

Die Schule für Kranke: Wie sie wurde, was sie ist – und was sie sein könnte, wenn sie es sein dürfte



Wolfgang Oelsner

Zusammenfassung

Veränderungen in der Kinder- und Jugendmedizin infolge zunehmender psychischer und chronischer Erkrankungen führten seit den 1990-er Jahren zu einem Paradigmenwechsel in der Krankenpädagogik. Lehrkräfte der Klinikschulen antworteten auf die modifizierten Krankheitsbilder, Prävalenzen und Behandlungsmethoden überwiegend in Eigenregie und etablierten sich als anerkannte Kooperationspartner im medizinisch-therapeutischen System. Die Schule für Kranke kann auf konzeptionelle Alleinstellungsmerkmale verweisen, deren Effektivität jedoch schwach evaluiert ist. Die Schulform ist didaktisch besonders qualifiziert, um der aktuell zunehmenden „neuen Morbidität“ zu begegnen und Inklusionsbestrebungen zu unterstützen. Rigide schulrechtliche Vorgaben erschweren jedoch eine Synchronisation der Interventionen mit zeitgemäßen, flexiblen Behandlungsstrukturen, insbesondere hinsichtlich Prävention und Nachsorge.

Das Fragezeichen in der Schullandschaft

„Krankenhauschule“ wird oft in Anführungszeichen gesetzt. Nicht, weil diese Bezeichnung längst überholt ist. Eher sind es Modalisierungszeichen, Ausdruck einer Relativierung, manchmal auch Distanzierung: Mit dieser Schulform wusste und weiß man nichts so recht anzufangen. In der allgemeinen Schullandschaft ist sie mehr ein Exot denn eine Vertraute. Ertle (2002, S. 373) meint, es werde ihr sowohl das Image einer „Luxusveranstaltung“ übergestülpt wie „latente Verachtung“ entgegengebracht. Unkenntnis und Fehleinschätzung begleiten ihre über einhundertjährige Geschichte. Die Verschiedenartigkeit ihrer Rechtsstellung, Bezeichnung und Existenzgrundlage in den Bundesländern vermehrt noch die Fragezeichen hinter dieser Schulform (Volk-Moser, 1997; Steinhoff, 2007).

Auch nach der Umbenennung in „Schule für Kranke“, Mitte der 1980-er Jahre, blieben Fragezeichen. „Die Krankenpädagogik (befindet sich) derzeit in einem vorwissenschaftlichen Stadium, aber nicht in einem vor-theoretischen“, konstatierte Oskamp (1989, S. 41). Zwei Jahrzehnte später bemerkte Stein (2011, S. 328): „Es gibt sehr wenig Forschung. Hier besteht ein sehr großer Entwicklungsbedarf.“ Den Schwerpunkt sieht er in „einer bedarfsgerecht gestuften Nachsorge und Beratung“, diese „dürften spannende Brennpunkte der Diskussion um die zukünftigen Aufgaben von Schulen für

Kranke darstellen“. Und wie ein Ausrufezeichen fügt er an: „Ihre Bedeutung ist erheblich“ (ebd.).

Hillenbrand (2012) attestiert der krankenpädagogischen Praxis Effektivität: Sie leiste „Beiträge zur Reduktion von Exklusion und zur besseren Förderung von vielen Schülern mit psychischen Problemlagen im weiten Sinn“ (S. 36). Von ihrer Beratungstätigkeit bei der Rückführung von ehemaligen Klinikpatienten an die Allgemeine Schule „profitieren zahlreiche Schüler – auch solche, die nie eine Klinikschule von innen gesehen haben“. Auch erbringe sie „im Rahmen der Rehabilitation zugleich einen Beitrag zur Prävention“ (ebd., S. 24).

Heidenreich (2012, S. 9) stellt fest: „Die Schule für Kranke ist die erste inklusive Schule in Deutschland, die sich nie die Frage gestellt hat und sie auch nicht stellen konnte, welcher Förderort oder Förderbedarf für ein Kind festgelegt werden muss. Diese Entscheidung ist durch die akute Situation des Kindes festgelegt: Ein Kind ist schwer erkrankt, ... also wird es gefördert, unabhängig davon, in welche Schulform es sonst geht, wie alt es ist, ... welches Begabungsprofil es aufweist“.

Wie die Schule für Kranke wurde, was sie ist

Paradigmenwechsel und neue Prävalenzen im Gesundheitswesen

In den späten 1980-er Jahren führten Erkenntnisse in Diagnostik, Indikationsstellung, Behandlungstechniken, Therapiekonzepten sowie neue gesundheitspolitische Rahmenbedingungen zu Veränderungen in der Jugendmedizin. Beispielsweise wurden Intervallbehandlungen erprobt. Heute sind intermittierende Phasen von Klinik- und Elternhausaufenthalten selbst in der Kinderonkologie gängige Praxis (Frey, 2008, S. 148 f.). Krankheiten – besonders psychische und chronische – wurden neu erfasst und gewichtet. U. a. fand 1991 Asperger Autismus Aufnahme im Diagnoseschlüssel (ICD 10 F 84.5). Krankheitsbilder wie emotionale Störungen, Schulabsentismus, Essstörungen, juvenile Suizidalität oder selbstverletzende Handlungen weisen heute Prävalenzen auf, an deren Höhe vor zwanzig Jahren keiner denken mochte.

Die veränderten Vorgaben aus dem System Medizin und Therapie erforderten neben schuladministrativen Konsequenzen (etwa Gewährung von Nachteilsausgleich) vor

allein eine differenziertere didaktische Neuausrichtung in der Krankenpädagogik. Beispielsweise wird die pauschale Etikettierung „Verhaltensauffälligkeit“ zur Leerformel, wenn jugendpsychiatrische Differentialdiagnostik mehrere Krankheitsbilder in Betracht kommen lässt, etwa: autistische Spektrumsstörungen, neurologische Auffälligkeiten, komorbide Begleiterscheinungen von Tics, Zwängen, Angststörungen, bei Jugendlichen auch von Borderline Persönlichkeitsstörungen. Natürlich sind auch Erziehungsdefizite als Ursache nicht auszuschließen. Jede der Diagnosen erfordert didaktisch ein spezifisches, mitunter konträres Vorgehen.

Die von den Krankenversicherungen dokumentierte Verschiebung der Morbidität von den somatischen hin zu den psychischen Störungen bestätigt die Landesgesundheitskonferenz NRW mit einem Zuwachs von 20 % bei den unter Vierzehnjährigen allein zwischen 2005 und 2008. „Dieses als ‘neue Morbidität’ bezeichnete Phänomen wird zu einem großen Teil von Störungen der Emotionalität, des Sozialverhaltens sowie der motorischen, kognitiven und sprachlichen Entwicklung bestimmt. Insgesamt dominieren aggressiv-dissoziale Verhaltensauffälligkeiten, Angststörungen, Depressionen sowie Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörungen“ (Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen, 2010, S. 4 f.).

Die repräsentative KIGGS-Studie der OECD (Hölling, Erhart, Ravens-Sieberer & Schlack, 2007) weist auffällige Verhaltensweisen bei 14,7 % (11,5 % Mädchen, 17,8 % Jungen) aller untersuchten Drei- bis Siebzehnjährigen auf. Hillenbrand (2009, S. 8) weist auf die Stabilität psychischer Störungen in den Längsschnittstudien hin. Erwachsene mit psychischen Störungen beginnen vielfach als „Frühstarter“ im Kinds- und Jugendalter.

Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mitte der 1980-er Jahre gab es bundesweit nur 65 niedergelassene Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und rund 70 „klinische Einrichtungen“ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, von denen die wenigsten eigenständige Kliniken waren (Remschmidt & Schmidt, 1984). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie weist 2009 in ihren Zielsetzungs-/Orientierungsdaten das Zehnfache an niedergelassenen Fachärzten sowie 148 Fachkrankenhäuser bzw. Fachabteilungen in Deutschland aus (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. & Schepker, 2009, S. 12). Deren Konzepte und Behandlungsmodelle entwickelten sich im großen Tempo, was zu gravierenden Veränderungen in den Belegungsstrukturen führte. Einer Zunahme von Fallzahlen in der stationären kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung um 107 % zwischen 1991 und 2007 (von 20108 auf 41259 Fälle) steht eine Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer um 66,9 % (von 126,3 auf 41,8 Tagen) gegenüber (ebd., S. 17).

