

Vortrag SchuPs Berlin 2010, mdl. Endfassung
Wolfgang Oelsner ist Rektor der Johann-Christoph-Winters-Schule
– Schule für Kranke der Stadt Köln

„Doppelspur, Einbahnstraße oder Sackgasse?“

Wege und Dynamik der Zusammenarbeit zwischen Regelschule und Klinikschule

Meine Damen und Herren, Kolleginnen und Kollegen,
wenn Sie einen Kölner als Referenten einladen, müssen Sie damit rechnen, dass er seinen Vortrag mit einem Witz beginnt. Hier also mein in Bezug auf das Thema aktueller Lieblingswitz:

*Tünnes und Schäl sitzen am Neumarkt auf einer Bank. Ein elegant gekleideter Herr spricht sie an:
„Verzeihen sie bitte, meine Herren, aber wären Sie bitte so freundlich, mir zu sagen, wie ich zum
Bahnhof gelange?“*

Tünnes guckt Schäl an, Schäl d´r Tünnes – beide bleiben stumm.

*Nun, denkt der Herr, vielleicht sind es internationale Gäste, und er versucht es auf Englisch: „Please,
gentlemen, would you please so kind and tell me how to go to the station?“*

Wiederum erhält er keine Antwort.

„Messieurs, s´il vous plait.... » - keine Reaktion.

*Der feine Herr bemüht noch vier, fünf weitere europäische Hochsprachen, erhält aber nie eine
Antwort und zieht schließlich resigniert davon.*

*Schäl zu Tünnes: „Jung Tünn, dä wor ävver schlau! Dä kunnt viele Fremdsprachen.“ „Jo, Schäl – un
wat hat et ihm jenützt?“*

Kopfsprache vs. Bauchsprache

Ersetzen wir die „Fremdsprachen“ aus dem Witz durch „Konzepte“, „Strukturen“, „Qualitätsmodule“, dann bin ich schnell bei meinem Thema. Am Eröffnungstag haben wir von sehr überzeugenden Modellen zur Rückführung ehemaliger KJP-Patienten in ihre Heimatschulen gehört. In den letzten Jahren finden sie auch zunehmend in Fachpublikationen ihren Niederschlag, etwa die Arbeit des Essener Kollegen Alexander Wertgen in der Zeitschrift für Heilpädagogik, Heft 8, 2009 „Auf den Übergang kommt es an!“ Gestern stellte Frau Prof. Katrin Schleider die ersten empirischen Befunde aus Hessen und Baden-Württemberg dar. Das, was bisher nur situativen oder personellen Sonderfällen zuzuschreiben war, wir nun mehr und mehr erforscht. Aus lokalen Erfahrungen werden überregionale Modelle abgeleitet, implementiert und evaluiert. Die fünf hoch spannenden prämierten Modelle aus Berlin und Brandenburg, die gestern Nachmittag hier vorgestellt wurden, hätten höheren Zuspruch aus unserem Kreis verdient.

Es ist dem Initiativkreis um Frau Prof. Flitner mit zu danken, wenn aus der gastgebenden Region solch ermutigende Signale kommen. Flächendeckend, gar bundesweit wird die sich allerdings nicht aufzeigen lassen können, wenn wir an Frau Schleiders Ergebnisse aus Hessen und Baden Württemberg denken, wonach kaum Probeunterricht vor der Rückführung stattfindet und „die häufigste Form der Kooperation der Schulen für Kranke mit der zukünftigen Stammschule während der Vorbereitung der telefonische Kontakt (87% bzw. 86%) bleibt.“

Dennoch ist Empirie notwendig, um Ressourcen bei unseren Behörden einzufordern. Doch wir dürfen uns nicht vormachen, im Postulieren von Stundenkontingenten und Stellenzuweisungen den Kern der Reintegrationsproblematik gelöst zu haben. Mit manpower und Zeitdeputaten bestens ausgerüstet könnten uns dennoch das Schicksal des eloquenten feinen Herrn aus dem Witz ereilen, dessen perfekte Grammatikkenntnisse ihn bei zwei rheinischen Originalen abblitzen ließen.

Der sprachgewandte Herr scheiterte ja nicht an seiner mangelnden Sprachkompetenz, auch nicht an der seiner „Gesprächspartner“. Er scheiterte an deren Unwilligkeit. Und die konnte sich breit machen, weil er nicht erfasst hatte, wen er vor sich hatte. **Den Code** zu deren wirkungsvollen Ansprache hatte er nicht in seinem Fremdsprachenrepertoire.

Es wäre die Sprache des Bauches gewesen. Die lehrt man nicht an Hochschulen. Auch nicht deren vornehme Umschreibung: Einfühlung, Empathie. Die hätten ihm helfen können, zu verstehen, wie die beiden drauf sind, in welchem Umfeld sie sind, mit welchen Schlüsselbegriffen, welchen Codes sie zu erreichen sind. Es geht darum, die Lebenswirklichkeit des Gegenübers zu erfassen, seine Empfangsbereitschaft, seine Belastbarkeit, zu spüren was ihn anspricht, ihn motiviert, ihn bekümmert oder hoffen lässt. Natürlich geht es uns um die beste Unterstützung für unsere Kinder. Doch die, die das machen sollen, sind ja keine seelischen Neutren.

Was wissen wir in den Klinikschulen über die Stammschulen, die nicht zu den modellhaften gehören? Wo verstehen wir uns? Wo sprechen wir eine andere Sprache? Um im Beispiel des Witzes zu bleiben: Von welcher „Willensgrammatik“ unserer Kollegen in den Stammschulen müssen wir ausgehen, wenn wir uns – und damit unsere Schüler - verständlich machen wollen?

