



Krankenpädagogik als Pädagogik in Extremlagen

Wolfgang Oelsner

Sonderschulrektor Johann-Christoph-Winters-Schule , Schule für Kranke der Stadt Köln

Wer krank ist, hofft gesund zu werden. Krankheit ist etwas Vorübergehendes. Sie ist keine Behinderung. Sie mag heftig und schmerzhaft sein, letztlich bleibt sie aber episodenhaft. Ihre Beeinträchtigungen sind nur Ausnahmen von der Regel „Gesundheit“.

Begriffe und Erlasse

Diese Bemerkung zum umgangssprachlichen Verständnis sei meinen Ausführungen vorangestellt, weil sie die Dynamik der Arbeit in einer „Schule für Kranke“ betrifft. Der Begriff Krankheit präjudiziert eine kurzzeitige Verlaufserwartung. Die ist in einer Schule für Kranke aber nicht Realität.

Unser Berufsstand hat mit Schülern, die im Rahmen der durchschnittlichen stationären Verweildauern von weit unter einer Woche bleiben, beispielsweise nach einem chirurgischen Eingriff, i. d. R. nichts zu tun. Denn trotz unterschiedlicher Vorgaben in unserem Bildungsföderalismus quantifizieren alle Bundesländer die staatlich vorgeschriebene Zugangsberechtigung mit einer „voraussichtlich mindestens vierwöchigen Liegezeit“. Selbst in der einstigen Keimzelle der Krankenpädagogik, der Orthopädie, erfüllt diese Bedingung kaum noch jemand.

Heute konzentriert sich unser Einsatz auf wenige somatische Spezialstationen wie Onkologie, Hämatologie, Nephrologie (Dialyse) oder auch Reha-Abteilungen. Auf den neuen Schwerpunkt Jugendpsychiatrie komme ich gleich gesondert zu sprechen.

Unterrichtet werden dürfen allerdings Kinder und Jugendliche, die „in regelmäßigen Abständen stationär behandelt werden“ (KMK, 1998). Deren stationäre Behandlungstage können zu Jahressummen addiert werden. Betroffen sind davon vor allem Kinder mit Diabetes, Rheuma, Allergien, Mukoviszidose (CF = cystische Fibrose), Niereninsuffizienzen. In letzter Zeit fokussieren sich vermehrt einzelne Stationen der Kinderkrankenhäuser –auch in tagesklinischen Settings–auf solche immer wiederkehrenden Patienten mit chronischen Krankheitsverläufen. (Über die statistische Zunahme dieser Patientengruppe vgl. Michels, 1996)

Damit sei ein zweiter Begriff vorangestellt: chronisch krank. Ihm fehlt das Vorübergehende und Episodenhafte des Krankheitsbegriffs. Das Gegenteil ist der Fall. Dauerhaft erkrankte Patienten werden sich auf einen langfristig irreversiblen Status ihres Leidens einstellen müssen. Droht dadurch eine Lebensverkürzung, ist umgangssprachlich auch von „unheilbar krank“ die Rede. Chronisch krank zu sein, jedoch nicht akut lebensbedroht, ist eine Diktion in der Schnittmenge von krank und behindert.



Chronische Krankheiten sind Einschnitte ins Lebenskonzept. Mit einer Behinderung zu leben, ist ein hoch belastendes Schicksal für Betroffene wie Angehörige. Deren Lebensumstände sind erschwert. Allerdings sind sie auch geklärt. Nach anfänglichem Aufbegehren, Leugnen oder auch euphorischem Aktionismus lässt die Gegenwehr allmählich nach. Die Beeinträchtigung wird dann nicht geringer, doch die Betroffenen und ihr Umfeld beginnen sie zu akzeptieren, mit ihr zu leben, sich zu arrangieren. Im Idealfalle söhnen sie sich mit ihr aus.

Anders ist die Situation bei Krankheit. Da will nichts zur Ruhe kommen, da will sich keiner arrangieren, aussöhnen oder hingeben. Da wird gehofft und aufbegehrt. Die Krankheit soll schnell verschwinden. Sie soll nichts weiter sein als eine unliebsame Episode, die möglichst bald zu vergessen ist. Am besten durch Demonstration der alten Leistungsfähigkeit.

Doch die jungen Patienten leiden an schweren, oft sehr schmerzhaften, länger anhaltenden Krankheiten. Chronische Krankheiten schneiden tiefer ins Lebenskonzept ein als Skalpelle bei Blinddarmentzündungen, tiefer als in der Orthopädie behandelte Brüche, nach denen man absehbar wieder laufen kann.

Patienten, die für eine SfK noch zugangsberechtigt bleiben, sind überwiegend sehr lang anhaltend oder chronisch krank. „Chronische und psychosomatische Erkrankungen dominieren heute im Wesentlichen das Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen in industrialisierten Ländern“ (Schindler-Marlow im Rheinischen Ärzteblatt, 2007, Heft 4, S.11). Wir Klinikpädagogen sehen deshalb auf den Stationen hohe Belastungen und Schlappeit der Patienten. Doch wir sollten nicht übersehen, dass dahinter Kämpfe toben können. Kämpfe des Aufbegehrens.

