



## **Die „Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“:**

**Ein Vergleich zwischen berechtigten Forderungen und pädagogischer Realität**

**an Schulen für Kranke**

**Alexander Wertgen**

Erstveröffentlichung in: 'Zeitschrift für Heilpädagogik' 2 / 2009 des



Die Generalversammlung der Europäischen Vereinigung der Krankenhauslehrer, die „Hospital Organisation of Pedagogues in Europe“ (H.O.P.E.), hat am 20. Mai 2000 in Barcelona die „Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“ verabschiedet (H.O.P.E. 2006). Die Charta ist von Pädagogen mehrerer europäischer Staaten verfasst worden und bezieht sich auf zentrale Aspekte der Praxis schulischer Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen. Die H.O.P.E.-Forderungen wirken, als Qualitätskriterien für die Qualität schulischer Arbeit im Krankenhaus, in ihrer Kürze und Prägnanz appellativ und geben Anlass zu einem vergleichenden, kritischen Blick auf die derzeitige pädagogische Wirklichkeit an Schulen für Kranke. Dieser Vergleich zeigt, dass und in welcher Hinsicht die in den H.O.P.E.-Artikeln aufgestellten Standards der Praxis längst nicht immer erreicht werden.

Der folgende Abgleich mit den gegenwärtigen Verhältnissen an Schulen für Kranke kann angesichts der großen Heterogenität pädagogischer Praxis an Schulen für Kranke freilich nicht in allen Punkten einen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben. Abgesehen von solchen örtlichen Unterschieden lassen sich allerdings viele Aussagen allgemeiner Art treffen. Die folgenden Kommentare beziehen sich jeweils auf einen der zehn Artikel der Charta, stellen Bezüge zu Aspekten der krankenpädagogischen Diskussion sowie zu eigenen pädagogischen Beobachtungen und Eindrücken aus der schulischen Arbeit in einer Universitäts-Kinderklinik und einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik her und benennen einige Konsequenzen für die Weiterentwicklung der pädagogischen Arbeit an Schulen für Kranke.

### **1 „Jedes kranke Kind und jeder Jugendliche hat das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause.“**

Das Recht kranker Kinder und Jugendlicher auf Unterricht im Krankenhaus bzw. auf Hausunterricht leitet sich formal aus dem durch die Verfassung garantierten Anspruch jedes Kindes auf Bildung und Erziehung und aus der allgemeinen Schulpflicht ab. Da viele kranke Schüler dauerhaft oder phasenweise nicht am Unterricht ihrer Stammschule teilnehmen können, sollten sie grundsätzlich andere Möglichkeit haben, schulische Unterrichtsangebote nutzen zu können. Eine generelle Pflicht zur Teilnahme an schulischem Unterricht ist im Hinblick auf den Gesundheitszustand kranker Kinder und Jugendlicher abzulehnen (SCHMITT 1998, 185).

Neben den formalen lassen sich auch vielfältige inhaltliche Gründe für das Recht kranker Schüler auf Unterricht anführen. In der krankpädagogischen Literatur wird – mit jeweils unterschiedlichen Gewichtigungen, dabei jedoch relativ einmütig – auf die Verknüpfung zwischen Bildungs- und Erziehungszielen schulischen Unterrichts und der psychosozialen Stabilisierung kranker Schüler (THEIS 1991, 41ff) bzw. auf deren sonderpädagogische Förderung als Aufgabe der Schule für Kranke verwiesen (SCHMITT 1998, 185f).

Im Widerspruch zu der umfassenden inhaltlichen und formalen Begründung schulischen Unterrichts für kranke Schüler und der Forderung nach einem Recht jeden kranken Kindes und Jugendlichen auf Unterricht stehen die Einschränkungen, mit denen Unterricht an der Schule für Kranke und Hausunterricht erteilt werden sollen und können. Die Aufnahme eines Schülers in die Schule für Kranke und die Erteilung von Hausunterricht sind derzeit an Bedingungen gebunden:

- Kranke Kinder und Jugendliche dürfen in der Regel nur dann in eine Schule für Kranke aufgenommen werden, wenn sie Schüler einer Stammschule sind. Diese Regelung schließt vor allem Schulabgänger aus, die noch keinen Schul- oder Ausbildungsplatz haben oder kurz vor Beginn des Ausbildungsverhältnisses erkrankt sind. Dabei könnten gerade diese Jugendlichen von dem Angebot der Schule für Kranke profitieren, weil sie neben psychosozialer Unterstützung auch Hilfestellungen und ggf. eine intensive Begleitung bei ihrer schulischen und beruflichen Zukunftsplanung brauchen. Bislang können solche Schüler nur in Einzelfällen mit einer entsprechenden Sondergenehmigung der Schulaufsichtsbehörde in die Schule für Kranke aufgenommen werden.
- Grundsätzlich haben nur Schüler, die ihre Stammschule krankheitsbedingt voraussichtlich mindestens vier Wochen nicht besuchen können, ein Recht auf Unterricht im Krankenhaus. Diese zeitliche Grenzziehung ist willkürlich und nicht schlüssig begründbar. Zu diesem Urteil gelangt auch SCHMITT (1998, 188): „Ärzte können keine verbindlichen Aussagen über die voraussichtliche Dauer einer stationären Behandlung machen, da jede Krankheit ihren individuellen Verlauf nimmt. Eine Generalisierung, wonach bei einer Liegezeit von weniger als vier Wochen kein Unterricht stattfinden soll, ist nicht durchführbar und nicht sinnvoll: Kurze Liegezeiten heißt nicht, dass auch der Unterrichtsausfall in der Stammschule kurz ist; häufig kommt es zu Unterrichtsausfall vor und nach dem Krankenhausaufenthalt. Außerdem reihen sich bei chronisch kranken Kindern viele kurze Klinikaufenthalte zu einem beträchtlichen Unterrichtsausfall zusammen.“
- Auch Hausunterricht ist an Voraussetzungen gebunden. Er wird nur auf Antrag erteilt. Dem Antrag ist ein ärztliches Attest beizufügen, das eine krankheitsbedingte Fehlzeit von voraussichtlich mindestens sechs Wochen innerhalb eines Schuljahres bescheinigt. Bei einer Untersuchung zur Evaluation des Hausunterrichts an einer Schule für Kranke stellte sich heraus, dass in mehr als der Hälfte der Fälle Hausunterricht gar nicht oder nur sehr selten erteilt worden ist. Erfahrungsgemäß sind die Antragstellung, die kritische Begleitung der Antragsbearbeitung durch die Stammschule und die Schulaufsichtsbehörden und die regelmäßige Kontrolle des Hausunterrichts vor allem für Schüler aus bildungsfernen Milieus und ihre Familien mit teilweise kaum zu überbrückenden Schwierigkeiten verbunden. Deswegen werden diese Schüler auch nur selten oder gar nicht zu

Hause unterrichtet. Diese Praxis trägt zu einer zusätzlichen massiven sozialen Benachteiligung langfristig erkrankter Kinder und Jugendlicher aus bildungsfernen und sozial schwachen Milieus bei (WERTGEN 2006, 161). Durch den ungebrochenen Trend zur Verkürzung der Liegezeiten in Krankenhäusern (SCHMITT 1998, 184) kommt dem Hausunterricht bei der Versorgung kranker Schüler in Zukunft eine wachsende Bedeutung zu. Umso drängender wird eine zukünftige umfassende Revision der Hausunterrichts-Regelung sein (WERTGEN 2006, 161).

Die berechtigte Forderung der H.O.P.E.-Charta, jedem kranken Kind und jedem Jugendlichen ein Recht auf Unterricht zuzuerkennen, wäre erst erfüllt, wenn die genannten Bedingungen für die Aufnahme eines Schülers in die Schule für Kranke entfielen und diese Schulen innerhalb ihres Einzugsgebiets weitgehend autonom aufgrund pädagogischer Erwägungen über die Aufnahme eines Schülers und die Art der Beschulung entscheiden könnten. Dazu wären allerdings Änderungen der Schulgesetze und grundlegende Veränderungen in der Struktur schulischer Arbeit erforderlich; den Schulen für Kranke müsste bspw. die Freiheiten zugestanden werden, im Rahmen innerer Schulentwicklungsprozesse ihr Profil zu stärken und sich zu einer zentralen pädagogischen Agentur zu entwickeln, die die Aufgabe übernimmt, stationäre und ambulante schulische Maßnahmen zu koordinieren (SCHMITT 1998, 189).

## **2 „Ziel des Unterrichts für kranke Kinder und Jugendliche ist die Fortführung von Bildung und Erziehung und die Erhaltung ihrer Stellung als Schüler.“**

Dieser Artikel der Charta geht selbstverständlich davon aus, dass auch und gerade kranke Kinder und Jugendliche bildungsfähig und erziehungsbedürftig sind. Dies besonders zu betonen ist nach wie vor notwendig, weil die verbreitete Meinung besteht, ein kranker Schüler – analog zu einem kranken Arbeitnehmer – sei von der Pflicht zur Teilnahme an schulischem Unterricht zu befreien. Dass und auf welche Weise gerade schulische Arbeit zur Genesung beitragen kann und angesichts der Zielperspektive der Rehabilitation und sozialen Reintegration des erkrankten Schülers auch sollte, ist zunächst nicht ohne weiteres verständlich. Die Aufgaben schulischer Erziehung und Bildung an der Schule für Kranke werden u. a. in den „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler“ (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND 1998) inhaltlich bestimmt und in der Literatur vielfältig begründet.

