

Ingo Frenzel

Sorgenkind Unterricht

Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in allgemeinen Schulen

Lösungsansätze und Vorschläge zur Lehrerbildung und Lehrerfortbildung

| | |
|--|----|
| 1. Problemaufriss..... | 2 |
| 2. Überblick über die aktuelle Situation..... | 7 |
| 2.1. Situation der Betroffenen..... | 9 |
| 2.2. Situation der Lehrer..... | 10 |
| 2.3. Situation der Mitschüler..... | 11 |
| 2.4. Kontakte und Austausch am Übergang..... | 12 |
| 2.4.1. Kontakte zur (Herkunfts)klasse..... | 12 |
| 2.4.2. Schulberichte, gemeinsamer Förderplan..... | 15 |
| 2.5. Nachteilsausgleich..... | 15 |
| 2.6. Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG..... | 17 |
| 3. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Lage..... | 22 |
| 3.1. Akut aktueller Ansatz..... | 22 |
| 3.1.1. Regionale Ansprechpartner..... | 23 |
| 3.1.2. Mobiler Dienst..... | 24 |
| 3.1.3. Schulinterne Maßnahmen..... | 25 |
| 3.1.4. Selbsthilfegruppen..... | 26 |
| 3.1.5. Supervision..... | 27 |
| 3.2. Präventiv generalisierter Ansatz – Lehrerbildung..... | 31 |
| 3.2.1. Erste Phase..... | 31 |
| 3.2.2. Zweite Phase..... | 32 |
| 3.2.3. Dritte Phase..... | 33 |
| 4. Vom „Entweder-Oder“ zum „Und“..... | 34 |
| 5. Literatur- und Quellenverzeichnis..... | 37 |

GEFÖRDERT AUS MITTELN DER
ROBERT BOSCH STIFTUNG GMBH

Diese Arbeit wurde als wissenschaftliche Hausarbeit zur ersten Staatsprüfung im Herbst 2003 für das Lehramt an Sonderschulen an der Fakultät für Sonderpädagogik der PH Ludwigsburg vorgelegt. In überarbeiteter Form erscheint sie zur 1. Arbeitstagung des Forschungsprojekts „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen“, 12./13. November 2004.

Zweite, unveränderte Auflage
Dezember 2006

Kontakt:

Ingo Frenzel, Mühlweg 6, 88299 Leutkirch

Telefon: 07561 986 784

Fax: 0 12 12 510 799 620

email: herr.frenzel@email.de

1. Problemaufriss

Wer gesund ist, geht in die Schule und wer krank ist, darf daheim bleiben. So war es bisher, da chronisch kranke Schüler unsichtbar waren für die allgemeine Schule. Jetzt aber muss sich diese weit verbreitete Vorstellung dahingehend ändern, dass chronisch kranke Kinder und Jugendliche in die Schule gehen, solange es ihre Krankheit zulässt. Nur bei akuten Problemen werden sie krank geschrieben und bleiben dann dem Unterricht fern. Vielfach sind aber Lehrkräfte in dieser Situation überfordert oder sehr unsicher, einige gehen sogar soweit, chronische Krankheiten bei ihren Schülern zu leugnen. Hierzu einige Kommentare verschiedener Schulen in Reutlingen. „Zu Ihrer Anfrage: Chronisch kranke SchülerInnen sind mir mit Ausnahme von Sportattesten nicht bekannt. Leider Fehlanzeige! An unserer Schule ist z.Z. kein Schüler für ihre Untersuchung. Es liegen keine Erfahrungen mit dem genannten Personenkreis vor.“¹

Mit welchem Personenkreis sich diese Arbeit befasst, wird nachfolgend beschrieben, bevor die momentane Situation der Betroffenen dargelegt werden soll.

Nach Vorgaben der WHO wird unter dem Begriff Gesundheit „ein Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“² verstanden. Diese Definition bietet Anlass zur Diskussion, denn sie klingt utopisch. Völliges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden wird wohl nur sehr wenigen Menschen beschieden sein, außerdem ist Wohlbefinden immer ein rein subjektiver Wert. Was die WHO-Definition von 1946 meiner Meinung nach auszeichnet, ist die Aufteilung in die drei Bereiche körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden. Bereits die kleinste Abweichung in einem der drei Bereiche führt allerdings dazu, dass von einer Krankheit gesprochen werden kann. Dieses Problem versucht Antonovsky mit seinem „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“³ zu umgehen. Auch Antonovsky sieht Gesundheit als mehrdimensional an, doch stellt er in seinen Darlegungen den Aspekt der körperlichen Gesundheit in den Mittelpunkt.⁴ Mit der Vorstellung eines Kontinuums zwischen den Polen (körperliches) Wohlbefinden und (körperliches) Missempfinden löst sich Antonovsky von der „fundamentalen

¹ Im Vorfeld der wissenschaftlichen Hausarbeit habe ich bei je 4 Grund-, Haupt- und Realschulen und 4 Gymnasien schriftlich angefragt, ob ich Lehrkräfte befragen darf, die chronisch kranke Schülerinnen und Schüler unterrichten. Die Rückmeldungen ließen auf sich warten und waren durchgehend ablehnend.

² Constitution der WHO 1946, zitiert nach Petermann/Noeker/Bode 1987, S. 14

³ Antonovsky 1997, S. 23

⁴ vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [nachfolgend kurz BZgA] 2002, S. 32

Dichotomie“.⁵ Er entdeckte in jedem gesunden Menschen „kranke, in jedem kranken Menschen auch gesunde Anteile“.⁶ Auch das klinische Wörterbuch Pschyrembel nimmt mehrere Dimensionen an, doch werden die beiden Ebenen subjektiv und objektiv explizit benannt⁷. Hurrelmann ist der Meinung, dass sich Gesundheit einstellt, wenn die Bewältigung der inneren und äußeren Anforderungen gelingt.⁸ Gesundheit ist folglich ein „labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen“⁹, bei dem es auch Zwischenstufen neben den Extremen gesund und krank gibt.

In seiner Definition des Begriffs Krankheit spricht Hurrelmann vom „Stadium des Ungleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt.“¹⁰ Manche Autoren sprechen auch von akuten Erkrankungen. Diese „beginnen meist plötzlich, erreichen ihren Höhepunkt in wenigen Tagen und klingen in ebenso wenigen Tagen wieder ab.“¹¹

Chronische Krankheit – bei Hurrelmann relative Krankheit – könnte folgendermaßen definiert werden. „Relative Gesundheit beziehungsweise relative Krankheit ist das Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichtes von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren [...] und äußeren [...] Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. Relative Gesundheit und relative Krankheit sind ein Stadium, das einem Menschen nur begrenzt Wohlbefinden und Lebensfreude ermöglicht.“¹² Hier wird der Aspekt der Zeit, der mit dem Wörtchen chronisch bereits vorgegeben ist, fast vollständig vernachlässigt. Die Autoren der Expertise für das Gesundheitsministerium sprechen davon, dass eine „chronische Krankheit nicht als Ausnahmezustand, sondern als veränderter Normalzustand von Gesundheit in das Bild der eigenen Person aufzunehmen ist“.¹³ Dieser veränderte Normalzustand muss aber in den Alltag übernommen werden. „Mit einer Krankheit umzugehen (...) [heißt], sie kennengelernt zu haben, sich emotional auf sie

⁵ Antonovsky 1997, S. 23

⁶ BZgA 2002, S. 142

⁷ Pschyrembel 1998, S. 571

⁸ vgl. Hurrelmann 2000, S. 94

⁹ BZgA 2002, S. 25

¹⁰ Hurrelmann 2000, S. 94

¹¹ v.d. Hardt 1983, S. 7, vgl. auch Kössler 1997, S. 188

¹² Hurrelmann 2000, S. 95

¹³ Hardt/Hürter/Lange/Ullrich 1997, S. 17

einzustellen, zu einem bestimmten Wissen Zugang zu haben', wie auch: „Entscheidungen zu treffen und sie in konkrete Handlungen umzusetzen“.¹⁴ In der folgenden Definition wird neben der Dauer und der veränderten Normalität auch noch der Verlauf einer als chronisch zu bezeichnenden Krankheit angesprochen. „Chronische Erkrankungen entwickeln sich langsam, dauern über mehrere Monate, Jahre oder lebenslang an, sind durch einen unvorhersagbaren, auch bedrohlichen Verlauf zu kennzeichnen und bestimmen bzw. beeinträchtigen das Handeln der Betroffenen und ihrer Angehörigen mehr oder weniger stark.“¹⁵ Petermann/Noeker/Bode schreiben, dass „eine vollständige Wiederherstellung des prämorbidem Gesundheitszustands zunächst nicht absehbar“¹⁶ sei. Auch Warschburger stellte fest, dass das Fehlen von Heilungsaussichten mehrfach als wichtiges Kriterium für die Diagnose gesehen wird.¹⁷ Chronische Krankheiten werden klar von den akuten Krankheiten abgegrenzt. Akute Krankheiten, gekennzeichnet durch einen plötzlichen Beginn, einer Kulmination innerhalb weniger Tage und relativ rascher Rekonvaleszenz, werden oft mit einer Bedrohung für das Leben in Verbindung gebracht, wohingegen chronische Krankheiten zwar eine Beeinträchtigung im Alltag mit sich bringen, jedoch in der Vorstellung vieler keine Bedrohung darstellen.¹⁸ Nach meiner Auffassung können aber auch chronische Krankheiten die Lebenserwartung senken. Dennoch muss ich von der Hardt recht geben, wenn er schreibt: „Eine allgemein gültige Definition für [...] chronische Krankheiten gibt es nicht.“¹⁹ Zumeist wird bei dem Stichwort chronische Krankheit zunächst an Krankheiten aus dem somatischen Bereich gedacht, es sind aber die psychischen Krankheiten nicht außer Acht zu lassen.²⁰ Begründet man eine chronische Krankheit allein mit einer Dauer von über drei Monaten, erweitert sich das Spektrum der chronischen Krankheiten enorm. Zunächst noch zwei Definitionen für seelische Gesundheit. „Wer sich so verhält, wie es dem gesellschaftlichen Konsens und den Wertvorgaben einer Kultur entspricht, gilt als gesund. [...] ... weil eine psychisch gesunde Persönlichkeit oft einfach nur als optimal angepasst definiert wird.“²¹ Etwas weiter greift die Definition von English und English.

¹⁴ zitiert nach Schroeder/Hiller-Ketterer/Häcker/Klemm/Böpple 1996, S. 55

¹⁵ Harter-Meyer/Orts 2002, S. 67

¹⁶ Petermann/Noeker/Bode 1987, S. 14

¹⁷ vgl. Warschburger 2000, S. 19; v.d. Hardt 1983, S. 11

¹⁸ v.d. Hardt 1983, S. 7

¹⁹ v.d. Hardt 1983, S. 11

²⁰ vgl. Leberherz 2002 a, S. 7

²¹ Hurrelmann 2000, S. 91

Seelische Gesundheit ist ein „relativ überdauernder Zustand, in dem die Person wohl angepaßt ist, Freude am Dasein empfindet und Selbstaktualisierung bzw. Selbstverwirklichung erreicht. Es ist ein positiver Zustand und nicht bloß die Abwesenheit einer psychischen Störung.“²²

Eine relativ alte Definition der chronischen Krankheit, die aber psychische Krankheiten nicht ausschließt, findet sich bei Hertl. „Von einem chronisch-kranken Kind ist zu sprechen, wenn sich ein Kind ständig aus der gleichen körperlichen und/oder seelischen Ursache in Lebensschwierigkeiten befindet.“²³ Nach dieser Auffassung sind allerdings Krankheiten, die z.B. durch Diät oder strikte Vermeidung der angstausslösenden Umstände symptomfrei gehalten werden können, nicht chronisch. Auch eine Pollenallergie, die sich auf eine Grassorte und damit auf wenige Tage im Jahr eingrenzen lässt, führt nicht zu „ständigen Lebensschwierigkeiten“. Man könnte sie als wiederkehrend akut bezeichnen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zählt psychische Krankheiten ebenfalls zu den chronischen, obwohl sie diese nicht in ihre Handreichung mit aufgenommen hat. „Keine Berücksichtigung finden hier auch **Psychosen** [...] und **allgemeine Verhaltensauffälligkeiten**. Auf diese Erkrankungen muss auf besondere Weise im Schulalltag reagiert werden.“²⁴ Hier muss sich die Bundeszentrale die Frage gefallen lassen, ob Lehrer bei anderen Erkrankungen nicht auf besondere Weise reagieren müssen oder dürfen? Eine sehr offene Definition bietet Köslér an. Bei chronischen Krankheiten „handelt es sich um Krankheiten, die den Alltag und die Lebensführung der Betroffenen auf Dauer prägen. Die Krankheit bleibt kein außergewöhnliches Ereignis. Sie wird zum Zustand, der zu Einschränkungen [...], dem Verlust von Fähigkeiten und zum Teil erheblichen sozialen und emotionalen Problemen in der Folge führen kann. Zu diesen Krankheiten, die untrennbar mit dem Alltag verwoben sind, gehören [...] auch psychische Krankheiten wie Psychosen“.²⁵ Wenn die Krankheit „kein außergewöhnliches Ereignis“ bleibt, fallen auch Allergien unter die chronischen Krankheiten, die über einen langen Zeitraum hinweg keine Symptome hervorrufen, anders als etwa bei Hertl. Harter-Meyer/Orts machen auf ein Detail im 11. Kinder- und Jugendbericht aufmerksam, in welchem verschiedene chronische Krankheiten mit den entsprechenden Häufigkeiten aufgelistet wurden. Sie

²² zitiert nach Mohr/Becker 1997, S. 30

²³ Hertl 1968, S. 1

²⁴ BZgA o. J., S. 7; Hervorhebungen im Original

²⁵ Köslér 1997, S. 188

merken an, dass auch psychische Erkrankungen „zum Teil über viele Jahre andauern, einen unvorhersagbaren Verlauf nehmen, lebensbedrohlich sein können und das Handeln der Betroffenen und ihrer nahen Angehörigen mehr oder weniger stark beeinträchtigen können“²⁶ und somit den Kriterien für eine chronische Erkrankung entsprechen. Die beiden Autoren werfen die Frage auf, warum „bei psychischen Erkrankungen der Begriff der chronischen Erkrankung vermieden wird“.²⁷ Für ihre Antwort greifen sie die Tabuisierung psychischer Erkrankungen auf. Entweder werden die gezeigten Verhaltensweisen als Charaktereigenschaften beschrieben und nicht als Symptome, oder die Krankheit wird ins Lächerliche gezogen und nicht ernst genommen. Es werden also die eigenen Ängste dämonisiert und auf den Kranken projiziert, oder die Ängste werden überspielt. Neben diesem Erklärungsansatz gibt es aber vielleicht auch einen anderen. Die somatische Medizin hat eine deutlich längere Tradition als die psychische. Nach wie vor befasst sich nur eine relativ kleine Randgruppe mit psychischen Störungen, es fehlt also noch eine breite Basis und der Einblick der Bevölkerung in dieses Themengebiet. Wenn sich das Fach zunehmend öffnet, werden sicherlich auch die psychischen Krankheiten anerkannt und nicht als Spinnerei abgetan. „Jede Krankheit, die man als Geheimnis behandelt und heftig genug fürchtet, wird als im moralischen [...] Sinne ansteckend empfunden.“²⁸ Nachfolgender Kriterienkatalog²⁹ scheint mir die eben dargestellten Aspekte von chronischen Krankheiten zusammenzufassen.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. es liegt eine biologische, psychologische oder kognitive Basis für die Erkrankung vor und2. die Krankheit dauert seit mindestens einem Jahr an oder ist seit diesem Zeitraum so gut wie sicher und3. sie führt zu mindestens einer der genannten Folgen:<ul style="list-style-type: none">• Einschränkung der Funktionen, Aktivitäten oder schulischen Rolle im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen in der körperlichen, kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung (funktionelle Einschränkungen).• Abhängigkeit von einem der folgenden Dinge, um die funktionellen, aktivitätsbezogenen oder sozialen Einschränkungen zu kompensieren oder zu minimieren:<ul style="list-style-type: none">- Medikation,- spezielle Diät- medizinische Technologie,- unterstützende Gerätschaften- persönliche Anleitung (kompensatorische Maßnahmen).• Bedarf an medizinischer Versorgung oder verwandter Leistungen, psychologisch erzieherischen Dienstleistungen, die über das Altersmaß hinausgehen, oder nach speziellen überdauernden Behandlungen oder Unterbringungen (zu Hause oder in der Schule; Servicennutzung). |
|--|

