

# Editorial

Liebe Leserinnen und Leser, welche Rolle kann die Klinikschule bei Schulabsentismus übernehmen? *Alexander Wertgen* diskutiert die Chancen auf der Basis der wissenschaftlichen Befunde zum Schulabsentismus bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. Er entwickelt konkrete Vorschläge für die Arbeit im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die grundlegende Diskussion um Inklusion wird von *Eberhard Grüning* fortgesetzt. Entsteht nicht die Gefahr neuer Kategorisierungen, die dem Anspruch von Inklusion fundamental widersprechen?

Zwei Beiträge bearbeiten Aufgabenstellungen im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung. *Markus Scholz* berichtet über ein Wohntraining. Er belegt die Zielstellungen und zeigt konkrete unterrichtliche Umsetzungsmöglichkeiten. Die Zukunftsplanung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung ist Thema eines Projekts in der Schweiz. *Judith Adler* und *Monika Wicki* dokumentieren die wissenschaftlich fundierte Entwicklung eines Lehrgangs zur Stärkung der Zukunftsorientierung der beteiligten Personen. Erste Rückmeldungen belegen die Unterstützung, die die beteiligten Familien hier erfahren.

Sie, liebe Leserinnen und Leser, finden im Heft ein breites Spektrum von Fachthemen!

Prof. Dr. Clemens Hillenbrand

Dr. Peter Wachtel

# Inhalt

Alexander Wertgen  
**Schule als Chance. Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten in der Schule für Kranke** \_\_\_\_\_ 180

Eberhard Grüning  
**Inklusive Bildung – ein Menschenrecht (?)** \_\_\_\_\_ 192

Markus Scholz  
**Konzeption und Durchführung eines Wohntrainings zur Förderung der Selbstständigkeit in alltäglichen Handlungsfeldern** \_\_\_\_\_ 198

Judith Adler · Monika Wicki  
**Die Zukunftsplanung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihrer Angehörigen unterstützen** \_\_\_\_\_ 208

Buchbesprechungen \_\_\_\_\_ 215

vds aktuell  
**Sprache inklusiv** \_\_\_\_\_ 218

## Vorschau

**Welchen Beitrag können Schulen für Kranke zur schulischen Reintegration von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten leisten?**



Verband  
Sonderpädagogik e.V.  
Bundesgeschäftsstelle  
Ohmstraße 7,  
97076 Würzburg  
Tel. 09 31/2 40 20  
Fax 09 31/2 40 23

post@verband-sonderpaedagogik.de  
www.verband-sonderpaedagogik.de



Ernst Reinhardt Verlag  
Kemnatenstraße 46  
80639 München  
Tel. 089/17 80 16-0  
Fax 089/17 80 16-30

info@reinhardt-verlag.de  
www.reinhardt-verlag.de

### Schriftleitung

Prof. Dr. Clemens Hillenbrand  
Lehrstuhl für Pädagogik und Didaktik bei  
Beeinträchtigungen im schulischen Lernen  
Universität Oldenburg, 26111 Oldenburg  
clemens.hillenbrand@  
verband-sonderpaedagogik.de

Dr. Peter Wachtel  
Rosemannstraße 17, 49082 Osnabrück  
Tel. 0541/58 82 40

peter.wachtel@  
verband-sonderpaedagogik.de

Verantwortlicher Redakteur dieser Ausgabe:  
Dr. Peter Wachtel

Die Zeitschrift für Heilpädagogik wird im  
European Reference Index for the  
Humanities (ERIH) geführt.

### Vorstand des Verbands Sonderpädagogik e.V.

Stephan Prändl	Bundesvorsitzender
Barbara Seebach	stellv. Bundesvorsitzende
Roger Schreiber	Bundesgeschäftsführer
Horst Beier	Schatzmeister
Marianne Schardt	Pressereferentin
Clemens Hillenbrand	Schriftleiter
Peter Wachtel	Schriftleiter

Der vds ist Mitglied in diesen Dachorganisationen:  
Deutsche Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter  
Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe



Bildungsakademie Sonderpädagogik  
Fortbildungseinrichtung des Verbands  
Sonderpädagogik  
Ohmstraße 7, 97076 Würzburg

Tel. 09 31/2008 23 90, Fax 09 31/2008 23 91

post@bildungsakademie-sonderpaedagogik.de  
www.bildungsakademie-sonderpaedagogik.de

# Schule als Chance. Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten in der Schule für Kranke



Alexander Wertgen

## Zusammenfassung

Der vorliegende Beitrag skizziert die heterogene Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die von Schulabsentismus betroffen sind und stellt dessen mögliche Bedingungsfaktoren, vor allem in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, dar. Nachfolgend geht er auf ein modularisiertes Konzept zur Intervention bei schulabsentem Verhalten ein und stellt konkrete Module aus dem Essener Schulvermeider- Projekt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen und Professionen vor.

## Einleitung

Die Termini „Schulabsentismus“ bzw. „schulvermeidendes Verhalten“ – die Begriffe werden hier synonym verwendet – bezeichnen gemeinhin den Sachverhalt, dass Schüler nicht die Schule besuchen, sondern sich zeitgleich zum Unterricht anderswo aufhalten (Ricking, Schulze & Wittrock, 2009, S. 14). In Abhängigkeit von den zugrunde liegenden Bedingungsfaktoren kann Schulabsentismus unterteilt werden in: „das Schulschwänzen, die angstinduzierte Schulverweigerung und das Zurückhalten von Schülern durch Erwachsene, wobei Mischformen möglich sind“ (ebd., S. 14).

Wenn Kinder und Jugendliche die Schule schwänzen, handeln sie eigeninitiativ und meist ohne Wissen ihrer Erziehungsberechtigten. Während der Unterrichtszeit gehen sie – häufig gemeinsam mit anderen Schulschwänzern – alternativen, als attraktiv erlebten Aktivitäten nach (Ricking, Schulze & Wittrock, 2009, S. 14 f.). Schüler hingegen, die der Schule aus Angst fern bleiben, ziehen sich eher in die häusliche Umgebung zurück und fehlen oft mit Wissen und Billigung ihrer Familie. Ein weiterer Teil schulabsenter Kinder und Jugendlicher schließlich wird von ihrem sozialen Umfeld, meist von Erziehungsberechtigten, aus unterschiedlichen Gründen aktiv zurückgehalten (vgl. ebd., 2009, S. 18). Ein erster Überblick lässt schnell deutlich werden, dass die Gruppe von Schülern mit schulvermeidendem Verhalten bei weitem heterogener ist, als es zunächst den Anschein hat (vgl. Puhr, 2002). Das Interesse einer größeren Öffentlichkeit richtet sich vorzugsweise auf Kinder und Jugendliche, die die Schule schwänzen und die dissoziales bzw. kriminelles Verhalten im öffentlichen Raum zeigen. So wird bsp. auf den Zusammenhang zwischen Schulschwänzern und Delinquenz von Kindern und Jugendlichen hingewiesen oder auf die Bildungsmisere von Jugendlichen ohne Schul- und

Berufsabschluss, die die Sozialkassen der öffentlichen Hand dauerhaft belasten. Schüler hingegen, die – z. B. infolge von Ängsten – dazu neigen, sich sozial zurückzuziehen, fallen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Schule weniger auf und erhalten daher vergleichsweise seltener auf Initiative ihres sozialen Umfelds die dringend benötigte Hilfe (vgl. weiter unten).

Es liegt auf der Hand, dass pädagogisch-therapeutische Interventionen in der Arbeit mit diesen sehr unterschiedlichen Adressaten und aufgrund deren äußerst differenter allgemeiner Lebensbedingungen eine entsprechend große Vielfalt aufweisen sollten. Während Kinder, v. a. Jugendliche, die die Schule schwänzen, insbesondere sozialpädagogischer Unterstützung – häufig im Sinne der Jugendhilfe – bedürfen und in Einzelfällen eine realistische, dauerhafte schulische Perspektive insbesondere in alternativen Beschulungsprojekten haben, haben Schüler mit einer zugrunde liegenden psychischen Erkrankung einen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und meist einen darüber hinaus gehenden pflegerisch-pädagogischen und schulischen Unterstützungsbedarf, dem das Angebot der Schule für Kranke pädagogisch zu entsprechen vermag. Die meisten Kinder und Jugendlichen besuchen während eines stationären und teilstationären Klinikaufenthalts, nicht selten auch während einer ambulanten Behandlung von voraussichtlich mindestens vierwöchiger Dauer, die Schule für Kranke.

In der Vergangenheit hat die Gruppe psychisch kranker Kinder und Jugendlicher mit schulvermeidendem Verhalten nur relativ wenig Beachtung erfahren. Die Schulen stoßen hier mehr noch als bei Schulschwänzern an die Grenzen ihrer Handlungsmöglichkeiten – insbesondere in den nicht wenigen Fällen, in denen eine Schulabsentismus mitverursachende psychische Erkrankung noch gar nicht diagnostiziert worden ist und Schüler mit Entschuldigungen ihrer Eltern, häufig sogar mit ärztlichen Attesten, fehlen. Umso dringlicher ist es daher, dass die pädagogischen und medizinisch-therapeutischen Bedürfnisse dieser Kinder und Jugendlichen – z. B. im Rahmen interdisziplinär ausgerichteter Forschungsprojekte – stärker in den Blick genommen werden (vgl. Hebebrand, 2009; Wertgen & Reissner, 2011). Die Absicht, dieser Schülergruppe durch multiprofessionelles Handeln als Teil multimodaler Therapien niederschwellig und nachhaltig zu helfen, liegt dem Essener Schulvermeider-Projekt zugrunde, das mit Mitteln des nordrhein-westfälischen Gesundheitsministeriums gefördert wird.