In der Geschichte der Schule für Kranke sind ihre Nachhilfefunktion und damit die Bedeutung des Unterrichts, verstanden als Wissensvermittlung, lange so sehr betont worden, dass Schmitt zurecht kritisiert, so würden „Lehrerinnen und Lehrer zu künstlichen Fachidioten gemacht, die man in dem relativ intellektuellen Milieu einer klinischen Einrichtung nicht brauchen kann“ (SCHMITT 1998, 188) und die Schule für Kranke sieht er aus diesem Blickwinkel auf eine „gehobene Nachhilfe-Institution“ (SCHMITT 1998, 185) reduziert. Die übermäßige Akzentuierung der Nachhilfefunktion betrifft auch den Hausunterricht (SCHMITT 1999, 183; WERTGEN 2006). Die Tendenz, ihn auch weiterhin zuungunsten anderer krankpädagogischer Aufgaben – bspw. der pädagogischen Begleitung und Beratung – über Gebühr zu betonen, besteht nach wie vor (so bspw. bei BERNDT 2006). Dabei schließen schon allein der hohe Grad der Individualisierung und Differenzierung des Unterrichts, seine entwicklungspsychologische Orientierung, die Konzentration auf die psychische und physische Verfassung und

Bedürfnislage der Schüler, die interdisziplinäre Vernetzung individueller Hilfen und die Ziele der Normalisierung und der Reintegration – Schmitt sieht hier zurecht sonderpädagogische Aufgaben schulischer Krankenpädagogik (SCHMITT 1998, 185; 1999, 184) – eine einseitige Betonung der Wissensvermittlung aus.

Dieses weite, personorientierte Verständnis von Unterricht entspricht auch dem Bedeutungsgehalt des Bildungsbegriffs, der ebenfalls in der gegenwärtigen erziehungswissenschaftlichen Diskussion – bspw. im Zusammenhang mit Schulleistungsstudien – so sehr auf die Teilaspekte Lernen und Wissen verengt wird, dass „Bildung“, „Lernen“ und „Wissen“ oftmals als Synonyme verwendet werden. Dabei gerät in Vergessenheit, dass der Bildungsbegriff sich in seiner klassischen Fassung, etwa in der Bildungstheorie Wilhelm von Humboldts, im Wesentlichen auf die Bildung der Persönlichkeit (SCHWENK 1994, 216), insbesondere auf die Verschränkung „universelle[r] Bestimmungen des Selbst- und Weltverständnisses wie ‚Vernunft‘, ‚Rationalität‘, ‚Humanität‘, ‚Sittlichkeit‘“ mit „besonderen Bestimmungen konkreter Individualität von Personen“ (LANGEWAND 1994, 69) bezogen hat. Auch Herbarts Theorie des „erziehenden Unterrichts“ (HERBART 1959, 11) stellt das Ziel der Persönlichkeitsbildung durch Prozesse der Aufklärung und der Selbstaufklärung in den Mittelpunkt der Unterrichtslehre. In dieser Tradition des Bildungsdenkens steht auch VON HENTIG wenn er Bildung allgemein als „geistige Verarbeitung von Erfahrung“ (VON HENTIG 1996, 59) begreift und auf die lebenspraktische Bedeutung von Bildung verweist: „ohne Orientierung, Verständigungsmittel und die Wahrnehmung der gegebenen Verantwortung ist man nicht frei, nicht stark, nicht lebenstauglich“ (VON HENTIG 1996, 57). Die herausragende Bedeutung eines so verstandenen erziehenden und bildenden Unterrichts wird angesichts der Herausforderungen, Zumutungen, Anfechtungen und Grenzerfahrungen, die mit einer längeren, chronischen oder gar lebensbedrohlichen Krankheit verbunden sind, unmittelbar deutlich.

Mit der Forderung, schulische Bildung und Erziehung auch für kranke Kinder und Jugendliche fortzuführen, sollte nach Maßgabe der Charta auch das Ziel verbunden sein, ihre Stellung als Schüler zu erhalten. Damit ist eine soziologische Dimension angesprochen. Die Schülerrolle vermittelt kranken Kindern und Jugendlichen Normalität und relativiert die Erfahrungen, die sie in der Rolle als Patienten machen, indem sie einer Verengung des Blicks auf die Krankheit, ihre Symptome und ihre Behandlung entgegenwirkt. „Die Weiterführung der Schülerrolle schützt das kranke Kind davor, auf seine eigene subjektive Zeitperspektive von Aufnahme bis Entlassung aus der Klinik reduziert zu sein; die Schülerrolle zeigt ihm, dass seine Vorgeschichte aufgegriffen und seine Sorgen, die sich auf die Zukunft beziehen, ernst genommen werden.[...] Die Weiterführung der Schülerrolle sichert auch die gewohnte altersgemäße Ansprechenebene, die sich von den ungewohnten Kommunikationsschemata der Patientenrolle unterscheiden“ (SCHMITT 1999, 184). In Selbstaussagen, bspw. in Texten für die Schülerzeitung einer Schule für Kranke, betonen die Schüler die besondere Bedeutung, die das mit der Fortführung der Schülerrolle verbundene Gefühl der Zugehörigkeit zu ihren bisherigen alltäglichen Lebensvollzügen für sie hat (WERTGEN 2008, 43).

### **3 „Die Krankenhausschule fördert die Gemeinschaft von Kindern und Jugendlichen und normalisiert den Alltag. Krankenhausunterricht kann als Klassen-, Gruppen- und Einzelunterricht organisiert werden.“**

Die H.O.P.E.-Charta greift mit dem Hinweis auf die Normalisierung des Alltags kranker Kinder und Jugendlicher durch die Arbeit der Schule für Kranke eine sonderpädagogische Zielperspektive auf, die ihren Ursprung in der Geistigbehindertenpädagogik hat, inzwischen aber auch auf andere sonderpädagogische Zielgruppen übertragen worden ist. „Das Normalisierungsprinzip bedeutet, dass man richtig handelt, wenn man für alle Menschen mit geistigen oder anderen Beeinträchtigungen oder Behinderungen Lebensmuster und alltägliche Lebensbedingungen schafft, welche den gewohnten Verhältnissen und Lebensumständen ihrer Gemeinschaft oder ihrer Kultur entsprechen oder ihnen so nahe wie möglich kommen“ (NIRJE 1994, 13). Diese einfache Definition Nirjes macht deutlich, dass Normalisierung ein ethisches Prinzip ist, das, obgleich weit davon entfernt, eine Leerformel zu sein, doch einen „Auslegungsspielraum“ eröffnet, der eine fortwährende Auseinandersetzung mit und eine Anpassung an die jeweiligen gegebenen Verhältnisse erfordert (GRÖSCHKE 2000, 134f). Diese Aufgabe stellt sich auch unter einer krankheitspädagogischen Perspektive fortlaufend neu.

Auf die Normalisierung der Lebensverhältnisse kranker Schüler wirkt die Schule für Kranke unmittelbar durch ihre schulische Arbeit hin. Die Schülerrolle ist für kranke Kinder und Jugendliche ein Teil ihrer Lebenswelt außerhalb der Klinik. Durch schulischen Unterricht wird der Alltag rhythmisiert und zeitlich strukturiert, die Schüler werden aktiviert, können sich bewähren, Leistung zeigen, Erfolge erzielen, sich als selbstwirksam erleben und an persönlichen Zukunftsperspektiven arbeiten. Sie können aktiv das Ziel ihrer schulischen Reintegration verfolgen. Schulen für Kranke tragen zur Normalisierung des Alltags ihrer Schüler nicht nur durch den Unterricht bei, sondern in der Regel auch durch weitere schulische Angebote, die in vielen Fällen mit Kooperationspartnern vorbereitet und durchgeführt werden wie Feste und Feiern. Die Zielperspektive der Normalisierung ist gerade im Krankenhaus trotz der bereits erreichten Veränderungen der letzten Jahrzehnte (zunehmende Ambulantisierung der Behandlung und Verkürzung der stationären Behandlungszeiten, Mitaufnahme der Eltern, Ausweitung der Besuchszeiten, Aufbau psychosozialer und allgemeiner Sozialdienste, Einrichtung von Spielzimmern u. a.) immer noch nicht erreicht und deswegen weiterhin aktuell.