²⁶ Harter-Mayer/Orts 2002, S. 68

²⁷ Harter-Mayer/Orts 2002, S. 69

²⁸ Sontag 1978, S. 7

²⁹ übernommen aus Warschburger 2000, S. 19

Obwohl die Autoren des Kriterienkatalogs den Zeitraum von einem Jahr begründen können, halte ich mich lieber an die Angaben anderer Autoren, die von einer mindestens dreimonatigen Dauer sprechen.³⁰

Es gibt „gesellschaftlich vermittelte Theorien über Krankheiten“³¹ in den unterschiedlichen Formulierungen zu entdecken. „Ich bin krank“ bedeutet, dass ich mich auf meine Krankheit emotional eingestellt habe, sie nicht verleugne und sie mir „zu einer Lebensform geworden“³² ist, mit der ich zurechtkommen muss. Wenn jemand erkrankt ist, liegt das an äußeren Umständen wie dem Wetter. Es schwingt das Wissen mit, dass die Krankheit überschaubar ist und rasch überwunden werden kann. Außerdem kann man eine Krankheit haben, wobei die Hoffnung mitschwingt, die Krankheit irgendwann einmal nicht mehr zu haben. Die Krankheit ist dann ein Teil der Person geworden, jedoch „nicht in existentieller Form“³³ wie beim Kranksein.³⁴

2. Überblick über die aktuelle Situation

Wenn es durch eine chronische Krankheit zu einem „veränderten Normalzustand von Gesundheit“³⁵ kommt, ist es nur ein Geringes zu sagen, dass chronisch kranke Schüler eine *normale*, allgemeine Schule besuchen sollen, sofern es der Gesundheitszustand noch oder schon erlaubt. Jeutner formuliert es schärfer, wenn er sagt: „Chronisch kranke Kinder gehören dauerhaft in die Regelschule!“³⁶

Von vielen Patienten wird „die Schule als regelmäßige, unveränderliche äußere Normalität und Anforderung, feste Realität und Beständigkeit erlebt“³⁷ und kann dadurch helfen, die inneren Unruhen, die Veränderungen durch die Krankheit und die Medikamente und den Aufenthalt in der Klinik schneller zu verarbeiten. „Ihre Hauptaufgabe ist es, Regeln zu geben, Regeln einzufordern, Regeln als hilfreiche

³⁰ vgl. Hoepner-Stamnos 1999

³¹ Schroeder/Hiller-Ketterer/Häcker/Klemm/Böpple 1996, S. 128

³² Schroeder/Hiller-Ketterer/Häcker/Klemm/Böpple 1996, S. 128

³³ a.a.O.; vgl. ebd. S. 126 ff.

³⁴ Krankheiten können viele Ursachen haben. Es gibt angeborene bzw. erblich bedingte Krankheiten (etwa Muskeldystrophie) und erworbene wie Grippe oder AIDS. Bei den erworbenen Krankheiten spricht man auch von Erkrankungen, Krankheit ist folglich der Oberbegriff für Erkrankung. Da es chronische Krankheiten gibt, die nicht erworben sind, verstehe ich viele Autoren nicht, die von Schülern mit chronischen Erkrankungen sprechen, wenn sie doch dabei einige Schüler disqualifizieren und aus ihren Forderungen zum Nachteilsausgleich oder für den Unterricht an allgemeinen Schulen rein sprachlich heraushalten. Ich möchte nicht unterstellen, dass sie an diese Schüler nicht denken, aber auf der sprachlichen Ebene werden sie vernachlässigt.

³⁵ Hardt/Hürter/Lange/Ullrich 1997, S. 17

³⁶ Jeutner 2002, S. 128

³⁷ Beekmann 1998, S. 163

Bedingungen gut gelebter Praxis erfahrbar zu machen.“³⁸ In der Schule sind Erfolgserlebnisse möglich, die das Selbstbild stärken und die dem Schüler vermitteln, dazuzugehören und nicht ausgegrenzt zu sein. „Dies ist ein ganz wichtiger Aspekt in der Krankheitsbewältigung.“³⁹ „Es gilt Abschied zu nehmen von der Vorstellung, in der allgemeinbildenden Schule gäbe es nur gesunde Schülerinnen und Schüler während die kranken in Sonderschulen und Förderzentren zu unterrichten seien. Auch wenn für bestimmte Krankheiten und Auffälligkeiten das Lernen in spezifischen Einrichtungen ggf. *vorübergehend* sinnvoll sein kann [...], so haben kranke Schülerinnen und Schüler grundsätzlich ihren Ort in der allgemeinbildenden Schule.“⁴⁰ Dieses Zitat zeigt deutlich das Selbstverständnis der Klinikschulen, die sich selbst als Übergangslösung sehen. Verstärkend hierzu noch ein Zitat: „Zunächst hat die Regelschule die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeiten auszuloten, soweit als möglich mit den ihr verfügbaren Ideen und Möglichkeiten pädagogisch aktiv zu sein, und dann erst zu fragen, wo sie der Ergänzung von außen bedarf.“⁴¹ Diese Forderung wird auch zunehmend von der Gesellschaft geäußert und von ihr mitgetragen.⁴² Bisher waren viele Schüler mit chronischen Krankheiten Schüler an Schulen für Kranke. Sie lernten in der Klinikschule, den Anforderungen ihrer Krankheit gerecht zu werden und sich gegebenenfalls selbst zu medikamentieren und zu beobachten; Schüler mit angeborenen oder genetisch bedingten Krankheiten wurden fast zwangsläufig Schüler der Schule für Körperbehinderte. Auch die rechtlichen Grundlagen für den Unterricht an Schulen für Kranke haben sich geändert. Waren früher nur solche Patienten für den Unterricht vorgesehen, die, je nach Bundesland, seit mindestens 4-6 Wochen in Kliniken waren, so können Schüler jetzt, da „die unglückliche Koppelung von Unterricht an lange Liegezeiten überwunden“⁴³ wurde, zeitnah, d.h. bereits am ersten Tag nach der Aufnahme am Unterricht teilnehmen, sofern es die Verfassung des Schülerpatienten zulässt und ein längerer Behandlungszeitraum zu erwarten ist. Ein anderer Grund für die steigende Zahl der chronisch kranken Schüler in allgemeinen Schulen sind die Fortschritte in der Medizin, die dazu führen, dass sich die Liegezeiten stark verkürzen⁴⁴

³⁸ Polzer 2002, S.25

³⁹ Schmitt, M. 1991, S. 498

⁴⁰ Harter-Meyer 2003, S. 16; Hervorhebung nachträglich

⁴¹ Ertle 1994, S. 102

⁴² vgl. Ertle 1999, S. 98

⁴³ Ertle 2002, S. 373

⁴⁴ vgl. Lebherz 2002 c, S.125; Hertl 1968, S. 2

und zu veränderten Therapiemaßnahmen führen.⁴⁵ Polzer fasst es folgendermaßen zusammen: „Es geht den Schulen [...] in dieser Situation wie der Medizin: Die Dauer stationärer Aufenthalte mag sich zwar drastisch verkürzen; die Dauer des gesamten therapeutischen Prozesses dagegen verändert sich nur unwesentlich. Lediglich der Ort der Behandlung wechselt.“⁴⁶ Der häufige Wechsel des Ortes von Behandlung und Unterricht fordert eine gute Zusammenarbeit von abgebenden und aufnehmenden Schulen, über die verschiedenen Schularten hinweg.

„Auf jeden Fall werden sämtliche chronische und schwere Krankheiten so intensiv und schnell behandelt, daß das Selbstwertgefühl und –bewußtsein der Schülerpatienten enorm leidet.“⁴⁷ Dieses Leiden, diese Not ist zu minimieren.

2.1. Situation der Betroffenen

Bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen sind signifikant häufiger Fehltage zu verzeichnen als bei gesunden⁴⁸, aber daraus ergeben sich keine Hinweise auf Schulprobleme, wie sie oft vorhergesagt werden. Eine solche Relation von Fehltagen und Schwierigkeiten im Unterricht lässt sich nur bei gesunden Schülern finden. Die eigene Leistung bewerten chronisch kranke Schüler eher positiv⁴⁹, sie orientieren sich bzw. ihr „Leistungsniveau nicht an den besonderen Belastungen einer Erkrankung, sondern an der durchschnittlichen Leistungsfähigkeit gesunder Schüler“.⁵⁰

Für einige Krankheitsbilder trifft es zu, dass der chronisch kranke Schüler als „Experte seiner Krankheit“⁵¹ angesehen werden kann, so z.B. bei Kindern und Jugendlichen mit juvenilem Diabetes. Sie lernen in speziellen Kursen, wie sie ihre Werte ermitteln und daraus ihren Insulinbedarf errechnen können. Mit diesem Wissen und dieser Einstellung versuchen viele Lehrer sich aus der Verantwortung zu ziehen – sie haben ja nichts damit zu tun. Letztlich ist es aber gerade anders herum. Die Dosierung des Insulins ist eine enorme Belastung und große Verantwortung, der ein Schüler vielleicht noch gar nicht gewachsen ist. Hier ist der Lehrer gefordert mitzudenken und etwa bei einem Ausflug auf regelmäßige Pausen zu achten. Oft reicht es ja schon, wenn der betreffende

⁴⁵ vgl. Volk-Moser 2000, S. 310

⁴⁶ Polzer 2002, S. 26

⁴⁷ Kotzian-Hörst 1996, S. 135

⁴⁸ vgl. Hoepner-Stamos 1999, S. 77, S. 108

⁴⁹ vgl. ebd., S. 108 f.

⁵⁰ Volk-Moser 2000, S. 310

⁵¹ Warschburger 2000, S. 20

Schüler etwas Geeignetes isst oder trinkt. Sollte dieser Zeitpunkt übersehen werden, ist eine Insulingabe indiziert. Zur Injektion der Notfallspritze sind Lehrer allerdings nicht verpflichtet, es sollte jedoch zumindest der Arzt von ihm verständigt werden.⁵²

Vielfach hat der Schüler mehr Wissen über die Krankheit und vor allem über deren Auswirkungen auf seine Leistungsfähigkeit als sein Lehrer oder die Mitschüler. Daher muss er sein Recht, das sich aus der Krankheit ergibt, selbstbewusst einfordern und gegen Unwissen durchsetzen. Wenn eine Tätigkeit eine besondere Belastung darstellt oder Schmerzen hervorruft, etwa langes Schreiben von Hand bei einem Schüler mit Rheuma, muss der Schüler das der Lehrkraft zu erkennen geben, ohne befürchten zu müssen, verlacht oder gescholten zu werden. Vor den Mitschülern zu sagen, dass man nicht mehr weiter kann und am Ende seiner Kräfte ist, erfordert Selbstbewusstsein sowie Selbstsicherheit, außerdem bedarf es einer wohlwollenden Einstellung der Klasse und des Lehrers. Kranke Mitschüler machen Schule zu einer pädagogischen Herausforderung.

2.2. Situation der Lehrer

„Es ist immer zu bedenken, dass [...] bei Krankheit Gründe vorliegen, die das kranke Kind nicht zu vertreten hat. Die Diskriminierung aus Gesundheitsgründen ist somit ein Vorstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip [...]“.⁵³ Diskriminierung beruht auf Unwissenheit, sowohl über die Krankheit als solche, als auch über die damit verbundene Belastung des chronisch kranken Schülers. Es zeigen sich zwei Handlungsschemata, zum einen eine Überforderung und daraus resultierender Unsicherheit im Umgang mit den Schülern, die sich in einem überprotektiven Verhalten des Lehrers zeigen⁵⁴, zum anderen die weit verbreitete Reaktion mit Ignoranz, kränkenden und verletzenden Äußerungen.⁵⁵ „Der aufgezwungene Verzicht auf spezifische wissenschaftliche Aus- und Weiterbildung für den Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler erweist sich in der Schulpraxis als konkrete Arbeiterschwerernis und permanente Irritation.“⁵⁶

⁵² vgl. Bross 2002, S. 108 f.

⁵³ Schmitt 2002 a, S. 33

⁵⁴ vgl. Schmitt, M. 1991, S. 501

⁵⁵ vgl. u.a. Schmitt, F. 2002 a, S. 36; Schroeder et al. 1996; Ertle 2002, S. 372

⁵⁶ Schmitt, F. 2000, S. 108

Die gemeinsame Unterrichtung von gesunden und kranken Schülern erfordert viel Fingerspitzengefühl vom Lehrer. Der Grat zwischen zu viel Aufmerksamkeit für den chronisch kranken Schüler bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Klasse auf der einen Seite und Hinwendung zur Klasse mit Vernachlässigung des betroffenen Schülers auf der anderen Seite kann sehr schmal sein. „Als schwierige Aufgabe wird vor allem empfunden, das richtige Maß an Aufmerksamkeit für den erkrankten Schüler wie gegenüber der restlichen Klasse zu finden.“⁵⁷ Auch die durch die Krankheit notwendig gewordene Differenzierung ist für viele Lehrer zunächst eine Umstellung und Herausforderung. Dies erfordert neue Unterrichtsmaterialien und –formen, aber auch eine gewisse Lernbereitschaft des Lehrers.⁵⁸ Um der Forderung des Nachteilsausgleichs Folge zu leisten, bedarf es „unterstützende[r] Rahmenbedingungen“.⁵⁹

2.3. Situation der Mitschüler

Ein chronisch kranker Schüler in einer allgemeinen Schule ist nicht zu denken ohne die Klasse, die er besucht. Seine Anwesenheit wirkt sich auf die Mitschüler aus. Eine schwere Krankheit wie Krebs macht diese vielleicht betroffen, sie können Angst haben vor einer Ansteckung und sich so selbst verletzbar fühlen. Spätestens wenn sich solches Verhalten in der Klasse zeigt, sollte die Krankheit zum Unterrichtsthema gemacht werden, um Vorurteile abzubauen und Ängste benennen zu können. „Die Verletztheit eines kranken Kindes mit der Verletzbarkeit seiner Mitschüler/innen und Lehrpersonen stellt die Verbindung zwischen Krankheit und Gesundheit her“.⁶⁰ Diese Erkenntnis der graduellen Unterschiede im Verletztsein gilt es als Ausgangsbasis zu nutzen, um bei den Mitschülern Empathie anzubahnen. Vielleicht reicht dieses Einfühlen in die Situation des Anderen schon aus, um einen verantwortungsvollen und bewussten Umgang mit dem kranken Schüler zu erzielen. Wenn die Klasse über die Krankheit und die näheren Umstände informiert ist, wird sie auch die Gründe für die Maßnahmen zum Nachteilsausgleich für den betroffenen Schüler verstehen. Leberherz spricht von einem Dialog in der Klassengemeinschaft, der zu einer gemeinsamen Verantwortung führt und

⁵⁷ Pfeiffer 1998, S. 78

⁵⁸ vgl. Myschker/Ortmann 1999 a, S. 19

⁵⁹ Leberherz 2002 a, S. 8

⁶⁰ Leberherz 2002 b, S. 6

dazu verhilft, dass „getroffene Maßnahmen nicht zusätzlich Stigmatisierung und Desintegration bedingen“.⁶¹

