



Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

21. Jahrgang | Heft 3/2011

*Offizielles Mitteilungsorgan
der Sektion „Kinder- und Jugend-
psychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.*

forum

für Kinder- und Jugend-
psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie

Inhalt

Editorial: Separation, Integration, Inklusion <i>Ingo Spitzok von Brisinski</i>	2
Alle in einen Topf? Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inklusion <i>Klaus Hennicke</i>	16
Pädagogische Inklusion – Hoffnung oder Illusion? Anmerkungen eines Kinderpsychiaters <i>Wolfram Kinze</i>	35
Wo wir noch gar nicht wissen, wie wir das machen sollen – Fragen zur Inklusion <i>Michael Buscher</i>	42
Inklusion bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz unter Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte <i>Ingo Spitzok von Brisinski</i>	56
Inklusion gestalten – Seelische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Schule <i>Hubertus Adam, Heidi Bistritzky & Angela Ehlers</i>	77
Inklusion trifft Förderschwerpunkt <i>Herbert Kajosch</i>	102
Die therapeutische Gemeinschaft – Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie von geistig Behinderten, Mehrfachgeschädigten und Kindern mit autistischen Spektrum-Störungen – Ein Beitrag aus der Praxis der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten Fürstenwalde/Spree von 1972 bis 1990 <i>Susanne Stach</i>	105
Religion im medizinischen Alltag <i>Hamit Ince</i>	121
<i>Buchrezension</i> Zur Psychoanalyse der ADHS	127
<i>Hinweise für Autoren</i>	129

Editorial: **Separation, Integration, Inklusion**

Inklusion ist die Vision einer Gesellschaft, die gleichberechtigte, gesellschaftliche Teilhabe aller Menschen, ungeachtet sozialer und kultureller Herkunft, sexueller Präferenzen, des Geschlechts, der Begabungen und der Schwächen ermöglicht (vgl. Katzenbach & Schroeder 2007).

Inclusion International (www.inclusion-international.org) ist ein weltweiter Zusammenschluss Familien basierter Organisationen mit über 200 Mitgliedsverbänden in 115 Ländern aus den Regionen Naher Osten und Nordafrika, Europa, Afrika und Indischer Ozean, Nord- und Südamerika sowie Asien-Pazifik, der für die Menschenrechte von Menschen mit geistiger Behinderung weltweit eintritt. Die Vision von Inclusion International ist eine Welt, in der Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Familien in gleicher Weise an allen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens teilnehmen und wertgeschätzt werden. Um dies zu erreichen, engagiert sich Inclusion International für einen Wandel auf der Basis von vier Hauptprinzipien, die sich auf das Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihre Familien auswirken:

- Inklusion in alle Aspekte des täglichen gesellschaftlichen Lebens
- Volle Staatsbürgerschaft, die individuelle Verantwortung für die Menschenrechte respektiert
- Selbstbestimmung, um Kontrolle über Entscheidungen zu haben, die das eigene Leben betreffen
- Unterstützung von Familien durch adäquate Dienstleistungen und Netzwerke zur Unterstützung von Familien mit behinderten Angehörigen

Zu den Aspekten des täglichen gesellschaftlichen Lebens gehört auch das Recht, an Wahlen teilzunehmen. So berichtete beispielsweise Maria Alexandra Villanueva, Delegierte mit Down-Syndrom aus Peru, auf der UN-CRPD-Weltkonferenz (Committee on the Rights of Persons with Disabilities

der United Nations) darüber, dass in Peru etwa 20.000 Menschen mit Geistiger Behinderung nicht an den dortigen Wahlen teilnehmen dürfen (www.inclusion-international.org/2011/09/09/the-right-to-vote-inspiring-presentation-by-maria-alejandra-at-the-conference-of-states-parties-in-new-york). Prinzipien der *Convention on the Rights of Persons with Disabilities der United Nations* (www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm) sind:

- a) Achtung der Würde des Menschen, individueller Autonomie einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, und der Unabhängigkeit der Personen;
- b) Nicht-Diskriminierung;
- c) volle und wirksame Teilnahme und Teilhabe an der Gesellschaft;
- d) Achtung von Unterschiedlichkeit und Akzeptanz von Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschlichkeit;
- e) Chancengleichheit;
- f) Barrierefreiheit;
- g) Gleichstellung von Männern und Frauen;
- h) Respekt für die sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung des Rechts von Kindern mit Behinderungen auf Wahrung ihrer Identität.

Inclusion International hat internationale Experten-Teams aufgebaut (www.iicats.org), die als *Convention Action Teams* (CAT) in politischen Schlüsselbereichen weltweit technische Expertise und Beratung anbieten für nationalen Gruppen, die an der Umsetzung der *Convention on the Rights of Persons with Disabilities der United Nations* in vorrangigen Bereichen arbeiten.

„Inklusion“ ist Gegenstand dieses Themenheftes, orientiert an einem wichtigen aktuell formulierten politischen bzw. gesellschaftlichen Ziel. Auf dem Weg dorthin befinden sich viele von uns noch im Denkmodell der „Integration“. Um uns dort „abzuholen, wo wir stehen“, kann es nicht schaden, uns noch einmal damit zu beschäftigen, was „Integration“ eigentlich bedeutet: „Integration“ leitet sich vom lateinischen „integer“ (was in unserer Gesellschaft verdeutscht als Eigenschaft äußerst positiv besetzt ist, aber auch in der Informatik einen Datentyp bezeichnet, der ganzzahlige Werte speichert. Berechnungen mit Integern sind in der Regel exakt. Lediglich ein „Überlauf“ kann durch Überschreiten des zulässigen Wertebereichs auftreten. Das eng-

lischsprachige Wikipedia übersetzt das lateinische *integer* als “literally ‘untouched’, hence ‘whole’, the word *entire* comes from the same origin”) ab bzw. von „integrare“, was laut Duden (Bd.7, 2001, S.365) „heil, unversehrt machen, wiederherstellen, ergänzen“ bedeutet. Das lateinische „integratio“ wird mit „Wiederherstellung eines Ganzen“ (Duden, ebda.) übersetzt.

Die soziologische Bedeutung von Integration wird mit „Verbindung einer Vielfalt von einzelnen Personen od. Gruppen zu einer gesellschaftlichen und kulturellen Einheit“ (Duden, Bd. 5, 1999, S. 1959) angegeben. Damit wird deutlich, dass sich Integration nicht nur auf die Eingliederung von geistig, lern-, sprach-, körperlich und seelisch Behinderten bezieht, sondern auch auf weitere Ausgestaltungen menschlicher Vielfalt. So gibt es beispielsweise in Nordrhein-Westfalen ein „Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales“, auf dessen Website (www.integration.nrw.de) nicht Themen zur Integration von Menschen mit Behinderung dominieren, sondern Themen zur Integration von Menschen mit Migrationshintergrund. Am 25.9.2011 fanden sich beispielsweise folgende Schlagzeilen auf der Einstiegsseite: „Die Geschichte der Russlanddeutschen ist auch unsere Geschichte“, „Minister Schneider dankt den Zuwanderinnen und Zuwanderern aus der Türkei“ und „Migranten beschäftigen 300.000 Menschen in NRW – ihre Unternehmen sind ein wichtiges Potential auch für die Ausbildung junger Leute“.

Auch wenn der Begriff ‚Inklusion‘ aktuell durch die ‚UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen‘ bei uns publik wurde, hat dieser Begriff noch weitere Bedeutungen: Er stammt aus dem Lateinischen (*inclusio*) und bedeutet übersetzt *Einbeziehung*, *Einschluss*, *Eingeschlossenheit*, *Dazugehörigkeit*. Als Fachbegriff wird er auch benutzt für

- eine *mathematische Funktion*, die eine Teilmenge in ihre Grundmenge einbettet
- *fetale Inklusion*, bei der sich zunächst zwei Föten im Mutterleib entwickeln und danach, anders als bei Siamesischen Zwillingen, ein Fötus in den anderen einverleibt wird
- nichtmetallische Material-Einschlüsse in Metallen
- Einschlüsse von andersartigen Materialien in Mineralien

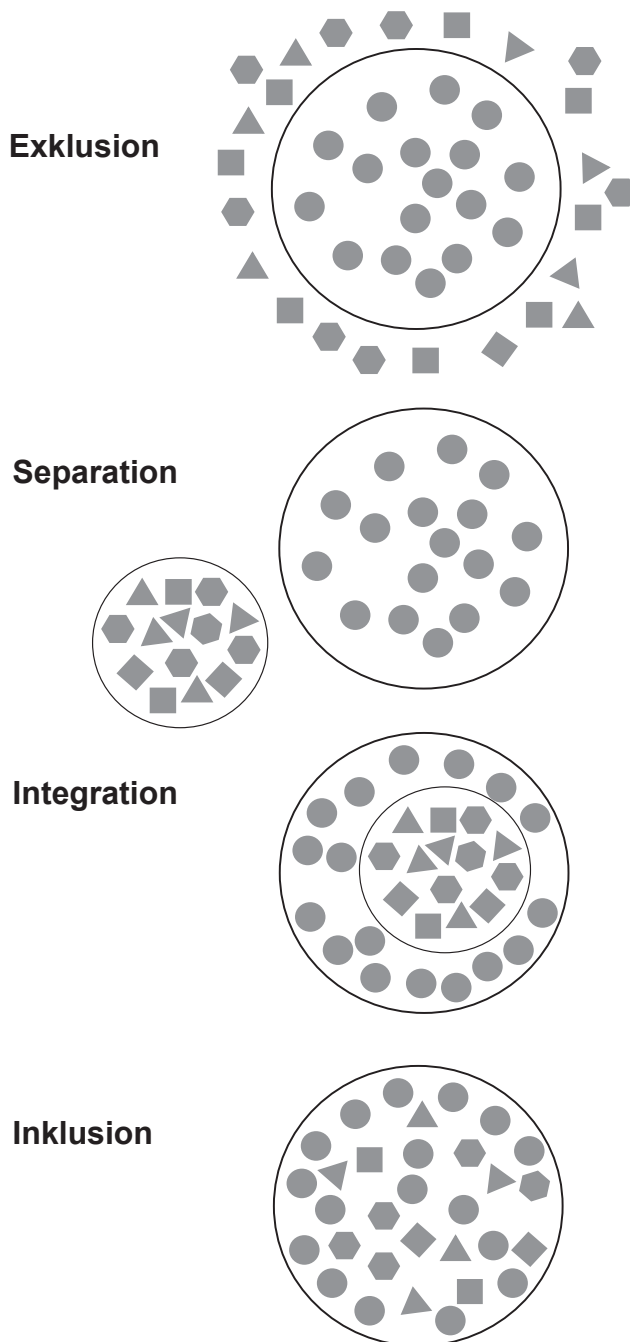


Abb.1: Verschiedene Formen des Zusammenlebens zwischen unterschiedlichen Gruppen in einer Gesellschaft/unterschiedlichen Mitgliedern in einer Gruppe.

Soziale Inklusion bedeutet, dass jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben. Abweichungen werden bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt bzw. aufgehoben. Das Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen.

Zentraler Ansatz der *inklusiven Pädagogik* ist die Wertschätzung der Vielfalt in Bildung und Erziehung. Befürworter betrachten Heterogenität als Normalität und plädieren gehen davon aus, dass jede Schule die Bildungs- und Erziehungsbedürfnisse aller Schüler zu befriedigen hat und dass dies umsetzbar ist. Sie geht von Gleichwertigkeit aller Individuen aus, ohne dass Normalität vorausgesetzt wird. Die einzelne Person ist nicht mehr gezwungen, nicht erreichbare Normen zu erfüllen, sondern die Gesellschaft schafft Strukturen, in denen sich Personen mit Besonderheiten einbringen und auf die ihnen eigene Art wertvolle Leistungen erbringen.

Form	Komplexität	Erhoffter Gewinn	Möglicher Preis
Platzierung über Persönlichkeitsmerkmale	Minimiert (Leistung, Sonderpädagogische Fachrichtungen)	Effizienz Sicherung der Expertise	Selektion Essentialismus
Inklusion - eine Schule für alle Kinder	Maximiert	Entstigmatisierung Soziale Integration Soziales Lernen	Organisation der Expertise Isolation in der Gemeinschaft
Profilbildung	Minimiert (Lebenslage, Neigung, Interesse, Weltanschauung)	Passgenauigkeit Effizienz	Selektion / Segregation Elitenbildung

Tab. 1: Umgang mit Komplexität im Bildungssystem aus Katzenbach & Schroeder 2007

Bei der Platzierung nach Alter, Begabung und Behinderung wird die Heterogenität der Schülerschaft so reduziert, dass Fachkompetenzen zielgerichtet zum Einsatz kommen können. Die Ursachen für Probleme werden den betroffenen Individuen zugeschrieben.

