

Stefanie Elbracht, Martina Hoanzl, Stephan
Gingelmaier, Pierre-Carl Link, René Schroeder,
Nicola Sommer, Annett Thiele, Melanie Willke,
Robert Langnickel (Hrsg.)

Pädagogik bei Krankheit

Heft 1

Beiträge der Ringvorlesung – Eine Einführung



Pädagogik bei Krankheit

Heft 1: Beiträge der Ringvorlesung – Eine Einführung

Herausgeber:innen

Stefanie Elbracht
Martina Hoanzl
Stephan Ginkelmaier
Pierre-Carl Link
René Schroeder
Nicola Sommer
Annett Thiele
Melanie Willke
Robert Langnickel

Redaktionelle Unterstützung

Alina Ivancevic

Diese Open Access-Publikation wird gemeinsam von den Arbeitsbereichen und herausgebenden Personen finanziert sowie durch Movetia im Rahmen des Projekts „Pädagogik bei Krankheit und Spitalschulpädagogik (Pb-KuS)“ (Projektnummer: 2023-1-CH01-IP-0055) gefördert.



Korrespondenzadressen:

M.Ed. Stefanie Elbracht

Humanwissenschaftliche Fakultät der Universität zu Köln

Arbeitsbereich Didaktik des inklusiven Unterrichts

Classen-Kappellmann-Str. 24, 50931 Köln

stefanie.elbracht@uni-koeln.de

Dr. Robert Langnickel

Institut für Diversität und inklusive Bildung (IDB) der PH Luzern

Sentimatt 1, CH-6003 Luzern

robert.langnickel@phlu.ch

AOR Mag. Dr. Martina Hoanzl

Fakultät für Teilhabewissenschaften der PH Ludwigsburg

Reuteallee 46, 71634 Ludwigsburg

hoanzl@ph-ludwigsburg.de

Erscheinungsweise:

Die Reihe erscheint ab Sommer 2026 unregelmäßig digital und open access über den Kölner UniversitätsPublikationsServer (KUPS).

Erscheinungsjahr:

2026

Bildnachweis Umschlagseite:

Louis, 11 Jahre

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Die Publikation (mit Ausnahme aller Fotos, Grafiken und Abbildungen) ist veröffentlicht unter der Creative Commons- Lizenz: CC BY-NC-ND 4.0 International <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Inhaltsverzeichnis

Editorial

Martina Hoanzl & Christoph Ertle.....4

Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen im Setting der Allgemeinen Schule

Nicola Sommer.....9

Die Entwicklung von HOPE und Klinikschulen in Europa

Elke Huber-Lang.....23

Klinikschulen in Deutschland

Michael Schubert.....41

Die Klinikschule der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im interdisziplinären Kontext

Kai Abeler.....51

Gestaltung von Übergängen als Kernkompetenz von Klinikschulen: Ein Erfahrungsbericht

Edith Ramming.....60

Schule als Brücke ins Leben

Martina Hoanzl & Eva Schnabel.....72

Vorstellung „Vögel im Kopf“ – Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher

Max Leutner.....107

Editorial

Liebe Leser:innen,
 liebe Kolleg:innen,
 liebe Interessierte,

mit der Schriftenreihe „Pädagogik bei Krankheit“ (PbK) wollen wir nicht nur ein Thema öffentlich machen, sondern auch die Betroffenen selbst: Chronisch erkrankte bzw. verunfallte Schüler:innen, aber auch ihr familiäres, soziales und schulisches Umfeld. So wurden sie von Anfang an in die Vorträge der Ringvorlesung und in den Diskurs einbezogen und sollen auch weiterhin sichtbar werden. Das Coverbild jeder Ausgabe steht symbolisch dafür, da es von erkrankten Kindern und Jugendlichen selbst gestaltet wird. An dieser Stelle danken wir Louis (11 Jahre) ganz besonders für die künstlerische Gestaltung der vorliegenden Ausgabe (Heft 1).

Zum Hintergrund und der Entstehungsgeschichte der Reihe

Auch wenn pädagogische Arbeit mit chronisch erkrankten Schüler:innen an besonderen Lernorten stattfindet – z.B. in Klinikschulen, im Hausunterricht oder in Reha-Einrichtungen – so bleibt sie zweifellos weit darüber hinaus Aufgabe aller Schulen und Schularten. Denn chronisch erkrankte Schüler:innen gibt es in jeder Schulklasse, in jeder Schule und in allen Bildungsgängen. Nahezu jeder vierte junge Mensch im Kindes- und Jugendalter ist in seinem (Schul-)Leben von einer chronischen Erkrankung betroffen, die alle Lebensbereiche tangiert, erschüttert und erschwert, auch das (schulische) Lernen und die Teilhabemöglichkeiten.

Umso wichtiger ist es, Betroffene, Verantwortliche, Lehrende, Forschende, Studierende, Lernende, Praktizierende und Interessierte im Feld einer Pädagogik bei Krankheit über einen niederschweligen und kostenlosen Zugang in internationalen *und* interdisziplinären Diskurs zueinander zu bringen.

Dieses Credo ist sowohl anleitend für die internationale digitale Ringvorlesung „Pädagogik bei Krankheit“ als auch für das vorliegende Publikationsformat. Beide verbindet das Ziel, Bildung, Gesundheit, Verwaltung, Forschung und Praxis in einer Zusammenarbeit, die sowohl Landesgrenzen als auch Fachgrenzen überwindet, zu verbinden.

So entwickelt sich die Pädagogik bei Krankheit zunächst im und durch das eigene weitverzweigte praktische Handlungsfeld. Bis heute gibt es jedoch

nur selten anerkannte Ausbildungen im Feld einer Pädagogik bei Krankheit, die verlässlich an Hochschulen bzw. Universitäten und damit in der Lehre und Forschung verankert ist. Deshalb lagen die aktuellen wertvollen Wissensbestände für die schulische Arbeit mit chronisch erkrankten jungen Menschen ungeordnet vor: weder systematisch gehoben noch wissenschaftlich gesichert und erforscht in der Praxis und noch verbindlich in der Professionalisierung. Konkret bedeutet das: Pädagogik bei Krankheit war bis dato nicht verbindlich in der Lehrer:innenausbildung verankert und es mangelte auch an Publikationsorganen. In jüngerer Zeit sind u.a. zwei durch die Schweizer Stiftung Movetia geförderte Projekte (Pb-KuS sowie BRÜCKEN) angetreten, um diese Lücken zu beheben.

Begonnen hat die (hochschulische und wissenschaftliche) Fokussierung einer „Pädagogik bei Krankheit“ mit Christoph Ertle – Mitte der 1980er Jahre – an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg, damals noch als Fakultät für Sonderpädagogik mit dem Standort Reutlingen. Ausgangspunkt war eine mehrjährige Balintgruppenarbeit (1986 – 1992) mit dem Lehrerkollegium der Klinikschule am Stuttgarter Kinderhospital „Olgäle“. Die beiden richtungsweisenden Forschungsprojekte, die Christoph Ertle darauf basierend durchgeführt hat – „Pädagogik bei Krankheit“ und „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen / Interklinikschule“ (2003 – 2006), gefördert von der Robert Bosch Stiftung – haben das bedeutsame Thema im interdisziplinären universitären Fachdiskurs erstmals deutschlandweit sichtbar gemacht. Hoch bedeutsam für das Interklinik-Forschungsprojekt war die enge Verzahnung von Pädagogik und Medizin in Verbindung zwischen der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg mit Sitz in Reutlingen (Christoph Ertle) und der Kinderklinik am Universitätsklinikum Tübingen (Dietrich Niethammer und Astrid Kimmig). In der Anfangsphase des Interklinik-Projektes kam auch noch die wissenschaftliche Mitarbeiterin von Christoph Ertle, Andrea Volk-Moser, hinzu. Von den teilnehmenden Klinikschulen des Inter-Klinik-Projektes sind besonders Freiburg im Breisgau, Gelsenkirchen-Buer, Herdecke/Ruhr, Dresden und Leipzig zu nennen.

Darauf aufbauend konnte Martina Hoanzl Anfang der 2000er-Jahre in Kooperation mit dem Wiener Stadtschulrat mehrere Exkursionen an die Heilstättenschule Wien für Studierende und interessierte Kolleg:innen auf den Weg bringen. Diese haben wesentlich zur weiteren Netzwerkbildung im Feld einer Pädagogik bei Krankheit beigetragen. Aus diesem Netzwerk ist 2004 erstmals eine Ringvorlesung „Pädagogik bei Krankheit“

erwachsen, die Martina Hoanzl wiederkehrend in Präsenz an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg am Standort Reutlingen in enger Zusammenarbeit mit interdisziplinären Kooperationspartner:innen durchgeführt hat und die das bilaterale Netzwerk zwischen Österreich und Deutschland noch tragfähiger werden ließen. Von Anfang an dabei waren u.a. die Klinikschule in Tübingen, die Heilstättenschule Wien und Richard Felsleitner vom Wiener Stadtschulrat. Auf diese Weise konnte das Themenfeld Pädagogik bei Krankheit kontinuierlich weitergeführt, an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg inhaltlich verankert und im wissenschaftlichen Diskurs gestärkt werden.

Im Wintersemester 2022/2023 hat Robert Langnickel, in enger Kooperation mit Stefanie Elbracht, Stephan Gingelmaier und Martina Hoanzl die Ringvorlesung „Pädagogik bei Krankheit“ an der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg neu ausgerichtet. Die Zusammenarbeit zwischen Österreich, Deutschland und der Schweiz konnte durch die Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule Salzburg, der Pädagogischen Hochschule Luzern und der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik Zürich gewinnbringend erweitert werden und umspannt nun den D-A-CH-Raum. Durch das neue digitale Onlineformat der Ringvorlesung „Pädagogik bei Krankheit“ kann zwischenzeitlich ein weiter internationaler Kreis an Hörer:innen erreicht und das Themenfeld durch internationale Expert:innen weiter professionalisiert werden.

Die nun entstandene Schriftenreihe PbK geht aus der gleichnamigen Online-Ringvorlesung hervor und wäre ohne die Tatkraft und Initiative von Stefanie Elbracht von der Universität zu Köln nicht denkbar. Die vorliegende Ausgabe umfasst in diesem ersten Heft auch vorrangig Beiträge des ersten Durchlaufs. Im weiteren Verlauf wird sich diese Reihe weiterentwickeln und es werden auch zusätzliche Beiträge aus dem Themenfeld PbK einfließen. Die Schriftenreihe wird so ab Sommer 2026 zunächst unregelmäßig im Open-Access-Format erscheinen.

Das alles wäre nicht möglich, ohne die wertvolle Zusammenarbeit mit den Partnerinstitutionen, die die Online-Ringvorlesung „Pädagogik bei Krankheit“ nicht nur mitveranstalten sondern auch mitgestalten: Die Pädagogische Hochschule Luzern, die Universität zu Köln, die Universität Oldenburg, die Heilstättenschule Wien, das Hamburger Institut für Pädagogik, die Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik Zürich, die Pädagogische Hochschule Salzburg, die Universität Klagenfurt, die

Universität Würzburg, die Hochschule und die Klinikschule Heidelberg, die Universität Hamburg und die Ludwig-Maximilians-Universität München. Gefördert wird diese Zusammenarbeit dankenswerterweise auch in Form von zwei Forschungsprojekten, das abgeschlossene Projekt Pb-KuS und das laufende BRÜCKEN-Projekt durch MOVETIA.

Beiträge

Pädagogik bei Krankheit ist ein hochkomplexes und gesellschaftlich besonders relevantes Feld, das Fachlichkeit, interdisziplinäre Zusammenarbeit und politische Aufmerksamkeit erfordert. Dafür ist eine Verknüpfung zwischen Praxis, Lehre, Forschung und Schulverwaltung unerlässlich. Die Ringvorlesung, deren Beiträge hier dokumentiert, vertieft und erweitert werden, soll auch weiterhin dazu beitragen.

Die Vielfalt der Beiträge ist dabei von entscheidender Bedeutung, die ausgehend vom Dialog mit Betroffenen, über Erfahrungs- bzw. Praxisberichte bis hin zu wissenschaftlichen Fachbeiträgen und aktuellen Studien reichen. Sie dokumentieren nicht nur vielschichtige Blickwinkel, fachliche Positionen, sondern verweisen auch auf strukturelle Spannungsfelder, institutionelle Hürden sowie kreative Lösungsansätze im Umgang mit pädagogischen Herausforderungen im Kontext von Krankheit.

Aus Sicht der Praxis wird deutlich, wie anspruchsvoll und zugleich überaus wertvoll die Arbeit mit erkrankten Schüler:innen ist, auch weil durch das individuelle und beziehungsorientierte Austarieren zwischen medizinischen Vorgaben, schulischen Anforderungen und emotionaler Stabilisierung neue Wege zusammen mit und für chronisch erkrankte junge Menschen jenseits einer engen Unterrichtslogik gefunden werden können. Das ist ein besonderer Entwicklungsmotor, zeigt aber auch Schief lagen auf.

Ergänzend zur Praxis- und Hochschulperspektive ist auch die Perspektive der Schulverwaltung in diesem Kontext hoch relevant. Denn gerade die Schulverwaltung fragt danach, wie schulische Teilhabe trotz Krankheit aus bildungspolitischer und struktureller Sicht gesichert werden kann. Dabei wird deutlich, dass pädagogische Maßnahmen im Feld einer Pädagogik bei Krankheit auf verlässliche rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen angewiesen sind. Der Zugang zu Fördermaßnahmen, die Zuständigkeit für spezielle Bildungsangebote oder die Abstimmung mit dem

Gesundheitswesen sind bislang häufig nicht einheitlich geregelt und erschweren eine nachhaltige und gerechte Versorgung.

Die Beiträge verweisen somit auf theoretische Desiderate, empirische Lücken und die Notwendigkeit, die Lebenslagen erkrankter Kinder und Jugendlicher systematisch zu erfassen. Besonders betont wird die Bedeutung interdisziplinärer Forschungsperspektiven – etwa in der Schnittmenge von Allgemeiner Pädagogik, Inklusions- bzw. Sonderpädagogik, Public Health, Kinder- und Jugendmedizin aber auch Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wir danken allen Referent:innen der Ringvorlesung sowie allen Autor:innen der neuen Open-Access-Reihe „PbK“ für ihre wertvollen Beiträge und hoffen, mit dieser Ausgabe sowohl zur fachlichen Weiterentwicklung als auch zur politischen Sensibilisierung beizutragen.

Die Resonanz auf die Ringvorlesung zeigt: Pädagogik bei Krankheit ist kein Randthema, sondern Kernaufgabe eines teilhabegerechten Bildungssystems und verdient entsprechende Aufmerksamkeit in Forschung, Lehre, Praxis, Schulverwaltung und Politik.

Martina Hoanzl und Christoph Ertle

für das gesamte Herausgeberteam

Stefanie Elbracht, Stephan Gingelmaier, Pierre-Carl Link, René Schroeder, Nicola Sommer, Annett Thiele, Melanie Willke und Robert Langnickel

Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen im Setting der Allgemeinen Schule: Nicola Sommer

Zusammenfassung

Im schulischen Kontext sind Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen häufig von Leistungsbeeinträchtigungen und sozialen Benachteiligungen betroffen. Daher bedarf es angepasster schulischer Rahmenbedingungen sowie gezielter Unterstützungsmaßnahmen, um ihre umfassende Teilhabe am Bildungsprozess zu ermöglichen. Eine zentrale Rolle kommt dabei der Sensibilisierung von Lehrpersonen zu. Durch entsprechende Fortbildungsmaßnahmen können spezifische Kompetenzen im Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern aufgebaut und gestärkt werden. Darüber hinaus wird die Bedeutung strukturierter Austauschformate – etwa in Form von *Round Tables* – sowie die Implementierung einer sogenannten Absence Policy betont, um trotz gesundheitlicher Einschränkungen eine kontinuierliche schulische Partizipation zu sichern. Solche Maßnahmen leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass betroffene Kinder und Jugendliche ihre schulischen Potenziale auch unter erschwerten Bedingungen entfalten können.

Abstract

In the school context, children and adolescents with chronic illnesses are frequently affected by impaired academic performance and social disadvantages. Accordingly, adapted educational frameworks and targeted support measures are necessary to ensure their full participation in the learning process. A key role in this regard is played by raising awareness among teachers. Through targeted training programs, specific competencies in dealing with affected students can be developed and strengthened. Furthermore, the importance of structured exchange formats — such as *round tables* — as well as the implementation of an absence policy is emphasized, in order to ensure continuous school participation despite health-related limitations. Such measures make an important contribution to enabling affected children and adolescents to realize their academic potential even under challenging conditions.

Schlagwörter

Inklusion – Chronische Erkrankungen – Schulische Teilhabe – Lehrpersonenfortbildung

Keywords

Inclusion – Chronic illness – Educational participation – Teacher training

1. Gesundheit

Gesundheit ist ein vielschichtiger Begriff, der sich in historischer und kultureller Hinsicht unterscheidet und je nach Betrachtungsweise unterschiedlich definiert wird. Folgende Zitate von Kindern zeigen diese Vielschichtigkeit deutlich auf, wenn sie gefragt werden, was Gesundheit für sie bedeutet:

„Dass ich mich gesund ernähre, dass man nicht so viel vor dem Fernseher sitzt“ (Elias, 7 Jahre).

„Gesundheit sagt man, wenn jemand niest“ (Luca, 8 Jahre).

„Dass man viel Gesundes isst und dass man sich bewegt und ab und zu auch eine Pause macht und sich erholt“ (Lea, 11 Jahre).

„Dass ich keine Krankheit habe, gesund bin und es mir gut geht“ (Emma, 12 Jahre).

Schon Nietzsche sprach 1882 davon, dass Gesundheit unbestimmbar sei, dass es eine Gesundheit an sich nicht gebe und alle Versuche, das Wort zu definieren, gescheitert seien (Nietzsche, 1882/1973; zitiert nach Gangl, 2015). Die WHO wiederum definiert Gesundheit als den „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022, Abs. 11).

Gesundheit nimmt einen hohen Status als Menschenrecht ein und sämtliche in der Pädagogik tätigen Personen sind dazu aufgerufen, ihre Tätigkeiten so zu gestalten, dass dabei auf die eigene Gesundheit genauso wie auf die Gesundheit der Personen, die mit ihnen in Kontakt stehen, geachtet wird. Besonders schützenswert sind dabei Kinder und Jugendliche.

Auch Franzkowiak & Hurrelmann (2022) versuchen sich an einer Gesundheitsdefinition und erwähnen einerseits die individuelle, andererseits auch die kollektive Komponente: „Gesundheit bezeichnet den Zustand des Wohlbefindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich psychisch und sozial in Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Franzkowiak & Hurrelmann, 2022, Abs. 11). Gesundheit ist nach diesem Verständnis ein angenehmes und durchaus nicht selbstverständliches Gleichgewichtsstadium von Risiko- und Schutzfaktoren, das zu jedem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt immer

erneut in Frage gestellt ist. Gelingt das Gleichgewicht, dann kann dem Leben Freude und Sinn abgewonnen werden, es ist eine produktive Entfaltung der eigenen Kompetenzen und Lernpotentiale möglich, und es steigt die Bereitschaft, sich gesellschaftlich zu integrieren und zu engagieren.

2. Krankheit

Dem gegenüber steht der Krankheitsbegriff. Neben Stadien der relativen Gesundheit existieren auch jene der relativen Krankheit, gekennzeichnet durch ein Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren, teilweise gestörte Bewältigungsfähigkeiten und begrenztes Wohlbefinden (Fangerau & Franzkowiak, 2022).

Im Falle einer Erkrankung beispielsweise gelingt die Bewältigung von Anforderungen nicht immer. Sie vermittelt dem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens, was sich auch auf die soziale Komponente auswirken kann.

3. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum



Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (modifiziert nach Hurrelmann & Richter, 2013, S. 125)

Die beiden Begriffe Gesundheit und Krankheit sind somit nicht getrennt voneinander zu denken. Jeder Mensch hat sowohl gesunde als auch kranke Anteile, niemand ist völlig krank oder völlig gesund. Dieses Gleichgewicht zwischen gesunden und kranken Anteilen kann man mit dem Bild einer Waage vergleichen oder wie einen Balken betrachten, auf dem das aktuelle Befinden/Gesundheitsgefühl immer wieder neu

eingestellt wird, einmal mehr Richtung Gesundheit, ein anderes Mal mehr Richtung Krankheit. Diejenigen Faktoren, die das momentane Befinden beeinflussen, nennt man Schutz- bzw. Risikofaktoren (Damm, 2022a).

Je nach Fachrichtung existieren zahlreiche Definitionen und Beschreibungen des Schutz- und Risikofaktorenkonzepts. Schutzfaktoren sind Faktoren, die sich stärkend auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern auswirken und eine positive Adaptation an die Gegebenheit der jeweiligen Umwelt fördern (Jerusalem, 2009). Bei Risikofaktoren handelt es sich um externe oder interne Bedingungen, die einen Krankheitsprozess verursachen, auslösen, beschleunigen, oder aufrechterhalten können (Damm et al., 2014). Beispiele von schulbezogenen Schutz- und Risikofaktoren sind Abbildung 2 zu entnehmen.

Zu den Risikofaktoren zählen dabei unter anderem auch Erkrankungen, die im Bildungskontext eine besondere Rolle spielen. So wird Beeinträchtigung (in diesem Fall Erkrankung) häufig mit eingeschränkter Bildbarkeit in Verbindung gebracht – kranke Kinder lernen schlechter (Papke, 2016). Bereits am Ende der ersten Klasse liegen Kinder mit chronischen Erkrankungen in schulischen Kernfächern wie Mathematik, Lesen, Schreiben, Sozialkompetenz und Naturwissenschaften deutlich zurück (Hoffmann et al., 2018).

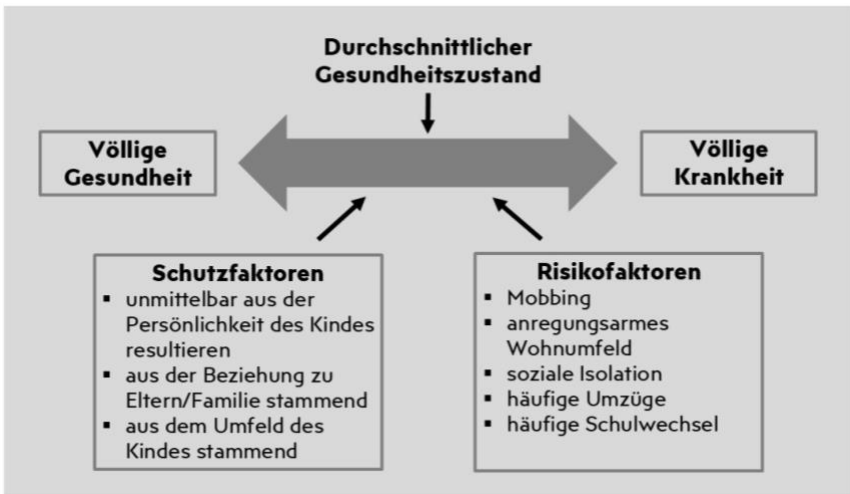


Abbildung 2: Schulbezogene Schutz- und Risikofaktoren (modifiziert nach Damm, 2022a, S. 18f)

Umgekehrt spiegeln sich soziale Ungleichheiten in der Gesundheit der Bevölkerung wider: Demnach sind Menschen mit niedrigem sozialem Status (Einkommen, Bildungsniveau) häufiger von gesundheitlichen Beschwerden, chronischen Erkrankungen und einem erhöhten, vorzeitigen Mortalitätsrisiko betroffen bzw. schätzen generell ihre Lebensqualität und Gesundheit schlechter ein, was auch Abbildung 3 zeigt (Hoffmann et al., 2018; Lampert & Kroll, 2009; Mielck et al., 2012).

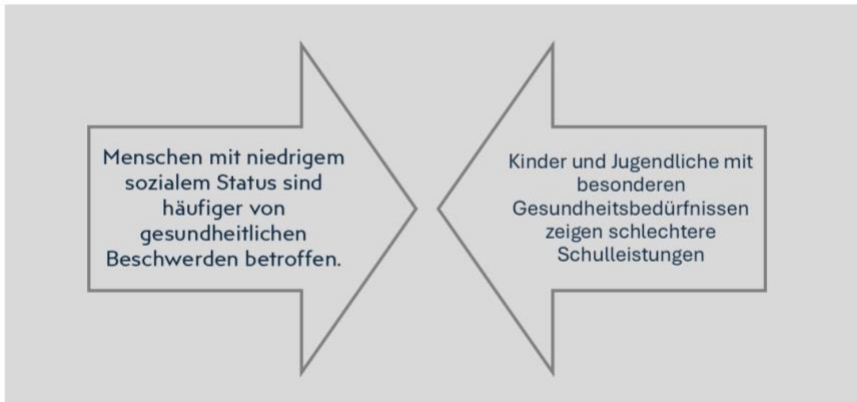


Abbildung 3: Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheit (modifiziert nach Hoffman et al., 2018; Mielck et al., 2012; Lampert & Kroll, 2009)

Erst durch die Kenntnis von Schutz- und Risikofaktoren wird verständlich, dass das schulische Umfeld bei einer Erkrankung eines Schulkindes entweder eine unterstützende, gesundheitsfördernde Wirkung hat oder sich verschlechternd auf die gesundheitliche Situation und auf die Leistungsfähigkeit eines Kindes auswirken kann.

Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen werden in ihrer schulischen Performance unter ihrer eigentlichen kognitiven Begabung bewertet. Dies bedeutet, dass sie ihr Potential unter den gegebenen Bedingungen oft nicht ausschöpfen können. (vgl. Damm et al., 2014). Dazu kommen noch Faktoren wie schulische und ausbildungsbezogene Leistungseinbußen durch Fehlzeiten, Unwissenheit von Lehrpersonen, Mitschülerinnen und Mitschülern, Leistungsstress als möglicher Auslöser von Symptomen, Konzentrationsprobleme aufgrund von Schlafmangel oder aktueller Symptomatik bzw. der Ausschluss von schulbezogenen Aktivitäten, die Einfluss auf das Wohlergehen und das Leistungspotential in der Schule haben. Treffen Kinder und Jugendliche mit Erkrankungen auf Lehrpersonen, die wenig über chronische Erkrankungen wissen und

ihnen weniger gute Leistungen zutrauen, können deren Verhaltensweisen und Einstellungen Ängste und Unsicherheiten bei den betroffenen Schülerinnen und Schülern bzgl. deren schulischer Leistungsfähigkeit verstärken, anstatt ihnen Selbstvertrauen zu geben. Deshalb sollten Lehrpersonen besser über Erkrankungen und deren Auswirkungen informiert werden. Die allgemeine Schule hat hinsichtlich der Integration von betroffenen Kindern und Jugendlichen demnach eine bedeutsame Rolle (Salewski, 2004).

4. Rechte von Kindern und Jugendlichen

Jedes Kind hat das Recht auf Bildung (Art. 28, Vereinte Nationen, 2020, S. 11). Die Bildung soll ihnen dabei helfen, ihre Persönlichkeiten, Talente und Fähigkeiten vollständig zu entwickeln. Kinder und Jugendliche haben das Recht auf gute Schulbildung und darauf, dass auf ihre Bedürfnisse eingegangen wird – auch im Krankheitsfall. Dieser sogenannte Nachteilsausgleich bzw. die Anwendung ausgleichender Maßnahmen ist länderabhängig in verschiedenen Verordnungen und Gesetzen niedergeschrieben. Er soll Schülerinnen und Schülern mit Erkrankungen ermöglichen, ihre Fähigkeiten trotz individueller Einschränkungen unter fairen Bedingungen nachzuweisen. Dabei wird die Leistungsanforderung nicht abgesenkt, sondern so angepasst, dass die Benachteiligung kompensiert und Chancengleichheit gewährleistet wird (Stadtschulrat Wien, 2016). Die Möglichkeiten für ausgleichende Maßnahmen sind vielfältig und reichen von verlängerten Bearbeitungszeiten, Hilfs- oder Arbeitsmitteln, methodisch-didaktischen Hilfen unterrichtsorganisatorischen Veränderungen bis hin zu differenzierten Aufgabenstellungen oder dem Anpassen von Prüfungsformaten (Damm, 2022a).

Damit dieser Anspruch auf Bildung auch in der Praxis wirksam wird, braucht es jedoch mehr als gesetzliche Regelungen. Insgesamt ist festzustellen, dass die Förderung von Schülerinnen und Schülern mit Erkrankungen nicht allein von zwingenden rechtlichen Vorgaben abhängt, die im Einzelfall durchgesetzt werden könnten, sondern vor allem von der Bereitschaft aller Beteiligten, sich den pädagogischen Herausforderungen zu stellen und mit Kreativität sowie Verantwortungsbewusstsein tragfähige Lösungen im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu finden.

5. Krankheit als Teil des Schulalltags – Erkenntnisse aus der INPro!-Studie

Die Studie “INPro! (Illness? No Problem!)” (Sommer & Klug, 2021) zeigt verschiedene Perspektiven auf Krankheit in der Regelschule auf. Ziel der Studie war, mehr über die Bedürfnisse der betroffenen Kinder und Jugendlichen, deren Erziehungsberechtigten und Lehrpersonen zu erfahren, um daraus schließlich die Gestaltung von Aus- bzw. Fortbildungsveranstaltungen abzuleiten.

Damit der Schulalltag möglichst reibungslos funktioniert, muss der Erkrankung Raum gegeben werden. Dies erfordert eine Sensibilisierung von Lehrpersonen, Mitschülerinnen, Mitschülern und Erziehungsberechtigten sowie den Umgang mit Unsicherheiten. Die Belastung der Familie spielt dabei eine wesentliche Rolle, da der Umgang mit der Erkrankung emotional herausfordernd sein kann. Entscheidend sind zudem schulische Rahmenbedingungen und Unterstützungssysteme, die eine flexible Anpassung an individuelle Bedürfnisse ermöglichen.

Wichtige Strategien sind ein regelmäßiger sachlicher Austausch zwischen allen Beteiligten auf Augenhöhe sowie eine transparente Kommunikation über die Erkrankung. Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung kann dabei durch oft einfache Maßnahmen erfolgen, wie das Erinnern an eine Glukosemessung, die Anpassung einer Sporteinheit oder die Wahl eines geeigneten Ausflugsziels.

Zusammenfassend sind Sensibilisierung, Information und Kommunikation zentrale Faktoren für einen kompetenten Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen. Durch einfache Anpassungen im Unterricht kann die Inklusion dieser Schülerinnen und Schüler erleichtert werden. Wie dies im schulischen Alltag konkret umgesetzt werden kann, wird im Folgenden anhand von drei Beispielen zu Fortbildung, Kommunikation und Unterstützung aufgezeigt.

5.1. Wirksamkeit von Fortbildungsmaßnahmen zum kompetenten Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Diabetes

Im Rahmen des Projekts *Illness? No Problem! (INPro!)* wurden verschiedene Online-Fortbildungsangebote für Lehrpersonen und Lehramtsstudierende entwickelt, um die Sensibilisierung und den sicheren Umgang mit chronischen Erkrankungen im Schulalltag zu fördern. Eine

Online-Vortragsreihe bietet erste Einblicke in häufige Erkrankungen somatischen und psychischen Ursprungs, während ein vertiefendes Online-Seminar speziell auf das Thema *Diabetes in der Schule* ausgerichtet ist.

Die Wirksamkeit des Vertiefungsseminars wurde anhand einer quantitativen Prä-Post-Erhebung mit 80 Teilnehmenden untersucht. Dabei wurden Interesse, Vorwissen und Selbstwirksamkeit im Umgang mit Diabetes auf Basis der Erwartungs-Mal-Wert-Theorie (Eccles, 1983) erfasst. Zudem kam ein Kompetenzscreening (CSQ-HE, Bergsmann et al., 2017) zum Einsatz, um sowohl kognitive als auch praktische Kompetenzen in den vier Bereichen Basics der Diabeteserkrankung, Diabetesmanagement auf Schulebene, Diabetesmanagement auf Klassenebene und Psychohygiene zu messen. Die interne Konsistenz der Skala war mit $\alpha = .86$ bis $.94$ hoch.

Die Ergebnisse zeigten, dass die selbst eingeschätzte Kompetenz der Teilnehmenden in allen Bereichen sowohl auf kognitiver als auch auf praktischer Ebene signifikant anstieg (Wilcoxon-Test, alle $p < .001$). Die Befragten gaben zudem an, dass das Online-Seminar ihre Fähigkeiten in einem hohen Maße gefördert habe (Sommer & Klug, 2022).

Fortbildungen reduzieren somit nicht nur Unsicherheiten, sondern können auch die schulische Inklusion von betroffenen Kindern und Jugendlichen gezielt unterstützen. Entscheidend bleibt jedoch ein kontinuierlicher Austausch zwischen Lehrpersonen, betroffenen Schülerinnen und Schülern, Erziehungsberechtigten und weiteren Beteiligten, um das individuelle Krankheitsmanagement im Schulalltag zu gewährleisten und die Kinder und Jugendlichen in ihrer Bildungskarriere bestmöglich unterstützen zu können.

5.2. Möglichkeiten des kontinuierlichen Austausches in der Regelschule

Ein kontinuierlicher Austausch zwischen allen Beteiligten ist entscheidend für die erfolgreiche Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen in der Schule. Zwei bewährte Möglichkeiten sind der *Round Table* und das *Gespräch zu dritt*. Diese Formate ermöglichen es, die unterschiedlichen Perspektiven auf die Erkrankung sichtbar zu machen und so eine optimale Unterstützung im Schulalltag zu gewährleisten (Damm, 2022b).

Ein *Round Table* wird idealerweise bei der Aufnahme von erkrankten Schülerinnen bzw. Schülern oder bei der Neumanifestation einer Erkrankung organisiert. Dabei kommen alle relevanten Personen – Lehrpersonen, Erziehungsberechtigte, die betroffenen Kinder bzw. Jugendlichen, die Schulärztin oder der Schularzt, die Schulpsychologie und je nach Gesundheitsproblem weitere Fachkräfte – zu einem gemeinsamen Gespräch zusammen. Ziel ist es, mögliche schulische Herausforderungen zu identifizieren und notwendige Unterstützungsmaßnahmen gemeinsam zu formulieren. Besonders für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist es wichtig zu erfahren, dass ein offener Umgang mit der Erkrankung sinnvoll ist und dass es im Schulalltag nicht übersehen wird. Gleichzeitig sind die Erziehungsberechtigten entlastet, da sie nicht jeder Lehrperson einzeln wichtige Informationen weitergeben müssen. Auch Lehrpersonen profitieren, da sie Fragen stellen und direkt Rückmeldungen erhalten können.

Neben dem *Round Table* bietet das *Gespräch zu dritt* eine weitere Möglichkeit für Austausch und Unterstützung. Hierbei treffen sich das betroffene Kind bzw. die oder der Jugendliche, eine Lehrperson und eine erziehungsberechtigte Person, um individuell auf die schulischen Bedürfnisse einzugehen. Dies ist besonders dann hilfreich, wenn ein intensiverer Austausch über eine längere Zeit erforderlich ist oder spezifische Anliegen geklärt werden müssen.

