

SchulPs

Zeitung des Arbeitskreises
Schule und Psychiatrie

Infos zur nächsten
Tagung 2011 in Münster



Thomas Girnth
Wegbereiter für die Inklusion

Wolfgang Oelsner
Doppelspur, Einbahnstraße oder
Sackgasse

Oliver Bilke-Hentsch
& Ingo Spitzcok von Brisinski
Internetsucht

Kerstin Schicke
Gute Verzahnung ist die
halbe Miete

Nr. 20
2011
ISSN 1615-5033



Bernd Giesen
„Die Brötchentagung“

Das ist dr

in

In eigener Sache

Vorwort Redaktion/Vorwort Monika Ahrens/Impressum	3
Abo/Beitritt	55

Neues vom Fach

Oliver Bilke-Hentsch & Ingo Spitzcok von Brisinski Internetsucht	4
Wolfgang Oelsner Doppelspur, Einbahnstraße oder Sackgasse	9

Regional

Kerstin Schicke Gute Verzahnung ist die halbe Miete	18
Thomas Girnth Wegbereiter für die Inklusion	21
Ulrike Behme-Matthiessen/Kerstin Bock/Andree Nykamp/Thomas Pletsch FiSch - Familie in Schule	26

Praktisch

Anika Welz Komm, wir finden einen Schatz	34
Michael Zonker Radio PMS	36

Reingeschaut

Benno Walser Über den Zaun geschaut	41
--	----

Zurück geschaut

Blitzlichter	32
Bernd Giesen Zeige mir den Weg und ich beweise dir, dass ich ihn nicht gehen kann	43
Bernd Giesen Die „Brötchentagung“	45
Gesine Mörtl Zum Gelingen bringen	47

Voraus geschaut

Rolf Bernhardt Zu Gast in Münster	49
Münster 2011 Tagungsprogramm	50
Münster 2011 Workshops	52
Münster 2011Anmeldung	53
Münster 2011 Zimmer buchen	54

Titelbild

„Engel sind Freunde“...

SchulP,

Nr. 20
2011

... lautete 2009 das Thema eines Kunstprojektes der Johann-Christoph-Winters-Schule in Köln. Bei den Fotos handelt sich um Aufnahmen von Schülerinnen.

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

In der Ruhe liegt die Kraft – diese Erkenntnis prägt die aktuelle Ausgabe der SchuPs-Zeitung. Denn obwohl der Anfang der redaktionellen Arbeit etwas schleppend verlief, weil nur wenige Beiträge uns erreichten, kam überhaupt kein Stress auf. Offensichtlich weder bei der Redaktion noch bei den nun doch noch zahlreichen Autoren. Eine Nachfrage hier, eine Mail da – und schon wuchs die fachliche Vielfalt ganz von selbst. Sogar die sonst so hektische Endphase mit Termindruck und letzten Korrekturen konnte in diesem Jahr keinen Schrecken verbreiten. Vielleicht hat die Erkenntnis, dass ich unsere Zeitschrift jetzt schon das zehnte Mal in Form „schupse“ auch dazu geführt, endlich der Lebensart meiner kölschen Heimat zu vertrauen: Et is wie et is, et kütt wie et kütt un et hätt noch immer jot jejangel!

Da alle nun diese SchuPs-Ausgabe in den Händen halten, hat also auch dieses Jahr wieder alles geklappt – und noch mehr als das. Wieder haben viele fleißige Fachleute wissenswerte, lehrreiche und interessante Artikel zu Papier gebracht, die nun der Zeitschrift ein ausdrucksvolles Gesicht geben. Es lohnt sich also wie immer, in Ruhe darin zu stöbern und vielleicht auch ein wenig Kraft daraus zu ziehen.

In diesem Sinne: Viel Spaß beim Lesen

*Das SchuPs-Redaktions-Team
Petra Rohde, Kerstin Kreienfeld*

Impressum

Herausgeber:

Arbeitskreis Schule und Psychiatrie
(SchuPs)

Geschäftsführende Sprecherin:

Monika Ahrens,
Schule im Heithof,
Heithofer Allee 64, 59071 Hamm
Telefon: (d) 02381 893400
(p) 02527 1275

E-Mail: moahrens4@googlemail.com

Redaktion und Layout:

Kerstin Kreienfeld
Petra Rohde
petrarohde@googlemail.com

Verantwortlich:

Monika Ahrens
Auflage: 500

Liebe Leserinnen und Leser, liebe SchuPs Freunde und Freundinnen,

„Schulische und psychosoziale Nachsorge“ ist ein Thema, das allen Klinikschulen unter den Nägeln brennt. Ein gutes Konzept zu entwickeln gelingt uns aber nur in einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit Kollegen, Therapeuten und unterschiedlichsten Institutionen.

Im September 2010 durften wir in Berlin viele Ansätze, Ideen und Versuche kennenlernen, um junge Menschen schrittweise wieder in das Schulsystem zu integrieren.

Diese Zeitschrift ruft unterschiedliche „pädagogische Wiedereinstiegsszenarien“ wieder ins Bewusstsein bzw. stellt diese den Lesern, die nicht in Berlin dabei waren, vor.

An dieser Stelle bedanken wir uns bei den Kollegen der Wiesengrund-Schule und den Vertretern des „Netzwerkes Schule und Krankheit“ der Uni Potsdam für die gelungene Ausrichtung dieser Tagung.

Die Vorbereitungen zur diesjährigen SchuPs-Tagung laufen auf Hochtouren. Das Tagungsthema „Resilienz“ wird uns reichhaltige Denkanstöße für unsere Unterrichtspraxis bieten.

Die geplanten Vorträge und Workshops sind vielversprechend. Infos und Anmeldungen im Heft.

Ich freue mich auf ein Wiedersehen mit vielen Kollegen und Kolleginnen.

Viel Spaß und Anregung mit der SchuPs-Zeitung 2011!!

Monika Ahrens, Hamm
geschäftsführende Sprecherin
des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie

Sprecherrat:
Carsten Diederichsen, Hamburg
Kornelia von Wurmb, Viersen

SchuPs im Internet:

www.schups.org

Internetsucht

Pathologischer Mediengebrauch – entwicklungspsychiatrische Ansätze

Oliver Bilke-Hentsch & Ingo Spitzcok von Brisinski

Zusammenfassung

Moderne elektronische Medien, die seit etwa der Jahrtausendwende in steigender Zahl von Kindern und Jugendlichen genutzt werden, stellen neben interessanten Entwicklungsmöglichkeiten auch eine Gefahr dar. Ähnlich wie bei stoffgebundenen Süchten gibt es vulnerable Jugendliche mit prämorbidem Störungen, die bei sorgfältiger multiaxialer Diagnostik klassische Suchtverhaltensweisen zeigen.

Für diese Untergruppe sind Therapieformen auf dem Boden adäquater Klassifikationssysteme zu entwickeln, so dass das praktische Problem bei noch unzureichender Forschungslage weder verharmlost noch dramatisiert wird. Ein enger interdisziplinärer Austausch zwischen Kinder- und Jugendärzten, Schulen, Kinder- und Jugendpsychiatern und Eltern sichert die Früherkennung und Intervention bei besonders schweren Fällen.

1. Einführung in die Thematik:

Die steigende Ausstattung von Haushalten und Kinderzimmern durch moderne interaktive Medienträger, sowie die Verfügbarkeit von mobilen Kommunikationsmitteln hat in den letzten 10 Jahren zu einer deutlichen Veränderung des Medienverhaltens bei Kindern und Jugendlichen geführt. Das Fernsehen und Videospiele prägen mittlerweile die mediale Wirklichkeit von Kindern bereits ab dem zweiten Lebensjahr. Während der schädigende Einfluss sehr frühen Fernsehgebrauchs empirisch belegt ist, fehlen für den sich rasant entwickelnden Bereich der computeranimierten Spiele, insbesondere der Online-Rollenspiele aussagekräftige empirische Daten.

Im klinischen Zusammenhang dagegen bestimmen Patienten mit Medienauffälligkeiten im weitesten Sinne und einzelne schwer betroffene mit klar diagnostizierbarem Internet- bzw. pathologischem Mediengebrauch das Bild.

Weder eine empirisch nicht fundierte Aufregung über eine neue Suchtgefahr, noch eine Verharmlosung ist zu befürworten. Auf dem Boden der bestehenden Klassifikationssysteme und Handlungsansätze sind weiterentwickelnde Diagnostik und Therapie einzelner Betroffener sowie eine kritische Begleitung des öffentlichen Diskurses angezeigt.

2. Klinische Epidemiologie und Klassifikationsentwicklung:

Die Problematik des pathologischen Mediengebrauchs liegt in der Unschärfe der Gesamtbegrifflichkeit. Begriffe wie Internetsucht (Griffith, 1996), pathologische Internetbenutzung, multiple Medienabhängigkeit (Bilke, 2008), Online-Rollenspiel-sucht, Internetsucht (Young, 1996; Zimmerl, 1998) oder Computersucht benennen jeweils einen Aspekt der individuellen und gesellschaftlichen Thematik (Palfrey u. Gasser, 2008).

Bisher vorliegende epidemiologisch orientierte Studien (Zimmerl, 1998; Hahn und Jerusalem, 2001; Grüsser et al., 2005) betonen stets methodische Einschränkungen. Weder die Befragung einzelner Schulen oder einzelner Klassen, noch die direkte elektronische Befragung sogenannter „User“ kann ein vollständiges Bild liefern.

Befragungen unter intensiv spielenden Jugendlichen mit offenen Fragestellungen bringen einen hohen Anteil an sogenannten „Süchtigen“

hervor. Die klinisch sorgfältige Diagnostik im Einzelfall bei wegen sogenanntem pathologischen Mediengebrauchs vorgestellten Patienten ist oft eher fokussiert auf komorbide Störungen und nicht auf die eigentliche fragliche Suchterkrankung.

In diesem Kontext ist auch der Suchtbegriff kritisch zu sehen, da die Selbstbezeichnung „süchtig“ auch unter jugendsprachlichen und sozialem Aspekt differenziert zu werten ist (Rogge, 2000). Das Wort „süchtig“ steht häufig in der Jugendsprache für eine intensive Benutzung oder intensive Faszination in einem bestimmten Lebensbereich und kann daher nur in operationalisierter Form als hilfreich gelten.

Untersuchungen im Bereich von Intensivbenutzern einzelner Spiele zeigen ebenfalls das Problem der Repräsentativität, da es sich um eine besonders selektierte Gruppe von zeitlich stark eingebundenen Spielern handelt. Klinisch-praktisch sind solche Untersuchungen vergleichbar mit der Befragung intensiv dem Pferdesport frönender Mädchen, die auch einen Großteil ihrer Freizeit mit hoher Intensität und hohem finanziellen Aufwand in diesem Bereich investieren und kaum als süchtig gelten würden.

Die klinische Terminologie hat sich in diesem Bereich mit praktischer Entwicklungspsychologie der jeweiligen Altersphasen unter eindeutiger Berücksichtigung des Genderaspekts zu beschäftigen, damit nicht Verzerrungen entstehen (siehe umfassend v. Salisch et al., 2007).

3. Komorbidität: und Konsummuster

Sowohl in den Praxen niedergelas-

sener Kinder- und Jugendpsychiater als auch in den Versorgungskliniken zeigen sich seit etwa 2003 regelmäßig Patienten, bei denen im Rahmen der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik eine hochgradig intensive bis abhängige Beschäftigung mit verschiedenen elektronischen Medien im Vordergrund steht (Bilke, 2008).

Darüber hinaus gibt es einzelne Fälle, die explizit wegen dieser Fragestellung vorgestellt werden.

Da zum jetzigen Zeitpunkt klinisch-empirische Studien in diesem Bereich nicht zuletzt wegen methodischer Probleme fehlen, sind praktische Mitteilungen und Einzelbeobachtungen im Sinne eines heuristischen Erkenntnisgewinns in diesem Bereich vorherrschend. Typische Anzeichen eines beginnenden pathologischen Mediengebrauch werden seit längerer Zeit definiert (Rogge, 2000; Bilke, 2008, siehe Tabelle 2).

Verkomplizierend kommt hinzu, dass es im deutschsprachigen Raum keine einheitliche standardisierte und objektive Fragebogenmethode gibt, die die eindeutige und vergleichbare Diagnostik von Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter ermöglichen würde.

Die Orientierung an der ICD-10 bzw. dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychische Störung im Kindes- und Jugendalter (MAS) ist eine wichtige Orientierung und kann die Einheitlichkeit im klinisch praktischen Bereich voran bringen, ist aber letztlich vom Expertenurteil des einzelnen Klinikers und seiner persönlichen Kenntnis des Themenbereichs des pathologischen Mediengebrauchs beeinflusst.

Allein die erhöhte Aufmerksamkeit auf diesen Bereich und einzelne Schulungen, sowie die exemplarische Darstellung von Einzelfällen kann die Diagnostik und Erkennungsquote deutlich erhöhen. Besonders Augenmerk im entwicklungspsychiatrischen Kontext ist auch Patienten mit Teilleistungsstörungen



und diskrepantem Intelligenzprofil zu schenken, die ggf. ohne psychiatrische Diagnose (1. Achse MAS) ein komplexes entwicklungsretardierendes Störungsbild bieten, das multiple schulische, soziale und familiäre Probleme bedingt.

Sowohl die Teilleistungsstörungen als auch diskrepante Intelligenzprofile lassen sich bei intensiver Beschäftigung mit Computerspielen weitgehend ausblenden. Schwierigkeitsgrade werden dahingehend eingestellt, dass die individuellen Einschränkungen nicht relevant werden und damit ein Gesamtproblem „spielerisch“ verschleiert wird.

Welche Jugendliche sind aus klinischer Sicht gefährdet?

Der hohe Motivations- und Belohnungscharakter moderner interaktiver Computerspiele und insbesondere der Online-Rollenspiele stellt für depressive, sozial-phobische, generell ängstliche oder auch autistische Patienten eine Möglichkeit dar, sich in einer virtuellen sozialen Situation darzustellen, zu bewähren und Belohnung zu erlangen.

Bei diesen den internalisierenden Störungen zuzuordnenden Patientengruppen ist es weniger der spezifische „Kick“ des Suchtmittels als modernes Medium, sondern die Möglichkeit, im Alltag als einschrän-

kend und kränkend erlebte Verhaltensweisen durch Mediengebrauch kompensieren zu können und eine virtuelle Identität aufzubauen (Bergmann und Hüther, 2006, Bergmann, 2007).

Bei einer zweiten Gruppe von Patienten, die eher dem Bereich der Störung des Sozialverhaltens und der Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen sowie unter Umständen der Borderline-Störung zuzuordnen sind, geht es stärker um eine schnelle Gratifikation, zügige Belohnung bei hohem direkten Einsatz und vor allem Belohnung für Schnelligkeit und Reagibilität.

Hier finden sich Patienten, die im Rahmen ihrer Primärerkrankung vor allem in den Bereichen Hyperaktivität und Impulsivität (sog. „novelty seeking“) auch in anderen Kontexten auffällig sind oder primär wegen anderer Störungen in der Ambulanz vorgestellt werden.

Eine dritte, bisher kaum beachtete Gruppe besteht aus Patienten, die im Rahmen einer langfristigen familiendynamischen Entwicklung gemeinsam mit ihren Eltern und Geschwistern in komplexe Rollenspiele (z. B. Familie Sims etc.) eingebunden sind, die neben ihrer sonstigen Realität eine auch familiär unterstützte Nebenrealität entwickelt haben, um ggf. den als unerträglich empfundenen

denen sozialen Einschränkungen und Konflikten auszuweichen. Nicht so sehr die in Studien beobachtete familiäre Sprachlosigkeit (Turow, 2001), sondern eine neue virtuelle Kommunikationsebene mit unklarer Bedeutung für die kindliche Entwicklung spielt hier eine Rolle.

4. Entwicklungsorientierte Klassifikation und Differentialdiagnostik:

Das Aufkommen der neuen Medien und der damit verbundenen Abhängigkeitspotentiale hat nicht nur im Bereich der Pädiatrie sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, sondern auch der Suchtforschung und Suchttherapie eine aktuelle Diskussion über den Suchtbegriff ausgelöst.

Böning (2008) plädiert für eine klare Beibehaltung eines restriktiven und genau definierten Suchtbegriffs, der die schweren und chronifizierten Einschränkungen klar in den Vordergrund stellt. Ähnlich wie andere Autoren (Demmel, 2002, 2005; Bilke 2008) erteilt er einer inflationären Verwendung des Suchtbegriffs, z. B. in populär-wissenschaftlichen Medien ebenso eine Absage, wie auch einer Verharmlosung potentiell höchst gefährlicher jugendtümlicher Verhaltensweisen als reine Entwicklungsphase.

Die Rückbesinnung auf traditionell empirisch fundierte Definitionen und Begriffe, wie sie zur Zeit in DSM IV und ICD-10 niedergelegt sind und sicher zunächst in den Forschungskriterien aktualisiert in DSM V und ICD-11 wieder auftauchen werden, stellt hier eine gute Basis für seriöse, klinisch-praktische Diagnostik dar.

Überträgt man die in Tabelle 4 dargelegten Kriterien des schädlichen Gebrauchs bzw. der Abhängigkeit bei Kindern und Jugendlichen auf pathologischen Mediengebrauch, so wird man diejenigen schweren Fälle identifizieren, die einer spezifischen Beratung und Therapie zuzuführen sind.

Entwicklungspsychiatrisch und technologisch gesehen ist moderne Mediennutzung bei Jugendlichen im Jahre 2009 derartig vielfältig, dass unter Missbrauchs- oder im Einzelfall Suchtaspekt eine differenzierte Betrachtungsweise für breitere und jüngere Gruppen von Nöten ist (Spitzcok von Brisinski, 2000, 2007). Während Befunde bei Erwachsenen häufiger auf die intensive Nutzung von „Cybersex“ (sexuell getönte oder pornographische Aktivitäten im Internet, Übersichten hierzu bei Seikowski, 2005) hinweisen, stehen im Kinder- und Jugendbereich das exzessive vielstündige pathologische Rollenspiel wie z.B. „world of warcraft“ mit extern angelegter Phantasie und multiplen Rollenangeboten sowie sog. „Ego-shooter“-Spiele im Vordergrund, bei denen aus der Perspektive eines bewaffneten Schützen potentielle Gegner möglichst schnell zu erschießen sind. Inwieweit latent dissoziale und ich-strukturell instabile Klienten bis hin zum potentiellen Amokläufer von diesen ursprünglich für das Militär konzipierten Spielen angesprochen werden, ist zu diskutieren (te Wildt, 2007).

Durch die technologischen Fortschritte und die Einsatzmöglichkeiten moderner Mobilfunkgeräte, die weit über das bekannte „Handy“ als Telefon hinausgehen, ist die konsekutive und abwechslungsreiche Nutzung verschiedener elektronischer Medien eher die Regel als die Ausnahme bei Jugendlichen.

Das Chatten, SMS, MMS und E-Mail verschicken, das Spielen als solches in verschiedenen Varianten, die Bearbeitung von Hausaufgaben und das Recherchieren im Internet verschränken sich zu einem komplexen Gesamtgeschehen. Die Übergänge zwischen adolescentärem Verhalten im Rahmen üblicher sozialer Normen und beginnender Entwicklungseinschränkender Pathologie scheinen fließend, dennoch gibt es klinisch beobachtbare Warnzeichen für eine ungünstige Entwicklung (Tabelle 2)

Unterschiedliche Komponenten dieses Geschehens haben differentielles Suchtpotential, wobei die bereits 1996 entwickelte Klassifikation nach Young in einer modernisierten und adaptierten Form deutlich macht, welche praktisch-klinisch relevanten Untertypen es gibt (Tabelle 5). Da die hier referierten Störungsbilder nicht nur Merkmale von Suchterkrankungen aufweisen, sondern auch Merkmale von Impulskontrollstörungen (dell Osso, 2006; Spitzcok von Brisinski & Habermeyer, im Druck) und Zwangsstörungen (Spitzcok von Brisinski 2007), erscheint der Terminus „Pathologisch“ umfassender als der Terminus „Sucht“:

Während im Erwachsenenbereich der Schwerpunkt der Diskussion auf der Umsetzung von im Bereich der Glücksspielsucht erprobten Konzepten (Bühringer, 2004) auf moderne Mediensüchte geprüft wird und sich auch hier für Untergruppen erste Ansätze zeigen (Grüsser u. Thalemann, 2006; Wölfling 2007/2008), stellt sich aus entwicklungspsychiatrischer Sicht bei Kindern und Jugendlichen die Frage, inwieweit Adoleszenz-spezifische Phasenphänomene von Bedeutung sind und eher kommunikationsspezifische und Medienkompetenz fördernde Beratung vonnöten ist als multiaxiale Diagnostik.

5. Therapieansätze und Interventionen

Zum jetzigen Zeitpunkt erscheint aus klinisch-praktischer Sicht multimodale kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung auf dem Boden des multiaxialen Klassifikationschema sinnvoll. Dies ist das aktuelle Vorgehen der meisten niedergelassenen und klinisch tätigen Kinder- und Jugendpsychiater.

Wie die beiden angedeuteten Fallvignetten zeigen, sind die individuellen Entwicklungen unterschiedlich, weswegen eine weitere Kenntnis der Potentiale technologischer Veränderungen von Nöten ist: Ähnlich wie der Therapeut bei stoff-

gebundenen Suchtformen ebenfalls über neue Stoffformen, Darreichungsformen, Toxizität, Pharmakokinetik etc. Bescheid wissen sollte, um adäquate Therapie zu planen, ist es auch im Bereich der modernen elektronischen interaktiven Medien sinnvoll, die einzelnen „Darreichungsformen“ sowie die Gefahrenpotentiale genauer zu kennen. Hierzu ist es unvermeidbar, sich mit den einzelnen Spielen und ihren Inhalten auseinanderzusetzen.

Dabei geht es weniger um eine detaillierte Kenntnis und persönliche Erfahrung, sondern um ein prinzipielles Verstehen der Mechanismen, der Psychodynamik und der Belohnungsdynamik derartiger Spiele.

Insbesondere unter Genderaspekt sind die technische oder die interaktionelle Faszination der einzelnen Spiele bzw. ihrer Sequenzen zu erfassen, um für Jungen und Mädchen unterschiedliche Therapieprogramme zu entwickeln.

Auch der Altersaspekt spielt eine entscheidende Rolle (Vgl. Zobel, 2005), denn es besteht ein erheblicher klinisch-praktischer Unterschied zwischen jemandem, der von klein auf intensiv sich mit diesen Medien auseinandersetzt und regelmäßig spielt und demjenigen, der im höheren Adoleszenzalter zur Lösung anderweitiger psychischer Probleme moderne Medien für sich entdeckt.

Oftmals ist unklar, ob ein intern gesteuerter Auslöser, dem der Betroffene nicht widerstehen kann, die Ursache darstellt oder ob von externer operanter Steuerung des Verhaltens ausgegangen werden muss, um einen fehlgeleiteten Versuch, Lebensprobleme wie Stress, Einsamkeit, familiäre Konflikte oder Depressionen zu bewältigen. Wahrscheinlich treten Kombinationen bzw. individuelle Variationen auf. Für die individuelle Behandlungsplanung ist die Analyse der funktionalen Zusammenhänge wichtig: Zeigt sich im Problemverhalten, dass es durch Störungen in anderen Lebensbereichen (z.B. Ängste, Depressi-

onen, Familienkonflikte, Lebenskrisen) ausgelöst und im Sinne eines Vermeidungsverhaltens negativ verstärkt wird, muss die Therapie bei der Änderung dieser Verhaltenskette ansetzen: Der Aufbau alternativer Copingstrategien ist die Therapiestrategie. Zeigt sich dagegen, dass das symptomatische Verhalten nicht (bzw. nicht mehr) operant gesteuert wird, sondern quasi automatisch im Sinne einer autonomen Handlungskontrollstörung erfolgt, sind therapeutische Strategien aus dem Bereich substanzbezogener Störungen indiziert, z. B. cue exposure und/oder Rückfallprävention zum Aufbau von Selbstkontrolle (Spitzcok von Brisinski & Habermeyer, im Druck).

Auf neurobiologischer Ebene scheinen u. a. Dopamin und Serotonin eine Rolle zu spielen. So treten Pathologisches Glücksspiel, Computerspielsucht und Hypersexualität als unerwünschte Wirkung von Dopamin-Agonisten und Levodopa bei der Behandlung von Morbus Parkinson auf (Galpern u. Stacy 2007). Vieles spricht zudem dafür, dass die untereinander in Wechselwirkung stehenden serotonergen, noradrenergen, dopaminergen, Opioid- und GABAergen-Systeme in variierendem Ausmaß an der Entstehung von Impulsivität beteiligt sind (Hollander et al. 2003).

Ob als Therapieziel Abstinenz oder Reduzierung auf kontrolliertes Verhalten anzustreben ist, wird im Einzelfall anhand folgender Kriterien entschieden:

1. Ausmaß körperlicher Schädigung bei Fortführung

des Verhaltens,

2. soziale Unerwünschtheit bzw. Strafbewehrung des Verhaltens (z. B. bei pädophilen Aspekten im Rahmen eines Pathologischen Online-Sexverhaltens),
3. soziale Notwendigkeit einer normalen Verhaltensausbildung (z. B. bei Pathologischem E-Mail schicken),
4. Fähigkeit, das Verhalten in einer quantitativ und qualitativ unproblematischen Form in Selbstkontrolle zu überführen, und
5. motivationale Aspekte des Patienten (modifiziert nach Bühniger, 2004).

Die meisten Behandlungsstrategien beinhalten verhaltenstherapeutische Techniken, die der Internet-Nutzung zeitliche Grenzen setzen, jedoch nicht Abstinenz verlangen (Spitzcok von Brisinski, 2007). Durch die klare Beschreibung der Phänomenologie des Suchtverhaltens im Medienbereich und Herausarbeitung von komorbiden Störungen, Teilleistungsstörungen, Intelligenzschwierigkeiten und psychosozialen Rahmenbedingungen wird ein multimodaler individueller Therapieplan entwickelt, indem pathologischer Mediengebrauch eine Problematik unter mehreren darstellt.

Empirische Untersuchungen liegen ansatzweise zur Übertragbarkeit von Konzepten der Behandlung von Glücksspielsucht bei Erwachsenen auf Jugendliche vor (Wölfling 2008).

6. Klinisch-empirische Forschungsansätze

Im Bereich des Pathologischen Mediengebrauchs sind national wie international dringend koordinierte klinisch-epidemiologisch und klinisch-therapeutische Forschungsarbeiten von Nöten.

Diese sind an den Gegebenheiten und Notwendigkeiten der Interventionsplanung ebenso wie an den technologischen Veränderungen zu orientieren.

