiben- und Rechnenlernen?

Dr. Lorenz Huck  
Dr. Gerd-Dietrich Schmidt

Herausgeber:

**Duden Institute für Lerntherapie**

Zentrale

Bouchéstr. 12 // Haus 11

12435 Berlin

Tel. +49 (0)30 5331-1822

zentrale@duden-institute.de

www.duden-institute.de

Die Studie und ihre Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Herausgebers. Entsprechend §§ 46, 52 a UrhG dürfen weder die Studie noch ihre Teile ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt oder sonst öffentlich zugänglich gemacht werden.

# **Duden-Lerntherapie-Studie**

## **Integrative Lerntherapie – Wer benötigt und wer bekommt lerntherapeutische Hilfe beim Lesen-, Schreiben- und Rechnenlernen**

*Eine Analyse von Dokumenten aus 25 Jahren zur Inanspruchnahme  
und zum Bedarf an integrativer Lerntherapie*

*Dr. Lorenz Huck*

*Dr. Gerd-Dietrich Schmidt*

*Duden Institute für Lerntherapie*

Berlin, 24. April 2017

## Duden-Lerntherapie-Studie – Zusammenfassung

Integrative Lerntherapie ermöglicht Kindern mit einer **Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche** das Lesen, Schreiben und Rechnen zu erlernen (vgl. Bender et al. 2017). Dadurch werden **psychosoziale Belastungen**, die mit extremen Lernschwierigkeiten einhergehen, **vermindert**. Erheblichen negativen Langzeitfolgen wird vorgebeugt.

Unter bestimmten Bedingungen **übernehmen Jugend- und Sozialämter die Kosten im Rahmen einer Eingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII**. In unabhängigen Untersuchungen erweist sich die integrative Lerntherapie als **wirksamste Maßnahme der Jugendhilfe**: Verglichen mit anderen Maßnahmen der Wiedereingliederungshilfe und der Hilfen zur Erziehung verlaufen **integrative Lerntherapien stabiler** und haben die **größten positiven Effekte** (Tornow 2013, 28). **Gleichzeitig** ist integrative Lerntherapie **kostengünstig**: 2015 waren in Berlin **ca. 49 %** aller Eingliederungshilfen integrative Lerntherapien, diese verursachten jedoch **nur ca. 9 % der Kosten** in diesem Bereich und **nur 1,5 % aller Transferausgaben** (Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung).

In der **Duden-Lerntherapie-Studie** wurde mit Hilfe von Daten zu **über 1.000 Lerntherapien**, die in den letzten **25 Jahren** an den **Berliner Duden Instituten für Lerntherapie** durchgeführt wurden, u. a. untersucht, wie sich die Finanzierung von Lerntherapie auf die Deckung des Bedarfs und die Zusammensetzung der Klientel auswirkt, die eine Lerntherapie in Anspruch nehmen kann.

Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen im Überblick:

1. Durch die beispielgebend klaren Regelungen im Bundesland Berlin, einen landesweiten Rahmenvertrag, Ausführungsvorschriften und Erlasse können, unabhängig vom Einkommen der Eltern, immer mehr **betroffene Kinder und Jugendliche** eine Lerntherapie in Anspruch nehmen, die über das Jugendamt finanziert wird. In den letzten Jahren profitierten in der hier zugrundeliegenden Stichprobe **ca. 80 % der betroffenen Familien** von **Unterstützung durch das Jugendamt**. Dies betrifft aufgrund der gesetzlichen Regelungen nach § 35a SGB VIII jedoch nur die Kinder und Jugendlichen, bei denen **bereits eine psychische Störung und infolge dessen eine nachhaltige Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben festgestellt** wurde oder mit hoher Wahrscheinlichkeit droht. Kinder und Jugendliche, die „nur“ eine Lese-Rechtschreib-Schwäche oder Rechenschwäche ohne große psychosoziale Belastungen haben, können über diesen Weg nicht gefördert werden.
2. In Berlin finden durch die zunehmende Finanzierung von Lerntherapie über das Jugendamt auch immer mehr **Kinder und Jugendliche, die aus sozial schwachen Familien stammen, einen Zugang zu lerntherapeutischer Unterstützung**. Das Jugendamt erbringt damit eine wichtige **inklusive Leistung**. Offenbar bleiben **sozial schwache Familien** aber **dennoch unterrepräsentiert**: 2013 waren im **Land Berlin in 17% der Familien mit minderjährigen Kindern beide Elternteile erwerblos**. Unter den **Familien**, die eine **durch das Jugendamt finanzierte Lerntherapie** in

Anspruch nahmen, waren jedoch **nur in ca. 10 % der Fälle beide Elternteile erwerbslos.**

3. **Lerntherapien beginnen** unter therapeutischen wie bildungsökonomischen Gesichtspunkten betrachtet **zu spät**, nämlich im Mittel erst im **vierten Schuljahr**. Eine Ursache dafür sind die bestehenden gesetzlichen Regelungen, die eine **voraussetzungsvolle, aufwändige und langwierige Antragsprozedur zum Nachweis der psychischen Störungen und sozialen Teilhabebeeinträchtigungen** notwendig machen.

Wünschenswert erscheinen vor diesem Hintergrund **Änderungen in der Sozialgesetzgebung und Vereinfachungen in der Umsetzung**, um den Zugang zu einer Lerntherapie, evtl. auch unabhängig von einer bereits vorliegenden psychischen Störung, zu erleichtern. Eine umfassende **Reform des SGB VIII**, die für die nächste Legislaturperiode erwartet wird, würde dazu eine einzigartige **Chance** bieten.

Bundesweit wird **integrative Lerntherapie als Jugendhilfemaßnahme in vielen Kommunen noch wenig genutzt**: Zahlen aus den Duden Instituten in ganz Deutschland belegen, dass die Eltern in **ca. 60 %** der Fälle die entstehenden Kosten **privat** tragen. Gründe sind u. a. mangelnde Vertrautheit mit integrativer Lerntherapie, unklare Verfahren und unzureichende Vereinbarungen zu Leistungsumfang, Qualität und Vergütung der Hilfe. Die **Umsetzung des SGB VIII** durch kommunale Verwaltungen sollte **in ganz Deutschland** so gestaltet werden, dass Kinder und Jugendliche aus allen gesellschaftlichen Schichten leichter Zugang zu einer Lerntherapie bekommen. Lerntherapie sollte so finanziert werden, dass sie mit hoher Qualität ausreichend wirksam werden kann.

Es sollte zudem geprüft werden, wie Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien durch **andere Instrumente der Familien- und Sozialpolitik** einfacher einen Zugang zu wirksamen Lerntherapien bekommen können.

# Inhaltsverzeichnis

Einleitung .....	7
Methodik .....	9
Ergebnisse .....	12
Diskussion .....	42
Literatur .....	46
Anhang .....	50

## Einleitung

In der vorliegenden Studie wurden **Daten zu weit über 1000 Lerntherapien** ausgewertet, die über einen Zeitraum von **25 Jahren** hinweg in den **Berliner Duden Instituten für Lerntherapie** mit Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und ihren Familien durchgeführt wurden. Grundlage der Untersuchung waren Akten zu diesen Therapien, die zum größten Teil im Archiv der Duden Institute aufbewahrt wurden.

Dabei galt es – aufgrund der retrospektiven Anlage der Untersuchung – in einer zunächst unüberschaubaren Menge von Informationen nach Daten zu suchen, die valide Aussagen zu relevanten theoretischen und praktischen Fragestellungen erlauben. Spezifische Hypothesen konnten erst im Prozess der Datenerhebung bestimmt werden. Damit gehen methodologische Probleme einher, die noch erörtert werden sollen (s. „Methodik“). **Vorab** wurden lediglich folgende **globale Fragestellungen** des Projekts formuliert:

- Wer hat in den letzten 25 Jahren lerntherapeutische Hilfe in Anspruch genommen?
- Wie hat sich die Inanspruchnahmepopulation<sup>1</sup> einer lerntherapeutischen Einrichtung über diesen Zeitraum verändert?
- Welche gesellschaftlichen Entwicklungen schlagen sich möglicherweise in den Daten nieder und auf welche dieser Entwicklungen kann eine integrative Lerntherapie reagieren?
- Welche praktischen Vorschläge können aus den vorläufigen Antworten abgeleitet werden?

Diese Fragen sind vor allem für zwei Gruppen relevant: **Verantwortliche aus Politik, Verwaltung und Forschung**, die im Bildungs- und Jugendhilfebereich mit der Thematik besonderer Lernschwierigkeiten befasst sind, sowie **Praktiker**, z. B. **Lehrerinnen und Lehrer** oder **Lerntherapeuten**, die regelmäßig mit lese-rechtschreib- oder rechenschwachen Kindern arbeiten.

**Verantwortliche aus Politik und Verwaltung**, die im Bildungs- und Jugendhilfebereich Entscheidungen treffen müssen, brauchen dazu oft Informationen, die über das Niveau von Einzelfallbeobachtungen hinausgehen. Wird an Politik und Verwaltung z. B. die Forderung herangetragen, Kindern möglichst früh lerntherapeutische Hilfe zukommen zu lassen, so ist zunächst die Frage zu stellen, in welchem Alter Kinder bis jetzt gewöhnlich eine Lerntherapie beginnen, wie weit man also vom pädagogisch-psychologischen Ideal entfernt ist, und an welcher Stelle zusätzliche Maßnahmen greifen müssen. Dabei nützen Aussagen wenig, die auf exemplarischer Verallgemeinerung durch Typenbildung beruhen („Manche Kinder beginnen früher, manche später ...“). Gefragt ist ein repräsentativer Querschnitt durch die Inanspruchnahmepopulation. Idealerweise kann durch eine mehrfache Wiederholung in

---

<sup>1</sup> Dieser etwas sperrige Begriff steht üblicherweise für die Gruppe derjenigen Menschen, die sich Hilfe suchend an eine Einrichtung wenden. Methodisch ist es wichtig, sich klarzumachen, dass diese Gruppe nicht identisch ist mit der Gruppe der Menschen, die (in einem bestimmten Bereich) einen Hilfebedarf haben, da die Inanspruchnahme professioneller Hilfe immer mit mehr oder weniger großen, z. B. psychischen oder verwaltungstechnischen Hemmnissen verbunden ist.

größeren Abständen eruiert werden, ob die einmal gefundenen Verhältnisse historisch stabil sind oder sich im Zusammenhang mit unterschiedlichen Regelungen und Praktiken verändert haben. Die vorliegende Untersuchung kann u. a. zu dieser hier beispielhaft angeführten Fragestellung Material liefern.<sup>2</sup>

Da die Duden-Lerntherapie-Studie historische Entwicklungen in **Berlin** in den Blick nimmt, bietet sie eine Grundlage für den **Vergleich landesspezifischer Regelungen**, u. a. in der **Schul-, Jugend- und Sozialpolitik**. Dabei ergibt sich im Bereich der Jugendhilfe der Eindruck, dass die Berliner Regelungen als „**Best Practice**“-Beispiel gelten können.

Zum Expertenwissen erfahrener **Praktiker** gehören immer auch Annahmen über die jeweilige Klientel (und über deren Veränderung im Wandel der Zeiten). Die meisten Lerntherapeuten orientieren sich – mehr oder weniger bewusst – an Hypothesen, z. B.: „Kinder mit einer LRS beschäftigen sich in der Regel nicht mit Büchern.“ Handlungsleitend werden solche impliziten Theorien, wenn man – im Einklang mit der o. g. Annahme – im Erstgespräch erläutert, wie man LRS-Kinder an Bücher *heranführen* möchte. Auch die meisten **Lehrerinnen und Lehrer** haben solche impliziten Theorien, die unter bestimmten Umständen handlungsleitend werden können, z. B.: „Jungen fällt eher die Rechtschreibung schwer, Mädchen das Rechnen.“

Solche und andere implizite Theorien müssen natürlich nicht falsch sein. Im Gegenteil: Die Einschätzungen praktisch arbeitender Experten, die ihr Tun theoretisch reflektieren, ist u. E. für die Beurteilung von Zusammenhangsannahmen unersetzlich. Dennoch lohnt es sich, sie mit Hilfe anderer Datenquellen zu hinterfragen. Und tatsächlich haben wir zum Freizeitverhalten von Therapieklienten und der Geschlechterverteilung von besonderen Lernschwierigkeiten Daten erheben können, die geeignet sind, zu den o. g. impliziten Theorien Stellung zu nehmen. Die historische Betrachtung, die mit Hilfe der vorliegenden Daten möglich wird, zeigt zudem, dass Sachverhalte wie die Beliebtheit von Büchern bei Kindern mit einer LRS sich historisch ändern – sodass gut beraten ist, wer als Praktiker künftigen Entwicklungen mit Neugier (und der Haltung professionellen Nichtwissens) begegnet.

Wir glauben, dass mit dem Rückgriff auf Daten zu 25 Jahren Lerntherapie – trotz der bereits angedeuteten Beschränkungen – einzigartige Chancen verbunden sind, Erkenntnisse über Therapieverläufe und Rahmenbedingungen der Lerntherapie zu sammeln. Nicht immer können die gewonnenen Kennzahlen die jeweiligen Fragen bereits zureichend beantworten. Sie liefern aber einen validen Beitrag zur Diskussion.

---

<sup>2</sup> Experten des Feldes können an dieser Stelle einmal ihre impliziten Theorien prüfen: Zu welcher Altersklasse, geordnet nach vollendeten Lebensjahren, gehören die meisten Kinder, die eine Lerntherapie beginnen? Hat sich dieser Wert in den letzten 25 Jahren merklich verändert und wenn ja in welche Richtung?

## Methodik

Das Datenmaterial, das der vorliegenden Untersuchung zugrunde liegt, entstammt einem praktischen, nicht einem Forschungskontext. **Ziel der Untersuchung** kann es unter diesen Umständen nur sein, die **Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation einer großen lerntherapeutischen Einrichtung** möglichst genau zu **beschreiben und** unter theoretischen Gesichtspunkten ausgewählte **Auffälligkeiten aufzuzeigen**. Die Untersuchung ist **explorativ**: Sie kann Hypothesen generieren und plausibilisieren, ist aber noch nicht dazu geeignet, diese verlässlich zu überprüfen. Im Rahmen dieser Einschränkungen wurden, wie im Folgenden dargestellt werden soll, alle für uns erkennbaren und uns zur Verfügung stehenden Maßnahmen ergriffen, um zu möglichst stichhaltigen Aussagen zu kommen.

Im Archiv der Duden Institute für Lerntherapie werden Teile der Akten zu Lerntherapien nach Therapieende abgelegt und sind dort zuverlässig gegen den Zugriff von Unbefugten geschützt. Die langen Aufbewahrungszeiten ergeben sich aus der im medizinisch-therapeutischen Bereich gängigen Empfehlung, sich gegen mögliche Schadensersatzansprüche von Klienten (nach § 199 BGB) abzusichern.<sup>3</sup> Diesem Zweck entsprechend werden nur einige der Daten archiviert, die im Laufe einer Lerntherapie gesammelt wurden: Beispielsweise enthalten die Akten keinerlei Angaben zu Details des Therapieverlaufs oder der Entwicklung des Klienten (d. h. keine Behandlungspläne für oder Reflexionen über einzelne Therapieeinheiten). Alle Daten wurden im Zuge der Datenerhebung **sorgfältig anonymisiert**.

Die 25 Jahrgänge der Klientenakten wurden nach dem Therapiebeginn in **fünf Quintile** eingeteilt:

- Quintil 1: 1992–1996
- Quintil 2: 1997–2001
- Quintil 3: 2002–2006
- Quintil 4: 2007–2011
- Quintil 5: 2012–2016

Auf die Akten aus den Jahren 1992–2013 konnte im Archiv der Duden Institute in der Zentrale zugegriffen werden. Dabei wurde ein **Zufallsverfahren** angewendet, bei dem jede Akte die gleiche Chance hatte, gezogen zu werden. Die Akten aus den Jahrgängen 2014–2015 wurden, **gewichtet nach der Klientenzahl des Standorts im Verhältnis zur Gesamtklientenzahl im jeweiligen Jahr**, an den einzelnen Standorten der Berliner Duden Institute gezogen. Auch dort kam jeweils ein Zufallsverfahren zum Einsatz. Akten mit Therapiebeginn im Jahr 2016 konnten aus praktischen Gründen nicht gezogen werden.

Für eine **Voruntersuchung** wurden auf diese Weise zunächst aus jedem Quintil  $n = 20$  Klientenakten gezogen. Auf Grundlage dieser 100 Akten wurde ein **Kategoriensystem** entwickelt (s. Anhang). Nach diesem System konnten in den Akten enthaltene Informationen in einer Eingabemaske kodiert werden. Einbezogen wurden Daten, die über die 25 Jahre

---

<sup>3</sup> Tatsächlich ist diese theoretische Möglichkeit bisher noch nie eingetreten. Die Akten waren daher zu Beginn des Forschungsprojekts seit ihrer Ablage unberührt.

hinweg in ähnlicher Weise erhoben wurden, die effizient zu erheben und möglichst ohne Interpretationsspielräume eindeutig zu erfassen waren. Außerdem wurde auf einen möglichst weitgehenden Schutz sensibler personenbezogener Daten geachtet, auch wenn dadurch Informationsverlust entstand.

Erhoben wurden Daten aus dem **Personalblatt**, aus **Berichten** (nur Angaben zu Therapiebeginn und -ende, Gegenstand und Finanzierung der Lerntherapie) und insbesondere aus einem **Elternfragebogen**, der zu Therapiebeginn über 25 Jahre hinweg in fast unveränderter Weise herausgegeben wurde (s. Anhang). Dieser enthält demografische Daten, aber auch Angaben zur Entwicklungsgeschichte und zur Situation des Kindes. (Konkret ist bei der Mehrzahl der Fragen durch ein Kreuz zu bezeichnen, ob eine bestimmte Besonderheit beim betreffenden Kind zu beobachten ist.)

