



Kliniklehrer und ihre Schüler – Verquickungen und Verstrickungen im Netz von Pädagogik und Medizin

Dr. Martina Hoanzl

Fakultät Sonderpädagogik, PH Ludwigsburg – Universität Tübingen

0. Geleit

Klinikaufenthalte können Leben retten – nicht immer medizinisch, aber schulisch! Klinikschulen sind jene Orte, an denen diese Entwicklungs- und Lernwunder geschehen können. Denn für viele Schüler beginnt mit dem Klinikaufenthalt - und der damit einhergehenden Beschulung in der Klinikschule - erstmals eine Aussöhnung mit der eigenen kränkenden, oftmals krankmachenden und zuweilen auch gescheiterten Schulbiographie. Für wieder andere Schüler ist die Klinikschule der Ort, an dem sie Gelingendes trotz unterschiedlichster Krankheiten fortführen können. In den allermeisten Fällen ist die Klinikschule aber ein Ort bedeutsamer schulischer Gegenerfahrungen (vgl. Hüther 2009), zum Unbehagen in einem hoch selektiven Schulsystem, unter der besonders der eigene Selbstwert leidet - bei Lehrern wie bei Schülern -, wenn Lernprozesse nicht hinreichend gut gelingen. Zwei Dimensionen scheinen auf dem Weg der Gesundung von zentraler Bedeutung zu sein: Veränderte Beziehungserfahrungen, die zu veränderten Lernerfahrungen führen, und Könnenserfahrungen, die das eigene Selbstwerterleben stärken. Beides erhält in den Klinikschulen eine gesteigerte Bedeutung, die im Nachfolgenden dargestellt werden soll.

Klinikschulen sind zum Entwicklungsmotor in der deutschen Schullandschaft geworden. Sie zeigen uns in Zeiten, in denen intensiv über Inklusion diskutiert wird, wie Inklusion und individualisiertes Lernen längst gelingt und wie Netzwerke ausgebaut und im Zweifel auch umgebaut werden.

Der Kongresstitel „Das kranke Kind – aufgehoben im Netzwerk von Pädagogik und Medizin“ hat meinen Blick zunächst auf die krankmachenden Verstrickungen und erst in einem zweiten Schritt auf die gelingenden Verquickungen gelenkt. Vorweggenommen sei, dass im Focus der Betrachtungen das Zusammenspiel von Allgemeiner Schule und Klinikschule steht, und die Medizin – auch in Anbetracht der knappen Zeit – nicht den Platz finden kann, der ihr eigentlich zusteht.

1. Kranke Schüler, kranke Lehrer, kranke Schule?

Kritische Betrachtungen der Allgemeinen Schule

Kinder sind in aller Regel, bevor sie als kranke Kinder an die Klinikschule kommen, zuerst einmal Schüler der Allgemeinen Schule. Erst durch die Erkrankung verändert sich ihr Schulweg und - besonders bei psychischen Erkrankungen - häufig auch ihre Schullaufbahn (Hoanzl, Baur, Bleher, Thümmeler & Käppler. 2009). Doch bevor wir uns auf diese Veränderung einlassen, möchte ich erstens den Blick auf die allgemeine Schule und



das schulische Wohlbefinden von Lehrern und Schülern richten, um in einem zweiten Schritt das Besondere der Kliniklehrer-Schüler-Beziehung besser verstehen zu können.

Beginnen wir mit einem Blick auf die Lehrer der allgemeinen Schule. Joachim Bauer fand in seiner repräsentativen Studie zur Lehrergesundheit – die in Kooperation mit dem Freiburger Oberschulamt 2004 durchgeführt wurde - heraus, dass sich ein alarmierend großer Teil der Lehrer an Freiburger Gymnasien – konkret 35 % -in einer Burnout-Konstellation befinden. Als höchster Belastungsfaktor rangiert destruktives Schüler- verhalten – neben zu großen Schulklassen – an erster Stelle (vgl. Bauer 2004, 6). Bauer verdeutlicht jedoch, dass schwieriges Schülerverhalten kein moralisches Problem ist, „sondern Ausdruck einer besorgniserregenden Situation bei der Schülersgesundheit. Nach Angaben der von Stuttgarter Kinderärzten – unter Koordination des Stuttgarter Gesundheitsamtes – durchgeführten „Jugendgesundheitsstudie Stuttgart“ leiden 51% der dort untersuchten 2000 Kinder unter anhaltenden psychosomatischen Gesundheitsbeschwerden (vgl. Schmidt-Lachenmann et al 2000, nach Bauer 2004, 7). Bauer endet jedoch nicht mit dieser Bestandsaufnahme, sondern kommt zu dem Schluss, dass nicht neue „Standards“ die Lage in den Schulen verbessern können, sondern „ein Wandel der Einstellungen“ notwendig wird -hin zur professionellen Beziehungsgestaltung mit herausfordernden Kindern und innerhalb eines Kollegiums. Ganz im Sinne Albert Schweitzers, der einmal sagte: „Das Heil der Welt liegt nicht in neuen Maßnahmen, sondern in einer anderen Gesinnung (zitiert nach Hüther 2006, 2).“

Versucht man der Spur zu folgen und untersucht nicht direkt den Gesundheitsszustand von Schulkindern, sondern erfragt, wie viele Lehrer von der Erkrankung ihrer Schüler wissen, kommt man zu folgendem Ergebnis: In einer Lehrerbefragung an etwa 200 Schulen in Baden-Württemberg ermittelte Astrid Kimmig, zusammen mit der Gruppe „Pädagogik bei Krankheit“, dass 15 -20 % aller Schüler – nach Angabe ihrer Lehrer - an einer chronischen Erkrankung leiden (vgl Kimmig o.a.J.). Dieser bundeslandspezifische Befund wird durch eine großangelegte Studie im gesamten Bundesgebiet erweitert. Das Robert Koch Institut hat von Mai 2003 bis Mai 2006 – unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit und dem Bundesministerium für Bildung und Forschung -im Rahmen der Studie „Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“ bundesweit knapp 18.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 0 – 17 Jahren sowie deren Eltern untersucht. Auch hier lassen die Ergebnisse aufhorchen. Die KiGGS [Untersuchungsbereich: „Erkennen – Bewerten – Handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland“] belegt nämlich, dass „das körperliche und psychische Wohlbefinden sowie die generell wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität im Jugendalter – insbesondere bei Mädchen – abnimmt. Ein niedriger sozialer Status, Migrationshintergrund sowie körperliche Krankheiten und psychische Belastungen gehen mit einer verschlechterten subjektiven Gesundheit einher“ (Robert Koch Institut 2008, 11).