Nicht nur die breite Erfassung von Computerverfügbarkeit, Internetverfügbarkeit und Nutzung sowie Studien über den Spielcharakter, sondern auch Profile von Hochrisikogruppen, Genderaspekte und letztlich alle für andere Suchtformen zutreffenden Fragestellungen sind auch im Bereich des pathologischen Mediengebrauchs zu klären. Nur durch Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen, die nicht konkurrierend, sondern komplementär geplant und eingesetzt werden, lässt sich diese mit hoher Wahrscheinlichkeit in den nächsten Jahren die Lebenswirklichkeit von Kindern und Jugendlichen noch stärker beeinflussende Problematik darstellen und entsprechende Interventionen planen.



Oliver Bilke-Hentsch referiert auf der SchuPs-Tagung, Berlin 2010

Literatur:

1. Bergmann, W., Hütter, G. (2006) Computersüchtig. Kinder im Sog der Medien. Düsseldorf
2. Bergmann, W.: Computerspiele – im Bann des Phantasmas, erfahrungsarm und sehr allein. In: Möller, C. (2007) (Hrsg.) Sucht im Jugendalter, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 132-148
3. Bilke, O.: Multiple Medianabhängigkeit, Editorial, Sucht, 2008, S. 6-8
4. Böning: Vortrag bei der DHS, Bielefeld, 10.11.2008
5. Bühringer G. Wenn Arbeiten, Einkaufen oder Glücksspielen pathologisch eskalieren: Impulskontrollstörung, Sucht oder Zwangshandlung? Verhaltenstherapie 2004; 14: 86-8.
6. Dell'Osso, B., Altamura, A.C., Allen, A, Marazitti, D., Hollander, E. (2006). Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 256 (8), 464-475
7. Demmel, R. (2002). Internet Addiction: Ein Literaturüberblick. SUCHT – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 48, 29-46
8. Demmel, R. (2005) Internet addiction: ein virtuelles Problem? In: DHS (Hrsg.), in Jahrbuch Sucht 175-184, Gestacht, Neuland
9. Galpern WR, Stacy M. Management of impulse control disorders in Parkinson's disease. Curr Treat Options Neurol 2007; 9(3): 189-97.
10. Gould, M.S., Munfakh, J.L.H., Lubell, K., Kleinman, M., Parker, S.: (2002) Seeking help from the internet during adolescence. J American Academy of child and adolescent psychiatry 41, 1182-1189
11. Griffith, M.D., (1999) Internet addiction: fact or fiction? The Psychologist 12 (5), 246-250
12. Grüsser, S.M., Thalemann, R. (2006) Computerspielsüchtig? Rat und Hilfe. Bern: Huber
13. Grüsser, S.M.: Thalemann, R. Albrecht, U., Thalemann, C.: (2005) Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung. Wiener Klinische Wochenschrift
14. Hahn, A., Jerusalem, M.: (2001) Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel, J. (Hrsg). Risikoverhaltensweisen Jugendlicher, S. 2-16, Opladen: Leske und Budrich
15. Hollander E., Tracy, KA Swann AC, Coccaro EF, McElroy SL, Wozniak P, Somerville KW, Nemeroff CB. Divalproex in the Treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personalities. Neuropsychopharmacology 2003; 28(6): 1186-97.
16. McFarlane, M., Bull, S.S., Reitmeier, C.A. (2000) The internet as a newly emerging risk for sexually transmitted diseases. JAMA 284, 443-446
17. Seikowski, K. (Hrsg.) Sexualität und Neue Medien, Pabst, Lengerich, 2005
18. Palfrey, J., Gasser, U.: Born Digital, Basic Books, New York, 2008
19. Rogge, J.U., 1984: Heidi, Pacman und die Videozombies. Rowohlt, Reinbek, 1984
20. Rogge, J.U.: Medien und Sucht – eine exemplarische Bestandsaufnahme. In: Poppelreuter, u. Gross, Nicht nur Drogen machen süchtig. Beltz, Weinheim, 2000, S. 233-256
21. Spitzcok von Brisinski, I.; Goldbeck, L.; Latzko, G.: Computerunterstützte Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Tretter, F; Goldhorn, F. (Hrsg.): Computer in der Psychiatrie, Asanger Verlag, Heidelberg (1993), S. 177-190
22. Spitzcok von Brisinski, I. (1996): Softwareführer Psychologie, Psychotherapie, Psychiatrie, Sonderpädagogik. Asanger Verlag, Heidelberg
23. Spitzcok von Brisinski, I. (1999): Computergestützte Trainingsverfahren in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 9, 70-78
24. Spitzcok von Brisinski, I. (2000) Internet für Kinder- und Jugendpsychiater. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie 10 (3) 22-43
25. Spitzcok von Brisinski, I. (2007) Störungen des zwanghaften Spektrums. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie (3) 18-78
26. Spitzcok von Brisinski, I., Habermeyer, E. (im Druck): Pathologische Gewohnheiten und Störungen des Impulskontrolle In: Fegert, J.M.; Streeck-Fischer, A.; Freyberger, H. J. (Hg.) Psychiatrie und Psychotherapie der Adoleszenz und jungen Erwachsenenalters. Stuttgart: Schattauer
27. Turow, J: (2001): family boundaries, commercialism and the internet – a framework for research. Appl Developm Psychol 22:73-86
28. Von Salisch, M., Kristen, A., Oppl, C.: Computerspiel mit und ohne Gewalt, Kohlhammer, Stuttgart, 2007
29. Wildt, B., Emrich, H.: (2007) Computerspiele und Amoklauf: Die Ver zweiflung hinter der Wut. Dt. Ärzteblatt 6, 163-165
30. Young, K.S. (1996) Internet addiction: the emergence of a new clinical disorder. CyberPsychology and behaviour 3 (1) 237-244
31. Zimmerl, H. (1998) 'INTERNET-SUCHT' - Eine Studie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 21(4)
32. Zobel, M. Moderne Kommunikationsmedien. In: Klein, M. (Hrsg.) Kinder und Suchtgefahren, Schattauer, Stuttgart, 2008, S. 174-180

Doppelspur, Einbahnstraße oder Sackgasse

Unser Kölner Kollege berichtet auf der SchuPs-Tagung in Berlin über Wege der Zusammenarbeit zwischen Regelschule und Schule für Kranke (SfK)

Wolfgang Oelsner

Rheinländer erzählen gerne Witze. Sehen Sie es mir also bitte nach, wenn ich das Klischee erfülle und meine Ausführungen mit einem Witz beginne:

Tünnes und Schäl sitzen auf einer Bank. Ein elegant gekleideter Herr spricht sie an: „Meine Herren, bitte, wie geht's hier zum Bahnhof?“

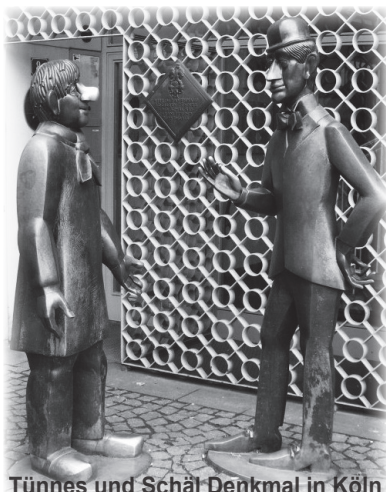
Tünnes guckt Schäl an, Schäl den Tünnes – beide bleiben stumm.

Nun, denkt der Herr, vielleicht sind es internationale Gäste, und er versucht es auf Englisch: „Please, gentlemen, what's the way to the station?“

Wiederum erhält er keine Antwort.

„Messieurs, s'il vous plaît.... » - keine Reaktion.

Der feine Herr bemüht noch vier, fünf weitere europäische Hochsprachen, erhält aber nie eine Antwort und zieht schließlich resigniert davon. Daraufhin Schäl zu Tünnes: „Jung Tünn, dä wor ävver schlaui! Dä kunnt viele Fremdsprachen!“ „Jo, Schäl – und wat hat et ihm jennutzt?“



Tünnes und Schäl Denkmal in Köln

Kopf- und Bauchsprache

Ersetzen wir die „Fremdsprachen“ aus dem Witz durch „Konzepte“, „Strukturen“, „Qualitätsmodule“, dann bin ich schnell beim Thema. Im Fokus unserer Tagung stehen Modelle zur Rückführung ehemaliger KJP-Patienten in ihre Heimatschulen. Das Thema findet erst in jüngerer Zeit seinen Niederschlag in Fachpublikationen, etwa im Aufsatz des Essener Kollegen Alexander Wertgen (2008): „Auf den Übergang kommt es an!“. Silke Hirsch-Herzogenrath und Katrin Schleider (2010) referieren erste empirische Befunde aus Hessen und Baden-Württemberg. An der Uni Potsdam beschäftigt sich der diese Tagung ausrichtende Initiativkreis um Frau Prof. Elisabeth Flitner mit konkreten Modellen der Schüler-Rückführung. Was situativen oder personellen Sonderfällen zuzuschreiben war, wird erforscht, um aus lokalen Erfahrungen überregionale Modelle abzuleiten.

Die bundesweite Realität sieht beim Thema „Rückführung“ noch dürrig aus. Die Ergebnisse von Hirsch-Herzogenrath und Schleider (2010) aus Hessen und Baden-Württemberg zeigen, dass im Übergang kaum Probeunterricht stattfindet. Exemplarisch dürfte die Feststellung sein, dass der telefonische Kontakt „die häufigste Form der Kooperation der Schulen für Kranke mit der zukünftigen Stammschule während der Vorbereitung (87% bzw. 86%)“ bleibt (S.354).

Natürlich ist eine Verbesserung der Situation auf Ressourcen angewie-

sen. Doch sollten wir uns nicht vormachen, die Reintegrationsaufgabe allein mit Stundenkontingenten und Stellenzuweisungen zu lösen. Mit Deputaten gut ausgerüstet könnte uns dennoch das Schicksal des eloquenten Herrn aus dem Witz ereilen, der trotz bester Grammatik bei zwei rheinischen Originalen abblitzte. Er scheiterte nicht an deren oder der eigenen Sprachkompetenz, sondern an deren Unwilligkeit. Die machte sich breit, weil der Fragende nicht erfasst hatte, wen er vor sich hatte. Den Code für eine erfolgreiche Ansprache seines Gegenübers hatte er nicht in seinem Fremdsprachenrepertoire.

Es wäre die Sprache des Bauches gewesen. Die lehrt man nicht an Hochschulen. Auch nicht deren vornehme Umschreibung: Empathie. Die hätte ihm helfen können, sich in die beiden einzufühlen, ihren Status und ihr Umfeld zu erfassen und zu spüren, mit welchen Schlüsselbegriffen und auf welchen Empfangskanälen sie vielleicht zu erreichen gewesen wären.

Übertragen wir die Szene des Witzes einmal auf die Kommunikation zwischen Klinikschule und Stammschule bei der Rückkehr eines Patientenschülers. Welche Sprache sprechen die Beteiligten? Was eint, was trennt sie? Um im Bild des Witzes zu bleiben: Von welchen Sprachkanälen der Kollegien in den Stammschulen müssen wir Krankenpädagogen ausgehen, wenn wir uns verständlich machen und für unsere Schüler etwas erreichen wollen?

Hohe Belastungen für die Stammschulen

Trotz großer Verschiedenheit der Herkunftsschulen unserer Patienten gibt es folgende Gemeinsamkeit: Alle verzeichnen einen hohen und zunehmenden Anteil von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. Der unserer Tagungsmappe beigefügte Ausschreibungstext für den Preis der Robert Bosch Stiftung im „Netzwerk Schule und Krankheit“ der Universität Potsdam (2010) beginnt mit der Feststellung: „Etwa 15% aller Schülerinnen und Schüler in Deutschland leben mit chronischen somatischen oder psychischen Krankheiten. Die Mehrzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher besuchen allgemeine Schulen. Im Durchschnitt befinden sich heute in jeder Schule in Deutschland zwischen dreißig und vierzig chronisch kranke Schüler, in jeder Schulklasse ein oder zwei.“ Gleichzeitig melden die Landesjugendämter lt. einer dpa-Meldung vom 28.7. d. J. Höchstzahlen und jährliche Steigerungsraten von derzeit 6% bei der staatlichen Unterstützung von Kindern und Jugendlichen.

Nur ein Teil der kranken Kinder wird überhaupt behandelt. Laut KIGGS-Studie (2007) sind gerade die psychisch hoch Risiko behafteten Schüler nicht in entsprechenden Behandlungen. Doch auch die einer Behandlung zugänglichen, unsere SfK-Schüler, saßen am Tag vor der Klinikeinweisung i. d. R. ja noch in ihren Heimatklassen. Warum sollten Schulen freudig auf die Rückkehrer oder gar ihnen fremde Patienten aus der Psychiatrie warten?

Parameter von Wirksamkeit einer Schule für Kranke

Können die Kollegien der Heimatschulen unsere Sprache überhaupt verstehen wollen? Machen wir uns kurz klar, aus welchem pädago-

gischen Umfeld wir aus den Klinikschulen kommen, wenn wir mit unseren Patienten auf die Regelschulen zugehen. Ein Phänomen will ich polarisierend herausstellen, um deutlich zu machen, wie unterschiedlich Schulen erlebt werden können: Die Heimatschule war für viele KJP-Patienten der Ort des Scheiterns, die Klinikschule ist der Ort ihres hoffnungsvollen Neubeginns. Zuletzt so hoffnungsvoll, dass sie dort, wo vor Wochen noch der Scherbenhaufen lag, nun wieder anklopfen.

Es besteht die Gefahr, dass solche Aussagen überheblich wirken. Doch wir sollten nicht leugnen, dass wir in der SfK oft auch mit sehr schwierigen Schülern arbeiten können – zumindest nach einer Anlaufzeit. Dass wir vielfach unter wesentlich günstigeren personellen Bedingungen arbeiten können als die Herkunftsschulen, sei gleich dazu gesagt. Jedenfalls erzielen viele junge KJP-Patienten in der SfK Erfolge und zeigen weniger dauerhaft und heftig die Probleme, wie sie aus der Heimatschule beschrieben wurden.

Eine Studie, die 2004-2009 an 150 Schulabsentisten aller Schulformen des Sekundarstufenalters an der KJP der Uniklinik Köln durchgeführt wurde, gibt deutliche Hinweise auf den supportiven Effekt einer Klinikschule. Die jugendlichen Probanden der Studie hatten vor Klinikaufnahme mindestens zwei Wochen ununterbrochen in ihrer Stammschule gefehlt. Bei Klinikentlassung besuchten fast 90% von ihnen wieder regelmäßig die Schule. Mehr als 80% taten dies auch noch zwei Monate nach KJP-Entlassung, 73% nach insgesamt neun Monaten (Walter et al., 2010). Es wäre ein Irrtum zu glauben, sie alle hätten wieder ihre Herkunftsschule oder eine andere Regelschule besucht.

40% von ihnen wechselten nämlich in eine Förderschule oder verblieben in der SfK über die Klinikzeit hinaus. Wenn eine solche „Externenbeschulung“ nicht möglich war, etwa wegen eines zu weit entfernten Einzugsgebiets, war die Rückfallquote in den Absentismus trotz ambulanter Nachbehandlung höher.

Warum klappt in der SfK etwas, was woanders so schwer gelingen will? Vor allem: Was lässt sich aus dem erfolgreichen System der SfK nach draußen übertragen? Was können wir den Kollegen am Heimatort mitgeben? Alles auf die „kleinen Lerngruppen“ zurückzuführen ist fachlich ein zu dünnes Argument. Doch was ist das Besondere, das so Andere an der SfK?

Alleinstellungsmerkmale der „Schule eigener Art“

In NRW ist die SfK seit 2004 eine „Schule eigener Art“. Nach anfänglichen Protesten schätzen wir heute diesen Begriff, vor allem den Sonderstatus, der damit verbunden ist. Was und wer sind wir eigentlich?

Gestatten Sie mir eine etwas sibyllinisch klingende Formulierung

„Die Schule für Kranke ist das, was es ohne sie nicht gäbe“.¹

Diesen Versuch einer recht offenen Definition ergänze ich um den Zusatz: **Die SfK ist nicht nur eine Schule eigener, sondern auch einzigartiger, notwendiger Art!**

Auch hier sei Überheblichkeitsvorwürfen gleich mit der Feststellung begegnet, dass Krankenpädagogen nicht die besseren Lehrkräfte sind, sondern dass unsere jungen Patienten in unserer Schulform ein gutes Bedingungsfeld vorfinden, das uns pädagogisch Notwendiges für sie umsetzen lässt.

Wenn die SfK das ist, was es ohne sie nicht gäbe, dann ist nach den

Alleinstellungsmerkmalen dieser Schulform zu fragen. Ein zentrales liegt in der Fähigkeit zur Integration der nachfolgend aufgeführten Aspekte. Diese in den Heimatschulen zu kommunizieren ist eine unserer Aufgaben. Diese Aspekte halte ich auch für wesentliche Kriterien, wenn wir mit den Kollegen vor Ort überlegen, welche Hilfen unsere Schüler im Übergang noch brauchen, welche die Heimatschule übernimmt und welche zurückgefahren werden können. Von der Beantwortung dieser Fragen hängt es ab, ob und wann der Übergang eines Schülers sinnvoll ist und wie er gestaltet wird. Leider ist dieser Zeitpunkt längst nicht immer identisch mit dem medizinisch begründeten Klinikentlassdatum.

Krankenpädagogen als unterstützende Bezugspersonen

Ersparen wir uns Selbstverständlichkeiten wie die, dass sich die Rückführungskriterien eines Schülers nicht auf dessen Leistungsstand reduzieren lassen. Auch die Wichtigkeit sonderpädagogischer Standards wie Ermutigung, Wertschätzung, individuelle Lernrhythmisierung, Anschauung, Übung, Medien- und Methodenvielfalt, Verbalisierung und Visualisierung von Emotionen müssen hier nicht erörtert werden.

Ein Selbstverständnis ist auch der Hinweis, dass Krankenpädagogen möglichst „curriculare Generalisten“ sein sollten, die schulformübergreifend „Unterrichtsfächer aus einer Hand“ anbieten. Bemerkenswert ist allerdings,

dass diese aus der Tradition einer „Schule am Krankenbett“ resultierende Fähigkeit heute im Gruppenunterricht einer KJP-Schule aus ganz anderen Gründen wichtig ist. Denn vor der Wissensvermittlung gilt es, **Voraussetzungen auf der Beziehungsebene** zu schaffen. Das verlangt personale Präsenz und Kontinuität in der **weitgehenden Beibehaltung des Klassenlehrerprinzips** - auch bei Gymnasiasten.

Damit formuliere ich einen ersten Aspekt, den es im Unterricht der Krankenpädagogik zu integrieren gilt:

- I. **Die Berücksichtigung der Beziehungsebene ist originärer Bestandteil des Unterrichts in der KJP. Sie ist kein Monopol der psychotherapeutischen Professionen. Sie**

sollte allerdings auch kein Monopol der Kranken- oder Förderpädagogik sein.

Durch die Hirnforschung ist bekannt, wie sehr frühe soziale Erfahrungen, Behütung oder Ängste, sich im kleinen Mandelkern des Stamms Hirns einbrennen. „Die Amygdala vergisst nie!“ ist ein Slogan der Hirnphysiologie. Beziehungsgestörte Kinder müssen mühsam korrigierende „Gegenerfahrungen“ machen. Das bedarf einer vermehrten, stabilen personalen Konstanz.

Manchmal stoßen sich Klinikfachkräfte an der Beziehungsdichte von Lehrern und Schülern. Eine beziehungs-dynamische „Sterilität“ zwischen ihnen wäre jedoch eine missverstandene Abstinenz. Sie würde auch den staatlichen Auftrag vernachlässigen, der uns verpflichtet, zu unterrichten und zu erziehen. Auch in der Klinik. Es ist nicht übergriffig, wenn pädagogische Interventionen Effekte hervorbringen, wie sie die Therapie auch anstrebt. Es liegt an unserer Diszipliniertheit, Reflektiertheit und Bereitschaft zur Transparenz, dass sich die Pflege einer Beziehungsebene als didaktisch integriertes Moment der Klinikschule vermittelt und von Kliniktherapeuten nicht als „Wildern in fremden (Psycho-)Revieren“ missverstanden wird.

Ich will bzgl. unseres Zusammenspiels mit den Professionen einer KJP noch weiter formulieren:



Kunstprojekt „Freundschaft“
an der Johann-Christoph-Winters-Schule in Köln

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

Auffallend in Klinik-Schulkollegien ist die Affinität zu psycho-sozialen Fachgebieten. Manche Lehrkräfte verfügen auch über eine psychologische oder psychotherapeutische Zusatzausbildung.² Mitunter irritieren diese Tatsachen das Klinikpersonal, mitunter verleitet es Pädagogen auch zur unterschwelligen Besserwisserei. Wenn damit jedoch offen, Grenzen während und vor allem ohne Präferenz für nur eine Psychotherapie-Richtung umgegangen wird, kann das für die Arbeit nur ein Gewinn sein, wie ich hier nur kurz umreißen kann:

- » **Verhaltenstherapeutische Elemente** wie belohnende Punktepläne bewähren sich als zeitnahe Ergebnismeldung im Unterricht von sozial- oder aufmerksamkeitsgestörten oder schulängstlichen Kindern.
- » **Systemische Sichtweisen** sind hilfreich, um zu verstehen, wie elterliche Überforderung oder familiäre Rollendelegation zu krankmachenden Leistungshemmungen führen können.
- » **Gesprächstherapeutische Kenntnisse** geben Pädagogen Sicherheit in der Elternberatung.
- » **Tiefenpsychologische Kenntnisse** der Phänomene Übertragung, Projektion, Identifikation helfen auszuhalten, wenn Schüler mit Persönlichkeitsstörungen ihre traumatischen Erfahrungen bei vertrauten Personen, gerade auch beim beliebten Lehrer, neu-rotisch re-inszenieren.

Psychodynamische Aspekte wirken meist unbewusst in **jede** Un-

terrichtsgestaltung hinein, im Gruppenunterricht mit psychisch Kranken aber ganz besonders. Das Wissen darum schützt Lehrer beispielsweise davor bei Schulphobikern in „Übertragungsfallen“ zu laufen, etwa wenn sich hinter deren Trennungsangst plötzlich Grandiosität und Ansprüchlichkeit auftun.

Psychodynamische Kenntnisse befähigen Lehrkräfte auch, Themen aus Literatur, Geschichte, Politik oder Religion in ihrer Eignung als Projektionsfläche für individuelle Konfliktlagen von Schülern auszuwählen.

III. Kenntnisse verschiedener Therapieverfahren und deren didaktische Integration erhöhen die pädagogische Professionalität von Kliniklehrkräften.

Reale und psychische Welten von Klinikschülern

Laut der aktuellen **Shell-Jugendstudie** (September 2010) schauen Jugendliche wieder optimistischer in die Zukunft. Voraussetzung ist allerdings stets ein guter Schulabschluss. Bei Jugendlichen, die hier Zweifel hegen, nehmen die Versagensängste zu. Hinzu kommt die Angst vor der Fallhöhe, vor der Enttarnung einer medial hochgezuchteten Grandiosität, derzufolge alles „super, geil, cool und nichts unmöglich“ zu sein hat.

Wieso müssen uns diese Dynamiken als Kliniklehrkräfte interessieren? Weil sie bevorzugt auf der „Bühne Schule“ ausagiert werden. Lehrkräfte sind deren Adressaten. Einige der verunsicherten Kinder und Jugendlichen agieren gegenphobisch, als Rambo oder Klassenclown treten sie „die Flucht nach vorne“ an und bestimmen das Gruppenmilieu. Andere hingegen meiden die Schule als Ort möglicher Depotenzierung. Sie verwei-

gern die tägliche Konfliktlage und kommen nicht mehr. Wieder andere halten ihre „gefühlte“ Grandiosität wahnhaft aufrecht. Je nachdem werden die beispielhaft Genannten in der SfK als Schüler mit AD(H)S, Störung des Sozialverhaltens, Schulangst, Zwängen oder Borderline-Profil angekündigt. Daraus leite ich den nächsten Aspekt ab.

IV. 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. Sie nutzen dieses Phänomen, um Schüler dabei nachreifende Schritte tun zu lassen.

Die Klinikschule als „haltender Rahmen“

Die Angst, in der Schule, im Job, in Ausstrahlung, Kraft, Sex, beim DSDS-Ranking nicht gut genug zu sein, trifft auf eine Generation, deren Fähigkeit zum Symbolisieren verkümmert.³ Statt in „Als-ob-Spielen“ Lösungen zu erproben, wird es heute rasch konkret, auch auf dem Schulhof. Die abnehmende Bereitschaft und Fähigkeit, negative Gefühle auszuhalten, führt bei den expansiven Kindern zum unverstellten Ausagieren, bei den Stilleren auch zur Psychosomatisierung. Vom Kindergarten bis zu div. Fernsehtalkshows machen sich die Symptome „Gefühlsdurchfall“ und „Sprechdurchfall“ (Logorrhöe) breit, oder auch die Sucht nach Bedeutung. All das hemmt die Konzentration fürs Lernen.

Lehrerinnen und Lehrer in der Psychiatrie müssen um solche Zusammenhänge wissen, weil sich darin – trotz opponierender Widerstände – auch die Suche nach einer „haltenden Instanz“ versteckt.

Der Kinderpsychiater Donald Winnicott führte dafür den Begriff „Containment“ in die psychotherapeutische Literatur ein. Halt geben wir unseren Kindern unter anderem schon dadurch, dass wir ihr ambivalentes Tun und Empfinden nicht als „Verrücktheiten“ sondern als zwei Seiten der gleichen Medaille verstehen und annehmen können. Wenn uns klar ist, dass sie in ihrer Expansivität zugleich auch begrenzt werden wollen, und dass sie in der Regression oft zugleich auch vorpreschen wollen.

Das Containing vermittelt sich nicht nur über die Verlässlichkeit der Lehrperson, sondern auch über die Verlässlichkeit einer Stundenplangestaltung. Besonders aus diesem Grund sollten therapeutisch-medizinische Maßnahmen nicht in vereinbarte Unterrichtszeiten gelegt werden.

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

Unterricht zwischen Warmherzigkeit und dosierter Provokation

Unterricht in der Klinikschule wird gerne als „Begegnung mit der Realität“ apostrophiert. Das ist nicht nur ein materieller Vorgang, wonach „die Welt von draußen ins Krankenhaus“ kommt. Zur Realität gehört in der KJP auch - ohne primär therapeutische Absicht - ein Wachrufen genau jener Konfliktfelder, deren bislang unzureichende

Bewältigung zur seelischen Erkrankung beitrug. Die Selbsteinschätzung eines jungen Menschen kann bei jeder Matheaufgabe, bei jeder Fremdsprachenübersetzung zwischen Versagen und Grandiosität pendeln. Es braucht Zeit und unzählige kleine Übungseinheiten, bis das Real-Ich sich mit den Sehnsüchten des Ideal-Ichs aussöhnt. Immer steht die Lehrperson als Helfer, als Provokateur, als Tröster, als Begrenzer, als Urteilender und Motivierender im Zentrum dieser Wechselbäder. Sie darf loben und schimpfen, kränken jedoch nie. Wenn Pädagogen in einer wertschätzenden Haltung gefestigt sind, dann müssen sie sich nicht gleich zurücknehmen, wenn Schüler sie dennoch zuweilen angstbesetzt erleben. Die Aufgabe heißt ja nicht Angst zu vermeiden, sondern sie zu bewältigen lernen.