Gesellschaftliches Klima

Chronisch kranke Kinder und ihre Eltern begehren nicht nur gegen lebensverkürzende Prognosen auf. Sie kämpfen auch gegen drohenden Verlust von gesellschaftlicher Inklusion und Partizipation. Obwohl die Tücke in der Krankheit liegt, macht sie sich bei den Betroffenen oft personalisierend fest. Nicht aus Boshaftigkeit, sondern aus Ohnmacht. Vor der Folie solcher intra- und interpsychischen Prozesse geschieht Unterricht im Krankenhaus. Ich will die noch um einen Blick auf den gesellschaftspsychologischen Kontext erweitern. Das gesellschaftliche Klima zu Beginn des neuen Jahrtausends erwartet in den Industriestaaten den erfolgreichen Menschen. Es fordert den geförderten Schüler (vgl. „Generationenbarometer“ 2009, Institut für Demoskopie Allensbach). Scheitern und Krankheit sind nicht vorgesehen. In der Arbeitswelt drückt sich das beispielsweise in statistischen Feststellungen eines niedrigen Krankheitsstands aus. Krankheit gefährdet die gesellschaftliche Teilhabe. In der Bildungswelt dokumentiert ein Gründungsboom an Privatschulen und Nachhilfezentren das Streben um bestmögliche Abschlüsse. Sie zu verfehlen, kommt einem gesellschaftlichen Todesurteil gleich. Leistungsmindernde Krankheitseinbrüche werden dann dramatisierend wahrgenommen -oder bagatellisierend abgewehrt.



Die Zeitschrift „Eltern“ machte zum Schulanfang 2005, als in vielen Bundesländern auf die Verkürzung der Schulzeit bis zum Abitur auf insgesamt 12 Jahre umgestellt wurde, mit einem Titelbild auf, bei dem aus dem Ranzen des Erstklässlers ein Wimpel mit der Kennung herausragte „Abi 017“. Auszeiten oder Wiederholungsschleifen durch Krankheiten sind bei solchen Rechnungen nicht einkalkuliert. Die werden ignoriert oder sollen mittels Spezialisten und Medikamenten ungeschehen gemacht werden.

In diesem Erwartungsklima müssen Krankenpädagogen damit rechnen, als Zulieferer eines perfekten Reparatursystems gesehen zu werden. Nach einer Klinikentlassung soll alles möglichst ungebrochen weiter gehen. Dafür gibt es „Nachhilfe auf Krankenschein“, wie die Arbeit von Kliniklehrern zuweilen missverstanden wird. Solche Wünsche sind legitim. Das Bereitstellen von Lehrkräften durch den Staat geschieht zum großen Teil auch aus diesem Denken heraus. Ich zitiere aus den KMK- Empfehlungen, 1998: „Der Unterricht (gemeint ist der im Krankenhaus) bietet den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit, trotz ihrer Krankheit mit Erfolg zu lernen; Befürchtungen, in den schulischen Leistungen in Rückstand zu geraten, werden vermindert.“ Probleme gibt es jedoch, wenn die Wirklichkeit vielschichtiger ist, als Konzepte es sein können.

Unterrichten unter Berücksichtigung der Beziehungsebene Wer unterrichtet wird, dem traut man eine Zukunft zu. Diese banale Aussage hat für lebensbedrohlich erkrankte Kinder und deren Eltern eine Bedeutung. Halb scherzhaft und zugleich voll von ernster Lebenshoffnung fallen auf der Kinderkrebstation Sätze wie dieser: „Die Lehrerin nervt dich auch am Krankenbett noch mit dem Einmaleins. Doch wer das tut, glaubt, dass du bald in deine alte Klasse zurück kommst.“ Auch wenn die Berufserfahrung uns einen sehr kritischen Krankheitsverlauf erwarten lässt, werden wir Krankenpädagogen solche Prognoseinterpretationen unkommentiert lassen. Wir werden aushalten müssen, dass die Akzeptanz eines schmerzhaft erlebten Leistungsverlust bei Kind und Eltern Zeit braucht und Phasen des Widerstands vorausgehen können.

So werden wir auch das umfangreiche Unterrichtsmaterial, das Heimat- schulen als Zeichen der Verbundenheit und Hoffnung auf Wiederkehr besonders in der ersten Phase eines längeren Klinikaufenthalts in die Klinik schicken, zunächst einmal annehmen. Hilfreicher als es sofort als Überforderung zurückzuweisen, ist eine Annahme etwa mit den Worten: „Schön, dass deine Klasse an dich denkt und dein Klassenlehrer sich so viel Mühe macht. Wenn du nicht alles schaffst, wird er bestimmt Verständnis dafür haben. Ich werde ihm sagen, wie eifrig du hier lernst. Ich mache ihm aber auch klar, dass du hier auf Station unter so ganz anderen Bedingungen arbeitest und dass es Tage geben kann, an denen einem nicht so viel Kraft fürs Arbeiten zur Verfügung steht. Von früheren Schülern weiß ich, dass die Heimatschulen es akzeptieren, wenn wegen der Krankheit phasenweise auch mal gar nichts geht.“

Erfolgreich können wir nur unterrichten, wenn wir den psychosozialen Lebenskontext unserer Schüler im Blick haben. Das bedeutet, dass gleichbedeutend zur curricularen Professionalität unsere Präsenz auf der Beziehungsebene gefordert ist. Ich formuliere mein erstes Statement deshalb so:



Statement I

Die Berücksichtigung der Beziehungsebene ist originärer Bestandteil des Unterrichtens in der Klinik. Sie ist kein Monopol der psychologischen Professionen. Sie sollte allerdings auch kein Monopol der Krankenpädagogik sein.

Lehrkräfte als Projektionsflächen des Widerstands

Die meisten Kinder und Eltern sind froh über eine schulische Entlastung. Der Beginn einer Krankheit lässt ohnehin alle anderen Lebensbereiche in den Hintergrund treten. Es ist aber auch mit kurzen, verschärften Phasen des Widerstands zu rechnen, in denen die nicht mehr zu leugnenden körperlichen Funktionsverluste mit intellektuellen Ansprüchen kompensiert werden wollen. Der behutsame Lehrer wird das nicht mit Sonderlob noch verstärken. Er nimmt es zunächst einfach an, um es bei fortschreitendem intellektuellen Kompetenzverlust zu betrauern. Dann gilt es, der drohenden Resignation entgegen zu arbeiten.