Cooke berichtet aus der Perspektive einer Epilepsiekranken, wie sich ihre Mitschülerinnen bei einem Anfall verhalten haben. Vor der Unterrichtsstunde wurden vom Lehrer ohne großes Aufheben zwei Schülerinnen benannt, die sich im Ernstfall um sie kümmern und sie in den Ruheraum begleiten sollten. „Die Klasse geriet zwar in Aufregung, aber nach außen hin bemühten sich die Mädchen darum, ruhig zu bleiben und scheinbar zu lesen. Und schon hatte sich der Sturm gelegt. [...]. Ich war stets erstaunt über die Selbstverständlichkeit, mit der alle Betroffenen, vor allem die Mädchen aus der Klasse, die Situation bewältigen. Immer tat jemand instinktiv genau das Richtige – mit einem Sinn für tätiges Mitgefühl und auch für Hoffnung. Es gab nie große Diskussionen. [...]. Ich kann es der Schule nicht hoch genug anrechnen, dass sie Hunderte von halbwüchsigen Mädchen dazu brachte, Verständnis für eine anhaltende und störende Krise zu entwickeln und in ihr Alltagsleben zu integrieren.“⁶²

2.4. Kontakte und Austausch am Übergang

Viele chronisch kranke Schüler müssen aufgrund ihrer Krankheit häufig in die Klinik und werden dort an der Schule für Kranke unterrichtet. Um die pädagogische Arbeit trotz der zeitlichen Unterbrechung in der Stammschule möglichst ohne Brüche und kontinuierlich gestalten zu können, muss ein Austausch zwischen den Lehrern der aufnehmenden und der abgebenden Schule stattfinden.⁶³ „Sicher handhabbare Formen der institutionalisierten Zusammenarbeit zwischen Stammschulen und Klinikschulen sind dafür unentbehrliche Voraussetzung.“⁶⁴

2.4.1. Kontakte zur (Herkunfts)klasse

Idealerweise sollte der Kontakt eines Schülers zu seiner Klasse nicht abbrechen, wenn er in der Klinik ist. Durch Besuche und Briefe sollte er in der Klasse trotz der realen Abwesenheit gedanklich präsent sein. Manchmal ist es aber nicht denkbar oder sehr unwahrscheinlich, dass der Schüler in seine Klasse oder Schule zurückkehren kann. Ein Kontakt zu den künftigen Mitschülern ist nicht möglich, da die aufnehmende Schule

⁶¹ Lebherz 2002 a, S. 10

⁶² Cooke 1990, S. 16 f.

⁶³ vgl. u.a. Staatsinstitut 1995, S. 34

⁶⁴ Polzer 2002, S. 28; vgl. Pfeiffer et al. 1998

noch nicht bekannt ist. Wie kann die (Re)Integration vorbereitet werden? Welcher Austausch zwischen den Lehrern der allgemeinen Schule und der Schule für Kranke ist möglich, welcher nötig?

An der Onkologie der Universitäts-Kinderklinik Zürich wird jährlich ein Informationsnachmittag veranstaltet. Hier gehen die Ärzte und Lehrer nicht zu jedem betroffenen Schüler einzeln in dessen Klasse, sondern sie laden die Lehrer der allgemeinen Schulen für einen Nachmittag gemeinsam in die Klinik ein. Aus der Klinik nehmen neben den Pädagogen „der Oberarzt der Onkologie, die leitende Ärztin der Psychiatrie, die zuständigen Psychologen“⁶⁵ teil. Nach den medizinischen Informationen zu Diagnose und Therapiemöglichkeiten haben die Kollegen Gelegenheit, sich auszutauschen und von ihren Erfahrungen zu berichten. Oft angesprochene Themen sind die Gespräche mit der Klasse über die Krankheit und die veränderten Umstände. Die Züricher Kliniklehrer regen an, auch die Lehrer der Geschwister des kranken Schülers einzuladen und zu informieren. Dies hätte den Vorteil, dass bedeutend mehr Lehrkräfte der allgemeinen Schulen erste Informationen zum Unterricht mit chronisch Kranken erhalten würden und eventuelle Gefühle der Vernachlässigung der Geschwister offenbar würden. „Soweit dies zeitlich und personell leistbar ist, kann der Kreis der Adressaten für solche Informationsnachmittage erweitert werden z.B. auf Eltern oder auch einzelne betroffene Schulklassen.“⁶⁶

Das unter anderem an der Schule für Kranke Tübingen erprobte Modell der Heimatschulbesuche, zunächst für Krebspatienten entworfen und nach und nach auf andere Krankheiten übertragen, sieht vor, dass zusammen mit dem Schüler ein behandelnder Arzt und ein Kliniklehrer die Klasse des Schülers besuchen und daran anschließend an einer Gesamtlehrerkonferenz teilnehmen. Den Mitschülern werden zunächst das Krankheitsbild und der Klinikalltag ihres Mitschülers erläutert und mit Filmen, Fotos oder Erlebnisberichten nahe gebracht. Daran anschließend gibt es Raum für Fragen an den kranken Mitschüler und seine Begleiter. Oft werden auch Ängste der Schüler thematisiert und die Gefühle angesprochen, die sich in der Klasse einstellten, als die Diagnose in der Klasse bekannt wurde. In der Gesamtlehrerkonferenz liegen die Schwerpunkte anders. Dort geht es um die Vermittlung von grundlegendem medizinischem Wissen um die Krankheit, die sich daraus ergebenden Einschränkungen für den Unterricht und für Klassenaktivitäten wie Klassenfahrten oder Wandertage.

⁶⁵ Ruedin/Pfeiffer 1998, S. 114

⁶⁶ ebd. S. 116

Außerdem können Hinweise zu geeigneter Literatur gegeben werden, anhand derer die Krankheit in der Klasse verarbeitet werden kann.⁶⁷ Diese Schulbesuche erfolgen in Absprache mit dem Schüler und auf dessen Wunsch hin. In den meisten Quellen wird von einem regen Gebrauch des Angebotes und von durchweg positiven Erfahrungen berichtet.

Wenn die betroffenen Jugendlichen die Information der Klasse selbst übernehmen wollen, müssen sie sich auf so ein Gespräch intensiv vorbereiten. Über mögliche Rückfragen sollte vorher nachgedacht werden, Fachbegriffe sind zu klären, um sie den Mitschülern verständlich machen zu können. Nicht jeder Schüler kennt Ergotherapie oder weiß, was sich hinter dem Wort Hippotherapie verbirgt. Die Aufklärung durch den chronisch kranken Schüler selbst hat den Vorteil, dass die Hemmschwelle für persönliche Fragen niedriger ist als in Anwesenheit eines Arztes. Außerdem kann der Jugendliche leichter einen Rückzug unternehmen, wenn ihm das Gespräch zu nahe geht. Auf spezielle Fragen, etwa zur Wirkung seiner Medikamente, könnte vermutlich ein Arzt genauere Auskunft geben, aber der Jugendliche kann die Auswirkungen auf sein Wohlbefinden beschreiben, was für seine Mitschüler von größerem Interesse sein dürfte.

Es mag eine Entlastung für die Ärzte und Lehrer darstellen, wenn sie nur einen oder zwei intensive Nachmittage mit den Lehrern der allgemeinen Schulen verbringen, aber diese einmalige Veranstaltung kann den Kollegen, die erst nach dieser Veranstaltung die Betreuung eines chronisch kranken Schülers übernommen haben, nicht helfen. Unter Umständen müssen sie bis zu einem Jahr warten, bis sich die Ärzte wieder bereit erklären, Lehrer aufzuklären. Für die Zeit zwischen den Informationsnachmittagen müssen den Lehrern andere Angebote gemacht werden. Das andere Extrem der Heimatschulbesuche betreibt die Uniklinik Tübingen, die bei jedem einzelnen Schüler mit mindestens zwei Personen in die Herkunftsclassen des Schülers geht und zusätzlich noch an einer Gesamtlehrerkonferenz teilnimmt. Meiner Meinung nach wäre ein gesundes Abwägen der Dringlichkeit der richtige Weg. Nicht bei jeder Krankheit braucht der Schüler die Unterstützung der Fachkräfte, um seinen Mitschülern das Krankheitsbild zu erklären.⁶⁸ Wichtiger wäre es in meinen Augen, den kranken Schülern beizubringen, wie sie ihren Mitschülern verständlich machen können, welche Einschränkungen sie durch die Krankheit haben und wie die Klasse damit umgehen kann. Sollte ein Schüler

⁶⁷ vgl. Pfeiffer et al. 1998, Schroeder et al. 1996, Ertle/Volk-Moser 1998

⁶⁸ vgl. Leiz 2004, S. 23

allerdings das Bedürfnis haben, dass beispielsweise der Kliniklehrer ihn begleitet, sollte das ermöglicht werden. Spätestens nach der Schulzeit allerdings wird den chronisch kranken Jugendlichen niemand mehr begleiten, wenn er zu einem Vorstellungsgespräch geht oder er die Änderungsvorschläge am Ausbildungsvertrag begründen soll. Da ist es doch besser, solche Gespräche im relativ geschützten Rahmen der Schulklasse zu üben. Der Lehrer sollte dabei allerdings jederzeit in der Argumentation einspringen und den Schüler unterstützen können.

2.4.2. Schulberichte, gemeinsamer Förderplan

Die Schule für Kranke wird oft fälschlicherweise als bessere Nachhilfeeinrichtung gesehen, denn ein wesentlicher Aspekt der Arbeit ist tatsächlich, die Rückführung in die Herkunftsklasse zu ermöglichen. Das Angebot der Klinikschule geht aber weiter als Nachhilfe in den Kernfächern Deutsch, Englisch oder Französisch und Mathematik. Neben einem fundierten Unterricht wird diagnostisch gehandelt, um in der Folge dem Leistungsstand und –vermögen des Schülers gerecht werden zu können. Die gewonnenen Erkenntnisse sind wesentlich für die gesamte pädagogische Arbeit, nicht nur für den Unterricht der Schule für Kranke. Verlässt der Schüler die Klinik wieder, sind diese in Berichten zusammengefassten Erkenntnisse wichtige Informationsquellen zur Weiterführung der begonnenen Arbeit.

Auch bei der Aufnahme in die Klinikschule sind Informationen über den bisherigen Leistungsstand und den geplanten Fortgang des Lehrplans gefordert, um im Sinne eines gemeinsamen Förderplans der beiden Schularten arbeiten zu können. Dies beginnt schon bei der zu verwendenden Schrift – vereinfachte Ausgangsschrift oder lateinische – und endet noch lange nicht bei der Themenwahl in Mathematik – „Kurvendiskussion oder Vektorgeometrie im zweiten Halbjahr?“. Diese Schul- bzw. Schülerberichte müssen möglichst rasch ausgetauscht werden, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten.

2.5. Nachteilsausgleich

Neben dem intensiven Austausch der beteiligten Fachgruppen bedarf es aber noch anderer Maßnahmen. Um dem Schüler in seiner Krankheit gerecht zu werden, müssen sich gewisse Grundsätze in der Unterrichtssituation durchsetzen. Leider kommt es durch unqualifizierte Kommentare der Mitschüler und Lehrer oft zu Situationen, die den

kranken Schüler zusätzlich belasten, ihn demütigen oder kränken. Wenn aufgrund der Chemotherapie die Haare ausfallen und der Schüler mit einer Mütze im Unterricht sitzt, darf sich der Lehrer nicht daran stoßen, dürfen die Mitschüler ihn nicht auslachen. Auch Hilfsmittel müssen dem chronisch kranken Schüler zugestanden werden, sofern sie notwendig und von ihm erwünscht sind. Hierfür ist die Bereitschaft, Veränderungen des Unterrichts zuzulassen und Erleichterungen für den Schüler mitzutragen unablässige Voraussetzung.⁶⁹

„Der Nachteilsausgleich bezieht sich auf die Veränderung der äußeren Bedingungen für eine mündliche, schriftliche oder praktische Leistungsfeststellung bei Schülerinnen und Schülern mit einer erheblichen Sprachauffälligkeit, Sinnes- oder Körperbehinderung und kann in quantitativer oder organisatorischer Form erfolgen, insbesondere durch

- Veränderung des zeitlichen Rahmens,
- Verwendung personeller und technischer Hilfsmittel,
- mündliche statt schriftliche Leistungsnachweise,
- eine individuelle Leistungsfeststellung in der Einzelsituation.“⁷⁰

Dieser Verordnung zufolge kann nur Schülern mit einer Behinderung oder einer erheblichen Sprachauffälligkeit Nachteilsausgleich gewährt werden. Meiner Meinung nach sind hier chronische Krankheiten mit aufzunehmen, wie es beispielsweise in Hessen geschehen ist.⁷¹ Außerdem sollte sich der Nachteilsausgleich nicht nur auf die Leistungsfeststellung beschränken, auch wenn man von einem weiten Leistungsbegriff ausgeht. Nach gründlichem Abwägen muss es möglich sein, dem chronisch kranken Schüler den Besuch bestimmter Unterrichtsstunden oder -fächer auf Zeit oder auf Dauer zu erlassen. Nielebock/Rahn/Ramminger denken dabei auch an einen Schulabschluss, der „nicht in allen Fächern abzulegen“⁷² und dennoch qualifiziert ist. Einige nahe liegende Erleichterungen werden in der Verordnung bereits genannt, doch bedarf es genauerer Ausdifferenzierung. Meixner-Mücke/Winkler listen folgende Möglichkeiten auf: Zeitzugaben bei schriftlichen Arbeiten/Prüfungen, Benutzung zusätzlicher Hilfsmittel, vergrößertes Schriftbild bei Aufgabenstellungen z.B. bei Sehbehinderung, Einsatz von elektronischen Hilfen bei schreibmotorischen

⁶⁹ vgl. Lebherz 2002 a, S. 9

⁷⁰ § 15 (5) der Sonderpädagogik – Verordnung, zitiert nach Gärtner 2002, S. 104

⁷¹ vgl. Lebherz 2002 a, S. 9 ff.

⁷² Nielebock/Rahn/Ramminger 2002, S. 185

Einschränkungen, Hinzuziehen von Betreuungspersonal (Zivi), Gewähren von Zeitraum für Nachlernen und Nachschreiben, abweichende Gewichtung von schriftlichen und mündlichen Leistungen bis hin zum teilweisen Ersatz von schriftlichen durch mündliche Leistungen und umgekehrt, Auswahl des Klassenraums z.B. bei körperlicher Behinderung.⁷³

„Der auf dem Gleichheitssatz beruhende Anspruch zur Differenzierung hat seine Grenzen dahingehend, dass die Anforderungen in der Sache selbst nicht herabgesetzt werden dürfen. Behinderungsbedingte Einschränkungen sollen jedoch durch Hilfestellungen ausgeglichen werden.“⁷⁴ Wenn trotz geeigneter Hilfestellung eine Arbeit misslingt, weil die Konzentration nach einer durchkrazten und schlaflosen Nacht bei Neurodermitis nicht ausreicht oder wegen eines Rheumaschubs der Stift nicht gehalten werden kann, sollte die Arbeit trotzdem bewertet werden. Ansonsten merkt der Schüler bald, wie er seine Krankheit zu seinen Gunsten einsetzen kann. „Lehrern bleibt die Möglichkeit, am Ende des Schuljahres die eine verpatzte Klassenarbeit als atypische Leistung zu betrachten oder den Schüler zu einem Nachschreibetermin zu bitten.“⁷⁵

Außerordentliche Belastungen wie eine Wanderung sind dem kranken Schüler rechtzeitig bekannt zu geben, damit etwa die Insulinmenge richtig berechnet, eine Begleitperson organisiert oder ein Rollstuhl mitgebracht werden kann. Bequemlichkeit des Lehrers darf sich nicht auf sein Verhalten den Schülern gegenüber auswirken, gegebenenfalls muss er sich um einen speziellen Bus bemühen. Vielfach sind auch die Schüler bereit, sich um die Organisation eines Ausflugs zu kümmern und benötigen hierfür nur der Anleitung durch ihren Lehrer.