## Schulabsentismus bei Schülern mit psychischen Erkrankungen

Schulabsentismus im Allgemeinen stellt die Schule vor massive Herausforderungen. Schulvermeidendes Verhalten ist häufig Ausdruck einer Multiproblemlage, an der psychische, somatische und soziale Faktoren beteiligt sein können (Ricking, Schulze & Wittrock, 2009, S. 28). Die Risikofaktoren können sehr vielfältig sein:

- Erziehungsschwäche der Eltern bzw. der Bezugspersonen, insbesondere die erziehungsbedingt mangelnde Förderung sozialer Kompetenzen
- Soziale Notlagen (Armut und ihre sozialen Auswirkungen)
- Psychosoziale Belastungssituationen (bspw. die Erkrankung einer Bezugsperson oder Trennungssituationen)
- Psychische Erkrankungen wie Schulangst, Trennungsangst, das Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätssyndrom, Suchterkrankungen, niedrige Intelligenz oder Störungen des Sozialverhaltens u. a. An diesen Störungen im kinder- und jugendpsychiatrischen Sinne sind in der Regel sowohl anlage- als auch umweltbedingte Faktoren beteiligt (vgl. Bartfeld, Holtkamp, Pfannschmidt, Rößmann, Scheuer, Sipal & Vasen, 2008, S. 299 f.).

In besonderer Weise scheinen Kinder und Jugendliche mit einem Migrationshintergrund von der Gefahr betroffen zu sein, schulvermeidendes Verhalten zu entwickeln. Hier wirken viele allgemeine Risikofaktoren in besonderer Ausprägung (Hintz, Grosche & Grünke, 2009, S. 54 ff.):

- Mangelnde Gesundheitsversorgung, die durch verschiedene Ursachen bedingt ist (beengte Wohnverhältnisse, die Mentalität, Probleme eher selbst zu lösen u. a.).
- Übergangsproblematiken, insbesondere durch die Unterschiede zwischen der schulischen und der familiären Lebenswelt.
- Arbeitslosigkeit, Armut und soziale Randständigkeit (schulische Leistungsanforderungen werden eher als Bedrohung, weniger als Chance gewertet; Fehlen von Rollenbildern).
- Diskriminierung durch starke Assimilationserwartungen der Mehrheitsbevölkerung und durch die Schule als Institution, die stark durch die soziale Mittelschicht geprägt ist.
- Dysfunktionales Erziehungsverhalten und mangelnde häusliche Unterstützung, z. B. durch Gewalttätigkeit, das Bestreben der Eltern, kulturelle Werte und Traditionen zu erhalten, exzessiven Medienkonsum, frühe Beteiligung der Kinder an Arbeiten zur Steigerung des Familieneinkommens.
- Unzureichende Berücksichtigung pädagogischer Bedürfnisse in der Schule, bspw. mangelnde sprachliche Förderung oder Lernbeispiele, die der Lebenswelt von Schülern mit Migrationshintergrund weitgehend fremd sind.
- Psychische Auffälligkeiten sind aufgrund der psychosozialen Belastungen bei jungen Migranten häufiger. Zugleich nehmen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund seltener gezielte Hilfen in Anspruch.
- Unzureichende Schulleistungen lassen Spaß und Freude am Unterricht häufig nicht aufkommen.
- Infolge dieser Risikofaktoren erleben sich viele Schüler mit Migrationshintergrund als relativ perspektivenlos. Sie

erwarten nicht, dass sie ihre soziale Situation eigeninitiativ durch Bildung längerfristig und nachhaltig verbessern können.

- Schulvermeidendes Verhalten kann – insbesondere bei Jugendlichen mit Migrationshintergrund – durch schulabsente Peers gefördert werden.

Schulvermeidendes Verhalten wirkt sich seinerseits umfassend und gravierend entwicklungsgefährdend auf die Lebensqualität und auf die längerfristigen Lebensperspektiven der Betroffenen aus und verstärkt kurz-, mittel- und langfristig ihre psychosoziale Notlage. Dem widerspricht nicht die Beobachtung, dass nicht wenige Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten das Fernbleiben von der Schule durchaus vorübergehend als entlastend erleben können – etwa, weil sie in der Schulzeit anderen, als angenehmer erlebten Beschäftigungen nachgehen und weil sie unangenehme, z. B. angstbesetzte Situationen in der Schule vermeiden können.

Im Umgang mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen fehlt es Lehrern in der Regel nicht nur an Handlungsstrategien und Möglichkeiten der pädagogischen Einwirkung, sondern nach Ausweis einschlägiger Studien (Weber, 2011) auch an grundlegendem Wissen über Formen, Bedingungen der Entstehung schulvermeidenden Verhaltens und Möglichkeiten pädagogischer Prävention und Intervention in schulischen Zusammenhängen. Inzwischen liegen einige Programme zur Prävention und zur frühen Intervention bei Schulabsentismus vor, deren Wirksamkeit allerdings oftmals lediglich postuliert wird. Fundierte wissenschaftliche Evaluationsstudien fehlen meist (Hillenbrand, 2009, S. 169). Dass in den Schulen erfahrungsgemäß selbst die wenigen Handlungsansätze selten umgesetzt werden, die sich als wirksam erwiesen haben (Wagner, 2009, S. 132), ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass erfahrungsgemäß lediglich wenige Schulen hier einen Schwerpunkt ihrer Arbeit erkennen.

Wenn schulvermeidendes Verhalten zudem auf eine – meist noch nicht diagnostizierte oder den Lehrern nicht bekannte – psychische Erkrankung zurückzuführen ist, sind die Handlungsmöglichkeiten der Schule oftmals sehr begrenzt. Wirksame pädagogische Hilfe ist häufig an eine enge Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten, insbesondere mit behandelnden Ärzten bzw. Psychotherapeuten gebunden.

Mediziner gehen davon aus, dass nahezu die Hälfte der Schüler mit schulvermeidendem Verhalten kinder- und jugendpsychiatrisch behandlungsbedürftig ist (Frey, 2008, S. 152; Hebebrand, 2009). Oftmals nehmen sie diese Hilfen jedoch nicht in Anspruch – unter anderem auch, weil die Hilfen nicht ausreichend niederschwellig verfügbar sind (ebd., 2009). Wie zuvor bereits einschlägige sozialpädagogische Initiativen (Deutsches Jugendinstitut, 2004), so ziehen daraus inzwischen auch viele Kliniken den Schluss, dass eine niederschwelligere, ggf. sogar aufsuchende Arbeit dem spezifischen Hilfebedarf dieser Klientel am ehesten entsprechen kann. Auch das Essener Schulvermeider-Projekt ist weitgehend an dem Prinzip aufsuchender Arbeit orientiert. Dies wird insbesondere in den Modulen „Familienberatung“ und „Schulische Beratung“ (Wertgen, 2011a) des Schulvermeider-Manuals deutlich (Beschreibung weiter unten).

Probleme von Kindern und Jugendlichen in und mit der Schule zählen sowohl bei psychisch als auch bei psychosomatisch erkrankten Schülern zu den mit Abstand am häufigsten genannten Gründen für einen stationären Klinikaufenthalt (vgl. exemplarisch die veröffentlichte Schülerstatistik einer Schule für Kranke in Gobiet & Rotthaus, 2007, S. 54 ff.). Dass Kinder und Jugendliche schulische Probleme als drängend und existenziell bedeutsam erleben, machen auch die Selbstaussagen der betroffenen Schüler deutlich (Knopp & Napp, 1995, S. 91; Knopp & Napp, 1997, S. 59 ff., S. 128; Knopp & Heubach, 1999, S. 128 ff.). Hier erscheint die Schule als einer der zentralen Lebensbereiche von Kindern und Jugendlichen und als ein Ort, an dem persönliche Problemlagen offenbar werden und krisenhafte Lebenssituationen kumulieren können. Zwar erleben Schüler in vielen Fällen zunächst ihre Lehrer, Mitschüler oder im Allgemeinen die Schule als Ursache ihrer Probleme. In der Rückschau gelingt es ihnen erfahrungsgemäß jedoch häufig, diese Bewertungen umso stärker zu relativieren, je intensiver sie in der Rückschau ihre eigenen Anteile an Konflikten bzw. Ursachen in ihrer allgemeinen bzw. krankheitsbedingt erschwerten Lebenssituation in und mit der Schule sowie an der Distanzierung von der Institution, von Mitschülern und Lehrern erkennen und akzeptieren können.

Auch nach Ausweis der Literatur und nach den Erfahrungen aus dem Essener Schulvermeider-Projekt wirkt die Schule nur äußerst selten als alleinige Ursache für schulvermeidendes Verhalten. Vielmehr konfrontiert die Schule Kinder und Jugendliche sowie deren Familien mit spezifischen Verhaltens- und Leistungserwartungen, die offenbar nur schwer zu erfüllen sind, wenn das soziale Umfeld, insbesondere die Familie und die Peer Group, die Schüler wenig unterstützen oder sie gar belasten und es ihnen – meist indirekt – massiv erschweren, schulischen Anforderungen erfolgreich zu entsprechen.

## **Nicht zuletzt dieses Wissen um die eigene soziale Randständigkeit kann ursächlich für eine Distanzierung von schulischem Lernen und von der Schule sein.**

Schulische Probleme sind neben weiteren Gründen ursächlich für das Phänomen, dass inzwischen rund ein Drittel der Schüler nach dem Besuch der Schule für Kranke nicht wieder in ihre bisherige Stammschule zurückkehrt (Oelsner & Reichle, 2008).

So unterschiedlich die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten ist und so sehr ihre pädagogische Bedürfnislage differiert, so groß ist das Spektrum pädagogischen Handelns durch die Lehrer und die Schule. Schüler mit oppositionell-dissozialem Verhalten, die die Schule schwänzen, provozieren v. a. ein Sanktionsverhalten während Schüler, die häufig aufgrund von Krankheit durch die Eltern entschuldigt fehlen oder sogar ein ärztliches Attest vorlegen können, bei Lehrern nicht selten Rat-

losigkeit oder Mitleid hervorrufen. Wenn Schüler z. B. durch ihre Eltern vom Schulbesuch zurückgehalten werden, weil diese sich, evtl. da sie psychisch belastet oder krank sind, die häusliche Anwesenheit ihres Kinds auch während der Schul- und Unterrichtszeit wünschen und sie das Fehlen ihres Kinds entschuldigen, ergreifen viele Schulen zunächst nur selten offensiv Gegenmaßnahmen, insbesondere nicht in den Fällen, in denen ein Schüler wiederholt für kürzere Zeiträume in der Schule fehlt.