Bei Kindern, die eine Krankheit überleben, fortan aber nur eingeschränkt leistungsfähig sein werden, sehen Kliniklehrer sich manchmal phasenweise einer negativen Projektion seitens Eltern und Patient gegenüber. Während dem medizinischen System Dankbarkeit für den Lebenserhalt entgegengebracht wird, kann sich an der Lehrperson die Enttäuschung über die Kompetenzeinbuße fest machen, etwa wenn sich die Notwendigkeit zum Wechsel der Schullaufbahn in ein „niedrigeres System“ herausstellt. Kinder, und mehr noch ihre Eltern, benötigen Zeit, bis sie Ziele neu, bescheidener formulieren können. Denn Funktionsverluste beim eigenen Kind sehen zu müssen, stimmt Eltern nicht nur traurig. Sie können von ihnen auch als eigene narzisstische Kränkung erlebt werden.

Degenerative Prozesse des Kindes bedeuten eine unermessliche Enttäuschung. Die kann abgewehrt werden, indem man die Gründe im unqualifizierten oder zu geringen Fördereinsatz der Helfer ausmacht. Bei intellektuellem Funktionsverlust bei den Lehrkräften. Das entlastet Eltern und schützt sie vor möglichen negativen Affektentladungen beim Kind.

Klinikpädagogen sollten ein Mindestmaß an psychologischen Kenntnissen über unbewusste Wirkmechanismen haben, etwa den Phänomenen Identifikation, Projektion, Übertragung und Gegenübertragung. Mein zweites Statement lautet deshalb:

Statement II

Klinikpädagogen kalkulieren das Phänomen der Übertragung im Unterricht ein und wissen, dass Schüler die Defizite und Ängste ihrer Lebenswirklichkeit auch an unterrichtenden Bezugspersonen stellvertretend abarbeiten. Eine kontrollierte Gegenübertragung schützt vor Beziehungsirritationen und hilft Schülern, nachreifende Schritte zu gehen.



Wenn wir Lehrkräfte zur Projektionsfläche des Widerstand werden, müssen wir uns sehr disziplinieren und sollten auf keinen Fall affektiv reagieren. Wenn wir den drohenden Verlust empathisch mitbetruern und gleichzeitig eine professionelle Zentrierung auf schulische Themen beibehalten, können wir den Eltern Impulse für alternative Beschulungsmöglichkeiten, unorthodoxe Bildungswege, auch „Nischen“ und „Tricks“, geben. Langfristig öffnen sich dadurch neue Sichtweisen für neue Lebenskonzepte.

Wirksam können wir den psychischen Irritationen vor allem dann begegnen, das mag paradox klingen, wenn wir den Kindern ganz Lehrer, ganz Didaktiker bleiben. Ich will das in einem dritten Statement so formulieren:

Statement III

Es ist hilfreich, wenn Kliniklehrkräfte therapeutisch sehen und verstehen können. Handeln werden sie jedoch stets als Schulpädagogen. Ihr Instrument bleibt die Didaktik auf der Basis von Empathie.

Die Auswahl bestimmter Unterrichtsinhalte kann Impulse setzen, wie sie in Therapien auch angestrebt werden. Unterrichtsstoffe können einen Transfer auf andere Lebensbereiche zulassen. Fächer wie Deutsch, Religion, Gesellschaftswissenschaften bieten unter dem Schutz eines anerkannten Kulturguts prinzipiell die Möglichkeit, auch extreme Lebenslagen und ihre Bewältigungsmöglichkeiten als allgemeine Menschheitserfahrung darzustellen.

Unterricht als Chance zur Mentalisierung der Affekte Unterricht, der die Lebenswirklichkeit von Schülern einbezieht und sie mit Kulturgut beantwortet, kann zur „Mentalisierung der Affekte“ (Fonagy u.a., 2004) beitragen. Jugendliche können einen Affektzustand in einem Werk der Literatur oder Musik gespiegelt sieht. Das muss nicht immer unseren Geschmack finden. Aber ein seelisches Aufbegehren, das sich beispielsweise in aggressiver Rockmusik entäußert, kanalisiert sich mit Stilmitteln der Kultur.

Auf diesem, auch in späteren Entwicklungsjahren noch möglichen Phänomen einer Affektspiegelung durch Kultur beruhen womöglich die oft verblüffenden (selbst-)erzieherischen Effekte von schulischen Kulturprojekten mit hoch belasteten, schwierigen Jugendlichen, beispielsweise im Tanzprojekt „Rhythm is it“ von Roger Maldoom, Sir Simon Rattle, den Berliner Philharmonikern u. a. (2004).

Jugendliche suchen Affektspiegelungen auch in eigenen Gestaltungsübungen mit Sprache, Musik, Malerei oder Musik und kommen damit oft nahe an Aussagen der Hochkultur heran. Dazu ein Beispiel aus meiner Schulpraxis:

Herrmann Hesse verdichtete Gefühle zum Thema „Abschied“ in seinem Gedicht „Stufen“. Auf vielen Abschiedsfeiern wird es vorgetragen, mit dem bekannten Schlussappell: „Wohlan denn Herz, nimm Abschied und gesunde!“ Der siebzehnjährige Nils, der nach vielen Beziehungsabbrüchen und Schulverweisen in unserer Klinikschule der Jugendpsychiatrie seinen Hauptschulabschluss nachholte,



kommt zu folgender Aussage, als er auf das Erinnerungsbild seiner Schule schrieb: „Abschied ist ein Thema, über das keiner gerne spricht. Es ist ein Gefühl von Trauer und Einsamkeit. Es vermittelt aber auch ein Gefühl von Aufbruch und Neuem.“ Für Nils war es der erste reguläre Schulabschluss seines Jugendalters. Alle früheren Schulen musste er nach Übergriffen und Impulsdurchbrüchen zwangsweise verlassen. Der Abschied aus der Klinikschule fiel ihm schwer, und in früheren Jahren hätte er die negative Spannung mit Handgreiflichkeiten oder anderen destruktiven Aktionen begleitet. Doch er hatte -wenn auch spät- gelernt, Sprache zu nutzen, wo einst nur Affekt war.

