

Tü-Ta 30.6.2007 Doku-Fassung

Wolfgang Oelsner, Köln

PÄDAGOGIK BEI KRANKHEIT ZWISCHEN UNTERRICHT UND SCHULLAUFBAHNMANAGEMENT

Wie kaum eine andere Schulform ist eine Klinikschule mit anderen Fachdisziplinen vernetzt. Neben den originären Begegnungen mit Schülern und Eltern gehören Vertreter aus Medizin, Psychologie, Jugendhilfe, Schulbehörden u.a. zum alltäglichen Kontaktkreis. Außer Unterricht geht es um Informationen, Aufträge, Fragen Beratungswünsche u.v.m. Ohne gegenseitigen Austausch, so betont jede Einzeldisziplin, kann keine von ihnen erfolgreich arbeiten.¹

Aus der Nische auf Augenhöhe – Tradition und Entwicklung der Krankenpädagogik

Was als so selbstverständliche Beschreibung der Krankenpädagogik klingt, verdient aus historischer Sicht des Berufsstands mehrere Ausrufezeichen. Schule und Pädagogik sehen sich heute auf Augenhöhe mit Disziplinen, denen sie einst nur als Nischenangebot, als „soft skills“ galten. Nett, wenn es sie gab, aber viertrangig, wenn es um Fragen der Raum- und Terminzuteilung ging. Existenziell nötig war Schule für den Klinikauftrag nicht.²

Das hat sich mit dem Aufkommen von Kinder- und Jugendpsychiatrien (KJP) während der letzten zwanzig Jahre grundlegend geändert. Behandlungsaufträge können in diesen Kliniken nicht losgelöst von Schule erfüllt werden. Obwohl Schulen für Kranke (SfK) überwiegend als rechtlich eigenständige Einrichtung geführt werden, sind sie in vielen KJPs integraler Bestandteil des Klinik- und Behandlungskonzepts. Eine KJP ohne eigenes Schulegebäude zu errichten, käme heute dem Schildbürgerstreich vom „Rathaus ohne Fenster“ gleich. Sie wäre eine „Chirurgie ohne OP“. Umgekehrt können die meisten SfKs als selbständige Einrichtungen zahlenmäßig nur dort fortbestehen, wo es jugendpsychiatrische Kliniken gibt.³

¹ Die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ der „Ständigen Konferenz der Kultusminister“ vom 30.3.1998 nennen die „Bereitschaft und Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit...am Heil-und Pflegeprozess Beteiligten“ als personale Schlüsselqualifikation.

² Frieder Schmitt skizzierte auf einem Vortrag in Calw, Mai 1994, noch eine sehr kritische Bestandsaufnahme zum Thema „Interprofessionelle Zusammenarbeit“

³ Als ich vor 19 Jahren die Leitung der Kölner SfK in der Uniklinik übernahm hatte wir täglich rund 90 junge Patienten auf den Bettenstationen, 30 –das galt damals schon viel- in der KJP. Heute sind die Zahlen exakt umgekehrt. Wobei die Zahl der unterrichteten somatisch Kranken auf 20 heruntergeht, und zwar bezogen auf ganz Köln (Einzugsgebiet rd. 2 Mio Einwohner), nicht allein mehr auf die Uni-Klinik.

Uns Krankenpädagogen brachte das einerseits eine vorher oft vermisste Wertschätzung. Andererseits bekommen manche von uns bei der neuen Augenhöhe auch Höhenangst. Wir schreiben nun nicht nur Leistungsberichte und Zeugnisse, sondern geben auch diagnostische Einschätzungen. Wir äußern uns zu Bereichen wie Emotionalität, körperliche Belastbarkeit, Kommunikation, Kreativität, Handlungs- und Sozialkompetenz. Auch schlägt das pralle Schulleben nun bis auf die Stationen durch.⁴ Krankenpädagogik ist nicht mehr die „Nische des Berufsstands“. Und mit der Schwerpunktverlagerung des Unterrichts vom Krankenbett ins KJP-Klassenzimmer ist der nicht mehr als „Nachhilfe auf Krankenschein“ misszuverstehen.

Mit dem Aufgaben- und Kompetenzzuwachs der Krankenpädagogik wächst die Herausforderungen an die Trennschärfe zwischen den Einzeldisziplinen. Das ist in der KJP nicht immer einfach, da etliche psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter auch erziehungsbedingt sind oder gar durch Schule verursacht werden. Gerade eine nicht medikamentenlastige „sprechende Psychiatrie“ hat Schnittmengen mit der Pädagogik. Das birgt die Gefahr interdisziplinärer Übergriffigkeit. Die muss vermieden, darf aber nicht geleugnet werden. Sie will angesprochen und bearbeitet werden. Anders können sich die Maßnahmen aus Medizin, Therapie, Pflege, Didaktik und Sozialpädagogik nicht gegenseitig unterstützen.

Schon jetzt sei gesagt: Wir Krankenpädagogen werden dann erfolgreich sein, wenn wir uns für die interdisziplinäre Kooperation öffnen, aber unsere eigene Identität ausschließlich pädagogisch definieren. ***Wir mögen und sollen therapeutisch sehen und denken, handeln werden wir jedoch stets als Schulpädagogen. Deren Instrument ist Didaktik, auf der Basis von Empathie.*** Dabei ist es nicht übergriffig, wenn pädagogische Interventionen Effekte hervorbringen, wie sie die Therapie auch anstrebt. Entscheidend ist die Absicht der Schule, in der Klinik ihrem öffentlichen Auftrag nachzukommen, nämlich zu unterrichten und zu erziehen – nicht zu therapieren.⁵

⁴ Exkursionen außerhalb des Schulgeländes, etwa zu Museumsbesuchen, Theaterfestivals, Sportveranstaltungen, Betriebspraktika, gehören ebenso zu einem variantenreichen Curriculum wie die Mitwirkung bei schulinternen, klassenübergreifenden Aktivitäten, etwa Schülerzeitung, Theater, Feste des Jahreskreises. Emotionale, soziale und motorische Lernziele werden in der SfK einer KJP ebenso angestrebt wie kognitive, um Beobachtung und Förderung von Belastbarkeit, Anforderungsbewältigung und Anstrengungsbereitschaft zu gewährleisten.

