

Jochen Klein: Berufsbild Lerntherapie

Vor langer Zeit, so etwa vor dreißig bis vierzig Jahren

Damals ... (zugegeben: deshalb etwas verkürzt und sehr unscharf): Medizinische Sichtweisen von Legasthenie dominierten („Krankheit“; Dyskalkulie gab es noch gar nicht); Bewegungstherapien gab es bei Haltungsschäden und für eher schwer motorisch beeinträchtigte Kinder; dass Wahrnehmung, Bewegung und Kognition miteinander in engstem Zusammenhang stehen und sich gegenseitig beeinflussen, wurde vereinzelt geahnt (einer der zentralen Begriffe von Piaget: „Sensomotorik“ bekam erste neue Konnotationen); ja - motorische Beeinträchtigung war eine Behinderung fürs Laufen, für die Feinmotorik der Hände; und die Logopädie wusste natürlich, dass schlechte Mundmotorik die Artikulation beeinträchtigte. Entsprechend lag die Abhilfe für solche gesundheitliche Beeinträchtigungen auch in den Händen der Physiotherapie, der Logopädie, ein wenig schon in der beginnenden Ergotherapie. Doch zumeist beschäftigten sich diese Berufe mit Erwachsenen, noch kaum mit Kindern. In diesen Jahren tat sich allerdings einiges unter den Stichworten „Sensorische Integration“ und „Kindesentwicklung“ der Ein- bis Sechs-Jährigen (JEAN AYRES; INGE FLEHMIG; ERWIN BREITENBACH u.a.), überwiegend mit medizinisch-psychologischen Sichtweisen; es gab erste Ausbildungen für Motopädie oder Psychomotorik (ERNST KIPHARDT).

Wenn bisher noch nicht von Lese- und Schreib-Erwerb die Rede war, dann spiegelt dies den damaligen Stand: Lesen und Schreiben beibringen geschah ab dem 6./7. Lebensjahr, in der Schule, durch die Schule – und vom didaktischen Selbstverständnis angeblich nur dort. Es dominierte nicht das Lernen, sondern das Beibringen = das Unterrichten durch den Lehrer, unterstützt durch die Fibel.

Auch hier allerdings erste Aufweichungen: Die Verwendung des Begriffs Schrift-Sprache war in den Anfängen, um den langsam (an-)erkannten Zusammenhang der vorschulischen Sprach-Entwicklung mit dem Erwerb der Schrift-Sprache auch verbal auszudrücken (HANS BRÜGELMANN: Kinder auf dem Weg zur Schrift).

Insgesamt dominierte eindeutig eine Trennung der paramedizinischen, psychologischen und pädagogischen Denkweisen und Arbeitsfelder. Ein Zusammenhang zwischen Problemen in der frühkindlichen = vorschulischen Entwicklung von Kindern zu Schwierigkeiten im Erlernen von Lesen und Schreiben wurde kaum gesehen; es gab „legasthenische Kinder“ – oder es gab sie auch nicht, wenn man an die wirklich handgreiflichen (!) Kontroversen denkt (JÖRG SCHLEE: Der Unfug mit der Legasthenie – und die Konstruktivisten freuen sich ...)

Psychologen bearbeiteten Legasthenie gerne verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch (TILO GRÜTTNER: „Legasthenie – ein Notsignal“), Legasthietrainer arbeiteten sehr häufig mit Trainingskonzepten, die die visuell-räumlichen Fähigkeiten bessern sollten („Streiche alle d durch“: bddbbdbbbddbgd). Elternberatung machte der Psychologe oder Erziehungsberater – und versuchte, „mit guten Ratschlägen“ prekäre Hausaufgaben-Situationen zu entschärfen. Ich gebe zu: Die Verdienste von LOTTE SCHENK-DANZIGER und HANS GRISSEMANN sind hier nicht genug gewürdigt, wahrscheinlich weil der Autor in der alltäglichen Arbeitsrealität und den Materialien meistens anderes vorfand.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit begann, kämpfte allerdings mit Hierarchien („Arzt-Befund ging vor Therapeuten-Kenntnis“) und musste heftige Machtkämpfe um Wahrheiten durchstehen: Medizinisch versus psychologisch versus pädagogisch versus elterlichen bis großelterlichen gesunden Menschenverstand und entsprechende Glaubenssätze („faul“, „Schläge haben noch nie geschadet“, „... hat Schuld“). Und auch innerhalb der jeweiligen Gruppen wurde hart gekämpft:

„Nein – auditiver und nicht visueller Art sind die entscheidenden Hintergrundsprobleme“, Therapie für die Familie statt und vor Therapie mit dem Kind (Jede Zeit hat ihre Positionskämpfe: siehe AD(H)S und Medikamente ...). Systemische Sichtweisen waren damals in den Anfängen, sie wurden noch überwiegend naturwissenschaftlich-technisch begründet – das berühmte „selbst regulierende Heizungsthermostat“ musste man erst einmal auf Familiendynamik, geschweige denn auf Lernen anwenden können! Die systemische Familientherapie wurde immer bekannter – allerdings eher im Kontext von Beziehungskonflikten als bei Lernschwierigkeiten. Was die berufsspezifischen Entwicklungen einte: Sowohl in den genannten kindertherapeutischen Berufen als auch in manchen pädagogischen Kreisen gewannen Sichtweisen mehr und mehr an Boden, die das Kind als lernendes Subjekt verstanden, weniger als zu füllendes Objekt.

Im „Teufelskreis Lernstörungen“ (DIETER BETZ/HELGA BREUNINGER) gelang 1982 erstmals eine „runde“ Verknüpfung von kindlichem Lernen und dessen Einordnung in familiäre Strukturen; verbindendes Glied war dabei das Selbstwertgefühl, durch Zu- oder Misstrauen der Erwachsenen (Eltern, Lehrkräfte) bzw. eigene Erfolge oder Misserfolge des Kindes stabilisiert oder eben auch nicht.

In der Vermittlung von Erfolgen – im konkreten Lernen des bisher nicht gelernten Lesens und Schreibens UND im Entfalten davon unabhängiger Fähigkeiten – konnten sich psychologisch und systemisch begründete Konzepte vereinigen mit Konzepten, die die kindliche Entwicklung stützten, z.B. aus Ergotherapie, Motopädie, Logopädie und gleichermaßen mit sozialpädagogischen Ansätzen („Spiel und Entspannung“). Unter Einbezug vielfältiger kindbezogener Angebote UND des Umfelds – Eltern, Schule, andere Therapeuten – war der Weg geebnet für ein interdisziplinäres Vorgehen. Alle Mittel sind recht, „vom Teufelskreis Lernstörung zur Glücksspirale“ (JOCHEN KLEIN) zu gelangen: Ein wie auch immer gearteter Entwicklungsfortschritt – im unbefriedigenden Lernbereich selber oder in anderen Situationen – kann den Einstieg bedeuten in eine positive Lernstruktur.

Dies bedeutet auch – in deutlicher Absetzung von isoliert eingesetzten Verfahren wie Funktionstrainings, Kinesiologie, NLP, auch SI-Therapie, Bewegungstherapie, Entspannungstechniken u.v.a.: Eben die konstruktive Kombination und die auf das einzelne Kind bezogene Auswahl aus einer vom Therapeuten beherrschten Methodenvielfalt in fachlichen, fachdidaktischen und kindertherapeutischen Verfahren sowie Kompetenzen im Bereich Gesprächsführung zum gelingenden Einbezug der Erwachsenen machen die in der Entwicklung befindliche, neue Therapieform aus. Lern-Therapie wächst heran!

Vor zwanzig Jahren

Zur gleichen Zeit gab es an einigen Orten

a) praxisnahe Forschungen in der DDR (HANS-JÜRGEN KOSSOW: Leitfaden zur Bekämpfung der Lese-Rechtschreibschwäche; OLGA BECKER Grundlagen der pädagogischen Audiologie) und vor allem in den USA, zum Thema Sprache und Sprachverarbeitung (CHARLES OSGOOD und S.A. KIRK als eine der Grundlagen für die deutsche Diskussion und Rezeption z.B. bei ULRICH OEVERMANN und dann im Psycholinguistischen Entwicklungstest von MICHAEL ANGERMAIER), wenig später: zum Thema Intelligenz (HOWARD GARDNER: Multiple Intelligenzen)

b) Praktiker, die letztlich beim Lernen und Lehren oder Therapieren die Rollen tauschten und ihrerseits durch die Empirie lernten, indem sie

- die Kinder und Eltern, mit denen sie in ihrer Arbeit zu tun hatten, in den Mittelpunkt stellten, und

- die „herumschwirrenden Konzepte“ undogmatisch (be-)nutzten.