Der alltägliche Umgang mit Gleichaltrigen in Gruppen ist Teil der Lebenswelt aller Kinder und Jugendlicher in Kindertageseinrichtungen und Schulen und wird daher in der H.O.P.E.-Charta besonders hervorgehoben. Schulen für Kranke suchen aus pädagogischen und aus Gründen der Unterrichtsorganisation Einzelunterrichtssituationen möglichst zu vermeiden. Dennoch kann die Orientierung an den Bedürfnissen kranker Schüler und an den durch die Klinik vorgegebenen Arbeitsbedingungen Einzelunterricht vorübergehend, manchmal auch längerfristig erforderlich machen, so bspw. bei Schülern, die aufgrund einer akuten psychischen Krise oder aufgrund ihrer somatischen Erkrankung nur auf der Station bzw. am Krankenbett unterrichtet werden können. Während in vielen psychiatrischen Kliniken Räume für den Gruppenunterricht kranker Schüler zur Verfügung stehen und feste Zeiten für den Unterricht in der Regel als Teil des Tagesablaufs in der Klinik fest eingeplant sind, erfordert die Organisation des Unterrichts von den Pädagogen unter den gegebenen Bedingungen in vielen

somatischen Krankenhäusern Phantasie, Spontaneität und Kreativität. Hier geben die Kliniken als die umgreifenden Institutionen gemäß des Primats der Medizin vor der Pädagogik die äußeren Rahmenbedingungen vor, unter denen Unterricht stattfinden kann. Wenn Einschränkungen oder Störungen des Unterrichts überwiegend durch klinikinterne Abläufe bedingt sind, kann es Lehrern durch Überzeugungsarbeit gelingen, im Sinne der Kinder und Jugendlichen auf Veränderungen hinzuwirken. Generell sind die Spielräume bei der Gestaltung der äußeren Rahmenbedingungen für Lehrer jedoch eher begrenzt – insbesondere dann, wenn institutionelle Eigeninteressen der Klinik betroffen sind.

#### **4 „Krankenhaus- und Hausunterricht müssen, in Abstimmung mit der Heimatschule, den Bedürfnissen und Fähigkeiten kranker Kinder und Jugendlicher entsprechen.“**

Die Forderung der H.O.P.E.-Charta nach Differenzierung und Individualisierung des Unterrichts kranker Schüler sollte grundsätzlich für schulischen Unterricht im Allgemeinen gelten. Gleichwohl stellen sich angesichts der Krankheit eines Schülers zahlreiche schulische Aufgaben, bspw. Aufgaben der Unterrichtsorganisation und –koordination und der Kooperation oder der förderpädagogischen Diagnostik, neu und anders. Die H.O.P.E.-Charta verweist hier indirekt auf die besondere förderdiagnostische Kompetenz der Lehrer an Schule für Kranke: Sie müssen angesichts der jeweiligen Krankheit die besonderen Bedürfnisse eines Kindes und seiner individuellen Fähigkeiten einschätzen können, welche Gestaltung des Unterrichts einem Schüler am ehesten entspricht (RAUPACH 2003, 292; SCHMITT 1998). Die Ergebnisse förderpädagogischer Diagnostik sind auch für die Lehrer der Stammschule von Bedeutung, die in der Regel den Hausunterricht ihrer längerfristig erkrankten oder chronisch kranken Schüler übernehmen. Diagnosedaten können ihnen helfen, die Bedürfnisse kranker Kinder und Jugendliche bei schulischen Bildungs- und Erziehungsprozessen zu berücksichtigen. Solche Daten bieten zudem eine Grundlage für kollegiale Beratungen und für die Zusammenarbeit zwischen Lehrern der Schule für Kranke und denen der Stammschule.

Eine schwer wiegende Krankheit von längerer Dauer oder chronischem Verlauf verändert die Lebens- und die Lernsituation der betroffenen Kinder und Jugendlichen nachhaltig (KÖSLER 1997, 190ff). Schüler, die somatisch oder psychiatrisch erkrankt sind, haben in der Regel einen besonderen pädagogischen oder, darüber hinaus, einen sonderpädagogischen Förderbedarf (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ 1998, Kap. 2.1, 2.2; SCHMITT 1998). Die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ gehen bei Schülern, die „lang andauernd oder wiederkehrend erkrankt sind“, von einem ‚besonderen‘ Förderbedarf aus und nehmen einen ‚sonderpädagogischen Förderbedarf‘ bei Kindern und Jugendlichen an, „die lang andauernd und wiederkehrend erkrankt sind, mit der Erkrankung leben lernen müssen und im Unterricht ohne sonderpädagogische Hilfen nicht hinreichend gefördert werden können“ (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ 1998, Kap. 2.1 und 2.2). Der besondere pädagogische bzw. der sonderpädagogische Förderbedarf eines Schülers wird nach einer Phase förderpädagogischer Diagnostik in einem sonderpädagogischen Förderplan dokumentiert. Die sonderpädagogischen Förderpläne einzelner Schulen für Kranke unterscheiden sich sehr voneinander; in der Regel enthalten die Pläne Informationen über den individuellen Lern- und Leistungsstand in den Kernfächern, über das Lern- und Arbeitsverhalten, die Lern- und Leistungsmotivation, das Sozialverhalten und den Umgang eines Schülers mit der Krankheit

(WERTGEN 2007a, 32f). Der sonderpädagogische Förderplan ist eine Grundlage für die Arbeit der Schule für Kranke und wird mit den Lehrern, die den Hausunterricht übernehmen, erörtert. Das Nachholen versäumten Unterrichtsstoffes ist jedoch – entgegen mancher Erwartungen und einiger Forderungen (BERNDT 2006) – ausdrücklich nicht die alleinige Aufgabe der Schule für Kranke. Das stellen die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ unmissverständlich fest: „Sonderpädagogischer Förderbedarf lässt sich nicht allein von schulfachbezogenen Anforderungen her bestimmen; seine Klärung und Beschreibung müssen Art und Grad der Krankheit der Schülerin bzw. des Schülers und die persönlichen Fähigkeiten, Interessen, Zukunftserwartungen gleichermaßen beachten. Sonderpädagogischer Förderbedarf berücksichtigt die Bedeutung einer Erkrankung für den Bildungs- und Lebensweg der Betroffenen, die Folgen für die Aneignungsweisen, die Auswirkungen auf das psychische Gleichgewicht vor dem Hintergrund schulischer Anforderungen“ (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ 1998, Kap. 2.2).

Die Zusammenarbeit mit den Stammschulen beginnt nach Rücksprache mit dem Schüler und seinen Erziehungsberechtigten sowie nach der Entbindung von der Schweigepflicht durch die Kontaktaufnahme durch Lehrer der Schule für Kranke. Angesichts der krankheitsbedingt eingeschränkten schulischen Leistungsfähigkeit muss in der Regel der Unterrichtsstoff der Kernfächer auf zentrale Inhalte reduziert werden. Ebenso wie die didaktische Reduktion des Unterrichtsstoffes werden auch Fragen der Organisation des Hausunterrichts, der Leistungsüberprüfung und der Bewertung von Schülerleistungen, hier vor allem Fragen des Nachteilsausgleichs und ggf. auch Entscheidungen über die weitere Schullaufbahn in Gesprächen zwischen Lehrern der Schule für Kranke und der Stammschule erörtert.

## **5 „Lernort, Lernumwelt und die Lernhilfen müssen den Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher angepasst sein. Kommunikationstechnologien sollen auch für die Vermeidung der Isolierung genutzt werden.“**

Einer den Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher durchgängig und konsequent angepassten Gestaltung des Lernorts und der Lernumwelt stehen nicht selten Sachzwänge, manchmal auch institutionelle Eigeninteressen entgegen. Ohne einen festen organisatorischen Rahmen ist der Unterrichtsprozess – bspw. in vielen Kliniken mit somatischem Behandlungsschwerpunkt – extrem störanfällig und wird tatsächlich auch häufig unterbrochen. Einige, längst nicht alle Störungen sind medizinisch notwendig oder unverzüglich pflegerisch geboten.

Ein weiteres, Jahrzehnte altes schulstrukturelles Problem, die in aller Regel unzureichende Flexibilität des Unterrichtsangebots, betrifft ebenfalls vor allem somatisch erkrankte Schüler. Schon lange ist bekannt, dass sich die allgemeinen Liegezeiten in Krankenhäusern zunehmend verkürzen und medizinische Leistungen vorzugsweise ambulant erbracht werden. Diese Ambulantisierungstendenzen sind sicherlich zu einem großen Teil dem seit der Gesundheitsreform stark zunehmendem Kostendruck im Gesundheitswesen geschuldet. Ihre Auswirkungen auf kranke Kinder und Jugendliche sind sehr unterschiedlich: Einerseits erleben die meisten Patienten kurze stationäre Behandlungszeiten und die Möglichkeiten der ambulanten medizinischen Versorgung als einen Zugewinn an Lebensqualität,

andererseits entstehen hier vor allem bei jüngeren Kindern, aber auch bei Jugendlichen und generell in Familien, in denen das soziale Netz aus vielerlei Gründen (Berufstätigkeit, Ein-Eltern-Haushalte, soziale Randständigkeit sowie weitere psychosoziale oder gesundheitliche Belastungen der Eltern u. a.) weniger tragfähig ist, leicht Überforderungssituationen mit der Folge, dass diese Kinder und Jugendlichen in den Phasen der ambulanten Beschulung weitgehend sich selbst überlassen bleiben und nur sehr bedingt, in der Regel kaum erreichbar für Angebote der psychosozialen Betreuung oder für schulische Angebote, insbesondere für den Hausunterricht, sind. Für einzelne Schüler, die nachweislich über längere Zeit hinweg nicht zu Hause unterrichtet worden sind, können Schulen für Kranke im Rahmen ihrer Kapazitäten in zeitlichem Zusammenhang mit ambulanten Behandlungsterminen Unterricht anbieten. Diese Angebote lösen jedoch bei weitem nicht das strukturelle Problem.