⁵ Im übrigen sollten wir uns aus der Verkrampfung lösen, im Ineinanderspielen der div. Disziplinen immer gleich den „Übergriff“ zu fürchten. Prof. M Günter, Ltd. OA an der KJP Tübingen, formulierte in seinem Vortrag „Kinderanalyse zwischen Tradition und Interdisziplinarität“ auf der VAKJP-Jahrestagung am 30.4.2007 in Düsseldorf aus genau der anderen Profession heraus: „...stationäre Psychotherapien sowieso haben immer

Krankenpädagogen als Unterrichtende

Didaktische Grundsätze eines sonderpädagogisch gestützten Unterrichts (z.B. Prinzip der Ermutigung, Wertschätzung, individuelle Lernrhythmisierung, Anschauung, Übung, Medien- und Methodenvielfalt, Visualisierung von Emotionen) müssen vor einem Fachpublikum wie dem dieser Tagung nicht erörtert werden. Müßig ist vor diesem Gremium auch der Hinweis, dass Krankenpädagogen hinsichtlich der Unterrichtsfächer möglichst „curriculare Generalisten“ sein sollten. Im Idealfall reicht ihre Kompetenz von Geschichte bis Mathematik, vom Förderschwerpunkt Lernen bis zum Gymnasialniveau. Wer tradiert am Krankenbett unterrichtete, mussten diese Breite einer „Person gewordenen Gesamtschule“ schon immer zeigen.

Im Gruppen- oder Klassenunterricht einer KJP-Schule wird solche „Pädagogik aus einer Hand“ aus ganz anderen Gründen wichtig. Denn bevor an Unterrichtsvermittlung zu denken ist, gilt es **Stabilität auf der Beziehungsebene** zu schaffen. „Bindung“ wäre angesichts der Schülerfluktuation wohl zu üppig formuliert, aber Vertrauen und Respekt vermittelnde Beziehungsangebote lassen sich auch bei kurzen Verweildauern installieren. Das verlangt personale Präsenz, also eine weitgehende Beibehaltung des Klassenlehrerprinzips - auch bei Gymnasiasten. Wenn Begriffe wie Beziehung und Objekt Konstanz in der Schnittmenge mit psychotherapeutischen Professionen liegen, weist das keineswegs auf unlautere Übergriffigkeit der Pädagogik hin. Die Einbeziehung der Beziehungsebene ist ein originärer Bestandteil sonderpädagogischen Unterrichtens. Es liegt an der Diszipliniertheit und Reflektiertheit des Pädagogen, ob er sie als integriertes Moment einsetzt oder ob er damit in fremden „Psycho-Revieren“ wildert.

Es gehört nach meiner Wahrnehmung zu den Auffälligkeiten von Klinik-Schulkollegien, dass sie eine Affinität zu psycho-sozialen Fachgebieten zeigen. Manche Lehrkräfte verfügen gar über eine psychologische oder psychotherapeutische Zusatzausbildung.⁶ Die Kenntnisse verschiedener Therapieverfahren sind hilfreich, wenn sie uns befähigen, verhaltenstherapeutische, psychodynamische oder systemische Prozesse zu verstehen.

etwas mit Erziehung zu tun....Pädagogische Einflussnahme ist daher keine Frage des ob, sondern eine Frage des Ausmaßes in analytisch orientierten Kinderpsychotherapien.“ (Ms S.17/18)

⁶ Möglicherweise kompensiert unser Berufsstand damit die Lücke, die durch das Fehlen einer spezifisch krankheitspädagogischen Ausbildung an deutschen Hochschulen existiert. Traditionell ist Krankenpädagogik unter den Seminaren für Sondererziehung und Rehabilitation der Körperbehinderten subsummiert.

Didaktisch integriert, können sie die Lehrerprofessionalität erhöhen, wie folgende Beispiele zeigen. Sie zeigen auch, dass ein Kollegium sich nicht auf eine Richtung programmatisch festlegen sollte:

- **verhaltenstherapeutische Elemente** wie Belohnungssysteme und Punktepläne werden bevorzugt im Unterricht mit aufmerksamkeitsgestörten Grundschulern installiert. Das Prinzip der zeitnahen Ergebnisrückmeldung bei Leistungstests bewährt sich besonders bei der Unterrichtung von sozialgestörten oder schulängstlichen Jugendlichen. (vgl. THOP-Programm Döpfner et al., 1999)
- **systemische Sichtweisen** sind hilfreich, wenn elterliche Überforderung oder familiäre Rollendelegationen als Ursachen für krankmachende Leistungshemmungen ausgemacht werden.
- **gesprächstherapeutische Kenntnisse** geben Pädagogen Sicherheit in der Elternberatung. Etwa, wenn diagnostische Erkenntnisse eine Neuorientierung in der Bildungslaufbahn erforderlich machen. (Beispielsweise, wenn die bittere Erfahrung gemacht wird, dass ein IQ von 72 nicht mit Fleiß kompensiert werden kann, um auf der Realschule die zweite Fremdsprache zu lernen. Oder wenn sich der Verdacht auf Hochbegabung als isolierte Teilstärke eines Asperger Autismus entpuppt.)
- **tiefenpsychologische Sichtweisen** schützen Pädagogen davor, in „Übertragungsfallen“ zu laufen. Diese sind besonders tückisch bei Schulphobikern ausgelegt, weil sich hinter deren Trennungsangst die Fixierung in diadischen Beziehungsstrukturen versteckt. Die ließ sie grandios und anspruchlich werden. Können Lehrkräfte das ambivalente Wechselspiel von Selbstunsicherheit und Unverschämtheit als Abwehrverhalten, als kindliche Angst vor narzisstischer Depotenzierung verstehen, müssen sie nicht affektgeladenen auf die Zumutungen im Klassenraum reagieren. Damit wächst die Chance, dass das Kind die Schule als „Dritten“ annehmen kann.
- Schüler mit Persönlichkeitsstörungen neigen dazu, die traumatische oder kränkende Situation bei vertrauten Personen neurotisch zu re-inszenieren. Auch und gerade beim Lehrer, den sie leiden mögen. Hier helfen Kenntnisse in **psychoanalytischer**

Pädagogik⁷. Diese erhebt die Beachtung unbewusster Wirkprozesse quasi zum didaktischen Prinzip. Sie deutet nicht. Sie will aber die Szene verstehen, um Unterrichtsprozesse im „fördernden Dialog“ (Leber, 1987) konstruktiv und störungsarm für die Gruppe wie für den Einzelnen zu nutzen.

- Kenntnisse der **Phänomene Übertragung, Projektion, Identifikation** beeinflussen u.a. auch die Wahl des Unterrichtsstoffs. Themen aus Literatur, Geschichte, Politik oder Religion können für Schüler zur Projektionsfläche eigener Konfliktlagen werden. Im Schutz der Gruppe und mit der neutralisierenden Distanz eines Unterrichtsfachs sind manche Jugendliche eher als in einer Einzeltherapie zu identifikatorischen oder projektiven Besetzungen bereit.⁸

Krankenpädagogen als Bezugspersonen

Die oben beschriebenen psychischen Aspekte wirken in **jede** Unterrichtsgestaltung hinein, meist unbewusst, im Gruppenunterricht mit psychisch Kranken ganz besonders. Krankenpädagogen beachten sie, nicht, um sich als „heimliche Nebentherapeuten“ anzudienen, sondern um zielbewusst zu unterrichten. Ohne rudimentäre Kenntnis der Beziehungsaspekte und ihrer kontrolliert-empathischen Beantwortung bleiben Lernprozesse nicht störungsfrei. Wenn in weiterführenden Regelschulen mit obligatorischem Fachlehrersystem diesen Prozessen meist nicht so viel Beachtung geschenkt werden kann, ist das problematisch genug. Es darf aber nicht noch als „Ideal aus der Realität“ auf die SfK transferiert werden.

Krankenpädagogen sollten damit rechnen, dass viele Klinikmitarbeiter zunächst einmal die Pädagogik ihrer eigenen Schulzeit als Model vor Augen haben. Deren Schwachstelle, die didaktisch unzureichend reflektierte Beziehungsdimension, prägt in KJPs paradoxerweise mitunter das Ideal einer klinisch reinen Trennung von psychischen und pädagogischen Einflüssen. Wir Pädagogen sollten dem keine negative Absicht unterstellen. Wir werden aber die unterrichtliche Bedeutung der Beziehungsebene der Klinik gegenüber transparent

⁷ „Psychoanalytische Pädagogik“ übernimmt die dynamische Sichtweise der Psychoanalyse zum Verständnis von Interaktionen im Schulleben (Unterrichtsgeschehen ebenso wie Elternarbeit) ohne diese zu deuten. Pioniere dieser Ableger der Psychoanalyse waren u.a. Anna Freud, August Aichhorn, Hans Zulliger, Siegfried Bernfeldt.

⁸ Mir fällt im Englischunterricht immer wieder auf, dass Jugendliche „im Schutz der Fremdsprache“ eher über Gefühle oder Beziehungsprobleme sprechen. Intime Begriffe hören sich dann distanzierter an.

gestalten und behutsam kommunizieren müssen⁹. Hielten sich Kliniklehrer beziehungsdynamisch „steril“, etwa wegen eines den Therapeuten zugedachten „Monopols“, wäre das eine missverstandene Rücksichtnahme. Die wäre auch unnötig, weil die Schüler-Lehrer-Interaktion ja auch wichtiges Thema der therapeutischen Sitzungen werden kann. Vor allem wäre eine solch künstlich neutrale Haltung unprofessionell. Unterrichten **und** erziehen (staatlicher Auftrag auch einer Klinikschule) gelingt nur, wenn Schüler ihre Lehrer auch als Bezugspersonen besetzen können.

Die allermeisten Kinder und Jugendlichen, die heute noch die Zugangskriterien für den Besuch einer SfK erfüllen (mindestens vierwöchige „Liegezeit“), leiden an seelischen Erkrankungen. Deshalb müssen sich Erzieher als Bezugspersonen verfügbar machen, an denen und mit denen nachreifende Schritte erarbeitet werden. Das verlangt von ihnen neben der Eigenreflektion auch Kenntnis von der Lebenswirklichkeit der Schüler. Diese ist bei Psychiatriepatienten nicht unerheblich von unbewussten Sehnsüchten und Ängsten geprägt. Weil sie nicht Sprache fanden, zeigen sie sich entstellt, eben krank. Auf einzelne Diagnosen kann hier nicht eingegangen werden. Doch sei die „gesellschaftliche Großwetterlage“ dargestellt.