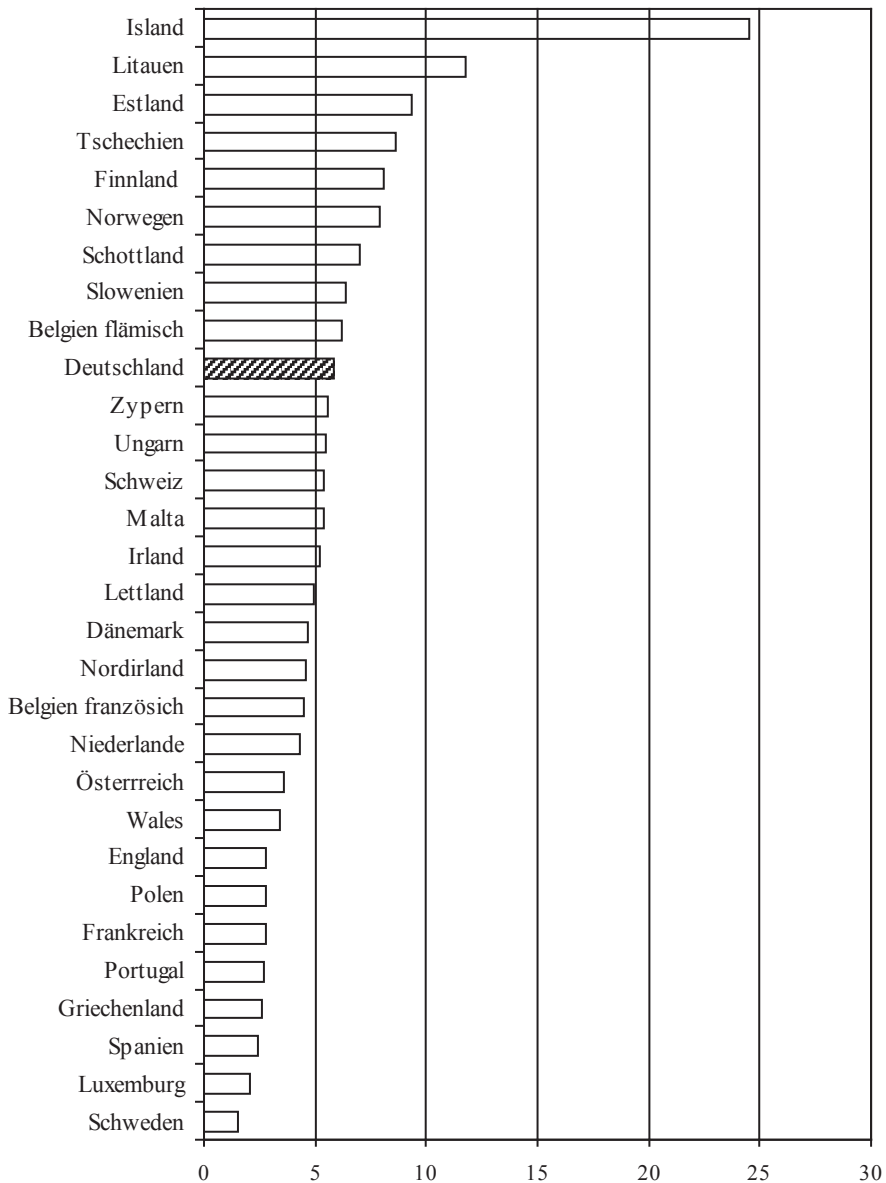


Abbildung 2: Anteil der Schüler mit *sonderpädagogischem Förderbedarf* unter allen Schülern in Prozent (errechnet aus Daten von EADSNE 2010)

Inklusive Schule will Komplexität nicht reduzieren, um niemanden auszugrenzen und Unterschiede als Anlässe erfahrungsbezogenen sozialen Lernens zu nutzen. Bei diesem Ansatz stellt sich die Frage, wie Fachkompetenzen einbezogen werden können und im Ansatz der individuellen Förderung verhindert werden kann, dass jedes Kind nur noch seinen maßgeschneiderten Wochenplan still für sich abarbeitet ohne Kooperation mit den Mitschülern. Komplexität lässt sich auch durch Profilbildung reduzieren (Montessori- und Waldorfschulen, altsprachliche und naturwissenschaftliche Profile an Gymnasien, Europaschulen im Primarbereich, Schülerfirmen in der Sekundarstufe).

„Es wird die passende Schule für das jeweilige Kind gesucht, und nicht die Schule für das Kind passend gemacht“ (Katzenbach & Schroeder 2007).

Wie (schnell) sich diese Vision verwirklichen lässt, hängt auch von der Ausgangslage ab:

Bzgl. *sonderpädagogischer Förderung allgemein* im Rahmen des Bildungssystems nahm Deutschland im Schuljahr 2007/2008 einen oberen Mittelplatz ein (siehe Abbildung 2): 5,8 % aller Schüler erhalten sonderpädagogische Förderung, in Island dagegen 24,5% (EADSNE 2010). Beim Vergleich der Inklusionsanteile ist jedoch zu berücksichtigen, dass international Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf (students with special educational needs, SEN) unterschiedlich definiert sind. In mehreren Staaten werden z.B. Kinder, denen in Deutschland Förderbedarf mit dem Förderschwerpunkt Lernen oder Emotionale und soziale Entwicklung“ zuerkannt wird, nicht als Kinder mit SEN gerechnet, sondern allgemein schulpädagogisch gefördert; sie fallen damit aus der Statistik der „students with SEN“ heraus.

In der *sonderpädagogischen Förderung an Förderschulen* nimmt Deutschland dagegen den zweiten Platz ein oder den zweitletzten – je nachdem, wie man den zweithöchsten Prozentsatz innerhalb der europäischen Länder bewertet (Abbildung 3). In Bezug auf die anderen europäischen Länder kann jedenfalls unzweifelhaft festgestellt werden, dass in Deutschland relativ viele Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf an Förderschulen unterrichtet werden im Vergleich zu den anderen Ländern – oder man argumentiert, dass der Unterschied zwischen 5% und 1% aller Schüler nicht wirklich einen Unterschied macht, der einen Unterschied macht (vgl. Bateson 1981, S. 582).

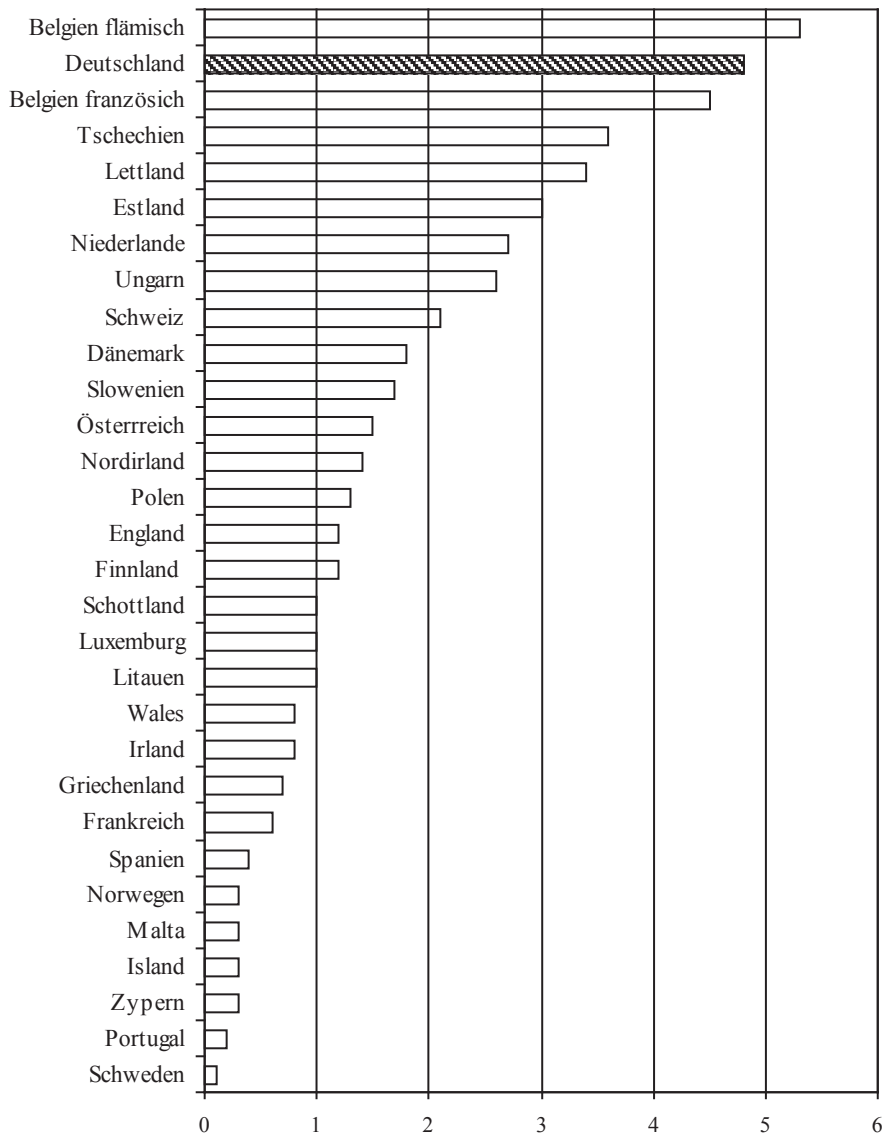


Abbildung 3: Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an *Förderschulen* beschult werden, an allen Schülern in Prozent (errechnet aus Daten von EADSNE 2010)

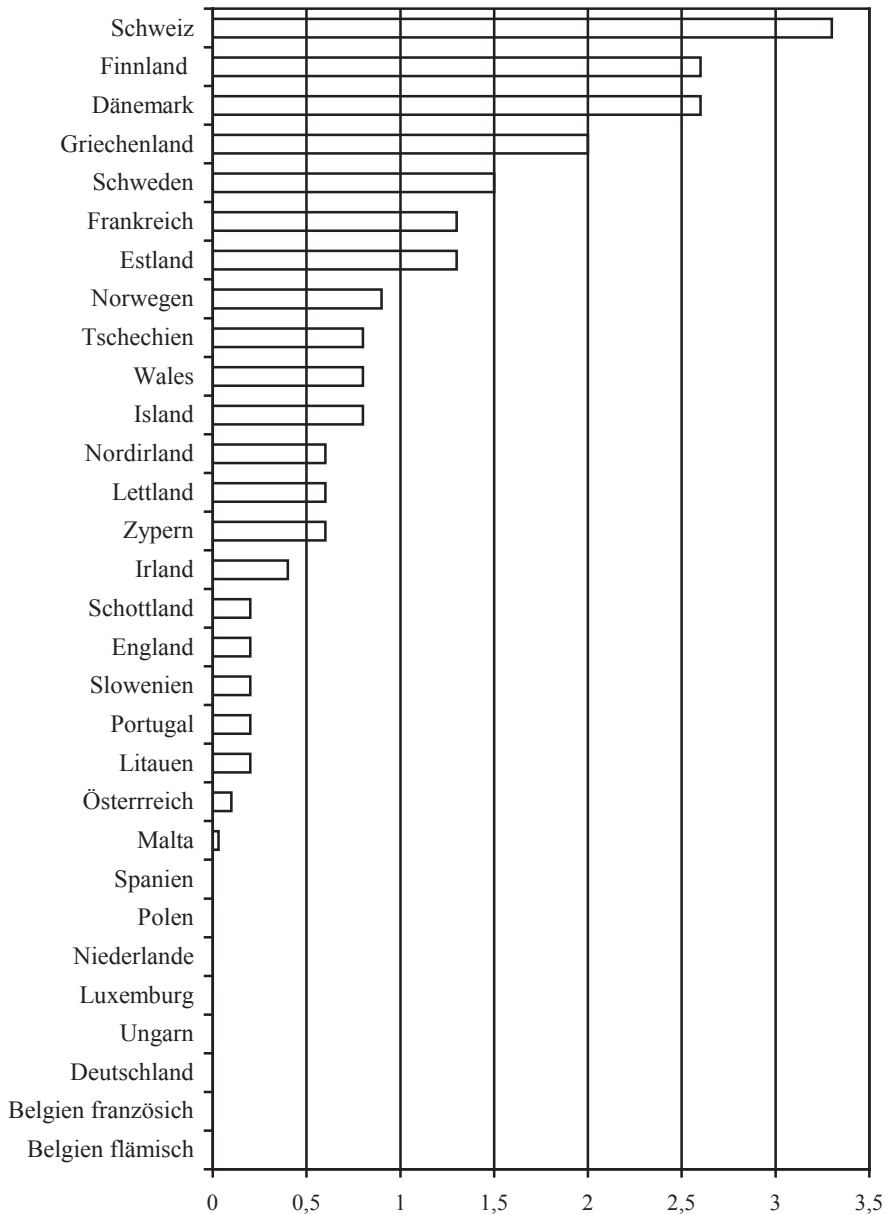


Abbildung 4: Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an Regelschulen in *separierten Förderklassen* für mindestens 80% der Unterrichtszeit beschult werden, an allen Schülern in Prozent (errechnet aus Daten von EADSNE 2010)

Separierte Förderklassen an Regelschulen spielen in Deutschland keine Rolle (Abb. 4) und bei den „*fully inclusive settings*“ liegt Deutschland bisher weit hinten (Abb. 5). Allerdings liegt hier die Mehrheit aller Länder ebenfalls unter 5% aller Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, so dass Deutschland diesbezüglich Keine Ausnahmestellung einnimmt.