2.6. Eingliederungshilfe nach § 35a KJHG⁷⁶

§ 35a

Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche

(1) Kinder und Jugendliche, die seelisch behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, haben Anspruch auf Eingliederungshilfe. Die Hilfe wird nach dem Bedarf im Einzelfall

1. in ambulanter Form,
2. in Tageseinrichtungen für Kinder oder in anderen teilstationären Einrichtungen,

⁷³ vgl. Meixner-Mücke/Winkler 2004, S. 24

⁷⁴ Empfehlungen zur Notengebung, Nachteilsausgleich (KM, 9/01), zitiert nach Jeutner 2002, S. 130

⁷⁵ Rothmund-Timm 1998, S. 156 f.

⁷⁶ Die Betrachtung des § 35a KJHG ist primär als Beispiel für eine umfangreiche Regelung gedacht, wie sie für Schüler mit chronischen Krankheiten noch aussteht.

3. durch geeignete Pflegepersonen und
 4. in Einrichtungen über Tag und Nacht sowie sonstigen Wohnformen geleistet.
- (2) Aufgabe und Ziel der Hilfe, die Bestimmung des Personenkreises sowie die Art der Maßnahmen richten sich nach folgenden Bestimmungen des Bundessozialhilfegesetzes, soweit diese auf seelisch behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Personen Anwendung finden:
1. § 39 Abs. 3 und § 40,
 2. § 41 Abs. 1 bis 3 Satz 2 und Abs. 4 mit der Maßgabe, daß an die Stelle der Vereinbarungen nach § 93 des Bundessozialhilfegesetzes Vereinbarungen nach § 77 dieses Buches treten,
 3. die Verordnung nach § 47 des Bundessozialhilfegesetzes.
- (3) Ist gleichzeitig Hilfe zur Erziehung zu leisten, so sollen Einrichtungen, Dienste und Personen in Anspruch genommen werden, die geeignet sind, sowohl die Aufgaben der Eingliederungshilfe zu erfüllen als auch den erzieherischen Bedarf zu decken. Sind heilpädagogische Maßnahmen für Kinder, die noch nicht im schulpflichtigen Alter sind, in Tageseinrichtungen für Kinder zu gewähren und läßt der Hilfebedarf es zu, so sollen Einrichtungen in Anspruch genommen werden, in denen behinderte und nichtbehinderte Kinder gemeinsam betreut werden.⁷⁷

Unter dem Begriff der seelischen Behinderung, die rechtlich der geistigen oder körperlichen Behinderung gleichgestellt ist, werden Personen verstanden, „die an seelischen Störungen leiden, nämlich an körperlich nicht begründbaren Psychosen [...], seelische Störungen als Folge von Krankheiten oder Verletzungen des Gehörs, von Anfallsleiden oder von anderen Krankheiten oder körperlichen Beeinträchtigungen, Suchtkrankheiten und Neurosen und Persönlichkeitsstörungen (zu den Neurosen gehören auch Angstneurosen, insbesondere die Phobien; zu den Persönlichkeitsstörungen auch neurotische Entwicklungsstörungen)“.⁷⁸ Wenn der „Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher oder sonstiger fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist“⁷⁹, ist die Person von einer Behinderung bedroht.

Es stellt sich die Frage, wer den Status einer seelischen Behinderung feststellt. Eine rein auf objektiven Kriterien beruhende Diagnose würde sicher zu kurz greifen, ebenso eine, die allein die subjektive Meinung berücksichtigt. Lempp kommt zu der Ansicht, dass sich der Begriff der seelischen Behinderung einer „scharf abgrenzenden Definition“⁸⁰ entzieht. Er schließt akute seelische Erkrankungen aus und legt der seelischen Behinderung nur chronische seelische Störungen zugrunde, bei denen eine geistige Behinderung zumindest nicht im Vordergrund steht.⁸¹ Diese Störungen können anlagebedingt, frühkindlich erworben oder erst in später Kindheit aufgetreten sein.

⁷⁷ Schellhorn 2000, S. 220/221

⁷⁸ Schellhorn 2000, S. 223

⁷⁹ Schellhorn 2000, S. 224

⁸⁰ Lempp 1999, S. 22

⁸¹ Lempp 1999, S. 23

„Seelische Behinderung droht einem Kind oder Jugendlichen oder muß bei einem Kind oder Jugendlichen festgestellt werden, wenn als Folge von diagnostizierbaren psychischen Störungen soziale Beziehungen, Handlungskompetenzen, insbesondere die schulische und später berufliche Integration gestört oder gefährdet sind.“⁸²

Ziel der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu vermeiden oder eine „vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den Behinderten in die Gesellschaft einzugliedern“.⁸³ In § 35a Abs. 2 Unterpunkt 1 KJHG wird auf den § 40 BSHG verwiesen. Dieser besagt, dass „Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und durch Hilfe zum Schulbesuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu“⁸⁴ geleistet werden muss. Eine Eingliederung in allgemeine Schulen ist also vom Gesetz her vorgesehen.

Andere Hilfsmaßnahmen werden im § 35a Abs.1 KJHG direkt aufgelistet. Die Formulierung des ersten Absatzes zeigt auch, dass die Kinder und Jugendlichen Anspruch auf diese Hilfen haben und nötigenfalls einklagen können. Neben Formen der Hilfe, bei denen das Kind oder der Jugendliche in der Familie bleibt, kann auch eine Heimunterbringung oder eine Unterbringung „in sonstigen Wohnformen“ außerhalb der Familie in Betracht gezogen werden.

Fallbeispiel Nadine⁸⁵

Nadine, gerade noch nicht volljährig, wird von ihren Lehrern der Schule für Kranke als „adipöses und schwerfällig wirkendes Mädchen“ (Nielebock/Rahn/Ramminger 2002, S. 186) beschrieben. Nadines Beziehung zu ihrer Mutter, die an Depressionen leidet, ist eine „nicht recht durchschaubare“ (ebd. S. 190). Ihr drogenkranker Vater ist verstorben, als Nadine 8 Jahre alt war. Sie hat keine Geschwister, zur Verwandtschaft besteht kaum Kontakt.

Bei Nadine wurde die Diagnose Schulphobie gestellt. „Die Schulphobie ist dadurch gekennzeichnet, daß das Kind sich unter deutlichem ängstlichem Affekt weigert, weiterhin die Schule zu besuchen, ohne daß es dafür einen Grund anzugeben vermöchte, ...“ (Lempp 1975, S. 200). In der Tat ist es für die Schulphobie typisch, dass, anders als bei der Schulangst, kein angstausslösendes Moment benannt werden kann. Dennoch beschränkt sich die Symptomatik auf den Schulbesuch. „Die *Schulphobie* ist – entgegen der eigentlichen Bedeutung des Begriffs der Phobie – keine auf die Schule gerichtete Angst, sondern im Kern eine Trennungsangst“ (Steinhausen 2002, S. 130, Hervorhebung im Original). Die Angst vor dem Verlassenwerden durch die Mutter bzw. die Angst vor dem Erwachsenwerden wird „auf das Objekt Schule verschoben“ (Nissen 2002, S. 183). Meist beruht die Angst auf einer sehr engen, „symbiotische[n] Bindung an die Mutter“ (Remschmidt 1987, S. 333). Im Unterricht ist die Sorge um das Wohlergehen dieser Person so dominant, dass andere Denkprozesse blockiert

⁸² Fegert 1999, S. 16

⁸³ Schellhorn 2000, S. 225

⁸⁴ § 40 BSHG, Absatz 1 Punkt 3

⁸⁵ Der Schilderung liegen neben den genannten Stellen persönliche Gespräche mit den Lehrkräften der Klinikschule und der Hauptschule zugrunde. Von einem Gespräch mit Nadine wurde mir von den Mitarbeitern des therapeutischen Heims abgeraten. Nadines Name ist geändert.

sind. Trotzdem werden Schulphobiker als angepasst und ruhig beschrieben und bieten keine Disziplinprobleme. Im Gegensatz zu den schulängstlichen Kindern und Jugendlichen sind bei ihnen kaum Leistungsschwächen auszumachen. Bei der Schulphobie geht es im Wesentlichen um einen Triangulationsprozess. Oelsner und Lehmkuhl zeigen auf, dass der Lehrer „als sogenanntes Übertragungsobjekt erhalten“ (Oelsner/Lehmkuhl 2002, S. 20) muss bzw. als solches verwendet wird. Abgrenzung und Aufbegehren werden in der Schule erprobt, dem Lehrer werden zahlreiche Ungezogenheiten entgegengebracht und „Pubertätskonflikte, die sonst in den Elternhäusern ausgetragen werden“ (a.a.O.), verlagern sich in die Schule, um die enge Beziehung zur Mutter nicht zu gefährden.

Nach dem Tod ihres Vaters hat Nadine die Grundschule gewechselt. Im Anschluss an die vier Grundschuljahre besuchte sie für zwei Jahre das Gymnasium und wurde dann für ein halbes Jahr in einem Sprachheilinternat nach dem Realschullehrplan beschult, bevor sie für das restliche Schuljahr an eine Schule für Kranke kam. Es folgten wenige Tage an einer Hauptschule, bevor Nadine mit fast 15 Jahren in ein therapeutisches Heim kam (vgl. Nielebock/Rahn/Ramminger 2002, S. 186). Dort wurde sie zunächst an der Außenstelle einer Schule für Kranke beschult, in welcher sich drei Personen 2 Deputate teilen und außerdem ein Schulsozialarbeiter mit einer halben Stelle arbeitet, sodass mindestens drei Erwachsene in der Klasse sind, oft sogar vier. Das Lehrangebot umfasst je nach Bedarf den Lehrplan der Schule für Geistigbehinderte bis hin zum Lehrplan der Realschule. Der Schulalltag ist von Konstanz, Übersichtlichkeit und Kontrollierbarkeit geprägt, um den Schülern einen berechenbaren Rahmen zu geben, der für sie die nötige Sicherheit schafft, die sie benötigen. Den Lehrern der Klinikschule ist schnell deutlich geworden, dass Nadine nicht auf Dauer an ihrer Schule bleiben konnte, da für sie der Kontakt zu Gleichaltrigen wichtig war, auch wenn er ihr Angst bereitete und „sie mit anderen Gleichaltrigen überhaupt nichts zu tun haben wollte“ (a.a.O.). „Unsere Schule war sozial- und leistungsmäßig zu sehr Schonraum für sie und ihre Aversionen gegen Gleichaltrige verstanden wir als die Folge einer Verschiebung ihrer seelischen Nöte auf schulisches Terrain“ (a.a.O.). Auf die Gefahr des Eintauschens von Schutz der Familie „gegen den schützenden Rahmen der stationären Gruppe“ (von Hofacker 2004, S. 35) wird auch von Anderen hingewiesen. Die Anfangszeit mit Nadine wird als reibungslos und überraschend positiv beschrieben. Nadine lag intellektuell deutlich vor den anderen Schülern der Schulstelle, ihre Mitarbeit war angemessen und sie zeigte Interesse an neuen Inhalten. Gelegentlich konnte Nadine auch Hilfslehrerin für ihre Mitschüler sein. Aufgrund struktureller Mängel – keine Gleichaltrigen bieten und sie nicht immer leistungsangemessen fördern zu können – wurde ein Kollege aus einer Sekundarstufe einer benachbarten Schule zurate gezogen. Dieser testete Nadines Leistungsstand und gab die Empfehlung zur achten Klasse Hauptschule. Es war wichtig, einen externen Lehrer zu befragen und die Untersuchung nicht selbst zu machen, um zum einen eine realistische Einschätzung zu erhalten, zum anderen aber sollte vermieden werden, Nadine das Gefühl zu geben, dass „auch wir [...] sie schon nach kurzer Zeit aus für sie nicht durchschaubaren Gründen wieder los werden“ (Nielebock/Rahn/Ramminger 2002, S. 186) wollten.“

Nadine zeigte eine „geradezu panische Reaktion auf unser Ansinnen, einen Platz in einer öffentlichen Hauptschule zum nächsten Schuljahr für sie zu suchen“ (ebd. S. 187). Bei dieser heftigen Reaktion war nicht an einen Besuch einer allgemeinen Schule zu denken, es wurde nach einer Alternative, einem Zwischenschritt gesucht. Nadine war erst nach mehreren Wochen bereit, sich auf das Experiment einzulassen.

„Welch große Bedeutung der beschützende Rahmen unserer eigenen Schule in diesem Zusammenhang hatte und noch lange Zeit haben würde, wurde uns jetzt allmählich deutlich. Der Zeitaufwand und die Sorgfalt, deren jeder zu vollziehende Schritt bedurfte, gab uns einen Eindruck davon, welchen Kraftaufwand jeder dieser einzelnen Schritte für Nadine bedeutete. Jede neue Erfahrung erforderte zu ihrer Bearbeitung einen großen angstfreien Raum im Hintergrund. Nadine brauchte sehr viel positive Rückmeldung bezüglich ihrer tatsächlich vorhandenen Fähigkeiten. Die Angst vor Mißerfolg hatte in der Vergangenheit allzu oft neue Erfahrungen und Lernzuwachs im Keim erstickt“ (a.a.O.). Der Schutzraum wurde institutionalisiert in einer wöchentlichen „Einzel-Besprechungsstunde, in der Nadine ihre Sorgen

und Nöte zu diesem Schulversuch mit einer Lehrerin der Schule für Kranke thematisieren konnte“ (ebd. S. 188).

„Der konkrete Einstieg in die neue Klasse verlief nach Beschreibung der Hauptschullehrer [...] undramatisch, [...]“ (a.a.O.). Nadines dortiger Klassenlehrer bezeichnete Nadine als ruhig, zurückhaltend aber aufmerksam und interessiert. „Sie verlangte dort keinerlei Sonderbehandlung [...]“ (a.a.O.). Nadine hat sich aber weder an Unterrichtsgesprächen beteiligt noch hat sie Kontakt zu den Mitschülern aufgenommen. Die Leistungsanforderungen bereiteten Nadine keine Probleme und ihre Arbeitshaltung war „ein Gewinn für die Klasse“ (a.a.O.). Nadine hatte einen Sonderstatus in der Klasse, da sie anfangs nur wenige Stunden pro Tag in der Hauptschule war und den restlichen Unterricht in der Außenstelle bekam. Nach jeweils sechs Wochen fand ein Gespräch zwischen den Lehrern der Schule für Kranke und dem Hauptschullehrer statt. Daraufhin wurde jeweils in Absprache mit Nadine das Schulpensum an der Hauptschule um wenige Stunden erweitert. So gelang es, dass Nadine nach einem halben Jahr 16 Stunden an der Hauptschule war, dort 5 Pausen pro Woche verbrachte und jede Heimfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zurücklegte, wenn auch nicht mit dem Schulbus. Morgens wurde Nadine entweder von Betreuern aus dem Heim oder von einem Kliniklehrer zur Schule gefahren. Trotz der positiven Tendenzen, sich anbahnenden Freundschaften und beginnender Identifizierung mit der Klasse, „war Nadines Grundhaltung noch immer geprägt von Misstrauen“ (a.a.O.). In dieser Phase kam es „unter unterschiedlich dramatischen Umständen“ immer wieder dazu, „dass sie entweder die Schule vorzeitig verließ oder den Unterricht morgens erst gar nicht antrat“ (ebd. S. 190). Für alle Beteiligten erstaunlich war, dass Nadine „nach derartigen Aktionen in der Regel ihre Mutter aufsuchte“ (a.a.O.). Nach jedem Weglaufen kehrte sie aber wie selbstverständlich in die Hauptschule zurück. Hier zeigt sich die für Schulphobie bezeichnende Rolle der Beziehung zur Mutter.