Nicht wenige Kinder und Jugendliche, die mit Wissen und in der Regel auch mit Billigung ihrer Erziehungsberechtigten fehlen, bleiben der Schule jedoch aufgrund von Beschwerden fern, die oftmals keine medizinische Ursache zu haben scheinen und die charakteristischerweise im Zusammenhang mit dem Schulbesuch auftreten. Die dem schulvermeidenden Verhalten und den angegebenen Beschwerden mit psychosomatischer Ursache zugrunde liegende psychische Problematik bleibt lange Zeit unentdeckt und – selbst wenn enge Bezugspersonen eine einschlägige Vermutung haben sollten – noch häufiger unbehandelt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn eine psychosoziale Multiproblemlage und zahlreiche Belastungen verhindern, dass eine Familie sich wirkungsvoll Hilfe organisiert. Die Reaktionsmöglichkeiten der Schule sind hier erfahrungsgemäß begrenzt. Selbst wenn die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit eines Schülers eindeutig festgestellt worden ist, sehen Lehrer selten originär schulischen Handlungsbedarf. Sie zeigen oft eine Haltung, nach der der betroffene Schüler zunächst einmal eine Therapie machen und gesund werden sollte. Dem kann die Perspektive zugrunde liegen, dass die Behandlung einer Erkrankung in den Zuständigkeitsbereich der Medizin fällt und Pädagogik hierzu nichts Originäres beizutragen habe. Auch stark voneinander abgegrenzte institutionelle Zuständigkeitsbereiche der Medizin und der Pädagogik, unterschiedliche Zugangs- und Handlungsweisen von Lehrern und Ärzten stellen in der Praxis oftmals Probleme bei der interdisziplinären und interinstitutionellen Kooperation dar (Huß, 2007; Wertgen, 2010).

Nicht zuletzt erscheint Schulabsentismus psychisch kranker Schüler aus dem Blickwinkel der Schule und der beteiligten Psychotherapeuten auch als ein gesellschaftliches Problem, das daher Anstrengungen fordert, die über Möglichkeiten schulisch-therapeutischer Prävention und Intervention hinausgehen. So erscheint Schulabsentismus auch als Folge und als Ausdruck sozialer und schulischer Benachteiligung, die sich oftmals nach der Beendigung der Schulpflicht, v. a. beim Übergang in den Beruf, fortsetzt (Christe, 2009, S. 79). Selbst Jugendliche, die mit einem Hauptschulabschluss von der Schule abgehen, haben oftmals nur geringe Chancen auf einen Ausbildungsplatz (ebd., S. 81). Erfahrungsgemäß machen sich hier die wenigsten Jugendlichen, insbesondere Hauptschüler, Illusionen. Nicht zuletzt dieses Wissen um die eigene soziale Randständigkeit kann ursächlich für eine Distanzierung von schulischem Lernen und von der Schule sein. Schließlich erweisen sich auch die gut gemeinten Maßnahmen für Jugendliche, die nach der Beendigung der Schule einige Zeit in einer Einrichtung des schulischen Übergangssystems verbringen, als wenig zielführend. Christe gelangt zu dem Schluss, dass die Ausweitung des Über-

gangssysteme „für Jugendliche eine drastische Erhöhung der Unsicherheit und die Gefahr [bedeute], bereits beim Start ins Berufsleben zu scheitern. Die Wahrscheinlichkeit, bereits nach einmaligem Durchlaufen einer Maßnahme einen Ausbildungsplatz zu erhalten, ist äußerst gering. Viele marktbenachteiligte Jugendliche werden zudem durch Angebote, die nicht zu einem anerkannten Abschluss führen, wie ‚Lernbeeinträchtigte‘ behandelt, was für ihr Selbstbewusstsein und ihre Motivation nicht förderlich ist“ (ebd., S. 82). Zugleich hat der Druck auf die Schulabgänger, eine abgeschlossene Berufsausbildung beim Eintritt in das Berufsleben nachweisen zu müssen, in den letzten Jahren deutlich zugenommen. „Im Jahr 2010 werden, so die Prognosen, nur noch gut 15 Prozent der Erwerbstätigen Hilfstätigkeiten verrichten und der Bedarf an Erwerbstätigen ohne Berufsausbildung wird im Jahr 2015 in Westdeutschland nur noch etwa zwölf Prozent betragen“ (ebd., 2009, S. 75).

In diesen Entwicklungen erkennt der Autor zwei gegenläufige Tendenzen: „Während Bildung und Ausbildung für alle angesichts der Entwicklungen auf dem Arbeitsmarkt und in der Gesellschaft immer wichtiger werden, führen die Arbeitsmarktreformen in eine andere Richtung“ (ebd., S. 86). Diese Diskrepanz zwischen dem gesellschaftlichen Erwartungsdruck, erwerbstätig zu sein, und das Sozialsystem der Gesellschaft möglichst nicht in Anspruch zu nehmen sowie den Verhältnissen auf dem Arbeitsmarkt trägt einen anomischen Charakter. Jugendliche und junge Erwachsene sehen sich mit Erwartungen konfrontiert, denen sie oftmals nicht entsprechen können – u. a., weil sie sich von vornherein als chancenlos erleben (ebd.). Die Ursachen für Schulabsentismus sind nach Ausweis von Erfahrungen und Untersuchungsergebnissen wesentlich arbeitsmarktpolitisch bedingt.

### **Pädagogik bei Krankheit im interdisziplinären Kontext: Das Essener Schulvermeider- Projekt**

Im Anschluss an einen allgemeinen Überblick über das Essener Schulvermeider-Projekt werden im Folgenden die Module des an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universität Duisburg-Essen und der Ruhrlandschule, Städt. Schule für Kranke, in Essen entwickelten Schulvermeider-Manuals vorgestellt.

#### **Das Essener Schulvermeider- Projekt**

Initiativen zur Intervention bei schulmeidendem Verhalten sind im Rahmen vielfältiger, meist regional begrenzter Angebote mit überwiegend sozialpädagogischem Schwerpunkt zu finden (Deutsches Jugendinstitut 2004). Diese üblicherweise bereits sehr niederschweligen Angebote richten sich jedoch in der Regel nicht an die vergleichsweise große Gruppe schulvermeidender Kinder und Jugendlicher mit einem psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf, die häufig selbst die medizinischen Behandlungsangebote nicht oder nur sehr zögerlich, unregelmäßig und häufig mit geringer Motivation in Anspruch nehmen.

Das „Med in.NRW“- Projekt schafft darüber hinaus erstmals konsequent einen strukturellen Rahmen zur interdisziplinären und interinstitutionellen Zusammenarbeit. Ein Ziel des

Projekts ist die Übertragbarkeit des erarbeiteten Vorgehens auf andere Kommunen (Hebebrand, 2009). Dazu haben die Projektmitarbeiter ein Manual erstellt, in dem die zuvor erprobten und evaluierten modularisierten Interventionen prozessorientiert und konkret beschrieben werden (Wertgen & Reissner, 2011). Vermutlich wird die Übertragung des Vorgehens umso leichter gelingen, je größer die strukturellen Übereinstimmungen mit den Rahmenbedingungen des Projekts sind. Daher werden Schulen für Kranke, die an eine Psychiatrie angegliedert sind, in der die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten einen Schwerpunkt bildet, die pädagogischen Module voraussichtlich am ehesten im Verbund mit den anderen geschilderten modularisierten Hilfsangeboten realisieren können. Lehrer anderer Schulformen, die mit schulvermeidendem Verhalten konfrontiert sind, könnten dem Manual,

### **Die Ursachen für Schulabsentismus sind nach Ausweis von Erfahrungen und Untersuchungsergebnissen wesentlich arbeitsmarktpolitisch bedingt.**

insbesondere den pädagogischen Modulen, einzelne Handlungsanregungen entnehmen und diese im Rahmen der Möglichkeiten realisieren.

Die Beratungs- und Behandlungsangebote sind bewusst niederschwellig konzipiert um insbesondere jene Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien zu erreichen, die z. T. über längere Zeiträume hinweg keine einschlägige Hilfe in Anspruch genommen haben und die sich ansonsten keiner psychiatrischen Diagnostik unterziehen würden.

Die Zielgruppe des Projekts sind u. a. Kinder und Jugendliche mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Behandlungsbedarf, die schulmeidendes Verhalten zeigen. Schüler mit dieser Problematik werden bereits seit längerer Zeit an mehreren Schulstandorten der Ruhrlandschule unterrichtet, so beispielsweise im Rahmen des Sonderunterrichts (Frey, 2008, S. 140 ff.) sowie in Tageskliniken der Essener Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters in Essen-Altenessen (ebd., S. 144 f.) und in Essen-Werden (ebd., S. 142 ff.; Bartfeld et al., 2008). Die betroffenen Kinder und ihre Erziehungsberechtigten nehmen das Beratungsangebot nicht selten aus dem Druck heraus wahr, aktiv zu werden (infolge von Bußgeldverfahren u. a.), oftmals aber auch aus eigener Initiative.

Viele Betroffene scheuen erfahrungsgemäß die Kontaktaufnahme zu niedergelassenen Psychotherapeuten, erst recht zu psychiatrischen Kliniken. Hier spielen sowohl negative Klischees der Institution als auch die Angst vor Fremd- und Selbststigmatisierung eine entscheidende Rolle. Mit der Absicht, ein niederschwelliges, an sich möglichst wenig vorbelastetes Beratungsangebot zu schaffen, ist im Rahmen des Essener Schulvermeider- Projekts die „Beratungsstelle für schulvermeidendes Verhalten“ (BSV) eingerichtet worden. Die interdisziplinär besetzte Beratungsstelle für schul-

vermeidendes Verhalten besteht in den Räumen der Ruhrlandschule, Städtische Schule für Kranke, in Essen. Hier arbeitet ein Team aus Krankenpflegepersonal, Psychologen, Psychiatern, Mitarbeitern des Jugendamts und Lehrern der Schule für Kranke. Die Stelle ist an zwei Nachmittagen in der Woche geöffnet. Die Beratungsstelle für schulvermeidendes Verhalten arbeitet im Sinne einer Clearingstelle, die im Rahmen eines einmaligen Beratungsgesprächs ein Screening durchführt. Das Ziel des Screening ist es, zeitnah und niederschwellig zu ermitteln, welche Grundproblematik ursächlich für schulvermeidendes Verhalten ist.