Die rund doppelt so hohen stationären Fallzahlen bei nur noch einem Drittel an Verweildauer erzwingen wesentlich frühere Klinikentlassungen. Das bedeutet nicht automatisch schnellere Heilung, sondern lediglich einen früheren Übergang vom stationären ins ambulante Behandlungssetting, der durch die erheblich verbesserte Versorgungsdichte möglich wurde. Solche Behandlungsmodifikationen begründet das System Medizin und Therapie ausschließlich therapeutisch, zuweilen auch mit technischen, belegungspolitischen Vorgaben. Pädagogische Begründungen können nicht geltend gemacht werden. Schleider und Hirsch-Herzogenrath (2009, S. 148) stellen fest: „Schüler und Schülerinnen der Schule für Kranke kehren jedoch immer häufiger nicht völlig genesen an die Allgemeinen Schulen zurück.“ Unter anderem ist dies ein Erklärungsgrund, warum laut einer Erhebung in Nordrhein-Westfalen (Oelsner & Reichle, 2008) rund ein Drittel aller Klinikpatienten nach der stationären Entlassung nicht in die Herkunftsklassen zurück gehen. Die Anträge auf einen übergangsweisen Verbleib in der Schule für Kranke geben der Krankenpädagogik eine Bedeutung über den Stationsaufenthalt hinaus (Haep, Weber, Steins & Brendgen, 2010, S. 411).

Der Beanspruchungszunahme stationärer jugendpsychiatrischer Behandlungen steht eine gegenläufige Entwicklung bei den somatisch begründeten Klinikaufenthalten gegenüber. Deren durchschnittliche Verweildauer je Kind ging von 9,1 Tagen (1991) auf 5,4 Tage (2005) zurück (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. & Schepker, 2009, S. 17). In der Schule für Kranke führte das zu einer Umkehr der Belegungsverhältnisse. Abgesehen von Schulen in Spezialkliniken (z. B. für Rheuma, Verbrennungen) lässt sich vereinfacht sagen: Schulen für Kranke konnten dort bestehen, wo parallel zur sinkenden Nachfrage und Verweildauer von somatisch Erkrankten Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie entstanden (Frey, 2008, S. 130). Anstelle der einst wenigen, zentralen Spezialkliniken oder Unterabteilungen an Kinderkliniken (Landesinstituts für Schule und Weiterbildung, 1985, S. 41) wuchsen ab den 1990-er Jahren eigenständige Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie heran. Der Begriff „Bettenbelegung“ wurde beibehalten, doch Architektur und Infrastruktur der Häuser gleichen eher Jugendheimen als Krankenhäusern.

Kooperation auf Augenhöhe

Mit der „neuen Kinder- und Jugendpsychiatrie“, mit der ärztlichen Fachgebietserweiterung um die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ und mit der Etablierung der ersten Tageskliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ende der 1980-er Jahre machte sich zunehmend eine Auffassung von Kinder- und Jugendpsychiatrie als „sprechender Medizin“ breit. Auch standen nicht körperliche Schmerzen, operative Eingriffe, Spritzen oder Medikamentengaben im Zentrum. Eher zeigten die behandlungsbedürftigen Symptome große Schnittmengen mit bekannten Verhaltensproblemen des Schulalltags. Manche zeigten sich auch nur dort oder dort besonders, einige erschienen gar durch Schule verursacht. Die Mehrzahl der Störungsbilder (etwa ADHS,

Störung des Sozialverhaltens, Schulverweigerung, Belastungen als Mobbingopfer, Leistungsblockaden) lagen jenseits des tradierten kernpsychiatrischen Aufgabenfelds wie etwa Anorexie, Psychosen oder Tourette-Syndrom.

Die neue Generation von Jugendpsychiatern sah, dass sie effektiver behandeln konnte, wenn ihr ein pädagogisches System zur Seite stand, das den therapeutisch aktivierten Ressourcen ihrer Patienten ein protektives Erprobungsfeld bot. Der Schule für Kranke erwuchs dadurch vermehrte Bedeutung und Akzeptanz im System Medizin. Aus „Helfern unter ärztlicher Leitung“ (Kollmar-Masuch, 1987, S. 155) wurden pädagogische Kooperationspartner auf Augenhöhe. Eine Formulierung des Zürcher Kinderpsychiaters Herzka gilt als Metapher sowohl für den Brückenschlag als auch die Trennschärfe des neuen Miteinanders von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Das psychisch kranke Kind braucht Therapie, weil es an Schwierigkeiten leidet, die man als Krankheit bezeichnen kann, und es braucht Pädagogik, weil es ein Kind ist“ (Herzka, 1988, S. 2).

Lehmkuhl, seinerzeit Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, referierte 1993 im Landesinstitut für Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen: „Eine enge Kooperation zwischen Lehrerinnen und Lehrern und Kinder- und Jugendpsychiatern (ist) aus beiderseitigem Interesse und vor allem im Hinblick auf die Kinder unabdingbar. Diese enge Verzahnung bei gleichzeitiger Abgrenzung des jeweiligen Arbeitsfeldes ist das Kennzeichen für eine gute und effiziente Kooperation dieser beiden Institutionen. Für die Klinik ist die Rückmeldung der Schule über das Verhalten des Kindes notwendig, um den Therapieprozess zu überprüfen, um zu sehen, ob das Kind in der Behandlung schon ausreichend stabilisiert werden konnte und ob die Anforderungen in der Gruppe und die Belastungen durch den Schulstoff schon geschafft werden können. Insofern können wir uns eine Klinik ohne Schule kaum noch vorstellen“ (Lehmkuhl & Oelsner, 1993, S. 46).

Rückmeldungen aus der Klinikschule sind für die Evaluierung von Diagnose und Behandlungsplan nur dann aussagekräftig, wenn neben schützenden Faktoren möglichst viel Schulrealität abgebildet wird. Eine dauerhafte „Nischenbeschulung“ bringt keine verlässlichen Prognosen für die Zeit nach der Klinikentlassung. In der Konsequenz erfordert das eine Infrastruktur, die jener von Allgemeinen Schulen nahe kommt. Längst nicht flächendeckend aber doch an etlichen Standorten wurden ab den 1990-er Jahren Schulen für Kranke entsprechend ausgestattet. Im Idealfall erhielten sie ein eigenes Gebäude mit Fachräumen für Naturwissenschaften, Hauswirtschaft, Werken sowie mit Möglichkeiten zur Gestaltung von Schulleben (Bühne, Sport-, Außen- gelände).

Auf dem Sonderpädagogischen Kongress 1992 in Berlin stellten Lehmkuhl und Oelsner für Klinik und Schule fest: „Die Krankenpädagogik hat sich in der Kooperation mit den zunehmenden jugendpsychiatrischen Einrichtungen einem Aufgabenfeld genähert, wie es unter dem Stichwort ‚multi-

funktionales Förderzentrum‘ in der sonderpädagogischen Diskussion ist. Auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben sich während der letzten Jahre Krankheitsbilder und Therapieformen gewandelt“ (S. 79). Ab den 1990-er Jahren machten auch die wissenschaftlichen Zweijahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie vermehrt Schule zum Schwerpunktthema: Würzburg, 1995 „Psychische Störungen und Schule“; zuletzt Essen, 2011 „Schule und Kinder- und Jugendpsychiatrie“; Rostock, 2013 mit dem Vorkongress „Verrückt nach Inklusion? Das Bildungssystem im Übergang“.

