

UNTERRICHTSENTWICKLUNG



Schülerinnen und Schüler mit chronischen Erkrankungen

Bildungsregion Berlin-Brandenburg

Robert Bosch **Stiftung**

Diese Handreichung entstand in Kooperation mit dem LISUM im „Netzwerk Schule und Krankheit“, das mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung an der Universität Potsdam aufgebaut wird. Das Netzwerk hat den Zweck, die Situation chronisch kranker Schülerinnen und Schüler in den allgemeinen Schulen zu verbessern.

Weitere schulische Materialien, Texte und nützliche Links finden Sie unter: www.schuleundkrankheit.de

Herausgeber:

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM)
14974 Ludwigsfelde-Struveshof
Tel.: 03378 209-0
Fax: 03378 209-149
Internet: www.lisum.berlin-brandenburg.de

Autorinnen:

Christiane Beerbom, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit
Claudia Schönberg, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit (Rückbegleitung in die allgemeine Schule)
Melanie Kubandt, Bundesverband Aphasie e. V. (Aphasie)

Für wertvolle Hinweise danken wir:

Ulrike Abendroth (Johann-Christoph-Winters-Schule – Schule für Kranke der Stadt Köln), Heinrich Börger (SenBWF), Karin Attrot (Bauhausschule Cottbus), Karin Gärtner (Bauhausschule Cottbus), Michael Klemm (Kliniklehrer i. R.), Rafael Friedemann Reichelt (Kinderzentrum Klinikum Frankfurt/Oder) und Dipl.-Psych. Daniel Schroeder (Schulpsychologisches Beratungszentrum Berlin-Reinickendorf)

Redaktion:

Christiane Beerbom, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit
Christiane Winter-Witschurke, LISUM
Kathleen Krause, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit

Redaktionsassistentz:

Maren Beyersdorff, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit
Antoinette Fuchs, Universität Potsdam, Netzwerk Schule und Krankheit

Illustrationen:

Deckblatt – Matthias, 11 Jahre

Die Bilder entstanden im Rahmen des deutschlandweiten Wettbewerbs „Bilder erzählen meine Krankheit“ vom CJD Berchtesgaden Asthmazentrum. Bei diesem Bilderwettbewerb werden diabeteskranke Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren aufgefordert, sich kreativ mit ihrer Erkrankung auseinanderzusetzen. Die Bilder sind Preisträgerarbeiten aus dem Jahr 2009 – weitere Informationen unter: www.cjd-asthmazentrum.de/asthmazentrum

Layout:

Daniela Weber, AVZ Multimediaproduktion Universität Potsdam
Ingolf Schwan

Ansprechpartnerin:

Christiane Winter-Witschurke, Referentin für sonderpädagogische Förderung, LISUM
E-Mail: christiane.winter-witschurke@lisum.berlin-brandenburg.de

Bestellungen an poststelle@lisum.berlin-brandenburg.de

Druck und Herstellung:

Oktoberdruck, Berlin

© Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM); 1. Auflage – Dezember 2010
ISBN 978-3-940987-60-0

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte einschließlich Übersetzung, Nachdruck und Vervielfältigung des Werkes vorbehalten. Eine Vervielfältigung für schulische Zwecke ist erwünscht. Das LISUM ist eine gemeinsame Einrichtung der Länder Berlin und Brandenburg im Geschäftsbereich des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Allgemeine Hinweise zum Umgang mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern	5
Was heißt „chronisch krank“?	7
Lehrer bleiben.	8
Rechtliche Aspekte des Umgangs mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern	9
Information des Lehrerkollegiums, der Mitschülerinnen, der Mitschüler und ihrer Eltern	9
Kooperation mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten	10
Kooperation mit der Klinikschule	10
Umgang mit Medikamenten und anderen Interventionen	11
Schulklima und Prävention	11
Chronische somatische Krankheiten	13
Einleitung	15
1. Allergien	16
2. Angeborene Herzfehler	20
3. Aphasie	24
4. Asthma bronchiale	26
5. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen	30
6. Diabetes	32
7. Epilepsie	36
8. Leukämie	40
9. Migräne	44
10. Mukoviszidose	46
11. Neurodermitis (atopisches Ekzem)	48
12. Rheuma	50
Chronische psychische Krankheiten	53
Einleitung	55
1. Anorexia nervosa	56
2. ADHS.	58
3. Borderline-Persönlichkeitsstörung	62
4. Bulimia nervosa.	64
5. Depression	66
6. Schizophrene Psychosen	68
7. Schulangst und Schulphobie.	70
8. Tourette-Syndrom	72
9. Zwangsstörungen.	74
Rückbegleitung in die allgemeine Schule.	77
Einleitung	79
Zusammenarbeit zwischen der Klinikschule und der allgemeinen Schule	79
Krankheitsbezogene Informationen an Mitschülerinnen, Mitschüler und Lehrkräfte	80
Hinweise und Anregungen zu integrationsfördernden Maßnahmen von Seiten der Schule	82
Literaturverzeichnis	85

Vorwort

Lehrkräften, Erzieherinnen und Erziehern begegnen zunehmend Schülerinnen und Schüler, die auf Grund einer chronischen Erkrankung besondere Rücksichtnahme, Unterstützung und Förderung benötigen. Das ist zum einen dadurch bedingt, dass die Zahl der chronisch kranken Kinder und Jugendlichen zunimmt. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert Koch Instituts (KiGGS) ist in der Gruppe der 0 bis 17jährigen bereits jedes achte Kind von einem chronischen gesundheitlichen Problem betroffen. Ein Grund für die Zunahme chronischer Erkrankungen ist die allgemeine Entwicklung der Kinderkrankheiten von akuten zu chronischen und von somatischen zu psychischen Krankheiten. Auch sind viele Krankheiten, die früher zum Tode führten, heute behandelbar geworden, wenngleich die Betroffenen teilweise erhebliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität in verschiedenen Bereichen in Kauf nehmen müssen. Zum anderen ermöglichen heute neue Medikamente und Therapien einen Schulbesuch auch für Kinder, die früher aus Krankheitsgründen nicht zur Schule gehen konnten. Kürzere Behandlungszeiten in den Kliniken führen dazu, dass Schülerinnen und Schüler schneller wieder in die Schule zurückkehren, während sie ambulant noch medizinisch versorgt werden.

In den vergangenen Jahrzehnten hat Schule sich immer stärker für Schülerinnen und Schüler mit unterschiedlichsten Lernvoraussetzungen geöffnet. Inklusive Schulentwicklung berücksichtigt auch die individuelle Bedarfslage von Kindern mit chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und fordert von allen Beteiligten, insbesondere aber von Lehrkräften und Erzieherinnen und Erziehern ein vertieftes Verständnis für deren spezielle Lebenssituation.

Die vorliegende Publikation soll dafür notwendige grundlegende Informationen zu chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen bereitstellen. Sie entstand innerhalb des „Netzwerk Schule und Krankheit“ der Universität Potsdam mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung in Kooperation mit dem Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg.

Im Mittelpunkt der Veröffentlichung steht die Beschreibung chronisch somatischer und psychischer Erkrankungen und ihrer Konsequenzen für den Schulalltag. Den Pädagoginnen und Pädagogen werden konkrete Hinweise für die unterrichtliche und außerunterrichtliche Arbeit gegeben. Die Auswahl der Krankheitsbilder erfolgte nach den Kriterien der Häufigkeit oder nach ihrer besonderen Bedeutung für den Schulalltag. Die Beschreibungen der Krankheitsbilder erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie können die konkreten auf den Einzelfall bezogenen Gespräche zwischen Pädagoginnen und Pädagogen, Ärztinnen und Ärzten, Schülerinnen und Schülern sowie Eltern nicht ersetzen.

In einem weiteren Abschnitt wird der Prozess der Rückbegleitung von Schülerinnen und Schülern in die allgemeine Schule nach einem Klinikaufenthalt näher betrachtet. Hier wird der zentralen Frage nachgegangen, welche Bedingungen und Vorgehensweisen zu einer gelingenden Rückführung beitragen. Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die Zusammenarbeit zwischen der Klinikschule und der wiederaufnehmenden Schule.

Eine wichtige Grundlage für erfolgreiches Lernen von Schülerinnen und Schülern ist die Kooperation aller am Prozess Beteiligten. Diese unabdingbare Zusammenarbeit aller Beteiligten dürfte in dem Maße erfolgreich sein, wie sie in einer Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung erfolgt und die Bündelung vorhandener Kompetenzen ermöglicht.



Prof. Dr. Elisabeth Flitner
für das „Netzwerk Schule und Krankheit“
Department Erziehungswissenschaft
Universität Potsdam



Dr. Roswitha Röpke
Leiterin der Abteilung Unterrichtsentwicklung Grundschule,
Sonderpädagogische Förderung und Medien
LISUM

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern



Sean, 15 Jahre

Was heißt „chronisch krank“?

Die Frage, wie chronische Erkrankungen im Schulalter zu definieren sind, ist nicht eindeutig geklärt. Im Rahmen dieser Handreichung wird von einer chronischen Erkrankung gesprochen, wenn die von Stein et al. (1993) vorgeschlagenen Kriterien erfüllt sind.

Nach Stein et al. (1993) lässt sich eine chronische Erkrankung wie folgt definieren:

Es liegt eine biologische, psychologische oder kognitive Basis für die Erkrankung vor, die Krankheit dauert seit mindestens einem Jahr an und führt zu mindestens einer der genannten Folgen:

- a) funktionale Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und den sozialen Rollen
- b) Notwendigkeit kompensatorischer Maßnahmen (wie Medikation, Diät, medizinische Hilfsmittel, persönliche Anleitung)
- c) Bedarf an wiederholten über das übliche Maß hinausgehenden medizinisch-pflegerischen oder psychologisch-pädagogischen Unterstützungsmaßnahmen

Damit fallen unter eine chronische Erkrankung zum einen länger anhaltende sich körperlich manifestierende Krankheiten wie Rheuma, Asthma, Krebs oder angeborene Herzfehler, zum anderen aber auch die meisten seelischen Erkrankungen sowie die körperlichen und seelischen Behinderungen.

Dieses breite Spektrum macht deutlich: chronisch krank ist nicht gleich chronisch krank. Denn natürlich sind nicht alle Schülerinnen und Schüler, die nach dieser Definition eine chronische Erkrankung haben, in gleichem Maße beeinträchtigt. Um die individuellen Beeinträchtigungen durch die Krankheit zu erfassen, müssen weitere Kriterien hinzugezogen werden. Gemäß dem gemeinsamen Bundesausschuss der Krankenkassen (2004) wird eine Krankheit als „ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat“ definiert. Eine Krankheit gilt dann als schwerwiegend chronisch, „[...] wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

- a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel des Elften Buches Sozialgesetzbuch vor.
- b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60% nach § 30 des Bundesversorgungsgesetzes oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60%

nach § 56 Abs. 2 des Siebten Buches Sozialgesetzbuch vor, wobei der GdB bzw. die MdE zu mindest auch durch die Krankheit nach Satz 1 begründet sein muss.

- c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung, Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“

Neueren Forschungen zufolge hat sich gezeigt, dass die Diagnose nicht ausreicht, um eine Erkrankung zu charakterisieren. Vor allem hinsichtlich der sozialen und psychologischen Entwicklung, aber auch was die Erkrankungsverläufe betrifft, können Diagnose übergreifende Krankheitsdimensionen die einzelnen Erkrankungen viel besser beschreiben.

Die Kinder- und Jugendmedizin trägt diesem Umstand mit dem sogenannten nonkategorialen Klassifikationsansatz Rechnung. Mit nonkategorial ist ein Diagnose übergreifender Ansatz gemeint. Dieser verlässt die „traditionelle Einteilung von Krankheiten nach betroffenen Organen und Organsystemen“ und versucht stattdessen „die psychosozialen, behavioralen und entwicklungsbedingten Konsequenzen betroffener Kinder in den Blick zu nehmen und sie in Beziehung zu setzen mit den Charakteristika der Erkrankung wie Dauer, Alter bei Krankheitsbeginn, Einfluss auf altersbezogene Aktivitäten, Sichtbarkeit der Erkrankung, erwartete Lebensprognose, Verlauf (stabil vs. progressiv), Sicherheit der Diagnose (episodisch vs. vorhersagbar), Mobilität, physiologischer und sensorischer Einfluss, Einfluss auf Kognition und Kommunikation sowie Einfluss auf psychologische und soziale Lebensbereiche und das Wohlbefinden.“¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat angelehnt an dieses Modell die International Classification of Functioning (ICF) eingeführt. Hiermit sollen chronische Erkrankungen auf den Ebenen (A) der Körperstrukturen und Funktionen, (B) Aktivitäten und Funktionen sowie (C) Partizipation bzw. Restriktionen im Kontext mit Umweltfaktoren klassifiziert werden können.

1 Schmidt/Thyen (2008), S. 587.

Konzeptionelle Übersicht über nonkategoriale Klassifikationsmerkmale chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter²:

Dimension	Beurteilungskriterien
Aktivität (ICF)	Beeinträchtigung bei der Durchführung von Alltagsaktivitäten
Partizipation (ICF)	Probleme beim Einbezogen sein in eine Lebenssituation
Schmerz (ICF)	Schmerzbelastung bei einer chronischen Erkrankung
Stigma (ICF)	Belastung durch Vorurteile/Stigmatisierung der Erkrankung durch die Gesellschaft
Sichtbarkeit	Belastungen durch das Ausmaß der Sichtbarkeit der Erkrankung sowie durch Wachstumsverzögerungen oder Abweichungen im Erscheinungsbild durch die Erkrankung; ebenfalls Sichtbarkeit durch Medikamenteneinnahme
Prognose	Belastungen durch den Verlauf der Erkrankung (chronisch, progredient, stabil), Remissions- und Mortalitätswahrscheinlichkeit der Erkrankung
Kontrolle	Kontrollfähigkeit der Erkrankung, d. h. inwieweit die Erkrankung durch Therapiemaßnahmen (Medikamente, OPs etc.) beeinflussbar und kontrollierbar ist; eigene Einflussmöglichkeiten in akuten Phasen der Erkrankung

Von Lehrerinnen und Lehrern haben wir mitunter die Rückmeldung erhalten, dass sich diese Übersicht ihrer Ansicht nach auch eignet, um im Kollegium oder bei den Gesprächen mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern und deren Eltern, die Dimensionen und Beurteilungskriterien gedanklich auf die

Rahmenbedingungen der Schule und den jeweiligen Einzelfall bezogen „durchzuspielen“ – und so die individuellen Beeinträchtigungen der Schülerinnen und Schüler besser erfassen und ihnen im Schulalltag begegnen zu können.

Lehrer bleiben

Die Aufgabe von Lehrerinnen und Lehrern gegenüber kranken Schülerinnen und Schülern liegt nicht darin, deren körperliche oder psychische Integrität wieder herzustellen – das ist die Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – sondern sie darin zu unterstützen, ihre Schülerrolle so gut wie möglich auszufüllen. Mit anderen Worten: Einer kranken Schülerin oder einem kranken Schüler eine verständnisvolle Lehrerin oder ein verständnisvoller Lehrer zu sein heißt, krankheitsbedingte Ausnahmen zu machen und die Schülerinnen und Schüler individuell zu fördern und dennoch überall, wo dies möglich ist, die gleichen Erwartungen an die Schülerinnen

und Schüler zu richten wie an ihre Mitschülerinnen und Mitschüler. Dies entspricht auch den Wünschen chronisch kranker Schülerinnen und Schüler an ihre Lehrerinnen und Lehrer: Sie wünschen sich krankheitsbedingte Rücksichtnahme und Verständnis, wollen aber so normal wie möglich behandelt werden. Die Aufgabe Lehrerin oder Lehrer zu bleiben, kann in einigen Fällen allerdings auch bedeuten, daran mitzuwirken, dass die Schülerinnen und Schüler therapeutische Behandlung erhalten. Auch deshalb ist es grundsätzlich sinnvoll, wenn Lehrerinnen und Lehrer über Hilfsangebote und kompetente Fachleute in ihrer Umgebung informiert sind.

² Ebd., S. 586.

Rechtliche Aspekte des Umgangs mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern

Erfahrungsgemäß bestehen bei vielen Lehrerinnen und Lehrern Unsicherheiten bezüglich des rechtlichen Rahmens beim Umgang mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern. Diese betreffen insbesondere die Frage nach der Aufsichtspflicht und zum Umgang mit Medikamenten. Aber auch Fragen zu Sonderregelungen und Nachteilsaus-

gleich, zum Datenschutz, zum Hausunterricht, zur Wiedereingliederung nach einem Klinikaufenthalt etc. sind für viele Lehrkräfte relevant. Eine Übersicht der Rechtsvorschriften für Berlin und Brandenburg findet sich unter dem Stichwort „chronische Erkrankungen“ auf <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de>.

Information des Lehrerkollegiums, der Mitschülerinnen, der Mitschüler und ihrer Eltern

Wer von Amts wegen Kenntnis von einer chronischen Erkrankung hat, ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Dieses Prinzip darf nur durchbrochen werden, wenn es um die Abwendung einer akuten Gefahr oder um Meldungen von infektiösen Erkrankungen und evtl. um ein Schulverbot nach § 33 und § 34 des Infektionsschutzgesetzes geht. Dies ist bei chronischen Erkrankungen jedoch meist nicht der Fall. Deshalb dürfen Lehrkräfte ihre Kolleginnen und Kollegen, die Mitschülerinnen und Mitschüler und deren Eltern nicht ohne Einwilligung der Eltern der betroffenen Schülerinnen und Schüler über eine Erkrankung informieren. Diese Einwilligung sollte in schriftlicher Form vorliegen und sie kann von den Eltern jederzeit widerrufen werden. Erfahrungsgemäß ist es ratsam, dass zumindest das Lehrerkollegium über die Erkrankung einer Schülerin oder eines Schülers oder die für diese oder diesen bestehenden Sonderregelungen Bescheid weiß. Denn nur so kann sichergestellt werden, dass auch die Fach- oder Vertretungslehrkräfte wissen, wie sie beispielsweise bei einem Asthmaanfall reagieren sollen oder warum eine Schülerin oder ein Schüler Anspruch darauf hat, im Unterricht Handschuhe zu tragen oder öfter auf die Toilette zu gehen etc. Unter der Leitfrage „wie viele Informationen müssen bekannt sein, damit die Schülerin oder der Schüler in der Schule keinen Schaden nimmt“, empfiehlt es sich, konkret mit den Eltern zu besprechen, wie viele Informationen in welcher Form allen Lehrkräften zugänglich gemacht werden sollten. In vielen Fällen hat es sich beispielsweise als sinnvoll erwiesen, wenn in einer Schule eine Liste der gesundheitlich beeinträchtigten Schülerinnen und Schüler existiert, in der ohne

Nennung einer Diagnose einfach nur die jeweiligen Sonderregelungen, Vorsichts- und Notfallmaßnahmen und der Nachteilsausgleich aufgeführt sind, die für die jeweiligen Schülerinnen und Schüler gelten. Ob und wie viele Informationen an die Mitschülerinnen und Mitschüler weitergegeben werden sollten, ist ebenfalls vom Einzelfall abhängig. Diese Entscheidung darf nicht ohne die Einwilligung der Eltern und sollte nicht ohne Einverständnis der betroffenen Schülerinnen und Schüler getroffen werden. Mögliche Bedenken oder Ängste der betroffenen Schülerin oder des betroffenen Schülers sind hierbei ernst zu nehmen. Einige Lehrerinnen und Lehrer haben die Erfahrung gemacht, dass es oft ausreicht, wenn sie das Problem von vornherein verallgemeinern und ohne „Outing“ der Schülerin oder des Schülers bestimmte Grundregeln etablieren, die grundsätzlich im schulischen Miteinander gelten sollten. Wenn jedoch krankheitsbedingte Sonderregelungen von den Mitschülerinnen und Mitschülern als „Bevorzugung“ interpretiert werden könnten, sollte im Vorfeld interveniert werden. Aufklärung und Anti-Stigmaarbeit sind nahezu unumgänglich und können in vielen Fällen etwas bewirken. Mitunter kann eine allgemeine Thematisierung der Erkrankung im Unterricht sinnvoll sein. Dazu ist unter Umständen die Einbeziehung externer Fachleute günstig. Zum Thema „Psychische Erkrankungen“ bietet beispielsweise das Schulprojekt „Verrückt? Na und!“ von „Irrsinnig menschlich“ Projekttag an.³ Eine Kombination aus Aufklärung der Mitschülerinnen und Mitschüler und des Kollegiums und persönlichem Erfahrungsbericht leistet das Modell der „Heimatschulbesuche“, das vorrangig von Lehrerinnen und Lehrern und Ärztinnen und

3 www.irsinnig-menschlich.de/Verrueckt_Na_und_Konzept.pdf; www.verrueckt-na-und.de

Ärzten der Kinderklinik Tübingen entwickelt wurde. Bei einem „Heimatschulbesuch“ kommen Fachleute (Ärztinnen und Ärzte, Kliniklehrkräfte) mit der betroffenen Schülerin oder dem betroffenen Schüler in die Klasse, um diese altersgerecht über die Erkrankung zu informieren. Im Anschluss daran findet eine Lehrerkonferenz statt, in der die Fragen der Lehrerinnen und Lehrer zur Erkrankung und zum Umgang mit der Schülerin oder dem Schüler besprochen werden.⁴ Die in vielen Fällen als positiv beschriebenen Erfahrungen mit einem Heimatschulbesuch beziehen sich fast ausschließlich auf Schülerinnen und Schüler mit

schwerwiegenden körperlichen Erkrankungen. Mit Heimatschulbesuchen bei psychischen Erkrankungen gibt es hingegen kaum Erfahrungen.

Sind Lehrerinnen und Lehrer mit den Eltern übereingekommen, dass es im konkreten Fall notwendig ist, auch die Eltern der Mitschülerinnen und Mitschüler über die Erkrankung zu informieren, bieten Elternverbände, Selbsthilfegruppen und Kliniklehrkräfte Rat und Hilfe an, wie z. B. ein Musterbrief an die Eltern aussehen oder wie man einen Informationsabend gut gestalten kann. Vertreter dieser Gruppen sind oft auch bereit, in die Schule zu kommen.

Kooperation mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten

Der konkrete Umgang mit chronisch kranken Schülerinnen und Schülern kann nur für den Einzelfall beschrieben werden. Das gilt für psychische Erkrankungen ganz besonders, trifft aber auch auf die meisten somatischen Erkrankungen zu. Erfahrungsgemäß ist es günstig, wenn Lehrkräfte, Eltern und behandelnde Therapeutinnen und Therapeuten gemeinsam mit der betroffenen Schülerin oder dem betroffenen Schüler der Frage nachgehen, mit welchen Beeinträchtigungen für den Schulalltag (auch durch mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten) zu rechnen ist, und nach Lösungen suchen, wie und mit welchen Sonderregelungen der Schulalltag bewältigt werden kann. Es empfiehlt sich, dass Lehre-

rinnen und Lehrer mit den behandelnden Fachleuten auch direkt über die erkrankte Schülerin oder den erkrankten Schüler sprechen. Hierfür ist eine gegenseitige schriftliche Schweigepflichtentbindung durch die Eltern nötig. Die Entscheidung über die Therapie und die medizinische Behandlung liegt grundsätzlich auf der Seite der Eltern und der behandelnden Fachleute. Einige Erkrankungen (wie z. B. ADHS) sind allerdings derart mit der Schule verwoben, dass diese Entscheidung der Eltern bestimmte Erwartungen an die Lehrkraft im Umgang mit der Schülerin bzw. dem Schüler impliziert. Diese können mitunter im Widerspruch zum eigenen Rollenverständnis stehen. Wichtig ist es, dies dann offen und ehrlich zu kommunizieren.

Kooperation mit der Klinikschule⁵

Bei einem längeren Klinikaufenthalt brauchen chronisch kranke Schülerinnen und Schüler Unterstützung, um den inhaltlichen Anschluss an ihre Klasse zu halten. Lehrerinnen und Lehrer können hier helfen, indem sie mit der Klinikschule in regelmäßigem Kontakt stehen und die Kliniklehrkräfte über die Vorgeschichte der Schülerin oder des Schülers und den behandelten Unterrichtsstoff informieren und Hausaufgaben und Klassenarbeiten weiterreichen. Nach der Rückkehr der Schülerin oder des Schülers in die allgemeine Schule können Lehrerinnen

und Lehrer von den Kliniklehrkräften wertvolle Tipps für die pädagogische Arbeit und Empfehlungen für den Nachteilsausgleich erhalten.

In Brandenburg und Berlin dürfen Schulen untereinander schulbezogene Daten auch ohne Einwilligung der Eltern austauschen, soweit dies der Erfüllung gesetzlicher Aufgaben dient. In diesem Fall können Lehrerinnen und Lehrer der allgemeinen Schule eigenständig Kontakt zur Klinikschule aufnehmen.

Wie die Kooperation von Schule und Klinikschule am besten gelingt, ist vom konkreten Fall abhängig. Oft

4 Informationen zum konkreten Ablauf eines Heimatschulbesuchs sowie zahlreiche Erfahrungsberichte finden sich im Buch „Klinik macht Schule“ von Pfeiffer et al. oder im Internet zum Beispiel unter: www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/sonderschultypen/sfk/schulen/mersch1.pdf; www.schule-fuer-kranke.de/unterricht/heimatschulbesuch.htm. Darüber hinaus können Sie über die Kinderkrebsstiftung den Film „Schulbesuche – Brücken ins Leben“ bestellen (www.kinderkrebsstiftung.de/informationsmaterial), in dem ein Heimatschulbesuch dokumentiert wird.

5 Mit „Klinikschulen“ sind die Schulen gemeint, in denen die Schülerinnen und Schüler während eines Klinikaufenthalts unterrichtet werden. Diese tragen in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Bezeichnungen. Zur besseren Verständlichkeit wird in dieser Handreichung stets der Begriff „Klinikschule“ verwendet.

hat es sich als günstig erwiesen, wenn es an der allgemeinen Schule einen Verantwortlichen gibt, der die ausgehenden Informationen und Fragen aller Lehrkräfte bündelt und die eingehenden weitergibt. Anregungen wie der Prozess der Kooperation erfahrungsgemäß gut gestaltet werden kann, können die verschiedenen Klinikschohlen geben.⁶ Wichtige Hinweise zur Kooperation zwischen allgemeiner Schule und Klinikschohle sowie Hinweise zur Pädagogik bei

Krankheit generell finden sich auch im Abschlussbericht des Projekts „Interklinikschohle“.⁷

Die Klinikschohlen haben einen Beratungsauftrag und sind deshalb auch generell Ansprechpartner für Lehrerinnen und Lehrer der allgemeinen Schule. Lehrkräfte können sich hier also in vielen Fällen auch Rat und Hilfe zum grundsätzlichen Umgang mit verschiedenen Erkrankungen im Schulalltag holen.

Umgang mit Medikamenten und anderen Interventionen

Lehrerinnen und Lehrer müssen zwar Erste Hilfe leisten, von ihnen kann jedoch nicht verlangt werden, dass sie ein Notfallmedikament verabreichen oder spritzen. Lehrkräfte können sich aber unter bestimmten Bedingungen dazu bereit erklären. Auch zu anderen medizinisch-therapeutischen Aufgaben im Sinn der Fürsorge sachgerecht durchzuführender Behandlungen und Verabreichungen können Lehrkräfte nicht verpflichtet werden. Viele Lehrerinnen und Lehrer erklären sich aber freiwillig bereit, gerade jüngere Schülerinnen und Schüler an

die Einnahme ihrer Medikamente zu erinnern oder ihnen auch praktische Hilfestellungen zu geben. In beiden Fällen sollte eine schriftliche Haftungsausschlussklärung oder eine Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten vorliegen, die im Detail beschreibt, welche Maßnahmen in welcher Form in welcher Situation angewendet werden sollten. Notfallmedikamente müssen wie andere Medikamente auch sachgerecht und für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt werden.

Schulklima und Prävention

Verschiedene Studien belegen den negativen Einfluss, den ein ungünstiges Schulklima auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern hat (vgl. Steinhausen 2006). Umgekehrt können die Anforderungen der Schule in einem günstigen Schulklima die Resilienz⁸ von Schülerinnen und Schülern nachweislich fördern. Aus diesem Grund kommt der Schulentwicklung bei der Prävention

psychischer Erkrankungen eine große Rolle zu. Zur schulischen Prävention und Intervention existieren bereits verschiedene Programme, zum Beispiel zur Prävention von Depressionen, zur Angstreduktion, zur Anti-Stigmaarbeit oder auch sehr umfassende Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen allgemein.

6 Lohnenswert kann zum Beispiel ein Besuch der Internetseiten der Klinikschohlen München (www.schohle-fuer-krankhe.de/kooperation/index.htm), Freiburg (www.klschohle.fr.schohle-bw.de) oder Tübingen (www.klinikschohle-tuebingen.de) sein.

7 www.interklinikschohle.de

8 Unter Resilienz wird die Fähigkeit eines Menschen verstanden, Lebenskrisen ohne andauernde Beeinträchtigung durchzustehen.

Chronische somatische Krankheiten



Simon, 11 Jahre

Einleitung

Auf den folgenden Seiten werden Ihnen einige chronische somatische Krankheiten vorgestellt. Als somatisch werden Krankheiten bezeichnet, die sich auf körperlicher Ebene manifestieren. Die hier behandelten Krankheitsbilder sind in der Regel nicht so beeinträchtigend, dass sie grundsätzlich zu einem anerkannten Behindertenstatus führen müssen oder in jedem Fall einem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt zugeordnet werden können. Der Umgang mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern erfordert aber Sachkompetenz der Lehrkräfte und spezifische Rücksichtnahmen. Ansonsten erfolgte die Auswahl der Krankheitsbilder nach den Kriterien der Häufigkeit oder der besonderen Bedeutung für den Schulalltag. Die Beschreibungen der Krankheitsbilder erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Sie können niemals die konkrete auf den Einzelfall bezogene Absprache von Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern, Ärztinnen und Ärzten ersetzen. Auch zur individuellen Fort- und Weiterbildung wird es in vielen Fällen nötig sein, Veranstaltungen zu besuchen oder auf andere Quellen zurückzugreifen.

Umfangreiches Material hierzu finden Sie im Internet oder bei verschiedenen Selbsthilfegruppen und Elternverbänden.

Schülerinnen und Schüler mit chronischen somatischen Erkrankungen benötigen mitunter sonderpädagogische Unterstützung im Bereich körperliche und motorische Entwicklung. Das Vorliegen einer ärztlichen Diagnose reicht hierfür jedoch allein nicht aus, die Schülerinnen und Schüler müssen so beeinträchtigt sein, dass sie „in ihren Bildungs-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten so eingeschränkt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule auch mit Hilfe anderer Dienste nicht hinreichend gefördert werden können“ (KMK-Empfehlung). Gemeinsam mit den zuständigen Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen und den Eltern sollte beraten werden, ob eine Antragstellung in Bezug auf sonderpädagogischen Förderbedarf sinnvoll und notwendig ist.

Auch zu Fragen des konkreten Umgangs mit chronisch somatisch erkrankten Schülerinnen und Schülern besteht die Möglichkeit, sonderpädagogische Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.¹

¹ Zuständig sind in Berlin die bezirklichen Ambulanzlehrkräfte für den sonderpädagogischen Förderschwerpunkt „Körperliche und motorische Entwicklung“; in Brandenburg sind die Sonderpädagogischen Förder- und Beratungsstellen zuständig.

1. Allergien

Bei einer Allergie ist das Immunsystem der Betroffenen nicht in der Lage, zwischen harmlosen und gefährlichen Substanzen zu unterscheiden und reagiert deshalb mit unangemessen heftigen Reaktionen auf Substanzen, die in der Regel völlig harmlos sind. Bindehautentzündungen, Schnupfen, Hautausschläge, Juckreiz, Husten und Atemnot sind die häufigsten Beschwerden einer allergischen Reaktion. Aber auch Durchfälle, Kopfschmerzen und Unwohlsein treten auf. In seltenen Fällen kommt es sogar zu einem lebensbedrohlichen Schock (Anaphylaxie). Über die Mechanismen, die zu einer allergischen Reaktion führen, weiß man mittlerweile ziemlich genau Bescheid. Bisher ungeklärt ist jedoch die Frage, warum ein Immunsystem an sich harmlose Substanzen plötzlich als gefährlich einstuft. Hierzu gibt es widersprüchliche Theorien. Als relativ sicher gilt, dass zwar keine bestimmte Allergie, aber eine „atopische Veranlagung“ vererbt wird. Neben dieser genetischen Disposition scheinen aber Umwelteinflüsse und Lebensgewohnheiten eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von Allergien zu spielen. Nach dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) erkrankt in Deutschland fast jeder Vierte im Kindes- oder Jugendalter an einer atopischen Erkrankung wie Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis oder einem allergischen Kontaktekzem. Man geht allgemein davon aus, dass allergische Erkrankungen auch in den nächsten Jahren noch zunehmen werden.

Einzelne allergische Krankheitsbilder

Asthma und Hautprobleme:

Auf diese Krankheiten wird in dieser Broschüre gesondert eingegangen (s. S. 26 und 48).

Insektengiftallergie:

Allergische Reaktionen auf Bienen- oder Wespenstiche können sehr unterschiedlich ablaufen (vom Juckreiz über Nesselfieber bis zum Schock). Für Schülerinnen und Schüler, die eine Insektenallergie haben, bedeutet jeder Anblick einer Biene oder Wespe, dass sie große Angst haben müssen, gestochen zu werden und möglicherweise einen Schock zu bekommen.

Nahrungsmittelallergie:

Eine Nahrungsmittelallergie macht sich in der Schule nur dann bemerkbar, wenn die Schülerin oder der Schüler die Nahrungsmittel nicht konsequent meiden kann. Dies ist vor allem bei den recht häufigen Allergien gegen Milch, Erdnüsse und Hühnereiweiß der Fall. Schon Spuren dieser Substanzen können unangenehme (z. B.

Magen-Darm-Beschwerden, Juckreiz) bis bedrohliche Reaktionen (Asthmaanfall oder sogar Schock) auslösen. Die betroffenen Schülerinnen und Schüler leben deshalb in der ständigen Angst, etwas Falsches zu essen. Dies schränkt sie bei Mahlzeiten auf Klassenfesten und -fahrten aber auch im Schulalltag (Pausenbrottausch, Geburtstagsfeiern etc.) erheblich ein.

Heuschnupfen:

Pollenallergikerinnen und Pollenallergiker können zur Zeit des Pollenflugs schwer in ihrer Leistungs- und Aufnahmefähigkeit beeinträchtigt sein, nicht nur wegen der Symptome (Niesanfälle, Fließschnupfen, Augenjucken etc.), sondern auch wegen der gestörten Nachtruhe und der Medikamente.

Hausstauballergie:

Hausstauballergikerinnen und Hausstauballergiker sind im Prinzip das ganze Jahr und in fast allen Innenräumen beeinträchtigt.

Schulalltag mit der Krankheit

Die Beeinträchtigung durch eine allergische Erkrankung im Schulalltag ist sehr unterschiedlich, da es zum einen unendlich viele Allergene gibt und sich die Reaktionen darauf auch noch unterscheiden können. Für alle allergischen Erkrankungen gilt:

- die Schülerinnen und Schüler müssen die Allergene meiden, was im Schulalltag nur unterschiedlich gut gelingt
- akute sowie länger andauernde allergische Probleme kosten viel Kraft und schwächen insgesamt, deshalb

sind die betroffenen Schülerinnen und Schüler in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt

- die erkrankten Schülerinnen und Schüler sind oft durch allergisch bedingten Schlafmangel in ihrer Belastungs- und Konzentrationsfähigkeit eingeschränkt
- Medikamente (Antihistaminika) führen oft zu Müdigkeit und Konzentrationsproblemen

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Die Unterstützung, die Sie allergiekranken Schülerinnen und Schülern geben können, besteht unter anderem darin, dass Sie ihnen dabei helfen, die Allergene in der Schule konsequent zu meiden. Nach der BZgA empfehlen sich beispielsweise folgende Regelungen:

Bei Pollenallergien

- sollte der Klassenraum erst ab 9 Uhr morgens gelüftet und täglich feucht gereinigt werden
- empfiehlt es sich, Decken, Kissen und Kissenbezüge der Lesecke regelmäßig zu waschen, Polster chemisch reinigen zu lassen und dann regelmäßig zu saugen
- kann es helfen, wenn die Schülerin oder der Schüler bei der Arbeit mit bestimmten Materialien einen Atemschutz benutzt (z. B. im Biologieunterricht)

Bei Tierhaarallergien

- ist es hilfreich zu wissen, welche der Mitschülerinnen und Mitschüler zu Hause Tiere haben, auf die die Schülerin oder der Schüler allergisch reagiert, um dies bei der Sitzordnung im Klassenraum, bei Gruppenarbeiten, bei Spielen etc. berücksichtigen zu können

Bei Nahrungsmittelallergien

- sollten bei gemeinsamen Mahlzeiten grundsätzlich alle Inhaltsstoffe offengelegt werden
- können Sie versuchen, die Mahlzeiten möglichst so zusammenzustellen, dass entweder alle Schülerinnen und Schüler sie essen können, oder dass es nicht so sehr auffällt, wenn einige allergiebedingt aufpassen müssen

Bei Insektengiftallergien

- ist es, um Panikattacken zu vermeiden, oft angebracht, dass die Schülerin oder der Schüler mit einer Klassenkameradin oder einem Klassenkameraden so lange den Raum verlassen darf, wie sich eine Wespe oder Biene darin befindet

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Akute oder auch länger andauernde allergische Reaktionen beeinträchtigen die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit und sollten deshalb bei der Leistungserfassung

berücksichtigt werden. Auch kann bisweilen das Verschieben einer Klassenarbeit hilfreich sein. Bei häufigen Fehlzeiten gilt es, mit der Schülerin oder dem Schüler und den Eltern Lösungen zu finden, wie der Stoff nachgearbeitet werden kann.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Die Möglichkeit der Teilnahme am Sportunterricht hängt immer von der Beeinträchtigung der einzelnen Schülerin oder des einzelnen Schülers ab:

- während der Pollenflugzeit ist Sport im Freien für Pollenallergikerinnen und Pollenallergiker nicht angebracht
- staubige Hallen und Umkleidekabinen beeinträchtigen Schülerinnen und Schüler mit einer Hausstauballergie
- Antihistaminika (Medikamente, die allergische Reaktionen unterdrücken) beeinträchtigen die körperliche Leistungsfähigkeit ebenso wie eine gerade erst erfolgte Hyposensibilisierung

Klassenfahrten und Ausflüge:

Es ist ratsam, dass alle Schülerinnen und Schüler, die eine Allergie haben, einen Allergiepass (mit Notfallplan) besitzen und diesen mitnehmen. Bei der Planung empfiehlt es sich, Folgendes zu berücksichtigen:

Bei Pollenflugallergien

Jahreszeit und Zielort (Pollenflugkalender)

Bei Hausstauballergien

Unterkunft und Schlafmöglichkeiten (evtl. undurchlässiger Bettbezug), auch Museums-, Bibliotheks- und Burgbesuche können problematisch werden.