Die drei Stränge – psychologische, pädagogische und medizinische – wuchsen immer mehr zusammen, ergänzten sich und potenzierten sich. Das systemische Verständnis des aktiven, sich selbst organisierenden Lernalters hat für die beginnende Lerntherapie immer mehr Bedeutung bekommen, zuletzt womöglich am besten ausgedrückt bei „Ich schaffs“ (BEN FURMAN, 2006).

In diese Zeit fiel die Gründung des Verbands – nach langen und differenzierten Überlegungen „Fachverband für integrative Lerntherapie“ genannt – durch eben mit ihren Kindern und Eltern gemeinsam lernende Praktiker. Ein mehrjähriger Erfahrungsaustausch zwischen Menschen mit je eigener Lernbiographie und mit je eigenem institutionellen Hintergrund war dem voraus gegangen: Universität, Sozialpädiatrisches Zentrum, Legastheniezentrum, Psychologische Praxis, Kinderklinik und andere Einrichtungen.

Mit der Gründung des FIL wurde der informelle Austausch erweitert durch regelmäßige bundesweite Treffen. Seit dem Jahr 1990 fanden regelmäßige Tagungen statt, die vor Allem das Ziel hatten, Gemeinsamkeiten zwischen den noch unterschiedlich arbeitenden TherapeutInnen zu erarbeiten, eine gemeinsame Identität herzustellen. Fachtagungen und die Zeitschrift „Sprachrohr Lerntherapie“ dienten darüber hinaus dazu, die Interdisziplinarität von Lerntherapie herauszuarbeiten; die erste Aus- und Weiterbildungskommission entwarf Rahmenbedingungen für interdisziplinäre Lehrgänge – dabei lag eine der wesentlichen Leistungen darin, Anerkennung und wechselseitigen Respekt gegenüber der fachlichen Kompetenz und den Sichtweisen der anderen Berufe zu praktizieren. Dazu förderlich war eine Sichtweise, in der der Respekt gegenüber den (Wachstums-)Möglichkeiten der Klienten sich niederschlug auch im Respekt gegenüber den Arbeitspartnern. Und vielleicht gehört zu diesem Respekt auch eine gewisse Bescheidenheit, die das Zusammenwachsen mit ermöglicht hat: Je weniger wir als Pädagogen, Psychologen oder Therapeuten wirklich wissen, wie ein anderer Mensch sich verändert oder wie dieser andere Mensch lernt, desto weniger können wir gegenüber anderen Lehrenden behaupten, (nur) unser Lehrweg ist der richtige. Damit ist eine weitere wichtige Säule für das Berufsbild Lerntherapie benannt: Es braucht neben der fachlichen Kompetenz insbesondere Beziehungskompetenz, die sich speist aus der skizzierten Grundhaltung und den dazu gehörigen professionellen Kompetenzen in Beratung und Umgang.

Seit der Jahrtausendwende: Die Grundlagen der Lerntherapie stehen bereit

In den letzten Jahren haben immer mehr Forschungen und Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaften die damaligen empirischen Einschätzungen bestätigt: Hirnforschung, Pädaudiologie, Orthoptik; eine Didaktik, die Kind und Lernstoff einen gleichwertigen Stellenwert einräumt und systemisch-ressourcenorientierte Konzepte durchdringen und verändern das Arbeitsfeld.

Und: Es ist eine intensive Verbreitung eines Arbeitsansatzes gelungen, den man heute gerne als ganzheitlich und systemisch bezeichnet. Einige Merkmale:

- INTERDISZIPLINÄRER Einbezug des vorhandenen Wissens aus sensorisch-motorischen, psychologischen, pädagogischen Konzepten fürs Lernen, um das einzelne Kind zu sehen in seinen Kompetenzen im Körper (Sinne und Bewegung), in der Sprache (Wortschatz, Syntax, Artikulation), Intelligenz, Psyche ... (z.B. JOCHEN KLEIN: Sensomotorik – Sprache – Schriftsprache. Spiele zur ganzheitlichen Lernförderung, KREISEL)