Wenn wir an dieser Stelle eine erste Zwischenbilanz wagen, so zeigt sich, dass sowohl die Gesundheit von Lehrern wie auch die Gesundheit von Schülern in der allgemeinen Schule enormen Belastungen ausgesetzt



ist. Mit zunehmendem Alter und geringem sozialen Status steigt die Zahl der Erkrankungen – besonders der psychischen Erkrankungen - weiter an. Dabei ist es wichtig, die Komplexität des Phänomens nicht außer Acht zu lassen. „Zahlreiche gesundheitliche Probleme lassen sich nicht auf einen Faktor oder eine Einflussgröße allein zurückführen, sondern entstehen in einem nicht unmittelbar durchschaubaren Netz von Kausalitäten“ (Robert Koch Institut 2008, 10). Deshalb differenziert das Untersuchungsinstrument der KiGGs sechs unterschiedliche Dimensionen: Das körperliche Wohlbefinden, das psychische Wohlbefinden, das Selbstwerterleben, das Wohlbefinden in der Familie, das Wohlbefinden in Bezug auf Freunde und Gleichaltrige sowie das schulische Wohlbefinden (vgl. Robert Koch Institut 2008, 12). Im Rahmen meines Vortrages möchte ich nun das „schulische Wohlbefinden“ verstärkt in den Blick nehmen und gemeinsam mit dem „Selbstwerterleben“ verknüpfen, weil beide Dimensionen auf das Engste miteinander verbunden sind.

Zum schulischen Wohlbefinden gibt es eine Reihe von Untersuchungen, die allesamt zu ähnlichen Ergebnissen kommen.

„Es gibt einen spezifischen Effekt, der sich als weitgehend unabhängig von anderen Faktoren (z.B. Schultyp, kulturelle Zugehörigkeit, Geschlecht) erweist: Wiederholt berichten Studien von einer Abnahme des Wohlbefindens im Laufe der Schuljahre. Dies zeigte sich in der Abnahme der generellen Zufriedenheit in der Schule (Eder 1995c), in einer Reduktion des Wohlbefindens (Fend 1997) und der Lernfreude (Jerusalem & Mittag 1999), und war bereits im Verlauf der ersten Schuljahre zu verzeichnen (Helmke 1993). Außerdem sagten Kinder mit zunehmender Schulerfahrung immer seltener, dass sie gerne zur Schule gingen (Werres 1996b). Ebenso war zu beobachten, dass nicht nur die positiven Gefühle, sondern auch die positiven Aussagen gegenüber der Schule im Laufe der Schuljahre abnahmen (Czerwenka, Nölle, Pause, Schlotthaus, Schmidt & Tessloff 1990). (...) Ungeklärt ist, was zu dieser Reduktion des Wohlbefindens führt (...)“ (Hascher 2004, 155).

Neben empirischen Untersuchungen zum schulischen Ursachengefüge (vgl. Walke 2007, vgl. Gerber 2007), lassen sich auch strukturelle Überlegungen anstellen, die diesen Effekt beleuchten helfen. Wenn sich Kinder gerade zu Beginn ihrer Schulzeit in der Schule wohl fühlen, treffen sie in der Grundschule auf einen Klassenlehrer – in aller Regel auf eine Klassenlehrerin –, besonders Glück haben jene Grundschüler, die auf ein Lehrerteam aus Grundschullehrerin und Grundschullehrer treffen. Es gibt also eine stabile (!), bedeutsame Bezugsgröße und nicht, wie in den weiterführenden Schulen, das Fachlehrerprinzip und damit einhergehend ständig wechselnde Bezugsgrößen. Die Chance, wie es Reinhard Kahl ausdrückt, dass zu Beginn der Schulzeit „Kinder und nicht Fächer unterrichtet werden“, wird durch das Klassenlehrerprinzip begünstigt, wenn auch nicht garantiert. Die stabile Beziehung zum Lehrer bzw. zur Lehrerin könnte demnach ein wesentlicher Wohlfühlfaktor in der Schule sein.

Zudem kommt mit zunehmenden Schuljahren ein weiterer struktureller Faktor ins Spiel, der -im österreichischen und deutschen Schulsystem -bereits am Ende der 4. Klasse seine volle Wucht entfaltet – die Selektion. Wer ins Gymnasium darf, zählt – aus Sicht der Eltern und der Gesellschaft – zu den Gewinnern. Die unteren Bildungsgänge – ob diese nun Hauptschule, Realschule oder Werkrealschule heißen oder gar zu den Sonderschulen zählen – nehmen die Schüler auf, die es nicht auf das Gymnasium



geschafft haben. Damit verbunden sind nicht nur gravierende Schullaufbahnentscheidungen, sondern auch persönliche Kränkungen und Beschämungen. Kurt Singer verdeutlicht in seinem Buch „Kränkung und Kranksein“ anschaulich, dass ein verletzter Selbstwert zu vielfältigen Erkrankungen führen kann (vgl. Singer 1997).

Ergänzt wird das Zusammenspiel von Kränkung und Kranksein durch Aussagen über die Qualität des Unterrichts. Also nicht nur die Weichenstellungen durch das System selbst, sondern auch die Art und Weise, wie im System gearbeitet wird, entscheidet über den Gesundheitszustand von Lehrern und Schülern gleichermaßen.

„Zwar sind Beschämung und Selektion noch immer zentrale Probleme in der Schule – aber um das Problem der realen Langeweile ergänzt. (...) In den fünften, siebten und neunten Klassen finden sogar zwei Drittel der Kinder und Jugendlichen den Unterricht langweilig (Bilz/Hähne/Melzer 2003 S. 252 zitiert nach Bosenius & Hellbrügge 2008, 61).“

Bosenius und Hellbrügge problematisieren auf diesen Befunden aufbauend die Not jener Schulkinder, welche Handymitschnitte über langweiligen Unterricht vermehrt ins Internet einspeisen und damit Lehrer zugleich öffentlich anprangern. „Kinder und Jugendliche reagieren damit auf ihr Empfinden, dass ihnen Lebenszeit gestohlen wird (Bosenius & Hellbrügge 2008, 61).“ Dieses Grunderleben drückt sich oft auch in einem Leistungsabfall aus, der dazu führt, dass die Schüler im Schulsystem „nach unten“ durchgereicht werden (vgl. Beekmann-Knörr). Aber auch die Zunahme von massiv gesteigerten Schulängsten ist belegt (vgl. Ölsner 2005, 1). Nicht zuletzt ist die Zahl der Kinder, die den Schulbesuch verweigern und ohne Schulabschluss die Schule verlassen, bedenklich gestiegen (vgl. Meschkuta et al 2002, vgl. Oehme 2007). Wichtig ist nun, dass der Verlust des schulischen Wohlbefindens nicht nur das persönliche Problem einzelner Schüler oder einzelner Lehrer ist, sondern schulinterne und schulstrukturelle Ursachen haben kann. Selbst wenn ein Gymnasiallehrer seine Beziehung zu den Schülern als bedeutsam erachtet und professionelle Beziehungsarbeit als Basis für gelingende Lernprozesse erkennt, hat er immer noch mit der strukturellen Tatsache zu kämpfen, dass er über viele Klassen und Unterrichtsstufen hinweg als „Vertreter eines Faches“ fungiert und im Wechsel mehrere hundert Schüler in einem Schuljahr unterrichtet. Selbst wenn Lehrer und Schüler nicht in kränkender und krankmachender Weise aufeinander reagieren wollen (vgl. Spirale von langweiligem Unterricht und potentiell Cybermobbing), spricht die frühe Selektion der Schüler eine völlig andere Sprache. Wie kann der entscheidende Schutzfaktor für die Gesundheitsförderung – nämlich das „Selbstwerterleben“ -gestärkt werden, wenn das System Schule durch Selektion gerade diesen Selbstwert schädigt? Fürstenau beschreibt dieses Dilemma präzise in seinem Beitrag „Zur Psychoanalyse der Schule als Institution“ (1964): „Die Rolle des Lehrers hat ja nicht nur eine den Schülern zugekehrte Vorderseite, sondern auch eine dem Schulleiter, vor allem aber (...) der staatlichen Schulaufsicht zugekehrte Rückseite (a.a.O. 270).“