Heute nehmen vor allem emotionale Störungen und Ängste zu. Beispielsweise bestätigt das die alle vier Jahre erhobene *Shell-Jugendstudie*. Angst vor Arbeitslosigkeit und Armut äußerten in der jüngsten Untersuchung¹⁰ 69 Prozent der 12- bis 25-Jährigen, 2002 waren es noch 55 Prozent. Als Reaktion darauf fände –so die Studie- eine Rückkehr zu tradierten Werten, einem gesteigerten Leistungsbewusstsein und vermehrter Zielorientierung statt. Deren Umsetzung hänge jedoch stark von förderlichen Komponenten im Elternhaus ab. „Ein benachteiligtes Elternhaus produziert benachteiligte Kinder“ (Klaus Hurrelmann). Das gleiche Dilemma gilt, wenn Jugendliche den gestiegenen Druck durch verstärkten Rückzug ins Familiäre kompensieren wollen. Denn die Sehnsucht nach emotionalem Rückhalt ist oft bei denen am Größten, deren Elternhäuser diesen am wenigsten bieten können. Vereinfacht gesagt: die Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit, zwischen Anspruch und Realität ist heute krankmachend hoch.

⁹ Lehrpersonen, die an Dienstjahren oft die ältesten Mitarbeiter einer Station sind, sollten nicht müde werden, die Transparenz bei jeder neuen Generation von Klinikmitarbeitern wiederholt zu pflegen.

¹⁰ Shell-Jugendstudie 2006, Projektleitung: Prof. Dr. Klaus Hurrelmann

Krankmachend ist auch der Unterschied zwischen Sein und Schein. Und zwar nicht, weil er kränkend empfunden wird, sondern weil er **verleugnet** wird. Weil er mit ***narzisstischen Allmachtsgedanken abgewehrt***, mit inszenierter, medial gepuschter Grandiosität kaschiert wird. „Alles ist super, geil, cool, jeder ist der Größte. Think big, anything goes, nichts ist unmöglich.“ Westliche Wohlstandsgesellschaften fixieren sich selber emotional auf Vorschulniveau, wenn kindliche Grandiositätsphantasien der „magischen Phase“ (also Kindergartenalter) als Lebensgefühl, als Erwartungshaltung, als Messlatte fürs private Standing propagiert werden.

So lange die kleinen Chefs und Prinzessinnen die Illusion, auf dem Thron zu sitzen, aufrecht halten, geht das Spielchen auf. Doch wehe, sie sind klug und sensibel und werden eines Tages gewahr, dass sie den Thron doch gar nicht ausfüllen können, dass sie als Kinder in einer viel zu hohen Liga angesiedelt sind! Dann kommt die Angst vor der Fallhöhe, vor der Enttarnung. Dann fürchten sie die Bloßstellung, den entlarvenden Fingerzeig wie in Andersens Märchen von „des Kaisers neuen Kleidern“, wo das Volk über den Kaiser lacht: „Der hat ja gar nichts an!“ Die einen treten dann die Flucht nach vorne an, wirbeln herum, bestimmen als Rambo oder Klassenclown das Gruppenmilieu, andere gehen in die Vermeidungshaltung, meiden die Orte möglicher Depotenzierung, verweigern sich dem Alltag. Wieder andere halten wahnhaft ihre „gefühlte“ Grandiosität aufrecht. Je nachdem werden in der SfK als Schüler mit AD(H)D, Störung des Sozialverhaltens, Schulangst oder Psychose angekündigt.

Es ist kein Widerspruch zu den gestiegenen Angst-Rankings der Shellstudie, wenn Kinderanalytiker wie Hans Hopf einen „***Verlust von Realangst und Scham***“¹¹ in der Gesellschaft feststellen. Was zunimmt, ist neurotische Angst. Eine Verminderung der Symbolisierungsfähigkeit führt weg von den „Als-ob-Spielen“, es wird rasch konkretistisch¹², auch auf dem Schulhof. Die abnehmende Bereitschaft und Fähigkeit, negative Gefühle auszuhalten, führt bei den expansiven Kindern zum unverstelltem Ausagieren, bei den Stilleren auch zur Psychosomatisierung. Vom Kindergarten bis zu div. Fernsehtalkshows machen sich neue Symptome breit: der „Gefühlsdurchfall“ und „Sprechdurchfall“ (Logorrhöe).¹³

¹¹ Hans Hopf, Mundelsheim: „Gescheiterte Anpassungen an eine veränderte Welt – Psychische Störungen von Kindern und Jgdl. vor dem Hintergrund veränderter soziokultureller Verhältnisse“, Vortrag auf der Jahrestagung der AKJP, 28. April 2007, Düsseldorf

¹² ebd.

¹³ Wobei die Sprache einer allgemeinen „Stefan Raabisierung“ unterliegt.

Krankenpädagogen müssen um diese Konstellationen wissen, weil Bildung sich ohne Interaktion nicht vermitteln lässt. Mehr denn je wird die Lehrperson als „*haltende Person*“ ersehnt. (Anfänglich opponierende Widerstände sind kein Widerspruch.) Die „Containerfunktion“ i.S. Bions („containing mother“ nach Winnicott) hat Reinhart Lempp schon vor Jahren auf die Pädagogik übertragen.¹⁴

Werden uns in Köln neue KJP-Patienten für die SfK angekündigt, folgt deren Gruppenzuweisung nicht einem automatisierten Jahrgangsstufendenken. Nicht jeder aus Klasse 8 der Heimatschule besucht auch bei uns die Klasse 8¹⁵. Mindestens so wichtig wie die Frage des curricularen Niveaus ist die Frage nach den benötigten psycho-sozialen Strukturen für den Schüler¹⁶. Auch die Klinik sieht bei Schülern mit instabiler Persönlichkeit im Besuch der *Klinikschule vorrangig einen „haltenden Rahmen“*, eine Chance zum „Strukturaufbau“. Seitens der Klinikleitung gilt der Vormittagsbereich deshalb als weitgehend tabuisiert für therapeutisch-medizinische Maßnahmen.¹⁷ Wenn bei einem Patienten-Schüler die Entscheidung für Unterricht von 8.15 bis 13.15 Uhr einmal gefallen ist, dann wird er nur in seltenen Ausnahmefällen zu Terminen herausgerufen.