Statement IV

Die curriculare Auswahl unterstützt Affektsteuerung und Mentalisierungsprozesse. Unterrichtsinhalte beinhalten auch in extremen Lebensphasen Chancen der Identifizierung und projektiven Entlastung. Sie fördern die Sprachnutzung, wo einst nur Affekt war.

Unterrichtsinhalte vermögen auch Verlust- und Abschiedserlebnisse in einen tröstlichen kulturellen Kontext zu stellen. An den Erfahrungen anderer teilzuhaben und sich diese mittels der eigenen Fähigkeiten zu erschließen, bewahrt Schüler vor einer Fixierung in der eigenen Ohnmacht. Über den Satz von Ernst Bloch „Ich bin – aber ich habe mich noch nicht“ konnte in einer oberen Klasse der Jugendpsychiatrie ein Wochenprojekt in den Fächern Deutsch, Religion, Kunst und Gesellschaftslehre gestaltet werden. Das Entzünden eines identifikatorischen Funkens kann nicht erzwungen werden. Aber er kann durch die Bereitstellung des Materials in einer warmherzigen Atmosphäre als Möglichkeit erhofft werden. Stets vermag die Arbeit am Kulturmaterial die Aktivierung und Ausdifferenzierung noch erhaltener Ich-Funktionen zu fördern.

Begleiteter Abschied von Lebenskonzepten auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Die letzten Beispiele führten uns zu einem Arbeitsfeld der Krankenpädagogik, das der SfK während der letzten 20 Jahre ihre Existenz sicherte: die Etablierung von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Schulen für Kranke sind heute zu größten Anteilen Schulen in den KJPs. Zunehmend erhalten sie eine Infrastruktur wie Förderschulen, mit Gruppenräumen für Kleinklassen, Fachräumen und eigenem Schulgebäude.

Der Wechsel von den primär somatisch kranken zu psychisch kranken Schülern erschien zunächst als völliger Bruch im Berufsbild der Krankenpädagogik. Zwar waren in beiden Klinikfeldern extreme Lebenssituationen, auch der Tod, anzutreffen, doch entsprangen sie völlig verschiedenen Lebenskontexten: hier die schicksalhaft herein brechende lebensverkürzende Krankheit, dort die selbst zugefügten Verletzungen bis hin zum versuchten Suizid.

An drei Beispielen aus der KJP will ich deutlich machen, dass in den so unterschiedlich erscheinenden Bereichen die Anforderungen an unsere Lehrerhaltung und didaktische Reflexion so abweichend nicht sein müssen.



Wechslerstudie

Auch in der KJP werden Lebenskonzepte enttäuscht und müssen krankheitsbedingt umgeschrieben werden. Auch psychische Erkrankungen erzwingen Abschied von Hoffnungen, Illusionen, Wünschen. Auch hier werden wir Lehrkräfte die Erwartung mancher Eltern von einer kompensierenden „Nachhilfe auf Krankenschein“ enttäuschen. Und weil Lebensziele bei jungen Menschen vornehmlich Bildungsziele sind, werden wir Lehrkräfte gebraucht, wenn sie behutsam zu neuen Ziele gelenkt werden müssen. Beispielsweise wird für viele KJP-Patienten mit der Klinikentlassung ein Schulwechsel nötig.

Ein Drittel aller unterrichteten Schüler in NRW wechselt nach der KJP-Entlassung die Schule, die meisten auch die Schulform. (vgl. Oelsner/ Reichle 2008) Die hohe Schulwechslerquote lässt vermuten, dass psychische Erkrankungen im Jugendalter vielfach durch „falsche Beschulung“ verschärft, mitunter verursacht werden. Die Krankenpädagogik wird dann im Verbund mit dem System Medizin zum „korrigierenden Weichensteller der Schullaufbahn“ (dies. 2009). Wir Kliniklehrkräfte wirken dann auf den Stationen bei diagnostischen Aufgaben mit, die sonst bei schulpsychologischen Diensten angesiedelt sind. Die Schulwechsler erfordern nicht nur unsere Empathie sondern auch technisches und schulorganisatorisches Wissen, etwa über die schulrechtliche Erlasslage, über probatorische Optionen, Nachversetzungen und Schulbegleitungen. (Vgl. Harter-Meyer 2000).

Statement V lautet daher:

Statement V

Realitätsprüfung, Krankheitseinsicht und –bewältigung ist immanentes Förderziel von Unterricht, Beratung und Diagnostik in einer Klinikschule. Zur Realitätsakzeptanz gehört auch eine Krankheits- und Verlustakzeptanz.

Trauerarbeit als integriertes didaktisches Ziel Der gemeinsame Nenner, auf dem wir uns in der Tradition unseres Berufsbilds wiederfinden, sind die extremen Lebenslagen. Es sind die auf Bettenstationen wie in KJPs gleichermaßen enttäuschten, verletzten oder zerstörten Lebenskonzepte junger Menschen und ihrer Angehörigen. Denn die Schulwechsel bei psychischen Erkrankungen erfolgen fast ausschließlich in „rangniedrigere“ Systeme.