Reaktionen krankenpädagogischer Lehrkräfte

Literatur vor 1980, etwa das Standardwerk von Wienhues (1979), spiegelt noch überwiegend die Zeit des „somatischen Primats“ in der Krankenpädagogik. Für die Epoche danach kommt Wertgen (2012a) der Verdienst eines Überblicks „Deutschsprachiger Monografien im Themenfeld ‚Pädagogik bei Krankheit‘ ab 1995“ zu. Die setzten etwa zeitgleich mit dem Anwachsen der Kinder- und Jugendpsychiatrien ein. Zunächst waren es Lehrkräfte, die aus ihrer Praxis heraus didaktische wie schulpolitische Konsequenzen formulierten (u. a. Below, 1985, Lange, 1984, Tamblé, 1986) und ein erweitertes Berufsbild krankenpädagogischer Fachkräfte zeichneten (u. a. Ertle & Schmitt, 1997, S. 225 ff.). 1995 hieß es auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie plakativ: „Schule für Kranke – pädagogischer Förderort statt Nachhilfe auf Krankenschein“ (Oelsner, 1995, S. 39 f.).

Seit 1998 gibt es einschlägige Empfehlungen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder (Sekretariat der Kultusministerkonferenz, 1998). Darauf abgestimmte Richtlinien für „Unterricht bei langer Krankheit“ wurden in einigen Bundesländern zwar entworfen aber – eine Ausnahme ist Hessen – nicht implementiert. Auch wird weder in der ersten noch in der zweiten Phase der staatlichen Lehrerbildung „Pädagogik bei Krankheit“ gelehrt (Wertgen, 2012b, S. 60). Konzeptionelle Beiträge zu einer „Pädagogik bei Krankheit“ blieben weiterhin vorwiegend der Initiative von Praktikern des Klinikschulalltags überlassen (u. a. Knopp & Napp, 1995 ff.; Schroeder, Hiller-Ketterer, Häcker, Klemm & Böppe, 2000; Kollmar-Masuch, 2004; Hinne-Fischer, Flachskamp, Rittmeyer, Rotthaus & Wertgen, 2007; Ruedin, 2010; Frey & Wertgen, 2012), manchmal im Verbund mit Lehrstühlen (u. a. Ertle, 1997, 2000; Harter-Meyer, 2000a, 2000b; Steins, 2008a; Flitner, Scheid & Ostkämper, 2013) oder auch mit Ministerien (u. a. Niedersächsisches Kultusministerium & Landessportbund Niedersachsen, 2007; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1995; Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport, 2009).

Der Wunsch nach Reflektion und Evaluation der eigenen Arbeit ließ 1992 Kliniklehrkräfte den Arbeitskreis „Schule und Psychiatrie – SchuPs“ gründen. Dessen Jahrestagungen etablierten sich mittlerweile bundesweit auf Kongressniveau. Die in der Jahreszeitschrift SchuPs veröffentlichten Aufsätze sind vorwiegend Erfahrungsberichte und nicht als Studien intendiert. So gilt weiterhin die Feststellung Ertles (2002):

„Derzeit kann noch nicht auf kontinuierliche Forschung und deren Ergebnisse verwiesen werden, wohl aber auf dringende Desiderate der Forschung. Was bereits vorliegt, sind Einzelberichte“ (S. 377).

Die Schule für Kranke – eine Schule eigener Art unter dem Dach einer gemeinsamen Krankenpädagogik

In einigen Bundesländern hat die Schule für Kranke heute den Status einer „Schule eigener Art“. Der Abschlussbericht des siebten Kongresses europäischer Krankenpädagogen „Das kranke Kind – aufgehoben im Netzwerk von Pädagogik und Medizin“, in München 2010, greift diese Rechtsposition mit einem Wortspiel auf: „Die Schule für Kranke ist das, was es ohne sie nicht gäbe. Rechtlich ist sie eine ‚Schule eigener Art‘. Sie ist auch eine Schule einzigartiger, notwendiger Art. Ihr Alleinstellungsmerkmal liegt in der Integration von Maßnahmen“ (HOPE Sektion Deutschland, 2010, S. 111). Gemeint sind Strukturen, wie sie in anderen Schulen zwangsläufig nicht existent sein können und – angesichts der überwiegenden Gesundheit derer Klientel – auch nicht existent sein müssen.

Die nachfolgend aufgeführten Alleinstellungsmerkmale kristallisierten sich überwiegend in der Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen heraus, doch sie sind nicht auf diese begrenzt. Auch bei somatischen Erkrankungen werden heute psychische Einflüsse gesehen. Der Fachjargon „Cross-over-Patient“ deutet auf eine Inanspruchnahme von pädiatrischen wie psychischen Fachdisziplinen hin. Hämatologische und onkologische Langzeiterkrankungen, Chronifizierungen bei nephrologischen Erkrankungen, Stoffwechselstörungen (u. a. Mukoviszidose), Rheuma, Diabetes, schwere Allergien oder Migräne sind nur wenige Beispiele, die erheblich die Psyche und damit das Lernvermögen belasten. Einst erkennbare Spaltungstendenzen in eine Krankenpädagogik für psychische und eine für somatische Krankheiten erklärte der HOPE-Kongress für überwunden: „Wir Krankenpädagogen verstehen uns sämtlich als pädagogische Fachkräfte für Kinder und Jugendliche mit krankheitsbedingten Lernschwierigkeiten. Lernprobleme, die krankheitsbedingt sind, gehen immer mit Lebensproblemen einher. Dieser Auftrag eint uns“ (ebd., S.111).

Alleinstellungsmerkmale der Schule für Kranke

Psychosoziale Parameter werden in allen Schulformen berücksichtigt. Singulär in der öffentlichen Schullandschaft ist jedoch das interdisziplinär vernetzte Bedingungsfeld einer Schule für Kranke. Das ermöglicht eine Unmittelbarkeit, Permanenz und Intensität von interkollegialer Reflexion und Evaluation, sowie eine fortlaufende Dynamisierung der Maßnahmen. Nicht Addition der folgenden zwölf Aspekte macht den Effekt, sondern deren permanente Integration in jeglichem Unterricht.

Hohe interdisziplinäre, multiprofessionelle Kooperation
Räumlich „kurze Wege“ und strukturell verankerte Besprechungsrhythmen ermöglichen ein Höchstmaß an interdisziplinärer Kooperation zwischen den Berufsfachgruppen

(Wertgen, 2012c, S. 225). Gleichzeitig wahrt Schule durch die i. d. R. von der Klinik entkoppelte Trägerschaft und eigene Diensthierarchie (staatliche Einrichtung) ihre Identität, Schule zu sein.

Diagnosebasierte Didaktik

Kenntnisse der Krankheitsspezifika und komorbiden Begleiterscheinungen sind maßgebend für Stoffinhalt, Methodenvwahl und Medieneinsatz im Unterricht bei kranken Schülern. Sie bestimmen die curriculare Auswahl, Sozialform wie Belastungszumutungen. Ohne differentialdiagnostische und tagesaktuelle Informationen über die oft sehr dynamischen Krankheitsverläufe kann Unterricht unproduktiv, gar kontraproduktiv werden, etwa bei Schulverweigerung (Oelsner, 2012, S. 159 f.). Die Dynamik und Permanenz des fachübergreifenden Austauschs gehen über den sonderpädagogischen Standard einer „Diagnosegeleiteten individuellen Förderung“ (Verband Sonderpädagogik, 2007, S. 78) hinaus.

Schule als Diagnostikum im Behandlungsverlauf

Aussagen über schulische Belastbarkeit, über Lernmotivation, Leistungsvermögen, Sozialverhalten und Selbststeuerung sind Rückmeldungen aus der Klinikschule, die im therapeutisch-medizinischen System unmittelbar die Behandlungsinterventionen beeinflussen. Besonders bei geplanter Rückführung in die Stammschule sind die Erfahrungen im System Schule wichtige Indikatoren für das System Medizin, um rehabilitative Anstöße ohne Rezidiv provozierende Überforderung zu geben.