Im Rahmen des Screeninggesprächs werden Informationen erhoben, die die Einschätzung erleichtern sollen, welche primäre Problematik dem schulvermeidenden Verhalten zugrunde liegt. In Orientierung an den in der Literatur genannten Hauptursachen wird zwischen einer psychischen Problematik, einem Unterstützungsbedarf im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe und einer vorwiegend schulischen Problematik unterschieden. Wird durch den anwesenden Arzt bzw. Psychologen ein psychiatrischer Behandlungsbedarf festgestellt, empfehlen die Berater die Kontaktaufnahme zur weiteren Abklärung in der Schulverweigerer-Ambulanz der Rheinischen Kliniken Essen bzw. in einer Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Wird ein sozialpädagogischer Hilfebedarf im Sinne der Kinder- und Jugendhilfe festgestellt, wird den Eltern eine entsprechende Kontaktaufnahme empfohlen. Im Falle eines rein schulischen Problems (z. B. bei Konflikten mit den Lehrern oder mit Mitschülern) werden die Klienten an die örtliche schulppsychologische Beratungsstelle verwiesen. Erfahrungsgemäß besteht in einem großen Teil der bisherigen Beratungsfälle eine Problematik im Sinne psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit oder im Sinne eines kinder- und jugendpsychiatrischen Hilfebedarfs, oftmals auch eine Mischproblematik. Eine rein schulische Ursache liegt hingegen nur selten vor.

Auf der Grundlage der Informationen aus dem Screening und dem explorierenden Gespräch diskutiert das Beratersteam während einer kurzen Unterbrechung der Beratung in Abwesenheit des Schülers und seiner Begleiter. Sie teilen ihre Einschätzung daraufhin den Klienten mit und sprechen aus ihrer Sicht eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen aus. Ihre Einschätzungen und Empfehlungen begründen sie ausführlich und gehen in diesem Zusammenhang auf die Fragen der Klienten ein. Angesichts der Komplexität der Problemlagen erweisen sich sowohl die gemeinsame Beurteilung des Einzelfalls als auch die anschließende Beratung mit dem Klienten durch ein interdisziplinäres Team als sehr vorteilhaft. Der Schüler und seine Begleiter haben hier unterschiedliche Ansprechpartner je nach individuellem Bedarf. Wenn dies erforderlich ist und gewünscht wird, stellen die Berater Kontakt zu Anbietern weiterer Maßnahmen her.

### **Das Essener Schulvermeider-Manual**

Dem Essener Schulvermeider-Manual liegt der Gedanke zugrunde, dass ein vieldimensionales Phänomen wie Schulabsentismus in Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung vor allem dann erfolgreich zu behandeln ist, wenn im Sinne eines multimodalen Vorgehens ein multiprofessionelles Helfer- und Therapeutenteam planvoll –

möglichst manualbasiert – zusammen arbeitet. Im Folgenden werden die Module „Kognitive Verhaltenstherapie“, „Familienberatung“, „Schulische Beratung“ und „Sport-Coaching“ des Essener Schulvermeider-Manuals im Überblick dargestellt. Jedes Modul enthält häufig binnendifferenziert ausgearbeitete Interventionen, die je nach den im Einzelfall vorliegenden Indikationen zusammengestellt und aufeinander abgestimmt werden. Dies geschieht in interdisziplinären Fallkonferenzen auf der Grundlage einer eingehenden Fallvorstellung, in der der fallführende Therapeut die Ergebnisse der umfassenden Einzeldiagnostik referiert. Im Rahmen von Verlaufs- sowie – je nach Bedarf – von „Minikonferenzen“ werden im zeitlichen Verlauf die Interventionen wiederholt aufeinander abgestimmt und im Hinblick auf ihren Erfolg bewertet. Auch das vorübergehende oder vollständige Aussetzen einer Intervention oder das Hinzuziehen einer weiteren Intervention können hier beschlossen werden. Die Effekte der multimodalen Interventionen nach Maßgabe der Module des Essener Schulvermeider-Manuals werden einer umfassenden Evaluation unterzogen, die voraussichtlich gegen Ende 2012 abgeschlossen sein wird (Wertgen & Reissner, 2011). Dazu wird ein Vergleich zwischen der nach dem Manual behandelten Kinder und Jugendlichen zu einer Gruppe schulabsenter Kinder und Jugendlicher gezogen, die in der Essener Schulvermeider-Ambulanz wie üblich behandelt worden sind. Das Essener Schulvermeider-Manual wird voraussichtlich Ende 2012 veröffentlicht (Reissner & Hebebrand, 2012).

Eine Besonderheit des Manuals ist die Interdisziplinarität der Module – beteiligt sind hier die Psychiatrie bzw. Psychotherapeutische Praxen, die Ruhrlandschule, die Städtische Schule für Kranke in Essen bzw. die jeweilige Stammschule, die Erziehungsberatung, das Jugendamt, die Schulberatung, ggf. auch die Schulaufsicht und die interdisziplinäre und interinstitutionelle Vernetzung des manualbasierten Vorgehens. Hier arbeiten Angehörige pädagogischer, psychologischer bzw. psychotherapeutischer, psychiatrischer, sozialarbeiterischer und pflegerischer Berufe je nach den Erfordernissen des Einzelfalls zusammen. Ein weiteres besonderes Merkmal ist die große Bandbreite der hier berücksichtigten, mit schulvermeidendem Verhalten oftmals assoziierten psychischen Erkrankungen.

### **Kognitive Verhaltenstherapie**

Interventionen aus diesem Modul werden allen Kindern und Jugendlichen angeboten, die manualbasiert therapiert werden. Der fallführende Therapeut führt zunächst einen Teil der psychologischen Diagnostik durch und fasst alle relevanten Diagnosedaten in standardisierter Form wie folgt zusammen:

- Informationen über den Vorstellungskontext und -anlass sowie über das Anliegen des Patienten sowie der Eltern und ggf. einer dritten Person
- Informationen zum Umgang zwischen dem Kind und seiner Begleitung (meist der Eltern) während der ersten Kontakte in der Klinik
- Sozialpsychiatrische Anamnese und medizinische bzw. psychopathologische Befunde
- Angaben zur familiären Situation (z. B. zum sozialen Status der Eltern, zum Familienstand etc.)

- Rekonstruktion der Schullaufbahn und möglicher Auffälligkeiten
- Diagnosen entsprechend der Achsen der ICD-10: psychiatrische Diagnosen, umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenz, körperliche Symptomatik, abnorme psychosoziale Umstände, psychosoziales Funktionsniveau (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 1993)
- Diagnose des Syndroms: Handelt es sich um Leistungs- bzw. Prüfungsängste, soziale Ängste, Trennungsängste, ein depressives Syndrom oder oppositionelles Verhalten bzw. eine Störung des Sozialverhaltens?
- Welche Pläne (Annäherungs- bzw. Vermeidungspläne oder Pläne, deren Motive durch schulvermeidendes Verhalten befriedigt werden) liegen dem Verhalten des Patienten ggf. zugrunde und welche Motive (Lustgewinn, Nähe, Selbsterwerterhöhung, Kontrolle) werden durch das schulvermeidende Verhalten befriedigt?
- Welche Folgerungen lassen sich daraus für die Gestaltung der Beziehung zu dem Patienten ableiten?
- Auf einer Makroebene werden die Faktoren beschrieben, die schulvermeidendes Verhalten bedingen und stabilisieren: familiäre Faktoren, die Schule und die Mitschüler, intrapsychisch- kognitive Haltungen und Prozesse (Schemata, Pläne u. a.) sowie Einflüsse aus der Freizeit, von gleichaltrigen Bezugspersonen oder Partnern.
- In Verbindung und Ergänzung zu der Analyse auf der Makroebene wählt der federführende Therapeut eine typische Alltagsszene aus, in der die Schulabsentismusproblematik des Patienten deutlich wird. Diese zuvor mit dem Patienten ausführlich explorierte Szene wird beschrieben und hinsichtlich der kognitiven, emotionalen, physiologischen und motorischen bzw. sich im Verhalten äußernden Reaktionen analysiert. Dabei ist von Bedeutung, wie der Patient die Szene erlebt und bewertet und welche Konsequenzen das schulvermeidende Verhalten für ihn hat.
- Ergänzt werden diese Informationen durch ein gemeinsam mit dem Patienten erarbeitetes Störungs- und Lösungsmodell.
- In der interdisziplinären Fallkonferenz wird anschließend entschieden, welche Module des Schulvermeider-Manuals zum Einsatz kommen und welche Ziele der Arbeit mit dem Patienten bzw. Schüler kurz- und langfristig zugrunde liegen sollen.

Im Rahmen der wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen stellt der fallführende Therapeut seinen Patienten dem interdisziplinären Helfer- und Therapeutenteam vor. Auf der Grundlage dieser Vorstellung entwickelt das Team ein erstes Verständnis des Falls, das durch Rückfragen und gemeinsame Beratung vervollständigt wird. In diesem Zusammenhang berät das Team bereits über den individuellen Hilfebedarf des Patienten. Ausgehend davon wird gemeinsam entschieden, welche Module des Manuals und welche Interventionen gemäß der Module zu dem Modul „Kognitive Verhaltenstherapie“ hinzugezogen werden. Das Team entwickelt einen detaillierten Hilfe- und Therapieplan, der kind-, familien- und schulzentrierte Interventionen in zeitlicher Abfolge gemäß eines Stufenplans sowie konkrete Behandlungs- und Interventionsziele enthält. Den Erkenntnissen über den Fall und aktuellen Ereignissen und Perspektiven entsprechend wird

dieser Plan fortlaufend angepasst. Dies geschieht im Rahmen der bereits erwähnten Verlaufs- bzw. Minikonferenzen. Die Mitglieder des Teams stehen auch außerhalb dieser regelmäßig stattfindenden Besprechungen in engem Austausch miteinander. Der fallführende Therapeut wird fortlaufend über alle relevanten Interventionen und deren Ergebnisse von den Vertretern der beteiligten Module informiert. Aus diesen Informationen kann er Schlüsse ziehen, die Eingang in das weitere therapeutische Vorgehen finden und dem Schüler und seinem sozialen System Geschlossenheit und Konsequenz signalisieren. Erfahrungsgemäß kann insbesondere diese enge Abstimmung die Effektivität des gemeinsamen Vorgehens wirkungsvoll erhöhen.