Auch die Klassenlehrerin der neunten Klasse beschreibt Nadine als unauffällig. Die veränderte Situation einer neuen Klassenleitung bereitete Nadine keine Schwierigkeiten, was durch anfänglich sanftes Annähern und vorsichtige Kontaktangebote begünstigt wurde. War Nadine in der achten Klasse noch regelmäßig bewusst erst nach dem Lehrer in das Klassenzimmer gegangen, um so Kontakt mit den Mitschülern zu vermeiden, geschah es jetzt schon mal, dass sie mit ihren Mitschülern aus der Pause kam. Ab diesem Zeitpunkt wurden nach und nach bei Nadine die gleichen Anforderungen gestellt wie bei der restlichen Klasse. Nadine nahm keine Sonderrolle in der Klasse ein, obwohl sie nach wie vor nicht alle Stunden in der Hauptschule besuchte und vor allem für die Nachmittagsstunden und den Sportunterricht befreit war. Die Mitschüler hielten sie für eine Schwänzerin, auch wenn mehrfach betont wurde, dass Nadine offiziell befreit sei. Nadine hat ihren Mitschülern nie gesagt, dass sie in einem therapeutischen Heim wohnt und sie schon in der Jugendpsychiatrie gewesen war, obwohl ihre Klassenlehrerin ihr mehrfach angeboten hat, sie in dieser Mitteilung für die Klasse zu unterstützen und das Gespräch zu leiten. Dennoch galt Nadine nicht als Außenseiterin, sie war eher unauffällig und angepasst. Nadine suchte kaum Kontakt zu ihren Mitschülerinnen. Wenn in Gruppen gearbeitet werden sollte, wurde sie in jeder Gruppe geduldet oder mit einbezogen, jedoch nie ausgegrenzt.

Ein völlig anderes Bild zeigt sich in der Außenstelle der Schule für Kranke und zum Teil auch im therapeutischen Heim, was folgende Blitzlichter verdeutlichen: „So missmutig sie [Nadine] uns ‚Fahrer‘ auch auf den Schulwegen behandelte und so sehr sie auch die Situation bis ins Detail zu kontrollieren bestrebt war, ...“, „Sie war gegenüber einzelnen, Lehrern wie Schülern, häufig extrem verletzend und entwertend“ und „Sie verbreitete dabei nämlich lautstark und wenig sensibel für die Empfindungen der anderen Schüler, wie wenig ihr noch am Hiersein liege, da alles und jeder weit unter ihrem Niveau liege“ (ebd. S. 188/190). Nadine hat auch versucht, die Lehrer der Schulstelle gegeneinander auszuspielen und einen Keil zwischen sie zu treiben. Diese spaltenden Tendenzen wurden vom Kollegium als starke Belastung erlebt und konnten nur in Supervision und Teambesprechungen verarbeitet werden. Nadine lies in den wöchentlich durchgeführten Gesprächen zur Verarbeitung der Hauptschulerfahrungen erkennen, „dass sie alles Böse, das sie hier so ungehemmt verbreitete, eigentlich Tag für Tag für sich selbst von den Klassenkameraden der Hauptschule befürchtete“ (ebd. S. 190). Nadine hat also ihre Ängste

und Befürchtungen auf die Personen der Schulstelle Rottenburg projiziert, um ihre eigentlichen sozialen Probleme in der Hauptschule zu überstehen und dort als angepasst und unauffällig zu gelten. Dies ist eine enorme Doppelbelastung für Nadine, zeigt aber auch, wie wichtig das „Auffangbecken der Schule für Kranke“ für sie war.

Die Lehrer der Schulstelle sprachen in diesem Zusammenhang auch von ihrer Funktion als container. Die Funktion des Behälters/containers ist es, „die Projektionen des Patienten aufzunehmen, ohne sie auszuagieren, und sie dem Patienten in einer verdaulichen Form wiederzugeben“ (Stumm/Pritz 2000, S. 114). Die Lehrer helfen Nadine also, ihre „heftigen Affekte und Gefühle wahrzunehmen, als Teil ihrer selbst zu akzeptieren und schließlich zu bewältigen“ (Wenninger 2000, S. 281), indem sie Empathie zeigen und so den Affekten und Gefühlen die Gefährlichkeit und Unverständlichkeit nehmen. Es bedarf immer beider Seiten – die des containers, der darauf wartet, gefüllt zu werden, und die des contained, das erst im container zum Inhalt wird und vorher nicht greifbar und ohne Namen ist (vgl. Lazar 2000, S. 114 ff.).

3. Mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Lage

Vielen Problemen im Unterricht kann beigegeben werden, wenn sich Lehrer ihrer Fehler, im ursprünglichen, nicht negativen Sinn, bewusst sind und dementsprechend handeln. Es zeugt von falschem Stolz, wenn angebotene Hilfe nicht angenommen wird oder jemand krampfhaft versucht, einen Schüler zu halten, der in einer ihm nicht förderlichen Schule eingeschrieben ist.

Grundsätzlich lassen sich zwei Ansätze der Problembhebung unterscheiden. Zum einen ein „*akut aktueller*“ Ansatz; damit ist gemeint, dass notwendige Informationen anlassbezogen vermittelt werden sollen⁸⁶, zum anderen ein „*präventiv generalisierter*“ Zugang⁸⁷, bei dem Grundlagen der Krankenpädagogik im Rahmen der Lehrerbildung vermittelt werden.

3.1. Akut aktueller Ansatz

„Über die konkrete Begegnung mit einem kranken Schüler ergibt sich die Notwendigkeit zur vertiefenden und sachlichen Verständnissuche.“⁸⁸ Volk-Moser versteht unter einem akut aktuellen Ansatz, dass sich die Lehrer der allgemeinen Schule Hilfe holen, wenn ihr eigenes Wissen und Können an Grenzen stößt. Solche Grenzen können gruppendynamische Prozesse in der Klasse sein, die den chronisch kranken Schüler aufgrund der Krankheit zum Außenseiter machen, aber ebenso auch Ängste und

⁸⁶ Volk-Moser 2000, S. 311; Hervorhebung im Original

⁸⁷ Volk-Moser 2000, S. 311; Hervorhebung im Original

⁸⁸ Leberherz 2002 a, S. 8

Unsicherheit im Umgang mit dem kranken Schüler oder Unwissen über das Krankheitsbild.⁸⁹

Als Anlaufstellen bei Problemen und Fragen bieten sich Psychologen, behandelnde Ärzte, Selbsthilfegruppen und natürlich die Lehrer der Schule für Kranke an. Sollten die Lehrer der allgemeinen Schule aus falschem Stolz heraus keine Hilfe suchen, „muss die Schule für Kranke einspringen und ihre Zuständigkeit über den Schülerpatienten nicht über die institutionelle Verankerung definieren“.⁹⁰ Konkrete Maßnahmen der Kliniklehrer könnten dann Informationsbroschüren zur Krankheit und deren Verlauf sein, die auch „medizinisch-therapeutische Verhaltensmaßregeln“⁹¹ berücksichtigen. Solche Broschüren sollten sachlich richtig, aber nicht fachwissenschaftlich gehalten sein, eine dem Laien verständliche Sprache wäre angezeigt. Auch auf weitere Ansprechpartner und Informationsquellen sollte hingewiesen werden.

Nachfolgend werden verschiedene Modelle und Ausdifferenzierungen des akut aktuellen Ansatzes vorgestellt.

3.1.1. Regionale Ansprechpartner

Es ist wenig wahrscheinlich, dass Regelschulen einen Sonderschullehrer einstellen, der sich aufgrund seiner Profession um die Problemfälle kümmert. Es ist sogar wahrscheinlicher, dass der Kontakt zu Kollegen der Sonderschule von vielen Lehrern vermieden wird, auch wenn jene eventuell durch ihre Ausbildung andere Sichtweisen auf ein Problem haben oder mehr über ein Krankheitsbild wissen. Als Berater auf Zeit, die nicht in das System integriert sind, können Sonderschullehrer durch ihre Außenperspektive jedoch Dinge sehen und benennen, die beteiligten Personen nicht auffallen. Berater sind keine Besserwisser, sondern Anderswisser in einer anderen Situation.⁹²

Als Anlaufstelle und Informationsquelle werden Beratungslehrer vorgeschlagen, die sich entweder an größeren Schulen oder an den staatlichen Schulämtern aufhalten.⁹³ „Jede größere Schule müsste eine Lehrkraft mit angemessener Entlastung berufen, die den

⁸⁹ Hingewiesen sei auf die Grenzen der Erziehung, die Bernfeld benannte. Seine primär psychoanalytisch geprägten Überlegungen sind umfassend und leicht übertragbar auf die Situation von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. (vgl. Bernfeld 2000)

⁹⁰ Volk-Moser 2000, S. 311

⁹¹ Volk-Moser 2000, S. 312

⁹² vgl. Wiedenbauer 2002, S. 178

⁹³ vgl. Schmitt, F. 2002 a, S. 36

Kontakt, den Informationsaustausch, die krankheitsbezogene Informationsbeschaffung, die schulinterne Fortbildung, Kooperationen und Helferrunden für die eigene Schule organisiert. Eine solche Beauftragung umfasst sowohl präventive Strategien als auch aktuelle und schülerbezogene Formen der Unterstützung und Begleitung ...".⁹⁴ Die von Leberherz für einzelne Schulen beschriebenen Aufgaben sind auf die Schulämter zu übertragen, wobei die schülerbezogenen Formen der Unterstützung dann von den Rat suchenden Lehrern auszuführen wären. Auch sonst kann es für die Schulämter nur bedeuten, Lehrer in der Beratung anzuleiten und auf die besonderen Umstände durch einen chronisch kranken Schüler in der Klasse vorzubereiten und auszubilden, da ihre Aufgaben nicht mehr oder nur am Rande in der Schule liegen.⁹⁵

Beratungslehrer und Ansprechpartner, wie sie Leberherz und Schmitt vorschlagen, können schnell ausgebildet und in ihr neues Aufgabenfeld eingesetzt werden und sind von daher geeignet, den Lehrern der allgemeinen Schulen innerhalb kurzer Zeit Hilfe anbieten zu können. Auf lange Sicht wird dieses Angebot aber nicht ausreichen, weshalb immer mehr Schulen eigene Beratungslehrer freistellen müssten. Dies hätte eine Verschlechterung des unterrichtlichen Angebots oder eine Mehrfachbelastung der Lehrkräfte zur Folge. Um angemessen und schülerbezogen zu beraten, bedarf es einer intensiven Auseinandersetzung mit den individuellen Anforderungen des Schülers, ansonsten wird die Beratung nicht mehr Aussagekraft haben als eine gut gemachte Broschüre zum entsprechenden Krankheitsbild. Erst wenn sich das Angebot auch auf die Unterrichtsgestaltung des Lehrers und den zu gewährenden Nachteilsausgleich erstreckt, erscheinen solche Beratungsstellen auf regionaler Ebene sinnvoll.

3.1.2. Mobiler Dienst

In der Therapie vieler langfristiger Krankheiten ist der Trend zu ambulanter Behandlung deutlich erkennbar. Ist etwas Vergleichbares für pädagogische Arbeit, für den Unterricht mit chronisch kranken Schülern denkbar?

Kooperationsmodelle, in denen ein Sonderschullehrer regelmäßig für einen Tag in der Woche an eine Regelschule geht, sind inzwischen verbreitet.⁹⁶ Ein mobiler Dienst, wie

⁹⁴ Leberherz 2002 a, S. 9

⁹⁵ Nadines Klassenlehrerin bekundete, dass sie sich nicht an solche Kollegen wenden würde – es sei denn, sie würde sie persönlich kennen – weil die vermutlich doch nicht zu erreichen wären und sich nur um ihre eigene Schule kümmern würden. Sie ziehe den direkten Kontakt zu den Lehrern der Schule für Kranke vor, da die sich schon vor ihr mit der Problematik befasst hätten.

⁹⁶ vgl. Mack 1994

ihn u. a. Raupach beschreibt, geht allerdings weiter. „Die Aufgabe eines Mobilen Dienstes läge vordringlich in der regionalen und langfristigen Begleitung kranker Schülerinnen und Schüler, die phasenweise Unterstützung benötigen.“⁹⁷ Mitarbeiter des mobilen Dienstes sind folglich nicht regelmäßig an den immer gleichen Schulen und können dort auch keine Vertrauensbasis mit den Kollegen schaffen. Vielmehr werden sie von Lehrern angefordert, sobald Bedarf besteht, wenn also erste Probleme aufgetreten sind. Der Mobile Dienst kümmert sich dann an des Lehrers Stelle langfristig um Beratung und Unterstützung des chronisch kranken Schülers.

Der mobile Dienst hat dem Lehrer gegenüber keine beratende Funktion. Für den Unterricht mit dem chronisch kranken Schüler wird der Rat suchende Lehrer alleingelassen, es sei denn, er informiert sich an anderer Stelle, z.B. bei den vorgenannten Beratungslehrern und Ansprechpartnern auf Schulumtsebene.

Die Idee eines mobilen Dienstes erscheint nicht zu Ende gedacht. Diese Hilfe auf Abruf gewährleistet nicht, dass allen Schülern die benötigte Unterstützung zukommt. Wenn die Idee eines mobilen Dienstes funktionieren soll, muss er auch an den Übergängen von der Schule für Kranke zur allgemeinen Schule beteiligt sein, um sofort erste Kontakte zu knüpfen und so die Hemmschwelle der Hilfesuchenden zu senken. Der mobile Dienst sollte auch den Lehrern der Klinikschule zur Verfügung stehen, wenn es etwa darum geht, eine geeignete Nachfolgeeinrichtung zu finden, und nicht nur den Lehrern der allgemeinen Schulen.

3.1.3. Schulinterne Maßnahmen

Den Schulen selbst stehen verschiedene Möglichkeiten der Unterstützung zur Verfügung. Eine davon ist mit den Heimatschulbesuchen bereits dargestellt worden. Wenn die Lehrer der Schule für Kranke ihren Zuständigkeitsbereich ausdehnen würden, stünden den allgemeinen Lehrern gut informierte Kollegen zur Seite. Diese beratende Funktion wird in Klinikschule vielfach schon als Teil der Aufgaben gesehen oder als Entwicklungsziel der Schule für Kranke formuliert. „Die Kooperationsmaßnahmen mit den Heimatschulen müssen intensiviert werden. [...] Ziel muß ein ‚Schul- und Kompetenzzentrum‘ sein, das kranke Schülerinnen und Schüler auf dem Weg zu

⁹⁷ Raupach 2003, S. 292

„gleichwertigen Lebens- und Bildungschancen“, wie sie von der KMK vom 5.10.2000 gefordert worden sind, begleitet.“⁹⁸

Eine andere Maßnahme zur Verbesserung der Informationslage kann ohne großen Aufwand durchgeführt werden und wird von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vorgeschlagen. Nach ihrer Vorstellung sollte im Lehrerzimmer eine Liste hängen, in der alle chronisch kranken Schüler vermerkt sind. Zu jedem dieser Schüler wird ein kurzer Informationstext verfasst, der eingesehen werden kann, wenn ein Lehrer als Vertretung in die Klasse geht. In der Kurzinformation sollten nur die wichtigsten Hinweise stehen, z.B., dass der Schüler bei Filmen eine Sonnenbrille aufsetzen muss oder während des Unterrichts essen und trinken darf. Hierfür ist natürlich die Einverständniserklärung der Eltern einzuholen.⁹⁹ Eine solche Liste kann aber auch dazu führen, dass die aufgeführten Schüler mit einem Stempel versehen sind und Lehrer mit Vorurteilen auf den Schüler zugehen. Das Ziel, dem Schüler und der Klasse gerecht handeln zu können, wäre so zunichte gemacht, es käme einem Rückschritt gleich. Hier kann nur durch intensive Gespräche im Kollegium und Supervision Prävention betrieben werden.