Drei Untersucherinnen werteten anschließend nach dem festgelegten Kategoriensystem  $n = 20$  Akten aus, um deren Praktikabilität zu prüfen und Maße für die **Objektivität/Interrater-Reliabilität** des Verfahrens zu erheben. Fleiss' Kappa-Werte zwischen 0,8 und 1,0 sprachen für eine **hohe bis sehr hohe Auswertungsobjektivität**. Lediglich in den Bereichen „Probleme in der Schwangerschaft“, „Probleme bei der Geburt“ und „Anzahl der Freizeittermine“ war die Übereinstimmung nur moderat (Fleiss' Kappa zwischen 0,55 und 0,65). Die Instruktionen zur Auswertung wurden in diesen Bereichen noch einmal nachgeschärft. Dennoch sind die auf den betreffenden Daten beruhenden Aussagen mit größerer Vorsicht zu interpretieren.

Um sich einer **Repräsentativität** der gezogenen Stichproben für die Inanspruchnahmepopulation anzunähern, war für jedes Quintil eine größere Zufallsstichprobe bzw. eine (wegen zu vermutender sozialräumlicher Unterschiede) nach Klientenzahl der Institute gewichtete Stichprobe zu ziehen. Die hinreichende Stichprobengröße vorab rechnerisch zu bestimmen, schien angesichts der Vielzahl der zu untersuchenden Variablen und der unzureichenden Kenntnisse über deren Verteilung in der Grundgesamtheit aussichtslos. Daher wurde eine maximale praktisch realisierbare Stichprobengröße von ca.  $n = 200$  pro Quintil angestrebt. Da nicht alle zur Verfügung stehenden Akten vollständig bzw. sorgfältig geführt worden waren, wurde nach der Voruntersuchung geschätzt, dass hinsichtlich einiger Variablen mit Ausfallquoten bis zu 15 % zu rechnen sei. Als Zielzahl für jedes Quintil wurde daher  $n = 230$  festgelegt. Tatsächlich wurden  $N = 1261$  Datensätze erhoben. Obwohl nicht alle diese Datensätze vollständig waren, wurde **keine weitere Selektion** vorgenommen. Zu jeder untersuchten Fragestellung wurden alle Datensätze einbezogen, in denen die notwendigen Daten erfasst wurden.

Die Auswertung bedient sich **vorwiegend** der Mittel **deskriptiver Statistik**. Berichtet werden also vorwiegend Häufigkeiten und Statistiken zur Beschreibung der Verteilung bestimmter Variablen. **Inferenzstatistische Mittel** werden im Wesentlichen eingesetzt, **um beobachtbare Unterschiede im historischen Verlauf und zwischen Gruppen zufallskritisch zu bewerten**. Geht es um kategoriale Daten, berichten wir die Ergebnisse von  $\chi^2$ -Tests. Im Fall von rang- und intervallskalierten Daten greifen wir, da die Anwendungsvoraussetzungen für parametrische Verfahren nicht erfüllt sind, auf

verteilungsfreie Verfahren zurück und berichten die Ergebnisse von Mann-Whitney- bzw. Kruskal-Wallis-Tests (Kruskal & Wallis, 1952).

Um Repräsentativität für die Grundgesamtheit zu erreichen, wurden relativ große Stichprobenumfänge gewählt. Da unter diesen Voraussetzungen bereits sehr kleine, ggf. praktisch irrelevante Unterschiede statistisch signifikant erscheinen können, geben wir, um die Interpretation zu erleichtern, Maße der **Effektstärke** an, wobei wir uns an den von Cohen (1988, 25 ff., 79 f.) angegebenen Konventionen orientieren. Zu den Ergebnissen jedes  $\chi^2$ -Tests berichten wir Cramér's  $V$ , zu den Ergebnissen jedes Mann-Whitney- bzw. Kruskal-Wallis-Tests berichten wir  $\eta^2$  (Fritz et al., 2012, 12).

# Ergebnisse

## *Finanzierung der Lerntherapie*

Eine der **wichtigsten historischen Veränderungen**, die im Bereich der integrativen Lerntherapie in den letzten 25 Jahren zu beobachten war, **betrifft die unterschiedlichen Möglichkeiten der Finanzierung einer lerntherapeutischen Hilfe**. Da diese Veränderung mit hoher Wahrscheinlichkeit erhebliche Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation und damit auf die im Weiteren zu erörternden Fragen hat, soll sie gleich zu Beginn diskutiert werden.

Die Finanzierung einer „integrativen Lerntherapie“ über den **§ 35 a des SGB VIII**, also über die Jugend- und Sozialämter, ist derzeit für betroffene Familien praktisch die einzige Alternative dazu, Lerntherapie aus eigenen Mitteln zu bezahlen.<sup>4</sup> Damit die Jugendhilfe aktiv werden darf, müssen nach der Gesetzeslage aber ganz bestimmte **Voraussetzungen** erfüllt sein. Nur wenn fachdienstlich festgestellt wird, dass bei einem Kind aufgrund einer „**Lese-Rechtschreib-“** oder „**Rechenstörung**“ eine „**Abweichung von der seelischen Gesundheit**“ vorliegt, **schulische Fördermaßnahmen erfolglos** geblieben sind und die sozialpädagogischen Fachkräfte des Jugendamts zu der Einschätzung kommen, dass **die Teilhabe des Kindes am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt** ist, kann eine Hilfe gewährt werden. Die **Einkommenssituation der Familie spielt keine Rolle** und wird nicht geprüft.

Dass **Kosten** für die integrative Lerntherapie auf diesem Weg übernommen werden, ist mittlerweile in weiten Teilen Deutschlands üblich. (Die Duden Institute für Lerntherapie arbeiten z. B. deutschlandweit mit mehr als 50 Kommunen zusammen.) Nur in **Berlin** ist es jedoch bisher gelungen, die Zusammenarbeit zwischen den Trägern der Jugendhilfe, die integrative Lerntherapie anbieten, den Fachdiensten und Jugendämtern über die Grenzen der Kommunen bzw. Bezirke hinaus auf Landesebene zu vereinheitlichen und zu institutionalisieren. Die Beziehungen zwischen den öffentlichen Trägern der Jugendhilfe und den Leistungserbringern sind seit Anfang der 2000er Jahre durch einen **landesweit geltenden Rahmenvertrag** reguliert (aktuell maßgeblich ist die Fassung von 2006; vgl. SenBJW 2006). Dadurch konnte die Zusammenarbeit zwischen den Beteiligten beispielgebend geregelt und die Grundlage für eine kontinuierliche, professionelle lerntherapeutische Arbeit gelegt werden.

Natürlich haben auch **andere Kommunen** Regelungen getroffen, die eine professionelle Zusammenarbeit von Anbietern und Jugendämtern ermöglichen: **Noch gibt es aber an zu**

---

<sup>4</sup> Die Krankenkassen haben integrative Lerntherapie schon länger aus ihren Leistungskatalogen gestrichen. „Störungen wie Lese-Rechtschreib-Schwäche, sonstige isolierte Lernstörungen“ zählen seitdem zu den „nicht verordnungsfähigen Heilmitteln“ bzw. den „Indikationen, bei denen der Einsatz von Maßnahmen, deren *therapeutischer Nutzen nachgewiesen ist*, nicht anerkannt ist“ (Gemeinsamer Bundesausschuss 2011; Hervorhebung von uns). Finanzierung von lerntherapeutischen Maßnahmen über die Krankenkasse – etwa im Rahmen von Ergotherapie und Logopädie –, von der man gelegentlich hört, bewegt sich am Rand der Legalität.

**vielen Orten keine oder keine zufriedenstellenden Verfahrenswege für die Finanzierung einer integrativen Lerntherapie.** Teilweise wird das Wunsch- und Wahlrecht der Eltern (§ 5 SGB VIII) gebeugt, teilweise werden Leistungs-, Entgelt- und Qualitätsentwicklungsvereinbarungen (gemäß § 77 SGB VIII) verweigert, teilweise werden Fachleistungsstundensätze oder Stundenkontingente angeboten, die im Widerspruch zu einer professionellen Durchführung von integrativer Lerntherapie stehen. **Landeseinheitliche Regelungen nach dem Vorbild Berlins könnten hier für Abhilfe sorgen.**

**Bisher wird integrative Lerntherapie als Jugendhilfemaßnahme vielerorts noch wenig unterstützt.** Von den Lerntherapien, die im Jahr 2015 deutschlandweit an Duden Instituten stattfanden, wurden ca. 60 % aus privaten Mitteln finanziert.<sup>5</sup>

**Durch die beschriebenen, für Berlin spezifischen Entwicklungen wurde die Inanspruchnahme einer Lerntherapie für viele Familien erleichtert oder überhaupt erst ermöglicht.** Wie sich aus Angaben des unterjährigen Berichtswesens der Berliner Bezirke ergibt, wurden im Jahr 2002 rd. 700, im Jahr 2015 hingegen schon rd. 2200 integrative Lerntherapien aus Mitteln der Jugendhilfe finanziert (Nutt, zitiert nach Seifried, 2016).

Obwohl damit natürlich gestiegene Ausgaben verbunden sind, die die öffentlichen Haushalte belasten, hält die große Mehrzahl der Berliner Bezirke an dieser Praxis fest, denn die integrative Lerntherapie hat sich in umfangreichen Untersuchungen, die von der Senatsverwaltung in Auftrag gegeben wurden, als eine der stabilsten und wirksamsten Maßnahmen der Jugendhilfe erwiesen: Verglichen mit anderen Hilfen werden Lerntherapien **am seltensten abgebrochen** und haben die **größten Effekte** (Tornow, 2013).

Auch wenn man die integrative Lerntherapie **unter rein fiskalischen Gesichtspunkten** betrachtet, überwiegen die Argumente für eine Fortführung, sogar für eine Ausweitung der Finanzierung von integrativer Lerntherapie. **Verglichen mit anderen ambulanten Maßnahmen nach § 35 a ist die integrative Lerntherapie kostengünstig:** Aus Angaben der Berliner Bezirke (vgl. Bezirksämter der Berliner Bezirke 2016) lässt sich errechnen, dass im Jahr 2015 für eine integrative Lerntherapie durchschnittlich 264 €/Monat ausgegeben wurden, für eine ambulante Psychotherapie hingegen 409 €/Monat und für eine Maßnahme, die den „sonstigen ambulanten Hilfen“ zugeordnet wurde, sogar 789 €/Monat (Abb. 1).<sup>6</sup> Noch wesentlich höhere Kosten entstehen durch teilstationäre (1976 €/Monat) und stationäre Hilfen (4314 €/Monat), die jedoch aufgrund des völlig andersartigen Leistungsumfangs nicht sinnvoll mit integrativer Lerntherapie zu vergleichen sind.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Dabei sind die Institute, die in die vorliegende Untersuchung einbezogen wurden, nicht eingerechnet.

<sup>6</sup> Für diese Angaben wurden die Jahreskosten der einzelnen Maßnahmen auf 12 Monate aufgeteilt.

<sup>7</sup> Zu diesem Punkt machten 9 von 12 Berliner Bezirken verwertbare Angaben: Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow, Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg, Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg.

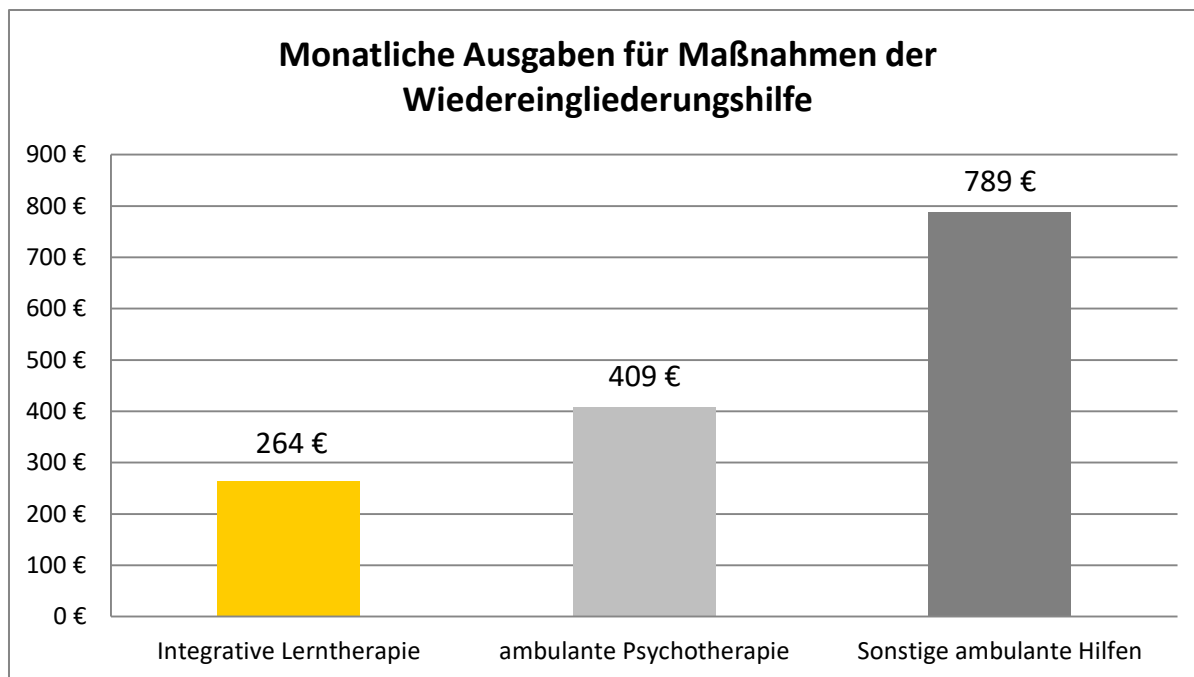


Abb. 1: Monatliche Ausgaben für Maßnahmen der Wiedereingliederungshilfe in Berlin, 2015, Berechnung auf Grundlage der Tiefenprüfung der Berliner Bezirke als Mittelwerte pro Monat

Insgesamt waren 2015 ca. **48,5 %** aller Hilfen nach § 35 a integrative Lerntherapien, diese **verursachten jedoch nur 9,2 %** der durch Eingliederungshilfen nach § 35 a **entstandenen Kosten** (Abb. 2). Bezogen auf die Gesamtheit der **Transferausgaben (Ausgaben für Eingliederungshilfen und Hilfen zur Erziehung)**, die 2015 in Berlin anfielen (SenBJF, 2017), entfielen auf integrative Lerntherapie sogar nur **1,5 %** der Kosten.<sup>8</sup>

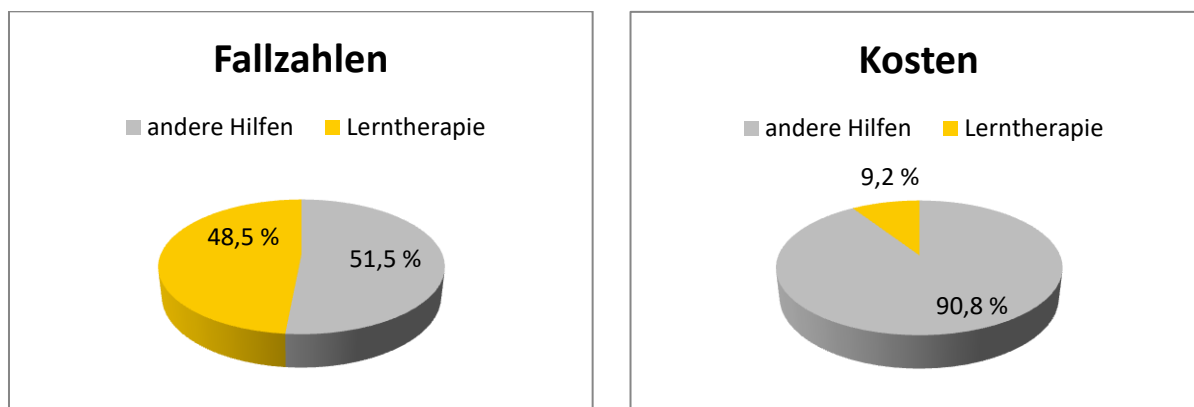


Abb.2: Anteil der integrativen Lerntherapie an Maßnahmen zur Wiedereingliederungshilfe nach § 35 a SGB VIII in Berlin, 2015 – Fallzahlen und Kosten

Zudem ist zu bedenken, dass durch integrative Lerntherapien erhebliche **Folgekosten** ungünstiger psychischer und sozialer Entwicklungen **vermieden** werden können. Man denke hier nur an die Kosten gescheiterter Schulkarrieren, mangelnder Ausbildungsreife usw. (Esser et al., 2002 & Gross et al., 2008).

<sup>8</sup> Zu diesen Fragen konnten Daten aus allen Bezirken einbezogen werden.

Die Auswirkungen der umrissenen historischen Entwicklung auf die **Klientel der Duden Institute für Lerntherapie** ist klar ersichtlich: **In den ersten fünf Jahren nach der Institutsgründung war die finanzielle Unterstützung durch Ämter und Behörden noch die Ausnahme** – nur in ca. **9 %** der Fälle kam es zu einer Finanzierung. Diese musste damals in jedem Einzelfall durch ausführliche Begründungen und das besondere Engagement von Mitarbeitern der Sozialen Dienste durchgesetzt werden. **Mittlerweile ist die Finanzierung über den § 35 a die Regel**: Etwa **80 %** der Familien erreichten in den letzten Jahren eine Kostenübernahme durch das Jugendamt (Tab. 1; Abb. 3).