Bei Tierhaarallergien

Mögliche Tiere in der Unterkunft und am Zielort; nicht mit Mitschülerinnen und Mitschülern, die zu Hause Tiere haben, in einen Schlafrum

Bei Nahrungsmittelallergien

Allergenfreie Ernährung

Bei Insektengiftallergien

Ständig ein Notfallset dabei haben

Notfallsituationen

Ankündigung einer allergischen Reaktion

Die meisten Schülerinnen oder Schüler kennen die Symptome einer sich ankündigenden allergischen Reaktion recht gut. Oft reagieren sie darauf mit Unruhe. Hier ist es meist ausreichend, wenn die Schülerin oder der Schüler weiß, dass sie oder er

- jederzeit – auch im Unterricht – die notwendigen Maßnahmen ergreifen darf
- wenn nötig, die Lehrkraft auch während des Unterrichts um Hilfe bitten darf (z. B. bei der Anwendung von Augentropfen)

- kurz den Raum verlassen darf (evtl. mit einer Klassenkameradin oder einem Klassenkameraden)

Manchmal ist es nötig, dass die Schülerin oder der Schüler nach Hause geht. Hier ist es unter Umständen ratsam, dass er oder sie von einer Mitschülerin oder einem Mitschüler begleitet wird, und es sollte sicher sein, dass er oder sie Zugang zur elterlichen Wohnung hat. Die Erziehungsberechtigten sind unverzüglich darüber zu informieren.

„Anaphylaktischer Schock“

Der anaphylaktische Schock ist die schwerste Ausprägung einer allergischen Reaktion und ein lebensbedrohlicher Notfall. Er kann durch Nahrungsmittel, Insektengifte oder Medikamente ausgelöst werden.

Frühe Symptome eines anaphylaktischen Schocks sind häufig:

- In den Handflächen oder unter den Fußsohlen beginnt es zu kribbeln
- das Gesicht und nachfolgend der gesamte Körper röten sich, in Folge tritt Juckreiz auf
- ein Hitzegefühl steigt im gesamten Körper auf
- Schwellungen im Augen- und Lippenbereich

Diese äußeren Symptome werden dann begleitet von

- zunehmenden Angstgefühlen
- verengten Luftwegen
- Übelkeit und Erbrechen
- Krämpfen
- Schwäche durch Blutdruckabfall
- beschleunigtem Herzschlag
- Urin- und Stuhlabgang

(Bei diesen Symptomen ist die Schülerin oder der Schüler sofort in eine Schocklage zu bringen und die Notärztin oder der Notarzt zu rufen (112)!)

Letztendlich sinkt der Blutdruck stark ab und es kommt zur

- Ohnmacht, auf die ein Herz-Kreislauf-Stillstand folgt

Bei den ersten Schocksymptomen:

- die Schülerin oder den Schüler in die Schocklage bringen, damit das Blut für das Gehirn und anderen lebenswichtigen Organe zur Verfügung steht
- Notruf (112) setzen oder durch eine Schülerin oder einen Schüler setzen lassen
- falls eine Ärztin oder ein Arzt in der Nähe ist oder falls Sie mit den Eltern im Vorfeld diese Situation so geregelt haben, dass Sie im Extremfall die Notfallmedikation spritzen können: Notfallmedikation verabreichen

Bei Ohnmacht (mit Atmung):

- die Schülerin oder den Schüler in die stabile Seitenlage bringen, um die Atmung sicherzustellen
- wenn nicht bereits geschehen: Notruf setzen (112)
- Atmung regelmäßig kontrollieren
- falls eine Ärztin oder ein Arzt in der Nähe ist oder falls Sie mit den Eltern im Vorfeld diese Situation so geregelt haben, dass Sie im Extremfall die Notfallmedikation spritzen können: Notfallmedikation verabreichen

Bei Atemstillstand:

- wenn nicht bereits geschehen: Notruf setzen lassen (112)
- Herz-Lungen-Massage bis die Atmung einsetzt oder bis die Notärztin oder der Notarzt eintrifft

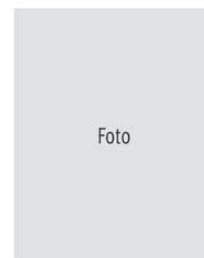
Beim Inhaber dieses Notfallpasses bestehen folgende Allergien, die schwere allergische Schockreaktionen (Anaphylaxien) auslösen können:

1. _____
2. _____
3. _____

Diese Allergene müssen konsequent gemieden werden. Anaphylaktische Reaktionen können lebensbedrohlich sein. Im Falle des unbeabsichtigten Kontaktes (z. B. im Restaurant) sind die in diesem Anaphylaxiepass aufgeführten Maßnahmen zu ergreifen. Anaphylaxiegefährdete Patienten sollten daher immer ihre Notfallmedikamente verfügbar haben.

Herausgeber: Gf: pina e.V. Präventions- und Informationsnetzwerk Allergie/Asthma, Klinik für Pädiatrie m.S. Pneumologie/Immunologie, Charité, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, in Zusammenarbeit mit ADA, DGAKI, GPK und DAAB. Herstellung: WURMS & PARTNER PR GmbH, Bernrieder Straße 4, 83327 Tutzing.

Arztstempel:



Foto

Anaphylaxie-Pass

Erste Hilfe bei allergischer Schockreaktion

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Im Notfall benachrichtigen (Name, Telefonnummer) _____

Erste Hilfe bei beginnender Reaktion:

Anzeichen:

- Kratzen im Hals
- Unbestimmtes Angstgefühl
- Jucken im Genitalbereich, an Handflächen oder Fußsohlen
- Hautrötung
- Übelkeit, Erbrechen
- Quaddeln (Nesselausschlag)
- Schwellung der Lippen, des Gesichtes

Handlungsmaßnahmen:

1. Notarzt (112) verständigen!
2. Antihistaminikum und Kortison aus dem Notfallset des Patienten verabreichen

(Namen des Antihistaminikums und Menge eintragen)

(Namen des Kortisons und Menge eintragen)

3. Adrenalin-Autoinjektor bereithalten

Erste Hilfe bei schwerer Reaktion:

Anzeichen:

- Heiserkeit
- Atemnot
- Gleichzeitiges Auftreten von zwei oder mehr Symptomen an verschiedenen Organen (z. B. Bauchkrämpfe und Quaddeln)
- Jede Reaktion nach _____
(z.B. Verzehr von Erdnüssen; Wespenstich)

Handlungsmaßnahmen:

1. Adrenalin-Autoinjektor in den seitlichen Oberschenkelmuskulatur injizieren (s. Abbildung).

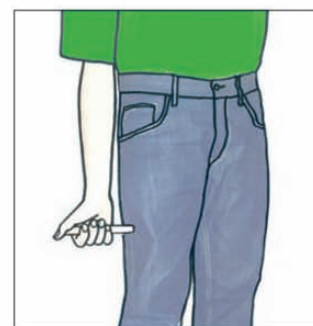
(Namen des Adrenalins eintragen)

2. Patientenlagerung:
 - bei Kreislaufbeschwerden hinlegen
 - bei Atemnot hinsetzen
 - bei Bewusstlosigkeit stabile Seitenlage
3. Bei Atemnot zusätzlich Spray anwenden (ggf. kurzfristig wiederholen)

(Namen des Sprays eintragen)

4. Nach den erfolgten Erste-Hilfe-Maßnahmen sofort Notarzt (112) verständigen!

5. Zusätzlich Antihistaminikum und Kortison (siehe beginnende Reaktion) verabreichen.



Der Autoinjektor wird in den seitlichen Oberschenkel injiziert. Eine genaue Handhabung finden Sie auf dem Produkt.

Alternativ kann in dieses Feld eine produktbezogene Handlungsanweisung für den entsprechenden Autoinjektor des Patienten geklebt werden.

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung von pina e. V.

2. Angeborene Herzfehler

Jedes Jahr kommt in Deutschland etwa ein Prozent aller Kinder mit einem angeborenen Herzfehler zur Welt. Bei vielen ist dieser so schwer, dass sie operiert werden müssen. Man geht davon aus, dass derzeit ungefähr 70.000 bis 80.000 Kinder und Jugendliche mit gravierenden Herzproblemen in Deutschland leben. Im Vergleich dazu gibt es schätzungsweise 100.000 Erwachsene mit einem angeborenen Herzfehler (vgl. BzGA (2001), S. 66). Es gibt viele verschiedene Herzfehler, die in diesem Rahmen nicht alle beschrieben werden können.

Häufige angeborene Herzfehler sind

- a) eine unvollständige Trennung der rechten und linken Herzhälfte sowie des Lungen- und Körperkreislaufs
- b) Herzklappenfehler
- c) Verlagerungen und Verengungen der herznahen Blutgefäße

Unabhängig von der Ursache kann man die Herzfehler unterscheiden in

- a) angeborene Herzfehler ohne Zyanose (= Blaufärbung), d. h. ohne Mischblut aus kleinem und großem Kreislauf
- b) angeborene Herzfehler mit Zyanose, die sauerstoffarmes Blut aus der rechten in die linke Herzkammer leiten, wobei die Lunge vermindert durchblutet wird
- c) angeborene Herzfehler mit Rückstrom von sauerstoffreichem Blut aus der linken in die rechte Herzkammer
- d) angeborene Herzfehler mit Blutstrom von rechts nach links und vermehrter Lungendurchblutung

Die Auswirkungen der gleichen Herzfehler können individuell sehr unterschiedlich sein. Deshalb ist auch der Verlauf abhängig von der Schwere und möglicherweise auch den Auswirkungen der Operation sehr unterschiedlich und individuell.

Schulalltag mit der Krankheit

Einige Schülerinnen und Schüler mit einem angeborenen Herzfehler sind dank einer vor Jahren erfolgten Operation fast normal belastbar, andere hingegen sind deutlich eingeschränkt und benötigen sehr viel Unterstützung.

Für den Schulalltag einer herzkranken Schülerin oder eines herzkranken Schülers kann es relevant sein, zu bedenken, dass die Schülerin oder der Schüler

- möglicherweise körperlich weniger belastbar ist als die Mitschülerinnen und Mitschüler
- für körperliche Aktivitäten unter Umständen mehr Zeit benötigt als andere Schülerinnen und Schüler, was bei Wegen innerhalb der Schule berücksichtigt werden sollte, um Verspätungen zu vermeiden
- möglicherweise unter Bluthochdruck leidet, der zu Schmerzen und Übelkeit führen kann
- ein erhöhtes Risiko hat, an einer bakteriellen Entzündung der Herzinnenhaut zu erkranken, weshalb eine sorgfältige Mundhygiene für sie oder ihn noch viel wichtiger ist als für die Mitschülerinnen und Mitschüler

Nimmt die Schülerin oder der Schüler aufgrund der Erkrankung Medikamente ein, kann es sein, dass sich folgende Nebenwirkungen auf den Schulalltag auswirken:

- die Einnahme von Betablockern kann Müdigkeit verursachen und die Konzentrationsfähigkeit herabsetzen, was insbesondere bei Klassenarbeiten und anderen längeren Arbeitsphasen ein Problem darstellt
- entwässernde Präparate führen dazu, dass die Schülerin oder der Schüler häufig die Toilette aufsuchen muss (auch während des Unterrichts)
- blutgerinnungshemmende Medikamente erhöhen die Blutungsneigung, weshalb die Schülerin oder der Schüler vor Unfällen ganz besonders geschützt werden muss

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Die Unterstützung, die eine Schülerin oder ein Schüler mit einem angeborenem Herzfehler im Schulalltag benötigt, hängt wesentlich stärker als bei anderen chronischen Erkrankungen vom Einzelfall ab.

Deshalb ist es ratsam, sich bei den Eltern der Schülerin oder des Schülers und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (wenn von den Eltern erlaubt) konkret über die Auswirkungen des Herzfehlers und der Operation zu informieren.

Erfahrungsgemäß ist es in vielen Fällen von Vorteil, wenn – im Einverständnis mit der Betroffenen oder dem Betroffenen und den Eltern – alle Lehrerinnen und Lehrer und auch die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Erkrankung informiert sind. Regelungen zum Nachteilsausgleich können so mit allen Lehrkräften abgesprochen und Missverständnissen über eine angebliche Bevorzugung kann vorgebeugt werden. Auch kann dann ein die gesamte Schule umfassender Notfallplan ausgearbeitet werden.

Möglichen Beeinträchtigungen durch die Krankheit und die Nebenwirkungen der Medikamente können Sie begegnen, indem Sie

- die geringere körperliche Belastbarkeit bei der Raumplanung bedenken und/oder beim Fachraumwechsel mehr Zeit gewähren
- gegebenenfalls dafür sorgen, dass die Schülerin oder der Schüler einen zweiten Satz Schulbücher erhält, damit diese nicht getragen werden müssen
- im Schulalltag Ruhephasen ermöglichen und die Schülerin oder den Schüler z.B. aus dem Pausengetümmel herausnehmen (am besten mit einer Freundin oder einem Freund); in seltenen Fällen ist auch eine verkürzte Unterrichtszeit angebracht
- auf Konzentrationsprobleme ausgleichend einwirken und bei Klassenarbeiten über den Nachteilsausgleich z. B. eine längere Bearbeitungszeit ermöglichen
- häufige Toilettenbesuche während des Unterrichts gestatten
- Möglichkeiten für eine gründliche Mundhygiene, die aufgrund der erhöhten Infektionsgefahr nötig ist, bereitstellen

Für den Notfall

- empfiehlt es sich einen Notfallplan mit den wichtigsten Telefonnummern bereit zu halten
- sollten Sie über die Einnahme blutgerinnungshemmender Medikamente informiert sein

Besonderheiten im Sportunterricht:

Die Möglichkeit der Teilnahme am Sportunterricht hängt immer von der individuellen Belastungsfähigkeit der herzkranken Schülerin oder des herzkranken Schülers ab. Grundsätzlich gilt auch für herzkranken Schülerinnen und Schüler, dass eine Teilnahme am Sport, soweit wie möglich, aus medizinischen und sozialen Gründen sinnvoll ist.

Es empfiehlt sich, vorsichtig zu sein bei:

- Leistungs- oder Wettkampfsport
- Krafttraining
- Tauchen oder unvorbereitetem Springen in kaltes Wasser
- bei Sportarten mit erhöhter Verletzungsgefahr (auch Prellungen), wenn gerinnungshemmende Medikamente eingenommen werden

Klassenfahrten und Ausflüge:

Es empfiehlt sich, vorab mit den Eltern alle wichtigen Punkte (z. B. Medikamenteneinnahme, körperliche Belastbarkeit, Mitnahme einer Begleitperson, Messung der Blutungsneigung) abzusprechen. Des Weiteren ist es sinnvoll, im Vorfeld einen den regionalen Gegebenheiten angepassten Notfallplan zu entwickeln und ein Handy mitzunehmen. Auch der Herzpass sollte mitgeführt werden.

Die Eltern sollten während der Zeit der Unternehmung für Rückfragen erreichbar sein.

Notfallsituationen

Notfallsituationen sind glücklicherweise sehr selten bzw. können durch rechtzeitiges Reagieren in den meisten Fällen verhindert werden. Dennoch empfiehlt es sich, wenn Sie und möglichst auch Ihre Kolleginnen oder Kollegen

- wissen, welche kritischen Situationen es gibt und was im Notfall zu tun ist
- die wichtigsten Notfallnummern (Eltern/Ärztin oder Arzt / Notärztin oder Notarzt) bereithalten
- Ihre Kenntnisse in Erster Hilfe auffrischen
- wissen, wo sich eine Kollegin oder ein Kollege aufhält, die oder der in Erster Hilfe ausgebildet ist
- eventuell die Atemtechnik der Pressatmung beherrschen, um der Schülerin oder dem Schüler bei der Anwendung helfen zu können, wenn diese notwendig ist

Auffälligkeiten in Aussehen oder Verhalten

Wenn Auffälligkeiten im Aussehen (z. B. Blaufärbung der Lippen, Kaltschweißigkeit) oder im Verhalten auftreten, empfiehlt es sich, Rücksprache mit der Schülerin oder dem Schüler zu halten. Im Zweifelsfall sollten Sie auch die Eltern oder eine Ärztin oder einen Arzt anrufen.

Herzrhythmusstörungen („Herzrasen“)

Bei Herzrasen ist es ratsam, der Schülerin oder dem Schüler die Möglichkeit zu geben, in Ruhe eine erlernte Atemtechnik („Pressatmung“) anzuwenden und sie oder ihn gegebenenfalls dabei zu unterstützen. Die Schülerin oder der Schüler sollte die für diesen Fall von der Ärztin oder vom Arzt verordneten Medikamente einnehmen.

Wenn die Herzrhythmusstörungen länger dauern, rufen Sie bitte die Notärztin oder den Notarzt! Wenn Sie selbst keine Erste Hilfe leisten können, rufen Sie bitte außerdem eine Person, die in Erster Hilfe ausgebildet ist, zur Schülerin oder zum Schüler.

Ohnmacht und Herzstillstand

Versuchen Sie in diesem Fall Erste Hilfe zu leisten bis die Notärztin oder der Notarzt da ist (bei Ohnmacht: stabile Seitenlage; bei Herzstillstand: Herz-Lungen-Massage).

Verletzungen

Wenn sich eine Schülerin oder ein Schüler, die oder der ein gerinnungshemmendes Medikament nimmt, eine Verletzung zuzieht, die mit größeren inneren oder äußeren Blutungen einhergehen können, rufen Sie bitte sofort die Notärztin oder den Notarzt!

III. PROPHYLAXE-SCHEMA BEI KINDERN MIT ENDOKARDITISRISIKO

einmalige Antibiotikagabe

Oropharynx, Gastrointestinal-, Urogenitaltrakt
(Viridansstreptokokken, Enterokokken)
Amoxicillin 50 mg/kg (max. 3 g) oral, 1 h vor Eingriff

Bei Penicillinunverträglichkeit:

- Clindamycin* 15 mg/kg (max. 600 mg) oral,
1 h vor Eingriff oder
- Vancomycin 20 mg/kg (max 1 g) i.v. als Infusion
über 1 h, späterer Beginn 1 h vor Eingriff oder
- Teicoplanin 10 mg/kg (max. 800 mg) i.v.,
1 h vor Eingriff

Infizierte Herde der Haut und langdauernder Herzkatheter (Staphylokokken)

- Clindamycin* 15 mg/kg (max. 600 mg) oral,
1 h vor Eingriff oder
- Vancomycin 20 mg/kg (max. 1 g) i.v. als Infusion
über 1 h, späterer Beginn 1 h vor Eingriff oder
- Teicoplanin 10 mg/kg i.v., 1 h vor Eingriff

* nur bei Eingriffen im Oropharynx



Paul-Ehrlich-Gesellschaft
für Chemotherapie e. V.
www.p-e-g.org

Die Herzpässe können schriftlich
angefordert werden bei:

Geschäftsstelle der
Paul-Ehrlich-Gesellschaft
für Chemotherapie e.V.
c/o Antiinfectives Intelligence GmbH
Immenburgstraße 20
53121 Bonn

Fon: 0228 444706-0
Fax: 0228 444706-16

Mit freundlicher Unterstützung von

ratiopharm

Schutzgebühr: 0,15 €

MIT ENDOKARDITISRISIKO



HERZPASS
FÜR KINDER

Name _____

Geburtsdatum _____

Herzfehler _____

Arzt

Ausstellungsdatum _____

Penicillin-Unverträglichkeit bekannt
☐ ja ☐ nein

I. ENDOKARDITIS-RISIKOGRUPPEN

Endokarditis-Risiko

1. Angeborene Herzfehler (außer Vorhof-
septumdefekt vom Sekundumtyp)
2. Erworbene Herzklappenfehler (inkl.
degenerative Veränderungen, z. B.
verkalkte Aortenklappe)
3. Operierte Herzfehler mit Restbefund;
ohne Restbefund nur für 1 Jahr
4. Mitralklappenprolaps mit Mitralsuffizienz
5. Hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie

Besonders hohes Endokarditis-Risiko:

1. Herzklappenprothesen inkl. Conduits/Grafts
2. Zustand nach bakterieller Endokarditis
3. Kongenital-zyanotische Vitien

Keine Endokarditis-Propylaxe bei:

1. Mitralklappenprolaps ohne Mitralsuffizienz
2. Zustand nach aorto-koronarem Bypass
3. Zustand nach Schrittmacher- oder
Kardioverterimplantation (ICD)
4. Zustand nach Verschluss eines Ductus Botalli
5. Operierte Herzfehler ohne Restbefund nach dem
1. postop. Jahr

II. EINGRIFFE, DIE EINER PROPHYLAXE BEDÜRFE

a) Oropharynx, Respirations- und oberer Verdauungstrakt:

- zahnärztl. Eingriffe mit Blutungsgefahr
(Zahnsteinentfernung, Parodontalkürettage,
Parodontalchirurgie, Wurzelbehandlungen,
zahnchirurgische Eingriffe)
- Tonsillektomie, Adenotomie
- Bronchoskopie mit starrem Instrument, Sklero-
sierung von Ösophagusvarizen, Ösophagus- und
Bronchusdilatation und/oder Stentimplantation
- Chirurgische Eingriffe an den oberen Luftwegen

Propylaxe nur bei besonders hohem Risiko:

Gastroskopie mit und ohne Biopsie, ERCP, TEE,
nasotr. Intubation, flexible Bronchoskopie
(keine Propylaxe bei orotrachealer Intubation)

b) Intestinaltrakt:

- Chirurgische Eingriffe inkl. mikroinvasiver Technik
am Gastrointestinaltrakt und den Gallenwegen
- Lithotripsie im Bereich der Gallen-Pankreaswege

Propylaxe nur bei besonders hohem Risiko:

Recto-Sigmoideo-Koloskopie (keine Propylaxe bei
Kontrasteinlauf)

Urogenitaltrakt:

Zystoskopie, Lithotripsie, chirurgische Eingriffe

Propylaxe nur bei besonders hohem Risiko:

Geburt, Dilatation und Kürettage, Hysterektomie
(keine Propylaxe bei Blasenkateterisierung;
IUD-Einlage/Entfernung)

c) Eingriffe an infizierten Herden (Abszesse, Phlegmone u. a.)

d) langdauernde Herzkatheterisierung

wie Valvuloplastie (keine Propylaxe bei
Routinekatheter, PTCA oder Stentimplantation)

Kommentar:

1. wichtigste Erreger der Endokarditis sind im
Oropharynx Streptokokken der Viridansgruppe,
im Intestinal- und Urogenitaltrakt Enterokokken,
an der Haut Staphylokokken.
2. Hämodialyse, Hämofiltration und Peritonealdialyse
bedürfen keiner Propylaxe. Gleiches gilt für Patienten
mit ventrikulo-peritonealem oder ventrikulo-atrialem
Shunt.
3. Auch bei Mehrfach-Eingriffen, wie Zahnextraktionen an
verschiedenen Tagen ist eine Propylaxe notwendig. Eine
Änderung des Propylaxe-Schemas ist nicht erforderlich.

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e.V.

Die Informationen in diesem Herzpass sind vor Operationen und zahnärztlichen Eingriffen wichtig. Es ist daher zu empfehlen, dass die Schülerin oder der Schüler diesen auf Klassenfahrten bei sich führt.

3. Aphasie

Aphasie bei Kindern und Jugendlichen ist eine erworbene Sprachbehinderung, die infolge einer Schädigung des Gehirns durch Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Tumor oder entzündliche Erkrankungen (z. B. Hirnhautentzündungen) in unterschiedlicher Ausprägung auftreten kann. Das Schädel-Hirn-Trauma nach Unfällen gilt mit 65–80 % als Hauptursache für Aphasie im Kindes- und Jugendalter. Bei Aphasie handelt es sich immer um einen Abbau oder Verlust bereits vorhandener Sprachfunktionen. Darin zeigt sich ein wesentlicher Unterschied zu Sprachentwicklungsstörungen. Aphasie kann jedoch auch bei Kindern auftreten, die die Sprachentwicklung noch nicht abgeschlossen haben. Besonders der Bereich der Schriftsprache ist bei Kindern und Jugendlichen vielfach und anhaltend betroffen. Gerade bei der Beschulung resultieren daraus Hindernisse für Betroffene. Meist handelt es sich bei den kindlichen Aphasien um ein nicht erkanntes bzw. wenig berücksichtigtes Phänomen. Erfahrungsgemäß stehen andere (Begleit-)Symptomatiken im Vordergrund: Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen. Verhaltensauffälligkeiten, Aggressionen und in manchen Fällen auch Hyperaktivität werden besonders im schulischen Kontext beobachtet. Häufig wird das Ausmaß der Beeinträchtigungen jedoch erst lange nach der Hirnschädigung sichtbar. Dabei wird der Zusammenhang nicht immer erkannt. Das beginnt beim Verstehen und Lesen des rein sprachlich vermittelten Schulstoffs über die Bearbeitung schriftlicher Aufgaben und endet oft mit einem erhöhten Lernstress.

Schulalltag mit der Krankheit

Schülerinnen und Schüler mit Aphasie haben oft Phasen, in denen ihre Leistungen tagesformabhängig sind. So kann etwas, das bereits wieder erlernt wurde, über Wochen wieder verloren gehen. Durch die Unfähigkeit, sich sprachlich mitzuteilen, sind sie oft psychisch und physisch vielfältig belastet. Oft leiden sie still.

Mit der Schädigung gehen daher vielfältige Erschwernisse des schulischen Lernens einher. Schülerinnen und Schüler mit Aphasie zeigen in der Schule oft folgende krankheitsbedingte Auffälligkeiten:

- oftmals haben betroffene Schülerinnen und Schüler Probleme bei der Abspeicherung neuer (verbal vermittelter) Inhalte und zeigen Merkfähigkeits- und Strukturierungsprobleme
- gerade der Bereich des Lesens und Schreibens ist häufig beeinträchtigt
- Schülerinnen und Schüler mit Aphasie haben vielfach Probleme beim Verstehen und Lesen des rein sprachlich vermittelten Schulstoffs
- häufig ist es ihnen nicht möglich, schriftliche Aufgaben zufriedenstellend zu bearbeiten
- da Aphasien oftmals mit Halbseitenlähmungen korrelieren, kann es auch zu einer Verzögerung der Schreibgeschwindigkeit kommen

- sie zeichnen sich in vielen Fällen durch einen verzögerten Wortabruf aus, d. h. sie brauchen deutlich länger, um zu antworten
- Schülerinnen und Schüler mit Aphasie haben häufig Probleme mit zu schnellen und häufigen Themenwechseln
- häufig sind neben der Aphasie deutliche Gedächtnisstörungen, Konzentrationsprobleme und Aufmerksamkeitsdefizite im Unterricht zu spüren
- in vielen Fällen zeigen betroffene Kinder Verhaltensauffälligkeiten, wie z. B. gesteigerte Aggressionen, Hyperaktivität
- die langwierigen Folgen der Hirnschädigung führen zu Fehlzeiten, Konzentrationsproblemen und verminderter Belastbarkeit
- aufgrund der erworbenen Hirnschädigungen ist ein inhomogenes Leistungsprofil bei Betroffenen typisch
- durch die Schwierigkeiten beim Sprechen, Lesen und Schreiben leiden diese Schülerinnen und Schüler häufig an erhöhtem Lern- und Schulstress
- hirngeschädigte Schülerinnen und Schüler sind durch störende Einflüsse leichter ablenkbar als gesunde

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Schülerinnen und Schüler mit Aphasie können in allen sprachlichen Modalitäten (Verstehen, Sprechen, Lesen und Schreiben) Beeinträchtigungen haben. Setzen Sie also im Unterricht zusätzlich ausführliche Erklärungen, ergänzende Unterlagen, ausführliche Wiederholungen und bildliche Darstellungen ein, um die Defizite der betroffenen Schülerinnen und Schüler so gut wie möglich ausgleichen zu können.

Unterrichtsbezogene Sprachtherapie:

Da betroffene Schülerinnen und Schüler häufig Probleme mit neuen Themen haben, hat es sich als sinnvoll erwiesen, die Aphasietherapie an den im Unterricht behandelten Inhalten zu orientieren. Sprechen Sie sich daher mit der Therapeutin oder dem Therapeuten ab.

Richtiger Sitzplatz im Unterricht:

Da es aufgrund der Hirnschädigung auch zu Gesichtsfeld-einschränkungen (Neglect) kommen kann, ist es wichtig, dass die Schülerin oder der Schüler so zu Ihnen sitzt, dass sie oder er Sie immer sehen kann. Auch sollten Sie darauf achten, dass Sie sich immer im Gesichtsfeld einer aphasischen Schülerin oder eines aphasischen Schülers befinden, wenn Sie mit ihr oder ihm sprechen.

Zudem ist es sinnvoll, dass die betroffene Schülerin oder der betroffene Schüler nah an der Tafel sitzt, damit sie oder er nicht zu sehr von Mitschülerinnen oder Mitschülern abgelenkt wird und einen guten Blick auf das Tafelbild hat.

Begleiterscheinungen berücksichtigen:

Häufig tritt kombiniert mit der Aphasie eine Halbseitenlähmung auf. Sie sollten folglich darauf achten, dass die Schülerin oder der Schüler möglichst keine Treppen steigen und keine längeren Strecken zurücklegen muss (Klassenraum im Erdgeschoss, möglichst wenige Raumwechsel). Bei unvermeidlichem Wechsel: Hilfsdienst organisieren, Fahrstuhlbenutzung erlauben.

Alternative Kommunikationssysteme:

Ist die Schülerin oder der Schüler schwer betroffen, so zeigen sich häufig positive Effekte durch den Einsatz von

alternativen Kommunikationssystemen (z. B. unterstützte Kommunikation, Sprachcomputer). Bei Problemen mit dem Schreiben können Sie auch einen Laptop einsetzen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Um der spezifischen Problematik gerecht zu werden, ist der Einsatz von Nachteilsausgleichen häufig sinnvoll. Zur Reduktion von Zeit- und Leistungsdruck sollten Sie eine Prüfungszeitverlängerung ermöglichen. Haben die Schülerinnen und Schüler jedoch Konzentrationsbeeinträchtigungen, sollten Sie die Prüfungen eher zeitlich aufteilen. Da aphasische Schülerinnen und Schüler ähnliche Auffälligkeiten zeigen wie Schülerinnen und Schüler mit LRS oder Legasthenie, sind auch ähnliche Nachteilsausgleiche sinnvoll.

Weitere Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs sind u. a. Vorlesen der Fragestellung, Aufsatz auf Band sprechen etc.

Besondere Rücksichtnahme im Fremdsprachenunterricht:

Aphasische Schülerinnen und Schüler haben in der Regel große Probleme beim Fremdspracherwerb. Dem sollten Sie durch Nachteilsausgleich besonders Rechnung tragen.

Tagesform berücksichtigen:

Ein häufiges Phänomen ist das Schwanken von einzelnen Fähigkeiten. Gelerntes kann über Tage und Wochen wieder verloren gehen. Dies ist nicht auf mangelnde Motivation zurückzuführen, sondern ein typisches Phänomen bei erworbenen Hirnschädigungen. Sie sollten deshalb Geduld aufbringen und zeigen.

Integration in den Klassenverbund:

Sie sollten den Schülerinnen oder Schülern helfen, den sozialen und inhaltlichen Anschluss an die Klasse zu halten (durch Beratung der Eltern, Zusammenarbeit mit der Klinikschule, Förder- oder Hausunterricht).

4. Asthma bronchiale

Asthma ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Luftwege und der Bronchien. Sie ist gekennzeichnet durch eine anfallsweise auftretende Luft- und Atemnot bei einem überempfindlichen Bronchialsystem. Das Auftreten eines Asthmaanfalls ist jederzeit möglich. Erkrankte husten und haben ein pfeifendes Atemgeräusch. Da bei einem überempfindlichen Bronchialsystem teils auch dann keine normale Lungenleistung vorliegt, wenn gerade keine sichtbaren Symptome auftreten, können die Betroffenen auch im „gesunden“ Intervall beeinträchtigt sein. 8–10 % der Kinder und Jugendlichen erkranken an Asthma – damit ist dies die häufigste chronische Erkrankung im Kindesalter. Die Auslöser von Asthma sind emotional- oder umweltbedingt, z. B. Stress oder der Kontakt mit Allergenen wie Hausstaub, Tierhaaren, Tabakrauch, Pollen. Ein Asthmaanfall kann lebensbedrohlich sein. Es ist ein Notfall, bei dem Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen wissen müssen, was zu tun ist.

Schulalltag mit der Krankheit

Unter normalen Umständen und wenn das Asthma gut behandelt wird, entspricht die schulische Leistungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit der Schülerinnen und Schüler mit Asthma der ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler.

Je nach Schweregrad des Asthmas haben die Schülerinnen und Schüler jedoch verschiedene Probleme, auf die Sie gegebenenfalls eingehen können:

- die Schülerin oder der Schüler muss die Auslöser meiden, was bei Pollenallergie und Hausstauballergie in der Schule kaum möglich ist
- die Schülerin oder der Schüler leidet in der Schule oft unter Husten und Atemnot
- sie oder er muss regelmäßig seine entzündungshemmenden Medikamente inhalieren oder einnehmen, bei Atemnot auch das bronchienerweiternde Notfallspray
- die Schülerinnen und Schüler dürfen dieses Notfallspray nie vergessen
- Betroffene leiden häufig unter nächtlichen Atemnotanfällen, weshalb die Schülerin oder der Schüler in der Schule müde und unkonzentriert (häufig „zappelig“) sein kann

- Stresssituationen wie das Schreiben von Klassenarbeiten können das Auftreten von Atemnot begünstigen
- wegen der Medikamente, Sprays oder der mangelnden körperlichen Leistungsfähigkeit sollten Mitschülerinnen und Mitschüler informiert werden
- bei schweren Formen können häufige und längere Krankenhausaufenthalte notwendig werden

Früherkennung:

Statistisch gesehen sind in jeder Klasse Schülerinnen und Schüler mit Asthma bronchiale. Oft können diese Schülerinnen und Schüler den Schulalltag so gut bewältigen, dass die Krankheit ihnen und ihren Eltern noch gar nicht bekannt ist: Die Schülerinnen und Schüler sind – vor allem im Sport – lediglich einfach langsamer und nicht so leistungsfähig wie ihre Mitschülerinnen und Mitschüler und gelten deshalb oft (fälschlicherweise) als faul oder unsportlich. Sollten Sie also diese Auffälligkeiten bei einer Schülerin oder einem Schüler bemerken, regen Sie an, dass die Lungenfunktion untersucht wird, um abzuklären, ob ein unbekanntes Asthma bronchiale die Ursache ist.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Bedenken Sie stets, dass Müdigkeit, Unkonzentriertheit und geringere Belastbarkeit bei dieser Schülerin oder diesem Schüler durch die Krankheit bedingt sein können. Da ein Asthmaanfall oft stressbedingt ist, versuchen Sie, übermäßigen Stress für die erkrankten Schülerinnen oder Schüler bei Klassenarbeiten, Prüfungen, aber auch im Schulalltag zu vermeiden. Weiterhin

- ist es ratsam zu kontrollieren, dass die Schülerinnen und Schüler mit Asthma immer ihr Notfallmedikament dabei haben und (bei jüngeren Schülerinnen und Schülern) dass sie es auch anwenden können
- empfiehlt es sich, einen Notfallplan zu haben (Notfallrufnummern, Erste Hilfe)
- sollten auch Ihre Kolleginnen und Kollegen über die Krankheit informiert sein (Datenschutz beachten) und wissen, was im Notfall zu tun ist
- muss die Schülerin oder der Schüler ihre entzündungshemmenden Medikamente sowie atemerleichternde Sitzhaltungen auch im Unterricht einnehmen dürfen

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Den Beeinträchtigungen durch die Krankheit können Sie mit einem angemessenen Nachteilsausgleich Rechnung tragen, um Stress zu reduzieren z. B. Zeitzugaben bei Klassenarbeiten, längere Pausen etc.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Hier können Sie den Schülerinnen und Schülern helfen, den sozialen und fachlichen Anschluss an die Klasse zu halten. Bei Klinikaufenthalten ist es neben einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikschule hilfreich, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Den Betroffenen selbst ist es oft wichtig, dass Mitschülerinnen und Mitschüler und/oder Lehrerinnen und Lehrer während ihrer Abwesenheit Kontakt halten.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Schülerinnen und Schüler sollen in der Regel am Schulsport teilnehmen, damit sich ihre Lungenfunktion verbessert. Lediglich im Einzelfall kann es in Phasen der

schweren Ausprägung des Asthmas notwendig werden, die Benotung auszusetzen, sofern die rechtlichen Grundlagen dafür gegeben sind, oder die Schülerinnen und Schüler vorübergehend vom Schulsport zu befreien.