Schulen, die dieses Problembewusstsein entwickelt haben und sich auf die Suche nach den stärkenden Seiten im Schulsystem machen, gibt es zum Glück auch. Der Deutsche Schulpreis (<http://schulpreis.bosch-stiftung.de>) nominiert und zeichnet immer wieder gelingende Schulen aus, die ihre Kinder – um es wieder mit Reinhard Kahl zu sagen – nicht nur unterrichten, sondern aufrichten. Auch das Archiv der Zukunft



(www.archiv-der-zukunft.de) leistet an dieser Stelle Pionierarbeit und vernetzt gelingende Schulen miteinander. Eine umfassende Aufgabe aller Schulen, sich auf kranke Kinder und ihre Problemlagen zu sensibilisieren, bleibt als Auftrag jedoch weiter bestehen (vgl. Ertle 2008). Ein erster Blick auf das Netz von Pädagogik und Medizin schärft also den Blick auf die eigenen Verstrickungen im System. Es wird deutlich, dass Lehrer und Schüler häufig – auch institutionell und strukturell bedingt - in den allgemeinen Schulen in kränkender und krankmachender Weise aufeinander treffen.

2. Kinder fallen durch schulische Netze: Schule und Selbstwert

Während das Selbstkonzept auf der Wahrnehmung und dem Wissen um die eigene Person beruht, wird der Selbstwert durch eine sehr bedeutsame Dimension erweitert – nämlich die Beurteilung der eigenen Person. Selbstvertrauen und Selbstachtung werden oft synonym zum Selbstwertbegriff verwendet. Immer geht es jedoch darum, wie wertvoll sich ein Mensch selbst erleben kann. Könnenserfahrungen – also das Erleben „ich kann etwas schaffen!“ – sind auf das Engste mit dem Selbstwerterleben verknüpft und werden auch durch die Schule entscheidend beeinflusst. Schule hat äußerst machtvolle Instrumente zur Hand, wenn es darum geht, Kinder zu beurteilen: Die Vergabe von Noten, die immer auch auf die zentrale Frage zusteuert – „bist Du ein passender Schüler für diese Schule?“ –, stehen im Zentrum der alltäglichen Praxis. Hier kommt wieder die „Rückseite“ des Lehrers zum Tragen, wie Fürstenau das problematisiert. Ob der Lehrer es als sinnvoll erachtet oder die skizzierten Problemlagen erkennt, er wird zum Vollstrecker eines Systems, ungeachtet dessen, was der Schüler für seine Entwicklung gerade braucht. Die Fremdbewertung durch den Lehrer ist jedoch folgenschwer, weil sie oftmals fraglos als Basis für die eigene Selbstbewertung übernommen wird. Wenn Schule den Selbstwert junger Menschen – auch im Sinne einer Gesundheitsförderung – stärken will, wird sie ihre legitimierten Praktiken kritisch hinterfragen und prüfen müssen. In Skandinavien steht z.B. längst die Schulung der eigenen Selbstbewertung im Zentrum von Lern- und Entwicklungsprozessen, die bereits im Kindergartenalter beginnt. Die Fremdbeurteilung dient lediglich als Regulativ und wird immer im persönlichen Gespräch entwickelt und verglichen.

Der Selbstwert erkrankter und verunfallter Kinder, ist nun in doppelter Weise gefährdet! Durch die schulische Praxis einerseits und durch die Einschränkungen, die durch psychische oder somatische Erkrankungen bzw. durch Unfälle andererseits entstehen. Jedes Erscheinungsbild hat seine eigene Problemlage. Ein Kind, das nach einem Unfall beide Beine verliert und nicht mehr gehen kann, hat nicht nur eine „Körperfunktion“ weniger, sondern ringt um seine Identität und um sein Selbstwerterleben. Ein anorektisches Mädchen, das gute Schulnoten hat und wieder ein Pfund „schlanker“ geworden ist, wird zunächst nicht einsehen können, warum es nun in psychiatrische Behandlung soll. Ein „Klapsenkind“ zu sein, passt nicht zum Ehrgeiz und stellt das Selbstwerterleben auf eine harte Probe. „Kinder, denen man die Einschränkung nicht ansieht, haben es am schwersten [betont Ertle – A. d. Verfasserin]. Wer nach einer Chemotherapie ohne Haare zur Schule kommt, findet schnell Verständnis. Schwerer hat es dagegen ein Junge, dessen Gelenke wegen einer rheumatologischen Erkrankung morgens steif sind. Er kommt oft zu spät zur Schule und wird beim Lehrer sein Image des faulen Morgenmuffels nicht los – trotz mehrfacher Erklärungen der Eltern (Wüsthof 2006, 4).“



Auch wenn der gesetzlich geregelte Nachteilsausgleich die oftmals massiven Einschränkungen, denen erkrankte und verunfallte Kinder unterliegen, ausgleichen helfen soll, schneiden Schüler, die an einer Krankheit leiden, auch in der Schule schlechter ab (vgl. ebd). Viele Lehrer an den allgemeinen Schulen ignorieren immer noch die Krankheiten und die damit einhergehenden Problemlagen ihrer Schüler, aus Unwissenheit und Überforderung. Entscheidend ist: Erkrankte und verunfallte Kinder brauchen Lehrer, die aufrichtig an ihnen interessiert sind, und Lehrer brauchen professionelle Unterstützung, wenn sie die erschwerten Entwicklungsbedingungen ihrer Schützlinge erkennen und ausgleichen wollen. Beides ist sprichwörtlich „Not-wendig“, wenn die Stärkung des Selbstwertgefühls als zentrale pädagogische Aufgabe erkannt werden soll.

3. Netze können auch tragen: Schule und Leistungsglück

Derart verstrickte, und manches Mal auch aus den Maschen des Schulsystems gefallene Kinder kommen nun zur Behandlung an somatische bzw. psychiatrische Kliniken, aber auch an Unfallkliniken und treffen dort wiederum auf Klinikschulen und ihre Kliniklehrer. Angesichts der zuvor beschriebenen belastenden Verstrickungen im Netz der allgemeinen Schulen drängt sich die Frage auf, ob kranken Kindern ein Schulbesuch überhaupt zumutbar ist.