Eine Entspannung der Situation auf der Gratwanderung zwischen „wohlwollender Vernachlässigung“ (Julian Rappaport) und „fürsorglicher Belagerung“ (Heinrich Böll) des chronisch kranken Schülers kann auch erreicht werden, indem zumindest für wenige Stunden in der Woche ein zweiter Lehrer in die Klasse kommt. Den beiden Lehrern stehen dann verschiedene Möglichkeiten offen. Das geänderte Lehrer-Schüler-Verhältnis ermöglicht es, die Klasse anders zu unterrichten, Mitschüler vielleicht sogar zu kleinen Helfern auszubilden, zumindest aber, ihr Verantwortungsgefühl zu stärken.

3.1.4. Selbsthilfegruppen

Ein wichtiger aber vielfach unterschätzter Ansprechpartner für Betroffene wie Lehrer können auch die zahlreichen Selbsthilfegruppen sein. Diese befassen sich meist mit nur einem Krankheitsbild und können fundierte, oft auch sehr spezielle Informationen geben. Meist sind die Informationen gut verständlich, da sie insbesondere für Laien geschrieben wurden. Vielfach sind auch ehemalige Patienten in solchen Vereinigungen aktiv, die den Lehrern aus ihrer ganz eigenen Sicht und mit einigem Abstand berichten

⁹⁸ Gantenberg 2004, S. 13

⁹⁹ vgl. BzgA o.J. S. 14

könnten, wie sie die Schulzeit erlebt haben und an welchen Stellen sie Schwierigkeiten hatten oder Verbesserungsvorschläge und Hinweise haben.

Selbsthilfegruppen sind häufig recht klein und haben nur einen begrenzten Aktionsradius, aber es gibt auch bundesweit organisierte und vertretene Selbsthilfegruppen, die als eingetragener Verein geführt werden. Diese setzen sich für „Chancengleichheit und Lebensqualität für Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit“¹⁰⁰ ein. Adressen von Selbsthilfegruppen erhält man über Ärzte, die BAGH oder über die Regionalpresse, wenn sie wie beispielsweise der Generalanzeiger in Reutlingen vierteljährlich alle Adressen der Selbsthilfegruppen im Landkreis abdruckt.

3.1.5. Supervision

Grundsätzlich sind zwei Arten von Supervision zu unterscheiden. In der Ausbildungssupervision geht es primär „um das Erlernen einer speziellen Methode zur Bewältigung der beruflichen Anforderungen“¹⁰¹, während sich die Fortbildungssupervision dadurch auszeichnet, dass die Supervisanden ihre Ausbildung abgeschlossen haben und im erlernten Beruf stehen. Sie gibt Hilfe bei der „Integration des Gelernten in das Spezifische des konkreten Berufsalltags“¹⁰² und bemüht sich „um die Weiterentwicklung der institutionellen Strukturen entsprechend ihrer spezifischen Arbeitsaufgabe“.¹⁰³

Wohl das bekannteste Phänomen in sozialen Berufen ist das Burnout-Syndrom. Das Fehlen von „Bewältigungsstrategien im Umgang mit Stress, Ermüdung, Antriebsarmut und depressiven Phasen“¹⁰⁴ schränkt die pädagogische Arbeitsfähigkeit ein. Unter anderem um ein Ausbrennen zu vermeiden, kann Supervision hilfreich sein. In der Postmoderne stehen die traditionellen Institutionen wie Kirche und Familie auf dem Prüfstand. Die ehemals dort gegebenen Sicherheiten schwinden und werden teilweise im Schulwesen gesucht. Gesellschaftliche Entwicklungen haben Einfluss auf die Schule und stellen immer neue Anforderungen an die Lehrer. Daraus ergeben sich vielfältige Probleme, die aber über Supervision zumindest einzudämmen sind.

¹⁰⁰ Bundesarbeitsgemeinschaft BAGH 2001, S. 1

¹⁰¹ Pühl 1992, S.121

¹⁰² Pühl 1992, S.121

¹⁰³ Pühl 1992, S.121

¹⁰⁴ Joswig 2001, S.26

Horn und Namer bemerkten in der Arbeit mit Lehrern fünf Aspekte, die sie als besonders charakteristisch für Lehrersupervision erachten. Dies sind die Schulkultur, Macht und Ohnmacht, Angst, Wertschätzung und schließlich die interne Beratung. Zur *Schulkultur* ist zu sagen, dass es auffällig ist, wie stark Lehrer in ihren Rollen verhaftet sind. Viele Lehrer stehen mit ihren inhaltlichen und emotionalen Problemen alleine da, auch wenn es manchmal zu kleinen Gesprächen im Lehrerzimmer kommt. Weder im Unterricht noch bei der Vorbereitung können sich Lehrer austauschen. Die Vereinzelung zeigt sich nach Horn/Namer in Sätzen wie „Wieso weiß ich eigentlich nichts davon?“. Gut gemeinte Vorschläge werden oft als Kritik an der eigenen Person und als Bewertung/Abwertung der eigenen Arbeit aufgefasst. Problematisch war in der Lehrersupervision auch, dass vereinzelte Lehrer sich in Anlehnung an die frei einteilbare Vorbereitungszeit nicht an die verbindlich ausgemachten Termine hielten und auch ihre Teilnahme frei gestalteten.

Unter *Macht und Ohnmacht* fassen Horn/Namer die aus der Hierarchie entstehenden Probleme zusammen. In der Supervision werden aber die gewohnten Machtverhältnisse außer Kraft gesetzt und der Konrektor ist der Erzieherin gleichgestellt. *Angst* kommt unter Umständen auf, wenn man sich zu sehr öffnet. Man zeigt in der Supervision seine Wunden und wird dadurch noch leichter angreifbar. Es kann auch sein, dass Lehrkräfte negative Unterrichtserfahrungen als Makel an ihrem Selbstbild vom geborenen Lehrer empfinden und so in Selbstzweifel verfallen.

Im Gegensatz zur steigenden Aufgabenfülle des Lehrberufs sinkt die *Wertschätzung* durch die Gesellschaft. Lehrer stehen aber nicht nur außerhalb der Schule Abwertung und Vorurteilen gegenüber. Viele Schüler machen es einem schwer zu erkennen, dass sie die Arbeit zu schätzen wissen. Mit *interner Beratung* ist gemeint, dass jemand aus dem gleichen Berufsfeld die Supervision anleitet, in der Annahme, es würde vielen Lehrern leichter fallen, Supervision anzunehmen, da dann die beruflichen Belastungen adäquat nachvollzogen werden könnten. Horn/Namer schlagen aber vor, dass der Supervisor nicht an derselben Schule tätig sein soll, wie die Supervisanden, um ungewöhnliche Fragen stellen zu können.¹⁰⁵

¹⁰⁵ vgl. Horn/Namer 2000, S.164 ff.

Exkurs Balintarbeit

Aufgrund der besonderen Bedeutung, die meines Erachtens der Balintarbeit zukommt, möchte ich an dieser Stelle deren wesentliche Merkmale aufführen.

„Balintgruppenarbeit ist eine Form von Gruppensupervision, in der Angehörige einer Profession, die beruflich und privat unabhängig voneinander sind, sich mit Hilfe eines/einer psychoanalytisch bzw. psychotherapeutisch gebildeten Leiters/Leiterin mit der Analyse von Professional-Klient-Interaktionen befassen. Ziel ist die Erhöhung der professionellen Kompetenz im Umgang mit KlientInnen und der bewußte Umgang mit der professionellen Rolle. Voraussetzung dafür ist eine an die professionelle Rolle und den jeweiligen Fall gebundene Selbsterfahrung.“ (Rappe-Giesecke 1994, S.75). Nach dieser Definition bemüht sich die Balintgruppe um die Analyse der „Professional-Klient-Interaktionen“ (a.a.O.) und will die Profession des Supervisanden bzw. der Gruppenteilnehmer steigern. In dieser Kurzbeschreibung werden zwei wesentliche Bereiche des Anliegens dieser Supervisionsform genannt, aber ich denke, dass Balints Veranlassung, solche Gruppen einzuberufen, nicht ganz erfasst ist. Balint nannte die von ihm geleiteten Gruppen „training cum research – Seminar“ (Roth 1988, S.49). Roth übersetzt diese Formulierung mit „»Training zusammen mit Forschung« oder genauer »Training durch Forschung«“ (a.a.O.; Hervorhebung im Original). Im Fall der Balintarbeit meint research eine bestimmte Form des Suchens und Entdeckens, nämlich die Psychoanalyse. Das Training bezieht sich hier auf das „Üben und Einüben oder Ausbilden von neuen Fähigkeiten“ (a.a.O.).

Balint erkannte die Bedeutung der Beziehung zwischen Arzt und Patient und wollte sie wie ein Medikament einsetzen können. Angelehnt an Balints Ausgangsfrage nach dem Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf die Krankheit und Therapie, stellt sich für Lehrer die Frage: Welchen Einfluss nimmt die Beziehung zu meinem Schüler auf den Unterricht? In Balintgruppen bemüht man sich, den Blick für diese Beziehungen zu schärfen und sich gegebenenfalls zu verändern. „Tatsächlich liegt das Ziel der Balint-Seminare genau darin, »die Pharmakologie der Droge Arzt« in der Beziehung zwischen Patient und Arzt möglichst gründlich zu untersuchen“ (ebd., S.51; Hervorhebung im Original). Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang Übertragungen und Gegenübertragungen. In der Balintgruppe werden aber nicht die Übertragungsvorgänge innerhalb der Gruppe betrachtet, sondern das Augenmerk liegt auf den Übertragungen und Gegenübertragungen, die der berichtserstattende Kollege als Arbeitsmaterial in die Gruppe einbringt.

Das Besondere an Balintgruppen ist für mich, dass jede Sitzung erneut Denkanstöße gibt, wie es auch das Wort Seminar nahe legt. Seminar leitet sich vom lateinischen seminarium ab und bedeutet „1. Baum- Pflanzschule; 2. (übtr.) Keim, Anfang“ (Pons 1991, S.943).

Die Gruppe setzt sich aus 6 – 12 Personen derselben Berufsgruppe und einem Psychoanalytiker zusammen. Es ist von Vorteil, wenn der Supervisor Einblick in das Berufsfeld hat und sich die Gruppenmitglieder nur über die Balintgruppe kennen. Die Treffen finden in der Regel wöchentlich statt und dauern etwa eine Doppelstunde, also 90 bis 120 Minuten. Angesetzt ist die Gruppe auf mindestens zwei Jahre, „eine kürzere Ausbildung erreicht keinen genügenden Lerneffekt.“(Loch 1995, S. 113). Roth nennt drei Voraussetzungen für die Teilnahme an einer Balintgruppe (vgl. Roth 1988, S.63 f.):

1. Regelmäßiger Kontakt zu Schülern oder Jugendlichen, um berufliche Erfahrungen in die Gruppe einbringen zu können.
2. Wille, zusammen mit Kollegen über berufliche Erfahrungen zu sprechen und einzelne Beispiele zu beraten. Meist ist damit ein Interesse an psychologischen Fragestellungen verbunden.
3. Bereitschaft zu regelmäßiger, kontinuierlicher Teilnahme, da Balintgruppenarbeit nur mit und in der Gruppe funktioniert.

Zu Beginn einer Sitzung stellt ein Teilnehmer einen als schwierig erlebten Schüler vor. Sein freier Bericht soll „möglichst wenig ausgewählt, vorbereitet, strukturiert sein und alle die Empfindungen und Gedanken einschließen, die zunächst als abwegig und unpassend, schmerzlich oder peinlich und anstößig erscheinen könnten“(ebd., S.86). Solch ein freier Bericht ist der Traumerzählung in der Analyse vergleichbar und zusammen mit den Gefühlen und

Assoziationen in der Gruppe Grundlage und Arbeitsmaterial für die Beratung. Während des Berichts versuchen die Teilnehmer, sich durch (gleich)schwebende Aufmerksamkeit auf die Situation einzustimmen. Mit gleich schwebender Aufmerksamkeit ist ein offenes Zuhören gemeint, offen für Stimmungen aus der Gruppe und in einem selbst, offen für alles Gesagte und nicht Gesagte. Die Zuhörer sollen nicht selektieren und keine Schwerpunkte bei einzelnen Aussagen setzen. Es ist von Bedeutung, was geäußert wird *und* was ungesagt bleibt.

Nach dem ersten Bericht, der meist kurz ausfällt, können die Gruppenmitglieder Fragen an den Supervisanden richten. Durch diese Fragen wird der Supervisand zu weiteren Informationen angeregt, sodass die Problematik deutlicher und greifbarer wird.

Im Anschluss an diese Fragerunde muss der berichtende Kollege zunächst schweigen und es findet ein Rollenwechsel statt, d.h. die Gruppenmitglieder äußern ihre Assoziationen zu dem Bericht. „Balint verwendete diesen freien Bericht [...] als so etwas wie den manifesten Trauminhalt und versuchte, aus ihm auf die ihn gestaltenden dynamischen Faktoren zu schließen. Sowohl die Gedanken des Berichtenden wie Kritik und Kommentare der zuhörenden Gruppe wurden wie freie Assoziationen behandelt.“ (Dickhaut/Luban-Plozza 1992, S.305).

Balint selbst schreibt zu dieser Gesprächsatmosphäre, die herzustellen Aufgabe des Gruppenleiters ist: „Das Ziel sollte möglichst darin bestehen, eine Atmosphäre zu schaffen, in der jeder unbeeilt sich aussprechen kann, während die anderen mit frei flottierender Aufmerksamkeit zuhören, bei welcher auch eine Pause geduldet und jedem Zeit gegönnt wird sich klar zu machen, was er wirklich meint und sagen will. Auch unerwartete Dinge können gelegentlich ohne affektiven Aufwand ausgesprochen und betrachtet werden, während ein andermal auch Gefühle wie Heiterkeit, Überraschung, Verlegenheit und selbst Schmerz frei gezeigt werden können. Aber welches auch immer die Reaktionen der Gruppe sein mögen, die im Berichterstatter wie bei den Zuhörern aufsteigenden Affekte müssen akzeptiert und als Ausdruck unbewußter Prozesse, die durch den Bericht aktiviert wurden, bewertet werden.“ (Balint 1976, S.415).

Der Leiter achtet darauf, dass die Anteile männlicher und weiblicher Äußerungen in etwa gleich verteilt sind und er versichert sich, ob der Referent die Vorschläge der Gruppe annehmen und sie nachvollziehen kann. Die Hauptaufgabe des Leiters lässt sich jedoch mit dem seit Sokrates bzw. Platon bekannten Begriff der Maieutik benennen. Der Leiter muss „warten können, bis eine Erkenntnis, sei es spontan, sei es mit seiner Hilfe, eine »erlebbare« Bewußtseinsstufe der Teilnehmer erreichen kann. Dafür soll er sich »gebrauchen« lassen“ (Loch 1995, S.131; Hervorhebung im Original).

Wichtigste Aufgabe der Gruppe ist es, vollständig und bewusst anwesend zu sein und sich auf den freien Bericht des Kollegen einzulassen. Ihre spontanen Reaktionen, Gefühle, Regungen und Assoziationen sind es, die es erlauben, Unbewusstes offen zu legen. Loch spricht von einem „Prisma-Effekt“ (Loch 1995, S.68), wenn durch die Gruppenmitglieder die gebündelte Information des Berichterstatters in „mögliche unbewußte Determinanten“ (Loch 1995, S.86) zerlegt wird (vgl. Roth 1988, S.90). Die Deutung der Äußerungen übernimmt bei einer unerfahrenen Gruppe der Analytiker, im Lauf des Trainings sollen die Gruppenteilnehmer diese Rolle übernehmen. Neben der prismatischen Wirkung dient die Gruppe auch als Spiegel. Probleme und Missstimmungen in der Subjekt-Objekt-Beziehung werden in der Gruppe sichtbar und können somit formuliert und in der Folge angegangen werden.