	<i>n</i>	<i>privat in %</i>	<i>unterstützt durch Ämter in %</i>
Q1	257	91,4	8,6
Q2	250	79,2	20,8
Q3	240	57,5	42,5
Q4	258	31,8	68,2
Q5	227	19,4	80,6
Ges.	1232	56,6	43,4

Q1–Q5:  $\chi^2 = 371,7$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; *Cramér's V* = 0,55

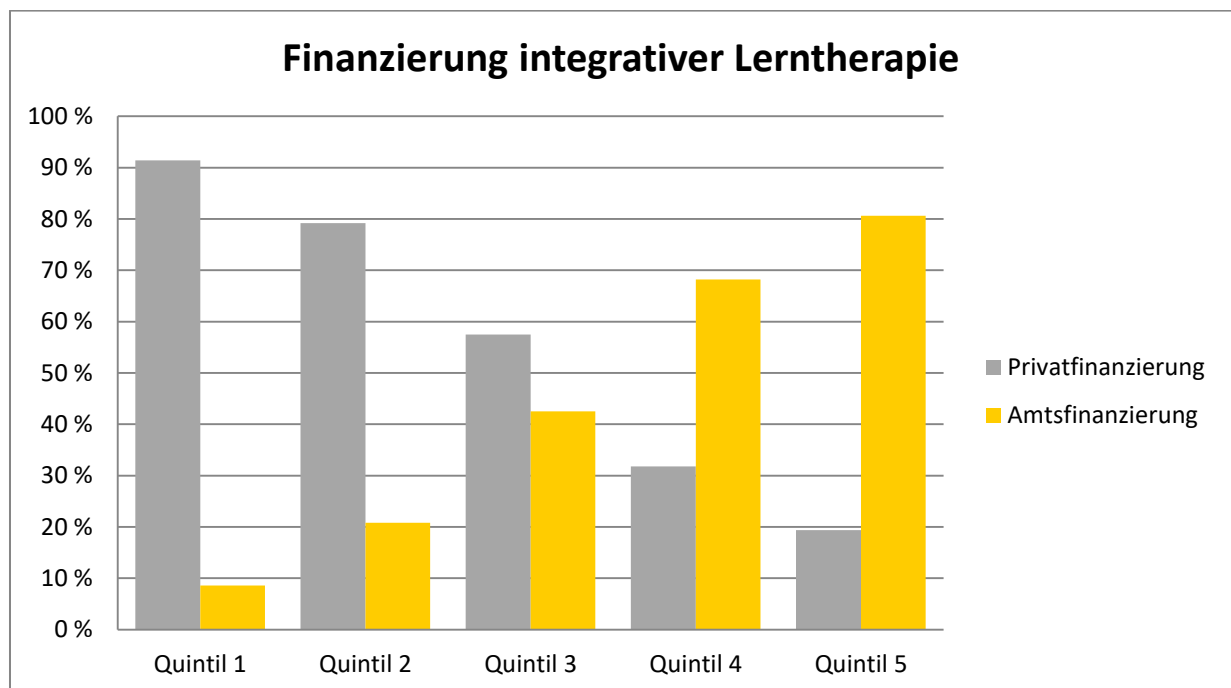


Abb. 3: Prozentualer Anteil von Privat- und Amtsfinanzierung der integrativen Lerntherapie in Berlin, 1992–2016

**Die Zahl strukturell intakter Familien, die in den Duden Instituten für Lerntherapie Hilfe suchten, sinkt im historischen Verlauf kontinuierlich** (Tab. 2): Lebten im ersten Quintil nur 17 % der Eltern in Trennung oder Scheidung<sup>9</sup>, waren es im fünften Quintil 44,8 %.

**Angaben aus dem Mikrozensus lassen darauf schließen, dass sich diese Entwicklung nur teilweise aus allgemein gesellschaftlichen Tendenzen ableiten lässt:** 1996 lebten von ca. 15,6 Mio. minderjährigen Kindern ca. 1,9 Mio. mit alleinerziehenden Eltern zusammen, das entspricht ca. 12 %. Diese Zahlen verschoben sich in den folgenden Jahren mit eindeutigen Trend: 2015 lebten von ca. 12,9 Mio. minderjährigen Kindern ca. 2,3 Mio. in Haushalten mit alleinerziehenden Eltern, das entspricht 17,8 % (Statistisches Bundesamt, 2016a, 140). In Berlin verschoben sich die entsprechenden Prozentsätze im gleichen Zeitraum von 24,8 % auf 28,1 % (ebd., 138). Die Gruppe der alleinerziehenden Eltern scheint also in der Inanspruchnahmepopulation in den ersten beiden Quintilen deutlich unter- und in den letzten beiden Quintilen überrepräsentiert zu sein.

	<i>n</i>	<i>Getrennt lebende Eltern in %</i>
Q1	253	17,0
Q2	222	18,9
Q3	223	25,6
Q4	245	33,5
Q5	223	44,8
Ges.	1166	27,9

*Q1–Q5:  $\chi^2 = 59,2$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; Cramér's  $V = 0,23$*

Diese Verschiebungen sind auch im Zusammenhang damit zu betrachten, dass in der Gesamtstichprobe ein **statistischer Zusammenhang zwischen Amtsfinanzierung der Therapie und dem Trennungstatus der Eltern** besteht ( $\chi^2 = 46,2$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,01$ ; Cramér's  $V = 0,28$ ).

Aus zahlreichen Untersuchungen ist bekannt, dass Alleinerziehende, als Gruppe betrachtet, ökonomisch, psychosozial und gesundheitlich besonders stark belastet sind.<sup>10</sup> Dies kann sich im Zusammenspiel mit weiteren ungünstigen Umständen negativ auf die Entwicklung der von Alleinerziehenden betreuten Kinder auswirken, die zudem in der großen Mehrzahl mindestens

<sup>9</sup> Kriterium war hier, dass das Kind nur mit einem der beiden Elternteile im gleichen Haushalt lebte bzw. zwischen zwei Haushalten wechseln musste.

<sup>10</sup> Die Gründe dafür sind äußerst vielfältig: Hier soll nur an ausbleibende Unterhaltszahlungen und die damit zusammenhängenden Rechtsstreitigkeiten, die mangelnde Flexibilität vieler Beschäftigungsverhältnisse und die vielerorts fehlende oder unzureichende Infrastruktur in der Kinderbetreuung erinnert werden.

zeitweise durch das Trennungsgeschehen zusätzlich belastet sind (Lieberz et al., 2011, 171 ff.; Wild & Walper, 2015, 242 ff.).

**Angesichts der hier vorgelegten Befunde ist zu vermuten, dass die ökonomische Situation alleinerziehender Eltern eine private Finanzierung von Lerntherapie meistens nicht erlaubt, problematische Trennungssituationen aber häufig als zusätzlicher Belastungsfaktor die Bereitschaft der Jugendämter erhöhen, eine Lerntherapie zu finanzieren.** Weniger zwingend scheint die Annahme, dass der Trennungstatus der Eltern als unspezifische Voraussetzung die Entstehung von Lernschwierigkeiten begünstigen könnte.

Betrachtet man die Gesamtstichprobe, waren 28 % der Kinder und Jugendlichen, die eine Lerntherapie in Anspruch nahmen, zum Erhebungszeitpunkt Einzelkinder, 48,2 % hatten ein Geschwisterkind, 23,8 % zwei oder mehr (bis zu sechs) Geschwister (Tab. 3). Im historischen Verlauf fallen gewisse Verschiebungen auf, die bei kategorialer Betrachtung auch statistisch signifikant sind (Tab. 3,  $\chi^2 = 22,1$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; *Cramér's V = 0,10*), aber keine klare Tendenz erkennen lassen: Im Q1 und Q2 sind offenbar Familien mit genau zwei Kindern, im Q3 und Q4 Familien mit genau einem Kind, im Q5 Familien mit mehr als zwei Kindern überrepräsentiert. Bei ordinaler Betrachtung der Kinderzahl (Ränge entsprechend der Kinderzahl 1–7) ergibt sich im Kruskal-Wallis-Test keine statistische Signifikanz.

Relativ eindeutig zeichnet sich hingegen ab, **dass die Kinderzahl der Familien in der Inanspruchnahmepopulation über den gesamten betrachteten historischen Verlauf hinweg deutlich höher zu liegen scheint, als Vergleichsdaten vermuten lassen würden:** Für die neuen Länder einschließlich Berlin weist der Mikrozensus von 1996 (durchschnittlich 1,55 Kinder/Familie) bis 2006 (1,43) zunächst sinkende durchschnittliche Kinderzahlen pro Familie aus, die seitdem bis 2015 wieder deutlich stiegen (auf 1,54; ebd., 142). In den hier untersuchten Stichproben gibt es auf deutlich höherem Niveau kaum Schwankungen: Im Mittel leben zwei Kinder in den Familien, die lerntherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Tab. 3). (Diese Werte weichen auch von den leicht höheren Vergleichszahlen aus der gesamten Bundesrepublik deutlich nach oben ab – der Mikrozensus zeigt hier von 1996 [1,65] bis 2015 [1,61] eine eindeutig leicht fallende Tendenz.)

<i>Tabelle 3: Kinderzahl</i>						
	<i>n</i>	<i>AM Anzahl der Kinder</i>	<i>1 Kind</i>	<i>2 Kinder</i>	<i>3 und mehr Kinder</i>	
Q1	261	2,1	24,9	52,9	22,2	
Q2	232	2,0	27,6	52,6	19,8	
Q3	227	2,0	33,9	43,6	22,5	
Q4	245	2,0	32,2	44,9	22,9	
Q5	222	2,2	23,4	44,1	32,4	
Ges.	1187	2,1	28,4	47,8	23,8	

*Q1–Q5:  $\chi^2 = 22,1$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; Cramér's V = 0,10*

*Q1–Q5: Kruskal-Wallis-H = 9,24;  $df = 4$ ; n. s. ( $p = 0,055$ )*

Zu Therapiebeginn machten die Eltern auch Angaben zu ihrer aktuellen Erwerbstätigkeit. Waren beide Eltern erwerbslos, wurde dies als Indikator für eine **wahrscheinliche Abhängigkeit von Transferleistungen** erhoben. **Im historischen Trend zeigt sich eine Steigerung des Anteils dieser Gruppe an der Inanspruchnahmepopulation von 3,6 % auf zuletzt 9,2 %**, die statistisch signifikant ist und einem kleinen Effekt entspricht (Tab. 4).

*Tabelle 4: Erwerbslosigkeit*

*Beide Eltern erwerbslos %*

	<i>n</i>	<i>Gesamt</i>	<i>Amtsfinanzierung</i>	<i>Privatfinanzierung</i>
Q1	251	3,6	9,5	3,0
Q2	220	5,0	14,0	2,8
Q3	220	9,1	16,1	3,9
Q4	245	9,0	12,4	1,3
Q5	217	9,2	10,9	2,3
Ges.	1153	7,3	12,6	2,9

*Q1–Q5gesamt:  $\chi^2 = 10,3$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,05$ ; Cramér's  $V = 0,09$*

In der Gesamtstichprobe besteht augenscheinlich ein **deutlicher Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit beider Eltern und Amtsfinanzierung der Therapie**, der selbstverständlich auch statistisch signifikant ist ( $\chi^2 = 38,8$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ; Cramér's  $V = 0,19$ ): Übernimmt das Amt die Finanzierung der Therapie, sind in 12,6 % der Fälle beide Eltern erwerbslos, wird die Therapie privat finanziert nur in 2,9 % der Fälle. **Offenbar erbringen die Fachdienste und Jugendämter hier also eine ganz wesentliche inklusive Leistung, indem sie einer erheblichen Anzahl sozial schwacher Kinder und Familien eine Lerntherapie ermöglichen, für die eine private Finanzierung sonst nicht realisierbar wäre.**

Man kann man nicht davon ausgehen, dass die Kinder von Erwerbslosen bei der Kostenübernahme für eine integrative Lerntherapie bevorzugt werden, denn in den Bestimmungen des § 35 a SGB VIII spielt die Einkommens- oder Vermögenssituation der Eltern keine Rolle bei der Gewährung der Hilfe. Möglicherweise haben die Verantwortlichen aber die prekäre ökonomische Situation vieler Familien bei der Beurteilung des Risikos, eine seelische Behinderung zu entwickeln, bzw. bei der Einschätzung der Teilhabesituation in Betracht gezogen.

Vergleichsdaten, die eine klare Einschätzung der vorliegenden Zahlen erlauben würden, liegen leider nicht vollständig vor. Angaben der Berliner Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen (SenAIF, 2015) ermöglichen aber immerhin eine grobe Einordnung: Danach waren 1996 in Berliner Familien mit Kindern unter 18 Jahren 33,5 % der Mütter und 16,3 % der Väter, die in Ehepaaren bzw. Lebensgemeinschaften lebten, nicht erwerbstätig (150 100 von 602 700 Personen), unter den Alleinerziehenden waren es 37,2 % (38 500 von 103 300 Personen). Im Jahr 2005 zeichnet sich eine deutliche Erhöhung der Zahl nicht erwerbstätiger Eltern ab: 42,3 % der Mütter und 23,8 % der Väter, die als Paare lebten, waren

nicht erwerbstätig (152 800 von 461 900 Personen), bei den Alleinerziehenden waren es 43,8 % (44 900 von 102 300 Personen). 2013 waren es wieder mehr erwerbstätige Eltern: 33,5 % der Mütter und 13,7 % der Väter, die als Paare lebten, waren nicht erwerbstätig (104 600 von 442 900 Personen), bei den Alleinerziehenden waren es 35,2 % (36 700 von 104 300 Personen). **Die hier zu erahnende Entwicklung – steigende Anzahl nicht erwerbstätiger Eltern bis Mitte der 2000er Jahre, seitdem wieder höhere Anteile erwerbstätiger Eltern – scheint sich in der Inanspruchnahmepopulation bei den Familien, deren Therapie über das Jugendamt finanziert wurde, abzubilden.**

Ein direkter Vergleich der oben dargestellten Zahlen aus der eigenen Untersuchung mit den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung ist nur für die Jahre 2005 und 2013 möglich. Aus Angaben der Senatsverwaltung (SenAIF, 2015) lässt sich errechnen, dass im Jahr 2005 in 24,0 % der Familien mit Kindern unter 18 Jahren kein erwerbstätiges Elternteil lebte (80 300 von 333 900 Familien). Im Jahr 2013 waren es 17,1 % (55 800 von 326 800 Familien). Beide Zahlen liegen deutlich höher als die oben genannten Vergleichswerte für die amtsfinanzierten Therapien aus Q3 (2002–2006; 16,1 %) und Q5 (2012–2016; 10,9 %; vgl. für das Jahr 2013 Abb. 4). **Es ist also zu befürchten, dass die Gruppe der sozial schwachen Familien in der Inanspruchnahmepopulation trotz der inklusiven Bemühungen der Ämter und Fachdienste unterrepräsentiert ist.**

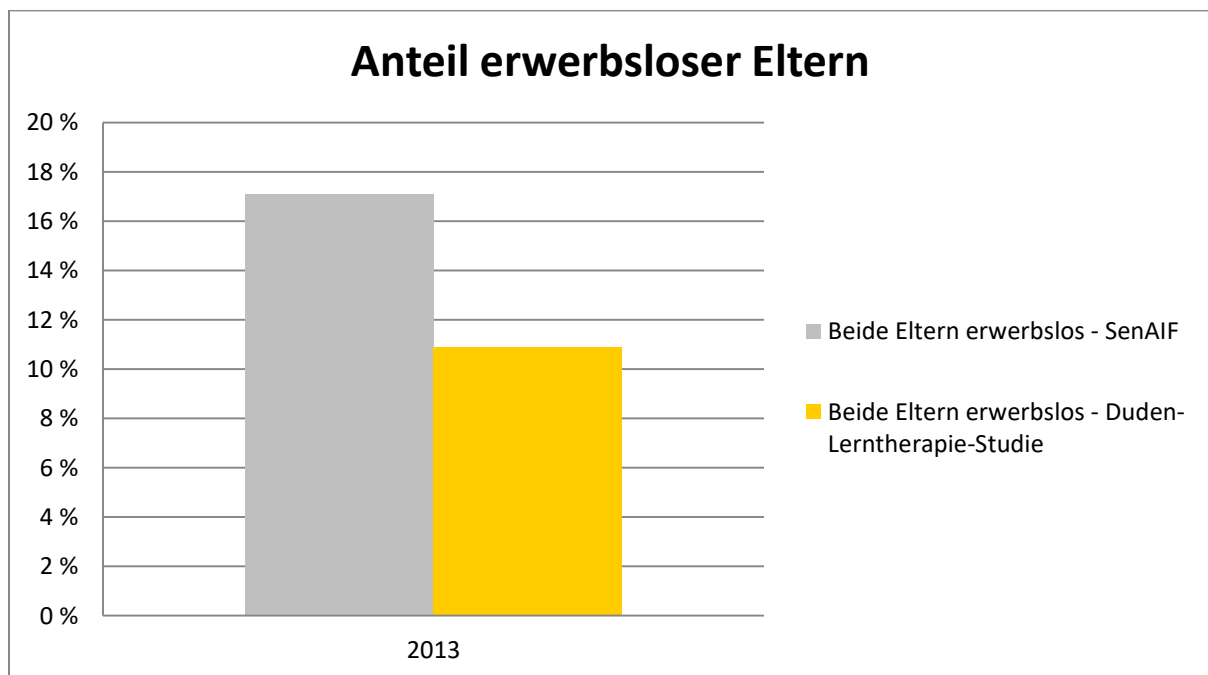


Abb. 4: Prozentualer Anteil erwerbsloser Eltern nach Angaben der SenAIF und der Duden-Lerntherapie-Studie, 2013

Auch die **Bezirksämter von Berlin** (2016) **untersuchen** im Rahmen des Fach- und Finanzcontrollings, inwieweit es einen **Zusammenhang zwischen sozialem Status der Antragsteller und der Bewilligung von Hilfen nach § 35 a** gibt. Die Ergebnisse sind **widersprüchlich**: Beispielsweise findet der Bezirk Mitte durch den Vergleich des Fallaufkommens in sozialstrukturell privilegierten bzw. benachteiligten Stadtteilen relativ klare Hinweise darauf, dass integrative Lerntherapie und ambulante Psychotherapie „Hilfen

sind, die vorwiegend von Familien mit einem höheren Status in Anspruch genommen werden“ (ebd., 8). Ein Gegenbeispiel liefert der Bezirk Neukölln: Hier kann die von den Autoren markant auf den Punkt gebrachte These „ILT als Mittelschichtphänomen“ aufgrund sozialstruktureller Daten *nicht* bestätigt werden (ebd., 97).