Es wird also Zeit, neben den schulischen Grenzen auch die schulischen Chancen zu beleuchten. „Schule kann aber auch gesund machen, wenn sie jene Merkmale stärkt, die gesund erhalten: eine haltgebende LehrerSchüler- Beziehung, Selbstvertrauen und Mut, wenn die Individualität der Kinder berücksichtigt wird, der Unterricht Eigenaktivität ermöglicht, wenn Schüler Freude an der Arbeit erleben, in einer heiteren Stimmung lernen dürfen, wenn ihr Selbstwert gestärkt wird. Der Unterricht fördert das Gesundsein, indem es Leistungsglück erfahren lässt (Singer 2000 b, 1).“

Knüpfen wir an den Überlegungen von Albert Einstein an. Er sagt: „Lernen ist Erfahrung, alles andere ist Information.“ Wenn wir mit kranken Kindern also die Erfahrung teilen wollen, dass ein Netz auch tragen kann, wie müsste dieses Netz geknüpft sein und immer weiter geknüpft werden?

4. Ausgangspunkt: Die Lehrer-Schüler-Beziehung in der Klinikschule

Lernprozesse sind Beziehungsprozesse. Diese Erkenntnis ist zwischenzeitlich sehr differenziert erforscht (vgl. Schäfer 2003, Greenspan & Benderly 2001, Müller 2007) und gewinnt in der Arbeit mit Kindern zunehmend an Bedeutung. Im Zentrum von Lernprozessen stehen Emotionen. Sie sind die eigentlichen Architekten des Geistes (vgl. Greenspan & Benderly 2001). Emotionen lenken unsere Gedanken und unsere Entscheidungen. Gerhard Roth (2010, 8) sagt dies ganz pointiert: „Entscheidungen sind zwar ohne Vernunft möglich, aber nicht ohne Emotionen.“ Wenn Kinder also vor der Entscheidung stehen, ob sie sich in Anbetracht ihrer lebensgeschichtlichen und aktuell durch die Krankheit geprägten Lebenssituation (wieder) auf Lernprozesse einlassen, dann geht das nur, wenn der Lehrer ihnen als Mensch begegnet, der aufrichtiges Interesse am Kind mitbringt. Seine Grundhaltung ist entscheidend wichtig, ob sich der erkrankte bzw. verunfallte Schüler auf ihn - und damit auch auf Lernprozesse - einlassen kann oder nicht. Eleanor J. Gibson und Richard Walk haben 1960 in den USA eine Versuchsanordnung aufgebaut – „the



visual cliff“ – mit der sie die Tiefenwahrnehmung bei Tieren und bei Kleinkindern erforscht haben (vgl. Gibson und Walk 1960). Dazu haben sie unter einem völlig entspiegelten Plexiglastisch einen tiefen (visuellen) Abgrund errichtet, der durch ein rot-weiß-karriertes Schachbrettmuster optisch noch verstärkt wurde. Gibson beobachtete nun das Verhalten ihrer Probanden, wenn sich diese auf den Abgrund zubewegten. Ein „Stopp“ am visuellen Abgrund war der Beleg dafür, dass dieser wahrgenommen und erkannt wurde.

Eine äußerst bedeutsame Entdeckung dabei war und ist, dass Menschen, die am anderen Ende der Plexiglasplatte standen, einen ungeahnten Einfluss auf das Geschehen bei kleinen Kindern (zwischen 9 und 12 Monaten) hatten. Wenn der Erwachsene ängstlich auf den Abgrund blickte, stoppte das Baby sofort seine Erkundungen. Wenn die Bezugsperson hingegen dem kleinen Kind zulächelte, es mimisch und gestisch ermutigte, trotz des wahrgenommenen Abgrundes weiter zu krabbeln, passierte das Unfassbare. Das kleine Kind vertraute der Reaktion seines Gegenübers mehr, als der eigenen Wahrnehmung. Dieses Phänomen wurde Mitte der Achziger Jahre als „Social Referencing“ bekannt gemacht (Klennert, Campos, Sorce, Emde, & Svejda 1983) und wurde intensiv an der University of California, Berkeley, weiter erforscht. [Film]

Die aktuellen Forschungen im Feld der Neurobiologie vertiefen diese Einsicht noch. Sie belegen, dass Einstellungen und Haltungen auch über sogenannte Spiegelneurone „lesbar“ werden. Joachim Bauer (2009) hat in seinem Buch „Warum ich fühle, was du fühlst“ die intuitive Kommunikation erforscht, die weit über die nonverbale Kommunikation hinausgeht. Dabei geht es um Resonanzphänomene. Lehrer werden zum Spiegel ihrer Schüler. So wie ich als Lehrer auf den Schüler blicke, so wird sich auch der Schüler selbst sehen lernen. Die Macht des Blickes, der gesagten und unausgesprochenen Worte bildet die Beziehungsbasis zwischen Lehrer und Schüler und bestimmt wesentlich, ob Lernen möglich wird, oder nicht. Gerald Hüther spricht in diesem Kontext auch von einem „Lernklima“ (vgl. 2009). „Alles schulische Lehren und Lernen ist eingebettet in ein interaktives und dialogisches Beziehungsgeschehen (Bauer 2007, 14).“

Dieses Beziehungsgeschehen entscheidet wesentlich darüber, ob ein Schüler seine Potentiale entfalten kann oder nicht. Das Klima, in dem sich Lehrer und Schüler begegnen, kann gedeihlich sein oder Entwicklungen hemmen. Royston Maldoom, der über ein großes Theaterprojekt an der Berliner Staatsoper mit benachteiligten und traumatisierten Kindern auch im deutschsprachigen Raum große Bekanntheit erlangt hat, betont diesen Effekt nachdrücklich:

„Man muss einfach diesen unerschütterlichen Glauben an das große Potential jedes Menschen haben. Wenn man das Klassenzimmer betritt und diesen Glauben nicht hat, dann klappt es nicht, dann kommt man nicht durch. Zweifel an der Besonderheit eines Menschen, mit dem Sie arbeiten, dann spürt er das und Sie schränken ihn ein. Wenn ein Kind sein Potential nicht voll ausschöpfen kann, dann ist das mein Fehler, nicht der des Kindes (Maldoom 2006, 57).“ Dokumentiert wurde das Projekt in dem bekannten Kinofilm „Rhythm is it“.

Kliniklehrer, die bewusst oder unbewußt ihren Schülern auf diese Weise begegnen, können oftmals trotz Erkrankung - und den damit einhergehenden Krisen - Lernprozesse anstoßen, die Kinder erleben lassen – „ich kann was!“



5. Einzelne Fäden bilden am Ende ein starkes Seil:

5a) Könnenserfahrungen -innere Themen und Sachthemen verknüpfen Kurt Singer spricht vom „Leistungsglück“, der Psychologe Mihaly Csikszentmihalyi hat den Begriff „Flow“ geprägt und versteht darunter das völlige Aufgehen in einer Tätigkeit. Die Psychoanalyse spricht von „Funktionslust“ und die Pädagogik von „Könnenserfahrungen“. Das Phänomen hinter den unterschiedlichen Begriffen spricht eine gemeinsame Sprache – nämlich die Sprache der Erfahrung, die uns sagt: „Ich kann das!“ Zentral dabei ist das Erleben, sind die Emotionen. Damit Kinder Herausforderungen annehmen können, brauchen sie ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten. Das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten wächst in jedem Moment, in dem die Herausforderungen gelingen. So wird eine Erfahrungsspirale in Bewegung gesetzt, die Kinder stärkt. Entscheidend dabei ist, dass Kinder nicht überfordert und nicht unterfordert werden.