In einer Studie zur Relevanz und Effektivität der Balintgruppe im Schulalltag stellte sich über Fragebögen heraus, dass „eine breite Zustimmung der Teilnehmer zu den in der Balint-Gruppenarbeit intendierten Lernzielen“ (Garz 1996, S. 107) besteht. Als Ziele sieht er „Empathietraining, Erarbeiten unbewußter Zusammenhänge, Auswirkungen in der Lehrer-Schüler-Beziehung erkennen, unbewusste Anteile im Schülerverhalten erkennen“ (a.a.O.). Die in der Sitzung gewonnenen Erkenntnisse lassen sich nach den Ergebnissen der Fragebögen gut in die pädagogische Arbeit übertragen, unabhängig davon, wer den Fall eingebracht hat, also auch von den „passiven“ Teilnehmern. Als wesentlich stellte sich „die Bereitstellung neuer Informationen zur Problembewältigung“ (a.a.O.) und die Möglichkeit des Empathietrainings im Rahmen des Balint-Seminars heraus.

3.2. Präventiv generalisierter Ansatz – Lehrerbildung

Traditionell unterteilt sich die Lehrerbildung in drei Phasen. Die erste Phase ist das Studium mit einer Regelstudienzeit von 6 – 8 Semestern. In dieser Zeit haben die zukünftigen Lehrer nur wenig Gelegenheit, ihr Gelerntes anzuwenden. Vieles wird nur auf Prüfungen hin gelernt und dann bestenfalls abgeheftet und ins Regal gestellt. Daran schließt sich zumeist das Referendariat an, in dem neben dem Besuch der Seminare das Sammeln von Unterrichtserfahrung im Zentrum steht. Diese Phase wird als sehr zeitintensiv beschrieben, da kaum auf Unterrichtsmaterial zurückgegriffen werden kann und das Planen und Vorbereiten einer Unterrichtsstunde noch wenig professionell oder routiniert ist. Die dritte Phase der Lehrerbildung beginnt mit dem Eintritt ins Berufsleben nach der zweiten Staatsprüfung. Die Lehrer, die jetzt voll im Beruf stehen, müssen zunehmend mehr Aufgaben im Kollegium übernehmen. Nur gelegentlich werden die regelmäßigen Fortbildungsangebote wahrgenommen, obwohl doch die Teilnahme seitens der Kultusminister erwünscht wird. Volk-Moser hat festgestellt, dass berufsbegleitende Fortbildung „nur punktuell zu einzelnen Krankheitsbildern angeboten und darüber hinaus nicht wahrgenommen, damit auch nicht angenommen“¹⁰⁶ werden.

3.2.1. Erste Phase

Schon 1964 gab es in Heidelberg eine Vorlesung „Humanbiologie – Gesundheitslehre“¹⁰⁷, die ab dem Wintersemester 66/67 für alle Studenten der Pädagogischen Hochschule verpflichtend war. Inhalt der einstündigen Vorlesung waren akute und chronische „Infektionskrankheiten wie Keuchhusten, Masern, Scharlach, Windpocken und Tuberkulose“, aber auch „das Problem der chronisch-kranken Kinder“¹⁰⁸, das in etwa 4 Stunden behandelt wurde. Auf zu erwartende Schulprobleme konnte nur in groben Zügen eingegangen werden.¹⁰⁹ Ergänzend zur Vorlesung wurde ein Seminar angeboten, in dem die Studierenden ihre Kenntnisse über chronisch kranke Kinder in Selbststudium, Kurzreferaten und Diskussion vertiefen konnten. Diese *für alle* verpflichtende Vorlesung war nicht Gegenstand einer Prüfung und sollte während der ersten beiden Semester gehört werden. Wünschenswert war es damals aus Sicht des

¹⁰⁶ Volk-Moser 2000, S. 310

¹⁰⁷ Hertl 1968, S. 72

¹⁰⁸ Hertl 1968, S. 72

¹⁰⁹ vgl. Hertl 1968, S. 72

Rektors der Hochschule, den theoretisch-medizinischen Unterricht in engem Zusammenhang mit der Schulpraxis zu erteilen.¹¹⁰

Schmitt mahnt an, dass „keine wissenschaftlichen Studiengänge zur Aus- und Weiterbildung von Lehrerinnen und Lehrern eingerichtet sind“.¹¹¹

Nach einer Verordnung des Kultusministeriums ist in Baden-Württemberg aber für den Studiengang Sonderpädagogik ein Wahlpflichtbereich „Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen“¹¹² vorgesehen, der mit 8 SWS zu studieren ist. Dieser Wahlpflichtbereich wird bislang jedoch an keiner Pädagogischen Hochschule in Baden-Württemberg angeboten.

Um den zunehmend heterogenen Klassen gerecht werden zu können, fordern auch Myschker und Ortmann, dass „künftig Studenten aller Lehrämter“¹¹³ grundlegende Informationen über die verschiedenen Behinderungsformen erhalten müssen. Ich möchte die Überlegungen von Myschker und Ortmann soweit es geht auch auf chronische Krankheiten übertragen. Als wesentliche Inhalte dieses basalen Wissens schlagen sie „Erscheinungsformen, Ursachen, psycho-soziale Auswirkungen und pädagogisch-therapeutische Hilfen bei erschwerter Erziehung- und Bildungsfähigkeit“¹¹⁴ vor. Ergänzend sollen „heilpädagogisch-psychologische Kenntnisse sowie auch förderdiagnostische Fragestellungen und Instrumente“¹¹⁵ im Studium vermittelt werden. Eine spezielle Didaktik zur Integration von Schülern mit chronischen Krankheiten oder Behinderungen ist hierbei erst noch zu entwickeln.

3.2.2. Zweite Phase

„Eine Qualifizierung für integrative Pädagogik muß über das Universitätsstudium hinausgehend auch die zweite und dritte Lehrerausbildungsphase einschließen“¹¹⁶, jedoch liegen derzeit kaum Vorschläge vor. F. Schmitt fordert, dass im Rahmen des Referendariats „Lehrerinnen und Lehrer aller Schularten über Unterricht und Erziehung

¹¹⁰ Hertl 1968, S. VIII; Nadines Klassenlehrerin bemerkte hierzu: „Das Studium ist doch sowieso schon so voll gepackt. Da hat man doch gar keine Zeit für so was.“

¹¹¹ Schmitt 2002 a, S. 32

¹¹² Ministerium für Kultus, Jugend und Sport 2000, S. 18

¹¹³ Myschker/Ortmann 1999, S. 17

¹¹⁴ Myschker/Ortmann 1999, S. 17

¹¹⁵ Myschker/Ortmann 1999, S. 17

¹¹⁶ Myschker/Ortmann 1999, S. 19

kranker Schülerinnen und Schüler zu informieren und auf den Auftrag der Integration vorzubereiten“¹¹⁷ sind.

In meiner Vorstellung könnte in dieser Phase der Schwerpunkt Beratung seinen Platz finden. Unter Beratung fallen neben Schullaufbahnberatung auch die Beratung der Eltern und Kollegen. Dazu gehören Grundlagen in der Gesprächsführung ebenso wie im Schulrecht. Welche Hintertüren und Möglichkeiten gibt es für den chronisch kranken Schüler, welche Rechte hat er, wie können die Eltern mit der Diagnose umgehen, was gilt es zu beachten?

Informationen rund um die Beratung erscheinen in diesem Abschnitt der Lehrerbildung geeignet, da das neue Wissen sofort eingesetzt und erprobt werden kann. Daneben sollten aber auch einzelne Krankheitsbilder tiefer gehend erfasst werden.

3.2.3. Dritte Phase

Die zeitlich meist sehr begrenzten Fortbildungsveranstaltungen der dritten Phase sind meiner Meinung nach strukturell dazu geeignet, einzelne Krankheitsbilder, deren Verlauf und deren Auswirkung auf das Lernverhalten, die Belastungsfähigkeit und den Unterricht vertiefend darzustellen. Meixner-Mücke berichtet von einer Fortbildung, in der sie die Strukturen und Aufgaben der Staatlichen Schule für Kranke München vorgestellt hat. Im Anschluss an die Fortbildung wurden die 64 Teilnehmer gebeten, einen Fragebogen zu beantworten.¹¹⁸

| Fragebogenauswertung (N=64) | | |
|---|----|------|
| | ja | nein |
| Hatten Sie bisher wegen einer erkrankten Schülerin/eines erkrankten Schülers Kontakt zur Schule für Kranke München? | 19 | 45 |
| Hat Ihnen das Referat bisher nicht bekannte Einblicke in die Situation kranker Schülerinnen und Schüler gewährt? | 56 | 6 |
| Wurden Ihnen in Bezug auf kranke Schülerinnen und Schüler neue wesentliche Informationen gegeben über | | |
| die Erkrankung | 39 | 17 |
| die psychosoziale Belastung | 42 | 16 |
| die schulische Begleitung | 51 | 9 |

¹¹⁷ Schmitt, F. 2002 b, S. 3

¹¹⁸ vereinfacht wiedergegeben nach Meixner-Mücke 2004, S. 55

| | | |
|---|----|----|
| Erachten Sie eine Fortbildung dieser Art auch für Ihr Kollegium als wünschenswert? | 47 | 13 |
| Wünschen Sie bei Bedarf eine spezielle Fortbildung (Infoveranstaltung) zu einem aktuellen Krankheitsbild, z.B. Magersucht, durch ein päd./med./therapeut. Team? | 54 | 8 |
| Würden Sie in Zukunft in Fragen des Unterrichts bei Krankheit eine Beratung durch die Schule für Kranke in Anspruch nehmen? | 63 | |
| (Zahldifferenzen entstanden durch nicht ausgefüllte Kästchen) | | |

Deutlich zeigt sich der Wunsch nach solchen Fortbildungen (54 von 64 Teilnehmern), die Akzeptanz der Klinikschule als kompetente Beratungsstelle ist enorm mit nur einer Enthaltung. Natürlich ist diese Befragung nicht repräsentativ, aber sie weist einen gangbaren Weg, der vorhandene Kompetenzen nützt, sofern die Schule für Kranke zu einem Unterrichts- und Beratungszentrum ausgebaut werden würde.¹¹⁹

Ergänzend zu solchen krankheitsspezifischen Veranstaltungen sollten aber auch Fortbildungen angeboten werden, die Themen aus den ersten beiden Phasen aufgreifen, auffrischen und mit neuen Ideen anreichern. Hierbei denke ich an geänderte gesetzliche Rahmenbedingungen für Hausunterricht, Diagnostik und Nachteilsausgleich, aber auch an neue didaktische Ansätze, neue Lehr- und Lernformen oder geeignete Materialien, um die Krankheit als Unterrichtsthema mit der Klasse zu bearbeiten. Solche Veranstaltungen sehe ich eher als organisierte Gedankenbörse denn als eine Häufung von Vorträgen und Selbstdarstellungen einzelner Referenten.

„Für die Lehrkräfte sind daher regelmäßige Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, bei Bedarf auch länderübergreifend, erforderlich“¹²⁰, wenn auch nach F. Schmitt „keine elaborierten Konzepte für Fortbildung“¹²¹ vorliegen.

4. Vom „Entweder-Oder“ zum „Und“

Bislang geht die Diskussion darum, entweder die Lehrerausbildung mit einem speziellen Studiengang zu professionalisieren oder um die Möglichkeiten einer ambulanten Hilfe. Meiner Meinung nach werden jedoch die Chancen und Möglichkeiten übersehen, die ein „sowohl – als auch“ in sich birgt. Nicht alle Lehrer wollen sich mit dem Thema Krankheit befassen und haben dann im Ernstfall sicher die nötigen Argumente, um die Klasse nicht zu übernehmen. Um dem „Problem“ Unterricht mit chronisch kranken Kindern und

¹¹⁹ vgl. Meixner-Mücke 2004, S. 55

¹²⁰ Heide 2002, S. 6

¹²¹ Schmitt, F. 2002 a, S. 32

Jugendlichen auf Dauer gerecht zu werden, muss meines Erachtens zweigleisig gedacht und gefahren werden. Der eine Strang ist die Lehreraus- und fortbildung, der andere beinhaltet in der Tat Beratungslehrer und entsprechende Zentren.

Das in der Prüfungsordnung SPO I verankerte Wahlpflichtfach „Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen“ halte ich durchaus für geeignet, das Thema des Unterrichts mit (chronisch) kranken Schülern in das Studium zu holen und dort zu verorten. Jedoch sollte es nicht auf die Sonderpädagogik beschränkt bleiben, da „der Ort, an dem Krankheit und Kranksein auftreten, sich im Zuge veränderter medizinischer Behandlungsformen immer mehr in die allgemeinen Schulen verlagert“.¹²² In schulartübergreifenden Veranstaltungen würden sich die späteren Kollegen schon im Studium im Dialog befinden und von anderen Professionen profitieren lernen. Eine erste Annäherung über positive wie negative Fallbeispiele, die inzwischen ja vielfach vorliegen, ist nahe liegend und geeignet, die Studierenden an die Problematik heranzuführen. Anhand solcher Fallstudien lassen sich auch wesentliche Aspekte wie Nachteilsausgleich, rechtliche Grundlagen sowie die psychosoziale Belastung beim betroffenen Schüler erarbeiten. Wesentlicher Bestandteil sollten auch die Formen der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Schulen sein.¹²³ Einzelne Krankheitsbilder zu studieren, halte ich nicht für sinnvoll, denn „die Konfrontation mit der Vielzahl der Krankheitsbilder im Verlauf der Ausbildung wäre vermutlich eine Überforderung“¹²⁴, jedoch sollten Regeln und Grundinformationen gegeben werden, die für mehrere Krankheiten zutreffen, etwa der Vorrang des Diätplans vor dem Zeitplan des Unterrichts oder die Pflicht des Lehrers zur Fürsorge. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, wie eindrücklich ein Praktikum in einer Schule für Kranke ist. Wer diesen Wahlpflichtbereich belegt, sollte zumindest in einer Schule für Kranke hospitieren.

Nach dem ersten Staatsexamen schließt sich meist das Referendariat an. Während dieser zweiten Phase der Ausbildung sollte der Schwerpunkt auf Beratung und Gesprächsführung liegen. Ergänzend können schulrechtliche Fragen, etwa zum Hausunterricht oder anderen Formen der Sonderbeschulung, geklärt werden. Seminare zur Gesprächsführung und Beratung bereits im Studium erscheinen mir verfrüht, da erst im Referendariat genügend Anlässe zum Einüben der gelernten Regeln gegeben sind.

¹²² Schmitt 2002 a, S. 32

¹²³ vgl. Volk-Moser 2000, S. 322 ff.

¹²⁴ in Pfeiffer 1998, S. 70

In der dritten Phase der Lehrerbildung schließlich könnten Veranstaltungen angeboten werden, die sich mit einzelnen Krankheiten befassen. Hier müssen neben Genese, Symptomen, Therapie und Verlauf auch die besonderen Anforderungen für den Schüler, die Klasse und den Lehrer Berücksichtigung finden. Diese durchaus auch überregional anzubietenden Veranstaltungen eignen sich als organisierte Gedankenbörse, zum Erfahrungsaustausch.