Unterricht während der Klinikbehandlung wird gerne als Begegnung mit der Realität dargestellt. Das ist nicht nur ein materieller Vorgang. Das meint auch - ohne primär therapeutische Absicht - ein Wachrufen genau jener Konfliktfelder, deren unzureichende Bearbeitung zur seelischen Erkrankung beitrug. Lehrende müssen in jeder Unterrichtsstunde davon ausgehen, dass sie im Schülererleben Ambivalenzen zwischen folgenden Polen aktivieren:

- gewähren lassen vs. verwehren
- animieren vs. verbieten
- ermutigen vs. begrenzen
- abwehren vs. bearbeiten
- verleugnen vs. betrauern

¹⁴ u.a. dargestellt in der Laudatio von Christoph Ertle anlässlich der Verleihung der Ehrendoktorwürde der PH Ludwigsburg an R. Lempp am 3.12.1998

¹⁵ Bzgl. der Klassenbezeichnungen tun wir uns schwer. Wir sagen z.B. „Kl. 8 plus/minus“. Schüler wollen sich jedoch im klaren Stufensystem eingeordnet sehen. Mittlerweile kehren wir zurück zu grundschulhaft klingenden Klassenbezeichnungen wie „Kl. Frau/ Herr XY“. Ideal ist das noch nicht. Befriedigend gelöst haben wir hingegen mit Kurssystemen in Mathem u. Englisch einen Ausgleich der heterogenen Leistungsstandards.

¹⁶ Damit auch die Frage nach der Persönlichkeit der Lehrperson. Beispielsweise muss sie im Kollegium ohne Ehrverlust Angst bei best. Symptomträgern eingestehen dürfen.

¹⁷ Für Ergo-, Psycho- oder sonstiger Therapie bleiben ja noch Patienten vormittags auf Station, die nicht mit voller Stundentafel belastet werden können.

Letztlich pendelt bei jeder Matheaufgabe, bei jeder Fremdsprachenübersetzung die Selbsteinschätzung eines jungen Menschen zwischen Versagen und Grandiosität. Es braucht Zeit und unzählige kleine Übungseinheiten, bis das Real-Ich sich mit den Sehnsüchten des Ich-Ideals, mit der Diskrepanz zum Größenselbst aussöhnt. Immer steht die Lehrperson als Helfer, als Provokateur, als Tröster, als Begrenzer, als Urteilender im Zentrum dieser Wechselbäder. Wenn das für Schüler zuweilen angstbesetzt zugeht, dann müssen Pädagogen sich nicht verschreckt zurücknehmen. Mit **Realangst** umzugehen und Bewältigungstechniken (u.a. Kulturtechniken) zu erproben können sie Schüler lehren. Der Kampf gegen **neurotische** Angst ist nicht pädagogisches Metier.

Die beschriebenen Dynamiken gelten nicht exklusiv für Unterricht in der KJP. Sie wirken im „Stations-Betten-Unterricht“ ebenso. Zeitgeist-Feststellungen wie die der Shell-Studie gelten für alle Jugendlichen. Sie sind sozusagen **die Folie, auf der der Schicksalseinbruch „Krankheit“ erlebt wird**. Unterrichtserfolge bedeuten manchen Kindern und Eltern ja nicht nur einen die Genesung fördernden Schub. Sie dienen mitunter auch der Verleugnung, der Abwehr einer Krankheitseinsicht, stets mit der Gefahr, in der Überkompensation zu verkrampfen.

„Krankheitsakzeptanz“ zu fördern ist zwar erklärter Auftrag der Bildungsempfehlungen¹⁸, doch die Botschaft mancher Eltern und Patienten ist eher: „Damit sollten wir uns nicht näher beschäftigen“. Das Gegensatzpaar „verleugnen vs. betrauern“ tobt besonders heftig, wenn bei irreparablen Krankheits- oder Unfallfolgen Wechsel in besondere Fördersysteme empfohlen werden müssen. Auf den Stationen für lebensbedrohlich Erkrankte wird der Kliniklehrer mit der verzerrten Interpretation seines Tuns rechnen müssen. Sein Unterrichtsangebot macht einerseits „Hoffnung auf Zukunft“. Andererseits mag es dazu verleiten, die Krankheit als zu überwindenden Bagatellschaden zu deuten, nach dessen Behebung es ungebrochen in der früher konzipierten Lebenslaufbahn weiter geht.

Krankenpädagogen als Schullaufbahnmanager

Zur Zeit erheben wir SfKs in NRW in Form einer Selbstverpflichtung eine Statistik über Schulformwechsel nach KJP-Behandlungen. Für Köln kann ich die Ergebnisse schon heute präsentieren. Sie bestätigen, was seit langem gefühlt wird:¹⁹

¹⁸ „...lernen, mit der Krankheit besser umzugehen“ heißt es in den KMK-Empfehlungen von 1998

¹⁹ **Sofern hier die Ergebnisse vorliegen, baue ich sie in den Text ein.**

- Schullaufbahnkorrekturen geschehen heute vielfach über die KJP: fast die Hälfte der im soeben beendeten Schuljahr unterrichteten Schüler wechselte nach der KJP-Entlassung die Schule, rd. 38% sogar die Schulform.
- Das erhärtet die Vermutung, dass psychische Erkrankungen im Jugendalter vielfach durch „falsche Beschulung“ verschärft, mitunter verursacht werden.
- Die Krankenpädagogik wird im Verbund mit dem System Medizin zum korrigierenden Weichensteller der Schullaufbahn und übernimmt damit vielfach Aufgaben, die sonst bei schulpsychologischen Diensten angesiedelt sind.