Während die allgemeine Schule immer noch den „Weg des Gleichschritts“ geht und jeden, der zu schnell oder zu langsam ist, aussortiert, geht die Klinikschule im Angesicht von Erkrankung und existentieller Bedrohung einen völlig anderen Weg. Krankenpädagogik geht nicht nur auf das Kind zu, sondern lässt sich vom Kind den Weg weisen (vgl. Pfeiffer 2010, 162). Auf diese Weise wird der Lehrer zum Lernbegleiter. Doch was sollen kranke Kinder schon groß leisten können, wenn sie gerädert von der Chemotherapie im Bett liegen, oder ein anorektisches Mädchen nach der Zwangsernährung trotzig den Schulraum der Klinik betritt?

Auffallend ist zunächst, dass kranke Kinder lernen wollen. Natürlich ist dies abhängig von ihrer Verfasstheit und ihrer je besonderen Situation. Aber ein sensibles Zugehen auf das Kind und seine Lernbedürfnisse bringt oftmals Erstaunliches zu Tage. Nur in ganz wenigen Ausnahmefällen scheint die Bedrohung des eigenen Lebens so groß zu sein, dass Kinder resignieren. Auch das verdient Respekt. Doch ist diese Lernresignation eher ein Seismograph für die übermächtigen Lebensprobleme und nicht für eine generelle Lernunlust bei kranken Kindern.

Francois Dolto prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des „progressiven Entwicklungsdranges“. Jedes Kind hat einen Drang in sich, größer zu werden und zu wachsen. Entwicklung ist immer „vorwärts“ und damit auf die Zukunft gerichtet! Lernen bzw. Lernzuwachs ist die Grundlage aller Entwicklung und untrennbar mit Schule verbunden! Konkret „schwingt im Lernen immer der Gedanke an die Zukunft, die Zeit nach der Krankheit mit“ (Volk-Moser 1997, 75). Wenn Kliniklehrer und -schüler wieder Zugang zu diesem -oftmals verschütteten -Quell finden, gelingen Lernprozesse in eindrucklicher Weise. Dann werden an der Klinikschule aus massiven „Störern“ und „Schulverweigerern“ plötzlich „fleißige Schüler“. Der Schlüssel dazu liegt mitunter in der eigenständigen Wahl der Aufgaben. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen.

Eine Studentin, Frau Loebell, die ein Praktikum als Lehrerin an einer Kinder- und Jugendpsychiatrie absolviert hat, berichtet in der Reflexion darüber von zwei Kindern – Elke und Simon. Das Mädchen und der Junge hatten ähnliche Schulerfahrungen. Beide 12 Jahre alt, beide ehemals Hauptschüler der 6. Klasse. Meist kam nach dem „Ausrasten“ die totale Verweigerung. Sowohl Elke als auch Simon kamen aufgrund der massiven Schulprobleme an die Klinik. Trotz dieser Parallelen in der schulischen Vorgeschichte waren die Schülerin und der Schüler völlig unterschiedlich. „Elke ist sehr groß. Sie überragt nicht nur mich, sondern



auch ihre Mitpatientinnen um viele Zentimeter. Auch ihr Körpergewicht überschreitet das der anderen Kinder ihres Alters (Loebell 2010, 9).“ Mächtig in ihrer körperlichen Erscheinung, und unbeholfen in ihren Sozialkontakten, so charakterisiert Frau Loebell ihren ersten Eindruck von Elke. Simon hingegen ist, rein äußerlich betrachtet, das totale Gegenteil. „Simons Füße stecken in schwarzen Skaterschuhen, die im Vergleich zu seinen Beinen, die unten aus seiner weißen Hose ragen, riesig wirken. Meistens trägt er eine rote Sweatshirtjacke mit einem Reißverschluss. Auch der Pullover wirkt in Anbetracht der schmalen Gestalt des Jungen übergroß. (...) Häufig bewegt er sich mit schlurfenden Schritten, die Hände in den Taschen seiner Sweaterjacke vergraben, die Schultern nach unten und etwas nach vorne hängend, vorwärts (Loebell 2010,6).“ Wenn Simon seine Hände aus der Tasche nimmt, rutschen die Ärmel ewig weit über seine Fingerspitzen hinaus, berichtet die Studentin weiter. Wenn er so dasteht erinnert er an einen Clown. Frau Loebell entscheidet sich für ein gemeinsames Lernthema im Fach „Mensch, Natur Kultur“ (MNK): „Meeresbewohner“. Jeder Schüler, jede Schülerin darf sich eigenständig Meereslebewesen aussuchen und darüber arbeiten. Elke wählt den Giganten der Meere aus -konkret den Blauwal -und Simon entscheidet sich schließlich für den Clownfisch, der zur Gruppe der Anemonenfische gehört und eine Besonderheit aufweist. Alle Clownfische kommen als Männchen zur Welt. Nur die größten und stärksten Clownfische des Schwarms verwandeln sich dann zu Weibchen. Ist es ein Zufall, dass die in ihrer Erscheinung mächtige Elke sich für einen Meeressäuger -den Blauwal entscheidet und der schwächliche, dürre Junge Simon in seinen übergroßen Schuhen, für den Clownfisch? Was beide aber im Klinikunterricht verbindet ist, dass beide, je für sich unglaublich intensiv ihr Themenfeld der Meeresbiologie erforschen, Modelle basteln und konzentriert Präsentationen zum Thema vorbereiten. Werden auf schulischen Nebenwegen mögliche innere Themen bearbeitet, die in therapeutischen Settings ihre Vertiefung finden können (vgl. Hoanzl 2000, Hoanzl 2005)? Welchen Beitrag können Beobachtungen in der Schulsituation für eine differenzierte Diagnostik leisten?

Festzuhalten bleibt: Schule kann Kinder mit Hilfe des Unterrichts aufrichten! Das gibt neuen Lebensmut und Entwicklungs- bzw. Gesundheitspotentiale.

5b) Spurensucher und Fährtenleser – individualisierte, gemeinsame Wege Klinikschulen scheinen dem Motto zu folgen: „Nicht das System weist uns den Weg, sondern der Schüler!“ Diese Idee ist nicht neu - sie wurzelt auch in der Reformpädagogik -, aber angesichts der existentiellen Bedrohungen von erkrankten und verunfallten Kindern duldet diese Idee keinen Aufschub mehr!

Das vorangestellte Beispiel von Frau Loebell verdeutlicht eindrücklich, dass Lernblockaden sich lösen, wenn Kinder nicht nur zu Empfängern von Aufgaben werden, sondern aktiv und im Rahmen des Möglichen selbstbestimmt ihre Themen wählen und eigenständig bearbeiten können. Lehrer gehen mit ihren Schülern individualisierte Weg und begleiten sie dabei. Auf diesem Weg stellen sich Könnenserfahrungen oftmals wie von selbst ein. Die Kliniklehrer fordern ihre Kinder, sie machen Angebote und beobachten, wie diese darauf reagieren. Kliniklehrer wollen etwas von ihren Schülern, sie fordern sie heraus, aber überfordern oder unterfordern diese nach allen Regeln der Kunst möglichst nicht.