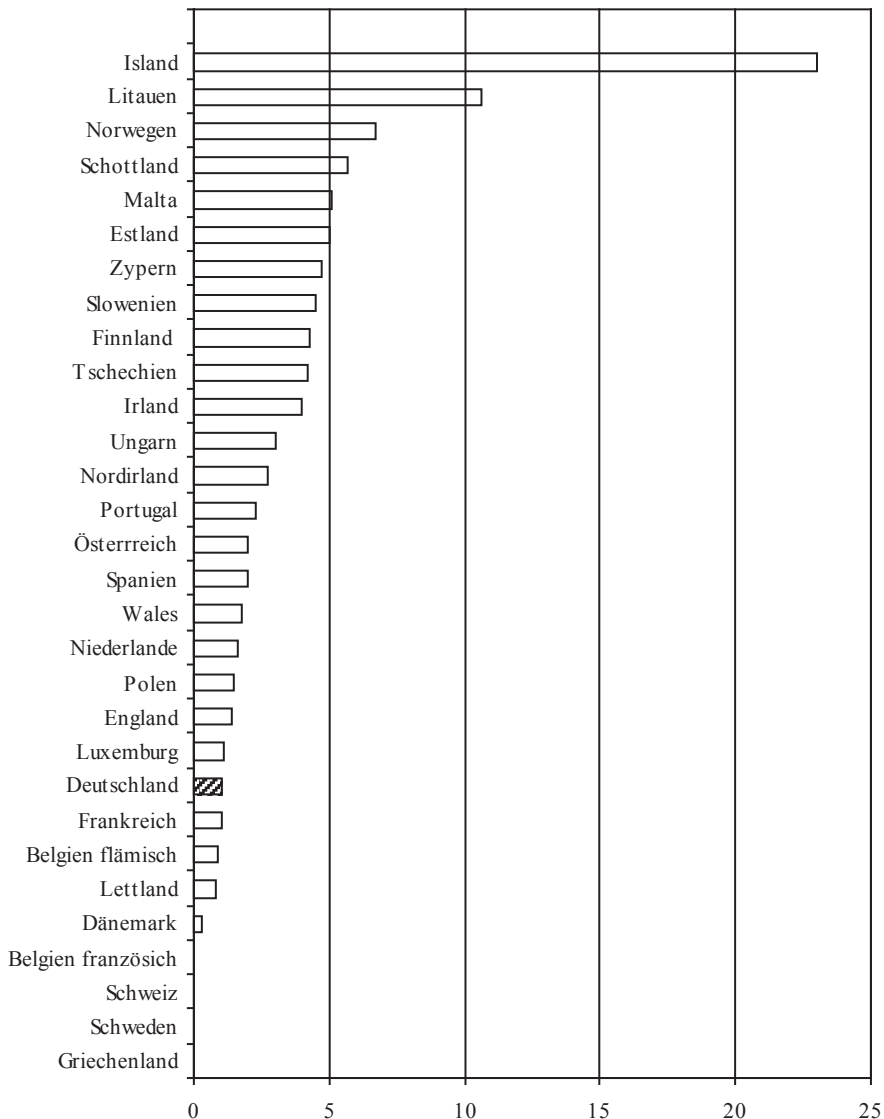


Abbildung 5: Anteil der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf, die an Regelschulen in „fully inclusive settings“ beschult werden, an allen Schülern in Prozent (errechnet aus Daten von EADSNE 2010)

An allgemein bildenden Schulen insgesamt (inkl. Förderschulen, jedoch ohne Berufsschulen) hat die Zahl der Schüler von 9.727.034 im Jahr 2003 auf 8.905.753 im Jahr 2009 abgenommen (-8%) und die Zahl der Lehrkräfte (in Vollkräften) von 608.986 im Jahr 2003 auf 607.400 im Jahr 2009 (-0,3%). Die Zahl der erteilten Unterrichtsstunden hat sich von 14.488.785 im Jahr 2003 auf 14.093.190 im Jahr 2009 verringert (-3%).

Die Zahl der Schüler an Förderschulen hat sich von 429.440 Schülern im Jahr 2003 kontinuierlich verringert auf 387.792 Schüler im Jahr 2009 (-10%, also 2% mehr als an allen allgemein bildenden Schulen insgesamt), die Zahl der Klassen an Förderschulen von 42.191 im Jahr 2003 auf 39.750 im Jahr 2009 (-6%), die Zahl der Schüler je Klasse von 10,2 im Jahr 2003 auf 9,8 im Jahr 2009 (-4%). Dagegen hat sich die Zahl der Lehrkräfte (Angabe in Vollkräften) von 64.047 im Jahr 2003 auf 66.317 im Jahr 2009 erhöht (+4%) und damit die Zahl der Schüler je Lehrer von 6,7 im Jahr 2003 auf 5,8 im Jahr 2009 verringert (-13%). Die Zahl der Unterrichtsstunden insgesamt an Förderschulen hat sich von 1.544.787 im Jahr 2003 auf 1.522.515 im Jahr 2009 verringert (-1%), die erteilten Unterrichtsstunden je Schüler jedoch von 3,60 im Jahr 2003 auf 3,93 im Jahr 2009 erhöht (+9%) und die Zahl der erteilten Unterrichtsstunden je Klasse von 36,6 im Jahr 2003 auf 38,3 (+5%) im Jahr 2009 (www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dok_190_SKL.pdf).

Im Schuljahr 2009/2010 erhielten nach Statistiken der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder insgesamt 485.418 Schüler sonderpädagogische Förderung, davon 387.792 (= 80%) an Förderschulen (www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_Sopae_2009.pdf).

97.626 Schüler wurden sonderpädagogisch an allgemeinen Schulen gefördert (,Integrationsschüler'), davon 55.028 an Grundschulen, 15.621 an Hauptschulen, 7.373 an Schularten mit mehreren Bildungsgängen, 6.489 an integrierten Gesamtschulen, 4.004 an Orientierungsstufen, 2.450 an freien Waldorfschulen, 2.010 an Gymnasien, 1.777 an Realschulen und 34 im Vorschulbereich. Dabei sind die unterschiedlichen Förderschwerpunkte mit unterschiedlichen Anteilen auf die verschiedenen Schularten verteilt: Während insgesamt 43.340 Schüler an allgemeinen Schulen sonderpädagogische Förderung mit dem Förderschwerpunkt Lernen erhalten (= 44% aller Integrationsschüler), ist dies in den Gymnasien nur bei 67 (= 3% aller Integrationsschüler an Gym-

nasien). 3.514 Schüler an Allgemeinschulen insgesamt erhalten sonderpädagogische Förderung mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung (= 4% aller Integrationsschüler), an Gymnasien 26 Schüler (= 1%).

„Inklusion drückt für Schule das *bildungspolitische Ziel* aus, das *gesamte sonderpädagogische Fördersystem umzusteuern auf nichtselektive Strukturen in allgemeinen Schulen*“ (Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 30). Eine vollständige Umwandlung aller Schulen in Inklusionsschulen unter den für 2009 genannten statistischen Bedingungen würde bedeuten, dass sich die Klassengröße für die bisher an Förderschulen unterrichteten Schüler von durchschnittlich 9,8 auf 21 (Grundschule) bzw. ca. 25 (gemittelt aus den Klassengrößen der verschiedenen weiterführenden Schulen) erhöht. Dies könnte u. a. für Schüler mit ADHS schwierig werden, da dieser Personenkreis in der Regel in kleinen Lerngruppen deutlich besser zu Recht kommt als in großen. Aber auch für Schüler mit dem Förderschwerpunkt Hören dürfte ein Lärmpegel, der von 25 Schülern ausgeht, kaum geeignet sein, die Lernbedingungen zu verbessern.

In den Förderschulen standen 2009 insgesamt 66.317 Lehrkräfte (Vollkräfte) für 39.750 Klassen zur Verfügung, d. h. es unterrichteten durchschnittlich 1,7 auf die Kompetenzen und Schwächen der jeweiligen Schülergruppe hochspezialisierte Sonderpädagogen über die gesamte Unterrichtszeit in einer Klasse von durchschnittlich 9,8 Schülern bzw. 5,8 Schüler pro Lehrkraft. Würden die 387.792 Schüler der Förderschulen auf alle Schularten gleichmäßig verteilt, verändert sich bei insgesamt 8.905.753 Schülern und 607.400 Lehrkräften das Verhältnis auf durchschnittlich 15 Schüler pro Lehrkraft. Da aber nur etwas mehr als 10% aller Lehrkräfte Sonderpädagogen sind, bedeutet dies, dass durchschnittlich 150 Schüler auf eine sonderpädagogische Lehrkraft kommen würden.

Bei der aktuellen deutschen sonderpädagogischen Förderquote von 5% ist bei einer durchschnittlichen Klassengröße von 21 bzw. 25 (siehe oben) davon auszugehen, dass sich in jeder Klasse durchschnittlich ca. 1 Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf befände (obwohl Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 54, fordern: „Es sollten in der Regel mehrere, aber höchstens vier Kinder mit *dauerhaftem* Förderbedarf in einer Klasse sein. Einzelintegration sollte nur in Sonderfällen in der Grundschule ermöglicht werden, etwa im ländlichen Raum für Kinder mit seltenen Behinderungen“).

Bei rund 360.000 Klassen und ca. 80.000 Sonderpädagogen würde dies 0,2 Sonderpädagoge pro Klasse bedeuten bzw. dass 1 Sonderpädagoge in 5 Klassen zu unterrichten hätte. Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf hätten also durchschnittlich nur noch ein Fünftel ihrer Unterrichtszeit tatsächlich sonderpädagogische Förderung. Kein Problem? Schreiben doch Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 55): „In der Regel ist *keine volle Doppelbesetzung* durch zusätzliche Sonderpädagogen nötig.“ Aber dieselben Autoren schreiben in derselben Publikation (S. 29-30), dass der seit den 1970er Jahren in Deutschland durchgeführte *Gemeinsame Unterricht* (GU) „dem, was heute als „inklusive“ definiert wird, entspricht: individuell im Rahmen der gemeinsamen Lerngruppe auf die unterschiedlichen Lern- und Unterstützungsbedürfnisse aller Kinder einzugehen. *Gemeinsamer Unterricht war und ist in diesem Sinne immer schon inklusiv gewesen*“ und „Gemeinsamer Unterricht (GU) meint dabei, dass die erforderliche individuelle Hilfe im Grundsatz *innerhalb des Klassenverbandes* erfolgt und zwar in einem (weitgehenden) Zwei-Pädagogen-Team. Es ist selbstverständlich, dass dies gelegentliche oder gezielte Einzel- und Kleingruppenbildung parallel oder zusätzlich zum Unterricht nicht ausschließt“ – da in Regelschulen meist nur 1 Lehrkraft in der Klasse unterrichtet, dürften die zusätzlichen 0,2 VK Sonderpädagoge kaum reichen, *weitgehenden* Unterricht im Zwei-Pädagogen-Team („durch Doppelbesetzung entstehende Teamarbeit“, Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 37) durchzuführen. Vielmehr wäre für Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf unter solchen Bedingungen Unterricht im Zwei-Pädagogen-Team die Ausnahme.

Sind, wie von Klemm & Preuss-Lausitz gefordert, in der Regel mehrere, aber höchstens vier Kinder mit dauerhaftem Förderbedarf in einer Klasse und wird Einzelintegration nur in Sonderfällen ermöglicht, würde dies bedeuten, dass es auf jede ‚Integrations-‘ bzw. ‚Inklusionsklasse‘ 3 Klassen gäbe, in der sich keine Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf befänden – es gäbe also ‚Inklusionsklassen‘ und ‚Regelklassen‘: Ist das Inklusion, wie es die Vision beabsichtigt? Was ist denn dann normal? Sind die ‚Inklusionsklassen‘ nicht wieder separierende, ausgrenzende ‚Sonderklassen‘? Zumindest wären die Klassen ohne Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf mit 3:1 in der Überzahl.

Und wie muss Konzept gerecht reagiert werden, wenn Eltern wünschen, dass ihr Kind mit sonderpädagogischem Förderbedarf in einer der 3 Klassen beschult wird, die bisher keine Inklusionsklasse war? Er entscheidet, ob das sein darf?

Nach Katarina Tomasevski (2006) muss Bildung verfügbar (wählbar), zugänglich (u. a. wohnortnah), annehmbar (hochwertig), anpassungsfähig und bezahlbar sein. Möglicherweise lassen sich diese Ansprüche am besten erfüllen durch eine differenzierte Schullandschaft, in der neben Schulen mit umfassend realisierter Inklusion auch spezialisierte Förderorte weiterbestehen.