Für die psychotherapeutische Arbeit hat die Unterscheidung zwischen den schulvermeidendem Verhalten zugrunde liegenden internalisierenden und externalisierenden Störungen eine zentrale Bedeutung. Die Psychotherapie kann als Einzel- oder als Gruppentherapie erfolgen. In vielen Fällen finden zunächst einige Einzeltherapiesitzungen statt, ehe der Patient an der Gruppentherapie teilnimmt. Bei internalisierenden Störungen wie sozialen Fertigungsdefiziten, Unsicherheiten, Ängsten oder Phobien, die mit schulvermeidendem Verhalten einher gehen können, sind u. a. der Abbau von Ängsten und der Aufbau angemessener sozialer Bewältigungsstrategien wesentliche Ziele des therapeutischen Vorgehens. Die Interventionen des Moduls „Kognitive Verhaltenstherapie“ berücksichtigen bewährte Elemente aus einschlägigen Therapiemanualen.

Im Unterschied zu internalisierenden Störungen ist Schulabsentismus bei externalisierenden Störungen nicht primär emotional bedingt. Dissozial-oppositionelle Verhaltensweisen können mit einem Aufmerksamkeitsdefizit- bzw. Hyperaktivitätssyndrom zusammenhängen bzw. auf soziale Fertigungsdefizite und Defizite in der Selbststeuerung zurückzuführen sein. Therapeutische Ziele sind hier die Förderung der Selbststeuerung und der sozialen Kompetenz sowie die Vermittlung von Strategien als Alternativen zu sozial problematischen und dysfunktionalen Verhaltensweisen. Bei Bedarf kann die Kognitive Verhaltenstherapie durch eine medikamentöse Behandlung begleitet werden. Mögliche Indikationen wären bsp. eine stark ausgeprägte depressive oder eine Angstsymptomatik, die verhindert, dass ein Patient von psychotherapeutischen Angeboten profitieren kann.

### **Familienberatung**

In den allgemeinen Lebensverhältnissen des familiären Bezugssystems, konkret in der Interaktion zwischen Erwachsenen und Kindern bzw. Heranwachsenden sind oftmals Ursachen für das Auftreten und die Stabilisierung schulvermeidendes Verhaltens zu finden. Häufig sind dysfunktionale familiäre Strukturen und Interaktionen zu beobachten, z. B. eine unzureichend ausgeprägte Bindung zwischen dem Kind und seinen Erziehungsberechtigten, insbesondere dysfunktionales Erziehungsverhalten, das gekennzeichnet ist durch ein gering ausgeprägtes oder ein fehlendes Interesse für die schulischen Belange des Kinds, mangelnde elterliche Kontrolle und symbiotische Eltern-Kind-Beziehungen, in denen die Grenzen zwischen Kind und Erwachsenen ver-

wischt oder nahezu aufgelöst sind und in denen Erwachsene ihre Erziehungsfunktion nicht wirkungsvoll zu erfüllen vermögen.

In Abhängigkeit von der Ausprägung schulvermeidenden Verhaltens werden die Erziehungsberechtigten durch den Familienberater zur Ausübung stärkerer und effektiverer elterlicher Kontrolle angehalten. Häufig ist auch eine Klärung der Rollen im familiären Bezugssystem erforderlich. Eine effektive Veränderungsarbeit fordert grundsätzlich die Bereitschaft der beteiligten Familienmitglieder, Beziehungen konstruktiv zu gestalten. In der Elterngruppe soll die Motivation der Eltern zur Veränderung des schulvermeidenden Verhaltens ihrer Kinder gefördert werden. Bei Bedarf und bei Zustimmung der Eltern und wenn möglich auch der Kinder und Jugendlichen kann zudem die Anbahnung weiterführender Maßnahmen angeregt und gefördert werden, die das Familiensystem unterstützen können.

Die Familienberatung erfolgt je nach Modul häufig vor Ort in Form von Hausbesuchen. Insbesondere in für schulvermeidendes Verhalten charakteristischen konfliktreichen Situationen – z. B. in der Zeit vor dem Schulbesuch am Morgen – hat sich ein Live-Coaching der Eltern als wirksam erwiesen. Der Familienberater leitet die Eltern dann in situ an. Häufig sind gemeinsam erarbeitete Regeln oder Strategien, etwa der Einsatz von Verhaltensmodifikationssystemen (z. B. von Punkteplänen), hilfreich, durch die eine Verhaltensänderung des Kinds bewirkt werden kann. Auch gemeinsam erstellte und abgeschlossene Verhaltensverträge können hier zum Einsatz kommen, in denen detailliert festgehalten ist, welche Erwartungen an den Schüler gestellt werden und welche Konsequenzen bei der Einhaltung und Verfehlung von Erwartungen gemäß der Absprachen eintreten werden. Bei Familien in psychosozialen Multiproblemlagen ist es erforderlich, dass die Familienberatung die Erziehungsberechtigten bereits früh zur Inanspruchnahme weiterführender Hilfen motiviert und die Familien ggf. bei der Kontaktaufnahme zum Jugendamt und bei der Beantragung sozialpädagogischer Familienhilfe unterstützt. Bei der Installation von Helfersystemen entsteht die Notwendigkeit zu fortlaufender gemeinsamer Planung und Evaluation professionellen Handelns. Dies setzt funktionierende Kommunikations- und Kooperationsstrukturen voraus. Im Rahmen des Essener Schulvermeider-Projekts ist daher frühzeitig ein Fachbeirat eingerichtet worden, dem Vertreter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, der Ruhrlandschule, der Städtischen Schule für Kranke, des Jugendamts, der Erziehungsberatungsstellen der Stadt Essen, des örtlichen Schulamts und der Essener Schulberatungsstelle angehören. Der Fachbeirat berät über grundlegende, in der Regel über strukturelle Angelegenheiten des Essener Schulvermeider-Projekts, z. B. über die Einrichtung und die Arbeit der „Beratungsstelle für schulvermeidendes Verhalten“ (siehe oben). Er schafft die strukturellen Voraussetzungen für die interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation zwischen den beteiligten Stellen im Einzelfall.

Eine Intervention des Familienberatungs-Moduls, die „Schulwegbewältigung“, kann z. B. im Zusammenhang mit der begleitenden kognitiven Verhaltenstherapie auch den Charakter einer Exposition annehmen und unterstützt die

damit verbundenen therapeutischen Ziele. Diese Intervention hat eine grundlegend andere Intention als die „Pädagogische Schulbegleitung“ im Rahmen des Moduls „Schulische Beratung“, weil sie primär sozialpädagogisch ausgerichtet ist bzw. psychotherapeutische Ziele verfolgt.

Ein weiteres Angebot, das diesem Modul zugeordnet ist, ist eine Elterngruppe, die den Eltern der schulabsenten Schüler offen steht, die an dem Essener Schulvermeider-Projekt teilnehmen. Der gegenwärtigen Zielsetzung entsprechend sollen die Eltern hier die Gelegenheit nutzen können, durch Psychoedukation das schulvermeidende Verhalten ihrer Kinder besser verstehen und angemessener darauf reagieren zu können. Obgleich die Identifikation von Problemsituationen im Zusammenhang mit dem schulvermeidenden Verhalten ihrer Kinder ein Ziel der Arbeit ist, sollen die Eltern auch dazu angeregt werden, sich die Stärken ihrer Kinder zu vergegenwärtigen. Erfahrungsgemäß können unzureichende Absprachen in der Familie und wenig konsequentes Erziehungsverhalten der Eltern dazu beitragen, dass erzieherisches Handeln nur wenig Erfolg zeigt. Nicht selten benötigen Eltern auch grundlegende Beratung und Unterstützung bei der Erziehung – etwa Hilfestellungen oder Modelle, wie sie auf das Verhalten ihres Kinds wirkungsvoll Einfluss nehmen können. In Rollenspielen haben die Eltern die Gelegenheit, sich in der Eltern-, ggf. auch in der Kinderrolle zu erleben und sich den Kommunikations- und Interaktionsprozessen verstehend anzunähern, die sie im Alltag als belastend und dysfunktional erleben. In diesem geschützten Rahmen können sie ein alternatives, funktionaleres Erziehungsverhalten erproben und einüben sowie ihre Einsicht in Funktionen und Zusammenhänge schulvermeidenden Verhaltens im sozialen Kontext durch Information vertiefen. Da schulvermeidendes Verhalten hartnäckig und seine Behandlung langwierig sein kann, ist es erforderlich, mit den Eltern zu erörtern, wie sie erneut auftretendem Schulabsentismus vorbeugen können und welche Handlungsmöglichkeiten ihnen bei auftretenden Krisen offen stehen.

Das übergreifende Ziel der Familienberatung besteht darin, die Erziehungsberechtigten und ggf. das weitere Familiensystem kurz-, mittel- und längerfristig zur Übernahme von Erziehungsverantwortung und zu selbstständigem erzieherischem Handeln anzuleiten. Ein vergleichsweise direktiv anmutendes Vorgehen – etwa in Phasen, in denen der Familienberater im Einverständnis mit den Eltern vorübergehend erzieherische Funktionen übernimmt – muss nicht im Widerspruch zu diesem Ziel stehen. Allerdings sollten die Ziele und Mittel pädagogischen Handelns fortlaufend an die Kompetenzen der Erziehungsberechtigten und an die Rahmenbedingungen des sozialen Umfelds angepasst werden. So viel Hilfe zu geben wie nötig, jedoch nicht mehr als unbedingt erforderlich, ist erfahrungsgemäß für die professionellen Akteure eine ständige Herausforderung, die eine hoch entwickelte Professionalität und die Bereitschaft zu Selbstreflexion und Flexibilität fordert.