Die Anpassung von Lernhilfen für kranke Schüler war bereits früh ein krankpädagogisches Anliegen. Auch der Einsatz technischer Lernhilfen wurde schon vor Jahrzehnten diskutiert und erprobt (BERNDT 1957). Die Nutzung von Laptops im Unterricht kranker Schüler ist in Kliniken, auch in solchen mit somatischem Behandlungsschwerpunkt, bereits seit Jahren übliche Praxis. Beeindruckende Anstrengungen sind in letzter Zeit in vielen größeren Universitäts-Kinderkliniken unternommen worden um die Vernetzung der Krankenzimmer in der Klinik oder im häuslichen Bereich mit den Klassenzimmern der Stammschulen zu erreichen (Url: <http://www.klassetechnik.de> ; <http://www.klassissimo.de> ; <http://www.onlinemaus.de> ). Obgleich einige dieser Projekte durchaus zur sozialen Integration kranker Schüler beitragen können, sind sie in pädagogischer Hinsicht häufig verbesserungsbedürftig; derzeit wecken sie manchmal noch Erwartungen, die sich schließlich nicht erfüllen (WERTGEN 2007b). Vielversprechend ist die in vielen größeren Kliniken inzwischen auch in den Krankenzimmern mögliche Nutzung des Internets zu Zwecken der Recherche und der Kommunikation sowie von Online-Lernplattformen wie Moodle, in denen Schüler auf Unterrichtsinhalte zugreifen, diese bearbeiten und ihre Ergebnisse wiederum einstellen können. Vor allem in der gymnasialen Oberstufe werden solche Lernplattformen zunehmend und mit Gewinn genutzt.

**6 „Der Inhalt des Unterrichts umfasst mehr als den formalen Stoffplan und enthält auch Themen, die aus besonderen Bedürfnissen durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt erwachsen. Eine Vielzahl von Unterrichtsmethoden und –quellen sollen genutzt werden.“**

Zunächst betont die H.O.P.E.-Charta in diesem und einigen ihrer anderen Artikel den Primat des Unterrichts an der Schule für Kranke: Lehrer erteilen Unterricht; sie sind keine Psychologen oder Sozialarbeiter oder Ärzte. Sie sind in der Praxis tatsächlich vor allem dann akzeptierter Teil multi-professioneller Teams, wenn sie sich auf ihre originäre Rolle besinnen, die Unterschiede zu den Aufgabenfeldern der anderen Berufe beachten und die Grenzen ihres beruflichen Handelns kennen und einhalten (BERNDT 2006). So sehr die Charta die Unterrichtstätigkeit betont, so weit fasst sie – in Übereinstimmung mit den „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt ‚Unterricht kranker Schüler‘“ (SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ 1998, Kap. 1.1 und 2.2) – die Inhalte des Unterrichts. Schulischer Unterricht soll von den besonderen Bedürfnissen ausgehen, die bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen aus der Krankheit und deren stationärer Behandlung im Krankenhaus erwachsen. Unterricht an der Schule für Kranke soll nicht einseitig akzentuiert sein als Wissensvermittlung, als

Nachhilfeunterricht gar mit dem Ziel der zukünftigen, möglichst umfassenden schulischen Rehabilitation. Die Charta geht hier einerseits von der Lebenswirklichkeit der Schüler und ihrem sonderpädagogischem Förderbedarf aus, ohne andererseits die durch Richtlinien vorgegebenen Unterrichtsinhalte zu vernachlässigen. Lehrer an Schulen für Kranke sehen sich hier also nicht vor das Dilemma zwischen Schülerorientierung und Richtlinientreue gestellt. Sie erfüllen ihren Lehrauftrag und verkörpern das, was die Schule ihrem Verständnis, dem der Schüler, Eltern und einer weiteren Öffentlichkeit gemäß ausmacht, auch und gerade indem sie von der krankheitsbedingt besonderen Lebens- und Lernsituation ihrer Schüler ausgehen und Verbindungen zu Unterrichtsinhalten knüpfen.

Die diesem Artikel der Charta zugrunde liegende Vorstellung von Unterricht steht in Übereinstimmung mit den Inhalten klassischer (HERBART 1959) wie moderner Bildungstheorien, etwa mit von Hentigs doppelter Forderung, „die Menschen [zu] stärken [und] die Sachen [zu] klären“ (VON HENTIG 1999). An Schulen für Kranke gibt es in der Praxis viele Beispiele dafür, wie Unterricht eine Korrelation zur aktuellen Lebenssituation kranker Schüler herstellen kann, d. h. wie er ihnen bei der Auseinandersetzung mit ihrer derzeitigen Lebenssituation helfen und aufklärend und emanzipatorisch wirken kann ohne sich dabei der Gefahr einer Therapeutisierung auszusetzen. Sicherlich fällt dies in Unterrichtsfächern wie Deutsch (vgl. Beispiele in KNOPP & NAPP 1995; WERTGEN 2007c; 2008), Religionslehre bzw. Praktischer Philosophie, Musik (FINKE-KNÜWER, KEMMELMEYER & WIENHUES 1983) oder Kunst (KOLLMAR-MASUCH 2003) leichter als in anderen Fächern.

Die Forderung der Charta nach einer im Unterricht der Schule für Kranke zu berücksichtigenden methodischen Vielfalt ist angesichts der heterogenen Zusammensetzung der Schülerschaft und in Anbetracht der speziellen Rahmenbedingungen, Organisations- und Sozialformen des Unterrichts in besonderer Weise gerechtfertigt. Je nach den äußeren Rahmenbedingungen für den Unterricht haben Lehrer eine unterschiedlich große methodisch-didaktische Handlungs- und Gestaltungsfreiheit. So wird es in der Regel an Schulstandorten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eher möglich sein, ein breites Spektrum von Methoden und Unterrichtsquellen zu nutzen als im Einzelunterricht am Krankenbett in einer somatischen Klinik. Generell hat sich das Spektrum methodisch-didaktischer Möglichkeiten in den vergangenen Jahren alleine durch den Einsatz von Computern, vor allem durch gezielte Angebote im Internet, erheblich verbessert.

## **7 „Die Kliniklehrer und die Lehrer für Hausunterricht müssen voll qualifiziert sein und ständig Fortbildung erhalten.“**

Umfassende Bemühungen um eine volle Qualifizierung von Lehrkräften an Schulen für Kranke sind bereits in den 1970-er Jahren unternommen (SEIFERT, HIRSCHER & WIENHUES 1977) und fortlaufend diskutiert worden (WIENHUES 1982, TAMBLÉ 1985). Als Maßnahmen zur Qualifizierung wurden bspw. analog zu den universitären Lehramtsstudiengängen im Fach Sondererziehung und Rehabilitation die Einrichtung eines grundständigen Studiengangs mit der Fachrichtung Krankenpädagogik sowie weitere umfangreichere Fort- und Weiterbildungsangebote erwogen. Während diese Initiativen in Deutschland bislang ohne Erfolg geblieben sind und über die wünschenswerten Qualifikationen von Lehrern an Schulen für Kranke nach wie vor diskutiert wird (ERTLE & SCHMITT 1997), besteht für die Lehrkräfte an

österreichischen „Heilstättenschulen“ bereits seit Jahren die Möglichkeit, sich durch ein Studium der Krankenpädagogik speziell für die Arbeit an Schulen für Kranke zu qualifizieren (PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE OBERÖSTERREICH 2008). Unabhängig von der prekären Ausbildungssituation bilden sich viele Lehrer an Schulen für Kranke auf eigene Initiative und mit zum Teil beträchtlichem zeitlichem und finanziellem Aufwand für ihre Arbeit fort. Diese Fortbildungen sind jedoch naturgemäß thematisch sehr begrenzt, oft auch abhängig von persönlichen Interessen und Schwerpunktsetzungen, die nicht immer mit dem tatsächlichen Fortbildungsbedarf an einer Schule übereinstimmen (vgl. exemplarisch für ein Kollegium die Aufzählung von ROTTHAUS 2007, 78).

Ein Versäumnis, das sich gerade in Anbetracht der Tätigkeitsbereiche von Lehrern an Schulen für Kranke negativ auf die Qualität der Arbeit und die Professionalität der dort tätigen Lehrer auswirkt, ist die in der Regel fehlende Möglichkeit zur Supervision, die in vielen psychosozialen Arbeitsfeldern ein selbstverständlicher Standard ist. „Qualitätssicherung“ schulischer Arbeit ist auch hier nicht kostenneutral zu haben.

Die vielerorts offenbar langjährig übliche Praxis der Personalauswahl an Schulen für Kranke ist ein weiterer sensibler Punkt. Schmitt äußert sich dazu wie folgt: „Peinlichkeit betrifft die Tatsache, dass Schulen für Kranke, vornehmlich in der Vergangenheit, als Refugium für Lehrer, die an regulären Schulen gescheitert waren, angesehen wurden. Eine entsprechende Zuweisungspraxis der Schulbehörden hat an fast jeder Schule solche ‚Fälle‘ hinterlassen. Dies ist verhängnisvoll für die betroffenen Kollegen selbst wie für dieses Schulsystem insgesamt, das in dem offenen Beobachtungsfeld einer klinischen Einrichtung dadurch in schlimmen Misskredit geriet“ (ERTLE & SCHMITT 1997, 239). Die Möglichkeit der Schulen für Kranke, einen Teil ihrer Stellen in Form schulscharfer Ausschreibungen zu besetzen, ist sicherlich eine positive Entwicklung, die längerfristig zu Verbesserungen beitragen kann.