**Durch die finanzielle Unterstützung der Jugendämter bekommen unter bestimmten Voraussetzungen auch sozial schwache Familien, die die Kosten nicht selbst hätten tragen können, Zugang zu einer Lerntherapie.** Dieser große Erfolg der Verantwortlichen aus Politik und Jugendhilfe, aber auch der Mitarbeiter von Jugendämtern und Fachdiensten hat in der Öffentlichkeit bisher leider zu wenig Aufmerksamkeit erlangt.

Bei aller Wertschätzung des Erreichten ist jedoch zu bedenken, dass das relativ komplizierte Antragsverfahren einen Teil der Familien, die einen Hilfebedarf haben, weiter ausschließen dürfte: In der Regel sind schon im Vorfeld der Hilfeplanung mehrere Termine beim Jugendamt, einem Fachdienst (z. B. bei der Schulpsychologie) und beim Leistungserbringer erforderlich. Für sehr bildungsferne Familien, aber auch für Eltern, die aufgrund mangelnder Kenntnisse der deutschen Amts- und Fachsprache Schwierigkeiten in der Kommunikation mit Behörden haben, dürften dadurch hohe Hürden gesetzt sein. Hier wäre in manchen Fällen **zusätzliche professionelle Unterstützung** im Antragsverfahren notwendig, wie sie z. B. bei Anträgen auf ALG II gang und gäbe ist. Zudem wäre zu prüfen, inwieweit andere Finanzierungsformen genutzt werden könnten, um Kindern aus sozial schwachen Familien lerntherapeutische Hilfe zukommen zu lassen.

#### *Lese-Rechtschreib-Schwäche und Rechenschwäche*

Als „Lese-Rechtschreib-“ oder „Rechenschwäche“ wurde in der vorliegenden Untersuchung der Problembereich kodiert, der entweder ausschließlich oder *zu Therapiebeginn mit Vorrang* behandelt wurde. Das gleichzeitige Auftreten von LRS und Rechenschwäche, das nach vorliegenden Untersuchungen bei ca. einem Drittel der von extremen Lernschwierigkeiten betroffenen Kinder zu erwarten wäre (Thomas et al., 2015, 445 f.), konnte in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der o. g. Beschränkungen der Datenerhebung nur bei einem kleinen Teil der Kinder/Jugendlichen erfasst werden.

Zu beachten ist bei der Interpretation der vorliegenden Daten weiterhin, dass in den ersten Jahren nach Gründung der Duden Institute für Lerntherapie die Behandlung der Rechenschwäche im Vordergrund stand. **Beginnend mit dem zweiten Quintil zeigt sich in den Daten aber ein leichter Überhang von LRS-Therapien**, der den typischen Ergebnissen von Prävalenzuntersuchungen entspricht.

In der historischen Betrachtung zeigen sich signifikante Unterschiede im  $\chi^2$ -Test nur, wenn man alle fünf Quintile einbezieht, zwischen den letzten vier Quintilen (Q2–Q5) bestehen keine signifikanten Unterschiede (Tab. 5).

<i>Tabelle 5: LRS und Rechenschwäche</i>				
	<i>n</i>	<i>LRS</i>	<i>RS</i>	<i>Verhältnis LRS : RS</i>
Q1	262	71	191	1 : 2,7
Q2	259	143	116	1,2 : 1
Q3	245	129	116	1,1 : 1
Q4	254	140	114	1,2 : 1
Q5	217	119	98	1,2 : 1
Ges.	1237	602	635	1 : 1,1

Q1–Q5:  $\chi^2 = 62,3$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,01$ ; *Cramér's V* = 0,22

Q2–Q5:  $\chi^2 = 0,44$ ;  $df = 3$ ; *n. s.*

Wie Thomas et al. (2015, 442) erläutern, ist die höhere Prävalenz der „Lese-Rechtschreibstörung“, die sich in den meisten wissenschaftlichen Untersuchungen und auch in der Inanspruchnahmepopulation findet, im eigentlichen Sinne kein empirischer Befund, sondern (auch) Folge einer definitorischen Setzung: Zur Diagnose einer „Rechenstörung“ bzw. „Lese-Rechtschreibstörung“ wurde und wird häufig das **umstrittene Intelligenzdiskrepanzkriterium** herangezogen. Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein definierter Unterschied zwischen der Leistung in einem Intelligenztest und einem Lese-, Rechtschreib- oder Mathematiktest festgestellt wird. Da die Intelligenzleistung in der Regel höher mit der Mathematik- als mit der Lese- bzw. Schreibleistung korreliert,<sup>11</sup> kann der in den Diagnosekriterien geforderte Unterschied zwischen den jeweiligen Variablen statistisch von rechenschwachen Kindern seltener erreicht werden. Die Prävalenz der „Lese-Rechtschreibstörung“ muss deshalb höher liegen als die der „Rechenstörung“, solange das Intelligenzdiskrepanzkriterium in Ansatz gebracht wird. Die unerwünschte Folge ist, dass rechenschwache Kinder deutlich seltener therapeutisch unterstützt werden können, auch wenn dies notwendig wäre, um seelische Behinderung und Teilhabebeeinträchtigung abzuwenden.

**Davon abgesehen ist das Intelligenzdiskrepanzkriterium auch aus anderen Gründen in die Kritik geraten:** Zum einen ist nur äußerst schwer zu begründen, wie groß die angenommene Diskrepanz sein sollte. Gängig sind 1,2 oder 1,5 Standardabweichungen – es gibt aber keinen *sachlichen* Grund, der dagegen spräche, stattdessen 1,0 oder 2,0 Standardabweichungen Unterschied als Kriterium anzunehmen. Zum anderen sollte unter pädagogischem Blickwinkel klar sein, dass auch und gerade solche Kinder mit einer noch eben durchschnittlichen oder sogar unterdurchschnittlichen Intelligenzleistung Hilfe benötigen, wenn sie Schwierigkeiten beim Erwerb der Kulturtechniken haben. Diese Kinder können aber, wenn man das Intelligenzdiskrepanzkriterium anlegt, nur sehr selten die Diagnose einer „umschriebenen Entwicklungsstörung der schulischen Fertigkeiten“ erlangen. So müsste z. B. ein Kind, das im

<sup>11</sup> Der Grund dafür könnte sein, dass viele Intelligenztests Aufgaben zu Fähigkeiten und Fertigkeiten enthalten, die unmittelbar mit der Mathematikleistung zusammenhängen (z. B. Fähigkeiten zur visuellen Wahrnehmung und Verarbeitung, Fähigkeiten aus dem Bereich räumlichen Denkens, Fähigkeiten, Muster und Strukturen zu erkennen, teilweise rechnerische Fertigkeiten). Ähnliches gilt zwar auch für den Bereich des Lesens und Schreibens, aber nicht im gleichen Maße.

Intelligenztest einen IQ von 80<sup>12</sup> erreicht, im Rechentest ein Ergebnis erreichen, das PR = 0,27 entspricht<sup>13</sup>. Abhilfe könnte hier ein Regressionsansatz schaffen, der bei unterdurchschnittlicher Intelligenzleistung etwas weniger extreme Resultate im Rechentest fordert. Auch dieser bringt aber methodische Probleme mit sich und verhindert nicht, dass einem Teil der hilfebedürftigen Kinder die Diagnose wie die damit verbundene Unterstützung versagt bleibt (z. B. Ehlert et al., 2012).

Es ist daher sehr zu begrüßen, **dass in der aktuellen Leitlinie der DGKJP (2015) zur „Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Lese- und/oder Rechtschreibstörung“** das Intelligenzdiskrepanzkriterium bei der Diagnose **nicht mehr zwingend vorausgesetzt** wird. Dieser Beschluss ist jedoch nur mit mehrheitlicher Zustimmung und gegen Sondervoten durchgesetzt worden (ebd., 25 f.). **Bis sich die Abkehr vom Intelligenzdiskrepanzkriterium auch in der Praxis durchsetzen wird, ist wahrscheinlich noch viel Überzeugungsarbeit notwendig.** Für den Bereich der sogenannten „**Rechenstörung**“ **fehlt eine entsprechende Leitlinie mit orientierender Wirkung aktuell noch**, sie wird aber für den Sommer 2017 erwartet. Von entscheidender Bedeutung wird darüber hinaus sein, wie die Definition der „Lese-Rechtschreib-“ und „Rechenstörung“ in der für 2018 erwarteten 11. Revision des Klassifikationssystems ICD der Weltgesundheitsorganisation ausfallen wird. Dies ist zurzeit noch unklar. Die US-amerikanische Klassifikation DSM-5 verzichtet bereits auf das Intelligenzdiskrepanzkriterium (Schulte-Körne, 2014).

### *Geschlecht*

**In der Gesamtstichprobe (N = 1261) findet sich ein leichter Überhang männlicher Klienten:** Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt 1,2 : 1 und ändert sich auch in der historischen Betrachtung nicht wesentlich (Tab. 6). Dass Jungen bzw. männliche Jugendliche in einer Inanspruchnahmestichprobe häufiger anzutreffen sind als Mädchen bzw. weibliche Jugendliche überrascht nicht. Ein Grund dafür könnte sein, dass Jungen eher zu sozial auffälligen Formen der Stressbewältigung neigen (insbes. Vermeidungsstrategien; vgl. Eschenbeck & Kohlmann, 2007) und damit schneller und häufiger die Aufmerksamkeit der Hilfesysteme auf sich ziehen als Mädchen.

---

<sup>12</sup> Dieser entspricht ohne Frage einer relativ niedrigen Intelligenzleistung, die im entsprechenden Kontext sogar die Vergabe eines sonderpädagogischen Förderstatus rechtfertigen könnte. Andererseits haben statistisch gesehen ca. 10 % der Schülerinnen und Schüler diesen oder einen noch niedrigeren IQ, darunter auch sehr viele, die regulär unterrichtet werden und keine besondere Förderung erhalten.

<sup>13</sup> Testverfahren wie der Heidelberger Rechentest (Haffner et al., 2005) weisen entsprechend fein differenzierte Normwerte aus. In der Praxis erreichen aber auch viele Kinder, die alle qualitativen Kriterien für das Vorliegen einer Rechenschwäche erfüllen (unzureichende Zahlvorstellungen, zählendes Rechnen, unzureichendes Operationsverständnis usw.), Ergebnisse zwischen PR = 1 und PR = 5, die bei einem niedrigen IQ die Diagnose einer „Rechenstörung“ unmöglich machen.

<i>Tabelle 6: Geschlecht</i>				
	<i>n</i>	<i>Jungen</i>		<i>Mädchen</i>
Q1	265	142		123
Q2	264	156		108
Q3	245	137		108
Q4	259	131		128
Q5	228	118		110
Ges.	1261	684		577

Q1–Q5:  $\chi^2 = 4,79$ ;  $df = 4$ ; *n. s.*

**Hinsichtlich der Geschlechterverteilung auf die Bereiche LRS und Rechenschwäche zeigen sich Ergebnisse, die insgesamt die Befunde bisheriger Untersuchungen zur Prävalenz zu bestätigen scheinen:** Bei den Klienten, die ausschließlich oder vorrangig Therapiebedarf im Bereich Lesen und Schreiben hatten, sind die männlichen in der Gesamtstichprobe deutlich überrepräsentiert. Bei den Klienten, die ausschließlich oder vorrangig Therapiebedarf im Bereich Rechnen hatten, sind hingegen die weiblichen deutlich in der Mehrzahl (Tab. 7). Zwar sind Befunde zum Zusammenhang von Geschlecht und Lernstörungen in wissenschaftlichen Untersuchungen recht widersprüchlich, Tendenz und Größenordnung entsprechen aber dem, was in der Mehrzahl der bisher durchgeführten Studien berichtet wird (Thomas et al., 2015, 437, 443).

**Zur Frage, welche Ursachen diese Geschlechtsunterschiede haben, kann die vorliegende Untersuchung keinen Beitrag leisten.** Im Bereich „Rechenschwäche“ betreffen gängige Hypothesen z. B. die unterschiedlichen visuell-räumlichen Fähigkeiten von männlichen und weiblichen Personen, das negativere mathematikbezogene Selbstkonzept von Mädchen oder das unterschiedliche Spielverhalten von Mädchen und Jungen im Vorschulalter (kompetitives vs. beziehungsorientiertes Spiel; Weinhold Zulauf et al., 2003). Solche und andere Befunde, die zur Erklärung für Geschlechtsunterschiede herangezogen werden, sind selbstverständlich ihrerseits erklärungsbedürftig. Die Frage, inwieweit bzw. in welchen Anteilen beobachtbare Geschlechtsunterschiede anlagebedingt bzw. Produkt kindlicher Entwicklung in der Interaktion mit Um- und Mitwelt sind, dürfte auch in diesem Bereich praktisch nicht zu beantworten sein. Aus Sicht von Praktikern, denen es unabhängig von der Antwort immer darum gehen muss, jedem Kind mit Lernschwierigkeiten so früh und so gut wie möglich zu helfen, ist sie ohnehin nicht relevant.

Die **historische Veränderung der Zahlen erreicht**, wenn man alle fünf Quintile betrachtet, **nur im Bereich der Rechenschwäche statistische Signifikanz**, bei jeweils kleiner Effektstärke. Zwischen den letzten vier Quintilen sind keine Unterschiede mehr nachweisbar (Tab. 7). Eine Hypothese zur Erklärung wäre, dass in den ersten Jahren nach Gründung der Duden Institute für Lerntherapie – unabhängig von der Finanzierungsform – vor allem der Elternwunsch für den Beginn der Hilfe ausschlaggebend war. Dadurch könnten sich die o. g. Effekte, die zu einer Überrepräsentation der Jungen in der Inanspruchnahmepopulation führen, verstärkt haben: Im ersten Quintil waren 80,6 % der LRS-Klienten männlich (79,4 %

bei den privat-, 100 % bei den amtsfinanzierten), im Durchschnitt des zweiten bis fünften Quintils waren es 72,3 %. Im Bereich Rechenschwäche waren im ersten Quintil 43,3 % der Klienten männlich (44,1 % bei den privat-, 35,3 % bei den amtsfinanzierten), im Durchschnitt der vier späteren Quintile waren es nur 36,7 %. Die Angleichung der Verhältnisse in der Inanspruchnahmepopulation an die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen spräche unter diesem Blickwinkel für eine immer stärkere Professionalisierung der Diagnostik.

<i>Quintil</i>		<i>Lese-Rechtschreib-Schwäche</i>			<i>Rechenschwäche</i>		
		<i>m</i>	<i>w</i>	<i>Verhältnis m : w</i>	<i>m</i>	<i>w</i>	<i>Verhältnis w : m</i>
Q1	262	56	15	3,7	83	108	1,3
Q2	259	112	31	3,6	41	75	1,8
Q3	245	92	37	2,5	45	71	1,6
Q4	254	94	46	2,0	33	81	2,5
Q5	217	85	34	2,5	27	71	2,6
Ges.	1237	439	163	2,7	229	406	1,8
$\chi^2$		6,06			10,51		
<i>df</i>		4			4		
<i>p</i>		n. s.			<0,05		
<i>Cramér's V</i>		0,10			0,13		

### *Alter bei Therapiebeginn*

Die Frage, in welchem Alter Kinder und Jugendliche eine Lerntherapie im Duden Institut beginnen, ist vor allem aus zwei Gründen von Bedeutung: zum einen, weil ein möglichst früher Beginn einer lerntherapeutischen Förderung als günstig gilt, es empirisch aber noch weitgehend ungeklärt ist, wie alt die meisten Kinder zu Beginn der Lerntherapie tatsächlich sind; zum anderen, weil bisher empirisch noch kaum untersucht ist, inwieweit bestimmte Altersgruppen (insbesondere Erwachsene) überhaupt eine Lerntherapie in Anspruch nehmen.