VI. Zur Realitätsakzeptanz gehört auch die Krankheitsakzeptanz. Die Förderung von Realitätsprüfung, Krankheitseinsicht und -bewältigung ist immanenter Bestandteil des Unterrichts in einer Klinikschule.

Bei chronischen psychischen Erkrankungen, etwa schweren Psychosen oder Entwicklungsstörungen wie Asperger Autismus, müssen nach der Diagnosesicherung nicht nur Bildungswege sondern

auch Lebenswege neu gedacht werden. Für das gesamte familiäre Umfeld heißt es Abschied nehmen von Lebenskonzepten, die bisher galten. Lehrkräften fällt als Vertretern des Bildungssystems oft die Rolle zu, die Begrenzung auszusprechen und zugleich behutsamer Begleiter der anstehenden neuen Schritte und Zielfindung zu werden. Das erweitert den vorigen Aspekt:

VII. Die SfK pflegt neben der Kultur der Ermutigung und Zukunftsfindung auch eine Kultur des Abschiednehmens. Die Befähigung zur Trauerarbeit ist immanentes und didaktisch integriertes Ziel bei Schullaufbahnberatungen vor allem chronisch kranker Schüler.

Kommunikation von SfK und Stammschule bei einer Rückvermittlung

Erfolg oder Misserfolg unserer Arbeit in der KJP hängt zu einem großen Teil davon ab, wieweit die genannten Aspekte berücksichtigt werden können. Bei der Rückführung aus der Klinikschule muss bilanziert werden, auf welche der genannten Aspekte ein Schüler in welchem Maße noch angewiesen ist und ob die aufnehmende Schule sie übernehmen kann und will.

Den Kollegen in den Stammschulen ist deshalb außer dem Leistungsstand unsere Einschätzung mitzugeben, auf wie viel Beziehungsarbeit ein Schüler noch angewiesen sein dürfte. Solche Fragen berühren sowohl die Ressourcen als auch die Haltung einer Schule. Sie gilt dem materiellen, strukturellen und nicht minder personellen Bedingungsfeld, das die Jugendlichen erwarten wird. Je höher die Bedürfnisla-



Aufnahme einer Schülerin der Johann-Christoph-Winters-Schule in Köln

ge eines Schülers und je dürtiger das Angebotsfeld, desto weniger ist ein Wechsel bei Klinikentlassung indiziert, desto mehr spricht für einen Verbleib des Schülers in der SfK während der ambulanten Nachbehandlung.

Wie kommuniziere ich als Krankenpädagoge die Förderaspekte im Austausch mit der Stammschule? Ratschlagpapiere und Fragebögen wirken engagiert, erreichen aber meist nicht den Kern der Aufgaben, da können wir uns noch so vielsprachig wie der „feine Herr“ im Witz ausdrücken. Ob wir verstanden werden und die Schüler Antwort erhalten, steht auf einem anderen Blatt.

Wie aber sieht ein Sprachcode aus, der sowohl Kopf, Herz und Bauch erreicht? Das Wichtigste ist ungeschönte Offenheit. Wer einen Schüler aus der Psychiatrie strategisch „hochlobt“, verspielt Vertrauen, und die SfK braucht wegen weiterer Patienten erst gar nicht mehr anzuklopfen.

Sehr offen sollten wir auch unsere eigenen Zweifel und Fragezeichen aussprechen. Wir vergeben uns nichts, wenn wir Unsicherheiten oder Ängste, die uns im Kontakt mit einem Jugendlichen befielen, kommunizieren. Das alles wird nicht dessen Aufnahmeattraktivität erhöhen. Aber es ermutigt die Stammschule auch eher zu einem offenen Wort. Es löst auch Reserviertheiten, wenn Stammschulen sich manchmal von Eltern angegriffen fühlen und wir Kliniklehrer zunächst weniger als Kollegen als vielmehr „Anwälte der Eltern“ empfangen werden. Manche meinen gar, sich uns gegenüber rechtfertigen zu müssen.

Es gilt also erst einmal eine kollegiale Sprachebene mit der zukünftigen Schule zu finden. Erst danach und nach Kenntnis des neuen Bedingungsfelds kann ich als Lehrer aus der KJP einschätzen, wie der Übergang zu beglei-

ten ist. Stundenkontingente sollten hier als Option im Schulprogramm sein. Was und wie viel davon im konkreten Fall gebraucht wird, muss je neu entschieden werden. So kann eine personelle Begleitung durch den SfK-Lehrer in dem einen Fall als hilfreich erlebt werden. In einem anderen Fall kann es einen Schüler stigmatisieren, so dass er sich als vorgeführt erleben wird. Ähnlich nehmen die Kollegien unsere Hilfe meist als Unterstützung an, manche fühlen sich aber auch brüskiert und bevormundet.

Es lohnt zu erspüren, wie wir aus der SfK in den „Schulen draußen“ wahrgenommen werden. Unser Status schwankt zwischen Entwertung und Überhöhung. Einige Regelschulen trauen unserer Arbeit in der Nische von Kleinstgruppen keine Transferrelevanz zu. Andere idealisieren und überschätzen uns. Überzogene Erwartungen in medizinische Systeme und Heilserwartungen an die KJP als „letzte Instanz für pädagogische Extremlagen“ sind angesichts der Not in den Regelschulen verständlich, gleichwohl unrealistisch. Sie färben auch die Erwartungen an die SfK.

Hierin liegen unbewusst wirkende Hemmnisse unserer Rückführungsarbeit. Sie liegen in der Diskrepanz von Erwartung und Ist-Stand. Wenn ein rückkehrender Schüler –überspitzt ausgedrückt– begrüßt wird „Jetzt warst du doch in der Klinik, nun erwarten wir auch korrektes Verhalten von dir“, dann ist die Fallhöhe möglicher Enttäuschungen für alle Beteiligten groß. Von der Enttäuschung erst gar nicht zu reden, wenn Kinder gegen ärztlichen Rat von Eltern aus der Klinik genommen werden und am nächsten Morgen kommentarlos wieder in die Stammschule geschickt werden. Deren Kollegen laden ihren verständlichen Unmut mitunter dann bei uns, den Kollegen aus dem Schulbereich, ab.

„Rückführung“ bedeutet oft Schulwechsel

Die Rede war bislang von „Rückführung“. So pauschal formuliert kann allenfalls ein Zurück aus der Klinikschule gemeint sein, nicht ein automatisches Zurück in die Herkunftsschule. Eine Befragung innerhalb der SfKs in NRW (Oelsner/Reichle, 2008) ergab, dass ein Drittel der Schüler nach einem KJP-Aufenthalt die Schule wechselt. Eine über weitere zwei Jahre sich erstreckende Erhebung an unserer Kölner Klinikschule bestätigte den landesweiten Trend. (siehe S. 15)

Kooperation auf Gegenseitigkeit

Was sollte eine Schul- und Klassenleitung überhaupt motivieren, ein ihnen fremdes Kind aufzunehmen, zumal wenn sie rechtlich in keiner Weise verpflichtet ist? Obendrein noch einen Schüler, dessen Problemlage kürzlich erst zu einem Klinikaufenthalt in der KJP führte? Lassen wir mal die boshaften Aspekte weg, dass auch solche Kinder die Statistik füllen, dann bleiben ehrenwerte Motive übrig. Eine hohe Selbstverpflichtung, ein ehrgeiziges Schulprogramm oder eine schulpolitische Demonstration können viel bewirken, doch ihre Protagonisten sind bei Misserfolg auch kränkbar.

Es mag ernüchternd klingen, aber das, was die Wirtschaft eine „win-win-Situation“ nennt, ist auch in der Pädagogik eine tragfähige Kooperationsbasis. Die Schüler profitieren am meisten, wenn alle Beteiligten von ihrem Wechsel „etwas haben“. Der „Gewinn“ für sie und die SfK liegt auf der Hand: Schüler können vermittelt werden. Wie aber kann die aufnehmende Schule profitieren? In Köln halten wir es so, dass sie im System unserer Uni-KJP bevorzugt beraten wird, wenn sie dort wegen anderer problematischer Schüler anfragt.

Schulwechsel nach Klinikaufenthalt

Im Detail sehen die Ergebnisse unserer

Erhebung* aus vier Schuljahren

so aus :

Von den 569 erfassten Langzeitpatienten (mindestens sechs Wochen Verweildauer) gingen

- ◆ **59%** zurück in die Herkunftsklasse
- ◆ **41%** wechselten in irgendeiner Form von den „Wechslern“ gingen
 - ◆ **19,3% (8% vom Gesamt)** in eine andere Klasse der gleichen Schule
 - ◆ **37,8% (15,5% vom Gesamt)** in eine andere Schule der gleichen Schulform
 - ◆ **9% (3,7% v. Ges.)** in eine andere, meist „rangniedrigere“ Schulform (Gy>RS; RS>HS)
 - ◆ **33,5% (13,7% v. Ges.)** von Regelschulen in Förderschulen
 - ◆ Nur **1 Schüler** wechselte von der Förder- zur Regelschule

Bei vier von zehn Patienten müssen SfK-Lehrkräfte bei der Klinikentlassung also mit anderen Kollegen reden, als denen, die bei Aufnahme des Kindes Ansprechpartner waren.

* unveröffentl. Erhebung an der Johann-Christoph-Winters-Schule Köln über die Schuljahre 2006/7 – 2009/10

Misstrauische Ohren mögen da „rheinischen Klüngel“ heraushören. „Netzwerk“ klingt redlicher. Jedenfalls benötigt die Kooperation von Klinik, SfK und Herkunftsschule eine **Doppelspur** mit Gegenfahrbahn. Wenn wir nur auf Einbahnstraßen an den Schulen draußen anklopfen, enden wir rasch in Sackgassen.

Im Laufe der Jahre entstanden gute Verbindungen zu Schulen aller Formen um uns herum. Aus Zufallskontakten über frühere Schüler wurde eine vieljährige und vertrauensvolle Kommunikation. Diesen Schulen vermitteln wir als SfK im Akutfall zeitnahe Beratungstermine

in der von SfK und KJP gemeinsam getragenen **pädagogisch-juugendpsychiatrischen Ambulanz**. Im Laufe der Jahre haben die umliegenden Schulen ein gutes Gespür dafür entwickelt, wann und bei wem sie die beanspruchen sollten. Das Procedere, die Rolle der Eltern, die Motivation der betroffenen Schüler sowie die Abgrenzung zu und Kooperation mit schulpsychologischen Diensten und niedergelassenen Praxen können hier nicht ausgeführt werden. Diese Aspekte sind aber zu berücksichtigen.

Die Schulen in diesem Verbund profitieren von dieser Kooperation über den zugangstechnischen Vorteil hin-

aus. Durch die Zusammenarbeit mit dem jugendpsychiatrischen System haben sich bei ihnen Denk-, Sicht- und Sprachweisen etabliert, die die Handlungskompetenz des eigenen Binnensystems im Umgang mit schwierigen Schülern stärkte.

VIII. Konstruktive Kooperation mit den regionalen Schulen etabliert sich auf Dauer nur, wenn sie von keiner Seite als „Einbahnstraße“ empfunden wird, wenn die SfK nicht nur als Bittsteller und Fordernde sondern im Problemfall auch als helfende, mitunter präventiv wirkende Anlaufstelle in der Schullandschaft wahrgenommen wird .

Ambulante schulische Nachbegleitung und Wiederkehr

Mindestens so wichtig wie unsere beratenden oder konkreten Begleitdienste bei einem Wechsel in eine neue Schule ist für die aufnehmende Schule eine Zusage, die wir technisch „Rückkehrgarantie“ nennen. Es geht um die Möglichkeit für den wechselnden Schüler, im Problemfall noch einmal auf die SfK zurückgehen zu dürfen. Diese Absicherung ist den neuen Kollegen ebenso wichtig, wie sie von Schülern und Eltern als Auffanghilfe bei großen Wechsel-Ängsten verstanden wird.

Die schulrechtliche Erlasslage ist nicht so unproblematisch, wie sie unsere „Garantieaussage“ erscheinen lässt. Sie ist ein Problem und wird unsere schulpolitische Aufgabe zukünftig bleiben. Ich will hier nur anmerken, dass Erlasse die Lebenswirklichkeit nicht immer erfassen können. Doch eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Schulaufsicht und ein „Denken in Alternativen“ machen mehr möglich, als es die quantifizierenden „Liegezeiten“ für die derzeitige Zugangsberechtigung festlegen. Auch die verkehrstechnische Infrastruk-

tur einer Großstadt soll als Vorteil gegenüber Flächenregionen in der „Externenbeschulung“ nicht unerwähnt bleiben. Ohne unorthodoxes Denken werden wir aber die größer werdende Zahl psychisch erkrankter Schüler nicht angemessen fördern können, wenn wir nicht schon mal dort mit Alternativen beginnen, wo sie möglich sind.

Der „Gang nach draußen“ ist nach vielmonatigen KJP-Behandlungszeiten die „Stunde der Wahrheit“. Ohne eine flexible und situativ angepasste Handlungsfreiheit der SfK-Begleitung bleiben nachhaltige Erfolge suboptimal. Eine Fallvignette⁴ mag verdeutlichen, wie seriös und zugleich unorthodox, wie strategisch und dennoch emphatisch sich die Zusammenarbeit bei einer Rückführung aus der Klinikschule darstellen kann.

Fallvignette Luisa

Die fünfzehnjährige Luisa⁵ kam im Mai 2010 nach Suizidäußerungen notfallmäßig auf die Jugendstation der KJP, Diagnose: Schulabsentismus sowie v. a. depressive Episode. Die KJP plante eine Krisenintervention von 3-4 Wochen. In einer Lerngruppe der Stufe 9 unserer SfK fand sie guten Zugang, erschien regelmäßig und zeigte sich altersgerecht leistungsfähig. Sie distanzierte sich von Suizidgedanken. Die stationäre Entlassung geschah probeweise, während der Schutzraum SfK auf ihren Wunsch und Anraten der Behandler noch beibehalten wurde. Gegen Schuljahrende drängte die Jugendliche auf Rückkehr ins Regelschulsystem, schloss aber den Besuch ihrer Herkunftsrealschule kategorisch aus. Mobbingverfahren machten diese zur no-go-area. Eltern und wir bemühten uns um eine alternative Realschule (RS) im Nachbarort.

Kurz vor den Sommerferien kam es dort zu erfolgreichen Vorstellungskontakten und Austausch zwischen deren und unseren Lehrkräften. Mit etwas manischen Anteilen im Vorstellungsgespräch „verkaufte“ sich L. beim neuen Direktor ganz gut.

Bis zu den Sommerferien galt es noch drei Wochen als „Externe“ in der SfK zu überbrücken. Die eher informellen Strukturen in den Sozialverbänden am Schuljahrende wurden von der neuen Schule für eine Neuaufnahme als nicht glücklich gesehen. L. kam in der Überbrückungszeit gerne von zu Hause zur SfK und demonstrierte dabei ihre Entschlossenheit für den Schulwechsel im neuen Schuljahr. In der ambulanten Fortsetzung der Therapie zeigte L. aber, dass sie überkompensierte, sie äußerte wieder Suizidgedanken. Diese führten Anfang der Sommerferien zur erneuten Stationsaufnahme. In der KJP nahm L. an der therapeutischen Segelfahrt teil und zeigte sich gegen Ende der Ferien stabil. Nur noch die ersten Tage in der neuen Schule sollten abgewartet werden, dann sollte die Entlassung erfolgen.

Am ersten Schultag, Montag, begleiteten unsere Lehrerin sowie die Mutter L. vereinbarungsgemäß zur neuen RS. Zwei der neuen Klassenkameradinnen holten L. am Sekretariat ab. Vorher bat L. die neue Schul- und Klassenleitung um Verschwiegenheit, dass sie derzeit noch aus der KJP komme.

Der erste Tag gelingt.

Am nächsten Morgen, Dienstag, geht L. eigenständig zur Schule. Der Tag beginnt mit

Kunst und die Klasse spricht über die Biografie von Vincent van Gogh. Einige Schüler amüsieren sich über dessen psychische Probleme. L. verlässt daraufhin die Schule ohne Nachricht an die Lehrerin vorzeitig und fährt zur Klinik.

Mittwoch: L. weigert sich zur Schule zu gehen und will den Neustart dort beenden. Im Gespräch mit Arzt und Lehrerin lässt sie sich zu einem begleiteten Versuch am Donnerstag ermuntern.

Donnerstag: L. kann im Gespräch mit der SfK und RS-Lehrerin erklären, dass sie sich wegen ihres Weggehens vorgestern unwohl fühle und nicht wisse, wie sie ihren Noch-Patientenstatus der Klasse verständlich machen könne. Mit L.'s Einwilligung kommen zwei im „Streitschlichterprogramm“ ausgebildete Mädchen zum Gespräch hinzu. Diesen offenbart L. ihre Situation. In deren Begleitung geht sie recht ruhig in den Unterricht. Unsere Lehrerin bleibt hospitierend in der Klasse. In der Pause überlegt L. mit der neuen Klassenlehrerin und der Kliniklehrerin, wie sie nun alle Klassenkameraden über ihre Situation informieren könne.

In der nächsten Stunde erklärt L. der Klasse ihren Werdegang der letzten Monate, auch, warum sie vorgestern in Kunst so plötzlich weglief. Als sie zu weinen beginnt, umarmt sie eine der neuen Schülerinnen, und in der Klasse wird es sehr ruhig und ernst. Die SfK-Lehrerin ergänzt, als L. die Stimme versagt. Großer Respekt und deutliche Rücksichtnahme gegenüber L. ist spürbar. Mädchen erklären L. den Stundenplan und zeigen ihr die Fachräume. L. zeigt sich erleichtert über den Tagesverlauf. Trotz

der guten Erfahrung vom Donnerstag vereinbaren L. und SfK-Lehrerin eine erneute Begleitung am Freitag.

Problematisch ist, dass die Klasse in der kommenden Woche auf Klassenfahrt geht. L. fehlt hier jegliche Vorbereitungszeit, es kommt ihr auch emotional zu früh. Man bietet ihr den Besuch einer Parallelklasse an, was aber von allen als sehr unglücklich eingeschätzt wird. Da L. die fragliche Woche noch in der Klinik bleiben wird, ist die Idee im Raum, wieder in die Klinikschule zu gehen. Darin liegt aber eine zu große regressive Sogwirkung, denn L. mochte das Schulgebäude und die dortige familiäre Überschaubarkeit sehr. Man fürchtet, sie könnte sich wieder zu tief in diese Kleinheit und Welt der geringeren Sozialanstrengungen hinein begeben. Alle Beteiligten finden es gut, dass L. während der Klassenfahrt auf Station bleibt und sich im dortigen Schulraum im Sinne einer vorbereitenden Nachhilfe auf das neue Curriculum vorbereitet.

Nach der Klassenfahrt steht die SfK-Lehrerin noch zwei Wochen lang für Kontakte zur Verfügung, obgleich L. nur noch eine Woche lang stationäre Patientin bleibt. Am ersten Morgen begleitet die Kliniklehrerin L., für den darauf folgenden vereinbaren sie ein kurzes Treffen in der Pause, an den restlichen Tagen reicht L. ein Telefonat. Danach ist der Schulbesuch gefestigt. L. wird nach einer Woche aus der KJP entlassen.

Die katamnestische Nachfrage nach einem halben Jahr ergab, dass L. in der neuen Realschule ein Halbjahreszeugnis mit befriedigenden Noten und kaum Fehlstunden erhielt.

Humor als Grundhaltung

Am Ende meiner Ausführungen drängt sich vielleicht die Frage auf, ob der „feine Herr“ aus dem Eingangswitz nun besser den Weg zum Bahnhof erfragen könnte. Hätte er mit der Intuition eines Krankenpädagogischen Tünnies und Schäl zu einer Antwort motivieren können? Zumindest könnte ihm sein Bauchgefühl sagen, dass die beiden Burschen mit den Fremdsprachen des Akademikers nicht zu erreichen sind. Vor allem redet man sie nicht mit „meine Herren“ oder „gentlemen“ an. Spürte er das so ganz andere Herkunftsmilieu von Tünnies und Schäl und wüsste er um deren daraus resultierende Selbstunsicherheit und Kränkbarkeit, wäre vielleicht folgende Variante einen Versuch wert:

„Sagt mal, ihr zwei! Ihr wisst bestimmt auch nicht, wie man hier zum Bahnhof kommt, ne?“ Empört wären die beiden aufgesprungen, hätten mit den Armen gefuchelt und gesagt: „Un ob wir dat wissen. Passen Se ens op: Se jonn erst jradus, dann links, dann....“

Näher will ich mich da nicht festlegen. Rheinische Originale können unberechenbarer sein als Psychiatriepatienten. Doch mit Humor als Grundhaltung nehmen wir einander nicht nur **auf** sondern auch **in** den Arm.



Wolfgang Oelsner in Berlin 2010

Anmerkungen

¹ Diese Formulierung ist die Abwandlung einer Formulierung von Heribert Prantl in einem Artikel der Süddeutschen Zeitung zum Münchener Kirchentag 2010. Auf die Frage „Was ist Kirche?“ antwortete er: „Kirche ist das, was es ohne sie nicht gäbe.“

² Möglicherweise kompensiert unser Berufsstand damit die Lücke, die durch das Fehlen einer spezifisch krankpädagogischen Ausbildung an deutschen Hochschulen existiert. Traditionell ist Krankenpädagogik unter den Seminaren für Sondererziehung und Rehabilitation der Körperbehinderten, bzw. Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung subsumiert.

³ Ein recht hübsches Mädchen aus einer betreuten Wohngruppe schminkte sich stets eine Stunde, bevor sie den Müll runter brachte. Sie fürchtete, jemand könnte sie mit unperfektem Make-up im Treppenhaus sehen.

⁴ Ich danke meiner Kollegin Ellen Westphal dafür, die Protokollierung eines von ihr begleiteten Schulwechsels zur Verfügung zu stellen.

⁵ Name geändert

Literatur

Hirsch-Herzogenrath, S./Schleider, K. (2010): Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler in die Allgemeine Schule aus Sicht der SfK – empirische Befunde. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 61. Jhrg., Heft 9

KiGGS-studie 2003-2006 (2007): Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland; Basispublikation als Schwerpunkttheft des Bundesgesundheitsblatts, Mai 2007

Oelsner, W./ Reichle, R. (2008): Schulwechsler nach Klinikaufenthalt. In: SchuPs, Zeitung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie, Heft 17, S.28f.

Universität Potsdam Humanwissenschaft. Fakultät, Department Erziehungswissenschaft. (2010): Netzwerk Schule und Krankheit, Ausschreibungstext zum Preis der Robert Bosch Stiftung: Gute Vernetzung rund um kranke Kinder, Potsdam, 10.3.2010

Walter, D. et al. (2010): Short term effects of inpatient cognitive behavioral treatment of adolescents with anxious-depressed school absenteeism: an observational study. In: Eur Child Adolesc Psychiatry, Sept. 2010, Springer Verlag

Wertgen, A. (2008): Auf den Übergang kommt es an. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 59. Jhrg., Heft 8

Gute Verzahnung ist die halbe Miete

Schulische und psychosoziale Nachsorge für psychiatrieerfahrene und psychotherapiebedürftige Schülerinnen und Schüler als interdisziplinäre Aufgabe

Kerstin Schicke

Bevor ich zu einigen aktuellen und sehr praktischen Einschätzungen zur Arbeit des ZSPR komme, lassen Sie mich ein paar Absätze aus dem aktuell erschienenen Buch der Jugendrichterin Frau Kirsten Heisig „Das Ende der Geduld“ zitieren, die mir in Bezug auf den Auftrag und die Arbeit des Zentrums für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation relevant erscheinen:

„Besonders die Schulen und Jugendämter sind in kleinen Einheiten miteinander zu verknüpfen. Ihre Zusammenarbeit sollte strukturell konzipiert und nicht von Einzelfällen abhängig sein. Ich würde diesen beiden Institutionen eine regelmäßige Zusammenarbeit in der Schule ermöglichen. Damit würde dem beklagenswerten Effekt, dass beide Institutionen auf die Aktivitäten des jeweils anderen warten, entgegengewirkt. ...

Um eine Standardisierung in der Fallanalyse sicherzustellen, würde ich einen Punktekatalog aufstellen, indem einzelne Lebensumstände erfasst sind, die für die Gefährdung eines Kindes indiziell sind. ...Für die Erarbeitung eines Hilfeplans wären dann das Jugendamt und die Schule zuständig. ...

Gewalt begünstigende Lebensumstände zeigen sich häufig bereits in der Kindheit. Deshalb muss der Staat zu diesem Zeitpunkt ein Frühwarnsystem entwickeln.

...Zwar enden nicht alle Jugendlichen, die nicht oder nur selten zur Schule gehen, als Straftäter. Umgekehrt ist aber durchaus ein Zusammenhang zu erkennen: Nahezu alle Mehrfachtäter sind Schulverweigerer. Deshalb gilt die Schule als eine entscheidende Stell-

schraube, einen Lebenslauf positiv zu beeinflussen. ...“

Das ZSPR I

Zentrum für Schulische und Psychosoziale Rehabilitation – eine Nachsorgeeinrichtung?!

Wie von Frau Heisig so nachhaltig angemahnt, geht es um die Schule als Stellschraube für die weitere Lebenslaufbahn und eine gute schulische Anbindung für Kinder und Jugendliche mit biographischen Risiken kann nur gelingen, wenn Hilfen auf das gesamte Umfeld ausgerichtet sind - wenn Bildung, Jugend und Gesundheit ihre institutionelle Trennung überwinden können.

Im Aufbau und in der Struktur des ZSPR wird die Auflösung dieser Trennung modellhaft vollzogen:

Das ZSPR besteht aus den drei sonst institutionell getrennten Teilen:

- **Schule am Westend**, eine staatlich genehmigte Ersatzschule mit dem maßgeblichen Förderschwerpunkt „Emotionale und Soziale Entwicklung“,
- **Tagesgruppen am Westend**, eine Hilfe zur Erziehung durch das zuständige Jugendamt
- **Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Westend**, die durch eine betreuende Ärztin realisiert wird.

Für alle drei Einrichtungen innerhalb des ZSPR sind die DRK Kliniken Berlin Träger, sie sind sowohl Krankenhaus-, Schul- als auch Jugendhilfeträger.