Die H.O.P.E.-Charta fordert konsequent, dass auch die Lehrer, die den Hausunterricht übernehmen, krankenpädagogisch qualifiziert werden sollen. Diese Forderung ist bei der derzeitigen Aufgabenverteilung zwischen Schulen für Kranke und den Stammschulen, die für den Hausunterricht zuständig sind, wohl kaum zu erfüllen, weil sich die Kollegien der Stammschulen nicht für den unvorhersehbar auftretenden Fall des Hausunterrichts qualifizieren können. Eine Ad-hoc-Qualifizierung für eine Tätigkeit, die Regelschullehrer während ihres Berufslebens wahrscheinlich nur äußerst selten während eines in der Regel begrenzten Zeitraums, vielleicht gar nicht ausüben, ist nicht realisierbar.

## **8 „Die Lehrer kranker Kinder und Jugendlicher sind als schulische Fachleute vollwertige Mitglieder des multidisziplinären Pflorgeteams. Sie sind die Verbindung zwischen der Krankenhauswelt des Kindes oder Jugendlichen und seiner Heimatschule.“**

Die Forderung nach vollwertiger Mitgliedschaft der Lehrer in den multidisziplinären Teams der Kliniken bleibt oft unerfüllt. Im Hinblick auf die Kooperation zwischen Ärzten und Lehrern mag dies viele Gründe haben, die sicherlich zu einem großen Teil auf einer organisatorisch-strukturellen und pragmatischen Ebene liegen und nach Einschätzung vieler Praktiker und aufgrund eigener Beobachtungen überwiegend mit der innerklinischen Arbeitsorganisation und Prioritätensetzung nach den Grund-

sätzen der Effizienz und der Gewinnmaximierung infolge der seit der Gesundheitsreform veränderten Abrechnungsmodalitäten und Vergütungssätze für ärztliche Leistungen zusammenhängen. Viele Ärzte sind gehalten, sich ausschließlich auf ihr eigentliches medizinisch-therapeutisches Kerngeschäft zu konzentrieren; die Psychosozialen Dienste und die Allgemeinen Sozialdienste haben demgegenüber zunehmend eine Entlastungsfunktion. Während regelmäßig stattfindende gemeinsame Teambesprechungen von Ärzten und Lehrern in den 1970-er und 1980-er Jahren in vielen somatischen und psychiatrischen Kliniken noch üblich zu sein schienen, sind solche Treffen inzwischen eine Seltenheit. Gleichwohl nehmen Lehrer vielerorts nach wie vor an Besprechungen mit Mitarbeitern aus der psychosozialen Versorgung teil und nutzen in der Regel die Möglichkeiten zum Austausch mit den Pflegeteams, die sich ihnen bieten. Über weitere Ursachen für diese verbreitete Problemlage wurde in der Literatur häufig diskutiert. Dabei ist auch deutlich geworden, dass die historische Entwicklung der Berufe und des Verhältnisses zwischen Ärzten und Lehrern eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt (KOLLMAR-MASUCH 1987). Einen aktuelleren Diskussionsbeitrag zum Verhältnis zwischen Pädagogik und Medizin, konkret zwischen Ärzten und Lehrern haben HARTER-MEYER (1999) aus erziehungswissenschaftlich-schulpädagogischer Sicht und SCHULTE-MARKWORT & RIEDESSER (1999) aus ärztlicher, speziell aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht geleistet.

Gleichwohl hat gemäß den Veröffentlichungen einiger Kliniken und nahezu aller Schulen für Kranke, bspw. in den im world wide web zugänglichen Schulprogrammen von Schulen für Kranke, interdisziplinäre Kooperation eine herausragende Bedeutung für die Qualität schulischer und medizinisch-therapeutischer Arbeit. Der Nutzen der Kooperation liegt scheinbar auf der Hand: Alle Kooperationspartner profitieren von dem fachlichen Informationsaustausch und der Möglichkeit kollegialer Beratung, die gemeinsame Arbeit lässt sich besser aufeinander abstimmen, professionelle Angebote haben einen höheren Wirkungsgrad, Synergieeffekte können genutzt, wiederholende Arbeitsschritte können vermieden werden und die Kinder und Jugendlichen und ihre Familien erhalten früher und gezielt die Unterstützung, die sie erwarten können.

Ernüchternd fällt hingegen das Fazit aus, das Ullrich aufgrund eigener Untersuchungen und weiterer vorliegender Befunde zieht. Er zeigt, dass die Erfahrungen, die Lehrer mit der Kooperation der Kliniken machen, offenbar systembedingt sind. Die Ergebnisse einer bundesweiten Befragung pädagogischer und psychosozialer Mitarbeiter an Kinderkliniken belegen, dass „Klagen über mangelnde Kooperation und/oder mangelnde Anerkennung im ‚interdisziplinären‘ Arbeitsalltag außerordentlich verbreitet waren“ (ULLRICH 2006, 282). Vor allem „unklare Abstimmungen von Aufgaben und Zuständigkeiten zwischen medizinischem und psychosozialen Personal“ sind dafür verantwortlich zu machen, dass sich im Alltag nahezu zwangsläufig „Reibungsverluste und auch potentielle Arbeitskonflikte“ ergeben. Die von Ullrich beschriebene Problematik hat im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Lehrern und den Mitarbeitern der Kliniken eine weitere Dimension: Im System des Krankenhauses zählen die Lehrer – mit Ausnahme der Krankenhausseelsorger – zu der einzigen Berufsgruppe, die nicht Teil des innerklinischen Systems und seiner Hierarchie sind. Dies sowie – in der Regel – ihr Status als Beamte und die rechtliche Verankerung ihres Bildungs- und Erziehungsauftrags verschaffen ihnen einerseits eine beispiellose Sicherheit und Unabhängigkeit dem klinischen System gegenüber, andererseits sind

sie de facto im Alltag sehr davon abhängig, welchen organisatorischen, informellen und räumlich-sächlichen Rahmen ihnen die Kliniken für ihre tägliche Arbeit zur Verfügung stellt.

Der neben der interdisziplinären Kooperation angesprochene zweite Aspekt des H.O.P.E.-Artikels ist die Lehrern der Schule für Kranke zukommende Vermittlungsfunktion zwischen dem kranken Schüler und seiner Stammschule. Infolge ihrer Krankheit und deren stationärer oder teilstationärer Behandlung verlieren viele kranke Schüler vorübergehend oder längerfristig ihre sozialen Bezüge zu ihrem Bekannten- und Freundeskreis. Sie empfinden die Einschränkung, oft sogar den Abbruch dieser Beziehungen in Abhängigkeit von ihrem Alter und der Art der Erkrankung in der Regel als äußerst belastend.

Wie die Lehrer der Schule für Kranke ihre „Brückenfunktion“ (VOLK-MOSER 1997) konkret wahrnehmen, ist sehr unterschiedlich und hängt neben äußeren Rahmenbedingungen und der Organisation des schulischen Unterrichts auch von ihrem persönlichen Engagement und vom Einsatz der Kollegen der Stammschule ab. In der Literatur finden sich viele Beispiele für gelungene Kooperationen zwischen Schulen für Kranke und Stammschulen (bspw. GRAVERT, KRÜGER & LEMKE 1999). Eine vergleichende Übersicht über die schulischen Reintegrationsmaßnahmen – und damit auch über die interdisziplinäre Kooperation – an pädiatrisch-onkologischen Behandlungszentren geben EHRENTAUD & STEGIE (2005). Viele informative und beeindruckende Einblicke in ihre Reintegrationsarbeit geben PFEIFFER ET AL. (1997) in ihrem Band.

## **9 „Die Eltern werden über das Recht ihres kranken Kindes oder Jugendlichen auf Schulunterricht und über das Unterrichtsprogramm informiert. Sie sind als aktive und verantwortliche Partner zu betrachten.“**

Kurz nach der Aufnahme eines Kindes in die Klinik ergibt sich meist die Gelegenheit zu einem ausführlichen Aufnahmegespräch, in dessen Verlauf die Schüler und ihre Eltern über das Angebot der Schule für Kranke, über ihre Arbeitsformen und die schulischen Ziele informiert und ggf. auch über das Recht auf Hausunterricht, die Modalitäten der Antragstellung und dessen Organisation aufgeklärt werden (weitere Funktionen des Aufnahmegesprächs vgl. WERTGEN 2007a, 31f). Bei Bedarf werden Eltern und Schülern gezielte Hilfestellungen angeboten – bspw. bei der Beschaffung von Unterrichtsmaterialien von der Stammschule, bei der Beantragung von Hausunterricht o. ä. Durch das Aufnahmegespräch kann eine gute Grundlage für die zukünftige Zusammenarbeit zwischen Lehrern und Schülern sowie deren Eltern geschaffen werden, denn hier leisten Lehrer eine unmittelbare Hilfestellung für die Eltern in der als belastend erlebten Situation.