Therapeutisches Verstehen als Optimierung pädagogischen Handelns

In der Zusammenarbeit mit dem Klinikpersonal lernen Lehrkräfte zunehmend therapeutisch zu sehen. Handeln werden sie jedoch stets als Schulpädagogen. Ihr Instrument bleibt die Didaktik auf der Basis von Empathie. Die Vielfalt therapeutischer Interventionen nimmt keine Präferenz einer bestimmten Therapie-Richtung vor. So können verhaltenstherapeutische Kenntnisse hilfreich sein beim Einsatz von „Punkteplänen“ und zeitnahe Ergebnissrückmeldungen im Unterricht begründen. Systemische Sichtweisen helfen zu erkennen, wenn familiäre Rollendelegationen zu krankmachenden Leistungshemmungen führen. Fähigkeiten in der Gesprächstherapie geben Sicherheit in der Elternberatung. Psychodynamisches Verstehen macht Lehrkräfte sensibel für „Übertragungsfallen“, Projektion oder Identifikation und schützt sie vor unbewusstem Mitagieren im neurotischen System.

Multiprofessionelle Reflexion unterrichtlicher Beziehungsdynamik

Die Berücksichtigung der Beziehungsebene ist originärer Bestandteil des Unterrichtens in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Steins, 2008b, S. 22). Sie ist kein Monopol der Kranken- oder Förderpädagogik, allerdings auch keins der therapeutischen Berufsgruppen. Klinikpädagogen rechnen damit, dass Schüler die Defizite und Ängste ihrer Lebenswirklichkeit auch an unterrichtenden Bezugspersonen stellvertretend abarbeiten. Bei Jugendlichen mit Borderline-

Symptomatik ist das vermehrt zu erwarten. Ein reflektiertes Lehrerverhalten kann beitragen, dass die Affekte eines Schülers ins Leere laufen und er sich neu zu positionieren lernt.

Stoffauswahl unter Berücksichtigung psychodynamischer Parameter

An gezielten Unterrichtsstoffen aus Literatur, Geschichte, Politik oder Religion können exponierte Stimmungslagen mancher Schüler (z. B. „Rache“, „Kleinheitsgefühl“, „Omnipotenz“) thematisiert werden. Historische oder literarische Figuren bieten Projektions- oder Identifikationsmöglichkeiten und ein Angebot zur Affektdistanzierung zugleich. Unterricht bietet eine „Chance zur Mentalisierung der Affekte“ (Oelsner, 2010, S. 183). Krankenpädagogik setzt damit nicht primär therapeutische Ziele. Vielmehr vermag ein die Lebensrealität thematisierender Unterricht Effekte hervorzubringen, die auch die Therapie anstrebt.

Die Klinikschule als „haltender Rahmen“

Schüler mit instabiler Persönlichkeit können den Besuch der Klinikschule als „Containment“ (Winnicott, 1973) erleben. Der gewährt jene äußere Struktur, die bei unzureichender innerer Struktur benötigt wird, um neue Schritte zu wagen, die oft noch ängstigend und schambesetzt sind. Sie auszuklammern oder nur im Schonraum abzubilden, ist nicht zielführend. Lerngruppen einer Schule für Kranke bilden hier Aspekte von Realität und Schutz gleichermaßen ab.

Curriculares Generalistentum versus Fachlehrerprinzip

Schüler suchen – trotz mancher Opposition – in der Lehrperson auch eine „haltende Instanz außerhalb des therapeutischen Settings“, die ihre expansiven wie regressiven Seiten aushält. Das erfordert Beziehungsarbeit vorrangig vor disziplinarischen Einwirkungen. Je jünger oder belasteter ein Schüler ist, desto mehr geht das Klassenlehrerprinzip vor dem Fachlehrerprinzip. Der damit verbundene Mangel an fachspezifischer Kompetenz ist zu verantworten, wenn der „Kippunkt“ im Blick bleibt, ab dem ein Schüler sich auch mit weniger personaler Beziehung erhöhten Fachanforderungen stellen kann.

Ganzheitliches Lernen versus sektoriserten Behandlungssettings

In Klinik wie in Schule gilt das Interesse dem Kranken und nicht der Krankheit. Jedoch sektorisieren Sachzwänge des Klinikbetriebs und auch ein wissenschaftlicher Gründlichkeits- und Präzisionsanspruch den Stationsablauf eines jungen Patienten. Lerngruppen, Projektarbeit und Schulleben hingegen bieten Betätigungsfelder, in denen „Hirn, Herz und Hand“ vielfach ganzheitlich eingebracht werden.

Krankheitseinsicht und -bewältigung als immanente Bestandteile im Unterricht

Schule kann jene Konfliktfelder wiederbeleben, deren unzureichende Bewältigung zur Erkrankung beitrug. Jede Mathematikaufgabe, jede Fremdsprachenübung kann zu Phantasien zwischen Versagen und Grandiosität führen. „Gravierende unrealistische Selbstkonzeptentwicklungen während der Schulzeit“ (Steins, 2008b, S. 31), benötigen Zeit

und unzählige kleine Übungseinheiten, bis das Real-Ich sich mit den Sehnsüchten des Ideal-Ichs aussöhnt. Je vertrauensvoller auch die Lehrperson sich vom Austausch mit den medizinisch-therapeutischen Fachkräften „gehalten“ weiß, umso sicherer kann sie sich bei kranken Schülern als Helfer, Provokateur, Tröster, Begrenzer, Urteiler oder Motivierender einbringen.

Elternarbeit auf der Folie von Verletztheit

Kliniklehrkräfte werden die Erwartung mancher Eltern an eine rein Stoff kompensierende „Nachhilfe im Krankenhaus“ behutsam enttäuschen müssen. Vor einer neuen Zukunftsorientierung steht die Akzeptanz von Begrenzung, die Einsicht, „dass sie persönliche Wünsche nicht realisieren, Ziele nicht erreichen können und Lebensperspektiven vorerst, manchmal auch langfristig korrigieren müssen“ (Wertgen, 2009, S. 310). Die Verletzungen, gar Zerstörungen von Lebenskonzepten liegen mal im Verlust von Körperfunktionen (Unfall, Tumor o. a.) begründet, mal in der Perspektive nach der Diagnose „Autismus“ (Oelsner, 2010, S. 190; Stein & Barkowski, 2013, S. 67). Es gehört zur krankheitspädagogischen Professionalität wütendes Aufbegehren als entstellte Trauerarbeit zu erkennen und auf projektive Zuschreibungen nicht affektiv zu antworten, sondern auch elterlichen Ängsten als „Container“ zur Verfügung zu stehen.

Durchgangsstatus, Heterogenität und Subsidiarität als tradierte Normalität

Wie keine andere Förderschulform erfüllt die Schule für Kranke per definitionem die Kriterien von Subsidiarität und zeitlicher Limitierung. Sie „agiert vorwiegend als integrative, bzw. reintegrative Einrichtung“ (Tamblé, 1992, S. 80). Wechselnde, heterogene Schülerklientel und hoch individualisierte Lernrhythmen auf allen curricularen Niveaus unter erschwerten, manchmal existenzbedrohenden Lebensbedingungen haben Tradition (Heidenreich, 2012, S. 9).

Was die Schule für Kranke sein könnte – wenn sie es sein dürfte

Unzeitgemäße Erlasslage

Die begriffliche Loslösung vom Ort der Behandlung („Schule für Kranke“ statt „Krankenhausschule“) täuscht eine schulrechtlich synchrone Entwicklung zur medizinischen Behandlungsvielfalt samt ambulanter Präventiv- und Nachsorgeaufgaben vor. Tatsächlich aber blieb die Zugangsberechtigung zur Schule für Kranke vom Ort der Behandlung (Krankenhaus) und der Dauer der voraussichtlichen Liegezeit (je nach Bundesland vier oder sechs Wochen) abhängig. Moderne Behandlungskonzepte haben sich von solch pauschalen Voraussetzungen jedoch weit entfernt (Lehmkuhl, Holtmann, Poustka & Steiner, 2013, S. 1465). Die Erlasslage verfehlt somit die Lebenswirklichkeit und erweist sich mit ihren Vorgaben als unzeitgemäß, einengend, mitunter auch als blockierend – pädagogisch wie therapeutisch.