Das macht möglich, dass die notwendigen schulischen, erzieherischen und therapeutischen Hilfen eng „verzahnt“ und ohne „Reibungsverlust“ da ansetzen, wo sie hingehören – bei den Kindern.

Die Ergebnisse seit der Aufnahme des Betriebes des ZSPR im Februar 2009 lassen sich natürlich in erster Linie nach erfolgter Reintegration nach durchschnittlich 2 Schulbesuchsjahren ablesen, sind aber auch an der Entwicklung der Kinder innerhalb der Einrichtung festzumachen.

Dazu ein Fallbeispiel:

Luca P., jetzt 9 Jahre, 4. Schulbesuchsjahr, wurde im März 2009 als eines der ersten Kinder in das ZSPR aufgenommen.

Hierzu der folgende Antrag durch das zuständige Jugendamt Spandau – mit dem das ZSPR einen Kooperationsvertrag geschlossen hat - vom Februar 2009:



„Sehr geehrte Damen und Herren, ich möchte Sie bitten die Aufnahme o.g. Kindes in Ihrer Schule mit besonderem Förderbedarf zu prüfen. Die Km Frau P. steht einer Zusammenarbeit mit Ihrer Klinik in- zwischen aufgeschlossen gegen- über, sie hat die Notwendigkeit ei- ner besonderen Förderung akzep- tiert.Ein weiterer Verbleib an der Schule X ist aber nicht möglich. ...“

Was war zuvor passiert? Dazu Auszüge aus der sonderpädagogischen Stellungnahme des zu- ständigen Förderzentrums/sonder- pädagogischen Koordinierungs- stelle:

„Luca wurde zum Schuljahr 06/07 altersentsprechend in die Grund- schule X eingeschult. Bereits in den ersten Schulwochen zeigten sich große Probleme, sowohl im Lern- wie auch Sozialverhalten. Luca gelang es selten, sich an Re- geln und gesetzte Grenzen zu hal- ten. Er widersetzte sich den Anord- nungen der Erwachsenen, reagier- te mit aggressiven Durchbrüchen auf das Einfordern regelgerechten Verhaltens und störte selbst in klei- nen Lerngruppen so massiv, dass der Unterricht nicht mehr möglich war.

Schnell offenbarten sich auch die Schwierigkeiten beim Erlernen der Schrift, beim Lesen und im Um- gang mit Mengen. Luca verwei- gerte zunehmend die Mitarbeit...

entzog sich schulischen Anforde- rungen ...indem er das Schulge- bäude verließ oder seiner Frustra- tion durch Werfen von Stühlen und anderen Gegenständen Ausdruck verlieh...“

Die Kindesmutter wandte sich dann an das Schulpsychologische Bera- tungszentrum, an das sonderpäd- agogische Förderzentrum – eine Ambulanzlehrerin wurde hinzuge- zogen. Dennoch folgte nach Ge- sprächen, Beratungen und Schul- hilfekonferenzen – hier schon mit Beteiligung des Jugendamtes – eine teilstationäre Aufnahme zur di- agnostischen Abklärung in die KJP Westend mit folgendem Ergebnis:

„V.a. einfache Aktivitäts- und Auf- merksamkeitsstörung, Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem, oppositionellem Verhalten, Emo- tionale Störung des Kindesalters, Kombinierte umschriebene Ent- wicklungsstörungen mit Hinweisen auf LRS und Dyskalkulie, normale Intelligenz, V.a. unzureichende el- terliche Aufsicht und Steuerung, ernsthafte soziale Beeinträchti- gung...“

Leider musste die tagesstationäre Behandlung wegen fehlender Koo- peration der Kindesmutter vorzeitig beendet werden.

Luca kehrte in seine Schule bei gleichbleibender Symptomatik zu- rück, die Situation spitzte sich zum Beginn des Schuljahres 08/09 wei- ter zu. Frau P. wandte sich an die

Schulaufsicht, daraufhin wur- de Luca in die LRS – Klein- klasse der Grundschule Y aufgenom- men. ... „Die bisherigen Er- fahrungen in der LRS – Kleinklas- se (momentan max. 7 Schü- ler) zeigen,

dass Luca selbst unter diesen Rah- menbedingungen nicht die indivi- duelle schulische Förderung erhal- ten kann und dass vor allem nicht die dringend notwendige intensive therapeutische bzw. lerntherapeu- tische Betreuung gegeben ist. ...“

Die durch die KJP empfohlene me- dikamentöse Einstellung mit retar- diertem Methylphenidat wurde von der Kindesmutter nach kurzer Zeit wieder abgebrochen, so dass es zu folgender durch das Jugendamt in Auftrag gegebener Kinder – und Jugendpsychiatrischer Stellung- nahme vom 29.01.2009 kam:

„... Aufgrund der vorliegenden Symptomatik gehört Luca zum Per- sonenkreis des § 35 a SGB VIII. Er ist sehr stark in seiner Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft einge- schränkt.

Alle bisherigen Versuche sowohl der stationären Unterbringung in der Kinder – und Jugendpsychia- trie Westend als auch die Beschu- lung in einer speziellen Kleinklas- se scheiterten an der mangelnden Kooperations- – und Einsichtsfä- higkeit der Kindesmutter. Auch die kinderärztlich verordnete medika- mentöse Behandlung wurde von der Kindesmutter nach kurzer Zeit abgebrochen.

Wir schließen uns der Einschät- zung des Schulpsychologischen Dienstes und des sonderpädago- gischen Förderzentrums Spandau an und sehen die weitere schu- lische und psychosoziale Entwick- lung des Jungen bei einem Ver- bleib im Haushalt der Kindesmutter als stark gefährdet. Unseres Erach- tens liegt bereits eine Kindeswohl- gefährdung vor.

Wir empfehlen daher die Unterbrin- gung in einer geeigneten Heimein- richtung, mit der Möglichkeit zum Besuch einer Integrations- bzw. Kleinklasse. ...“

Luca wurde in das Zentrum für Schulische und Psychosoziale Re- habilitation/ZSPR aufgenommen,



Tagesgruppe am Westend

ist also seit 1,5 Jahren Schüler der Schule am Westend, besucht die Tagesgruppe am Westend und wird durch die Institutsambulanz der KJP Westend betreut.

Die klaren verlässlichen Strukturen und Verhaltensregeln des ZSPR sind nach dieser Zeit soweit verinnerlicht, so dass jetzt zunehmend offenere Unterrichtsformen und organisatorische Freiräume bewältigt werden können – immer im Hinblick auf die künftige schulische Reintegration.

Unsere Kinder und Jugendlichen wissen sehr gut um ihre Schwierigkeiten – eine Zielstellung und Motivation hinsichtlich des Aufenthaltes im ZSPR wird gleich zu Beginn erarbeitet und ist eine wesentliche Voraussetzung für den reintegrativen Erfolg.

Aber auch während des Aufenthaltes darf das äußere und innere Feld nicht aus dem Auge verloren werden:

Wie ist die psychotherapeutische Versorgung des Kindes und der Familie, wie ist die Erziehungskompetenz der Erziehungs- und Sorgeberechtigten einzuschätzen, wie ihre Kooperationsbereitschaft? Zeigt die Hilfe, die erhebliche Kosten mit sich bringt, den erwarteten Erfolg?

Und auch hier stimme ich mit Frau Heisig überein, wenn sie ausführt:

„...Der Sozialstaat basiert auf dem Grundgedanken einer funktionierenden Solidargemeinschaft. Dies ist kein Selbstbedienungsladen ohne Gegenleistungsverpflichtung. Wenn die Menschen staatlich alimentiert werden, darf die Gemeinschaft erwarten, dass die Kinder wenigstens in die Schule geschickt werden, damit sie einen anderen Weg einschlagen und in ihrem späteren Leben auf eigenen Beinen stehen können. ...“

Für uns bedeutet das, dass bei Anzeichen einer andauernden physischen und psychischen Mangelversorgung durch das familiäre Umfeld – auch bei guter Anbindung im ZSPR – über eine sinnvolle Weiterführung der Hilfe nachgedacht wird.

In unserem Fall Luca war eine intensive Arbeit mit der Kindesmutter und dem Lebenspartner notwendig, der nach anfänglichem erheblichen Misstrauen nun die Arbeit und Anforderungen der Einrichtung ausreichend unterstützt.

Die medikamentöse Einstellung wurde beibehalten und verlässlich umgesetzt, dabei war sicher wesentlich, dass Luca mit zunehmenden Lernerfolgen das familiäre Klima positiv stärkte.

Eine spezielle Dyskalkulie-Therapie wurde im Zentrum umgesetzt und zeigte seine Nachhaltigkeit in Lucas' mathematischen Leistungen.

In diesem Schulhalbjahr beginnt für Luca die Reintegrationsphase in enger Kooperation mit dem zuständigen Förderzentrum, dem Jugendamt und selbstverständlich in Begleitung durch das ZSPR.

Fazit

Eben weil das erklärte Ziel des ZSPR die schulische und auch soziale Reintegration ist und so u. E. Inklusion für diese Kinder und Jugendlichen erst danach ermöglicht, unterstreicht das die Forderung des Bundesvorsitzenden des Verbands Sonderpädagogik, Stephan Prändl, nicht vorschnell auf die Vielfalt der Orte sonderpädagogischer Förderung zu verzichten, denn um dem individuellen Förderbedarf des Kindes wirklich gerecht zu werden, bedarf es nach wie vor der Festlegung des optimalen Förderortes als Einzelfallentscheidung. Hierbei dürfen Allgemeine Schule und Förderschule nicht als konkurrierende Systeme diskutiert werden, sondern als qualitative Förderangebote in einer gemeinsamen Bildungslandschaft.

Alle Zitate aus:

Heisig, Kirsten (Verlag Herder 2010) : Das Ende der Geduld,

Quellen der Zitate in der Reihenfolge des Auftretens:

S. 197 Abs. 3, S. 197 Abs. 5,

S. 198 Abs. 2, S. 196 Abs. 4

S. 107 Abs. 2, S. 199 Abs. 2



Dipl.-Päd. Kerstin Schicke
bei der SchuPstagung 2010 in Berlin

Das ZSPR wird geleitet durch Frau **Dipl.-Päd. Kerstin Schicke**, Direktoriumsmitglied und Rektorin der Schule am Westend sowie Herrn **Prof. Dr. med. Michael von Aster**, Direktoriumsmitglied und Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der DRK Kliniken Berlin | Westend.



Prof. Dr. med. Michael von Aster
bei der SchuPstagung 2010 in Berlin

Wegbereiter für die Inklusion

Eine beispielhafte Kooperation zwischen therapeutischen Wohngruppen von DER STEG und der Wiesengrundschole in Berlin

Thomas Girnth

Die Berliner Jugendhilfeland-schaft verfügt über ein ausgebautes Angebot an therapeutischen Jugendwohngruppen. Diese Wohngruppen betreuen psychisch beeinträchtigte Kinder- und Jugendliche. Es handelt sich hier um stationäre Jugendhilfemaßnahmen, d.h. um Fremdunterbringungen über Tag und Nacht (Heimunterbringungen). Die Besonderheit dieser Unterbringungsform besteht darin, dass sie integrierte therapeutische Angebote vorhält und im Rahmen des therapeutischen Milieus verschiedene Betreuungsperspektiven und verschiedene Arbeitsansätze integriert anbietet, um eine optimale Förderung der häufig schwer beeinträchtigten jungen Menschen zu erreichen. Eine dieser Einrichtungen ist DER STEG.

In Kooperation mit den Regelschulen aber auch in enger Kooperation mit spezialisierten Schulen fördern wir die (Re-) Integration der jungen Menschen und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Im Folgenden soll die Zusammenarbeit zwischen Schulen und unserem Träger beschrieben werden. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Darstellung der Kooperation zwischen einer Spezialschule, der Wiesengrundschole in Berlin, und unserer Einrichtung.

Dabei wird zunächst auf die subjektiven Erfahrungen eingegangen, die die Jugendlichen häufig in der Schule machen und wie

die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen gestaltet sein sollten, um den Schulbesuch wieder zu einem Erfolg werden zu lassen.

Anschließend soll an einem Fallbeispiel erläutert werden, wie sich die unterstützende Arbeit in der Wohngruppe in Kooperation mit der Wiesengrundschole realisiert.

Einige statistische Angaben zur Zusammenarbeit ergänzen das Bild.

Wir wollen dann deutlich machen, wie Spezialeinrichtungen zur Inklusion beitragen.

Abschließend sollen drei Anforderungen an das System Schule genannt werden, die den Rahmen dafür ermöglichen, dass psychisch beeinträchtigte Kinder und Jugendliche optimal gefördert werden können.

Psychische Beeinträchtigung als Erfahrung der Ausgrenzung

Junge Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben in ihrem Leben viel Ausgrenzung erfahren. Rund 80% unserer Bewohner waren PatientInnen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Regelschule gelten sie meist als nicht beschulbar. Fast alle sind Schulverweigerer.

Die Schuldistanz zeigt sich in unterschiedlichen Ausdrucksformen. Entweder verweigern



Therapeutische Wohngruppe DER STEG

die jungen Menschen den Schulbesuch aktiv, indem sie morgens einfach nicht ankommen oder, bei erfolgter Wegbegleitung, sich in der ersten Pause wieder verabschieden.

Diese jungen Menschen fühlen sich in der Schule gemobbt, entwickeln psychosomatische Störungen oder leiden unter verschiedenen Formen von Ängsten. Andere Jugendliche verweigern sich aggressiv, indem sie den Unterricht massiv stören, ständig Grenzen verletzen und den Unterricht dadurch unmöglich machen.

Eine besondere Gruppe stellen die jungen Menschen dar, deren Probleme eigentlich gar nicht im Schulbesuch liegen, sondern in massiven Trennungsängsten von der Familie.

Grundlage all dieses Symptomenverhaltens ist Angst. Angst aber mindert Aufmerksamkeit. Verminderte Aufmerksamkeit führt zu schlechten Leistungen. Schlechte Leistungen zu Frustration und Verweigerung. Eine Abwärtsspirale setzt sich in Gang, die im regulären Klassenverband zuweilen nicht mehr korrigierbar ist.

Oft gelingt es uns, gemeinsam mit engagierten Lehrern von Regelschulen, die Jugendlichen nach einer schwierigen Anlaufzeit zu integrieren, das Symptomverhalten zu vermindern und so unsere Bewohner für die Schulklasse tragbar zu machen.

Voraussetzungen für Erfolge sind hier:

- eine enge Kontrolle von Seiten der Wohngruppe und der Schule,
- eine gewisse Akzeptanz von psychischen Krisen und daraus resultierenden Fehlzeiten durch die Schule,
- eine dauerhafte, ressourcenorientierte und motivierende Grundhaltung der Pädagogen,
- klare Grenzen ohne auszugrenzen,
- zeitnahe transparente Kommunikation zwischen den beteiligten Fachkräften,
- Engagement und Durchhaltevermögen der Fachkräfte

und natürlich vor allem

- Engagement und Durchhaltevermögen des jungen Menschen.

Es verbleibt aber jedoch eine nicht unerhebliche Gruppe junger Menschen, die, auch wenn die Rahmenbedingungen stimmen, nicht in eine Regelklasse

integrierbar ist. Diese jungen Menschen sind oft über sehr lange Zeiträume nicht zur Schule gegangen. Wenn sie Schule in den letzten Jahren überhaupt erlebt haben, dann als Schüler bzw. Patienten der kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken.

Diese Kinder und Jugendlichen benötigen eine Schulform, die speziell auf sie und ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist. Diese Schulform muss unter Rahmenbedingungen arbeiten, die die Regelschule nicht bieten kann und in bestimmten Bereichen nach meiner Einschätzung auch nicht bieten soll.

Die Klassen müssen klein sein, damit sich der Unterricht sehr individuell an der aktuellen Leistungsfähigkeit orientieren kann. Die Lehrerinnen und Lehrer sollten über Erfahrungen im Umgang mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen verfügen. Der unmittelbare Austausch zwischen Lehrkräften und dem pädagogischen Personal unserer therapeutischen Jugendwohngruppe muss jederzeit gegeben sein, damit auf Krisen schnell reagiert werden kann.

So kann es beispielsweise sinnvoll sein, in einer besonders schwierigen Lebensphase eines jungen Menschen das schulische Anspruchsniveau zeitweise zu senken (z.B. die Unterrichtszeit zu verkürzen). Hierbei ist eine genaue Justierung des Anspruchsniveaus wichtig. Sobald es einem Jugendlichen besser geht, sollte der Schulbesuch schnell wieder an den Regelstandard herangeführt werden. Dies geschieht in enger Absprache zwischen den Lehrkräften und den Mitarbeitern unserer Einrichtung.



Fallbeispiel

Ich möchte an einem kurzen Fallbeispiel schildern, wie sich die Zusammenarbeit konkret gestaltet.

Torsten kam nach einem fünfmonatigem Klinikaufenthalt im August 2009 in unsere TJWG. Vor dem Klinikaufenthalt war er schuldistanziert. Er hatte die 10. Klasse zweimal ohne Abschluss an zwei Realschulen durchlaufen und war im 12. Schulbesuchsjahr. Ärztlicherseits war eine depressive Episode diagnostiziert. Wobei hier der Begriff „Episode“ eine deutliche Schwere der Beeinträchtigung meint.

Bei Aufnahme von Torsten war die Wiesengrundschule auch noch Klinikschule der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Während des Klinikaufenthaltes war daher der Schulbesuch gut zu sichern. In der Schule konnte Torsten nach einer langen Zeit voller Ängste, Depressionen und Misserfolgserlebnissen erstmals wieder Erfolge erzielen. Durch die Aufnahme in unsere TJWG konnte der Schulbesuch weiter eng begleitet werden. Wegeängste und Ängste vor Überforderung konnten in der Wohngruppe bearbeitet werden. Eine Kontrolle des Aufstehens und der tägliche Kontakt zu den Lehrern

ermöglichte eine schnelle Reaktion bei sich entwickelnden Ängsten oder Störungen. Zu Hause war aufgrund der Berufstätigkeit der Kindesmutter eine Kontrolle nicht bzw. nur schwer möglich. Außerdem hatten die Eltern Autoritätsprobleme, sich bei ihrem 17-jährigen Sohn durchzusetzen. Der Stiefvater wurde durch Torsten nicht akzeptiert. Die emotionale Bindung zur Kindesmutter war sehr eng und durch stark ambivalente Gefühle gekennzeichnet.

Eine große Rolle spielten in dieser Familie auch unbewusste Trennungsängste. Dann ist eigentlich gar nicht die Schule das Problem, sondern die Ängste vor den notwendigen Entwicklungsaufgaben der

So verweigerte Torsten im Verlaufe des Schuljahres häufiger seinen Schulbesuch. Wenn er sich morgens überhaupt ansprechen ließ, benannte er diffuse Ängste oder hatte eine Panikattacke mit Schweißausbrüchen und hyperventilierte.

Hier sind die Pädagogen dann besonders gefordert. Ehrlicherweise muss man sagen, dass an solchen Tagen der Schulbesuch häufig nicht mehr umzusetzen war. Möglich war dann jedoch die nachträgliche Bearbei-



Pubertät, nämlich der erfolgreichen Ablösung vom Elternhaus. Diese Ängste sind gleichermaßen bei den Eltern (häufig stärker bei den alleinerziehenden Müttern) und den Jugendlichen angesiedelt. Diagnostisch spricht man dann von Schulphobie, einem vielleicht etwas missverständlichen Begriff.

Torsten bewältigte den Schulbesuch von der Wohngruppe in die Klinikschule zunächst gut. Im Laufe des Schuljahres kam es jedoch vermehrt zu Fehlzeiten. Hier zeigt sich ein Phänomen, welches wir häufig beobachten. Nach anfänglicher Euphorie und gutem Engagements des jungen Menschen werden im Laufe der Zeit die „Mühen der Ebenen“ sichtbar.

tung. Am Nachmittag konnte der Jugendliche in der Regel wieder angesprochen und der Vormittag aufgearbeitet werden. So stellte sich dann heraus, dass vielleicht ein Geschichtsreferat anstand, welches der Jugendliche nicht gut vorbereitet hatte. Wir suchen dann gemeinsam mit dem Jugendlichen nach Lösungen. Zunächst nehmen wir Kontakt zum Lehrer auf, wobei wir den Jugendliche ermutigen selbst anzurufen. Sehr differenziert erarbeiten wir mit dem Jugendlichen einen Plan und setzen ihn um (bis wann soll das Referat geschrieben sein, welche Unterstützungen gibt es etc.).

Sehr aufmerksam muss der junge Mensch danach weiter beobachtet und kontrolliert werden, damit evtl. „Schwächephasen“

früh erkannt werden und das pädagogische Personal gegensteuern kann.

Das Gegensteuern findet auf drei Ebenen statt:

1. Wir üben eine stärkere Kontrolle aus und intensivieren die extrinsische Motivation (morgendliches Wecken etc.)
2. Wir reflektieren mit dem jungen Menschen das aktuelle Geschehen und erarbeiten kurzfristige Lösungen. Wir stärken die intrinsische Motivation und motivieren seine Ressourcen (Was willst du erreichen? Was hast du schon geschafft vor allem in Bezug auf dein vorheriges Leben?)
3. Unsere Psychologen arbeiten in familientherapeutischen Gesprächen an einer grundsätzlichen Aufarbeitung der Problemstellungen. In diesem Fallbeispiel ging es beispielsweise um die Stärkung der mütterlichen Position, der Bearbeitung der Trennungsangstproblematik und um Fragen der zunehmenden Verantwortungsübernahme des jungen Menschen für sein Leben.

Der Aufenthalt in einer TJWG benötigt Zeit, um gerade diese Phasen der Schwäche auch zu begleiten. Verfrühte, vorläufige „Erfolgsenerlebnisse“ und erfolgreiche Bewältigungsstrategien müssen erst noch geprüft werden hinsichtlich der Frage, ob sie schon ausreichend implementiert sind.

Der Jugendliche hat letztlich im letzten Schuljahr den MSA er-

reicht, wobei in der Endphase sowohl der Jugendliche als auch die Lehrer und wir in der TJWG hart arbeiten mussten.

Das oben beschriebene intensive Gegensteuern kann häufig in den Herkunftsfamilien nicht geleistet werden. Entsprechend schwierig bis unmöglich ist dann für junge Menschen der Wiedereinstieg in die Schule aus der Familiensituation heraus.

Erschwerend kommt hinzu, dass Schulen in der Regel nicht über ein pädagogisches Wiedereinstiegsszenario verfügen. Schuldistanzierte Jugendliche benötigen besonders deutlich die Botschaft, in der Schule willkommen zu sein.

Wenn sie sich dann endlich mal wieder trauen zur Schule zu gehen, reicht oft schon ein ironisches: "Na, auch mal wieder da!" eines Lehrers um erneutes Schwänzen auszulösen. So können Jugendliche mit Verdacht auf Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung nach Borderline Typus solch einen Satz als völlige Entwertung ihrer Person erleben.

Es gibt inzwischen auch an den Regelschulen viele emphatisch gut geschulte Lehrer, aber immer auch noch, gerade an den weiterführenden Schulen oder in bestimmten Fächern, Pädagogen, die diese Entwertung nicht erkennen.

Statistik

Insgesamt sind in den Schuljahren 2008/2009 und 2009/2010 acht Jugendliche aus unseren Wohngruppen in die Wiesengrundschule gegangen.

Davon hat eine Jugendliche ein

Abgangszeugnis der 9. Klasse erhalten. Diese Schülerin war stark lernbehindert und psychisch beeinträchtigt. Fünf haben den MSA erreicht. Zwei sind aktuell noch Schüler der Schule und werden voraussichtlich einen Abschluss schaffen.

Der Beitrag der therapeutischen Jugendwohngruppen zur Integration und Inklusion

Das therapeutische Milieu der therapeutischen Jugendwohngruppen bietet den Jugendlichen Stabilisierung und Entwicklungschancen.

Die TJWG bietet bildet einen Schutzraum für junge Menschen, die unter psychischen Beeinträchtigungen, massiven Ängsten, Verunsicherungen in ihrem Lebensweg und Gefühlen der Entwertung leiden.

In der TJWG erfahren die jungen Menschen eine Atmosphäre des Angenommenseins aber auch der fürsorgenden Kontrolle. Sie erfahren, dass es anderer junge Menschen gibt, die ähnlich schwierige Lebenserfahrungen gemacht haben. Sie lernen, Gruppe auszuhalten und in der Gruppe zu lernen. Hierbei geht es oft zunächst um wirklich basale Anforderungen.

PatientInnen mit Verdacht auf Entwicklung einer Borderline Persönlichkeitsstörung nehmen beispielsweise beim STEG am Programm der dialektisch - behaviouralen Therapie für Adoleszente nach Marsha Linehan (DBT – A) teil. Hier lernen sie, ihr suizidales oder selbst schädigendes Verhalten zu reduzieren.

Die Reduktion des dysfunktionalen Verhaltens macht dann auch einen Schulbesuch erst wieder möglich, da die bisher gemachten Erfahrungen der Ausgrenzung für diese jungen Mädchen doch recht massiv waren. Danach lernen sie, eigene und die Gefühle anderer Menschen besser zu verstehen (z.B. ein Nein nicht als völlige Abwertung der eigenen Person zu erleben).

Die Jugendlichen erfahren, dass sie auch außerhalb der Klinik mit ihren Beeinträchtigungen nicht allein sind. Sie finden Verständnis bei den Betreuern und bei anderen Jugendlichen. Es bilden sich Peergroups, die sicherlich Vor- und Nachteile haben.

Die kleine Gruppe (6 Plätze pro Wohngruppe) bietet die Möglichkeit, sehr individuell auf die jungen Menschen einzugehen. Schulängstliche Jugendliche können zur Wiesengrundschule begleitet werden. In einer späteren Phase können sie mit anderen Jugendlichen, die auch die Wiesengrundschule besuchen, gemeinsam fahren.

Unsere Erzieherinnen verfügen über viel Berufserfahrung im Umgang mit psychisch beeinträchtigten Jugendlichen. Sie werden intern und extern fortgebildet. Vor allem der Umgang mit jungen Menschen mit Verdacht auf Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung nach Borderline Typus stellt hohe fachliche Anforderungen in vielen Alltagssituationen.

Tiefgreifende familiäre Probleme und Konflikte, wie ich sie in dem Fallbeispiel angedeutet habe, werden in der Familientherapie bearbeitet.

Im „normalen“ Alltag unserer

kleinen Wohngruppe können die Erzieher auf die Hausaufgaben achten und engen Kontakt zu den Lehrern halten.

Die kleinen Arbeitsgruppen der Wiesengrundschole ermöglichen ein individuelleres, angstärmeres Lernen als in der Regelschole. Die Lehrer verfügen über viel Erfahrung im Umgang mit psychisch beeinträchtigten jungen Menschen.

Die über viele Jahre entwickelte Kooperation zwischen Wiesengrundschole und den therapeutischen Jugendwohngruppen des STEG garantiert eine transparente Kommunikation und schnelle pädagogisch-therapeutische Reaktion auf sich entwickelnde Fragen und Problemstellungen.