Voraussetzung für die Teilnahme am Sportunterricht:

- keine Erkältung
- Beschwerdefreiheit

Maßnahmen vor dem Sportunterricht:

- die Schülerin oder den Schüler den Peakflow-Wert (Kontrolle der Lungenfunktion über die Messung der Atemgeschwindigkeit) messen lassen (Wert bei mindestens 80)
- ca. 10 Minuten vor Beginn Spray inhalieren lassen, gegebenenfalls erinnern

Maßnahmen im Sportunterricht:

- bei Bedarf rechtzeitig kleine Pausen erlauben
- gegebenenfalls atemerleichternde Körperstellung einnehmen lassen und Sprayanwendung ermöglichen

Alle Schulsportarten sind grundsätzlich unter folgenden Einschränkungen möglich:

- Aufwärmphase und langsames Abklingen der Belastung
- im Zweifel keine Sprints und Spitzenbelastungen, keine Langstreckenläufe unter Zeitdruck
- keine Pressübungen (Stemmen)
- kein Sport im Freien bei Nebel, feuchter Kälte, hohen Ozonwerten oder in der Pollensaison

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese sollten so geplant werden, dass die Schülerin oder der Schüler daran teilnehmen kann. Hierbei gilt es im Vorfeld mit den Eltern zu klären,

- wie die auslösenden Allergene gemieden werden können
- dass die Medikamenteneinnahme gewährleistet ist und das Notfallspray mitgeführt wird
- wie ein regional angepasster Notfallplan aussehen könnte

Notfallsituationen

Ein Asthmaanfall kündigt sich in der Regel durch Warnsymptome an, die die Schülerinnen und Schüler gut kennen. Meist hilft die sofortige Anwendung eines bronchienerweiternden Medikaments (Notfallspray) und die Einnahme einer entlastenden Körperhaltung (s. u.), um den Asthmaanfall zu verhindern. Kontrollieren Sie deshalb, ob die Schülerinnen und Schüler ihr Notfallspray dabei haben. Halten Sie die Rufnummern der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes, der Notärztin oder des Notarztes und der Eltern immer griffbereit.

Warnsymptome für einen Asthmaanfall:

- Unruhe
- Gefühl des Unwohlseins
- aufsteigende Angst
- Hautjucken
- Gesichtsrötungen
- Beklemmungsgefühle beim Atmen
- Kurzatmigkeit
- beginnende Luftnot
- trockener Husten
- keuchende Geräusche beim Atmen

Handlungen bei einem Asthmaanfall:

- die Schülerin oder den Schüler beruhigen (und selbst Ruhe bewahren)
- ruhig atmen und die „dosierte Lippenbremse“ einsetzen lassen
- atemerleichternde Körperstellung (z. B. „Kutschersitz“) einnehmen lassen
- auffordern, das Notfallmedikament zu nehmen
- die Schülerin oder den Schüler nicht alleine lassen
- falls nach 20 Minuten trotz Medikamentengabe keine Besserung der Symptome eintritt und die Lippen möglicherweise bläulich verfärbt sind, benachrichtigen Sie bitte die Eltern und verständigen die Notärztin oder den Notarzt

Nach einem Asthmaanfall sollten sich die Schülerinnen und Schüler unter Beobachtung ausruhen können.

„Dosierte Lippenbremse“

Die „dosierte Lippenbremse“ vermeidet das Zusammenfallen der Atemwege bei der Ausatmung, außerdem strömt die Luft gleichmäßiger und vollständig aus. Sie ist gerade im Asthmaanfall als Unterstützung hilfreich. Sie wird ausgeführt, indem die Betroffenen ruhig durch die Nase einatmen und anschließend langsam durch die zusammengepressten Lippen ausatmen. Dabei ist wichtig, dass die Lippen nicht verkrampft werden, die Wangen dürfen Hamsterstellung einnehmen. Da dies in einem Notfall schwer zu erklären ist, machen Sie es der Schülerin oder dem Schüler am besten mit den eigenen Lippen vor. In der Regel erlernen die Schülerinnen und Schüler diese Technik aber auch im Rahmen ihrer Therapien.

Atemerleichternde Körperstellungen

Die atemerleichternden Körperstellungen sollen die betroffenen Schülerinnen und Schüler vom Gewicht der Arme und des Schultergürtels entlasten. Zudem ist die Bauchatmung besser möglich. In den Körperstellungen sollte langsam ein- und mithilfe der „dosierten Lippenbremse“ ausgeatmet werden.

z. B. „Kutschersitz“: Beim Kutschersitz setzt man sich auf die vordere Kante des Stuhls: Die Knie sind gespreizt, die Handflächen bzw. die Ellenbogen liegen auf den Knien und die Arme sind leicht gebeugt. Wichtig ist, darauf zu achten, dass der Rücken gerade und der Bauch entspannt ist.

z. B. „Treppengeländerstütze“ Hierbei stützt man sich mit vorgebeugtem Oberkörper und gestreckten Armen auf ein Treppengeländer.

Immer dabei: Mein Asthma-Notfallplan

Ein Notfallplan an der Pinwand und im Schulranzen hilft, sich bei einem Asthma-Anfall richtig zu verhalten.

Mein Notfallplan

- Ich habe Luftnot.
- Beim Atmen höre ich ein Pfeifen oder Brummen.
- Ich habe festsitzenden Husten.
- Mein Peak-Flow-Wert fällt ab.

Ruhe bewahren!

- Selbst beobachten: Was passiert in meinen Atemwegen?
- Peak-Flow messen.
- Kutschersitz mit **Lippenbremse**.



Stufe 1: Zwei bis drei Hübe des Notfall-Medikaments

Zehn Minuten abwarten

- Kutschersitz mit Lippenbremse.
- Selbst beobachten: Verändert sich etwas in meinen Atemwegen?
- Peak-Flow messen.

Wenn keine Besserung eintritt:

Stufe 2:

Zwei bis drei Hübe des Notfall-Medikaments

(_____)
bitte hier den Namen eintragen

+ Notfalltablette

(_____)
bitte hier den Namen eintragen

Verständige einen Erwachsenen in deiner Nähe, zehn Minuten abwarten

- Kutschersitz mit Lippenbremse.
- Selbst beobachten: Verändert sich etwas?
- Peak-Flow messen.

Wenn keine Besserung eintritt:

Stufe 3:

Arzt anrufen

(_____)
bitte hier die nummer eintragen

oder 112

Die 112 kann zu jeder Zeit angerufen werden.

Ohne Vorwahl vom Handy aus.

Ohne Geld aus der Telefonzelle.

5. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Unter einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung (CED) versteht man eine chronische Entzündung des Verdauungstraktes. Zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen gehören der Morbus Crohn und die Colitis ulcerosa. Bei der Colitis ulcerosa ist nur der Dickdarm befallen. Beim Morbus Crohn können verschiedene Anteile des gesamten Verdauungstrakts, vom Mund bis zum Anus, entzündet sein. In Deutschland leiden mehr als 60.000 Kinder und Jugendliche an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Der Gesamtanteil in der Bevölkerung liegt bei ca. 200.000 Menschen. Jeder dritte Betroffene erkrankt erstmals im Kindesalter. Die Beschwerden bei einer chronisch entzündlichen Darmerkrankung sind insgesamt sehr verschieden. Die häufigsten Symptome von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind: Bauchschmerzen, Durchfall (auch blutig oder schleimig), Übelkeit, Völlegefühl, Blähungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, verminderte Belastbarkeit, Abgeschlagenheit, Krankheitsgefühl, Müdigkeit, Mangelernährung, Hauterkrankungen und Gelenkentzündungen. Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind nicht heilbar. Die Entzündungsaktivität verläuft jedoch in Phasen: so gibt es Phasen mit stark erhöhter Entzündungsaktivität (akuter Entzündungsschub) und Ruhephasen mit nahezu Entzündungs- und weitgehender Beschwerdefreiheit (Remission). Die Ursachen für die Entstehung von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind trotz intensiver Forschung noch unbekannt. Bekannt ist jedoch, dass es viele Faktoren sind, die zusammenkommen müssen, damit die Krankheit ausbricht. Psychische Faktoren werden heutzutage von den meisten Fachleuten als primäre Ursachen für eine chronische Darmentzündung ausgeschlossen. Allgemein anerkannt ist aber, dass psychische Faktoren auf den Verlauf der Erkrankung einen großen Einfluss haben. Eine chronisch entzündliche Darmerkrankung hat Auswirkungen auf alle Lebensbereiche, weil sich das Leben der Betroffenen in Hinsicht auf berufliche, private, familiäre, partnerschaftliche und sexuelle Aspekte verändert. Sie stellt auch für die gesamte Familie eine große psychosoziale Herausforderung dar, deren Bewältigung wiederum Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf hat.

Schulalltag mit der Krankheit

Schülerinnen oder Schüler mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa sind im Schulalltag unterschiedlich stark beeinträchtigt. Darüber hinaus sind die Beschwerden der Einzelnen auch abhängig vom schubartigen Verlauf der Erkrankung.

Vor allem im akuten Schub ist die Lern- und Leistungsfähigkeit zum Teil erheblich reduziert. Dies kann aber auch in Phasen der Remission der Fall sein. Die Betroffenen sind dann schnell erschöpft und wenig motiviert.

Hauptprobleme für die Schülerinnen und Schüler sind

- wechselnd starke Bauchschmerzen
- die häufigen Stuhlgänge und Durchfälle
- die oft verminderte Leistungsfähigkeit sowohl körperlich wie kognitiv (zum Teil auch durch die Nebenwirkungen der Medikamente)
- die häufigen Fehlzeiten
- die Tatsache, dass die Symptome der Krankheit oft Schamgefühle auslösen (Durchfälle, Blähungen, aufgeschwemmtes Gesicht durch die Kortisoneinnahme)

Die Bauchschmerzen können Motivation, Konzentration und Leistungsfähigkeit (also die Mitarbeit im Unterricht insgesamt) erheblich beeinträchtigen. Um nicht aufzufallen, verschweigen die meisten Schülerinnen oder Schüler erfahrungsgemäß die Schmerzen so lange, bis es nicht mehr geht. Dies stellt eine zusätzliche Belastung für sie dar.

Die Entzündung im Darm verursacht neben Bauchschmerzen auch häufige Stühle, oft Durchfälle. Dabei ist der Stuhldrang fast immer willentlich nicht zu kontrollieren, d. h. der Toilettengang lässt sich nicht auf die Pause verschieben.

Zu den möglichen Komplikationen zählen u. a. eine Wachstumsverzögerung oder Kleinwuchs, Osteoporose und eine verzögerte Pubertät.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Erfahrungsgemäß verlassen Schülerinnen und Schüler mit CED nur dann den Unterricht, wenn sie die Bauchschmerzen nicht mehr aushalten können. Deshalb sollten Sie sie in solchen Situationen unbedingt unterstützen.

Da sich der Stuhlgang meistens nicht willentlich kontrollieren lässt, ist es unabdinglich, wenn die betroffene Schülerin oder der betroffene Schüler jederzeit – bei allen Fachlehrerinnen und Fachlehrern – und ohne zu fragen die Toilette aufsuchen darf. Dies geht natürlich nur, wenn die Lehrkräfte über die Gründe dafür aufgeklärt sind (Datenschutz beachten).

Wenn möglich, empfiehlt es sich, dass die Schülerinnen und Schüler eine gesonderte Toilette aufsuchen dürfen, die möglichst in der Nähe des Klassenzimmers liegt und wo wenig andere Schülerinnen und Schüler sind. Denn die Geräusche und Gerüche, die durch den Durchfall und die Blähungen entstehen, sind den Betroffenen peinlich. Mitunter empfiehlt es sich, der Schülerin oder dem Schüler eine schriftliche Erlaubnis für den Besuch dieser Extratoilette (meist der Lehrertoilette) auszustellen. Dadurch lassen sich mögliche Missverständnisse zwischen den Betroffenen und nicht informierten Lehrkräften schnell aus dem Weg räumen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Der Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die Krankheit, insbesondere während eines Entzündungsschubs, können Sie und Ihre (informierten) Kolleginnen und Kollegen mithilfe des Nachteilsausgleichs begegnen. Möglichkeiten wären: vorübergehend weniger Hausaufgaben, verkürzte Klassenarbeiten bzw. längere Bearbeitungszeit.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Bei häufigen und längeren Fehlzeiten können – neben Absprachen mit den Eltern – Hausunterricht oder ein guter Kontakt mit der Klinikschule der Schülerin oder dem Schüler helfen, den fachlichen Anschluss an die Klasse zu halten. Hier ist es hilfreich, wenn Sie selbst die Rege-

lungen zum Haus- und Krankenhausunterricht und zum Nachteilsausgleich kennen.

Information der Mitschülerinnen und Mitschüler und des Kollegiums:

Erfahrungsgemäß ist es in vielen Fällen von Vorteil, wenn – im Einverständnis mit den Betroffenen und den Eltern – nicht nur alle Lehrerinnen und Lehrer, sondern auch die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Erkrankung informiert sind. Missverständnissen über eine angebliche Bevorzugung oder die Gefahr der (definitiv nicht möglichen) Ansteckung kann so vorgebeugt werden. Auch ist es für die Betroffenen dann leichter, bei längeren Fehlzeiten den sozialen Anschluss an die Klasse zu halten.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Schülerinnen und Schüler mit CED dürfen und sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten am Sportunterricht teilnehmen. In akuten Krankheitsphasen ist Sport nicht oder nur eingeschränkt möglich, weil Kondition und Körperbeherrschung vermindert sind und möglicherweise entzündliche Gelenkveränderungen bestehen. Hier empfiehlt es sich, sofern rechtlich möglich, die Benotung zeitweise auszusetzen, damit die Schülerin oder der Schüler nicht auf eine vollständige Sportbefreiung angewiesen ist. Auch während des Sportunterrichtes muss der Gang zur Toilette uneingeschränkt und ungefragt möglich sein.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese Unternehmungen sollten so geplant werden, dass die betroffenen Schülerinnen und Schüler daran teilnehmen können, um die ohnehin schon drohende soziale Ausgrenzung nicht noch zu verstärken. Plötzliche Notfälle sind in der Regel nicht zu erwarten. Zu beachten ist:

- zusätzliche Stopps bei Fahrten und häufige Toilettengänge müssen ermöglicht werden
- es empfiehlt sich, vorab mit den Eltern alle wichtigen Punkte (z. B. Verhalten bei Bauchschmerzen, Medikamenteneinnahme etc.) abzusprechen
- die Eltern sollten hier bei jüngeren Schülerinnen und Schülern ständig für Rückfragen erreichbar sein

6. Diabetes

Diabetes mellitus ist eine häufige und weitverbreitete Stoffwechselerkrankung (Zuckerkrankheit). Sie ist nicht heilbar, gehört aber zu den gut behandelbaren chronischen Krankheiten. Es gibt zwei Typen der Diabetes mellitus: Typ 1, der durch einen Mangel an Insulin hervorgerufen wird, und Typ 2, bei dem noch Insulin produziert wird, die Körperzellen aber nicht ausreichend darauf reagieren. Typ 1 tritt im Kindes- und Jugendalter häufig auf, Typ 2 meist nur dann, wenn die Betroffenen stark übergewichtig sind. (Normalerweise entsteht dieser Typ erst im mittleren bis späten Erwachsenenalter.) Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf Diabetes mellitus Typ 1. Hier führt der Mangel an Insulin zu erhöhten Blutzuckerspiegeln. Weil die Symptome der Erkrankung dadurch hervorgerufen werden, verschwinden diese wieder, wenn durch die Insulin-Therapie der Blutzuckerspiegel im Normbereich bleibt. Neben den akuten Problemen können auch die Spätschäden durch regelmäßige und konsequente Verabreichung von Insulin verhindert werden. Diabetes kann für die Betroffenen lebensgefährlich werden, wenn sie nicht früh genug erkannt wird und wenn es zu einer Über- oder Unterzuckerung kommt. Der Alltag von Schülerinnen und Schülern mit Diabetes ist geprägt von strengen Regeln und die Therapie muss das ganze Leben durchgeführt werden. Dies ist sehr zeitaufwendig und „nervig“, besonders in der Pubertät. Deshalb ist es zeitweise nicht nur für jüngere, sondern auch für ältere Schülerinnen und Schüler schwierig, ihren Blutzucker unter Kontrolle zu haben.

Schulalltag mit der Krankheit

Bei diabetischen Schülerinnen und Schülern, deren Blutzucker gut eingestellt ist, ist die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit der gesunden Schülerinnen und Schüler gleichzusetzen. Bei spät erkannter Diabetes kommt es zur Leistungsminderung, eine allgemeine Entwicklungsverzögerung ist möglich. Die Krankheit stellt hohe Ansprüche an die Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler, denn Insulinzuführung, Nahrungsaufnahme und Bewegung müssen so abgestimmt werden, dass es weder zur Überzuckerung noch zur Unterzuckerung kommt.

Dies hat Konsequenzen für den Schulalltag:

- die Schülerin oder der Schüler muss in der Regel sieben kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt zu festgelegten Zeiten zu sich nehmen
- sie oder er muss regelmäßig kontrollieren, ob der Blutzucker stimmt (Blutzucker messen) und gegebenenfalls etwas zusätzlich essen oder Insulin spritzen

Die Schülerinnen und Schüler lernen in der Regel, die notwendigen Maßnahmen selbstständig durchzuführen.

Die Unterstützung durch die Schule besteht vor allem darin, dafür zu sorgen, dass ihnen dies jederzeit und ungehindert möglich ist.

Stresssituationen wie das Schreiben einer Klassenarbeit stören den gewohnten Tagesrhythmus. Dabei kann es zum Absinken des Blutzuckerspiegels und zu einer Unterzuckerung kommen, wodurch die Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit der Schülerin oder des Schülers beeinträchtigt werden kann. (Maßnahmen: Blutzucker messen lassen, gegebenenfalls zur Einnahme einer Zwischenmahlzeit ermutigen. Der Schülerin oder dem Schüler sollte zugesichert werden, dass sie oder er entsprechend länger arbeiten darf.)

Früherkennung (Symptome):

- häufiger Harndrang (dadurch Austrocknung)
- großer Durst
- starker Gewichtsverlust trotz Heißhunger
- Müdigkeit, Schläppigkeit, Gereiztheit
- Nachlassen der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit
- Bauchschmerzen, Acetongeruch (Atemluft)

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Die Symptome einer drohenden Unter- oder Überzuckerung und die notwendigen Maßnahmen in solchen Notfallsituationen sollten Ihnen und, wenn möglich, auch Ihren Kolleginnen und Kollegen bekannt sein.

Die Unterstützung diabetischer Schülerinnen und Schüler besteht vor allem darin, dass sie nicht daran gehindert werden, das zu tun, was sie in Bezug auf ihre Krankheit für richtig halten.

Es empfehlen sich folgende Regelungen:

- sie dürfen ihre Blutzuckerwerte auch im Unterricht messen
- die Schülerinnen und Schüler dürfen bei einer Unterzuckerung essen und trinken (Zufuhr von Apfelsaft oder Traubenzucker außerhalb der Pausen genügt)
- sie können sich auch im Unterricht eine Spritze setzen (möglichst zurückgezogen hinter einem Sichtschutz oder in einem ruhigen Nebenraum)
- sie dürfen häufiger zur Toilette gehen als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler

Stresssituationen (z. B. Klassenarbeiten) und Sondersituationen (Unternehmungen) führen oft dazu, dass die Schülerin oder der Schüler die Blutzuckerkontrolle und die Abstimmung von Insulinzufuhr, Nahrungsaufnahme und Bewegung vergisst. Hier können Sie helfen, indem Sie selbst daran denken und die Schülerin oder den Schüler gegebenenfalls daran erinnern.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Den Beeinträchtigungen durch die Krankheit können Sie mit einem angemessenen Nachteilsausgleich Rechnung tragen, z. B. Zeitzugaben bei Klassenarbeiten, längere Pausen wegen der Zeit, die fürs Blutzuckermessen und Essen benötigt wird.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Schülerinnen und Schüler mit Diabetes mellitus können nicht nur, sondern sie sollen am Sportunterricht und an

Freizeitaktivitäten teilnehmen. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine gute Blutzuckereinstellung.

Zu beachten ist:

Vor extremen sportlichen Betätigungen empfiehlt es sich, mit den Eltern oder evtl. der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu sprechen.

Vor dem Sport muss eventuell der Blutzucker gemessen werden und /oder die Insulinmenge reduziert und /oder eine extra Mahlzeit eingenommen werden.

Es ist grundsätzlich ratsam, etwas Traubenzucker sowie ein zuckerhaltiges Getränk (kein Light-Getränk) für den Notfall bereitzuhalten.

Bei Anzeichen einer Unterzuckerung müssen Sie den Sport sofort unterbrechen und die Schülerin oder den Schüler sofort etwas Zuckerhaltiges zu sich nehmen lassen. (Achten Sie darauf, dass sie oder er es auch wirklich trinkt oder isst. Warten Sie keinesfalls auf die nächste Pause und schicken Sie die Schülerin oder den Schüler in diesem Fall nicht hinaus oder alleine nach Hause!)

Es empfiehlt sich, ein Sporttagebuch zu führen, in dem die Sportart, Dauer und Intensität sowie die Maßnahmen zur Blutzuckeranpassung dokumentiert werden.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese sollten in enger Absprache mit den Eltern und so geplant werden, dass die Schülerin oder der Schüler daran teilnehmen kann. Außerdem sollten Sie als Lehrerin oder Lehrer daran denken, dass gerade jüngere Schülerinnen und Schüler in solchen Sondersituationen mitunter die Kontrolle des Blutzuckers sowie die Abstimmung von Insulinzufuhr, Nahrungsaufnahme und Bewegung vergessen, und sie gegebenenfalls daran erinnern. Aufgrund möglicher Notfallsituationen ist es ratsam, einen (regional angepassten) Notfallplan und ein Handy dabei zu haben.

Notfallsituationen

Unterzuckerung (Hypoglykämie)

Eine Unterzuckerung ist insofern kritischer als eine Überzuckerung, weil sie sich schleichend einstellt und deshalb nicht immer bemerkt wird.

Ursachen:

- zu viel Insulin
- zu wenig Kohlenhydrate gegessen
- zu viel körperliche Bewegung
- Infektionen
- Stress

(Warn)symptome:

- Blässe (vor allem um dem Mund)
- Schweißausbruch
- Schläfrigkeit
- Zittern
- Konzentrationsschwäche
- Kopfschmerzen
- verlangsamte Reaktionen, nicht mehr richtig hören, wie erstarrt sein

Bei schwerer Unterzuckerung auch:

- Sprachstörungen
- Verhaltensauffälligkeiten (clownhaftes oder aggressives Verhalten, Gereiztheit, Launenhaftigkeit, Weinerlichkeit)

Maßnahmen:

Stellen Sie die Symptome einer Unterzuckerung bei einer Schülerin oder einem Schüler fest, achten Sie bitte darauf, dass die Schülerin oder der Schüler

- sofort (keinesfalls auf die nächste Pause warten) den Blutzucker misst, etwas Zuckerhaltiges zu sich zu nimmt (z. B. Traubenzucker, Würfelzucker, Fruchtsaft, [keine Light-Getränke!])
- körperliche Aktivität sofort unterbricht
- keinesfalls unbeobachtet gelassen oder alleine nach Hause geschickt wird (auch danach nicht)

Notfall: Bewusstlosigkeit mit Krämpfen

Werden rechtzeitig die richtigen Maßnahmen ergriffen, sind die Symptome einer Unterzuckerung nach ungefähr 10 Minuten vorbei. Sind diese Maßnahmen nicht (mehr) möglich, rufen Sie bitte sofort die Notärztin oder den Notarzt, denn im schlimmsten Fall kann eine nicht beachtete Unterzuckerung zu Bewusstlosigkeit mit Krämpfen führen. Passiert dies, bringen Sie die Schülerin oder den Schüler in eine stabile Seitenlage. Die Lage der verkrampften Glieder sollten Sie möglichst nicht mit Gewalt verändern; schützen Sie den Kopf, indem Sie etwas weiches unterlegen. Kein gewaltsames Einflößen von Flüssigkeit (Erstickenungsgefahr).

Überzuckerung („Hyperglykämie“)

Ursachen:

- Mangel an Insulin
- zu viel Kohlenhydrate gegessen
- vorsorgliche Extramahlzeiten vor einer zu erwartenden Anstrengung, die dann aber ausbleibt (z. B. Sportunterricht fällt aus)

(Warn)symptome:

- Mattigkeit
- Durst
- vermehrter Harndrang

Maßnahmen:

Wird eine drohende Überzuckerung rechtzeitig erkannt, hilft es, **Insulin zu spritzen**.

Notfall: hyperglykämischer Schock

Den Schülerinnen und Schülern mit Diabetes sind diese Symptome einer drohenden Überzuckerung meist so gut bekannt, dass sie von sich aus frühzeitig etwas dagegen unternehmen. Falls es dennoch zu einem hyperglykämischen Schock mit Bewusstlosigkeit kommt, ist die Schülerin oder der Schüler in eine stabile Seitenlage zu bringen und sofort die Notärztin oder der Notarzt zu rufen.

7. Epilepsie

Eine Epilepsie ist definiert durch das Auftreten mehrerer Anfälle, die durch eine plötzliche Aktivitätssteigerung der Nervenzellen des Gehirns (und nicht z. B. durch Fieber oder andere äußere Ursachen) hervorgerufen werden. Die Aktivitätssteigerung der Nervenzellen kann ganz unterschiedliche Ursachen haben und je nachdem, wo sie im Gehirn stattfindet, unterscheiden sich die Anfallssymptome. Das bedeutet: „Die“ Epilepsie gibt es gar nicht. Es gibt viele verschiedene Epilepsieformen. Vom Erscheinungsbild her unterscheidet man den „großen Anfall“ („Grand mal“), der mit Sturz und Zuckungen das Bild der Epilepsieerkrankung in der Öffentlichkeit prägt, von dem „kleinen Anfall“ („Petit mal“), der sich u. a. in „Absencen“ und psychomotorischen Verhaltensauffälligkeiten zeigen kann und nach außen hin weniger dramatisch erscheint. Unabhängig davon, ob die Betroffenen unter „großen“ oder „kleinen“ Anfällen leiden, unterscheidet man die Anfälle heutzutage nach dem Grad der Beteiligung des Gehirns zu Beginn eines Anfalls in fokale (ursächlich ist nur ein Hirnareal beteiligt) und generalisierte (beide Hirnhälften sind von Beginn an beteiligt). Die Epilepsie ist die häufigste neurologische Funktionsstörung. Sie kann in jedem Lebensalter beginnen, tritt jedoch besonders häufig in den ersten beiden Lebensjahrzehnten und nach dem 65. Lebensjahr erstmalig auf. Weltweit leidet 1 % der Bevölkerung an Epilepsie. Eine weitaus höhere Zahl (ca. 5 %) hat einmal im Leben einen Krampfanfall (Gelegenheitsanfall), z. B. durch Fieber oder durch eine akute Kopfverletzung. Durch geeignete (medikamentöse) Therapien können ca. 70 % aller betroffenen Schülerinnen und Schüler anfallfrei werden. Die Medikamente müssen jedoch regelmäßig eingenommen werden und manche von ihnen haben als unvermeidbare Nebenwirkung einen sedierenden (beruhigenden, dämpfenden) Effekt. Es kann dauern bis eine Medikation gefunden wird, dessen Begleiterscheinungen tolerierbar sind.

Schulalltag mit der Krankheit

In der Regel werden die intellektuellen Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler durch die Krankheit nicht beeinträchtigt, so dass es im Schulalltag kaum Auswirkungen gibt, wenn die Schülerin oder der Schüler medikamentös gut eingestellt und weitgehend anfallfrei ist.

Die Lern- und Leistungsfähigkeit der betroffenen Schülerinnen und Schüler kann trotzdem beeinträchtigt sein,

- wenn die Nebenwirkungen der Antiepileptika deutlich spürbar sind, also erhöhte Ermüdbarkeit, Konzentrationsstörungen und verlangsamte Reaktionen auftreten
- wenn die Schülerin oder der Schüler noch nicht auf das optimale Medikament eingestellt sind
- wenn auch „kleine“ Anfälle nicht ausgeschlossen werden können, denn dann kann die Schülerin oder der Schüler zeitweise bestimmte Leistungen nicht erbringen (Schrift wird vorübergehend unleserlich, bei Diktaten fehlen Abschnitte, beim Vorlesen versteht man nichts mehr) oder gerät bei der Bearbeitung von Aufgaben in Zeitnot
- weil im Chemie-, Physik- und Sportunterricht erhöhte Verletzungsgefahr besteht und die Schülerin oder

der Schüler deshalb bestimmte Arbeiten und Übungen nicht oder nur unter Aufsicht durchführen sollte.

- weil sie oder er aufgrund notwendiger regelmäßiger Untersuchungen häufige Fehlzeiten hat

Auf psychosozialer Ebene sind die Schülerinnen und Schüler eventuell zusätzlich belastet,

- weil Menschen mit Störungen der Gehirnfunktion häufig Vorurteilen und Diskriminierungen ausgesetzt sind
- weil die großen Anfälle oft allen Beteiligten Angst machen und die Absencen und psychomotorischen Anfälle der kleinen Anfälle oft falsch gedeutet werden (als Unkonzentriertheit, Störung o. Ä.)

Die Betroffenen erleben ihre Anfälle meist nur durch die Augen ihrer Mitmenschen, deshalb leiden Selbstbild und Selbstwertgefühl bei negativen Reaktionen sehr. Durch negatives und ablehnendes Verhalten der Umgebung können in der Folge bei einigen Schülerinnen und Schülern reaktive Verhaltensstörungen auftreten.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Es ist hilfreich, wenn Sie einen epileptischen Anfall erkennen können und wissen, was Sie tun müssen. Die Telefonnummern der Eltern und der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes bzw. der Notärztin oder des Notarztes sollten Sie greifbar haben.

Erfahrungsgemäß empfiehlt es sich, dass mit Zustimmung der Eltern auch Ihre Kolleginnen und Kollegen über die Erkrankung informiert sind.

Ebenso hilfreich ist es, wenn Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen die Symptome eines „kleinen Anfalls“ wie Absencen oder „psychomotorische Anfälle“ richtig einordnen können und nicht als Unkonzentriertheit oder als Störung interpretieren und womöglich sanktionieren.

Weil die Auffälligkeiten erstmals in der Schule bemerkt werden, können Sie helfen, wenn Sie die Symptome einer Epilepsie von anderen Auffälligkeiten unterscheiden können.

Insbesondere wenn die Schülerin oder der Schüler nicht anfallsfrei ist oder unter starken Nebenwirkungen der Medikamente leidet, empfiehlt es sich in Absprache mit der betroffenen Schülerin / dem betroffenen Schüler und deren / dessen Eltern, die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Krankheit zu informieren und mit ihnen abzusprechen, wie man im Notfall helfen kann.

Eine Überbehütung schadet der Selbstständigkeit.

Unterrichtsgestaltung:

- es hat sich bewährt, die Schülerinnen und Schüler im Klassenraum nach vorn zu setzen und öfter anzusprechen
- anfallsbegünstigende Faktoren wie Stress, Lichtflackern und Lärm gilt es zu vermeiden (z. B. Sonnenbrille aufsetzen lassen beim Filmgucken)
- im Chemie- und Physikunterricht darf die Schülerin oder der Schüler aufgrund der erhöhten Verletzungsgefahr bestimmte Arbeiten und Experimente nicht durchführen

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Für eine gerechtere Leistungserfassung kann es für einige Schülerinnen und Schüler sinnvoll sein, Klassenarbeiten

und Prüfungen möglichst auf den Morgen zu legen und mündlichen Prüfungen den Vorzug zu geben. Auch möglichen Anfällen bei Klassenarbeiten können Sie so Rechnung tragen (z. B. Zeitzugabe).

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Hier können Sie der Schülerin oder dem Schüler helfen, den inhaltlichen und sozialen Anschluss an die Klasse zu halten. Neben einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikschule ist es hier hilfreich, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen und die Eltern hierzu beraten können.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Auch wenn bei sportlichen Aktivitäten einige Einschränkungen zu beachten sind, ist ein genereller Ausschluss vom Schulsport – allein schon aus sozialen Gründen – nicht angebracht.

Zu beachten ist insbesondere:

- Überanstrengungen (Langstreckenläufe, Leistungssport) vermeiden
- keine Sportarten, bei denen Absturzgefahr besteht (Geräteturnen, Radfahren) oder gefährliche Sportgeräte (Speer, Hammer) genutzt werden
- Schwimmen nur mit Schwimmweste, auf Springen und Tauchen sollte verzichtet werden

Klassenfahrten und Ausflüge:

Hier ist zu überlegen, ob Sie nicht eine weitere Begleitperson mitnehmen können. Ansonsten empfiehlt es sich vor allem,

- die regelmäßige Einnahme der Medikamente sowie ausreichend Schlaf sicherzustellen
- einen (regional angepassten) Notfallplan auszuarbeiten und ein Handy mitzuführen
- die Schülerin oder den Schüler möglichst nicht im oberen Etagenbett schlafen zu lassen
- die Gefahr möglicher „Reflex“-Anfälle bei der Wahl des Ausflugsziels oder der Unternehmung zu berücksichtigen

Notfallsituationen

In der Regel treten epileptische Anfälle ohne konkrete Auslöser auf. Es gibt jedoch Faktoren, die das Auftreten zumindest bei manchen Betroffenen begünstigen. Hierzu zählen neben körperlicher und geistiger Überlastung auch Fieber und Schlafmangel. Einige der Erkrankten neigen zu sogenannten Reflex-Anfällen, die durch überraschende Geräusche oder einen anderen Schreck oder durch flackerndes oder kontrastreiches Licht ausgelöst werden. (Eine Sonnenbrille beim Fernsehen, im Kino, oder in Diskotheken bietet hier einen gewissen Schutz.) Epileptische Anfälle dauern in der Regel wenige Minuten oder sogar nur Sekunden – ansonsten liegt ein Notfall vor!

Großer Anfall („Grand mal“)

Der große Anfall prägt das Erscheinungsbild der Epilepsie in der Öffentlichkeit. Er beginnt mit einer plötzlichen Bewusstlosigkeit und einer Versteifung der Muskulatur. Die Betroffenen stürzen zu Boden und hören auf zu atmen. Ihr Blick ist meist starr und die Augen sind offen. Dem folgen Zuckungen in den Armen und Beinen, häufig auch im Kopfbereich. Manchmal beißen sich die Schülerinnen und Schüler dabei auf die Zunge und verlieren Urin. Diese Anfälle dauern in der Regel nur wenige Minuten. Danach haben die Betroffenen oft ein großes Schlafbedürfnis.

Ein großer Anfall kündigt sich oft schon (Tage, Stunden oder auch Minuten) vorher durch bestimmte Missempfindungen (die sogenannte „Aura“) an. Deshalb können sich die Schülerinnen und Schüler oft noch rechtzeitig hinlegen – wegen möglichem Erbrechen und starkem Speichelfluss möglichst in die stabile Seitenlage. (Kleidung lockern, den Kopf auf ein flaches Kissen/Pullover betten.) Wenn ein großer Anfall überraschend auftritt, achten Sie darauf, dass sich die Betroffenen möglichst keine Verletzungen zuziehen (z. B. Gegenstände aus dem Weg räumen). Eine Bissverletzung im Mund muss in Kauf genommen werden. Stecken Sie bitte nichts zwischen die Zähne.

Es empfiehlt sich, stets ein flaches Kopfkissen und gegebenenfalls auch die Notfallmedikation bereit zu halten. Die Telefonnummern der Eltern und der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie der Notärztin oder des Notarztes sollten sie griffbereit haben.

Während eines Anfalls können und müssen Sie nicht viel tun. Versuchen Sie niemals die Verkrampfungen mit Gewalt zu lösen oder den Anfall zu unterbrechen (kein kaltes Wasser, Schütteln o. Ä.).

Wenn der Anfall sehr lange dauert und Sie es mit der Ärztin oder dem Arzt und den Eltern so abgesprochen haben, können Sie unter Umständen ein krampflösendes Notfallmedikament geben.