Die Bedeutung solcher Gespräche zeigt sich auch in den unterschiedlichen Sichtweisen der Beteiligten:

- Kinder und Jugendliche haben ein starkes Bedürfnis nach Autonomie und Zugehörigkeit und möchten möglichst wenig Aufmerksamkeit auf ihre Erkrankung lenken. Sie sind meist gut über die Erkrankung informiert, müssen dieses Wissen jedoch immer wieder nach außen hin verteidigen.
- Erziehungsberechtigte streben nach einem sicheren Alltag für ihr Kind und möchten daher viele Informationen und Verhaltensregeln weitergeben. Oft fühlen sie sich dabei jedoch nicht ausreichend unterstützt.
- Schulen legen ihren Fokus auf den Lernfortschritt und die gesamte Klasse oder Gruppe. Wesentliche Informationen zur Erkrankung werden manchmal aus Unwissenheit, Angst oder fehlendem Zuständigkeitsgefühl ausgeblendet (Damm, 2022b).

Der *Round Table* und das *Gespräch zu dritt* helfen, diese unterschiedlichen Sichtweisen zu berücksichtigen und eine gemeinsame Basis für den Umgang mit der Erkrankung im Schulalltag zu schaffen. Trotz des organisatorischen Aufwands erweisen sich diese Maßnahmen langfristig als äußerst effektiv, da sie Missverständnisse vermeiden, klare Zuständigkeiten festlegen und einen verlässlichen Rahmen für Unterstützung bieten. Ebenso schafft dieser Raum Rechtssicherheit im Umgang mit medizinischen Informationen. Kinder und Jugendliche mit chronischen Erkrankungen können folglich besser in die Klassengemeinschaft integriert und auch in Bezug auf ihre schulischen Leistungen gezielt unterstützt werden.

5.3. Unterstützungsmöglichkeiten in der Schule am Beispiel einer *Absence Policy*

Eine *Absence Policy* ist ein strukturiertes Regelwerk zur Unterstützung von Schülerinnen und Schülern mit chronischen Erkrankungen, um ihre Abwesenheiten bestmöglich zu kompensieren und eine kontinuierliche Teilhabe am Schulalltag sicherzustellen. Dabei geht es nicht nur um die bloße Regelung von Fehlzeiten, sondern vielmehr darum, wie ein erkranktes Kind weiterhin in die Klassengemeinschaft eingebunden bleibt, relevante Unterrichtsinhalte erhält und wichtige Informationen zu Schulveranstaltungen oder Prüfungen nicht verpasst. Besonders wichtig ist hierbei auch das Management des Übergangs – sowohl beim vorübergehenden Ausscheiden als auch bei der Wiedereingliederung in den Schulalltag.

Um dies zu gewährleisten, sollten Schulen eine *Absence Policy* mit klaren Leitlinien und einer Checkliste implementieren. Während geplante Abwesenheiten, etwa aufgrund einer Operation oder einer Diabetes-Einstellung, frühzeitig organisiert werden können, braucht es auch für ungeplante Abwesenheiten, beispielsweise nach einem Unfall oder plötzlicher Erkrankung, ein grundlegendes Regelwerk. Eine gut durchdachte *Absence Policy* hilft dabei, Unsicherheiten zu reduzieren, Abläufe zu strukturieren und sicherzustellen, dass betroffene Schülerinnen und Schüler trotz ihrer Abwesenheit weiterhin in die schulische und soziale Gemeinschaft integriert bleiben (Damm, 2022c).

6. Resümee und Ausblick

Es lässt sich feststellen, dass Gesundheit ein komplexer und vielschichtiger Begriff ist, der je nach Perspektive und Kontext unterschiedlich definiert wird. Sie ist mehr als das bloße Fehlen von Krankheit und umfasst das physische, soziale und psychische Wohlbefinden eines Menschen. Diese ganzheitliche Sicht auf Gesundheit wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ebenso vertreten wie von aktuellen Definitionen, die Gesundheit als ein dynamisches Gleichgewicht von Schutz- und Risikofaktoren verstehen. Es handelt sich um einen Zustand, der zu jedem Zeitpunkt des Lebens neu ausbalanciert werden muss, wobei dieser Zustand von vielen Faktoren beeinflusst wird, wie etwa äußeren Lebensbedingungen oder inneren Zielvorstellungen.

Im schulischen Kontext spielt Gesundheit eine bedeutende Rolle, insbesondere für Kinder und Jugendliche, die mit chronischen Erkrankungen leben. Chronische Erkrankungen sind häufig Risikofaktoren, die das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit von Schülerinnen und Schülern beeinträchtigen können. In solchen Fällen ist es von entscheidender Bedeutung, dass das schulische Umfeld entsprechend angepasst wird, um diesen Schülerinnen und Schülern eine möglichst gute Teilhabe am Unterricht und an der Klassengemeinschaft zu ermöglichen.

Im schulischen Alltag sind es vor allem die Lehrpersonen, die eine entscheidende Rolle bei der Unterstützung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen spielen. Es ist daher unerlässlich, dass sie über die verschiedenen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf die Schulleistungen informiert sind bzw. über die notwendigen Kompetenzen verfügen, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen angemessen zu unterstützen. Fortbildungsangebote für Lehrpersonen und eine kontinuierliche Sensibilisierung der gesamten Schulgemeinschaft können dabei helfen, Unsicherheiten im Umgang mit betroffenen Schülerinnen und Schülern zu verringern und die Inklusion zu fördern. Hierzu gehört beispielsweise, dass Lehrpersonen wissen, wie sie im Unterricht auf gesundheitliche Einschränkungen reagieren können, ohne das Kind zu stigmatisieren.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren, wie Lehrpersonen, Erziehungsberechtigten und den betroffenen Schülerinnen und Schülern. Der regelmäßige Austausch und die transparente Kommunikation über die

Bedürfnisse und Herausforderungen der erkrankten Kinder und Jugendlichen sind zentrale Faktoren, um eine angemessene Unterstützung sicherzustellen. Dabei sollten die unterschiedlichen Perspektiven der Beteiligten berücksichtigt werden – die Wünsche und Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler, die Anliegen der Erziehungsberechtigten und die Anforderungen der Schule.

Des Weiteren ist es wichtig, dass Schulen spezifische Regelungen entwickeln, um die schulische Teilnahme von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen trotz Abwesenheiten durch Krankheit zu gewährleisten. Solche Regelungen umfassen nicht nur die Organisation von Fehlzeiten, sondern auch die Sicherstellung, dass betroffene Schülerinnen und Schüler weiterhin am Unterricht teilnehmen können und keine wichtigen Informationen verpassen. Dabei sollten die Schulen Maßnahmen ergreifen, um den Übergang während Krankheitsphasen sowie die Rückkehr in den Schulalltag zu erleichtern.

Eine erfolgreiche schulische Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen basiert auf einer engen Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen allen Beteiligten. Lehrpersonen sollten über die erforderlichen Kenntnisse und Kompetenzen verfügen, um auf die Bedürfnisse betroffener Kinder und Jugendlicher einzugehen, während Schulen flexible und individuelle Lösungen entwickeln sollten, die eine optimale Teilhabe am Unterricht ermöglichen. Durch gezielte Sensibilisierung, Fortbildung und die Schaffung unterstützender Strukturen kann das schulische Umfeld so gestaltet werden, dass die Schülerinnen und Schüler trotz gesundheitlicher Einschränkungen ihr volles Potenzial entfalten können.

Literatur

- Bergsmann, E., Klug, J., Först, N., Burger, C., & Spiel, C. (2017). The Competence Screening Questionnaire for Higher Education: Adaptable to the needs of a study programme. *Assessment and Evaluation in Higher Education*. Abgerufen am 12.03.2025 von <http://dx.doi.org/10.1080/02602938.2017.1378617>
- Damm, L., Trapp E.-M. & Hutter H. P. (2014). *Kinder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Bericht und Empfehlungen aus Child Public Health Perspektive*. Colloquium Working Paper für das Bundesministerium für Bildung Wissenschaft und Kultur. Unveröffentlicht.

- Damm, L. (2022a). Von Kinderrechten und Schutzfaktoren. Verständnis von Gesundheit und Krankheit in der Schule aus Child Public Health-Perspektive. In N. Sommer & E. Ditsios (Hrsg.), *Schule und chronische Erkrankungen. Grundlagen, Herausforderungen und Teilhabe* (S. 13–24). Klinkhardt.
- Damm, L. (2022b). Gelingende Kommunikation mit Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern. In N. Sommer & E. Ditsios (Hrsg.), *Schule und chronische Erkrankungen. Grundlagen, Herausforderungen und Teilhabe* (S. 92–103). Klinkhardt.
- Damm, L. (2022c, 12. November). Absence Policy [Online-Vortrag]. Pädagogische Hochschule Salzburg. Gelingende Kommunikation – Standortbezogene Interventionen. Hochschullehrgang „Krankheit und Schule“, Salzburg, Österreich.
- Eccles, J. (1983). Expectancies, values and academic behaviors. In J. T. Spence (Hrsg.), *Achievement and achievement motives: Psychological and sociological approaches* (pp. 75–146). Free man.
- Fangerau, H. & Franzkowiak, P. (2022). *Krankheit*. Abgerufen am 11. März 2025 von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/krankheit/>
- Franzkowiak, P. & Hurrelmann, K. (2022). *Gesundheit*. Abgerufen am 09. April 2025 von <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i023-1.0>
- Gangl, V. (2015). "Gesundheit" ist mehrdimensional. *Grundlagen einer Gesundheitsbildung. Magazin erwachsenenbildung.at*, 24, 1–11.
- Hoffmann, I., Diefenbach, C. Gräf, C., König, J., Schmidt, M. F., Schnick-Vollmer, K. Blettner, M. & Urschitz, M. S. (2018). Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLoS ONE*, 13(3), 1–15.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. 8. überarbeitete Auflage. Beltz Juventa.
- Jerusalem, M. (2009). Ressourcenförderung und Empowerment. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 175–187). Hogrefe.
- Lampert, T. & Kroll, L. E. (2009). Die Messung des sozioökonomischen Status in sozialepidemiologischen Studien. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlage, Probleme, Perspektiven* (S. 309–334). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mielck, A., Lungen, M., Siegel, M. & Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Bertelsmann.

- Papke, B. (2016). *Das bildungstheoretische Potential inklusiver Pädagogik. Meilensteine der Konstruktion von Bildung und Behinderung am Beispiel von Kindern mit Lernschwierigkeiten*. Julius Klinkhardt.
- Salewski, C. (2009). *Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen*. Reinhardt.
- Sommer, N. & Klug, J. (2021). Krankheit in der Schule? Kein Problem! Zum Umgang mit Kindern mit chronischer Erkrankung im schulischen Handlungsfeld – konzeptionelle Bezugspunkte für eine Hochschulbildung. In: A. Holzinger, S. Kopp-Sixt, S. Luttenberger & D. Wohllhart (Hrsg.), *Fokus Grundschule Band 2. Qualität von Schule und Unterricht* (S. 329–340). Waxmann.
- Sommer, N. & Klug, J. (2022). Diabetes in der Schule? Kein Problem! *Erziehung und Unterricht*, 1–2, 63–69.
- Stadtschulrat Wien. (2016). *Gesetzliche Grundlagen und die Möglichkeiten der Ausgestaltung eines Nachteilsausgleichs*. Mitteilung vom 11.4.2016.
- Vereinte Nationen (2020). *Übereinkommen über die Rechte des Kindes. Abschließende Bemerkungen zum kombinierten fünften und sechsten periodischen Bericht Österreichs*. Abgerufen am 12.03.2025 von <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/crc-c-aut-co-5-6.pdf>

Autorin

Prof.' Dr.' Nicola Sommer
 Institut für Bildungswissenschaften der PH Salzburg
nicola.sommer@phsalzburg.at

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8101-0152>

Die Entwicklung von HOPE und Klinikschulen in Europa: Elke Huber-Lang

Zusammenfassung

Im folgenden Artikel geht es darum, die Geschichte der *Hospital Organisation of Pedagogues in Europe* kennenzulernen und ihre Bedeutung im europäischen und internationalen Raum für Pädagog:innen und Personen, die in verwandten Berufen und/oder im Gesundheitsbereich tätig sind, zu verstehen. Die an die Charta der UN-Kinderrechtskonvention angelehnte HOPE-Charta ist ein Meilenstein für das Recht erkrankter Schüler:innen auf Bildung und Unterricht. Seit Ende der 1980er Jahre finden möglichst im Zwei-Jahres-Rhythmus HOPE-Kongresse mit Vorträgen und Workshops über Pädagogik bei Krankheit statt, die von Klinikschulen in verschiedenen europäischen Ländern in Zusammenarbeit mit HOPE veranstaltet werden. Dadurch entstanden Netzwerke, die zum internationalen Austausch und zu wechselseitigen Hospitationen von Pädagog:innen in diversen Spitalschulen führten und führen. Vor dem dieser Publikation zugrundeliegenden Vortrag wurde ein Fragenkatalog an diverse Klinikschulen ausgeschiedt, dessen Ergebnisse die Besonderheiten und Herausforderungen der jeweiligen Schule aufzeigen. Die Heilstättenschule Wien ist innerhalb von HOPE die größte Krankenhausschule unter einer Direktion und bisher die einzige Schule, die zwei Kongresse veranstaltet hat.

Abstract

This article explores the history of the Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (HOPE) and highlights its significance within the European and international context for educators and professionals working in related fields and/or in the healthcare sector. The HOPE Charter, which is based on the UN Convention on the Rights of the Child, marks a milestone in securing the right to education and schooling for children and young people with medical conditions. Since the late 1980s, HOPE congresses have taken place – ideally every two years – featuring lectures and workshops on education in the context of illness. These events are organised by hospital schools in various European countries in collaboration with HOPE. As a result, networks have been established that continue to foster international exchange and reciprocal job shadowing among educators in different hospital schools. Ahead of the lecture on which this publication is based, a questionnaire was sent to several hospital schools, and the responses shed light on the specific characteristics and challenges of each institution. Within HOPE, the Vienna Hospital School is the largest hospital school under a single leadership and remains the only school to have hosted two HOPE congresses.

Schlagwörter

HOPE – Pädagogik bei Krankheit – Internationale Zusammenarbeit – Bildungsgerechtigkeit

Keywords

HOPE – pedagogy in illness – cooperation – educational equity

1. Die Anfänge von HOPE

„Nach dem Ersten Europäischen Kongreß über ‚Erziehung und Unterricht von Kindern im Krankenhaus‘ in Laibach im Jahre 1988 sollte der ‚Zweite Kongreß der Europäischen Krankenhauslehrer‘ mit dem Titel Der Patient als Schüler – der Schüler als Patient im April 1992 in Wien die Frage beleuchten: Was geschieht für kranke und/oder behinderte Kinder in Österreich, in Europa, in der Welt?“, schrieb Irene Aigner, die damalige Direktorin der Wiener Heilstättenschule und Vorsitzende des Organisationskomitees, im Kongressbericht.
(AHA-Verein, 1992, S. 4)

Teilnehmer:innen aus 18 europäischen Ländern und aus Amerika, Australien und Neuseeland kamen 1992 zum Kongress nach Wien. Bereits Anfang der 1990er Jahre war die Rede von der nötigen Koordination medizinischer, therapeutischer und pädagogischer Maßnahmen, der Wichtigkeit der Zusammenarbeit in multidisziplinären Teams, der Bedeutung des Unterrichts für den Krankheitsverlauf und die Genesung der Patient:innen sowie des Hausunterrichts für onkologisch erkrankte Schüler:innen.

In Wien wurde beim Kongress jene Vereinigung von Krankenhauslehrer:innen, die schon 1988 in Ljubljana ihre Anfänge nahm, bestätigt. Im November desselben Jahres trafen sich Ländervertreter:innen aus neun europäischen Ländern in Paris und ebneten den Weg für eine rechtskonforme Gründung einer internationalen Vereinigung und einer Plattform mit je einem „committee member“ bzw. Ländervertreter:in pro europäischem Land. Ziel dieser „association“ ist die Veranstaltung von Fortbildungsveranstaltungen, Informationsaustausch, die Organisation von Hospitationen und die Unterstützung von „Kolleg:innen aus jenen Ländern, in denen der Unterricht für kranke Kinder noch keine Selbstverständlichkeit ist“, schrieb Inge Schierer, die langjährige Obfrau des Vereins „AHA“. (AHA-Verein, 1992, S. 7).

Die Geburtsstunde der Hospital Organisation of Pedagogues in Europe, kurz HOPE genannt, war im Jahre 1994 in Belgien mit der Veröffentlichung der Statuten.

2. Überblick über die wichtigsten HOPE-Veranstaltungen

1988 – Ljubljana: 1st European Congress

1992 – Vienna: 2nd European Congress

The Pupil as a Patient – the Patient as a Pupil

1996 – Uppsala: 3rd Congress

Hospital Education – An Open Window for Sick Children

1998 – Paris: 1st European Days

2000 – Barcelona: 4th Congress

The Rights of the Sick Child

2002 – Rome: 2nd European Days

From Integration to Inclusion of the Sick Child

2004 – Brussels: 3rd European Days

Ethics and Deontology for Hospital Teachers

2006 – London: 5th European Congress

Getting better Together

2008 – Tampere: 6th European Congress

Facing Reality and Dreams

2010 – Munich: 7th European Congress

The Sick Child – Supported by a Network of Education and Medicine

2012 – Amsterdam: 8th European Congress

Hospital Teaching in Changing Times

2014 – Bucharest: 9th European Congress

Together for a Better Education of Sick Children and Adolescents

2016 – Vienna: 10th European Congress

Migration, Multilingualism and Medical Needs – Pedagogics for the 21st Century

2018 – Poznan: 11th European Congress

Equal Education in Hospital Schools. How to Put a Stop to Exclusion of Sick Children and Their Families?

2020 – Tallinn: cancellation of the Congress

2023 – Milan: 12th European Congress

Shaping the Future with Education

2025 – Dublin: 13th European Congress

Together: Sharing Information, Sharing Knowledge, Sharing Practice

3. Die Homepage von HOPE: www.hospitalteachers.eu

Seit dem HOPE-Kongress in London im Jahr 2006 gibt es die HOPE-Homepage, die Publikationen und Informationen über Pädagogik bei Krankheit, Fortbildungsveranstaltungen und die Kongresse bereitstellt sowie die aktuellen Newsletter.

HOPE folgt dem Motto „Continuity in Education“ und hat derzeit ca. 350 Mitglieder aus 30 Ländern - nicht nur aus Europa, sondern auch aus Australien, Neuseeland, Israel, Armenien, Brasilien, Chile und Brasilien. Es ist eine NGO mit dem rechtlichen Sitz in Brüssel, wo auch die Statuten 1994 veröffentlicht wurden. Die Vertreter:innen des Boards kommen aus unterschiedlichen Ländern und werden von den HOPE-Mitgliedern bei den Generalversammlungen - meistens im Anschluss an die Kongresse – gewählt. Für Mitglieder gibt es auf der Homepage eine „reserved area“, wo sie Zugang zu allen bisher stattgefundenen Veranstaltungen und allen bisher erschienenen Newslettern haben.

3.1. Die HOPE-Charta

Die im Jahr 2000 herausgegebene HOPE-Charta lehnt sich an die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 an. Sie wurde 2016 ergänzt und konzentriert sich auf das Recht auf Bildung von Kindern und Jugendlichen mit somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen oder nach Unfällen. Die Charta wurde in mittlerweile 48 Sprachen übersetzt, findet sich auf der HOPE-Website und umfasst 10 Punkte, u.a.:

- Punkt 1: Jedes kranke Kind und jeder kranke Jugendliche hat das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause, selbst wenn die Erkrankung nicht im eigenen Land stattfindet.
- Punkt 4: Krankenhaus- und Hausunterricht müssen, in Abstimmung mit der Herkunftsschule, den Bedürfnissen und Fähigkeiten der kranken Kinder und Jugendlichen angepasst werden.
- Punkt 8: Die Lehrer:innen kranker Kinder und Jugendlicher sind vollwertige Mitglieder der multidisziplinären Teams. Sie sind auch die Verbindung zwischen der Krankenhauswelt des Kindes oder des/der Jugendlichen und seiner Herkunftsschule.

In der englischen Version, der Sprache von HOPE, wurde “sick children and adolescents” durch “children and adolescents with medical or mental health needs” ersetzt.

3.2. Die HOPE-Landesvertreterin für Österreich Mag. Dr. Brigitte Gruber

Mag. Dr. Brigitte Gruber, Lehrerin der Wiener Heilstättenschule an einer psychosomatischen Station und Lehrende am Campus Wien/FH für Gesundheitswissenschaften, ist seit dem Jahr 2000 HOPE-Landesvertreterin von Österreich und nahm seither an allen HOPE-Kongressen teil bzw. war Mitorganisatorin des HOPE-Kongresses in Wien 2016.

Die Aufgaben eines „committee-members“ sind das Werben von Mitgliedern, das Einheben der Mitgliedsbeiträge und die Weitergabe von Informationen. In Relation zur Einwohnerzahl gelang es der österreichischen Landesvertreterin, eine hohe Anzahl von Mitgliedern anzuwerben bzw. zu halten - aus ganz Österreich, nicht nur aus Wien. Für sie bedeutet HOPE „internationaler Austausch, Fortbildungen und Freundschaft“, und sie meinte in einem persönlichen Gespräch: „Die Hospitationen in den Krankenhausschulen in den verschiedenen Ländern sind wichtiger als die Theorie, die man überall lernen kann.“

3.3. Der HOPE-Präsident Jan Haverkate

Seit dem Kongress 2012 in Amsterdam ist Jan Haverkate, Direktor der Klinikschule Onderwijsondersteuning Zieke Leerlingen (OZL) in Delta in den Niederlanden, Präsident von HOPE. Die folgenden Zitate stammen aus einem Mailinterview, das Elke Huber-Lang mit ihm im Zuge der Vorbereitung für ihren Vortrag im Rahmen der ersten Ringvorlesungen im Februar 2023 geführt hat:

For HOPE I have travelled all over Europe ... But I've also been further afield for HOPE, such as in Moscow, Panama, Kuala Lumpur and Brisbane. I try to serve HOPE as much as I can. Connecting within HOPE is a great task. Don't ask what HOPE can do for you, but ask yourself what you can do for HOPE.

Außerdem schickte er für den Vortrag über „HOPE und die Klinikschulen in Europa“ eine Video-Botschaft, in der er die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit in diesem Bereich unterstrich und zur Teilnahme am Kongress in Mailand im Mai 2023 einlud. HOPE bedeutet

für den Präsidenten: Have Only Positive Emotions. Im Wintersemester 2024/2025 kündigte Jan Haverkate an, dass er beim HOPE-Kongress in Dublin im Mai 2025 seine Präsidentschaft zurücklegen wird.

4. HOPE-Kongresse und Hospitationen

4.1. Der 2. HOPE-Kongress 1992 in Wien

Die Heilstättenschule Wien veranstaltete im April 1992 den „2. Kongreß der Europäischen Krankenhauslehrer“, wie er damals genannt wurde. Das Thema des Kongresses Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient stellte die kranken Kinder und Jugendlichen, die sich zusätzlich zu ihren Aufgaben als Schüler:innen allen mit ihrer Krankheit in Zusammenhang stehenden Herausforderungen stellen müssen, in den Mittelpunkt. Die Referent:innen und Arbeitskreisleiter:innen kamen aus unterschiedlichen Ländern, setzten sich mit den vielfältigen Feldern von Medizin, Pflege, Psychologie, Therapeutik und Pädagogik auseinander und beleuchteten Pädagogik bei Krankheit aus unterschiedlichen Blickwinkeln.



Foto A: Bild einer Schülerin der Kinderklinik

4.2. Hospitation an drei Pariser Spitälern

In Folge dieses Kongresses bekam die Autorin dieses Artikels und Mitorganisatorin des 2. Kongresses der Europäischen Krankenhauslehrer im Jahr 1992 sowie auch des 10. HOPE-Kongresses 2016 in Wien die Möglichkeit eines einmonatigen Praktikums im Mai 1993 an drei Ecoles à l'hôpital in Paris - nämlich den Klinikschulen des Hôpital Armand

Trousseau, des Hôpital Necker und des Institut Curie. Lehrer:innen der ersten beiden Krankenhäuser hatten den Kongress in Wien im April 1992 besucht. Daraus entstand eine Zusammenarbeit mit der Heilstättenschule Wien.

Zwischen dem Institut Curie, das eine der wichtigsten onkologischen Abteilungen für Kinder und Jugendliche in Frankreich beherbergt, bestand und besteht eine wichtige Zusammenarbeit mit dem St. Anna Kinderspital in Wien, der bedeutendsten pädiatrischen Onkologie Österreichs (mit Ausnahme der pädiatrischen Neuro-Onkologie, die ihren Sitz an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH Wien hat). Dieses Praktikum oder Jobshadowing, wie wir es heute bezeichnen würden, brachte neue Erfahrungen: Junge Patient:innen kamen aus dem Maghreb nach Paris zu Knochenmarkstransplantationen und eine Krankenhauslehrerin machte gemeinsam mit einer Ärztin Klassenaufklärung bei an Diabetes erkrankten Schüler:innen. Ein Krankenhauslehrer:innenteam hatte eine Art Fernsehstation eingerichtet und ging zu einer bestimmten Uhrzeit für die stationären Patient:innen bzw. Schüler:innen in den Klassenräumen und den Isolierzimmern auf Sendung.

4.3. Der 8. HOPE-Kongress in Amsterdam 2012

Die Autorin des Artikels stellt im Folgenden kurz alle HOPE-Kongresse vor, an denen sie persönlich teilgenommen hat. Bei dem Kongress in den Niederlanden mit dem Titel Changing Times wurde das in Flandern entwickelte Telepräsenzsystem Bednet vorgestellt. Dadurch war es schon vor über einem Jahrzehnt möglich, dass Schüler:innen vom Krankenhaus oder von zu Hause aus dem Unterricht in ihren Herkunftsschulen über einen Bildschirm verfolgen bzw. sich auch einbringen konnten. Neu aus österreichischer Sicht waren das Aufgabenfeld eines Counselors und Consultants, der für die Familie erkrankter Schüler:innen in schulischen Belangen die Funktion eines Managers einnimmt, und die Rolle einer Trauer- und Verlusttherapeutin, die von Schulen aus dem ganzen Land angefordert werden kann. Es gab auch die Möglichkeit, die neugebaute Klinikschule in Utrecht mit allen Abteilungen der Pädiatrie und der Kinder- und Jugend-Psychiatrie zu besuchen und sich mit den Kolleg:innen vor Ort auszutauschen.

4.4. Der 9. HOPE-Kongress in Bukarest 2014

An diesem Kongress mit dem Titel *Together for a Better Education of Sick Children and Adolescents* nahmen aus Österreich neben ein paar Lehrer:innen der Wiener Heilstättenschule auch der Direktor der HIS Salzburg (Höhere Schule im Spital) und eine Kollegin der Heilstättenschule Linz teil. Die Klinikschule in Bukarest befand sich erst im Aufbau und wurde von einem christlichen Verein gesponsert. Das Lehrer:innenteam dieser Spitalschule zeichnete sich durch sein besonderes Engagement aus, auch bei der Betreuung von krebserkrankten Schülerinnen aus Roma-Familien, die z.T. von weit weg zur Behandlung nach Bukarest kommen. Ein Teil der rumänischen Krankenhauslehrer:innen kam nach der Veranstaltung ihres Kongresses als Referent:innen zu allen folgenden HOPE-Kongressen.

4.5. Die Vorbereitung des 10. HOPE-Kongresses in Wien

Ein Team aus 13 Lehrer:innen der Heilstättenschule Wien beschloss über zwei Jahre vor der Austragung des 10. HOPE-Kongresses, diesen in Wien in Zusammenarbeit mit der HIS Salzburg zu organisieren und ihm den Schwerpunkt Migration und Mehrsprachigkeit zu geben. „Damals ahnten wir noch nicht, wie sehr dieses Thema durch eine in diesem Ausmaß noch nicht gekannte Flüchtlingsbewegung nach Europa an Aktualität gewinnen würde“, schrieb die Autorin dieser Publikation und Programmmanagerin des Kongresses im Vorwort des Kongressberichtes. (AHA-Verein, 2016, S. 5)

In der Heilstättenschule Wien wurde eine Sprachenerhebung durchgeführt, bei der die Erstsprache(n) und gegebenenfalls weitere Sprachen ermittelt wurden. Es zeigte sich deutlich, dass die Sprachenvielfalt im Vergleich zu den 1990er Jahren, in denen BKS-Sprachen (Bosnisch, Kroatisch und Serbisch) und Türkisch an oberster Stelle standen, deutlich angestiegen war. Außerdem haben wir es in Wien und in vielen Teilen Österreichs mit einer immer größer werdenden Gruppe an Schüler:innen zu tun, deren Erstsprache nicht Deutsch ist. Aus formalen Gründen durfte diese Sprachenerhebung leider nicht ausgewertet werden.

Um die Sprachenvielfalt der Schüler:innen zu veranschaulichen, führte die Heilstättenschule an allen Exposituren das Projekt Sprachensilhouetten durch. Mit der Erlaubnis des Sprachförderzentrums Wien wurde die Silhouette einer Figur verwendet, die die Kinder mit verschiedenen Farben so

bemalen sollten, dass für jede Sprache eine andere Farbe ausgewählt und die Stelle der Figur angemalt werden sollte, die er/sie mit dieser Sprache in Verbindung bringt. Parallel dazu trugen die Kinder schriftlich jene Sprachen ein, die sie in der Familie bzw. mit Freund:innen sprechen, und diejenige(n), die sie am liebsten sprechen. Eine Sprachenfigur mit verschiedenen Flaggen wurde als Logo für den Kongress ausgesucht und ein Teil der von den Kindern bemalten Sprachenfiguren wurden am Kongressort ausgestellt.

Der Stadtschulrat für Wien, die heutige Bildungsdirektion, brachte anlässlich des 10. Kongresses im Vorfeld eine Sondernummer des I-Journals heraus. In dieser Sondernummer gab es Artikel aus 11 Ländern, in denen Klinikschulen aus verschiedenen Ländern und das Projekt Sprachenfiguren vorgestellt wurden, und Fachartikel über mehrsprachige Alphabetisierung und Kunstprojekte. (Integrationsberatungsstelle, 2016, S. 3 – 79)

4.6. Der 10. HOPE-Kongress in Wien 2016

Der Titel dieses Kongresses war Pädagogik im Spannungsfeld von Krankheit, Migration und Mehrsprachigkeit. Er fand vom 10. bis 13. Mai 2016 im Kardinal-König-Haus in Wien statt und wurde von ca. 200 Teilnehmer:innen aus 23 HOPE-Mitgliedsländern besucht. Die Referent:innen und Workshopleiter:innen kamen aus 17 Ländern und deckten die Fachbereiche Kommunikation, Krankenpflege, Kunst, Linguistik, Literatur, Medizin, Medizinanthropologie, Pädagogik, Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit und medizinische Therapie ab. Der Kongress wurde zweisprachig - Englisch und Deutsch - mit professioneller Simultanübersetzung der Hauptvorträge durchgeführt.

Die über 40 Programmpunkte boten eine Bandbreite von Alltags-, Bildungs-, Zeichen- und Fachsprachen über Videodolmetschen, mehrsprachige Alphabetisierung von Schulkindern und Alphabetisierung von Geflüchteten bis zur Förderung von kreativem Sprachgebrauch.

Laut Kongressbericht umfasste die Themenvielfalt z. B.

Mehrsprachigkeit und wissenschaftliche Perspektiven, Sprachenvielfalt an der Heilstättenschule Wien, Die Sprache der Erkrankung. Kognitive Entwicklung und Lebensqualität von Kindern mit schwerer Herzerkrankung, Trauma und

psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, Verbesserung der Interaktion mittels non-verbaler Kommunikation, Förderung des kreativen Sprachgebrauchs: Geschichten erzählen, Poesie, Philosophie für alle Altersstufen und Mehrsprachigkeit: Sprachentwicklung und Sprachentwicklungsstörungen, Zeichnen als Mittel der Teilhabe, Interaktion und Verständigung, 'Ein Zeichen der Zeit': Zeichen und Symbole im Klassenzimmer des 21. Jahrhunderts und Ein Zugang zu Gefühlen und Gleichberechtigung durch die Förderung der Lese- und Schreibfertigkeit. (AHA-Verein, 2016, S. 6 – 13)

Die Veranstaltung eines mehrtägigen Kongresses war für das Organisationsteam der Heilstättenschule Wien eine große Herausforderung und eine bereichernde Erfahrung. In Erinnerung bleiben für die Teilnehmer:innen und die Organisator:innen neben der Auseinandersetzung mit den fachspezifischen Themen so manches Pausengespräch, gemeinsame Mittagessen, die Stadtbesichtigung oder der Abschiedsabend mit Buffet und Tanz.



Foto B: Bild eines Schülers der Kinderklinik

4.7. Hospitationen in Neuseeland und London

Während ihres Sabbaticals im Schuljahr 2016/2017 organisierte die Autorin dieses Artikels ein Treffen mit Richard Winder, dem Direktor der Northern Health School (NHS) in Auckland, und seiner damaligen

Stellvertreterin. Die Weihnachtsferien sind dort die großen Ferien. Deshalb waren keine Schüler:innen anwesend, aber Klassenzimmer, Büros und Krankenstationen konnten besichtigt werden. Die fünf Autos der Krankenhausschule standen in der Garage. Aufgrund der topographischen Lage Neuseelands müssen die Lehrer:innen zum Teil größere Distanzen auf der Nordinsel überwinden. Richard Winder und eine Lehrperson dieser Schule halten regelmäßig Workshops und Vorträge bei den HOPE-Kongressen.

Auch die Hospitationen an der Children's Hospital School at Great Ormond Street Hospital and University College Hospital London (GOSH) und an der Chelsea and Westminster Community Hospital School (CCHS) im Juni 2017 kamen über HOPE-Kontakte zustande. In beiden Klinikschulen gibt es Assistant Teachers, die beim Unterrichten von größeren Gruppen, bei der Vorbereitung von physikalischen Experimenten oder in einem Fotolabor unterstützen, und viele freiwillige Helfer:innen, die Musikprojekte im Eingangsbereich der Krankenhäuser oder in den Ambulanzen machen oder kranke Kinder und Jugendliche mit Therapiehunden besuchen.