Gemeinsam schaffen wir die Voraussetzungen für einen erfolgreichen Schulbesuch unserer Klienten, sei es in der Wiesengrundschole oder nach der Stabilisierung des jungen Menschen in der Vermittlung an eine Regelschole.

Spezialeinrichtungen wie die Wiesengrundschole und die therapeutischen Jugendwohngruppen des STEG sind daher Wegbereiter der Inklusion.

Anforderungen an das System Schule

Was brauchen wir, um unsere Arbeit mit den jungen Menschen in Kooperation mit den Schulen erfolgreich gestalten zu können?

Vier Anforderungen möchte ich an das System Schule formulieren:

1. **Wir brauchen eine schnelle, unbürokratische und flexible Schulplatzvermittlung.**
2. **Wir brauchen noch mehr engagierte Lehrerinnen und Lehrer (es gibt schon viele aber wir brauchen noch mehr!), die bereit sind, sich auf schwierige junge Menschen einzulassen und die dabei auch die enge Kooperation mit anderen Hilfesystemen suchen.**
3. **Wir brauchen ein systematisches (Wieder-)einglyederungsprogramm für schuldistanzierte Schüler (z.B. Willkommensrituale, ein Mentoring oder eine Schülerpatenschaft)**

4. Wir brauchen für eine Gruppe besonders beeinträchtigter junger Menschen besondere Schulformen vergleichbar mit der Wiesengrundschole bzw. Klinikschulen.

Inklusion muss bewältigbar sein, sowohl für die psychisch beeinträchtigten jungen Menschen als auch für das Fachpersonal, damit nachhaltige Erfolge erzielt werden können.



**Dipl.-Soz.Päd.
Thomas Girth**

Bereichsleiter Therapeutische Jugendwohngruppen
Der Steg gGmbH
Romanshorner Weg 111
13407 Berlin

Fon 030 498 576 940
Fax 030 498 576 949
Girth@dersteg.de
www.dersteg.de



DER STEG gGmbH

Gesellschaft zur Förderung von Menschen
mit psychischen Beeinträchtigungen

DER STEG gGmbH, Teichstraße 65, 13407 Berlin

Rechtsform: gGmbH mit Sitz in Berlin

Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg

HRB 104053 B

Geschäftsführer: Herr Ernst Keim

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Herr Dr. Herbert Orf

FiSch – Familie in Schule

Eine Kooperation der Tagesklinik Baumhaus am Schleiklinikum Schleswig
gemeinsam mit der Schule Hesterberg/Schleswig

Ulrike Behme-Matthiessen/Kerstin Bock/Andree Nykamp/Thomas Pletsch

(Dieser Artikel wurde in der Zeitschrift „Systhema 23, Heft 3“ veröffentlicht. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Redaktion)

Der 10jährige Marco besucht die 4. Grundschulklasse.

Die Lehrerin berichtet, er sei eher ein Einzelgänger in der Klasse. Zwar gäbe es einen Mitschüler, mit dem er die Pausen zeitweise zusammen verbringe, ansonsten würde sie wenige Kontakte zu den anderen Kindern beobachten können. Es würde ihm scheinbar schwer fallen, sich an die bestehenden Gesprächsregeln zu halten: Marco ruft spontan in die Klasse, wenn ihm auf die Fragen der Lehrer eine Antwort einfällt. Neue Aufgabenstellungen scheinen ihn sehr zu verunsichern, er rutscht dann auf seinem Stuhl hin und her, steht immer wieder von seinem Platz auf, geht durch den Klassenraum und spricht unaufgefordert die anderen Kinder an. Seine Leistungen in Sport und HSU seien sehr gut, in allen anderen Fächern zeige er sehr schwache Leistungen. Die Lehrerin berichtet, Marco sei an der Schule kein „Einzelfall“. Problematische Situationen mit Schülern würden in allen Klassen zunehmen, das würde sie auch von Kollegen anderer Schulen hören.

Diese Aussage spiegelt sich auch in einer orientierenden Lehrerbefragung vom Juli 2008 zu Kindern mit sozial-emotionalem Förderbedarf in der Eingangsstufe wieder. Lehrer hatten dabei die Aufgabe, die Kinder ihrer Lerngruppe den Kategorien

A: Kinder ohne besondere Probleme,

B: Kinder mit Problemen und

C: Kinder mit massiven Problemen zuzuordnen und die Problemschwerpunkte zu spezifizieren (Angst, Rückzug, motor. Unruhe, Aggression, weitere Probleme).

Die Befragung kommt zu dem Ergebnis, dass in der Eingangsstufe 17,5% der Kinder Probleme und mehr als 8% massive Probleme haben!

Auch wenn diese Befragung keinen Anspruch auf wissenschaftliche Exaktheit erhebt, bestätigt sie doch die Einschätzung vieler Pädagogen, dass Verhaltensprobleme der Kinder im Schulalltag einen immer größeren Raum einnehmen. Bisher reagierten die Schulen auf die Zunahme von Verhaltensproblemen mit einer Palette unterschiedlicher, schulbezogener Maßnahmen. Die reichen von Beratungsangeboten für entsprechende Lehrkräfte bis zur Einrichtung von Schulbegleitungen oder einer Beschulung in Spezialklassen.

Zunehmend setzt sich dabei die Erkenntnis durch, dass Schule allein bei der Bewältigung dieser Probleme überfordert ist und Schule und Elternhaus neue Formen der Kooperation entwickeln müssen.

Zurück zu Marco.

Marcos Eltern berichten von erheblichen Problemen zu Hause. Marco würde meistens sehr gereizt aus der Schule nach Hause kommen und schnell in Streit mit seinem jüngeren Bruder verstrickt sein. Die Hausaufgabensituation wird von der Mutter als Tortour für Marco und sie beschrieben. Die Freunde zum gemeinsamen Spielen seien häufig wechselnd, da Marco immer wieder in Auseinandersetzungen verwickelt sei. Die Mutter fühlt sich

mit der Erziehungsarbeit oft überfordert, zudem sei ihr Mann von Montag bis Donnerstag als Monteur unterwegs und nur an den Wochenenden zu Hause.

Auf Anraten des Hausarztes melden sich die Eltern in der Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie am Schleiklinikum Schleswig, diese empfiehlt weiter zur „Tagesklinik Baumhaus“ – nur wenige Gebäude weiter. Nach einem Vorgespräch und einigen Wochen Wartezeit wird Marco schließlich in dieser Tagesklinik für Kinder aufgenommen und in ein auf seine Bedürfnisse zugeschnittenes Behandlungsprogramm eingebettet. Vormittags besucht er während dieser Zeit die Klinikschule. Hier nimmt Marco nach wenigen Wochen am FiSch-Programm teil. Das soll ihn darin unterstützen, wieder angemessen in seiner „Heimatschule“ beschulbar zu sein.

FiSch – das heißt Familie in Schule und ist eine Kooperation der Tagesklinik Baumhaus am Schleiklinikum Schleswig gemeinsam mit der Schule Hesterberg/Schleswig.

FiSch ist angeregt durch das in England im Rahmen des Marlborough Hospital entwickelten „family education“-Programms, das aus dem Bereich der Multifamilientherapie stammt. Hierbei lernen die Eltern in einer Elterngruppe im Unterricht selbstständig und situationsadäquater zu handeln und sich bei schwierigen Situationen gegenseitig zu unterstützen. Zusätzlich sollten die Eltern für schulische Anforderungen sensibilisiert werden.

Umfangreicher wird ein vergleichbares Modell in London und in verschiedenen dänischen Städ-

ten schon länger zur Reintegration nicht beschulbarer Schüler in die Regelschule durchgeführt.

Begonnen haben wir mit der Projektplanung in der Tagesklinik Baumhaus des Schlei Klinikums Schleswig und in der Schule Hesterberg im Sommer 2006. Seit Herbst 2006 haben wir FiSch in unsere Arbeit integriert.

Wir, das sind **Ulrike Behme-Matthiessen**, Dipl.Psychologin, Psychol.Psychotherapeutin, syst. Familientherapeutin, Leiterin der Tagesklinik Baumhaus/Schleswig am Schleiklinikum Schleswig, Fachklinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie, **Kerstin Bock**, Grund- und Hauptschullehrerin, **Andre Nykamp** Sonderschullehrer (beide an der Schule Hesterberg/Schleswig) und **Thomas Pletsch**, Arbeitspädagoge/Transaktionsanalytiker, Leiter der Abt. kreative Therapien am Schleiklinikum Schleswig, Fachklinik für Kinder-und Jugendpsychiatrie.

Zusammenspiel der Kräfte: Multifamilientherapie

Die Idee, Familien in den Unterricht zu integrieren, basiert auf multifamilientherapeutischen Prinzipien und wurde als „family education“ in London von Eia Asen und seinem Team entwickelt.

Multifamilientherapie ist ein therapeutischer Ansatz, bei dem Gruppen- und Familientherapie kombiniert werden und 4-10 Familien gleichzeitig behandelt werden (s. Asen/Scholz, 2009).

Häufig sind es „Multiproblemfamilien“, bei denen unterschiedliche Helfersysteme involviert sind (Familienhilfe, Jugendamt, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Erwachsenenpsychiatrie). Dies hat oft den Effekt, dass die Familien immer mehr Verantwortung abgeben, sich zunehmend hilflos fühlen und auch die Professionellen sich gegenseitig paralysieren. In der Multifamilien-

therapie wird den Familien Verantwortung zurückgegeben, die Rolle des Therapeuten/Beraters wird neu definiert.

Ziel ist, dass sich die Familien gegenseitig stützen, beraten und dadurch zunehmend wieder ihre eigene Kompetenz erleben. Die Aufgabe der Berater und Therapeuten besteht darin, hilfreiche Kontexte zu schaffen (Wer soll dabei sein? Wo soll das Ganze stattfinden? Wie soll die konkrete Situation gestaltet sein?) und durch gezielte Fragen zum Handeln zu ermutigen. Sie sollen Ressourcen wecken und die Interaktion zwischen den Familien fördern.

Multifamilientherapie setzt auf ganz unterschiedlichen Ebenen an. Sie hilft, soziale Isolation zu überwinden, die bei Familien mit ausgeprägten psychosozialen Problemen häufig auftritt. Durch die gemeinsame therapeutische Arbeit mit anderen Familien werden Vorurteile abgebaut und gegenseitiges Lernen angeregt. Dabei erweitern neue Sichtweisen die eigene Perspektive. Familien sehen sich in anderen Familien gespiegelt, geben und erhalten Unterstützung. Sie experimentieren mit neuen Verhaltensweisen und erleben sich dadurch immer weniger in der Opferrolle und zunehmend als „Gestalter“ ihres Lebens.

Multifamilientherapie wird europaweit in verschiedenen Ländern (England, Deutschland, Belgien, Dänemark, Frankreich, Polen) praktiziert.

Verschiedene Projekte arbeiten in Programmen der europäischen Union zusammen, um diesen Ansatz weiterzuentwickeln und wissenschaftlich zu validieren (DAPHNE).

Die Arbeit mit Familiengruppen im Schulalltag fördert eine enge Zusammenarbeit von Schule und Elternhaus. Die Eltern können am schulischen Leben ihrer Kinder Anteil nehmen, so dass sich gegen-

seitige Vorbehalte in der Regel auflösen und die Kinder erleben, dass Schule und Elternhaus an einem Strang ziehen. Durch die Unterstützung in der Elterngruppe und während der gemeinsamen Reflexionsrunden werden die Eltern zunehmend sicherer in ihrer Erziehungsfähigkeit.

Aus der Resilienzforschung (Wustmann et al) ist bekannt, dass sich der autoritative Erziehungsstil günstig auf die Entwicklung von Kindern auswirkt. Eine entsprechende Haltung wird in den Multifamilien-sitzungen gestärkt: Das Interesse und die liebevolle Zuwendung, aber auch das Bestehen auf und das Durchsetzen von vereinbarten Regeln. Gerade das Durchsetzen von Vereinbarungen kann hier immer wieder „life“ in einem unterstützenden Kontext geübt werden.

Der „family education“ Ansatz findet zunehmend in Europa Verbreitung. So gibt es in unserem Nachbarland Dänemark bereits über 100 Klassen, die nach diesen Prinzipien arbeiten.

Angebote unterschiedlicher Intensität gibt es in England. In der Familienschule werden 10 Schüler im Alter von 5-16 Jahren über einen Zeitraum von 3-9 Monaten viermal in der Woche gemeinsam mit mindestens einem Elternteil beschult.

Daneben gibt es die Familienklasse, in der einmal in der Woche 8 Kinder mit elterlicher Präsenz und den dazugehörigen multifamilientherapeutischen Runden unterrichtet werden. Hierbei spielen „gestandene Eltern“, die selbst als Eltern mit ihrem Kind erfolgreich an einem family education setting teilgenommen haben, eine wichtige Rolle. Sowohl bei der Familienschule als auch bei der Familienklasse besuchen die Kinder von Anfang an zumindest stundenweise ihre Heimatklasse, damit die Verbindung nicht abreißt und deutlich bleibt, dass der Schüler oder die Schülerin nach wie vor zu dieser Schule gehören.

Zielorientiertes Arbeiten

Ein Kernstück des multifamilientherapeutischen Ansatzes in der Schule ist das zielorientierte Arbeiten.

Die Ziele werden zwischen den Eltern, dem Lehrer der Familienklasse, dem Lehrer der Heimatschule und dem Schüler oder der Schülerin vereinbart. Diese Ziele sollen das Verhalten konkret beschreiben, das der Schüler oder die

Schülerin mit Unterstützung der Eltern erlernen soll und das Voraussetzung für eine erfolgreiche Beschulung in der Heimatklasse ist.

Von daher sollen diese Ziele

- positiv formuliert sein.
- konkretes Verhalten beinhalten, so dass die Ziele Kindern und Eltern eine klare Orientierung geben.
- vom Kind leistbar sein.
- möglichst kleinschrittig sein.

Besonders die positive Formulierung des erwünschten Zielverhaltens fällt manchmal nicht leicht, ist aber von großer Bedeutung. Bei der Formulierung „Fritz stört die anderen Kinder im Unterricht nicht“ ist die Frage nicht beantwortet, was Fritz stattdessen tun soll. Doch das zu erreichende Verhalten (leise arbeiten, sich auf die eigenen Aufgaben konzentrieren) muss in den Fokus der Aufmerksamkeit.

Im Sinne des lösungsorientierten Ansatzes hat schon die Formulierung von positiven Zielen Effekte, da sie die Fokussierung auf die Probleme umwandelt in eine Orientierung auf Ziele. Ein Schritt aus der „Problemtrance“ in die „Lösungstrance“ (nach G. Schmidt / Systemiker).

Wichtig ist, dass diese Ziele für Kinder und Eltern nachvollziehbar sind und dass alle Beteiligten mit der Zielsetzung einverstanden sind. Gerade bei jüngeren Kindern müssen die Ziele den Kindern auch immer wieder von den Eltern an Beispielen verdeutlicht werden.

Während in den Familienklassen

und -schulen nach dem „family education“ Modell die Zielerreichung mit positiven und negativen Konsequenzen im häuslichen Bereich verbunden ist, haben wir ähnlich wie unsere dänischen Kollegen nach einer kurzen Experimentierphase auf positive und negative Verstärker weitgehend verzichtet und uns auf die Bewertung der Zielerreichung und ihre graphische Darstellung (s. unten) beschränkt.

Mittwoch ist FiSch-Tag

Praktischer Ablauf von Familie in Schule

Der Mittwoch ist für die Kinder der Tagesklinik Baumhaus, die am **FiSch**-Programm teilnehmen, der **FiSch** Tag. Die Gruppe besteht neben den regulär zu beschulenden Kindern der Tagesklinik aus max. 8 Kindern mit ihren Elternteilen, einer Lehrkraft und einem Therapeuten. Für jedes Kind, das an **FiSch** teilnimmt, werden Verhaltensziele von den Lehrkräften der Heimatschule benannt.

Darunter befinden sich „Klassiker“ wie

- Marco arbeitet sauber.
- Marco konzentriert sich auf seine Aufgaben.
- Marco meldet sich, bevor er etwas sagt.
- Jasmin arbeitet leise.
- Jasmin befolgt die Anweisungen der Erwachsenen.

Andererseits gibt es immer wieder „exotische“ Ziele wie

- Jasmin setzt im Unterricht ihre Brille auf.
- Jasmin schaut nur nach vorne.

Wir halten während der gesamten Behandlungszeit einen intensiven Kontakt zu den Heimatschulen.

Kinder, die an **FiSch** teilnehmen, besuchen auch stundenweise den Unterricht ihrer Heimatschule. Wir starten meistens mit zwei Unter-

richtsstunden. Im Verlauf der folgenden Wochen werden diese Stunden stetig aufgestockt.

Diese vergleichsweise frühe Reintegration hat viele positive Aspekte:

- die Kinder haben die Möglichkeit, Gelerntes unter den Rahmenbedingungen der Heimatschule (die sich sehr von unseren unterscheiden) zu zeigen.
- Es ist nicht mehr so, dass das Kind in der Klasse mehrere Monate fehlt und dann irgendwann wieder auftaucht, sondern eine soziale Integration wird unterstützt.
- Durch das zumeist angemessenere Verhalten des Kindes nehmen Mitschüler und Lehrkräfte das Kind wieder positiv wahr.
- Das Kind ist nicht mehr der Störenfried.
- Oft haben wir den Satz gehört: „Seitdem Felix nicht mehr in der Klasse ist, ist es so ruhig!“ Durch die schrittweise Reintegration ist Felix wieder in der Klasse **und** es ist ruhig!

Insgesamt erwies sich die enge Vernetzung mit den Heimatschulen als ausgesprochen sinnvoll. Die beteiligten Lehrkräfte zeigen sich überwiegend sehr kooperativ, offen und interessiert. Durch die enge Vernetzung mit den Heimatschulen sind viele Absprachen nötig. Themen dieser Gespräche sind beispielsweise das Faxen und Ausfüllen der Bewertungsbögen, die Ziele und der Unterricht am Rückbeschulungstag.

Beginn

Der **FiSch** -Tag selbst hat einen ritualisierten Ablauf.

Um 8.45 Uhr treffen sich die Eltern mit dem Therapeuten zu einer Vorbesprechung. Ziel dieses Treffens ist u.a. die Erklärung des Ablaufs für neue „**FiSch** - Eltern“.

Zudem erhalten die Eltern die „FiSch -Mappe“. Das ist ein Hefter mit den Zielen und den dazugehörigen Bewertungsergebnissen der letzten Schulwochen. In dieser Runde werden dann auch die Möglichkeiten und Ideen der Eltern besprochen, wie sie ihre Kinder während der nächsten beiden Unterrichtsstunden unterstützen können. Dazu können die Eltern persönliche Ziele bezüglich ihres eigenen Erziehungsverhaltens für diesen Vormittag formulieren (z.B.: „ich möchte ruhig bleiben, auch wenn Kevin mich sehr fordert“).

Unterricht

Um 9.15 Uhr trifft sich dann die oben beschriebene **FiSch** -Gruppe und beginnt den Unterricht gemeinsam mit einem Morgenritual und dem Vortragen und Besprechen der Ziele und Ergebnisse im Plenum durch die Kinder.

Anschließend folgen zwei Unterrichtsstunden mit den individuellen Arbeitsprogrammen der Kinder, die möglichst dem Lernstoff der Heimatschulen angepasst sind. Die Eltern begleiten den Unterricht je nach Anforderung, unmittelbar bei ihrem Kind im Klassenraum oder beobachtend aus einem abgeschlossenen Nebenraum heraus. An dieser Stelle setzt bei Bedarf das **Elterncoaching** an.

Mit Coaching ist im beraterischen und therapeutischen Setting ein Verfahren gemeint, dass zur Unterstützung im Erreichen von Veränderungen und Zielen gilt.

Elterncoaching im Unterricht hat das Ziel, die Eltern für das Verhalten der Kinder zu sensibilisieren, sie im Umgang mit ihren Kindern zu unterstützen und die elterlichen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Zur Umsetzung dieser Unterstützung bieten sich unterschiedliche Strategien an, wodurch sich das Elterncoaching in fünf Stufen operationalisieren lässt:

- aktuelles Verhalten thematisieren

- Problem definieren
- Handlung konkretisieren
- zielfokussiert moderieren
- Beobachtung des Kindes

Aktuelles Verhalten thematisieren:

Das augenblickliche Verhalten des Kindes ist Gegenstand der Reflexion im **FiSch** (keine „ollen Kamellen“, keine „ist-es-nicht-schrecklich“ Spiele).

Beispiel: *Kevin sitzt im Augenblick ruhig auf seinem Stuhl und macht dabei einen sehr konzentrierten Eindruck. Die begleitende Therapeutin beschreibt diese Beobachtung der Mutter gegenüber und fragt, ob sie dies bestätigen kann. Kevins Mutter bestätigt diese Beobachtung mit dem Zusatz, dass es ja die ganze letzte Woche so schwierig gewesen sei. Sie könne sich gar nicht vorstellen, dass Kevin in vier Wochen wieder jeden Tag die Heimatschule besucht. An dieser Stelle fokussiert die Therapeutin wiederholt die aktuelle Situation, in der Kevin ein gelingendes Verhalten zeigt. Dabei „lädt sie die Mutter ein“, ihren Focus ebenfalls auf diese positive Situation zu richten und sich nicht mit vergangenen Problemen oder zukünftigen Befürchtungen zu belasten. Dies wirkt auch negativen Vorannahmen entgegen und unterstützt eine Wahrnehmung im Hier und Jetzt.*

Problem definieren:

Das Verhalten des Kindes wird vor dem Hintergrund der Ziele mit den Eltern beschrieben. Daraus kann ein Konsens über die Bewertung des Verhaltens des Kindes geschaffen werden.

Beispiel: *Therapeutin: „Ich sehe, dass Kevin häufig aufsteht, zum Mülleimer geht um seinen Anspitzer auszuleeren (Verhaltensbeschreibung) und dadurch die anderen zu stören scheint (Verhaltensbewertung). Was ist Ihre Wahrnehmung? (Konsensschaffung)“.*

Handlung konkretisieren:

Diese Option beabsichtigt die Klärung, was genau kann jetzt wer gezielt tun? Dazu gehören Überlegungen, wie die Unterstützung des Kindes jetzt am sinnvollsten aussieht.

Beispiel: *Nachdem die Therapeutin und Kevins Mutter einen Konsens über das Verhalten von Kevin erreicht haben, wird geklärt, wie mit dieser Situation umzugehen ist. Vielleicht geht die Mutter zu Kevin und begleitet ihn an seinen Platz mit einer Erklärung, wann Kevin aufstehen und zum Mülleimer gehen darf. Oder die Therapeutin vermittelt zwischen Kevin und seiner Mutter, was die Mutter tun kann, damit Kevin an seinem Platz sitzen bleibt? Hierbei geht es um unmittelbare und klare Handlungsmöglichkeiten.*

Zielfokussiert moderieren:

Eine wichtige Aufgabe für den Therapeuten besteht darin, immer wieder auf die Ziele und möglichen Hilfestellungen zurückzukommen und sich nicht auf Phrasen und Nebenschauplätze einzulassen.

Beispiel: *„Klagegespräche“ der Eltern über Schule und Gesellschaft oder die Organisation von Spielabenden der Eltern werden von den Therapeuten unterbrochen. Dabei steht der Weg von passivem Verhalten zu aktivem zielgerichtetem Denken und Handeln im Vordergrund des Interesses. Klagegespräche und private Themen werden von uns daher nach wenigen Minuten aus einer wertschätzenden Haltung mit dem Hinweis auf die momentane Aufgabenstellung unterbrochen.*

Beobachtung des Kindes:

Eltern, die ihren Fokus auf unerwünschtes Verhalten des Kindes richten, regen wir zu Beobachtungen von positivem Verhalten ihres Kindes an.

Beispiel: *Kevins Mutter wird aufgefordert, sich schriftliche Notizen darüber zu machen, welches posi-*

tive Verhalten von Kevin sie während der Unterrichtsstunden insbesondere bezüglich der Ziele beobachtet.

Abschluss

Nach dem Unterricht trifft sich die Gruppe im Plenum zur Abschluss-sitzung, die mit einem Interview beginnt. Dazu findet sich jedes Kind mit einem anderen Elternteil zusammen. Dieser Elterntausch erwies sich besonders dann als sehr hilfreich, wenn es während des Unterrichtes zu Konflikten zwischen Elternteil und Kind kam. Im Interview hat jedes Kind die Chance, sich einzuschätzen. Diese Einschätzungen entsprechen meistens den Wahrnehmungen der beteiligten Erwachsenen.

Nach wenigen Minuten setzt sich das Multifamilienplenum wieder zusammen. Die Interviewbögen werden von den Eltern vorgetragen und das Verhalten der Kinder vor dem Hintergrund der Zielsetzungen beschrieben und bewertet.

Die endgültige Bewertung gibt die Lehrkraft, wobei teilweise Abweichungen von der Meinung der Eltern oder der Kinder im positiven oder negativen Sinne möglich sind.

War eine Bewertung sehr positiv, wird dies mit Applaus honoriert. Wir fragen dabei die Kinder immer wieder nach „Tricks“, die ihnen geholfen haben, ihre Ziele zu erreichen.

Ausblick

Bundesweit scheinen wir mit diesem Konzept ein äußerst Erfolg versprechendes Pilotprojekt gestartet zu haben. Bisher erfahren wir auf unser FiSch Programm eine sehr positive Resonanz. Viele interessierte Kolleginnen und Kollegen hospitieren bei uns und stellen Überlegungen an, ein ähnliches Programm in ihrem Schulalltag zu integrieren. Mittlerweile haben wir unter den Schleswiger Schulen Ko-

Das Bewertungssystem

Jedes Kind erhält wöchentlich einen Bewertungsbogen:

Name: Felix **Datum:** _____

Ziel A: Felix arbeitet ruhig

Ziel B: Felix konzentriert sich nur auf seine Aufgaben

Ziel C: Felix befolgt die Anweisungen der Erwachsenen

Ziel D: Felix meldet sich, wenn er etwas sagen möchte

Stunde	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag
1	A:	A:	A:	A:	A:
	B:	B:	B:	B:	B:
	C:	C:	C:	C:	C:
	D:	D:	D:	D:	D:
2	A:	A:	A:	A:	A:
	B:	B:	B:	B:	B:
	C:	C:	C:	C:	C:
	D:	D:	D:	D:	D:
3	A: 3	A:	A:	A:	A:
	B: 2	B:	B:	B:	B:
	C: 3	C:	C:	C:	C:
	D: 3	D:	D:	D:	D:
4	A: 3	A:	A:	A:	A:
	B: 3	B:	B:	B:	B:
	C: 2	C:	C:	C:	C:
	D: 2	D:	D:	D:	D:
5	A:	A:	A:	A:	A:
	B:	B:	B:	B:	B:
	C:	C:	C:	C:	C:
	D:	D:	D:	D:	D:

Bewertung: 3 oder 4 Ziel erreicht
1 oder 2 nicht erreicht

Wie zu sehen ist, werden oben die **Ziele** des Kindes eingetragen. In der Tabelle werden die Ziele jeweils für jede Unterrichtsstunde durch den **Lehrer bewertet**.