Sie sollten mit den behandelnden Fachleuten und den Eltern absprechen, wann im Einzelfall die Notärztin oder der Notarzt zu rufen ist. Grundsätzlich

sollten Sie die Notärztin oder den Notarzt rufen, wenn der Anfall länger als fünf Minuten dauert oder sich mehrfach wiederholt oder sich das Gesicht sich bläulich verfärbt. Auch wenn die Verwirrtheit nach einem Anfall länger als 30 Minuten dauert, rufen Sie bitte eine Ärztin oder einen Arzt.

Nach dem Anfall brauchen die Schülerinnen und Schüler Ruhe. Viele haben auch ein großes Schlafbedürfnis. Wenn der Schülerin oder dem Schüler danach ist, lassen Sie sie oder ihn unter Aufsicht schlafen.

Kleiner Anfall („Petit mal“)

Bei jüngeren Schülerinnen und Schülern treten kleine Anfälle häufig als sekundenlange Bewusstseinspausen („Absenzen“) auf. Hierbei wirken die Schülerinnen und Schüler verträumt, die Augen sind halb geöffnet, die Bewegungen verlangsamt, Tätigkeiten werden unterbrochen oder mechanisch fortgeführt. Bei einer anderen Form der „Kleinen Anfälle“, den „psychomotorischen Anfällen“, kommt es zu Verhaltensauffälligkeiten. Häufig werden Nestel- oder Greifbewegungen sowie szenische Handlungen beobachtet, die der Situation unangemessen sind.

Bei „Absenzen“ ist ein Eingreifen nicht nötig. Bei „psychomotorischen Anfällen“ reicht die Beobachtung aus. Versuchen Sie nicht, die Schülerin oder den Schüler festzuhalten oder die Aktivität zu stoppen. Versuchen Sie lieber, sie oder ihn ein wenig von den anderen abzuschirmen. Den Eltern sollten Sie Ihre Beobachtungen unbedingt mitteilen.

Falls mehrere Anfälle hintereinander auftreten oder sehr lange dauern, rufen Sie bitte eine Ärztin oder einen Arzt.

Andere wichtige gesundheitliche Probleme und Erkrankungen (Allergien, Medikamenten-unverträglichkeiten, etc):
Other important health problems and diseases (allergies, drug intolerance etc):
 Autres problèmes importants de santé et autres maladies (allergies, intolérances de médicaments):

Diese Person hat folgende Epilepsie:
This person has the following type of epilepsy:
 Cette personne est atteinte de type d'épilepsie suivant:

1. **Idiopathische** ☐ **kryptogene** ☐
Idiopathic *cryptogenic*

symptomatische ☐ **Epilepsie** ☐
symptomatic *epilepsy*

2. **fokal / focal** ☐ **generalisiert / generalised** ☐
unklassifizierbar / not classifiable ☐ **spezielle Syndrome / special syndromes** ☐
syndromes particuliers

3. **Kurzbeschreibung der vorliegenden Epilepsie:**
Brief description of the type of epilepsy involved:
 brève description du type d'épilepsie:

Bisher war bei meinen früheren Anfällen notwendig:
Previous seizures required the following:
 Jusqu'à présent en cas de crise il fallait faire le suivant:

• **Stabile Seitenlage** ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐
Lateral positioning / position latérale *Yes/oui* *No/non*

• **Medikamentöse Benzodiazepingabe** ☐ ☐
Administration of Benzodiazepine

• **Intubation** ☐ ☐
Intubation / intubation

• **Blutzuckerkontrolle** ☐ ☐
Blood-sugar check / contrôle du taux de glycémie

Erste Hilfe beim epileptischen Anfall für den Laienhelfer!
First Aid for Laymen in case of a seizure!
 Premiers secours en cas de crise d'épilepsie!

• **Ruhe bewahren / nicht überstürzt handeln**
Stay calm / do not act hastily
 Restez calme / Ne pas agir à la hâte

• **Gegenstände die eine Gefahr bedeuten entfernen**
Remove objects that could be dangerous
 Eloigner tous les objets pouvant être dangereux

• **Stabile Seitenlage / freie Atemwege**
Latérale position / clear airways
 Mettre la personne en position latérale / Libérer les voies respiratoires

Ein einzelner Anfall ist in der Regel nicht gefährlich!
Er hört meist von selbst auf. Wenn er länger als 5 Minuten dauert, den Arzt rufen.
 A single seizure is usually not dangerous!
 It will normally cease of its own accord.
 If it lasts for more than 5 minutes, call a doctor.

Nur zur Information des Arztes und des medizinischen Rettungspersonals
For information of the doctor and the medical rescue staff only
 Réservé à l'information du médecin et des services de secours médicaux

© Alle Rechte vorbehalten / All rights reserved / © 2007 Personen / Stefan

Behandelnder Arzt / Doctor responsible / Médecin traitant:
Name, Anschrift, Telefon (mit Vorwahl)
name, address, telephone (incl. area code):
 nom, adresse, téléphone (avec indicatif):

Dieser Ausweis wurde ausgestellt am:
date of issue: / délivré le:

Unterschrift des Arztes / Signature of doctor / Signature du docteur

Im Notfall bitte folgende Person(en) benachrichtigen
(Name, Anschrift, Telefonnummer):
In case of emergency please inform (name, address, phone):
 En cas d'urgence il faut avertir (nom, adresse, n°tel):

Derzeitige Behandlung mit Antiepileptika:
Wirkstoffname (INN), Dosierung, Verschreibungsdatum
Current medical therapy with anti-epileptic drugs: generic name (INN), dose, date of prescription
 Traitement médical anti-épileptique actuel:
 Nom (INN), posologie, date de la prescription

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Name	Dosis	Dose	Posologie	Datum	Date	Date
1.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
2.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
3.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
4.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
5.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
6.	mg	mg	mg	mg	mg	mg
7.	mg	mg	mg	mg	mg	mg

Neue Änderungen / Recent change in treatment / Récents changements de médicaments:

1.	mg
2.	mg
3.	mg
4.	mg
5.	mg

Welche Antiepileptika wurden schon einmal eingenommen (Name, Dosierung, von bis Datum)?
What kind of anti-epileptic drugs have been taken in the past (name, dose, date: from-to)?
 Quel genre de médicaments anti-épileptiques ont déjà été pris (nom, dose, date: à-dé)?

1.	mg
2.	mg
3.	mg
4.	mg
5.	mg

Bei mir ist bei einem epileptischen Anfall in der Regel folgendes zu tun:
In case of a seizure, the following rules generally apply:
 En cas d'une crise d'épilepsie il faut respecter les points suivants:

Nach dem Anfall befindet sich die Person in der Regel noch in folgendem Zustand:
After a seizure, the patient is usually in the following state:
 Normalement après une crise la personne est encore dans l'état suivant:

Spezieller Behandlungsvorschlag im Notfall:
Specific suggestions for treatment in case of emergency:
 En cas d'une crise d'épilepsie premier secours conseillé:

Lichtbild
Photo
 Photo

Name / Name / Nom

Anschrift und Land / Address and Country / Adresse et pays

Neue Anschrift / Change of Address / Changement d'adresse
Ärztliche Angaben
(möglichst auch in englischer und französischer Sprache)
(if possible also in German and French)
 Remarques du médecin
 (in possible également en allemand et anglais)

Quelle: Mit freundlicher Genehmigung der Interessenvereinigung für Anfallsranke Köln e. V. (IfA Köln)

8. Leukämie

Eine Leukämie – auch als „Blutkrebs“ oder „Knochenmarkskrebs“ bezeichnet – entsteht, wenn der normale Reifungsprozess der weißen Blutkörperchen im Knochenmark gestört ist und sich unreife weiße Stammzellen (Blasten) explosionsartig vermehren und in das Blut abgegeben werden. Die Leukämien sind die häufigste Krebserkrankung im Schulalter. Je nachdem, welche Grundarten der weißen Blutkörperchen entarten, werden lymphatische und myelonische Leukämien unterschieden, von denen es jeweils chronische (d. h. langsam verlaufende) und akute (d. h. schnell ausbrechende) Formen gibt, so dass insgesamt vier verschiedene Leukämiearten existieren. Drei davon kommen im Schulalter vor, wobei die akute lymphatische oder lymphoblastische Leukämie am häufigsten auftritt. Typische Symptome sind Blässe, Müdigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust, Beinschmerzen, Fieber, häufige Infektionen, Blutungsneigung (viele blaue Flecke), Lymphknotenschwellungen sowie Vergrößerung von Leber und Milz. Die Heilungschancen unterscheiden sich je nach Leukämieart. Sie sind insgesamt gesehen sehr gut. Die Ursachen für eine Leukämie sind weitgehend ungeklärt. Risikofaktoren wie im Erwachsenenalter sind für das Kindesalter nicht bekannt. Eine Krebserkrankung bei Schülerinnen und Schülern ist keinem gesundheitlichen Fehlverhalten geschuldet und nur ganz selten vererbt. Eine Leukämie ist nicht ansteckend! Alle Leukämien werden mit Chemotherapie und ggf. einer Knochenmarkstransplantation behandelt. Diese Therapie erfolgt zunächst in Spezialkliniken, im weiteren Verlauf oft ambulant und dauert durchschnittlich zwei Jahre. Ist eine Schülerin oder ein Schüler insgesamt fünf Jahre rückfallfrei, ist sie oder er mit großer Wahrscheinlichkeit vollständig geheilt. Als Lehrerin oder Lehrer einer an Leukämie erkrankten Schülerin oder eines an Leukämie erkrankten Schülers werden Sie vor allem mit den psychosozialen Belastungen, die die Diagnose einer lebensgefährlichen Erkrankung für die Betroffenen und ihr Umfeld bedeutet, und den Auswirkungen der Therapie konfrontiert sein.

Schulalltag mit der Krankheit

Häufige und längere Fehlzeiten:

Im Laufe der Behandlung müssen die Schülerinnen und Schüler immer wieder für einige Monate in die Klinik, können aber in den Behandlungspausen oft nach Hause und mitunter sogar in die Schule gehen. Sie sind dann aber weniger belastbar und in ihrer Lern- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt.

Auswirkungen der Chemotherapie:

Die Chemotherapie ist schmerzhaft und körperlich und seelisch sehr belastend. Die Schülerinnen und Schüler sind durch die Blutarmut schlapp, müde, weniger leistungsfähig, blutungs- und infektgefährdet. Hinzu kommen Übelkeit, Erbrechen, Schleimhautentzündungen. Weitere vorübergehende Symptome sind Haarausfall, Gewichtsverlust oder rapide Gewichtszunahme (sog. Vollmondgesicht durch die Kortisongabe), Stimmungsveränderungen, Gleichgewichtsstörungen und Schwierigkeiten der Fein- und Grobmotorik. Der Haarverlust und die Gewichtszunahme werden vor allem von jugendlichen Schülerinnen

als belastend erlebt. Durch die erhöhte Infektanfälligkeit können „harmlose“ Kinderkrankheiten wie Masern oder Windpocken lebensgefährlich werden. Deshalb müssen die Schülerinnen und Schüler vor einer Infektion geschützt werden.

Psychosoziale Belastungen:

Die Diagnose Leukämie ist ein Schock, der existentielle Fragen aufwirft. Die Schülerinnen und Schüler müssen ihre ganze Energie zur Bewältigung der Krankheit einsetzen. Dies lässt sie auf der einen Seite sehr schnell erwachsen werden, führt häufig aber auch zu einer erneuten Abhängigkeit von den Eltern. Die Angst zu sterben, vor einem Rückfall oder vor weiterer Therapie ist allgegenwärtig. Psychisch belastend sind daher auch die Kontrolltermine, die bis zu fünf Jahren nach der Behandlung notwendig sind. Sie lösen oft Unkonzentriertheit und „Ausrutscher“ in der Leistung aus. Als belastend erleben die Schülerinnen und Schüler auch, dass die Umwelt oft „anders“ mit ihnen umgeht.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Erfahrungsgemäß möchten Schülerinnen oder Schüler mit Leukämie „ganz normal“ behandelt werden. Sie brauchen aufgrund ihrer Erkrankung nur gewisse Rücksichtsnahmen.

Die Gewährleistung schulischer Kontinuität:

Die Schule stellt für die meisten lebensbedrohlich erkrankten Schülerinnen und Schüler eine Lebensaussicht in einer sehr schweren Zeit dar. Deshalb helfen Sie ihnen sehr, wenn Sie sie auch während ihrer krankheitsbedingten Abwesenheit durch eine kontinuierliche Kooperation mit der Klinikschule oder durch Hausunterricht in ihrer schulischen Entwicklung begleiten und unterstützen. Es hat sich hier als sinnvoll gezeigt, dass eine Lehrerin oder ein Lehrer speziell für diesen Prozess verantwortlich ist. Hilfreich kann es sein, wenn Sie selbst die Regelungen zum Krankenhaus- und Hausunterricht kennen. In einigen Kliniken besteht auch die Möglichkeit, dass die Schülerinnen und Schüler über das Internet oder mittels Videokonferenz, den Unterricht in ihrer Heimatschule verfolgen können. Ein wichtiges Zeichen, dass man die Schülerin oder den Schüler nicht vergessen hat und an eine Heilung glaubt, ist es, den Platz im Klassenraum reserviert zu halten.

Die Unterstützung sozialer Kontinuität:

Gibt es freundschaftliche Beziehungen oder ein authentisches Bedürfnis nach Kontakt zwischen der erkrankten Schülerin oder dem erkrankten Schüler und ihrer oder seiner Klasse, können Sie diese altersgemäß durch die Anregung von Besuchen, Briefen etc. unterstützen.

Schutz vor Infektionskrankheiten:

Unter der Chemotherapie ist die Schülerin oder der Schüler besonders infektgefährdet. Deshalb sind z. B. auch die hygienischen Bedingungen der Toiletten- und Waschräume zu überprüfen. Insbesondere Masern und Windpocken können lebensgefährlich werden.

Besteht auch nur der Verdacht auf Kontakt der Schülerin oder des Schülers (oder der Geschwister!) mit einer dieser Krankheiten, informieren Sie bitte sofort die Eltern und/oder die Klinik, weil die Schülerin oder der Schüler dann sofort isoliert werden muss.

Information des Kollegiums, der Mitschülerinnen und Mitschüler und deren Eltern:

Die hohe Infektionsgefahr macht es eigentlich unumgänglich, das gesamte schulische Umfeld über die Erkrankung zu informieren. Erfahrungsgemäß können hierdurch oft auch unbedachte Äußerungen, inadäquates Verhalten und Überforderungen der Schülerin oder des Schülers vermieden werden. Aufgrund der Unsicherheiten im Umgang mit der erkrankten Schülerin oder dem erkrankten Schüler, der psychosozialen Belastungen und der existenziellen Fragen, die eine lebensbedrohliche Erkrankung bei allen Beteiligten hervorruft, bietet sich eine altersangemessene offene und ehrliche Thematisierung ebenfalls an. Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Klinik und der Elternverbände sind oft bereit, hierfür in die Schule zu kommen. Unter Umständen kann auch ein „Heimatschulbesuch“ (s. S. 10 und 81) durchgeführt werden.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Diese können bestehen in

- Ausnahmen beim Mitschreiben von Klassenarbeiten
- der Möglichkeit, nur einzelne Stunden an einzelnen Tagen zu besuchen
- Ausnahmen bei den Hausaufgaben
- der Erlaubnis auch im Unterricht eine Mütze / ein Kopftuch zu tragen

Besonderheiten im Sportunterricht:

Eine Teilnahme am Sportunterricht ist während der intensiven Behandlungsphase und direkt danach nicht möglich. Etwa ein halbes Jahr (manchmal aber auch später) nach Ende der intensiven Behandlung können die meisten Schülerinnen und Schüler (mit Einschränkungen, da sie ein erhebliches Konditionsdefizit haben) wieder am Sportunterricht teilnehmen. Es empfiehlt sich aber, dass sie aufhören, wenn die Belastung zu groß wird.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Die körperliche Kondition der Schülerin oder des Schülers sollte berücksichtigt werden und die Fahrten in den Phasen liegen, in denen eine Teilnahme prinzipiell möglich ist (Abstimmung mit dem Therapieplan).

Folgende Muster können bei der Kontaktpflege zwischen Schule und Klinik bzw. zur Information der Eltern von Mitschülerinnen und Mitschüler genutzt werden.

Checkliste: Kontaktpflege zwischen Schule und Klinik¹

Informationen/Vernetzung:

Kontakt zur Klinik aufnehmen, am besten zum Kliniklehrer

- Präzise Informationen zur Erkrankung erfragen
- Telefon- und Faxnummer der oder des Erkrankten in der Klinik
- Besuchsmöglichkeiten für Lehrerinnen und Lehrer und Mitschülerinnen und Mitschüler erkunden

Kontakt zur Erkrankten oder zum Erkrankten und zur Familie aufnehmen

- Möglichst persönliches Gespräch mit den Familienangehörigen und der oder dem Erkrankten; klären, in welcher Weise sie über die Erkrankung sprechen möchten
- Sind Geschwister der oder des Erkrankten an Ihrer Schule? Falls ja, beachten Sie bitte, dass auch diese nun besonderer Zuwendung bedürfen.

Besuch in der Klinik

- Gespräch mit den Kliniklehrkräften oder anderen Klinikmitarbeiterinnen und -mitarbeitern
- Gespräch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt
- Besuch am Bett

Kontakt mit den Eltern der Mitschülerinnen und Mitschüler aufnehmen

- Brief an die Eltern mit Grundinformationen zur Erkrankung
- Gegebenenfalls einen Elternabend organisieren
- Gibt es Möglichkeiten, die Familie der oder des Erkrankten zu unterstützen?

Hausunterricht organisieren

- Können Sie und die Fachlehrerinnen und Fachlehrer diesen selbst erteilen?
- In welchen Fächern ist der Hausunterricht notwendig?

Informationen an das Kollegium bzw. an die Fachlehrerinnen und Fachlehrer

- Grundinformationen zur Erkrankung
- Absprachen für Besuche in der Klinik
- Informationen an muttersprachliche Lehrerin oder muttersprachlichen Lehrer

In der Klasse:

- Altersgemäße Informationen über die Erkrankung
- Sachinformationen, soweit bekannt und vermittelbar
- Besuchsmöglichkeiten in der Klinik und Zuhause klären
- Besuche organisieren (Fahrdienst, Eltern etc.)
- Ideen für eine Kontaktpflege sammeln und organisieren
- Wer bringt Hefte, Hausaufgaben, Arbeitsblätter usw. in die Klinik bzw. zur Erkrankten oder zum Erkrankten nach Hause?
- Regelmäßige Informationen von den Mitschülerinnen und Mitschülern in die Klinik anregen
- Regelmäßig und ausführlich von den Besuchen bei der Patientin oder dem Patienten berichten
- Unterrichtsbesuche des oder der Erkrankten anregen und organisieren
- Unterricht zum Thema

Außerdem ist wichtig:

- Informationsblätter zur spezifischen Krankheit bestellen
- Betroffenenliteratur lesen (vor allem Erfahrungsberichte krebserkrankter Kinder und Jugendlicher)
- Gibt es am Ort eine Beratungsstelle oder eine Selbsthilfegruppe, Fachärztinnen und Fachärzte oder Kinderärztinnen und Kinderärzte, die weitere Informationen anbieten?
- Gibt es Kolleginnen und Kollegen an der eigenen oder in einer nahen Schule, die ebenfalls schon lebensbedrohlich erkrankte Kinder begleitet haben und die zu einem Erfahrungsaustausch bereit wären?

¹ Mit kleinen Veränderungen übernommen aus: Schroeder et al. (2000), S. 288f.

Muster für einen Brief an die Eltern der Mitschülerinnen und Mitschüler²

Liebe Eltern,

wir möchten Ihnen heute mitteilen, dass Katrin Groß (Name fiktiv), die mit Ihrem Kind gemeinsam die Schule besucht, an einer Leukämie erkrankt ist.

Leukämien zählen zu den bösartigen Krankheiten im Kindesalter. In Deutschland erkranken jährlich rund 2.000 Kinder und Jugendliche an Krebs. Der Verlauf der Erkrankung unterscheidet sich grundsätzlich von einer ähnlichen Erkrankung im Erwachsenenalter. Vor allem sind die Behandlungsmöglichkeiten bei Kindern weitaus günstiger als bei Erwachsenen. Dank der medizinischen Fortschritte können heute über 70 % der Kinder auf Dauer geheilt werden.

Zur Behandlung ihrer Krankheit wird Katrin für einige Monate in die Kinderklinik müssen, kann aber – je nach Verlauf der Therapie – in den Behandlungspausen nach Hause oder auch in die Schule gehen. Sie erhält eine aggressive Chemotherapie. Das sind Medikamente, die die Vermehrung der bösartigen Zellen unterbinden und sie abtöten sollen. Diese Medikamente haben Nebenwirkungen, von denen Sie einige kennen sollten:

Gefahr durch Infektionskrankheiten

Nicht nur die Krebszellen werden durch die Medikamente zerstört, sondern auch gesunde Zellen. Das bedeutet, die körpereigene Abwehr erlischt nahezu völlig. Die Patienten sind in dieser Zeit sehr infektanfällig. Besonders so „harmlose“ Kinderkrankheiten wie Windpocken und Masern können lebensbedrohliche Auswirkungen haben, wenn sie nicht sofort erkannt und behandelt werden. Es ist darum äußerst wichtig, dass Sie die Familie von Katrin sofort informieren, wenn in Ihrer Familie eine solche Krankheit vorkommt und auch nur der Verdacht vorhanden ist, dass Katrin damit in Kontakt gekommen sein könnte.

Haarausfall

Unter der Therapie kann es zu völligem Haarausfall kommen. Die Patienten tragen deshalb häufig entweder eine Perücke, ein Tuch, eine Mütze oder eine Kappe, die sie natürlich ungern abnehmen. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter darüber, damit Katrin nicht gehänselt wird. Am Ende der Behandlung wachsen die Haare wieder nach.

Gewichtsverlust und -zunahme

Die Schleimhäute werden stark angegriffen und schmerzen oft so sehr, dass die Patienten nicht essen können und stark abnehmen. Verstärkt wird dies noch durch die Übelkeit, die eine Chemotherapie begleitet.

In einer bestimmten Behandlungsphase bekommen sie ein Medikament (Cortison), das zu starkem Appetit und übermäßiger Wassereinlagerung führt. Dann werden die Kinder wiederum sehr dick. Nach Absetzen dieser Medikamente normalisiert sich der Zustand wieder.

Und noch eines: **Die Krankheit ist nicht ansteckend!**

Das mag unsinnig klingen, in der Tat ist es jedoch so, dass Kinder immer wieder Angst vor möglicher Ansteckung haben. Sie können Ihr Kind diesbezüglich beruhigen. Es ist in keiner Weise gefährdet.

Regen Sie Ihr Kind an, den bisherigen Kontakt beizubehalten. Helfen Sie ihm, einen angemessenen Umgang mit dem erkrankten Kind zu finden.

Nach unserer Erfahrung ist ehrliches Antworten auf alle Fragen der beste Weg, die Unsicherheit von Klassenkameraden gegenüber einem krebserkrankten Kind zu verringern.

Auch verletzende Szenen, wenn sich beispielsweise andere Kinder über die ausgefallenen Haare des kranken Kindes lustig machen, lassen sich so vermeiden. Die Klasse kann mit Katrin ganz normal umgehen, mit Verständnis für die schwere Krankheit, aber ohne „Sonderbehandlung“. Es gibt Katrin Kraft und Mut, wenn sie erfahren kann, dass neben der Krankheit und Therapie ihr Leben gleichzeitig auch in gewohnten und vor allem normalen Bahnen weitergeht. Ihr Kind wird an den Erfahrungen in einer solchen Situation wachsen.

Wir glauben, dass nicht zuletzt die Kraft und der Mut, die aus dem Zusammensein mit ihren Freunden und Freundinnen im Klassenverband fließen, auch den Weg zur Heilung fördern.

Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie sich gerne an uns wenden.

Herzlichen Dank und freundliche Grüße

² Dieser Musterbrief findet sich in: Pfeiffer/Wiemann (2005), S. 26f.

9. Migräne

Die Migräne ist die häufigste Form chronischer Kopfschmerzen im Schulalter. Nach den Daten des Kinder- und Jugendgesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts leiden ca. 3,6 % der 7–17jährigen unter einer ärztlich diagnostizierten Migräne. (In der Altersgruppe der Jugendlichen sind es 5,4 %.) Statistisch gesehen sitzen also in fast jeder Klasse Schülerinnen und Schüler mit Migräne. Die Symptomatik der Migräne im Schulalter ist etwas anders als bei Erwachsenen: Der Schmerz ist ein- oder beidseitig im Stirnbereich lokalisiert und häufig mit Übelkeit und Erbrechen, Blässe und Schwindelgefühl verbunden. In seltenen Fällen äußert sich eine Migräneattacke auch als anfallsartiger Schwindel. Manche Betroffenen berichten von einer Aura in Form von Lichtblitzen oder einem eigenartigen Gefühl. Die Beschwerden eines Migräneanfalls dauern meist mehrere Stunden. Häufig besteht dabei eine hohe Licht- oder Lärmempfindlichkeit. Die Symptomatik bessert sich durch Ruhen oder Schlaf. Migräneattacken treten in Intervallen von Wochen oder auch Monaten auf, in seltenen Fällen auch mehrmals pro Woche, niemals jedoch andauernd. Auslöser für Migräneanfälle können sein: Anspannung, aber auch Entspannung (sog. „Samstags-Migräne“), zu wenig Schlaf, übermäßige körperliche Anstrengung, Wetterumschwung, bestimmte Nahrungsmittel sowie Infekte. Die eigentliche Ursache für die Migräne ist jedoch eine genetisch bedingte Veranlagung. Man vermutet heute, dass die Migräneattacke über eine Entzündung kleiner Gefäße im Kopfbereich verursacht wird. Die Migräne ist eine den Alltag beeinträchtigende Erkrankung. Aus diesem Grund haben erkrankte Schülerinnen und Schüler eindeutig mehr Schulfehltag als ihre gesunden Mitschülerinnen und Mitschüler.

Schulalltag mit der Krankheit

In „freien Intervallen“ sind die Schülerinnen und Schüler normal belastungsfähig. Während der Kopfschmerzattacken ist die Lern- und Leistungsfähigkeit jedoch deutlich eingeschränkt:

- die Schülerinnen und Schüler sind dann deutlich geschwächt und unkonzentriert und können deshalb die in der Schule geforderten Leistungen nicht oder nur unzureichend erbringen
- sie können ihre Hausaufgaben nicht oder nur unvollständig machen
- sie können unter Umständen die Schule nicht besuchen (Fehlzeiten)

– wie stark die Einzelne oder der Einzelne beeinträchtigt ist, hängt von der Häufigkeit, Länge und Dauer der Attacken ab

Besonders belastend ist es für die Betroffenen, dass sie mit ihren Schmerzen häufig nicht ernst genommen werden. Schülerinnen und Schülern wird noch häufiger als erwachsenen Migräneerkrankten unterstellt, dass sie simulieren. Selbst Kinderärztinnen und Kinderärzte unterschätzen manchmal die Häufigkeit von Migräne als Kopfschmerzursache, so dass vielfach erst im Jugend- oder Erwachsenenalter die richtige Diagnose gestellt wird.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Schülerinnen und Schüler mit Migräne fehlen häufiger als andere in der Schule. Es ist wichtig, ihre Schmerzen ernst zu nehmen und ihnen nicht direkt oder indirekt zu unterstellen, dass sie schwänzen würden.

Während einer Kopfschmerzattacke können die Schülerinnen und Schüler mitunter auch ihre Hausaufgaben nicht oder nur unvollständig machen. Es empfiehlt sich, hier tolerant zu sein.

Den Schülerinnen und Schülern sind die Aura, die eine Migräne ankündigt, oder die Symptome einer beginnenden Migräne gut bekannt. Da die einzelnen Attacken umso kürzer sind, je früher sie richtig behandelt werden, empfiehlt es sich, den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit zu geben, sich zurückzuziehen, um Medikamente zu nehmen oder Techniken der Migränetherapie selbst anzuwenden.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Für das Nacharbeiten des Stoffes der Fehltage und der Hausaufgaben sollten Sie den Schülerinnen und Schülern genügend Zeit einräumen. Die deutlich eingeschränkte Konzentrations- und Leistungsfähigkeit während eines Migräneanfalls können Sie über den Nachteilsausgleich auch bei Klassenarbeiten berücksichtigen.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Sportliche Betätigung ist für Schülerinnen und Schüler mit Migräne sinnvoll und in vielen Fällen auch uneingeschränkt möglich. Spezielle Rücksichtnahme ist nur erforderlich, wenn bekannt ist, dass eine körperliche Belastung regelmäßig Migräneattacken auslöst. Hier empfiehlt es sich – eventuell gemeinsam mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten (Schweigepflichtentbindung) – eine Belastungsgrenze zu finden, die der Schülerin oder dem Schüler gerecht wird. Unter Umständen ist ein Aussetzen der Benotung sinnvoll, sofern dies rechtlich möglich ist.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Die Schülerin oder der Schüler sollte Medikamente dabei haben, um sich bei einer Migräneattacke helfen zu können.

Für den Fall, dass Nahrungsmittelauslöser bekannt sind, sollte dies im Vorfeld berücksichtigt werden und gemeinsam mit den Eltern ein Essensplan gestaltet werden.

Wenn eine Schülerin oder ein Schüler besonders auf Schlafmangel reagiert, empfiehlt es sich, dies bei der Zimmerzuteilung zu berücksichtigen und – wenn möglich – darauf zu achten, dass die Schülerin oder der Schüler die Schlafzeiten auch einhält.

10. Mukoviszidose

Mukoviszidose (oder Cystische Fibrose) ist die häufigste vererbte Stoffwechselkrankheit in Deutschland. Jedes Jahr werden hier ungefähr 300 Kinder mit dieser progressiv verlaufenden und unheilbaren Krankheit geboren. Die Mukoviszidose wird durch eine genetische Veränderung im Erbgut verursacht. Jeder 20. Mensch hierzulande ist Erbträger der Krankheit. Die meisten wissen aber nichts davon, weil sie gesund sind. Denn nur wenn beide Elternteile dieses Gen in sich tragen, kann das Kind an Mukoviszidose erkranken. Ausprägung und Verlauf der Erkrankung und damit die sichtbaren Symptome während der Schulzeit sind außerordentlich unterschiedlich. Durch den Gen-Defekt ist bei der Mukoviszidose der Salz- und Wasserhaushalt gestört. Dadurch ist der Schweiß außergewöhnlich salzig und ein zäher Schleim verstopft eine Reihe lebenswichtiger Organe (vor allem die Lunge, die Bauchspeicheldrüse, die Leber und den Darm). Weil dieser zähe Schleim ein idealer Nährboden für Bakterien ist, zerstören immer wiederkehrende Entzündungen das Lungengewebe. Äußere Symptome hierfür sind häufiges Husten und zunehmende Probleme beim Ein- und Ausatmen. Weil der Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse blockiert ist, können fettverdauende Enzyme nicht in den Darm gelangen. Daher scheidet dieser die Fette aus der Nahrung unverdaut wieder aus. Die Folge sind fettreiche, massige und häufige Stühle. Da Kalorien und fettlösliche Vitamine vom Körper nicht aufgenommen werden, droht auf lange Sicht Mangelernährung. Viele Betroffene sind deshalb unterernährt, zu dünn und bleiben in ihrer körperlichen Entwicklung zurück. Die durchschnittliche Lebenserwartung eines heute geborenen Säuglings liegt bei 50 Jahren. Doch einige sterben auch heute noch in frühen Jahren. Eine Prognose im Einzelfall ist nicht möglich. Mukoviszidose gilt als Behinderung – je nach Ausprägung und Verlauf der Erkrankung liegt der Grad der Behinderung (GdB) zwischen 20 und 100 %.

Schulalltag mit der Krankheit

Die Therapie einer stärker ausgeprägten Mukoviszidose bedeutet jeden Tag eine extrem zeitaufwendige Belastung, die den Betroffenen große Disziplin abverlangt: Sie müssen mehrmals täglich Gymnastik machen und inhalieren, sehr viele Medikamente einnehmen, 160 % der Nahrungsmenge eines gesunden Kindes auf ca. acht Mahlzeiten verteilt zu sich nehmen, obwohl sie nur wenig Appetit haben und nur langsam essen können.

Aufgrund der Krankheit

- müssen sie häufig zur Toilette gehen
- müssen sie regelmäßig (also auch im Unterricht) hochkalorische Nahrung zu sich nehmen und dazu Tabletten einnehmen
- brauchen sie viel Bewegung, möglichst an frischer Luft
- ermüden sie schnell und können durch Hustenattacken mit zähem Auswurf sowie Bauch- und Herzschmerzen oft übermüdet sein
- leiden sie bei Sauerstoffmangel unter verminderter Konzentrationsfähigkeit
- haben sie eine hohe Infektanfälligkeit, die zu häufigen Fehlzeiten führt

Schulische Nachteile durch die Therapie:

Die Krankenhausaufenthalte führen zu häufigen Fehlzeiten und durch die aufwendige Physiotherapie haben die Schülerinnen und Schüler sehr wenig Zeit für Hausaufgaben und kaum Freizeit.

Häufig versuchen die Betroffenen diese Nachteile durch sehr großen Ehrgeiz wieder auszugleichen.

Gefahr sozialer Ausgrenzung:

Um soziale Ausgrenzung zu vermeiden, ist es meist ratsam, die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Erkrankung aufzuklären, denn häufig empfinden diese den Husten und die Blähungen als unangenehm und haben Angst sich anzustecken, obwohl das unmöglich ist. Auch haben die betroffenen Schülerinnen und Schüler erschwerte Bedingungen, Freundschaften aufzubauen und zu pflegen, weil sie wegen der aufwendigen Therapie nur wenig Freizeit haben und aufgrund der Infektanfälligkeit an einigen Unternehmungen und Unterrichtsaktivitäten nicht teilnehmen dürfen. Darüber hinaus müssen sie sich stets von Mitschülerinnen und Mitschülern fernhalten, die (auch nur leichte) Infekte haben.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Im Schulalltag empfiehlt es sich, die Belastungen durch die Krankheit und die zeitaufwendige Therapie zu berücksichtigen und der Schülerin oder dem Schüler möglichst viele Freiräume zu schaffen – ohne dass diese oder dieser mehr als nötig in eine Sonderrolle gerät:

- lassen Sie die Schülerin oder den Schüler auch im Unterricht essen und auf die Toilette gehen, auch direkt nach der Pause, die zur Bewegung genutzt werden sollte
- die Betroffenen brauchen zu jeder Mahlzeit die notwendigen Enzymkapseln; wenn erforderlich, können Sie sie daran erinnern
- finden Sie mit den Eltern, Ärztinnen und Ärzten und der Schülerin oder dem Schüler gemeinsame Sonderregelungen für die Hausaufgaben und gestatten Sie Ruhepausen im Unterricht

Erhöhte Infektionsgefahr:

Jede Infektion der Atemwege ist für die Schülerin oder den Schüler mit Mukoviszidose gefährlich. Wenn in Ihrer Schule Infektionen vermehrt auftreten, informieren Sie bitte die Eltern und überlassen Sie ihnen die Entscheidung, ob sie ihr Kind zur Schule schicken. Bestimmte Lungenkeime (Pseudomonas-Bakterien) sind in fast allen feuchten Räumen und vor allem im Abfluss von Toiletten und Waschbecken anzutreffen. Sie stellen für gesunde Schülerinnen und Schüler keine Gefahr dar, können für die erkrankten aber eine verheerende Wirkung haben. Deshalb ist es besonders wichtig, dass der Toilettengang und der Umgang mit Wasser den Vorschriften der Ärztinnen und Ärzte und den Gewohnheiten zu Hause entsprechend gehandhabt werden (z. B. Deckel auf der Toilette, langes Durchspülen des Syphons vor Nutzung durch die Schülerin oder den Schüler. Denken Sie bitte auch bei der Unterrichtsplanung an die erhöhte Infektionsgefahr (z. B. Wasser im Kunstunterricht, kein Tafeldienst).

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Wegen der schnellen Ermüdbarkeit empfiehlt es sich, einen Nachteilsausgleich zu gewähren. So werden beispielsweise auch während der (Abschluss-)Prüfungen Ruhezeiten benötigt. Schreibzeitverlängerungen für die

Einnahme von notwendigen Mahlzeiten und Medikamenten und für das Inhalieren sind ebenfalls nötig.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Hier sollten Sie der Schülerin oder dem Schüler helfen, den sozialen und inhaltlichen Anschluss an die Klasse zu halten. Hilfreich ist es, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Bei einem Klinikaufenthalt ist eine gute Zusammenarbeit mit der Klinikschule wichtig. Die Betroffenen wünschen sich oft, dass Mitschülerinnen und Mitschüler und/oder Lehrkräfte während ihrer Abwesenheit Kontakt halten. Die Teilnahme an Abschlussprüfungen ist auch im Krankenhaus möglich.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Auch wenn sportliche Betätigung nur mit (z. T. erheblichen) Einschränkungen möglich ist, sollte aus medizinischen und sozialen Gründen keine generelle Sportbefreiung ausgesprochen werden. Sinnvoll ist oft eine Teilnahme am Sportunterricht ohne Benotung (sofern rechtlich möglich). Eine regelmäßige fachärztliche Untersuchung ist wegen des progressiven Verlaufs unbedingt zu empfehlen.