Betrachtet man die Verteilung des Alters zu Therapiebeginn in der Gesamtstichprobe (Tab. 8; Abb. 5), so fällt zunächst auf, **dass die Hälfte der Klienten ihre Therapie erst mit 10 Jahren oder in noch höherem Alter beginnt (Median = 10)**. Von den jüngeren Kindern beginnt die größte Gruppe ihre Therapie mit 9 Jahren (Modalwert = 9). Bedauerlicherweise kommt eine Lerntherapie also im Regelfall zu spät, um erhebliche Lernschwierigkeiten schon in den ersten Schuljahren auffangen zu können. Es ist dadurch in vielen Fällen erschwert, den Aufbau grundlegender Fähigkeiten und Strategien so früh nachzuholen, dass im weiteren Fortgang der Schulkarriere keine größeren Lücken entstehen. Die **Ursache** dafür, dass die Lerntherapie im Mittel erst relativ spät beginnt, **liegt u. a. darin, dass die Finanzierung einer Lerntherapie über das Jugendamt erst dann möglich ist, wenn sich schulische**

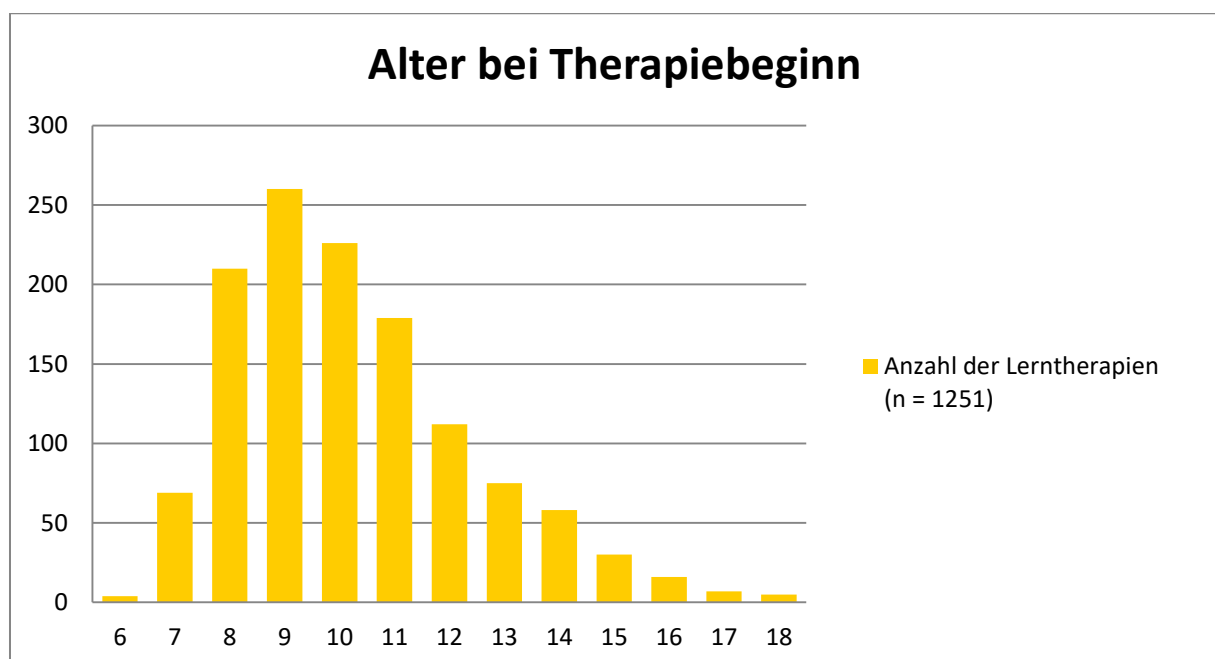
**Förderung bereits als unzureichend erwiesen hat und bereits erhebliche psychische Beeinträchtigungen eingetreten bzw. zu erwarten sind.** Ein solcher „Wait-to-fail“-Ansatz wird – nicht nur im Zusammenhang mit Lese-Rechtschreib- und Rechenschwäche – zunehmend kritisch diskutiert (z. B. Lauth & Brunstein, 2014, 375).

**In der historischen Betrachtung zeichnet sich eine Tendenz ab:** Im Kruskal-Wallis-Test zeigen sich signifikante Unterschiede, die einem kleinen Effekt entsprechen. Hier schlägt sich mit Sicherheit die Weiterentwicklung des Therapiekonzepts der Duden Institute für Lerntherapie nieder, das mehr und mehr auch die Bedarfe *älterer* Schülerinnen und Schüler abdecken konnte, wahrscheinlich aber auch ein Ende der 1990er Jahre bereits gewachsenes Bewusstsein für die Problematik besonderer Lernschwierigkeiten im Jugend- und Erwachsenenalter.

*Tabelle 8: Alter bei Therapiebeginn (Statistiken zur Verteilung)*

	<i>n</i>	<i>AM</i>	<i>Median</i>	<i>Modalwert</i>	<i>Range</i>	<i>SD</i>	<i>Schiefe</i>
Q1	265	9,7	9	8	7–17	1,9	1,0
Q2	263	10,5	10	10	6–19	2,2	1,0
Q3	245	10,7	10	8	7–25	2,7	1,0
Q4	259	10,2	10	9	6–24	2,6	2,0
Q5	228	10,4	10	9	7–32	2,4	3,3
Ges.	1260	10,3	10	9	6–32	2,4	1,8

*Q1–Q5: Kruskal-Wallis-H = 34,64; df = 4; p < 0,01;  $\eta^2 = 0,024$*



*Abb. 5: Alter bei Therapiebeginn, nur 6- bis 18-Jährige (n = 1251)*

Eine genauere Analyse der Verteilung auf Altersgruppen zeigt, dass Kinder im Alter von 6–11 Jahren durchgehend die größte Teilgruppe stellen: In der Gesamtstichprobe machen sie 75,2 % der Klienten aus. Auch Jugendliche, d. h. 12- bis 17-Jährige, sind mit 23,7 % in der Gesamtstichprobe als große Teilgruppe vertreten.

**Erwachsene treten hingegen bisher nur in Einzelfällen als Klienten in Erscheinung:** Sie stellen nur ca. **1,1 %** der Gesamtstichprobe (Tab. 9). Es ist jedoch kaum vorstellbar, dass diese Zahl einen entsprechend niedrigen Bedarf in der Altersgruppe der Erwachsenen abbildet. Dagegen sprechen schon allein die Ergebnisse der leo. – Level-One Studie (Grotlüschen et al., 2015), der zufolge 14 % der erwerbsfähigen Bevölkerung die Kriterien für funktionalen Analphabetismus erfüllen. Dass Erwachsene in der Inanspruchnahmepopulation eine untergeordnete Rolle spielen, könnte vielmehr dadurch zu erklären sein, dass sich viele Betroffene im Erwachsenenalter mit ihren Schwierigkeiten arrangieren bzw. Vermeidungs- oder Kompensationsstrategien verfolgen. Jenseits des Einflussbereichs der Jugendhilfe ist außerdem kaum finanzielle Unterstützung zu erlangen, die für Erwachsene mit geringem Bildungs- und Berufserfolg besonders wichtig wäre. Des Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass die Duden Institute für Lerntherapie Erwachsene bisher noch nicht gezielt als Klienten angesprochen haben. Um ein klareres Bild zu erhalten, wäre zu klären, inwieweit der Bedarf von Erwachsenen mit einer Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche in Alphabetisierungskursen, berufsvorbereitenden Maßnahmen usw. aufgefangen wird.

*Tab. 9: Altersgruppen*

	<i>n</i>	<i>Kinder (6–11 Jahre)</i> <i>in %</i>	<i>Jugendliche (12–17 Jahre)</i> <i>in %</i>	<i>Erwachsene (&gt;17 Jahre)</i> <i>in %</i>
Q1	265	83,4	16,6	0,0
Q2	263	73,0	25,9	1,1
Q3	245	65,7	32,2	2,0
Q4	259	78,4	19,7	1,9
Q5	228	75,0	24,6	0,4
Ges.	1260	75,2	23,7	1,1

### *Schulform*

Die Daten zur Schulform, die bei Beginn der Lerntherapie besucht wurde, ergänzen die gerade dargestellten Angaben zum Alter bei Therapiebeginn. **Auch hier zeigt sich nach dem ersten Quintil eine signifikante Verschiebung hin zu den höheren Altersgruppen und damit zu den Schülern, die (in Berlin ab der 7. Klasse) weiterführende Schulen besuchen** (Tab. 10). Besonders deutlich scheint die Tendenz im Bereich der früheren Haupt- und Real-, heutigen **Sekundarschulen**. Offenbar werden Schulleistungsprobleme, die in diesen Schulformen auftreten, mittlerweile recht regelmäßig in Zusammenhang mit einer Rechenschwäche oder LRS gesehen und es wird eine entsprechende Hilfe organisiert. Im Vergleich dazu scheinen Kinder und Jugendliche, die ein **Gymnasium** besuchen, **in der Inanspruchnahmepopulation deutlich unterrepräsentiert** zu sein. Aus Angaben der

SenBJW (2016, 13) lässt sich errechnen, dass seit dem Schuljahr 2006/07 die Zahl der Gymnasiasten (ohne die Klassen 5 und 6 der grundständigen Gymnasien) der Zahl der übrigen Sekundarschüler (ohne Förderschulen) in etwa entspricht. In der Inanspruchnahmepopulation wird dieses ausgeglichene Verhältnis bei Weitem nicht erreicht. Selbst im dritten Quintil, in dem – vermutlich im Zusammenhang mit der Einführung des G8-Abiturs in Berlin – die Zahl der Gymnasiasten an den Duden Instituten für Lerntherapie ihren Höhepunkt erreicht, liegt sie weit unter der Zahl der übrigen Schüler aus dem Sekundarbereich.

Dass der Anteil der **Förderschüler** im historischen Verlauf zurückgeht, hat verschiedene Gründe – in den letzten Jahren war der Trend hin zur inklusiven Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf der wichtigste.

*Tabelle 10: Schulform in %*

	<i>n</i>	<i>Grundschule</i>	<i>Sekundarstufe (außer Gymnasium und Förderschule)</i>	<i>Gymnasium</i>	<i>Förderschule</i>	<i>Keine</i>
Q1	264	88,3	4,2	2,7	4,9	0,0
Q2	261	80,1	11,9	4,6	3,4	0,0
Q3	240	75,0	13,3	9,2	2,5	0,0
Q4	254	79,9	14,6	3,9	1,6	0,0
Q5	228	77,2	17,1	4,8	0,4	0,4
Ges.	1247	80,3	12,0	5,0	2,6	0,1

*Q1–Q5 (ohne „Keine“, n = 1246):  $\chi^2 = 46,5$ ;  $df = 12$ ;  $p < 0,01$ ; Cramér's V = 0,11*

### *Therapiedauer*

Die normative Frage, wie lange eine integrative Lerntherapie in Anspruch genommen werden sollte, lässt sich sinnvoll nur in Relation zu den Therapiezielen beantworten: Sind z. B. die Ziele „Stärkung des Selbstbewusstseins“, „Sicherheit im lauttreuen Schreiben“ oder „Operationsverständnis für die grundlegenden Rechenoperationen“ im Wesentlichen erreicht, sollte die Lerntherapie beendet werden – nicht früher und nicht später. Real haben aber noch viele andere Faktoren Einfluss auf die Dauer einer Lerntherapie. Tragen Eltern die Kosten einer Lerntherapie privat, kann eine Änderung der Einkommenssituation schnell dazu führen, dass eine Lerntherapie vorzeitig abgebrochen werden muss. Im Fall einer Finanzierung durch das Jugendamt sind deutschlandweit Bewilligungszeiträume von sechs Monaten bis zu einem Jahr zu beobachten. Fast immer besteht eine Verlängerungsoption. Vielerorts sind zwei Jahre die arbiträre Obergrenze der Förderung, je nach Politik des finanzierenden Amtes kann diese aber auch überschritten werden.

Empirisch ist die Frage, wie lange Lerntherapien in der Praxis dauern, noch nicht beantwortet worden. Um uns ihr nähern zu können, mussten wir bei der Datenerhebung verschiedenen Besonderheiten Rechnung tragen: Da es deutschlandweit in vielen Regionen noch keine oder zumindest keine professionelle lerntherapeutische Versorgung gab, war es vor allem in den ersten Jahren nach Gründung der Duden Institute für Lerntherapie üblich, dass Familien aus ganz Deutschland in den längeren Ferien nach Berlin reisten, um dort in Form von sogenannten „Intensivtherapien“ Förderung in Anspruch zu nehmen. Dies kommt bis heute sehr regelmäßig vor, da Eltern aus strukturschwachen Regionen oft keine andere Möglichkeit sehen, eine Versorgung ihrer Kinder zu gewährleisten. Diese sehr kurzen Therapien wurden nicht berücksichtigt.

In der dadurch verkleinerten Stichprobe findet sich eine **durchschnittliche Therapiedauer von ca. 20 Monaten**. Dabei sind die historischen Unterschiede von besonderem Interesse: Ein Kruskal-Wallis-Test zeigt ein signifikantes Ergebnis, das praktisch einem kleinen Effekt entspricht. Darin schlagen sich nicht nur Unterschiede hinsichtlich der Mediane, sondern auch der Standardabweichungen und Schiefen der Verteilungen in den fünf Quintilen nieder (Tab. 11).

**Den Daten zufolge war die Therapiedauer in den früheren Quintilen (vor allem im ersten) häufig kürzer als in den späteren, es gab aber auch eine größere Anzahl sehr lang dauernder Therapien** (Tab. 12). Darin spiegeln sich vermutlich die Wünsche unterschiedlicher Gruppen innerhalb der damals überwiegend privat zahlenden Klientel. In den letzten Jahren nähert sich der Median den 24 Monaten Therapiedauer an, die vom Jugendamt üblicherweise gewährt werden. **Dass es in jüngerer Zeit immer weniger Lerntherapien gibt, die wesentlich länger als zwei Jahre dauern, ist als Zeichen der Professionalisierung zu deuten:** Schließlich hat eine Lerntherapie die Aufgabe, Kinder und Jugendliche bei der Selbstständigkeitsentwicklung zu unterstützen und sich dadurch selbst überflüssig zu machen.

*Tabelle 11: Therapiedauer (Statistiken zur Verteilung)*

	<i>n</i>	<i>Md (Monate)</i>	<i>AM (Monate)</i>	<i>SD (Monate)</i>	<i>Schiefe</i>
Q1	214	14	18,68	16,33	2,43
Q2	202	17	20,47	13,13	1,37
Q3	213	18	19,84	12,06	1,48
Q4	242	21	20,28	10,04	0,73
Q5	218	23	19,67	8,82	0,10
Ges.	1089	18	19,79	12,27	1,75

*Q1–Q5: Kruskal-Wallis-H = 21,3; df = 4; p < 0,01, η<sup>2</sup> = 0,016*

*Tabelle 12: Therapiedauer*

	<i>n</i>	<i>&lt;6 Monate</i>	<i>6–12 Monate</i>	<i>12–18 Monate</i>	<i>18–24 Monate</i>	<i>24–30 Monate</i>	<i>30–36 Monate</i>	<i>&gt;36 Monate</i>
Q1	214	17,8	28,5	18,2	15,0	7,9	1,4	11,2
Q2	202	8,9	27,2	17,8	17,3	8,9	7,9	11,9
Q3	213	8,9	25,4	16,4	18,8	18,3	4,7	7,5
Q4	242	7,9	21,5	14,5	26,4	17,4	7,4	5,0
Q5	218	8,7	19,3	11,0	35,8	17,9	3,7	3,7
Ges.	1089	10,4	24,2	15,5	22,9	14,2	5,1	7,7

### *Kindliche Entwicklung*

**Relativ häufig gaben die Eltern „Probleme in der Schwangerschaft“ bzw. „bei der Geburt“ an**, ohne dass in der historischen Betrachtung Unterschiede zu erkennen waren (Tab. 15). **Die Angaben der Eltern hatten jedoch**, wie aus den im Fragebogen geforderten Erläuterungen ersichtlich wurde, **sehr unterschiedliche Qualität**. Unspezifischer Stress wurde ebenso als Problem in der Schwangerschaft angegeben wie sogenannte „Schwangerschaftsvergiftungen“; Probleme bei der Geburt wurden z. B. angegeben, wenn ein Kaiserschnitt oder der Einsatz einer Saugglocke notwendig wurde oder wenn beim Kind die Nabelschnur um den Hals gewickelt war.

Angesichts dieser Breite unterschiedlicher Komplikationen scheinen die angegebenen Häufigkeiten zumindest nicht auffällig hoch. Einige wenige Vergleichsdaten sollen zur besseren Einordnung dienen: Hypertensive (mit Bluthochdruck verbundene) Erkrankungen, die im Volksmund mit dem Begriff „Schwangerschaftsvergiftung“ in Verbindung gebracht werden, treten in 6–8 % der Schwangerschaften auf (Fischer et al., 2008); Ergebnissen einer großen Studie zum Zusammenhang von psychosozialen Belastungen und Frühgeburten zufolge sind etwa 16 % der Schwangeren (gemessen an der sog. Zerssen-Skala) überdurchschnittlich gestresst (Dudenhausen & Kirschner, 2003). Im Jahr 2015 wurden nach Angaben des statistischen Bundesamts in den Berliner Krankenhäusern 27,8 % der Geburten per Kaiserschnitt durchgeführt, bei 8,2 % der Geburten wurde mit Vakuumentraktion (Saugglocke) gearbeitet (Statistisches Bundesamt, 2016c).

<i>Tabelle 15: Schwangerschaft und Geburt</i>				
	<i>n</i>	<i>Komplikationen in der Schwangerschaft in %</i>	<i>n</i>	<i>Komplikationen bei der Geburt in %</i>
Q1	227	19,8	229	27,9
Q2	217	14,7	215	17,7
Q3	219	17,8	219	25,1
Q4	242	16,1	240	23,3
Q5	210	14,3	207	19,8
Ges.	1115	16,6	1110	22,9
$\chi^2$		3,33		8,39
<i>df</i>		4		4
<i>p</i>		n. s.		n. s.
<i>Cramér's V</i>				

Erwartungsgemäß ist die Verteilung der **Händigkeit** in der Gesamtstichprobe unauffällig (ca. 12,4 % der Klienten sind Linkshänder) und zeigt auch keine historischen Veränderungen. – Die Ära, in der viele Linkshänder von Umerziehungsmaßnahmen betroffen waren und deshalb Lernschwierigkeiten entwickelten, liegt glücklicherweise bereits *mehr als 25 Jahre* zurück. Interessant ist aber die relativ große Anzahl von Auslassungen dieser Frage bei sonst vollständig ausgefülltem Fragebogen (immerhin 46 Fälle). Aus beistehenden Notizen der Eltern ergibt sich, dass dies in vielen Fällen als Hinweis auf eine uneindeutige Ausprägung der Händigkeit genommen werden kann.