Die Abstufungen 1 und 2 sowie 3 und 4 (Kasten unten) haben den Zweck, den Kindern eine etwas differenziertere Rückmeldung innerhalb der Bewertung zu ihrem Verhalten geben zu können, da in der Auswertung lediglich ein „Geschafft“ oder „Nicht geschafft“ beschrieben ist. Die Bezifferung folgt dabei nicht den Schulnoten 1 -6!

operationspartner gefunden, die sich an FiSch beteiligen. Das heißt: in unserer FiSch-Gruppe haben wir Kinder zu Gast, die nicht teilstationär behandelt werden, sondern im Rahmen eines ambulanten Behandlungsangebotes mit ihren Eltern an FiSch teilnehmen.

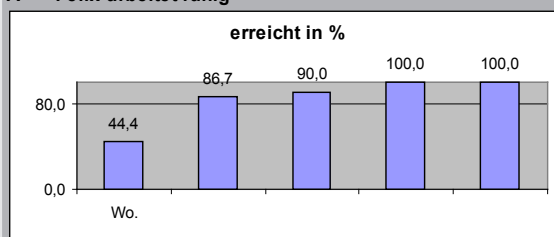
Mehrmals haben Kinder an Fisch teilgenommen, die vor einigen Monaten entlassen wurden und so eine „Auffrischung“ erhalten. Diese Kinder besuchen an vier Tagen in der Woche die Heimatschule und nehmen mit einem Elternteil an FiSch teil. Dadurch geraten die

Ziele erneut in den Fokus des Kindes und werden wieder präsenter.

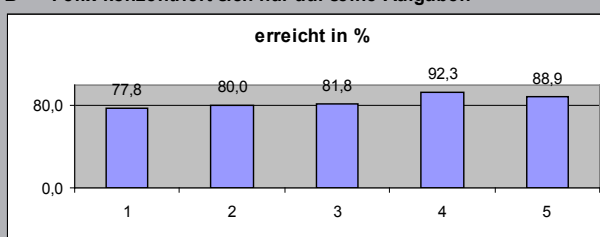
Der erste größere Schritt, FiSch-Klassen, ähnlich wie in Dänemark, im Regelschulsystem zu installieren, ist im Kreis Schleswig-Flensburg gemacht. In verschiedenen Veranstaltungen begegneten wir vielen engagierten Lehrkräften, die Interesse an derartigen Klassen zeigten. Problematisch war es aber, den Bereich des Elterncoachings abzudecken. Darum haben wir im Januar 2010 mit einer insgesamt fünftägigen Fortbildung „Elterncoaching im Unterricht“ begon-

Nach der Auswertung liest sich dieser Bewertungsbogen wie folgt:

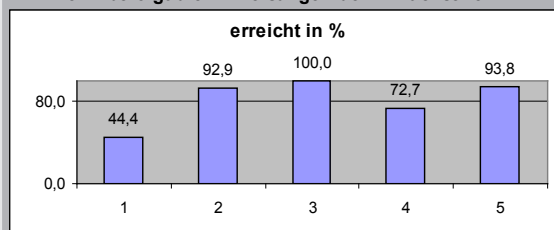
A Felix arbeitet ruhig



B Felix konzentriert sich nur auf seine Aufgaben



C Felix befolgt die Anweisungen der Erwachsenen



D Felix meldet sich, wenn er etwas sagen möchte



Pro Woche ist für jedes Ziel ein „Balken“ gezeichnet. Die Linie von 80% beschreibt dabei die „Ziellinie“. Ab hier hat Felix dieses Ziel erreicht. Das Bewertungssystem mit dem dazugehörigen Programm wurde uns freundlicherweise von unseren dänischen Kollegen zur Verfügung gestellt. Es zeigte sich, dass die Sichtbarmachung des persönlichen Erfolgs (Säulendiagramme) für die Kinder sehr motivierend ist, so dass wir auf die anfänglich eingeführten positiven Verstärker (Belohnungen) verzichten. Die Neurowissenschaften führen ähnliche Ergebnisse bei Untersuchungen zum selbstwirksamen Lernen an: Wenn ein Kind aus eigenem Antrieb einen Lernerfolg erzielt, so ist ihm das Belohnung genug. Einen positiven Verstärker könnte das Kind in diesem Zusammenhang dann eher wie eine Beleidigung empfinden!

Diese Auswertungen sind die Grundlage für den FiSch Tag.

nen. An dieser Fortbildung nahmen 15 Lehrkräfte teil.

Im November 2010 starteten weitere 20 Lehrkräfte mit dieser Fortbildung. Die Kosten für diese Fortbildung werden vom Land übernommen. Pro Förderzentrumsstandort im Kreis Schleswig-Flensburg können sich drei Personen als Coaches ausbilden lassen. Inzwischen gibt es auch Anfragen aus Nachbarkreisen für diese Fortbildung.

Im November 2010 wurden an vier Förderzentren im Kreis FiSch-Klassen eingerichtet. An drei weiteren Förderzentren starten FiSch-Klassen in den nächsten Monaten. Für diese Klassen wurden kreisweit 3,5 Planstellen (7 halbe Planstellen) geschaffen. Begleitet werden die Coaches und Lehrkräfte dieser Klasse von dem Schulpsychologen des Kreises. Es gibt eine enge Vernetzung untereinander, mit dem Schulamt und mit der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Derzeit gibt es ein reges Interesse an unserem Projekt aus verschiedenen Bereichen (Politik) und Regionen. Beispielsweise nehmen an der aktuellen Fortbildung auch zwei Teilnehmer aus Baden-Württemberg teil.

Nach anfänglichen Schwierigkeiten scheint es derzeit sogar zu gelingen, das Jugendamt einzubinden.

Für uns ist es momentan eine arbeitsintensive, aber auch sehr spannende Zeit. Interessiert begleiten und beobachten wir den Aufbau der FiSch-Klassen.

Wir sind immer wieder erfreut darüber zu erleben, wie schnell die Eltern und Lehrer zur Mitarbeit zu gewinnen sind. Die Erfahrungen zeigen, dass die meisten Eltern gewillt und in der Lage sind an einem schulbezogenen Multifamilienprogramm teilzunehmen. Der Zugewinn an Erziehungssicherheit durch die Teilnahme an diesem

Programm wirkt sich auch auf die häusliche Situation äußerst positiv aus.

Anschaulich wird unser Projekt in einem Beitrag des Fernsehsenders 3 Sat dargestellt. Er ist auf der Website des Senders in der Mediathek zu finden. Der Titel lautet „Wieder fit für die Schule“ und wurde am 02. Juli 2010 gesendet.

Kontakt:

Schleiklinikum SchleswigKlinik für Kinder – und Jugendpsychiatrie:

ulrike.behme-matthiessen@damp.de
thomas.pletsch@damp.de

Schule Hesterberg/Schleswig:

Tel.: 04621 / 83 1650

Kerstin Bock / Andre Nykamp

schule.hesterberg@t-online.de



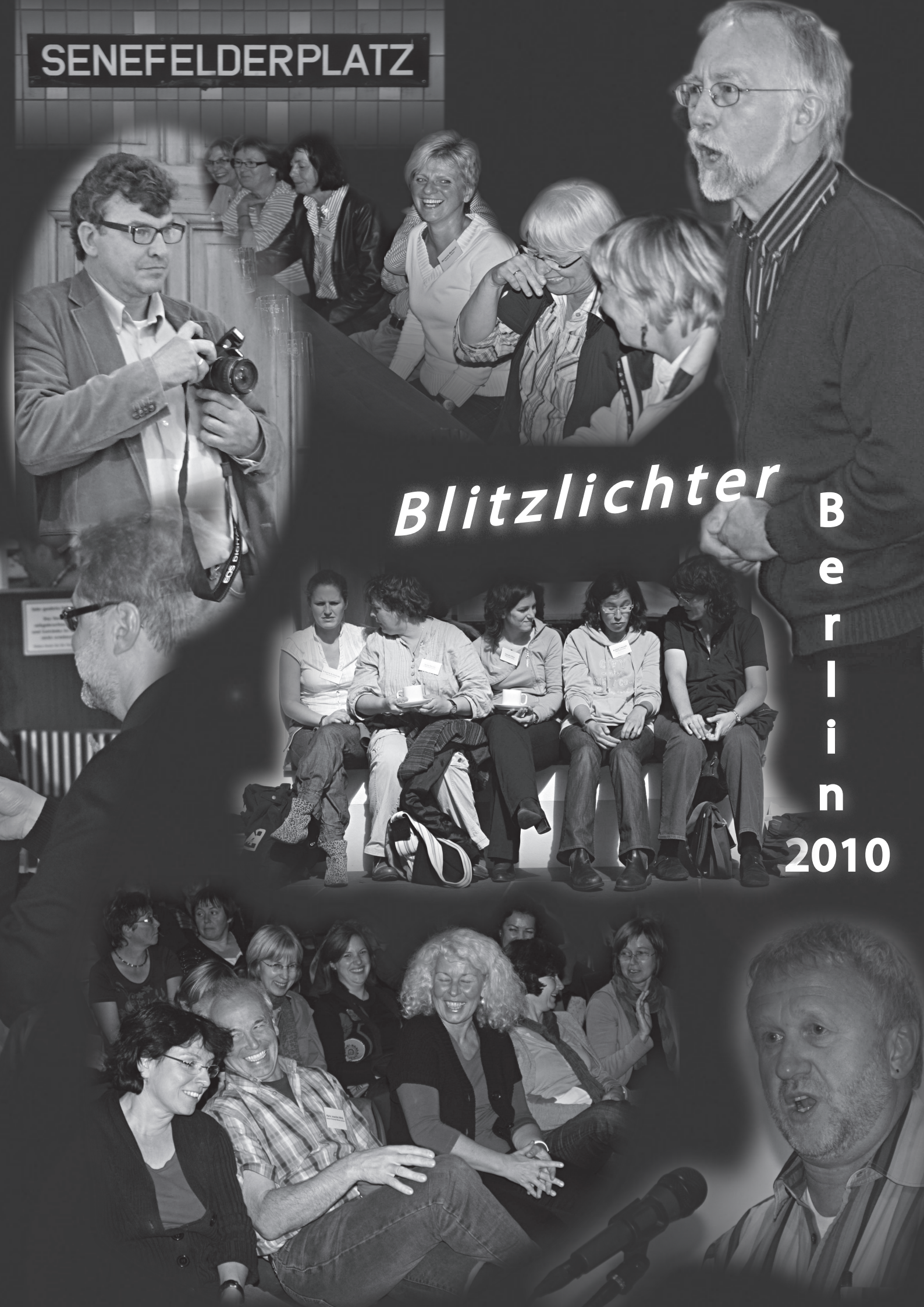
Pfefferbett
HOSTEL

SENEFELDERPLATZ

Blitzlichter

B
e
r
l
i
n

2010



Komm, wir finden einen Schatz!

Geocachen mit Schülern an der Ruhrlandschule in Essen.

Anika Welz

Geocachen ist die moderne Art der Schnitzeljagd und wird seit einigen Jahren rund um den Globus praktiziert.

Es geht dabei darum, anhand von im Internet veröffentlichten Geokoordinaten ‚Schätze‘, so genannte Geocaches zu finden. Dabei handelt es sich um Behälter, meist Plastikdosen, in denen sich ein Logbuch und, je nach Größe des Caches, kleine Tauschobjekte wie Überraschungseierfiguren und ähnliches, befinden. Der Finder des Geocaches trägt sich in das Logbuch ein, entnimmt dem Behälter einen der Schätze und lässt selbst einen Gegenstand zurück, sodass immer eine gleiche Anzahl Tauschobjekte in dem Behälter verbleiben. Zusätzlich enthalten viele Caches Informationen über ihre Umgebung, z.B. Historisches zu Denkmälern, Plätzen, Informationen zu Naturschutzgebieten, ihrer Tier- und Pflanzenwelt etc.

Die Schülerinnen und Schüler erhalten bei diesem Spiel die Gelegenheit, geographische Kenntnisse zu erlangen und das Koordinatensystem der Erde zu verstehen. Sie lernen, sich anhand von Koordinaten, Höhenlinien, Kartenmaterial und Kompass (je nach GPS-Geräte Typ) zu orientieren. Geocachen trainiert problemlösendes Verhalten, strukturiertes Arbeiten, Konzentration und Durchhaltevermögen. Es erfordert Absprachen und Austausch untereinander und fördert den Teamgeist. Zusätzlich vermittelt es spielerisch Informationen zu dem erkundeten Ort, z.B. über Rätsel, die gelöst werden müssen.

Was sich erstmal kompliziert anhört, ist eigentlich ganz einfach und ein Riesenspaß für Menschen jeden Alters. Alles was man braucht ist ein GPS-Gerät und Internetzugang.

Eine bewährte Marke bei GPS-Geräten ist ‚Garmin‘. Je nach Ausstattung sind die robusten Empfänger ab 80 Euro erhältlich. Die zwei bekanntesten Internetseiten, auf denen Geocaches veröffentlicht werden sind geocaching.com und opencaching.de.

Zunächst ist eine kostenlose Registrierung auf der Internetseite (hier am Beispiel geocaching.com) erforderlich. Dann kann man über den Button ‚Hide and Seek a Cache‘ einen Cache in der gewünschten Umgebung heraussuchen. Hierzu benutzt man am einfachsten die Möglichkeit der Suche über Googlemap und gibt eine Stadt bzw. auch eine Straße oder einen Stadtteil ein. In der Karte werden nun alle Caches der Umgebung angezeigt (s. Abbildung). Klickt man einen Cache an, öffnet sich eine genaue Beschreibung des Caches.

Es gibt diverse Arten von Caches, die drei größten und für Schüler geeigneten werden im Folgenden beschrieben. Da ist zunächst einmal der Traditional Cache. Hier bekommt man eine Koordinate, an der sich der Schatz befindet und kann diesen dann direkt suchen - ein guter Cache für Einsteiger. Dann gibt es Multicaches. Diese bestehen aus mehreren Stationen. Hier bekommt man zunächst nur die Koordinaten für den Ort des ersten Hinweises auf den Schatz. An der Fundstelle dieser ersten Station bekommt

man dann Hinweise auf weitere Koordinaten. Wie viele Stationen gefunden werden müssen, steht in der jeweiligen Beschreibung. Außerdem gibt es den sogenannten Rätselcache. Hier müssen an den Zwischenstationen Rätsel und Aufgaben gelöst werden, um zur nächsten Station und dann zum Schatz zu gelangen.

In der jeweiligen Beschreibung finden sich auch Angaben zur Größe des Caches, zum Schwierigkeitsgrad und auch zum Terrain, in dem sich der Cache befindet. Auch ob ein Cache für kleine Kinder geeignet ist und ob er beispielsweise mit Fahrrädern oder einem Rollstuhl machbar ist und wie lange man in etwa dafür braucht, erfährt man hier. Es empfiehlt sich, als Anfänger und mit Schülern einen einfachen Cache auszuwählen, da es teilweise hohes Durchhaltevermögen und sehr genaues Suchen verlangt, bis der Schatz an der angegebenen Stelle gefunden wird. Die Verstecke sind sehr vielfältig und teilweise sehr originell. Oft sind es hohle Bäume und Baumwurzeln und Verstecke unter Steinen. Es könnte aber auch ein Pilz sein, der unauffällig an einem Baum steht, aber aus Ton ist oder ein vermeintlicher Lichtschalter, der mit einem Magneten an einer Wand angebracht wurde.

Wer auf Nummer sicher gehen will, sucht den Cache erst einmal selber, bevor er mit einer Schülergruppe loszieht. Es gibt leider immer wieder Leute, die Cachebehälter zerstören oder mitnehmen, sodass dann nichts mehr gefunden werden kann. Die Caches werden von ihren Besitzern zwar meist schnell ‚repariert‘, aber es ist



Wichtig ist es mit den Schatzsuchern im Vorhinein Folgendes zu besprechen:

- Ich lege alle Hinweise und Schatzfunde immer exakt so zurück, wie ich sie gefunden habe, damit auch andere Cacher noch Freude daran haben.
- Ich nehme niemals die ganze Schatzdose mit, sondern tausche 1:1.
- Ich verhalte mich unauffällig, wenn Spaziergänger etc. vorbei kommen, um das Versteck eines Schatzes nicht zu verraten.

Schup Nr. 20
2011

Schüler Lust, einen Schulcache zu entwickeln, der durch die Umgebung der Schule führt und neuen Schülern Informationen gibt. Oder eine Schülergruppe schickt eine andere zu einem Rätselcache, der Aufgaben zu einem besprochenen Thema behandelt.

Hierzu hat das GPS-Gerät die Funktion ‚Koordinaten ermitteln‘. Das heißt, es müssen geeignete Orte gesucht und dann dort die Koordinaten gemessen werden. An den entsprechenden Stellen müssen dann nur noch die Hinweise, bzw. der Schatz versteckt werden und eine Beschreibung für die Sucher angefertigt werden. Schon kann es losgehen.

Die Nutzungsmöglichkeiten beim Geocachen sind vielfältig und die Investition in ein GPS-Gerät sein Geld mit Sicherheit wert.

35

Geocaching mit der PK1

Im Zuge der Projektwoche 2009 („Mein Schatz“) sind die Patienten und Lehrer der PK1 am Montag, dem 22.6.09, zusammen mit Herrn Kandler (Lehrer an der RLS und Geocachingexperte) in den Hundewald gegangen, um 2 Caches zu suchen (wir fanden sie auch). Der erste Cache (Größe Micro, Inhalt: Logbuch) war seitlich in einer Steinbrücke zwischen zwei Steinen versteckt. Der zweite Cache (Größe Small, Inhalt: diverse Kleingegenstände, Logbuch) war mit Magneten unter einer blauen Stahlbrücke befestigt. Wir haben einige Gegenstände entnommen und eigene hinzugefügt und uns, wie beim ersten Cache, ins Logbuch eingetragen. Am Dienstag, dem 23.6.09, sind wir in zwei Gruppen geteilt auf die Suche gegangen: Eine Gruppe ging ohne GPS-Gerät in die Stadt und fand einen von zwei gesuchten Caches. Die andere Gruppe ging mit GPS-Gerät auf die Suche nach einem Rätselcache (mit mehreren Stationen), scheiterte aber am GPS-Gerät. Am Mittwoch, dem 24.6.09, wurde das Schulfest vorbereitet. Am Donnerstag, dem 25.6.09, fand dann das Schulfest statt. Unsere Gruppe erklärte den neugierigen Besuchern alles rund ums Geocaching. Am Freitag, dem 26.6.09, gingen wir noch mal auf die Suche nach dem Rätselcache (mit neuem GPS-Gerät) und fanden den Cache auch (Größe Regular; Inhalt: Logbuch, diverse Kleingegenstände). Damit war unsere Projektwoche beendet.

G., 14 Jahre



Beitrag zum Projekt Geocaching aus der Schülerzeitung der Ruhrlandschule



Radio PMS

Radio als Unterrichtsangebot an der Paul-Martini-Schule, Schule für Kranke in Bonn

Michael Zonker

„Guten Morgen Paul-Martini-Schule, hier ist wieder Radio PMS, für Euch im Studio ...“

Dieser Satz, verbreitet durch die Schulsprechanlage der Paul-Martini-Schule (PMS) in Bonn, ist jeden Freitag um Punkt 12 Uhr in den Klassenräumen und Fluren zu hören. Dann beginnt wieder die Radiosendung, die ein Team, bestehend aus Schülern* der Klassen 8 bis 13 und einem Lehrer, für die Schulgemeinschaft vorbereitet hat. Das Schulradio hat sich seit 2007 als außerschulisches Angebot im speziellen Kontext der Schule für Kranke etabliert.

* Der Begriff „Schüler“ umfasst Schülerinnen und Schüler und wird im weiteren Verlauf zur besseren Lesbarkeit verwendet.

tinnen und Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Abteilung für Sprachentwicklungsstörungen und der Bonner Stottertherapie. Der Unterricht findet in von sonderpädagogischen Lehrkräften geleiteten, klassenähnlichen Gruppen statt. Eine Aufteilung der Schüler in zwei dreistündige Unterrichtsböcke ermöglicht dabei eine optimale Beschulung. Der Stundenplan der Schüler umfasst in der Regel 2 bis 5 Unterrichtsstunden mit den Schwerpunktfächern Deutsch, Mathematik, Englisch und Sachunterricht bzw. Erdkunde, Biologie und Geschichte/ Politik.

richtsorganisation durch parallel zum Unterricht stattfindende Zusatzangebote, wie die Radio-AG, auf das persönliche krankheitsbedingte Lernprofil der Kinder und Jugendlichen einzustellen. Folgende Ziele stehen bei der Gestaltung der Unterrichtsangebote im Vordergrund: Unterstützung der sozial-emotionalen Stabilisierung, Steigerung des Selbstvertrauens und der Selbstständigkeit sowie die Anbahnung bzw. Stabilisierung der Lern- und Leistungsbereitschaft (vgl. BAIERL 2008). Die Zusatzangebote als ein Baustein von Unterricht stehen dabei nicht isoliert da,

sondern stehen im konzeptionellen Zusammenhang mit den übergeordneten Schwerpunkthemen der PMS. Besonders das Thema Gesundheit bildet für viele Unterrichtsinhalte, Projekte und AG's den inhaltlichen Rahmen. Die PMS

hat durch ihre exponierte Stellung im Spannungsfeld von Krankheit und Gesundheit schon seit längerem die Förderung von Gesundheit in den Mittelpunkt ihrer (konzeptionellen) Arbeit gestellt.

Neben der Radio-AG finden an festgelegten Wochentagen folgende stufenübergreifende außerunterrichtliche Angebote statt: Schreibwerkstatt, Schulzeitung Intermezzo, KI-JU Atelier (Kunstwerkstatt), StuBo (Berufsvorbereitung) und LIBBL (Lernen in Bewegung – bewegtes Lernen). Diese Zusatzangebote treten nicht in Konkurrenz mit dem „normalen“ Unterricht, sondern stellen nach Absprache mit dem Lerngruppenleiter für die Schüler eine besondere Ergänzung des vorgegebenen Stundenplans dar.

2010 erhielt die Paul-Martini-Schule den Schulentwicklungspreis „Gute gesunde Schule 2010“ von der Unfallkasse NRW.

Paul-Martini-Schule

Die Radio-AG ist fester Bestandteil im Schulleben der Paul-Martini-Schule, die als Schule für Kranke ca. 800 verschiedene schulpflichtige Kinder und Jugendliche pro Schuljahr unterrichtet, die krankheitsbedingt nicht ihre Heimatschule besuchen können. Im Durchschnitt werden derzeit täglich 122 Schüler während ihres (teil)stationären Aufenthaltes in Abteilungen der LVR-Klinik Bonn und der Universitätsklinik Bonn unterrichtet. Die Schulgemeinschaft umfasst Schüler aller Schulformen (allgemeinbildende, berufsbildende und Förderschulen) und aller Jahrgangsstufen (1 – 13) mit unterschiedlichen psychischen und physischen Krankheitsbildern. Die Lerngruppen im Schulgebäude der PMS und damit im Sendebereich des Schulradios besuchen Patien-

Neben der beschriebenen Heterogenität befindet sich die Zusammensetzung der einzelnen Lerngruppen im stetigen Wechsel, da die Schulbesuchsdauer der einzelnen Schüler in Abhängigkeit zum Klinikaufenthalt von wenigen Tagen bis zu mehreren Monaten betragen kann. Die zentrale Herausforderung im täglichen Unterricht besteht dadurch in der Verknüpfung der unterschiedlichen Lern- und Leistungsvoraussetzungen mit den individuellen krankheitsabhängigen Leistungsmöglichkeiten der Schüler.

Das Redaktionsteam der Radio-AG setzt sich in erster Linie aus Schülern der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie zusammen. Die PMS versucht, sich neben der Unter-

RADIO PMS

„weil ich Spaß an Musik habe... (Teilnehmer, DJ)“

Die Radio-AG beschreibt ein Angebot an Schüler der Klassen 5 bis 13, die zusammen mit einem Lehrer das Radio PMS wöchentlich auf Sendung bringen. Endprodukt ist eine etwa 25minütige Live-Sendung, die über die Schulsprechanlage für alle Schüler und Lehrer im Schulgebäude der PMS ausgestrahlt wird. Ziel ist es, dass die aktuelle Sendung möglichst selbstständig von den Schülern vorbereitet und gesendet wird.

Organisation

Das Team der Radio-AG trifft sich zwei Mal in der Woche. Eine Unterrichtsstunde ist am Vortag der Sendung und drei Stunden am Sendetag. Ein Klassenraum wurde dafür mit dem notwendigen technischen Equipment ausgestattet und dient als Redaktions- und Senderaum. Die Radio-Woche beginnt mit einer Redaktionskonferenz, in der mögliche Inhalte diskutiert, Aufgaben besprochen und der grobe Sendeablauf geplant werden. Grundlage bildet dabei ein Verlaufskonzept, das die Zeit bis zur Sendung und den Sendeablauf selbst vorstrukturiert. Dies bietet den Vorteil, dass sich trotz der hohen Fluktuation neue Schüler schnell in das bestehende Team einfinden und die Radiomacher möglichst selbstständig arbeiten können.

Nach der ersten Redaktionskonferenz beginnt die Arbeitsphase, in der folgende Aufgaben erledigt werden:

- Recherchieren von Themen
- Anfertigen von (Nachrichten) Texten
- Vorbereiten von Interviews

- Auswahl der Musik
- Check-up der Technik.

Die Aufgabengebiete spiegeln auch die verschiedenen „Resorts“ wieder, die innerhalb des Radioteams vergeben werden. Sie sind nicht fest vergeben, sondern können während der Vorbereitung und auch in der nächsten Sendephase wieder wechseln. Die Schüler können folgende Positionen rund um eine Radiosendung einnehmen:

- Vorbereitung: Redakteur, Reporter, Archivar oder Techniker
- Sendung: Nachrichtensprecher, Interviewer, Studiogast, Techniker und DJ.

Ist die Vorbereitungsphase am Sendetag beendet, findet eine weitere Redaktionskonferenz statt, an die sich eine Generalprobe der Sendung anschließt. Im Probedurchlauf können Texte eingeübt, Abläufe verfeinert und zuvor unbemerkte Fehler beseitigt werden. Zudem gibt es den Schülern vor dem Live-Auftritt eine ge-

wisse Sicherheit und hilft die Aufregung zu minimieren. Pünktlich zur festgelegten Zeit startet dann live die neue Sendung mit einer Mischung aus Nachrichtenblöcken, Gewinnspielen, Musikwünschen, Umfragen und Interviews.