Die Stammschule

Bei aller Verschiedenheit der Herkunftsschulen unserer Patienten lässt sich folgende Gemeinsamkeit feststellen: Alle verzeichnen einen hohen Zuwachs von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten. Der Text der Robert Bosch Stiftung im „Netzwerk Schule und Krankheit“, der uns gestern zu den Tagungsunterlagen gereicht wurde beginnt mit der Feststellung: „Etwa 15% aller Schülerinnen und Schüler in Deutschland leben mit chronischen somatischen oder psychischen Krankheiten. Die Mehrzahl chronisch kranker Kinder und Jugendlicher besuchen allgemeine Schulen. Im Durchschnitt befinden sich heute in jeder Schule in D zwischen dreißig und vierzig chronisch kranke Schüler, in jeder Schulklasse ein oder zwei.“ (Eine Entwicklung, die sich übrigens mit Zahlen aus der Arbeitswelt der Erwachsenen deckt.)

Gleichzeitig melden die Landesjugendämter Höchstzahlen und jährliche Steigerungsraten von derzeit 6% bei der staatlichen Unterschützstellung von Kindern und Jugendlichen. (KSt-A, Meldung vom 28.7.2010)

Längst nicht alle von diesen sind in einer KJP oder als chronisch Kranke in anderen Kliniken. Allein unsere Patientenschüler saßen am Tag vor der Klinikeinweisung ja zumeist noch in ihren Heimatklassen. Wer will da glauben, dass Allgemeine Schulen gerade noch auf unsere, aus der Psychiatrie entlassene Patientenschüler freudig warten?

Nun zu uns: Was ist eine Sfk? Wie wirkt sie?

Aus welchem pädagogischen Umfeld kommen **wir** aus den Klinikschulen eigentlich, wenn wir zu den Kollegen Regelschulen gehen? Was könnten wir ihnen Hilfreiches mitgeben? Verstehen sie überhaupt unsere Sprache? Und verstehen wir deren Erwartungen?

Ein Phänomen gilt es immer im Blick zu haben, wenn wir die Heimatschulen kontaktieren. Ich will pauschalisieren, um unsere entgegen gesetzten Erfahrungspole deutlich zu machen: Die Heimatschule war der Ort des Scheiterns. Herr Prof. von Aster zeigte uns gestern eine Folie, wonach 60% der Probleme sich im Lebensraum Schule manifestieren. Wir, die Klinikschule werden der Ort eines hoffnungsvollen Neubeginns. Zuletzt so hoffnungsvoll, dass wir bei denen wieder anklopfen, wo vor Wochen noch der Scherbenhaufen lag.

Ich vermute jeder aus unserer Berufsgruppe wird die Erfahrung bestätigen können, dass wir in der Sfk – zumindest nach einer Anlaufzeit – oft auch mit sehr schwierigen Schülern arbeiten können. Bei uns weisen sie Erfolge auf und zeigen längst nicht so dauerhaft die Probleme, wie sie aus der Heimatschule beschrieben wurden. Bestätigt werden wir durch eine Studie, die 2004-2009 an 150 Schulabsentisten aller Schulformen des Sekundarstufenalters unserer Klinik an der KJP Uni Köln durchgeführt wurde. Alle Jugendlichen hatten zuvor mindestens sechs Wochen ununterbrochen in ihrer Stammschule gefehlt. Bei Klinikentlassung besuchten 90% von ihnen wieder regelmäßig die Schule. 80% taten dies auch noch zwei Monate nach KJP-Entlassung, 73% nach insgesamt neun Monaten. Aber es wäre ein Irrtum zu glauben, sie alle hätten wieder ihre Herkunftsschule oder eine andere Regelschule besucht. 40% von ihnen ging nur deshalb wieder regelmäßig, weil ihnen ein Verbleib an der Sfk über die Klinikzeit hinaus gestattet wurde. Wo eine solche „Externenbeschulung“ nicht möglich war, etwa wegen eines zu weit entfernten Einzugsgebiets, war die Rückfallquote in den Absentismus trotz ambulanter Nachbehandlung entschieden höher.

Haben wir ein „Erfolgsgeheimnis“? Wenn ja, worin liegt es? Warum klappt in der Sfk etwas, was woanders so schwer gelingen will? Vor allem: Was lässt sich aus unserem System nach draußen übertragen? Und ab wann? Was können wir aus unseren settings den Kollegen am Heimatort mitgeben? Alles auf die „kleinen Lerngruppen“ zurückzuführen ist mir fachlich zu wenig. Doch was ist das Besondere, das so Andere an der Sfk?

Die SfK als „Schule eigener Art“ mit einzigartigen Alleinstellungsmerkmalen

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

Meine Antwort ist unkonkret aber deutlich:

„Die Schule in der Psychiatrie ist das, was es ohne sie nicht gäbe“.

Sie ist nicht nur eine Schule eigener, sondern auch einzigartiger, notwendiger Art!

Ich finde diese etwas sibyllinisch klingende Formulierung so treffend, dass ich bedaure, sie nicht selber „erfunden“ zu haben. Ich brauche lediglich eine bemerkenswerte Formulierung von Heribert Prantl in der Süddeutschen Zeitung im Mai dieses Jahres abzuwandeln. Auf die Frage „Was ist Kirche?“ schrieb er: „Kirche ist das, was es ohne sie nicht gäbe.“

Wenn die SfK das ist, was es ohne sie nicht gäbe, dann ist nach dem **Alleinstellungsmerkmal** dieser Schulform zu fragen. Ich sehe ein solches wirklich: Es liegt in der **Integration von Aspekten**, was mehr ist als die Summe additiver Maßnahmen. Dieses integrative Wirken deutlich zu machen, könnte Inhalt unserer Übergabekontakte zu den Kollegen in den Heimatschulen sein. Mit ihnen könnten wir einschätzen, welche Aspekte sie nun selber übernehmen können, bzw. welcher der Patienten ihrer zukünftig weniger bedarf. Letztlich hängt davon die Frage ab, ob und wann der Übergang eines Schülers sinnvoll ist. Denn dieser Zeitpunkt ist längst nicht immer mit dem medizinisch vertretbaren Klinikentlassdatum identisch.