Schüler wie auch ihre Angehörigen müssen in einem langwierigen, meist sehr schmerzhaften Prozess erkennen, dass sie die gesteckten Ziele nicht erreichen können. Ihre Lebensperspektiven müssen vorerst, manchmal auch für immer korrigiert werden. Auch auf psychiatrischen Stationen ist vom Klinikpädagogen eine Trauerarbeit als integriertes didaktisches Ziel gefragt. Es geht um die Akzeptanz, dass nach Feststehen der Diagnose, bzw. nach dem traumatischen Ereignis, die Welt anders angegangen werden muss als zuvor. Ohne Akzeptanz der Begrenzung und des Abschieds haben Ermutigung und Neuformulierung von Zukunft keine Basis.



Daher in Erweiterung des letzten Aspekts nun Statement VI

Statement VI

Auch die Befähigung zur Trauerarbeit ist immanentes Ziel im Unterricht und bei Schullaufbahnberatungen vor allem chronisch kranker Schüler. Die SfK pflegt eine Kultur sowohl des Abschiednehmens als auch der Ermutigung und Zukunftsfindung.

Gespräche mit Eltern, deren Kind durch Unfall oder Tumor Körperfunktionen irreparabel verlor, sind wechselnd von Wut und Trauer, Aufbäumen und Resignieren begleitet. Auch in der Jugendpsychiatrie, dies mein zweiter Aspekt, finden sich diese Reaktionen wieder. Hier erfolgt die Lebensbegrenzung nicht durch eine Körperschädigung. Es ist eine jugendpsychiatrische Diagnose, die jäh die Sicht von der Lebensperspektive eines Kindes ändert. Das betrifft natürlich nicht die zahlreichen ADS- Diagnosen, die im Primarstufenalter durch eine KJP-Intervention gut korrigiert werden können. Doch eine Psychose oder Borderlinestörung im Jugendalter wird sich nicht als kurzzeitige oder mittelfristige Episode abhandeln lassen.

Beispiel Asperger Autismus

Es gibt Kinder, die kommen mit dem Verdacht auf ADS, Zwänge, Hochbegabung oder Essstörung zu einem klärenden Klinikaufenthalt. Bei manchen werden die Störungen als Komorbidität eines Asperger Autismus diagnostiziert. Bei den Betroffenen kann das Reaktionen wie bei der Feststellung einer irreparablen Stoffwechselerkrankung auslösen. Eltern wie Schülern wird behutsam erklärt werden müssen, dass Autismus nicht „wegtherapiert“ werden kann, dass man die Empathiestörung behalten wird, mit ihr aber leben lernen kann.

Schulisch gilt es in solchen Fällen, Nischen abseits des ursprünglich geplanten Bildungsweges zu finden. Diese Aufklärung wird im Verbund mit Medizinern oder Psychologen geleistet. Die Einbeziehung der Lehrkraft ist immer unerlässlich, da die Konsequenzen einen individuellen Paradigmenwechsel in Unterricht und Schulleben bedeuten. Das System Schule wird schließlich die didaktische und soziale Neuausrichtung vorbereiten und ermutigend erfahrbar machen.

Sollten – was gelegentlich vorkommt – andere Berufsgruppen die Einbeziehung der Eltern durch Klinkpädagogen als ihr Monopol beanspruchen, können wir Lehrkräfte auf unseren staatlichen Auftrag verweisen. Die Rahmenempfehlungen der KMK (1998) legitimieren die über Wissensvermittlung hinaus gehenden Interventionen nicht nur, sie formulieren den Kontakt zu den Eltern gar als ein pädagogisches Obligo: „Erziehungsberechtigte sowie Schülerinnen und Schüler müssen beraten und meist über längere Zeit begleitet werden.“ (§1.2) . Im Anforderungsprofil an Lehrkräfte werden somit konsequenterweise eingefordert Fortbildungen in „Gesprächsführung“, „Befähigung zur Beratung und Zusammenarbeit“ sowie „Informationen über Krankheitsbilder und deren mögliche Auswirkungen auf physisch-psychische Entwicklung“ (§ 8.4). Ich fasse somit in Statement VII zusammen:



Statement VII

Elternarbeit ist obligatorischer Bestandteil des Unterrichts mit kranken Schülern. Sie gehört mit zum staatlich erwarteten Erziehungs- und Beratungsauftrag von Kliniklehrkräften.

Aushalten von Amokproblematik

Mein drittes Beispiel extremer Lebenssituationen im Unterricht einer KJP-Schule drängt sich nur phasenweise brisant ins Bewusstsein unserer Kollegien. Als Phänomen ist es in einer KJP-Schule aber permanent zu berücksichtigen. Es geht um Jugendliche, von denen eine potenzielle Amokläufergefahr ausgeht. Nach Schockmeldungen wie aus Erfurt 2002, Emsdetten 2006, Winnenden 2009 werden wir Schulkollegien in den KJPs uns unseres besonderen Spannungsfelds stets neu bewusst. Die SfK in der KJP unterrichtet genau an jenem Ort, an dem man jugendliche Amokläufer präventiv untergebracht und behandelt sehen möchte. Von ihnen werden Profile einer fehl entwickelten Persönlichkeit gezeichnet, wie sie uns KJP-Lehrkräften vertraut sind: mangelndes Selbstwertgefühl, soziale Isolation, Einnisten in Scheinwelten, Erfolglosigkeit, Gewaltphantasien, hoher Konsum aggressiver Medienspiele gehören dazu. Deshalb unterstützt eine Klinikschule mit ihren Angeboten das, was hinsichtlich Prävention und Therapie für solche Jugendlichen propagiert wird: Aufbau und Intensivierung von Beziehungen, soziale Integration, Vermittlung von Erfolgserlebnissen, Vermeidung und Aufarbeiten von Kränkungen, Vermittlung von Ausbildungs- und Lebensperspektiven, Austausch destruktiver Lösungsstrategien gegen konstruktive, Auflösung wahnhafter Verarbeitungsformen durch soziokulturell anerkannte Realitätsfelder.