Da mit Sicherheit noch einige Semester verstreichen werden, bis die ersten Lehrer mit dieser oder ähnlicher Ausbildung ins Berufsleben einsteigen, sollten bereits jetzt Maßnahmen ergriffen und schnell umgesetzt werden, um den Lehrern die Arbeit zu erleichtern oder erst zu ermöglichen.

Es gibt bereits zahlreiche Personen, die sich mit dem Thema beschäftigt haben und geeignet wären, Beratungslehrer in „Crash-Kursen“ auszubilden oder Beratungszentren mit aufzubauen. Die Erfahrungen, die dort gesammelt werden, bis das Netz der Studienabgänger mit dem Wahlpflichtfach ausreichend engmaschig ist, können später in den Fortbildungen weitergegeben werden. Hieraus lässt sich erkennen, dass ich die Beratungslehrer primär als Übergangslösung sehe, um möglichst schnell den Lehrern vor Ort Hilfe anbieten zu können. Die hier investierten Kräfte und Finanzmittel sind aber nach einer angemessenen Übergangsphase nicht verloren, sondern wichtige Grundlage für die dritte Phase der Lehrerbildung. Neben diesen Beratungseinrichtungen sollte das Angebot von Supervision an den Schulen selbstverständlich werden. Besonders geeignet erscheinen mir Balintgruppen, das Angebot an Supervisionsmöglichkeiten ist jedoch umfangreich und enthält viele hilfreiche Formen und Methoden.

Ingo Frenzel
Mühlweg 6
88299 Leutkirch
herr.frenzel@email.de

GEFÖRDERT AUS MITTELN DER
ROBERT BOSCH STIFTUNG GMBH

5. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Antonovsky, Aaron. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen 1997
- Balint, Michael. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart 1976
- Beekmann, Brigitte. Krankenhausschule und schulische Re-Integration in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Ita-Wegman-Schule im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. in: Pfeiffer/Knab/Häcker/Klemm/Böpple 1998; S. 161 – 167
- Bernfeld, Siegfried. Sisyphos oder die Grenzen der Erziehung. Frankfurt am Main 2000⁸
- Bross, Gunther. Das Kind mit Diabetes mellitus – leistungsfähig und motiviert. in: VDS, 2002; S. 107 – 110
- Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (Hg.). Jahresspiegel 2001 – Berichte der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte und ihrer Mitgliedsverbände. Chancengleichheit und Lebensqualität für Menschen mit Behinderung und chronischer Krankheit. Düsseldorf 2001
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.). Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1 bis 10. Köln ohne Jahr
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hg.). Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln 2002; 7., erweiterte Neuauflage
- Cooke, Sue. Zerzaustes Käuzchen. Die Emanzipation einer Epilepsiekranken. Frankfurt am Main 1990; 10. – 12. Tausend
- Dickhaut, Hans H./Luban-Plozza, Boris. Balintarbeit. In: Pühl, Harald (Hg.). Handbuch der Supervision. Berlin, 1992; 2. Auflage
- Ertle, Christoph. Konflikt und Situation – Anmerkungen zum Lehrerhandeln. in: Ertle/Neidhardt 1994; S. 98 – 113
- Ertle, Christoph. Kranke Kinder in den allgemeinen Schulen. in: Behindertenpädagogik in Bayern, 42. Jahrgang, 2/99; S. 94 – 101
- Ertle, Christoph. Kranke Kinder und Jugendliche zwischen Klinikschule und Allgemeiner Schule. Anmerkungen zu Grenzübergängen. in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 53. Jahrgang, Heft 9/2002; S. 371 – 377
- Ertle, Christoph/Neidhardt, Wolfgang (Hg.). Unterricht mit Kindern in Not. Lehrer helfen ihren schwierigen Kindern. Bad Heilbrunn 1994
- Ertle, Christoph/Volk-Moser, Andrea. Handreichungen zum Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen. Von Lehrkräften an Schulen für Kranke empfohlene Lehr- und Lernmittel, Spiele und Bücher, ergänzt durch Hinweise aus der Fachliteratur. Reutlingen 1998
- Fegert, Jörg M.. Die Bedeutung der Eingliederungshilfe für die Integration seelisch behinderter Kinder unter besonderer Berücksichtigung der Kindperspektive. in: Sachverständigenkommission 1999; S. 9 – 61
- Gärtner, Karin. Diagnose Rheuma – Wie geht es weiter im Schulalltag? In: VDS 2002; S. 104 – 106
- Gantenberg, Ursula. Entwicklungsperspektiven der Schule für Kranke unter veränderten Bedingungen. in: Staatliche Schule für Kranke München 2004, S. 12-13
- Garz, Hans-Günter. Wege zum schwierigen Kind. Die Balint-Gruppe im Schulalltag. Mainz 1996

- v. d. Hardt, H./Hürter, P./Lange, K./Ullrich, G.. Versorgungssituation chronisch kranker Kinder und Jugendlicher beim Übergang in das Erwachsenenalter. Expertise für das Bundesministerium für Gesundheit. Frankfurt-Bockenheim 1997
- v. d. Hardt, Horst. Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen im Kindesalter. in: WIdO 1983; S. 7 – 12
- Harter-Meyer, Renate (Hg.). „Wer hier nur Wissen vermitteln will geht baden“. Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster/Hamburg/London 2000
- Harter-Meyer, Renate. Krankheit – Bildung – soziale Schichtung. Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen – Sozioökonomische Rahmenbedingungen und bildungspolitische Herausforderungen. in: SchuPs Zeitung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie 12/2003; S. 12 – 16
- Harter-Meyer, Renate/Orts, Jürgen. Unterricht mit chronisch und psychisch kranken Schülerinnen und Schülern. in: VDS 2002; S. 67 – 71
- Heide, Ernst. Empfehlungen und Richtlinien für Unterricht und Erziehung kranker Schülerinnen und Schüler. in: VDS 2002; S. 5 – 6
- Hertl, Michael. Das chronisch-krankes Kind in der Schule. Einführung in die Probleme als ärztliche Lehraufgabe an Pädagogischen Hochschulen. Stuttgart 1968
- Hoepner-Stamnos, Friederike. Chronische Erkrankungen im Jugendalter. Psychosoziale Folgen schwerer und leichter Beeinträchtigungen. Weinheim/München 1999
- Horn, Monika/Namer, Brigitte. Ein Lehrerteam wagt das Experiment Supervision. in: Schreyögg 2000
- Hurrelmann, Klaus. Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim/München 2000
- Jeutner, Reinhold. Zur Förderung asthma- und allergiekranker Kinder und Jugendlicher in der Regelschule. in: VDS 2002; S. 127 – 135
- Joswig, Klaus Dieter. Supervision und Schule. Probleme und Entwicklungsperspektiven. Münster, 2001
- Kösler, Edgar. Lernen im Krankenhaus. in: Steinebach 1997; S. 187 – 197
- Kotzian-Hörst, Christine. Pädagogische Schwerpunktbetreuung von Kindern im Krankenhaus. Speziell sprachkommunikationsunfähige Kinder nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Diplomarbeit, Wien 1996
- Lazar, Ross A.. Container-Contained. in: Mertens/Waldvogel 2000; S. 114 – 118
- Lebherz, Gerhard (a). Das chronisch kranke Kind in der Schule – Plädoyer für eine Kultur der Fürsorge. in: VDS 2002; S. 7 – 11
- Lebherz, Gerhard (b). Schulentwicklung und Pädagogik bei Krankheit. in: Pädagogische Impulse, 35. Jahrgang, 4/2002, gelbe Seiten S. 5 – 8
- Lebherz, Gerhard (c). Referententagung zum Förderschwerpunkt Unterricht und Erziehung bei Krankheit. in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 53. Jahrgang, 03/2002, S. 125 – 126
- Leiz, S.. Ein Heimatschulbesuch aus ärztlicher Sicht. in: Staatliche Schule für Kranke München 2004; S. 23
- Lempp, Reinhart. Die seelische Behinderung bei Kindern und Jugendlichen als Aufgabe der Jugendhilfe. Stuttgart/München/Hannover/Berlin/Weimar/Dresden/ Boorberg 1999; 4., überarbeitete Auflage
- Lempp, Reinhart. Eine Pathologie der psychischen Entwicklung. Bern/Stuttgart/Wien 1975; 3., überarbeitete und ergänzte Auflage
- Loch, Wolfgang. Theorie und Praxis von Balint-Gruppen. Gesammelte Aufsätze. Tübingen, 1995

- Mack, Roland. Kooperation, das dritte Arbeitsfeld der Schule für Erziehungshilfe – ein Erfahrungsbericht. in: Ertle/Neidhardt 1994; S. 65 – 83
- Meixner-Mücke, Lisa. Das Gymnasium, eine Angebotsschule auch für kranke Schüler? in: Staatliche Schule für Kranke München 2004, S. 55
- Meixner-Mücke, Lisa/Winkler, Beate. Informationen für die Heimatschulen kranker Schülerinnen und Schüler. in: Staatliche Schule für Kranke München; S. 24
- Mertens, Wolfgang/Waldvogel, Bruno (Hg.). Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart/Berlin/Köln 2000
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg. Verordnung des Kultusministeriums über die Erste Staatsprüfung für das Lehramt an Sonderschulen (Sonderschullehrerprüfungsordnung I –SPO I–) vom 19. Dezember 2000; GBL. 2001 S. 34
- Mohr, Andrea/Becker, Peter. Seelische Gesundheit chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. in: Steinebach 1997; S. 29 – 44
- Myschker, Norbert/Ortmann, Monika (a). Gemeinsame Erziehung und Unterrichtung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung – Ein Überblick. in: dieselben 1999; S. 3 – 25
- Myschker, Norbert/Ortmann, Monika (Hg.). Integrative Schulpädagogik. Grundlagen, Theorie und Praxis. Stuttgart/Berlin/Köln 1999
- Nielebock, Friedel/Rahn, Hans/Ramminger, Edith. Die Schule für Kranke als Brücke zum öffentlichen Schulsystem – Psychisch kranke Schüler als Teilzeitschüler in öffentlichen Schulen. in: Pädagogische Impulse, 35. Jahrgang, 4/2002; S. 184 – 190
- Nissen, Gerhardt. Seelische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Alters- und entwicklungsabhängige Symptomatik und ihre Behandlung. Stuttgart 2002
- Oelsner, Wolfgang/ Lehmkühl, Gerd. Schulangst. Ein Ratgeber für Eltern und Lehrer. Düsseldorf/Zürich 2002
- Petermann, Franz/Noeker, Meinolf, Bode, Udo. Psychologie chronischer Krankheiten im Kindes- und Jugendalter. München/Weinheim 1987
- Pfeiffer, Ursula. Von der Sonderrolle zur Normalität. Der Heimatschulbesuch aus der Sicht der betroffenen Lehrerinnen und Lehrer. in: Pfeiffer/Knab/Häcker/Klemm/Böpple 1998; S.73 – 78
- Pfeiffer, Ursula/Knab, Doris/Häcker, Werner/Klemm, Michael/Böpple, Eva (Hg.). Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen 1998
- Polzer, Hans-Jörg. Kranke Kinder als pädagogische Herausforderung für alle Schulen. in: VDS 2002; S. 23 – 31
- Pons. Globalwörterbuch lateinisch deutsch. Stuttgart; 2., neu bearbeitete Auflage, Nachdruck 1991
- Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Berlin 1998; 258., neu bearbeitete Auflage
- Pühl, Harald (Hg.). Handbuch der Supervision 2. Berlin, 1994
- Pühl, Harald (Hg.). Handbuch der Supervision. Berlin, 1992; 2. Auflage
- Rappe-Giesecke, Kornelia. Gruppensupervision und Balintgruppenarbeit. in: Pühl 1994
- Raupach, Matthias. Schulen für Kranke im Umbruch. Entwicklungslinien in der schulischen Arbeit mit kranken Schülerinnen und Schülern. in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 54. Jahrgang; 7/2003, S. 290 – 23
- Remschmidt, Helmut (Hg.). Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine praktische Einführung. Stuttgart/New York 1987; 2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage
- Roth, Jörg Kaspar. Hilfe für Helfer: Balintgruppen. München, 1988; 3. Auflage

- Rothmund-Timm, Rosemarie. Klinikunterricht und Heimatschulbesuche bei Schülern mit Diabetes mellitus im Olgahospital Stuttgart. in: Pfeiffer/Knab/Häcker/Klemm/Böpple 1998; S. 151 – 160
- Ruedin, Monique/Pfeiffer, Ursula. Mit den Heimatschullehrern im Gespräch. Lehrer-Nachmittage der onkologischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik Zürich. in: Pfeiffer/Knab/Häcker/Klemm/Böpple 1998; S. 114 – 116
- Sachverständigenkommission Zehnter Kinder- und Jugendbericht (Hg.). Materialien zum Zehnten Kinder- und Jugendbericht – Band 4. Integration von Kindern mit Behinderungen. Seelische, geistige und körperliche Behinderungen. Opladen 1999
- Schellhorn, Walter (Hg.). SGB VIII / KJHG. Sozialgesetzbuch – Achtes Buch – Kinder- und Jugendhilfe. Ein Kommentar für Ausbildung, Praxis, Rechtsprechung und Wissenschaft. Neuwied/Kriftel 2000; 2. Auflage
- Schmitt, Frieder (a). Hilfen zur Integration als Aufgabe der Schule für Kranke. in: VDS, 2002; S. 32 – 37
- Schmitt, Frieder (b). Auf dem Weg zur gemeinsamen professionellen Verantwortung für kranke Schülerinnen und Schüler. in: Pädagogische Impulse, 35. Jahrgang, 4/2002, gelbe Seiten S. 1 – 4
- Schmitt, Frieder. Perspektiven der inneren Schulentwicklung. in: Harter-Meyer 2000; S. 108 – 111
- Schmitt, Matthias. Die Bedeutung der Schule im Leben chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. in: Zeitschrift für Heilpädagogik, 42. Jahrgang, 8/1991; S. 497 – 502
- Schreyögg (Hg.). Supervision und Coaching für die Schulentwicklung. Bonn, 2000
- Schroeder, Joachim/Hiller-Ketterer, Ingeborg/Häcker, Werner/Klemm, Michael/Böpple, Eva. „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen 1996
- Sontag, Susan. Krankheit als Metapher. München/Wien 1978
- Staatliche Schule für Kranke München (Hg.). 20 Jahre Staatliche Schule für Kranke München 1984 – 2004; Eine Festschrift. München 2004
- Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung Abteilung Förderschulen (Hg.). Die Schule für Kranke – Erziehung, Unterricht und Förderung kranker Kinder und Jugendlicher in Bayern. Würzburg 1995
- Steinebach, Christoph (Hg.). Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg im Breisgau 1997
- Steinhausen, Hans-Christoph. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie. München/Jena 2002; 5. Auflage
- Stumm, Gerhard/Pritz, Alfred (Hg.). Wörterbuch der Psychotherapie. Wien 2000
- Verband deutscher Sonderschulen VDS, Fachverband für Behindertenpädagogik (Hg.). Das chronisch kranke Kind in der Schule. Würzburg 2002
- Volk-Moser, Andrea. Schule im Klinikum – pädagogischer Ort im medizinischen Feld. Dissertation, Reutlingen 2000
- von Hofacker, Nikolaus. Schulverweigerung – eine interdisziplinäre Herausforderung für die Schnittstelle zwischen stationärer Psychotherapie und Schule für Kranke. in: Staatliche Schule für Kranke München 2004; S. 35-36
- Warschburger, Petra. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Psychosoziale Belastungen und Bewältigungsanforderungen. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle 2000
- Wenninger, Gerd (Red.). Lexikon der Psychologie in fünf Bänden. Heidelberg/Berlin 2000; Band 1, A bis E
- Wiedenbauer, Rolf. Kriterien beobachtender Diagnostik in der Klinikschule. in: Pädagogische Impulse, 35. Jahrgang, 4/2002; S. 177 – 178