### **Sport-Coaching**

Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten gelingt eine befriedigende Freizeitgestaltung oftmals nicht. Sie leiden z. B. unter dysfunktionalem Essverhalten



und Bewegungsmangel und können aufgrund einer depressiven Symptomatik häufig nicht die Eigeninitiative zeigen, die Voraussetzung einer konstruktiven Freizeitgestaltung ist. Angebote zu aktiver Gestaltung ihrer Freizeit, insbesondere Bewegungsangebote, haben für diese antriebschwachen Schüler oft kaum einen Reiz. Die Interventionen des Moduls „Sport-Coaching“ möchten auf der Grundlage einer positiv gestalteten Arbeitsbeziehung motivierend wirken und erste Impulse für sportliche Aktivitäten setzen. Als motivierend haben sich computergestützte Bewegungsspiele erwiesen, die insbesondere die Kinder und Jugendlichen ansprechen, die eine starke Affinität zu Computerspielen haben. Ein sehr erfolgreiches Angebot dieser Art ist das von der Firma Microsoft entwickelte Spiel „Kinect“. Die Software von Kinect kann über einen Sensor die Bewegungen eines Menschen dreidimensional erkennen, sie im Kontext eines Bewegungsspiels interpretieren und adäquat, d. h. wie ein realer Interaktionspartner über einen Monitor darauf reagieren. Weil die Bedienung einer Spielkonsole nicht mehr erforderlich ist, fordert Kinect die Spieler unmittelbar zu Spielaktivitäten heraus. Der Spieler hat v. a. durch die visuellen Reize das Gefühl, an einem Sportspiel aktiv beteiligt zu sein und durch seine Bewegungen in einem sportlichen Spielkontext Ziele erreichen zu können (Rohwetter, 2011, S. 33).

Durch das gemeinsame Spiel mit dem Sporttherapeuten kann eine vergleichsweise niederschwellige Kontaktaufnahme gut gelingen. Auch Sportangebote für Gruppen gleichaltriger Schüler mit derselben Schulabsentismus-Problematik können sich erfahrungsgemäß motivierend auswirken, insbesondere dann, wenn soziale Kommunikation und Kooperation gefordert ist. Daher werden insbesondere regelgebundene Aktivitäten in der Gruppe angeboten. Die teilnehmenden Schüler sollten auf ein selbst formuliertes Ziel hinarbeiten, das sie in der Sportgruppe gemeinsam mit anderen erreichen möchten. Am Ende der nun vorgesehenen Trainingseinheiten mit je 90-minütiger Dauer soll möglichst eine Gruppenaktivität stehen, die allen Beteiligten Erfolgserlebnisse vermittelt. An diesem Angebot, das den Abschluss des Sportprogramms bildet, nehmen auch die Kinder und Jugendlichen teil, die zwischenzeitlich neu hinzugekommen sind und die sich noch in der Eingangsphase befinden. Die Eindrücke aus den Begegnungen mit den fortgeschrittenen Teilnehmern können durch ihre Authentizität und Unmittelbarkeit motivierend wirken.

Wenn es gelungen ist, die Schüler – z. B. durch computergestützte Sportangebote – zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren, stellen sich oftmals nach recht kurzer Zeit positive Effekte ein, die die Kinder und Jugendlichen gut feststellen können und die deutlich auf sportliche Aktivitäten zurückzuführen sind: Die Schüler fühlen sich häufig psychisch und physisch wohler, erleben sich als selbstwirksam und erfolgreich und erhalten alltagsnahe Anregungen für eine aktive Freizeitgestaltung.

Die Interventionen des Sportmoduls können eine allgemeine Aktivierung und Leistungssteigerung sowie eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität bewirken, die günstige Effekte auf die Behandlungsmotivation und die Compliance der betroffenen Kinder und Jugendlichen haben und die Effekte weiterer Interventionen im Rahmen der anderen Module fördern können.

## Schulische Beratung

Das Angebot der schulischen Beratung und der pädagogischen Unterstützung, ist – wie die anderen Module des Essener Schulvermeider-Manuals auch – in Form modularisiert organisierter pädagogischer Interventionen entwickelt worden (Wertgen, 2011a). Das pädagogische Modul steht in engem inhaltlichem und organisatorischem Zusammenhang mit den zuvor vorgestellten weiteren Modulen des Manuals, insbesondere mit den Modulen „Kognitive Verhaltenstherapie“ und „Familienberatung“. Die psychotherapeutischen Interventionen können die Schüler u. a. bei der Bewältigung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensmuster unterstützen und die Angebote im Sinne der Familienberatung fördern das elterliche Erziehungsverhalten sowie weitere Funktionen des Familiensystems, die den Schulbesuch unterstützen und die Bedingungen für schulisches Lernen im Allgemeinen verbessern.

## Die psychotherapeutischen Interventionen können die Schüler bei der Bewältigung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensmuster unterstützen.

Die Interventionen des Moduls sehen ein abgestuftes Vorgehen vor. Bei umgrenzten Problemlagen, bsp. bei eindeutig zu identifizierenden und voraussichtlich mit geringem Aufwand zu bearbeitenden Ursachen für Schulabsentismus können einige wenige gezielte Interventionen Erfolg versprechend sein, die im Wesentlichen aus einer Beratung des Schülers, seiner Erziehungsberechtigten und der kollegialen Beratung der beteiligten Stammschullehrer besteht. Nach wenigen Sitzungen schließt diese Strategie mit einer ca. zweiwöchigen Phase der Nachsorge und einer Kontrolle des Erfolgs auf der Grundlage der Rückmeldungen aller Beteiligten.

Bei umfassenderen Problemlagen sind die folgenden Interventionen geplant, die oftmals bereits Teil der „Schulischen Beratung bei umgrenzten Problemlagen“ gewesen sind:

- Lernberatung
  - Schullaufbahn- und Bildungsberatung
  - Berufsberatung und Begleitung von Übergängen in schulische bzw. betriebliche Bildungsmaßnahmen
  - Beratung der Erziehungsberechtigten in mit dem Schulbesuch zusammen hängenden Erziehungsfragen
  - Beratung und Begleitung bei persönlichen bzw. sozialen Problemlagen des Schülers in bzw. mit der Schule
  - Fallbezogene Beratung der Lehrer, kollegialer Austausch.
- Viele Interventionen des Moduls „Schulische Beratung“, z. B. die Lern-, Schullaufbahn- oder Berufsberatung, können auch Teil schulischen Unterrichts sein (vgl. auch Ricking, 2009). Schulischer Unterricht hat im Rahmen des Beratungsmoduls die Form eines vorübergehenden Angebots für Schüler, deren schulischer Wiedereinstieg nach einer längeren Phase von Schulabsentismus nicht geglückt ist oder deren baldige schulische Reintegration kaum Aussichten auf Erfolg

hätte. Die Teilnahme am Förderunterricht der Ruhrlandschule (Frey, 2008) bei gleichzeitiger begleitender Fortsetzung von Psychotherapie kann darüber hinaus die Funktion einer Vorbereitung auf einen Schulwechsel und der zeitlichen Überbrückung haben. Die Schüler werden in Orientierung an ihrem individuellen, meist an ihrem sonderpädagogischen Förderbedarf in Kleingruppen in den Kernfächern und in weiteren Fächern unterrichtet. Der Beziehungsgestaltung zwischen den Schülern und dem unterrichtenden Lehrer kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Eine vertrauensvolle Lehrer-Schüler-Beziehung ist erfahrungsgemäß in vielen Fällen die Grundvoraussetzung dafür, dass Bildungs- und Erziehungsprozesse nachhaltig pädagogisch wirksam und zielführend sein können. Unterricht in der Ruhrlandschule kann u. a. Selbstwirksamkeitserfahrungen durch schulische Erfolge ermöglichen, er kann die Schüler reaktivieren, Lernprozesse anregen und vermittelt Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten eine Tagesstruktur (Wertgen, 2009; 2011b). Die Reaktivierung der Schülerrolle gibt Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit, wieder aktiv an einem zentralen Lebensbereich teilzunehmen, der sich generell normalisierend auf ihre Lebensverhältnisse auswirken kann (Schmitt, 1998; 1999).

### **Pädagogische Erfahrungen und Konsequenzen aus der Projektarbeit**

Im Rahmen des Essener Schulvermeider-Projekts ist – neben einigen kleineren Erhebungen, die sich auf Einzelfragen beziehen – nach einer manualbasierten Testphase eine Evaluation geplant, die Aufschluss darüber gibt, ob und inwiefern das manualbasierte Vorgehen zielführender bzw. effektiver ist als bisherige Behandlungsmaßnahmen in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten in der Essener Schulvermeider-Ambulanz. Unabhängig

### **Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen.**

von dieser noch ausstehenden Untersuchung liegen aus der einschlägigen pädagogischen Praxis inzwischen einige Erfahrungen vor, die im Folgenden zusammengefasst werden:

Obgleich Schulabsentismus insbesondere ein schulisches Problem ist, das durch die Pflicht zum Schulbesuch virulent wird, liegen die Ursachen dafür in der Regel nicht maßgebend bei den Schulen.

Schüler, die schulvermeidendes Verhalten zeigen, befinden sich oftmals in einer psychosozialen Krisensituation. Viele Schüler haben außerdem eine psychische Erkrankung. Häufig besteht auch eine Multiproblemlage (Wertgen & Reissner, 2011), die schulvermeidendes Verhalten stabilisieren und eine Therapie erschweren kann (vgl. ebd., 2011). Insbesondere das familiäre Umfeld, hier v. a. das elterliche

Erziehungsverhalten, kann das Zustandekommen von Schulabsentismus begünstigen und schulvermeidendes Verhalten aufrechterhalten (Weber, 2011). Nicht selten bestehen in der innerfamiliären Kommunikation Mechanismen, oft sogar Teufelskreise, die elterliches Erziehungsverhalten, das sich gegen Schulabsentismus richtet, in seiner beabsichtigten Wirkung massiv einschränken.