Ein Spielraum innerhalb der rigiden Zugangsberechtigungen bleibt den Schulaufsichten durch die Möglichkeit von Einzelfallentscheidungen. Die werden bei Anträgen auf außerstationären Besuch der Klinikschulen auch oft getrof-

fen, in besonderen Problemlagen von den Schulbehörden gar selbst erfragt. Doch ermessens- und personenabhängige Rechtslagen sind fragil und konzeptionell wenig berechenbar. Besonders im Umfeld von Kontrollen durch Rechnungsprüfungsämter sind schwankende Bewilligungsbereitschaften festzustellen. Das ist nachvollziehbar, denn angesichts der Häufigkeit der Anträge ist es eine Mogelpackung, von „Einzelfällen“ zu reden und als Ausnahme zu deklarieren, was Behandlungsstrukturen als Standard erfordern.

Andere Zeittaktung bei psychischen Gesundheitsprozessen

Medizintechnische Fortschritte (z. B. arthroskopische Operationen) ermöglichen Patienten eine Bewegungsoptimierung, die eine rasche Rückkehr in die Stammschule zulässt. Deshalb muss heute in den wenigsten Orthopädien (einst Keimzelle der Schule für Kranke) noch Klinikunterricht angeboten werden. Behandlungsverläufe in der „sprechenden Medizin“, Psychiatrie und Psychotherapie, sind von technischen Entwicklungen hingegen kaum abhängig. Der Faktor Zeit spielt hier eine andere Rolle. Angstgestörte können unter Behandlungszeitdruck mit Symptomverschärfung reagieren, in postpsychotischen Genesungsphasen droht gar ein Rezidiv. Dennoch erzwingt die schulische Rechtslage beim Wechsel von stationärer zu ambulanter Behandlung eine Rückkehr in die Stammschule. Raupach (2003) postuliert daher eine „Sicherstellung begleiteter Übergänge“ (S. 321 f.).

Die Ergebnisse „einer ersten großen Studie zur Effektivität stationärer kognitiv-behavioraler Therapie bei Jugendlichen mit ausgeprägtem, chronifiziertem Schulabsentismus und komplexen psychischen Störungen“ (Walter, Hautmann, Ziegert, Glaser, Lehmkuhl & Döpfner, 2010, S. 189) belegen, dass die Belastungsfähigkeit zum Besuch der Allgemeinen Schule keineswegs immer mit dem Datum der stationären Entlassung identisch ist. Zwar zeigte sich durch stationäre Behandlung „ein deutlicher Rückgang des Schulabsentismus, der im Katamnesezeitraum weitgehend stabil bleibt ... Die Studie zeigt allerdings auch, dass zum Zeitpunkt des – stationären – Behandlungsabschlusses gut die Hälfte, und zwei Monate nach Abschluss noch mehr als ein Drittel der Jugendlichen einen geschützten schulischen Rahmen benötigen – weitere Beschulung auf der Klinikschule – und noch nicht in das Regelschulsystem reintegriert werden konnten“ (ebd.). „Hausunterricht“ kann in solchen Übergangszeiten kein Ersatz sein. In psychiatrischen Behandlungen gilt er fachlich meist als kontraindiziert (Blanz, Remschmidt, Schmidt & Warnke, 2006, S. 251; Oelsner, 2013, S. 1427).

Fortführung der Behandlung in klinikähnlichen Einrichtungen

Psychische Erkrankungen, die sich erst im Jugendalter zeigen, können sehr hartnäckig sein. Die Behandlungen werden dann nicht nur langwierig, sie erfordern nach der stationären Akutintervention auch fachspezifische Anschlusshilfen. Nach Fegert, Besier, Kölch und Schmid (2013, S. 1398) wird für 11 % bis 25 % der stationär Behandelten Jugendhilfe nach § 35a SGB VIII als Anschlussmaßnahme beantragt. Durch Wechsel der Kostenträgerschaft gelten sie nicht

weniger als medizinisch-therapeutisch indiziert. Die aufnehmenden Häuser verlangen eine psychiatrische Indikation als Zugangsberechtigung. Mitunter gibt es Kooperationsverträge mit den zuweisenden Kliniken, die rasche Interventionsangebote auch im ambulanten Setting zusichern. Solche Zusagen sind auch Basis für einen außerstationären Verbleib in der Klinikschule.

Lehmkuhl, Holtmann, Poustka und Steiner (2013, S. 1466) resümieren im Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie: „Dass unsere Patienten oft gleichzeitig Kranken- und Jugendhilfe benötigen, ist eine klinische Grunderfahrung. Hier besteht durch die Trennung der Sozialgesetzbücher eine Sektorisierung, die eine integrierte Behandlung erschwert.“ Schulerlasse sind solch ein Sektor, den es zu koordinieren gilt. Die Erlass-Formulierung „vergleichbar medizinisch-therapeutische Einrichtung“ (NRW RdErl. vom 20.1.2004) passt auf viele Maßnahmen im nachstationären Anschlusssektor. Doch als Berechtigung zum Verbleib in Klinikschulen werden sie in Frage gestellt, sofern Kostenträger außerhalb des Gesundheitswesens beansprucht werden. Die Richtlinien in Bayern hingegen stellen „Einrichtungen der Jugendhilfe mit ähnlichen Aufgaben“ Krankenhäusern gleich und erkennen sie als Zugangsberechtigung für die Schule für Kranke an (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1999, § 3).

Inklusion – nicht im Widerspruch zur zeitweiligen Separierung

Für Patienten mit „klassischen“ somatischen Krankheitsbildern liegen neben langjährigen Erfahrungen auch erprobte Konzepte und Materialien vor, um eine erfolgreiche Rückkehr in ihre Heimatschulen zu unterstützen (u. a. Schroeder et al., 2000).

Schwieriger zu integrieren sind in den Herkunftsschulen Betroffene mit nicht sichtbaren Symptomen, etwa infolge chronischer Krankheiten des kardiologischen, nephrologischen, neurologischen oder endokrinologischen Spektrums, sowie Symptombilder der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Weber, Welling und Steins (2012, S. 111) eruierten, dass Schulphobikern, die allgemein nicht als expansiv und störend gelten, eine Breitseite negativer Stigmata von Mitschülern entgegenschlägt. Einige Lehrkräfte zeigten sich bei der schulischen Reintegration von Schülern allein durch deren Herkunftshinweis „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ unangenehm eingenommen. Andere wiederum konnten die therapeutische Empfehlung, Schülern keinen Schonraum zu gewähren, nicht konsequent umsetzen und verstärkten damit deren Vermeidungsverhalten.

Für Schülerinnen und Schüler beispielsweise mit autistischen Spektrumsstörungen, mit Zwangsstörungen, bipolaren Persönlichkeitsstörungen, hartnäckiger Schulphobie, chronifizierten Angststörungen, labiler suizidaler Tendenz oder mit massiven Impulskontrollstörungen müssen Schulen Elemente eines Bedingungsfelds vorhalten, das in Klinikschulen der Psychiatrie weitgehend Standard ist. Wenn die Elemente sich hinreichend in Allgemeinen Schulen implementieren, organi-

sieren und finanzieren lassen, ist damit noch nicht die Frage beantwortet, ob sich Gesundungsprozesse eher inklusiv oder eher im Schutz einer vorübergehenden Separierung effektiv und nachhaltig einstellen können.