Beispielsweise entscheiden onkologische Schüler immer eigenständig, ob und wann sie Klausuren schreiben



möchten. Zur Leistung kann kein Kind gezwungen werden, aber Kinder können zum Leistungsglück verführt werden. Der Gewinner des Deutschen Schulpreises 2010 ist die Klinikschule in Oberjoch – Geschwister-Scholl-Schule. Begründet wurde die Preisverleihung damit, dass die Schule, die ihre Schützlinge in der Regel nur acht Wochen aufnehmen kann, zum „Gasthaus des Lernens“ wurde und „ihre Schüler zum Aufblühen bringt“. Mit aufrichtigem Interesse werden die Klinikschüler aufgenommen und begrüßt. Deshalb überrascht es die „Sophie-Scholl-Lehrer immer wieder, wie wenig die Kollegen der Heimatschulen ihre Schüler kennen, obwohl sie diese häufig seit Jahren unterrichteten. Manche Spalte auf dem von der Schule verschickten Fragebogen bleibt leer. So gibt es selten Auskunft über das Hörvermögen und dessen mögliche Beeinträchtigungen. Stattdessen steht da: »Bin ich vielleicht der Arzt?« Doch mit solchen Kleinigkeiten beginnt die viel beschworene »Individualisierung des Lernens«: Die Schüler wahrnehmen, sie kennenlernen, sich für sie interessieren (Kahl 2010, 1).“

5c) Flexibilität und Sinnhaftigkeit: Lernen im Kontext ungewisser Veränderungen

In der Klinikschule kann es keine Lösungs- und Handlungsstrategien geben, die auf alle Kinder zutreffen. Die einzelnen Problemlagen sind immer abhängig von der je eigenen Biographie, der kulturellen Zugehörigkeit, den vorangegangenen Lern- bzw. Schulerfahrungen und der aktuellen Krankheitsgeschichte der einzelnen Schüler.

Ein kleiner Junge in der psychiatrischen Tagesklinik, der nicht einmal den Namen seines Vaters kennt, der drei Halbgeschwister von wieder anderen Vätern hat, und der von seiner Mutter an seine Tante weitergereicht wird, weil es der alleinerziehenden Frau einfach zu viel mit ihm wird, bringt andere Problemlagen mit, als das kleine Mädchen, das onkologisch erkrankt ist und zum zweiten Mal wegen eines Rezidives stationär aufgenommen wurde, versorgt und begleitet von beiden Elternteilen. Beide Kinder stehen vor einer völlig neuen Weichenstellung ihres jungen Lebens.

Der kleine Junge, der mit 8 Jahren schon dreimal die Grundschule gewechselt hat, weil er immer wieder ausgerastet ist und nun endlich in der Klinikschule ein neues Zuhause findet, will bloß nicht mehr zurück an die alte Schule.

Das kleine Mädchen, das nach der x-ten Chemotherapie völlig gerädert im Krankenbett liegt, hat nur einen Wunsch: Es will trotz des ewigen langen Klinikaufenthaltes die Freundinnen in der Stammschule nicht verlieren. Es will trotz ständiger Übelkeit lernen, um gemeinsam mit den Klassenkameraden in die dritte Klasse kommen zu können.

In beiden Fällen werden die Kliniklehrer gemeinsam mit den Kindern nach Wegen suchen, die auch für das Kind selbst Sinn machen und zugleich maßgeschneidert sind.

Der Einzelunterricht am Krankenbett des kleinen Mädchens, der enge Kontakt zu ihrer Stammschule, der Brief an die Schulklasse und der nagende Druck, den Anschluss gegen Ende des Schuljahres nicht zu verlieren, stellt die Kliniklehrer vor große Herausforderungen. Was ist sinnvoller für das Kind, das Erkennen, dass es nicht mit den Freundinnen gemeinsam in die dritte Klasse weiterziehen kann oder das Festhalten am potentiell überfordernden Vorhaben, weil es eben der sehnlichste Wunsch ist?



Der kleine Junge in der psychiatrischen Tagesklinik schafft es wohl immer besser, seine Ausbrüche vorherzusehen und mit Hilfe der Kliniklehrer zu stoppen, bevor diese beginnen. Und dennoch kann er nur in geringer Stundendosis die anderen Kinder der Lerngruppe ertragen, muss immer wieder aus dem Klassenraum. Wie kann es mit dem kleinen Mann weitergehen? Wie kann er seine Gruppenfähigkeit ausbauen und welche Schule käme für ihn in Frage, wenn sein Klinikaufenthalt zu Ende geht?

So wie die Kinder ständigen Wandlungsprozessen unterliegen, so unterliegen auch die Aufgaben des Kliniklehrers ständigen Wandlungen. Die Beweglichkeit – d.h. die Flexibilität – des Kliniklehrers ist so wichtig wie seine Verlässlichkeit. Das Leben der Kinder muss neu ausgerichtet werden. Das erfordert kleine, aber zukunftsfähige, professionelle und zugleich gemeinsame Entwicklungsschritte. Gute Lehrer sind immer auch gute Lerner. Dennoch bleiben sie – um es mit Fürstenau zu sagen - auch Vertreter einer Institution. Gerade in derartigen Umbruchsituationen ist die Schule die Konstante, und – wie Ertle (vgl. 1997) es sagt - „die Brücke zur Normalität“ und zu den Gesunden.

Unterricht in der Klinikschule ist damit weit mehr als pure Stoffvermittlung und Nachhilfe. Der Klinikunterricht ist immer auch eine Spurensuche zu Themen und Inhalten, die für den kranken Schüler subjektiv bedeutsam sind - auf direkten Wegen, aber auch auf Nebenwegen.

6. Kliniklehrer sind Vorbildnetzwerker

Die „interdisziplinäre Verflechtung“ der Kliniklehrer ist gewiss wichtig, spiegelt sich doch in der Situation der Lehrer auch die Situation der Kinder, die ihnen anvertraut sind. Ein Leben im „Netz“, das einmal trägt und in dem man sich auch leicht verstricken kann. Betrachten wir kurz aus der Distanz, wer sich in diesem Netzwerk befindet. Da ist zunächst das kranke Kind und sein Kliniklehrer. Doch beide sind weiter eingebunden in ihre nahe Schulumgebung. Beim Kliniklehrer ist es das Kollegium und die Schulleitung, beim kranken Kind sind es die anderen Schüler der neuen Lernumgebung. Dazu kommt wichtiger Weise noch der familiäre Kreis des kranken Kindes: Die Eltern, Geschwister, Großeltern und wer sonst noch dazu gehört. Doch die Schule für Kranke genügt sich nicht selbst. Sie ist – wie es Volk-Moser (vgl. 1997) trefflich beschreibt – „der pädagogische Ort im Klinischen Feld“. Ärzte, Therapeuten, Erzieher und Pflegepersonal sind je nach Krankheitsphase des Schülers unterschiedlich präsent – manches Mal latent, dann wieder dominant! Dazu kommt der Kontakt zur Heimatschule. Zu nennen sind: Die bisherige Klassengemeinschaft des erkrankten Kindes, seine bisherigen Klassenlehrern und die Schulleitung der Heimatschule. Schulämter, Jugendhilfe, Jugendamt, Gerichte und Familienhilfe sind auch vielerorts vertreten. Hinzu kommt oft noch die Suche nach neuen Schulen und Netzwerkpartnern. Einige Klinikschulen haben darüber hinaus den Kontakt zu den Hochschulen und Universitäten gesucht, und wirken aktiv in der Lehrerausbildung mit.