Eine zunächst erprobte Reflexionsrunde unmittelbar nach der Sendung hat sich nicht bewährt. Zu groß war noch die emotionale Beteiligung, als dass sachlich Stärken und Schwächen der letzten Sendung hätten analysiert werden können. An Stelle einer Anschluss-Reflexionsrunde tritt heute eine kurze Rückschau mit einer Woche Zeitverzug in der Redaktionskonferenz für die folgende Sendung: Was hat funktioniert, was nicht, und wie kann man künftig ein konkretes Problem lösen? Hinzu kommen die Sichtung von Zuschriften, Musikwünschen und mitunter schriftlicher Rückmeldungen durch die Schulleitung in Form von (Dankes-)Briefen an die Redaktion oder Hörer-Kritiken, die aus strukturierten Zuhör-Aufträgen der höheren Lerngruppen erwachsen.

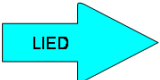
Guten Morgen, Paul-Martini-Schule. Hier ist Radio PMS. <table border="1"> <tr> <td data-bbox="515 1350 790 1368"> Heute für euch im Studio: </td> <td data-bbox="790 1350 973 1368"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1386 790 1464"> Sven - LG Kohlhasse Tim- LG Zonker Mona - LG Kußerow Matthias - LG Lindenlaub </td> <td data-bbox="790 1386 973 1464"> Musik & Technik: Marvin- LG Greiffendorf </td> </tr> <tr> <td data-bbox="515 1503 790 1543"> Mitarbeit in der Redaktion: Daniela - LG Kohlhasse </td> <td data-bbox="790 1503 973 1543"></td> </tr> </table> Wir geben ab an die Nachrichten. (SOUND EFFECT: NACHRICHTEN-TICKER)	Heute für euch im Studio:		Sven - LG Kohlhasse Tim- LG Zonker Mona - LG Kußerow Matthias - LG Lindenlaub	Musik & Technik: Marvin- LG Greiffendorf	Mitarbeit in der Redaktion: Daniela - LG Kohlhasse		 Weiter geht es mit Musik Auf Wunsch von Kerstin aus der LG Collenberg spielen wir nun Taylor Swift mit "You belong to me". Viel Spaß 
Heute für euch im Studio:							
Sven - LG Kohlhasse Tim- LG Zonker Mona - LG Kußerow Matthias - LG Lindenlaub	Musik & Technik: Marvin- LG Greiffendorf						
Mitarbeit in der Redaktion: Daniela - LG Kohlhasse							
Radio Rätsel - Was flimmert in der Kiste? Wir bringen das Lied zu einem Film oder einer Serie: Wer es kennt, wirft die Antwort mit dem eigenen Namen und dem der Lerngruppe in die Radio-Box gegenüber vom Lehrerzimmer. Und jetzt ziehen wir live den Gewinner des letzten Radio-Rätsels. Es iiiiiiiiiiiist: SOUND EFFECT GONG Tabea aus der LG Lindenlaub! Bitte hol dir deinen Preis nach der Show bei uns im Studio ab. Und jetzt kommt auch schon das neue Ratelied. Also: Spitzt eure Ohren und eure Stifte... 	Nachrichten für Kinder Rätsel um den blauen Storch Der blaue Storch hatte in den letzten Wochen für viel Rätselraten gesorgt. Das Tier war in sein Sommerquartier in Brandenburg zurückgekehrt – und zwar mit blauen Federn! Jetzt ist das Rätsel um den bunten Vogel gelöst. Fachleute haben eine seiner Federn im Labor genau unter die Lupe genommen. Und festgestellt: Es handelt sich um eine Farbe, die unter anderem zum Drucken verwendet wird. Der Storch könnte sich zum Beispiel auf einer Mülldeponie damit bekleckert haben. Er wird aber wohl nicht ewig so blau bleiben, sagen Vogelexperten. Die Federn reinigen sich nämlich selbst. Und außerdem wechselt der Storch sein Gefieder alle zwei Jahre aus. Wenn die weißen Federn nachwachsen, könnte er also getupft aussehen – auch schön!						

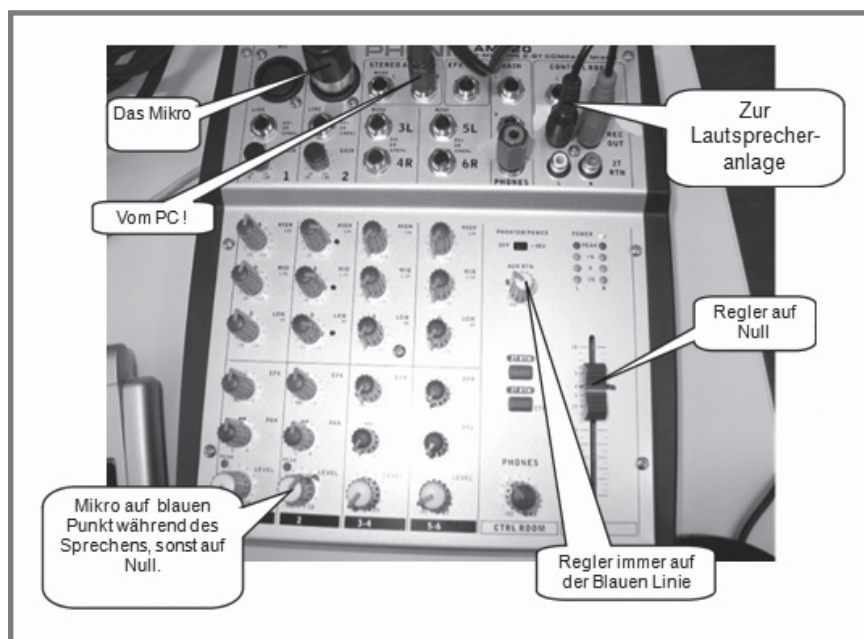
Abb. 1: Sendeplanvorlagen (Bsp. 30. Sendung 2009/2010)

Inhalt

Der den Schülern zu Verfügung stehende Ablaufplan gliedert sich in zwei Teile: Inhalt und Technik. Die Materialien werden den AG-Mitgliedern über Datenbanken (Schulserver und externe Server) zugänglich gemacht, so dass an verschiedenen Arbeitsplätzen im Schulgebäude Aufgaben bearbeitet werden können (vgl. Abb. 1).

Inhaltlich gibt es einen Pool an Kategorien, der sich im Verlauf der ca. 3 Jahre Radio-AG entwickelt und manifestiert hat. Die Auswahl für die neueste Sendung richtet sich nach der aktuellen Nachrichtenlage, den Ideen, die in der Redaktionskonferenz entwickelt werden und den Zeitvorgaben durch den Sendeplan. Dabei können, neben den bekannten Genres, auch eigene, neue Inhalte eingebracht werden. Die untere Tabelle stellt die Kategorien dar, wobei die mit Sternchen gekennzeichneten Inhalte fester Bestandteil jeder Sendung sind.

Neben dem Inhalt bildet die Musik das Gerüst von Radio-PMS. Die Musikauswahl richtet sich dabei nach den Vorstellungen der Radio-redaktion und Musikwünschen, die von allen Schülern über einen Radio-Briefkasten mitgeteilt werden können. Es gibt keine festgelegten



Genres, gespielt wird ein breites Spektrum von Pop, Rock über Hip-Hop und Heavy-Metal. Ausschlusskriterien sind nur pornographische und gewaltverherrlichende Texte. Die Musiktitel, sowie der gesamte inhaltliche Teil werden nach den Sendungen archiviert. Es ist durch eine dezentrale Verwaltung (externe Festplatte und Google-Konto) den Schülern bei der Vorbereitung neuer Sendungen immer möglich, auf autorisierte Daten vergangener Ausstrahlungen zurückzugreifen.

Technik

Die technische Ausstattung für die Radiosendung ist speziell auf die

technischen und räumlichen Voraussetzungen der PMS ausgerichtet. Über Ablaufpläne und bildgestützte Bedienungsanleitungen können auch Schüler mit geringen technischen Vorkenntnissen nach einer kurzen Einarbeitungszeit diesen Part übernehmen (s. Abb. 2)

Im Folgenden werden die Einzelkomponenten der technischen Ausstattung aufgeführt:

Durch die Verteilung der Kinder und Jugendlichen auf zwei Unterrichtsböcke können nicht alle Schüler die Live-Sendung verfolgen. Aus diesem Grund werden die Live-Sendungen in Zukunft aufgezeichnet und für den 1. Unterrichtsblock am Folgetag ausgestrahlt. Dieses Verfahren befindet sich momentan in der Testphase.

Radio an der Schule für Kranke

„Das finde ich an Radio PMS gut...Musikwünsche, Rätsel, Wetterfrosch, Gewinnspiele, gewinnen, Eigeninitiative der Schüler, Texte verfassen, Musik auswählen, lenkt ab, neues Erfahren... (Umfrage zum Radio an der PMS 2010)“

Eine neue Untersuchung von MENDE (2010) zeigt, dass das Ra-

Nachrichten*	Schule, Klinik, Region, Deutschland, Welt, Kurioses, Wissenschaft und Technik, Stars und Sternchen, Sport
Radio-Tipp	Musik, Lesen, Kino
Interview	Schüler, Lehrer, Klinikmitarbeiter
Umfrage	
Gedichte	
Radio-Rätsel*	wöchentlicher Gewinn
Grüße	
Comedy	Witze, „Fake-Meldungen“
Wetter*	
Fußball-Tippspiel	wöchentlicher Gewinn
Musik*	Redaktionsauswahl, Musikwünsche

(Tab. 1: Inhaltliche Kategorien)

dio und das Internetradio bei Jugendlichen trotz vieler neuer Unterhaltungsmedien nach wie vor eine hohe Präsenz und Relevanz im Alltag hat. Es wird vielfach assoziiert mit Emotionalität, konkret mit Leichtigkeit und Wohlfühlen. Des Weiteren ist Radio ein primärer Zugangsweg zu neuer Musik (vgl. MENDE 2010). Die Nähe von Kindern und Jugendlichen zum Radio, die Alltagsbezogenheit und die Vertrautheit mit diesem Medium bilden eine vielversprechende Basis zur Arbeit mit psychisch erkrankten Schülern. Diese befinden sich häufig in einer emotionalen Ausnahme-situation, die es notwendig macht, ihnen im Unterricht an der Schule für Kranke verschiedene Lernwege und Angebote zu eröffnen. Die Radio-AG eröffnet den Schülern vielfältige Möglichkeiten, Aufgaben im Prozess der Verwirklichung einer Radiosendung zu übernehmen, eigene Stärken einzubringen und neue Fähigkeiten zu entwickeln. Das Konzept fordert und fördert das selbständige Arbeiten. Entscheidend dabei ist, dass nach jeder Arbeitsphase das Endprodukt „Live-Sendung“ steht. Jeder Schüler hat in seinem Ressort einen Beitrag geleistet und kann,

vor allem in Verbindung mit dem positiven Feedback der Mitschüler und Lehrer, eigenes Selbstvertrauen aufbauen und stärken. Auch ermöglicht das „indirekte“ Präsentieren der eigenen Person beim Sprechen von Texten im geschützten Radoraum, im Gegensatz z.B. zum Theaterspielen vor Zuschauern, Schülern mit Angst- oder Kontaktstörungen Hemmschwellen abzubauen und angstbesetzte Situationen positiv zu bewältigen. Diese Erfolgserlebnisse auf den verschiedenen Ebenen können für die Schüler dann ein Anstoß sein, auch in den regulären Unterrichtsfächern Aufgaben anzugehen und krisenhafte Situationen besser zu bewältigen

Neben den vielfältigen individuellen Fördermöglichkeiten stellt das Radio PMS ein verbindendes Element im Schulleben der Paul-Martini-Schule da. Es ist für die heterogene Schülerschaft der einzelnen Abteilungen eine Informationsplattform, auf der Neuigkeiten und Nachrichten rund um Schule und Klinik zugänglich gemacht werden. Außerdem bietet die Radiosendung neben dem verantwortlichen Radio-Team allen Schülern die Mög-

tung. Beliebt, besonders bei den jüngeren Schülern, sind die Gewinnspiele. Beim Radorätsel kann z.B. jede Woche ein kleiner Preis gewonnen werden. Zudem ermöglicht das Einreichen von Grüßen, Kontakte zwischen Schülern verschiedener Lerngruppen und Klinikstationen anzubahnen und zu pflegen. Nicht zuletzt können alle Radiohörer die Sendung mit ihren Musikwünschen und Themenvorschlägen nach ihrem persönlichen Geschmack gestalten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass Radio an der Schule für Kranke über den Unterhaltungswert hinaus auch die Chance bietet, Förderziele in einem außerunterrichtlichen, motivierendem Rahmen umzusetzen und das Schulleben zu spiegeln und zu gestalten. In diesem Sinne: „Schalten Sie auch nächste Woche ein, wenn es wieder heißt: ‚Guten Morgen Paul-Martini-Schule‘...“

Michael Zonker

Lehrer für Sonderpädagogik –
Paul-Martini-Schule, Schule für
Kranke, Bonn

<mich.zonker@gmx.de>

Hardware	Software
▪ PC mit Internetanschluss ▪ Externe Festplatte ▪ 4-Kanal Mischpult ▪ Mikrofon ▪ Verbindungskabel zur Schulsprechanlage	▪ Google Text und Tabellen (Speicherort der Sendepläne mit hierarchischen Zugangsrechten für Redakteure und Technikern) ▪ Mediaplayer ▪ Audacity® (Audio-Schnittprogramm) ▪ Browser-Add-on „youtube-to-mp3“ (legale Musikbörse) ▪ Synchronisationsprogramm für Datenbackup

Literatur

BAIERL, M. (2008): „Herausforderung Alltag – Praxishandbuch für die pädagogische Arbeit mit psychisch gestörten Jugendlichen“, Göttingen.

MENDE, A. (2010): „Das Radio in der digitalen Welt“, in: Media Perspektiven 7-8/2010

lichkeit der Teilhabe und Gestal-

Über den Zaun geschaut

Mitten im Grünen steht in Ganterschwil bei St. Gallen die Schule der Klinik Sonnenhof.

Benno Walser

Hinter den sieben Bergen...

...steht eine märchenhafte Klinik, wo gelernt, gesägt, gemalt, gesungen, geweint, therapiert, beobachtet, gefordert und gefördert wird. Die sieben Berge heißen Churfürsten, das Dorf Ganterschwil liegt im Feriengebiet Toggenburg, südwestlich der Stadt St. Gallen. Die sieben Zwerge sind 36 Kinder und Jugendliche mit unterschiedlichen psychischen Störungen, die hier im März 2009 einen großzügigen Neubau beziehen konnten. Auch die beiden Schulhäuser samt Turnhalle stehen mitten im Grünen am Rand des örtlichen Fussballplatzes - rundherum weidet das Vieh - und hier verfasste ich diesen Bericht als Schulleiter und regelmäßiger Gast der SchuPs-Tagungen.

Nur stationäre Schüler

Der Schulweg misst bloß fünfzig Schritte. Je sechs Schüler mit unterschied-

lichen Leistungsniveaus bilden eine Klasse. In der Anfangs- und Eingewöhnungsphase besteht der Stundenplan oft aus einem Teilpensum, welches im Laufe des Klinikaufenthaltes auf 28 Wochenlektionen ausgebaut werden kann. Primär konzentrieren wir uns auf die Fächer Deutsch, Mathematik, Französisch, Englisch, Sport, Singen, Werken und Zeichnen. Im Weiteren werden handlungsorientierte Fächer angeboten wie Individuum und Gemeinschaft, Mensch und Umwelt, Natur und Technik, freie Projektarbeit.

Besondere Anlässe

Während des Schuljahres finden Wahlfachkurse, Wanderungen, Exkursionen, Sommerfest, Schullreise, Projekt- und Wintersportwoche statt. Ende November führen wir je-

weils einen vielfältigen Bazar durch, an dem sich die Patienten mit selbst gefertigten Produkten beteiligen. Die Einnahmen aus dem Verkauf verwenden wir für Abschiedsfeiern und Ausflüge. Die Werkschüler erhalten aus dieser Kasse einen kleinen „Lehrlingslohn“: bis zu 3 Franken pro Arbeitstag.

Wer besucht die Werkklasse?

Die Werkklasse wird von Patienten besucht, welche die obligatorische Schulzeit abgeschlossen haben und sich für eine Ausbildung, einen weiteren Schulbesuch oder für eine praktische Tätigkeit vorbereiten wollen. Die Werkschüler belegen ein bis zwei Tage Unterricht im Klassenzimmer und drei bis vier Tage in der internen Werkstatt bei zwei erfahrenen Berufsleuten. Jede Klasse hat ein fixes Klassenzimmer von 20 bis 40 qm. Für das Werken gibt es zwei gut ausgestattete Werkräume, sozusagen als Relikt aus den achtziger Jahren, als in den teils

mehrjährigen Aufenhalten eine handwerkliche Vorlehre absolviert werden konnte.

Beurteilung

Die Klinikschule führt gemischte Klassen mit allen Schul-typen der obligatorischen neun Schuljahre und darüber hinaus der Berufsschule und des Gymnasiums. Nach einem Zeitraum von acht Wochen wird der Schüler in den Sozial-, Selbst- und Sachkompetenzen beurteilt. Dieser Bericht fließt an der „Gemeinsamen“ als Beitrag der Schule zur Diagnosefindung ein.

Privatrechtliche Anstellung

Die neun Lehrkräfte, von der Klinik privatrechtlich zu vergleichbaren Bedingungen wie in der Volksschule an-gestellt, sind je nach Einsatzbereich als Primar-, Real- oder Sekundarlehrer ausgebildet; mehrere haben zu-sätzlich ein Diplom in Heilpädagogik. In jeder Klasse hilft ein Schulassistent mit. Für die Schulassistenten ist Ma-tura oder eine Berufsausbildung Voraussetzung. Sie ist ein sechsmonatiges Vorpraktikum für eine Weiterausbil-dung im sozialen Berufsfeld.

Was geschieht nach dem Aufenthalt im Sonnenhof?

Übertritt oder Wiedereintritt in eine Schule oder Berufs-ausbildung bedingen eine sorgfältige Vorbereitung. Die Anschlusslösung wird gemeinsam mit allen Beteiligten gesucht und durch den fallführenden Therapeuten ko-ordiniert. Gegebenenfalls nimmt die Lehrkraft an Be-ratungsgesprächen mit Eltern und Vertretern der An-schlusschule teil.

Unsere Homepage: www.kjzp.ch



Verkaufsstand am alljährlichen Basar



Klassenzimmer Klasse 6-9



Klassenzimmer Klasse 1-3



Klassenzimmer Klasse 10

Zeige mir den Weg und ich beweise dir, dass ich ihn nicht gehen kann

Gedanken zum Vortrag von Michael von Aster

Bernd Giesen

Donnerstagvormittag - Begrüßung und Grußworte sind abgeschlossen. Prof. Michael v. Aster von der DRK Klinik Berlin ist vielen SchuPs-Gästen bereits von früheren Veranstaltungen her bekannt. Er wird uns in seinem Auftaktvortrag zur Tagung einige Ergebnisse seiner Arbeit im Zentrum für schulische und psychosoziale Rehabilitation vorstellen.

Wir Lehrerinnen und Lehrer an Schulen für psychiatrisch erkrankte Kinder sind ein höchst interessiertes Publikum. Oft lässt uns der schulische Alltag nicht einmal Zeit, die anstehenden Fragen zu formulieren, geschweige denn, brauchbare Antworten zu entwickeln. V. Aster beweist, dass er die Nöte seiner Zuhörerschaft kennt. Nach einer knappen statistischen Einleitung, ca. 61% der jungen psychiatrischen Patientinnen und Patienten gelangen durch schulischen Leistungsdruck in die Klinik, wendet er sich jenen Warum-Fragen zu, die wir in unserem Schulalltag oft (zu?) schnell mit der Antwort ADHS beantworten:

Warum können Kinder sich nicht konzentrieren? Warum können sie sich nicht auf ein Lerngeschehen einlassen, auch wenn es spannend und kurzweilig aufbereitet ist? Warum oft diese Untriebigkeit und innere Unruhe, obwohl in der Lerngruppe ein ruhiges Arbeitsklima herrscht? Warum, warum, warum?

Ma herrscht? Warum, warum, warum?

Michael v. Aster antwortet mit einem Einblick in die kindliche Entwicklung: Damit Kinder ihre Umwelt angemessen erfassen, nutzen und bewältigen können, ist es erforderlich, dass sie in ihrem Gehirn Strukturen anlegen, in denen sie diese Umwelt abbilden. Strukturen vereinfachen den kindlichen Umgang mit der Welt, indem sie Erfahrungen schnell abrufbar machen. Ein Kind muss sich nicht ständig völlig neu orientieren, sondern lernt Verhaltenssicherheit. Aufgrund gemachter Erfahrungen weiß es, wie es sich in neuen Situationen verhalten muss, um sie erfolgreich zu bestehen.

Solche Strukturen bilden sich bei einer gesunden Entwicklung in allen Lebensbereichen. Ein geregelter

ter, sich wiederholender Tagesablauf führt zu zeitlicher Struktur. Leben in bekannten, sich allmählich erweiternden Räumen geben Raum-Lage und örtliche Strukturen. Stabile und zuverlässige soziale Bindungen geben soziale Strukturiertheit.

Nun stelle man sich im Extrem ein Kind vor, dessen soziale Bindungen neben den wechselnden Partnern der Mutter wesentlich durch den Fernseher bestritten werden. Der Mutter selbst ist der Sprössling oft mehr Last als Freude. Die Morgende werden im Bett, die Abende in Kneipen verbracht. Das Zuhause des Kindes ist mal die Wohnung der

Mutter, mal die des Lebensabschnittsfährten, mal die Oma, mal die Kneipe und ab dem zweiten

Lebensjahr auch oft die Kita. Dort holt Mama das Kind leider immer wieder verspätet ab, ohne vorher Bescheid zu sagen. Manchmal kommt auch jemand anderes.

Unser Kind hat gelernt, dass nichts in seinem Leben zuverlässig ist, außer Überraschungen und Enttäuschungen. Mit den Enttäuschungen wird es fertig, in-



dem es nichts mehr vom Leben erwartet. Vor den Überraschungen versucht es sich zu schützen, indem es ständig auf der Suche nach Umweltinformationen ist, alle Reize aufnimmt, um sich möglichst rechtzeitig vor einer neuen Überraschung oder Enttäuschung zu schützen.

Die Unmenge an Reizen überflutet unser Kind förmlich und es hat keine Möglichkeit, sie angemessen zu filtern und strukturiert abzuspeichern. Das erzeugt ein heilloses Durcheinander in den kindlichen Gedanken und Gefühlen und führt zu Dauerstress mit der Folge von Angst. Da Angst ein sehr unangenehmes Gefühl ist, versucht das Kind, ihr auszuweichen. Situationen, die angstbesetzt sein könnten, werden nach Möglichkeit vermieden. Da aber mangels Sicherheit durch den Rückgriff auf strukturierte Erfahrungen alle Lebenssituationen potenziell angstbesetzt sind, lernt das Kind ein permanentes Vermeidungs- und Ausweichverhalten. Es verfestigen sich Ausweichstrukturen, die ein positives Lernen blockieren.

Dieses Kind kommt in die Schule. Nach seiner Vorgeschichte hat es keinerlei Chance, sich auf Lernstoff und neue soziale Beziehungen einzulassen. Damit sind neue, positive Erfahrungen unmöglich. Das schulische Scheitern bereits in der ersten Klasse ist vorprogrammiert.

Zugegeben, „unser“ Kind ist ein Extrem. In unseren Schulen lernen wir Kinder aus einem breiten Spektrum von Förderung und Sozialisation kennen. Aber wir kennen alle „unser“ Kind aus eigener Erfahrung. Wir stehen immer wieder vor der Frage: Wo liegt der Ausweg aus diesem Destsaster? Wie können wir solchen

Kindern helfen? Ihre Konzentration stärken? Sie bei der Überwindung ihrer Unruhe unterstützen? Ihnen Freude an der Schule vermitteln?

V. Aster berichtet, dass in vielen Fällen zunächst eine Medikation mit Methylphenidat hilfreich ist, dessen Nebenwirkungen viel geringer sind, als die Nebenwirkungen, die das Leben ohne Medikament für die Kinder bereit hält.

Außerdem berichtet v. Aster von der erfolgreichen Arbeit im Zentrum für schulische und psychosoziale Rehabilitation. Mit gezielten Programmen gelingt es dort, in relativ kurzer Zeit bei den betroffenen Kindern die Fähigkeit zur positiven Strukturbildung und –nutzung nach zu entwickeln.

Entscheidende Bedeutung hat in diesem Entwicklungsprozess die Veränderung des kindlichen Selbstkonzeptes. Vom „ich kann nichts, deshalb will ich nichts“ wird durch positive Erfolgserlebnisse und Belohnungen eine Umkehrung hin zum „ich will, also kann ich es schaffen“ erreicht. Damit ist die Grundvoraussetzung für die Bildung von positiven Lernstrukturen geschaffen, nämlich die Bereitschaft, sich mit den Lernangeboten, die wir als (Klinik-)Lehrerinnen und –Lehrer anbieten, auseinander zu setzen.

Für uns stellt der erfolgreiche Umgang mit den Kindern eine professionelle Herausforderung dar, so betont Michael v. Aster weiter, die wir nur mit einer Didaktik des sozialen Lernens bewältigen können. Provokationen, Verweigerungen, Beschimpfungen und Gewalt sind nur einige der Facetten schülerischen Fehlverhaltens, die uns immer wieder an

die Grenzen des Aushaltbaren treiben. Unsere Professionalität muss sein, diesem Verhalten mit strukturierter, positiver Verlässlichkeit zu begegnen. Keinesfalls dürfen wir uns zu verdeckten, persönlichen Rachefeldzügen hinreißen lassen (z.B. schlechte Noten). Vielmehr müssen wir lernen, mit dem schwierigen Verhalten der Kinder angemessen umzugehen. Hilfreich dabei kann es sein, ein Fehlverhalten nicht als gegen uns persönlich gerichteten Angriff zu empfinden, sondern als Bitte, ja als verzweifelte Hilfeschrei nach Grenzen, Orientierung und Lebensstruktur zu interpretieren. Unsere sozialdidaktische Kunst besteht darin, das Nachgefragte in einer Weise anzubieten, welche die Kinder annehmen können. Dabei sind Einfühlungsvermögen und Phantasie gefragt. Geeignet ist fast jedes Mittel, das hilft, den Kindern Wege zu zeigen, auf denen sie gehen können.



Bernd Giesen

Schule an der Vestischen Kinder- und Jugendklinik Datteln

unterstufe@sfk-datteln.de

Die Brötchentagung

Wie ein roter Faden ziehen die Berliner Schrippen durch die SchuPs-Tagung 2010.