Der Berliner Schulsenat veröffentlichte im Bemühen um Inklusionsziele 2012 eine Expertise zur Reform der Lehrerbildung. Die FAZ berichtete darüber unter der Überschrift „Inklusion nicht ohne zeitweise Trennung“ (Schmoll, 2012, S. 8). Die Formulierung zielte auf die kleine, wenngleich zunehmende Gruppe psychisch extrem gestörter Kinder und Jugendlicher. Für diese seien „Einrichtungen vorzuhalten, die eine intensive therapeutische Betreuung mit Unterrichtsangeboten verbinden“ (ebd., S. 8). Ferner wird in der Expertise das Hinzuziehen „weiterer Fachleute auch aus der Jugendpsychiatrie“ (ebd., S. 8) angeraten, die jedoch in eine Kapitulationserklärung der Schulpädagogik mündet: „In solchen Fällen müsse die Schulpflicht ausgesetzt werden und eine therapeutische Einrichtung an die Stelle der Schule treten“ (ebd., S. 8).

Im Grunde ruft die Berliner Expertise nach einem Subsystem, das mit den Schulen für Kranke im öffentlichen Schulwesen vielfach gegeben ist – und dies unter Wahrung der Schulpflicht und einer i. d. R. guter Compliance von Schülerklientel und Eltern. In Kooperation mit Kliniken bilden sie Aspekte einer vorübergehenden Spezialförderung ab, wie sie Hillenbrand (2009, S. 17) aus den USA als „Multisystemic Therapy“ beschreibt: Als „die Notwendigkeit intensiver Maßnahmen, die gleichzeitig in mehreren Systemen stattfindet. ... Die Kooperation der Schule mit der Jugendhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie – so zeigt dieser evidenzbasierte Ansatz – ist in diesem Feld unverzichtbar“.

Infolge der Asynchronität von zunehmenden Beanspruchungsnachfragen und staatlicher Zugangsrigidität entstehen private Selbsthilfe-Lösungen im System Medizin, die konzeptionell beispielhaft sein mögen, schulpolitisch aber fraglich bleiben. Michael von Aster, Direktor der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Trägerschaft des Deutschen Roten Kreuzes, Berlin, gründete 2009 mit dem „Zentrum für schulische und psychosoziale Rehabilitation“ eine staatlich anerkannte Ersatzschule. Dort werden flankierend zur Therapie Schüler in Spezialbeschulung für das Regelsystem befähigt, unabhängig vom Status ihres Behandlungssettings (Spiewak, 2010).

Prognose und Aufgaben der Zukunft

In vielen „Einzelfallentscheidungen“ gestatten Schulaufsichten derzeit Ausnahmen zum Verbleib in Klinikschulen ohne stationäre Behandlung. Es gilt, aus den engagierten Einzelaktionen rechtgesicherte Strukturen zu schaffen. Zumal weitere Beanspruchungszunahme zu erwarten ist. Die WHO prognostiziert bis 2020 eine weltweite Zunahme der Inanspruchnahme von 50%. Bis 2001 seien nur die Hälfte der als behandlungsbedürftig diagnostizierten Kinder tatsächlich behandelt worden (Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. & Schepker, 2009, S. 8).

„Zentrum für Pädagogik bei Krankheit“ als schulpolitische Aufgabe

Aus dem Kreis der Lehrkräfte an Schulen für Kranke und ihrer Verbände liegen Initiativen und konzeptionelle Formulierungen vor. Es sind Antworten auf drängende Aufgaben, die mit dem Ansteigen psychischer Erkrankungen auf Schulen zukommen werden (u. a. Polzer, 2002; Seebach, 2004; Gärtner, 2007; Busch, 2010; Verband Sonderpädagogik Landesverband Bayern, 2010; Verband Sonderpädagogik Nordrhein-Westfalen, 2011; Frey & Wertgen, 2012). Es ist zu wünschen, dass die noch fragmentierten Ansätze gebündelt und wissenschaftlich begleitet werden, um von den Schuladministrationen entdeckt und zugelassen zu werden.

Begrifflich, konzeptionell und strukturell geht es um folgende Punkte:

- Schulen für Kranke „entwickeln sich immer mehr zu sonderpädagogischen Beratungs- und Kompetenzzentren ganz eigener Art, die weit hinein in die Allgemeinen Schulen wirken“ (Verband Sonderpädagogik Landesverband Bayern, 2010, S. 6). In Baden-Württemberg tragen einige Klinikschulen den Zusatztitel „Zentrum für Pädagogik bei Krankheit“ (Gärtner, 2007, S. 412 f.). Außerschulische Disziplinen wie Medizin, Psychologie, Jugendhilfe und Arbeitsverwaltung rufen deren kooperierende Dienste vermehrt ab.
- Eine Umbenennung in „Schule mit dem Förderschwerpunkt Pädagogik bei Krankheit“ (Verband Sonderpädagogik Nordrhein-Westfalen, 2011, S. 10) würde die tatsächliche Kompetenz der „Schule eigener Art“ als Unterstützungsangebot in der öffentlichen Schullandschaft erkennbar machen. Zudem lege die Schule für Kranke eine begriffliche Stigmatisierung ab. Als einzige Schulform definiert sie sich noch durch die Defizite ihrer Klientel.
- Zeitgemäße „Pädagogik bei Krankheit“ muss der „Regionalisierung und Ambulantisierung des Behandlungssystems“ (Verband Sonderpädagogik Nordrhein-Westfalen, 2011, S. 6) Rechnung tragen. Sie kann nicht anachronistisch auf ein stationäres Setting begrenzt bleiben.
- Die Entkoppelung von stationären „Liegezeiten“ bedeutet kein Abrücken vom Subsidiaritätsverständnis der Schule für Kranke. Vorrang hat der Erhalt der Stammschule als Lernort, bzw. die Rückführung nach dort oder in ein angemesseneres Fördermilieu. Der Besuch der Schule für Kranke legitimiert sich allein aus den vorübergehenden Notwendigkeiten eines Förderbedarfs, der auf didaktische Besonderheiten (s. „Alleinstellungsmerkmale“) angewiesen ist, um effizient und nachhaltig zu wirken.
- Besonders mit Blick auf Prävention und Inklusion leistet ein „Zentrum für Pädagogik bei Krankheit“ auch Beratung (Verband Sonderpädagogik Nordrhein-Westfalen, 2011, S. 16 ff.). Die kann in Kooperation mit Klinikfachleuten als regelmäßige „Schulsprechstunde“ (Lehmkuhl et al., 2013, S. 1465) stationär angeboten werden oder akzidentiell mobil (Schleider & Hirsch-Herzogenrath, 2009, S. 154). „Beratung als Aspekt sonderpädagogischer Kompetenz

und Professionalität“ (Stein, 2012, S. 283) begleitet die „Aufsuchende Hilfe“ von Pädiatrie und Jugendpsychiatrie (Wertgen, 2012c, S. 227).

- Den politischen Gremien der Länder ist wahrnehmbar zu machen, wo ihre unterschiedlichen Ressorts sich ungewollt gegenseitig blockieren. Wenn die Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (2010, S. 16) in Bezug auf Prävention und Behandlung psychischer Krankheiten ein Nebeneinander der Hilffsysteme und mangelnde Abstimmung beklagt, ist dies auch der rigiden Erlasslage des Kooperationspartners Schule geschuldet.
- Kliniken und Klinikschulen werden gemeinsam Forschungsanstrengungen unternehmen müssen, um zu begründen, warum es für den Behandlungsprozess suboptimal, hemmend ist oder gar Rückfälle provoziert, wenn die Schule für Kranke sich nur auf die „Sicherstellung von Unterricht ... zur Vermeidung von Lernrückständen“ beschränken dürfte (Berndt, 2006, S. 185 f.).
- Effekte müssen evaluiert werden, die bislang mehr durch Einzelaktionen dokumentiert sind (u. a. Müller-Rösler, Lehmkuhl & Oelsner, 2012). Denen zufolge liegen Wirkparameter für Genesung und Reintegration auch und gerade in Unterrichtsfächern (z. B. Sport, Hauswirtschaft, Werken, Musik, Kunst, Informatik) und Aktionen des Schullebens (Theater, Jahresfeste), die nicht zu den so genannten Kernfächern zählen.
- Es gilt, einen – ungewollten – exkludierenden Automatismus zu vermeiden, wonach jeder formal zugangsberechtigte Patient auch durch die Schule für Kranke unterrichtet werden muss. Für einige Stationspatienten ist es sinnvoller, von der Klinik aus ihre Stammschule oder eine der kooperierenden Nachbarschulen zu besuchen, wenn dies der Gesundung dienlich und technisch möglich ist (Kollmar-Masuch & Oelsner, 2006, S. 143 f.). Hier ist Rechtssicherheit anzustreben.