Die starke Rolle sozialer Bezugssysteme, v. a. der Familie und der Peer Group (Dunkake, 2007a; 2007b; Samjeske, 2007), spiegeln sich auch in den Erfahrungen wieder, die Lehrer an Schulen für Kranke im Unterricht mit Kindern und Jugendlichen machen, die schulvermeidendes Verhalten zeigen. Auch die Erfahrungen aus der Beratung der betroffenen Schüler und ihrer Bezugspersonen, z. B. im Rahmen der Essener „Beratungsstelle für schulvermeidendes Verhalten“ (Wertgen & Reissner, 2011), bestätigen die dominante Rolle des sozialen Umfelds. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, weshalb schulisches Handeln sich verstärkt auf die Prävention von Schulabsentismus, jedoch vergleichsweise wenig auf intervenierende Maßnahmen konzentriert. Während einzelne Maßnahmen einer frühen Intervention noch als eine pädagogische Aufgabe durch die Schule zu erfüllen sind (Ricking, 2005, 2007; Popp, 2009), konzentrieren sich schulpädagogische Interventionen bei länger bestehendem, bereits verfestigtem schulvermeidendem Verhalten v. a. auf alternative Beschulungsprojekte mit intensiver sozialpädagogischer Begleitung und Unterstützung (Deutsches Jugendinstitut, 2004).

Im Grunde ist es wünschenswert, dass Schulen sich, nicht zuletzt im Zuge der Inklusions-Diskussion (Werning, 2010), zunehmend verantwortlich für die Anwesenheit und aktive Teilnahme ihrer Schüler sowie für deren soziale Integration fühlen. Der politische und gesellschaftliche Druck auf die Schulen wird sich in dieser Hinsicht voraussichtlich weiterhin erhöhen. Zugleich sollten jedoch auch die Grenzen schulischen Einflusses auf Kinder und Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte realistisch eingeschätzt werden. Sicherzustellen, dass alle Kinder und Jugendlichen von schulischer Bildung und Erziehung profitieren, ist auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und eine Herausforderung, die Schulen erfolgreich bewältigen können, wenn sie über ausreichende personelle Ressourcen, z. B. durch den Einsatz von Schulsozialarbeitern, verfügen und wenn sie umfassenden Rückhalt durch außerschulische Partner erfahren.

Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation ist eine Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen.

Erfahrungsgemäß ist wirkungsvolle Unterstützung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Erkrankung und schulvermeidendem Verhalten aufgrund der Komplexität der individuellen Problemlagen erfolgreich lediglich in interdisziplinären Teams zu leisten. Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation ist – zudem, wenn sie über institutionelle Grenzen hinweg erfolgt – häufig eine große Herausforderung (Huß, 2007; Teschner, 2011; Wertgen, 2010). Die Qualität und der Erfolg der Arbeit hängen meist entscheidend von der Qualität und Effektivität der Zusammenarbeit ab. Die Erfahrungen aus dem Essener Schulvermeider-Projekt zeigen, dass eine gute Organisation

der gemeinsamen Arbeit auf einer strukturell-operationalen Ebene nicht ausreicht, sondern dass gemeinsames Handeln von einer weitgehenden inhaltlichen Übereinstimmung in der Interpretation der Lebens- und Krisensituation der einzelnen Schüler mit schulvermeidendem Verhalten ausgehen sollte. Dies setzt eine intensive und grundlegende Verständigung über Ursachen und Formen von schulvermeidendem Verhalten sowie über Möglichkeiten der Intervention voraus. Dabei ist wichtig, dass transparent wird, welchen Beitrag Angehörige unterschiedlicher Professionen zu allgemeiner Unterstützung und Begleitung, Beratung und Therapie von schulabsenten Kindern und Jugendlichen leisten können.

Darüber hinaus ist die Verständigung über den Einzelfall, das gemeinsame Fallverstehen von grundlegender Bedeutung für den Kooperationsprozess, insbesondere für die Arbeit an gemeinsamen Handlungszielen. Dies fordert der Erfahrung nach einen beträchtlichen Aufwand an Ressourcen und die Bereitschaft aller Beteiligten, sich auf die Sichtweisen der Vertreter anderer Berufsgruppen einzulassen, diese zu diskutieren und zu einer möglichst einvernehmlichen Zusammenschau zu kommen.

Pädagogische, psychiatrische, psychologische und sozial- bzw. sportpädagogische Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten im Zusammenhang mit und infolge einer psychischen Erkrankung sind in der Regel nicht punktuell wirksam, sondern sie fordern Interventionen eines multiprofessionellen Teams über längere Zeiträume hinweg.

Die Hartnäckigkeit, ja Chronizität schulvermeidenden Verhaltens fordert, dass ein multiprofessionelles Behandlungsteam über längere Zeiträume hinweg aufeinander abgestimmt zusammenarbeitet um den betroffenen Schülern wirkungsvoll bei seiner schulischen Rehabilitation und Reintegration zu unterstützen. Dieses Erfordernis gilt es nicht nur bei der Einschätzung und Planung von Ressourcen zu berücksichtigen; es sollte auch in die Erwartungshaltung der beteiligten professionellen Akteure Eingang finden. In diesem Zusammenhang ist häufig eine fallbezogene und situationsgebundene Psychoedukation erforderlich, deren Ziel es ist, Verständnis für die anhaltende Behandlungsbedürftigkeit und latente Rückfallgefährdung, generell für die hohe Vulnerabilität von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten zu wecken. Diese Schüler werden nicht als „geheilt“ aus einer stationären, teilstationären oder ambulanten Therapie entlassen, sondern sie sollen vielmehr möglichst bald wieder die Schule besuchen, um einer sich einstellenden Chronizität von Schulabsentismus vorzubeugen bzw. eine bestehende Chronizität langfristig wirkungsvoll aufzulösen. Die Therapie zielt darauf ab, die Schüler bei dem Schulbesuch zu unterstützen und bei möglichen Krisen zu intervenieren.

Die Schule ist in ihrer Rolle als Bildungs- und Erziehungsinstitution in der pädagogischen, pflegerisch-therapeutischen Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen ein notwendiger Teil des therapeutischen Prozesses. Sie hat die Funktion eines Erprobungs- und Bewährungsfelds, das den Schülern die Möglichkeit gibt, sich kontrolliert und mit Unterstützung der Herausforderung zu stellen, an schulischem Unterricht wieder regelmäßig teilzunehmen. Bei der Behandlung der betreffenden Schüler nach den Verfahren

der kognitiven Verhaltenstherapie sind enge Absprachen und ein Übereinkommen im Sinne einer Erziehungscoalition bei allen Beteiligten erforderlich, z. B. in Form von Verhaltens- und Therapieverträgen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass in ausreichendem Maße persönliche und zeitliche Ressourcen für gemeinsame Beratung und das kooperative Handeln der beteiligten professionellen Akteure bereit stehen. Vermutlich bestehen an Schulen für Kranke aufgrund ihres schulischen Auftrags und durch ihre in der Regel enge Zusammenarbeit mit den Kliniken, denen sie angegliedert sind, am ehesten die strukturellen und inhaltlichen Voraussetzungen für die Arbeit mit psychisch kranken Schülern, die schulvermeidendes Verhalten zeigen. Die Erfahrungen aus dem Essener Projekt zeigen, dass viele Schulen des Allgemeinen Schulsystems hier schnell an Grenzen stoßen, weil sie kaum über die Ressourcen für diese Arbeit verfügen.

## In der schulischen, sozialpädagogischen und psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen erfüllen eindeutige Vereinbarungen oftmals die Funktion einer Rückfallprophylaxe.

Häufig übernehmen daher die Schulen für Kranke die Funktion eines Bindeglieds zwischen den Kliniken und den Stammschulen kranker Kinder und Jugendlicher. Lehrer der Schulen für Kranke informieren Kollegen an den Stammschulen über die krankheitsbedingt besondere Lebenssituation kranker Schüler sowie über deren individuellen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarf. Sie bereiten in Absprache mit Kliniken und der Stammschule die schulische Reintegration eines Schülers vor und stehen in der Regel im Rahmen pädagogischer Nachsorge nach der Rückkehr des Schülers in seine Stammschule zur kollegialen Unterstützung, meist in Form von Beratung, zur Verfügung (Wertgen, 2009). In der schulischen, sozialpädagogischen und psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen erfüllen eindeutige Vereinbarungen oftmals die Funktion einer Rückfallprophylaxe. Gegenstände dieser Vereinbarungen können z. B. besondere Regelungen zur Unterstützung und zur Kontrolle des Schulbesuchsverhaltens in besonderen Stresssituationen, wie in Klausurphasen, bei Konflikten mit Mitschülern und Lehrern oder die Prüfung ärztlicher Atteste durch medizinisch-psychologisches Personal der behandelnden Klinik bzw. der therapeutischen Praxis sein. Diese Maßnahmen sollten für alle Beteiligten transparent sein und mit Zustimmung der Eltern, möglichst auch des Schülers, erfolgen. Die Zustimmung der Eltern ist die Voraussetzung für alle Interventionen, die mit der Weitergabe personenbezogener Informationen über den Schüler in der interdisziplinären und interinstitutionellen Zusammenarbeit verbunden sind.

Die Erfahrungen in der pädagogischen Arbeit mit schulabsenten Kindern und Jugendlichen verweisen auf die Notwendigkeit, die Schulen mit den notwendigen Ressourcen auszustatten, die eine längerfristige Kooperation über

institutionelle Grenzen hinweg fordert. Im Mittelpunkt der Wahrnehmung und der Diskussion steht bislang v. a. der psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsbedarf psychisch kranker Schüler mit schulvermeidendem Verhalten. Dementsprechend werden im Gesundheitssystem Ressourcen zur Behandlung dieser Schülergruppe bereitgestellt. Im Grunde ist es irritierend, dass die Schulen hier lediglich eine marginale Berücksichtigung erfahren. Schließlich ist Schulabsentismus ein Problem, mit dem insbesondere die Schulen konfrontiert sind und auf das sie zunächst unmittelbar mit pädagogischen Mitteln reagieren müssen – und dies häufig ohne die Unterstützung außerschulischer Partner. Dass sich eine psychiatrische Klinik dieses Problems intensiv annimmt, ist derzeit noch die Ausnahme.