Erste Rückmeldungen aus anderen SfKs bestätigen unsere Kölner Ergebnisse als Trend. Der ist am größten in den Großstädten (z.B. Bonn, Aachen, Essen) mit ihren differenzierten, vielfältigen Schulangeboten. Wechseln können Kinder ja nur, wenn es auch Alternativen gibt.²⁰ Die vermutlich herausfallende Höhe unserer Kölner Zahlen erklärt sich durch eine nun vierzigjährige Tradition in der „Externenbeschulung“. Das heißt, wir unterrichten psychisch Kranke auch in den Übergangszeiten ambulanter Nachbetreuung. Vermehrt werden wir dadurch als „Schullaufbahnweichensteller“ wahrgenommen und angefragt.

Nur einige Aspekte, die sich aus unseren Kölner Zahlen ergeben, sollen hier hervorgehoben werden: In der **Eingangsphase, also Jhrg.-stufen 1 und 2**, liegt die Zahl der Wechsler bei 66%, **52% wechseln in sonderpädagogische Systeme** (Förderschulen oder GU). In vielen Fällen hatten Kindergärten oder Heimatschulen bereits vor Klinikaufnahme eine Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung vorgeschlagen. Die konnte oder wollte von den Eltern aber nicht nachvollzogen werden. Die Symptome (hier überwiegend ADHD) wurden geleugnet oder in ihrer Ursache fremdattribuiert („die unempathische, unversierte unerfahrene Lehrerin war Schuld“). Manche Kinder waren auch mit ablenkenden Diagnosen etikettiert, darunter häufig „verkannte Hochbegabung“.

In der Sekundarstufe wiederholt sich Ähnliches. Während die **Orientierungsstufe, Kl. 5/6**, in der man am Ende der „Fünf“ nicht sitzen bleiben kann, mit 18% die absolut niedrigste

²⁰ Im 20-Minuten-Umfeld der Kölner Uni-Klinik liegen beispielsweise 6 Gymnasien, 4 Realschulen, 2 Hauptschulen, 1 Gesamtschule, 2 Förderschulen L, 2 Fö-Schulen körperl./motor. Entwicklung, 1 Fö-Schule emot./soz. Entwicklung.

Wechslerquote aller Jahrgänge ausweist, schnellst die Zahl in **der Kl. 7 und 8** auf 31% Schulformwechsler hoch.²¹ Hier begann die zweite Fremdsprache, hier wurde es in Mathematik abstrakter. Fleißig sein allein genügt nicht mehr. Der oben erwähnte Fall eines im 70er IQ getesteten Realschülers, der über SfK und KJP ins Fördersystem L vermittelt wurde, ist zwar extrem, aber kein Einzelfall. Nicht alle Eltern wollen den Rat zum Wechsel hören. Wütend nehmen sie ihr Kind aus der Klinik, verlassen das öffentliche Schulwesen und fragen bei Privatschulen an.²²

Kurz vor der rechtlich „letzten Ausfahrt“ aus der Schulform, beim Sprung von Kl.8 nach 9, schnellst die Wechslerquote noch mal auf rd. 50% hoch. Vorrangige Symptome sind hier Schulverweigerung, Störung des Sozialverhaltens sowie Depressivität mit Suizidalität. Manchmal ist auch noch ein spät entdeckter Asperger Autist darunter. Wer in noch höherem Alter zu uns stößt, hat meist keine primär schulischen Probleme sondern leidet an kernpsychiatrischen Grunderkrankungen wie Psychose, Tourette-Syndrom oder div. Formen von Essstörungen. Ihre Schulabschlüsse machen diese Jugendlichen, bis auf die essgestörten Mädchen²³, vielfach bei uns in der SfK.

Die Zahlen verdeutlichen die Erweiterung des Aufgabenspektrums heutiger Krankenpädagogik. Ein Aspekt sei mit einer zuspitzenden Formulierung herausgenommen: **„Das Gymnasium ist die Volksschule unserer Zeit“**. Nimmt man Gesamtschulen, an denen ja auch Abitur gemacht werden kann, in die Rechnung mit auf, entsprechen die Zulaufzahlen zur „höheren Schule“ ungefähr denen der Volksschule vor 40 Jahren.²⁴

Hartnäckig hält sich bundesweit die Zahl von 50% Eltern, die unbedingt das Abitur für ihr Kind wünschen und es i.d.R. auch in den entsprechenden Schulformen anmelden.²⁵ Ebenso konstant hält sich aber auch die Zahl von 27% der Jugendlichen, die das Abitur wirklich schaffen. 23% erreichen das gesteckte Ziel also nicht. Manche resignieren angesichts der damit verbundenen Enttäuschungen, Entwertungen, Demütigungen. Andere opponieren,

²¹ In diesen Klassenstufen kam in NRW, wo es zum Abitur bislang noch 13 Schuljahre brauchte, die „Stunde der Wahrheit“. Nach der Schulzeitverkürzung auf 12 Jahre beginnt die 2. Fremdsprache nun schon in Kl.6. Vermutl. wird sich das in der Wechslerquote demnächst spiegeln.