Resümee

Schule sieht sich aktuell einer Doppelherausforderung gegenüber: Sie soll den Inklusionsauftrag gestalten und schulische Antworten auf steigende Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen finden. Die Schule für Kranke kann hier einen wichtigen pädagogischen Beitrag leisten, wenn sie rechtlich nicht in anachronistische Limits gezwängt wird. Gleichwohl bleibt sie eine explizit vorübergehende, subsidiäre Einrichtung, stets in Korrespondenz mit anderen Fachdisziplinen und der Stammschule der Patienten.

Mit einer Anpassung der Zugangsberechtigung an moderne Behandlungsstrukturen vollzöge die Schuladministration eine Erkenntnis, die Lehmkuhl et al. (2013) im Schlusskapitel des Lehrbuchs der Kinder- und Jugendpsychiatrie für ihre Disziplin so formulieren: „Die bisherige Fixierung auf das Krankenhausbett als Leistungserbringungsgrundlage erscheint angesichts der praktischen Herausforderungen nicht mehr zeitgemäß“ (ebd., S. 1465).

Prä- und poststationäre Aufnahmen verlängern zwar die Verweildauer manches Patienten in der Schule für Kranke, dienen jedoch der Vermeidung von Rezidiven, Wiederholungsaufnahmen und Chronifizierungen. Es wäre spannend zu erforschen, wie viel weniger „Förderbeschulungstage“ in der Summe ein verlängerter Verbleib in der Schule für Kranke bewirken kann.

Schlüsselwörter

Pädagogik bei Krankheit, konzeptionelle Alleinstellungsmerkmale, diagnosebasierte Didaktik, neue Morbidität, flexible Behandlungsstrukturen.

Literatur

- Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (1999). *Verordnung über die Errichtung und den Betrieb sowie Schulordnung der Schule für Kranke in Bayern*.
- Below, U. von (1985). *Stellungnahme zu Irene Tamblé: Schule für Kranke: Schule für kranke Schüler oder kranke Schule?* Zeitschrift für Heilpädagogik, 36, S. 531.
- Berndt, W. (2006). *Die Schule für Kranke ist nicht mehr Sonderschule*. Schulverwaltung NRW, 6, S. 185-187.
- Blanz, B., Remschmidt, H., Schmidt, M. H. & Warnke, A. (2006). *Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter: Ein entwicklungs-psychopathologisches Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. & Schepker, R. (2009). *Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*. Ravensburg.
- Busch, C. (2010). *Pädagogik bei Krankheit*. Verband Sonderpädagogik Nordrhein- Westfalen Mitteilungen, 3, S. 43-46.
- Ertle, C. (Hrsg.) (1997). *Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Schule und Unterrichtsorganisation in Kliniken und Spezialklassen*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ertle, C. & Schmitt, F. (1997). *Auf dem Weg zur Professionalität des Kliniklehrers*. In C. Ertle (Hrsg.), *Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Schule und Unterrichtsorganisation in Kliniken und Spezialklassen* (S. 25-246). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ertle, C. (2000). *Abschlussbericht über das Forschungsprojekt 'Schüler im Klinikum' 1994-2000*. Reutlingen.
- Ertle, C. (2002). *Kranke Kinder und Jugendliche zwischen Klinikschule und Allgemeiner Schule*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 53, S. 371-377.
- Fegert, J. M., Besier, T., Kölch, M. & Schmid, M. (2013). *Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann & H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 1396-1418). Göttingen: Hogrefe.
- Flitner, E., Scheid, C. & Ostkämper, F. (Hrsg.) (Im Druck 2013). *Chronisch kranke Kinder in der Schule*. Stuttgart. Kohlhammer.
- Frey, H. (2008). *Was ist eine Schule für Kranke?* In G. Steins (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit* (S. 128-154). Lengerich: Pabst.
- Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.) (2012). *Pädagogik bei Krank-*

- heit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst.
- Gärtner, K. (2007). *Pädagogik bei Krankheit*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 58, S. 412-414.
- Haep, A., Weber, P. A., Steins, G. & Brendgen, A. (2010). *Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und ihre Implikationen*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 61, S. 404-412.
- Harter-Meyer, R. (Hrsg.) (2000a). *Ein Ritt über den Bodensee. Unterricht mit seelisch belasteten Schülerinnen und Schülern*. Hamburg: Lit.
- Harter-Meyer, R. (Hrsg.) (2000b). „Wer hier nur Wissen vermitteln will, geht baden.“ *Unterricht an Schulen für Kranke in der KJP*. Hamburg: Lit.
- Heidenreich, R. (2012). Vorwort. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 9-11). Lengerich: Pabst.
- Herzka, H. S. (1988). *Psychotherapie in der Kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik*. Beitrag zur internen Arbeitstagung des Berufsverbands der Deutschen Ärzte für KJP am 24.6.1988 in Kerkrade. Redemanuskript.
- Hillenbrand, C. (2009). *Schüler unter hohen Entwicklungsrisiken: Was tun?* Verband Sonderpädagogik, Sonderpädagogische Förderung in NRW, 2/2009, S. 6-19.
- Hillenbrand, C. (2012). *Psychische Gesundheit als Auftrag der Schule: Perspektiven der Schule für Kranke im inklusiven Bildungssystem*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 23-37). Lengerich: Pabst.
- Hinne-Fischer, J., Flachskamp, U., Rittmeyer, C., Rotthaus, R. & Wertgen, A. (Hrsg.) (2007). *Schule und Klinik. Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit*. Eine Festschrift der Alfred-Adler-Schule, Düsseldorf. Münster: Lit.
- HOPE Sektion Deutschland (Hrsg.) (2010). *Das kranke Kind: aufgehoben im Netzwerk von Pädagogik und Medizin*. Tagungsband 7. Europäischer Hope Kongress zur Pädagogik bei Krankheit. München.
- Hölling, H. Erhart, M. Ravens-Sieberger, U. & Schlack, R. (2007). *Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS)*. Bundesgesundheitsblatt, 50 (5/6), S. 784-793.
- Kollmar-Masuch, R. (1987). *Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance?* Eine empirische Studie. München: Minerva.
- Kollmar-Masuch, R. (Hrsg.) (2004). *Sprünge über Klippen. Projekte und Konzepte aus der Unterrichtspraxis mit problematischen Kindern und Jugendlichen*. Osnabrück: Der andere Verlag.
- Kollmar-Masuch, R. & Oelsner, W. (2006). *Unterricht bei langer Krankheit*. In G. Antor & U. Bleidick (Hrsg.), *Handlexikon der Behindertenpädagogik* (S. 143-146). Stuttgart: Kohlhammer.
- Knopp, M.-L. & Napp, K. (1995). *Wenn die Seele überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie*. Bonn: Edition Balance.
- Landesgesundheitskonferenz Nordrhein-Westfalen (2010). *Erhalt und Verbesserung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in NRW*. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, 9.12.2010, S. 4 f.
- Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (1985). *Schule für Kranke: Anregungen und Hilfen zu ihrer inhaltlichen und organisatorischen Gestaltung*. Curriculum Heft 45. Soest.
- Lange, J. M. (1984). *Die Schule für Kranke (Diskussion)*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 35, S. 34-36.
- Lehmkuhl, G. & Oelsner, W. (1992). *Koordinierung jugendpsychiatrischer und sonderpädagogischer Interventionen in Diagnostik, Therapie und Unterricht*. In: Sonderpädagogischer Kongress Berlin 19. – 21. Nov. 1992. Brennpunkte veränderter Theorie und Praxis in der sonderpädagogischen Förderung (S. 79). Abstract-Band. Verband Sonderpädagogik, Würzburg.
- Lehmkuhl, G. & Oelsner, W. (1993). *Koordinierung jugendpsychiatrischer und sonderpädagogischer Interventionen in Diagnose, Therapie und Unterricht*. In: Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (Hrsg.) *Schule für Kranke. Dokumentation einer Fachtagung* (S. 39-56). Soest.
- Lehmkuhl, G., Holtmann, M., Poustka, F. & Steiner, H. (2013). *Perspektiven und Entwicklungstrends in Forschung, klinischer Versorgung, Aus- und Weiterbildung*. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 1459-1468). Göttingen: Hogrefe.
- Müller-Rösler, U., Lehmkuhl, G. & Oelsner, W. (2012). *Entwicklung neu denken: Mit Kunst lernen und lehren*. Köln: DuMont.
- Niedersächsisches Kultusministerium & Landessportbund Niedersachsen (Hrsg.) (2007). *Das chronisch kranke Kind im Sport, in Schule und Verein*. Hannover.
- Oelsner, W. (1995). *Pädagogischer Förderort statt „Nachhilfe auf Krankenschein“: Die Schule für Kranke in der Vernetzung von sonderpädagogischer und jugendpsychiatrischer Kompetenz*. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Abstracts zur XXIV. Wissenschaftl. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Würzburg, 23, Supplement I S. 39 f.
- Oelsner, W. (2010). *Elternarbeit an einer Schule für Kranke*. In E. Heinemann, H. Hopf (Hrsg.), *Psychoanalytische Pädagogik* (S. 176-203). Stuttgart: Kohlhammer.
- Oelsner, W. (2012). *Krankenpädagogik als diagnosebasierte Didaktik: aufgezeigt am Beispiel Schulverweigerung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 159-174). Lengerich: Pabst.
- Oelsner, W. (2013). *Kooperation mit Schulen*. In G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hrsg.), *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie* (S. 1419-1433). Göttingen: Hogrefe.
- Oelsner, W. & Reichle, R. (2008). *Schulwechsler nach Klinikaufenthalt*. SchuPs Zeitschrift des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie, 17, S. 28 f.
- Oskamp, U. (1989). *Zum Theorie-Praxis-Bezug der Krankenpädagogik der Gegenwart: eine vergleichende Bestandsaufnahme*. Verband Sonderpädagogik, NRW Mitteilungen, 3, S. 40-45.
- Polzer, H.-J. (2002). *Kranke Kinder als pädagogische Herausforderung für alle Schulen*. In Verband Deutscher Son-