In der CCHS hat die Website Well at School, die auch beim 10. HOPE-Kongress in Wien vorgestellt wurde, ihren Ursprung und wird von dieser Klinikschule betreut. Auf dieser Plattform findet man Informationen und Ratschläge über somatische, psychosomatische und psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Zielgruppe sind Lehrer:innen der Herkunftsschulen, Schüler:innen, Eltern und alle, die mit kranken Kindern und Jugendlichen arbeiten. www.wellatschool.org

4.8. Der 11. HOPE-Kongress 2018 in Poznan (Polen) und in Tallinn (Estland)

Der Vorteil eines Kongresses in einer kleineren Stadt war, dass die Stadtregierung Räumlichkeiten für die Eröffnungsveranstaltung und Gelder für den Kongress zur Verfügung stellte. Der Nachteil war die kompliziertere Anreise für die Kongressteilnehmer:innen. Von Lehrer:innen aus Norwegen wurde in einem Workshop der Telepräsenzroboter AV1 (Avatar) von No Isolation vorgestellt.

Den HOPE-Kongress in Tallinn 2020 musste das estnische Organisationsteam wegen Covid 19 absagen. Es sah sich nicht in der Lage, den Kongress zu einem späteren Zeitpunkt nachzuholen.

Deshalb erklärte sich ein italienisches Team bereit, den nächsten Kongress zu veranstalten. 2021 kam es zu einer Online-Abstimmung, ob der HOPE-Kongress 2022 virtuell stattfinden oder ob noch ein weiteres Jahr abgewartet werden sollte. Der Vortrag Die Entwicklung von HOPE und Klinikschulen in Europa fand vier Monate vor dem 12. HOPE-Kongress in Mailand, der ohne Covid-Maßnahmen im Mai 2023 durchgeführt werden konnte, statt. Dort wurde der 13. HOPE-Kongress im Mai 2025 in Dublin angekündigt.

5. HOPE-Newsletter

5.1. Newsletter vom Mai 2022

In diesem Newsletter berichtete die Heilstättenschule Wien über vier neue Projekte. Auf einer Station der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH Wien etablierte sich eine Welcome-App, um die Aufnahme und den Aufenthalt von Patient:innen und deren Familien zu erleichtern. Diese App stellt die verschiedenen Bereiche einer Krankenstation, u.a. auch die Schule, vor und gibt Informationen über Krankheiten, Untersuchungen und Behandlungen.

An derselben Klinik entstand die Musikwerkstatt YourSmile, eine Zusammenarbeit der mdw (Universität für Musik und darstellende Kunst Wien), des CCP (Comprehence Center for Pediatrics) und der Heilstättenschule Wien. Ziel dieses Musikprojekts ist es, „Kinder und Jugendliche mithilfe von Musik und musikalischen Aktivitäten, in welchen sie selbst einen aktiven Part spielen, in einen positiven-spielerisch-didaktischen Kontext zu versetzen.“

(<https://ccp.meduniwien.ac.at/ueber-uns/news-und-aktuelles/yoursmile-musikwerkstatt/>) Zusätzlich zu den Musikeinheiten finden auch Konzerte statt.

Weiters wurden die drei Mobilen Teams der Heilstättenschule Wien vorgestellt: das Team Motorik, das Team Hören und das Team Sehen. Die Heilstättenpädagog:innen sind Expert:innen in den jeweiligen Bereichen und unterstützen Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen und die Lehrer:innen der Herkunftsschulen, um die Inklusion dieser jungen Menschen im Schulalltag zu erleichtern.

Das vierte neue Projekt war die Implementierung des Telepräsenzroboters Avatar an der Heilstättenschule Wien, die im laufenden Schuljahr nicht nur zum Expertisezentrum für dieses Telepräsenzsystem in ganz

Österreich wurde, sondern auch für den Einsatz der VR (Virtual Reality) im Schulbereich. (<https://heilstaettenschule.schule.wien.at/avatar>)

5.2. Newsletter vom September 2022

Aus der Zusammenarbeit des Lehrer:innenteams der Heilstättenschule Wien und dem St. Anna Kinderspital entstand der Schulfilm Brief aus dem Krankenhaus. Die Lehrer:innen verwenden diesen ca. 15-minütigen Film für ihre Informationseinheiten in den Klassen ihrer onkologisch-erkrankten Schüler:innen. Im Mittelpunkt dieses Films steht der neue „Alltag“ einer Schülerin mit Leukämie, zu dem auch der Unterricht durch eine Hauslehrerin daheim und im Krankenhaus gehört. Zwei Kolleg:innen vom St. Anna Kinderspital stellten diesen Film auch beim HOPE-Kongress in Mailand im Mai 2023 vor.



Foto C: Bild einer Schülerin der Kinderklinik

5.3. Der Weihnachts-Newsletter von 2022

In der Serie *This one student with a medical or mental health need* erschien der Text *This one student who is waiting for a heart and conquers hearts*, den die Verfasserin bei ihrem Vortrag über HOPE präsentierte. Im Mittelpunkt standen die Persönlichkeit und die schulische Begleitung dieses besonderen Jugendlichen und auch die Sinnhaftigkeit, Ausnahmen zu machen.

6. Fragen an Klinikschulen in Europa

Zur Vorbereitung ihres Vortrags schickte die Autorin dieser Publikation einen Fragenkatalog an 15 Klinikschulen, die HOPE-Mitglieder sind. Dabei ging es um Eckdaten, die Bedeutung von HOPE für diese Schulen, Veränderungen in den letzten Jahren sowie Wünsche und Hoffnungen für die Zukunft. Von 15 Mails wurden nur fünf beantwortet. Das waren weniger Antworten als erhofft, es folgte jedoch ein erfreulicher Mailaustausch mit den Kolleg:innen dieser Klinikschulen.

Questions for the school management or teaching team of a selected hospital school:

- Key data about your hospital school

name of your school/city/country

number of teachers

approximate number of children receiving school care in your institution per year

Which diseases are being treated?

Where does the teaching take place? (hospital, home schooling, teaching in residential communities...)

- Main focus, special features
- What does teaching children with a medical or mental health condition look like in other hospital schools in your country?
- What does HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe) mean to you and your teaching team?
- If your school has hosted a HOPE congress or another HOPE related education, what memories do you have of it?
- What has changed in your school in recent years?
- What wishes and hopes do you have for the future of your hospital school and your pupils/students?

Im Folgenden werden die Antworten der fünf Spitalschulen zusammengefasst. Diese stammen von jeweils einer Klinikschule aus Belgien und Irland, zwei Schulen aus den Niederlanden und einer Privatinitiative aus Ungarn.

6.1. Our Lady's Hospital School in Dublin

In dieser Klinikschule arbeiten 7 bis 8 Lehrer:innen, die ungefähr 80 Kinder pro Tag im Alter von 4 bis 18 Jahren unterrichten. Das Krankenhaus deckt alle Bereiche der Pädiatrie ab. Die Kliniklehrer:innen unterrichten je nach Bedarf im Krankenhaus, zu Hause oder in Wohngemeinschaften. In Irland gibt es 13 Klinikschulen, 7 im pädiatrischen und 6 im psychiatrischen Bereich. In diesen Schulen arbeiten jeweils 1 bis 7 Pädagog:innen.

Der Schulleiter der *Our Lady's Hospital School* Fergal McNamara ist Kassier von HOPE und leitet die Vorbereitungen für den HOPE-Kongress vom 12. bis 16. Mai 2026. HOPE bedeutet für ihn ein Netzwerk für den beruflichen Austausch.

6.2. Educatieve Voorziening Amsterdam UMS (Emma Children Hospital)

In diesem neuen, hellen und architektonisch sehr kindgerecht gestalteten Krankenhaus arbeiten 6 Lehrer:innen, 3 im Grundschul- und 3 im Sekundarschulbereich. Sie unterrichten 350 bis 400 Schüler:innen pro Jahr mit unterschiedlichen Krankheitsbildern sowohl im klinischen Setting als auch zu Hause oder in Wohngemeinschaften. „HOPE does give us the feeling that we are part of a larger network of hospital teachers.“

Der HOPE-Kongress in Amsterdam 2012 wurde von Kliniklehrer:innen aus allen Teilen der Niederlande organisiert. Wichtig ist den Lehrer:innen, dass sie mit einer Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten Kontakt mit den Herkunftsschulen aufnehmen dürfen und diesen - wenn nötig - auch nach der Entlassung aufrechterhalten, um einen sanften Übergang (= Transition) für die Schüler:innen zu gewährleisten.

6.3. Educatieve Voorziening van het Prinses Maxima Centrum in Utrecht

In diesem pädiatrisch-onkologischen Zentrum unterrichten 8 Lehrer:innen ca. 600 bis 800 Schüler:innen pro Jahr. Seit 2018 werden dort alle Kinder und Jugendlichen mit einer Krebserkrankung aus dem ganzen Land behandelt.

Wenn die Schüler:innen zwischen den Behandlungen zu Hause sind, dürfen sie im Normalfall (im Unterschied zum St. Anna Kinderspital, der größten pädiatrischen Onkologie in Österreich) ihre Herkunftsschulen besuchen. Wenn dies nicht der Fall ist, gibt es eingeschränkte Möglichkeiten für den Unterricht zu Hause oder den Einsatz von Telepräsenzsystemen.

6.4. Unterricht kranker Schüler:innen in Ungarn

Die *Stiftung KórházSuli Alapítvány*, einer „HospiEdu-Foundation“, wurde von Monika Thóthné Almássy, der HOPE-Landesvertreterin von Ungarn und ehemaligen Herausgeberin der HOPE-Newsletter, gegründet. Da in Ungarn ca. 50 Kliniklehrer:innen nur Schüler:innen mit somatischen Erkrankungen in Spitälern unterrichten, gab es eine Lücke bei der schulischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen, die aufgrund ihrer Krankheit zwischen den Klinikaufenthalten die Schule nicht besuchen dürfen oder an einer psychiatrischen Erkrankung leiden.

Zusätzlich zum Unterricht durch ca. 250 ehrenamtlich tätigen Student:innen für ca. 250 Schüler:innen pro Schuljahr - auch im Hausunterricht in ganz Ungarn - veranstaltet die Stiftung neben Workshops und Konferenzen auch Sportaktivitäten, stellt Lernunterlagen zur Verfügung und begleitet die Studierenden. Das Ziel dieser Stiftung ist es, dass kranke Kinder und Jugendliche bis zu ihrer vollen Integration in ihrer Schule unterstützt werden. Die Website <https://korhazsuli.hu/> bietet auch einen ausführlichen englischen Teil.

Das Beispiel von Ungarn zeigt, dass Klinikschulen abhängig sind von bildungs-, sozial-politischen und ökonomischen Entscheidungen und Wertigkeiten in den einzelnen Ländern. Der Einsatz von engagierten Menschen hilft, Lücken zu schließen, wenn das staatliche Bildungssystem die Aufgabe, jungen Menschen mit Erkrankungen, Behinderungen oder Beeinträchtigungen Zugang zu Bildung zu ermöglichen und zu gewährleisten, nur eingeschränkt erfüllt.

Die *Heilstättenschule Wien* deckt unterschiedlichste Bereiche der Pädagogik bei Krankheit ab und versucht, Lösungen für ihre Schüler:innen in existenziell herausfordernden Situationen zu finden, um deren Recht auf Bildung und Teilhabe abzusichern.

Wege entstehen im Gehen, während man die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse (schwer) erkrankter Kinder und Jugendlicher fest im Blick hat. Dafür braucht es verantwortliche Professionelle, die sich mutig auf den Weg machen und aktiv neue Wege beschreiten, neue Möglichkeiten erproben, weiterentwickeln und diese in der Schullandschaft implementieren, schreibt Daniela Jagsch-Budschedl, Leiterin der Heilstättenschule Wien seit 8 Jahren.
(Jagsch D., 2023, S. 420)

Die Heilstättenschule Wien ist ein aktiver Teil von HOPE, dieser seit nun fast 40 Jahren bestehenden Organisation, und ihres Netzwerkes durch den Besuch und die Veranstaltung von Fachfortbildungen und den Austausch mit Kolleg:innen aus ganz Europa und darüber hinaus. Eine noch laufende Erasmus+ Akkreditierung mit den Schwerpunkten internationaler Austausch, Digitalisierung, Gesundheitsförderung und Inklusion erleichtert den Pädagog:innen und der Direktion, Jobshadowings in Europa zu machen oder in Wien zu hosten.

Im Zentrum der Arbeit der Krankenhauslehrer:innen stehen ihre Schüler:innen und deren Bedürfnisse. Beziehung, Begleitung und – wenn möglich – Beständigkeit sind die Schlüssel zum Erfolg.



Literatur

- „AHA“-Verein der Krankenhauslehrerinnen und Krankenhauslehrer in Österreich. (1992, April). (Hrsg.). *Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient*. 2. Kongreß der Europäischen Krankenhauslehrer.
- „AHA“-Verein der Krankenhauslehrerinnen und Krankenhauslehrer in Österreich. (2016, Mai). (Hrsg.). *Migration, Multilingualism and Medical Needs – Pedagogics for the 21st Century*. *Pädagogik im Spannungsfeld von Krankheit, Migration und Mehrsprachigkeit*.

- HOPE, Hospital Organisation of Pedagogues in Europe.
<https://www.hospitalteachers.eu/> (Homepage).
- Integrationsberatungsstelle im Stadtschulrat für Wien. (2016, Mai).
 (Hrsg.). *I-Journal. Pädagogik bei Krankheit – international.*
 (anlässlich des 10. HOPE-Kongresses, 10. – 13. Mai 2016)
- Jagsch D. (2023). Heilstättenschule Wien. Eine Entwicklungsoffene
 Schule für (schwer)kranke Kinder und Jugendliche. In:
Sonderpädagogische Förderung heute, Ausgabe 4, S. 415 - 420
- KórházSuli. <https://korhazsuli.hu/>
- wellatschool – Supporting Children with Medical and Mental Health
 Needs at School. <https://www.wellatschool.org/>

Bilder

Fotos der Schülerbilder: Elke Huber-Lang

Autorin

Mag. Elke Huber-Lang

Lehrerin an der Heilstättenschule Wien, Hospital

Team der Organisation of Pedagogues in Europe (HOPE)

Interimistische Botschafterin von HOPE

elke.huber-lang@schule.wien.gv.at

Klinikschulen in Deutschland: Michael Schubert

Zusammenfassung

Klinikschulen in Deutschland sind ebenso vielfältig wie föderal geprägt. Ihre Ausgestaltung variiert je nach Bundesland hinsichtlich rechtlicher Grundlagen, Ausstattung, Personalstruktur und Konzepten. Trotz dieser Unterschiede eint sie ein gemeinsames Ziel: die Bildungs- und Teilhabechancen erkrankter Kinder und Jugendlicher zu sichern. Die neuen KMK-Empfehlungen von 2025 betonen multiprofessionelle Zusammenarbeit, partizipative Ansätze und kontinuierliche Übergänge. Fachverbände fordern darüber hinaus bundesweite Standards, nachhaltige Personalstrukturen und eine institutionalisierte Ausbildung für Klinikschullehrkräfte. Klinikschulen sind Netzwerker: Sie kooperieren mit Akteuren im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialbereich, um individuelle Bildungswege während und nach dem Klinikaufenthalt zu ermöglichen.

Abstract

Hospital schools in Germany are highly diverse due to the country's federal education system. They differ in structure, staffing, and legal frameworks across the 16 states, yet share the core mission of supporting educational participation for children with health conditions. The 2025 KMK recommendations highlight multiprofessional collaboration, participatory approaches, and smooth transitions. Professional associations further advocate for nationwide training, sustainable staffing, and dedicated qualification programmes. Hospital schools serve as networking hubs, coordinating with health, education, and social services to secure individual educational pathways during and after hospitalisation.

Schlagwörter

Föderalismus – Klinikschule – Multiprofessionelle Zusammenarbeit – Bildungsteilhabe

Keywords

Federalism – Hospital school – Multiprofessional collaboration – Educational participation

1. Einleitung

„Keine Schule für Kranke gleicht einer anderen.“ (Heidenreich, 2012), schreibt Ruppert Heidenreich in seinem Vorwort für das Buch *Pädagogik bei Krankheit*.

Die Wahrheit in einem Satz!

Grundsätzlich ist in Deutschland die ganze und überaus vielfältige Palette an Schulen für Kranke¹ zu finden: kleine (mit 1-3 Lehrkräften²) bis große (mit über 50 Lehrkräften) Klinikschulen in privater oder staatlicher Trägerschaft, an regionalen Kliniken mit Versorgungsaufträgen, an großen Universitätskliniken oder an spezialisierten Rehabilitationskliniken, mit somatischen und kinder- & jugendpsychiatrischen Schwerpunkten. Und es gibt buchstäblich ausgezeichnete Klinikschulen, wie beispielsweise die Gewinner des Deutschen Schulpreises, die Schulen für Kranke in Bad Hindelang-Oberjoch (BY) 2010 und in Bonn (NRW) 2012 (Deutscher Schulpreis, 2023).

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, es wurden im Schuljahr 2023/2024 an deutschen Schulen für Kranke 10.985 Schüler:innen von 921 Lehrkräften (KMK, 2023) unterrichtet und beraten. Die Frage nach der Gesamtzahl der Klinikschulen jedoch bleibt spekulativ³. Hochgerechnet dürften es um die 250 bis 300 sein.

Dies unterscheidet Deutschland jedoch nicht wesentlich von anderen Ländern, wie den Kapiteln dieses Buches an mehreren Stellen zu entnehmen ist.

2. Was kennzeichnet also die Klinikschulen in Deutschland?

Um dieser Frage näher zu kommen, bedarf es einer Sicht auf die Rahmenbedingungen und Voraussetzungen für die Schulen für Kranke in Deutschland.

Ein wesentlicher Aspekt ist die föderale Organisation von Bildung sowie Bildungspolitik. Dies bedeutet, dass Bildungspolitik nicht zentral von einem Bundesministerium in Berlin gesteuert wird, sondern vielmehr in

¹ Anm.: die Begriffe *Klinikschule* und *Schule für Kranke* werden in diesem Artikel stellvertretend für die zahlreichen Benennungen der entsprechenden schulischen Einrichtungen (s. Tabelle 1) verwendet.

² Anm.: da die Erfassung der Schüler:innen einer einzelnen Klinikschule selbst innerhalb der Bundesländer unterschiedlich gehandhabt wird, dient hier die Zahl der Lehrkräfte als Vergleichsgröße.

³ Eine entsprechende Anfrage an statistik@kmk.org wurde am 11.01.2023 mit folgendem Hinweis beantwortet: „[...] Dementsprechend liegt uns die Zahl der Schulen für Kranke nicht vor. [...]“

der Hoheit der sechzehn einzelnen Bundesländer liegt. Für die Klinikschulen bedeutet dies, wie für die meisten anderen Schularten auch, sechzehn verschiedene, zum Teil sehr unterschiedliche, rechtliche und organisatorische Strukturen, bis hin zu den Benennungen. Tabelle 1 zeigt eine Übersicht.

Entsprechend different gestalten sich auch die rechtlichen

Grundlagen: In allen Bundesländern jedoch, ist der Unterricht mit kranken Schüler:innen im Schulgesetz verankert. Einige Bundesländer leiten daraus weiterführend

Klinikschule	in 5 Bundesländern; z.B. Berlin, Sachsen-Anhalt
Schule für Kranke	in 3 Bundesländern; z.B. Bayern, NRW
Krankenhausunterricht u. Hausunterricht	RHP und Saarland
Schule für kranke Schülerinnen u. Schüler	Hessen & Mecklenburg-V.
Sonderpäd. Bildungs- & Beratungszentrum FSP Schüler in längerer Krankenhausbehandlung	Baden-Württemberg
Förderzentrum für Krankenhaus- und Hausunterricht	Bremen
Bildungs- & Beratungszentrum Pädagogik bei Krankheit und Autismus	Hamburg
Krankenhauschule	Sachsen
Klinikunterricht u. Hausunterricht	Thüringen

Tabelle 1: Benennungen der Klinikschulen in den Bundesländern

Verordnungen (z.B. Bayern, Brandenburg) oder Verwaltungsvorschriften (z.B. Baden-Württemberg) ab, in denen Organisation und Aufbau der Klinikschulen näher geregelt werden. Es gibt aber auch Landesministerien (z.B. in Hessen), in denen lediglich Richtlinien für Unterrichtsoptionen mit erkrankten Schüler:innen das Schulgesetz ergänzen. Entsprechend different gestaltet sich der Rahmen, innerhalb dessen die einzelnen Bildungs- und Unterstützungsangebote für diese Kinder und Jugendlichen zur Verfügung stehen:

- Räumlich – Stehen eigene (Schul-)Räume oder sogar eine eigene Schule für Kranke zur Verfügung?
- Personell – Verfügt das Angebot über eine Personalstruktur mit eigener Schulleitung und eigenen oder längerfristig abgeordnete Lehrkräfte?
- Finanziell – Steht für das Angebot ein eigenes und planbares Budget (z.B. in Form von Schulsachkosten) bereit?
- Qualitativ – Werden erfahrene Lehrkräfte mit Ausbildung in den entsprechenden Bildungsgängen, aber auch in (sonder-) pädagogischen Handlungsfeldern (z.B. Diagnostik, Beratung...) eingesetzt?
- Perspektivisch – Kann Konzeptions- bzw. Schulentwicklung stattfinden, um das Angebot auf zukünftige Arbeitsfelder (z.B. StäB) vorzubereiten?

Nicht unerheblich ist in diesem Zusammenhang der variierende Zeitpunkt, zu denen die Vorschriften entstanden sind. So wurden die „jüngsten“ Vorschriften 2018 in Sachsen und Bremen verabschiedet, während die „älteste“ in Baden-Württemberg aus dem Jahr 1988 stammt. Die große Masse entstand in den Jahren 1993 bis 2015.

3. Doch wo liegen die Gemeinsamkeiten der Klinikschulen in Deutschland, bzw. gibt es diese überhaupt?

„Auch der kleinste gemeinsame Nenner hat ein gewisses Entwicklungspotential.“ (Ferstl, 2012), lautet ein Zitat von Ernst Ferstl. So wurde und wird auch in Bezug auf die Schulen für Kranke sowie den Unterricht mit kranken Schüler:innen bundesländerübergreifend aus verschiedenen Richtungen nach gemeinsamen Nennern und möglichen Weiterentwicklungsmöglichkeiten gesucht. Ein nicht unbedeutendes Ergebnis stellen hierzu die *Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von erkrankten Kindern und Jugendlichen der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland* (kurz: KMK) vom 20.03.2025 dar, mit dem darin beschriebenen Ziel, „...Grundlagen von Bildung und Erziehung [...] im Sinne der Verbesserung von Teilhabechancen und der Gesamtpersönlichkeitsentwicklung darzustellen sowie Impulse für die Weiterentwicklung [von Angeboten] [...] zu geben.“ (KMK 2025, S. 3). Auf sie soll im Folgenden nun etwas näher eingegangen werden.

Bereits im Vorwort finden sich, im Vergleich zur Vorgängerfassung von 1998 (vgl. KMK 1998, S 2), grundlegende Aussagen zu Erkrankungen als „...Teil menschlichen Lebens...“ (KMK 2025, S. 2), ihrer prozesshaften Verläufe sowie dem systemischen Aspekt, aus welchen eine erste Zielgruppenbeschreibung hervorgeht: „Schülerinnen und Schüler, die aufgrund einer Erkrankung für längere Zeit oder in regelmäßigen Abständen **nicht die Schule besuchen können**“⁴, erhalten nach den jeweiligen landesrechtlichen Bestimmungen und Vorgaben während dieser Zeit Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote.“ (ebd. S. 2). Damit bleiben Ort, Art und Umfang der Angebote zunächst unberücksichtigt.

Diese finden ihren Platz im zweiten und umfassendsten Kapitel nach einer vorgehenden weiteren Konkretisierung der Zielgruppe und ihrer durch die Erkrankung beeinflussten Voraussetzungen für Teilhabe und Lernen. Hier

⁴ Anm.: die Hervorhebungen in den zitierten Passagen entsprechen nicht dem Original, sondern dienen vielmehr dem Autor zur Verdeutlichung.

werden zunächst Grundannahmen und -haltungen einer **Pädagogik bei Krankheit** sowie deren Wirkungen auf „...Bildung, Erziehung und Unterricht... (ebd. S. 3) dargestellt, wie beispielsweise „...ein gewisses Maß an Normalität...“ (ebd.) durch Bildungs- und Unterstützungsangebote, ebenso wie deren wichtige Funktion als „...Trainings- und Erprobungsfeld für den Alltag nach oder mit einer Erkrankung...“ (ebd.). Schon an dieser Stelle kommen die **beteiligten Lehrkräfte** in ihrer Bedeutung für die Gestaltung von „...Perspektiven der einzelnen jungen Menschen...“ (ebd. S. 4) zur Sprache. Weiterhin werden **partizipative Ansätze** betont, in denen „...die erkrankten Kinder und Jugendlichen als „Expertinnen und Experten in eigener Sache“...“ (ebd. S. 3) fungieren und auf diese Weise positive Selbstwirksamkeit erfahren. Eine „...**prozessbegleitende, pädagogische Diagnostik**...“ (ebd. S. 4) als Grundlage der „...Lern- und Förderplanung...“ (ebd. S. 5) für die einzelnen Schüler:innen hat dabei eine tragende Rolle in Ergänzung zu „...psychologische[r] und medizinische[r] Diagnostik...“ (ebd. S. 4).

Neben pädagogischen und didaktischen Grundsätzen macht die KMK in ihren Empfehlungen auch Aussagen zu organisatorischen Aspekten des Unterrichts mit erkrankten Schüler:innen, beispielsweise die Optionen Hausunterricht bzw. mobilem Unterricht und Klinikschule (vgl. ebd. S. 5f), aber auch zum Einsatz digitaler Technologien. Die Betonung einer engen „...**Abstimmung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten**...“ (ebd. S. 7) in diesem Zusammenhang leitet quasi zu einem weiteren, im Vergleich zur Vorgängerversion (vgl. KMK 1998) dankenswerterweise deutlich prominenter platzierten, Kapitel über: „**Multiprofessionelle Zusammenarbeit** in Beratung und Unterstützung“ (KMK 2025, S. 8). In diesem werden sowohl die Kooperationen innerhalb eines Behandlungssettings (z.B. einer Klinik) zwischen Pädagogik, Medizin und Therapie (vgl. ebd. S. 9), als auch jene mit den Stammschulen der jungen Menschen (vgl. ebd. S. 9) sowie nicht zuletzt das **Übergangsmanagement**, also die „Gestaltung von individuellen Bildungswegen und Übergängen“ (ebd. S. 10) erläutert und dargestellt.

Zum Abschluss des Abschnitts über die KMK-Empfehlung darf ein Blick in Kapitel IV nicht ausbleiben, in welchem die Qualifikationen und der Einsatz von Lehrkräften näher beschrieben werden. Aus Platzgründen sind an dieser Stelle wiederum nur zwei ausgewählte Aussagen hierzu übernommen, beginnend mit einem grundlegenden Satz: „In der Schule für Kranke sollen **nur** solche Lehrkräfte unterrichten, die für die Besonderheiten dieses Unterrichts **aufgeschlossen und bereit** sind, sich dieser Aufgabe zu stellen.“ (ebd. S. 12). Dem folgen entsprechende Spezifizierungen.

Die zweite Aussage beninhaltet eine Erforderlichkeit von „...Konzepte[n] zum Erhalt der psychischen Gesundheit der Lehrkräfte selbst...“ (ebd. S. 12) sowie die Möglichkeit regelmäßiger, fachlicher Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (vgl. ebd. S. 12).

Leider enthält auch das neuaufgelegte KMK-Papier jedoch keine Empfehlung zur Ausbildung von Klinikschullehrkräften oder gar zu einem entsprechenden Förderschwerpunkt *Pädagogik bei Krankheit*.

Nicht nur die KMK, also die Politik, auch die Fachverbände und –gruppen setzen und setzen sich bildungspolitisch mit der *Pädagogik bei Krankheit* sowie der Entwicklung und Perspektive von Klinikschulen in Deutschland auseinander. Zwei bundesweite Veröffentlichungen, die *Hamburger Erklärung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie* (kurz: SchuPs) von 2013 sowie das *Positionspapier des Verbands Sonderpädagogik* (kurz: vds) zur *Pädagogik bei Krankheit* von 2016, machen dies deutlich. In beiden Papieren finden sich Aspekte aus den KMK-Empfehlungen, teilweise an die veränderten Bedingungen in den Kliniken durch die Entwicklungen in Medizin und Gesundheitswesen (vgl. hierzu auch vds Landesverband Nordrhein-Westfalen, 2014) angepassten Forderungen an die Verantwortlichen in den Landesregierungen und der Bundesregierung. Ein klarer Fokus in beiden Veröffentlichungen richtet sich jedoch auch auf jene Aspekte, hinsichtlich derer das Papier der KMK lückenhaft bleibt:

- dem Aufbau von sog. **Zentren für Pädagogik bei Krankheit** mit erweiterten Beschulungsmöglichkeiten für kranke Schüler:innen, z.B. prä- & poststationär (vgl. SchuPs 2013, Pkt. 2 & 4; vds, 2016, S. 1),
- der Schaffung **verlässlicher Personalstrukturen** in allen Schulen für Kranke bzw. den entsprechenden Zentren deutschlandweit (vgl. SchuPs, 2013, Pkt. 5; vds, 2016, S. 2),
- der Einrichtung einer (bundesweiten) **Ausbildung für Klinikschullehrkräfte** mit eigenem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt in Studium und zweiter Phase (vgl. SchuPs, 2013, Pkt. 8; vds, 2016, S. 4),
- der Verortung von Pädagogik bei Krankheit an allen Regelschulen sowie in der Schulaufsicht (vgl. SchuPs, 2013, Pkt. 7; vds, 2016, S. 1f).

Aufbauend auf den genannten Papieren und weiteren Veröffentlichungen haben die Klinikschulen in mehreren Bundesländern (u.a. Hessen 2014, Bremen 2015, Baden-Württemberg 2017) gemeinsam Standards für ihre Arbeit definiert, zum Teil auch unter Beteiligung der Schulaufsicht.

Eine empfehlenswerte „Fundgrube“ für Veröffentlichungen zur *Pädagogik bei Krankheit* sowie den Klinikschulen in Deutschland stellt die Homepage des entsprechenden vds-Referats www.pbkr.info dar. Vielen Dank an Gerrit Mazarin für sein Engagement!

4. Was die Klinikschulen in Deutschland eint

Zugegeben, dieses Kapitel beschäftigt sich sehr mit den Rahmenbedingungen der Klinikschulen in Deutschland, was andererseits wiederum nicht unerheblich ist, da die Schulen für Kranke eben in diesen, föderalistisch geprägten und daher unterschiedlichen



Abb. 1: Die Klinikschule und ihre Aufgaben

Rahmungen aber auch Grenzen arbeiten, sich entwickeln sowie sich diese auch teilweise zu Nutzen machen. So sind in Baden-Württemberg beispielsweise an vielen Klinikschulen unterschiedliche, teilweise regionalbedingte Konzepte zum Übergangsmanagement, zum Sonderpädagogischen Dienst oder auch zur Zusammenarbeit mit den Kinder- & Jugendpsychiatrischen Institutsambulanzen (kurz: KJPIA) entstanden, da entsprechende Regelungen im Detail nicht durch die Verwaltungsvorschrift gegeben waren.

Zugleich zeigen die bundesweiten Empfehlungen und Positionen, dass es einen gemeinsamen Kern in der Arbeit gibt: Klinikschulen sind *Meister der Kooperation*! Innerhalb der Kliniken arbeiten die Lehrkräfte in multiprofessionalen Behandlungsteams zusammen mit Ärzt:innen, Therapeut:innen, Pflegefachkräften, anderen Pädagog:innen, Sozialdienst sowie weiteren Berufsgruppen, ausgerichtet an Behandlungs- und Therapiezielen mit den entsprechenden Plänen.

Um die beiden zentralen Aufgabenfelder der Klinikschulen, Unterricht und (sonderpädagogische) Beratung, in Gänze umsetzen zu können, bedarf es zudem eines großen Netzwerks außerhalb der Klinik (vgl. vds Baden-Württemberg, 2017, Z. 84ff), welches, beginnend mit der unerlässlichen

Kooperation mit der Stammschule des jungen Menschen, weitere Schulen, die Schulaufsicht, den Sonderpädagogischen Dienst, Jugendämter, Einrichtungen der Jugendhilfe und Jugendsozialarbeit, Rehabilitationseinrichtungen, andere Ärzt:innen und Therapeut:innen, Polizei, Justiz, etc. umfasst. Dies alles mit dem übergeordneten Ziel, die bestmögliche Teilhabe an Leben und Lernen für die/den Schüler:in während und nach dem Klinikaufenthalt anzubahnen, zu ermöglichen und sicherzustellen.



Abb. 2: Regionales Zentrum für Pädagogik bei Krankheit

Allein die im vergangenen Abschnitt beschriebenen Kooperationen und Korrelationen wären ein eigenes Kapitel wert. An dieser Stelle soll jedoch abschließend noch ein Blick auf die sog. *Zentren für Pädagogik bei Krankheit* als mögliche [Anm.: und nötige] Perspektive für

die Klinikscheulen in Deutschland geworfen werden.

Ausgehend davon, dass erkrankte oder verunfallte Schüler:innen, nicht zuletzt aufgrund der Entwicklungen in Medizin und Gesundheitswesen, phasenweise außerhalb einer Klinik ambulant behandelt werden (können), wie in Abbildung 2 dargestellt, bedarf es auch eines erweiterten Verständnisses über den Zugang dieser jungen Menschen zu *Pädagogik bei Krankheit* (vgl. Piegsda et al, 2020, S.59f). Beispiele hierfür können das Warten auf einen Klinikplatz oder auch die Zeit zwischen zwei Therapieeinheiten sein. Die oben beschriebenen zentralen Arbeitsfelder Unterricht und Beratung sowie die Notwendigkeit inner- und außerklinischer Netzwerke bleiben dabei bestehen. Wesentlich für eine solche Perspektive ist jedoch, und dies soll auf Abbildung 2 zudem verdeutlicht werden, ein ebenso „multiprofessionelles“⁵ Lehrkräfteteam, das sich in einem rechtlichen, organisatorischen sowie konzeptionellen

⁵ Anm.: „multiprofessionell“ meint hier nicht das Vorhandensein mehrerer Berufsgruppen, sondern vielmehr mehrerer Lehramtsausbildungen, z.B. Lehrkraft für Sonderpädagogik, für Gymnasiallehramt, für Grundschullehramt, für Sekundarschullehramt, etc.

Rahmen „bewegen“ kann, in welchem die eingangs genannten - und dort bewusst mit Fragzeichen versehenen Punkte - eine qualitative *Pädagogik bei Krankheit* für die einzelnen Schüler:innen umsetzen. Schön wäre dies trotz Föderalismus einheitlich für ganz Deutschland!