So zutreffend Täterprofile inzwischen gezeichnet werden können, so diffus sind sie, um daraus im Vorfeld klare Prognosen zu treffen. Schon in Grundschulen wird täglich geballert, wird anderen der Hals umgedreht, die Welt in Flammen gelegt, sich zum Herrscher aufgeschwungen – im Spiel. Kinder, die so spielen, können doch nicht vom Unterricht ausgeschlossen werden. Es gehört ja gerade zum Erziehungsauftrag, Kinder zu befähigen, Affekte nicht auszuagieren, sondern zu lernen, sie mittels Wort und Kultur zu symbolisieren.

Es gibt kein objektivierendes Skalenwerk, das uns Pädagogen immer und eindeutig sagt, bei welchem Grad von Unentwickeltheit in der Symbolisierungsfähigkeit jemand aus dem Verkehr gezogen gehört. Hier Entwicklungsprozesse nachholen zu lassen, ist ja auch ein Auftrag unserer Spezialschulen. Und je fortschrittlicher eine SfK ausgebaut ist, desto tückischer holen wir uns das Spannungsfeld ins eigene Haus hinein. Etwa, wenn es ein separates Gebäude mit eigenen Zugangswegen gibt, und wenn sich diese aus Gründen der Enthospitalisierung und Realitätserprobung zur Nachbarschaft hin öffnen.

Will eine SfK Jugendlichen zur Neupositionierung Raum und Gelegenheit geben, wird sie auch ein Schulleben pflegen und Aktionen machen. Dies bedingt auch Freizügigkeit. Freizügigkeit beinhaltet jedoch Risiken, erst recht, wenn eine SfK im Anschluss an die stationäre Behandlung noch Lernort für die ambulante Übergangszeit bleibt, die Jugendlichen also als „externe Schüler“ kommen. Es ist ja keineswegs so, dass alle „weggesperrt“ müssen, die nach der stationären Behandlung noch zu labil für eine Regelschul-Belastung sind.



Natürlich zeigen Jugendliche in den Phasen großer Belastungen und Irritiertheit Verhaltensweisen, aus denen sich im Nachhinein, nach einer Katastrophe, potentielle Tätermerkmale ablesen lassen. Daraus aber von vorn herein Ausschlusskriterium des Sfk-Schullebens zu machen, hieße, sich einem breiten Indikationsfeld der Jugendpsychiatrie zu verweigern. Denn als komorbide Auffälligkeiten gehören manche Persönlichkeitsdefizite von Amokläufern auch zu anderen, ungefährlicheren Symptomkomplexen. Mehr noch: sie sind geradezu Charakteristika für Durchgangsphasen jugendlicher Entwicklungen. Deshalb finden wir sie auch in allen Lehranstalten vor. Doch in den Störungsbildern an unserer Schulform spitzt sich das Spannungsfeld zu.

In unserer Kölner Schule haben wir immer wieder Schüler, die zu heftigen Diskussionen im Lehrerzimmer führen, ob wir sie ambulant noch halten sollen. Solche Fälle polarisieren und können spalten. Denn Hilfe für Gefährdete und Gefährdung der Helfer liegen mitunter nahe beieinander.

Jugendliche pauschal der Einrichtung zu verweisen, löst nichts. Damit entfiele nicht nur die Hilfe. Die Kränkung durch den Verweis erhöhte zugleich ihre Gefährlichkeit. Denn zur Schule haben sie selten nur eindeutig ablehnende Gefühle, eher empfinden sie eine Hass-Liebe. Enttäuschte Liebe ruft nach Rache und narzisstischer Rehabilitierung. Auch das sind Tatmotive eines Amoklaufs. Käme es tatsächlich zu einer Gewalttat lauteten mögliche Vorwürfe: „Wie konnte die Schule gerade diesen Schüler ausschließen?“ Und die Medien fänden Schlagzeilen wie: „Perspektivlosigkeit trieb zur Verzweiflungstat!“ Hätte man ihn in der Schule gehalten, formulierten sie genau anders: „Warum hat man diese tickende Zeitbombe nicht vorher aussortiert?“

Wenn eine Entscheidung nach einer Seite hin immer ein Risiko bedeutet, steckt man in einem Dilemma. Ein solches kann durch fachprofessionelle Vernetzung abgefedert werden. Auflösen lässt es sich nicht. Nur aushalten. Mit hoher Sensibilität, Umsicht und Verantwortung. Das Dilemma will erkannt und formuliert sein, um nach einer Güterabwägung eine Teamentscheidung herbeizuführen.

Dass Amokläufe bislang an Regelschulen stattfanden, ist keine Garantie, dass Klinikschulen davon ausgenommen bleiben. Diese gute Erfahrung kann uns aber ermutigen, den täglichen Entscheidungsdruck zuversichtlich auszuhalten. Solche Täterprofile gibt es in allen Schulen. Doch in unseren Einrichtungen ist die Wahrscheinlichkeitsdichte höher. Allerdings sind die Jugendlichen eingebunden in ein Behandlungssystem. Und während ich hier in München gelassen darüber referiere, kann mir keiner garantieren, dass es im heimischen Köln nicht brenzlich wird. Noch lässt mich die über zwanzigjährige Berufserfahrung mit dieser Klientel vertrauen, dass Orte der Beziehungsarbeit und Vertrauensbildung – und das sind wir Sfks - nicht das vorrangige Ziel von Zerstörung sein werden. Schule wird gerade von diesen Schülern als „haltender Rahmen“ erlebt.