Auch die Befunde zur **frühen Lokomotion** bestätigen die Erwartungen. In der Gesamtstichprobe sind nach Elternangaben ungefähr 88 % der Kinder gekrabbelt, bevor sie laufen lernten (Tab. 16). Dies entspricht ziemlich genau den Angaben von Largo et al. (1985, 187), denen zufolge etwa 12 % der Kleinkinder andere Entwicklungswege zum Laufen beschreiten (z. B. Auf-dem-Hinterteil-Rutschen, Robben). Eine besondere Bedeutung für die Entwicklung von Lernstörungen, die dem Krabbeln von manchen Praktikern zugeschrieben wird, scheint es nach den vorliegenden Daten nicht zu haben. Historische Veränderungen sind nicht nachzuweisen.

	<i>n</i>	<i>Gekrabbelt in %</i>
Q1	250	87,2
Q2	222	87,8
Q3	217	87,1
Q4	238	89,9
Q5	207	85,5
Ges.	1134	87,6
$\chi^2$		6,22
<i>df</i>		4
<i>p</i>		n. s.
<i>Cramér's V</i>		

Auffällig ist, wenn auch für Fachleute kaum überraschend, dass **Klienten mit einer Rechenschwäche** nach Angaben der Eltern deutlich häufiger **Schwierigkeiten haben, die Uhr zu lesen** (Tab. 17). Historische Veränderungen sind nicht ersichtlich, ein Vier-Felder- $\chi^2$ -Test über die gesamte Stichprobe zeigt aber, dass die Unterschiede zwischen Klienten mit LRS und RS signifikant und praktisch bedeutsam sind:  $\chi^2 = 63,51$ ;  $df = 1$ ,  $p < 0,01$ , *Cramér's V = 0,27*.

	<i>Lese-Rechtschreib-Schwäche</i>			<i>Rechenschwäche</i>		
	<i>n</i>	<i>Uhr lesen – ja in %</i>	<i>Uhr lesen – nein in %</i>	<i>n</i>	<i>Uhr lesen – ja in %</i>	<i>Uhr lesen – nein in %</i>
Q1*	3	100,0	0,0	61	57,4	42,6
Q2	117	82,1	17,9	98	61,2	38,8
Q3	110	82,7	17,3	98	53,1	46,9
Q4	131	78,6	21,4	96	56,3	43,8
Q5	112	83,9	16,1	78	59,0	41,0
Ges.	473	81,8	18,2	431	57,3	42,7
$\chi^2$			1,96			1,47
<i>df</i>			4			4
<i>p</i>			n. s.			n. s.
<i>Cramér's V</i>						

\* Die Frage wurde erst im Laufe des ersten Quintils eingeführt.

## Belastungen und Auffälligkeiten

Zum Therapiebeginn machten die Eltern im Fragebogen Angaben dazu, ob sie „in letzter Zeit“ verschiedene Auffälligkeiten bei ihren Kindern wahrnahmen. Im Einzelnen ging es um Beobachtungen aus dem Formenkreis somatischer/somatoformer Belastungen („häufig krank“, „häufig Kopfschmerzen“), aus dem Formenkreis externalisierenden Problemverhaltens („trotzig“, „albern“, „leicht erregbar“), aus dem Formenkreis internalisierenden Problemverhaltens („schüchtern“, „unselbstständig“, „ängstlich“), aus dem Formenkreis Aufmerksamkeitsprobleme („nervös/zappelig“, „unordentlich“, „vergesslich“) und um „Schlafstörungen“. Eine detaillierte Auswertung in Bezug auf „Symptomgruppen“ oder gar vermeintliche „Störungsbilder“ wäre auf dieser Grundlage nicht gerechtfertigt, der Summenscore aus den Angaben der Eltern kann aber als grobes Maß für die Belastung der Kinder und Jugendlichen zu Therapiebeginn angenommen werden. (Als Maß für die interne Konsistenz wurde mit der Kuder-Richardson-Formel ein  $K-R-20 = 0,61$  ermittelt, also ein Wert, der bei 12 Items noch akzeptabel ist.)

Insgesamt bestätigt sich dabei das Bild, das in der eigenen PuLs-Studie (Huck & Schröder, 2016), allerdings anhand einer wesentlich kleineren Stichprobe, gewonnen wurde: **Die große Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen, die eine Lerntherapie beginnen (nach den vorliegenden Daten 84,9 %), sind belastet.** Stellt man eine weitere Einteilung nach der Anzahl der benannten Symptome her (Tab. 18), so ergibt sich folgendes Bild: Ungefähr ein Drittel (33,1 %) ist weniger stark, ungefähr ein Drittel erheblich (32,0 %) und ungefähr ein Fünftel (19,8 %) schwer belastet. In der historischen Betrachtung sind keine signifikanten Unterschiede feststellbar: Auf der Basis des zwölfstufigen Summenscores der benannten Belastungen berechnet ergibt sich ein nicht signifikantes Kruskal-Wallis- $H = 2,71$  ( $Q1-Q5: df = 4$ ).

*Tabelle 18: Belastungen*

	<i>n</i>	<i>unbelastet (keine Auffälligkeiten)</i>	<i>belastet (1–2 Auffälligkeiten)</i>	<i>erheblich belastet (3–4 Auffälligkeiten)</i>	<i>schwer belastet (mehr als 4 Auffälligkeiten)</i>
Q1	245	12,2 %	36,3 %	33,9 %	17,6 %
Q2	231	13,0 %	37,2 %	33,3 %	16,5 %
Q3	224	14,3 %	37,5 %	27,2 %	21,0 %
Q4	243	18,5 %	29,2 %	32,1 %	20,2 %
Q5	216	17,6 %	25,0 %	33,3 %	24,1 %
Ges.	1159	15,1 %	33,1 %	32,0 %	19,8 %

Mittels Mann-Whitney-Tests wurden auf Grundlage der gesamten Stichprobe Hypothesen zu Unterschieden zwischen Teilgruppen getestet (Tab. 19): **Signifikante Unterschiede fanden sich lediglich zwischen Kindern/Jugendlichen, deren Therapie privat oder über das Amt finanziert wurde, und zwischen Kindern/Jugendlichen, deren Eltern getrennt bzw. nicht getrennt lebten.** Die Tendenz entspricht in beiden Fällen der Erwartung: Kinder/Jugendliche,

deren Therapie vom Jugendamt finanziert wird, und solche, deren Eltern getrennt sind, sind stärker belastet als Kinder/Jugendliche, auf die der jeweilige Sachverhalt nicht zutrifft. Die Effektstärken sind aber auch bei diesen beiden Vergleichen eher gering.

*Tabelle 19: Verschiedene Hypothesen zu Gruppenunterschieden*

<i>Vergleich</i>	<i>Mann-Whitney U</i>	<i>z</i>	<i>Tendenz</i>	<i>p</i>	<i>η<sup>2</sup></i>
Amt ( <i>n</i> = 501) vs. privat ( <i>n</i> = 636)	176 868	-3,19	Amt > privat	<b>&lt;0,01</b>	0,009
Mädchen ( <i>n</i> = 530) vs. Jungen ( <i>n</i> = 629)	1 640 481	0,46	Jungen > Mädchen	n. s.	
Alter <12 ( <i>n</i> = 883) vs. Alter >11 ( <i>n</i> = 276)	113 490,5	1,72	Alter <12 > Alter >11	n. s.	
RS ( <i>n</i> = 594) vs. LRS ( <i>n</i> = 544)	155 844	1,03	RS > LRS	n. s.	
Eltern getrennt ( <i>n</i> = 323) vs. nicht getrennt ( <i>n</i> = 832)	149 554	-2,98	getrennt > nicht getrennt	<b>&lt;0,01</b>	0,008
Eltern erwerbslos (80) vs. nicht erwerbslos (1026)	48 648,5	-1,59	erwerbslos > nicht erwerbslos	n. s.	

Differenziertere Analysen ermöglichen die Einführung der genannten und einiger anderer Variablen als unabhängige Variablen in ein logistisches Regressionsmodell, da hier auch die Zusammenhänge *zwischen* den Prädiktoren berücksichtigt werden.

- Wählt man „mindestens erhebliche Belastung“ (mehr als zwei Auffälligkeiten) als vorherzusagendes Kriterium (was im Wesentlichen gleichbedeutend damit wäre, vorherzusagen, ob eine Person zu den stärker oder weniger stark belasteten 50 % der Stichprobe gehört), trägt lediglich der Prädiktor „Amtsfinanzierung“ signifikant, der Prädiktor „Therapieinhalt: Rechenschwäche“ nur in der Tendenz zur Verbesserung des Modells bei (Tab. 21).
- Wählt man als Kriterium „schwere Belastung“ (mehr als vier Auffälligkeiten), hat der Prädiktor „Amtsfinanzierung“ ebenfalls Bedeutung, tritt aber hinter die Risikofaktoren „getrennte Eltern“, „Alter“ (jüngere Kinder sind eher schwer belastet) und „Erwerbslosigkeit beider Eltern“ zurück (Tab. 22).
- Wählt man schließlich „Belastung“ (mindestens eine Auffälligkeit) als Kriterium, gewinnt der Prädiktor „Amtsfinanzierung“ nur im Zusammenspiel mit einem Kohorteneffekt an Bedeutung. Diese Besonderheit, die sich auch in anderen Daten widerspiegelt, hat möglicherweise folgenden Hintergrund: Da die Berliner Jugendämter im Fall einer psychosozialen Belastung in den letzten zehn Jahren sehr zuverlässig die Finanzierung lerntherapeutischer Hilfen übernehmen, greifen

überwiegend solche Familien, deren Kinder psychosozial weitgehend unbelastet sind, noch auf eine Privatfinanzierung zurück (Tab. 20).

Die Erklärungskraft der drei hier vorgestellten Modelle ist nur gering. Erwartungsgemäß sind distale Prädiktoren wie „Erwerbstätigkeit der Eltern“ oder „Geschlecht“, die in der Duden-Lerntherapie-Studie erhoben werden konnten, allein nicht geeignet, um die Ausprägung psychosozialer Belastungen bei Kindern mit Lernschwierigkeiten zu erklären. Wichtiger wären höchstwahrscheinlich Besonderheiten der Eltern-Kind-Beziehung, der Lehrer-Kind-Beziehung sowie die Ressourcen des Kindes.

<i>n</i> = 1104		<i>Schritt 1</i>	<i>Schritt 2</i>	<i>Schritt 3</i>	<i>Schritt 4</i>	<i>Schritt 5</i>	<i>Schritt 6</i>	<i>Schritt 7</i>
Regressionskoeffizienten								
Amtsfinanzierung		0,28	0,26	0,29	0,30°	0,32°	0,32°	0,69**
Eltern getrennt			0,07	0,09	0,09	0,10	0,10	0,19
Alter				-0,04	-0,04	-0,04	-0,04	-0,05
Therapieinhalt (Referenz „RS“)					0,09	0,09	0,13	0,06
mindestens ein Elternteil erwerbstätig						0,17	0,17	0,21
Geschlecht (Referenz „m“)							0,11	0,05
Quintil (Referenz Q3)	Q1							0,28
	Q2							0,21
	Q4							-0,56*
	Q5							-0,52°
<i>Konstante</i>		1,59***	1,58***	2,01***	1,93***	1,75**	1,68**	1,72**
<i>Likelihood-Quotienten-Test Modell mit x Prädiktoren gegen Nullmodell, McFadden's Pseudo-R<sup>2</sup></i>		$\chi^2 = 2,6$ $df = 1$ $p = 0,104$ $R^2 = 0,003$	$\chi^2 = 2,8$ $df = 2$ $p = 0,25$ $R^2 = 0,003$	$\chi^2 = 4,2$ $df = 3$ $p = 0,24$ $R^2 = 0,004$	$\chi^2 = 4,4$ $df = 4$ $p = 0,35$ $R^2 = 0,005$	$\chi^2 = 4,7$ $df = 5$ $p = 0,45$ $R^2 = 0,005$	$\chi^2 = 5,0$ $df = 6$ $p = 0,54$ $R^2 = 0,005$	$\chi^2 = 18,3$ $df = 10$ $p = 0,051$ $R^2 = 0,019$

Tabelle 20: Logistische Regression „mindestens leichte psychosoziale Belastung“

Wald-Z-Test (Prädiktoren):  $p^\circ < 0,1$ ; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

<i>n=1104</i>		<i>Schritt 1</i>	<i>Schritt 2</i>	<i>Schritt 3</i>	<i>Schritt 4</i>	<i>Schritt 5</i>	<i>Schritt 6</i>	<i>Schritt 7</i>
Regressionskoeffizienten								
Amtsfinanzierung		0,38**	0,34**	0,37**	0,40**	0,39**	0,40**	0,42**
Eltern getrennt			0,18	0,20	0,20	0,19	0,19	0,19
Alter				-0,04	-0,04	-0,04	-0,04	-0,04
Therapieinhalt (Referenz „RS“)					0,20	0,20	0,24°	0,23°
mindestens ein Elternteil erwerbstätig						-0,11	-0,11	-0,12
Geschlecht (Referenz „m“)							0,11	0,10
Quintil (Referenz Q3)	Q1							0,16
	Q2							0,21
	Q4							0,04
	Q5							0,21
<i>Konstante</i>		-0,09	-0,13	0,31	0,12	0,23	0,16	0,05
<i>Likelihood-Quotienten-Test Modell mit x Prädiktoren gegen Nullmodell, McFadden's Pseudo-R<sup>2</sup></i>		$\chi^2 = 9,5$ $df = 1$ $p = 0,002$ $R^2 = 0,006$	$\chi^2 = 11,2$ $df = 2$ $p = 0,004$ $R^2 = 0,007$	$\chi^2 = 13,9$ $df = 3$ $p = 0,003$ $R^2 = 0,009$	$\chi^2 = 16,4$ $df = 4$ $p = 0,003$ $R^2 = 0,011$	$\chi^2 = 16,5$ $df = 5$ $p = 0,005$ $R^2 = 0,011$	$\chi^2 = 17,2$ $df = 6$ $p = 0,008$ $R^2 = 0,011$	$\chi^2 = 19,2$ $df = 10$ $p = 0,038$ $R^2 = 0,013$

Tabelle 21: Logistische Regression „mindestens erhebliche psychosoziale Belastung“

Wald-Z-Test (Prädiktoren):  $p^\circ < 0,1$ ; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

<i>n=1104</i>		<i>Schritt 1</i>	<i>Schritt 2</i>	<i>Schritt 3</i>	<i>Schritt 4</i>	<i>Schritt 5</i>	<i>Schritt 6</i>	<i>Schritt 7</i>
Regressionskoeffizienten								
Amtsfinanzierung		0,34*	0,26°	0,32*	0,33*	0,28°	0,29°	0,26
Eltern getrennt			0,39*	0,44**	0,43**	0,40*	0,20*	0,39*
Alter				-0,09*	-0,08*	-0,09*	-0,09*	-0,09*
Therapieinhalt (Referenz „RS“)					0,09	0,07	0,11°	0,12
mindestens ein Elternteil erwerbstätig						-0,45°	-0,46°	-0,45°
Geschlecht (Referenz „m“)							0,09	0,09
Quintil (Referenz Q3)	Q1							-0,21
	Q2							-0,18
	Q4							-0,20
	Q5							-0,04
<i>Konstante</i>		-1,56***	-1,64***	-0,79*	-0,89*	-0,39	-0,44	-0,29
<i>Likelihood-Quotienten-Test Modell mit x Prädiktoren gegen Nullmodell, McFadden´s Pseudo-R<sup>2</sup></i>		$\chi^2 = 4,9$ $df = 1$ $p = 0,026$ $R^2 = 0,005$	$\chi^2 = 10,5$ $df = 2$ $p = 0,005$ $R^2 = 0,010$	$\chi^2 = 16,4$ $df = 3$ $p < 0,001$ $R^2 = 0,015$	$\chi^2 = 16,8$ $df = 4$ $p = 0,002$ $R^2 = 0,015$	$\chi^2 = 19,5$ $df = 5$ $p = 0,002$ $R^2 = 0,018$	$\chi^2 = 19,9$ $df = 6$ $p = 0,003$ $R^2 = 0,018$	$\chi^2 = 21,0$ $df = 10$ $p = 0,021$ $R^2 = 0,019$

Tabelle 22: Logistische Regression „schwere psychosoziale Belastung“

Wald-Z-Test (Prädiktoren):  $p^\circ < 0,1$ ; \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

## Rahmenbedingungen des Schulsystems

Über Angaben der Eltern zu einer **frühen Einschulung** soll hier zwar berichtet, sie können aber nur schwer interpretiert werden. Die Intention der Fragestellung im Elternfragebogen war es, zu erfahren, ob ein Kind irregulär früh – vor dem jeweiligen Stichtag – eingeschult wurde. Die Ergebnisse deuten allerdings darauf hin, dass die Eltern das Item eher im Sinne einer aus Elternsicht subjektiv zu frühen Einschulung interpretierten. Die Zahl der Angaben, die eine „frühe Einschulung“ bejahen, steigt im vierten und fünften Quintil sprunghaft an – offenbar als Reaktion auf die Praxis, Kinder, die bis zum 31.12. eines Jahres das 6. Lebensjahr vollenden, zum August einzuschulen, die in der Öffentlichkeit auf harsche Kritik stieß und zum Schuljahr 2017/18 wieder abgeschafft wird.<sup>14</sup>

Seit dem dritten Quintil ging die Zahl der **Rückstellungen** ebenfalls infolge veränderter schulrechtlicher Regelungen deutlich zurück (Tab. 23). Mit der Änderung des Berliner Schulgesetzes vom 26.01.2004 wurde der Grundsatz der Einschulung nach dem Lebensalter statt nach dem Entwicklungsalter des Kindes eingeführt. Eine Rückstellung war – abgesehen von Kindern mit (drohenden) Behinderungen – nicht mehr vorgesehen. Durch eine erneute Änderung im Januar 2010 wurde eine Rückstellung mit Rücksicht auf den Entwicklungsstand wieder möglich, sofern ein Gutachten der Kindertagesstätte und eine schulärztliche Stellungnahme den Antrag der Eltern unterstützten. Dies scheint aber – zumindest in der Inanspruchnahmepopulation – noch keine Auswirkungen auf die Zahl der anfallenden Rückstellungen zu haben, die weiterhin niedrig bleibt.