Bernd Giesen



Mittwoch, 15. September 2010 in Berlin, Bezirk Prenzlauer Berg, GLS Sprachenschule an der Kastanienallee

SchuPs-Teilnehmerinnen und –Teilnehmer sind ein anspruchsvolles Fachpublikum. Für Vortragende ist dieser Umstand äußerst angenehm, da sie vor interessiertem und, falls ihr Vortrag fachlich und didaktisch mindestens 100%ig ist, auch diszipliniertem Auditorium sprechen dürfen.

Zu Beginn jeder Tagung reisen SchuPs-Teilnehmerinnen und

–Teilnehmer aus allen Teilen der Republik zum Tagungsort an. Im vorliegenden Fall (s.o. Berlin) haben sich rund 432 aufmerksame Ohren auf den Weg zum GLS Campus in der Kastanienallee begeben. Die 432 brachten 216 hungrige Mäuler mit in die Hauptstadt, mit der Folge, dass sich zahlreiche gierige Hände bei ihrer Ankunft auf dem Campus auf die liebevoll bereitgestellten Brötchen stürzten.

Bereits zu diesem Zeitpunkt lobten erfahrene SchuPs-Stimmen die ausgezeichnete Qualität der feinen Backwaren, die zur Freude der Speisenden von zarter Hand mit Butter bestrichen, mit gesunder Vitaminschicht versehen und großzügig mit erlesenen Wurst- und Käsespezialitäten belegt waren. Wen will es da wundern, dass unser gefräßiges SchuPs-Publikum das stilvolle Buffet in Windeseile mit sonderpädagogischer Gründlichkeit geplündert hatte.



Zurück geschaut

Die Küche, an derlei Katastrophen gewöhnt, reagierte prompt und legte zügig Leckeres nach, auf dass die SchuPs-Reisenden satt würden.

„Schulische und psychosoziale Nachsorge für psychiatrieerfahrene usw, usw ...“ hieß der offizielle thematische Leitfaden der diesjährigen SchuPs-Tagung, der unter fachlichen Gesichtspunkten in vielerlei Hinsicht hervorragend bedient worden ist.

In Gourmetkreisen, und solche sind in der SchuPs'erschaft durchaus anzutreffen, wurde jedoch bereits an diesem ersten Abend diskutiert, ob nicht ein treffenderer Name für die Jahrestagung die Ehrenbezeichnung „Brötchentagung“ sei. Angeregt durch die wirklich weltklassische Qualität der Speisen des Eröffnungsabends zogen sich die Diskussionen durch die Berliner Tage, bis sie beim Abschiedessen ihre höhepunktliche Bestätigung fanden.

Ja, (auch) unter kulinarischen Gesichtspunkten stellte SchuPs Berlin eine Serie von Höhepunkten dar. Belegte Brötchen von mindestens gleich erlesener Qualität wie am Eröffnungsabend erfreuten die 216 Gaumen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Spree-Abend auf der MS

Sachsen. Dort, den 432 mitreisenden Augen zunächst geschickt verborgen, waren die Kulinariker im Unterdeck aufgetürmt. Und, nachdem das Buffet eröffnet war, heißhungrig verschlungen. Mitsamt den ergänzenden Kleinköstlichkeiten von Tier und Acker.

Wen will es wundern? SchuPs liebt Qualität.

Ein riesiges Dankeschön gebührt im Nachtrag den Veranstaltern der Tagung, die, Publikumsvorliebe erkennend, schnell und gewissenhaft belegte Brötchen in bekannter Qualität für das Abschiedsmenü orderten. Wieder begeisterte die liebevolle Gestaltung des einzelnen Schrippleins ebenso wie das Gesamtarrangement. Wieder hörte der aufmerksame SchuPsler Anerkennendes.

Ich war's zufrieden.

Danke Berlin, du kulinarische Schrippenstadt!



Nachsorge zum Gelingen bringen

Statements und Leitfragen als Grundlage für die abschließende Podiumsdiskussion der SchuPs-Tagung 2010 in Berlin.

Dr. Gesine Mörtl

Statement zur Fragestellung: „Wie muss Regelschule strukturiert sein, um psychosoziale Nachsorge zum Gelingen zu bringen und im präventiven Sinne dazu beizutragen Psychiatrisierungen zu verhindern?“

Ich bin Schulleiterin einer Schule im Wandel – von einer reinen Klinikschule mit eingeschränktem Nachsorgeauftrag hin zu einer Klinikschule für Jugendforensik mit einem erweiterten Nachsorgeauftrag, die schulische und psychosoziale Nachsorge von psychiatrisch behandlungsbedürftigen/psychotherapiebedürftigen Schüler/innen als gemeinsame interdisziplinäre Aufgabe zu realisieren. Unsere beständigen interdisziplinären Kooperationspartner sind dabei: die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Angehörige.

Kennzeichnung von Unterstützungssystemen als interdisziplinäre Aufgabe

Schule wird unterstützt durch die Schulpsychologie, Schule wirkt

nach außen unterstützend durch das Ambulanzlehrer/innensystem, Schule kann nach innen durch Mitwirkung von sozialpädagogischen Angeboten in einer Schulstation, einem Schülerclub, -café unterstützt werden.

Kinder- und Jugendhilfe bietet Unterstützungssysteme über das Jugendamt, über spezialisierte Beratungsdienste wie Erziehungs- und Familienberatungsstellen, über den Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienst, über sozialpädagogische Einzelfallhilfe, über Familienhilfe.

Sie gewährt Hilfen zur Erziehung, die ambulant, teilstationär und stationär angeboten werden. Sie unterhält spezifische Not- und Krisendienste.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wirkt unterstützend über den Kinder- und jugendpsychiatrischen Dienst, über entsprechende Kliniken, Tageskliniken und Institutsambulanzen. Ferner finden sich in diesem Unterstützungssystem niedergelassene

Fachärzte und Psychotherapeuten bzw. andere spezialisierte Medizinalfachberufe wie Ergotherapeuten.

Für das Gelingen der Kooperation in einem abgestimmten Unterstützungssystem empfehlen sich folgende **Leitfragen**:

- 1) Was brauchen Schüler/innen in welchen psychosozialen Krisen?**
- 2) Welche Einrichtungen fühlen sich in welcher Weise für benannte Krisen verantwortlich?**
- 3) Welche Möglichkeiten der Zusammenarbeit haben sich bisher mit den unterschiedlichen Einrichtungen bewährt?**
- 4) Welche Strukturen der Zusammenarbeit werden gebraucht?**

Für das Gelingen einer interdisziplinären Aufgabe gehört eine gemeinsame Grundhaltung, die



abgestimmte Handlungskompetenzen ermöglicht:

- erziehungsschwierige Situationen aushalten können
- Geduld zeigen
- Mut zur Unvollkommenheit haben
- Sorge um die eigene Psychohygiene tragen
- zuversichtliche Grundhaltung einnehmen

Selbst die KMK hat schon 2004 Empfehlungen zu einer gelingenden Kooperation gegeben:

1. Persönlichen Kontakt zwischen Fachkräften aus den unterschiedlichsten Bereichen herstellen und pflegen
2. Entwickeln und Pflegen einer Struktur für eine verbindliche

Zusammenarbeit

3. Rollenzuschreibungen für die Partner der Schule und außerschulischen Einrichtungen
4. Gemeinsame Fortbildungen
5. Transparenz vorhandener Angebote für die Angehörigen

Bezogen auf die UN-Behinderertenrechtskonvention sind alle Beteiligten einer interdisziplinären Aufgabe gehalten Überlegungen zum Gelingen von Inklusion anzustellen.

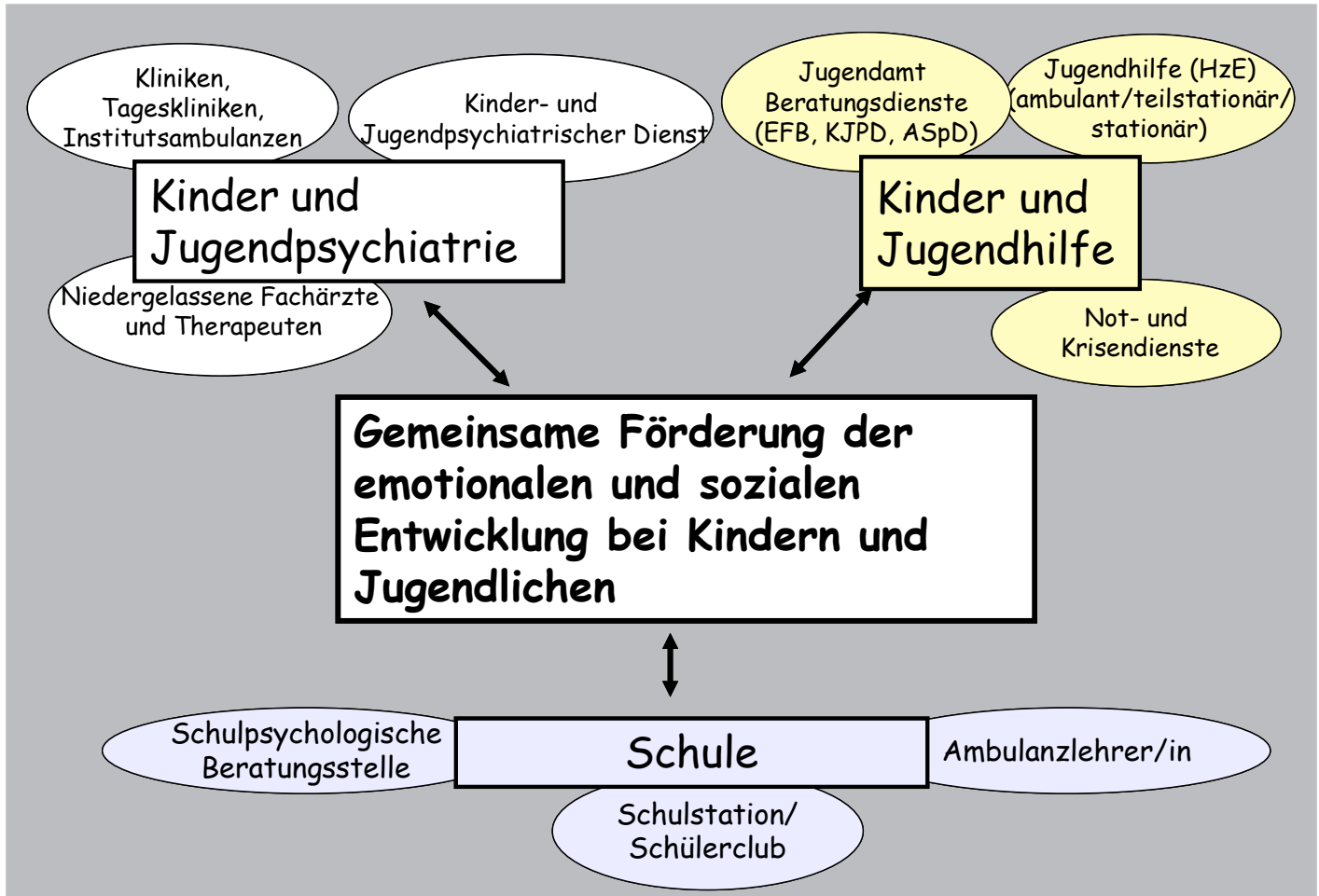
Hinz und Boban haben dazu 2003 einen Index für Inklusion entwickelt, der drei Dimensionen unterscheidet:

Dimension A: Inklusive Kulturen schaffen (Gemeinschaft bilden – inklusive Werte verankern)

Dimension B: Inklusive Strukturen etablieren (eine Schule für alle entwickeln – Unterstützung für Vielfalt organisieren)

Dimension C: Inklusive Praktiken entwickeln (Lernarrangements organisieren – Ressourcen mobilisieren)

Im Verlauf dieser Tagung haben wir viele Anregungen zum Gelingen der interdisziplinären Aufgabe erhalten, sie mit unseren eigenen berufspraktischen Erfahrungen in Verbindung gebracht, die Podiumsdiskussion hat gezeigt, wie weit sich auch die Regelschule auf den Weg gemacht hat, um mit uns gemeinsam eine psychosoziale Nachsorge zum Gelingen zu bringen und im präventiven Sinne dazu beizutragen Psychiatriesierungen zu verhindern.



Zu Gast in Münster

Rolf Bernhardt

2010 waren 3,5 Millionen Einwohner Berlins Gastgeber der SchuPs-Tagung. Im Jahr 2011 wird es wieder etwas beschaulicher zugehen: „Nur“ 280 000 Einwohner werden die ungefähr 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der SchuPs-Tagung in Münster willkommen heißen.

Das Planungskomitee der Helen-Keller-Schule freut sich darauf, den Teilnehmern in der Stadt der Kultur und Bildung, der Kunst und der Forschung, eine interessante Tagung und ein ebenso interessantes wie unterhaltsames Rahmenprogramm zu bieten.

Das Thema „Resilienz“ steht diesmal im Mittelpunkt. Was können Klinik und Schule leisten um psychisch erkrankte Kinder und Ju-

gendliche stark zu machen? Was ist im Schulunterricht machbar? Wie muss Unterricht organisiert sein, damit sich Schülerinnen und Schüler trotz aller Widrigkeiten ihren Wünschen und Fähigkeiten entsprechend entwickeln können? Welche Beiträge können Kunst und Kultur leisten um Betroffene widerstandsfähiger zu machen? In Münster werden in Vorträgen, Erfahrungsberichten und Workshops auch Angebote außerhalb von Schule vorgestellt. Viele davon wurden in Zusammenarbeit mit der Helen-Keller-Schule bereits erfolgreich erprobt. Bei der Workshopgestaltung erfährt die Helen-Keller-Schule tatkräftige Unterstützung durch das Kompetenzteam Münster.

Münster ist für Radfahrer und Fußgänger wie geschaffen. Deshalb wird es in diesem Jahr unterschiedliche Möglichkeiten geben, die Stadt und das Umland zu Fuß und mit dem Fahrrad zu erkunden. Von der historischen Stadtführung über den Blick in die original westfälische Küche, die Radtour in das Münsterland bis zum Blick hinter die Kulissen der Kunstakademie

wird für jeden Tagungsteilnehmer sicherlich etwas dabei sein. Zeit für die individuelle Erkundung der Stadt der Kirchen und Studenten ist ebenso eingeplant wie die Geselligkeit: Die Abendveranstaltung mit Blick auf den Aasee ist schon gebucht!

Am Donnerstagnachmittag bietet das „Cactus-Theater“ zwei Vorstellungen im Linienbus: „Der Junge im Bus“. Jeweils 30 Fahrgäste sind willkommen (Näheres im Tagungsprogramm).

Zentrale Anlaufstelle wird das Jugendgästehaus am Aasee sein, hier werden auch viele Workshops stattfinden. In ca. 8 Minuten Fußweg ist der Hörsaal für die vormittäglichen Vorträge zu erreichen.



22. Fachtagung „Schule und Psychiatrie (SchuPs)“ vom 21. – 24. September 2011

„Krisen können stark machen – aber wie? Resilienzfaktoren in der Schule für Kranke“

Tagungsort: Jugendgästehaus Aasee, Bismarckallee 31, 48151 Münster

VORLÄUFIGES PROGRAMM

Mittwoch, 21. September 2011

18:00 Uhr	Anreise der Gäste	21:00 Uhr	SchuPs-Mitgliederversammlung
20:00 Uhr	Abendessen Berichte aus den einzelnen Bundesländern und Nachbar- staaten		anschließend: geselliges Beisammensein im Jugendgästehaus

Donnerstag, 22. September 2011

09:00 Uhr	Eröffnung der Tagung Monika Ahrens SchuPs-Sprecherin	13:00 Uhr	Mittagessen
	Rosalia Abbenhaus Leiterin der Helen-Keller-Schule	14:30-16:00 Uhr	Workshops
	Grußworte Ministerium Schule und Weiterbildung Nordrhein-Westfalen Bezirksregierung Münster Stadt Münster	18:00 Uhr	Abendessen: Westfälisches Traditionslokal in Münster
		20:00 Uhr	Stadtführung mit StattReisen
10:00 Uhr	„Das Gehirn meiner Kunst. Kunst ist im Kopf“ Prof. Dr. E.-J. Speckmann, Münster		
11:30 Uhr	„Kreativität und Humor - Lebenskrisen bewältigen“ Christian Heek, Münster		

Freitag, 23. September 2011

09:00 Uhr Ideen und Planungen für die SchuPs-
tagung 2012

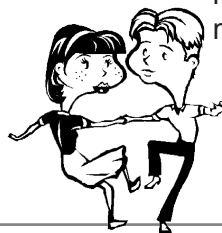
9:15 Uhr „Schule als Chance! Schulbasierte
Prävention psychischer Störungen“
Prof. Dr. C. Hillenbrand, Oldenburg

11:00 Uhr „Resilienz, Kohärenz und Lebens-
kompetenz - Im Dreiklang zur psy-
chischen Gesundheit und Bildung.
Chancen schulischer Gesundheitsför-
derung“
Prof. Dr. P. Paulus, Lüneburg

13:00 Uhr Mittagessen

14:30-16:00 Uhr Workshops

19:30 Uhr SchuPs-Abend
im Café Uferlos am Aasee
Abendveranstaltung mit spa-
nischem Buffet und rhyth-
mischer Bewegung



Samstag, 24. September 2011

09:00 Uhr Begrüßung

9:15 Uhr „Kooperatives Lernen und das Fuß-
ballspiel - eine Analogie“
C. Preuß, Münster

10:30 Uhr „Krise als Chance? – Was wir aus
dem Bewältigen von Traumatisie-
rungen lernen können“
Prof. Dr. Dr. M. Holtmann, Hamm



12:00 Uhr Verabschiedung der Gäste

12:30 Uhr Ende der Tagung

Das „Cactus-Theater“ zeigt in zwei
Vorstellungen am Donnerstag (22.09.2011):

Der Junge im Bus

Ein mobiles Theaterstück

Ein vielfach ausgezeichnetes Jugendtheaterstück
(ab 10 Jahre), geschrieben von Suzanne von
Lohuizen aus den Niederlanden (in deutscher
Fassung von Jochen Neuhaus), über eine schwierige
Mutter-Sohn-Beziehung und die schizophrene
Erlebniswelt des Hauptdarstellers Wichard /
Richard. Er lädt die Zuschauer in seinen Bus, seine
Welt ein und lässt sie auf subtile Art und Weise
an seiner traumatischen Biografie teilhaben.
Angeblich hat seine Mutter ihm das fahrende
Zuhause geschenkt... Seine Fantasien werden real
und seine sehnsuchtsvollen Erinnerungen tragen
ihn dorthin, wo er im echten Leben niemals war.
Das Setting, die Dramaturgie und Inszenierung

von Alban Renz verheißen eine Intensität und
Dichte, die das Publikum im wahrsten Sinne des
Wortes mitnimmt. Bitte zusteigen!

(Jeweils 30 Fahrgäste können mitfahren,
Anmeldung während der Tagung)



Vorläufiges Workshopangebot SchuPs 2011

MindMatters – mit psychischer Gesundheit gute Schule entwickeln

No Blame Approach: Mobbing wirksam begegnen und nachhaltig stoppen

Classroom Management

TeamPinBoard: Ein Instrument zur Steigerung der Teamfähigkeit

Magic Circle

Klassenrat

Lerncoaching

Lernstrategien

Dyssie-Spiel: Diagnose und Förderung von Rechenschwäche

Aus dem Küchenschrank: Naturwissenschaften mit einfachen Mitteln unterrichten

Konzentrationsübungen

Lesestrategien

Dialogisches Lernen

Hilfe!
Meine Schüler können keine Textaufgaben!

Generatives Schreiben

Arbeiten auf Lernplattformen
(Moodle und Co.)

Umgang mit heterogenen Lerngruppen

Diagnostik und individuelle Förderung

Unterrichtsmethoden zum kooperativen Lernen: Reziprokes Lesen, Lerntempoduett, Gruppenpuzzle...

Vorbereitete Umgebung und selbstständiges Lernen

Rechtschreiben lernen
(Modelle und Methoden)

Neue Medien in den Unterrichtsfächern

Musik im Unterricht der Schule für Kranke

Arbeit mit dem Portfolio

Lerntagebuch

Qualitätsstandards der Schule für Kranke
(QA in NRW)

Druckwerkstatt

Projekt „Kulturstrolche“: Zusammenarbeit von Schule und Kultureinrichtungen

Schulverweigerung:
Fachberatung und Präventionsangebote

Adoleszenz als Herausforderung für Jugendliche

Tanztherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie

Anmeldung SchuPs 2011 in Münster (Anmeldung bis spätestens 8. Juli 2011)

Die Tagung findet vom 21.09.2011 bis zum 24.09.2011 in Münster statt

Veranstaltungsort: Jugendgästehaus Aasee
Bismarckallee 31
48151 Münster
Tel.: 0251/53028-0 Fax: 0251/53028-50

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Schule : _____

Anschrift Schule: _____

Tel.: _____ Mail: _____

Tagungsgebühr

In der Gebühr sind einerseits alle mit dem Tagungsteil verbundenen Kosten, wie z.B. Raummieten, Verpflegung, Referentenhonorare, u.v.m. enthalten; darüber hinaus beinhaltet sie aber auch die Aufwendungen für Abendprogramme, Führungen u.ä.

Nicht enthalten sind die Kosten für Unterkunft/Frühstück.

☐ für SchuPs-Mitglieder 140 Euro ☐ für Nicht-Mitglieder 160 Euro

Falls die **Übernachtung im Jugendgästehaus** gewünscht wird, bitte hier ankreuzen: ☐
(Preise pro Nacht, pro Person inkl. Bettwäsche. Bitte zusammen mit der Tagungsgebühr überweisen.
Reservierung ist von der Verfügbarkeit abhängig, Vergabe nach Eingang der Anmeldungen.)

Übernachtungszeitraum: _____ Anzahl: Nächte ☐
☐ 2- Bett-Zimmer 35,00 € Belegung mit _____
☐ 2- Bett-Zimmer, Einzelbelegung 52,00 €
☐ 2- Bett-Zimmer Komfort 41,00 € Belegung mit: _____
☐ 2- Bett-Zimmer, Komfort, Einzelbelegung 62,00 €

Für die Zimmerbestellung außerhalb des Jugendgästehauses: Bitte den beigegeführten Vordruck von Münster Marketing benutzen.

Ich überweise _____ € auf das Konto:

Abbenhaus SchuPs,
KontoNr. 0135625937
BLZ 400 501 50
Sparkasse Münsterland Ost

Unterschrift: _____
Die Anmeldung wird erst nach Überweisung des gesamten Betrages gültig

Anmeldungen bitte schriftlich oder per
Fax an:

Helen-Keller-Schule
Albert-Schweitzer-Str. 33/Ebene 07 West
48149 Münster
Telefon: 0251/834 80 86
Fax: 0251/834 51 09
E-Mail: 155925@schule.nrw.de

Zimmer buchen

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte benutzen Sie dieses Formular für die Zimmerbestellung und schicken bzw. faxen Sie es ausgefüllt schnellstmöglich an die angegebene Adresse/Faxnummer. Sie erhalten von uns eine schriftliche Buchungsbestätigung. Die Zimmer werden auf verbindlicher Basis gebucht. Bei kurzfristiger Stornierung oder Nichtanreise gelten die Stornierungsbedingungen des gebuchten Hotels. MÜNSTER MARKETING ist lediglich Vermittler und übernimmt keine Haftung.

Wenn Sie im Jugendgästehaus Aasee übernachten möchten, buchen Sie Ihr Zimmer sofort bei der Anmeldung zur Tagung. Preise pro Person/Nacht: 35,00 € bis 62,00 €. Die Übernachtungskosten überweisen Sie dann bitte zusammen mit den Tagungsgebühren.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in Münster. MÜNSTER MARKETING

Bitte reservieren Sie verbindlich:

Anreisetag:

Abreisetag:

Übernachtungen:

Preis pro Zimmer und Nacht, inklusive Frühstück und MwSt.

Preisgruppen	Einzelzimmer Übernachtung/ Frühstück	Zahl der Zimmer	Doppelzimmer Übernachtung/ Frühstück	Zahl der Zimmer
Conti	77,00		125,00	
Haus vom Guten Hirten	59,00		89,00	
Ibis	79,00		99,00	
	69,00 (ohne Frühstück)		79,00 (ohne Frühstück)	
International am Theater	68,00		99,00	
Jellentrup	77,00		97,00	
Martinihof	73,00		103,00	
	49,00 (Etagendusche)			

Bitte geben Sie eine Alternative an, falls die gewünschte Kategorie bereits ausgebucht ist: ☐

bevorzugte Lage: Zentrum ☐ Stadtteil ☐

Anreise mit: Flugzeug ☐ Bahn ☐ PKW ☐

Nichtraucherzimmer ☐ Raucherzimmer ☐

Bitte vergessen Sie nicht zu unterschreiben. Ohne Ihre Unterschrift ist eine verbindliche Buchung nicht möglich.

Datum/ Unterschrift:

Name: _____ Vorname: _____

Institution : _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Email : _____

MÜNSTER MARKETING, Klemensstraße 10, 48143 Münster

Tel. +49.251.492 2726, Fax: +49.251.492 7759, E-Mail: tourismus@stadt-muenster.de

Abo oder Beitrittserklärung

Name: _____

Straße: _____

Plz., Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____ Email: _____

Schulname: _____

Schuladresse: _____

Bitte
IN BLOCKSCHRIFT
ausfüllen

- ☐ Hiermit erkläre ich meinen **Beitritt zum „Arbeitskreis Schule und Psychiatrie“ SchuPs**. Ich erkenne die Satzung als für mich bindend an (siehe www.schule-und-psychiatrie.de). Die Mitgliedschaft gilt solange, bis ich sie schriftlich widerrufe. Im Mitgliedsbeitrag erhalten ist der Bezug der **SchuPs**-Zeitung.

Ich bin damit einverstanden, dass **SchuPs** den jeweils gültigen Jahresbeitrag (derzeit € 20,-) von folgendem Konto einzieht.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

- ☐ Ich möchte die **Zeitschrift SchuPs** ab der Ausgabe Nr. ____ **abonnieren**.
Ich bin damit einverstanden, dass die jeweils gültigen Bezugskosten (derzeit € 6,-) von folgendem Konto eingezogen werden.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

- ☐ Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten in den **Verteiler des „Arbeitskreises Schule und Psychiatrie“** aufgenommen werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden an:

Rainer Staska
Grüner Weg 5a
35764 Sinn - Fleisbach
Tel.: 02772/53524
FAX: 02772/ 504-479
Mail: rst@rehbergsschule.de

Der Arbeitskreis wird vertreten durch:
Monika Ahrens, geschäftsf. Sprecherin
Carsten Diederichsen
Kornelia von Wurm