Zu vermeiden sind möglichst:

- Übungen mit Bauchpresse (Gefahr des Zerreißens von Lungengewebe. Dies äußert sich in stechendem Schmerz und plötzlicher Atemnot und macht eine sofortige Klinikeinweisung nötig.)
- bei Vergrößerung von Leber und Milz: Kontaktsportarten (z. B. Handball / Fußball)

Folgendes ist weiterhin zu beachten:

- keine Überanstrengung
- ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit (Es tritt weniger Durstgefühl auf!)
- falls eine Teilnahme am Schwimmunterricht möglich ist, muss danach genügend Zeit zum gründlichen Abtrocknen und Föhnen sein (Infektionsvermeidung)

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese sollten so geplant werden, dass eine Teilnahme möglich ist. Unter Umständen ist zu überlegen, ob Sie eine weitere Begleitperson mitnehmen können.

11. Neurodermitis (atopisches Ekzem)

Die Neurodermitis ist eine chronische (schubweise wiederkehrende) entzündliche Krankheit der Haut. Sie zählt zu den allergischen Hautkrankheiten und wird deshalb auch atopisches Ekzem genannt. Das charakteristischste Symptom der Neurodermitis ist der oft quälende Juckreiz. Das Erscheinungsbild ist ansonsten nicht einheitlich und wandelt sich mit dem Lebensalter. Bei Kindern und Jugendlichen im Schulalter bestehen häufig rötlich schuppige Veränderungen im Bereich der Ellenbeugen und Kniekehlen, aber auch der Augenregion oder anderer Körperregionen. Die Haut ist insgesamt sehr trocken. Die Neurodermitis tritt schubweise auf. Phasen mit akuten Entzündungsschüben wechseln mit relativ beschwerdefreien Phasen ab. Das Auftreten eines Schubes ist jedoch jederzeit möglich. Die Ursachen der Krankheit sind letztlich nicht sicher bekannt. Relativ sicher ist, dass es eine erbliche Veranlagung und verschiedene individuelle Auslöser für die Krankheitsschübe gibt. Zu letzteren zählen vor allem auch psychische Faktoren (wie Stress). Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis haben oft zusätzlich auch noch eine andere Allergie. Nach den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys des Robert-Koch-Instituts (KiGGS) liegt die Wahrscheinlichkeit im Kindes- und Jugendalter an Neurodermitis zu erkranken bei 13,1 %. Damit bleibt die Neurodermitis nicht nur die häufigste chronische Hauterkrankung in den westlichen Industrienationen, ihre Häufigkeit hat in den letzten Jahren auch noch zugenommen. Die Neurodermitis ist nicht ansteckend.

Schulalltag mit der Krankheit

Auch wenn die Neurodermitis selbst – im Vergleich etwa zu Asthma oder Diabetes – keine besondere gesundheitliche Bedrohung darstellt, ist mit zum Teil gravierenden Auswirkungen auf den Schulalltag zu rechnen, denn der Juckreiz ist so extrem, dass sich das Kratzen willentlich kaum regulieren lässt. Auch wenn es nicht hilft, kratzen sich die Schülerinnen und Schüler deshalb häufig bis aufs Blut, was nicht nur die ästhetischen Probleme verschlimmert, sondern durch Infektionen und zusätzliche Entzündungen auch die Krankheit selbst. Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis sind unter anderem deshalb in ihrer Lern- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt,

- weil sie sich wegen des starken Juckreizes nicht konzentrieren können
- weil nächtliche Juckreizattacken sie oft über Tage hinweg nicht schlafen lassen, weshalb die Schülerinnen und Schüler im Unterricht unkonzentriert und weniger leistungsfähig sind (Einige Schülerinnen und Schüler macht dies unruhig und oftmals auch gereizt.)
- weil Stresssituationen wie Klassenarbeiten Krankheitsschübe auslösen können
- weil ihnen regelmäßige Hautpflege und Arztbesuche zumindest phasenweise Zeit für die Hausaufgaben und zum Lernen rauben

- weil es bei einer starken Ausprägung wegen Krankenhausaufenthalten und Kuren zu häufigen Fehlzeiten kommt

Wie jede andere Hauterkrankung auch ist die Neurodermitis für die Betroffenen auch deshalb belastend, weil sie jeder sehen kann. Insbesondere dann, wenn die betroffenen Hautstellen (z. B. im Schwimmunterricht oder auf Klassenfahrten) nicht verhüllt oder verdeckt werden können. Deshalb sind Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis auch in psychosozialer Hinsicht beeinträchtigt. Denn die Haut spielt für das Selbstwertgefühl (Attraktivität) und die sozialen Beziehungen (soziale Akzeptanz) eine wichtige Rolle. Deshalb sind krankhafte Hautveränderungen für die Betroffenen sehr belastend, besonders in der Pubertät, wenn es um die Aufnahme erster intimer Beziehungen geht. Schülerinnen leiden hier aufgrund des weiblichen Schönheitsideals (Makellosigkeit) und textilarmer Mode besonders. Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis werden häufig direkt mit den Berührungsängsten ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler konfrontiert. Aufgrund von Scham und Minderwertigkeitsgefühlen neigen die Betroffenen aber auch oft zur Selbstisolierung. Hierdurch wird die Gefahr der Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolierung oftmals noch verstärkt.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Verständnis und Rücksicht benötigen Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis vor allem in Phasen von akuten Krankheitsschüben mit starkem Juckreiz.

Hier ist es angebracht, Nachsicht zu zeigen, wenn die Schülerin oder der Schüler im Unterricht unausgeschlafen und unkonzentriert ist, möglicherweise herumzappelt und gereizt reagiert.

Ansonsten können Sie Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis vor allem dadurch unterstützen, dass diese die Pflegemaßnahmen für ihre Haut jederzeit ungehindert an der Schule durchführen können. Deshalb empfiehlt es sich,

- Schülerinnen und Schüler, die gelernt haben durch autogenes Training dem Juckreiz zu widerstehen, Raum und Zeit dafür zur Verfügung zu stellen
- ihnen im Unterricht die Anwendung von „Tricks“ zu gestatten, die helfen, das Kratzen zu vermeiden (z. B. Kneifen in der Nähe der betroffenen Hautstelle, Kühlen der Hautstelle, Sich-Verkrallen in ein Stofftier, ersatzweises Kratzen über einen „Kratzstein“, Überstreifen von Handschuhen)
- die Schülerinnen und Schüler darüber hinaus abzulenken

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Schülerinnen und Schüler mit Neurodermitis sind mitunter – vor allem bei Klassenarbeiten – stark in ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und haben weniger Zeit für ihre Hausaufgaben und zum Lernen als ihre Mitschülerinnen und Mitschüler. Diesen Beeinträchtigungen können Sie über einen angemessenen Nachteilsausgleich Rechnung tragen.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Neben einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikschule ist es hier hilfreich, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Für die Betroffenen ist es oft wichtig, dass Mitschülerinnen und Mitschüler, Lehrerinnen und Lehrer während ihrer Abwesenheit Kontakt halten.

Information der Mitschülerinnen und Mitschüler:

Erfahrungsgemäß ist es oft von Vorteil, wenn die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Krankheit informiert sind. Aufgrund schlechter Erfahrung und Scham haben die betroffenen Schülerinnen und Schüler aber oft Angst davor. Hier benötigen Sie viel Einfühlungsvermögen, um mit der Situation umzugehen.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Grundsätzlich ist Sport, vor allem wenn er an der frischen Luft ausgeübt wird, günstig. Allerdings ist es für viele Schülerinnen und Schüler schlimm, dass sie sich beim Sport entkleiden müssen und so den Blicken anderer ausgesetzt sind. Auch der Körperkontakt bei manchen Spielen oder bei Hilfestellungen weckt Ängste. Darüber hinaus sollte Folgendes berücksichtigt werden:

- beim Sport sollte dünne, luftdurchlässige Kleidung getragen werden
- nach dem Sport sollte die Schülerin oder der Schüler Zeit haben, sich kurz zu duschen, auszuruhen und einzucremen, denn Nachschwitzen kann den Juckreiz und die Entstehung neuer Ekzeme fördern oder bestehende verschlimmern
- vor dem Schwimmen sollte die Schülerin oder der Schüler Zeit haben, sich dünn einzucremen und nach dem Schwimmen abzduschen und einzucremen
- bei sehr stark gechlortem Wasser ist mitunter eine Befreiung vom Schwimmunterricht nötig

Klassenfahrten und Ausflüge:

Hier gibt es, wenn einige Dinge im Vorfeld berücksichtigt werden, kaum Einschränkungen. Auch sind viele Schülerinnen und Schüler selbst in der Lage, die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen zu treffen. Es empfiehlt sich folgende Punkte vor der Unternehmung zu klären:

- Ernährung
- Unterkunft (zusätzliche Allergien)
- welches Maß an körperlicher Anstrengung ist erlaubt und wie lang darf die Schülerin oder der Schüler in der Sonne bleiben?
- welche Medikamente nimmt die Schülerin oder der Schüler ein und wie muss die Haut gepflegt werden?
- was ist beim Schwimmen zu berücksichtigen?

12. Rheuma

Rheuma im Kindesalter bezeichnet keine einzelne Krankheit, sondern mehrere oft sehr beeinträchtigende Erkrankungen. Die häufigste Form ist die Juvenile idiopathische Arthritis (JIA). Diese kann sehr vielfältig verlaufen: es können nur wenige Gelenke (Oligoarthritis), viele Gelenke (Polyarthritis) oder sogar innere Organe (systemische Arthritis) befallen sein. Oft entzünden sich auch die Augen (Iridozyklitis). Dies kann unbehandelt zu starken Sehbehinderungen bis zur Erblindung führen. Weitere seltenere Formen rheumatischer Erkrankungen im Kindesalter sind Bindegewebserkrankungen und Gefäßentzündungen. Über die Ursachen weiß man derzeit wenig – vermutet wird eine Störung des Immunsystems (Autoimmunerkrankung). Da Rheuma im Kindesalter überwiegend entzündlicher Art ist, verläuft es schubweise, so dass gute Phasen mit schlechten Phasen abwechseln können. Schülerinnen und Schüler mit Rheuma haben zum Teil dauerhafte und starke Schmerzen und Bewegungseinschränkungen. Nicht nur für die betroffene Schülerin oder den betroffenen Schüler, sondern auch für die Eltern und Geschwister bedeutet Rheuma eine vielfältige Alltagsbelastung (z. B. regelmäßige Krankengymnastik, Arztbesuche). Der Verlauf der Erkrankung ist unvorhersagbar und deshalb mit Ungewissheit und persönlicher Verunsicherung verbunden. Die Angst vor der Zukunft mit eventuellen schweren körperlichen Beeinträchtigungen (z. B. Gehstützen, Rollstuhl, Erblindung) ist allgegenwärtig und psychisch sehr belastend. Rheuma ist noch nicht heilbar, wenn man es aber früh erkennt und richtig behandelt, stehen die Chancen gut, dass es langfristig unter Kontrolle gebracht werden kann.

Schulalltag mit der Krankheit

Schülerinnen und Schüler mit JIA haben oft Phasen, in denen sie weniger Beeinträchtigungen haben und ganz normal am Schulalltag teilnehmen können, in diesen sollten sie so wenig wie möglich eingeschränkt werden. Durch die immer wiederkehrenden krankheitsbedingten Beeinträchtigungen sind sie aber psychisch und physisch vielfältig belastet. Meist sieht man ihnen die Erkrankung nicht an. Die Schülerinnen und Schüler trauen sich oft nicht, darüber zu reden, sondern leiden still.

Schülerinnen und Schüler mit Rheuma können in der Schule folgende krankheitsbedingte Einschränkungen zeigen:

- aufgrund der sogenannten Morgensteife und morgendlichen Schmerzen kommen die Schülerinnen und Schüler manchmal später in die Schule
- durch Bewegungseinschränkungen und Gelenkkontrakturen verändern sich ihre Haltungen und Bewegungen
- sie haben starke und dauerhafte Schmerzen in den einzelnen Gelenken, die neben häufigen Fehlzeiten auch Konzentrationsprobleme und Müdigkeit in der

Schule verursachen und die Gehgeschwindigkeit und Mobilität verlangsamen (Längere Wege können für die Betroffenen sehr beschwerlich sein.)

- ihre Schreibgeschwindigkeit verzögert sich durch die verringerte Beweglichkeit, die Schmerzen und das Tragen von Handschienen
- sie dürfen die entzündeten Gelenke nicht belasten
- sie sind öfter auf Hilfsmittel angewiesen (Gehstütze, Therapieroller, Unterarmstütze)
- sie haben Schmerzen und Schwierigkeiten beim Sprechen (bei betroffenen Kiefergelenken)
- sie leiden unter den Nebenwirkungen der Medikamente: ihre Konzentrationsfähigkeit ist herabgesetzt und ihr Aussehen verändert sich (Kortison macht dick und aufgeschwemmt)

Schwere Krankheitsfolgen können sogenannte Organbeteiligungen sein (Augen, Darm, Lunge, Herz, Leber, Nieren, Milz, Haut). Im Schulalltag führen diese ebenfalls zu Fehlzeiten, Konzentrationsproblemen und verminderter Belastbarkeit.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Grundsätzlich müssen Schülerinnen und Schüler mit Rheuma Gelenkbelastungen vermeiden, deshalb sollten die meisten von ihnen möglichst keine Schulbücher tragen. Hilfe können hier 2 Schulbuchsätze (einer für zu Hause, einer für die Schule) bieten. Ansonsten sind die Einschränkungen und die benötigte Unterstützung abhängig davon, welche Körperteile betroffen sind.

Bei betroffenen Beinen sollte die Schülerin oder der Schüler keine Treppen steigen und keine längeren Strecken zurücklegen müssen. Es empfiehlt sich hier ein Klassenraum im Erdgeschoss und möglichst wenig Raumwechsel. Falls dies nicht möglich ist, können Sie helfen, indem Sie einen Hilfsdienst organisieren und/oder die Fahrstuhlbenutzung und Benutzung eines Sitzrollers auch im Schulgebäude erlauben.

Bei betroffenen Armen werden das Schreiben und das Halten der Stifte schwierig. Unterstützung bieten hier z. B. Schreibhilfen/Griffver dickungen, Laptops, mehr Zeit bei Klassenarbeiten (Nachteilsausgleich).

Bei Problemen mit dem Sitzen können die Nutzung eines Keilkissens, rheumagerechte Sitzmöbel und das Aufstehendürfen im Unterricht Erleichterung verschaffen.

In der Pause sollten Treppensteigen, langes Draußenstehen bei nasskaltem Wetter u.Ä. vermieden werden. Möglicherweise sollte den Betroffenen gestattet werden, mit einer Freundin oder einem Freund im Klassenraum zu bleiben.

Die häufigen Verspätungen sind der sogenannten Morgensteife geschuldet.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalte:

Hier können Sie der Schülerin oder dem Schüler helfen, den sozialen und inhaltlichen Anschluss an die Klasse zu halten. Hilfreich ist es, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Bei einem Klinikaufenthalt ist eine gute Zusammenarbeit mit der Klinikschule wichtig. Die Betroffenen wünschen sich oft, dass Lehrerinnen und Lehrer sowie Freundinnen und Freunde auch während ihrer Abwesenheit Kontakt halten. Sie können hier – insbesondere bei jüngeren Schülerinnen und Schülern – helfen, indem Sie bestehende

Freundschaften unterstützen (z. B. durch die Anregung von Briefen oder Besuchen).

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Über den Nachteilsausgleich können Sie den Beeinträchtigungen durch die Erkrankung Rechnung tragen. Dieser kann insbesondere bestehen in:

- mündlichen statt schriftlichen Leistungsüberprüfungen (und umgekehrt)
- Prüfungszeitverlängerung, Zeitzugaben bei Klassenarbeiten
- einem Verschieben der Leistungserfassung auf einen schmerzfreieren Zeitpunkt
- der Erlaubnis, Hilfsmittel (z. B. Laptop oder Schreibver dickungen) zu benutzen

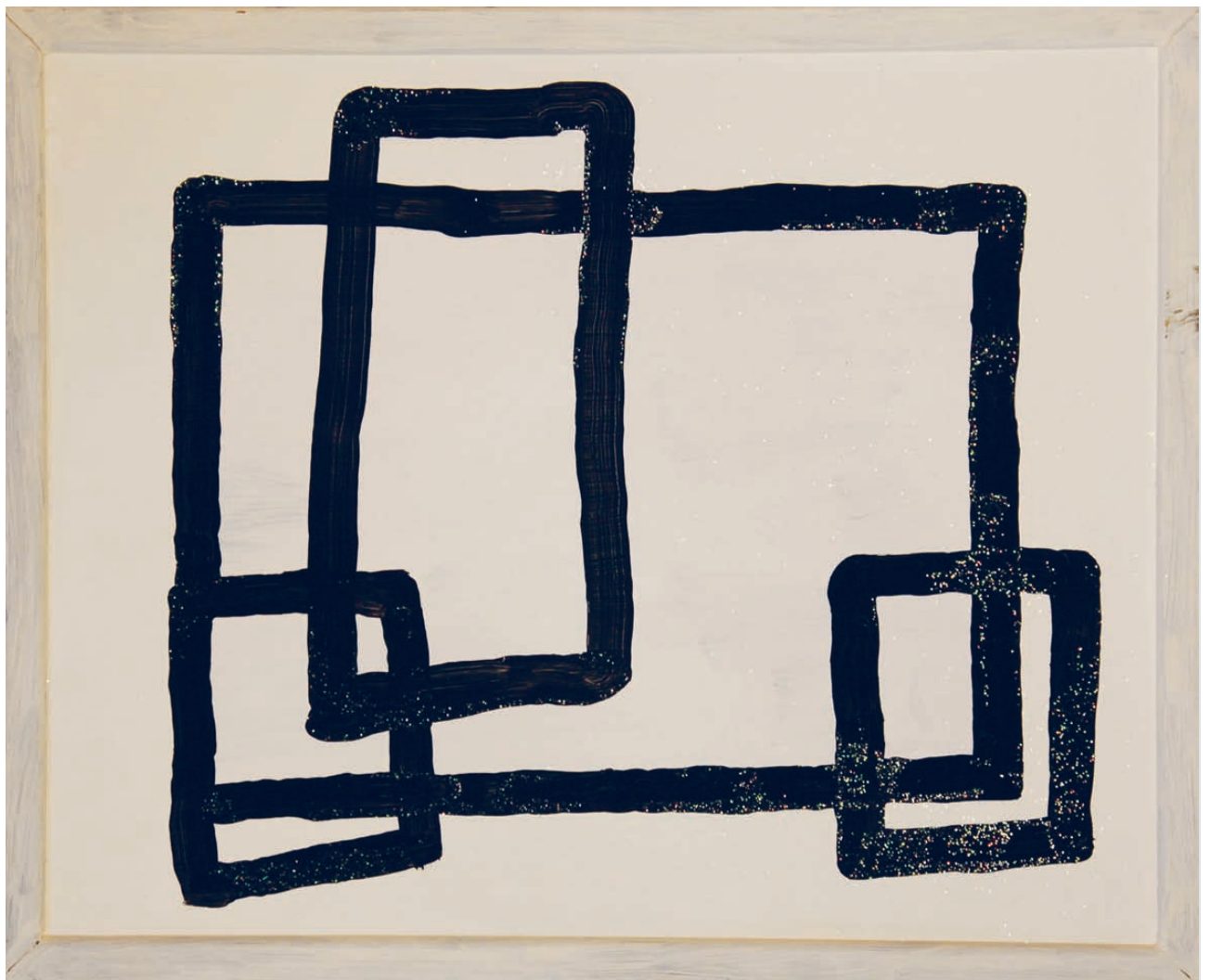
Besonderheiten im Sportunterricht:

Eine Teilnahme am Sportunterricht ist nur in beschwerdefreien Remissionsphasen möglich. Darüber hinaus können Schülerinnen und Schüler mit Rheuma oft nicht am Schulsport teilnehmen, weil ihre Gelenke zwar bewegt, aber nicht belastet werden dürfen. Meist erhalten die Schülerinnen und Schüler Teilsportbefreiungen. Tauschen Sie sich mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten aus, welche sportlichen Übungen gemacht werden dürfen. Ist die Schülerin oder der Schüler vom Sportunterricht befreit, sollte er oder sie in dieser Zeit nicht in der Turnhalle sitzen müssen, da z.B. Kälte und Zugluft das Wohlempfinden beeinträchtigen. Wann immer es möglich ist, sollte die Schülerin oder der Schüler jedoch aus medizinischen und sozialen Gründen am Sportunterricht teilnehmen (geeignet ist z.B. Schwimmen). Sofern rechtlich möglich, sollte die Benotung ausgesetzt werden.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese Unternehmungen sollten in Absprache mit den Eltern so geplant werden, dass eine Teilnahme möglich ist. Insbesondere das Ausflugsziel ist zu berücksichtigen. Mitunter ist es nötig, eine weitere Begleitperson mitzunehmen.

Chronische psychische Krankheiten



Tassilo, 14 Jahre

Einleitung

Auf den folgenden Seiten werden einige chronische Krankheiten beschrieben, die in der ICD-10 oder im DSM-IV¹ als psychische Erkrankungen erfasst werden. Die Auswahl der Krankheitsbilder erfolgte nach den Kriterien der Häufigkeit oder der besonderen Bedeutung für den Schulalltag. Bei den meisten psychischen Krankheiten wurde der Schwerpunkt auf die Früherkennung gelegt. Eine Diagnosestellung mit Hilfe dieser Hinweise ist jedoch nicht möglich und auch nicht beabsichtigt, denn dies kann nur von den dafür ausgebildeten Expertinnen und Experten geleistet werden. Die aufgeführten Punkte sollen Ihnen dabei helfen, Ihre eigene Wahrnehmung zu sensibilisieren, Ihre Sorgen besser begründen zu können und Ihre Beobachtungen für die Gespräche mit Schülerinnen und Schülern, Kolleginnen und Kollegen, Eltern, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Ärztinnen und Ärzten und anderen vorzustrukturieren.

Die Beschreibungen der Krankheitsbilder erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit – sie können niemals die konkrete auf den Einzelfall bezogene Absprache von Eltern, Lehrerinnen und Lehrern, Schülerinnen und Schülern und Ärztinnen und Ärzten ersetzen. Auch zur individuellen Fort- und Weiterbildung wird es in vielen Fällen nötig sein, Veranstaltungen zu besuchen oder auf andere Quellen zurückzugreifen. Umfangreiches Material hierzu finden Sie im Internet oder bei verschiedenen Selbsthilfegruppen und Elternverbänden.

Bei psychischen Erkrankungen gilt noch mehr als bei den somatischen Erkrankungen: Eine Integration der betroffenen Schülerinnen und Schüler kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten (Schule, Klinikschule, Eltern, behandelnde Fachleute und mitunter auch die Jugendhilfe²) sich regelmäßig austauschen und zusammenarbeiten.

Eine psychische Erkrankung kann nur von dafür ausgebildeten Fachleuten diagnostiziert werden. Daher befinden sich Schülerinnen und Schüler, von denen Sie definitiv wissen, dass sie psychisch erkrankt sind, normalerweise auch in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (gegebenenfalls auch die Kliniklehrkräfte) sollten neben den Eltern Ihre ersten Ansprechpartner sein, wenn es um Fragen des konkreten Umgangs mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern geht.

Beim Verdacht auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung bei einer Schülerin oder einem Schüler besteht die Möglichkeit sonderpädagogische Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.³

Schülerinnen und Schüler mit psychischen Erkrankungen benötigen sehr häufig sonderpädagogische Unterstützung im Bereich emotionale und soziale Entwicklung. Das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose reicht hierfür jedoch allein nicht aus, die Schülerinnen und Schüler müssen so beeinträchtigt sein, dass sie „in ihren Bildungs-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten so eingeschränkt sind, dass sie im Unterricht der allgemeinen Schule auch mit Hilfe anderer Dienste nicht hinreichend gefördert werden können“ (KMK-Empfehlung). Gemeinsam mit den zuständigen Sonderpädagogen und den Eltern sollte beraten werden, ob eine Antragstellung in Bezug auf sonderpädagogischen Förderbedarf sinnvoll und notwendig ist.

Auf Seite 61 finden Sie eine tabellarische Übersicht über schulische und außerschulische Unterstützungsangebote für den Umgang mit Schülerinnen und Schülern, die emotionale und soziale Förderung benötigen und/oder psychisch erkrankt sind.

1 Die ICD (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death) ist das Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in dem in Kapitel V unter dem Buchstaben F die psychischen Störungen klassifiziert werden. Das DSM ist das Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen (Diagnostik und Statistical Manual) der American Psychiatric Association.

2 Siehe hierzu die Handlungsempfehlung „Kooperation von Schule und Jugendhilfe zum Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit Schwierigkeiten in der emotionalen und sozialen Entwicklung“ sowie die Handreichung „Kooperation von Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule“ der Berliner Senatsverwaltung.

3 Zuständig sind in Berlin die bezirklichen Ambulanzlehrkräfte für den sonderpädagogischen Förderschwerpunkt „Emotional-soziale Entwicklung“; in Brandenburg sind die Sonderpädagogischen Förder- und Beratungsstellen zuständig.

1. Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa – umgangssprachlich als Magersucht bezeichnet – gilt nach der ICD-10 der WHO als psychische Störung. Sie wird als Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen und Faktoren klassifiziert. Auch wenn das gängige Schönheitsideal und die Medien mit Sicherheit eine Rolle dabei spielen, dass sich die psychischen Probleme vieler Jugendlicher in einer Magersucht manifestieren, ist diese keine Modekrankheit, sondern Ausdruck einer ernst zu nehmenden psychischen Störung. Hierin und darin, dass die Ursachen im familiären, sozialen und biologischen Bereich liegen, sind sich die unterschiedlichen wissenschaftlichen Erklärungsmodelle – vom psychoanalytischen bis verhaltenstheoretischen – einig. Eine Anorexie muss daher unbedingt und so schnell wie möglich professionell behandelt werden – im fortgeschrittenen Stadium ist dies meist nur noch stationär zu leisten. Typischerweise ist die Anorexia nervosa gekennzeichnet durch ein restriktives Diätverhalten. Dies kann bis zu einer völligen Verweigerung der Nahrungsmittelaufnahme reichen und zum Teil eine lebensbedrohliche Gewichtsabnahme zur Folge haben. Das Essverhalten ist auffällig (Vermeidung hochkalorischer Nahrungsmittel, ein langsames Esstempo, exzessives Zerkleinern von Speisen). Gedanklich sind die Schülerinnen und Schüler ständig auf den Themenbereich Essen, Gewicht und Figur fixiert. Zur ständigen Sorge vor einer Gewichtszunahme kommt eine Störung der Körperwahrnehmung (Körperschemastörung), die sich in einer Überschätzung des Körperumfangs sowie in beständigem Klagen und Fehleinschätzungen bezüglich bestimmter Körperregionen (Hüfte, Bauch, Oberschenkel) zeigt. Oft versuchen die Schülerinnen und Schüler nicht nur extrem wenig zu essen, sondern wenden auch vielfach andere Methoden wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder exzessiven Sport (mit zwanghaften Zügen) an um abzunehmen. Häufig kommen zu den Kernsymptomen der Anorexie weitere psychopathologische Auffälligkeiten wie depressive und ängstlich-phobische Symptome, Zwangsphänomene und perfektionistische Züge hinzu. Der chronische Hungerzustand zieht ernst zu nehmende körperliche Folgen (z. T. mit bleibenden Schäden) nach sich. Hierzu zählen das Ausbleiben der Regelblutung, Beeinträchtigungen des Herz-Kreislaufsystems, ständiges Frieren, Veränderungen der Haut (Flaumhaar, Haarverlust), Osteoporose etc. Auch wenn die Angaben zur Sterblichkeitsrate in Studien variieren, ist die Anorexie, nach den Suchterkrankungen, die psychische Störung, die bei jungen Frauen am häufigsten tödlich endet (Suizid oder Folgen des Hungerns). Die Therapie einer Anorexie ist langwierig. Im Langzeitverlauf lässt sich sagen, dass ca. ein Drittel der Betroffenen gesund wird, ein Drittel ohne Krisen ein unauffälliges normales Leben führt, in Krisen aber Rückfälle erleiden kann und ein Drittel der Betroffenen krank bleibt. Mädchen und junge Frauen erkranken am häufigsten. Neuere Studien zeigen aber, dass die Krankheit auch beim männlichen Geschlecht zunimmt.

Schulalltag mit der Krankheit

Im Frühstadium der Erkrankung:

verhalten sich die meisten anorektischen Schülerinnen und Schüler „vorbildlich“: Wenn besondere Anforderungen gestellt werden (Referate, Zusatzaufgaben, Arbeitsgemeinschaften etc.), sind sie die Ersten, die sich melden. Trotz erheblicher Gewichtsabnahme erzielen sie, bis dies aufgrund der körperlichen Verfassung nicht mehr möglich ist, anhaltend gute Schulleistungen. Oft ist dies jedoch verbunden mit einer erheblichen Ausweitung des Zeitaufwands zur Vorbereitung und Bewältigung der Leistungsanforderungen. Denn das ständige Hungern zehrt extrem an den Kräften und die gedankliche Fixierung auf Essen und Gewicht schwächt die Konzentration.

Während die Schülerinnen und Schüler häufig ihre außerschulischen Aktivitäten (Sport, häufig intellektuell anspruchsvolle Hobbys) weiterverfolgen, ziehen sie sich häufig aus ihrem Freundes- und Bekanntenkreis zurück.

Bei fortschreitender Krankheit:

treten neben dem sozialen Rückzug auch in der Schule Probleme auf: Die Schülerinnen und Schüler sind niedergeschlagen, aggressiv und weinerlich und können die schulischen Anforderungen nicht mehr bewältigen, sie frieren ständig und haben zunehmende Konzentrationsprobleme. Letztendlich sind sie „nur noch körperlich anwesend“.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Wenn Sie den Verdacht haben, dass eine Schülerin oder ein Schüler magersüchtig ist, empfiehlt es sich, zunächst mit Ihren Kolleginnen und Kollegen darüber zu sprechen. Erhärtet sich die Befürchtung, ist es ratsam, dass die Lehrerin oder der Lehrer, die oder der zu der Schülerin oder dem Schüler das beste Verhältnis hat, diese oder diesen im Einzelgespräch darauf anspricht. In diesem Gespräch können Sie die Schülerin oder den Schüler mit Ihrer Wahrnehmung und der Symptomatik konfrontieren und zur Behandlung auffordern. Gewinnbringend kann es sein, wenn Sie Ihre Unterstützung anbieten, z. B. ein Gespräch mit den Eltern einzuleiten, gemeinsam nach Fachärztinnen oder Fachärzten zu recherchieren oder eine Beratungsstelle aufzusuchen. Weil es – besonders zu Beginn der Erkrankung – charakteristisch ist, dass die Schülerinnen und Schüler kein oder nur ein sehr eingeschränktes Krankheitsverständnis haben, werden Sie in vielen Fällen zunächst auf Ablehnung und Widerspruch stoßen. Davon sollten Sie sich nicht abschrecken lassen, denn für die Schülerin oder den Schüler ist es schwer, sich die Krankheit einzugestehen. Sie sollten hier Verständnis signalisieren. Dennoch ist es ratsam, zu verdeutlichen, dass Sie besorgt sind und deshalb eine ärztliche Routineuntersuchung empfehlen. Nach einiger Zeit können Sie dann das Gespräch erneut suchen. Bleiben Ihre Gespräche erfolglos, ist es ratsam, sich an die Eltern zu wenden. Mitunter ist das häusliche Umfeld jedoch auch nicht in der Lage oder willens, sich professionelle Hilfe zu holen. Für den Fall, dass die Gewichtsreduzierung so weit fortgeschritten ist, dass ein ärztliches Eingreifen unabdingbar erscheint, muss die Schule als staatliches Organ einschreiten und unter Einschaltung des Gesundheitsamtes klären lassen, ob eine weitere Teilnahme am Unterricht noch zu verantworten ist. Mitunter kann leider nur so den Eltern und den Betroffenen die Realität einer lebensbedrohlichen Erkrankung vor Augen geführt werden, die dringend einer – dann zumeist stationären – Behandlung bedarf.

Grundsätzlich ist es für Sie als Lehrerin oder Lehrer nicht ratsam, co-therapeutische Funktionen zu übernehmen. Sie können und sollen nur Hilfsangebote vermitteln und die therapeutischen Bemühungen bei Bedarf mit pädagogischen Maßnahmen unterstützen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Versuchen Sie anorektische Schülerinnen und Schüler, die nach einer (oft monatelangen) stationären Behandlung zurückkehren, in der ersten Zeit im Schulalltag zu entlasten, denn sie neigen bei ihrem überaus großen schulischen Ehrgeiz dazu, den versäumten Unterrichtsstoff so rasch wie möglich nachzuarbeiten. Den – besonders bei fortgeschrittener Erkrankung bestehenden – Einschränkungen in der schulischen Leistungsfähigkeit oder auch den Defiziten, die nach einem längeren Krankenhausaufenthalt bestehen, können Sie mithilfe des Nachteilsausgleichs Rechnung tragen.

Aufklärungsarbeit an der Schule:

Aufklärung über Essstörungen gehört mittlerweile in vielen Schulen zum Standard. Sie kann helfen, die Ernsthaftigkeit der Erkrankung zu verdeutlichen. Darüber hinaus trägt sie zur Früherkennung bei, indem sie die Betroffenen und die Mitschülerinnen und Mitschüler für die Symptomatik sensibilisiert.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Die extreme Gewichtsabnahme fällt am ehesten im Sportunterricht auf. Zudem ist häufig das Nichtbeendenkönnen von sportlichen Tätigkeiten zu beobachten. Zwanghafte körperliche Aktivitäten (Kalorienverbrauch) werden in einer subtileren Form oft auch im Unterricht fortgeführt (z. B. Sitzen ohne Bodenkontakt der Füße, permanentes Öffnen und Schließen der Hände). Wenn Sie derartige Beobachtungen machen, ist es angebracht, dass Sie sich im Kollegium austauschen und – bei bestätigter Befürchtung – überlegen, wer das notwendige Gespräch mit der Schülerin oder dem Schüler suchen soll.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Gemeinsame Mahlzeiten sind für anorektische Schülerinnen und Schüler eine Tortur: Zwingen Sie sie niemals, etwas zu essen. Vor Klassenfahrten ist es mitunter sinnvoll, mit den behandelnden Fachleuten zu klären, ob und welche Aspekte der ambulanten Behandlung zu berücksichtigen sind.

2. ADHS

Das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) wird in der ICD-10 der WHO unter den „hyperkinetischen Störungen“ aufgeführt und als „einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ klassifiziert. Es gilt somit als eine psychische Erkrankung. Die Kernsymptome sind: Aufmerksamkeitschwäche (von Lehrerinnen oder Lehrern häufig beschrieben als: „leicht ablenkbar“, „unfähig, sich länger zu konzentrieren“), Überaktivität („zappelig“, „außer Rand und Band“, „Klassenclown“) und Impulsivität („kann nicht abwarten“, „unterbricht und stört andere häufig“). Beim sogenannten Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) fehlt die Hyperaktivität. Die Ätiologie von ADHS ist mehr als umstritten. Bisweilen wird sogar bezweifelt, dass es ADHS als Krankheit überhaupt gibt. Viele Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Ärztinnen und Ärzte gehen derzeit davon aus, dass es sich bei den Ursachen von ADHS um ein komplexes Gefüge aus neurobiologischen, psychosozialen und umweltbedingten Faktoren handelt. Dem entspricht die gängige Therapie, das so genannte „multimodale Behandlungskonzept“, das neben einer sorgfältigen Diagnose auch die Beratung der Eltern und anderer Bezugspersonen sowie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen einschließt. Verschiedene Vorgehensweisen wie Psychotherapie, medikamentöse Therapie, pädagogische Maßnahmen und psychosoziale Hilfestellungen greifen so ineinander. Die Zusammenarbeit mit der Schule ist hierbei ein wichtiger Bestandteil. Eine Frühdiagnose ist besonders wichtig, weil ohne rechtzeitige Behandlung weitere psychische Störungen entstehen können. An der Behandlungsnotwendigkeit des Erscheinungsbildes zweifeln auch die Experten nicht, die die Existenz von AD(H)S als Krankheit in Frage stellen.