Statement VIII

Schülern mit instabiler Persönlichkeit bietet der Besuch der Klinikschule einen „haltenden Rahmen“, eine Chance zum „Strukturaufbau“. Aspekte des „Containment“ beeinflussen Stundenplangestaltung und Lerngruppenzuweisung.

Die Schule für Kranke als „Schule eigener Art“ Die schulpolitischen Folgerungen aus dem Gesagten will ich in zwei SchlussStatements zusammenfassen.

In NRW haben wir vor sechs Jahren heftig protestiert, als wir im neuen Schulgesetz nicht den Status einer „Förderschule“ bekommen sollten, nachdem wir über Jahrzehnte zum Kranz der zehn Sonderschultypen im Land gehört hatten. Es half nichts. Wir erhielten den seltsamen Sonderstatus „Schule eigener Art“. Mehr als diesen Begriff schätzen wir heute die Möglichkeiten, die damit verbunden sind. Was und wer sind wir eigentlich?

Statement IX

„Die Schule in der Psychiatrie ist das, was es ohne sie nicht gäbe“. Sie ist nicht nur eine Schule eigener, sondern auch einzigartiger, notwendiger Art!

Diese Antwort bleibt unkonkret, doch ich finde sie so treffend, dass ich bedaure, dass sie nicht von mir stammt. Der erste Teil ist meine Abwandlung einer Formulierung von Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung im Mai diesen Jahres, der auf die Frage „Was ist Kirche?“ schrieb: „Kirche ist das, was es ohne sie nicht gäbe.“ Kultur der Offenheit

Erfolg oder Misserfolg unserer Arbeit in der SfK hängt zu einem großen Teil davon ab, wieweit die in den Statements genannten Aspekte berücksichtigt werden können. Zwei Voraussetzungen lassen sich jedoch kaum operationalisieren und als Verpflichtung einfordern. Sie setzen eine bestimmte Haltung aller Beteiligten voraus. Die lässt sich nur sehr unspezifisch benennen, sie ist jedoch definitiv gemeint:

Statement X

Konstruktive Kooperation mit allen am kranken Schüler beteiligten Berufsgruppen sowie dessen Eltern gelingt nur, wenn eine Kultur der Offenheit gepflegt wird. Dazu gehört die Akzeptanz der Fachautoritäten durch Eltern und Schüler sowie umgekehrt deren Bereitschaft, dem kranken Schüler und seinen Eltern als „Experten in eigener Sache“ zu vertrauen.

Von einem Effekt bin ich nach 40 Jahren Berufserfahrung mit Lerngruppen von Behinderten und chronisch Kranken ganz fest überzeugt: Gewinner eines offenen Umgangs mit Krankheit werden alle Mitglieder einer Lern- und Sozialgemeinschaft sein. Dieser Effekt strahlt bis in die zukünftige Klasse hinein, die unsere Schüler nach der SfK besuchen werden. Ein chronisch krankes Kind in der Klasse ist nicht nur Belastung, es ist stets auch Chance für das Klassenklima. Sie können im Umgang mit Abweichungen von unseren Medien-



, Model- und Werbehochglanzbotschaften und dem von Modellen vorgegebenem Menschenbild andere Lebenspositionen kennen lernen. Verändertes Aussehen oder abweichende Lebensgewohnheiten, beispielsweise durch Injektionen, frühes Ermüden, sportliche Schlappeheit, Überempfindlichkeit im Koch- oder Chemieunterricht, verlieren den Anruch des Peinlichen, Abnormen, Unheimlichen, wenn Schüler ihren Klassenkameraden damit umgehen sehen. Krankheit als Zustand muss dann nicht aus dem Leben junger Menschen weggelogen werden, sondern darf als Lebenskrise, unter Umständen lebenslange Beeinträchtigung akzeptiert werden, die jeden treffen kann. (Christoph Ertle, 2002)

Pädagogik und Humor Ein Allerletztes: Natürlich brauchen wir Krankenpädagogen eine wissenschaftliche Ausbildung. Wir benötigen medizinisch-psychologische Basiskenntnisse über Diagnosen, Symptome und Prognosen. Nützlich wird der anspruchsvolle Überbau unserer Arbeit jedoch nur, wenn aus einer ganz anderen Dimension etwas Elementares hinzukommt: Humor. Der ist das zweite Merkmal, das nicht eingefordert, aber erhofft werden kann.

Statement XI

Wissenschaft hilft uns, kranke Kinder und Jugendlichen zu unterrichten. Humor hilft uns, ihre und unsere Situation anzunehmen und auszuhalten.

Als wir vor Jahren einen Namenspatron für unsere Schule suchten, waren zunächst verschiedene Wissenschaftler im Gespräch. Durchsetzen konnten wir beim Stadtrat einen Namen, der im Rheinland für eine ganz andere Sparte als für Wissenschaft steht: Johann-Christoph-Winters.

Dieser Johann-Christoph-Winters begründete das hierzulande überaus beliebte Kölsche Hänneschen Theater, inzwischen fast 200 Jahre alt. Winters ist der geistige Vater jener Gestalten, von denen man zwei sicherlich auch in München kennen wird. Tünnes und Schäl, Hänneschen und Bärbelchen. Aus dem Bauch heraus, man möchte sagen „aus Volkes Bauch heraus“, traf er menschliche Typisierungen, mit denen wir überall als Rheinländer identifiziert werden. Die Psychologie sollte erst später Begriffe dafür finden. In der Tat könnte man die Figuren des Stockpuppentheaters heute mit psychiatrischen Diagnosen nach der ICD 10 belegen.

Die Figuren des Puppentheaters, die eine ganze Region typisieren, zeigen, dass es zwei Möglichkeiten gibt, menschliches Verhalten begrifflich zu fassen: die akademische und die volkstümliche. Letztgenannte kommt mit Humor rüber.