Erfahrungen aus der schulischen Praxis zeigen, dass vor allem strukturierte und gezielte, niederschwellig verfügbare und frühe interventive Hilfen erforderlich sind. Die Partner in diesem Netzwerk sollten neben den Schulen v. a. Träger sozialpädagogischer Hilfsangebote sowie psychiatrischer Kliniken bzw. niedergelassene Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten sein. Weitgehend unklar ist hingegen häufig die Verteilung von Zuständigkeiten zwischen Partnern eines solchen Helfernetzwerks. Dieser Aspekt fordert einen offenen Austausch über die Ziele und die Art der Hilfsangebote und nicht zuletzt auch über das jeweilige professionelle Selbstverständnis der beteiligten Partner. So ist die Reintegration eines Schülers in eine Schule des allgemeinen Schulsystems nach einer Phase längerer Klinikbehandlung in aller Regel eine pädagogische Aufgabe. Auch die Organisation eines Schulwechsels nach einer längeren Krankheitsphase wird von den meisten Schulen für Kranke v. a. als eine pädagogische Aufgabe verstanden und wahrgenommen. Bei einem schulabsentem Schüler mit einer Angsterkrankung kann die Schulwegbegleitung hingegen Teil einer Verhaltenstherapie sein, etwa dann, wenn ein Schüler Angst hat, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Dieses Angebot fällt eindeutig in den Zuständigkeitsbereich therapeutischen Handelns und ist von einem Lehrer grundsätzlich nicht zu leisten. Da medizinische Behandlungsmaßnahmen und pflegerisches Handeln meist nur vorübergehend und durch eine akute Krankheitsphase indiziert sind, ist im Sinne der Nachhaltigkeit zu beachten, dass solche Interventionen so wenig wie möglich in bestehende Zuständigkeiten und Strukturen eingreifen. Die Aufgabe medizinisch-therapeutischen Handelns ist es also gleichsam, sich überflüssig zu machen. Daher sollten die Verantwortlichkeiten der übrigen relevanten Teilsysteme grundsätzlich durch medizinisch-therapeutische Interventionen nicht geschwächt oder gar aufgehoben werden. Diese Zurückhaltung ist im Sinne der betroffenen Kinder und Jugendlichen dringend geboten.

## Schlüsselwörter

Schulabsentismus, Essener Schulvermeider-Projekt, psychische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, Interdisziplinarität

## Summary

This article describes the group of children and youth, which are affected by school absenteeism and the condition factors,

particularly in context of mental illness. It provides an interdisciplinary approach of intervention with special modules.

## Keywords

School absenteeism, mental illness in childhood oder youth, interdisciplinarity

## Literatur

- Bartfeld, D., Holtkamp, J., Pfannschmidt, T., Rößmann, R., Scheuer, E., Sipal, S. C. & Vasen, R. (2008). *Der Vernetzungsgedanke bei der Behandlung von Schülerinnen mit psychischen Störungen am Beispiel einer Tagesklinik*. In G. Steins (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit: Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und ihre Implikationen für die allgemeinbildenden Schule* (S. 297-315), Lengerich: Pabst.
- Christe, G. (2009). *Der Übergang Schule – Beruf: Arbeitsmarkt und Dropout-Risiko bei Jugendlichen*. In H. Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 74-94), Paderborn: Schöningh.
- Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.), (2004). *Praxisprojekte im Handlungsfeld von Schulmüdigkeit und Schulverweigerung*. München
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (1993). *Klassifikation psychischer Krankheiten: Klinisch-diagnostische Leitlinien nach Kapitel V (F) der ICD-10*. Bern: Hans Huber.
- Dunkake, I. (2007a). *Schulverweigerung: Eine Folge mangelnder familialer Kontrolle?* In M. Wagner (Hrsg.), *Schulabsentismus: Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis* (S. 105-138). Weinheim: Juventa.
- Dunkake, I. (2007b). *Familie und Schulverweigerung im Rahmen der Anomietheorie: Ergebnisse der PISA-Studie 2000*. In M. Wagner (Hrsg.), *Schulabsentismus: Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis* (S. 139-176). Weinheim: Juventa.
- Frey, H. (2008). *Was ist eine Schule für Kranke?* In G. Steins (Hrsg.), *Schule trotz Krankheit: Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und Implikationen für die allgemeinbildenden Schulen* (S. 128). Lengerich: Pabst.
- Gobiet, S. & Rotthaus, R. (2007). *Wer war hier? Schüler der Alfred-Adler-Schule. Eine statistische Untersuchung*. In J. Hinne-Fischer, U. Flachskamp, C. Rittmeyer, R. Rotthaus & A. Wertgen (Hrsg.), *Schule und Klinik: Beiträge zur Pädagogik bei Krankheit* (S. 48-74). Berlin: Lit.
- Hebebrand, J. (2009). *Projekt: Integration junger Menschen in Schule und Arbeitsmarkt durch Erkennung und Behandlung psychischer Störungen*. Unveröffentlichter Antrag im Med in. NRW-Wettbewerb „Innovative Gesundheitswirtschaft NRW“. Rheinische Kliniken Essen der Universität Duisburg-Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Essen
- Hillenbrand, C. (2009). *Schulbasierte Prävention von Schulabsentismus und Dropout*. In H. Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 169-191), Paderborn: Schöningh.

- Hintz, A.-M., Grosche, M. & Grünke, M. (2009). *Schulmeidendes Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund*. In H. Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 49-73), Paderborn: Schöningh.
- Huß, M. (2007). *Kooperation im Schnittfeld von Sonderpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Verfügbar unter <http://opus.bsz-bw.de/hsrt> [01.06.2009]
- Knopp, M.-L. & Napp, K. (Hrsg.), (1995). *Wenn die Seele überläuft: Kinder und Jugendliche erleben die Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Knopp, M.-L. & Napp, K. (Hrsg.), (1997). *Reif für die Klapse? Über die Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.
- Knopp, M.-L. & Heubach, B. (Hrsg.), (1999). *Irrwege, eigene Wege: Junge Menschen erzählen von ihrem Leben nach der Psychiatrie*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Oelsner, W. & Reichle, R. (2008). *Schulwechsler nach Klinikaufenthalt*. *SchuPs. Zeitung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie*, 17, S. 26-27.
- Popp, K. (2009). *Schulische Interventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten bei Dropout-Schülern*. In Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 192-205), Paderborn: Schöningh.
- Puhr, K. (2002). *Schulpflicht und Bildungsrecht für alle Kinder und Jugendlichen: Reflexionen über Anspruch und Praxis pädagogischer Auseinandersetzung mit Kindern und Jugendlichen, die nicht mehr in der Schule lernen*. Dissertation, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Philosophische Fakultät/ Fachbereich Erziehungswissenschaften. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Aagbv%A3-0000005708> [01.07.2009]
- Reissner, V. & Hebebrand, J. (Hrsg.), (im Druck). *Manual zum ‚Essener Schulvermeider-Projekt‘* (Arbeitstitel).
- Ricking, H. (2005). *Prävention und frühe Intervention bei Schulabsentismus*. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 56 (5), S. 170-179.
- Ricking, H. (2007). *Bausteine der schulischen Prävention und frühen Intervention bei Schulabsentismus*. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 58 (2), S. 42-50.
- Ricking, H. (2009). *Konzeptionelle Förderung schulischer Anwesenheit und Partizipation*. In Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 221-233), Paderborn: Schöningh.
- Ricking, H., Schulze, G. & Wittrock, M. (Hrsg.), (2009). *Schulabsentismus und Dropout. Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention*. Paderborn: Schöningh.
- Rohwetter, M. (2011). *Die Maschine versteht dich*. *Die Zeit*, 17.11.2011, 47, S. 33.
- Samjeske, K. (2007). *Der Einfluss der Peers auf Schulverweigerung*. In M. Wagner (Hrsg.), *Schulabsentismus: Soziologische Analysen zum Einfluss von Familie, Schule und Freundeskreis* (S. 177-200). Weinheim: Juventa.
- Schmitt, F. (1998). *Schule für Kranke: Eine Institution individueller und integrativer Pädagogik*. In U. Pfeiffer, D. Knab, W. Häcker, M. Klemm & E. Böpple (Hrsg.), *Klinik macht Schule: Die ‚Schule für Kranke‘ als Brücke zwischen Klinik und Schule* (S. 184-190). Tübingen: Attempo.
- Schmitt, F. (1999). *Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler*. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 50 (4), S. 182-186.
- Teschner, H. (2011). *Schulen für Kranke an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie als pädagogische Herausforderung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit konkret. Beiträge zur pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke*. Lengerich: Papst.
- Wagner, M. (2009). *Soziologische Befunde zum Schulabsentismus und Handlungskonsequenzen*. In Ricking, G. Schulze & M. Wittrock (Hrsg.), *Schulabsentismus und Dropout: Erscheinungsformen, Erklärungsansätze, Intervention* (S. 123-136), Paderborn: Schöningh.
- Weber, P. A. (2011). *Das große NEIN zur Schule: Trennungsangst und Schulphobie – Ursachenforschung, soziale Wahrnehmung in der Schule und Maßnahmen der Intervention*. Lengerich: Papst.
- Werning, R. (2010). *Inklusion zwischen Innovation und Überforderung*. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 61 (8), S. 284-291.
- Wertgen, A. (2009a). *Wenn ein Schüler krank wird: Hinweise zur Organisation schulischen Unterrichts bei längerfristig erkrankten Schülern*. In M. Klein-Landeck & R. Fischer (Hrsg.), *Kinder in Not: Chancen und Hilfen der Montessori-Pädagogik* (S. 247-281). Berlin: Lit.
- Wertgen, A. (2010). *‚Narzissmus der kleinen Differenz‘ oder ein ‚prekäres Verhältnis‘? Zur interdisziplinären Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Schule (für Kranke)*. *Sonderpädagogische Förderung in NRW*, 48 (4), S. 9-21.
- Wertgen, A. (2011a). *Schulische Beratung bei Schulverweigerung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit konkret. Beiträge zur pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke*. Lengerich: Papst.
- Wertgen, A. (2011b). *Charakteristika des Unterrichts an der Schule für Kranke – Versuch einer Verallgemeinerung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit konkret. Beiträge zur pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke*. Lengerich: Papst.
- Wertgen, A. & Reissner, V. (2011). *Schulabsentismus und Dropout psychisch kranker Kinder und Jugendlicher: Das ‚Essener Schulvermeider-Projekt‘*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit konkret. Beiträge zur pädagogischen Praxis an Schulen für Kranke*. Lengerich: Papst.

Dipl.-Päd. Alexander Wertgen, B. A., M. A. (Phil.)  
 Im Heidkamp 22  
 40489 Düsseldorf  
 E-Mail: alexwertgen@web.de