Aspekt I: Krankenpädagogen als unterrichtende Bezugspersonen

Ein Fachpublikum wie Sie, Kolleginnen und Kollegen, weiß, dass sich die Rückführungskriterien eines Schülers nicht auf dessen Leistungsstand reduzieren. Auch über sonderpädagogische Selbstverständlichkeiten wie Ermutigung, Wertschätzung, individuelle Lernrhythmisierung, Anschauung, Übung, Medien- und Methodenvielfalt, Verbalisierung und Visualisierung von Emotionen müssen wir hier nicht reden. Diese „Grammatiken“ sind wichtig, bringen uns aber nicht zum „Bahnhof“. Müßig ist auch der Hinweis, dass wir Krankenpädagogen möglichst „curriculare Generalisten“ sein sollten, die weitgehend „Unterrichtsfächer aus einer Hand“ anbieten. Im Idealfall vom Förderschwerpunkt Lernen bis zum Gymnasialniveau.

In der Tradition einer „Schule am Krankenbett“ war unser Berufsstand in dieser Breite schon aus logistischen Gründen immer gefordert. Im Gruppen- oder Klassenunterricht einer KJP-Schule wird das Generalistentum heute aus ganz anderen Gründen wichtig. Denn bevor bei uns an Unterrichtsvermittlung zu denken ist, gilt es, **Voraussetzungen auf der Beziehungsebene** zu schaffen. Das verlangt personale Präsenz und Kontinuität, also eine **weitgehende Beibehaltung des Klassenlehrerprinzips** - auch bei Gymnasiasten.

Damit formuliere ich einen ersten Aspekt, der in das Gesamt unseres Alleinstellungsmerkmals einfließt:

- **I Die Berücksichtigung der Beziehungsebene ist originärer Bestandteil des Unterrichtens in der KJP. Sie ist kein Monopol der psychotherapeutischen Professionen. Sie sollte allerdings auch kein Monopol der Kranken- oder Förderpädagogik sein.**

Prof. von Atern erklärte uns gestern hirnpfysiologisch, wie sehr frühe soziale Erfahrungen, Behütung oder Ängste aus unseren frühesten Sozialbeziehungen sich im kleinen Mandelkern des Stammhirns einbrennen: „Die Amygdala vergisst nie!“ Und die Fallvignette des kleinen Luca zeigte uns, wie über personale Konstanz und Beziehung hier mühsamst „Gegenerfahrungen“ erworben wurden.

Es liegt an der Diszipliniertheit, Reflektiertheit und Bereitschaft zur Transparenz von uns Pädagogen, dass sich die Pflege einer Beziehungsebene als didaktisch integriertes Moment der Klinikschule gegenüber den Kliniktherapeuten vermittelt und nicht als „Wildern in fremden (Psycho-)Revieren“ missverstanden wird. Ich will bzgl. unseres Zusammenspiels mit den Professionen einer KJP sogar noch weiter formulieren:

- **II Kliniklehrkräfte lernen therapeutisch zu sehen und zu verstehen. Handeln werden sie jedoch stets als Schulpädagogen. Ihr Instrument bleibt die Didaktik auf der Basis von Empathie.**

Unterrichten und Erziehen

Manchmal stoßen sich Klinikfachkräfte an der Beziehungsdichte von Lehrer und Schüler. Eine beziehungs-dynamische „Sterilität“ von Kliniklehrern wäre jedoch nicht nur eine missverstandene Rücksichtnahme. Sie würde auch den staatlichen Auftrag vernachlässigen, der uns verpflichtet, zu unterrichten **und** zu erziehen. Auch in der Klinik. Es ist nicht übergriffig, wenn pädagogische Interventionen Effekte hervorbringen, wie sie die Therapie auch anstrebt. Im übrigen kann die Schüler-Lehrer-Beziehung vom Kind auch als Gegenstand in die therapeutische Sitzung eingebracht werden.

Manche Klinik-Schulkollegien haben eine hohe Affinität zu psycho-sozialen Fachgebieten. Manche Lehrkräfte verfügen auch über eine psychologische oder psychotherapeutische Zusatzausbildung¹. Mitunter irritieren diese Tatsachen das Klinikpersonal, mitunter verleitet es uns Pädagogen auch zur unterschwelligen Besserwisserei. Wenn wir damit jedoch offen, Grenzen wachend und vor allem ohne programmatische Präferenz für **nur eine** Psychotherapie-Richtung umgehen, kann das für die Arbeit nur ein Gewinn sein. Folgende Beispiele mögen das verdeutlichen.

¹ Möglicherweise kompensiert unser Berufsstand damit die Lücke, die durch das Fehlen einer spezifisch krankheitspädagogischen Ausbildung an deutschen Hochschulen existiert. Traditionell ist Krankenpädagogik unter den Seminaren für Sondererziehung und Rehabilitation der Körperbehinderten subsummiert.

verhaltenstherapeutische Elemente wie belohnende Punktepläne bewähren sich als zeitnahe Ergebnismeldung im Unterricht von sozial- oder aufmerksamkeitsgestörten oder schulängstlichen Kindern.

systemische Sichtweisen sind hilfreich, wenn elterliche Überforderung oder familiäre Rollendelegationen zu krankmachenden Leistungshemmungen führen.

gesprächstherapeutische Kenntnisse geben Pädagogen Sicherheit in der Elternberatung.

tiefenpsychologische Kenntnisse der Phänomene Übertragung, Projektion, Identifikation helfen uns auszuhalten, wenn etwa Schüler mit Persönlichkeitsstörungen ihre traumatischen Erfahrungen Situation bei vertrauten Personen, gerade auch beim beliebten Lehrer neurotisch re-inszenieren. Sie schützen uns beispielsweise davor, bei Schulphobikern, in „Übertragungsfallen“ zu laufen, wenn sich hinter deren Trennungsangst plötzlich Grandiosität und Ansprüchlichkeit auftun. Auch Unterrichtsstoffe, etwa Themen aus Literatur, Geschichte, Politik oder Religion können für Schüler zur gezielten Projektionsfläche eigener Konfliktlagen werden.