Humor nimmt nicht nur „auf den Arm“ sondern auch „in den Arm“. Ich werde Sie nun weder auf noch in den Arm nehmen. Ich danke schlichtweg für Ihre Aufmerksamkeit.



I

Die Berücksichtigung der Beziehungsebene ist originärer Bestandteil des Unterrichts in der Klinik. Sie ist kein Monopol der psychologischen Professionen. Sie sollte allerdings auch kein Monopol der Krankenpädagogik sein.

II

Klinikpädagogen kalkulieren das Phänomen der Übertragung im Unterricht ein und wissen, dass Schüler die Defizite und Ängste ihrer Lebenswirklichkeit auch an unterrichtenden Bezugspersonen stellvertretend abarbeiten. Eine kontrollierte Gegenübertragung schützt vor Beziehungsirritationen und hilft Schülern, nachreifende Schritte zu gehen.

III

Es ist hilfreich, wenn Kliniklehrkräfte therapeutisch sehen und verstehen können. Handeln werden sie jedoch stets als Schulpädagogen. Ihr Instrument bleibt die Didaktik auf der Basis von Empathie.

IV

Die curriculare Auswahl unterstützt Affektsteuerung und Mentalisierungsprozesse. Unterrichtsinhalte beinhalten auch in extremen Lebensphasen Chancen der Identifizierung und projektiven Entlastung. Sie fördern die Sprachnutzung, wo einst nur Affekt war.

V

Realitätsprüfung, Krankheitseinsicht und -bewältigung ist immanentes Förderziel von Unterricht, Beratung und Diagnostik in einer Klinikschule. Zur Realitätsakzeptanz gehört auch eine Krankheits- und Verlustakzeptanz.

VI

Auch die Befähigung zur Trauerarbeit ist immanentes Ziel im Unterricht und bei Schullaufbahnberatungen vor allem chronisch kranker Schüler. Die SfK pflegt eine Kultur sowohl des Abschiednehmens als auch der Ermutigung und Zukunftsfindung.

VII

Elternarbeit ist obligatorischer Bestandteil des Unterrichts mit kranken Schülern. Sie gehört mit zum staatlich erwarteten Erziehungs- und Beratungsauftrag von Kliniklehrkräften.

VIII

Schülern mit instabiler Persönlichkeit bietet der Besuch der Klinikschule einen „haltenden Rahmen“, eine Chance zum „Strukturaufbau“. Aspekte des „Containment“ beeinflussen Stundenplangestaltung und Lerngruppenzuweisung.



IX

„Die Schule für Kranke ist das, was es ohne sie nicht gäbe“. Sie ist nicht nur eine Schule eigener, sondern auch einzigartiger, notwendiger Art!

X

Konstruktive Kooperation mit allen am kranken Schüler beteiligten Berufsgruppen sowie dessen Eltern gelingt nur, wenn eine Kultur der Offenheit gepflegt wird. Dazu gehört die Akzeptanz der Fachautoritäten durch Eltern und Schüler sowie umgekehrt deren Bereitschaft, dem kranken Schüler und seinen Eltern als „Experten in eigener Sache“ zu vertrauen.

XI

Wissenschaft hilft uns, kranke Kinder und Jugendlichen zu unterrichten. Humor hilft uns, ihre und unsere Situation anzunehmen und auszuhalten.

1. „Schule für Kranke“ ist die von der KMK-Konferenz 1998 verwendete Bezeichnung einer eigenständigen Schulform im „Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“. Sie löst frühere und umgangssprachlich immer noch gebräuchliche Bezeichnungen wie „Krankenhauschule“ ab. In diesem Beitrag umfasst sie auch alternative Organisationsformen wie „Krankenhausunterricht“, teilweise auch „Hausunterricht“.

2. Lt. einer am 13.7.2009 veröffentlichten Meldung des Bundesgesundheitsministeriums erreichte der Krankenstand in den Betrieben mit statistischen 3,5 Ausfalltagen im ersten Halbjahr 2009 den niedrigsten Wert der Nachkriegszeit. Als Begründung wird eine hohe Hemmschwelle aus Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes angegeben.

3. Lt. einer dpa-Meldung vom 15.9.2009 verdoppelte sich die Zahl der Privatschüler in Deutschland zwischen 1987 und 2007.

4. Abschlussfeier der Städt. Schule für Kranke in den Universitätskliniken Köln, Sommer 2009

5. Später bereiten die jugendlichen Patientenschüler eine Ausstellung in einem Kölner Museum zum Thema „Hiob – warum gerade ich?“ vor. In einem fächerübergreifenden Schulprojekt arbeiteten sie hier mit Lehrkräften für Deutsch, Geschichte, Kunst sowie mit Klinikseelsorge und Klinikleitung zusammen.

6. In Großstädten mit Universitätskliniken wie Köln, Essen, Aachen, Bonn, Münster lagen die Schulwechsler-Anteile noch höher, bei rd. 40%. Das heißt, dort, wo eine dichtere und differenzierte schulische Infrastruktur die Angebote für Wechsel erhöhen, da werden sie auch genutzt.



7TH HOPE CONGRESS MUNICH 2010

NOVEMBER 3 - 7, 2010

7 Hännchen als „Hansdampf in allen Gassen“ ist ein Hyperkinetiker (ICD 10 F 90.1); seine herumstreunende Dauerfreundin Bärbelchen zeigt ausgeprägten Schulabsentismus (F 91.2); Tünnes sieht man schon an der roten Knollnase die latente Suchtstruktur (F 10.7) an; und sein Kompagnon Schäl ist der Mann, der mehr zu sein vorgibt, als er ist, dabei keine Intrige scheut, also Symptome einer paranoiden Persönlichkeitsstruktur zeigt (F 60.0).