Für Eltern ist eine längere schwerwiegende Krankheit ihres Kindes eine große, oft unvorhersehbare und in dieser Intensität kaum gekannte Belastung. Dies gilt besonders für Eltern, die aufgrund ihrer allgemeinen Lebensumstände auch ohne die Krankheit eines Kindes bereits sehr beansprucht sind. Eine längere oder chronische Krankheit ihrer Kinder mit stationären Aufenthalten ist für alle Eltern mit erheblichem psychischen Druck und hohem organisatorischem, in der Regel auch mit finanziellem Aufwand verbunden. Die Belastungen durch den Umgang mit der Krankheit eines Kindes sind freilich

in Abhängigkeit von der Erkrankung sehr unterschiedlich. So können bspw. Eltern somatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher den ungewissen Ausgang einer Operation oder lange Präsenzzeiten im Krankenhaus als extreme psychische und physische Belastung erleben, während Eltern psychisch kranker Schüler häufig die Beziehung zu ihren Kindern oder/ und deren Wesensveränderung durch die Krankheit sehr zu schaffen macht. Häufig fällt es den Eltern psychisch kranker Schüler wesentlich schwerer, krankheitsbedingte Einschränkungen – bspw. der Konzentration, der allgemeinen Leistungsfähigkeit, des situativ angemessenen emotionalen Ausdrucks oder des Sozialverhaltens – und deren Auswirkungen zu akzeptieren. Infolge einer schizophrenen Psychose können sich bspw. die schulischen und beruflichen Zukunftsperspektiven für einen Schüler grundlegend ändern. Vor allem solche tief greifenden, langfristigen, teilweise auch nicht mehr veränderbaren Auswirkungen einer Erkrankung sind für die Schüler und ihre Eltern nur allmählich und in Schritten realisierbar und zu akzeptieren. Lehrer können die Schüler und deren Eltern bei der Entwicklung realistischer Zukunftsperspektiven unterstützen. Die Anpassung der Erwartungen an die realen Perspektiven ist ein langer Prozess, der eine intensive Elternarbeit und äußerste Sensibilität erfordert.

Viele Eltern wissen zunächst nicht, welche Unterstützung sie durch verschiedene Leistungsträger (die psychosozialen Dienste, die Sozialdienste, die Seelsorge, ehrenamtliche Helfer wie Elterninitiativen und –vereine u. a.) innerhalb und außerhalb der Klinik in Anspruch nehmen können und wie diese Hilfen anzufordern sind. Ohne in die Gefahr zu geraten, ihre Zuständigkeiten zu überschreiten und sich zu überfordern können Lehrer hier über die schul- und unterrichtsbezogenen Informationen hinaus fallbezogen gezielte Hilfestellungen durch Beratung geben, weil sie häufig einen vergleichsweise intensiven und regulären Kontakt zu den Schülern und ihren Familien haben.

In den meisten Fällen gelingt es Lehrern an der Schule für Kranke erfahrungsgemäß gut, die Eltern als Partner in der schulisch-pädagogischen Arbeit mit einem Schüler zu gewinnen. Eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Lehrern und Eltern kranker Kinder und Jugendlicher ist aus mehreren Gründen von besonderer Bedeutung:

- Ein guter Kontakt zu den Eltern ist häufig die erste Voraussetzung für eine gute emotionale Arbeitsbeziehung zwischen dem Lehrer und seinem Schüler. Angesichts der verunsichernden, oftmals angstbesetzten Situation bei einer stationären Behandlung in der Klinik und ihren Folgen intensiviert sich die Eltern-Kind-, zumeist die Mutter-Kind-Bindung. Ein Lehrer muss in diesem Beziehungsgefüge, vor allem bei jüngeren Schülern, manchmal erst eine akzeptierte Stellung einnehmen ehe er mit einer überwiegend sachbezogenen Unterrichtsarbeit beginnen kann.
- Viele Eltern können die krankheitsbedingt häufig eingeschränkte Bereitschaft ihres Kindes zu schulischer Arbeit effektiv fördern. Wenn Kinder oder Jugendliche hingegen wissen, dass ihre Eltern wenig Wert auf deren Beschulung legen oder der Meinung sind, dass Krankheit und schulische Arbeit grundsätzlich nicht miteinander vereinbaren sind, kann die Arbeit von Lehrern in Einzelfällen extrem erschwert werden.
- Was für den Unterricht gilt, das gilt insbesondere für erzieherische Maßnahmen. Für Lehrer ist es entscheidend, einen Erziehungskonsens mit Eltern herzustellen, im besten Fall eine Erziehungscoalition zu schließen, weil schulische Erziehungsmaßnahmen von Eltern getragen werden müssen

um Aussicht auf Erfolg zu haben. Dieser Grundsatz gilt für die schulische Arbeit im Allgemeinen, vor allem jedoch für die Arbeit mit kranken Schülern. Viele Eltern stehen dem Unterrichtsangebot aufgeschlossen gegenüber und unterstützen die schulischen Ziele. Vor allem Eltern somatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, die ihr Kind während seines stationären Krankenhausaufenthalts begleiten, erleben das Unterrichtsangebot im Krankenhaus als Entlastung, weil sie sich während dieser Zeit mit gutem Gewissen für eine Weile zurückziehen können.

- Über die Stabilisierung der Eltern – häufig haben alltägliche, situativ geführte Gespräche ‚zwischen Tür und Angel‘ für die Eltern eine Entlastungsfunktion – können Lehrer indirekt auch ihre Schüler in aktuellen Krisensituationen erreichen. Lehrer im Krankenhaus, v. a. in somatischen Kliniken, haben in der Regel wesentlich häufiger, umfänglicher und intensiver Kontakt zu den Eltern ihrer Schüler als Lehrer an Regelschulen, weil sie viele Eltern in der Klinik regelmäßig antreffen. Insbesondere zwischen Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen, die häufig wiederkehrend und über längere Zeiträume stationär behandelt werden, deren Eltern und den Lehrern der Schule für Kranke entwickelt sich häufig über Monate und Jahre eine vertrauensvolle Beziehung. In solchen Beziehungen, jedoch auch ganz allgemein ist eine ausgewogene Balance von Nähe und Distanz zwischen dem Lehrer und dem Schüler sowie dessen Eltern eine entscheidende Voraussetzung für eine professionelle Arbeitsbeziehung und oft genug eine professionelle Herausforderung (SCHURAD 1987).

#### **10 „Der Schüler wird als ganzheitliche Person betrachtet. Das schließt das Arztgeheimnis und den Respekt vor der Privatsphäre und dem religiösen Bekenntnis ein.“**

Für Pädagogen ist mit dem Hinweis auf das Person-Sein der Schüler ein Bedeutungsgehalt verbunden, den Speck folgendermaßen umschreibt: „Im Hinweis auf die Person wird [...] die Möglichkeit des Menschen zur Behauptung und Verwirklichung seiner Menschlichkeit angesprochen; dass er Selbststand habe und suche, dass er sich selbst gehöre und aus einem von außen unzerstörbaren Zentrum immer wieder die Möglichkeit zu einem Neuanfang gewinne, dass er in diesem Kern der Person einmalig und unverwechselbar sei, dass daraus seine Würde und seine unaufhebbare Verantwortung entspringen“ (SPECK 1970, 289). Im Unterschied zu seinem philosophischen Bedeutungsgehalt (SCHISCHKOFF 1982, 521f; KREBS, KAMBARTEL & JANTSCHKEK 2004, 89ff) blieb der Begriff in der Pädagogik eher unbestimmt; ganz allgemein wurde „Person“ hier „zur Chiffre für das Menschliche im Menschen“ (SPECK 1970, 290). Obgleich „Person“ kein originär pädagogischer Begriff ist (SPECK 1970, 288), war er doch ein Referenzbegriff v. a. der geisteswissenschaftlichen Pädagogik. In ihm war ein philosophischer und theologischer Bedeutungsgehalt gegeben, der eine Grundlage für pädagogische Reflexion bildete. „Person“ war in den sechziger Jahren solch ein zentraler Begriff der pädagogischen Reflexion, dass sich eine ganze pädagogische Denkrichtung mit der Bezeichnung „personale Erziehung“ identifizieren konnte (GERNER 1965). In der gegenwärtigen Pädagogik spielt dieser Begriff dagegen kaum mehr eine bedeutende Rolle – so ist er bspw. in aktuelleren pädagogischen Lexika nicht verzeichnet (KECK & SANDFUCHS 1994; LENZEN 1994bff; SCHAUB & ZENKE 1995). Gleichwohl ist der Bedeutungsgehalt des Person-Begriffs gerade für Pädagogik bei Krankheit von ungebrochener hoher Relevanz – nicht zuletzt, weil er den Selbststand des Menschen betont und einer Verengung des Blicks auf Krankheit, ihre Symptome und die Behandlungssituation und ihre Zwänge und Einschränkungen

erfolgreich vorbeugen kann (vgl. dazu auch SCHMITT 1999, 184). Deswegen zeugt es von Weitsicht, dass die H.O.P.E.-Charta an diese pädagogische Tradition anknüpft.