Dazu passt wohl in weitem Sinne folgende Aussage von Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 43): „Kein schwer mehrfach behindertes Kind wird gezwungen, am gemeinsamen Unterricht teilzunehmen. Vielmehr spricht die UN-Konvention vom Recht (nicht der Pflicht) auf gemeinsamen Unterricht.“

Ihr Ingo Spitzok von Brisinski

Literatur

Bateson, G. (1981) Ökologie des Geistes. Frankfurt: Suhrkamp

EADSNE - European Agency for Development in Special Needs Education (2010) Special Needs Education. Country Data 2010. www.european-agency.org/publications/ereports/special-needs-education-country-data-2010/SNE-Country-Data-2010.pdf

Katzenbach, D.; Schroeder, J. (2007) Ohne Angst verschieden sein können. Über Inklusion und ihre Machbarkeit. Zeitschrift für Inklusion, Nr. 1 www.inklusion-online.net/index.php/inklusion/article/view/2/2

Klemm, K.; Preuss-Lausitz, P. (2011) Auf dem Weg zur schulischen Inklusion in Nordrhein-Westfalen. Empfehlungen zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention im Bereich der allgemeinen Schulen. www.schulministerium.nrw.de/BP/Inklusion_Gemeinsames_Lernen/Gutachten_Auf_dem_Weg_zur_Inklusion_/NRW_Inklusionskonzept_2011_-_neue_Version_08_07_11.pdf

Tomasevski, K. (2006) The State of the Right to Education Worldwide. Free or Fee: 2006 Global Report. www.katarinatomasevski.com/images/Global_Report.pdf

Alle in einen Topf? Kinder- und Jugendpsychiatrie und Inklusion

Klaus Hennicke

„Es ist natürlich leichter, ein Handicap zu leugnen, als es zu überwinden.“
Harald Martenstein, Der Tagespiegel vom 3.7.2011

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Bereits am 26. März 2009 wurde die *UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert¹. Seitdem ist sie der neue Rechtsrahmen für die Behindertenpolitik in Deutschland: Sie erhebt die Rechte von Menschen mit Behinderungen zur Grundlage und zum Maßstab politischen Handelns. Das bedeutet einen „*Wechsel von einer Politik der Fürsorge zu einer Politik der Rechte*“ (Aichele, 2010), der zur Folge hat, dass Menschen mit Behinderungen nicht mehr *wegen* ihrer Behinderungen besondere und zusätzliche Rechte bekommen, sondern dass ihnen *die universellen Rechte als Menschen* zustehen, über deren Gewährung und Schutz der Staat zu besonderer Aufmerksamkeit verpflichtet ist. Es geht um die „*uneingeschränkte Zuerkennung aller bürgerlichen Rechte*“ (Jantzen, 2011; vgl. Art. 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht). Es ist also *kein Sonderrecht*, das Menschen mit Behinderungen zusätzliche Privilegien schafft, sondern ist zu verstehen vor dem *Hintergrund der historischen Erfahrungen*, dass diese Menschen in der Wahrnehmung und Verwirklichung ihrer allge-

¹ „Das Ratifizierungsdilemma für die Bundesregierung lag darin, die Zustimmung der KMK und der Bundesländer zu Art. 24 zu bekommen. Dass die ‚eine Schule für alle‘ trotz nachgewiesener Bildungungerechtigkeiten und miserabler Leistungsergebnisse des selektiven Schulsystems nicht das gemeinsame Ziel der 16 Kultusminister in der KMK ist, ist hinlänglich bekannt. Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales muss also zu einem Übersetzungstrick greifen, um den Forderungskatalog der Konvention zu verwässern. So wurde aus „inclusion“ im englischen Original in der deutschen Übersetzung einfach „Integration“. Der Integrationsbegriff soll die Konvention anschlussfähig erscheinen lassen an die deutschen Schulverhältnisse“ (Aichele, 2010). Rechtlich verbindlich ist allerdings nur die englische Originalfassung.

meinen Rechte weltweit und in *allen* Gesellschaften mehr oder weniger eingeschränkt werden².

Der Artikel 1 der Konventionen lautet:

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“

Menschen mit Behinderungen sind als selbstverständliche und selbständige Akteure in der Gesellschaft zu begreifen, die die gleichen Rechte wie alle anderen haben und diese auch aktiv einfordern. Sie sind nicht mehr geduldige, auf Fürsorge und Hilfe hoffende Menschen.

Die Konvention listet in 26 Artikeln die entscheidenden Rechtsbereiche auf. Es lohnt sich, diese sich zu vergegenwärtigen.³

Nach Artikel 4 ist der Staat zur Umsetzung der UN-Konvention verpflichtet in der Form, dass er

- „ohne jeden Zeitaufschub“ reagieren muss (z.B. bei der inklusiven Bildung);
- die schrittweisen Umsetzung organisieren muss;
- als Verantwortungsträger für das Handeln wie für etwaige Versäumnisse rechenschaftspflichtig ist (vgl. Aichele, 2010).

² Wie auch andere UN-Übereinkommen (z.B. die UN-Kinderrechtskonvention vom 20.11.1989) muss die „Behindertenrechtskonvention“ als Signal einer *andauernden Bedrohungssituation* verstanden werden, die dringendes politisches Handeln erfordert.

³ Die Rechtsbereiche der UN-Konvention über die Recht von Menschen mit Behinderungen: Recht auf Leben (Art. 10), Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Recht und Schutz des Rechts- und Handlungsfähigkeit (Art. 12), Recht auf Freiheit und Sicherheit (Art. 14), Freiheit von Folter (Art. 15), Freiheit vor Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch (Art. 16), das Recht auf körperliche und seelische Unversehrtheit (Art. 17), Freizügigkeit (Art. 18), das Recht auf Staatsangehörigkeit (Art. 18), das Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gesellschaft (Art. 19), das Recht auf persönliche Mobilität (Art. 20), das Recht auf freie Meinungsäußerung (Art. 21), das Recht auf Zugang zu Informationen (Art. 21), Achtung der Privatsphäre (Art. 20), Achtung der Wohnung (Art. 23), Familie und Familiengründung (Art. 23), Recht auf Bildung (Art. 24) und auf Gesundheit (Art. 25), das Recht auf Arbeit und Beschäftigung (Art. 27), das Recht auf einen angemessenen Lebensstandard (Art. 28), Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (Art. 29), Teilhabe am kulturellen Leben sowie auf Erholung, Freizeit und Sport (Art. 30).

Jeder Staat ist zudem verpflichtet eine *unabhängige Stelle* zu schaffen, die das Monitoring auf innerstaatlicher Ebene dauerhaft sichergestellt und gewährleistet. In Deutschland wurde als diese Monitoringstelle das seit 2000 bestehende *Deutsche Institut für Menschenrechte* in Berlin beauftragt⁴.

Bisher gibt in Deutschland keine individuelle Einklagbarkeit der Rechte. Die Konvention ... „*entfaltet(n) keine unmittelbare Rechtswirkung, weil die Vorschrift nicht hinreichend bestimmt ist*“ (nach einem Urteil des VGH Kassel vom 12.11.09; Az. 7 B 2763/09d)⁵. D.h. solange die Bestimmungen der Konvention nicht *in eigenes (Bundes- oder Landes-)Recht* übersetzt worden ist, sind sie nicht einklagbar⁶.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen bedeutet nach Ansicht des Direktors des Deutschen Instituts für Menschenrechte, Heiner Bielefeldt, eine wesentliche Erweiterung des „Menschenrechtsdiskurses“ durch die

starke Akzentsetzung auf soziale Inklusion, die ausdrücklich vom Postulat individueller Autonomie her gedacht und von dorthin von vornherein als eine freiheitliche Inklusion definiert wird.

Diese *politische Dimension* sollte in allen Diskussionen über Inklusion – über die leicht zu verwässernden moralisch-ethischen Inhalte und eher technischen Forderungen hinaus – eine wichtige Rolle als zentraler Prüfstein für die Glaubwürdigkeit inklusiver Projekte einnehmen.⁷

⁴ Sie besteht aus 6 MitarbeiterInnen. Leiter der Monitoringstelle ist Dr. jur. Valentin Aichele; Zimmerstr. 26/27, 10969 Berlin, Tel.: 030 25 93 59 – 450, E-Mail: aichele@institut-fuer-menschenrechte.de. In der Republik Österreich wurde die Monitoringstelle (*Büro des Unabhängigen Monitoringausschusses*) bemerkenswerterweise beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz angesiedelt (1010 Wien, Stubenring, Fax: +43 171894702706).

⁵ Quelle: <http://www.cbf-muenchen.de/aktuelle-ausgabe/477-inklusive-bildung-in-bayern-ii-> (13.1.2011)

⁶ Vorsorglich wurde daher beispielsweise in einem offiziellen Papier des Berliner Senats zur Schulreform festgestellt: „*Ein Einzelner kann sich mithin nicht ohne Umsetzung der Vorschrift unmittelbar auf sie berufen und dies ggf. gerichtlich geltend machen*“ („*Gesamtkonzept Inklusive Schule*“, 2011, 6).

⁷ An dieser Stelle können die mittlerweile vorliegenden sog. Aktionspläne der Bundesregierung und einiger Landesregierungen unter den genannten Aspekten nicht diskutiert werden. Allein der Titel des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales erarbeiteten Vorlage für den Kabinettsbeschluss vom 16.6.2011 stimmt nicht optimistisch: „*einfach machen*“ – *Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der Reihe „einfachmachen - Gemeinsam die UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen“* des federführenden Ministeriums. Der Plan wird einhellig von Behindertenverbänden (z.B. Forsea – Forum für selbstbestimmtes Leben mit zahlreichen Mitgliedsverbänden oder von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.) abgelehnt. Deutlich wird allerdings, wie unglaublich komplex und kompliziert die Umsetzung der Konvention ist und wie notwendig es

Inklusion und inklusive Gesellschaft als tragender Leitbegriff der UN-Konvention

Eine inklusive Gesellschaft bedeutet eine *Gesellschaftsform*,

- in der die gesamte *Vielfalt* menschlicher Lebensäußerungen und Daseinsformen (alle Dimensionen von Heterogenität⁸) selbstverständlich und akzeptiert sind,
- in der es keine Ausgrenzungen von gesellschaftlichen Gruppen mehr gibt (Marginalisierungen und damit Diskriminierung),
- in der jedem Menschen lebenslanges Lernen ermöglicht wird,
- in der jeder an seinem Platz ungehindert am Leben in der Gesellschaft teilhaben kann.

Als wichtigster Motor oder auch Mittel zur Verwirklichung der sozialen Inklusion wird die Verwirklichung des Rechts auf (inklusive) Bildung (Art. 24) angesehen. Dort heißt es zusammengefasst:

- (1) ... Gewährleistung eines *integrativen*⁹ *Bildungssystems auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen* mit den Zielen
- Volle Entfaltung der *menschlichen Möglichkeiten, des Bewusstseins der Würde und des Selbstwertgefühl des Menschen*
 - Stärkung der Achtung vor den *Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt*
 - Volle Entfaltung der *Persönlichkeit, der Begabungen, der Kreativität, der geistigen und körperlichen Fähigkeiten*
 - Befähigung zur *wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft*.

Die bisherige Fokussierung der Inklusionsdebatte auf den Bereich Bildung ist aus dieser Sicht durchaus begründet, weil leicht vorstellbar ist, dass die mit Bildung vermittelten ethischen Grundwerte zu Leitlinien individuellen Handelns werden (können). Zudem erscheinen im schulischen Bereich die Möglichkeiten für Inklusion realistischer als anderswo. Und es gibt – zumindest

ist, dazu eindeutige, richtungsweisende politische Vorgaben zu beschließen. Diese kann man nicht so „einfach machen“! Bei einem so wichtigen gesellschaftspolitischen Vorhaben kann man auch nicht einfach die Zivilgesellschaft aufzufordern, mal loszulegen!

⁸ Nach Valerie Bradley, Präsidentin des Human Services Research Institute, Cambridge, Mass., umfasst diese Heterogenität „Behinderungen, Geschlecht, ethnische und rassische Zugehörigkeit, Staatsangehörigkeit, sexuelle Orientierung, Muttersprache, soziale Schichtzugehörigkeit, Religion, körperliche Verfassung ...“ (Zit.n. Hinz, 2007; Übersetz. KH).

⁹ Im Original steht hier „inclusive“ (s. Anm. 2).

was die *integrativen* Angebote angeht – eine Anzahl von positiven Erfahrungen¹⁰. Allerdings beschränken sich diese Erfahrungen wesentlich nur auf den vorschulischen und Grundschulbereich. Von einem *integrativen* Schulsystem in Deutschland kann keine Rede sein. Nur ca. 15% aller behinderten Kinder in Deutschland besuchen gegenwärtig eine *allgemeine* Schule! Bei den Kindern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (geistig Behinderte) waren es 2008 nur 3,3%¹¹.

Darüber hinaus: *Inklusion ist mehr als Integration*. Integration steht für *Raum schaffen* innerhalb bestehender Strukturen *auch* für Menschen mit Behinderungen. Inklusion bedeutet aber die (Um-)Gestaltung der gesellschaftlichen Strukturen und Institutionen auf eine Weise, dass sie der realen Vielfalt der Lebenslagen von Menschen (insbes. mit Behinderungen) *von vornherein* gerecht werden. Dazu bedarf es einer durchgehenden selbstverständlichen gesellschaftlichen und natürlich auch einer ganz persönlichen *Haltung der Wertschätzung* gegenüber Menschen mit Behinderungen *in allen Bereichen* der Gesellschaft. Das ist mehr als einfache Akzeptanz.