<i>Tabelle 23: Schuleintritt</i>				
	<i>n</i>	<i>Frühe Einschulung %</i>	<i>n</i>	<i>Rückstellung %</i>
Q1	204	2,5	257	21,4
Q2	194	2,6	232	24,1
Q3	201	6,5	227	16,7
Q4	216	13,9	240	17,1
Q5	204	13,2	214	12,6
Ges.	1019	7,9	1170	18,5
$\chi^2$		35,3		12
<i>df</i>		4		4
<i>p</i>		<b>&lt;0,01</b>		<b>&lt;0,05</b>
<i>Cramér's V</i>		<b>0,19</b>		<b>0,10</b>

<sup>14</sup> Inwieweit sie tatsächlich zu negativen Folgen für die betroffenen Kinder führte, ist aber durchaus unklar. Eine Studie des Instituts für Schulqualität der Länder Berlin und Brandenburg kommt zu einem eher optimistischen Fazit: Leistungsrückstände der früh eingeschulter Kinder der Kohorte 2005/06, die sich in der 2. Klasse noch bemerkbar gemacht hätten, hätten sich bis zur 8. Klasse nivelliert (Heinig et al., 2014, 18 ff).

**Förderunterricht** konnte nach Angaben der Eltern im Grundschulbereich immer seltener gewährleistet werden, die Unterschiede zwischen den Quintilen sind aber statistisch nicht signifikant (Tab. 24). Dies passt zu den offiziellen Angaben der Senatsverwaltung, denen zufolge zuletzt keine erheblichen Veränderungen in der Versorgung mit Lehrkräften oder im Unterrichtsausfall festgestellt werden konnten (SenBJW 2016, D1 ff.).

**Über die gesamte Stichprobe hinweg betrachtet konnte nur eine Minderheit der Grundschüler, die eine Therapie begannen, anfallende Hausaufgaben weitgehend alleine bewältigen.** Bei den älteren Kindern und Jugendlichen lagen diese Zahlen selbstverständlich höher, entsprachen aber bei Weitem noch nicht gängigen normativen Vorgaben, denen zufolge Kinder ab der 5. Klasse ihre Hausaufgaben alleine erledigen können sollten (Tab. 24). Dieser Befund passt zum Eindruck erfahrener Praktiker: In sehr vielen Familien ist die Hausaufgabensituation ein Konfliktherd, da Kinder mit Lernschwierigkeiten nicht in der Lage sind, Aufgaben alleine zu lösen, und Eltern sie aus verschiedenen Gründen nicht adäquat unterstützen können. Es ist davon auszugehen, dass in vielen Fällen das charakteristische Zusammenspiel von Lernschwierigkeiten, schwachen Schulleistungen, ungünstigen pädagogischen Reaktionen und Veränderungen der kindlichen Selbstwahrnehmung hier seinen Ausgang nimmt, das Betz & Breuninger (1998) als „Teufelskreis Lernstörungen“ beschreiben.

Diese Überforderungssituation äußert sich auch in den Angaben der Eltern zu den Zeitspannen, die die Kinder für Hausaufgaben in ihrem jeweiligen Problemfach aufwandten (Tab. 25). Auffällig häufig wurden keine Angaben gemacht. **Die angegebenen durchschnittlichen Zeiten lagen in den ersten vier Schuljahren vermutlich für ein Fach höher als die Maximalzeiten, die in der Berliner „Ausführungsvorschrift über Hausaufgaben (15.03.1991)“ vorgesehen waren.** (Diese wurde mit der Schulgesetzänderung von 2004 außer Kraft gesetzt und Vorgaben zu Hausaufgaben in den Verantwortungsbereich der einzelnen Schulen verschoben.) Ab der 5. Klasse trifft dies zwar nicht mehr zu. Da sich die Anzahl der unterrichteten Fächer mit diesem Zeitpunkt deutlich erhöht, dürfte die anteilige Hausaufgabenbelastung im Problemfach immer noch zu hoch gewesen sein. – Im historischen Vergleich ändert sich die Belastung durch Hausaufgaben im Problemfach nicht wesentlich.

Tabelle 24: Förderunterricht und Hausaufgaben

	<i>n</i>	<b>Förder- unterricht in % (nur GS)</b>	<i>n</i>	<b>Hausaufgaben alleine in % (nur GS)</b>	<i>n</i>	<b>Hausaufgaben alleine in % (nur Sek.)</b>
Q1	254	65,0	222	25,2	26	42,3
Q2	229	58,1	180	33,3	43	55,8
Q3	222	51,4	155	34,8	49	61,2
Q4	242	58,3	176	26,1	44	40,9
Q5	216	46,3	148	31,1	43	65,1
Ges.	1163	56,1	881	29,7	205	54,1
$\chi^2$		0,7		1,07		7,69
<i>df</i>		1		4		4
<i>p</i>		n. s.		n. s.		n. s.
<i>Cramér's V</i>						

Tabelle 25: Durchschnittliche Hausaufgabenzeit im Problemfach

<i>Alter</i>	<i>n</i>	<b>Durchschnittliche Hausaufgabenzeit im Problemfach in min</b>	<b>Range Hausaufgabenzeit im Problemfach in min</b>	<b>Vorgabe der „AV über Hausaufgaben“ zum maximalen Umfang aller Hausaufgaben in min</b>
6–8	140	37,0	0–120	Kl. 1/2: 30
9–10	243	45,4	5–180	Kl. 3/4: 45
11–12	128	51,1	0–240	Kl. 5/6: 60
13–15	59	40,3	0–120	Kl. 7–9: 90
16	5	39,0	10–60	Kl. 10: 120

### Freizeit

Im Elternfragebogen wurden auch feste Termine außerhalb der Schule wie zusätzliche Therapien, Training in Sportvereinen, Musikunterricht usw. festgehalten. Die Qualität der elterlichen Angaben ist aber in diesem Punkt stark schwankend: Teilweise werden Freizeitaktivitäten global benannt (z. B. „Fußball“), teilweise werden detaillierte Angaben gemacht (z. B. „2 x Fußballtraining, 1 Spiel am Wochenende“). Insgesamt scheint sich aber

**der Eindruck erfahrener Praktiker** eher zu bestätigen, **dass die unstrukturierte Freizeit von Kindern und Jugendlichen im historischen Trend abgenommen hat.** Der historische Anstieg der mittleren Terminbelastung ist statistisch signifikant und entspricht einem kleinen Effekt (*Kruskal-Wallis-H* = 25,94; *df* = 4; *p* < 0,01;  $\eta^2 = 0,019$ ). Dieser ist umso höher zu bewerten, als parallel die schulische Belastung durch den Trend zur Ganztagschule für die meisten Kinder und Jugendlichen stark zugenommen hat. Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass auch in den letzten Jahren die große Mehrzahl der Kinder kaum regelmäßige Verpflichtungen in der Freizeit hat, während eine relativ kleine Gruppe viele Freizeitermine wahrnimmt. (Im fünften Quintil sind es z. B. 13 % der Kinder/Jugendlichen, die drei oder mehr Freizeitermine neben der Schule zu bewältigen haben.)

Interessant ist auch, wie sich das **Freizeitverhalten** in der Inanspruchnahmepopulation hinsichtlich einiger Aktivitäten über 25 Jahre hinweg verändert zu haben scheint. **Statistisch signifikant und – gemessen an der gängigen Interpretation von Cramér's V – praktisch bedeutsam sind die Änderungen in den Bereichen „Fernsehen“, „Bücherlesen“, „Sport“ und „Musikhören“** (Tab. 27).

*Tabelle 27: Freizeitaktivitäten*

	<i>n</i>	<i>Fernsehen</i> <i>in %</i>	<i>Videos</i> <i>in %</i>	<i>Basteln</i> <i>in %</i>	<i>Malen</i> <i>in %</i>	<i>Bücher</i> <i>in %</i>	<i>Sport</i> <i>in %</i>	<i>Musik-</i> <i>hören</i> <i>in %</i>
Q1	257	60,7	28,0	56,4	56,4	36,6	45,9	63,0
Q2	230	54,3	26,5	53,5	51,3	27,4	55,2	77,0
Q3	223	65,0	27,8	53,4	49,8	27,4	58,3	63,2
Q4	241	62,7	29,5	57,3	51,5	34,0	61,0	65,1
Q5	216	70,4	32,9	52,3	57,4	38,0	53,7	64,8
Ges.	1167	62,5	28,9	54,7	53,3	32,7	54,6	66,6
$\chi^2$		13,19	2,56	1,74	4,28	10,5	13,13	14,23
<i>df</i>		4	4	4	4	4	4	4
<i>p</i>		<0,05	n. s.	n.s.	n. s.	<0,05	<0,05	<0,01
<i>Cramér's</i> <i>V</i>		0,10				0,09	0,11	0,11

Ausgehend von einem bereits Anfang der 1990er Jahre hohen Niveau scheint sich die Beliebtheit des Fernsehens als Freizeitaktivität bis 2016 noch einmal leicht gesteigert zu haben.

Es überrascht nicht, dass die Beschäftigung mit Büchern in der Stichprobe des ersten Quintils, in der die lese-rechtschreibschwachen Kinder deutlich in der Minderzahl sind, eine relativ große Bedeutung hat. Erfreulicherweise greift aber ab dem zweiten Quintil ein zweiter Effekt: Während der Anteil der rechenschwachen Kinder, die sich mit Büchern beschäftigen, nur leicht steigt (von 43,7 % im Q2 auf 49,4 % im Q5), erhöht sich der Anteil lese-

rechtschreibschwacher Kinder, die Bücher lesen, im gleichen Zeitraum erheblich (von 13,0 % im Q2 auf 29,9 % im Q5). Betrachtet man nur die lese-rechtschreibschwachen Kinder, ist der Anstieg über fünf Quintile ebenfalls statistisch signifikant bei deutlich höherer Effektstärke ( $\chi^2 = 15,9$ ;  $df = 4$ ,  $p < 0,01$ ; Cramér's  $V = 0,17$ ). Wie diese Entwicklung zu erklären ist, liegt nicht auf der Hand: Möglicherweise ist die Weiterentwicklung des Buchmarkts bzw. das erweiterte Angebot an Erstlese-Literatur, Büchern in einfacher Sprache, nach Silben vorstrukturierten Texten usw. ursächlich. Andere Erklärungsansätze wären ein geändertes Erziehungsverhalten der Eltern oder Veränderungen im Deutschunterricht: Die Annahme, dass Lesemotivation zu Hause und in der Schule immer häufiger den Vorrang vor Lesetechnik hat, ist plausibel.

Im Bereich „Sport“ verwundert besonders der Rückgang im fünften Quintil, da das Statistische Landesamt von 1996 bis 2015 bei den 7- bis 14-Jährigen ein stetiges Steigen der Mitgliederzahlen in Sportvereinen und bei den 15- bis 18-Jährigen im selben Zeitraum praktisch unveränderte Zahlen verzeichnet (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016, 1). Ebenso unklar ist, warum „Musikhören“ als Freizeitaktivität ausgerechnet im zweiten Quintil so große Bedeutung hatte – ein Zusammenhang zum damaligen Höhenflug der CD-Technologie ist eine mögliche Erklärung.

Auch andere Fragen zum Freizeitverhalten lassen sich auf der vorliegenden Datengrundlage nicht zureichend beantworten. Im Rückblick vermisst man insbesondere eine Kategorie wie „Computerspiele“, deren wachsende Bedeutung hingegen Anfang der 1990er Jahre erst zu ahnen war.

## Diskussion

Zweck der vorliegenden Untersuchung war es, Fragen zur realen Inanspruchnahme lerntherapeutischer Hilfe im Vergleich zum vermuteten Bedarf und in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren zu untersuchen. Dabei sollten insbesondere gesellschaftliche Entwicklungen in den vergangenen 25 Jahren berücksichtigt werden.

Basis dieser Untersuchung war die Inanspruchnahmepopulation einer lerntherapeutischen Einrichtung: der Duden Institute für Lerntherapie. Diese Inanspruchnahmepopulation wurde möglichst genau beschrieben, um daraus Hypothesen für die weitere Forschung abzuleiten, aber auch um praktische Hinweise für das therapeutische Handeln, die Gestaltung der Aus- und Weiterbildung von Therapeuten und den behördlichen Umgang mit der Problematik besonderer Lernschwierigkeiten zu gewinnen. Dazu wurden zunächst *alle* aus dem Datenmaterial gewonnenen Erkenntnisse dargestellt und wo möglich zu Vergleichsdaten in Beziehung gesetzt.

Im abschließenden Abschnitt sollen nun in Form von **sechs Thesen** diejenigen Zusammenhänge hervorgehoben werden, die aus unserer Sicht besonders relevant sind und unbedingt weiterhin untersucht werden sollten:

1. Die rechtlichen Regelungen, die das Land Berlin in Bezug auf integrative Lerntherapie getroffen hat, sind in vielerlei Hinsicht beispielgebend. Mit der zunehmenden Finanzierung von Lerntherapie über das Jugendamt verändert sich in Berlin die Klientel der Lerntherapie: **Offenbar finden über das Jugendamt mehr Kinder und Jugendliche, die aus sozial schwachen Familien stammen, einen Zugang zu lerntherapeutischer Unterstützung.** Auch die Tatsache, dass viele Kinder von Alleinerziehenden und aus relativ kinderreichen Familien trotz der damit verbundenen Armutsrisiken (Paritätischer Gesamtverband, 2016) eine Lerntherapie in Anspruch nehmen können, spricht für eine inklusive Wirkung der Leistungen des Jugendamts. **Die vorliegenden Daten deuten aber darauf hin, dass die Gruppe der Leistungsempfänger in der lerntherapeutischen Inanspruchnahmepopulation immer noch unterrepräsentiert ist.** Aus der praktischen Erfahrung lässt sich vermuten, dass in der Sozialgesetzgebung veränderte oder zusätzliche Instrumente nötig wären, um allen Kindern und Jugendlichen, die in sozial schwachen Familien aufwachsen, die notwendige Hilfe zukommen zu lassen.  
Im Zuge der umfassenden **Reform des SGB VIII**, die für die nächste Legislaturperiode erwartet wird, befürchten viele Akteure eine **Verschlechterung der Versorgung betroffener Familien** durch ambulante Einzelfallhilfen (vgl. z. B. Wiesner 2016). Von ihrem inklusiven Leitgedanken her bietet sie aber auch erhebliche **Chancen**, den individuellen Bedarfen von jungen Menschen, deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aus ganz unterschiedlichen Gründen eingeschränkt sein kann, gerecht zu werden. **Integrativer Lerntherapie gebührt in jedem Fall ein fester Platz im Repertoire der Jugendhilfeleistungen:** Sie gehört nachgewiesenermaßen zu den **kostengünstigeren** Hilfen und verhindert aufgrund **ihrer hohen Wirksamkeit** auch die Folgekosten von negativen Entwicklungen junger Menschen.
2. **Kinder und Jugendliche, deren Therapie über das Jugendamt finanziert wird, sind der Tendenz nach stärker psychisch und sozial belastet als andere Kinder. Die Unterschiede sind aber offenbar längst nicht so groß, wie man annehmen könnte: In vielen Fällen führt selbst starke psychosoziale Belastung und eine Anspruchsberechtigung nach § 35 a SGB VIII nicht dazu, dass der Weg über das Jugendamt eingeschlagen wird.** Dafür sind aus der Praxis viele Gründe bekannt:
  - Ein Teil der Eltern möchte seinen Kindern den aufwendigen Diagnose- und Antragsprozess ersparen und hofft infolgedessen auch schneller mit einer Therapie beginnen zu können.
  - In anderen Fällen ist der Tatbestand einer seelischen Behinderung erfüllt, die Diagnose einer „Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten“ nach ICD-10 kann aber nicht gestellt werden, weil das Intelligenzdiskrepanzkriterium angesetzt wird und – z. B. bei einer Intelligenzleistung im unteren Durchschnittsbereich – nicht erfüllt werden kann.
  - In wieder anderen Fällen widerspricht es dem Ehrgefühl der Familie, sich ans Jugendamt zu wenden, das vor allem mit Kinderschutz und Hilfe zur Erziehung assoziiert wird, oder es bestehen Ängste vor einem imaginierten Zugriff des Jugendamts auf die Familie.

**Auch diese Befunde und Überlegungen sprechen aus unserer Sicht dafür, dass neben dem Zugang über die Jugendhilfe andere Pfade zur integrativen Lerntherapie geebnet werden müssten, um alle Hilfebedürftigen zu erreichen.**

3. **Lerntherapien beginnen tendenziell zu spät**, nämlich in der großen Mehrzahl der Fälle erst deutlich nach Ende der 2. Klasse, in 50 % der Fälle erst in der 4. Klasse oder später.