Literatur

- Deutscher Bildungsserver (2022). *Schulen für Kranke*. Abgerufen am 31. Oktober 2022 von <https://www.bildungsserver.de/schule-fuer-krank-11278-de.html>
- Deutscher Schulpreis (2022). *Preisträger Hauptpreis: Schule für Kranke*. Abgerufen am 13. Dezember 2022 von <https://www.deutscher-schulpreis.de/preistraeger?q=schule%20f%C3%BCr%20kranke&hpt=hauptpreistraeger>
- Ferstl, E. (2012). *Zusätze*. Brockmeyer.
- Heidenreich, R. (2012). Vorwort. In Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 9-11). Pabst.
- ISB München (2020). *Kinder und Jugendliche mit psychischen und chronisch somatischen Erkrankungen in der Schule für Kranke*. Abgerufen am 10. Dezember 2022 von https://www.isb.bayern.de/download/25731/handreichung_schule_fuer_kranke_2021.pdf
- KMK (1998). *Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler*. Beschluss vom 20.03.1998. Abgerufen am 31. Oktober 2022 von https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/1998/1998_03_20-FS-Kranke-Schueler.pdf
- KMK (2025). *Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von erkrankten Kindern und Jugendlichen*. Beschluss der Bildungsministerkonferenz vom 20.03.2025 für die Kultusministerkonferenz. Abgerufen am 19.04.2025 von https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2025/2025_03_20-Empfehlung-erkrankte-SuS.pdf
- KMK (2023). *Statistik: Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen*. Abgerufen am 01. Juni 2025 von https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Aus_Sopae_2023.pdf
- Piegsda, F & Link, P.-C. (2020). Eine Schule für besondere Lebenslagen auf Zeit. Schulische Zentren für Pädagogik bei Krankheit im Kontext von Transitions- und Inklusionsprozessen. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 2020(2), 58-71.
- SchuPs (2013). *Hamburger Erklärung*. Abgerufen am 05. März 2023 von <https://www.schups.org/hamburger-erklaerung/>

- vds (2016). *Position: Pädagogik bei Krankheit*. Abgerufen am 05. März 2023 von https://www.verband-sonderpaedagogik.de/wp-content/uploads/2021/12/2016_Paedagogik_bei_Krankheit_2020.pdf
- vds Landesverband Baden-Württemberg (Hrsg.)(2017). *Standards im Förderschwerpunkt Schüler in längerer Krankenhausbehandlung in Baden-Württemberg*. Abgerufen am 05. März 2023 von <https://pbkr.info/component/jdownloads/?task=download.send&id=1125:standards-sbbz-silk-bw&catid=8&m=0&Itemid=101>
- vds Landesverband Nordrhein-Westfalen (Hrsg.)(2014). *Schule für Kranke im Umbruch. Auf dem Weg zu einem schulischen Zentrum für Pädagogik bei Krankheit*. vds NRW.
- Wiki.bildungsserver.de (2022). *Statistische Daten zu den Schulen für Kranke in Deutschland*. Abgerufen am 18. Dezember 2022 von https://wiki.bildungsserver.de/infoboerse/index.php/Bildungswesen_Statistiken#Statistische_Daten_zu_den_Schulen_f%C3%BCr_Kranke_in_Deutschland

Bildquellen

- Education Group GmbH (o.J.). *Schulgebäude* [Grafik]. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 AT. Abgerufen am 13. Dezember 2022 von <http://bilder.tibs.at/node/24701>
- OpenAI (2025). *Junge und Mädchen* [KI-generiertes Bild]. Erzeugt mit DALL·E.
- OpenAI (2025). *Landkarte Deutschland* [KI-generiertes Bild]. Erzeugt mit DALL·E.#

Autor

Michael Schubert
 Schulleiter Klinikschule im Christophsbad
 Göppingen, Schulreferent RP Stuttgart
michael.schubert@christophsbad.de

Die Klinikschule der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich im interdisziplinären Kontext: Kai Abeler

Zusammenfassung

Die Klinikschule der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ist ein fester Bestandteil der therapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Sie bietet verlässliche Tagesstruktur, Bildungsangebote und unterstützt die schulische Reintegration. In interdisziplinären Kernteams arbeitet sie eng mit Pflege, Therapie und Sozialarbeit zusammen und ermöglicht so ein ganzheitliches Fallverständnis. Traumapädagogische und tiergestützte Ansätze fördern emotionale Stabilität, Resilienz und soziale Kompetenzen. Als konstanter Bezugsort sichert die Schule insbesondere beim Übergang vom stationären zum teilstationären Setting Kontinuität. Durch gezielte Beobachtung liefert sie wertvolle Impulse für Behandlungsverlauf und Entlassungsplanung. Abweichendes Verhalten wird als Ausdruck von Bedürfnissen verstanden und mit pädagogischen Maßnahmen adressiert. Die Klinikschule leistet damit einen entscheidenden Beitrag zur Gesamtversorgung und schafft Räume für Entwicklung, Selbstwirksamkeit und Teilhabe – während des Klinikaufenthalts und im Übergang zurück in die Regelschule.

Abstract

The hospital school at the Psychiatric University Hospital Zurich is an integral part of the therapeutic treatment of children and adolescents. It provides a reliable daily structure, educational opportunities, and supports reintegration into mainstream schooling. Working closely in interdisciplinary core teams with nursing staff, therapists and social workers, the school contributes to a holistic understanding of each case. Trauma-informed and animal-assisted approaches promote emotional stability, resilience and social skills. As a consistent point of reference, the school ensures continuity, particularly during the transition from inpatient to day-patient care. Through targeted observation, it offers valuable insights for treatment planning and discharge. Behavioural deviations are understood as expressions of unmet needs and are addressed through educational interventions. In doing so, the hospital school makes a significant contribution to overall care, creating spaces for development, self-efficacy and participation – both during the hospital stay and in the transition back to regular schooling.

Schlagwörter

Klinikschule – Interdisziplinarität – Traumapädagogik – Tiergestützte Intervention

Keywords:

Hospital school – Interdisciplinary collaboration – Trauma pedagogy – Animal-assisted intervention

Der Besuch der Klinikschule ist integraler Bestandteil des therapeutischen Aufenthaltes. Kinder und Jugendliche, die sich in einem teilstationären oder stationären Aufenthalt der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich befinden, besuchen im Verlauf unausweichlich auch den Unterricht der Klinikschule. Sobald die Kinder und Jugendlichen aus medizinisch-therapeutischer Sicht bereit sind, den internen Unterricht zu besuchen, beginnt die Beschulung.

Die Klinikschule ist keine ausbildende Schule wie die Volks- oder die Sonderschulen. Die Aufgabe der Klinikschule besteht darin, während des Klinikaufenthaltes das Recht auf Bildung zu gewährleisten, einen Alltagsbezug und eine Tagesstruktur zu schaffen, Förderung anzubieten und damit verbunden eine möglichst gute schulische Reintegration zu ermöglichen. Das allgemeine Ziel in der Klinik besteht darin, den psychischen Gesundheitszustand so weit zu stabilisieren, dass die Funktionalität im Sinne der ICF (WHO, 2001) wiedergegeben ist, im Alltag zu bestehen. Die Klinikschule bietet im Kontext des klinischen Angebots einen Lebens- und Arbeitsraum, in dem sich die Kinder und Jugendlichen mit Unterstützung entfalten und entwickeln können.

Wichtige Impulse für die Bedeutung der Klinikschule gingen sicherlich durch Prof. Heinz Stefan Herzka aus, der u.a. 1975 die erste Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz zu Eröffnung brachte und auch aus klinischschulischer Sicht eine Koryphäe darstellte. Lutz und Corboz (1992) stellten in der Festschrift zum 70jährigen Bestehen des Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst (KJPD) fest, dass 1921 mit der Eröffnung der ersten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Beobachtungsstation in der Stephansburg auf dem Areal des Burghölzli bereits die Absicht verfolgt wurde, «eine Institution aufzubauen, die ihrem kindlichen Wesen und den besonderen diagnostisch-therapeutischen und schulisch-erzieherischen Bedürfnissen entsprach» (Lutz & Corboz, 1992). Demnach schien die Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie schon vor hundert Jahren die Bedeutung der Klinikschulpädagogik als integraler Bestandteil der anzustrebenden Therapie wahrgenommen und anerkannt

zu haben. In der genannten Festschrift wird von Cornelia Bessler in ihrem Beitrag zur Zusammenarbeit von Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Kinderklinik auch deutlich gemacht, «dass eine integrative Zusammenarbeit mit steter Auseinandersetzung und Respektierung der verschiedenen Fachgebiete gefordert ist. Im Weiteren geht es auch darum, eine allgemein verständliche Kommunikationsform zu finden. Die klinischen Beschwerden sollen nicht durch die Spezialisten aufgeteilt und für sich abgehandelt werden. Für jeden, der in die Betreuung und Behandlung des Kindes involviert ist, muss das Kind in seiner Situation ganzheitlich begreifbar bleiben. » (Lutz & Corboz, 1992, S. 104).

Die aktuelle Klinikdirektorin Prof. Susanne Walitza und der damalige Spitaldirektor Marcel Brenn haben 2012 entschieden, die Vertretung der Schulleitung neben der ärztlichen und pflegerischen sowie der administrativen Leitung in die Geschäftsleitung aufzunehmen, um den Stellenwert auch in der Gesamtführung der Klinik Rechnung zu tragen.

Die tatsächliche Existenz des geforderten respektvollen Umgangs miteinander und einer *allgemein verständlichen Kommunikationsform* ist heute deutlich am Beispiel verschiedener fest implementierter Strukturen erkennbar, die flächendeckend an allen Klinikschulstandorten (Brüschhalde, Neumünsterallee, Billroth-, Lengg- und Albanistrasse) der KJPP vorliegen, so dass sich die Schulen für Synergien im interprofessionellen Team und für die Patient:innen tiefgreifend einbringen und wesentliche Akzente (z. B. im Kernteam s.u.) während der stationären oder teilstationären Behandlung setzen.

Die Zusammenarbeit der Schulen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich erfolgt gegenwärtig interdisziplinär oder interprofessionell und entsprechend existieren auch verschiedene Sitzungs- und Austauschgefässe: tägliche Rapporte für dringliche aktuelle Vorkommnisse, wöchentliche Behandlungsteamsitzungen, Kernteamgespräche, regelmäßige Supervisionen sowie Interaktionsanalysen bezüglich einzelner Fälle und Standortgespräche.

Die Behandlung der Kinder und Jugendlichen erfolgt gemeinsam und sich ergänzend durch Mitarbeitende der Bereiche Medizin/Therapie, Milieuthérapie (Pflege und Sozialpädagogik), Spezialtherapien (Bewegungstherapie, tiergestützte Angebote, Ergotherapie, ...), Sozialarbeit und Klinikschule. Für die zielführende und partizipative Behandlung nimmt ein Gefäss zunehmend an Bedeutung ein: das

Kernteam. Das Kernteam besteht aus der/dem fallführenden Therapeut:in, der Bezugsperson der Pflege/Sozialpädagogik, der Lehrperson und dem Kind/dem Jugendlichen. Bei Bedarf werden weitere Fachdisziplinen, z. B. Sozialarbeit, hinzugezogen.

Die interdisziplinäre Kernteamarbeit hat das übergeordnete Ziel des Aufbaus eines gemeinsamen Fallverständnisses. Dieses soll die Grundlage für eine effektive und effiziente sowie eine einheitliche Behandlung darstellen, so dass die wichtigsten Behandlungsthemen aus den drei Bereichen Therapie, Station und Schule zusammengetragen werden. Dabei sollen gemeinsame und bereichsübergreifende Ziele und Interventionen ausgearbeitet werden. Darunter fallen die gemeinsame Planung der anstehenden Diagnostik und der Beobachtungsaufgaben im Alltag sowie die Planung von Behandlungsinterventionen. Im Kernteam sollen Entscheidungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens in der stationären und teilstationären Behandlung getroffen werden. Im Gefäß des Kernteams besteht auch die Möglichkeit, Themen und Fragestellungen der Behandlung zu diskutieren, welche in den interprofessionellen Behandlungsteamsitzungen nicht hinreichend erörtert werden konnten und/oder die koordinativ noch einer Vertiefung bedürfen.

Im Rahmen der Arbeit innerhalb des Kernteams stellt z. B. die traumapädagogische *Frühintervention zur Stress- und Emotionsregulation* ein wichtiges, im Kernteam synergetisch genutztes Instrument dar. Die zentralen Ausgangspunkte für Interventionen dieser Art, die auf der Station, in der Therapie und in der Schule in gemeinsamer Absprache umgesetzt werden, stellen die Reduktion der Dissoziationsneigung, die Verbesserung der Fähigkeiten, Emotionen zu erkennen und zu regulieren, die Verbesserung der Körperwahrnehmung, die Erhöhung der Stresstoleranz und die Förderung der Selbstwirksamkeit und der sozialen Fertigkeiten dar.

Divergierendes Verhalten wird in allen Bereichen immer auch als ein Bedürfnis interpretiert, etwa nach Sicherheit und Kontrolle, Zugehörigkeit und Anerkennung, Lustgewinn und Unlustvermeidung oder Selbstwert und Autonomie. Entsprechend können Interventionen auch in der Schule eingesetzt werden, um Grundbedürfnisse zu versorgen. Ist das Grundbedürfnis *Sicherheit und Kontrolle* betroffen, könnte man z. B. mehr Vorhersehbarkeit im Alltag versuchen umzusetzen, den Tagesablauf visualisieren oder Wahlmöglichkeiten schaffen. Neben dem traumapädagogischen Ansatz wird auch versucht, bei den Patient:innen

Resilienzfaktoren spezifisch zu fördern. Wichtige Resilienzfaktoren können auch im Spiel, beim Klettern in der Turnhalle (siehe Abb. 1), in pädagogischen Interventionen (z. B. mit Achtsamkeitsübungen) oder im Umgang mit Tieren immer wieder gezielt aufgegriffen und gefördert werden. Die Kinder und Jugendlichen werden an der Kletterwand angehalten sich zu überlegen, wie und mit welchen Griffen sie nach oben kommen. Es gibt verschiedene Differenzierungsmöglichkeiten hinsichtlich möglicher Schwierigkeiten. Die Lernenden erhalten die Möglichkeit, allfällige Ängste zu überwinden und sich selbstwirksam wahrzunehmen.



Abbildung 1: Kletterwand im Zentrum für Kinderpsychiatrie

Kinder und Jugendliche haben auch eine hohe Affinität zu Tieren und der Bereich der tiergestützten Intervention erfährt eine zunehmende Implementierung im Unterricht, wie z. B. durch die unterrichtsbezogene Einbindung der Hühnerhaltung am Standort Neumünsterallee oder andererseits durch die schulische Versorgung von Schafen in der Brüschhalde in Männedorf. Dort kommen ebenfalls ausgebildete Therapiehunde im Unterricht zum Einsatz (siehe Abb. 2). Die Hündin



Abbildung 2: Therapiehündin Mischa

Mischa entscheidet instinktiv und bedarfsmäßig, zu welcher/welchem Lernenden sie sich hinzugesellt. Die Schüler:innen erfahren mitunter eine Unterstützung in der Emotionsregulation.

Der Einsatz von Tieren ermöglicht auch soziale Rückzugsmöglichkeiten und unterstützt bei der Stress- und Emotionsregulation durch Reduzierung von Adrenalin, denn die Schüler:innen können in Stressmomenten aus dem Schulzimmer zu den Schafen als definierten „Safe Place“ gehen (siehe Abb. 3).



Abbildung 3: Schulschafe

Bereits der Anblick eines Schafs kann Beruhigung beim Kind schaffen, bei dem kurz zuvor allenfalls noch ein hohes Arousal festgestellt werden kann. Eine mögliche Erklärung dafür bieten Befunde über Spiegelneuronen (Olbrich, 2014, S. 18). Der Einsatz von Tieren in der

Schule dient auch im emotional-sozialem Bereich der Verbesserung der Kontaktfähigkeit. Kinder und Jugendliche mit Autismus versuchen z. B. im Unterricht Wege zu finden, die Schafe für sich zu gewinnen. Befunde über Spiegelneuronen legen die Vermutung nahe, dass Kinder und Jugendliche, deren Mitgefühl zu anderen schwach ausgeprägt ist, allenfalls mithilfe von Tieren als Co-Therapeut:innen Empathie erlernen können. Durch den dargebotenen Umgang mit den Tieren kann den Kindern und Jugendlichen ferner die Gelegenheit im kognitiv-sprachlichen Bereich geboten werden, ihre verbale Kommunikationsfähigkeit zu verbessern. Lena Thiemann beschreibt z. B. den Nutzen durch die konzeptionelle Implementierung von Schafen folgendermassen: «Man braucht Geduld, um mit ihnen in Kontakt zu kommen. Wer bereit ist, sich auf sie einzulassen und zu öffnen, wird aber mit ihrer Freundschaft belohnt» (Thiemann, 2019, S. 39).

Der Schule kommt auch an unseren Standorten eine zunehmende Bedeutung zu, an denen die Schüler:innen den Unterricht sowohl im Rahmen eines stationären als auch teilstationären Aufenthaltes besuchen. Ein solches Nebeneinander der beiden Settings findet sich in der Klinikschule Brüschalde oder auch im Zentrum für Jugendpsychiatrie in Zürich. Die Schulklassen werden gemischt (mit Kindern und Jugendlichen der Stationen und der Tagesklinik) geführt. Das bringt mehrere Vorteile mit sich: Wenn Kinder und Jugendliche vom stationären zum teilstationären Setting wechseln, ändern sich zwar die Bezugspersonen und Therapeut:innen, allerdings bleibt die schulische Bezugsperson dieselbe und stellt eine wichtige Konstante dar, die der Schülerin/dem Schüler Kontinuität und Sicherheit bietet. Des Weiteren kann die Lehrperson wichtige Beobachtungen (im Rahmen des veränderten Settings) machen, weil sie allfällige Veränderungen am Schüler/an der Schülerin feststellen und so den Bezugspersonen wichtige Rückmeldungen und Hinweise in Bezug auf den Austritt geben kann. Eine gelingende Beschulung stellt somit einen wichtigen Indikator hinsichtlich eines bevorstehenden Austritts dar. Hier werden in einem geschützten Rahmen Anforderungen an die Kinder und Jugendlichen gestellt, welchen sie auch ausserhalb der Klinik wieder begegnen werden.

Literatur

- Lutz, J. & Corboz, R. J. (1992). Die Jahre von 1921 bis 1981. Ein kurzer geschichtlicher Abriss. In: Hans-Christoph Steinhausen (Hrsg.): *Festschrift. 70 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921–1991)*. S. 19–22, Zürich.
- Lutz, J. (1992). 70 Jahre Kinderpsychiatrie in Zürich. In: Hans-Christoph Steinhausen (Hrsg.): *Festschrift. 70 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich (1921–1991)*. S. 32–40, Zürich.
- Olbrich, E. (2014). *Psychologie der Mensch-Tier Beziehung*.
- Thiemann, L. (2019). *Tiergestützte Förderung mit dem Co-Therapeuten Schaf: Der Einsatz von Zwergschafen zur Förderung sozialer Kompetenzen von Kindern*. Hamburg.
- World Health Organization (2001). *The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/classifications/icf/en/>).

Autor

Kai Abeler

ehem. Schulleiter Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Korrespondenz an: kabeler@gmx.de

Gestaltung von Übergängen als Kernkompetenz von Klinikschohlen: Ein Erfahrungsbericht: Edith Ramminger

Zusammenfassung

Der Beitrag präsentiert einen praxisorientierten Erfahrungsbericht aus dem Feld der Pädagogik bei Krankheit und widmet sich der zentralen Bedeutung von Übergängen „in“ und „aus“ der Klinikschohle. Übergänge gelten als Schlüsselmomente, da die Klinikschohle stets eng mit der Stammschohle der Kinder und Jugendlichen verbunden bleibt und deren Bildungsbiografie nicht unterbrechen darf. Anhand von drei Projekten – der Schulstelle Rottenburg, dem Warteschleifenprojekt und dem Ansprechpartner:innenkonzept – wird gezeigt, wie Übergänge individuell gestaltet, soziale Teilhabe gesichert und Bildungsabbrüche vermieden werden können. Ziel ist es, Impulse für Schulentwicklung und inklusive Praxis zu geben.

Abstract

This article presents a practice-oriented report from the field of education for children with medical needs and focuses on the crucial role of transitions “into” and “out of” hospital schools. Such transitions are considered key moments, as hospital schools remain closely linked to the students’ home schools and must not disrupt their educational trajectories. Using three projects – the Rottenburg school branch, the “Warteschleife” support project, and the school contact person concept – the article illustrates how transitions can be individually designed to ensure social participation and prevent educational discontinuities. The aim is to provide impulses for school development and inclusive practice.

Schlagwörter

Pädagogik bei Krankheit – Klinikschohle – Übergangsmanagement – Schulbegleitung – Netzwerkarbeit/Kollaboration

Keywords

Continuity in Education – Hospital School – Transition Management – School Support – collaboration

1. Einleitung

Der Beitrag versteht sich als Praxisbericht aus dem Feld *Pädagogik bei Krankheit* und fokussiert die besondere Bedeutung von Übergängen „in“ und „aus“ der Klinikschule. Als Übergangsschule bleibt sie stets mit der Stammschule der Kinder und Jugendlichen verknüpft, sodass die Gestaltung dieser Übergänge entscheidend für deren Bildungs- und Teilhabechancen ist.

Die Darstellung folgt der Berufsbiografie der Autorin mit 28 Jahren Erfahrung in diesem Feld. Exemplarisch werden drei Projekte vorgestellt, die gelingende Übergänge unterstützen:

1. **Übergangsgestaltung an der Schulstelle Rottenburg:** Wie das Kollegium mit strukturellen und personellen Ressourcen Übergänge aus der Klinikschule so gestaltet, dass chronisch psychisch kranke Jugendliche eine tragfähige Bildungs- und Lebensperspektive erhalten.
2. **Das Warteschleifenprojekt** des Vereins *Kranke Kinder in der Schule e.V.* (seit 2008): Schulische Begleitung während der Wartezeit auf einen Klinikplatz, um lange Auszeiten vom Unterricht zu verhindern.
3. **Das Ansprechpartner-Projekt** (Pilotierung 2008): Einrichtung fester Ansprechpersonen an Regelschulen, um Kinder mit chronischen somatischen, psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankungen zu begleiten – insbesondere vor dem Hintergrund verkürzter Klinikaufenthalte.

Ziel des Beitrags ist es, zentrale Aufgabenfelder der Pädagogik bei Krankheit sichtbar zu machen, Diskussionen anzuregen und Impulse für weitere Entwicklungen zu geben.

2. Praxisbeispiel 1: Übergangsgestaltung an der Schulstelle Rottenburg

Die Schulstelle Rottenburg der „Schule am Ufer“ bildet einen Sonderfall innerhalb der Klinikschullandschaft und ist in mancher Hinsicht eher einer Heimschule im Bereich Emotionale und Soziale Entwicklung vergleichbar. Seit ihrer Gründung 1980 ist sie eng mit dem Therapeutischen Heim des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit verknüpft, der Aufnahme, Therapie und Entlassung der Kinder verantwortet und die Unterrichtsräume stellt.

Als ich 1987 dort zu arbeiten begann, traf ich auf Kinder und Jugendliche, die nach langen Schulkarrieren mit Abbrüchen und wiederholten

Klinikaufenthalt als „gruppen- oder schulunfähig“ galten. Ziel unseres multiprofessionellen Teams war es, für sie individuelle Bildungs- und Lebensperspektiven zu entwickeln – zusammengefasst im Motto: **Für jede:n Schüler:in die Schule neu erfinden.**

Kern des pädagogischen Konzepts war *SchaU+*: Unterricht an der Schule am Ufer in Kombination mit einem weiteren Lernort (Partnerschule, Werkstatt o. Ä.) und garantierter Rückkehrmöglichkeit bei Überforderung. Jede:r einzelne Schüler:in erweiterte so das Schulkonzept, das kontinuierlich in enger Kooperation mit Heim und Kinder- und Jugendpsychiatrie weiterentwickelt wurde.

Besonders prägend war die wöchentliche Supervision für das Kollegium. Sie bot Raum für Fallbesprechungen, Reflexion und Anpassung der Unterrichtssettings und trug wesentlich zur Konzeptentwicklung und Teamstabilität bei.

Das Ergebnis war ein tragfähiges Schulkonzept, das auf klaren Strukturen, Ritualen und verlässlichen Beziehungsangeboten basierte. Einzel- und Gruppenunterricht, soziale Begegnungen im Außen sowie Integration in andere Schulen und Werkstätten bildeten gleichwertige Bausteine. Supervision und eine großzügige Lehrerstundenzuweisung stärkten Motivation, Innovationsfreude und Teamzusammenhalt – und hielten die Fluktuation gering.

Die Fallgeschichte von Nadine verdeutlicht die Prinzipien der „Schule am Ufer“. Nach schweren Schicksalsschlägen und über einem Jahr ohne Schulbesuch kam sie als 15-jährige Realschülerin mit ausgeprägter Schul- und Sozialangst ins Therapeutische Heim – für sie eine „letzte Chance“. Ihr erklärtes Ziel war es, nie wieder mit Gleichaltrigen zusammenzutreffen.

Das Team entwickelte behutsam eine neue Schulperspektive: Unterricht an der Schule am Ufer kombiniert mit einem zweiten Lernort als **Gastschule**. Verlässliche Beziehungen, sorgfältig kalkulierte Zumutungen und Zwischenschritte ermöglichten es Nadine, ihre Ängste schrittweise zu überwinden.

Nadine lehrte uns, wie wichtig die flexible Gestaltung von Lernorten, klare Rückkehroptionen und alternative Wege sind, damit Übergänge nicht zum Abbruch führen. Ihr Fall wurde prägend für die Weiterentwicklung des Konzepts *SchaU+* und für den Anspruch, jedem Kind eine individuelle und realistische Bildungs- und Lebensperspektive zu eröffnen:

„Schon bei der ersten Begegnung mit Nadine wurde klar, sollte sie eine Entwicklungschance haben, brauchte sie eine Schule mit Gleichaltrigen,

mit denen sie sich messen konnte. Wir teilten ihr mit, dass wir sie sobald wie möglich auf eine Regelschule schicken wollten. Wir teilten Nadine auch unsere Sorge mit, dass unser Schulrahmen mit seinem ritualisierten Ablauf, seinem langsamen, kontrollierbarem Tempo mit eher integrierenden als fordernden Anforderungen für sie zu wenig anspruchsvoll sei.

Schule und Heim waren in den gemeinsamen Supervisionen übereingekommen, dass Nadine altersgemäße, psychische und kognitive Anforderungen und einen Schonraum für ihre Ängste bräuchte. Letzteres konnten wir ihr bieten. In unserer Idee, Nadine so schnell wie möglich auf eine öffentliche Schule zu schicken und ihr unsere Schulstelle nur als einen Übergangsraum anzubieten, war aber neben obengenannter Sorge auch ein anderer Aspekt enthalten. Die Vorstellung, dass Nadine ihre Verhaltensproblematik bei uns und den psychisch wehrloseren anderen Schüler:innen ausleben könnte, bestärkte uns darin, ihren Aufenthalt bei uns nur als vorübergehend definieren zu wollen.

Nadine schwieg zu unseren Angeboten und Absichten. Sie kam in unsere Schule, arbeitete mit, zeigte gerne was sie konnte und brachte sich im Gruppenunterricht angemessen ein. Es schien ihr gutzutun, die Beste zu sein und sie half gelegentlich Schwächeren bei handwerklichen Themen. Destruktives Verhalten erlebten wir selten. Sie schaffte es, zu allen Lehrpersonen eine spezifische Beziehung aufzubauen. Dies war die Basis für erste Integrationsversuche an eine öffentliche Schule.

Als wir ihr nach ihren ersten drei Monaten bei uns dies vortrugen, schlug Nadine hingegen vor, bei uns bleiben zu wollen und ihren Schulabschluss über einen Fernkurs zu machen. Als wir dies ausschlossen, stellt Nadine Bedingungen: keine Schule in Rottenburg.

Ein neuer Kooperationspartner wurde gefunden: die 8.Klasse einer kleinen, einzügigen Dorfschule war bereit, Nadine aufzunehmen.

Nun erlebten wir Nadines Angst. Wir spürten Panik pur, als wir ihr von ihrer künftigen Schule erzählten. Kreidebleich, am ganzen Körper starr und unfähig, ein Wort zu äußern hörte sie zu. Später kam dann ihre Antwort „Da gehe ich nicht hin!“. In den folgenden Wochen wurden wir täglich mit dem überschüttet, was sich in Nadine an Katastrophischem angesammelt hatte. Sie belegte ihre potentiellen Mitschüler:innen mit den schlimmsten Schimpfwörtern als seien sie leibhaftige Monster, die sie bedrohten. Nadines Körper schien sich in den folgenden Wochen mehr und mehr in einen Panzer zu verwandeln. Alle Anmut, die zwischenzeitlich an ihr zu beobachten war, verflüchtigte sich zusehends.

Nadines Angstreaktionen und die damit verbundene massive Abwehr lehrte uns, das Tempo in Bezug auf das Integrationsvorhaben zurückzunehmen.

Nadine sollte nun erste Schritte im Schonraum einer kleinen Lerngruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im 15 km entfernten Tübingen machen.

Die Anforderung an Nadine: zwei Unterrichtsstunden täglich in der Kleingruppe mit Gleichaltrigen; zwei Schulstunden täglich an unserer Schule. Unstrukturierte Zeiten, Pausenzeiten und Schulwege ersparten wir ihr anfangs.

Nadine war nun dort Gastschülerin für eine Übergangszeit – für wie lange, ließen wir offen.

Mit der Bedrohung „öffentliche Schule“ vor Augen war Nadine dem Vorhaben nicht abgeneigt. Die zu Beginn des Integrationsvorhabens aufgetauchte Panik zeigte sich in der Folgezeit noch einige Male, als wir von ihr weitere soziale Leistungen wie selbständiges Zugfahren erwarteten. Immer brauchte es Zwischenschritte, aber weil wir ihren Wunsch nach Selbständigkeit spürten, war eine Begleitung bei diesen Ängsten und nicht das Reduzieren der Anforderung angesagt.

Ihr Selbstbewusstsein wuchs, leistungsmäßig konnte sie in der Gastschule sehr gut mithalten und sie verhielt sich dort angepasst und still. Je unabhängiger und sicherer sie wurde, desto mehr entwertete sie unsere Schule. Wir mussten sie mit sehr strengen Verweisen davon abbringen, lautstark und lärmend zu schildern wie „behindert“ ihre Rottenburger Mitschüler:innen seien.

Nadine besuchte mittlerweile regelmäßig die Therapiestunden. Dort brachte sie einen Teil ihrer Nöte unter, so dass unser Projekt „öffentliche Schule“ reale Aussicht auf Erfolg haben konnte.

Nach weiteren drei Monaten erklärten wir die Übergangszeit an der Schulstelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie für beendet und der Besuch der Hauptschulklasse wurde wieder Thema. Um für Nadine das Risiko des Scheiterns möglichst gering zu halten, boten wir ihr an, dass sie im Falle des Scheiterns in der Hauptschule ihren Schulabschluss im Rahmen des Berufsbildungsjahres in der KJP machen könnte.

Sie wollte aber einen „normalen Hauptschulabschluss“. Wir sollten sie begleiten und für sie da sein, wir sollten aber für ihre Mitschüler:innen unsichtbar sein.

Wir folgten Nadines Bedingungen und Nadine arbeitete mit. Wir gingen nach der bewährten Methode vor: keine Pausen und selbständigen Wege in der Anfangszeit, zwei Hauptschulstunden täglich, zwei Schulstunden an

unserer Schule. Wir waren Nadines Chauffeur und ertrugen ihre Unfreundlichkeiten während der Fahrten und bei uns in der Schule, die aber sehr viel weniger entwertend waren wie in der ersten Integrationsphase. Sie schien uns mehr als „vertraute Heimat“ schätzen zu können. Sie berichtete von den guten Zensuren und von Beziehungsgeschichten an ihrer Schule. Schlechte Zensuren unterschlug sie, manchmal lief sie weg.

Wir waren in ihren Schilderungen nicht mehr nur schlecht. Nadines Fähigkeit, die Umwelt in all ihren Schattierungen von schwarz und weiß mit den dazugehörigen Grautönen aufzunehmen, nahm im Laufe ihrer über ein Jahr dauernden Hauptschulzeit deutlich zu.“

Nadine konnte ihre Hauptschulzeit erfolgreich abschließen und erhielt ein gutes Zeugnis, das ihr weitere Bildungswege eröffnete. Entscheidend war die **Konstruktion zweier Lernorte**: Die Regelschule als Ort der Zumutung und Erprobung, die Klinikschule als Rückzugs- und Stabilisierungsraum. Hier konnte Nadine aufgefangen werden, wenn ein Scheitern drohte, und ihre Ängste fanden Raum, ohne den schulischen Prozess zu unterbrechen.

Aus diesen Erfahrungen lassen sich zentrale **Merkmale für gelingende Übergänge** ableiten:

1. **Hohes Engagement und Identifikation** der Lehrkräfte – häufig über das reguläre Maß hinaus.
2. **Supervisions- und Besprechungskultur** als verbindlicher Bestandteil, um Fälle zu reflektieren und Konzepte weiterzuentwickeln.
3. **Flexible Schulstruktur mit Kooperationspartnern**, die das Lernen an mehreren Orten ermöglicht.
4. **Ausreichende Personalressourcen** für intensive individuelle Begleitung.
5. **Zeitunabhängigkeit von Klinikliegezeiten**, damit Bindung und pädagogische Beziehung entstehen können.
6. **Individuelle Herangehensweise** für jede Integration, abgestimmt auf die spezifische Problemlage.
7. **Akzeptanz von Brüchen** und diskontinuierlichen Verläufen, verbunden mit professioneller Begleitung.
8. **Kompetenzen der Lehrkräfte** in Schullaufbahnberatung, Beziehungsarbeit und empathischem Umgang mit psychischen Belastungen.

Weitere Berichte sind in den Tagungsbänden des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit dokumentiert und können dort nachgelesen werden.

3. Praxisbeispiel 2: Warteschleife – Schulbegleitung in der Wartezeit

Die Wartezeiten auf einen Platz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie betrugen 2009 oft mehr als sechs Monate. In dieser Zeit waren viele psychisch erkrankte Kinder sowohl den schulischen Anforderungen als auch ihre Schulen den besonderen Verhaltensweisen der Kinder nicht gewachsen. Aus dieser Situation entstand das Projekt „**Warteschleife**“, das bis heute ein Unterstützungsinstrument des Sonderpädagogischen Dienstes Psychiatrie der Klinikschule Tübingen ist.

Die Idee war einfach: Eine zeitlich befristete **Schulbegleitung** für Kinder, die auf einen Klinikplatz warten und ohne Unterstützung vom Unterricht ausgeschlossen würden. Hausunterricht erschien in diesen Fällen nicht geeignet, da er soziale Isolation verstärken würde. Ziel war es, den Verbleib in der Klasse zu ermöglichen und soziale Teilhabe zu sichern.