Die Idee der inklusiven Gesellschaft ist faszinierend und zutiefst humanistischen Werten sowie dem Ideal einer gerechten, demokratischen Gesellschaft verpflichtet¹². Sie gründet sich auf die grausamen Erfahrungen der Mensch-

¹⁰ Die häufig zitierten positiven Beispiele sind in aller Regel „Modellschulen“ mit einer oftmals hochselektierten Schülergruppe aus eher bildungsorientierten sozialen Schichten oder auch einzelne engagierte Projekte in verschiedenen Bereichen. Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Hubert Hüppe will – um aus dieser offensichtlichen Vereinzelung herauszukommen – eine „Landkarte der inklusiven Beispiele“ entwickeln (www.inklusionslandkarte.de) (Zit.n. Infothek. Teilhabe 50,3(2011)139)

¹¹ Nach den Zahlen der Kultusministerkonferenz der Länder (KMK) nahm die absolute Anzahl von *Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* im Zeitraum 1999 – 2008 von 65.587 auf 77.292 zu (+ 11.705; Quote 0,71 – 0,97) zu. Nahezu unverändert blieb die Quote der geistig behinderten Schüler in den Förderschulen bei ca. 97%, die Quote der geistig behinderten Schüler in den allgemeinen Schulen stieg in der Zeit geringfügig von 2,8% auf 3,3%. Für die einzelnen Bundesländern liegen die Quoten im Jahre 2008 zwischen 0,42% (Baden-Württemberg) und 27,62% in Hamburg. Fazit: (Die zahlreichen Tagung zum Thema Inklusion) „*sind nahezu spurlos an der Bildungspraxis unseres Landes vorbeigegangen*“ (Frühauf, 2011).

¹² Die Idee freilich ist nicht neu. Der *Traum von der uneingeschränkten Teilhabe aller Menschen an den materiellen, kulturellen, sozialen und rechtlichen Ressourcen einer Gesellschaft* zieht sich wie ein roter Faden durch die neuere Geschichte: „*Freiheit, Gleichheit, Brüderlichkeit*“ als Leitidee der Französischen Revolution und den Idealen der sozialistischen Revolution „*Jeder nach seinen Fähigkeiten, jedem nach seinen Bedürfnissen*“ (Karl Marx) bis hin zu den Freiheitsbewegungen der Dritten Welt und den aktuellen Rebellionen in den arabischen Ländern. Und diese Ideen waren und sind immer politische Forderungen derjenigen sozialen Gruppen bzw. in deren wohlverstandenen Interessen, die von diesen Ressourcen mehr oder weniger ausgeschlossen waren oder sind.

heitsgeschichte von Vernichtung, Ermordung, gesellschaftlichen Ausschluss, grenzenloser Ausbeutung und Misshandlung von negativ etikettierten Menschengruppen. Sie gründet sich daher auch auf die Hoffnung auf eine *neue politische Ordnung*, auf die *Transformation* gegenwärtiger gesellschaftlich-ökonomischer Bedingungen, in die keine Ausgeschlossenen mehr schaffen (vgl. Jantzen, 2011). Diese politische Dimension hat wie bereits angedeutet, viel zu wenig Platz in der Diskussion, die sich eher als moralische Forderung präsentiert.

Nicht zuletzt bedeutet Inklusion selbstverständlich auch immer eine ganz *persönliche* Lebenssituation in jedem konkreten Einzelfall, den es in seiner *Individualität* zu verstehen und in den situativen, familiären wie auch unmittelbaren gesellschaftlichen Kontext einzuordnen gilt. Inklusion fordert daher auch die Verbesserung einer individuellen Lebensweise im Sinne größerer bzw. größtmöglicher Zufriedenheit und Ausgeglichenheit, sonst würde sie natürlich keinen Sinn machen. Das bedeutet, Hilfen und Unterstützungen bereitzustellen, damit die einzelne Person inklusive Bedingungen *für sich nutzen* kann. Die Mütter und Väter der UN-Konvention haben dies klar erkannt. Nicht umsonst haben sie teilweise sehr detailliert aufgelistet, was behinderte Menschen alles brauchen, um inklusiv leben zu können (s.u.). Es wäre naiv zu glauben, inklusive Bedingungen würden quasi naturwüchsig individuelle Zufriedenheit schaffen („Freiheit heilt“).

So ergeben sich über die Notwendigkeit tiefgreifender politischer und ökonomischer Veränderungen der Gesellschaft hinaus Anforderungen an die Versorgungssysteme (insbes. Gesundheits- und Sozialwesen) diese besonderen Unterstützungsleistungen zu schaffen.

Dazu ergänzend noch einige nur stichpunktartig aufgezählt wichtige Aspekte, die m.E. nicht oder zu wenig beachtet, was die Debatte insgesamt schwierig macht und häufig als bloße Moralpredigt oder technisches Geschwätz verkommen lässt:

- Ein Hauptpunkt ist, wie ausgeführt: Vernachlässigung bzw. Verleugnung der politischen Dimension von Inklusion bei gleichzeitiger (tendenzieller) Leugnung der individuellen biologischen und psychologischen Beeinträchtigungen und Einschränkungen und ihrer *unmittelbaren* psychosozialen Folgen;
- Vernachlässigung bzw. Verleugnung der strukturellen und rechtlichen Verfassung der aktuellen Versorgungssysteme, z. B. die seit Jahrzehnten kritisierte scharfe Abgrenzung zwischen Leistungsträgern Sozialhilfe,

Jugendhilfe und Krankenkassen („Versäulung“) sowie die rechtlich normierte Praxis der defizitorientierten Bedarfsermittlung;

- „Überspringen“ der historischen Phase der Integration, die noch längst nicht verwirklicht ist: Eine gelungene gesamtgesellschaftliche Integration stellt m.E. eine zentrale Voraussetzung für eine inklusive Gesellschaft wie auch für die individuelle Nützlichkeit inklusiver Bedingungen;
- Nicht überprüfbare, nicht diskutabile „a-priori-Setzungen“: Annahme einer menschlichen Natur, die quasi *naturwüchsig* den inklusiven Zustand einer Gesellschaft oder eines solchen menschlichen Zusammenlebens anstrebt, und sie damit – quasi automatisch - „gesünder“, zufriedener und damit umgänglicher macht. Die Erfahrungen beziehen sich bisher – wie angemerkt - nur auf kleine, häufig hoch selektive „Mikrokosmen“ (*ein Kindergarten, eine Grundschule*);
- Die Menschen mit geistiger Behinderung (fast gänzlich mit schwerer Behinderung) kommen bislang kaum vor. Es gibt Hinweise auf die Konstruktion einer neuen Behindertenhierarchie der (leichter) Inkludierbaren vs. nicht oder schwer Inkludierbaren (vgl. Waldschmidt, 2003, die diese Problematik bereits im Zusammenhang mit dem Autonomie- und Selbstbestimmungspostulat formuliert hat)¹³.

Für unseren Kontext erscheinen mir nun zwei Problembereiche der gegenwärtigen Inklusionsdebatte besonders wichtig:

1. Inklusive Projekte als *Verbilligungskonzept* für Gesundheits- und Sozialleistungen und im Bildungssystem.
2. Die Begründung der Notwendigkeit *spezialisierter Gesundheitsleistungen ihre Bedeutung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie*.

¹³ Der Integrationspädagoge Hans Wocken (2010), ein eher fundamentalistischer Verfechter der (schulischen) Inklusion, erwähnt dankenswerterweise das Problem, was eintritt, wenn Kinder andere Kinder an der Inklusion hindern, d.h. ihr Recht auf freie Persönlichkeitsentwicklung einschränken. Seine Feststellung: Das behinderte Kind *verliert „seinen Rechtsanspruch auf Gemeinsamkeit und auf Inklusion“*. *„Freiheit und Würde des einen finden eine begründete Grenze in der Freiheit und Würde des anderen (Kindes)“*. In der Tat ein letztlich unauflösbares Dilemma, es sei denn, es gelingt, mit der Idee der *individuellen* Einflussnahme auf das „störende“ Kind (therapeutische Interventionen) doch eine Veränderung/Entwicklung zum Besseren/Tolerablen einzuleiten, wie es in diesem Abschnitt angedeutet wurde. Vgl. auch Ausführungen zu den „Inklusionsopfern“ Abschnitt 4.2.

Inklusive Projekte als *Verbilligungskonzept* für Gesundheits- und Sozialleistungen und im Bildungssystem

Die Umsetzung der Inklusion in Deutschland im Rahmen der gegenwärtigen politischen und ökonomischen Verfassung birgt einige Risiken.

Das Hauptproblem liegt der eindimensionalen Betrachtung der Idee selbst zugrunde. Durch die radikale Anerkennung der Ungleichheit von Menschen wird gesellschaftlich und politisch die Ungleichheit *unter den Menschen* aufgehoben. Vielfalt als Normalität, es geht nicht mehr um Anpassung an gesellschaftliche Normen, vielmehr um Bereitstellung solcher Verhältnisse, in der alle Unterschiede zwischen den Menschen („Vielfalt“) ihren selbstverständlichen Platz haben. *Unter den gegenwärtigen politischen und ökonomischen Verhältnissen*, die wesentlich auch durch soziale Ungleichheit und eine ungleiche Verteilung der resp. Zugänglichkeit zu den materiellen Ressourcen (Einkommen, Gesundheit, Kultur) gekennzeichnet ist, kann eine solche Auffassung von „Vielfalt“ auch einfach die *Nichtbeachtung* der biologischen, psychologischen und sozialen Unterschiede zwischen Menschen bedeuten, eine schlichte oder sogar gewollte *Verleugnung* von individuellen Einschränkungen und Beeinträchtigungen mit der unweigerlichen Folge der Nichtgewährung von Unterstützungsleistungen. Anspruchsberechtigt im Sozialsystem ist nach den geltenden Rechtsnormen nur derjenige, der einen Bedarf, eine Bedürftigkeit, einen Mangel oder eine Beeinträchtigung nachweisen kann. Wird dieser nicht mehr festgestellt, weil er Ausdruck von „Vielfalt“ ist, gibt es auch keine Unterstützung. Auch die Ethik-Kommission der Bundesärztekammer (2010) äußert diese Befürchtung:

... „wenn alle Menschen nur noch als ‚besonders‘ gelten (durch die „Abkehr vom Defizitverständnis“; KH), könnte es problematisch werden, spezifische medizinische und soziale Leistungsansprüche zu begründen“.

Letztlich besteht die Gefahr der *Vernachlässigung der Individualität des einzelnen Menschen*, seines Unterstützungsbedarfs, seiner Verletzlichkeiten, seiner Beeinträchtigungen und seiner besonderen Bedürfnisse. Die Mütter und Väter der UN-Konvention hatten natürlich genau das Gegenteil im Sinn. Am Beispiel der gesundheitlichen Versorgung (Artikel 25 und 26) soll dies unter ausführlich gezeigt werden, dass ausdrücklich über die übliche Versorgung hinaus behinderungsspezifische Angebote geschaffen werden müssen. Auch im Artikel 24 Recht auf Bildung wird ziemlich detailliert ein Forderungskatalog aufgestellt, welche *zusätzlichen* Leistungen erforderlich sind, um inklusive Bedingungen zu schaffen.

Auch die umgekehrte Sichtweise kann leicht missbraucht werden. Medizinische, pädagogische, soziale, finanzielle Unterstützung kann in einem fundamentalistischen Verständnis als „inklusionshemmende“, diskriminierende oder gar gewalttätige Maßnahme diskreditiert werden, obwohl sie begründet ist oder ein Rechtsanspruch darauf besteht¹⁴ (vgl. dazu Jantzen, 2010). Individuelle Hilfen führen zu einer weiteren Ausgrenzung und Stigmatisierung – so diese Sichtweise.