Daher mein Aspekt III:

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

Die beschriebenen Aspekte wirken in **jede** Unterrichtsgestaltung hinein, meist unbewusst. Im Gruppenunterricht mit psychisch Kranken aber ganz besonders. Ohne ihre Beachtung bleiben Lernprozesse nicht störungsfrei.

Reale und psychische Welten von Klinikschülern

Lt. der in dieser Woche vorgestellten aktuellen Shell-Jugendstudie schauen Jugendliche gegenüber den Vorjahren wieder optimistischer in die Zukunft. Voraussetzung ist stets ein guter Schulabschluss. Bei Jugendlichen, die hier Zweifel hegen, nehmen die Versagensängste zu. Hinzu kommt die Angst vor der Fallhöhe, vor der Enttarnung, einer medial hochgepuschten Grandiosität: „Alles ist super, geil, cool, jeder ist der Größte. Nichts ist unmöglich.“

Wieso müssen uns diese Dynamiken als Kliniklehrkräfte interessieren? Weil die Problematik jeweils zwar höchst individuell ist, zur Agitation aber die Bühne braucht. Bei Kindern ist das die Schule. Und wir Lehrkräfte sind deren Repräsentanten. Uns zeigen sie sich dann als Rambo oder Klassenclown. Die einen treten die Flucht nach vorne an, wirbeln herum, bestimmen das Gruppenmilieu, andere meiden die Orte möglicher Depotenzierung. Wieder andere halten wahnhaft ihre „gefühlte“ Grandiosität aufrecht. Je nachdem werden sie uns in der SfK als Schüler mit AD(H)S, Störung des Sozialverhaltens, Schulangst, Zwängen oder Borderline-Profil angekündigt.

Aspekt IV lautet deshalb:

- **IV Klinikpädagogen kalkulieren das Phänomen der Übertragung im Unterricht ein und wissen, dass Schüler die Defizite und Ängste ihrer Lebenswirklichkeit auch an unterrichtenden Bezugspersonen stellvertretend abarbeiten. Sie nutzen dieses Phänomen, um Schüler dabei nachreifende Schritte tun zu lassen.**

Die Klinikschule als „haltender Rahmen“

Die Angst, nicht gut genug zu sein, in der Schule, im Job, in Ausstrahlung, Kraft, Sex, beim DSDS-Ranking² trifft auf eine Generation, deren Fähigkeit zum Symbolisieren verkümmert. Statt in „Als-ob-Spielen“ Lösungen durchzuspielen, wird es heute rasch konkretistisch, auch auf dem Schulhof. Die abnehmende Bereitschaft und Fähigkeit, negative Gefühle auszuhalten, führt bei den expansiven Kindern zum unverstelltem Ausagieren, bei den Stilleren auch zur Psychosomatisierung. Vom Kindergarten bis zu div. Fernsehtalkshows machen sich neue Symptome breit: „Gefühlsdurchfall“ und „Sprechdurchfall“ (Logorrhöe) oder auch die Sucht nach Bedeutung. All das hemmt die Konzentration auf Lernverhalten.

Lehrer in der Psychiatrie müssen um solche Konstellationen wissen, weil in ihnen – trotz opponierender Widerstände - auch eine „**haltende Instanz**“ gesucht wird, ein „Containment“ (nach Winnicott).³ Es gilt, die Ambivalenzen der Kinder nicht als Verrücktheiten“ sondern als zwei Seiten der gleichen Medaille zu verstehen, wenn sie expansiv sind und zugleich begrenzt werden wollen, wenn sie regredieren und zugleich vopreschen wollen.

Das Containing wirkt von der Verlässlichkeit der Lehrperson bis in die Verlässlichkeit der Stundenplangestaltung hinein. Weshalb therapeutisch-medizinische Maßnahmen auch nicht in vereinbarte Unterrichtszeiten intervenieren sollten.

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

Unterricht zwischen Warmherzigkeit und dosierter Provokation

Begegnung mit der Realität ist im Unterricht nicht nur ein materieller Vorgang. Das meint auch - ohne primär therapeutische Absicht - ein Wachrufen genau jener Konfliktfelder, deren bislang unzureichende Bewältigung zur seelischen Erkrankung beitrug. Die Selbsteinschätzung eines jungen Menschen kann bei jeder Matheaufgabe, bei jeder Fremdsprachenübersetzung zwischen Versagen und Grandiosität pendeln. Es braucht Zeit und unzählige kleine Übungseinheiten, bis das Real-Ich sich mit den Sehnsüchten des Ideal-Ichs aussöhnt. Immer steht die Lehrperson als Helfer, als

² Eins unserer hübschesten Mädchen aus einer betreuten Wohngruppe schminkte sich erst eine Stunde, bevor sie den Müll runter brachte. Es hätte sie ja jemand mit unperfektem Make-up im Treppenhaus sehen können.

³ Als Postulat Reinhart Lempps schon vor Jahren auf die Pädagogik übertragen, u.a. dargestellt in der Laudatio von Christoph Ertle anlässl. der Verleihung der Ehrendoktorwürde der PH Ludwigsburg an R. Lempp am 3.12.1998

Provokateur, als Tröster, als Begrenzer, als Urteilender und Motivierender im Zentrum dieser Wechselbäder. Kranken darf sie aber niemals.