Die Realisierung erforderte die Kooperation vieler Beteiligten: Klinik und Klinikschule, Regelschule, Eltern, Kind und geeignete Schulbegleiter:innen. Durch diese Zusammenarbeit entstand eine Win-Win-Situation:

- **Kinder** blieben in ihre Klassengemeinschaft eingebunden und konnten unter entspannteren Bedingungen lernen.
- **Schulen** erfuhren Entlastung und signalisierten Zugehörigkeit.
- **Eltern** erlebten ihr Kind als unterstützt und integriert.
- **Klinikschule** gewann erste diagnostische Eindrücke für den späteren Klinikaufenthalt.
- **Regelschulen** profitierten vom Wissen erfahrener Klinikpädagog:innen.

Die Pilotphase mit Alex, einem Drittklässler, zeigte den Nutzen, aber auch Verbesserungsbedarf: Schulbegleiter:innen sollten idealerweise sonderpädagogisch vorgebildet sein, um fachgerecht unterstützen und reflektieren zu können. In Kooperation mit der Pädagogischen Hochschule

Reutlingen konnten in der Folge Studierende des Förderschwerpunkts ESENT gewonnen werden, die das Projekt professionell weitertrugen.

Die Warteschleife ist seither ein etabliertes Angebot der Klinikschule Tübingen und ein Baustein für eine neue Organisation der Klinikschule, die Übergänge aktiv gestaltet und schulische Ausgrenzung vermeidet.

Individualisierte Umsetzung und Weiterentwicklung

Wie in der Schule am Ufer wurden auch in der Warteschleife die Unterstützungsmaßnahmen individuell an die Problemlagen der Kinder angepasst:

- **Mia:** Mit massiven Verhaltensproblemen und Lernlücken erhielt sie sechs Monate lang eine Schulbegleitung, die sie in Gruppensituationen unterstützte und beim Aufholen der Lerninhalte half. So wuchs ihre Motivation, nach dem Klinikaufenthalt wieder in die Klasse zurückzukehren.
- **Ayse:** Schwer traumatisiert und bindungsunfähig, benötigte sie eine intensive Begleitung von 12 Stunden pro Woche. Trotz der hohen Belastung für die Schule konnte so ihr Verbleib bis zur vorzeitigen stationären Aufnahme ermöglicht werden.

Im Kollegium wurde das Projekt zunächst kontrovers diskutiert. Kritische Fragen betrafen die Zuständigkeit von Schul- und Jugendamt sowie die Gefahr, strukturelle Defizite der Klinikschule zu kompensieren, statt sie zu beheben. Klärungsgespräche mit dem Schulamt bestätigten jedoch, dass Hausunterricht nicht im Klassenverband stattfinden darf – die Warteschleife wurde somit als integrative Maßnahme anerkannt. Mit dem Jugendamt konnten zudem Vereinbarungen zur Kostenübernahme bei längerfristiger Begleitung getroffen werden.

Heute bietet der Sonderpädagogische Dienst der Klinikschule drei abgestufte Unterstützungsformen an:

1. **Warteschleife** als befristete Übergangsbegleitung.
2. **Hausunterricht**, wenn Gruppenunterricht nicht möglich ist.
3. **Eingliederungshilfe**, wenn eine längerfristige Begleitung notwendig wird.

Der Verein *Kranke Kinder in der Schule e.V.* koordiniert die Anfragen, berät Schulen und Schulbegleiter:innen und entwickelt das Konzept kontinuierlich weiter. Die Rekrutierung geeigneter Begleiter:innen ist seit der Verlagerung der sonderpädagogischen Ausbildung nach Ludwigsburg schwieriger geworden, wird aber durch Netzwerkarbeit und Kooperationen unterstützt.

Finanziell wird das Projekt durch regelmäßige Spenden und die Stiftung *Hilfe für kranke Kinder* (50 % Kostenübernahme pro Warteschleife) gesichert. Inzwischen wurden weitere Varianten entwickelt, die Übergänge zwischen Schule, Klinikschule und ambulanter Behandlung abdecken und so auch präventiv stationäre Aufnahmen vermeiden können.

Meines Erachtens ist unser Projekt Warteschleife ein **tolles Instrumentarium**, das den Sonderpädagogischen Dienst mit konkreten Hilfsangeboten ausstattet.

Zugleich bleibt es ein komplexes Provisorium, das auf hohem ehrenamtlichem Engagement und der Professionalität eines finanzstarken Vereins beruht.

Ein möglicher Lösungsansatz besteht darin, Schüler:innen mit einer klinischen Diagnose bereits **vor einem freiwerdenden Klinikplatz** formal der Klinikschule zuzuordnen. Dies würde es den sonderpädagogisch qualifizierten Lehrkräften ermöglichen, frühzeitig eine individuelle Förderdiagnostik durchzuführen, passgenaue Maßnahmen zu entwickeln und den notwendigen Zeitraum der Förderung festzulegen.

Darüber hinaus könnten zukünftige Konzepte von Klinikschulen auch Kinder aufnehmen, die keine stationäre oder teilstationäre Behandlung benötigen, um Bildungsabbrüche und soziale Exklusion frühzeitig zu verhindern. Ein Beispiel, wo dies bereits umgesetzt wird, ist die Johann-Christoph-Winters-Schule, Klinikschule in Kooperation mit der Klinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters an der Universität Köln. Die Stadt ist Schulträger und Kinder und Jugendliche dürfen unter bestimmten Bedingungen die Klinikschule besuchen, auch wenn sie nicht stationär aufgenommen sind.

4. Praxisbeispiel 3: Ansprechpartner für chronisch kranke Schüler:innen

„Im Falle der Herausforderung durch Krankheit, die auch als ‚nihilistischer Choc‘ erlebt werden kann, kommt es entscheidend darauf an, dem betroffenen Subjekt die Möglichkeit zu geben, sich selbst zu gestalten, wieder Gestalt zu gewinnen: Bildung muss vor allem die biografische Kontinuität gewährleisten, wo das Leben äußerlich zerfrant.“ (Polzer, 2002)

Mit dieser Leitidee entwickelte die 2004 gegründete interdisziplinäre Arbeitsgruppe Pädagogik bei Krankheit das Konzept einer/eines **Ansprechpartnerin/Ansprechpartners an jeder Schule** für die Belange chronisch kranker Schüler:innen. Ziel war der Aufbau eines regionalen Netzwerks, das betroffene Kinder und ihre Eltern unterstützt, schulische Teilhabe sichert und biografische Brüche abmildert.

Nach einer nicht-repräsentativen ad-hoc Umfrage zu Häufigkeiten chronischer Erkrankungen an Schulen in Tübingen, die 2004 von Klinikschulhrkräften und der Arbeitsstelle Kooperation im Staatlichen Schulamt Tübingen/Reutlingen initiiert wurde, waren ca. 15 % der Schüler:innen betroffen. Mit dieser Datenlage im Hintergrund wurde 2008/09 ein dreijähriges Pilotprojekt gestartet: 16 Lehrkräfte und Sozialarbeiter:innen aus acht Tübinger Schulen nahmen teil. Ein interdisziplinäres Team (Kliniklehrer:innen, eine Ärztin, ein Mitglied eines Selbsthilfevereins, eine Beratungslehrerin) entwickelte ein Fortbildungskonzept zu rechtlichen Fragen, zu Nachteilsausgleich und zum medizinisch-pädagogischem Zusammenspiel. Die Kolleg:innen nahmen die Impulse auf und entwickelten schulinterne Konzepte, Vorläufer der/des Ansprechpartnerin/Ansprechpartners für die Belange von chronisch kranken Schüler:innen an Schulen.

In Kooperation mit dem Regierungspräsidium Tübingen entstand ab 2013 ein **zertifiziertes Fortbildungsprogramm** für Gymnasiallehrkräfte. In zwei Lehrgängen wurden 85 Lehrkräfte qualifiziert, die fortan als Ansprechpartner:innen fungieren. Die Ausbildung umfasste sieben halbtägige Module, Expert:innenvorträge und Praxisaufgaben.

Aufgabenprofil der Ansprechpartner:innen:

- Systematisierung schulischer Abläufe und Sicherung von Nachteilsausgleichen.
- Ansprechperson für Schüler:innen, Eltern, Kollegium und Schulleitung.
- Organisation von Übergängen (Klassenwechsel, Prüfungen) und Einbindung von Unterstützungsnetzwerken.
- Dokumentation von Unterstützungsbedarfen und Anregung der Erhebung relevanter Gesundheitsinformationen.
- Erstellung von Notfallplänen und Bereitstellung von Hintergrundwissen.
- Initiierung schulinterner Informations- und Kommunikationsstrukturen.

Schulen, die ein entsprechendes Konzept implementierten, erhielten das Label „*Schule mit besonderer Achtsamkeit für chronisch kranke Schülerinnen und Schüler*“. Im Schuljahr 2020/21 führten 28 Gymnasien im Regierungsbezirk Tübingen dieses Zertifikat. Die regelmäßige Rezertifizierung (alle drei Jahre) fördert Nachhaltigkeit und Schulentwicklungsprozesse.

Dieses Beispiel kann als gelungene Innovation auf dem Weg zu inklusiven Strukturen gelten und zeigt, wie regionale Netzwerke, multiprofessionelle Zusammenarbeit und systematische Qualifizierung zu einer verbesserten Teilhabe von Schüler:innen mit chronischen Erkrankungen beitragen können.

5. Fazit/Resümee

Übergänge für erkrankte Schüler:innen sind kein Randthema, sondern eine zentrale Aufgabe für ein inklusives Schulsystem und Bildungsbiografien. Alle drei vorgestellten Initiativen sind ressourcenintensiv und setzen ein hohes Maß an Engagement voraus.

Zentrale Schlussfolgerungen sind:

- **Lobbyarbeit:** Chronisch kranke Kinder und Jugendliche verfügen bislang über keine starke Interessenvertretung. Es braucht eine gemeinsame Stimme – getragen von Verbänden, Selbsthilfegruppen, Kliniken und Schulverwaltung.
- **Kooperation und Vernetzung:** Pädagogik bei Krankheit erfordert multiprofessionelle Zusammenarbeit, Priorisierung und gut vernetzte Strukturen, um passgenaue Unterstützungsangebote zu schaffen.
- **Komplexität der Verläufe:** Chronische Erkrankungen verlaufen progredient oder in Schüben, mit wechselndem Schulbesuch und differenziertem Förderbedarf. Diese Unvorhersehbarkeit macht Ansprechpartner:innen vor Ort unverzichtbar.
- **Engagement und Interdisziplinarität:** Ehrenamtliches und institutionelles Engagement, frühes Handeln und interdisziplinäre Abstimmung sind entscheidend für tragfähige Lösungen.
- **Stärkung der Klinikschule:** Sie muss eine Schlüsselrolle in der Konzeptentwicklung übernehmen, personell gut ausgestattet sein und Übergänge qualifiziert begleiten können.

- **Verankerung in der Lehrkräftebildung:** Pädagogik bei Krankheit gehört als fester Bestandteil in die Ausbildung von Lehrkräften, um Wissen und Handlungssicherheit systematisch aufzubauen.

Literatur

- Janschewski, J., Berens, P., Käppler, C. (2014). Psychisch belastete Kinder und Jugendliche im Schulkontext – eine empirische Analyse schulischer Problemlagen anhand von Schulakten einer Klinikschule. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 10/2014.
- Johann-Christoph-Winters-Schule (o.J.). *Pädagogisch-jugendpsychiatrische Ambulanz*. Zuletzt abgerufen am 21.09.2025 <https://jcw-schule.de/index.php/ueber-die-jcw/ambulanz>
- Nielebock, F. & Ramminger, E. (1993). Der Weg als Ziel. In Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hrsg.), *Innere Orte Äußere Orte*. 1993 edition diskord (S. 142 ff). Tübingen.
- Nielebock, F. & Ramminger, E. (2003). Nie wieder mit Gleichaltrigen. In Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hrsg.), *Angst – Überwältigung - Bewältigung* 2003 edition diskord (S. 171-184). Tübingen.
- Nielebock, F., Ramminger, E., Lamatsch, R., Rahn, H. (2011). Werkstattbericht aus der Schule am Ufer: Integration unserer Schülerinnen und Schüler mit der Diagnose Asperger-Syndrom in Regelschulen. In Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hrsg.), *Misslingen des anderen im Asperger-Syndrom – Psychoanalytische Näherungen* (S. 186-188). Brandes& Apsel Verlag Frankfurt a.M.
- Polzer, H.-J. (2010). *Das kranke Kind – aufgehoben im Netzwerk von Medizin und Pädagogik*. Vortrag beim HOPE Kongress in München.

Autorin

Edith Ramminger
 Sonderschullehrerin a.D
edithramminger@icloud.com

Schule als Brücke ins Leben: Martina Hoanzl & Eva Schnabel

Zusammenfassung

Das spannungsvolle Verhältnis zwischen Leben und Schule gehört unauflöslich zu den Grundfragen der Pädagogik. Zugleich wird deutlich, dass existenzielle Lebensthemen, wie z.B. Krankheit, in ihrer Tiefendimension, Tragweite und Relevanz noch nicht hinreichend gut in den pädagogischen Grundlagen, der schulischen Praxis und im wissenschaftlichen Diskurs verankert sind. Die Brückenfunktionen der Klinikschule können als bedeutsamer Entwicklungsmotor verstanden werden, Leben, Schule und Erkrankung zusammenzudenken und für chronisch erkrankte Schüler:innen in Beratungs- und Unterrichtskontexten nutzbar zu machen.

Abstract

The tense relationship between life and school is an inextricable part of the fundamental questions of education. At the same time, it is clear that existential life issues, such as illness, are not yet sufficiently anchored in educational principles, school practice, and scientific discourse in terms of their depth, scope, and relevance. The bridging functions of the clinic school can be understood as an important driver of development, bringing together life, school, and illness and making them usable for chronically ill students in counseling and teaching contexts.

Schlagwörter

Krankheit – (Klinik)Schule – existenzielle Lebensthemen – Unterricht – Beratung – Brückenfunktion

Keywords

Illness – (Hospital)School – Existential life issues – Teaching – Counseling – Bridge function

„Brücken sind keine Einbahnstraßen.“ (Ferstl, 2024, S. 18)

„Brücken müssen dort tragen, wo nur ein Abgrund ist.“ (Rosa & Enders, 2016, 93)

1. Schule und Leben – Ein spannungsvolles Verhältnis

Das Verhältnis von Schule und Leben gehört zu den Grundfragen pädagogischer Reflexion. Seit der Entstehung der Schule als Institution wird diskutiert, wie schulisches Lernen mit den Erfahrungen, Bedürfnissen und Herausforderungen des realen Lebens verbunden ist bzw. verbunden werden kann.

1.1. Schulzeit als Lebenszeit

Laut einer Umfrage von Deutschem Kinderhilfswerk und UNICEF (2012) arbeiten *„Kinder und Jugendliche in Deutschland [...] im Schnitt mehr als 38,5 Stunden pro Woche in oder für die Schule – und damit ähnlich viel wie Erwachsene in Vollzeitjobs. [...] Mit zunehmendem Alter steigt die Beanspruchung durch Schule bis zu 45 Wochenstunden in den Klassen 9-13.“*

Schule ist der dominante Zeitfaktor im Leben von Kindern und Jugendlichen. Entsprechend weniger Zeit bleibt Schüler:innen für andere Lebensbereiche wie Familie, Freizeit, Hobbys, Aktivitäten in Vereinen, zivilgesellschaftliches Engagement und zum „Chillen“. Doch nicht allein aus zeitökonomischer Sicht ist Schulzeit Lebenszeit. Schule prägt nicht nur den Lebensalltag junger Menschen, sondern auch ihr ganzes Leben.

1.2. Schule als Ort der Prägung für das gesamte Leben

Katharina Rutschky (1987) problematisiert in ihrem geschichtlichen Streifzug durch die deutsche Schul-Chronik aus vier Jahrhunderten das wirkmächtige Zusammenspiel zwischen Schule und Leben. Exemplarisch für die machtvolle Einflussnahme der Schule stehen laut Rutschky u.a. soziale Verbindungen, die die Schulzeit weit überdauern und die Lebenszusammenhänge der Lernenden im Kern bestimmen. „Überhaupt ist die Persönlichkeit des Lehrers, sein Charakter, eher als sein Wissen oder seine zufälligen Talente ein Bildungsfaktor ersten Ranges [...]. An ihren Lehrern studieren viele Generationen von Kindern zuerst die Menschheit“ (Rutschky, 1987, S. 16). Das geschieht nicht zwingend reflexiv. Oft sind es Erfahrungen und Widerfahrungen, die sich im kindlichen bzw. jugendlichen (Er)Leben einschweißen. Dazu kommt, dass Schule jener Ort ist, an dem Peerkontakte von besonderer Bedeutung sind. Kinder lernen in besonderer Weise von anderen Kindern (Largo & Beglinger, 2009). Das gleiche trifft auch auf Jugendliche zu (Largo &

Czernin, 2011). Dabei ist die Akzeptanz durch die anderen Peers der Dreh- und Angelpunkt für gelingende Lern- und Entwicklungsprozesse (Opp & Unger, 2006). Schule als Institution formt das kindliche bzw. jugendliche (Er-)Leben wesentlich im Beziehungsgeschehen (Bleher & Hoanzl, 2018), aber auch durch Disziplinierung, Normierung und Leistungsanspruch. Ihre (Organisations-)Struktur ist oft wirksamer als ihre Inhalte. Was also ist es, das Kinder und Jugendliche dennoch in die Schule führt – abgesehen von der Schulpflicht?

1.3. Schule als Chance auf ein besseres Leben

Schule eröffnet durch institutionalisiertes Lernen neue, angeleitete Welterfahrungen und bietet Kindern und Jugendlichen zudem notwendige Gemeinschaften. Ramminger (2005, S. 61) spricht gar von der „rettenden Rolle der Schulpflicht“ bei psychisch hochbelasteten Kindern und Jugendlichen. Denn mit dem Eintritt in die Institution Schule wird ihre Not öffentlich sichtbar und sie sind nicht nur auf jene Umgebung zurückgeworfen, die ihre Not wesentlich (mit)bedingt, sondern haben Anspruch auf Unterstützung und Hilfe. Dazu kommt: Schule qualifiziert. Sie vermittelt Kenntnisse und Fertigkeiten. Bildungsabschlüsse sind zur Eintrittskarte geworden. Nicht die Standeszugehörigkeit qua Geburt, sondern die Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit des Individuums legitimiert das (berufliche) Fortkommen, aber auch das Einkommen. So die Idee. Dass dieser Anspruch allzu oft Benachteiligung und erschwerte Startbedingungen (z.B. durch Armut etc.) ausblendet und dadurch soziale Ungleichheit auf veränderten Wegen perpetuiert wird, zeugt auch von der potenziellen Reproduktionsfunktion gesellschaftlicher Verhältnisse durch Schule (Fend, 1980).

1.4. Schule als Vorbereitung auf das künftige Leben

„Non vitae sed scholae discimus“ - Nicht für das Leben, sondern für die Schule lernen wir“, kritisiert Seneca bereits 64 n.C. die römische Philosophenschule. Damals wie heute läuft Schule Gefahr, dass sie nicht ausreichend auf das Leben vorbereitet und die Gegenwart der jungen Menschen potenziell ihrer (beruflichen) Zukunft opfert. Das Anhäufen von Wissen, Leistungsdruck und steigende Erwartungen katapultieren nicht selten die gegenwärtigen Bedürfnisse und Interessen, aber auch Potenziale der jungen Menschen in den Hintergrund, die nicht institutionskonform anerkannt und entwickelt werden können. Allzu oft wird soziales Lernen

im Sog der Anforderungen vernachlässigt und das künftige Leben auf mögliche Bildungsabschlüsse reduziert.

1.5. Schule im Kontext von Lebensbewältigung und Bildung

Schule ist zunehmend gefordert sich nicht allein auf ihren gängigen und z.T. verengten Bildungsauftrag zu berufen, sondern die Bewältigungsaufgaben zu sehen, vor denen junge Menschen stehen - individuell und gesellschaftlich. Dabei geht es zum einen um den Erwerb von Alltagskompetenzen, um das Leben in seinen vielschichtigen alltäglichen Anforderungen bewältigen zu können, und zum anderen auch um das begleitete Entwickeln von Bewältigungsstrategien in krisenhaften Situationen und benachteiligten Lebensverhältnissen. Dabei treten Notlagen und existenzielle Herausforderungen oftmals individualisiert in Erscheinung, obwohl diese gesellschaftlich bedingt sind. Ein rasanter sozialer Wandel, die digitale Revolution, Bedrohung der Demokratie durch die Zunahme von Nationalismus und Rechtsextremismus, der Anstieg psychischer Belastungen besonders im Kindes- und Jugendalter, dynamisierte globale Krisen, ökologische Bedrohungen, Zunahme von kriegesischen Konflikten weltweit und damit einhergehende Fluchtbewegungen etc. sind Teil der Lebenswirklichkeit unserer Kinder und Jugendlichen in allen Schulen. Diese Lebenswirklichkeit macht nicht vor der Klassenzimmertür halt. Die vielschichtigen Belastungen des Lebens zeigen sich auch in der Schule – vorausgesetzt wir können und wollen diese auch wahrnehmen. Oder wollen wir von der Fiktion allzeit lernbereiter und gesunder Schüler:innen ausgehen?

1.6. Schule als Ort der Entfremdung vom wirklichen Leben

Wenn Hilfen zur Lebensbewältigung in schulischen Kontexten marginalisiert und ausgegrenzt werden, entfremdet sich Schule zunehmend von der Lebenswirklichkeit der jungen Menschen, für die sie verantwortlich ist. Eine andere Form der Entfremdung besteht darin, die Auseinandersetzung mit der Welt, ihren Phänomenen und vielschichtigen Erscheinungsformen in Lernprozessen zu beschneiden. Wird Schule zur Kunstwelt, die den handelnden Menschen zum bloßen Stillsitzen zwingt, seine sozialen Beziehungen und Weltbeziehungen ohne echte Wahlmöglichkeit bestimmt und Sinnlichkeit samt subjektive Sinnhaftigkeit aus Lernprozessen isoliert, Körperlichkeit

instrumentalisiert und Leiblichkeit ausblendet, wird das Verhältnis zwischen Schule und Leben paradox.

Zu dieser Paradoxie gehört auch, dass Schule selektiert und nicht selten Ungleichheit legitimiert (Fend, 1980). Zentral bleibt demnach die Frage: Wie kann sich die künstliche Schule dem Leben bzw. der menschlichen Existenz öffnen und das wirkliche Lernen (Rumpf, 1986) ermöglichen, das mehr ist als übernommenes Buchwissen mit seiner bescheidenen Halbwertszeit? Wie kann aus einer Einbahnstraße im spannungsvollen Verhältnis zwischen Schule und Leben eine Brücke werden, die Schule zum echten Lebensraum macht?

1.7. Schule als Lebensraum

Die Reformpädagogik beleuchtet das Verhältnis zwischen Schule und Leben besonders prägnant und kritisierte von jeher die Trennung der fremdbestimmten isolierten Schulkultur einerseits von der erfahrungsbasierten, gesellschaftlich bestimmten und gelebten Wirklichkeit andererseits.

Ein zentraler Gedanke der Reformpädagogik ist die Vorstellung, dass Schule nicht lediglich auf das Leben vorbereiten soll, sondern selbst ein Teil des Lebens sein muss. Für Dewey (1915/1994) ist Schule ein Ort demokratischer Praxis, in dem Kinder durch aktive Erfahrung, Zusammenarbeit und Selbsttätigkeit lernen. Lernen wird als soziales und praktisches Handeln verstanden – eingebettet in Lebenszusammenhänge, die die Formalisierung, Künstlichkeit und Isolation der Schule gegenüber der lebendigen Wirklichkeit aufbrechen.

Auch Georg Kerschensteiner (2023) stellte mit seiner Arbeitsschule das tätige, sinnstiftende Lernen in den Mittelpunkt und rückte das Leben und nicht die Lehre in das Zentrum von Schule.

Peter Petersen (2001) versuchte mit seinem Jena-Plan, Schule als Lebensgemeinschaft zu gestalten. Altersgemischte Gruppen, gemeinsame Verantwortung und rhythmisierte Tagesstruktur sollten das Lernen im sozialen Miteinander fördern. Schule war für ihn kein abgeschlossenes System, sondern ein Ort, an dem Leben und Lernen untrennbar verbunden sind. Diese exemplarisch skizzierten reformpädagogischen Ansätze – um nur einige zu nennen – stellen ein gemeinsames Anliegen in den Vordergrund: Schule kann nur dann echte Lernprozesse ermöglichen, wenn sie nicht vom Leben getrennt wird – sondern auf das Leben hin orientiert bleibt.

1.8. Schule als Ort übersehener existenzieller Lebensthemen

Was bedeutet Leben in diesem Kontext? Muss Leben nicht auf das Wesen menschlicher Existenz bezogen werden und nicht nur auf Lebenswirklichkeit, Lebenswelt und Lebensraum, so wie es im bisherigen pädagogischen Diskurs anleitend ist?

Der Mensch ist ein leibliches und soziales Wesen. Er kann nicht leben, ohne in Beziehung zu sein. Er kann nicht leben, ohne zu handeln. Er kann nicht leben, ohne zu lernen. Der Mensch ist so, weil er laut Gehlen (1974) aus biologisch-anthropologischer Sicht ein instinktreduziertes, unfertiges „Mängelwesen“ (S. 20) ist und in besonderer Weise durch seine Existenzbedingungen bestimmt wird. Das bloße Dasein des Menschen wird zu seiner eigenen Aufgabe und Leistung. Der Mensch muss das (Über-)Leben lernen, weil das nicht Instinkte für ihn übernehmen und er als physiologisches Mängelwesen von Anfang an auf Schutz und Fürsorge angewiesen ist. Daraus ergibt sich eine besondere Bezogenheit auf bedeutsame andere Menschen, die er von Anfang an für sein emotionales und leibliches (Über-)Leben braucht. Deshalb sind Lernprozesse Beziehungsprozesse. Gemeint sind Beziehungsprozesse, die unablässig auf drei Ebenen stattfinden, die einander bedingen: Zwischenmenschliche Beziehungen, Weltbeziehungen und Selbstbeziehungen (Hoanzl et al., 2009). Im Zentrum dieser Beziehungsprozesse stehen Emotionen und Leiblichkeit. Existenziell Bedeutsames lernen Kinder, lange bevor sie zur Schule gehen: Essen, Laufen etc. Das geschieht in der leiblichen und emotionalen Bezogenheit auf Andere(s). Auch wenn später abstrakte Kognitionsformen Lernmöglichkeiten erweitern, die emotionalen und leiblichen Dimensionen bleiben ein Leben lang integraler Bestandteil menschlicher Lernprozesse. Mehr noch: In existenziellen Krisen ist diese frühe Form des Lernens in emotionalen und leiblichen Kontexten wieder von gesteigerter Bedeutung.

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass das bislang skizzierte vielschichtige Spannungsverhältnis zwischen Leben und Schule lernende Kinder und Jugendliche als gesund und potenziell lernbereit denkt. Was aber, wenn vielschichtige Belastungen, z.B. auch chronische und mitunter gar lebensverkürzende Erkrankungen oder bleibende Unfallfolgen in das Leben von Schüler:innen und damit in die Schule platzen? Was bedeutet Erkrankung für das spannungsvolle Verhältnis von Schule und Leben?

2. Krankheit – Schule – Leben: Eine ausgewiesene Annahme

Für die weiteren Ausführungen soll die Reflexion folgender Hypothese anleitend sein:

Krankheit berührt Tiefendimensionen der menschlichen Existenz, die im alltäglichen Leben potenziell verdrängt werden und durch existenzielle Themen beschrieben werden können. Dazu gehört auch die Verwundbarkeit, Verletzlichkeit und Sterblichkeit des Menschen. Die Schule für Kranke ist der pädagogische Ort, an dem diese Tiefendimensionen der menschlichen Existenz verdichtet in Erscheinung treten, u.a. weil Krankheit als existenzielle Erschütterung explizit, aber auch implizit zur pädagogischen Aufgabe in Lern- und Beratungsprozessen wird.

Der Umgang mit den Tiefendimensionen der menschlichen Existenz ist dabei keineswegs nur oder gar ausschließlich die Aufgabe von Klinikschule. Ganz im Gegenteil. Gefährdungen des Lebens sind in allen Schulen allgegenwärtig, weil die Verwundbarkeit bzw. Verletzlichkeit genuin menschlich ist. Hans Weiß sagt es so: „Vulnerabilität bezieht sich auf Gefährdungen, mit denen Menschen als Individuen und Gesellschaften in unterschiedlichen Zusammenhängen und Situationen konfrontiert sind, z.B. durch Krankheiten, Unfälle, Kriege, Gewalt, Armut oder Hunger“ (Weiß, 2024, S. 12). Fraglich ist, wie groß das Bewusstsein, das Wissen darum, aber auch die individuelle Bereitschaft und die institutionell mitbedingte Möglichkeit der Lehrenden ist, die Tiefendimensionen menschlicher Existenz als pädagogische Aufgabe wahrzunehmen und existenzielle Themen im Unterrichtsgeschehen zu erkennen und anzuerkennen? Eine kleine Momentaufnahme aus der Schulpraxis soll diese Überlegungen illustrieren. Dabei steht eine Grundschülerin, die an Mukoviszidose, also einer Cystischen Fibrose (CF), erkrankt ist, im Zentrum der Momentaufnahme. Der Sprecher einer regionalen Muko-Selbsthilfegruppe berichtet: „Eine Schülerin hustet – wie bei CF durchaus üblich – ausdauernd im Unterricht. Ein Mitschüler fragt: ‚Sag mal – stirbst du jetzt?‘ Der Lehrer verstärkt: ‚Ich glaube auch!‘ – er wusste nichts von der Krankheit!“ (Arbeitsgruppe Pädagogik bei Krankheit, 2006, S. 14). Das verstört und berührt zutiefst, wenn man sich in die Situation des schwerkranken Mädchens versetzt. Der Umgang mit existenziellen Themen in der Schule braucht ein krankheitsbezogenes Wissen, ein Bewusstsein für die Tiefendimension der menschlichen Existenz auch im Unterrichtsgeschehen, eine tragfähige Lehrer:innen-Schüler:innen-Beziehung, aber auch Empathie und Professionalität.

Folgende Fragen ergeben sich daraus:

- Was sind existenzielle Themen und wie hängen diese mit dem Leben und der Schule zusammen?
- Welches vertiefte Krankheitsverständnis lässt sich daraus ableiten?
- Welche Brückenfunktionen der Klinikschule können auf dieser Basis beschrieben werden?
- Welche ersten Anstöße lassen sich daraus für die Beratung und den Unterricht im Feld einer Pädagogik bei Krankheit gewinnen?

2.1. Existenzielle Themen in der Schule – Eine Annäherung über den Begriff Leben

Die etymologische Begriffsbedeutung „leben“ wird im Etymologischen Wörterbuch des Deutschen mit „lebendig, nicht tot sein, existieren, sich von etw. ernähren, wohnen (...) überleben“ (Pfeifer, 1993) gleichgesetzt. Töpfer (2011, S. 420) verdeutlicht, dass es im Germanischen eine etymologische Verbindung zwischen dem Wort „Leben“ und einer Wortgruppe mit der Bedeutung „Fortbestand, Erhaltung“ gibt. In der Ausrichtung auf den Erhalt des Lebens deutet sich bereits die Angst und die Gefahr der Verletzung an, die auf das „Überleben“ (Töpfer, 2011, S. 469), also das Streben nach „lebendig bleiben“ (ebd.) abzielt und beispielsweise von Erkrankung bedroht werden kann.

Leben als Phänomen kann u.a. biologisch, anthropologisch, etymologisch, philosophisch, theologisch, kulturgeschichtlich und psychologisch betrachtet werden. Weil eine umfassende Definition des Begriffs Leben nicht möglich ist, kommt Cramer (1997, S. 47) zu dem Schluss: „Man kann nur eine Reihe von Bedingungen aufzählen, die das Leben charakterisieren.“ Das hat bereits Lamarck 1820 erwogen, indem er biologische Merkmale von Lebewesen ausweist, die dem Anspruch nach auf Pflanzen und Tiere, also auf Lebendiges im Allgemeinen zutreffen. So stellt es Töpfer (2011, S. 437) dar und nennt unter anderem in Bezug auf Lamarck: Körperlichkeit, Selbstbewegung, Alterung, Bedürfnisse, Entwicklung, besondere Vermögen wie z.B. Ernährung, Wahrnehmung, Empfindung, Fortpflanzung etc. bis hin zu Lebensdauer und Tod.

Der nachfolgende Dreischritt soll helfen, die existenziellen Dimensionen zu veranschaulichen, die Leben charakterisieren: Leben entsteht, Leben besteht bzw. strebt nach Erhalt, Leben vergeht. Genau an dieser basalen Stelle setzt die Tiefendimension menschlicher Existenz an, weil der

Mensch als leibliches und soziales Wesen auch diesem fundamentalen Dreischritt unterworfen ist und bleibt. Auch wenn der Mensch nicht nur ein Natur-, sondern auch ein Geist- und Kulturwesen (Fuchs, 2013) ist, so bestimmen seine leiblichen und sozialen Bedürfnisse, Antriebe und Affekte ihn doch wesentlich.

Schule als Ort der Bildung und Entwicklung verdrängt und ignoriert latent diese basalen Tiefendimensionen der menschlichen Existenz, die in allen Lernprozessen wirken. Rational kann z.B. das Thema Ernährung als lebens**erhaltendes** existenzielles Thema, Sexualität als lebens**stiftendes** existenzielles Thema oder Tod als lebens**bedrohliches** existenzielles Thema im jeweiligen Fachunterricht kognitiv bearbeitet werden. Aber die emotionale, soziale und leibliche Tiefendimension menschlicher Existenz findet in der Schule häufig keinen Raum. Zur kurzen Veranschaulichung: Schule gibt beispielsweise ernährungswissenschaftliche Erkenntnisse im Unterricht an Lernende weiter, ohne das gemeinschaftliche Zubereiten und Essen von Speisen als selbstverständliche Alltagskultur im Klassenzimmer zu verankern. Die existenzielle Tiefendimension zeigt sich exemplarisch darin, wenn Kinder nicht essen wollen, beispielsweise bei Magersucht, oder hungrig bleiben oder das Essen gierig verschlungen, weil Armut das Leben bestimmt, oder nicht essen können, weil Krankheit ihnen das auferlegt. Doch um das zu bemerken, muss Schule bereit sein, an ihren Schüler:innen wahrzunehmen, was sie in der aktuellen Lebenssituation existenziell bestimmt. Was in der allgemeinen Schule kaum oder gar nicht realisiert wird und häufig auch aufgrund von fehlenden Rahmenbedingungen erschwert realisiert werden kann, ist in der Klinikschule ein unverzichtbarer Bestandteil: Die Anerkennung der und pädagogische Arbeit mit existenziellen Lebensthemen im Unterricht samt krankheitsbezogener Beratung (Schnabel 2020).