Auch das ist eine Besonderheit der Klinikschule. Kliniklehrer arbeiten nicht nur im bestehenden System, sondern am System! Sie schaffen im Bedarfsfall neue Netzwerke, wenn es das einzelne Kind oder die Situation erfordert. Das Projekt „Warteschleife“ – das in einem Workshop von Frau Ramminger -auch auf diesem Kongress vertreten ist, belegt das eindrücklich. Dabei werden in konstruktiver Weise „Systemlücken“ überbrückt. Zurzeit ist es oftmals so, dass ein psychisch krankes Kind mit festgestelltem



psychiatrischem Behandlungsbedarf nicht sofort in der Klinik untergebracht werden kann. Wartezeiten bis zu einem halben Jahr sind nicht selten. Dabei tut sich oft ein besonderes Dilemma auf. Das psychisch kranke Kind kann in seiner alten Heimatschule ohne professionelle Begleitung nicht mehr gehalten werden und die Klinikschule kann das Kind noch nicht aufnehmen und auffangen. Das einzelne Kind in dieser Situation nicht allein zu lassen und es weiteren De-stabilisierungskrisen auszusetzen, ist das Ziel dieser neuen Netzwerkverbindung.

Hier wird das Netz also enger geknüpft, bevor (!) das Kind hindurch fällt. Auch darin spiegelt sich der Vorbildcharakter der Kliniklehrer. Nicht das bestehende System diktiert die Gangart, sondern die Bedürfnisse der Kinder stehen immer noch im Mittelpunkt.

7. Fazit

Joachim Bauer hat in seiner eingangs vorgestellten Studie empirisch belegt, dass es einen Wandel der Einstellungen braucht, um die Gesundheit der Lehrer und Schüler zu verbessern. Dieser Wandel hat sich an den Klinikschulen längst vollzogen. Wer in einem derart komplexen Netzwerk arbeitet und es zugleich ständig weiter verbessert, kann nicht darin bestehen, wenn er die interdisziplinären und vielfältigen Beziehungen nicht professionell reflektiert und pflegt. Dass es hoch engagierte Kliniklehrerinnen und -lehrer gibt, die das bereits unablässig tun, kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass derartige Leistungen nicht ohne weitere Ressourcen aufrecht erhalten werden können. Möge dieser Vortrag also nicht nur eine theoretisch fundierte Würdigung der Klinikschularbeit sein, sondern auch ein Appell an die bildungspolitisch Verantwortlichen, gelingende Systeme weiter zu stärken – auch finanziell!

8. Dank An dieser Stelle möchte ich Herrn Ertle danken, der mit seinen zurückliegenden Forschungsprojekten das Thema „kranke Kinder“ überhaupt erst in unser Bewusstsein und an unsere Fakultät gebracht hat. Mein besonderer Dank gilt auch – stellvertretend für das gesamte Kollegium der Schule für Kranke in Tübingen – Herrn Leutner und Frau Dany. Die enge Verzahnung von Praxis, Theorie, Forschung und (Hoch)Schulentwicklung eröffnet neue Wege. Auch Frau Loebell danke ich sehr für ihren „feinen Blick“ und die vielen Anregungen.

9. Quellenverzeichnis

9.1. Literatur:

Bauer Joachim (2007): Lob der Schule. Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern. Hamburg. Verlag Hoffmann und Campe

Bauer Joachim (2009): Warum ich fühle was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. München. Heyne Verlag. 14. Auflage

Bosenius Jürgen & Hellbrügge Lukas (2008): „Du fehlst uns noch!“. Partizipation und Zeitsouveränität. Die Sicht der Schülerinnen und Schüler. Seite 60-67. In: Anja Durdel, Annemarie von der Groeben, Thomas

Trautmann (2008) (Hrsg.) : Schule als Lebenszeit. Lern- und Lebensrhythmen von Kindern, Lehrkräften und



7TH HOPE CONGRESS MUNICH 2010

NOVEMBER 3 - 7, 2010

Schulen. Beltz Verlag.

Ertle Christoph (1997): Die Schule für Kranke – „eine Brücke zum ganz normalen Leben“. Seite 11-25 In:

Ertle Christoph (1997) (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn. Verlag Klinkhardt

Fürstenau Peter (1964): Zur Psychoanalyse der Schule als Institution. Seite 264 – 283. In: Fürstenau Peter (1974) (Hrsg.): Der psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft. Darmstadt. Verlag:

Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Gerber Eva (2007): Schulzufriedenheit und Schulleistungen : Motive als Moderatorvariablen der Wirkrichtung des Zusammenhangs. Universität Tübingen, Psychologisches Institut Gibson Eleanor J., Walk

Richard (1960): The "visual cliff" Seite 64-71. In: Scientific American Band 202, 1960 Greenspan Stanley I.,

Benderly Beryl L. (2001): Die bedrohte Intelligenz : die Bedeutung der Emotionen für unsere geistige Entwicklung. München. Verlag Goldmann Hascher Tina (2004): Wohlbefinden in der Schule. Münster.

Waxmann Verlag Hoanzl Martina (2002): Ambivalenz als Herausforderung in der schulischen Arbeit mit

schwierigen Kindern und Jugendlichen – Paradigmenwechsel im pädagogischen Denken: Vom "entweder-

oder" zum „und“. Seite 25-49. In: Ertle Christoph, Hoanzl Martina (Hrsg.): Entdeckende Schulpraxis mit

Problemkindern. Die Außenwelt der Innenwelt in Unterricht und Berufsvorbereitung mit schwierigen

Schülern und jungen Erwachsenen. Klinkhardt Verlag. Bad Heilbrunn

Hoanzl Martina (2005): „Ich seh', ich seh', was Du nicht siehst ...“- Lernschwierigkeiten vor dem

Hintergrund des subjektiven Erlebens und Verhaltens. S. 46-49 In: Praxis Schule 5-10. Themenheft 4/2005

„Lernschwierigkeiten begegnen“. Westermann-Verlag. Braunschweig

Hoanzl Martina, Baur Werner, Bleher Werner, Thümmler Ramona & Käßler Christoph (2009): Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen. Seite 404 – 411. In: Opp Günther, Theunissen Georg (Hrsg.) unter Mitarbeit

von Jana Teichmann: Handbuch schulische Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn, Verlag Klinkhardt Hüther Gerald

(2009): Entwicklungsneurobiologische Ansätze und Perspektiven. Seite 106 – 112. In: Ahrbeck Bernd,

Willmann Marc (Hrsg.) (2009): Pädagogik bei Verhaltensstörungen. Ein Handbuch. Stuttgart. Verlag

Kohlhammer

Hüther Gerald & Michels Inge (2009): Gehirnforschung für Kinder – Felix und Feline entdecken das Gehirn.