Wenn Pädagogen in einer wertschätzenden Haltung gefestigt sind, dann müssen sie nicht verschreckt zurücknehmen, wenn Schüler sie dennoch zuweilen angstbesetzt erleben. Die Aufgabe heißt ja nicht Angst vermeiden, sondern sie zu bewältigen lernen.

Aspekt VI lautet daher:

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

Bei chronischen psychischen Erkrankungen, etwa schweren Psychosen oder bei nicht „wegtherapierbaren“ Entwicklungsstörungen wie Asperger Autismus müssen nach der Diagnosesicherung nicht nur Bildungswege sondern auch Lebenswege neu gedacht werden. Für das gesamte familiäre Umfeld heißt es Abschied nehmen von Lebenskonzepten, die bisher galten. Lehrkräften fällt oft die Rolle zu, die Begrenzung auszusprechen und zugleich behutsamer Begleiter der anstehenden neuen Schritte und Zielfindung.

Daher in Erweiterung des letzten Aspekts nun Aspekt VII

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

Gemeinsames Aufgabenpaket von SfK und Stammschule bei einer Rückvermittlung

Erfolg oder Misserfolg unserer Arbeit in der KJP hängt zu einem großen Teil davon ab, wieweit die genannten Aspekte berücksichtigt werden können. Diese gelten auch im Kontakt mit einem psychisch stabilen Kind. Doch das wird sich nicht so verletzlich, nicht so Rückfall gefährdet zeigen.

Bei der Rückführung aus der Klinikschule muss – neben dem Leistungsstand - prognostiziert werden, auf wie viele der genannten Aspekte ein Schüler **in welcher Dosierung** noch angewiesen ist und ob die aufnehmende Schule dies übernehmen kann und will. Das berührt sowohl die Ressourcen als auch die Haltung einer Schule. Sie gilt dem materiellen, strukturellen und nicht minder personellem Bedingungsfeld, das die Jugendlichen erwarten wird.

Je höher die Bedürfnislage eines Schülers und je dürftiger das Angebotsfeld, desto weniger ist ein Wechsel bei Klinikentlassung indiziert, desto mehr spricht für einen vorläufigen Verbleib des Schülers in der SfK während der ambulanten Nachbehandlung.

Kommunikation mit der aufnehmenden Schule

Wie kommuniziere ich als Krankenpädagoge das Merkmalpaket im Austausch mit der Stammschule? **Abfragebögen oder Ratschlagpapiere** wären allenfalls als aktionistische Fleißarbeiten. In denen könnten wir uns so vielsprachig wie unser feiner Herr im Witz ausdrücken. Ob wir verstanden würden und Antwort erhielten, steht auf einem anderen Blatt.

Was aber hilft? Wie sieht ein Sprachcode aus, der sowohl Kopf, Herz und Bauch erreicht? Vor allem Respekt vor den Aufgaben und Belastungen der anderen sowie schonungslose Offenheit und Ehrlichkeit sind angesagt. Wenn wir einen Schüler aus der Psychiatrie „schön reden“, ist das der Anfang eines baldigen Endes des Rückführungsversuchs. Damit landen wir in der Sackgasse. Das Vertrauen in die SfK ist dann verspielt, und wir brauchen an jener Schule zukünftig erst gar nicht mehr anklopfen.

Mehr als unser Wissen zählt unsere Haltung. Sehr offen sollten wir auch unsere eigenen Zweifel und Fragezeichen ansprechen. Wir vergeben uns nichts, wenn wir Unsicherheiten oder Ängste, die uns im Kontakt mit einem Jugendlichen befielen, kommunizieren. Manchmal auch Demut vor der Wucht des Symptoms. Das alles wird nicht die Aufnahmeattraktivität des zu vermittelnden Patienten erhöhen. Aber es ermutigt die Stammschule vielleicht auch zu einem offenen Wort. Es löst auch Reserviertheiten, die daraus resultieren können, dass die Stammschule sich von Eltern angegriffen fühlen könnte. Denn manchmal werfen Eltern deren Lehrern eine Mitschuld an Mobbing Erfahrungen, Ängsten, Zwängen, Verweigerungen ihres Kindes vor. Wenn dann wir Kliniklehrer kommen, werden wir zunächst nicht als Kollegen sondern als Vertreter des Kliniksystems wie „Anwälte der Eltern“ empfangen. Manche glauben gar, sich uns gegenüber rechtfertigen zu müssen. Die Überhöhung unserer Rolle ist das andere Extrem, das uns neben der Entwertung entgegengebracht werden kann.

Erst nach einem offen geführten Gespräch mit der zukünftigen Schule, erst nach Kenntnis von deren Bedingungsfeld kann ich als Lehrer in der KJP einschätzen, wie ich den Übergang begleiten kann, qualitativ und quantitativ. Konzepte und Stundenkontingente sollten hier als Raster, als Option formuliert vorliegen. Was und wie viel davon im konkreten Fall gebraucht wird, muss situativ je neu entschieden werden. So kann eine personelle Begleitung durch den SfK-Lehrer in dem einen Fall als hilfreich erlebt werden. In einem anderen Fall als stigmatisierendes Vorgeführtwerden. Ähnlich nehmen die Kollegien unsere Hilfe meist als Unterstützung an, manche fühlen sich aber auch brüskiert, kontrolliert oder bevormundet.

Auch können wir löbliche Listen mit Vorschlägen zur Gewährung von Nachteilsausgleichen in den Schulen hinterlassen. Deren Akzeptanz oder der Widerstand, auf den sie treffen, will im Gespräch eruiert werden. Es liegt sehr an der Vorgeschichte eines Patienten in seiner Schule, ob unsere Vorschläge begrüßt werden, oder ob sie als Alibi zur Erschleichung von Krankheitsgewinn abgelehnt werden.