Was sind existenzielle Themen? Existenzielle Themen sind Lebensthemen, die alle Menschen über alle Zeiten und Kulturen hinweg bestimmen. Diese werfen universelle, grundlegende und unvermeidliche Fragen auf, die das menschliche Dasein betreffen, und erhoffen darauf Antworten. Existenzielle Themen werden intensiv erlebt, durchlebt, aber auch überlebt, sind emotional hoch aufgeladen und zeugen von tiefgreifenden Erfahrungen und Widerfahrungen im menschlichen Leben. Als solche bestimmen sie das spannungsvolle Verhältnis zwischen Schule und Leben neu. Sie fordern die Menschen der Schulgemeinschaft in ihrer jeweiligen Rolle heraus, als Lehrer:in, als Mitschüler:in und fragen diese zugleich in ihrem Menschsein an.

Zentral sind dabei lebensstiftende, lebensbedrohliche und lebenserhaltende existenzielle (Lebens)Themen (ET), die unauflösbar mit dem menschlichen Dasein verbunden sind. Alle drei Formenkreise der existenziellen Themen können unter ausgewiesenen Gesichtspunkten jeweils eigenständig betrachtet und reflektiert werden, jedoch im Wissen darum, dass diese nicht trennscharf voneinander abgegrenzt werden können, weil diese auch ineinander übergehen und sich gegenseitig bedingen. Im Schmelztiegel und zugleich im Zentrum dieser drei Formenkreise gehen Emotionen und Leiblichkeit ineinander über. Die Abbildungen 1 und 2 sollen das veranschaulichen.

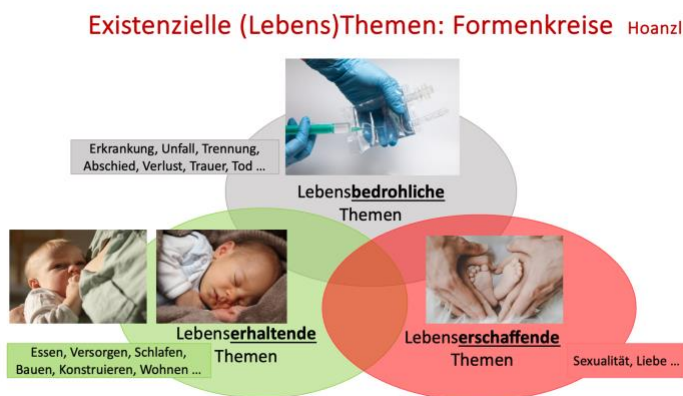


Abbildung 1: Formenkreise (ET)

Existenzielle Themen berühren dabei nicht oberflächliche Probleme, sondern jene, die „unter die Haut“ gehen, die uns tief berühren. In dieser sprachlichen Beschreibung zeigt sich bereits, dass Leiblichkeit und emotionales Erleben untrennbar miteinander verwoben sind. Existenzielle Themen lassen sich in drei große Themenkreise einteilen:

- 1) **Lebenserhaltende Themen** – wie Essen, Schlafen, Bauen und Konstruieren etc., also Lebensthemen, die unerlässlich sind, um Leben zu schützen und zu sichern.
- 2) **Lebensbedrohliche Themen** – wie Krankheit, Unfall, Trennung, Abschied, Verlust, Sterben und Tod etc., also Lebensthemen, die das Leben in seinem Fortbestehen gefährden und auslöschen können.

- 3) **Lebensstiftende** Themen – wie Sexualität, Schwangerschaft, Geburt etc., also Lebensthemen, die die Zeugung, Entstehung und Entwicklung neuen Lebens beinhalten.

**Existenzielle (Lebens)Themen:
Überlappungen der Formenkreise** Hoanzl

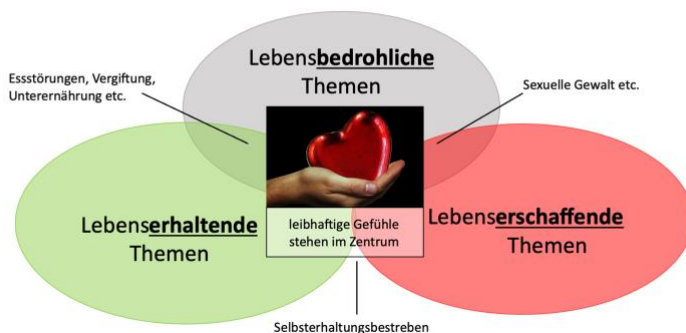


Abbildung 2: Überlappende Formenkreise (ET)

Erkennbar wird, dass diese Formenkreise einander überlappen und mehrere Tiefendimensionen aufeinandertreffen können – z.B. verschmilzt die Tiefendimension von Lebenserhaltung und Lebensbedrohung im Bereich von Essstörungen, z.B. kann Sexualität aus dem Leben erschaffenden Formenkreis durch sexualisierte Gewalt hoch bedrohlich werden, z.B. zirkelt die Verschränkung von lebensstiftenden und lebenserhaltenden Themen um den Fortbestand von Leben, usw.

Diese existenziellen Lebensthemen gehören zum Menschsein dazu, lassen sich nicht ablegen wie ein Stock oder Hut und fordern auch und gerade in der Schule Raum, um sich zu zeigen, um wahrgenommen, erkannt, anerkannt und im Miteinander ggf. explizit oder implizit pädagogisch bearbeitet zu werden. Wer diese existenziellen Lebens- und Entwicklungsthemen von der Schule fernhalten, aus dem Unterricht ausgrenzen und sie durch blanken Schulstoff ersetzen will, darf darauf vertrauen, dass sich diese durch die Hintertür in Form von Unterrichtsstörungen und Schulabsentismus ihren Weg bahnen.

Lebensstiftende, lebenserhaltende und lebensbedrohliche existenzielle (Lebens)Themen haben eine soziale, emotionale und leibliche Tiefendimension. Sie sind genuin menschlich, werfen zwingende Fragen an das Leben und damit auch an andere Menschen in ihrem Menschsein

auf. Diese Themen ploppen auch im Unterricht auf, oftmals unerwartet, teils verdeckt, teils offen und fordern Antworten und Raum in der pädagogischen Arbeit – auch und gerade in der Schule. Zugleich wird klar, dass es in diesen Situationen nicht mehr nur um die Frage gehen kann, was Kinder wie in der Schule lernen sollen. Existenzielle Themen drängen darauf die „Not-wendige“ Frage zu stellen: Was brauchen Kinder und Jugendliche, damit sie überhaupt lernen können – im Hier und Jetzt?

3. Kranksein als existenzielle Erschütterung des Lebens

Krankheit verändert Leben – das Leben der betroffenen Schüler:innen, aber auch das Familienleben und das Schulleben. Dabei geht es um tiefgreifende existenzielle Erschütterungen, weil die Verletzlichkeit, Einschränkung und Gefährdung des Lebens intensiv wahrgenommen und erlebt, aber auch durchlitten wird. Hierzu ein Auszug aus einem Text, den Emma H. in der Juli-Ausgabe der Schüler:innenzeitung „Klinik-Rundschau“ der Klinikschule Tübingen (2025) veröffentlicht hat. Emma ist an Rheuma erkrankt, als sie vier Jahre alt war. Heute ist Emma ein Teenager.

*„[...] Ich wollte so vieles,
wollte ohne Grenzen leben,
wollte fliegen, wollte erleben,
was Freiheit heißt.
Doch der Schmerz ist da,
immer und immer wieder
und er nimmt mir mehr als ich geben kann.
Nicht nur heute – nein für mein ganzes Leben.
Ich kann nicht vergessen was kommt,
ich weiß, der Schmerz wird nie ganz verschwinden,
und die Folgen?*

*Die Folgen tragen wir mit uns, wie ein unsichtbares Gewicht, das bleibt.
,Du bist doch jung‘, sagen sie.
,Das wird schon besser, dass [sic] ist nur eine Phase.
Aber sie verstehen nicht, dass der Schmerz mich immer wieder einholt,
dass er mir zeigt, wie sich mein Leben verändern wird,
wie ich in Zukunft Entscheidungen treffe,
weil mir der Schmerz den Weg vorgibt.
Und die Folgen – die Folgen bleiben. [...]*

*Der Schmerz der bleibt-
 Ja der bleibt, aber ich bleibe auch!
 Ich werde kämpfen, Tag für Tag,
 auch wenn der Schmerz mir Wege versperrt,
 auch wenn er mein Leben formt.
 Denn ich weiß:
 Ich bin mehr als der Schmerz!“ (S. 21)*

Emma lässt uns an ihrem Erleben teilhaben, das wiederkehrend und intensiv vom empfundenen Schmerz bestimmt wird. Ein Schmerz, der leiblich selbst erfahren wird, der aber auch das (mit)bestimmt, was Emma als Selbst ausmacht.

Doch Schmerz hat nicht nur eine leibliche Dimension, wie es Emma H. berührend stark vermittelt. Das Buch „Vögel im Kopf“ (Gomeringer et al., 2021), das Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher erzählt, zeugt von unterschiedlichen, subjektiv empfundenen emotionalen Schmerzspuren. Anita L., die ein knappes Jahr Patientin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Tübingen war und bis zu ihrer Volljährigkeit in einer Jugendwohngruppe lebte, berichtet:

„Früh aufstehen. Wiegen. 39 kg auf 172cm. Ich bin vor kurzem 16 geworden. Aussichtslosigkeit, Schmerzen und Verzweiflung überwiegen in meinem Leben. Ich wollte mich nicht umbringen, wollte nicht sterben, nein, ich wollte nicht mehr sein und bin auch kaum noch. Wenn ich in den Spiegel sehe, ist da eine Fremde, ein Zombie, gruselig und ekelhaft. Tiefe Augenhöhlen. Eine dünne Schicht gespannte, blasse Haut über Knochen“ (S. 25).

Auch in diesem Textauszug der seelisch erkrankten Schülerin Anita zeigt sich, dass emotional empfundener Schmerz sich körperlich niederschlägt und das Selbst im Kern erschüttert.

Noemi Eisenberger, Neuroforscherin und Sozialpsychologin an der University of California in Los Angeles belegt in ihren Forschungsarbeiten (2015) sehr eindrücklich und evidenzbasiert, dass sozialer, seelischer und körperlicher Schmerz sich überlappen. Fühlt sich jemand ungeliebt, nicht angenommen bzw. ausgegrenzt, dann tut das auch körperlich weh, weil sich sozialer, seelischer und physischer Schmerz gemeinsame Nervenbahnen und Signalwege teilen. Soziale Ablehnung wird nicht nur als elementare Bedrohung erlebt, sondern geht auch mit einem Anstieg

diverser Entzündungswerte einher. Pro-inflammatorische Zytokine zirkulieren vermehrt im Blut und tragen sogar dazu bei, dass Schmerzreize als noch schmerzhafter wahrgenommen werden. Eisenberger belegt auch eindrücklich, dass soziale Nähe, das Erleben von Zugehörigkeit, Beziehungen, Bindungen und Sicherheit schmerzlindernd wirken. Diese Erkenntnis ist hoch relevant für Erkrankungen, die als somatisch oder psychisch klassifiziert werden, wobei diese dichotome Trennung von leiblich und psychisch immer fraglicher wird. Diese Erkenntnis ist auch für schmerzbasierendes Verhalten (Opp, 2017) hoch relevant, das sich auch in der Schule vielschichtig äußern kann, von aggressiv-ausagierend bis depressiv-internalisierend.

Ein theoretisches Verständnis von Kranksein, das Thomas Fuchs (2023) begründet hat, hilft an dieser Stelle, das Leibliche, Psychische und Soziale zusammenzudenken. Ausgehend von einer phänomenologisch-anthropologischen Philosophie entwickelt Thomas Fuchs ein Verständnis von Krankheit, das weit über eine rein naturwissenschaftlich-biologische Perspektive hinausgeht. Im Zentrum steht dabei *Leiblichkeit* als Grundlage der menschlichen Existenz. Zugleich entwickelt Fuchs ein Krankheitsverständnis, das nur in zirkulären biologischen, psychologischen und sozialen Prozessen gedacht werden kann. Krankheit ist demnach nicht lediglich ein Defekt am biologischen Organismus, sondern vor allem eine Beeinträchtigung des leiblichen Weltbezugs und des Selbstverhältnisses des Menschen.

Ein zentraler Gedanke von Fuchs, im Kontext seiner phänomenologischen Theorienbildung, ist die Differenzierung zwischen Körper und Leib, wobei der Körper als objektivierbares Ding und medizinischer Untersuchungsgegenstand betrachtet wird, während der Leib untrennbar mit dem Wesen verbunden ist, dass das leibhaftige Subjekt ist. In der Gesundheit ist der Leib weitgehend „transparent“ – das heißt, er tritt nicht ins Bewusstsein, sondern ermöglicht in stillschweigender Weise die Hinwendung zur Welt. Der Mensch handelt, bewegt sich, spricht und fühlt, ohne dabei über seinen Körper nachdenken zu müssen. Diese Selbstverständlichkeit des leiblichen In-der-Welt-Seins wird in der Krankheit jedoch massiv gestört. Der Körper tritt plötzlich in den Vordergrund des Erlebens, nicht als vertrauter Leib, sondern als fremdes Objekt, das nicht mehr mitmacht, Schmerzen verursacht oder sich verselbstständigt. *„Darauf weist schon die alltagssprachliche Artikulation von Kranksein hin, mit Wendungen wie: ‚es tut mir da weh‘, etwas ‚drückt mich‘, ‚brennt‘, ich habe etwas ‚bekommen‘ (Flecken, Durchfall, Husten, Krämpfe), mir ‚fehlt‘ etwas, ich ‚kann‘ etwas ‚nicht mehr‘, usw. In diesen*

Äußerungen spiegelt sich das Erleben, dass etwas an meinem Leib sich störend bemerkbar macht, sich verselbständigt, in Spannung zu mir tritt oder mir verloren geht. Der Leib entzieht sich teilweise meiner Verfügung und wird dadurch zum Körper, an den ich gebunden bin“ (Fuchs, 2018, S. 131). Darin zeigt sich eine Form der Leibentfremdung, bei der sich der Mensch seines Leibes nicht mehr sicher ist und die gewohnte leibliche Kohärenz verloren geht.

Insbesondere bei psychischen Erkrankungen zeigt sich diese Störung der Leiblichkeit in besonders eindrücklicher Weise. Bei Depressionen etwa berichten Betroffene häufig von einem veränderten Zeiterleben, von bleierner Schwere, innerer Leere oder einer distanzierten, leblosen Welt. Auch hier zeigt sich, dass es sich nicht nur um psychische Symptome handelt, sondern um eine tiefgreifende Veränderung der leiblichen Weltbeziehung. Der depressive Mensch erlebt seinen Körper nicht mehr als integrierten Teil seiner selbst, sondern als ein Hindernis oder gar als Last. Fuchs (2014) spricht in diesem Zusammenhang von einer leiblich vermittelten Entfremdung von der Welt, die nicht pathologisch dazukommt, sondern konstitutiv für die Krankheitserfahrung ist.

Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Störung der Interleiblichkeit (Fuchs, 2015), wie sie besonders bei schizophrenen oder anderen psychotischen Erkrankungen auftritt. Nach Fuchs ist die Begegnung mit anderen Menschen immer auch eine leibliche: Wir stimmen uns über Mimik, Gestik, Stimme und Haltung aufeinander ab – eine Form der leiblichen Resonanz, die oft unbewusst abläuft. In der Krankheit jedoch gerät diese Resonanz ins Stocken. Die Kommunikation wirkt brüchig, Bewegungen erscheinen entkoppelt, mimische Ausdrucksformen verlieren ihre Selbstverständlichkeit. So wird deutlich, dass psychische Erkrankungen auch als Störungen der zwischenleiblichen Bezogenheit verstanden werden können. Der Mensch verliert den natürlichen Zugang zu anderen, was wiederum das Gefühl von Isolation und Fremdheit verstärkt.

Diese Perspektive hat auch grundlegende Konsequenzen für das Verständnis von Therapie. Fuchs plädiert dafür, Gesundheit nicht nur als Zustand funktionaler Körperprozesse zu verstehen, sondern als eine Wiederherstellung der leiblichen Integration – also der Fähigkeit, sich wieder selbstverständlich zur Welt, zum eigenen Leib und zu anderen Menschen in Beziehung setzen zu können. In diesem Sinne ist der Prozess der Gesundung nicht bloß das Verschwinden von Symptomen, sondern die Reintegration des Leibes als subjektiver Resonanzraum. Therapien,

insbesondere in der Psychiatrie, sollten demnach nicht nur auf kognitive oder pharmakologische Maßnahmen setzen, sondern auch leibliche Zugänge fördern – etwa über Bewegung, Berührung, Präsenz und zwischenmenschliche Resonanz.

Auch weil das Verhältnis zwischen „Gesundheit“ und „Krankheit“ (Franke, 2017) damit noch lange nicht umfassend genug beschrieben ist, muss an dieser Stelle wenigstens darauf verwiesen werden, dass dichotome Vorstellungen vom Menschen als gesund oder krank längst überholt sind. Dazu kommt, dass eine Suche nach der ganzen Geschichte eines Menschen in seinem existenziellen Dasein und Gewordensein – einschließlich seiner Erkrankung und möglicher Gesundheitsfaktoren (Antonovsky, 1997) – von zentraler Bedeutung ist.

Krankheit gehört dementsprechend zur Normalität des Lebens. Manche Erkrankungen kommen und gehen, andere bleiben. Chronische Erkrankungen, die uns über einen langen Zeitraum, zum Teil auch ein Leben lang begleiten, können als existenzielle Erschütterung des Lebens verstanden werden. Diese existenzielle Erschütterung unterbricht das selbstverständliche leibliche In-der-Welt-Sein und führt zu Entfremdung vom eigenen Körper, von anderen Menschen und der Welt als solcher, nicht selten auch zur Entfremdung von sich selbst. Darin spiegelt sich auch die Tiefendimension von lebensbedrohlichen existenziellen Themen, die Verwundbarkeit, Verletzlichkeit aber auch Sterblichkeit als genuin menschlich ausweisen und die, ob wir es wollen oder nicht, immer auch in die Schule Einzug halten. In der Klinikschule treffen existenzielle Themen verdichtet aufeinander und prägen die pädagogische Arbeit in bedeutsamer Weise – im Unterricht und in der krankheitsbezogenen Beratung.

4. Die Brückenfunktion der Klinikschule

In Klinikschulen werden schulpflichtige Schüler:innen beschult, die entweder aufgrund von Unfallfolgen oder einer chronischen bzw. akuten Erkrankung in regelmäßigen Abständen oder für einen längeren Behandlungszeitraum zur tages- oder vollstationären Behandlung in ein Krankenhaus kommen. Klinikschulen unterscheiden sich in ihrer Größe, ihren Schwerpunktbildungen und unterliegen unterschiedlichen länderspezifischen rechtlichen und organisatorischen Strukturen. Trotz aller Unterschiede und unterschiedlicher Bezeichnungen (Klinikschule, Heilstättenschule, Spitalsschule etc.) bieten alle Klinikschulen jungen

Menschen, die aus allen Schularten kommen, Unterricht an. Dazu immer auch eine krankheitsbezogene Beratung (Schnabel, 2020). Der Unterricht kann einzeln am Krankenbett erfolgen und/oder in (Klein)Gruppen. Aber auch Hausunterricht ist unter ausgewiesenen Bedingungen möglich. Durch den Einsatz von Avataren (Turner *et al.*, 2023), durch den das erkrankte Kind an seinem Schulplatz vertreten wird, ist auch ein Online Unterricht und eine (digitale) Teilhabe am Unterricht der Heimatschule möglich. Dabei bestimmt die krankheitsbedingte Situation der Schüler:innen deren medizinisch-therapeutische Behandlung und deren Bedürfnisse das schulische Geschehen. Unterschiedliche Bildungsabschlüsse sind möglich und sollen mit jeder erdenklichen Unterstützung auch erreicht werden können, vorausgesetzt die Erkrankung lässt es zu. Zugleich sollen aber auch krankheitsbedingte Nachteile ausgeglichen werden und der Kontakt zur Heimatschule gehalten werden, aus der das erkrankte Kind bzw. der erkrankte Jugendliche an die Klinikschule kommt. Die Klinikschule ist eine Schule auf Zeit, die in besonderer Weise auch gestaltete Übergänge (Elbracht *et al.*, 2025) für die Zeit nach dem Klinikaufenthalt anbahnt und begleitet.

4.1. Klinikschule als Brücke zur Normalität

Krankheit als existenzielle Erschütterung verändert alles – die Beziehung zu mir, zu meinem Körper, zu meinem familiären, sozialen und schulischen Umfeld und zur Welt. *„Nichts ist mehr wie es war. [...] Vielleicht hat sich auch die Einstellung zur Schule verändert. Dazu eine Schüleraussage: Früher dachte ich immer, Krankheit ist gut, dann muss ich nicht in die Schule. Heute sage ich, Schule ist gut und Krankheit ist schlecht“* (Volk-Moser, 1997, S. 70). In der Tübinger Schülerzeitung „Klinikrundscha“ (2025) wird die veränderte Einstellung so beschrieben: *„Krankheit kann einen isolieren und es gibt Momente, da würde man alles dafür geben, dass man wieder inmitten des geliebten Fußballteams auf dem Rasen steht oder einfach eine langweilige Mathestunde neben der Freundin im Klassenzimmer sitzt und mit ihr über die witzige Frisur des Mathelehrers lacht.“*

Das alte vertraute Leben ist abhandengekommen, der Besuch der Schule ist eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Völlig neue Lebensthemen bestimmen den Alltag. Eine Diagnosestellung kann ein Schock sein, vielleicht auch eine Erleichterung, weil nun endlich klar ist, was z.B. die Schmerzen verursacht bzw. gezielte medizinisch-therapeutische

Behandlungen möglich macht. Je nach Diagnosestellung sind es mal Medikamente, die z.B. Übelkeit verursachen, extrem müde machen und allerlei andere Nebenwirkungen mit sich bringen. Manches Mal sind es Operationen, Punktionen und Injektionen, die wehtun. Dazu kommt nicht selten die wiederkehrende Sorge vor Rückfällen, das Warten auf das nächste Blutbild, die Ungewissheit, ob die medizinische Behandlung helfen wird. Körperliche, soziale und seelische Belastungen greifen ineinander und verhindern oftmals, dass junge Menschen das umsetzen können, was sie sich selbst wünschen, weil es die Erkrankung verunmöglicht. Medison schreibt über ihre Zeit der Borderline-Erkrankung und Depression: *„Ich hatte immer das Gefühl, dass ich total gefangen bin in dieser Depression, und dass ich da nicht selbst rauskomme. Ich hatte immer das Gefühl, in den depressiven Gedanken und in den Stimmungsschwankungen gefangen zu sein. Es ist schlimm, das Gefühl zu haben, dass man keine Macht darüber hat, die Gefühle kontrollieren zu können und dem Ganzen ausgesetzt zu sein“* (Gomeringer et al., 2021, S. 58). Das alles führt häufig zu langen Fehlzeiten in der Schule und trägt zusätzlich zum Verlust haltgebender Tagesstrukturen bei.

Mit der Aufnahme in die Klinik und dem Beginn der medizinisch-therapeutischen Behandlung beginnt in aller Regel auch die Beschulung und krankheitsbezogene Beratung durch die Klinikschule. Wichtig zu erwähnen ist: Die Klinikschule ist die schulische Institution in der medizinisch-therapeutischen Institution. Während die Klinik institutionell und strukturell bedingt aus jungen Menschen formal Patient:innen macht, macht die Klinikschule aus jungen Menschen formal Schüler:innen. Diese Zuweisung der Rollen durch die jeweilige Institution ist in ihrer Wirkung nicht zu unterschätzen. Während die Klinik durch ihren Behandlungs- und Heilungsanspruch potenziell die erkrankte Seite der jungen Menschen adressiert, spricht die Klinikschule durch ihren Bildungsauftrag potenziell die gesunde Seite der jungen Menschen an. Sie sieht in ihnen das, was sie auch vor der Erkrankung waren – Schüler:innen. Das wird nicht selten durch kleine Rituale unterstrichen. Der Weg in die Klinikschule an der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird z.B. in Straßenschuhen zurückgelegt. Selbst dann, wenn die Klassenräume im selben Gebäude nur wenige Türen weiter sind. Vertrautes und Wohlbekanntes wird dadurch symbolisiert. Das ist Teil einer „alten Normalität“ in einer Welt, die aus den Fugen geraten zu sein scheint. In der Klinikschule gibt es wieder Lehrer:innen, beliebte und unbeliebte Unterrichtsfächer, andere Mitschüler:innen und die Chance, den Anschluss an Lern- und Ausbildungsinhalte nicht zu

verlieren. Der Stundenplan wird an den Behandlungsplan angepasst, schulische Sorgen und Wünsche werden aufgenommen.

Verstärkt wird diese Brücke in die Normalität durch enorm bedeutsame Verbindungen zur bisherigen (Heimat)Schule, also zu jener Bildungseinrichtung, die das erkrankte Kind bis zur Aufnahme in die Klinik besucht hat. Das ist nur dann möglich, wenn das erkrankte Kind und die Eltern damit einverstanden sind, dass ein Austausch über krankheitsbezogene Daten zwischen der Heimatschule und der Klinikschule stattfindet. Im Idealfall sind die Lehrer:innen der Heimatschule offen für eine schulische Kooperation, die an den Möglichkeiten des erkrankten Lernenden orientiert bleibt, schicken Materialien und bleiben im Kontakt mit dem erkrankten Kind. Enorm wertvoll ist es zudem, wenn ein Kontakt zu den Peers der alten Heimatschulklassen erhalten bleibt, Besuche erfolgen und/oder Briefe und Nachrichten die Freundschaftsbeziehungen überbrücken helfen. Auch der Einsatz von Avataren kann wertvolle Dienste beim Brückenbau in die Normalität leisten (Turner *et al.*, 2024). Die Rückkehr in die Heimatschule, nach der Entlassung des Kindes aus der Klinik, kann durch Schulbesuche in besonderer Weise angebahnt und vorbereitet werden, wie sie von Werner Häcker und Michael Klemm konzeptuell entwickelt und erprobt wurden. Dies ist im Buch „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ (Schroeder *et al.*, 1996) nicht nur eingehend beschrieben, sondern wird durch enorm wertvolle praktische Handreichungen (Checklisten, Musterbriefe, Materialien etc.) ergänzt. Ralf Schnabel hat diesen wegweisenden Brückenbau in die Normalität filmisch dokumentiert. Der Film „Schulbesuche – Brücken ins Leben“ ist online über diesen Link verfügbar: <https://youtu.be/nXOJ2E6BxM8>

Doch der Idealfall entspricht leider nicht immer der schulischen Realität. Fehlendes krankheitsbezogenes Wissen, Ängste und institutionelle Hürden führen immer noch dazu, dass Schulkinder mit chronischen Erkrankungen nicht die Brücken vorfinden, die Übergänge und Transitionsprozesse in die Normalität gelingen lassen. Gerade im Kontext seelischer Erkrankungen ist die Heimatschule oftmals „verbrannte Erde“ und gänzlich neue Schulwege müssen nach der Entlassung aus der Klinik beschritten werden. Eine besondere Sensibilität und Achtsamkeit ist auch deshalb in diesem Feld notwendig, weil seelisch Erkrankte leider immer noch nicht hinreichend gut auf gesellschaftliche Anerkennung und Akzeptanz ihrer Erkrankung vertrauen dürfen, häufig in Scham- und Beschämungskontexte verstrickt werden und Diskriminierung erleben.

Herausforderungen und Bedarfe im Übergang zwischen Klinikschule und Schule, nach einem (teil)stationären Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sind sehr komplex. Es zeigt sich, „dass im Prozess der Wiedereingliederung psychisch erkrankter Schüler:innen die gezielte Kombination aus individualisierter Förderung und Beratung, interprofessioneller Kooperation sowie struktureller Verbindlichkeit erforderlich für das Gelingen sind“ (Elbracht *et al.*, 2025, S. 56).

Normalität als empfundene Vertrautheit mit den Alltäglichkeiten und scheinbaren Selbstverständlichkeiten des Lebens kann also durch Erkrankungen schwer erschüttert werden oder für eine bestimmte Zeit sogar völlig verloren gehen. Die Brücke zur so verstandenen Normalität ist deshalb so bedeutsam, weil sie über die krankheitsbedingten Tiefen führt, die existenzielle Bedrohungen aufreißen. Die Brückenfunktion der Klinikschule in die Normalität kann in ihrer Bedeutung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Sie knüpft als Institution bereits potenziell an die gesunde Seite der chronisch erkrankten Schüler:innen an und bietet zugleich konkrete Hilfen durch professionell begleitete Transitionsprozesse auf dem Weg zurück in das vertraute (Schul-)Leben.

4.2.Klinikschule als Brücke in die Zukunft

Auch in der Ausrichtung auf die (eigene) Zukunft zeigt sich die existenzielle Erschütterung durch Krankheit. Die Gegenwart wird von medizinisch-therapeutischen Behandlungen und krankheitsbedingten Erfordernissen bestimmt. Das, was vor der Erkrankung selbstverständlich war, ist auf einmal nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich. Dazu kommt die Ungewissheit als ständiger Begleiter. Wird die neue Medikation die erhoffte Wirkung haben? Haben bereits geschmiedete Pläne eine Chance auf Realisierung oder bleibt krankheitsbedingt alles nur ein Traum? Erkrankung stellt nicht nur soziale Beziehungen auf herausfordernde Proben, sondern auch Verbindungen in die Zukunft. Nicht selten werden Lebensentwürfe brüchig oder gar zerschlagen. Auch die schulische und berufliche Zukunft steht auf dem Spiel, wenn begleitete Übergänge nicht dafür sorgen, dass neue bzw. gangbare Wege gefunden werden können.

Besonders lebensverkürzende und progrediente Erkrankungen katapultieren schlagartig die lebensbedrohlichen Aspekte des menschlichen Daseins in den Vordergrund des Erlebens und in das

Bewusstsein. Existenziell besonders erschütternd bleibt dabei die Frage: Wird es überhaupt eine Zukunft geben? Bei onkologischen Erkrankungen kann z.B. im Raum stehen: Überlebe ich dieses Rezidiv? Bei seelischen Erkrankungen kann z.B. die Frage aufkommen: Will ich überhaupt noch leben? Die Omnipräsenz der Endlichkeit führt zu tiefgreifenden Ängsten und Nöten. An die Stelle von Zweifel tritt nicht selten Verzweiflung.

Ein Morgen ist für Menschen, die nicht durch Erkrankungen in ihren leiblichen, emotionalen und sozialen Beziehungen zur Welt, zu anderen Menschen und zu sich selbst tiefgreifend erschüttert sind, selbstverständlich. Nicht, ob es ein Morgen gibt, dominiert dann die Gedanken und Empfindungen, sondern wie Wünsche, Träume und Pläne realisiert und mancherorts auch Sorgen und Nöte gelöst werden können. Aber dass es irgendwie weitergeht, wird in aller Regel vorausgesetzt.

Brazelton und Greenspan (2002) verdeutlichen, dass Lern- und Entwicklungsprozesse erst dann gelingen können, wenn fundamentale Grundbedürfnisse hinreichend gut erfüllt sind. Neben dem Bedürfnis nach

- beständigen und liebevollen Beziehungen,
- körperlicher Unversehrtheit, Sicherheit und Regulation,
- Erfahrungen, die auf individuelle Unterschiede zugeschnitten sind,
- entwicklungsgerechten Erfahrungen,
- nach Grenzen und Strukturen,
- stabilen, unterstützenden Gemeinschaften und kultureller Kontinuität

kommt dem Sichern der Zukunft, eine besondere Bedeutung zu. Dabei wird deutlich, dass dies nicht nur als individuelle und gesellschaftliche Aufgabe gesehen werden kann, sondern dass das Sichern der Zukunft als globale Aufgabe zu verstehen ist, weil es angesichts von Krieg und Vertreibung, nuklearen Bedrohungen, ökologischen Krisen etc. zwar auch um die Zukunft einzelner Menschen, aber zugleich auch um den Fortbestand des menschlichen Lebens geht. Dass Zukunft nicht nur eine individuell existenzielle Dimension in sich trägt, sondern auch eine zwischenmenschliche und global existenzielle Dimension, verdichtet das spannungsvolle Verhältnis von Schule und Leben weiter. Soziale Gerechtigkeit und Teilhabemöglichkeiten können nicht mehr nur auf der individuellen Ebene gedacht und ermöglicht werden, sondern haben zugleich auch eine immanent globale Dimension, die diskriminierungskritisch (Leitner & Thümmeler, 2022) angelegt sein muss.

Denn „Gruppen, die um ihr Überleben kämpfen, werden durch sehr konkrete Bedürfnisse geeint und können sich den Luxus, langfristige weltweite Ziele zu verfolgen, nicht leisten. Ausreichende Ernährung, Wohnraum und medizinische Versorgung müssen der gesamten Weltbevölkerung ebenso zugänglich sein, wie dem einzelnen Kind“ (Barzelton & Greenspan, 2002, S. 301).

Erkrankungen können demnach nicht nur durch das schwindende Vertrauen in die eigene erlebbare Zukunft, sondern auch durch das schwindende Vertrauen in die Bewältigbarkeit globaler Herausforderungen, die die Zukunft aller Menschen bedrohen, dynamisiert werden. Ähnlich wie beim Leib, der vor allem dann nicht mehr nur als bloß „natürlich gegeben“ in Erscheinung tritt, wenn sich - z.B. durch Schmerzempfindung - (s)eine direkte Betroffenheit aufdrängt, verhält es sich auch mit der Zukunft. Zukunft (er)scheint dem Menschen als natürlich gegeben, solange sie nicht durch tiefgreifende individuelle krankheitsbedingte oder globale Gefährdungen als existenziell bedroht erfahrbar wird. Das steigert die Bedeutung von Zeit und Zukunft im Erleben von chronisch erkrankten Schüler:innen in besonderer Weise. Wenn Heilungschancen in lebensverkürzenden Krankheitsverläufen nur noch in sehr geringem Maß oder gar nicht mehr gegeben sind, wird nicht nur das Leben, sondern auch Lebenszeit und damit Zukunft limitiert. Eindrücklich ist mir der Geburtstagswunsch eines onkologisch schwer erkrankten Grundschülers in Erinnerung, der sich eine neue Schultasche gewünscht hat, obwohl auch für ihn längst spürbar war, dass er das Ende des laufenden Schuljahres voraussichtlich nicht mehr erleben wird. Ein Sekundarschüler, der wusste, dass er das dritte Tumorezidiv nicht überleben wird, wollte unbedingt noch sein Abitur schaffen. Nur sechs Wochen nach dem Ablegen der erfolgreich bestanden Abiturprüfung ist er in der Klinik verstorben. Auch und gerade, wenn die omnipräsente Endlichkeit Leben und Zukunft unfassbar begrenzt – beides will gestaltet werden, und wenn es noch so kurz ist.