²² Wobei zu betonen ist, dass wir die Privatschulen i.d.R. als nicht „käuflich“ erleben.

²³ Für diese besteht eine Kooperation mit benachbarten Gymnasien, die von der KJP aus besucht werden können.

²⁴ In einer sog. Arbeiterstadt wie dem Köln benachbarten Leverkusen werden im Sommer 2007 40% der neuen Fünftklässler auf dem Gymnasium angemeldet, 29% auf der Gesamtschule, 24% auf der Realschule, nur 7% auf der Hauptschule. (Angaben der Stadtverwaltung Leverkusen, zitiert im „Leverkusener Stadt-Anzeiger vom 24.2.2007)

²⁵ Repräsentativbefragung des Instituts für Schulentwicklungsforschung (IFS), Berlin 2004

andere überkompensieren, manche suchen erfolgversprechendere Nebenschauplätze in der Subkultur auf, manche betäuben sich, manche verletzen sich, manche werden körperlich krank. Zu einem Großteil leben die Jugendstationen der KJPs heute von dieser Klientel.

Erstaunlicherweise sind Krankenpädagogen der KJP damit nah bei der Arbeit ihrer Kollegen auf den somatischen Stationen. Der gemeinsame Nenner ist beiden das didaktische und beratende Reagieren auf enttäuschte oder verletzte Lebenskonzepte junger Menschen und ihrer Angehörigen. Die Befähigung zur *Trauerarbeit als integriertes didaktisches Ziel* ist allen Sparten einer SfK ein Anliegen.²⁶ Es geht um die Akzeptanz, dass nach Feststehen der Diagnose, bzw. nach dem traumatischen Ereignis, die Welt anders angegangen werden muss als zuvor. Die *Akzeptanz des Abschieds* geht der Ermutigung und Neuformulierung von Zukunft voraus.

Die Beratung darf natürlich nicht in der emotionalen Dimension stehen bleiben. Sehr viel technisches und organisatorisches Wissen sind ebenso wichtig. In Reha-Kliniken sind es Kenntnisse der verschiedenen Hilfsmittel, derer sich der Krankenpädagoge bedient, wenn etwa Touch-Talker, Notebooks, Seh- und Bewegungshilfen Unterrichtsteilnahme ermöglichen. In KJPs bestehen die Hilfen eher in ausgefeilter Kenntnis der Schullandlandschaft und der schulrechtlichen Erlasslage, um **Nebenwege, Umwege, probatorische Optionen, Nachversetzungen, Schulbegleitungen und andere unorthodoxe Alternativen** zu installieren. Dadurch, dass SfKs mit Zeugnis und Siegel anerkannte Urkunden ausstellen dürfen, können sie manch festgefahrene oder krumme Schullaufbahn wieder begradigen, manchmal erst auf den letzten Metern der Zielgerade. Auch das sind Formen eines „Nachteilsausgleichs“.²⁷

Krankenpädagogen haben im letzten Jahrzehnt in dem beschriebenen Sinn die Rolle eines „Schullaufbahnmanagers“ zugespielt bekommen. Entsprechende Anfragen aus der Klinik dehnen sich inzwischen auf deren Ambulanzen aus. Die dort tätigen Ärzte und Psychologen spüren, dass vielen Kindern schulisch ebenso wie medizinisch-therapeutisch geholfen werden muss. Auch aus dem eigenen System Schule häufen sich Anfragen. Das führt mitunter zur paradoxen Situation, dass die Schulaufsicht in festgefahrenen Fällen die SfK um eine Hilfe

²⁶ Vor meinem Dienst in der KJP hätte ich nicht gedacht, wieviel aus meiner Kb-Lehrer-Sozialisation ich übernehmen kann. Wenn ich heute mit Eltern über die Begrenztheit in der Therapie eines Asperger Symptoms rede, ist das qualitativ vergleichbar mit den „Wut-Aufbaum-und-Trauergesprächen“ mit Eltern, deren Kind durch Unfall oder Tumor Körperfunktionen irreparabel verlor.

²⁷ Siehe dazu das umfangreiche Info-Papier von Michael Klemm auf dieser Tagung.

bittet, die sie als Dienstaufsicht verbieten müsste. Denn noch passt nicht alles aus dem erweiterten Schüler-Patienten-Spektrum in das Prokrustes-Bett der Schulgesetze. Erlasse hinken zwangsläufig der Lebenswirklichkeit hinterher.

Auf die erweiterten Herausforderungen reagiert unser Berufsstand menschlich - nämlich ambivalent. Einerseits erfreuen wir uns der bekundeten Anerkennung, andererseits erschrickt uns das Maß von Verantwortung. Die Warnung in den Kollegien geht in beide Richtungen, sich **weder als „Überschule“ aufzuspielen, noch sich als „Restschule“ instrumentalisieren zu lassen**. Die Auflösung der Bedenken liegt m.E. 1.) in einem fortwährenden –durchaus leidenschaftslosen- Bewusstmachen von Auftrag und Ressourcen, 2.) im hoch selbstdisziplinierenden Umgang mit den verfügbaren Kompetenzen und 3.) in einer gewissen Demut gegenüber Symptomen und Prognosen. Das setzt Erfahrung und Vertrauen in die kooperierende Kräfte voraus. Womit wieder einmal die Notwendigkeit einer „multiprofessionellen Vernetzung“ angesprochen ist.