München. Verlag Kösel

Klennert Mary D., Campos Joseph., Sorce James F., Emde Robert N., & Svejda Marilyn (1983): Emotions as

behavior regulators in infancy: Social referencing in infancy. Seite 57 – 86. In Plutchik Robert & Kellerman

Henry (Hrsg.): Emotion: Theory, research and experience. New York: Academic Press

Müller Andreas (2007): Wenn nicht ich, ...? Und weitere unbequeme Fragen zum Lernen in Schule und

Beruf. Bern. h.e.p. Verlag AG

Oehme Anja (2007): Schulverweigerung : subjektive Theorien von Jugendlichen zu den Bedingungen ihres

Schulabsentismus. Hamburg. Verlag Kovac

Roth Gerhard (2010): Verstand oder Gefühl – wem sollen wir folgen. Seite 15-27 In: Roth Gerhard, Grün

Klaus-Jürgen, Friedman Michel (2010) (Hrsg): Kopf oder Bauch? Zur Biologie der Entscheidung. Göttingen.

Verlag Vandenhoeck & Ruprecht



Schäfer E. Gerd (Hrsg.) (2003): Bildung beginnt mit der Geburt. Ein offener Bildungsplan für Kindertageseinrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Weinheim, Basel, Berlin. Beltz Verlag Schiffer Eckhard &

Schiffer Heidrun (2003): Lerngesundheit - Lebensfreude und Lernfreude in der Schule und anderswo. Weinheim und Basel. Beltz Verlag

Singer Kurt (1997): Kränkung und Kranksein. Psychosomatik als Weg zur Selbstwahrnehmung. München. Verlag Piper. 5. Auflage

Singer Kurt (2000 a): Wenn Schule krank macht. Weinheim. Beltz Verlag Volk-Moser Andrea (1997): Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett. Seite 57-76 In: Ertle Christoph (1997) (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn. Verlag Klinkhardt

Walke Sophie (2007): Ambivalenz und Schulzufriedenheit : Der Einfluss von schulbezogener Ambivalenz auf den Zusammenhang von Schulzufriedenheit und Schulleistungen. Universität Tübingen, Psychologisches Institut

9.2. Internetrecherchen und andere Datenquellen:

Bauer Joachim (2004): Die Freiburger Schulstudie. Pilotstudie. [verfügbar unter:

<http://www.psychotherapie-prof-bauer.de/schulstudiedeutsch.pdf> Stand 02.11.2010]

Beekmann-Knörr Brigitte.: Klinikschule – allgemeine Schule. Erfinderisches Miteinander in gemeinsamer Praxis für psychisch kranke Schüler. In: Ertle, C.: Abschlußbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen“ – gefördert aus den Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung. [verfügbar unter: www.interklinikschule.de, 12.02.2008]

Kahl Reinhard (2010): Ganz oben. In: DIE ZEIT 10.06.2010. Deutscher Schulpreis: Ganz oben. ZEIT ONLINE [verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2010/24/C-alternativ-Schulpreis?page=1> Stand 02.11.2010] Ertle Christoph.: Abschlußbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen“ – gefördert aus den Mitteln der Robert-Bosch-Stiftung. [verfügbar unter: www.interklinikschule.de, Stand 12.02.2008]

Hüther Gerald (2006): Eine neue Kultur der Anerkennung – Plädoyer für einen Paradigmenwechsel in der Schule. Südwestrundfunk SWR2 Aula – Manuskriptdienst. Sendung vom 26. November 2006 [verfügbar unter: http://www.swr.de/swr2/programm/sendungen/wissen/-/id=1804984/property=download/nid=660374/1egdfh9/au20061124_3993.rtf Stand: 02.11.2010]

Kimmig Astrid: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche an den allgemein bildenden Schulen. Ein Forschungsprojekt an der PH Ludwigsburg, Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen Prof. Dr. Christoph Ertle in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Uniklinik Tübingen Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Dietrich Niethammer und Dr. Astrid Kimmig – gefördert von der Robert Bosch Stiftung [verfügbar unter: <http://www.interklinikschule.de/de/docs/ab/vortrag1.pdf> Stand 01.11.2010] Loebell Johanna (2010): Praktikumsbericht zu einem Blockpraktikum an der Schule für Kranke des Olgahospitals Stuttgart. Unveröffentlichte Arbeit an der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogische



7TH HOPE CONGRESS MUNICH 2010

NOVEMBER 3 - 7, 2010

Hochschule Ludwigsburg in Verbindung mit der Universität Tübingen mit Sitz in Reutlingen. Oktober 2010

Lohrmann Katrin (2008): Langeweile im Unterricht. Ergänzende Darstellung des Forschungsstands: Zusammenfassung von Einzelstudien. [verfügbar unter: <http://www.waxmann.com/fileadmin/media/zusatztexte/1896erg.pdf> Stand 02.11.2010].

Maldoom Royston (2006): Vortrag auf DVD In: Kahl Reihard (Hrsg.) (2006): Die Entdeckung der frühen Jahre. Booklet und DVD. Archiv der Zukunft

Meschkuta Bärbel, Stackelbeck Martina & Langenhoff Georg (2002): Der Mobbing-Report. Eine Repräsentativstudie für die Bundesrepublik Deutschland. Dortmund, Berlin. [verfügbar unter: http://www.baua.de/de/Publicationen/Forschungsberichte/2002/Fb951.pdf?__blob=publicationFile Stand 02.11.2010]

Pfeiffer Simone (2010): Annäherungen an die Bedeutsamkeit von Schule und Lernen für Kinder mit onkologischen Erkrankungen. Unveröffentlichte wissenschaftliche Hausarbeit an der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogische Hochschule Ludwigsburg in Verbindung mit der Universität Tübingen mit Sitz in Reutlingen. August 2010

Robert Koch Institut (2008): Erkennen – Bewerten – Handeln. Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Berlin und Köln. [verfügbar unter: [http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/KiGGS_GPA\[1\].pdf](http://www.kiggs.de/experten/downloads/dokumente/KiGGS_GPA[1].pdf) Stand 01.11.2010]

Singer Kurt (2000 b): Wenn Schule krank macht. Wie macht sie gesund und lernbereit?. [verfügbar unter: <http://www.prof-kurt-singer.de/buecher4.htm> Stand: 02.11.2010]

Ölsner Wolfgang (2005): Wenn Schule krank macht. Artikel im Stern, Erscheinungsdatum: 26. April 2005, 15:29; [verfügbar unter <http://www.stern.de/wissen/mensch/studie-wenn-schule-krankmacht-539622.html> Stand: 01.11.2010]

Wüsthof Achim (2006): Krankheit macht Schule. Artikel aus ZEIT ONLINE, Erscheinungsdatum: 29.06.2006 – 01:37 Uhr [verfügbar unter <http://www.zeit.de/2006/26/M-Klinikschule> Stand: 01.11.2011]