- INTENSIVE KOOPERATION mit dem Umfeld des Kindes in Person der Eltern, der Lehrkräfte und anderer Unterstützer, seien sie professionell oder einfach nur wertvoll Helfer (BEN FURMAN: Ich schaffs)
- DIAGNOSTIK verstanden vor Allem als Schatzsuche (statt Selektion); das bedeutet, die Schnittstelle zwischen Kompetenzen und Grenzen im kritischen Lernbereich heraus zu finden sowie die weitergehenden Ressourcen beim Kind/Jugendlichen selber UND in dessen Umfeld zu entdecken
- FÖRDERUNG und (lösungsorientierte) BERATUNG – Beides setzt auf Hilfe zur Selbsthilfe, die Lernenden – das Kind, der Jugendliche werden als Subjekt ihrer Lernfortschritte gesehen; Eltern und Lehrkräfte werden darin unterstützt, ihre Möglichkeiten besser zu erkennen und einzusetzen.

Aus all diesen Wurzeln ist das inzwischen gut etablierte Verständnis von Lerntherapie erwachsen: Ganzheitlich-systemisch. Ressourcenorientiert mit Kind und Umfeld, wie wir es z.B. im KREISEL nennen.

Lerntherapie beinhaltet heute eine gekonnte Zusammenführung vielfältiger Kompetenzen: Allgemeine Entwicklungsförderung (Wahrnehmung, Motorik, Sprache), psychologische Betreuung, (Selbstwert, Selbstwirksamkeit, Aufmerksamkeit), Fachdidaktik im Bereich Deutsch und Mathematik, Beratungskompetenz für den begleitenden Dialog mit Eltern und Lehrkräften. Interdisziplinäres Wissen aus Neurobiologie und Medizin (neuste Erkenntnisse der Gehirnforschung á la MANFRED SPITZER oder GERALD HÜTHER bestätigen ganzheitlich-systemische Lerntherapiekonzepte), Neuropsychologie (Bindung, Beziehung, z.B. JOACHIM BAUER), Konzepte der Ressourcen- und Lösungsorientierung (z.B. INSOO KIM BERG, STEVE de SHAZER, THERESE STEINER; in Deutschland GUNTHER SCHMIDT, MANFRED VOGT bezogen auf Kinder und Jugendliche), aus Ergotherapie und Logopädie (Sensomotorik und Kindesentwicklung), moderne individualisierte Pädagogik und Didaktik, qualitative und prozessorientierte Konzepte zur Förderdiagnostik.

All dies wird durch die Person der Lerntherapeutin verknüpft zu einem sehr individuellen Zugang zum einzelnen Kind und seiner Familie: Parallel zur Förderarbeit stärkt Lerntherapie durch lösungsorientierte Beratung die elterlichen Möglichkeiten für den alltäglichen häuslichen Umgang mit der schwierigen Lern- und dann auch Lebenssituation.

LerntherapeutInnen verfügen ganz konkret über

a. Beziehungskompetenzen

Angesichts des durch die Forschung immer stärker nachgewiesenen Stellenwerts von Bindung und der Bedeutung von Beziehungskompetenz und der besonderen Bedürftigkeit von „verunsicherten“ Kindern und Eltern – und in deren Gefolge häufig auch: von Lehrkräften – kommt der Fähigkeit, professionell Beziehung aufbauen und halten zu können, ein entscheidender Stellenwert zu:

1. Bezüglich eines Kindes: Gerade ein in seiner Entwicklung wie auch immer gehandicaptes Kind benötigt eine Person, die es emotional „erreicht“, es in seinen aktuellen Grenzen genauer sieht und darin akzeptiert und zugleich andere (bisher kaum) gesehene bzw. gewürdigte Möglichkeiten „entdeckt“ und einbezieht.
2. Bezüglich der Eltern: Die meisten Eltern sind durch die problematisch werdende Lerngeschichte ihres Kindes stark verunsichert, manche sind „enttäuscht“ oder gar „gekränkt“, andere waren, sind und bleiben überfordernd, manchen fehlt – nach vielen schwierigen Erfahrungen – das Zutrauen, wieder andere Eltern wirken desinteressiert. In jedem Fall ist es entlastend, die Eltern „zu erreichen“ und sie zur Mitarbeit zu gewinnen, denn in

diesem Fall erreicht eine Lerntherapie ihre größte Wirkung – Eltern-Mitarbeit sollte dann auch eines der wesentlichen Qualitätskriterien für die Aufnahme ins Angebot „Lerntherapie in Schule“ sein.