Wenn Zukunft also die Zeit ist, die nach dem Jetzt kommt, dann ist Zukunft immer auch das, was noch möglich ist. Selbst wenn eine (schwere) Erkrankung wieder heilbar wird bzw. ein Weiterleben mit der der Erkrankung gut möglich ist, verändert sich häufig die Bedeutung der Zeit, die (noch) kommen wird, weil Zukunft auch für Entwicklung steht. Gerade das verkörpert die Schule. Schule ist der beste Beweis für erkrankte junge Menschen, dass es (wieder) Zukunft geben kann, weil wir in ihre Zukunft investieren. Die Brückenfunktion der Klinikschule in die Zukunft ist

deshalb so bedeutsam, weil sie Schüler:innen bereits während des Klinikaufenthaltes über die krankheitsbedingten Tiefen führt, die sich durch die existenziellen Bedrohungen aufgetan haben. Wer unterrichtet wird, ist nicht aufgegeben.

Für chronisch erkrankte Schüler:innen bedeutet Schulzeit nicht nur Lebenszeit, sondern zugleich auch Überlebenszeit, weil Krankheit als existenzielle Erschütterung an Themen rührt, die im alltäglichen Leben zwar immanent mitschwingen, aber oft durch Rationalität und praktische Erfordernisse überlagert werden. Was in vielen Bildungseinrichtungen übersehen oder negiert werden kann, drängt sich in der Klinikschule unausweichlich und verdichtet auf: Die Tiefendimension des menschlichen Daseins in Form von existenziellen Themen.

5. Der Unterricht in der Klinikschule als Brücke zur Normalität und in die Zukunft

5.1. Annäherung an die Brückenfunktion des Unterrichts im Krankheitsgeschehen

Doch was bedeutet das für den Unterricht mit erkrankten Schüler:innen? Unterricht ist die planvolle und organisierte Form des Lernens, auch in der Klinikschule. Dabei geht es in besonderer Weise um die Aneignung von und Auseinandersetzung mit der Welt der Dinge und sonstige Phänomene, die uns umgeben (Klafki, 1997). Der Schulstoff repräsentiert und spiegelt diese Weltbezüge. Chronisch erkrankte und verunfallte Kinder lernen nicht anders als alle anderen Kinder auch. Lediglich die Bedeutungsebenen des Lernens unterliegen deutlichen und teils großen Schwankungen. Auf diese Weise rückt vermehrt *„die Beziehung zur Sache und nicht allein die Sache selbst [...] in den pädagogischen Blick. Deshalb ist es wichtig, zwei Bedeutungsebenen zu unterscheiden: Die Sachebene selbst (z.B. nach welchen Gesetzmäßigkeiten funktioniert die Sache, wie ist sie beschaffen und aufgebaut etc.) sowie die subjektive Bedeutung, die von den Lernenden (aber auch von den Lehrenden) oftmals unmerklich (nicht bewusst) in die Sache selbst hineingelegt wird“* (Hoanzl et al. 2009, S. 209).

5.2. Die Brückenfunktion des Klinikschulunterrichts zu existenziellen (Lebens-)Themen

Die subjektive Bedeutungszuschreibung, die direkt an die Auseinandersetzung mit dem Sachthema im Unterricht geknüpft wird, weist überwiegend biographische und lebensgeschichtliche Aspekte auf und thematisiert dadurch auf Nebenwegen genau jene Lebensthemen, die die Lernenden in ihrer jeweiligen Lebenssituation häufig existenziell herausfordern. Das ist auch – aber eben nicht nur – bei chronisch kranken Schüler:innen der Fall. Das nachfolgende Beispiel kann dies veranschaulichen. Eine Lehrerin berichtet vom Englischunterricht mit einem onkologisch erkrankten Jugendlichen in der Klinikschule: *„Zunächst wiederholen wir Formen und Anwendungen der Present Tense – der Gegenwart. Als dieser Tempus abgeschlossen war, fragte ich ihn, was er denn als nächstes lernen wolle, Past Tense oder Future. Er antwortete: ‚Zukunft, denn Zukunft ist kürzer‘“* (Volk-Moser, 1997, S. 73). Die Thematisierung der bedrohten eigenen Zukunft im Kontext von Erkrankung legt auch die Tiefendimension des menschlichen Daseins im Unterrichtsgeschehen offen und kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Erkrankung durch Sinnsuche und subjektive Sinnverleihung stärken.

Zugleich kann der Unterricht an der Klinikschule genau das Gegenteil bedeuten. Er kann zur Ablenkung von Schmerzen und belastenden Gedanken neue Möglichkeitsräume ausloten und eröffnen. *„Für alle Kranken, besonders für Jugendliche, ist es sehr wichtig, dass es Möglichkeiten gibt, zumindest vorübergehend Abstand zu ihrer Krankheit zu gewinnen“* (Niethammer, 2008, S. 24). Erkrankte Kinder und Jugendliche brauchen im Ausgleich zu den krankheitsbedingten Belastungen des Lebens in besonderer Weise Unbeschwertheit, Freude und Könnenserfahrungen.

5.3. Die Brückenfunktion des Klinikschulunterrichts auf drei Lernebenen

In ihrem Beitrag *„Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett“* beschreibt Andrea Volk-Moser (1997) drei Lernebenen im Klinikschulunterricht, die sie in ihrer Publikation *„Schule im Klinikum – pädagogischer Ort im klinischen Feld“* differenziert ausführt: *„Erstens eine altersgemäße, lehrplankonforme Ebene, zweitens eine progressive Lernebene, auf der Inhalte behandelt und besprochen werden, die über dem regulären*

Lernniveau liegen, und schließlich drittens eine regressive Lernebene, bei der Themen behandelt werden, die zum Stoff einer bereits durchlaufenen Klasse gehören“ (Volk-Moser, 2002, 60). Die lehrplankonforme Unterrichtsebene hat die Anschlussfähigkeit der erkrankten Lernenden für die Zeit nach dem Klinikschulaufenthalt im Übergang in eine andere Bildungsinstitution im Blick. Diese kann auch mit der Brückenfunktion der Klinikschule in die Normalität in Verbindung gebracht werden. Als Beispiel für die progressive Lernebene stellt Volk-Moser eine Grundschülerin vor, die an Diabetes erkrankt ist. Um ihre Erkrankung gut verstehen und die Blutzuckerwerte selbstregulierend handhaben zu können, ist es erforderlich, dass sie den Zahlenraum 0,5 bis 200 beherrscht. Altersgemäß und lehrplankonform wäre im Vergleich dazu der Zahlenraum 0 bis 10. Die Brückenfunktion der Klinikschule in die Zukunft zeigt sich auch in diesem Kontext. Krankheitsbedingte Kenntnisse sind hochrelevant, um das eigene (Über)Leben und die eigene Zukunft zu sichern. Die regressive Ebene im Unterrichtsgeschehen hat eine stabilisierende Funktion. Die wiederkehrende Bearbeitung längst zurückliegender, vergangener Bildungsinhalte kann zum Ziel haben, Lücken zu schließen, Sicherheit zu erlangen und dabei „einen neuen ‚Anlauf‘ zu wagen“ (Volk-Moser, 2002, S. 62), der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verknüpft.

5.4. Brücken ins Leben: Leiblicher Ausdruck im Unterrichtsgeschehen

Wenn Schüler:innen im Unterricht gestalterisch tätig werden, können sie sich als selbstwirksame und zugleich handelnde leibliche Wesen erfahren. Zugleich werden im leiblichen Selbstausdruck Weltbezüge neu aktualisiert. Das ist nicht nur für erkrankte Schüler:innen hoch relevant, sondern in besonderer Weise auch für emotional belastete Kinder und Jugendliche in der Schule. Mehr noch: Was für erkrankte und hoch belastete Schüler:innen notwendig ist, tut auch allen anderen gut. Das Unterrichtsprojekt „Kartonwelten“ (Hoanzl, 2017) illustriert, wie das wirkliche Leben kreativ gestalterisch zum Teil des Schullebens werden kann und existenzielle Themen auf unterrichtlichen Nebenwegen sichtbar und bearbeitbar werden.

In der Klinikschule Tübingen wird Leiblichkeit in der schulischen Arbeit mit seelisch kranken Kindern und Jugendlichen bewusst und chancenreich in den Unterricht mit einbezogen. Nach dem Ankommen in der Klasse beginnt der Schultag mit Körperübungen, die nicht nur der Aktivierung der

Schüler:innen dienen. „Das leibliche Spüren ist immer ein Sich-Spüren“ (Böhme, 2003, S. 68) und wird auf diese Weise im Unterricht ritualisiert. Danach stimmen sich die Schüler:innen musikalisch mit Perkussionssessions aufeinander und auf den Schultag ein. Unterschiedliche Rhythmen werden am Klavier begleitet. Im leibhaftigen Musizieren formt sich hörbar eine Gruppe.

Im zurückliegenden Semesterpraktikum hat ein Student seine Begeisterung für das Bouldern in den Unterricht eingebracht und damit nicht nur die Schüler:innen, sondern auch die Lehrenden angesteckt. Bereits auf dem Weg in die Boulderhalle wurden unterschiedlichste Körperängste und Vorfreuden unter den Schüler:innen in einer verdichteten Atmosphäre spürbar. Unterschiedlicher hätten die einzelnen Kinder und Jugendlichen nicht sein und auf das Ganzkörpertraining reagieren können. Da war eine adipöse Schülerin, die kaum Körperspannung aufbauen konnte und trotzdem nicht müde wurde, sich selbst zu heben und schrittweise abzuheben. Der kleinste Schüler in der Gruppe, der im klassischen Unterricht oft nur mühsam hinterherkam, war zugleich der beweglichste und schnellste auf der Kletterwand. Ein anderer Junge, der latent in seiner eigenen Phantasiewelt lebte und nur punktuell den Weg in die Realität und zu anderen Schüler:innen fand, verlautebarte rasch, dass er leider nicht mitklettern kann, weil seine Achillessehne wehtun würde. Als eine Lehrperson ihm signalisierte, dass er ja erst einmal beobachten könne, was die anderen tun und er sich darauf einlassen konnte, auf Bodenmatten herauszufinden, wann die Achillessehne nicht wehtut, entwickelte das Kind sichtlich Freude an der minimalistischen Bewegung. Im Prozess stellte sich heraus, dass der Junge noch nie auf einem Spielplatz war, weder eine Schaukel noch eine Rutsche je kennenlernen konnte und selbsterklommene Höhen auf der Kletterwand schlicht unvorstellbar waren. Geendet hat der Tag für diesen Jungen damit, dass er die leichtesten Einstiege auf der Kletterwand selbstbestimmt erprobt hat und ein unsagbares Strahlen über sein Gesicht ging, als er es schaffte, auf ca. 50 cm Höhe den Hallenboden mit seinem ganzen Leib zu überwinden.

6. Krankheitsbezogene Beratung in der Klinikschule als Brücke zur Normalität und in die Zukunft

6.1. Annäherung

Der größte Eingriff in das pädagogische Handlungsfeld von Klinikpädagog:innen ist seit 2003 die fortschreitende Veränderung der kürzer werdenden Liege- und Behandlungszeiten in der klinischen Versorgung. Mit der Vergütungssystemumstellung von Krankenbehandlungen (DRG / Diagnosis Related Groups) verlagert sich die medizinische Versorgung mehr und mehr in tagesstationäre oder ambulante Einrichtungen. Das hat zur Folge, dass zwischenzeitlich eine hohe Verantwortung für das erkrankte Kind unfassbar schnell direkt an Eltern und auf Heimatschulen übergeht. Klinikschule bietet daher neben dem Unterrichtsangebot auch eine krankheitsbezogene Beratung an, die zunehmend bedeutsamer wird. Ziel dieser Beratungstätigkeit ist es, Familien in äußerst belastenden Situationen passgenau zu beraten, so dass weder Eltern noch Lehrende, die außerhalb der Klinikschule für die erkrankten Schüler:innen verantwortlich sind, mit den komplexen Erfordernissen der Erkrankung allein gelassen werden.

Voraussetzung für eine qualitativ gute krankheitsbezogene Beratung sind, neben dem krankheitsbezogenen Wissen, auch Systemkenntnisse sowie die Kommunikations-, Kooperations- und Teamfähigkeiten der Klinikpädagog:innen. Diese treffen enge Absprachen mit den betroffenen Schüler:innen, deren Eltern, Fachärzt:innen und den psychosozialtherapeutischen Teams.

6.2. Krankheitsbezogene Beratung als Brücke in die Normalität

Am Anfang jeder Beratung steht die Frage: Was braucht der/die erkrankte Schüler:in, um in die schulische Normalität zurückkehren zu können? Wenn Schule der Ort ist, an dem Kinder und Jugendliche für das Leben lernen, dann gilt dies besonders für neu diagnostizierte, erkrankte Schüler:innen. Das Bedürfnis mit allen Einschränkungen wieder ‚ganz normal‘ in die Schule gehen zu können, ist bei Schüler:innen zu Beginn einer Behandlung besonders spürbar, wenn sie sich selbst und ihr familiäres Umfeld in großer Verunsicherung und Sorge erleben. Dann nämlich, wenn die Auswirkungen der Erkrankung in Verbindung mit den

jeweiligen Behandlungspflichten in ihrer ganzen Tragweite für Schule noch gar nicht erfasst werden können.

Zentrale Fragen bei diesen krankheitsbezogenen Beratungsgesprächen zur Rückkehr in die Schule spiegeln das jeweilige Verständnis der Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten, aber auch die Einstellung der erkrankten Schüler:innen und deren Eltern wider. Sie zeigen die sprachlichen Fähigkeiten oder Grenzen der Familien auf, ihre Wünsche und mitunter kulturell religiöse Haltungen zum Umgang mit der Krankheit.

Das Ziel: Die Eigenaktivität der Familien zu stärken, ganz besonders aber die Schüler:innen zu ermutigen. Diese sollen sich in der Anbahnung des Schulbesuchs bereits vorab mögliche Fragen der Mitschüler:innen überlegen um vor der Rückkehr in den Schulalltag dafür Antworten parat zu haben. Im Beratungsgespräch werden dazu Formulierungen entwickelt, was die Schüler:innen sagen könnten, wenn beispielsweise die Diagnose nicht genannt werden soll, aber die Peers darauf drängen und informiert werden wollen.

Ergänzend werden auf Wunsch der Familien schriftliche Informationsschreiben an die Stammschulen vermittelt. Diese beinhalten beispielsweise allgemeine Informationen zur Erkrankung, verweisen auf relevante Homepages und enthalten die Kontaktdaten zu den Ansprechpartner:innen in der Klinik. Viele Familien sind besonders dankbar, wenn die Kliniklehrer:innen das Angebot aussprechen, auch zukünftig Ansprechpersonen für alle krankheitsbezogenen schulischen Fragestellungen zu sein. Die Beratung längerfristig erkrankter Schüler:innen reicht oft von der Diagnostik bis zum Schulabschluss. Die Gesamtverantwortung für die schulische Begleitung von Schüler:innen mit chronischen Krankheitsverläufen bleibt jedoch Aufgabe der Heimatschule.

6.3. Gestaltete Übergänge – Wenn Beratungsbrücken durch Tiefen führen

Besonders bedeutsam ist eine erste Beratung der erkrankten Schüler:innen und deren Familien, wenn Übergänge in bzw. aus Bildungseinrichtungen gestaltet und begleitet werden – z.B. bereits vor der Einschulung, vor dem Wechsel in die weiterführende Schule und vor dem Schulabschluss. Komplexer wird eine krankheitsbezogene Beratung, wenn aufgrund von krankheitsbedingten Verschlechterungen die medizinisch-therapeutischen Behandlungen intensiviert werden müssen und damit weitere Nach- und Nebenwirkungen der notwendigen Therapien zu erwarten sind. Dies führt

nicht selten zu Krisen, weil existenzielle Bedrohungen die Zukunftssorgen beim erkrankten Kind und der Familie dynamisieren und krankheitsbedingte Fehlzeiten die Schullaufbahn gefährden können. Zunehmend zeigt sich, dass zahlreiche Schüler:innen, die aufgrund von Long-Covid bzw. dem chronischen Fatigue-Syndrom etc. nur sehr eingeschränkt am Unterricht teilnehmen können, manchmal sogar jahrelang der Schule fernbleiben müssen. Daraus resultieren Schullaufbahngefährdungen, die zusätzliche Belastungen mit sich bringen.

Zu fragen bleibt:

Woher kommen die Ressourcen, die diese Brücken zur Regelschule ermöglichen?

Wer initialisiert Empfehlungen zu Nachteilsausgleichen, informiert zu Avataren?

Wer spricht mit den Lehrkräften und Klassen über diese existenziell bedeutsamen Themen?

Die Klinikschule hat als neutrale schulische Instanz besondere Möglichkeiten zwischen Familie und Heimatschule zu vermitteln. Sie kann in kurzer Zeit Impulse auf den Weg bringen, ergänzt durch alle erforderlichen ärztlichen Bescheinigungen.

Die Systemkenntnis der Kliniklehrkräfte einerseits und deren Fähigkeit, die Grenzen der länderspezifischen Vorgaben immer wieder neu auszuloten andererseits, eröffnet im kritischen Einzelfall nicht selten überraschende Chancen der schulischen Begleitung. Auf teils ungewöhnlichen Wegen kann sie erkrankte Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, die angestrebte Versetzung oder den erhofften Schulabschluss doch noch zu schaffen.

7. Fazit: Ein abschließender Blick auf die Brückenfunktionen der Klinikschule

7.1. Schule und Leben im Kontext existenzieller Erschütterung

Das spannungsvolle Verhältnis zwischen Schule und Leben in seiner Vielschichtigkeit hat jedes Schulkind in unterschiedlicher Weise und Intensität erfahren. Schulzeit ist Lebenszeit. Schule ist der Ort, an dem wir Erfahrungen machen, die unser gesamtes Leben prägen. Schule nährt die Hoffnung auf ein besseres Leben und will auf das künftige Leben

vorbereiten. Schule läuft aber auch Gefahr, sich vom wirklichen Leben zu entfremden und Hilfen bei der Bewältigung des Lebens zu vernachlässigen. Schule als Lebensraum soll ein Ort sein, an dem das Leben und das Lernen aufeinander bezogen sind und sich gegenseitig bedingen.

Eindrücklich ist, dass Schule generell junge Menschen als potenziell lernbereit und gesund denkt. Dabei werden existenzielle Lebensthemen und die Tiefendimension der menschlichen Existenz latent ausgeblendet, die in besonderer Weise auch mit Erkrankung einhergehen. Anders verhält es sich an Klinikschulen. Hier verdichten sich existenzielle Themen, weil diese mit den krankheitsbedingten Belastungen ihrer Schüler:innen direkt Einzug in das Schulleben halten.

Existenzielle Themen sind genuin menschliche Lebensthemen, die unter die Haut gehen, weil sie die lebensstiftenden, lebenserhaltenden, aber auch lebensbedrohlichen Tiefendimensionen des menschlichen Daseins gefühlsmäßig verkörpern. Diese Sicht auf das menschliche Leben verändert auch den Blick auf Erkrankungen. Konkret bedeutet das: Erkrankungen können uns, wenn sie langandauernd oder unheilbar sind, in unserem Weltbezug und Selbstverhältnis existenziell erschüttern. Das hat auch massive Auswirkungen auf die pädagogische und schulische Arbeit mit erkrankten Schüler:innen an allen Schulen. Denn diese existenziellen Erschütterungen zerschlagen auch entwicklungsförderliche Verbindungen in die Normalität und in die Zukunft und müssen von (Klinik)Schulen überbrückt werden – in Form von Unterricht und krankheitsbezogener Beratung.

7.2. Die Brückenfunktionen der krankheitsbezogenen Klinikschulberatung

Krankheitsbezogene Beratung an Klinikschulen trägt wesentlich zur Stärkung erkrankter junger Menschen bei, wenn sie individualisiert, zeitnah und passgenau in Hinblick auf die krankheitsbedingten Herausforderungen der jeweiligen Schüler:innen erfolgt.

Dank ihrer Nähe zum medizinischen System ergänzt die krankheitsbezogene Beratung der Klinikschule Unterstützungssysteme flexibel und individualisiert bei akuten, chronischen und seltenen Erkrankungen, kann chancenreiche und gangbare Wege im Schulsystem aufzeigen und entsprechende Empfehlungen aussprechen. Die Klinikschule kann ein verlässliches krankheitsbezogenes

Beratungsangebot mit einer fortlaufenden Orientierungsstruktur für erkrankte Schüler:innen und deren Familien bieten, in einem medizinischen System, das sich zukünftig noch weiter spezialisieren und damit noch schwerer zu überblicken sein wird. Die inzwischen kurzen Behandlungszyklen dynamisieren diese Entwicklungen zusätzlich. Dadurch wird viel zu rasch eine hohe Verantwortung auf die Eltern des erkrankten Kindes und die Heimatschule übertragen, die die Behandlungserfordernisse und die existenziellen Themen, die im Behandlungsprozess auftauchen können, ohne professionelle Begleitung – wenn überhaupt, dann nur unter hoher zusätzlicher Belastung – steuern können.

Es wäre ein Verlust für unsere Gesellschaft, wenn die menschlichen und persönlichen Ressourcen der kranken Schüler:innen, ihre Lebenserfahrungen mit Krankheit, die sie in unsere Gesellschaft einbringen können, verloren gingen, weil sie in bedeutsamen Krisen keine Unterstützung erhalten haben. Erkrankte Schüler:innen zu stärken, sie erfahren zu lassen, dass eine Tür aufgeht bzw. dass Menschen hinter ihnen stehen, wenn es ‚not-wendig‘ ist, wird lebensprägend sein. Dazu trägt auch die Beratung im Feld einer Pädagogik bei Krankheit bei.

7.3. Die Brückenfunktionen des Klinikschulunterrichts

Der Unterricht in Klinikschulen hat mehrere Brückenfunktionen (Ertle, 1997). Er spannt Verbindungslinien in die Normalität und in die Zukunft, in dem unterschiedliche Bedeutungs- und Lernebenen berührt und teils sprunghaft gewechselt werden. Dabei stehen existenzielle Themen und lebensgeschichtliche Zusammenhänge wiederkehrend im Zentrum, sei es, um diese in ihrer Tiefendimension direkt oder indirekt zu thematisieren oder um sich davon abzulenken. Die krankheitsbedingten Möglichkeiten und (Grund-)Bedürfnisse der Schüler:innen werden in der Planung und Durchführung von Unterricht sensibel ausgelotet, respektiert und bleiben anleitend. Eine sorgfältige Beobachtung der Vitalparameter und Schüler:inneninteressen ist dabei ebenso wichtig wie der begleitende Blick auf die Anschlussmöglichkeiten in andere Bildungsinstitutionen nach dem Klinikaufenthalt.

Erkrankung als Beeinträchtigung des leiblichen Weltbezuges und Selbstverhältnisses zu verstehen, kann besondere Chancen im Unterricht mit erkrankten Schüler:innen eröffnen, wenn leibliche Erfahrungen in den Unterricht integriert werden können. Das Sich-Spüren-Können, ermöglicht neue Brücken zur Welt der Dinge, zu anderen Menschen und

zu sich selbst. Weitere Brücken zu erkrankten Schüler:innen werden noch zu entdecken und zu bauen sein.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Forum 36. dgvt Verlag. [Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen / Dt. Übersetzung von Alexa Franke und Nicola Schulte]
- Arbeitsgruppe „Pädagogik bei Krankheit“ (2006). Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schule. *Pädagogische Impulse. Zeitschrift des Landesverbandes Baden-Württemberg. vds – Verband Sonderpädagogik Baden-Württemberg. Thema: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche*, 39(2), 9-17.
- Bleher, W. & Hoanzl, M. (2018). Schulische Erziehung – Aspekte, Herausforderungen und Probleme. In Müller, T., Stein, R. (Hrsg.), *Erziehung als Herausforderung. Grundlagen für die Pädagogik bei Verhaltensstörungen*. (S. 82-118). Klinkhardt.
- Böhme, G. (2003). *Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht*. Die graue Edition.
- Brazelton, T. B. & Greenspan, S.I. (2002). *Die Sieben Grundbedürfnisse von Kindern. Was jedes Kind braucht, um gesund aufzuwachsen, gut zu lernen und glücklich zu sein*. Beltz Verlag.
- Cramer, F. (1997). Leben. In Wulff, C. (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie*. (S. 46-54). Beltz Verlag.
- Dewey J. (1994). *Demokratie und Erziehung. Eine Einleitung in die philosophische Pädagogik*. Beltz. [Herausgabe der deutschen Übersetzung von Jürgen Oelkers; englische Originalausgabe 1915]
- Deutsches Kinderhilfswerk und UNICEF (2012). *Schule ist Vollzeitjob*. abgerufen am 30.09.2025
<https://www.unicef.de/informieren/aktuelles/presse/alle-presseartikel/schule-ist-vollzeitjob-fuer-kinder/276448>
- Eisenberger, N.I. (2015). Social pain and the brain: Controversies, questions and where to go from here. *Annual Review of Psychology* 66, S. 601 - 629
- Elbracht, S., Denecke, S., Schroeder, R. & Langnickel, R. (2025). Narratives Review zur schulischen Reintegration nach einem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *ESE*

- Emotionale und Soziale Entwicklung in der Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen*, 7 (7), 38-58.
- Ertle, C. (1997). Die Schule für Kranke – „eine Brücke zum ganz normalen Leben“. In C. Ertle (Hrsg.), *Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen* (S. 11-24). Klinkhardt.
- Fend, H. (1980). *Theorie der Schule*. Urban&Schwarzenberg.
- Ferstl, E. (2024). *Nachdenken macht nachdenklich. Aphorismen*. BoD – Books of Demand.
- Flitner, A. (1992). *Reform der Erziehung. Impulse des 20. Jahrhunderts*. Piper.
- Franke, A. (2017). *Modelle von Gesundheit und Krankheit*. Huber.
- Fuchs, T. (2013). Leib, Geist und Kultur. Die Wahrnehmung des Menschen in Zeiten der Neurobiologie. *Herrenalber Forum* 76.
- Fuchs, T. (2014). Verkörperte Emotionen. Wie Gefühl und Leib zusammenhängen. *Psychologische Medizin*, 25 (1), 13-18. https://www.researchgate.net/publication/264541202_Verkorperte_Emotionen_Wie_Gefuhl_und_Leib_zusammenhangen , abgerufen am 20.08.2025
- Fuchs, T. (2015). Gibt es eine leibliche Persönlichkeitsstruktur? Ein phänomenologisch-psychodynamischer Ansatz. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/zpm/psychatrie/fuchs/Literatur/Leibliche_Persoelenlichkeitsstruktur.pdf , abgerufen am 20.08.2025
- Fuchs, T. (2018). *Leib. Raum. Zeit. Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Klett-Cotta.
- Fuchs, T. (2023). *Psychiatrie als Beziehungsmedizin. Ein ökologisches Paradigma*. Kohlhammer.
- Gehlen, A. (1974). *Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Athenaion Verlag.
- Gomeringer, B., Sängler, J. & Sünkel, U. (Hrsg.) (2009). *Vögel im Kopf. Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher*. Hirzel.
- Hoanzl, M., Baur, W., Bleher, W., Thümmeler, R. & Käßpler, C. (2009). Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen. In G. Opp & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch schulische Sonderpädagogik* (S. 404 - 411). Klinkhardt UTB.
- Hoanzl, M. (2017). Bedrohtes Zuhause und der Verlust von Heimat. Existenzielle (Lebens-)Themen auf Nebenwegen im Unterricht. In W. Bleher & S. Gieselmaier (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche*

- nach der Flucht. Notwendige Bildungs- und Bewältigungsangebote* (S. 40- 64). Beltz Verlag.
- Kerschensteiner, G. (2023). *Begriff der Arbeitsschule*. Culturea éditions.
- Klafki, W. (1997). Unterricht. In C. Wulf (Hrsg.), *Vom Menschen. Handbuch Historische Anthropologie. Kosmologie. Welt und Dinge. Genealogie und Gesellschaft. Körper. Medien und Bildung. Zufall und Geschick. Kultur* (S. 788-797). Beltz.
- Klinik-Rundschau KRS (2025). *Schülerinnenzeitung der Klinikschule Tübingen am Universitätsklinikum Tübingen*. Nr. 103 / Juli Ausgabe im Eigenverlag erschienen.
- Largo, R.H. & Cernin, M. (2009). *Jugendjahre. Kinder durch die Pubertät begleiten*. Piper.
- Largo, R.H. & Beglinger, M. (2009). *Schülerjahre. Wie Kinder besser lernen*. Piper.
- Leitner, S. & Thümmler, R. (Hrsg.) (2022). *Die Macht der Ordnung. Perspektiven auf Veränderung in der Pädagogik*. Beltz Juventa.
- Niethammer, D. (2008). *Das sprachlose Kind. Vom ehrlichen Umgang mit schwer kranken und sterbenden Kindern und Jugendlichen*. Schattauer.
- Opp, G. (2017). Schmerzbasierendes Verhalten – eine paradoxe pädagogische Herausforderung. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 68(1), 22-30.
- Opp, G. & Unger, N. (2006). *Kinder stärken Kinder. Positive Peer Culture in der Praxis*. Edition Köber-Stiftung.
- Schnabel, E. (2020). Eine Brücke ins Leben. *SCHÜLER Wissen für Lehrer*. <http://www.klinikschule-tuebingen.de/eine-bruecke-ins-leben-interview-mit-eva-schnabel.html>
- Petersen, P. (2001). *Der Kleine Jena-Plan einer freien allgemeinen Volksschule*. Beltz Verlag.
- Pfeifer, W. (1993). *Leben. Etymologisches Wörterbuch des Deutschen (1993), digitalisierte und von Wolfgang Pfeifer überarbeitete Version im Digitalen Wörterbuch der deutschen Sprache*, <https://www.dwds.de/wb/etymwb/Leben> , abgerufen am 12.10.2025.
- Ramminger, E. (2005). Schulgeschichte und Schulgeschichten. Zur Bedeutung von Schule für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. In Verein für Psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hrsg.), *Entwicklungslinien Psychoanalytischer Sozialarbeit* (S. 60-83). edition diskord.
- Rosa, H. & Endres, W. (2026). *Resonanzpädagogik. Wenn es im Klassenzimmer Knistert*. Beltz.

- Rumpf, H. (1986). *Die künstliche Schule und das wirkliche Leben*. Ehrenwirth.
- Rutschky, K. (1987). *Deutsche Schul-Chronik. Lernen und Erziehen in vier Jahrhunderten*. Kiepenheuer & Witsch.
- Schröder, J., Hiller-Ketterer, I., Häcker, W., Klemm, M. & Böppele, E. (1996). „*Liebe Klasse, ich habe Krebs!*“ *Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher*. Attempto Verlag.
- Töpfner, G. (2011). *Leben. Historisches Wörterbuch der Biologie*
https://www.zfl-berlin.org/tl_files/zfl/downloads/personen/toepfer/Histor_WoeBuch_Biologie/Band1.pdf ,abgerufen am 12.10.2025
- Turner, A., Zillner, C., Rockenbauer, G., & Pletschko, T. (2024). „Mit meinem Avatar bleibe ich trotz Krankheit Teil der Klasse!“ Einsatz von Telepräsenzrobotern für Schüler:innen mit chronischen Erkrankungen. *Zeitschrift für Inklusion*, 19(3), 67-81. <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/785>
- Volk-Moser, A. (1997). Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett. In C. Ertle (Hrsg.), *Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen* (S. 57-76). Klinkhardt.
- Volk-Moser, A. (2002). *Schule im Klinikum – pädagogischer Ort im medizinischen Feld – eine empirische Untersuchung*. Verlag Dr. Kovac.
- Weiß, H. (2024). „Verletzlich bleiben – auch wenn’s wehtut. *Zeitschrift Menschen*, 19(4), 12-16.

Autor:innen

AOR Mag. Dr. Martina Hoanzl

Fakultät für Teilhabewissenschaften, FSP Emotionale Soziale Entwicklung, PH Ludwigsburg
hoanzl@ph-ludwigsburg.de

Eva Schnabel

Klinikschule Tübingen - Sonderpädagogisches Bildungs- und Beratungszentrum mit dem Förderschwerpunkt Schülerinnen und Schüler in längerer Krankenhausbehandlung am Universitätsklinikum Tübingen
eva.schnabel@med.uni-tuebingen.de

Vorstellung „Vögel im Kopf“ – Geschichten aus dem Leben seelisch erkrankter Jugendlicher: Max Leutner

Zusammenfassung

Bei dieser Veranstaltung lasen drei Autorinnen ihre Geschichte aus dem Buch „Vögel im Kopf“ vor und beantworteten im Anschluss Fragen der Zuhörer:innen. Der Mitherausgeber und ehemalige Schulleiter der Klinikschule Tübingen, Max Leutner, moderierte die Vorträge. Anschließend werden die Entstehungsgeschichte und Intention des Buches dargestellt sowie die vorgelesenen Texte abgedruckt.

Abstract

The event “Vögel im Kopf” (“Birds in the Head”) presented the book of the same name. Three authors read from their contributions and answered questions from the audience. The authentic stories explore life with depression, anorexia and other challenges, while also highlighting moments of hope, friendship and belonging. The aim is to break taboos, raise awareness and change public perception through lived experience. The book was initiated by Schirm e.V., an organisation dedicated to destigmatising mental illness and improving public understanding. The co-editor and former headteacher of the Tübingen hospital school, Max Leutner, moderated the readings. The following section presents the origins and purpose of the book, along with the texts that were read aloud.

Schlagwörter

Psychische Erkrankung – Kinder- und Jugendpsychiatrie – Authentische Berichte – Entstigmatisierung

Keywords

Mental illness – Child and adolescent psychiatry – Personal/real narratives – Destigmatisation

1. Entstehungsgeschichte und Intention

Schirm e.V. ist der Verein zur Förderung der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter am Universitätsklinikum Tübingen. Mit der Organisation von Informationsveranstaltungen und Vorlesungsreihen platziert Schirm e.V. immer wieder das Thema „psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen“ in der Öffentlichkeit. Schirm e.V. möchte damit auf ein besseres Verständnis für die Belange und Bedürfnisse von psychisch

erkrankten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien hinwirken, um so Berührungängste gegenüber psychiatrischer Hilfe und den psychisch Erkrankten selbst abzubauen sowie Tabuisierungen und Stigmatisierungen entgegenzuwirken.

Mit den Überlegungen zur Intensivierung und Erweiterung der Öffentlichkeitsarbeit entstand im „Schirm“ die Idee zum Verfassen einer Broschüre (10/2018). Es sollte etwas entstehen, was mit Vorträgen und Informationen über dieses Thema nicht zu vermitteln ist.