Schulalltag mit der Krankheit

Früherkennung von ADHS:

Eine Kombination der nachstehenden Symptome kann nach der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Anzeichen für ADHS sein:

Die Schülerin oder der Schüler

- kann sich nur schwer auf etwas konzentrieren, ist leicht ablenkbar, verfällt in „Tagträume“
- ist „hyperaktiv“, ungeduldig, zappelt, handelt impulsiv und ohne Rücksicht auf die Folgen
- stimuliert sich selbst (durch Kratzen, Zupfen an den Haaren)
- redet häufig dazwischen
- hat Schwierigkeiten, sich an Spielen zu beteiligen
- beendet angefangene Dinge (Aufgaben, Spiele) oft nicht
- hat Mühe mit bestimmten Bewegungsabläufen und hat – auch wegen ihrer oder seiner Impulsivität – häufiger Unfälle als andere Schülerinnen oder Schüler
- ist schnell gereizt und aggressiv oder zieht sich bei Konflikten zurück
- macht viele Flüchtigkeitsfehler beim Lesen, Schreiben und Rechnen
- die Schrift ist zumindest zeitweise unleserlich

Schulalltag mit ADHS:

Das Erscheinungsbild von ADHS ist vielfältig und außerdem altersabhängig. Dementsprechend unterschiedlich – und außerdem noch abhängig von der Klassenzusammensetzung, der Unterrichtsorganisation etc. – sind die Auffälligkeiten im Schulalltag. Schülerinnen und Schüler mit ADHS stellen oft sehr hohe Anforderungen an ihre Lehrerinnen und Lehrer und ihre Mitschülerinnen und Mitschüler. Doch auch die Schülerinnen und Schüler selbst leiden unter ihrem Verhalten. Sie wollen, können sich aber oft nicht anders verhalten. Deshalb sind sie oft traurig und wütend auf sich selbst. Ihr Schulalltag ist geprägt von ständigen Ermahnungen, Sanktionen, vielen Misserfolgserlebnissen (bis hin zu Unfällen durch unbedachtes Verhalten) und der Übernahme problematischer Rollen in der Klasse („Klassenclown“). Dies schwächt ihr Selbstwertgefühl und sie fühlen sich oft als „chronische Versager“. Hinzu kommt, dass viele Schülerinnen oder Schüler mit ADHS Probleme haben, Freundschaften aufzubauen. So sind sie schnell sozial isoliert. Aufgrund ihrer begrenzten Aufmerksamkeitsspanne sind sie in ihrer schulischen Leistungsfähigkeit eingeschränkt: sie können dem Unterricht nicht lange konzentriert folgen, Klassenarbeiten im normalen Umfang werden ebenso zur Tortur wie das Erledigen der Hausaufgaben.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Über Auffälligkeiten sollten Sie möglichst bald in aller Ruhe mit den Eltern sprechen. Die Diagnose kann und darf nur nach gründlicher kinderärztlicher oder kinderpsychiatrischer Untersuchung gestellt werden. Hierzu zählen neurologische Untersuchungen, Laboranalysen und psychologische Testdiagnostik. Dabei wird die Ärztin oder der Arzt meist auch auf die Beobachtungen in der Schule zurückgreifen müssen. Deshalb ist es hilfreich, wenn Sie sich Notizen über Ihre Beobachtungen machen.

Umgang mit den Schülerinnen und Schülern im Unterricht:

Heute existieren zahlreiche Ratgeber, Spezialliteratur, Fortbildungen und Trainings, die es Ihnen erleichtern können, sich auf Schülerinnen und Schüler mit ADHS einzustellen. Auch wenn viele Tipps bei vielen Schülerinnen und Schülern hilfreich sein mögen, können sie die konkrete, auf den Einzelfall bezogene Beratung durch Fachleute nicht ersetzen. Mitunter gibt es – insbesondere wenn weitere Beeinträchtigungen vorliegen – auch die Möglichkeit, dass Sie über den sonderpädagogischen Förderbedarf Hilfe erhalten. Die Förderplanung sollte grundsätzlich mit allen Beteiligten (Lehrkräften, Eltern, Hort, außerschulische Hilfen) abgestimmt werden.

Erfahrungsgemäß können Schülerinnen und Schüler mit AD(H)S in einem stark strukturierten Unterricht, wie er auch für die meisten anderen Schülerinnen und Schüler förderlich ist, am besten gefördert werden.¹ Viele Betroffene haben Schwierigkeiten mit symbolgestützter Kommunikation und differenzierter Sprache. Eine Förderung der sprachlichen und kommunikativen Kompetenzen ist daher besonders wichtig. Ein gezieltes Konzentrations-training² kann dabei helfen, die Aufmerksamkeit zu verbessern und die Frustrationstoleranz zu erhöhen.

Kooperation mit Eltern und behandelnden Fachleuten:

Schülerinnen und Schüler mit ADHS müssen außerhalb der Schule therapeutisch behandelt werden.

Insbesondere wenn therapeutische Maßnahmen im Alltag im Sinne eines Programms oder einer Abmachung über die Therapiesitzungen hinaus umzusetzen sind, bedarf es der engen Absprache zwischen allen Beteiligten. Die Entscheidung, welche Therapie die Schülerin oder der Schüler erhält, treffen letztendlich die Eltern. Diese Entscheidung mögen Sie nicht teilen, da sie darüber hinaus auch impliziert, welche Rolle der Schule im Behandlungsprozess zukommen soll, werden dadurch mitunter auch Erwartungen an Sie herangetragen, die Sie nicht erfüllen können oder wollen, weil Sie diese für falsch halten. Wichtig ist hier ein ehrlicher und offener Umgang. Als hilfreich haben sich auch gegenseitige Schweigepflichtentbindungen erwiesen – so können Sie auch direkt mit den behandelnden Fachleuten sprechen.

Um die Eltern beraten zu können, ist es sinnvoll, wenn Sie über Hilfsangebote und Fachleute in Ihrer Umgebung informiert sind.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Den Einschränkungen durch die Krankheit können Sie mit differenzierten Unterrichtsmaterialien, Sonderregelungen und Nachteilsausgleich Rechnung tragen. In Brandenburg gibt es beispielsweise die Möglichkeit, das Arbeits- und Sozialverhalten anders zu bewerten.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Sport tut Schülern mit ADHS/ADS besonders gut. Wegen ihrer Impulsivität und ihrem verminderten Gefahrenbewusstsein sind sie im Sport unfallgefährdeter als andere Schülerinnen und Schüler und brauchen daher Ihre besondere Aufmerksamkeit. Mit folgenden Sportarten können Sie die Fähigkeit zur Selbststeuerung besonders gut fördern: Trampolin, Akrobatik, Jonglieren, BreakDance, Rollschuh- und Stelzenlaufen, Balancieren.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Vor längeren Unternehmungen ist mitunter zu klären, wie die regelmäßige Medikamenteneinnahme gewährleistet werden kann. Eine Teilnahme ist zur Förderung des sozialen Lernens und der sozialen Integration sehr wichtig.

1 Vgl. hierzu Kapitel 2 und 4 der Handreichung „Sonderpädagogische Förderung in den Berliner Schulen. Teil 4: Förderung im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung.“ Herausgegeben vom LISUM, sowie z. B. Krowatschek (2002).

2 z. B. Krowatschek (2000).

„Pädagogische“ Notfallsituationen

Die Bewältigung eines normalen Schulalltags bedeutet für die betroffene Schülerin oder den betroffenen Schüler eine kontinuierliche, von vielen Misserfolgs-erlebnissen begleitete Anstrengung. Fühlt sich die Schülerin oder der Schüler völlig überfordert, kommt es mitunter zu einem akuten Erregungszustand, für den Schreien, Treten, Toben, Panik, Auflehnung etc. charakteristisch sind.¹

Vorbeugende Maßnahmen:

Grundsätzlich ist es natürlich am besten, wenn Sie versuchen, einer solchen Eskalation vorzubeugen, indem Sie für die Anzeichen einer Überforderung und „Überreizung“ besonders sensibel sind. Je nach Alter der Schülerinnen und Schüler können Sie mit ihnen auch Absprachen darüber treffen, dass sie ihre Empfindungen möglichst rechtzeitig artikulieren und dann z. B. eine Pause einlegen dürfen. Es empfiehlt sich auch, das Verhalten in Krisensituationen regelmäßig in entspannten Situationen mit der Schülerin oder dem Schüler zu üben.

Während des akuten Erregungszustands:

Im Zustand der Erregung sind die Schülerinnen und Schüler für Belehrungen und Aufforderungen nicht erreichbar. Wenn das Umfeld aufgeregt oder verärgert reagiert, verschlimmert dies die Situation nur.

Deshalb versuchen Sie unbedingt Ruhe zu bewahren. Wenn möglich halten Sie die Mitschülerinnen und Mitschüler von der Schülerin oder dem Schüler fern und suchen Sie mit dieser oder diesem vielleicht einen ruhigen Raum auf.

Sinnvoll ist es, die Schülerin oder den Schüler nicht allein zu lassen. Manchmal kann ein kurzer Körperkontakt helfen. Sie sollten jedoch darauf achten, dass die Schülerin oder der Schüler sich durch ihre Nähe nicht bedrängt fühlt.

Geben Sie der Schülerin oder dem Schüler Zeit, um wieder zur Ruhe zu kommen.

Nach dem akuten Erregungszustand:

Lassen Sie die Sache direkt nach einem akuten Erregungszustand erstmal auf sich beruhen. Denn es ist nicht sinnvoll und führt zu nichts, die Schülerin oder den Schüler in dieser Phase erneut unter Druck zu setzen.

Ein klärendes Gespräch sollte es aber zu einem späteren Zeitpunkt geben. Hierbei können Sie auch Ihre Reaktionen auf einen akuten Erregungszustand besprechen. Diese sollten von Ihnen nicht als Strafe gemeint sein, und es ist wichtig, dass die Schülerin oder der Schüler sie auch nicht als solche interpretiert.

¹ Vgl. hierzu und zu den weiteren Ausführungen auf dieser Seite: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001), S. 86.

Unterstützung und Ansprechpartner/-innen

Bei folgenden Stellen können Sie sich für den Umgang mit Schülerinnen und Schülern mit ADHS, aber auch mit anderen psychischen Auffälligkeiten und Erkrankungen Beratung und Unterstützung holen:

Im Schulsystem

Hilfsangebote/ unterstützende kooperierende Einrichtungen	Zuständig für
Schulpsychologisches Beratungszentrum	Einzelfall-/systembezogene Beratung bei schulrelevanten Fragen und Problemfeldern / Gewaltprävention / Begabungsförderung
Sonderpädagogisches Förderzentrum / Sonderpädagogische Förder- und Beratungsstelle	Beratung und Ambulanz

Außerschulische Hilfen und Unterstützung

Hilfsangebote/ unterstützende kooperierende Einrichtungen	Zuständig für
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst	Schulärztliche Untersuchung, Beratung / Frühförderung
Bezirkliche / Regionale Erziehungs- und Familienberatungsstelle	Beratung der Eltern und Lehrkräfte
Regionaler Sozialpädagogischer Dienst im Jugendamt	Hilfen zur Erziehung, u. a. Bewilligung integrativer Lerntherapien
Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst	u. a. Zuweisung § 35 a
Kinder- und Jugendambulanz / Sozialpädiatrische Zentren	Diagnostik/Therapie
Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz der Kliniken	Diagnostik/Therapie bei vermuteten psychiatrischen Erkrankungen
Krisendienst	Hilfe und Beratung in akuten Krisensituationen

Ein detailliertes Verzeichnis von Beratungseinrichtungen in Ihrer Region finden Sie unter:
<http://www.schuleundkrankheit.de/index.php/hilfenetze>.

3. Borderline-Persönlichkeitsstörung

Als Borderline-Störung bezeichnete man ursprünglich eine bestimmte Gruppe von Störungen, die man an der Grenzlinie (= Borderline) zwischen Neurose und Psychose einordnete. Heute wird diese Erkrankung sowohl in der ICD-10 der WHO als auch im DSM-IV der American Psychiatric Association als Persönlichkeitsstörung klassifiziert. Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) des DSM-IV ist im ICD-10 als Untertypus der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung aufgeführt. Charakteristisch für die Erkrankung ist ein tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten, das sich in verschiedenen Lebensbereichen manifestiert. Hinzu kommt eine deutliche Impulsivität. Die Betroffenen leiden unter häufigen Stimmungsschwankungen und tendieren dazu, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren. Sie können oft schlecht vorausplanen und neigen zu Ausbrüchen intensiven Ärgers. Das Selbstbild, Ziele und „innere Präferenzen“ (einschließlich der sexuellen) sind oft unklar und gestört. Meist besteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Die Betroffenen tendieren zu intensiven, aber unbeständigen Beziehungen. Dadurch können sie wiederholt in emotionale Krisen geraten mit Suiziddrohungen/-versuchen oder selbstschädigenden Handlungen (z. B. „Ritzen“, Drogenmissbrauch, gefährliche „sexuelle Abenteuer“). Letztere können aber auch ohne deutlichen Auslöser vorkommen. Viele der Symptome der BPS treten auch bei anderen psychischen Erkrankungen auf, weshalb eine sorgfältige Differentialdiagnose durch Expertinnen und Experten nötig ist. Auch wenn die BPS schon vor dem Erwachsenenalter (meist in der Pubertät) beginnt, darf die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vor dem 18. Lebensjahr eigentlich nicht gestellt werden. Für die Entstehung einer BPS gibt es verschiedene Erklärungsmodelle. Die Diagnose BPS wird zu 70–75 % bei Mädchen und Frauen diagnostiziert, die Gründe hierfür sind umstritten. Eine Therapie sollte möglichst von Fachleuten erfolgen, die sich auf die Erkrankung spezialisiert haben – die verschiedenen therapeutischen Schulen haben hierzu Verfahren entwickelt.

Schulalltag mit der Krankheit

Schülerinnen und Schüler mit BPS können im Schulalltag z. B. folgende Auffälligkeiten zeigen, die aber auch bei anderen psychischen Problemen auftreten können.

Leistungs- und Verhaltensebene:

- Müdigkeit, Labilität, geringe Belastbarkeit, Antriebschwäche
- Apathie bei der Arbeit, die mit Gewissenhaftigkeit wechselt
- impulsive Handlungen
- starke Stimmungsschwankungen: von normaler Stimmung über Angst zu depressiven Reaktionen
- Ängstlichkeit
- Ausweichhandlungen, schnelles Aufgeben
- Konzentrationsstörungen
- große Schwierigkeiten, sich langfristige und realistische Ziele zu setzen
- Gereiztheit bei geringen Problemen
- Weglaufen vor Schwierigkeiten
- Beschimpfungen, Uneinsichtigkeit bei Kritik
- Arbeitsverweigerung
- Schulabsentismus

Beziehungsebene:

- Angst vor dem Verlust von Beziehungen bei gleichzeitiger Grenzaustestung
- zu starke Hingabe an andere oder Angst vor Intimität
- Idealisieren oder Verdammnis von Personen (Schwarz-Weiß-Denken)
- extreme Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen an andere
- sozialer Rückzug: Aufgabe von Kontakten und von beruflichen und Freizeitinteressen
- Schwierigkeiten, Hilfe anzunehmen

Selbstschädigende Verhaltensweisen:

- Substanzmissbrauch und ein meist ambivalentes Verhältnis dazu
- Selbstverletzungen, die mitunter demonstrativ gezeigt werden
- Selbsttötungsversuche

Individuelle Ebene (charakteristisch):

- Gefühl der „inneren Leere“

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Bei der Behandlung von Schülerinnen und Schülern mit BPS stoßen selbst ausgebildete Fachleute oft an ihre Grenzen. Es ist daher nicht ratsam, dass Sie selbst versuchen, den Schülerinnen und Schülern durch intensive Betreuung oder Hilfsangebote bei der Bewältigung ihrer „Probleme“ zu helfen. Sie können vor allem dadurch helfen, dass Sie wissen, dass ein bestimmtes Muster von Verhaltensauffälligkeiten Ausdruck einer ernst zu nehmenden psychischen Erkrankung sein kann, die dringend einer professionellen Behandlung bedarf – und dann, so früh wie möglich, intervenieren. Aufgrund der für die BPS charakteristischen mangelnden Krankheitseinsicht gelingt es jedoch oft nicht, die (z. T. auch schon volljährigen) Schülerinnen und Schüler, rechtzeitig einer Behandlung zuzuführen. Deshalb scheitern Schülerinnen und Schüler mit dem Krankheitsbild des Borderline-Syndroms aufgrund der Heftigkeit ihrer Symptome zum großen Teil an den Alltagsanforderungen der Schule. Die Schule reagiert auf die massiven Verhaltensauffälligkeiten letztendlich oft mit einem Schulverweis. Auch wenn diese Intervention mitunter die einzige Möglichkeit sein mag, um den Betroffenen (und den Eltern) das Ausmaß der Problematik zu verdeutlichen, führt sie in vielen Fällen dazu, dass die Schülerinnen und Schüler von einer Schule zur nächsten wandern und viel wichtige Zeit verloren geht, bis eine – dann nur noch stationär mögliche – Behandlung erfolgt. Wenn es irgendwie möglich ist, sollte daher ein Schulverweis vermieden werden. Ein professioneller Umgang gelingt am besten, wenn profunde Kenntnisse über die Erkrankung vorhanden sind. Holen Sie sich hierzu Rat bei Expertinnen und Experten. Auch eine Supervision ist in den meisten Fällen zu empfehlen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Die Erkrankung tritt in ihrer ganzen Ausprägung meist erst ab dem 14.–15. Lebensjahr auf. Sie fällt also oft in die Zeit, in der Schulabschlüsse erworben werden. Wenn es sich um einen überschaubaren Zeitraum handelt (einige Wochen/Monate), empfiehlt es sich (in Absprache

mit den Eltern und Therapeutinnen und Therapeuten) zu überlegen, wie die Schülerin oder der Schüler an der Schule bleiben kann, damit zumindest die Schule erfolgreich abgeschlossen wird. Auch über den Nachteilsausgleich können hier Sonderregelungen getroffen werden.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalt:

Schülerinnen und Schülern mit BPS, die sich in einer stationären Behandlung befinden, können Sie dabei helfen den inhaltlichen und sozialen Anschluss an die Klasse zu halten. Neben einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikschule ist es hier hilfreich, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Die Teilnahme an Abschlussprüfungen ist auch im Krankenhaus möglich. Auch hierfür ist der Kontakt mit der Klinikschule wichtig.

Kooperation mit den Eltern, behandelnden Fachleuten und Nachsorgeeinrichtungen:

Es empfiehlt sich, den konkreten Umgang mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern in enger Absprache mit den Eltern und den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten zu gestalten. Eine gegenseitige Schweigepflichtentbindung durch die Eltern kann hier hilfreich sein, weil Sie dann auch persönlich mit den behandelnden und betreuenden Fachleuten sprechen können.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Die Symptome der BPS können den Sportunterricht deutlich beeinträchtigen, auch wenn es keine körperlich bedingten Schwierigkeiten für den Sport gibt. Auch hier gilt es, in Absprache mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten Regelungen für den Umgang zu finden.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Befindet sich die Schülerin oder der Schüler in Behandlung, empfiehlt es sich, im Vorfeld mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten Rücksprache zu halten (Entbindung von der Schweigepflicht durch die Eltern).

4. Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa – meist kurz als Bulimie bezeichnet – ist eine Essstörung. Nach der ICD-10 der WHO gilt sie als psychische Störung, die unter den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren klassifiziert wird. Sie ist wie die Magersucht, die einer Bulimie oft vorausgeht, Ausdruck einer ernst zu nehmenden psychischen Störung. Hierin und darin, dass die Ursachen im familiären, sozialen und biologischen Bereich liegen, sind sich die unterschiedlichen wissenschaftlichen Erklärungsmodelle – vom psychoanalytischen bis verhaltenstheoretischen – einig. Eine Bulimie muss daher unbedingt professionell und so schnell wie möglich behandelt werden. Charakteristisch für die Erkrankung sind wiederkehrende Heißhungerattacken. Hierbei schlingen die Betroffenen anfallsartig riesige, hochkalorische Nahrungsmengen herunter. Im Anschluss an die Essanfälle provozieren sie dann ein Erbrechen, das sie kurzfristig als Entlastung erleben. Letztendlich führen die Wahrnehmung des Kontrollverlustes (den Essanfällen nachgegeben zu haben) und der Ekel jedoch zu ausgeprägten Scham- und Schuldgefühlen. Hierdurch wird die bereits zuvor bestehende Selbstwertkrise im Sinne eines „Teufelskreises“ weiter verstärkt. Rein bulimische Patientinnen und Patienten sind vom Gewicht her oft unauffällig. Viele bewegen sich jedoch auf einer Schiene zwischen Magersucht und Bulimie, d. h. sie legen zwischen den bulimischen Phasen immer wieder Hungerperioden ein. Dieser Wechsel führt dann zu zum Teil beträchtlichen Gewichtsschwankungen. Wie bei der Anorexie beherrscht eine ständige Beschäftigung mit dem Themenbereich Essen, Gewicht und Figur die Schülerinnen und Schüler und es besteht ebenfalls eine Körperschemastörung (s. S. 56). Häufig kommen zu den Kernsymptomen der Bulimie weitere psychopathologische Auffälligkeiten wie depressive Störungen, Angststörungen und Substanzmissbrauch hinzu. Die gedankliche Fixierung auf den Themenbereich Essen, Gewicht und Figur, die Suchtprozesse und die Gier nach Nahrungsmitteln werden von den Betroffenen als psychisch sehr belastend erlebt und können auch in suizidale Krisen münden. Die körperlichen Folgen (und Spätschäden) der Bulimie sind vielfältig und schwer. Sie betreffen insbesondere den Magen-Darmtrakt (Sodbrennen, Magengeschwüre, Entzündungen der Bauchspeicheldrüse), das Herz-Kreislaufsystem (z. B. Herzrhythmusstörungen), die Knochen (z. B. Osteoporose) und die Zähne. Auch bei normalem Gewicht bleibt die Regelblutung oft aus. Die Therapie einer Bulimie ist wie bei der Anorexie langwierig und muss, weil die Krankheit meist erst spät erkannt wird, in vielen Fällen stationär erfolgen. Man geht derzeit davon aus, dass die Bulimie ungefähr doppelt so häufig auftritt wie die Anorexie. Mädchen und junge Frauen erkranken am häufigsten. Neuere Studien zeigen aber, dass die Krankheit auch beim männlichen Geschlecht zunimmt.

Schulalltag mit der Krankheit

Im Frühstadium der Erkrankung:

Eine Bulimie wird im Frühstadium der Erkrankung nur selten erkannt, weil die Betroffenen vom Gewicht her unauffällig sind. Im festen Glauben, dass sie wieder ein normales Leben führen können und wollen, wenn sie ihr Wunschgewicht erreicht haben, bauen sich die Schülerinnen und Schüler schrittweise eine Doppelexistenz auf: nach außen führen sie ein nahezu perfektes Leben mit zunächst bleibend guten Schulleistungen und privat geraten sie immer mehr in ein unkontrolliertes Dasein, das sie selbst ekt. Diese Spaltung ist mit Scham besetzt und erschwert die Identitätsfindung. Sie ist darüber hinaus – ebenso wie die

ständige Beschäftigung mit dem Themenbereich Essen, Gewicht und Figur – anstrengend und schwächt die Konzentration. Deshalb steigt der Zeitaufwand zur Vorbereitung und zur Bewältigung von Leistungsanforderungen.

Bei Fortschreitender Krankheit:

Der Kampf der offiziellen, perfekten und der heimlichen, unkontrollierten Seite zehrt extrem an den Nerven. Hinzu kommen die körperlichen Beeinträchtigungen. Die Schülerinnen und Schüler isolieren sich, werden depressiv und können auch die schulischen Anforderungen immer schlechter bewältigen.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Im Frühstadium werden Sie eine bulimische Schülerin oder einen bulimischen Schüler meist nicht erkennen. Bei fortgeschrittener Erkrankung können Auffälligkeiten wie runde, geschwollene Wangen im Kontrast zu einer dünnen oder normgewichtigen Figur, ein aufgedunsenes Gesicht, Zahnschäden und Auffälligkeiten an den Handknöcheln (durch häufigen Kontakt der Hände mit den Zähnen) Hinweise auf die Erkrankung sein. Bei Verdacht auf Bulimie ist es ratsam, dass die Lehrkraft, die zu der Schülerin oder dem Schüler das beste Verhältnis hat, diese oder diesen im Einzelgespräch darauf anspricht. Weil es – besonders zu Beginn der Erkrankung – charakteristisch ist, dass die Betroffenen kein oder nur ein sehr eingeschränktes Krankheitsverständnis haben und die Bulimie überaus mit Scham besetzt ist, empfiehlt es sich hier, noch umsichtiger vorzugehen als bei der Anorexie. In vielen Fällen werden Sie zunächst auf Ablehnung und Widerspruch stoßen. Davon sollten Sie sich nicht abschrecken lassen. Sie können beispielsweise erklären, dass Sie damit gerechnet haben und Verständnis dafür signalisieren. Es empfiehlt sich aber auch, dass Sie ihre Sorge ausdrücken und eine Routineuntersuchung bei einer Ärztin oder einem Arzt empfehlen. Nach einiger Zeit können Sie das Gespräch erneut suchen. Gewinnbringend kann es sein, wenn Sie Ihre Unterstützung anbieten, zum Beispiel ein Gespräch mit den Eltern einzuleiten. Bleiben Ihre Gespräche erfolglos, ist es ratsam, sich an die Eltern zu wenden und ihnen die Realität dieser gefährlichen Krankheit vor Augen zu führen.

Grundsätzlich ist es für Sie als Lehrerin oder Lehrer nicht ratsam, co-therapeutische Funktionen zu übernehmen. Sie können und sollen nur Hilfsangebote vermitteln und die therapeutischen Bemühungen bei Bedarf mit pädagogischen Maßnahmen unterstützen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Schülerinnen und Schüler, die nach einer (oft monatelangen) stationären Behandlung zurückkehren, sollten in der ersten Zeit Entlastung im Schulalltag erfahren, denn mitunter neigen sie wie anorektische Schülerinnen und Schüler zu überaus großem schulischen Ehrgeiz und wollen den versäumten Unterrichtsstoff so rasch wie möglich nacharbeiten.

Die Einschränkungen in der schulischen Leistungsfähigkeit oder auch die Defizite, die nach einem Krankenhausaufenthalt bestehen, können Sie über den Nachteilsausgleich berücksichtigen.

Aufklärungsarbeit an der Schule:

Da Sie bulimische Schülerinnen und Schüler meist nicht erkennen werden, kommt der Aufklärungsarbeit über diese gefährliche Erkrankung eine besondere Bedeutung zu. Es bietet sich unter Umständen an, diese direkt von einer Beratungseinrichtung durchführen zu lassen. So haben die Schülerinnen und Schüler auch gleich eine Adresse, an die sie sich wenden können.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Wenn die Krankheit noch nicht soweit fortgeschritten ist, dass die körperlichen Folgen auch die körperliche Leistungsfähigkeit beeinträchtigen, fallen normalgewichtige bulimische Schülerinnen und Schüler auch im Sportunterricht nicht besonders auf. Bei Schülerinnen und Schülern, die sich zwischen Anorexie und Bulimie bewegen, kann es sein, dass starke Gewichtsschwankungen und/oder ein Nichtbeendenkönnen von sportlichen Tätigkeiten zu beobachten ist (vgl. S.57). Wenn Sie derartige Beobachtungen machen, ist es angebracht, dass Sie sich im Kollegium austauschen und – bei bestätigter Befürchtung – überlegen, wer das notwendige Gespräch mit der Schülerin oder dem Schüler suchen soll.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Befindet sich die Schülerin oder der Schüler bereits in Behandlung, ist es mitunter sinnvoll, im Vorfeld zu klären, ob und welche Aspekte der ambulanten Behandlung zu berücksichtigen sind. Von eigenmächtigen „therapeutischen“ Interventionen wie einer Reglementierung oder Kommentierung des Essverhaltens oder Kontrolle der Schülerinnen und Schüler etc. ist grundsätzlich abzuraten. Fällt Ihnen auf einer Klassenfahrt bulimisches Verhalten erstmalig auf, empfiehlt es sich, wie oben beschrieben zu verfahren.

5. Depression

In der ICD-10 der WHO werden die Depressionen mit verschiedenen Unterformen als affektive Störungen klassifiziert. Bei der Klassifikation depressiver Episoden wird zwischen Kindern und Jugendlichen und Erwachsenen nicht unterschieden. Es gibt jedoch Besonderheiten in der Symptomausprägung, die alters- und entwicklungsabhängig sind. Von einer Depression betroffene Personen leiden gewöhnlich längere Zeit unter gedrückter Stimmung (die sich tagelang wenig ändert und kaum auf die Lebensumstände reagiert), Interessenverlust, Freudlosigkeit und einer Verminderung des Antriebs. Bei Kindern ist häufig statt der gedrückten Stimmung auch eine gereizte bis aggressive Stimmung zu beobachten. Die Verminderung der Energie führt zu erhöhter Ermüdbarkeit (oft schon nach kleinen Anstrengungen) und Aktivitätseinschränkung. Andere häufige Symptome sind nach der ICD-10: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit (sogar bei leichten depressiven Episoden), negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen, Schlafstörungen, verminderter Appetit. Das klinische Bild ist jedoch sehr vielfältig und in der Jugend tritt häufig ein untypisches Erscheinungsbild auf. Manchmal stehen zeitweilig Angst, Gequältsein und motorische Unruhe mehr im Vordergrund als die Depression. Zusätzliche Symptome wie Reizbarkeit, exzessiver Alkoholgenuß, „theatralisches“ Verhalten, Verstärkung von Ängsten und Zwängen oder hypochondrische Grübeleien können die Stimmungsänderung verdecken. Es gibt viele unterschiedliche Erklärungsmodelle für die Entstehung einer Depression. Die meisten Fachleute gehen derzeit von einem komplexen Gefüge aus biologischen und psychosozialen (v. a. familiären) Bedingungen aus. Nach der BELLA-Studie des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen 5,4 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf eine depressive Störung. Nicht nur wegen des subjektiven Leidens ist die Depression eine ernst zu nehmende Erkrankung, bei der eine Früherkennung sehr wichtig ist, sondern auch weil sie ein signifikanter Risikofaktor bezüglich Suizidideen und Suizidversuchen ist. Der Suizid ist die zweithäufigste Todesursache in der Adoleszenz.

Schulalltag mit der Krankheit

Aufgrund der Vielfältigkeit des Erscheinungsbildes differieren auch die Auffälligkeiten und Probleme im Schulalltag. Folgende Verhaltensweisen können ein Hinweis auf das Vorliegen einer depressiven Erkrankung sein:

Im Grundschulalter:

- verbale Berichte über Traurigkeit
- suizidale Gedanken
- Konzentrationsstörungen
- Schulleistungsstörungen bis hin zu Schulversagen
- sozialer Rückzug
- impulsives Verhalten
- Schwierigkeiten, mit Frustrationen umzugehen
- nächtliche Angstzustände
- selbstschädigendes Verhalten
- Selbststimulationen
- Einnässen, Einkoten
- unklare Schmerzzustände (Kopf- oder Bauchweh)
- Störungen des Ernährungsverhaltens
- Befürchtungen, dass die Eltern einem nicht genügend Beachtung schenken

Im Jugendalter:

- Gefühl innerer Leere
- Freudlosigkeit
- vermindertes Selbstvertrauen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Verschlechterung der schulischen Leistungen
- Müdigkeit
- Apathie
- Ängste
- Gequältsein
- Suizidgedanken (und -absichten)
- psychosomatische Beschwerden (Druckgefühl in Brust und Magen, Appetitverlust, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlafstörungen, Unfähigkeit, sich zu entspannen und zu erholen)
- „theatralisches“ Verhalten
- Substanzmissbrauch

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Wenn Sie den Verdacht haben, dass eine Schülerin oder ein Schüler unter einer Depression leidet, sollten Sie auch mit den Eltern über Ihre Beobachtungen sprechen. Da das familiäre Umfeld der depressiven Schülerinnen und Schüler oft ebenfalls hoch belastet ist, empfiehlt es sich, in den Elterngesprächen behutsam vorzugehen und sich nur zurückhaltend zu äußern. Schlagen Sie zunächst nur einen Besuch bei der schulpsychologischen Beratungsstelle oder bei einer Kinder- und Jugendpsychiaterin oder einem Kinder- und Jugendpsychiater vor und verdeutlichen Sie, wie wichtig eine frühzeitige therapeutische Behandlung ist. Die Bearbeitung der familiären Problematik bleibt der Therapie vorbehalten.

Umgang mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern:

Erfahrungsgemäß nützen Aufmunterungen seitens der Lehrerin oder des Lehrers wenig und bewirken eher das Gegenteil von dem, was sie bezwecken, weil die Schülerinnen und Schüler sich dadurch meist völlig unverstanden fühlen. Ratsamer ist es, der Schülerin oder dem Schüler zu verdeutlichen, dass Sie wahrgenommen haben, wie schlecht es ihr oder ihm geht und anbieten, bei der Vermittlung von professioneller Hilfe beizustehen.

Versuchen Sie, Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für die Schülerin oder den Schüler zu werden und nehmen Sie (z. B. im Aufsatz schriftlich dargelegte und mündliche) Selbsttötungsankündigungen und Selbstmordgedanken immer ernst. Wenn es möglich ist, sprechen Sie mit der Schülerin oder dem Schüler über ihre oder seine Überlegungen/Absichten. Es ist jedoch nicht ratsam, hier co-therapeutische Funktionen zu übernehmen. Im Zweifelsfall schalten Sie lieber einmal zuviel die Eltern oder die Schulpsychologin oder den Schulpsychologen ein.

Als Unterrichtsmethode empfiehlt sich Freiarbeit ohne Zeitdruck. Hilfreich sind auch Entspannungsübungen, Rollenspiele und Arbeiten im gestalterischen Bereich (ohne Leistungsdruck). Die Selbstsicherheit der Schülerin oder des Schülers können Sie zum Beispiel durch Sonderaufgaben und das Hervorheben besonderer Leistungen stärken. Eine Einbindung in die Klassengemeinschaft ist für Schülerinnen und Schüler mit einer Depression besonders wichtig.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Hilfreich kann es sein, gemeinsam mit der Schülerin oder dem Schüler, den Eltern und den behandelnden Fachleuten nach Lösungen zu suchen, wie man z. B. den Leistungsdruck verringern und ihr oder ihm helfen kann, den Schulalltag trotz der Einschränkungen durch die Erkrankung zu bewältigen. Mitunter werden Schülerinnen oder Schüler bei einer Depression auch medikamentös behandelt. Hier ist es für Sie wichtig zu wissen, ob die Medikamente Auswirkungen auf die Bewältigung des Schulalltags haben, damit Sie dies bei Leistungsüberprüfung und Bewertung berücksichtigen können. Ebenso können Sie über den Nachteilsausgleich die anderen Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit berücksichtigen, die durch die Krankheit entstehen. Hilfreich kann es für die Kooperation mit den behandelnden Fachleuten sein, wenn Sie sich von den Eltern eine Schweigepflichtentbindung geben lassen, so können Sie auch direkt Kontakt aufnehmen.

Fehlzeiten und Klinikaufenthalt:

Manchmal ist die Behandlung einer schweren Depression nur stationär möglich. Dann können Sie der Schülerin oder dem Schüler helfen, den inhaltlichen Anschluss an die Klasse zu halten. Neben einer guten Zusammenarbeit mit der Klinikschule ist es hier hilfreich, wenn Sie selbst die Regelungen zum Haus- und Krankenhausunterricht kennen. Die Teilnahme an Abschlussprüfungen ist auch im Krankenhaus möglich. Auch hierbei ist der Kontakt mit der Klinikschule wichtig.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Sport ist für Schülerinnen und Schüler mit einer Depression sehr wichtig, doch während einer Depression kann nicht mit der normalen körperlichen Leistungsfähigkeit und Motivation gerechnet werden.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Befindet sich die Schülerin oder der Schüler in Behandlung, empfiehlt es sich, im Vorfeld – insbesondere bei Suizidgefahr – mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten zu sprechen (Schweigepflichtentbindung).

6. Schizophrene Psychosen

Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die das Denken, die Wahrnehmung und die Gefühle der betroffenen Personen immens beeinträchtigt und im Kern in einer tiefgreifenden Störung des Realitätsbezugs besteht. (Die Grenzen von Ich und Außenwelt sind hier gestört.) Weltweit erkrankt ca. 1 % der Bevölkerung, Frauen und Männer sind gleichermaßen betroffen. Bei der Diagnose der Schizophrenie gibt es nicht ein zentrales Symptom. Deshalb können sich an Schizophrenie erkrankte Menschen in ihrer Symptomatik erheblich voneinander unterscheiden. Die Erkrankung tritt meist im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter auf. Zu den hauptsächlichen Symptomen einer Schizophrenie im Erwachsenen- und Jugendalter zählen: Irrglaube (Wahnsysteme wie Verfolgungs- oder Größenwahn, die von außen nicht zu korrigieren sind), Halluzinationen (z. B. Stimmenhören, Veränderung des Geruchs- und Geschmackssinns, optische Halluzinationen) und formale Denkstörungen. Letztere äußern sich oft in einer ziellosen, konfusen, vagen, ständig vom Thema abweichenden, assoziativ gelockerten Sprache ohne roten Faden. Die Betroffenen selbst haben oft das Gefühl, jemand manipulierte ihre Gedanken. Häufig kommen zu diesen Symptomen der Verlust der Antriebskraft, abgestumpfte Gefühlsäußerungen und sozialer Rückzug hinzu. Die Konzentration, das Gedächtnis und die Fähigkeit zu planen und zu organisieren können so beeinträchtigt sein, dass die Betroffenen kaum noch logisch denken, kommunizieren oder alltägliche Aufgaben bewältigen können. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit ist anfangs meist nicht beeinträchtigt. Sehr häufig bilden sich im Verlauf der Erkrankung aber kognitive Defizite heraus. Deshalb ist eine Früherkennung sehr wichtig. Die Ursachen für eine Schizophrenie sind bis heute ungeklärt. Auch die Verläufe sind sehr unterschiedlich: Manche Betroffenen durchleben nur eine oder wenige Episoden in ihrem Leben, für andere ist es ein immer wiederkehrender oder lebenslanger Zustand. Relativ sicher ist, dass psychischer Stress einen ungünstigen Einfluss auf den Ausbruch und den Verlauf einer schizophrenen Psychose hat. Die bisher effektivste Therapie besteht aus drei Aspekten: Medikamente, Psychotherapie und Hilfe bei der Bewältigung des Alltags.