Schule und Krankheit

Wissen, was möglich ist.



An diesem Punkt, Kollegien und Kollegen, ist nicht zu unterschätzen, wie wir in den „Schulen draußen“ wahrgenommen werden. Unser Status schwankt zwischen Entwertung und Heiligenschein. Einige Regelschulen sehen uns noch in der Nische einer „Schule für kranke Lehrer“, deren Kleinstgruppenarbeit keine Transferrelevanz zukommen kann. Andere idealisieren und überschätzen uns. Es fällt ein Strahl des Glanzes medizinischer Systeme auch auf uns ab.

Nach meiner Erfahrung überschätzen Schulen oft die Möglichkeiten jugendpsychiatrischer Einrichtungen. Nicht ahnend, wie wenig kernpsychiatrische Krankheitsbilder – etwa Psychosen, Tourette, Autismus – unsere Schülerpatienten aufweisen, und wie viele Störungsbilder eher beziehungs-dynamisch, soziobiografisch oder schlicht in einer Fehlbesuchung begründet sind. Es scheint mir manchmal fraglich, ob für diesen großen Patientenkreis **Psychiatrien** immer die richtigen Adressen sind. Vielleicht wird man nach dem Boom von KJPs in den letzten zwanzig Jahren, den wir ja begrüßen und den wir in Köln seitens der Schule und Elternschaft heftig mit forciert haben, in weiteren zwanzig Jahre schauen, wieviel Zeitgeist-Euphorie da mitschwang. Auch bei Frau Flitner, selbst beim Jugendpsychiater von Aster, waren gestern auch solche Zweifel herauszuhören, wenn Schul-, Selbstwert-, Beziehungsprobleme 1:1 in der KJP abgehandelt werden sollen.⁴

Ich erlaube mir dieses Phänomen unserer Außenwahrnehmung etwas überspitzt darzustellen, weil auch hierin unbewusst wirkende Klippen unserer Rückführungsarbeit liegen können. Die Erschwernis liegt in der Fallhöhe, die nicht nur uns Lehrkräften bei der Re-Integration droht. Die droht auch dem Kind und Jugendlichen. Etwa nach dem Motto: „Jetzt warst du doch so lange in der Klinik, du bringst einen so erfreulichen Bericht von dort mit, nun erwarten wir aber auch korrektes Verhalten.“ Von der Enttäuschung erst gar nicht zu reden, wenn Kinder gegen ärztlichen Rat von Eltern aus der Klinik genommen werden und am nächsten Morgen kommentarlos wieder da hingeschickt werden, wo sie schulpflichtig sind: in die Stammschule. Für deren Kollegen ist es dann nahe liegend, Missmut und Empörung darüber bei uns, den Kollegen aus dem Schulwesen, abzuladen.

Meine Ausführungen zur Rückvermittlung beinhalten Sichtweisen und Haltungen, kein Pläne und Konzepte. Doch es ist wichtig, der Rückführung auch einen quantifizierbaren Raum im Rahmen der Rückführung zu geben. Jeder Klassen- oder Lerngruppenleiter sollte im Unterrichtsdeputat dafür ein Kontingent an „Beratungsunterricht“ erhalten. So formulieren es auch Hirsch-Herzogenrath und Schleider im besagten aktuellen Aufsatz in der Zeitschrift für Heilpädagogik, 9/2010: „Jede Schule für Kranke sollte unter Einbeziehung aller Kooperationspartner einen konkreten Reintegrationsablauf fest institutionalisieren und ein Konzept, z.B. im Rahmen eines Schulprogramms, niederschreiben. Das Konzept sollte ausreichend Raum für eine Anpassung an die individuellen Gegebenheiten lassen.“ (S.358)

⁴ Wellenbewegungen des Zeitgeistes gab es immer schon. Es ist gar nicht mal so lange her, dass beispielsweise in der Heimerziehung die Theologie das Primat hatte. Pfarrer waren „Aufsichtsrat“ der Heimleitung.

Rückführung bei Schulwechsel

Die Rede war bislang immer von „Rückführung“. So pauschal formuliert kann allenfalls ein Zurück aus der Klinikschule gemeint sein, nicht ein automatisches Zurück in die Herkunftsschule. Die von Rüdiger Reichle und mir zusammengefassten Ergebnisse einer Erhebung in NRW-SfK's (SchuPs Heft 17, 2008), wonach ein Drittel unserer Schüler nach einem KJP-Aufenthalt die Schule wechseln, haben sich in unserer Kölner Klinikschule nach zwei weiteren Erhebungsjahren verfestigt. So sehen unsere Ergebnisse aus vier Schuljahren (2007 – 2010) aus:

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

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

Bei vier von zehn Patienten muss der Klinikpädagoge also bei der Klinikentlassung mit anderen Lehrkräften reden, als denen, die bei Aufnahme des Kindes Ansprechpartner waren.

Kooperation auf Gegenseitigkeit

Was sollte eine Schul-, eine Klassenleitung überhaupt motivieren, ein ihnen fremdes Kind aufzunehmen, dem sie rechtlich in keiner Weise verpflichtet sind? Zumal noch einen Schüler, der kürzlich noch solche Schwierigkeiten hatte oder machte, die zu einem Klinikaufenthalt in der KJP führten und bei dem eine andere Schule offenbar ein Teil des Problems war. Lassen wir mal die boshafte Aspekte weg, dass auch solche Kinder die Statistik füllen, dann bleiben nur wenig Motive übrig: pädagogisch engagierte Schulprogramme, hohe ethische Selbstverpflichtungen oder ideologisch demonstrative Zeichensetzung. Die wären allesamt ehrenwert, aber auch anfällig und durch Misserfolg schnell kränkbar.