Integrative Lerntherapie hat auch unter diesen Umständen noch eine positive Wirkung: Je später aber eine Lerntherapie beginnt, desto größer wird der Unterschied zwischen den Inhalten, an denen in der Lerntherapie gearbeitet werden kann, und den aktuellen Themen des Unterrichts – und desto schwieriger ist es für ein Kind oder einen Jugendlichen, motiviert an die Lerntherapie heranzugehen, da sich Erfolge in der Therapie nicht unmittelbar in den Schulalltag transferieren lassen.<sup>15</sup>

Abgesehen von diesen therapeutischen Überlegungen wäre aus rein bildungsökonomischer Sicht ein früherer Beginn der Förderung zu empfehlen, da frühere Bildungsinvestitionen tendenziell größere Effekte zeitigen (Heckman, 2006).

**Bisher wird durch schulische und Verwaltungsprozesse im Bereich der erheblichen Lernschwierigkeiten ein „Wait-to-fail“-Ansatz nahegelegt. Therapeutisch und ökonomisch sinnvoller wäre eine möglichst frühe Hilfe, die sich im Erfolgsfall früh wieder überflüssig macht.**

4. **(Junge) Erwachsene mit erheblichen Schwierigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen finden den Weg in die Lerntherapie offenbar noch zu selten.** Angesichts von Studien zur Verbreitung des funktionalen Analphabetismus in Deutschland (Grotlüschen et al., 2015) und anhaltender Klagen der Arbeitgeberverbände über drohenden Fachkräftemangel (vgl. z. B. Klein & Schöpfer-Grabe, 2013) ist dies mehr als bedauerlich.

**Auch in diesem Bereich sind offenbar zusätzliche oder veränderte sozialrechtliche Instrumente notwendig, um den Betroffenen (evtl. über Leistungen nach SGB III) Unterstützung zukommen zu lassen.**

5. **Kinder und Jugendliche, die das Gymnasium besuchen, sind in der Inanspruchnahmepopulation deutlich unterrepräsentiert.** Dafür sind mindestens drei Gründe denkbar:
  - **Die Maßnahmen des Nachteilsausgleichs**, die Kindern mit einer LRS oder Rechenschwäche eine ihrem intellektuellen Leistungsvermögen entsprechende Schulkarriere garantieren sollen, **greifen nicht**. In diesem Fall wären Kinder mit umschriebenen Lernschwierigkeiten an den Gymnasien unterrepräsentiert.
  - Ebenso denkbar ist, dass Kinder und Jugendliche mit LRS und Rechenschwäche zwar an den Gymnasien mehr oder weniger adäquat repräsentiert sind, die **Problematik dort noch nicht bekannt genug** ist, **sodass keine Lerntherapie initiiert wird** oder die Bemühungen der Eltern um eine Lerntherapie nicht unterstützt werden. Die betroffenen Kinder und

---

<sup>15</sup> Aus den Ergebnissen der PuLs-Studie (Huck & Schröder 2016) lässt sich schließen, dass ältere Kinder und Jugendliche, die keine lerntherapeutische Unterstützung erhalten, stärker psychosozial belastet sind als jüngere Kinder.

Jugendlichen müssten in diesem Fall Kompensationsstrategien nutzen und z. B. ihre schlechten Leistungen im jeweiligen Problemfach durch besondere Stärken in anderen Fächern ausgleichen.

- Ein dritter Grund könnte sein, dass viele Kinder mit besonderen Lernschwierigkeiten, die ein Gymnasium besuchen können, bereits **eine erfolgreiche Lerntherapie *hinter sich*** haben.

Diese Hypothesen schließen sich selbstverständlich nicht aus, könnten also im Zusammenspiel den o. g. Befund erklären.

6. Verschiedene zum Teil heftig diskutierte Reformen des Schulsystems schlagen sich in den vorliegenden Daten nieder, ohne dass ein systematischer Einfluss auf die Zusammensetzung der Inanspruchnahmepopulation erkennbar wäre. **Greifbar ist im Komplex „schulische Rahmenbedingungen“ nur die permanente Überforderung der Klienten mit Hausaufgaben, die sich vor allem im Grundschulbereich bemerkbar macht.** Offenbar müssen in diesem Bereich Maßnahmen des **Nachteilsausgleichs** überdacht werden. Eltern brauchen teilweise Ermutigung, mit diesem Problem konstruktiv umzugehen und es sich nicht als eigenes Versagen zuzurechnen, wenn das Hausaufgabenpensum mit hohem zeitlichem Aufwand und mit großem Kräfteverschleiß bei allen Beteiligten nicht abgearbeitet werden kann. In der Zusammenarbeit von Lehrern und Lerntherapeuten gelingt es unserer Erfahrung nach häufig, sinnvolle und in einem überschaubaren zeitlichen Rahmen zu bewältigende Hausaufgaben festzulegen. Die Ergebnisse sprechen außerdem dafür, dass eine Beratung der Eltern zum Umgang mit der schwierigen Hausaufgaben-situation Bestandteil jeder integrativen Lerntherapie sein sollte.

Die vorliegende Untersuchung konnte ein weites Feld unterschiedlicher Fragen rund um das Thema Lerntherapie eröffnen. Wir hoffen, dass sie Praktikern und Verantwortlichen aus Politik und Verwaltung eine erste Orientierung zu einigen Themen geben kann. Darüber hinaus erhoffen wir uns, in der Zusammenarbeit mit Universitäten und Forschungseinrichtungen in Zukunft einige der bisher noch ungeklärten Fragen einer Antwort näherbringen zu können.

## Literatur

Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016). *Sportvereine im Land Berlin am 1. Januar 2016*. Statistischer Bericht BV 1 – j/16. Potsdam: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Bender, Fr., Brandelik, K., Jeske, K., Lipka, M., Löffler, C., Mannhaupt, G., Naumann, C. L., Nolte, M., Ricken, G., Rosin, H., Scheerer-Neumann, G., von Aster, M. & von Orloff, M. (2017). *Die integrative Lerntherapie*. Lernen und Lernstörungen 2/2017, 65-73.

Betz, D. & Breuninger, H. (1998). *Teufelskreis Lernstörungen. Theoretische Grundlegung und Standardprogramm*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Bezirksämter von Berlin (2016). Tiefenprüfung 2016. Berichte der Berliner Bezirke. Berichterstattung zum Auflagenbeschluss „Fach- und Finanzcontrolling HzE“, Drs. 17/1400 (II.A.26d). [https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/hilfe-zur-erziehung/fach-und-finanzcontrolling/tiefenpruefung\\_2016\\_berichte\\_d\\_bezirke.pdf](https://www.berlin.de/sen/jugend/familie-und-kinder/hilfe-zur-erziehung/fach-und-finanzcontrolling/tiefenpruefung_2016_berichte_d_bezirke.pdf) (Stand: 12.04.2017).

Cohen, J. (1988). *Statistical power and analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJP) (2015). *Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lese- und/oder Rechtschreibstörung, Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie AWMF, Registernummer 028-044*. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-0441\\_S3\\_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen\\_Kinder\\_Jugendliche\\_2015-06.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-0441_S3_Lese-Rechtschreibst%C3%B6rungen_Kinder_Jugendliche_2015-06.pdf) (Stand: 21.03.2017).

Dudenhausen, J. W. & Kirschner, R. (2003). *Psychosoziale Belastungen als Risikofaktoren der Frühgeburt – Erste Befunde der Daten des BabyCare-Projekts*. Zentralbl. Gynäkol, 125, 112–122.

Ehlert, A., Schroeders, U. & Fritz-Stratmann, A. (2012). *Kritik am Diskrepanzkriterium in der Diagnostik von Legasthenie und Dyskalkulie*. Lernen und Lernstörungen, 1, 2012, 169–184.

Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W. & Lohaus, A. (2007). *Gender differences in coping strategies in children and adolescents*. Journal of Individual Differences, 28, 18–26.

Esser, G., Wyschkon, A. & Schmidt, M. H. (2002). *Was wird aus Achtjährigen mit einer Lese- und Rechtschreibstörung? Ergebnisse im Alter von 25 Jahren*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 31 (4), 235–242.

Fischer, T., Klockenbusch, W. & Rath, W. (2008). *Diagnostik und Therapie hypertensiver Schwangerschaftserkrankungen*. Frauenarzt, 49/2008, Nr. 10, 950–954.

Fritz, C. O., Morris, P. E. & Richler, J. J. (2012). *Effect size estimates: Current use, calculations, and interpretation*. Journal of Experimental Psychology: General, 141(1), 2–18.

Gemeinsamer Bundesausschuss (2011). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung*. Bundesanzeiger 96, 2247 ff.

Gross, J., Hudson, C. & Price, D. (2009). *The long-term costs of numeracy difficulties*. London: Every Child a Chance Trust.

Grotlüschen, A., Riekmann, W. & Buddeberg, K. (2015). *Hauptergebnisse der leo. – Level-One Studie*. In: A. Grotlüschen & W. Riekmann (Hrsg.), *Funktionaler Analphabetismus in Deutschland. Ergebnisse der ersten leo. – Level-One Studie*. Münster/New York: Waxmann, 13–53.

Haffner, J., Baro, K., Parzer, P. & Resch, F. (2005). *Heidelberger Rechentest. Erfassung mathematischer Basiskompetenzen im Grundschulalter*. Göttingen u. a.: Hogrefe.

Heckman, J. J. (2006). *Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children*. In: *Science*, 312, 1900–1902.

Heinig, E., Thoren, K. & Brunner, M. (2014). *Erste Ergebnisse zur Evaluation der Früheinschulung in Berlin*. Berlin: ISQ. [http://www.isq-bb.de/uploads/media/ISQ-Bericht\\_zur\\_Evaluation\\_der\\_Frueheinschulung.pdf](http://www.isq-bb.de/uploads/media/ISQ-Bericht_zur_Evaluation_der_Frueheinschulung.pdf) (Stand: 22.04.2017).

Huck, L., Schröder, A. (2016). *Psychosoziale Belastungen und Lernschwierigkeiten. Befunde zum Zusammenhang von Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche und psychosozialen Belastungen in einer Inanspruchnahme-Stichprobe aus einer lerntherapeutischen Einrichtung*. *Lernen und Lernstörungen* 2016, 5, 157–164.

Klein, H. E. & Schöpfer-Grabe, S. (2013). *Was ist Grundbildung? Schulische Anforderungen an die Ausbildungsreife*. In: *bwp@*, Spezial 6 – Sep 2013, 1–19.

Kruskal, W. H. & Wallis, W. A. (1952). *Use of ranks in one-criterion variance analysis*. In: *Journal of the American Statistical Association*, 47, 583–621.

Kuchta, P. & Nauenburg, R. (2011). *Mikrozensus. Die soziale und wirtschaftliche Lage der Bevölkerung in Berlin und Brandenburg von 1991 bis 2009*. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg* 2/2011, 46–49.

Largo, R. H., Molinari, L., Weber, M., Pinto, L. C. & Duc, G. (1985). *Early development of locomotion: significance of prematurity, cerebral palsy and sex*. *Dev Med Child Neurol*, 27, 183–191.

Lauth, G. W. & Brunstein, J. C. (2014). *Wirkfaktoren beim Lernen*. In: G. W. Lauth, M. Grünke, & J. C. Brunstein, *Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis*. Göttingen: Hogrefe, 367–383.

Lieberz, K., Franz, M. & Schepank, H. (2011). *Seelische Gesundheit im Langzeitverlauf – die Mannheimer Kohortenstudie. Ein 25-Jahres-Follow-up*. Berlin, Heidelberg: Springer.

Paritätischer Gesamtverband (Hrsg.) (2016). *Zeit zu handeln. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2016*. Berlin: Paritätischer Gesamtverband.

Schulte-Körne, G. (2014). *Spezifische Lernstörungen. Vom DSM-IV zum DSM-5*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42, 369–374.

Seifried, K. (2016). *Kinder mit Lernschwierigkeiten und Lernstörungen in der Schule*. Vortrag, gehalten auf dem „Therapeutentag der Duden Institute“, Berlin, 12.11.2016.

Senatsverwaltung für Arbeit (SenAIF) (2015). *Integration und Frauen*. Gender Datenreport Berlin 2015. Berlin: SenAIF.

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (SenBJW) (2006). *Berliner Rahmenvertrag für Hilfen in Einrichtungen und durch Dienste der Kinder- und Jugendhilfe (BRVJug) vom 15.12.2006*. <https://www.berlin.de/sen/jugend/recht/rahmenvertraege/brvjug/> (Stand: 12.04.2017).

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (SenBJW) (2016). *Blickpunkt Schule. Schuljahr 2015/2016*. Berlin: SenBJW.  
<http://www.berlin.de/sen/bildung/schule/bildungsstatistik/#blickpunkt> (Stand: 12.04.2017).

Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (SenBJF) (2017). *Fach- und Finanzcontrolling der Bezirke der Hilfen zur Erziehung (FFC HzE) – Fallrevisionen der Bezirke/Vereinheitlichte Datenbasis – Schlussbericht*. <https://www.parlament-berlin.de/ados/18/UABez/vorgang/ubz18-0004.A-v.pdf> (Stand: 12.04.2017).

Statistisches Bundesamt (2016a). *Eheschließungen, Ehescheidungen, Deutschland, Anzahl*. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/\\_lrbev06.html?cms\\_gtp=151960\\_list%253D1&https=1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Ehescheidungen/Tabellen/_lrbev06.html?cms_gtp=151960_list%253D1&https=1) (Stand: 12.04.2017).

Statistisches Bundesamt (2016b). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Ergebnisse des Mikrozensus 2015*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Statistisches Bundesamt (2016c). *Mehr Krankenhausentbindungen 2015 bei niedrigerer Kaiserschnitttrate*. Pressemitteilung vom 05.10.2016 – 355/16. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Thomas, K., Schulte-Körne, G. & Hasselhorn, M. (2015). *Stichwort – Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten*. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, 18, 431–451.

Tornow, H. (2013). *Abschlussbericht für das Projekt Untersuchung zur Bestimmung steuerungsrelevanter Wirkungsfaktoren im Hilfeplanprozess im Rahmen des gesamtstädtischen Fachcontrollings Hilfen zur Erziehung in Berlin*. [http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/bb2.a.5723.de/20141204\\_Projektbericht\\_5\\_Bezirke\\_Berlin\\_final.pdf](http://sfbb.berlin-brandenburg.de/sixcms/media.php/bb2.a.5723.de/20141204_Projektbericht_5_Bezirke_Berlin_final.pdf) (Stand: 12.04.2017).

Weinhold Zulauf, M., Schweiter, M. & Aster, M. von (2003). *Das Kindergartenalter: Sensitive Periode für die Entwicklung numerischer Fertigkeiten*. In: Kindheit und Entwicklung, 12, 222–230.

Wiesner, R. (2016). *Reform oder Rolle rückwärts? Zu den Ankündigungen des BMFSFJ hinsichtlich der Weiterentwicklung des Kinder- und Jugendhilferechts*. [http://kijup-sgbviii-reform.de/wp-content/uploads/2016/07/Wiesner\\_Schlaglichter-22.9.2016-1.pdf](http://kijup-sgbviii-reform.de/wp-content/uploads/2016/07/Wiesner_Schlaglichter-22.9.2016-1.pdf) (Stand: 12.04.2017).

Wild, E. & Walper, S. (2015). *Familie*. In: E. Wild & J. Möller (Hrsg.), *Pädagogische Psychologie*, Berlin, Heidelberg: Springer, 227–260.

## Anhang

Kategorie	Format	Quelle
Therapiebeginn	Datum	Personalblatt, Berichte
Therapieende	Datum	Berichte, ggf. Kündigungsschreiben privat zahlender Eltern
Geschlecht	Kategorial: männlich; weiblich	Personalblatt
Geburtsdatum	Datum	Personalblatt
Therapieinhalt	Kategorial: LRS, RS, LRS und RS	Personalblatt, Berichte
Schulform (besuchte Schule bei Therapiebeginn: GS, SS, Gym)	Kategorial: Grundschule, Sekundarschule, Hauptschule, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium	Elternfragebogen
Finanzierung der Lerntherapie	Kategorial: Jugendamt; privat	Personalblatt, Berichte
Leben die Eltern getrennt?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Ist mindestens ein Elternteil erwerbstätig?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Anzahl Geschwister	Anzahl	Elternfragebogen
Macht das Kind die Hausaufgaben alleine?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Aufgewendete Zeit für die Hausaufgaben im Problemfach	Anzahl (Minuten)	Elternfragebogen
Erhält das Kind Förderunterricht in der Schule?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Gab es Probleme in der Schwangerschaft?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Gab es Probleme bei der Geburt?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Wurde das Kind früh eingeschult?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Wurde das Kind zurückgestellt?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Ist das Kind Linkshänder?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Ist das Kind gekrabbelt?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Kann das Kind die Uhr lesen?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen

<i>Verhaltensauffälligkeiten in der letzten Zeit:</i>		
Trotzig?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Ängstlich?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Unselbstständig?	Kategorial ja; nein	Elternfragebogen
Nervös/Zappelig?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Albern?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Leicht erregbar?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Vergesslich?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Schüchtern?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Unordentlich?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Häufig krank?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Häufig Kopfschmerzen?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Schlafstörungen?	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
<i>Kind beschäftigt sich besonders gerne mit:</i>		
Fernsehen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Musikhören	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Malen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Sporttreiben	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Memoryspielen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Videos	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Basteln/Bauen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Bücherlesen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Puzzlelegen	Kategorial: ja; nein	Elternfragebogen
Anzahl Freizeittermine	Anzahl	Elternfragebogen
Täglicher Fernsehkonsum	Anzahl (Minuten)	Elternfragebogen