Schulalltag mit der Krankheit

Schizophrenien beginnen insbesondere bei Kindern und Jugendlichen meist nicht plötzlich. Hier ist oft ein schleichendes Auftreten zu beobachten mit Auffälligkeiten wie „eigenartigem Verhalten“, sozialem Rückzug oder Isolation. Da unter den Anforderungen der Schule die krankheitsbedingten Einschränkungen eher auffallen als zu Hause, kommt der Schule in der Früherkennung eine besondere Bedeutung zu. Anzeichen für eine (beginnende oder bereits bestehende) Schizophrenie können sein:

- ein nicht erklärbarer Leistungsknick (bzw. kontinuierlicher Leistungsabfall)
- „persönlichkeitsfremdes Verhalten“
- Aufmerksamkeitsstörungen, Gedächtnisprobleme, starke Konzentrationsprobleme
- eine gestörte ganzheitliche Wahrnehmung, Veränderungen in der sozialen Wahrnehmung
- Störung des logischen Denkens, der Abstraktion, des Erkennens von Zusammenhängen
- ein Nachlassen strategischer Fähigkeiten beim Entwickeln und Umsetzen von Plänen, reduziertes Problemlöseverhalten
- nachlassende Flexibilität im Denken und Handeln
- Impulsivität
- sozialer Rückzug
- Verflachung der Emotionen und des Gefühlsausdrucks
- Veränderungen in der Kommunikation und der Sprache (z. B. einsilbig, abgehackt oder „ohne roten Faden“)
- Antriebsminderung und verminderte Belastbarkeit
- gestörte Wahrnehmung von Defiziten unter Schuldzuweisung an Lehrerinnen oder Lehrer, Mitschülerinnen oder Mitschüler
- Vernachlässigung der äußeren Erscheinung
- depressive Symptome, Ängstlichkeit

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Wenn Sie die beschriebenen Anzeichen bei einer Schülerin oder einem Schüler bemerken, sollten Sie die Schulpsychologin bzw. den Schulpsychologen oder den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst zurate ziehen oder den Eltern raten, sich an Fachleute zu wenden. Insbesondere ein nicht anderweitig erklärbarer schulischer Leistungsknick oder kontinuierlicher Leistungsabfall sowie „persönlichkeitsfremdes Verhalten“ sollten immer diagnostisch abgeklärt werden.

Umgang mit den betroffenen Schülerinnen und Schülern:

In einer akut psychotischen Phase werden die meisten Schülerinnen und Schüler nicht in der Lage sein, die Schule zu besuchen. In den äußerst seltenen Fällen, wo dies doch möglich scheint, gilt es, mit den behandelnden Fachleuten, den Eltern und der Schülerin oder dem Schüler nach Lösungen zu suchen, wie die Schülerin oder der Schüler trotz der Einschränkungen den Schulalltag und die Leistungsanforderungen zumindest in Ansätzen bewältigen kann (Nachteilsausgleich).

Die meisten Psychosen beginnen, wie bereits erwähnt, nicht plötzlich. Ihnen geht eine Phase voraus, in der „Warnsymptome“ wie Angst, Verunsicherung, Schlafstörungen, Grübeln, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsschwierigkeiten, Nachlassen von Interessen, Nervosität auftreten können. Diese Warnsymptome sind von Person zu Person unterschiedlich. Mitunter lernen die Schülerinnen und Schüler in der Therapie, mit ihren „persönlichen Warnsignalen“ zu arbeiten. Hilfreich kann es hier sein, wenn auch Sie die persönlichen Warnsignale einer Schülerin oder eines Schülers kennen und sie oder ihn in Absprache mit den behandelnden Fachleuten darin unterstützen, diese rechtzeitig wahrzunehmen und richtig zu deuten (Schweigepflichtentbindung durch die Eltern).

Wiedereingliederung nach einem Klinikaufenthalt/nach einer akut psychotischen Phase:

Ist die Schülerin oder der Schüler nach einer akut psychotischen Phase wieder in der Lage, die Schule zu

besuchen, empfiehlt es sich, die Wiedereingliederung in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Fachleuten (auch den Kliniklehrkräften) zu gestalten. Denn nur sie können Ihnen sagen, mit welchen krankheitsbedingten Einschränkungen (noch oder auch länger anhaltend) zu rechnen ist. Auch über die möglichen Nebenwirkungen der Medikamente können sie Ihnen Auskunft geben. Insbesondere von den Kliniklehrerinnen oder Kliniklehrern können Sie oft auch wertvolle „pädagogische Tipps“ und Empfehlungen für den Nachteilsausgleich erhalten.

Anti-Stigmaarbeit:

Insbesondere die Schizophrenie ist mit zahlreichen Missverständnissen und Vorurteilen behaftet. So glauben viele, dass Menschen mit einer Schizophrenie eine gespaltene Persönlichkeit haben oder dass sie „gefährlich sind“ oder zwangsläufig das ganze Leben lang „verrückt“ bleiben. Erfahrungsgemäß ist es hier ratsam, Aufklärungsarbeit zu leisten. Im schulischen Kontext haben sich hier z. B. die Materialien und das Schulprojekt von „Irrsinnig menschlich“ mit dem Titel „Verrückt? Na und!“ bewährt. Das Schulprojekt wird mittlerweile in verschiedenen Bundesländern angeboten.

Besonderheiten im Sportunterricht:

Es ist ratsam, die Regelungen zur Teilnahme am Sportunterricht mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten (Schweigepflichtentbindung) abzusprechen. Insbesondere die körperlichen Einschränkungen, die durch die Nebenwirkungen der Medikamente auftreten können, sollten bekannt sein.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Vor längeren Unternehmungen empfiehlt es sich, mit den Eltern oder den behandelnden Fachleuten direkt abzusprechen, worauf möglicherweise zu achten ist (Schweigepflichtentbindung durch die Eltern).

7. Schulangst und Schulphobie

Nach der BELLA-Studie des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys des Robert-Koch-Instituts zeigen 10% der untersuchten 7–17jährigen Hinweise auf eine Angststörung. Damit sind die Angsterkrankungen die häufigsten psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Die Angststörungen im Schulalter sind vielfältig. Im Folgenden sollen lediglich zwei beschrieben werden, die besondere schulische Relevanz haben: die Schulangst und die sogenannte Schulphobie. Beide Erkrankungen führen in vielen Fällen zur Schulverweigerung und müssen daher auch vom Schuleschwänzen abgegrenzt werden.¹ Bei der Schulangst handelt es sich um eine starke Angst vor der Schule selbst, d. h. Angst vor den Leistungsanforderungen, den Lehrerinnen und Lehrern und/oder den Mitschülerinnen und Mitschülern. Diese Auslöser können von den Schülerinnen und Schülern konkret benannt werden. Im Rahmen der Angstentstehung leiden die Schülerinnen oder Schüler immer wieder unter körperlichen Symptomen (Kopf- oder Bauchschmerzen, Übelkeit). Diese körperlichen Beschwerden veranlassen die Schülerinnen und Schüler, während des Unterrichts nach Hause zu gehen oder (mit Wissen der Eltern) die Schule gar nicht zu besuchen. Auch wenn die körperlichen Beschwerden rein psychischer Ursache sind, leiden die Schülerinnen und Schüler tatsächlich darunter und setzen sie keineswegs bewusst ein. Bei der Schulphobie, die vor allem im Grundschulalter vorkommt, handelt es sich hingegen nicht um eine Angst vor der Schule, sondern um eine emotionale Störung mit (als existenziell bedrohlich erlebter) Trennungsangst, die es der Schülerin oder dem Schüler schwer bis unmöglich macht, sich von einer engen Bezugsperson zu lösen. Die Schülerinnen oder Schüler klagen über vielfältige körperliche Beschwerden, um nicht das Haus verlassen zu müssen und in der Nähe der Bezugsperson bleiben zu können. Sie sind auch generell sehr ängstlich, oft traurig gestimmt und haben Stimmungsschwankungen. Bei der Schulphobie kommt es oft zu Wochen oder Monate dauernden Fehlzeiten, da die Symptome, insbesondere die körperlichen, immer dann auftreten, wenn es ansteht, die Schule zu besuchen. (Nachmittags lassen die Symptome dann oft nach, so dass auch gute Kontakte zu Gleichaltrigen möglich sind. Am nächsten Morgen sind sie jedoch wieder da.) Die Eltern der Schülerinnen und Schüler sind meist sehr besorgt und suchen viele Ärztinnen und Ärzte auf, um eine organische Ursache für die körperlichen Beschwerden zu finden. Entwickeln die Schülerinnen und Schüler dann aufgrund des Fernbleibens Leistungsdefizite und Versagensängste, kann zu einer Schulphobie leicht noch eine Schulangst hinzukommen.

Schulalltag mit der Krankheit

Die Diagnose, ob eine Schulangst oder eine Schulphobie vorliegt oder ob es sich nicht doch um ein „Schuleschwänzen“ handelt, kann letztendlich nur von einem Fachmann gestellt werden. Eine erste diagnostische Orientierung kann Ihnen aber für das Gespräch mit den Eltern und der Schulpsychologin oder dem Schulpsychologen hilfreich sein.

Entscheidungsbaum Schulangst Leitsymptom: Fehlen in der Schule

Mit Wissen der Eltern
↓ Ja
Die Schülerin/der Schüler berichtet über Ablehnung durch Lehrerinnen/Lehrer/Mitschülerinnen/Mitschüler.
↓ Ja
Die Schülerin/der Schüler fühlt sich von den Lehrerinnen/Lehrern schlecht beurteilt behandelt.
↓ Ja
Die Schülerin/der Schüler hat Angst vor bestimmten Situationen in der Schule (z. B. Aufgerufenwerden, Pausensituationen, Leistungsanforderungen).
↓ Ja
Verdacht auf Schulangst

Entscheidungsbaum Schulphobie Leitsymptom: Fehlen in der Schule

Mit Wissen der Eltern
↓ Ja
Die Eltern wissen, wo sich die Schülerin/der Schüler aufhält.
↓ Ja
Die Schülerin/der Schüler bleibt während der Unterrichtszeit zu Hause.
↓ Ja
Als Begründung werden körperliche Beschwerden angegeben, für die trotz wiederholter Untersuchungen keine Ursache gefunden wurde.
↓ Ja
Die Schulleistungen sind ausreichend und Hausaufgaben werden bereitwillig nachgeholt.
↓ Ja
Am Nachmittag nehmen die Beschwerden ab und Aktivitäten zu Hause sind möglich.
↓ Ja
Verdacht auf Schulphobie

1 Vgl. Handreichung „Schuldistanz“ der Berliner Senatsverwaltung.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Sowohl bei der Schulangst als auch bei der Schulphobie ist eine Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und den Erziehungsberatungsstellen sehr sinnvoll. Dennoch unterscheidet sich der Umgang, den die Schule mit den einzelnen Krankheitsbildern haben sollte.²

Bei Schulangst:

Hier liegen die Ursachen überwiegend im System Schule selbst begründet. Es empfiehlt sich deshalb die Reflexion hier anzusetzen und mit den Eltern und den betroffenen Schülerinnen und Schülern zu überlegen, was man verändern kann. (Grundhaltung: Verstehen – Selbstkritik üben – Verändern.) Die hauptsächliche Verantwortung liegt bei der Schulangst nicht im therapeutischen Bereich, sondern bei der Schule in enger Zusammenarbeit mit den Eltern. Von diesem Punkt aus wird gemeinsam überlegt, ob eine externe Testdiagnostik, kinderärztliche und psychotherapeutische Konsultationen sinnvoll sind. Gegebenenfalls kann die Schule diese auch vermitteln. Erfahrungsgemäß ist in vielen Fällen (z. B. bei ausgeprägter Leistungsangst) eine Psychotherapie nötig, sie kann die Maßnahmen der Schule jedoch nicht ersetzen.

Zu den Maßnahmen, die die Schule ergreifen kann, zählen:

- Leistungsdiagnostik und Schullaufbahnberatung
- soziale Analyse des Schul- und Klassenklimas und gegebenenfalls sozialpädagogische Einflussnahme auf die Klasse (mitunter auch Patenschaften älterer Schülerinnen und Schüler zum Schutz von jüngeren)
- selbstkritische Reflexion des eigenen Verhaltens als Lehrerin oder Lehrer
- gemeinsame Überlegungen mit Kolleginnen und Kollegen, wie man Prüfungsängste und Leistungsdruck verringern kann und wie man das Selbstbewusstsein der Schülerin oder des Schülers stärken und sie oder ihn in Projekte und Arbeitsgemeinschaften einbinden kann
- Elternberatung
- Schulentwicklung (z. B. Programm zur Schulangstreduktion von P. Strittmatter oder das Programm von MindMatters zur Förderung der psychischen Gesundheit an Schulen insgesamt³)

Bei Schulphobie:

Erhärtet sich nach der Durchführung einer Leistungsdiagnostik (keine Überforderung), der sozialen Analyse (kein Mobbing, keine Hänseleien, gutes Verhältnis zu Lehrerinnen und Lehrern) und dem Elterngespräch Ihr Verdacht, dass das Fehlen in der Schule vor allem einer Trennungsproblematik geschuldet ist, sollte sich die Schule sehr konsequent verhalten und die Schulpflicht einfordern. (Grundhaltung: Verstehen, aber nicht akzeptieren). Dies auch deshalb, weil Schulverweigerung als Ausdruck von Trennungsangst auch von einigen Fachleuten immer noch nicht richtig erkannt bzw. ernst genommen wird.

Folgender Umgang empfiehlt sich:

- Fehlzeiten dürfen nicht toleriert werden
- normale Leistungen sollten eingefordert werden
- keine Sonderregelungen
- keinen Hausunterricht anordnen lassen, da dieser die Problematik verfestigen würde (Ratsamer ist es gegebenenfalls den ambulanten Besuch einer nahe gelegenen Klinikschule zu vermitteln.)
- skeptisch zu werden, wenn ambulante Psychotherapiepraxen es nach einem halben Behandlungsjahr als immer noch „zu früh“ erachten, den Schulbesuch jetzt einzufordern

Atteste und Schulbefreiungstestate von Ärztinnen und Ärzten müssen Sie akzeptieren. (Sie haben rechtlich gesehen auch keine andere Möglichkeit.) Bei auffallend häufigen Wiederholungen und Verlängerungen empfiehlt es sich aber, das Gespräch mit der Ärztin oder dem Arzt zu suchen.

Lang anhaltende Atteste aus nicht legitimierten Fachdiensten müssen und sollten Sie hingegen nicht akzeptieren. (Hierzu zählen auch kassenärztlich nicht anerkannte Psychotherapiepraxen.)

Da die Ursache bei der Schulphobie nicht in der Schule, sondern im Elternhaus liegt, sind die Verantwortlichkeiten hier klar zu trennen. Die Schule ist für die Regelmäßigkeit des Schulbesuchs und die Leistungsbeurteilung verantwortlich, die Psychotherapie für die Bearbeitung der Trennungsproblematik.

2 Die Beschreibungen der Krankheitsbilder sowie die Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer gehen zurück auf: Oelsner/Lehmkuhl (2002). Auch die Entscheidungsbäume zu Schulangst und Schulphobie wurden daraus mit kleinen Veränderungen übernommen.

3 www2.leuphana.de/mindmatters-schule/?Startseite.

8. Tourette-Syndrom

Das Gilles de la Tourette-Syndrom – häufiger nur Tourette-Syndrom oder TS genannt – ist eine neuropsychiatrische Erkrankung, die nach dem französischen Arzt benannt wurde, der sie 1885 erstmals ausführlich beschrieb. In der ICD-10 der WHO wird das Tourette-Syndrom als kombinierte vokale und motorische Ticstörung klassifiziert, die vor dem 18. Lebensjahr beginnt.

Tics sind spezielle neurologische Symptome, die nicht oder nur kurzfristig willentlich unterdrückt werden können. Es werden motorische von vokalen und einfache von komplexen Tics unterschieden.

- a) einfache motorische Tics: z. B. Blinzeln, Grimmasieren, Augenverdrehen, Kopfrucken
- b) einfache vokale Tics: z. B. unwillkürliches wiederkehrendes Husten, Grunzen, Quieken, Miauen, Schreien
- c) komplexe motorische Tics: z. B. Springen, bizarre Arm- und Rumpfbewegungen, Echopraxie (Nachahmung der Bewegungen anderer Menschen), Kopropraxie (Bewegungen mit obszönen Inhalten), Touching (Berühren von Gegenständen und Personen)
- d) komplexe vokale Tics: z. B. Echolalie (Wörter und Sätze anderer werden ohne erkennbaren Grund nachgesprochen), Koprolalie (Wörter mit obszönem Inhalt werden unwillkürlich und heftig herausgeschleudert)

Charakteristisch für das Tourette-Syndrom ist, dass es gegenwärtig oder in der Vergangenheit multiple motorische Tics und einen oder mehrere vokale Tics gibt oder gegeben hat, die nicht notwendigerweise gleichzeitig aufgetreten sein müssen. Die vokalen Tics sind dabei oft multipel mit explosiven repetitiven Vokalisationen, Räuspern, Grunzen und Gebrauch von obszönen Wörtern oder Phrasen. Manchmal besteht eine begleitende gestische Echopraxie, die ebenfalls obszöner Natur sein kann. Das TS ist eine sehr komplexe Erkrankung. Es prägt sich bei jeder Betroffenen oder jedem Betroffenen anders aus. Die Diagnose der Krankheit kann nur von einem Spezialisten, der die Erkrankung gut kennt, anhand einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung gestellt werden. Die Ursachen des Tourette-Syndroms sind bis heute nicht abschließend geklärt. Als sicher gilt jedoch, dass es sich um eine organisch verursachte psychische Erkrankung und nicht um eine psychisch verursachte oder reaktive emotionale Störung handelt. Unter psychischem Stress können sich die Symptome jedoch oft verschlimmern. Der Verlauf der Erkrankung ist chronisch, das TS besteht mitunter lebenslang. Typisch ist, dass die Symptome in der Kindheit beginnen und sich bis zum Jugendalter verstärken. Im Erwachsenenalter nehmen die Tics in der Regel an Intensität ab, Zwänge, Ängste und Depressionen können in den Vordergrund treten. Eine Heilung ist bisher nicht möglich, die Symptome können jedoch medikamentös behandelt werden – zum Teil allerdings mit erheblichen Nebenwirkungen. Die Krankheit stellt für die Betroffenen eine große psychosoziale Belastung dar, zumal das TS in vielen Fällen mit anderen Störungen wie Zwangshandlungen und Zwangsgedanken, ADHS und Impulskontrollstörungen einhergeht.

Schulalltag mit der Krankheit

Weil das Erscheinungsbild so vielfältig ist, lässt sich nicht allgemein sagen, mit welchen Einschränkungen und Auffälligkeiten im Schulalltag zu rechnen ist. Hinzu kommt, dass bei vielen Schülerinnen und Schülern mit TS noch weitere Störungen (s.o.) bestehen, die nicht selten für die Schule das Hauptproblem darstellen. Auch die Schulprobleme durch die Tics können unterschiedlich sein, da diese unterschiedlich stören und unterschiedlich auffällig sind. Tics sind weitgehend unwillkürlich. Die Schülerinnen und Schüler können nicht „einfach damit aufhören“, sie können die

Tics lediglich mitunter für ein paar Minuten oder manchmal auch Stunden unterdrücken. Dies ist aber sehr anstrengend und raubt Ressourcen und Konzentration, die dann im Unterricht fehlen. Auch führt das Unterdrücken oft dazu, dass die Tics nachher umso stärker auftreten. Unter Stress (z.B. Klassenarbeit) nehmen die Tics meistens zu. Es gibt jedoch auch Schülerinnen oder Schüler, bei denen die Tics unter hoher Konzentration verschwinden. Schülerinnen und Schüler mit TS sind von sozialer Ausgrenzung bedroht.

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Schülerinnen und Schüler mit TS sind in der Regel durchschnittlich, nicht selten sogar überdurchschnittlich intelligent und sollten dementsprechend beschult und gefördert werden. Mitunter benötigen sie sonderpädagogische Unterstützung. Gemeinsam mit den zuständigen Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen und den Eltern sollte beraten werden, ob eine Antragstellung in Bezug auf sonderpädagogischen Förderbedarf sinnvoll und notwendig ist. Auch zu Fragen des konkreten Umgangs besteht die Möglichkeit, sonderpädagogische Beratung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Als Ansprechpartner steht Ihnen hier auch die Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. zur Verfügung. Das Tourette-Syndrom gilt als Schwerbehinderung. Je nach Ausprägung der Symptome werden 50–80% anerkannt (Überprüfung beim Versorgungsamt). Damit haben die Schülerinnen und Schüler unter Umständen Anspruch auf besondere Hilfen und Nachteilsausgleiche.

Umgang mit den Tics:

Tics sind unwillkürlich, ein „lass das!“ setzt die Schülerinnen und Schüler unter Druck und bewirkt oft das Gegenteil. Eine Bestrafung ist grundsätzlich unangebracht. Am effektivsten erreichen Sie eine Symptomreduktion mit einer angenehmen und entspannten Unterrichtsatmosphäre.

Wenn eine Schülerin oder ein Schüler (möglicherweise mit Erfolg) versucht, die Tics in der Schule zu unterdrücken, ist dies nicht als positiv zu werten. Denn für die Betroffenen bedeutet dies meist, dass sie in der Schule nur mit der Unterdrückung der Tics beschäftigt sind, dem Unterricht nur schlecht folgen können. Zu Hause treten die Tics dann umso stärker auf und die Schülerinnen und Schüler müssen zunächst viel Zeit mit dem „Austicen“ verbringen, die ihnen dann für die Hausaufgaben fehlt.

Für Tics ist es charakteristisch, dass sie sich ständig wandeln und neue Tics entstehen, während alte nicht mehr auftreten. Ein kontinuierlicher Austausch mit den Eltern und den Schülerinnen und Schülern hat sich hier als hilfreich erwiesen. Auch um möglichen Nebenwirkungen durch die Medikamente über den Nachteilsausgleich Rechnung zu tragen, sollten Sie regelmäßig mit den Eltern und den behandelnden Fachleuten sprechen.

Bei einigen Schülerinnen und Schülern treten weniger Tics auf, wenn sie gefordert werden. Ihnen können Sie helfen, wenn sie versuchen, sie kontinuierlich zu beschäftigen.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Es empfiehlt sich, Tics unbeachtet zu lassen, die den Unterricht nur wenig oder gar nicht stören. Bei störenden Tics ist es ratsam, den Schülerinnen und Schülern die Möglichkeit zu geben, ihre Tics von Zeit zu Zeit auszuagieren (sich „auszuticen“) und/oder Entspannungsübungen zur Stressreduktion durchzuführen. Für die Betroffenen ist es angenehmer, wenn sie dazu das Klassenzimmer verlassen und einen Raum aufsuchen können, in dem sie unbeobachtet sind. Klare Regeln und Absprachen, etwa wie oft bei starken Tics der Raum verlassen werden darf, haben sich hier als hilfreich erwiesen.

Wenn Blinzel-Tics oder Tics mit Verdrehen der Augen das Lesen und Schreiben beeinträchtigen, können Sie mehr Zeit zum Lösen von Aufgaben geben.

Wenn das laute Vorlesen durch vokale Tics erschwert ist, ist es für die Schülerinnen und Schüler sehr belastend, wenn sie dazu gezwungen werden. Manchmal kann hier das Lesen mit einem Lineal oder mit dem Finger eine Symptomreduktion erzielen.

Wenn vokale Tics das flüssige Sprechen behindern, können Sie vornehmlich schriftlich zu lösende Aufgaben geben.

Bei lauten vokalen und komplexen motorischen Tics kann sinnvoll sein, Klassenarbeiten in einem separaten Raum schreiben zu lassen.

Integration in den Klassenverband und Anti-Stigmaarbeit:

Ein tolerantes Klassen- und Schulklima ist besonders wichtig. Wünschenswert ist es, wenn ein „tolerables“ Maß an Tics von allen als „normal“ akzeptiert wird und zu keinerlei Reaktionen mehr führt. Hierfür ist es meist nötig, die Klasse oder sogar das gesamte Schulumfeld samt der Eltern über die Erkrankung aufzuklären. Auch für diesen Prozess können Sie sich zum Beispiel bei der Tourette-Gesellschaft Deutschland e.V. Unterstützung holen.

9. Zwangsstörungen

Wesentliche Kennzeichen einer Zwangsstörung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangshandlungen sind wiederholte Verhaltensweisen (z. B. Händewaschen) oder geistige Handlungen (z. B. Zählen), die die Betroffenen nicht oder nur sehr schwer unterlassen können, obwohl sie ihnen selbst sinnlos oder zumindest übertrieben erscheinen. In allen Altersgruppen zählen Wasch- und Reinigungszwänge und Kontrollzwänge zu den häufigsten Zwangshandlungen. Weitere Formen sind Wiederholungszwänge, Ordnungszwänge, Sammelzwänge, Zählzwänge und magische Rituale. Bei Kindern und Jugendlichen sind auch Fragezwänge häufig. Kontroll- und Wiederholungszwänge beim Lesen, Schreiben und Rechnen führen im Schulalltag zu teilweise erheblichen Beeinträchtigungen. Zwangsgedanken sind wiederholt auftretende und andauernde Gedanken, Impulse oder Vorstellungen. Die Betroffenen empfinden sie als sinnlos und störend. Sie leiden sehr darunter und versuchen meist vergeblich, sich gegen die immer wieder in der gleichen Art und Weise (stereotyp) ablaufenden Gedanken zu wehren. Zwangsgedanken haben überwiegend sexuelle, aggressive oder religiöse Inhalte oder beziehen sich auf Ordnung und die korrekte Ausführung bestimmter Tätigkeiten. Auf die Schule bezogene typische Zwangsgedanken sind z. B. Grübelzwänge mit Angst vor Fehlern oder die Angst, den Impuls nicht kontrollieren zu können, Mitschülerinnen und Mitschüler zu verletzen. Auch wenn Vorstellungen wie letztere erwiesenermaßen niemals in die Tat umgesetzt werden, sind sie für die Betroffenen mit großer Angst, intensiven Schuldgefühlen und Selbstzweifeln verbunden. Die Ursachen der Zwangserkrankungen sind bisher noch nicht hinreichend geklärt. Derzeit geht man davon aus, dass es sich um ein komplexes Gefüge aus biologischen und psychosozialen Faktoren handelt. Zwangserkrankungen sollten professionell behandelt werden. Die effektivste Therapie besteht hierbei meist in einer Kombination von Verhaltenstherapie und medikamentöser Therapie.

Schulalltag mit der Krankheit

Die Schülerinnen und Schüler unterdrücken oder tarnen ihre Zwänge in der Schule häufig unter größter Anstrengung (und müssen sie zu Hause dennoch ausführen). Darüber hinaus bagatellisieren sie oft trotz großen Leidensdrucks ihre Zwangssymptomatik. Mitunter ist das Erkennen der Erkrankung für Lehrerinnen oder Lehrer daher nicht leicht. Nach Fischer/Hilff/Kimmig (2006) können folgende Auffälligkeiten Hinweise auf sehr typische Zwangssymptome sein:

- Vermeidung der Berührung von Türklinken; Benutzung von Tüchern beim Türöffnen
- häufiges Fragen, das Klassenzimmer verlassen zu dürfen, um die Toilette aufzusuchen
- ständiges Kontrollieren von Türen, Fenstern, Lichtschaltern, Schulmaterialien
- exzessives Kontrollieren von schriftlichen Aufgaben
- stereotyp wiederholtes Lesen von bestimmten Wörtern, Abschnitten oder Seiten
- wiederholtes Schreiben und Überschreiben von Buchstaben, Zeichen und Wörtern
- exzessives Fragenstellen vor der Bearbeitung von Aufgaben

- penibles Ausfüllen von Kästchen und Kreisen in Fragebögen, was zu Zeitverlust führt
- Ordnen von Gegenständen, bis diese exakt symmetrisch zueinander liegen
- stereotypes und/oder ritualisiertes Berühren von Gegenständen
- auffällige Vermeidung von Kontakt mit klebrigen Substanzen
- häufige Verspätung

Die Einschränkungen im Schulalltag bestehen vor allem in

- der Beeinträchtigung von Aufmerksamkeit und Konzentration (z. B. durch Schlafmangel, Zwangsgedanken und -handlungen bzw. deren Unterdrückung)
- einem Zeitverlust (insbesondere bei Kontroll- und Wiederholungszwängen)
- Nachteilen durch zwanghaften Perfektionismus, der zu ungelösten Aufgaben führt
- psychosozialen Belastungen (Scham, Ausgrenzung)

Hinweise für Lehrerinnen und Lehrer

Im Schulalltag allgemein:

Generelle Angstreduktion kann der Entstehung und Aufrechterhaltung von Zwängen entgegenwirken. Zur Schulangstreduktion existieren verschiedene Programme, z. B. das von Peter Strittmatter, welches vier Bausteine umfasst: 1. Akzeptanz und Empathie in der Lehrer-Schüler-Interaktion, 2. Thematisierung von Angst im Unterricht, 3. Veränderungen im Leistungsbewertungsprozess (Transparenz, individuelle Bezugsnorm), 4. Modifizierte Lern- und Arbeitstechniken.

Früherkennung und Beratung:

Zwangserkrankungen müssen therapeutisch behandelt werden. Es empfiehlt sich, wenn Sie den Verdacht haben, dass eine Schülerin oder ein Schüler unter einer Zwangsstörung leidet, schnellstmöglich das Gespräch mit der Schulpsychologin oder dem Schulpsychologen und/oder den Eltern zu suchen. Hilfreich können hier Notizen über Ihre Beobachtungen sein.

Umgang mit den betroffenen Schülerinnen oder Schülern:

Schülerinnen und Schüler mit einer Zwangssymptomatik sind in ihren Zwängen gefangen, ihre Rituale dienen u. a. dazu, unbewusste Ängste abzuwehren. Deshalb empfiehlt es sich, hier grundsätzlich nur nach Rücksprache mit den behandelnden Fachleuten zu intervenieren. Schulische Interventionen können durchaus unabdingbar zur Bewältigung der Problematik sein. Denn eine nachhaltige Umstrukturierung von Verhaltensmustern, die im Falle von Zwangserkrankungen nötig ist, kann sich erfahrungsgemäß lediglich bei konsequenter Einübung neu erlernter Techniken einstellen. Deshalb sind Verhaltensmodifikationen im häuslichen und schulischen Umfeld wichtig sowie eine enge Kooperation von Eltern, Therapeutinnen, Therapeuten und Schule nötig.

Sonderregelungen und Nachteilsausgleich:

Den Einschränkungen durch die Erkrankung können Sie mit Sonderregelungen und Nachteilsausgleich Rechnung tragen. Diese sollten in Absprache mit den behandelnden Fachleuten regelmäßig modifiziert werden (Schweigepflichtentbindung durch die Eltern).

Fischer/Hilff/Kimmig (2006) empfiehlt bei Zwängen beim Schreiben und Lesen z. B. folgende Regelungen:

- Erlaubnis, Druckschrift statt Schreibschrift zu verwenden (z. B. bei zeitraubenden Überschriftzwängen)

- Gestattung der Verwendung eines PCs oder Laptops
- Ersetzen schriftlicher durch mündliche Prüfungen
- Erlaubnis, Hausaufgaben auf einen Tonträger zu sprechen
- Bewertung schriftlicher Aufgaben lediglich nach Inhalt; keine Bewertung des Schriftbilds, um die Bedeutung einer zwanghaft ordentlichen und symmetrischen Schrift abzuschwächen
- Reduktion der generellen Menge schriftlicher Aufgaben, Bereitstellung von Alternativen der Aufgabenlösung
- vorübergehende Reduktion von Leseaufgaben bei Wiederholungszwängen beim Lesen
- Computerprogramme mit fortlaufender Textdarbietung können beim zwanghaft wiederholten Lesen von Textabschnitten effektiv sein

Bei Prüfungsproblemen und Zeitverlust können Sonderregelungen und Nachteilsausgleich helfen, beispielsweise (vgl. Fischer/Hilff/Kimmig (2006)):

- Erlaubnis, Tests und Klassenarbeiten in anderen Räumen zu schreiben
- Gewährung einer längeren Bearbeitungszeit
- Multiple-Choice-Tests bei starken Schreibzwängen
- Gewährung von mehr Zeit für die Bearbeitung schriftlicher Hausaufgaben (allerdings mit festem Abgabedatum)

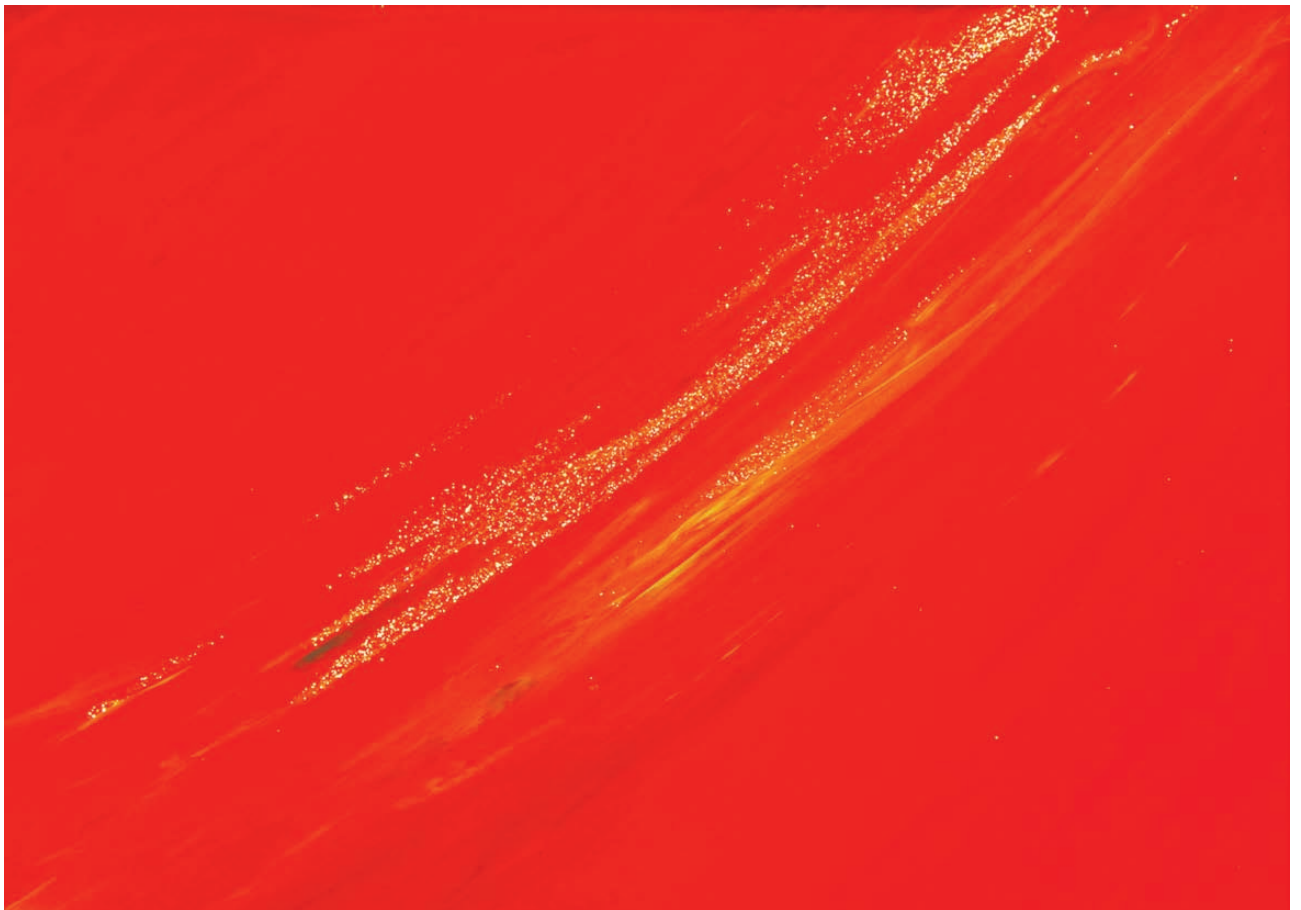
Besonderheiten im Sportunterricht:

Die Beeinträchtigungen sind hier abhängig vom Inhalt der Zwangsgedanken und Zwangshandlungen, können aber schon in der Umkleidekabine die Teilnahme am Sportunterricht erheblich erschweren. Bei Schülerinnen oder Schülern mit motorischen Zwängen empfiehlt sich eine verstärkte Einbindung in die Mannschaftssportarten. Die schnell wechselnden Spielsituationen verhindern hier ein Verharren in zwanghaften ritualisierten Bewegungsmustern.

Klassenfahrten und Ausflüge:

Diese können je nach Inhalt der Zwangsstörung für die Betroffenen und ihr Umfeld zur Tortur werden, weil sich die Rituale nicht ausführen oder nicht verheimlichen lassen. Es empfiehlt sich daher, im Vorfeld mit allen Beteiligten (Eltern, Schülerinnen und Schülern, behandelnde Fachleute und gegebenenfalls auch mit der Klasse) nach Lösungen zu suchen.