Reflexionen über die Bedeutung von Begriffen provozieren nicht zu unrecht die Frage nach ihren praktischen pädagogischen Konsequenzen. Das pädagogische Verständnis der Schüler als Personen kann im Alltag eine Grundlage für die Wahrnehmung und die Beurteilung pädagogischen Handelns sein, es kann Maßstäbe vermitteln und die Orientierung erleichtern. Drei scheinbar selbstverständliche Schlussfolgerungen benennt die H.O.P.E.-Charta: die Einhaltung der ärztlichen – und, das wäre noch zu ergänzen, selbstverständlich auch der pädagogischen bzw. therapeutischen – Schweigepflicht, den Respekt vor der Privatsphäre kranker Kinder und Jugendlicher und die Achtung vor ihrem religiösen Bekenntnis sowie dessen Berücksichtigung im Alltag. Obgleich eine Ergänzung um weitere Konsequenzen möglich wäre, soll eine Konzentration auf die hier genannten Punkte an dieser Stelle genügen:

#### Schweigepflicht

Die Rechtslage zur Schweigepflicht für Lehrer ist eindeutig. Lehrer dürfen sich personen- und sachbezogen mit Mitarbeitern der Kliniken austauschen, wenn sie zuvor durch die volljährigen Schüler oder deren Erziehungsberechtigte ausdrücklich von der Schweigepflicht entbunden worden sind. Eine trotz seiner erheblichen Bedeutung überraschend wenig diskutierte Frage ist hingegen, ob und ggf. wie sich die Forderung nach Vertraulichkeit der Daten mit der engen interdisziplinären Kooperation in den klinischen Einrichtungen vereinbaren lässt (ULLRICH 2006, 283).

#### Achtung vor der Privatsphäre kranker Kinder und Jugendlicher

Der Respekt vor der Privatsphäre im Krankenhaus ist weit mehr als ein Gebot bloßer Höflichkeit. Kinder, vor allem aber Jugendliche haben ein großes Bedürfnis nach Anerkennung ihrer persönlichen Würde, sie haben eine besondere Sensibilität für die Einschränkungen ihrer persönlichen Freiheit und der Intimsphäre durch die stationäre Behandlung und leiden darunter in der Regel auch besonders stark. Bei vollstationärer Behandlung in somatischen, auch in psychiatrischen Kliniken werden fast unweigerlich, oft aus Unachtsamkeit und Gedankenlosigkeit, die Bedürfnisse der Patienten nach Rückzug, nicht selten auch nach Intimität verletzt. Bettlägerige Patienten haben in Zwei- oder Mehrbettzimmern in der Regel keine Möglichkeit, alleine Besuch zu empfangen oder zu telefonieren. Selbst intime Vorgänge wie die Erledigung der Körperpflege oder die Verrichtung der Notdurft finden oftmals vor den Augen anderer statt. Wenn Lehrer sich im Krankenhaus generell, im Besonderen in den Patientenzimmern, wie Gäste verhalten und sich dort nicht selbstverständlich wie in einem öffentlichen Raum bewegen, geraten sie weniger in die Gefahr, im Alltag die Privatsphäre ihrer Schüler zu verletzen.

Weitaus problematischer weil subtiler und tief greifender als die genannten Eingriffe in die Privatsphäre sind von Lehrern ausgehende Unterschreitungen professioneller Distanz zu Schülern und ggf. auch zu deren Eltern, meist aus guter Absicht, helfen zu wollen oder aus eigener Betroffenheit. Lehrer, die kranke Kinder und Jugendliche unterrichten und nicht über die erforderliche professionelle Rollenklarheit verfügen, geben schnell ihrem allgemein menschlichen Impuls nach, selber helfen zu wollen

anstatt auf die vielfältigen Kompetenzen der Mitarbeiter multiprofessioneller Teams in den Kliniken zurückzugreifen. Sie neigen dann dazu, sich schnell zu überfordern und bei ihrem Gegenüber Erwartungen zu wecken, die sie oftmals nicht erfüllen können (zur Psychodynamik dieser Problematik vgl. SCHMIDTBAUER 1995). Einen schwerwiegenden pädagogischen Kunstfehler begehen Lehrer, die nicht situativ empathisch wahrnehmen, welches Maß an Nähe bzw. Distanz in der Arbeitsbeziehung zu ihren Schülern und deren Eltern angemessen ist und die persönlichen Grenzen ihrer Schüler überschreiten. Das Recht kranker Schüler auf Unterricht schließt auch das Recht ein, als Schüler, d.h. in einer ihnen vertrauten Rolle, angesprochen und behandelt zu werden. Die in der Arbeit mit kranken Schülern immer präsente Frage nach dem persönlich und situativ angemessenen Verhältnis von Nähe und Distanz wird in der Pädagogik bei Krankheit intensiv und kontrovers diskutiert (HILFF 1997, 161ff, v. a. 173; ERTLE & SCHMITT 1997, 238; WEIDENBACH 2001, 152ff; SCHURAD 1987). Hilfreich könnte hier die Rückbesinnung auf Herbart sein, der bereits 1802 in einer „Rede bei Eröffnung der Vorlesungen über Pädagogik“ unter dem Begriff des „Pädagogischen Takts“ die Frage nach dem angemessenen theoriegeleiteten pädagogischen Handeln aufgreift und einige seiner Merkmale benennt (HERBART 1957, 148f, 152f). Bereits hier wird deutlich, dass neben der Fähigkeit fachlicher pädagogischer Reflexion vor allem Empathie und die Bereitschaft zur Selbstreflexion – am sinnvollsten sicherlich im Rahmen von Supervisionen oder kollegialen Fallberatungen – gefordert sind.

Die Achtung vor dem religiösen Bekenntnis und die Berücksichtigung des kulturellen Hintergrundes  
Diese Forderung wird im klinischen und schulischen Betrieb nicht immer mit der wünschenswerten Selbstverständlichkeit erfüllt. In der Praxis reichen die Probleme von allgemeinen Schwierigkeiten sprachlicher Verständigung, unterschiedlichen kulturellen und Lebensgewohnheiten bis hin zu spezifischen kulturell geprägten Weisen der Wahrnehmung von Krankheit, des Umgangs mit ihr und ihrer Bewältigung. Hier ist generell die Frage der interkulturellen Kompetenz der Schule und Klinik angesprochen, die vor allem im Hinblick auf die Klinik als einer totalen Institution virulent wird. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund und deren Familien gewinnen schnell der Eindruck, dass „die Deutschen bestimmen, auch wenn es uns anders lieber wäre“ (SCHROEDER ET AL. 2000, 190). Viele Probleme dieser Art können entschärft oder vermieden werden wenn in der psychosozialen Versorgung und möglichst auch an Schulen für Kranke verstärkt auf die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter, d.h. vor allem auf die interkulturelle Zusammensetzung der Teams, geachtet würde.

Autor:



Dipl.-Päd.  
Alexander Wertgen  
Kreuzbergstr. 1  
40489 Düsseldorf

Kontakt:  
alexwertgen(at)web.de

### Zusammenfassung

Die H.O.P.E.-Charta steht unmittelbar unter dem Eindruck internationaler pädagogischer Praxis an Schulen für Kranke und zeugt von engagierter Reflexion. Die zehn in die Charta aufgenommenen Artikel bezeichnen zugleich kurz und prägnant gegenwärtige und künftige Felder für die Weiterentwicklung der Pädagogik bei Krankheit in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Gegenüberstellung der pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke und der Forderungen der Charta kann einen guten Eindruck des Status quo vermitteln und lässt Möglichkeiten der Weiterentwicklung pädagogischer Praxis erkennen. Der H.O.P.E.-Charta ist zu wünschen, dass sie zu einem festen Beurteilungsmaßstab der pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke wird und eine bildungspolitische Wirksamkeit entfaltet.