Dass die obige Befürchtung nicht aus der Luft gegriffen ist, sei am Beispiel des „Gesamtkonzepts Inklusive Schule“ gezeigt, mit der der Berliner Senat eine Schulreform (wieder einmal!) durchziehen wollte, und damit (vorläufig) gescheitert ist. Der Grund: Die beabsichtigten, teilweise gravierenden Veränderungen, sollten *kostenneutral resp. kostensenkend* durchgesetzt werden. Die politische Opposition und selbst Teile der Regierungskoalition konnten dies nicht mittragen¹⁵. Die Kostenneutralität sollte erreicht nämlich werden durch

- die verwaltungstechnische Absenkung der Förderquoten (Schüler mit sozialpädagogischem Förderbedarf), d.h. die „Deckelung“ der sog. LES-Förderstaten (Lernen, Em-Soz, Sprache¹⁶) (mit der Begründung, diese Etikette würden das Kind nur stigmatisieren);
- fehlende Vorbereitung der Schulen auf „inkluisiven“ Unterricht sowohl konzeptionell (z.B. Unterrichtsdidaktik) als auch in sachlicher, va. räumlicher Hinsicht).¹⁷

¹⁴ Nicht nur die Heilpädagogik, sondern alle ‚Sonder‘-Pädagogiken geraten in diesem Zusammenhang in ein erhebliches Dilemma, bemühen sie sich doch um „Menschen mit Behinderungen bei ihrem Hereinwachsen und Leben in der Gesellschaft zu unterstützen“ (Marx, 1998). In diesem Bemühen müssen sie natürlich Menschen *als Behinderte* identifizieren. Eine solche Praxis etikettiert also, diskriminiert und exkludiert letztlich Menschen mit Behinderungen. Hinz (2011) sieht daher die Heilpädagogik durch die Inklusionsdebatte in einer schweren Krise, zwischen den Zeilen wird sie auch als „Exklusionswissenschaft“ angeprangert. In einen lesenswerten Aufsatz diskutiert Hinte (2011) lösungsorientierte Perspektiven aus diesen Dilemmata für die „Soziale Arbeit“ (vormals Sozialpädagogik). Wir kennen ähnliche Argumentationslinien gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus fundamentalistischer pädagogischer Sicht, in der jede Auffälligkeit als Person-Umwelt-Problem verstanden wird, demzufolge die Umwelt verändert werden muss, damit das Kind sich ändern kann. Jede Idee einer individuellen „Störung“ wird als stigmatisierende Konstruktion der Psychiatrie angesehen.

¹⁵ Am 20.5.2011 meldet die „Berliner Morgenpost“: *Inklusionskonzept im Schulausschuss abgelehnt* (incl. Stimmen der Regierungsparteien), weil es nicht „kostenneutral“ durchzuführen sei, wie der Senat es vorhatte.

¹⁶ Förderstatus „Lernen“ für die lernbehinderten Kinder, „SozEm“ heißt Förderstatus soziales-emotionales Lernen für die Kinder mit (erheblichen) Verhaltensauffälligkeiten, „Sprache“ für die Kinder mit Sprachstörungen.

¹⁷ Die befürchteten Folgen derartiger „inkluisiver“ Beschulungssituationen: Zunahme von Verhalten-

Das Scheitern des Vorhabens ist sicherlich *auch* dem politisch und handwerklich miserablen Vorgehen des Berliner Senats geschuldet, zeigt aber sehr deutlich die befürchteten Tendenzen der Vernachlässigung individueller Bedürftigkeit und der staatlichen Verbilligungserwartungen. Dennoch sollte unter diesem kritischen Blickwinkel nicht jede Inklusionsanstrengung unter Generalverdacht gestellt werden. Es sollte aber zur Regel werden, die Umsetzung inklusiver *Projekte* sehr genau zu prüfen, ob sie

- nicht nur „Verbilligungserwartungen“ (Sozialabbau, Senkung von Unterstützungsleistungen) bedienen,
- Versorgungslücken offen lassen (z.B. Spezialangebote für Behinderte) und, das wäre von besonderer Bedeutung,
- staatliche Verantwortung für Schutz, Hilfe und Unterstützung abgeben an die Person selbst oder an ihre Familie.¹⁸

Strukturen der gesundheitlichen Versorgung und Spezialangebote

Im *Artikel 24 Recht auf Gesundheit* der UN-Konvention heißt es zusammengefasst:

Menschen mit Behinderungen haben ein Recht auf

- ein „*erreichbares Höchstmaß von Gesundheit*“
- „*eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard ... wie (bei) anderen Menschen*“, und *so gemeindenah wie möglich*“;
- Gesundheitsleistungen, die „*speziell wegen (der) Behinderungen benötigt werden*“, die also über das übliche Maß hinausgehen können.

sauftälligkeiten, psychischen Störungen, Schuldistanzierten und Lernunwilligen, ist ebenfalls nicht unbegründet: Mit der Einführung des sog. *jahrgangsübergreifenden Lernen* (JÜL) in der Schuleingangsphase (1. und 2. Klasse wird zusammen unterrichtet), übrigens ohne dass in dieser Zeit erlaubt war „sonderpädagogischen Förderbedarf“ festzustellen (Lernen, Sprache, EmSoz), kam es zu einer erheblichen Anstieg der Jahrgänge in den KJPDs und zu einem offenen Brief des damaligen Chefärztes der Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken des Berliner Klinik Konzern Vivantes, der unter anderem eine „Psychiatisierung“ der Kinder befürchtete, die an eben diesen miserablen Schulbedingungen scheitern.

¹⁸ Die vorliegenden hoch anspruchsvollen *Indices für Inklusion* (Kindergarten und Schule von Booth et al. 2003, 2006) sollten daher unbedingt durch *Indices der Risiken der Inklusion* ergänzt werden (s.u. der Abschnitt Umgang mit Inklusionsopfern)

Es wird zudem auf das dringende Gebot des „*informed consent*“ (*informierte Zustimmung*) gefordert, also ein Zurverfügungstellen umfassender Informationen über die geplanten Diagnostik- und Therapieleistungen, damit der Klient für sich eine wirkliche Entscheidung treffen kann (also nicht nur Aufklärung!). Schließlich wird die *diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen ... aufgrund von Behinderung*“ verboten¹⁹. Die wesentliche Schlussfolgerung daraus ist zunächst die Forderung nach spezialisierten Angeboten. Michael Wunder (2011), der eine Psychotherapeutische Spezialambulanz für Menschen mit geistiger Behinderung leitet, schreibt dazu:

„Verschiedenheit akzeptieren (...) heißt auch, Verschiedenartigkeit von Behandlungsnotwendigkeiten akzeptieren und spezifische Behandlungsdifferenzierungen praktizieren“ (wenn sie eine Qualitätsverbesserung und adäquate Therapiemöglichkeiten bedeuten).

Der Maßstab ist also nicht der durchschnittliche Bedarf an Gesundheitsleistungen, sondern die Leistungen, die „*speziell wegen der Behinderungen benötigt werden*“, also eine „*dem individuellen Bedarf und der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung angepasste medizinische Versorgung*“ (Bundesärztekammer, 2010; vgl. Seidel, 2011; Jantzen, 2011). Spezialisierte Gesundheitsleistungen für Menschen mit Behinderungen müssen also die *individuellen* Voraussetzungen für die Nutzung inklusiver Bedingungen schaffen oder mindestens dazu beitragen, individuelle Entwicklungen in diese Richtung zu unterstützen.

Aber: Die bestehenden Strukturen des Gesundheitswesens müssen darüber hinaus so verändert werden, dass sie selbstverständlich den besonderen Beeinträchtigungen und Einschränkungen behinderter Menschen entsprechen.

„Diskriminierung (ist) nicht nur das Vorenthalten gleicher Rechte, sondern auch die Einschränkungen durch Barrieren, durch fehlende Hilfe, Sorge und Unterstützung sowie durch Vorurteile und abwertende Stereotypen“ (Bundesärztekammer, 2010).

¹⁹ Die UN-Kinderrechtskonvention von 1989 hat im Artikel 24, 1 (Gesundheitsvorsorge) bereits sehr ähnlich lautende Forderungen aufgestellt: „*Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird*“.

Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegenüber Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Für die Praxis der Kinder- und Jugendpsychiatrie muss aus dem bisher Erörterten gefolgert werden:

- Schaffung regionaler *spezialisierter* Angebote in den Praxen, Ambulanzen und Kliniken;
- Modifikation/Anpassung etablierter, *evidenzbasierter* Verfahren auf die besonderen Voraussetzungen und Bedürfnisse geistig behinderter Kinder und Jugendlicher;
- Nutzung und Finanzierung verschiedener heilpädagogischer und kreativtherapeutischer Verfahren, die nach Expertenkonsens sich in der Praxis bewährt haben;
- Assessment: Qualifizierung psychiatrischer und heilpädagogischer Diagnostik zur Erkennung seelischer Leidensformen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung.

Eine solche Qualifizierung des klinischen Angebots ist die entscheidende Voraussetzung für die Intensivierung der Inanspruchnahme durch Eltern mit behinderten Kindern, durch Einrichtungen der Behindertenhilfe und durch die nach wie vor bestehenden Sonderschulen für geistig Behinderte. Erst dann werden Einstellungs- und Handlungsänderungen in der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Ausbildung, Fortbildung und Supervision erfolgreich sein. Denn die derzeitige kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage für geistig Behinderte ist qualitativ und quantitativ erheblich defizitär. Nach einer eigenen Untersuchung (Hennicke, 2008) kann davon ausgegangen werden, dass nicht einmal 10% der Kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Deutschland über ein spezielles Angebot verfügen. Alle Kliniken versorgen zwar im Rahmen ihres Grundversorgungsauftrages, aber ohne auf die speziellen diagnostischen und therapeutischen Voraussetzungen von geistig behinderten Klienten eingestellt zu sein (meist dann eben zur kurzzeitigen „Krisenintervention“, häufig nur zur „medikamentösen Einstellung“). Die Vorbehalte der Angehörigen, Schulen, Helfern und Therapeuten werden so häufig bestätigt.

Im ambulanten Bereich ist die Versorgungsdichte nicht bekannt, eindrucksmäßig ist sie sehr dünn. Die Hauptlast der „Versorgung“ tragen die Sozialpädiatrischen Zentren, die Ergotherapeuten, die Kinder- und Jugendärzte und die Förderschulen sowie diverse Hilfen im Rahmen der Eingliederungs- und Jugendhilfe, die nur ausnahmsweise über kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz verfügen.

Von einer Normalisierung der Versorgung (Einbeziehung in das Regelversorgungssystem) und der Integration in die Versorgungsstrukturen (spezielle Diagnostik und Therapie) von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen kann also keine Rede sein. Zur Verbesserung der Situation könnten daher die Forderungen der UN-Konventionen – wie gezeigt für Kinder und für behinderte Menschen – sehr hilfreich sein.²⁰

Exkurs: Umgang mit „Inklusionsopfern“

Darüber gibt es keine Zahlen, aber aus eigener klinischer Erfahrung wie aus Berichten von Kollegen und vor allem Sonderschullehrern aus den Förderschulen für geistige Entwicklung kann angenommen werden, dass eine nicht unerhebliche Anzahl von Kindern (mit leichter geistiger Behinderung und schwerer Lernbehinderung) *in den derzeitigen Bedingungen inklusiver Erziehung und Bildung scheitern*²¹. Je länger dieser Zustand andauert, desto gravierender sind die psychischen Belastungen, desto größer ist das Risiko über die häufig beobachtbaren expansiv-aggressiven Verhaltensauffälligkeiten (Problemverhalten) hinaus psychische Störungen (insbes. depressive Verstimmungszustände, Ängste, Identitätsprobleme, oppositionell-verweigernde Störungen) zu entwickeln.

Die „Rückversetzung“ aus dem Integrationsstatus in die „niedrigeren“ Sonderschulen kann als beschämend, insbes. auch aus Sicht der Eltern erlebt werden, als endgültiges Scheitern, und wird oftmals den schlechten Schulbedingungen oder speziellen Lehrkräften angelastet (nicht ganz zu Unrecht), was die realistische Wahrnehmung der Voraussetzungen des Kindes noch mehr erschwert. Insbesondere kann es die bei intelligenzgeminderten Kindern häufig zu beobachtenden Haltungen und Einstellungen verstärken (vgl. Sarimski, 2005), die gerade eben durch integrative Erziehungs- und Bildungssettings vermieden werden sollten (Ängstlichkeit, Hilflosigkeit, Ausbildung von Vermeidungsstrategien bei herausfordernden Aufgaben, mangelhafter Selbstwert). Einige Kinder (und deren Eltern) allerdings werden dadurch entlastet und erleben sich endlich als jemand, der im Vergleich zu den anderen Schülern auch etwas leisten kann, so dass sie wieder Spaß an der Schule haben.

²⁰ Die Ausführungen beziehen sich selbstverständlich auch auf alle Kinder mit Behinderungen. Jede Form von Behinderung ist ein Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Sarimski, 2007). Die ambulante und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische *Regelversorgung* ist eindrucksmäßig ebenfalls nicht auf sensorisch und körperlich Behinderte eingestellt.

²¹ Die Schulleiter der Förderschulen für geistige Entwicklung (Sonderschulen für geistig Behinderte) in Berlin berichten von einer erheblich zunehmenden Anzahl von *Rückläufern* aus den Integrationschulen sowie von ansteigenden Anmeldungen lernbehinderter Kinder.

Bisher völlig offen ist auch die Frage, was geschieht mit den behinderten Kindern und Jugendlichen, die integrative Schulen erfahren konnten, nach *Schulabschluss*. Die Arbeits- und Ausbildungschancen sind auf dem ersten und zweiten Arbeitsmarkt nicht oder nur sehr begrenzt gegeben, es bleiben die Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfMB). Wie erlebt ein Mensch dann dieses drastische Signal des Ausschlusses!? Es bedürfte großer Anstrengungen und Veränderungswillen auf dem privaten Arbeitsmarkt, diese „Übergänge“ so zu gestalten, dass die Teilhabe behinderter Mensch gewährleistet wird.²² Und schließlich: In der ganzen Inklusionsdebatte werden die schwer intelligenzgeminderten, häufig mehrfachbehinderten Kinder bislang nicht berücksichtigt²³.