Rückbegleitung in die allgemeine Schule



Ann-Katrin, 18 Jahre

Einleitung

Die ersten Tage in der Schule nach einem Klinikaufenthalt sind oft von großer Bedeutung für die weitere schulische Perspektive einer Schülerin oder eines Schülers in ihrer oder seiner Lerngruppe und im System Schule insgesamt. Die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Wiedereingliederung kranker Schülerinnen und Schüler in ihre Herkunftsschulen nach einer klinischen Behandlung werden schon frühzeitig geschaffen: Um einen guten Übergang bei der Rückkehr von der Klinikschule in die Herkunftsschule zu gewährleisten, ist es erforderlich, dass sich die Klassenlehrkraft, die zuständige Kliniklehrkraft, die Eltern sowie ggf. weitere Personen bereits zu Beginn und auch während des Klinikaufenthaltes über die Schülerin oder den Schüler und die jeweils relevanten pädagogischen Fragen austau-

schen sowie die Zusammenarbeit während des Klinikaufenthaltes sowie die Rückführung in ihrer Umsetzung gründlich besprechen.

Erfahrungsgemäß kommt es bei einem ungeplanten und unvorbereiteten Vorgehen in den Herkunftsschulen nicht selten zu teilweise gravierenden Schwierigkeiten oder in einigen Fällen gar zu einem Scheitern der Rückführung. Aufgrund der vielfältigen Einflussvariablen im Rückführungsprozess kann hier kein standardisierter Ablauf beschrieben werden. Das vorliegende Kapitel soll einige bewährte und allgemein gültige Hinweise und Anregungen zur Planung und Durchführung der Rückführung sowie zu hilfreichen Interventionen und Unterstützungsmaßnahmen in diesem Prozess geben.

Zusammenarbeit zwischen der Klinikschule und der allgemeinen Schule

Kontaktaufnahme zu Beginn des Klinikaufenthaltes

Zu Beginn des Klinikaufenthaltes führt die Kliniklehrkraft ein Gespräch mit den Eltern und ggf. mit der Klassenlehrkraft über den Krankenhausunterricht. Darüber hinaus findet ein telefonischer und/oder schriftlicher Kontakt zwischen der Klassen- und der Kliniklehrkraft statt. Zunächst sollte hierbei ein Austausch zu Fragestellungen wie beispielsweise zur Schulart, zu sonderpädagogischem Förderbedarf und zu allen in der Klinik angebotenen Unterrichtsfächern erfolgen. Bereits zu diesem Zeitpunkt sollten möglichst Probleme, Fragen und Unsicherheiten im Zusammenhang mit der jeweiligen Schülerin oder dem Schüler thematisiert werden, damit die Kliniklehrkräfte in ihrer Arbeit besonderes Augenmerk auf diese Aspekte legen und später in ihren Rückmeldungen an die Lehrkräfte Bezug darauf nehmen können.

Kontakt während des Klinikaufenthaltes

In der Zeit der klinischen Behandlung tauschen sich die Lehrkraft der Herkunftsschule und die zuständige Kliniklehrkraft über die Entwicklung der schulischen Fragen aus, um den Anschluss an die Unterrichtsinhalte zu gewährleisten.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in dieser Phase in der Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Mitschülerinnen und Mitschülern. Die Klassenlehrkraft

sowie die zuständige Kliniklehrkraft sollten sich darüber austauschen, welche Form des Kontaktes im Einzelfall angemessen ist. So hat sich bewährt, dass Mitschülerinnen und Mitschüler, die mit der kranken Schülerin oder dem kranken Schüler befreundet sind, altersentsprechend bei der Aufnahme und Aufrechterhaltung des Kontaktes unterstützt werden. Außerdem sind viele erkrankte Schülerinnen und Schüler an Neuigkeiten, aktuellen Unterrichtsvorhaben und Aktivitäten der Klasse bzw. der Schule interessiert. Diese Informationen können auf postalischem Wege, via E-Mail, telefonisch oder über eine Videokonferenz bzw. einen Videoanruf durch die Mitschülerinnen und Mitschüler ausgetauscht werden. Ebenso können Klinikbesuche durch Lehrkräfte oder Mitschülerinnen und Mitschüler der Herkunftsschule, je nach gesundheitlichem Zustand der Schülerin oder des Schülers, auch die Teilnahme an Festen und außerunterrichtlichen Aktivitäten die Aufrechterhaltung von Beziehungen und die soziale Integration befördern.

Rückkehr in die Schule

Für den Zeitpunkt der Rückkehr in die Herkunftsschulen ist ein Übergabegespräch vorgesehen. Im Land Brandenburg legen die „Verwaltungsvorschriften über die Durchführung von Unterricht für kranke Schülerinnen und Schüler“ (VV-Kranke Schüler vom

5. August 1999) fest, dass zur Erleichterung der Wiedereingliederung in die Schule in jedem Falle die unterrichtenden Lehrkräfte der allgemeinen Schule, die Klassenlehrkraft sowie die Eltern der Schülerin oder des Schülers involviert sein sollen. Weitere Fachkräfte können gegebenenfalls hinzugezogen werden, z. B. Kliniklehrkräfte, medizinisches und therapeutisches Personal, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Damit hat jede erkrankte Schülerin und jeder erkrankte Schüler einen Rechtsanspruch auf eine gemeinsame Beratung, deren Inhalt die weitere schulische Förderung sowie ein individuelles Eingliederungsprogramm sind. Ein solcher Reintegrationsplan kann beispielsweise die folgenden Maßnahmen beinhalten:

- die Entwicklung eines individuellen Lern- und Stundenplans
- eine Schwerpunktsetzung bei der Auswahl der Unterrichtsinhalte
- die Durchführung einer Belastungserprobung¹
- Hilfen und Strategien bezüglich der Kommunikation mit Mitschülerinnen und Mitschülern
- Gespräche oder Rollenspiele zur Vorbereitung auf den Schulbesuch und zur Thematisierung der Erkrankung und des Klinikaufenthaltes im Gespräch mit den Mitschülerinnen und Mitschülern

- die Weitergabe von Informationsmaterialien oder die Durchführung von Fortbildungen für die betreffenden Lehrkräfte

Weiterhin ist in den „Verwaltungsvorschriften über die Durchführung von Unterricht für kranke Schülerinnen und Schüler“ vorgesehen, dass die zuständigen Krankenhauslehrkräfte einen pädagogischen Bericht anfertigen, der die Wiedereingliederung in die Schule erleichtern und unterstützen soll. In vielen Klinikschulen wurde hierfür eine standardisierte Form entwickelt. Neben einigen allgemeinen Angaben zur Schülerin oder zum Schüler, zur Dauer des Klinikaufenthaltes bzw. des Klinikunterrichtes sowie Angaben zu Unterrichtsthemen und -inhalten, sollte der pädagogische Abschlussbericht auf die jeweilige schulische Situation der erkrankten Schülerinnen und Schüler abgestimmt werden.

Die Kliniklehrkräfte stehen während sowie in der ersten Zeit nach der Rückführung sowohl den Schülerinnen und Schülern als auch den Lehrkräften als Ansprechpartner zur Verfügung und bieten bei Bedarf individuelle Beratung und Unterstützung an.

Krankheitsbezogene Informationen an Mitschülerinnen, Mitschüler und Lehrkräfte

Information der Mitschülerinnen und Mitschüler

Nicht selten beschäftigen die erkrankten Schülerinnen und Schüler vor der Rückkehr Sorgen und Ängste in Bezug auf eine soziale Ausgrenzung und mögliche negative Reaktionen ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler. Diese Befürchtungen üben einen großen Einfluss auf die Vorstellungen und Wahrnehmungen aus und haben eine nicht zu unterschätzende Bedeutung für den Erfolg der schulischen Reintegration.

Bei chronischen Erkrankungen ist es in vielen Fällen geboten, die Mitschülerinnen und Mitschüler über die Krankheit aufzuklären, damit sie verstehen, was mit der betroffenen Schülerin oder dem Schüler los ist, warum sie oder er bestimmte Auffälligkeiten zeigt, warum es wichtig ist, diese zu akzeptieren, und was sie in krankheitsbezogenen Notfällen für die Schülerin oder den Schüler tun können.

Eine fachlich-sachliche und altersentsprechende Information der Mitschülerinnen und Mitschüler über die psychische Erkrankung einer betroffenen Schülerin oder eines betroffenen Schülers sollte dann erfolgen, wenn zu erwarten ist, dass die Gesamtsituation in der Klasse durch die Informationen positiv beeinflusst werden kann. Voraussetzung hierfür ist grundsätzlich das Einverständnis der Schülerin oder des Schülers und den Eltern. In den meisten Fällen lehnen ältere Schülerinnen und Schüler mit einer psychischen Erkrankung einen durch Kliniklehrkräfte begleiteten Schulbesuch entschieden ab. Viele Schülerinnen und Schüler vertreten zwar die Ansicht, dass die Klasse über ihre Probleme informiert sein sollte, möchten aber selbst bestimmen, wann sie wem welche Dinge anvertrauen.

Sollte eine Erkrankung bestimmte Sonderregelungen erfordern, ist die Krankheit der betroffenen Schüle-

¹ Bei einer Belastungserprobung handelt es sich um eine Phase des Übergangs von etwa zwei Wochen, in der die erkrankten Schülerinnen und Schüler zwar noch in klinischer Behandlung sind, ihre Heimatschule bereits aber wieder besuchen. Die Beobachtungen aus der Belastungserprobung, bei der die Schülerin oder der Schüler mit individueller Unterstützung verkürzt oder über den gesamten Schultag am Unterricht und am Schulleben ihrer Heimatschule teilnimmt, können für die Entlassungsplanung sowie für die notwendigen Rückführungsmaßnahmen hilfreiche Hinweise geben.

rin oder des Schülers automatisch auch Thema in der Klasse. Die Lehrkraft kann die Mitschülerinnen und Mitschüler dann beispielsweise allgemein darüber informieren, dass die betreffende Schülerin oder der Schüler aus gesundheitlichen Gründen im Sportunterricht nicht mehr alle Übungen mitmachen wird, auch während der Unterrichtszeiten essen oder häufiger als andere Schülerinnen und Schüler die Lehrkraft mit kleinen unterrichtsbezogenen Gängen oder Tätigkeiten unterstützen darf. Eine Benennung der Diagnose gegenüber den Mitschülerinnen und Mitschülern ist dabei häufig nicht notwendig. Sollte es unter den Schülerinnen und Schülern oder auch in den Elternhäusern zu Diskussionen und Mutmaßungen bezüglich der Diagnose kommen oder sollten unnötige Ängste vor Ansteckung zu Ausgrenzung führen, kann eine Offenlegung der Diagnose vor der Klasse oder im Rahmen eines Elternabends eine weitaus geringere Belastung für die betroffene Schülerin oder den betroffenen Schüler darstellen. Hierfür bedarf es jedoch in jedem Fall der Abstimmung mit der jeweiligen Schülerin oder dem Schüler und den Eltern sowie des schriftlichen Einverständnisses der Eltern.

Information des Lehrerkollegiums

Um eine gesundheitliche Gefährdung kranker Schülerinnen und Schüler durch falsches Handeln von Lehrkräften und unangenehme Situationen aufgrund mangelnder Kenntnis über das Vorliegen einer Erkrankung zu vermeiden, ist ein Informationsaustausch im Lehrerkollegium unumgänglich. Auch hierfür ist vorher das Einverständnis der Eltern und Schülerinnen und Schüler einzuholen. Welche Informationen mit welcher Differenziertheit weitergegeben werden, muss wieder für jeden Einzelfall gesondert entschieden werden. Eine Offenlegung der Diagnose ist hierfür meist nicht erforderlich, es reichen in der Regel Informationen dazu, worauf im Unterricht zu achten ist. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung empfiehlt für jede Schule eine Liste mit den Namen und die Angabe der jeweiligen Klasse aller Schülerinnen und Schüler zu erstellen, die wegen ihrer chronischen Erkrankung auf besondere Rücksichtnahme seitens der Lehrkräfte oder eventuell auf ihre Intervention angewiesen sind. Schulisch relevante Einzelheiten zu jeder genannten Schülerin oder jedem genannten Schüler könnten – unter der Bedingung des Einverständnisses der Eltern – gesondert aufbewahrt und den verantwortlichen Lehrpersonen sowie Vertretungslehrerinnen und -lehrern zugänglich gemacht werden.

Heimatschulbesuch

Ein Heimatschulbesuch wird häufig vor allem bei an Krebs erkrankten Schülerinnen und Schülern nach ei-

nem längeren stationären Aufenthalt durchgeführt, um deren soziale Integration in ihre Klasse zu unterstützen. Er kann zu Beginn, während der klinischen Behandlung oder vor der Rückkehr in die Herkunftsschule stattfinden. Bei einem Heimatschulbesuch gehen eine Kliniklehrkraft und/oder eine Ärztin oder ein Arzt mit den erkrankten Schülerinnen und Schülern gemeinsam in deren Klassen. Sie versuchen die Mitschülerinnen und Mitschüler für das Thema Gesundheit und Krankheit zu sensibilisieren und gegenseitige Unsicherheiten und Ängste abzubauen. Außerdem klären sie altersgerecht über die Erkrankung der betroffenen Schülerin oder des betroffenen Schülers auf und informieren über die eventuell notwendigen Hilfestellungen im Schulalltag. Im Anschluss an einen Heimatschulbesuch findet meist ein Informationsgespräch mit dem Lehrerkollegium statt, in dem das Krankheitsbild, die Situation der erkrankten Schülerin oder des erkrankten Schülers, die krankheitsbezogenen Implikationen für den Schulalltag und für außerunterrichtliche schulische Aktivitäten erörtert werden können.

In jedem Einzelfall muss abgewogen werden, ob ein Heimatschulbesuch angemessen und notwendig ist, um einen unterstützenden Umgang der Mitschülerinnen und Mitschüler mit der erkrankten Schülerin oder dem erkrankten Schüler zu gewährleisten. So kann es eventuell eher kontraindiziert sein und stigmatisierend wirken, die Schülerin oder den Schüler mit seiner Erkrankung und seinen Erfahrungen in den Mittelpunkt zu stellen. Dann sollte stattdessen nur allgemein über die Erkrankung gesprochen werden. Im Falle einer Stigmatisierung oder Ausgrenzung einer erkrankten Schülerin oder eines erkrankten Schülers vor dem Klinikaufenthalt sollte geschaut werden, ob diese auf die Krankheit zurückzuführen ist. Wenn eine Ausgrenzung schon vor der Erkrankung stattfand, besteht die Gefahr, dass ein Heimatschulbesuch die sozialen Probleme noch verschärfen könnte.

Die Entscheidung für oder gegen einen Heimatschulbesuch sollte immer von Fall zu Fall getroffen und von der Gesamtatmosphäre in der Klasse abhängig gemacht werden. Dem Willen der Schülerin oder des Schülers sowie der Eltern ist dabei unbedingt Rechnung zu tragen.

Bei einem Heimatschulbesuch können folgende Themen aufgegriffen werden:

- Erkrankung
- Klinikalltag
- Situation in der Klasse
- notwendige Hilfen
- Nachteilsausgleich

Vor der Durchführung eines Heimatschulbesuchs sollte auch gemeinsam überlegt werden, welche Inhalte in welcher Form thematisiert werden sollten. Falls es Themen gibt, über die die erkrankte Schülerin oder der erkrankte Schüler nicht sprechen möchte, sollte zwischen der Kliniklehrkraft und der betreffenden Lehrkraft an der Herkunftsschule ein Austausch und eine Abstimmung darüber erfolgen, wie man am besten sicherstellen kann, dass dieser Wunsch berücksichtigt wird.

Auch bei anderen somatischen Krankheitsbildern mit teilweise gravierenden Auswirkungen auf den Schulalltag, wie beispielsweise bei Rheuma, Diabetes oder Mukoviszidose, werden in begründeten Einzelfällen Heimatschulbesuche durchgeführt. Noch nicht weit verbreitet und weitgehend unerforscht ist das Feld der begleiteten Schulbesuche bei der Rückkehr von Schülerinnen und Schülern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Hinweise und Anregungen zu integrationsfördernden Maßnahmen von Seiten der Schule

Die Wiedereingliederung in die Herkunftsschule oder eventuell eine neue Schule gestaltet sich je nach Alter der Schülerinnen und Schüler, nach Krankheitsbild und in Abhängigkeit von den Rückführungsmaßnahmen der jeweiligen Klinikschule sowie der Klinik unterschiedlich. Im Prozess der Rückführung muss in jedem Fall das Alter und der individuelle Entwicklungsstand der Schülerinnen und Schüler berücksichtigt werden: Während jüngere Schülerinnen und Schüler in der Regel einen größeren Unterstützungsbedarf haben, sollten ältere Schülerinnen und Schüler in ihren wachsenden Autonomie- und Abgrenzungsbestrebungen gesehen und unterstützt werden, indem man sie, je nach individuellen Voraussetzungen, zur eigenverantwortlichen Kommunikation und zum selbstständigen Austausch mit ihren Klassen- oder Bezugslehrkräften an ihrer Schule ermutigt.

Das Vorgehen bei der Rückführung wird im Rahmen eines Übergabegesprächs sorgfältig geplant und vorbereitet. Eine verantwortliche Kliniklehrkraft sowie eine konkret zu benennende Lehr- oder andere Fachkraft in der Herkunftsschule sind dafür zuständig, den Rückführungsprozess zu betreuen, individuelle Unterstützung anzubieten und bei auftretenden Schwierigkeiten aktiv zu werden. Die betreffenden Lehrkräfte, Eltern sowie Schülerinnen und Schüler sehen die Reintegration als gemeinsame Aufgabe an. Eltern, Schülerinnen und Schüler werden beim Finden von Problemlösungen in Bezug auf die Rückführung und die weitere Zukunftsplanung miteinbezogen. Es ist sowohl für die Wiedereingliederung der einzelnen Schülerin oder des Schülers als auch unter dem Gesichtspunkt der Prävention sehr wichtig, dass die Schule ein zuverlässiges professionelles Netz der Kommunikation und der gegenseitigen fachlichen Unterstützung aufbaut, dabei auch die Fragen der

Vorgehensweise und der Fallkoordination in problematischen Situationen klärt und im Bedarfsfall geeignete Hilfen einleitet.

Insbesondere bei einer Rückführung aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die allgemeine Schule ist eine eingehend vorbereitete und begleitete Rückführung mit dem Einsatz von flexiblen, individualisierten und gut vernetzten Unterstützungsmaßnahmen bedeutsam. Sowohl die Schülerin oder der Schüler als auch die Klassenlehrkraft, werden von der Schulleitung oder anderen pädagogischen Fachkräften in der Anfangsphase in besonderer Weise unterstützt, beispielsweise bei Gesprächen mit der Schülerin oder dem Schüler, bei Elterngesprächen und durch Besprechungen in Krisensituationen.

Auch außerschulische Hilfsangebote können zur Prozessbegleitung miteinbezogen werden. Zu diesen externen Unterstützungsmöglichkeiten zählen insbesondere Supervisions-, Beratungs- und Fortbildungsangebote für Lehrkräfte. Darüber hinaus gibt es auch die Möglichkeit der Einrichtung einer kollegialen Praxisberatung als einer selbstorganisierten Form der Lehrersupervision ohne professionellen Supervisor. Eine fachliche Beratung kann etwa im Rahmen von Beratungen im Lehrerkollegium, mit Lehrkräften anderer Schulen, durch Kliniklehrkräfte, Sonderpädagoginnen und Sonderpädagogen in der Schule oder der Sonderpädagogischen Förder- und Beratungsstellen sowie durch Schulpsychologische Beratungsstellen erfolgen.

Um Benachteiligungen chronisch kranker Schülerinnen und Schüler sowie damit einhergehende Misserfolgserlebnisse zu verhindern, ist häufig ein krankheitsbezogener Nachteilsausgleich erforderlich. Dieser ist im Falle einer zeitweisen oder chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigung ohne Feststellung eines sonderpädagogischen Förder-

bedarfes zu gewähren und bezieht sich sowohl auf die Zeit während des Klinikaufenthaltes als auch auf einen nicht näher zu bestimmenden Zeitraum nach der Rückkehr in die Herkunftsschule. Der Nachteilsausgleich kann sich beispielsweise auf modifizierte Unterrichtsbedingungen und Lerngegebenheiten beziehen. Auch die zeitlichen und räumlichen Vorgaben bei der Leistungsermittlung und Leistungsbewertung, die Verwendung von besonderen technischen Hilfs- und Arbeitsmitteln und auch die Art des Leistungsnachweises (schriftlich, mündlich oder als eine „individuelle Leistungsfeststellung in der Einzelsituation“) können speziell auf die besonderen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler mit eingeschränkter Belastbarkeit abgestimmt werden. Eine fachkompetente Beratung können in diesem Zusammenhang die Kliniklehrkräfte bieten.

Häufig gehen mit psychischen Erkrankungen auch schulische Probleme einher, die nicht selten der Auslöser für eine Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind. Dies können Schwierigkeiten auf der Leistungsebene und/oder auf der Beziehungsebene im Umgang mit den Mitschülerinnen und Mitschülern bzw. in der Lehrer-Schüler-Beziehung sein. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie findet die umfassende Analyse der jeweiligen Problemlage der Patientin oder des Patienten statt. Notwendige Unterstützungsmaßnahmen werden eingeleitet und im günstigen Fall sind nach dem Klinikaufenthalt erste positive Veränderungen in Bezug auf die schulischen Probleme eingetreten. Die Arbeit mit Schülerinnen und Schülern, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurden, knüpft jedoch in jedem Fall an die Probleme und Erfahrungen vor dem Klinikaufenthalt an. So sollte einerseits nicht davon ausgegangen werden, dass nach der Rückkehr Probleme im schulischen Alltag künftig ausgeschlossen werden können, andererseits hängt der Erfolg der Reintegration davon ab, wie viel Raum für einen Neuanfang für alle Beteiligten gegeben wird. Die folgenden Aspekte der Beziehungsaufnahme und -gestaltung sowie des Umgangs mit auftauchenden Schwierigkeiten können für den Erfolg der Rückführung von Schülerinnen und Schülern aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie entscheidend sein.

Eine optimistische Haltung der Schülerin oder des Schülers in Bezug auf den Erfolg der Reintegration spielt für den Wiedereinstieg eine zentrale Rolle. Daher ist es wichtig, eine positive Einstellung und Motivation der Schülerin oder des Schülers durch Bestätigung und positives Feedback auf erwünschtes Verhalten zu stärken. Bei Schülerinnen und Schülern mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten in der Schule sollten nach dem Klinikauf-

enthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwar Erwartungen an das Verhalten der Schülerin oder des Schülers gestellt werden, diese müssen aber realistisch sein. In Bezug auf realistische Verhaltenserwartungen zu einzelnen Schülerinnen und Schülern können Kliniklehrkräfte eine vermittelnde und unterstützende Funktion ausüben.

Das Gefühl, nach dem Klinikaufenthalt in der Schule willkommen zu sein, kann schon mit einfachen Gesten wie einer individuellen Begrüßung vermittelt werden. Manche Lehrkräfte gestalten in der Klasse ein Rückkehrritual und begrüßen die zurückkehrende Schülerin oder den Schüler damit wieder in der Klassengemeinschaft. Solch ein Rückkehrritual kann jedoch nur funktionieren, wenn die Klassenlehrkraft die Schülerin oder den Schüler aufrichtig willkommen heißt und ein gutes Verhältnis zwischen Lehrkraft und Schülerin bzw. Schüler besteht. In Absprache mit der Schülerin und dem Schüler kann es jedoch auch sinnvoll sein, auf ein Rückkehrritual zu verzichten.

Eine belastete Lehrer-Schüler-Beziehung kann zu negativen Dynamiken und Ausgrenzungsmechanismen führen. Eine professionelle und reflektierte Beziehungsgestaltung mit der Unterstützung von Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildung kann destruktiven Mechanismen entgegenwirken.

Bei einem Neustart in einer anderen Klasse bzw. Schule sollte besonders darauf geachtet werden, welcher Lehrperson die Schülerin oder der Schüler anvertraut wird und in welchem Klassenverband gute Rahmenbedingungen und die entsprechenden Ressourcen existieren. Die Lehrperson sollte Interesse an der Schülerin oder am Schüler sowie eine ausreichende Sensibilität und gute Beobachtungs- und Steuerungskompetenzen in Bezug auf den Integrationsprozess haben.

Krisen und Probleme können nie ausgeschlossen werden. Die Klassenlehrkraft sowie die jeweiligen Fachlehrerinnen und Fachlehrer sollten wachsam sein und auftretende Schwierigkeiten möglichst früh besprechen. Sie sollten nicht als Scheitern der Unterstützungsmaßnahmen betrachtet werden, sondern als Rückfall, mit dem konstruktiv umzugehen ist, um die Schülerin oder den Schüler möglichst schnell „auffangen“ zu können. Sinnvoll ist es, schon vorher über diese Möglichkeit nachzudenken, sich darauf vorzubereiten und bei Bedarf Unterstützung für die Schülerin oder den Schüler und/oder die Lehrkraft zu suchen.

Literaturverzeichnis

Diese Handreichung wurde von Christiane Beerbom, Melanie Kubandt (Aphasie) und Claudia Schönberg (Rückbegleitung) verfasst. Die Krankheitsbilder wurden in Anlehnung an die folgenden Quellen beschrieben bzw. in geringem Umfang aus diesen Quellen entnommen.

Allgemeine Hinweise

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Harter-Meyer, R./Schulte-Markwort, M./Riedesser, P. (Hrsg.) (1999): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg: LIT.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Kamtsiuris, P. et al. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 686–700.

Netzwerk Schule und Krankheit (Hrsg.) (2010): Schulprojekt „Verrückt? Na und!“. Regionalgruppe Brandenburg. Potsdam.

Ravens-Sieberer, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 871–878.

Schmidt, S./Thyen U. (2008): Was sind chronisch kranke Kinder? In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51, S. 585–591.

Schroeder, J. et al. (Hrsg.) (2000): „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. 2. Auflage. Tübingen: Attempto.

Stein et. al. (1993): Framework for identifying children who have chronic conditions: The case for a new definition. In: Journal of Pediatrics 122, S. 342–347.

Steinhausen, H.-Chr. (Hrsg.) (2006): Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Wernet, Andreas (2003): Pädagogische Permissivität. Schulische Sozialisation und pädagogisches Handeln jenseits der Professionalisierungsfrage. Opladen: Leske + Budrich.

Projekt Interklinikschule (Hrsg.) (2006): Abschlussberichte des Projekts „Chronisch kranke Kinder in den allgemeinen Schulen“. URL: <http://www.interklinikschule.de/de/docs/abschlussbericht.pdf>, (26.03.2010).

Chronische somatische Erkrankungen

1. Allergien

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Pina. e.V. (Hrsg.) (2002): Asthma, Allergie & Schule. URL: http://www.pina-infoline.de/aktion_schule/index.htm, (18.09.2010).

Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 701–710.

2. Angeborene Herzfehler

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

3. Aphasie

Benz, B./Ritz, A. (1996): Verlauf neurologischer Störungen nach Schädel-Hirntrauma im Kindesalter. Kindheit und Entwicklung, Heft 5, S. 221–228.

Kubandt, M. (2009): Aphasie bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ratgeber für therapeutische Berufsgruppen. Idstein: Schulz-Kirchner.

Spencer, P. G./Möhrle, C. (2007): Kinder und Jugendliche mit Aphasie. Forum Logopädie 6, S. 6–12.

4. Asthma bronchiale

Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (Hrsg.) (2000): Sportunterricht mit chronisch kranken Kindern und Jugendlichen. Informationen und Hinweise für Lehrkräfte und Eltern. URL: <http://www.km.bayern.de/imperia/md/content/pdf/sport/33.pdf>, (18.09.2010).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 701–710.

5. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV) e.V. (Hrsg.) (o.D.): Morbus Crohn und Colitis ulcerosa in der Schule. Informationen für Lehrerinnen und Lehrer. URL: http://www.dccv.de/fileadmin/dccv-files/DieDCCV/Arbeitskreise/KEI/KEI_Faltblatt_Schule.pdf, (18.09.2010).

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

6. Diabetes mellitus

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

7. Epilepsie

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Deutsche Epilepsievereinigung (Hrsg.) (o. D.): Schule und Epilepsie. URL: http://www.epilepsie.sh/fileadmin/user_upload/Dokumente/Epilepsie-Aspekte/Schule.pdf, (18.09.2010).

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

8. Leukämie

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Kremens, B. (2007): Leukämie – Was ist das? Ein Buch für Kinder und Eltern. 10. Auflage. Bonn: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe.

Pfeifer, R./Wiemann, C. (2005): Wenn ein Schüler Krebs hat. Ein Leitfaden für Lehrer. 2. Auflage. Bonn: Deutsche Leukämie-Forschungshilfe.

Schroeder, J. et al. (Hrsg.) (2000): „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. 2. Auflage. Tübingen: Attempto.

9. Migräne

Kamtsiuris, P. et al. (2007): Prävalenz von somatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 686–700.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

10. Mukoviszidose

Kappler, M./Griese, M. (2009): Mukoviszidose. Zwischen Normalität und Behinderung. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 157, S. 121–128.

Klemm, M. (2006): Mukoviszidose. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Mukoviszidose e.V. (Hrsg.) (o. D.): Kindergarten und Schulbesuch von Kindern mit Mukoviszidose. Eine Kurzinformation für Eltern, Erzieher/Innen und Lehrer/Innen. URL: http://muko.info/fileadmin/Dokumentenablage/Betroffene/Kindergarten-Schule/FaltblattKiGa_Schule.pdf, (18.09.2010).

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.) (2007): Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung.

11. Neurodermitis

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Pina. e.V. (Hrsg.) (2002): Asthma, Allergie & Schule. URL: http://www.pina-infoline.de/aktion_schule/index.htm, (18.09.2010).

Schlaud, M./Atzpodien, K./Thierfelder, W. (2007): Allergische Erkrankungen. Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 701–710.

12. Rheuma

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e. V. (Hrsg.) (2009): Das rheumakranke Kind in der Schule. Eine Orientierungshilfe für Lehrer/innen. Bonn.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

Chronische psychische Erkrankungen

1. Anorexia nervosa

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010): Essstörungen – was ist das?. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000): Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen. Köln.

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Hilff, G./Kimmig A./Scheerer U. (2006): Essstörungen. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 794–799.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

2. Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom – AD(H)S

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2009): ADHS – Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätsstörung – was bedeutet das?. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Krowatschek, D. (2000): Marburger Konzentrationstraining. Dortmund: Verlag modernes Lernen.

Krowatschek, D. (2002): Das ADS-Trainingsbuch. Methoden, Strategien und Materialien für den Einsatz in der Schule. 3. Auflage. Lichtenau: AOL-Verlag.

Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM) (Hrsg.) (2008): Sonderpädagogische Förderung in den Berliner Schulen. Teil 4: Förderung im Bereich der emotionalen und sozialen Entwicklung. Ludwigsfelde-Struveshof.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Warrlich, Chr./Reinke, E. (Hrsg.) (2007): Auf der Suche. Psychoanalytische Betrachtungen zum AD(H)S. Gießen: Psychosozial-Verlag.

3. Borderline-Persönlichkeitsstörung

Bonnemann, D. et al. (2006): Borderline Persönlichkeitsstörung. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.) (2007): Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung. Dresden.

4. Bulimia nervosa

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2010): Essstörungen – was ist das?. Köln.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2000): Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen. Köln.

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Hilff, G./Kimmig A./Scheerer U. (2006): Essstörungen. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Hölling, H./Schlack, R. (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 794–799.

Niedersächsisches Kultusministerium (Hrsg.) (2007): Das chronisch kranke Kind im Sport in Schule und Verein. Handreichung für Übungsleiterinnen, Übungsleiter, Sportlehrerinnen, Sportlehrer, Eltern. Stuttgart.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

5. Depression

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Hilff, G./Kimmig A./Scheerer U. (2006): Depression. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Ravens-Sieberer, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 871–878.

6. Schizophrene Psychosen

Barmer Ersatzkasse (2008): MindMatters-Materialien. Wie geht's? – Psychische Störungen in der Schule verstehen lernen. Eine Ressource für die Sekundarstufe I. Unterrichtsheft für die 7.–10. Klasse.

Behrendt, B. (2001 a): „Meine persönlichen Warnsignale“. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffektiver Erkrankung. Manual für Gruppenleiter. Tübingen: dgvt-Verlag.

Behrendt, B. (2001 b): „Meine persönlichen Warnsignale“. Ein Therapieprogramm zur Vorbeugung von Rückfällen bei schizophrener oder schizoaffectiver Erkrankung. Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer. Tübingen: dgvt-Verlag.

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Häßler, F./Bohne, S. (2006): Schizophrene Psychosen. In: Steinhausen, H.-Chr. (Hrsg.) (2006): Schule und psychische Störungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 147–162.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.) (2007): Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung.

7. Schulangst und Schulphobie

Berliner Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport in Kooperation mit der Landeskommision Berlin gegen Gewalt (Hrsg.) (2003): Schuldistanz. Eine Handreichung für Jugendhilfe und Schule. Berlin.

Oelsner, W./Lehmkuhl, G. (2002): Schulangst. Ein Ratgeber für Eltern und Lehrer. Düsseldorf und Zürich: Walter.

Ravens-Sieberer, U. et al. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50, S. 871–878.

Strittmatter, P. (1997): Schulangstreduktion. Abbau von Angst in schulischen Leistungssituationen. 2. überarbeitete Auflage. Neuwied [u. a.]: Luchterhand.

8. Tourette-Syndrom

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Tourette-Gesellschaft Deutschland e. V. (Hrsg.) (2002): Gilles de la Tourette-Syndrom. Ein Leitfaden für Lehrer. URL: http://www.tourette.de/download/leitfaden_lehrer.pdf, (25.03.2010).

9. Zwangsstörungen

Deutsche Gesellschaft für Zwangserkrankungen e. V.: Zwanghaftes Verhalten. URL: http://www.zwaenge.de/diagnose/frameset_diagnose.htm, (18.09.2010).

Eggers, C./Fegert, J. M./Resch, F. (Hrsg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Heidelberg: Springer.

Fischer, C./Hilff, G./Kimmig, A.: (2006): Zwangsstörungen. In: Kimmig, A. (Hrsg.) (2006): Chronische Krankheiten im Schulalter. Eine Informations-CD von Dr. med. Astrid Kimmig. Würzburg.

Remschmidt, H./Schmidt, M./Poustka, F. (Hrsg.) (2006): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 und DSM-IV. 5. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Strittmatter, P. (1997): Schulangstreduktion. Abbau von Angst in schulischen Leistungssituationen. 2. überarbeitete Auflage. Neuwied [u. a.]: Luchterhand.

Rückbegleitung in die allgemeine Schule

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2001): Chronische Erkrankungen als Problem und Thema in Schule und Unterricht. Handreichung für Lehrerinnen und Lehrer der Klassen 1–10. Köln.

Gravert, H./Krüger, D./Lemke, G. (1999): Fallbericht über eine geglückte Kooperation der Lehrkräfte einer Schule für Kranke und einer Regelschule. In: Harter-Meyer, R./Schulte-Markwort, M./Riedesser, P. (Hrsg.): Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Perspektiven einer Kooperation von Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie, Hamburg: LIT.

Harter-Meyer, R. (Hrsg.) (2000): „Wer hier nur Wissen vermitteln will geht baden“. Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hamburg: LIT.

Kroll, T. (2000): Soziale und schulische Integration von krebskranken Kindern und Jugendlichen. Berlin: dissertation.de.

Landwehr, S. J. (2008): (Re-)Integration chronisch kranker Kinder und Jugendlicher in Schulen. URL: <http://tobias-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2008/3343/pdf/Dissertation.pdf>, (02.08.2010).

Mettauer-Szaday, B. (2007): Disziplinarischer Schulausschluss und Time-out: Erkenntnisse aus 16 Fallstudien. URL: <http://www.nfp51.ch/files/SchulausschlussFallstudien.pdf>, (02.08.2010).

Ministerium für Bildung, Wissenschaft, Jugend und Kultur des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.) (2009): Krankenhaus- und Hausunterricht – Handreichung für die Praxis. Bingen: Rheindruck Bingen.

Sächsisches Staatsministerium für Kultus (Hrsg.) (2007): Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung. Dresden.

Schroeder, J. et al. (Hrsg.) (2000): „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. 2. Auflage. Tübingen: Attempto.

Szaday, C. (2007): Disciplinary school exclusion in Switzerland. URL: <http://www.nfp51.ch/files/SchoolExclusionSwitzerland.pdf>, (02.08.2010).

Pfeiffer, U. et al. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen: Attempto.

Projekt Interklinikschule (Hrsg.) (2006): Abschlussberichte des Projekts „Chronisch kranke Kinder in den allgemeinen Schulen“. URL: <http://www.interklinikschule.de/de/docs/abschlussbericht.pdf>, (26.03.2010).

Wertgen, A. (2009): Auf den Übergang kommt es an! Pädagogisch begleitete Schulrückführung als Angebot der Schule für Kranke für Schüler nach einem Psychiatricaufenthalt. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 8, S. 308–318.