## Literatur

- BERNDT, H.: Untersuchungen über Konstruktion und Verwendung technischer Lernhilfen für den Unterricht bei bettlägerigen Kindern. Diss. Humboldt-Universität Berlin 1957
- BERNDT, W.: Die Schule für Kranke ist nicht mehr Sonderschule. In: Schulverwaltung NRW. Unabhängige Zeitschrift für Schulleitung, Schulaufsicht und Schulkultur. H. 6 (2006) 185-187
- EHRENTAUD, M. & STEGIE, R.: Maßnahmen zur schulischen Reintegration krebskranker Kinder und Jugendlicher. Zur Versorgungslage an pädiatrisch-onkologischen Behandlungszentren in Deutschland. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 56 (2005) 491-496
- ERTLE, C. (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn 1997
- ERTLE, C. & SCHMITT, F.: Auf dem Weg zur Professionalität des Kliniklehrers. In: Ertle, C. (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn 1997 225-245
- FINKE-KNÜWER, H., KEMMELMEYER, K.-J. & WIENHUES, J.: Musik im Krankenhaus. Grundlagen, Ziele, Materialien für Unterricht und Therapie. Ein Beitrag zur Humanisierung des Krankenhausaufenthaltes. Regensburg 1983
- GERNER, B. (Hrsg.): Personale Erziehung. Beiträge zur Pädagogik der Gegenwart. Darmstadt 1965
- GRAVERT, H., KRÜGER, D. & LEMKE, G.: Fallbericht über eine geglückte Kooperation der Lehrkräfte einer Schule für Kranke und einer Regelschule. In: Harter-Meyer, R., Schulte-Markwort, M. & Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg 1999, 73-84
- GRÖSCHKE, D.: Das Normalisierungsprinzip: Zwischen Gerechtigkeit und gutem Leben. Eine Betrachtung aus ethischer Sicht. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 51 (2000) 134-140
- HARTER-MEYER, R.: Das prekäre Verhältnis von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie – aus der Sicht der Erziehungswissenschaft. In: Harter-Meyer, R., Schulte-Markwort, M. & Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg 1999, 7-40
- HARTER-MEYER, R. (Hrsg.): ‚Wer hier nur Wissen vermitteln will, geht baden‘. Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg 2000
- HARTER-MEYER, R., SCHULTE-MARKWORT, M. & RIEDESSER, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg 1999
- HENTIG, H. VON: Bildung. Ein Essay. München 1996
- HENTIG, H. VON: Die Menschen stärken, die Sachen klären. Stuttgart 1999
- HERBART, J. F.: Umriss pädagogischer Vorlesungen. Rede bei Eröffnung der Vorlesungen über Pädagogik. Aphorismen zur Pädagogik. Hrsg.: Esterhues, J. Paderborn 1957
- HERBART, J. F.: Allgemeine Pädagogik aus dem Zweck der Erziehung abgeleitet. (Hrsg.: Nohl, H.). Weinheim <sup>2</sup>1959
- HILFF, G.: Zwischen Distanz und Nähe – aus der Arbeit mit Schülern der Sekundarstufe in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. In: Ertle, C. (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn 1997, 161-180
- HINNE-FISCHER, J., FLACHSKAMP, U., RITTMAYER, C., ROTTHAUS, R. & WERTGEN, A. (Hrsg.): Schule und Klinik. Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit. Eine Festschrift der Alfred-Adler-Schule, 30 Jahre Städtische Schule für Kranke, Düsseldorf. Münster 2007

- HOSPITAL ORGANISATION OF PEDAGOGUES IN EUROPE (H.O.P.E.): Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause. Barcelona 2000. Im Internet unter: <http://www.connect-to-H.O.P.E..org> [26.11.2006]
- KECK, R. W. & SANDFUCHS, U. (Hrsg.): Wörterbuch Schulpädagogik. Bad Heilbrunn 1994
- KNOPP, M.-L. & NAPP, K. (Hrsg.): Wenn die Seele überläuft. Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie. Bonn 1995
- KÖSLER, E.: Lernen im Krankenhaus. In: Steinebach, C. (Hrsg.): Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche. Freiburg i. Br. 1997, 187-198
- KOLLMAR-MASUCH, R.: Hat der Lehrer in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie eine Chance? Eine empirische Studie zur Situation von Lehrern an stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in der BRD und sonderpädagogische Konsequenzen. München 1987
- KOLLMAR-MASUCH, R. (Hrsg.): ‚Ich male meine Gitter bunt.‘ Bilder, Objekte, Gedichte und Geschichten von Kindern und Jugendlichen aus der Rheinischen Schule für Kranke der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen. Köln 2003
- KREBS, A., KAMBARTEL, F. & JANTSCHKEK, T.: ‚Person‘. In: Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie. Hrsg. von J. Mittelstraß. Stuttgart 2004, 89-92
- LANGEWAND, A.: Bildung. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Erziehungswissenschaft. Ein Grundkurs. Reinbek b. Hamburg 1994, 69-98
- NIRJE, B.: Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 63 (1994), 12-32
- PFEIFFER, U., KNAB, D., HÄCKER, W., KLEMM, M. & BÖPPLE, E. (Hrsg.): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen 1997
- RAUPACH, M.: Schulen für Kranke im Umbruch. Entwicklungslinien in der schulischen Arbeit mit kranken Schülerinnen und Schülern. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 54 (2003), 290-293
- ROTHHAUS, R.: Sonderpädagogik und Regelpädagogik in der Schule für Kranke in Düsseldorf. In: Hinne-Fischer, J, Flachskamp, U., Rittmeyer, C., Rothhaus, R. & Wertgen, A. (Hrsg.): Schule und Klinik. Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit. Eine Festschrift der Alfred-Adler-Schule, 30 Jahre Städtische Schule für Kranke, Düsseldorf. Münster 2007, 75-78
- SCHAUB, H. & ZENKE, K. G.: Wörterbuch zur Pädagogik. München 1995
- SCHISCHKOFF, G.: Person. In: Philosophisches Wörterbuch. Hrsg. von G. Schischkoff. Stuttgart <sup>21</sup>1982, 521-522
- SCHMIDTBAUER, W.: Hilfloze Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe. Reinbek b. Hamburg 1995
- SCHMITT, F.: Schule für Kranke – eine Institution individueller und integrativer Pädagogik. In: Pfeiffer, U., Knab, D., Häcker, W., Klemm, M. & Böppl, E. (Hrsg.): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen 1997, 184-190
- SCHMITT, F.: Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 50 (1999), 182-186
- SCHROEDER, J., HILLER-KETTERER, I., HÄCKER, W., KLEMM, M., BÖPPLE, E.: ‚Liebe Klasse, ich habe Krebs!‘ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen <sup>2</sup>2000
- SCHULTE-MARKWORT, M. & RIEDESSER, P.: Das prekäre Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädagogik – aus der Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Harter-Meyer, R., Schulte-Markwort, M. & Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg 1999, 41-58
- SCHURAD, H.: Engagement und Distanzierung als Problem des Lehrers an der Schule für Kranke. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 38 (1987), 193-204

- SCHWENK, B.: Bildung“. In: Lenzen, D. (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. 2 Bde. Reinbek b. Hamburg 1994, 208-221
- SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND: Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. o. O. 1998
- SPECK, J.: Person. In: Speck, J. & Wehle, G. (Hrsg.): Handbuch pädagogischer Grundbegriffe. Bd. 2. München 1970, 288-329
- TAMBLÉ, I.: Schule für Kranke: Schule für kranke Schüler oder kranke Schule? In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 36 (1985), 27-33
- PÄDAGOGISCHE HOCHSCHULE OBERÖSTERREICH, LINZ: Studienplan bundesweiter Hochschullehrgang Krankenpädagogik/Heilstättenpädagogik. Im Internet unter: [http://www.ph-ooe.at/fileadmin/user\\_upload/fortbildungaps/Lehrgaenge-PDF/Hochschullehrgaenge/HLG\\_Krankenpaedagogik.pdf](http://www.ph-ooe.at/fileadmin/user_upload/fortbildungaps/Lehrgaenge-PDF/Hochschullehrgaenge/HLG_Krankenpaedagogik.pdf) [21.07.2008]
- THEIS, G.: Krankheit und Krankenpädagogik. Aachen 1991
- ULLRICH, G.: Psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen: Synopse und Ausblick. In: Pawils, S. & Koch, U. (Hrsg.): Psychosoziale Versorgung in der Medizin – Entwicklungstendenzen und Ergebnisse der Versorgungsforschung. Stuttgart 2006, 276-290
- VOLK-MOSER, A.: Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett. In: Ertle, C. (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn 1997, 57-76
- WEIDENBACH, M. (2001): Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen am Gymnasium. In: Harter-Meyer, R. & Weidenbach, M. Bildung und Krankheit. Herausforderungen für Lehrkräfte. Hamburg 2001, 91-192
- WERTGEN, A.: Hausunterricht bei längerfristig erkrankten Schülern als pädagogische und organisatorische Herausforderung – eine Bestandsaufnahme. In: Heilpädagogische Forschung 32 (2006) H. 3, 153-162
- WERTGEN, A.: Abteilung Universitätskliniken. In: Hinne-Fischer, J., Flachskamp, U., Rittmeyer, C., Rotthaus, R. & Wertgen, A. (Hrsg.): Schule und Klinik. Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit. Eine Festschrift der Alfred-Adler-Schule, 30 Jahre Städtische Schule für Kranke, Düsseldorf. Münster 2007a, 27-39
- WERTGEN, A.: Das Projekt ‚Teleschule‘: eine ergänzende Maßnahme im Unterricht onkologisch erkrankter Schüler. In: Sonderpädagogik 37 (2007b), H. 2/3, 98-110
- WERTGEN, A.: Schülerzeitungsarbeit an der Alfred-Adler-Schule, Städt. Schule für Kranke, Düsseldorf. In: Hinne-Fischer, J., Flachskamp, U., Rittmeyer, C., Rotthaus, R. & Wertgen, A. (Hrsg.): Schule und Klinik. Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit. Eine Festschrift der Alfred-Adler-Schule, 30 Jahre Städtische Schule für Kranke, Düsseldorf. Münster 2007, 84-109
- WERTGEN, A.: Schülerzeitungsarbeit an der Schule für Kranke: ein pädagogisches Angebot zur Unterstützung von Prozessen der Krankheitsbewältigung – Ergebnisse einer qualitativen Inhaltsanalyse. In: Heilpädagogik online 7 (2008) H. 3, 21-54
- WIENHUES, J.: Zur Aus- und Weiterbildung der Lehrer an Schulen für Kranke. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 33 (1982), 659-661
-