An dieser Stelle kann der gesamte komplizierte und noch keineswegs verstandene entwicklungspsychologische Komplex der Adoleszenzentwicklung bei geistig behinderten Jugendlichen nur erwähnt werden (der übrigens in der Inklusionsdebatte ebenfalls nicht beachtet wird). Es gibt keinen Zweifel, dass die kindliche Unbefangenheit und Offenheit gegenüber anderen Kindern sich im Jugendlichenalter radikal verändert zugunsten der Zuwendung zu sozial homogenen Gleichaltrigengruppen mit oftmals strengen Grenzen zu den jeweils anderen. Was bedeutet das für intellektuell behinderte Jugendliche, an welcher peer group sollen sie sich orientieren? Wie schaffen sie es, im Kontext ihrer *real* mehr oder weniger stark eingeschränkten Möglichkeiten zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit, die in dieser Entwicklungsphase typischen widerstreitenden Tendenzen zwischen Wünschen nach Ablösung, Selbständigwerden, Erwachsenwerden, neue Beziehungen eingehen vs. Kindbleiben, Abhängigbleiben, Versorgtwerden zu bewältigen? Jedenfalls kann vermutet werden, dass in dieser Phase geistig Behinderte die stärksten Kränkungen durch Ablehnung und Ausgrenzung erfahren werden, mit erheblichen Folgen für die eigene Selbstsicherheit und Identität (vgl. Hennische, 2002, 2009).

Es müssen große theoretische und praktische Anstrengungen entwickelt werden, diese Probleme ernst zu nehmen und zu lösen. Gerade hierbei ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgefordert, ihren Beitrag aus entwicklungspsycho(patho)logischer Sicht zu leisten.

²² Es gibt sicher vereinzelt solche Angebote in den Industrien und kommunalen Betrieben. Vorbildlich ist beispielsweise die Berliner Stadtreinigung (BSR), die seit Jahren die Integration intellektuell behinderter sowie verhaltensauffälliger Jugendlicher in nennenswertem Umfang betreibt.

²³ Im bereits erwähnten „Gesamtkonzept *Inklusive Schule*“ in Berlin blieben überhaupt alle geistig behinderten Kinder draußen vor, die Förderschulen für geistige Entwicklung wurden im Konzept nicht berücksichtigt. Gedacht wurde an regionale, d.h. in jedem Bezirk *neu zu schaffende* Schultypen, in denen auch die intelligenzgeminderten Kinder unterkommen, ohne genaueres Konzept.

Die wissenschaftliche Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Lebensproblemen (psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten) von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung findet *nur ganz am Rande* statt. Es gibt *keine* kinder- und jugendpsychiatrische Universitätsklinik in Deutschland, die einen solchen Forschungsschwerpunkt hat und die ein spezielles Diagnostik- und Therapieangebot vorhält (Hennicke, 2008), ausgenommen Prof. Frank Häbeler und seine Mitarbeiter an der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Rostock, die sich seit Jahren insbesondere mit dem Schwerpunkt Psychopharmakotherapie widmet. Fachartikel zum Thema ‚Kinder und Jugendlichen psychischen Störungen und geistiger Behinderung‘ sind insgesamt eher selten²⁴. Die Grundlegung einer wissenschaftlichen Forschung in diesem Feld wäre eine weitere wichtige Voraussetzung, die Versorgungsqualität zu verbessern, und damit den Forderungen der UN-Konvention nachzukommen. Die Gründung der Gemeinsamen Kommission „*Seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit geistigen und schweren Lernbehinderungen*“ der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften im Jahre 2006 war sicherlich ein erstes Signal, insbesondere auch durch die Veröffentlichung der Leitlinie „*Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung*“ (Hennicke et al., 2009).²⁵

²⁴ Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2010-2006: Von 187 Aufsätzen 8, die sich mit geistig Behinderten beschäftigen (4%); Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2010-2006: Von 228 Aufsätzen 2, die sich mit geistig Behinderten (1%) und 5, die sich mit der Auswirkung geistig behinderter Kinder auf die Familie beschäftigen (2%).

²⁵ Die Mitglieder der Kommission sind: Michael Buscher (Viersen), Frank Häbeler (Rostock), Klaus Hennicke (Berlin; Vorsitz), Martin Menzel (Gammertingen - Marienberg) und Gotthard Roosen-Runge (Möln).

Leitlinien können sehr schnell als *stigmatisierende Instrumente* verunglimpft werden. Dagegen steht: Leitlinien bedeuten – ganz im Sinne der UN-Konvention – eine Verfügbarmachung einer Fachdisziplin für die Besonderheiten einer Patientengruppe: Auch geistig behinderte Kinder und Jugendlichen sollen/müssen von den hohen Qualitätsstandards unseres Fachgebiets profitieren. Anders formuliert: Unbestreitbar haben diese Kinder und Jugendliche besondere Fähigkeiten und Möglichkeiten, die sie signifikant von anderen, nicht behinderten Kindern und Jugendlichen unterscheidet. Die diesen Voraussetzungen angemessene Gestaltung und Modifikation unserer wissenschaftlichen Erkenntnisse, fachlichen Konzepte, Routinen, Standards und empirisch-klinische Erfahrungen müssen im vollen Umfang geleistet werden. Gerade dieser Respekt vor den Besonderheiten sollte uns motivieren, diese Aufgabe in Angriff zu nehmen.

Schlussfolgerungen

Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kontext der *UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* ist dringend aufgefordert, spezialisierte und qualifizierte Angebote der Diagnostik und Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderungen zu schaffen

- im ambulanten und (teil-)stationären Versorgungsbereich
- durch die verstärkte Nutzung modifizierter evidenzbasierter sowie anerkannter weiterer Verfahren
- durch die Grundlegung (interdisziplinärer) wissenschaftlicher Forschung unter den genannten klinischen Aspekten sowie vor allem auch von komplexen entwicklungspsycho(patho)logischen Konzepten.

Zusammenfassung

Mit der Idee der inklusiven Gesellschaft ist das Ideal einer gerechten, demokratischen Gesellschaft, einer *neuen*, transformierten politischen Ordnung verbunden. Ohne eine solche Veränderung erscheint eine Ethik von der Selbstverständlichkeit menschlicher Vielfalt und Inhomogenität, von der radikalen Gleichheit aller Menschen, von einer Gesellschaft ohne ausgeschlossene, irgendwie stigmatisierte Menschen nicht realisierbar. Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen weist unmissverständlich auf die andauernde Bedrohung der Existenz *und* der Identität behinderte Menschen unter den gegenwärtigen politisch-ökonomischen Bedingungen hin. Inklusion hat in der modernen Welt eigentlich keinen Platz. Es dominieren die Werte des Neoliberalismus, des Kapitalismus, der Globalisierung, die solche Ideale als pure Illusion erscheinen lassen.

Die Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen eröffnet somit eine historische Chance, die Idee der Inklusion als moralisch-ethische *und* als politische Forderung auf die Tagesordnung zu setzen. Beides muss miteinander verbunden werden, sonst verkommt Inklusion zu einem rein technischen Projekt, wird Tummelplatz von Gutmenschen auf „Inseln des Glücks“ oder von fundamentalistischer Schwarz-Weiß-Agitation. Es steht zu befürchten, dass unter solchen Prämissen die Umsetzung von Inklusion die gerade erst begonnene und noch längst nicht realisierte Integration behinderter Menschen (und anderer stigmatisierter Bevölkerungsgruppen) in die Gesellschaft eher behindert als gefördert wird.

Ebenso muss verstärkt *das eigentliche Ziel von Inklusion* berücksichtigt werden, nämlich dem einzelnen Menschen eine zufriedene, gesicherte, gesunde Existenz zu ermöglichen *mit* seinen biologischen und psychologischen Einschränkungen und Beeinträchtigungen. Dazu bedarf es spezialisierter, wirksamer Hilfen und Unterstützungen, die die beteiligten Humanwissenschaften erst noch schaffen müssen, um danach ihre jeweiligen Versorgungssysteme umzugestalten. *Alle in einen Topf* - „gleiche Qualität und gleiche Standard der Gesundheitsversorgung“ - darf nicht dazu führen, dass spezielle fachlich begründete Versorgungsleistungen für Behinderte vernachlässigt werden. Der Soziologe Martin Kronauer fasst diese Aspekte sehr klar zusammen:

„Auf der individuellen, biographischen Ebene kann Ausgrenzung (...) vorgebeugt, aufgehalten oder auch revidiert werden. Wenn aber am Arbeitsmarkt, in den Arbeitsverhältnissen, in den Systemen der sozialen Sicherung, der Vermittlung von Bildung und Gesundheit Möglichkeiten der Ausgrenzung und ihrer Verkettungen institutionalisiert sind, überfordert dies das individuelle Gegensteuern. Es muss dann flankiert werden durch eine Politik der Inklusion, die die ausgrenzenden Institutionen selbst infrage stellt“ (Kronauer, 2010, 57).

Die Ideen der Inklusion sollten als verbindliche *Leitlinien für die (Weiter-) Entwicklung von Bildungssystemen, Betreuungssystemen und fachlich-wissenschaftlichen Diagnostik- und Behandlungssystemen der unmittelbar beteiligten Fachdisziplinen akzeptiert werden*. Der Beitrag der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu diesen Prozessen wurde ausführlich diskutiert und kann eigentlich sofort beginnen. Ihre hochentwickelten fachlichen Standards dürfen nicht länger geistig behinderten Kindern und Jugendlichen vorenthalten werden.

Literatur

- Aichele, V. (2010): Behinderung und Menschenrechte: die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Aus Politik und Zeitgeschichte 23(2010)13
- Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13. Kinder- und Jugendbericht. Deutscher Bundestag, Drucksache 16/12860 v. 30.4.2009
- Booth, T. & Ainscow, M. (2003): Index für Inklusion Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln. Ines Boban & Andreas Hinz (für deutschsprachige Verhältnisse bearbeitet und herausgegeben) (via Internet)
- Booth, T, Ainscow, M., Kingston, D. (2006): Index für Inklusion - Lernen, Partizipation und Spiel in der inklusiven Kindertageseinrichtung entwickeln. Gewerkschaft Erziehung und Wissenschaft (GEW) (Hrsg. deutsche Fassung) (via Internet)

- Bielefeldt, H. (2009): Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsches Institut für Menschenrechte. Essay No. 5. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, Juni 2009.
- Bundesärztekammer (2010): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen. Dtsch.Ärztebl. 107, 7 (2010) A297
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.)(2011): „einfach machen“ – Nationaler Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Kabinettsbeschluss vom 16.6.2011 (via Internet)
- Frühauf, Th. (2011): Verteilung von Schülerinnen und Schülern im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in Förderschulen und allgemeinen Schulen im Jahr 2008. Teilhabe 50, 1 (2011)29-35
- Gesamtkonzept ‚Inklusive Schule‘. Schlussbericht des Senats von Berlin BildWiss II D an das Abgeordnetenhaus Berlin. Drucksache 16/3822 vom 31.1.2011
- Hennicke, K. (2002): Ablösungsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Eine behinderte Medizin ?!. Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Lebenshilfe-Verlag, Marburg, S.131-156
- Hennicke, K. (2008): Zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung und psychischen Störungen in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland - Ergebnisse einer Fragebogenuntersuchung. Z. Kinder-Jugendpsychiat. Psychother. 36 (2), 2008, 127-134
- Hennicke, K. (2009): Adoleszenzkrisen aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Dobslaw, G. & Klauß, Th (Hrsg.): Identität, geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 14.11.2008 in Kassel. Materialien der DGSGB, Band 19, Berlin 2009, S. 22-33
- Hennicke, K., Buscher, B., Häßler, F., Roosen-Runge, G. (2009): Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung - Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie. S1-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP). Medizinische Verlagsgesellschaft, Berlin
- Hinte, W. (2011): Sozialräume gestalten statt Sondersysteme befördern – Zur Funktion Sozialer Arbeit bei der Gestaltung inklusiver Sozialräume. Teilhabe 50,3(2011)100-106
- Hinz, A. (2007) Präsentation auf dem Symposium der BV Lebenshilfe in Marburg: „Inklusion – Einführung: Historische Entwicklungslinien und internationale Kontexte“ 23./24.11.2007
- Hinz, A. (2011): Unbelegte Behauptungen und uralte Klischees – oder: Krisensymptome der Heilpädagogik. Teilhabe 50,3(2011)119-122
- Keupp, H. (2010): „Förderung von Inklusion – eine zentrale Leitlinie des 13. Kinder- und Jugendberichts“. Vortrag anlässlich der Tagung des GEW-Arbeitskreises Inklusion „Profession braucht Inklusion“ am 29./30. Oktober 2010 in Fulda

- Kronauer, M. (2010): Inklusion – Exklusion. Eine historische und begriffliche Annäherung an die soziale Frage der Gegenwart. In: Kronauer, M. [Hrsg.]: Inklusion und Weiterbildung. Reflexionen zur gesellschaftlichen Teilhabe in der Gegenwart. Bielefeld : Bertelsmann 2010, S. 24-58.
- Marx, Karl (1875): Randglossen zum Programm der deutschen Arbeiterpartei. Kritik des Gothaer Programms (1875). Marx-Engels-Werke (MEW), Bd.19. Dietz, Berlin 1972
- Marx, R. (1998): Stichwort: Sonderpädagogik. Sonderpädagogik, Heilpädagogik, Behindertenpädagogik, Rehabilitationspädagogik als Synonyma; in: Lenzen, D. (Hrsg.) (1989): Pädagogische Grundbegriffe. rowohlt, Reinbek bei Hamburg, S.1392
- Sarimski, K. (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen
- Sarimski, K. (2007): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen – Übersicht und Schlußfolgerungen für die Psychodiagnostik. Z. Kinder-Jugendpsychiatr. Psychother.. 35 (1), 2007, 19-31
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. UN_BK_Konvention_Internet-Version_FINAL.pdf
- Waldschmidt, A. (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma – Perspektiven der Disability Studies. Aus Politik und Zeitgeschichte B8, 13-20
- Website: Inklusionspädagogik von Ines Boban und Andreas Hinz, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (www.inklusionspaedagogik.de/component?option=com_frontpage/Itemid,1/lang,de/)
- Wocken, H. (2010): Über Widersacher der Inklusion und ihre Gegenreden. Aus Politik und Zeitgeschichte 23(2010)25-31

Autor:

Prof. em. Dr. Klaus Hennische

Facharzt für Kinder-, Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Kinder- und Jugendpsychiatrische Beratungsstelle

Gesundheitsamt Spandau von Berlin

Tel: Mi-Fr (49) 030 90279 2458

E-Mail: klaus.hennische@ba-spandau.berlin.de

Mobil: 0174 989 3134, E-Mail priv: klaus.hennische@gmx.de

Pädagogische Inklusion – Hoffnung oder Illusion?