- derschulen (Hrsg.), *Das chronisch kranke Kind in der Schule*. Würzburg.
- Raupach, M. (2003). *Schulen für Kranke im Umbruch*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 54, S. 320-323.
- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (1984/ 1990). *Denkschrift zur Lage der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland*. Marburg: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie.
- Ruedin, M. (2010). *Lernen und Weiterleben. Begegnungsgeschichten mit schwer kranken Kindern und Jugendlichen in der Schule*. Luzern: Rex.
- Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport. Referat Förderschulen, Integration (Hrsg.) (2009). *Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung*. Dresden.
- Schleider, K. & Hirsch-Herzogenrath, S. (2009). *Strukturelle und funktionale Merkmale der Schulen für Kranke unter besonderer Berücksichtigung der Beschulung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: eine empirische Untersuchung*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 60, S. 148-155.
- Schmoll, H. (2012). *Inklusion nicht ohne zeitweilige Trennung*. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 226, 27.9.2012, S. 8.
- Schroeder, J., Hiller-Ketterer, I., Häcker, W., Klemm, M. & Böpple, E. (Hrsg.) (2000). *Liebe Klasse, ich habe Krebs! Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher*. Tübingen: Attempto.
- Seebach, B. (2004). *Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 55, S. 95-100.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1998). *Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung. Hier: Beschluss der KMK vom 20.3.1998. Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler*. Würzburg 2000: edition bentheim.
- Spiewak, M. (2010). *Die Not ist riesengroß*. Die Zeit, 45, 5.11.2010.
- Stein, M. & Barkowski, R. (2013). *Krisenverarbeitung von Eltern mit psychisch behinderten Kindern: eine qualitative Interviewstudie*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 64, S. 63-69.
- Stein, R. (2011). *Pädagogik bei Verhaltensstörungen – zwischen Inklusion und Intensivangeboten*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 62, S. 324-336.
- Stein, R. (2012). *Beratung als Aspekt sonderpädagogischer Professionalität: Skizze einer Baustelle am Beispiel des Kontextes Erziehungshilfe*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 63, S. 279-286.
- Steinhoff, A. F. (2007). *Schulunterricht im Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf vor 100 Jahren. Nach Aufzeichnungen der Lehrerin Ferdinande von Blumberg*. Hamburg: Lit.
- Steins, G. (Hrsg.) (2008a). *Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen*. Lengerich: Pabst.
- Steins, G. (2008b). *Was ist guter Unterricht?* In: Steins, G. (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit* (S. 18-31). Lengerich: Pabst.
- Tamblé, I. (1986). *Schule für Kranke, Ergebnisse einer Fortbildungsveranstaltung*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 37, S. 791-800.
- Tamblé, I. (1992). *Aufstieg und Fall eines Sonderschul-typs*. Verband Sonderpädagogik NRW Mitteilungen, 4/1992, S. 73-80.
- Verband Sonderpädagogik (2007). *Standards der sonderpädagogischen Förderung*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 58, S. 75-79.
- Verband Sonderpädagogik Landesverband Bayern (2010). *Positionspapier Schule für Kranke*.
- Verband Sonderpädagogik Nordrhein-Westfalen (2011). *Schule für Kranke im Umbruch: auf dem Weg zu einem Zentrum für Pädagogik bei Krankheit*. Entwurffassung, März 2011.
- Volk-Moser, A. (1997). *Zum Status der Schule für Kranke in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland*. Zeitschrift Sonderpädagogik, 27, S. 212-220.
- Walter, D., Hautmann, C., Ziegert, I., Glaser, A., Lehmkuhl, G. & Döpfner, M. (2010). *Stationäre Verhaltenstherapie bei Jugendlichen mit emotional bedingtem Schulabsentismus*. Kindheit und Entwicklung, 19 (3), S. 184-191.
- Weber, P. A., Welling, V. & Steins, G. (2012). *Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler aus der Psychiatrie in die Regelschulen*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 104-114). Lengerich: Pabst.
- Wertgen, A. (2009). *Auf den Übergang kommt es an! Pädagogisch begleitete Schulrückführung als Angebot der Schule für Kranke für Schüler nach einem Psychiatrieaufenthalt*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 60, S. 308-317.
- Wertgen, A. (2012a). *Deutschsprachige Monografien im Themenfeld „Pädagogik bei Krankheit“ ab 1995: Eine kommentierte Bibliografie*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 333 – 371). Lengerich: Pabst.
- Wertgen, A. (2012b). *Charakteristika des Unterrichts an der Schule für Kranke: Versuch einer Verallgemeinerung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit: Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 60 -73). Lengerich: Pabst.
- Wertgen, A. (2012c). *Welchen Beitrag können Schulen für Kranke zur schulischen Reintegration von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten leisten?* Zeitschrift für Heilpädagogik, 63, S. 224-230.
- Wienhues, J. (1979). *Die Schule für Kranke: ihre Aufgabe in der pädagogischen und psychosozialen Betreuung kranker Kinder*. Rheinstetten: Schindele.
- Winnicott, D. W. (1973). *Die therapeutische Arbeit mit Kindern*. München: Kindler.

Wolfgang Oelsner
 ehem. Rektor der Schule für Kranke
 in den Kölner Unikliniken (1988 – 2011)
 Geilenkircher Str. 9
 50933 Köln
 Tel.: 0221/ 491 26 14
 wolfgang-oelsner@t-online.de