Es mag ernüchternd klingen, aber ein „deal auf Gegenseitigkeit“ ist eine tragfähige Kooperationsbasis. Die Schüler profitieren am meisten, wenn alle Beteiligten im System vom Wechsel „etwas haben“. Der „Gewinn“ für unsere SfK liegt auf der Hand: Wir bekommen Kinder vermittelt. Doch wie kann die aufnehmende Schule profitieren? Die „Gegenleistung muss konkret spürbar sein. Sie soll für den Einzelfall und darüber hinausgehende Beratungs- und Interventionsinstanz finden. Beispielsweise wird sie bevorzugt beraten, wenn sie uns wegen anderer problematischer Schüler anfragt. (Weniger erfolgreich ist unsere sehr intensive Öffentlichkeitsarbeit. Seit 15 Jahren

informieren wir über bestimmte Krankheitsbilder. Kollegen kommen erst, wenn eine Symptomatik sie und ihre Klasse konkret betrifft.)

Misstrauische Ohren mögen da „rheinischen Klüngel“ heraushören. Denen biete ich den objektiveren Begriff „Netzwerk“ an. Das ist die **Doppelspur** mit Gegenfahrbahn, die meinen Vortrag überschreibt. Unser Anklopfen an den Schulen draußen darf keine Einbahnstraße sein.

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

Im Laufe der Jahre entstanden gute Verbindungen zu Schulen aller Formen um uns herum. Meist ergaben sich die Kontakte durch frühere Schüler, es wurden intensive und vertrauensvolle Kontakte. So haben wir etwa bestimmte Realschulen im Blick, die wir zuerst anfragen, wenn ein Jugendlicher vom Gymnasialcurriculum in das der Realschule wechseln will. Diesen Realschulen vermitteln wir bei einem Akutfall in deren Haus einen Beratungstermin an der Warteschleife der Klinik vorbei. Im Laufe der Jahre haben die Schulen hier ein ganz gutes Gespür dafür entwickelt, wann und wo ein jugendpsychiatrisches Konsil Klinikintervention helfen könnte. Das Procedere, die Rolle der Eltern und vor allem die Motivation der betroffenen Schüler kann ich im workshop heute Nachmittag unter unserer Überschrift **pädagogisch-jugendpsychiatrische Ambulanz** ausführlicher vorstellen.

Die Schulen in unserem Verbund profitieren aber noch anders als nur rein zugangstechnisch. Durch die Zusammenarbeit mit dem jugendpsychiatrischen System haben sich bei denen Denk-, Sicht- und Sprachweisen etabliert, die die Handlungskompetenz des eigenen Binnensystems im Umgang mit schwierigen Schülern stärkte.

Rücknahmegarantie

Mindestens so wichtig wie unsere beratenden oder konkreten Begleitdienste in einer neuen Schule ist für die aufnehmende Schule eine Zusage, die wir technisch schnöde als „Rücknahmegarantie“ umschreiben. Es geht um die Möglichkeit, im Problemfall noch einmal auf die SfK zurück gehen zu dürfen. Diese Absicherung ist den neuen Kollegen ebenso wichtig, wie sie von Schülern und Eltern als Auffangnetz bei großen Wechsel-Ängsten verstanden wird.

Lassen Sie uns hier bitte nicht die schulrechtliche Seite problematisieren. Ich weiß, die ist nicht ohne. „Probepeschulung“ ist ein weicher Begriff. Lassen Sie mich einfach sagen, **dass** wir das so machen. Auch, dass uns die verkehrstechnische Infrastruktur einer Großstadt dabei zu Hilfe kommt, und dass wir solche Schritte im Einvernehmen mit der Schulaufsicht machen, wissend, dass die Erlasslage diese Lebenswirklichkeit nicht immer erfasst. Anders aber geht es nicht, wollen wir nicht in Sackgassen gelangen. Warum sollten sich Schulen angesichts der hohen eigenen Problemlagen Kuckuckseier von außen ins Nest legen lassen? Es ist doch nicht so, dass andere für unsere Schulwechsler Schlange stehen!

Nach dieser plakativen Diktion mag eine kurze Fallvignette vielleicht deutlich machen, wie seriös und emphatisch sich die Zusammenarbeit darstellen kann.

Ganz aktuell bemüht sich eine Kollegin um den Schulwechsel der 15jährigen Luisa. Luisa kam im Mai 2010 nach Suizidäußerungen notfallmäßig auf die Jugendstation der KJP, Diagnose: V. a. depressive Episode, Schulabsentismus. Die KJP plante eine Krisenintervention von 3-4 Wochen. In einer Lerngruppe um Stufe 9 unserer SfK fand sie guten Zugang, erschien regelmäßig und zeigte sich altersgerecht leistungsfähig. Sie distanzierte sich von Suizidgedanken. Die stationäre Entlassung geschah „auf Probe“, der Schutzraum SfK wurde noch beibehalten. Gegen Schuljahrende drängte sie auf Rückkehr ins Regelschulsystem, schloss aber den Besuch ihrer Herkunftsrealschule kategorisch aus. Mobbing Erfahrung machten diese zur no-go-area. Eltern und wir bemühten uns um eine alternative RS im Nachbarort. Kurz vor den Sommerferien kam es dort zu erfolgreichen Vorstellungskontakten und Austausch zwischen deren und unseren Lehrkräften. Ein wenig manisch „verkaufte“ sich L. beim neuen Direktor ganz gut.

Bis zu den Sommerferien galt es noch drei Wochen als „Externe“ in der SfK zu überbrücken. Sie kam gerne und demonstrierte geradezu ihre Bereitschaft für den Schulwechsel im neuen Schuljahr. In der ambulanten Fortsetzung der Therapie zeigte L. aber die Kehrseite dieser Überkompensation, sie äußerte wieder Suizidgedanken. Diese führten Anfang der Sommerferien zur erneuten Stationsaufnahme. L. nahm an der dortigen Segelfahrt teil und zeigte sich gegen Ende der Ferien deutlich stabiler. Nur noch die ersten Tage in der neuen Schule sollten abgewartet werden, dann sollte die Entlassung erfolgen.