3. Bezüglich der Lehrkräfte: Auch für Lehrkräfte ist mitunter die Beziehung zu einem Kind und/oder zu dessen Eltern „gestört“ – und auch im Falle einer solchen Beziehungsstörung kann und soll die Lerntherapeutin konstruktiv wirken.
4. Interdisziplinäre Kooperation mit anderen Fachkräften erfordert neben der Kenntnis von deren spezifischen Angeboten einen kooperativen Arbeitsstil und entsprechende Vernetzung.

b. Diagnostikkompetenzen

Lerntherapie achtet gleichwertig auf „Kompetenzen und Grenzen“, sucht dabei gezielt nach – bisher häufig unentdeckten oder vernachlässigten – Ressourcen des Kindes, achtet viel mehr auf die *Qualitäten* – wie genau z.B. ein Kind liest – sucht insbesondere danach, was ein Kind denn „bei dem, was es nicht kann, schon kann“. Beispiel: „Buchstabenunsicherheit“: Welche sind sicher? Mit denen kann ich gut arbeiten! Lerntherapie sucht potentielle Belastungen gesundheitlicher bzw. psychischer Art – und prüft, wie weit diese Bezug haben zu Sensomotorik, Sprache, Schriftsprache bzw. Rechnen. Wie steht das Kind im emotionalen Kontakt zu seinen Eltern, seinen LehrerInnen, anderen Kindern? Wie könnte der gezielte Einbezug des Umfelds (Eltern/Familie, Lehrkräfte, gegebenenfalls weiterer professioneller Helfer – Kinder- und Spezialärzte) sowie im Lebensumfeld zur Verfügung stehende „Freizeit-Angebote“) weitere Wachstums-Möglichkeiten für das Kind eröffnen? Eine so gestaltete Diagnostik zur Förderung zeigt auf, mit welchen vorhandenen Kompetenzen – wieder: des Kindes, seiner Familie, seiner Schule, seines lokalen Umfelds – die anstehenden Lernprozesse bewältigt werden können (siehe Fallbeispiel in KLEIN/TRÄBERT: Wenn es mit dem Lernen nicht klappt).

c. Kompetenzen in Entwicklungs- und Lernbegleitung/-förderung

Wichtig ist die umfassende Unterstützung in den Bereichen Sensomotorik (ggf. in Kooperation mit Ergo- und Physiotherapie, Psychomotorik bzw. nichttherapeutische Angeboten!), Bewegung (insbesondere in Graphomotorik, Augen- und Mundmotorik), Wahrnehmungsförderung (insbesondere in den Bereichen auditive und visuelle Verarbeitung). Hinzu kommen tonusregulierende, in der Regel Tonus erhöhende oder umgekehrt: Spannung reduzierende Angebote, damit in Verbindung müssen häufig Aufmerksamkeit und Konzentration gestützt werden. Eine Förderung der gesprochenen Sprache – ggf. in Kooperation mit Logopädie, Sprachheiltherapie –, der Verbesserung der Artikulation, der Kompetenzen im Grundwortschatz, Grammatik, Syntax als weitere zentrale Voraussetzung für Aneignung und Umgang mit geschriebener Sprache, Schrift-Sprache, gehört ebenso zur Therapiekonzeption.

Und innerhalb dieses die Entwicklung fördernden Spektrums findet dann die Unterstützung von elementarer Schriftsprache bzw. elementarem Rechnen ihren Platz: Festigung von Laut-Differenzierung, Buchstaben-Sicherheit und deren Zuordnung, auf Schriftsprache bezogene sprachanalytische Kompetenz – Silben, Morpheme –, womöglich Orthographie. Mengenerfassung, Ziffer-Zahl-Zuordnung, Serialität; Rechenoperationen der Grundrechenarten; Mengenerlegung, Zehnerübergang, Zahlenräume, Textaufgaben.

Aus psychologischer Sicht stehen im Mittelpunkt die eigene Lern- und Arbeitsorganisation, Stärkung des Selbstwerts, Selbstkontrolle von Verhalten

einschließlich eigener Leistungsbewertung, Stärkung der sozialen Kompetenz, Entspannungstechniken.

Die Zukunft

Inzwischen ist der Begriff Lerntherapie einerseits immer noch für (zu) viele Fachleute und Eltern fremd, andererseits für uns selber so gebräuchlich geworden, dass es der Besinnung auf die Genese und Geschichte bedarf – auch um Ideen für die Zukunft zu bekommen.