- Etwas, das es derzeit nicht auf dem Markt gibt.
- Kein Fachbuch, sondern ein Lesebuch.
- Betroffene sollten selbst zu Wort kommen: Eltern, Geschwister, das gesamte soziale Umfeld, sowie Lehrer:innen und Betreuer:innen.

Nun ist ein ganzes Buch entstanden – „Vögel im Kopf“ – mit ca. 60 Texten von über 40 Autor:innen. Die Bereitschaft, für dieses Buch einen Text zu schreiben, oder bereits geschriebene Texte zu liefern, war riesig. Es war, als ob viele Autor:innen geradezu darauf gewartet hätten.

In diesen authentischen Lebens-Geschichten kommt zur Sprache, wie das „funktioniert“ bzw. gerade „nicht funktioniert“: das Leben mit einer seelischen Erkrankung; mit einer Depression, mit Angst- und Panikattacken, mit Ess-, Brech-, Magersucht, mit Zwangshandlungen, mit der ganzen verwirrenden Geschlechterproblematik, „männlich, weiblich, divers“.

Die Texte zeigen, dass Kinder- und Jugendpsychiatrie kein Wohlfühlbereich ist. Der Aufenthalt bedeutet harte, verzweifelte Auseinandersetzung mit der Krankheit – gleichzeitig für die jungen Menschen aber auch ein „Aufgenommen-Sein“ mit all ihren innerlich widerstrebenden Gefühlen. Die Betreuer:innen müssen dabei Tränen, Schmerz, Wut und Verzweiflung aushalten können, um mit ihren Patient:innen Wege durch diesen Gefühle-Dschungel zu finden.

Immer wieder kommt in den Geschichten auch die Ambivalenz der Gefühle zum Ausdruck, wenn über „*Das Gefühl von Eingesperrt-Sein. Aber auch Freude, Freundschaft, Verbundenheit und fast sogar Heimat.*“ geschrieben wird.

So verschieden die Autor:innen und ihre Rollen sind, so unterschiedlich fallen auch die Texte aus. Es sind Geschichten von Erlebnissen unter der Perspektive höchstpersönlicher Wahrnehmung.

Dieses Buch eröffnet verschiedenste Gedankenwelten, es lässt in Tiefen blicken und zeigt Höhen auf. Man lernt die Kraft der Zuversicht und die Stärke der Hoffnung kennen.

2. Die Autorinnen in der Ringvorlesung

Drei Autor:innen lasen ihre Geschichten vor und standen anschließend auch für eine Diskussion zur Verfügung. (Der Diskussionsverlauf wird hier nicht wiedergegeben)

All diese ganz speziellen Gefühle

Greta R. wurde ein ganzes Jahr wegen ihrer Anorexie stationär behandelt. Nach der Entlassung ging sie wieder nach Hause, ging zu einer ambulanten Therapie, machte ihr Abitur und studiert mittlerweile Jura. Das Geld, um ihre ausgeprägte Reiselust zu finanzieren, verdient sie sich in einem Lebensmittel-Supermarkt.

Ihre Schwester Kristina R. hat ebenfalls einen Bericht („Magersucht im Kinderzimmer“) verfasst.

Ich brauche nichts und niemanden

Maria W. war zwischen ihrem 13. und 17. Lebensjahr in vielen Kliniken aufgrund von Anorexie, Depression, Zwängen und damit verbundenen selbstzerstörerischen Tendenzen. In der KJP hatte sie ihren längsten Aufenthalt von insgesamt fast zwei Jahren. Nach etlichen Versuchen schaffte sie es, sich zu stabilisieren, das Abitur nachzuholen, zu arbeiten und studiert nun.

Die Angst und ich

Janine B. kam 2008 im Alter von 15 Jahren mit der Diagnose „Agoraphobie“ und „depressive Episode“ in die Kinder – und Jugendpsychiatrie. Sie wurde nach 15 Monaten Aufenthalt in eine betreute Wohngruppe entlassen und war im Anschluss noch lange in ambulanter Therapie. Ihren Realschulabschluss hat sie mit einem Jahr Verzögerung und nach langem Kampf nach ihrer Entlassung geschafft.

Inzwischen hat sie ihre Fachhochschulreife nachgeholt und eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin abgeschlossen. Sie arbeitet in einer Fachklinik, denkt aber über ein Studium und einen beruflichen Richtungswechsel nach.

Die nachfolgenden Texte entstammen dem Buch „Vögel im Kopf“ und sind mit freundlicher Genehmigung des Verlags Hirzel auf den folgenden Seiten abgedruckt.

» Hirzel Verlag, Hölderlinstr. 3a, 70193 Stuttgart

All diese ganz speziellen Gefühle

Ich denke noch oft an meine Zeit in der Osianderstraße. Erstaunlicherweise nicht ausgerechnet dann, wenn es mir gerade schlechter geht, auch wenn das vielleicht naheliegend wäre. Sondern einfach plötzlich zwischendurch, mitten im Alltag. Und dann ist es wieder da, dieses ganz spezielle Gefühl, unverändert wie am ersten Tag: eine Mischung aus allem, was die KJP für mich bedeutete. Verzweiflung, Schmerz, Wut. Das Gefühl von Eingesperrt-Sein. Aber auch Freude, Freundschaft, Verbundenheit und fast sogar Heimat. Meine Beziehung zur (ehemaligen) Station 3 ist kaum mit Worten zu beschreiben. Aber sie wird wohl immer irgendwie bleiben. Die Klinik ist ein Teil von mir geworden, mit mir verwachsen und gleichzeitig nach außen unsichtbar in mir verschlossen. Denn was ich fühle, kann niemand wirklich verstehen. Nicht zuhause, nicht an der Uni, nicht unter meinen Freunden. Ich spreche selten darüber, weil keiner wissen würde, was ich sagen will.

Gelegentlich besuche ich die KJP, oder besser gesagt, meine ehemaligen Bezugspersonen. Denn das, was früher „mein Zuhause“ war, existiert so schon lange nicht mehr. Die Stationen wurden etwa ein halbes Jahr nach meiner Entlassung umgebaut. Die frühere „3“ ist heute Krisenstation. Andere Betreuer, andere Abläufe, anderer Alltag. Manchmal glaube ich, dass mir das gewissermaßen geholfen hat, nicht zurückzukehren hinter die gelben Fenster. Bei jedem Besuch in der Osianderstraße schaue ich wie von selbst hoch, sehe fremde Gesichter hinter den Scheiben stehen und zu mir hinunterblicken, genauso wie ich es unzählige Male getan habe. Und sofort spüre ich erneut, wie unerträglich es war, wenn die Betreuer die Rollläden vor meinem „Gefängnis“ herabgelassen hatten und ich sehe das einsame 15-jährige Mädchen durch die schmalen Ritzen auf den Hof starren, wo Betreuer und Besucher in die hereinbrechende Dunkelheit verschwanden und mich allein zurückließen. Eingesperrt, ohne Chance zur Flucht. Verurteilt zu einer Haft ohne absehbares Ende. Lebenslang.

Lieber magersüchtig als dick.

Karl Lagerfeld

Und trotzdem gelingt es mir nicht, meine Zeit in der Klinik zu verfluchen, wie es andere tun. Jeder geht auf eigene Weise mit seinem Aufenthalt dort um. Die einen meiden alles, was auch nur entfernt an die Osianderstraße erinnert, die dort gefundenen Freunde mit eingeschlossen. Andere lassen kein gutes Haar an den Methoden und der Arbeitsweise der Verantwortlichen. Ich habe mich für einen dritten Weg entschieden. Denn trotz aller schlimmen Momente, die ich ohne Zweifel in der KJP erlebt habe, hat sie mir gleichzeitig auch unglaublich viel gegeben. Und so verrückt es auch klingt - aber andernfalls wäre ein Aufenthalt dort ja auch irgendwie witzlos - habe ich mich auf eine gewisse Art wohlgefühlt. Volleyball und Fußball nach dem Abendessen, Bogenschießen, Trampolin, die Freizeit im Südschwarzwald oder die Wilhelma-Dreamnight haben dazu mit Sicherheit eher beigetragen als der Donnerstagskuchen oder die Freitag-Abend-Peter-und-Marion-sind-da-Pizzaaktionen (ihr entschuldigt bitte). Aber hauptsächlich waren es die Menschen, Betreuer und Mitpatienten, die mir jeden Tag aufs Neue so sehr geholfen haben. Trotz Streit, Tränen und Diskussionen über nicht leergegessene Frischkäsedöschchen oder die erlaubte Menge Löcher in einer Käsescheibe waren sie es, die mich auffingen, wenn es mir schlecht ging, die mit mir lachten, wenn es mir gut ging und die mich ärgerten, egal wie es mir ging. Deshalb will ich meine 51 Wochen in Tübingen nicht aus

meinem Gedächtnis löschen, im Gegenteil! Kurz nach meiner Entlassung dachte ich, dass die Stadt für mich immer wie gebrandmarkt sein würde. Inzwischen studiere ich hier. Ich kenne neue Leute, neue Orte, verbringe fast täglich viele Stunden zwischen Büchern und Studierenden rund um die Wilhelmstraße. Manchmal laufe ich die gleichen Wege wie damals. Aber dann ohne einen Wecker in der Tasche, der mir sagt, dass mir noch 15 Minuten bis zum Ende des Ausgangs bleiben und ich diese Zeit dringend nutzen sollte, um noch bis zur Burg hinauf zu sprinten, denn schließlich ist Donnerstag und natürlich weiß ich genau, dass die Backgruppe für heute Nachmittag eine Donauwelle vorbereitet hat. Wenn ich am Eiscafé vorbeigehe, wende ich nicht den Blick ab von all den glücklichen Menschen, die sich gönnen, was ich mir seit Jahren versage. Auch heute ist es mir noch nicht an jedem Tag möglich, mich in die Schlange zu stellen. Aber wenn ich es tue, dann weil ich es selbst will und mit einem zufriedenen Gesicht, auf das Peter stolz wäre. Es ist längst nicht „alles gut“. Ich frage mich oft, ob es das jemals wird, wenn es mal wieder schlechter läuft mit dem Essen. Aber es gibt auch Fortschritte. Klein und vielleicht nur für mich erkennbar, aber das genügt, solange sie nur da sind. Heute ist so ein Tag. Während ich das hier schreibe, sitze ich auf einer schmalen Mauer am Arno in Florenz, habe gerade ein tolles italienisches Eis gegessen und genieße die untergehende Sonne auf den Häusern am gegenüberliegenden Ufer. Und ich denke daran, dass im Oktober wieder ein Tag der offenen Tür in der KJP stattfindet. Da möchte ich hingehen, um all die Betreuer zu treffen, die ich nicht wie meine Bezugspersonen von Zeit zu Zeit besuche oder die mir wie Sylvia an den unmöglichsten Orten zufällig über den Weg laufen. Auch wenn das seltsame Gefühl mich mit Sicherheit wieder ergreifen wird, sobald das Haus mit den gelben Fenstern in der Ferne auftaucht.

Greta R. wurde ein ganzes Jahr wegen ihrer Anorexie stationär behandelt. Nach der Entlassung ging sie wieder nach Hause, ging zu einer ambulanten Therapie, machte ihr Abitur und studiert mittlerweile Jura. Das Geld, um ihre ausgeprägte Reiselust zu finanzieren, verdient sie sich in einem Lebensmittel-Supermarkt. Ihre Schwester Kristina R. hat ebenfalls einen Bericht („Magersucht im Kinderzimmer“) verfasst.

Ich brauche nichts und niemanden!

Es begann still. Denn ich wurde still. Ablehnung, Mobbing, fehlende Abgrenzung. Für mein Zwölfjähriges Ich war das scheinbar zu viel. Niemand braucht mich. Niemand liebt mich. Niemand! Das war natürlich eine Lüge. Aber sie schien so echt. Sie schien die einzige Wahrheit zu sein. Also versuchte ich den Gegenschlag: Niemand braucht mich? Also brauche ich auch niemanden. NICHTS und niemanden! Will man das Bedürfnis nach Nähe töten, müssen auch andere Bedürfnisse sterben. Also tötete ich sie systematisch ab. Alle. Zumindest war das der Plan, der nicht gänzlich aufging. Hungern und Sport sollten mir beim Töten der Bedürfnisse nach Essen und Ruhe helfen. Es gelang. Ich wurde scheinbar unnahbar. In der ersten Klinik wurde ich vom leitenden „Heilpädagogen“ schnell als arrogant betitelt. Ich sehnte mich noch immer nach Nähe, bestrafte mich durch das Hungern und später auch durch Kotzen direkt dafür. Ich versuchte mich gegen das Nähebedürfnis zu konditionieren. Bald wurde sie zur Lösung all meiner Probleme erkoren, weshalb ich jegliche Therapieversuche ablehnte. Ich suchte und fand Lücken, um die Essstörung am Leben zu halten.

„Magersucht... Sie ist die Lösung aller Probleme! Ich brauch Abstand von meiner Familie? Voilà, Ana trennt uns. Ich will nichts von Jungs wissen? Ana macht mich nicht begehrenswert. Ich will mich abgrenzen? Ana macht's! Ich brauch einen Inhalt? Ana bestimmt mein Denken und Tun. Ich brauch Freunde, die mich verstehen? Ne, hab ja Ana und die VERSTEHT mich! Alles – perfekt! Warum also loslassen?“ (Zitat: Tagebuch 10.07.2013) Als sich dann herausstellte, dass Psychosomatik nicht das richtige System für mich bildete, wurde ich in eine geschlossene Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen. Das engmaschige und auf schnelle Gewichtszunahme ausgelegte Betreuungssystem weckte in mir eine in dieser Form neue Renitenz. Ich wehrte mich... Vergeblich. Ich fühlte mich unwohl, unverstanden, fett und war mit jeder Mahlzeit überfordert.

„Nach dem Abendessen lag ich wieder heulend im Bett. Erstens: Ich bin FETT! Zweitens: Ich hab NIEMANDEN! Drittens: Ich kann reden, bekomme aber trotzdem NICHTS los! Viertens: Ich will Ana wieder haben, bei ihr hatte ich immer jemanden. Ich war einfach nicht allein. Und jetzt...?! Fünftens: Ich bin komplett AUSGELIEFERT! Mir selbst und der beschissenen Welt mit ihren Menschen, die ich momentan alle verabscheue, weil ich nichts und niemanden habe, der mir helfen könnte. Und sechstens: Ich bin fetter. Immer fetter. Minütlich fetter!“ (Zitat: Tagebuch 29.06.2013)

Ich fühlte mich einsam, von der Welt abgelehnt, in die Klapse abgeschoben und an die gegebenen Bedingungen mit all ihren Mahlzeiten ausgeliefert. Je länger diese Qual ging, desto eher sehnte ich mich nach Ruhe und der Möglichkeit Abzunehmen. Zurück zu den alten Gewohnheiten zu können und mich darin zurückzuziehen. Natürlich konnte ich das Bedürfnis nach Nähe nie abtöten. Ich versuchte nur, nicht mehr davon abhängig zu sein. Nähe als Grundbedürfnis? Soziale Kontakte? Natürlich war es da. Aber ich lehnte es ab. Jegliche Abhängigkeit lehnte ich ab. Und je mehr ich fressen musste, desto mehr sehnte ich mich nach der alten Bedürfnisverweigerung.

„N. meinte am Freitag, als wir spazieren waren ja auch, es gäbe bei mir zwei gegensätzliche Seiten. Die eine Anorektische sagt, ich brauche nichts und niemanden. Die andere Seite sucht aber nach Beziehungen. Aber jetzt suche ich das nicht mehr! JETZT will ich meine Ruhe haben, entlassen werden und abnehmen. Das will ich. Jetzt!“ (Zitat: Tagebuch 07.07.2013)

Jegliche Versuche mich zurück ins Leben zu holen, scheiterten an meiner mangelnden Bereitschaft meine „einzige Freundin“ loszulassen. Ich hatte mich selbst so sehr davon überzeugt, dass niemand mich mag und es sowieso allen egal ist, wenn ich sterbe, dass ich jegliche Formen von Sorge um mein Wohlergehen ablehnte. Und schließlich wollte ich nicht mehr zurück zu meiner Familie. Ich hasste die Sorge um mich, die Fürsorge, der Beweis, dass ich geliebt werde. Meine Familie war das Einzige, was zwischen mir und dem sicheren Hungertod stand. Ich wollte nicht sehen, dass jemand um mich weint. Ich wurde wütend, weil meine Familie mich in die Klappe gesteckt hat. Weil die Klappe gegen Ana arbeitet. Ich wurde wütend, weil ich nicht die Macht über mein Leben hatte. Irgendwann war dann klar, dass es so nicht weiter gehen konnte, dass ich abnahm und kotzte, sobald ich nach Hause kam. Es wurde nach einem alternativen Weg gesucht...

„Ich soll in eine Wohngruppe. Mama war da und hat wieder angefangen zu weinen. Ich HASSE es, wenn sie weint! Ich VERABSCHUE es! Dann sagt sie nichts mehr Ich fühle mich schuldig, weiß nicht, was ich sagen soll und würde sie am liebsten schütteln und schreien: „Heul nicht rum wegen mir! Du hast noch vier andere Kinder, die dich dringender brauchen. Ich tu dir mit der Wohngruppe einen Gefallen! Sieh es mal so, es ist eine ENTLASTUNG. Und bitte, hör auf vor mir schwach zu werden! Ich versuche es dir gegenüber doch auch! Ich will DICH nicht belasten und glaub mir, ich könnte es noch viel stärker! Aber DU belastest MICH! Bitte Mama, bitte, hör auf!!!“ (Zitat Tagebuch 07.07.2013)

Es war irgendwie immer klarer für mich, dass es keinen Ort und keinen Menschen gab, der mich tragen konnte oder wollte. Ich war mit meiner Verweigerung zu schwer geworden. Das Psychiatriesystem arbeitet mit professioneller Distanz, was nachvollziehbar ist, aber für jemanden, der in seiner frühen Jugend über einen sehr langen Zeitraum eingesperrt ist, auch schwer zu ertragen. Hätte ich das Bedürfnis nach Nähe zugelassen und geäußert, wäre es mir auch verweigert worden. Wie sollte ich denn wissen, was normale Bedürfnisse sind? Wie sollte ich denn wissen, wie es ist von jemand anderem umarmt zu werden, als von Ana. Letztlich nahm ich Umarmungen nicht mehr als solche wahr. Sie hatten immer einen Hintergrund. Die Menschen, so dachte ich, umarmen mich nur, um meinen Körper zu überprüfen. Um zu schauen, ob ich zu oder abgenommen habe. Es gab niemanden, so dachte ich, den ich kenne, der mir eine wahrhaftige und ehrliche Umarmung schenken konnte. Niemanden... außer Ana.

„Als ich geweint hab, da hab ich mich so nach einer Umarmung gesehnt. Aber ich wusste nicht von wem. Ich konnte es mir von keinem Menschen, den ich kenne, vorstellen! Irgendwie umarmen mich die Menschen nicht alleine. Also sie umarmen nicht nur Maria. Nein, wenn sie mich umarmen, spüren sie meine Figur. Und bewerten sie. Immer! Sie umarmen Maria UND Ana! Es gibt nur eine Person, die das nicht tut. Und das ist Ana selbst. Ich fange dann an meine Knochen zu fühlen. Mich nach ihr zu sehnen, ihrem Schutz. Obwohl es absurd ist, von jemandem umarmt zu werden, der so gar nicht existiert.“ (12.08.2013)

Bedürfnisse, Grundbedürfnisse, all das, was ich mir verweigert habe, all das sind eigentlich keine Bedürfnisse. Es ist ein Bedarf. Es ist notwendig. Überlebensnotwendig. Zuerst die Nahrungsaufnahme. Auch das soziale Umfeld, Nähe, Anerkennung,... ein Mensch geht kaputt, macht sich kaputt, wenn es ihm verweigert wird. Ich realisierte all das, als ich mich in einem Moment, der über Leben und Tod entscheidet, für das Leben entschieden habe. Ich entschied mich für die Anerkennung von Bedürfnissen und damit für das Leben. Und dennoch, bis heute, reagiere ich auf Ablehnung mit alten Mustern. Ich habe gelernt. Und soll

verlernen, was ich mir über Jahre hinweg durch systematische Konditionierung antrainiert hatte. Was mir bleibt, sind die guten Momente, die die schlechten ausgleichen. Was mir bleibt, ist das mittlerweile größere soziale System, das Ablehnungen auffangen kann. Was mir bleibt bin ich. Und meine Erfahrungen, die ich so nicht wiederholen möchte.

Maria W. war zwischen ihrem 13. und 17. Lebensjahr in vielen Kliniken aufgrund von Anorexie, Depression, Zwängen und damit verbundenen selbstzerstörerischen Tendenzen. In der KJP hatte sie ihren längsten Aufenthalt von insgesamt fast zwei Jahren. Nach etlichen Versuchen schaffte sie es, sich zu stabilisieren, das Abitur nachzuholen, zu arbeiten und studiert nun.

Die Angst und ich

Meine Angst trennt(e) mich vom Leben. Hielt mich von mir fern.

Wie alles begann, kann ich bis heute nicht sagen.

Ich bin nicht dazu imstande, hervorzuholen, was mein Verstand vor mir verbirgt; jedoch habe ich gelernt, mit den Schatten, die meine Vergangenheit nach wie vor auf meine Angst legt und mit der Unwissenheit zu leben.

Das Ergebnis ist die Angst. Mit dieser Angst umzugehen das Ziel.

Woher sie kommt – nicht (mehr) wichtig zu wissen.

Inzwischen bin ich 26 Jahre alt. Seit dem Einsetzen meiner Erinnerungen werde ich von Panikattacken begleitet. Es gibt kein Ich ohne sie.

Als Kind konnte ich diese allerdings noch nicht als solche benennen.

Da war nur Gefühl, bedrohlich und angsteinflößend.

Die Angst vor der Angst und dadurch die Angst selbst wuchs mit den Jahren; ebenso die Wut, der Selbsthass, die Skepsis meiner Umwelt mir gegenüber und letztendlich meine Hoffnungslosigkeit.

Eine Panikattacke zu beschreiben, so dass sie von Außenstehenden nachvollzogen werden kann, fällt mir nach wie vor nicht leicht, zumal sich die Panik in stetigem Wandel befindet. Aber ich werde es versuchen. Euch zuliebe.

Es beginnt mit dem Gefühl der Enge. Das Herz beginnt laut zu klopfen, als wolle es meinen Brustkorb verlassen, sich von meinem Rippenkäfig lösen.

In meinem Kopf entsteht Nebel. In meinem Bauch ein Gefühl der Leere.

Mein Körper sendet kalte Schweißperlen nach außen, mein Kiefer verkrampft, als versuche er die Angst zu zermahlen.

Mir wird übel. Kotzübel. Ich muss weg von hier. Einfach raus, an die frische Luft, raus aus meinem Körper, raus aus dieser Welt, raus aus dieser Enge.

Flucht.

Dann Stille.

Auf die Angst folgt oft ein Gefühl der Leere. Der Enttäuschung, mir selbst wieder erlegen zu sein.

Manchmal, ganz selten, erwächst aus diesen Gefühlen heraus aber auch eine Art von Stolz.

Stolz darauf, nicht gegangen zu sein, ausgeharrt zu haben in der Situation, ausgeharrt zu haben in meiner Angst. Die Angst nicht siegen zu lassen, abzuwarten, trotzdem (nicht) weg zu gehen.

Lernen, mit ihr zu leben.

Es gab unzählige Situationen, die mir und meiner Familie bewusst machten, dass dringend Hilfe notwendig war. Es so nicht mehr weitergehen konnte und durfte.

Fangen wir bei der Schule an.

Die Schule war für mich schon immer ein Ort der Selbstaufgabe.

Ich gab mich selbst am Schultor ab und an meine Stelle traten Unsicherheit, Selbstzweifel und Selbsthass.

Geschürt durch das Unverständnis meiner Mitschüler und dem daraus resultierenden Mobbing wuchs die Panik ins Unermessliche.

Die Schule war ein Ort der Angst für mich. Einen, den es zu meiden galt.

Schon während meiner Zeit im Kindergarten floh ich aus der Obhut der Erzieher. Flüchtete mich in den Garten meiner Oma, auf den Spielplatz hinter unserem Haus oder irrte ziellos durch die Straßen. Immer begleitet von einem meiner einzigen Freunde – meiner Kuscheltiere. Natürlich nicht wegzudenken auch die obligatorische Kotztüte – nur für den Fall, dass.

Ständige Schulwechsel, ich war ja schließlich nicht mehr tragbar, machten es leider nicht einfacher für mich und so etwas wie dauerhafte Freundschaften konnte ich nach einer Weile nicht mehr aufrechterhalten. Freundschaften waren für mich lange ein schwieriges Thema, denn oft kamen mir Neid, Eifersucht und das Gefühl, nicht wertgeschätzt zu werden, in die Quere und ich stand mir selbst im Weg.

In meinen Weg drängten sich zudem immer mehr Therapeuten, Psychiater und Klinikaufenthalte, die versuchten, mich im (Schul-)System zu behalten, jedoch alle früher oder später an meiner Angst scheiterten. Ich war nicht systemkonform.

Medikamente wurden von mir abgelehnt, der Besuch beim Therapeuten wurde zur Mutprobe für mich und aus der Klinik wurde ich, damals als Kind, unter Wein- und Schreikrämpfen gerne als hoffnungslos entlassen.

Auch das Jugendamt, das mir unterstellte, eine Schulschwänzerin zu sein, mir meine Angst absprach und meinen Eltern schließlich mit dem Entzug des Sorgerechts drohte, erleichterte es mir nicht gerade, meinen Weg gehen zu dürfen.

Schlussendlich war es aber genau das, was ich brauchte, um endlich geheilt zu werden.

Der Druck von außen, der mich letztendlich dazu zwang, mir einen Therapieplatz in Tübingen zu suchen, der mir wahrscheinlich das Leben, das inzwischen auch geprägt von Depressionen und Suizidgedanken nicht mehr lebenswert für mich war, rettete.

Zwei Tage vor Therapiebeginn, an einem Sonntag, sollte ich konfirmiert werden. Der Tag der Konfirmation war für mich gleichzeitig der Tag, an dem mir klar wurde, wie dringend ich Hilfe nötig hatte.

Alles war vorbereitet, die Gäste warteten im Wohnzimmer, ich war angezogen, geschminkt und abfahrbereit – zumindest in der Theorie.

Die Praxis sah leider anders aus.

Die Nervosität trieb mich ins Badezimmer – und im Badezimmer blieb ich.

Meine innere Blockade, die mir inzwischen wohl bekannt war, denn sie überfiel mich jedes Mal vor dem Schulbesuch oder wenn Ausflüge anstanden, hielt mich zurück und überwältigte mich.

Das mit der inneren Blockade war so eine Sache. Aus Angst davor, am nächsten Morgen zur Schule gehen zu müssen, versuchte ich, den Schlaf so gut und so lange es ging hinaus zu zögern. Denn im Wachzustand verging die Zeit langsamer und so hatte ich mehr Zeit dazu, mich zu überreden, vielleicht doch zur Schule zu gehen. So lag ich nächtelang, nach Gründen suchend, im Bett. Leider übermannte mich nach ein paar Stunden der Schlaf, Gründe

allerdings blieben mir fern und, wenn ich welche gefunden hatte, waren am nächsten Morgen wie weggeblasen. Ich war blockiert – Tag für Tag und Morgen für Morgen.

Ich schloss mich also im Badezimmer ein. Die Gäste warteten vor der Badezimmertüre und versuchten mich dazu zu überreden, raus zu kommen – Einer nach dem Anderen.

Das Badezimmer im oberen Stockwerk war mein Refugium. Aus Angst vor Papas Jähzorn war das der einzig sichere Ort für mich, da nur er abschließbar mit einem Schlüssel. Hier bunkerte ich sogar Lebensmittel und Wasser.

Nachdem ich, wie zu erwarten war, das Badezimmer nach wie vor noch nicht verlassen hatte, wurde es für die Gäste, meine zwei Jahre jüngere Cousine und meinen Bruder, die beide mit mir konfirmiert werden sollten, Zeit, zur Kirche zu gehen.

Zum Glück war der Pfarrer am Ende so kulant, mich im Anschluss an die offizielle Zeremonie, nachdem ich das Badezimmer verlassen hatte, nur im Rahmen meiner Familie zu konfirmieren.

So wie die Badezimmertüre mich von meinen Eltern, den Gästen und meinem Bruder trennte, so trennte mich meine Angst von der Welt.

Vor lauter Angst verlernte ich zu leben, zu genießen und mich in mir selbst wohl zu fühlen. Eigentlich fühlte ich mich nirgendwo auf dieser Welt mehr wohl.

Nach meinem letzten fatalen Auftritt, bei dem ich wieder einmal vor meiner Panik kapitulierte, wurde es Zeit für mich, die Reise nach Tübingen anzutreten.

Lange Autofahrten – für mich, natürlich, eine Qual.

Der Engelbergstunnel, durch den ich in meinem Leben noch lange und oft fahren würde, gibt mir jedes Mal, wenn ich ihn durchquere, Hoffnung.

Beim Rastplatz vor dem Tunnel musste meine Mutter auf dem Weg zur Klinik anhalten – Panik. Er symbolisiert für mich die Grenze zwischen meinem neuen und meinem alten Leben. Die Angst, die ich auf dem Rastplatz, damals, vor inzwischen zehn Jahren, zurückließ.

In der Klinik angekommen, flüchtete ich mich während des Erstgesprächs auf die Toilette.

Mein Magen rebellierte, die Fragen, die gestellt wurden, drängten mich in die Enge und waren mir unangenehm. Es wurde in meinem Leben und meiner Kindheit herumgestochert, ganz anders als in der, auf Verhaltenspsychologie ausgerichteten, Klinik, in der ich zuvor drei erfolglose Aufenthalte hinter mir hatte.

Der Alltag auf Station war anfangs sehr schwierig für mich. Zu Beginn hatte ich ein Einzelzimmer mit Blick auf den Garten, durfte im Zimmer essen und war für mich alleine – mein Paradies.

Doch nach und nach wurden mir diese Privilegien entzogen und ich musste mich dem Stationsalltag stellen. In dieser Zeit schrieb ich viele Briefe, klammerte mich an meinen Ex-Freund, den ich weder sehen noch hören konnte, da ich kein Handy zur Verfügung hatte, da Handys nicht erlaubt waren.

Vor allem das gemeinschaftliche Essen war sehr schwierig für mich. Sowohl durch die Tatsache, dass ich Essen automatisch mit Erbrechen assoziierte, als auch durch die Anwesenheit der anderen Patienten. Mich in eine bestehende Gruppe einzugliedern fiel mir schon immer sehr schwer, inzwischen wird es besser und ich mutiger, aber damals war es für

mich eine Qual. Ständige Konfrontation mit meinen Minderwertigkeitskomplexen, meinem Neid, meiner Eifersucht und dem Gefühl, einsam zu sein, umgeben von Menschen. Ich war mir selbst nicht gut genug und reflektierte das auch nach außen. Ständig getrieben von Selbstzweifeln und Selbsthass war ich ein schwieriger Umgang für mich und für andere. Unzählige Therapiegespräche, die dreimal die Woche stattfanden, mit drei verschiedenen Therapeuten/Betreuern, das Schreiben, die Spaziergänge in der Natur, das alles half mir sehr. Mir wurden laufend Aufgaben gestellt, die mich mit meiner Angst konfrontieren sollten. Die erste alleinige Busfahrt - Bus fahren fällt mir, seitdem ich im Besitz eines Führerscheins und Autos bin, wieder unheimlich schwer, ich habe es wohl wieder verlernt - führte mich gleich in die Irre, ich landete irgendwo und wusste nicht wo.

Ich musste alleine zum Metzger, zum Bäcker, in die Stadt und zum Einkaufen. Für einen normalen Menschen liest sich das ganz alltäglich, aber mich kostete jedes dieser Ziele unheimlich viel Kraft und Überwindung.

Der große Endboss war jedoch der Schulbesuch.

Der alleinige Gedanke daran löste in mir Übelkeit aus.

Ich begann mit dem Besuch der Klinikschule, zwei Stockwerke über der Station, und endete in einer Realschule in Tübingen, die ich beenden konnte, aus eigener Kraft heraus. Etwas, das meine Eltern, und auch teilweise ich, schon aufgegeben hatten. Für mich ein Riesenerfolg. An dieser Stelle will ich jedem der Betreuer, Therapeuten und Mitpatienten danken, die mich ertragen und getragen, mich beflügelt, mir den letzten Nerv geraubt und mich letztendlich mir selbst nähergebracht haben.

Die Klinik war jedoch nur der erste Schritt, nun musste ich alleine weiterwachsen. Und wie jeder weiß, kann wachsen sehr weh tun.

Ich gedieh nur schrittweise, in meinem Tempo, zuerst in einer betreuten Jugendwohngruppe, dann in einer Studenten - WG, allerdings mit ambulantem Betreuer, und anschließend beim Zusammenleben mit meinem damaligen Freund.

Alleine zu wohnen fiel mir schwer und ich brauchte immer jemanden um mich, der mich von mir ablenkte, mir Halt gab und mich auch manchmal maßregelte. Die erste richtig eigene Wohnung hatte ich dann erst im Alter von 22, als meine damalige Beziehung zu Ende ging.

Ich war auf einer langen Reise, hin zu mehr Orientierung, zu mehr innerer Stärke und zu mehr Selbstbewusstsein. Diese Reise ist nach wie vor noch nicht beendet und wird wahrscheinlich mein ganzes Leben lang andauern - und das ist auch gut so, denn nur so lernen wir uns selbst immer wieder neu kennen und schätzen.

Meine Reise begann mit meiner Angst, legte einen Zwischenstopp ein in Drogen, Alkohol und dem Verlangen danach, das, was ich für Freiheit hielt, auszuleben. Sie hielt inne in der Zeit meiner Ausbildung zur Krankenpflegerin und mündet schließlich hinein ins Jetzt.

Ich könnte ewig weiterschreiben, euch hunderttausend Geschichten erzählen, euch zum Lachen und Weinen bringen, aber hier hört sie - für euch - auf, meine Geschichte.

Janine B. kam 2008 im Alter von 15 Jahren mit der Diagnose „Agoraphobie“ und „depressive Episode“ in die Kinder - und Jugendpsychiatrie. Sie wurde nach 15 Monaten Aufenthalt im in eine betreute Wohngruppe entlassen und war im Anschluss noch lange in ambulanter Therapie. Ihren Realschulabschluss hat sie mit einem Jahr Verzögerung und nach langem Kampf nach ihrer Entlassung geschafft.

Inzwischen hat sie ihre Fachhochschulreife nachgeholt und eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin abgeschlossen. Sie arbeitet in einer Fachklinik, denkt aber über ein Studium und einen beruflichen Richtungswechsel nach.

Autor

SR i. R. Max Leutner
Ehem. Klinikschulleiter Tübingen
max.leutner@web.de

•