Am ersten Schultag, Montag, 30. 8., begleiten unsere Lehrerin sowie die Mutter L. vereinbarungsgemäß zur neuen RS. Zwei der neuen Klassenkameradinnen holen L. am Sekretariat ab und bringen sie zur neuen Klasse. Vorher bat L. die neue Schul- und Klassenleitung um Verschwiegenheit, dass sie derzeit noch aus der KJP komme.

Der erste Tag gelingt.

Am nächsten Morgen, Dienstag, kommt L. eigenständig zur Schule. Der Tag beginnt mit Kunst und die Klasse spricht über die Biografie von Vincent van Gogh. Einige Schüler amüsieren sich über dessen psychische Probleme. L. verlässt daraufhin die Schule ohne Nachricht an die Lehrerin vorzeitig und fährt zur Klinik.

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

Donnerstag: L. kann im Gespräch mit der SfK und RS-Lehrerin erklären, dass sie sich wegen ihres Weggehens vorgestern unwohl fühle und nicht wisse, wie sie die Tatsache ihrer noch aktuellen KJP-Behandlung der Klasse verständlich machen könne. Die RS bittet, nach Einwilligung von L., zwei Mädchen aus dem Streitschlichterprogramm hinzu. Diesen und der Runde erzählt L. ihre Situation. In deren Begleitung geht sie recht ruhig in den Unterricht. Unsere Lehrerin bleibt hospitierend in der Klasse. In der Pause überlegt L. mit ihrer SfK-Lehrerin, wie sie nun alle Klassenkameraden über ihre Situation informieren könne. Beide bitten die Klassenlehrerin hinzu und L. schlägt vor, in der nächsten Stunde offensiv über sich Auskunft zu geben.

L. erklärt der Klasse ihren Werdegang der letzten Monate, auch, warum sie vorgestern in Kunst so plötzlich weglief. Als sie zu weinen beginnt, umarmt sie eine der neuen Schülerinnen, und in der Klasse wird es sehr ruhig und ernst. Die SfK-Lehrerin ergänzt, als L. die Stimme versagt. Großer Respekt und deutliche Rücksichtnahme gegenüber L. ist spürbar. Mädchen erklären L. den Stundenplan und zeigen ihr die Fachräume. L. zeigt sich erleichtert über den Tagesverlauf. Trotz der guten Erfahrung vom Donnerstag vereinbaren L. und SfK-Lehrerin eine erneute Begleitung am Freitag. Der SfK-Lehrerin gibt L. am Freitag nach der zweiten Stunde „frei“, nachdem Mitschülerinnen ihr anboten, sie in der Pause zu begleiten.

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

der Klassenfahrt auf Station bleibt und im dortigen Schulraum stundenweise einzeln unterrichtet wird, eher im Sinne einer vorbereitenden Nachhilfe auf das neue Curriculum.

Zu dieser Vorgehensweise wäre es aus unserer Sicht auch gekommen, wäre L. schon aus der Klinik entlassen. Wir werden sie auch von zu Hause aus zu uns kommen lassen, wenn die Dynamik, die auf Klassenfahrten entstehen kann, den Integrationsbemühungen zuwider laufen sollte. Das wäre dann kein Freibrief für die „regressive Hängematte“, sondern ein Angebot, mit Unterstützern für die anstehenden Anforderungen im Dialog zu bleiben. Die neue RS würde sicherlich nie mehr jemanden von uns nehmen, wenn sie sich mit Luise eine Schülerin eingehandelt hätte, bei der schon nach wenigen Wochen der Stress mit Ahndung von Schulpflichtverletzungen dokumentiert werden müsste.

Der „Gang nach draußen“ ist nach vielmonatigen KJP-Behandlungszeiten die „Stunde der Wahrheit“. Ohne die Option auf flexible und situativ angepasste Handlungsfreiheit der Sfk-Begleitung sind nachhaltige Erfolge nur schwer zu erreichen. Unsere Arbeit lässt sich nicht auf feste Schienen setzen. Für unsere Patienten gilt es Nebengleise und Entlastungstrecken zu entdecken. Wir sind Weichensteller. Manchmal muss man uns aber auch noch mal als Heimatbahnhof anlaufen dürfen.

Schluss

Am Ende meiner Ausführungen mögen Sie vielleicht fragen, ob sie dem feinen Herrn im Eingangswitz hätten helfen können, erfolgreich nach dem Weg zum Bahnhof zu fragen? Hätte er mit der Intuition eines Krankenpädagogen Tünnes und Schäl zu einer Antwort motivieren können? Ich will mich da nicht festlegen. Rheinländer können zickiger sein als Psychiatriepatienten. Jedenfalls könnte sein Bauch ihm sagen, dass die beiden Burschen mit den Fremdsprachen des Akademikers nicht zu erreichen sind. Vor allem redet man sie nicht mit „meine Herren“ oder „gentlemen“ an. Hätte er das so ganz andere Herkunftsmilieu von Tünnes und Schäl gespürt und hätte er deren daraus resultierende Selbstunsicherheit und Kränkbarkeit erkannt, wäre vielleicht folgende Variante einen Versuch Wert gewesen:

„Sagt mal, ihr zwei! Ihr wisst bestimmt och nit, wie mer he zom Bahnhof kütt, ne?“ Empört wären die beiden aufgesprungen, hätten mit den Armen gefuchelt und gesagt: „Un ob mer dat wissen. Passen Se ens op: do jonn se eetz jradus, dann links, dann.....“

Vielleicht ergänzen Sie den Rest selber, während ich schon einmal für Ihre Aufmerksamkeit danke.