Krankenpädagogen in der Prävention

Aus der engen Kooperation von Klinik und Schule hat sich in Köln ein niederschwelliges, zeitnahe und unbürokratisches Beratungsangebot für kranke Kinder und Jugendliche entwickelt. Unter dem Tiltel **pädagogisch-jugendpsychiatrische Ambulanz** findet es seit zwei Jahren eigene Räumlichkeiten in einem Nebenhaus des Schulgebäudes. Eltern gehen mit ihrem Kind, ggf. begleitet von dessen Lehrer oder Jugendhelfer, zur Beratung in ein Schulgebäude und nicht in eine Klinik (Akzeptanz und Niederschwelligkeit). Dort besprechen sie mit Arzt oder Ärztin der KJP sowie einer Lehrkraft der Klinikschule ihr Anliegen. Meist zeichnet sich nach dem Erstgespräch ab, ob weitere Hilfen eher im Rahmen von Schule, Psychotherapie, Medizin oder Jugendhilfe angezeigt sind und ob sie ambulant oder stationär erfolgen sollen. Die Klinikschule vermittelt dem Kollegium der Herkunftsschule die daraus resultierenden Empfehlungen.

Das Ambulanzangebot von Städt. Schule und Uniklinik versteht sich deutlich subsidiär. Vor einem Kontakt sollten andere Angebote wie Beratungsstellen, schulpsychol. Dienste, Praxen u.ä. wahrgenommen worden sein. Die Ambulanz will auch eine Dienstleistung gegenüber jenen Schulen sein, die in umgekehrter Richtung als Integrationspartner gebraucht werden, wenn Psychiatrie-Patienten nach der Behandlung den Weg ins Regelschulsystem suchen.

Erfolgreich ist die Ambulanz beispielsweise bei Schulverweigerern, denen auch ordnungsamtliche Maßnahmen zuvor nicht halfen. Denn Pädagogen der Heimatschulen bleiben relativ einflusslos, wenn psychische Probleme zu Tage treten, für die die Schule nicht Verursacher ist. Beispielsweise kann eine Schulverweigerung, die aus Trennungsangst eines Kindes geschieht, mit allein pädagogischen Mitteln nicht behoben werden. Da hilft stationäre Behandlung. In anderen Fällen wiederum wird statt einer von Eltern angestrebten psychiatrischen Behandlung eher die Einbeziehung von Jugendhilfemaßnahmen vermittelt. Das ist z.B. der Fall, wenn zu spüren ist, dass der „Umweg über den Krankenschein“ nur von längst fälligen, aber nicht erwünschten pädagogischen Interventionen ablenken soll.²⁸

Die Kooperation mit den regionalen Schulen bewährt sich auf Dauer nur, wenn sie von keiner Seite als „Einbahnstraße“ empfunden wird. Regelschulen, die Schulwechsler aus der Psychiatrie oder den Stationen für chronisch Kranke übernehmen, laden sich durchaus etwas auf. Im Umkehrverfahren sollen sie auch von KJP und SfK profitieren, indem sie für ihre Eltern in Akutfällen schnelle Zugangswege, ggf. auch mal „an der Warteschleife vorbei“ finden. Mehrfach im Jahr gestalten KJP und SfK überdies gemeinsame Informationsveranstaltungen über bestimmte Krankheitsbilder für alle Regelschulen. Und an populären Orten der Stadt erhält auch die breite Öffentlichkeit Aufklärungsinformationen. Soeben konnten wir in Köln diversen Selbsthilfegruppen von Eltern kranker Kinder ein Begegnungszentrum zur Verfügung stellen. Ob dieses Arrangement mal das Etikett „Kompetenzzentrum“ erhalten wird, bleibt abzuwarten. De facto ist es das.

Wissenschaft und Humor

Ein Letztes: Natürlich brauchen wir Krankenpädagogen eine breite Ausbildung, gestützt auf Wissenschaft. Selbstverständlich benötigen wir medizinisch-psychologische Basiskenntnisse über Diagnosen, Symptome und Prognosen der verschiedenen Krankheitsbilder. Nützen wird

²⁸ Rechtlich sind solche Beratungsdienste durch die SFK nicht einheitlich geregelt. Einige Schulaufsichten dulden sie trotz rechtslabilen Raums. Andere berufen sich auf die engen Vorgaben der Ministerien und Rechnungshöfe und lassen eine Erweiterung über den Unterricht in Kernfächern „am Krankenbett“ nicht zu. Anerkennung findet der Beratungsauftrag in den weit gefassten und nicht verbindlichen Empfehlungen der Konferenz der Kultusminister: „Aufgabe sonderpädagogischer Förderung ist schließlich auch die Beratung. Krankheiten können häufig Schullaufbahnänderungen und andere Lernorte notwendig machen. Erziehungsberechtigte sowie Schülerinnen und Schüler müssen beraten und meist über längere Zeit begleitet werden.“ (Sekretariat d. KMK, 1998)

der anspruchsvolle Überbau uns Kollegen und den uns anvertrauten Schülern jedoch nur, wenn etwas Elementares aus einer ganz anderen Dimension hinzukommt: Humor.

Wissenschaft hilft uns, unsere Kinder und Jugendlichen zu verstehen. Humor hilft uns sie 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 205 Jahre alt. Winters – ein armer Tagelöhner, den die Not zum Puppenspiel zwang – ist der geistige Vater jener Gestalten, von denen man zwei sicherlich auch im Schwäbischen 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.²⁹

Wir sehen an diesen Figuren des Puppentheaters, die eine ganze Region typisieren, dass es immer zwei Möglichkeiten gibt, menschliches Verhalten begrifflich zu fassen: die **akademische** und die **volkstümliche**. Letztgenannte kommt mit Humor rüber, mitunter auch mit leisem Spott. Der aber nimmt nicht nur „auf den Arm“ sondern auch „in den Arm“.

²⁹ **Hänneschen** 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).