Lerntherapie ist eine Dienstleistung, in aller Regel von den Kunden – genauer, was therapeutisch nicht unwichtig ist: von den Eltern der Kinder zu bezahlen. Die Finanzierung durch die Eltern bringt eine soziale Ungerechtigkeit mit sich; diese besteht angesichts eines Milliardenmarktes für außerschulische Lernhilfe seit Langem, bedeutet allerdings für TherapeutInnen als sozial verantwortungsbewusste Menschen ein Unbehagen.

Die Finanzierung nach dem KJHG wird bundesweit immer stärker zurück gefahren, länderspezifisch und lokal zwar sehr unterschiedlich, in der Tendenz aber mehr als deutlich. Einheitliche Qualitätsvorstellungen bezüglich der Therapeutenkompetenz gibt es in der föderal und kommunal organisierten Bundesrepublik leider bisher nicht. Als neue Interessenten kommen angesichts von PISA immer mehr auch die Schulen in Frage. „Individuelle Lernförderung“ ist in Aller Munde – LerntherapeutInnen beherrschen sie und sollten daran arbeiten, das spezifische know how auch an den Lernort Schule zu tragen. In vielen anderen Ländern ist individuelle Lernförderung durch Fachkräfte längst ein integrierter Bestandteil der einzelnen Schule; durch Ganztagschulen und den kultusministeriellen Auftrag zu individueller Lernförderung ist dafür ein günstiger Zeitpunkt (Bundeskanzlerin ANGELA MERKEL: „Bildungsrepublik Deutschland“), etliche lokale Aktivitäten sind Erfolg versprechend. Wesentliche lerntherapeutische Prinzipien sind auch im Kontext Schule umsetzbar; und vielleicht kann durch die respektvolle Zusammenarbeit von LerntherapeutInnen und Lehrkräften gute Schulentwicklung gelingen (JOCHEN KLEIN: Rahmenbedingungen von Lerntherapie in Schule und Projektbericht). „Individuelle Förderung durch Lerntherapie“ könnte die entscheidende Floskel sein, das spezifische Angebot gegenüber Schule darzustellen!

Selbstverständlich gehört es sich, dass Ausbildungsgänge im Bereich Integrative Lerntherapie den interdisziplinären Arbeitsansatz abbilden. Die Eigenständigkeit der Lerntherapie liegt begründet in eben dem Zusammenführen des häufig Getrennten: Der Ansatz im KREISEL – „Ganzheitlich-systemisch. Ressourcenorientiert mit Kind und Umfeld“ – verweist darauf, dass Elemente aus den oben benannten, die kindliche Entwicklung fördernden Berufen – Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik – verwoben werden müssen mit pädagogischen, fachdidaktischen sowie Beratungskompetenzen gegenüber den Erwachsenen, bei gleichzeitig zu unterstützender Beziehungskompetenz der Therapeutin (Selfcare, Supervision). Diese verbindende Interdisziplinarität sollte sich widerspiegeln im Curriculum, in der Gruppe der ReferentInnen wie in der Gruppe der TeilnehmerInnen. Der FiL erkennt gleichberechtigt nicht-universitäre und universitäre Ausbildungsgänge als Voraussetzung für den Titelerwerb an – soweit sie sich an der gültigen Weiterbildungsordnung orientieren – und entspricht damit zugleich dem Prinzip des lebenslangen Lernens.

Zur je aktuellen Entwicklung des Berufsbildes durch Weiterbildung gehört eine ständige Anpassung – durch Berücksichtigung

- aktueller Entwicklungen in der Wissenschaft und in der Praxis
- der schleichenden Veränderungen des Klientels andererseits

- des sich mehr und mehr ausweitenden Arbeitsfelds Schule einschließlich der frühen Förderung „rund um die Einschulung“

Daraus resultieren für das Berufsbild neue Herausforderungen, denen Praktiker bzw. Aus- und Weiterbildung durch neue Qualifizierungsthemen Rechnung tragen:

- Der Arbeitsbereich Dyskalkulie hat sich in den vergangenen Jahren sowohl fachlich als auch was die Nachfrage angeht sehr stark weiter entwickelt – hier steht als Antwort die fachliche Qualifizierung der LerntherapeutInnen an.
- Kinder, Jugendliche und deren Familien kommen mit veränderten Problemen in die Praxis, mit mehr Entwicklungsrückständen, mehr Beziehungs-, Aufmerksamkeits- und anderen Verhaltensproblemen – sensomotorische und sprachliche Förderung, sozial-emotionale Stabilisierung durch die entsprechende Therapeutenpersönlichkeit sowie insgesamt durch professionelle Elternberatung für Kinder bzw. Lerncoaching für Jugendliche sind ein zu erweiterndes Feld für LerntherapeutInnen. Wahrscheinlich werden zukünftig kinder- und jugendlichentherapeutische Kompetenzen einen höheren Stellenwert bekommen.
- Lerntherapie im Kontext Schule schafft völlig neue Arbeitsmöglichkeiten, bedeutet allerdings auch ein verändertes Klientel – jüngere Kinder, andere soziale Herkunft (u.a. Migrantenkinder), zugleich mehr Beratungstätigkeit mit Lehrkräften, weniger mit Eltern.

Wesentliche Ziele eines Verbandes könnten heute sein,

- die in der Anfangszeit entwickelten und heute selbstverständlich gewordenen Gemeinsamkeiten weiterhin bewusst zu pflegen, z.B. durch die Fachzeitschrift, durch Regelungen für Aus- und Weiterbildung sowie laufende Qualitätssicherung;
- den interdisziplinären und systemischen Charakter von integrativer Lerntherapie durchzusetzen
 - nach innen, d.h. innerhalb der praktizierenden TherapeutInnen mit ihren unterschiedlichen Lernbiographien
 - und nach außen: d.h. die Eigenständigkeit einer integrativen, interdisziplinären Lerntherapie wird demonstriert.
- Zugleich muss die Abgrenzung von Lerntherapie deutlich gemacht werden
 - sowohl zu Nachhilfeeinrichtungen und sich „therapeutisch“ nennenden Förderinstituten im Franchise-Prinzip (diese können m. E. qua Franchise-Idee nicht mit lerntherapeutisch fundierter, individuell zugeschnittener und interdisziplinärer Methodenvielfalt aufwarten)
 - als auch zu den Berufsbildern Sonder- und Heilpädagogik und gegenüber Ergotherapie, Logopädie, u.a., die ohne eine tiefgehende lerntherapeutische Zusatzqualifikation in aller Regel tendenziell eher zentriert am Kind bzw. an dessen über Rezept(Verordnung) definierten Krankheitsbild arbeiten.
- Für diese Gemeinsamkeiten ist es erforderlich, über die Möglichkeiten von Lerntherapie die breite Öffentlichkeit aufzuklären, gegenüber
 - „Kunden“ oder „Endverbrauchern“ Eltern und Schule,
 - Vertretern der kooperierenden Berufe in Medizin, Psychologie, Pädagogik – Kinderärzte, Fachärzte (Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiater, Augen-, Ohrenärzte), (Erziehungs-)Beratungsstellen,
 - Elterninitiativen zu den Themen Legasthenie und Dyskalkulie, AD(H)S, Teil- und Wahrnehmungsstörungen u. a.,

- und nicht zu vergessen die Politik, Bildungspolitik, Sozialpolitik (Kinder- und Jugendhilfe).
- Für all diese Perspektiven sollte die Netzwerk-Idee, wie sie interdisziplinäre Lerntherapie selber ausmacht, aktiviert werden:
 - Was dem einzelnen Kind hilft, hilft auch der einzelnen TherapeutIn: Ich schaffs – mit der Hilfe aller Beteiligten: lokales psychosoziales Netzwerk, kollegiale Supervision, lokale bzw. regionale Gruppen, bundesweiter Fachverband.
 - Was der einzelnen Therapeutin hilft, hilft auch einem Verband:
 - die Mitglieder und die Mitgliederversammlung als oberstes Entscheidungsgremium immer wieder aktivieren,
 - gute und gleichberechtigte Abstimmung von Verbandsgremien,
 - regelmäßige Zusammenarbeit mit den verbandsunabhängigen Einrichtungen für Aus- und Weiterbildung,
 - kontinuierliche Zusammenarbeit mit Elterninitiativen und benachbarten Berufsverbänden,
 - Ansprache von Bildungs- und Sozialpolitik und Wirtschaft,
 - Auftreten in Medien durch Artikel und Bücher, gerichtet an Fachleute und professionelle Multiplikatoren wie Ärzte, Schulen, Schulpsychologen, Erziehungsberatungsstellen bzw. an Eltern.