Anmerkungen eines Kinderpsychiaters

Wolfram Kinze

Bildungspolitische Zielstellungen

Inklusion, Integration, Rehabilitation – diese Begriffe umschreiben Bemühungen, bestehende Einschränkungen durch spezielle Maßnahmen auszugleichen, in der Hoffnung, den Betroffenen die (Wieder-)Eingliederung in das „normale Leben“ zu ermöglichen. Ist eine solche Zielstellung tatsächlich zu verwirklichen – oder bleibt sie eine Wunschvorstellung ?

In Brandenburg sollen ab 2019 alle Kinder – unabhängig von ihren Voraussetzungen – gemeinsam eine Schule besuchen. Bildungsministerin Münch: Kein Kind soll dann mehr wegen eines besonderen Förderbedarfs im Lernen, in der sprachlichen Entwicklung oder im Verhalten seine Schule im Wohnumfeld verlassen müssen. Damit soll die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umgesetzt werden. Schon vom Schuljahr 2013/14 an sollen alle Grundschulen in der Lage sein, jedes Kind mit sonderpädagogischem Förderschwerpunkten und Defiziten im Lernen, in der emotionalen und sozialen Entwicklung sowie der Sprache aufzunehmen. Später sollen Schüler mit geistigen und körperlichen Behinderungen einbezogen werden (Lausitzer Rundschau vom 21.4.2011).

Entwicklungspsychologische Gesetzmäßigkeiten

Ein Kind wird mit unterschiedlichen Voraussetzungen in unterschiedliche Verhältnisse hineingeboren und entwickelt sich unterschiedlich. In einer demokratischen Gesellschaft hat jeder Mensch grundgesetzlich gleiche Rechte, gilt in seiner Menschenwürde als gleichwertig und hat auch gegenüber den geltenden Gesetzen die gleichen Pflichten.

Innerhalb dieser für alle gleichermaßen geltenden Rahmenbedingungen sind jedoch die einzelnen Menschen keineswegs gleich, sondern in ihrem Verhalten unverwechselbar und einmalig.

Das menschliche Verhalten wird bestimmt durch drei Einflussbereiche:

1. genetisch-konstitutionelle Voraussetzungen

- im körperlichen Bereich (Geschlecht, Körperbau, Sinnesfunktionen, allgemeine Regulationsfähigkeit)
- im psychischen Bereich lassen sich vier wesentliche Faktoren unterscheiden
 - allgemeine geistige Leistungsfähigkeit (sog. Intelligenz) einschließlich spezieller Begabungen (oder Schwächen)
 - Gedächtnisfunktionen (kurzfristige Merkfähigkeit, langfristiges Erinnerungsvermögen)
 - Grundstimmung, Temperament, gefühlsmäßige Ansprechbarkeit
 - Antrieb, Ausdauer, Konzentration, allgemeines Aktivitätsniveau

2. Einflüsse der Umgebungsbedingungen

Eltern, Geschwister, Verwandtschaft; kultureller Hintergrund; materielle Möglichkeiten; Wohnumfeld.

Hieraus ergeben sich unterschiedliche Lernangebote, einmal im familiären Bereich, zum anderen durch Institutionen (Kita, Schule, Berufsausbildung), aber auch durch außerfamiliäre Freundschaften / Feindschaften, durch selbst gewählte Aktivitäten (Sport, Musik, Hobby) und wesentlich auch durch die Medien (FS, Musik, Computerspiele, Facebook).

3. entwicklungsbiologische/entwicklungspsychologische Besonderheiten

Das Grundverhalten wird wesentlich von Lebensalter und Entwicklungsstand geprägt. „Schulreife“ und „Pubertät“ sind beispielhafte Schlüsselbegriffe, weil sie Entwicklungsaufgaben und damit sowohl Chancen wie auch Risiken umfassen.

Diese drei Faktoren sind für jede Entwicklung maßgebend, ihnen ist jeder Mensch unterworfen.

Zusätzlich können krankhafte Störungen einsetzen, sowohl in den körperlichen wie auch in seelisch-geistigen Bereichen, die das Leistungsvermögen beeinflussen.

Für das aktuelle Verhalten spielen sich aus der jeweiligen Situation ergebende Anreize bzw. Hemmnisse eine wesentliche Rolle. Ein ermüdetes Kind kann kaum noch etwas lernen, ein gelangweiltes Kind wird durch ein interessantes Angebot angeregt, unter Gruppendruck kommt es zu Handlungen, die allein nie geschehen wären.

Besonderheiten von Kindern mit Behinderungen

Behinderungen sind dauerhafte Einschränkungen in unterschiedlichen Leistungsbereichen – Bewegungsfähigkeit, Hören und Sehen, geistige Entwicklung, chronische Krankheiten (Diabetes, Asthma, Epilepsie, Migräne usw.). Je nach Ausprägungsgrad und Kombination mit anderen Störungen beeinträchtigen sie die Entwicklungsmöglichkeiten und bedürfen besonderer Unterstützungsmaßnahmen (Hilfsmittel, Medikamente, Übungsbehandlungen, Sonderpädagogik).

Auch Störungen in der Verhaltensregulation können die Entwicklung nachhaltig beeinträchtigen, ihnen können ebenfalls krankhafte Veränderungen zugrunde liegen, auch kombiniert mit unzureichenden erzieherischen Bedingungen.

Je nach Art und Schwere der Behinderung, aber auch je nach Alter und Entwicklungsstand erlebt das Kind seine Einschränkungen und Möglichkeiten, wobei therapeutische Maßnahmen und erzieherische Betreuung wesentlichen Einfluss haben. Dabei zeigt auch das Kind mit Behinderung entwicklungstypische Besonderheiten – möchte seinen Willen durchsetzen, möchte Anforderungen ausweichen, möchte im Mittelpunkt stehen. Die erzieherische Balance zwischen störungsspezifischer Rücksichtnahme und entwicklungsbezogenen Forderungen bleibt schwierig.

Allgemeine Erwartungen von Eltern

Das Anspruchsniveau der Eltern liegt schon vor der Geburt des Kindes fest – braves Kind, guter Schüler, etwas besser als die anderen, soll es mal zu etwas bringen, worauf auch die Eltern stolz sein können.

Diese allgemeinen Ziele werden im Einzelfall sehr unterschiedlich umgesetzt – intensive häusliche Förderung und Kontrolle bis hin zu Gängelung und Überforderung oder Abgeben aller Verantwortung für Bildung und Erziehung an Kindergarten und Schule bis hin zur Vernachlässigung. Dazwischen liegen alle Übergänge, kompliziert durch Partnerkonflikte, Geschwisterrivalität, Arbeitslosigkeit und eigene Krankheiten.

Bei allen Unterschieden in den persönlichen erzieherischen Zielsetzungen kommt es fast immer zur Übereinstimmung zwischen den Eltern, wenn „Störendes“ auftritt – Behinderte, Ausländer, Verhaltensgestörte, Asoziale. Dann regt sich die menschliche Neigung, solche Problemfälle auszusondern, anderen zuzuschieben, Institutionen zum Beheben dieser Schwierigkeiten aufzufordern. Die eigene Bereitschaft, sich selbst aktiv an der Eingliederung zu beteiligen, bleibt im Allgemeinen gering.

Eltern eines behinderten Kindes

Eltern eines Kindes mit Behinderung sind diesem Schicksal unvorbereitet ausgesetzt, sie müssen ihre Erwartungshaltungen oft schmerzlich korrigieren. Es ist immer wieder bewundernswert, wie viele Eltern ein sehr enges Verhältnis zu ihrem Kind bewahren. Und es ist auch nachvollziehbar, wenn Eltern mit diesen Anforderungen nicht zurecht kommen, sich in Fragen verstricken, wer Schuld hat an diesem Unglück, sich zurückziehen oder dieses Kind nicht ertragen können.

Wenn sie sich Rat und Hilfe holen wollen, erleben sie, dass auch die „Experten“ sehr unterschiedliche Auffassungen vertreten – Abwarten oder Frühförderung, Hilfsmittel oder Eigenleistung, Sonderschule oder Inklusion. Auch die Erfolgsaussichten werden sehr unterschiedlich beurteilt – das wächst sich aus oder: da lässt sich nicht viel machen; heutzutage ist doch alles möglich oder: da sind die Grenzen weiterhin eng.

Wer Hoffnungen weckt und diese als Gewissheiten verkauft, hat zumeist auch kommerzielle Interessen – Nahrungsergänzungsmittel, Trainingsgeräte, Förderprogramme, Delphin-Therapie. Vieles davon ist teuer, aber nutzlos, bindet die familiären Möglichkeiten, endet in der Enttäuschung. Vieles ist sinnvoll

und wichtig für die Entwicklung, benötigt aber sachkundige Begleitung und auch das gemeinsame Bearbeiten von Rückschlägen, denn nicht alles wirkt immer und in jedem Einzelfall.

Kinder untereinander

Kinder und Jugendliche sind egoistisch, grausam und faul – und sie sind hilfsbereit, mitleidsvoll und lernwillig, je nach Entwicklungsbedingungen und aktuellen Gegebenheiten. Schwächen der anderen werden rasch erfasst, in jeder Gruppe oder Klasse gibt es die „Zielscheiben“. Mobbing richtet sich immer gegen die Schwächeren, gegen die weniger Attraktiven, gegen die, die anders sind. Dadurch wird die eigene Position (scheinbar) aufgewertet und abgesichert. Einen Schwächeren gegen die Stärkeren in Schutz zu nehmen, dazu gehören Mut und Selbstvertrauen in einem Ausmaß, das nur von wenigen erreicht wird.

Wenn leistungsschwächere, körperbehinderte, verhaltensgestörte Kinder zusammen mit „normalen“ Kindern betreut und beschult werden sollen, müssen hierzu ausreichende erzieherische Rahmenbedingungen geschaffen werden. Sie ergeben sich nicht von selbst. Erziehung heißt kontinuierliche Beeinflussung des Verhaltens mit dem Ziel, mit anderen auszukommen und doch seinen eigenen Weg zu finden. Gemeinsame Überzeugungen, Anreize und Bestätigungen, aber auch Korrekturen und Wiedergutmachungen bilden die Grundlage. Funktionieren kann das nur, wenn Kinder und Erzieher etwa die gleichen Vorstellungen haben, sonst kommt es nur zu Scheinanpassungen, die sofort aufgegeben werden, wenn die unmittelbare Kontrolle nachlässt.

Lehrer

Eine Schule ohne zentrale Schulverwaltung ist vorstellbar, eine Schule ohne Lehrer ist nicht möglich. Die Lehrer sind wesentlich wichtiger als Schulgebäude und technische Ausstattung. Sie lassen sich nicht durch wissenschaftlich exakt programmierte Unterrichtsautomaten ersetzen.

Sie sollen den Unterrichtsstoff beherrschen, aber auch seine didaktische Umsetzung. Sie sollen jedes Kind individuell fördern, dabei aber alle gleich behandeln. Sie sollen nicht nur Bildung vermitteln, sondern auch zu sozialem Verhalten erziehen. Sie sollen den Bedürfnissen der Kinder entgegenkommen und auch die Erwartungen der Eltern erfüllen. Und jetzt sollen sie auch noch

für alle Behinderungsarten pädagogisch kompetent sein.

Lehrer sind Zielscheibe öffentlicher Anwürfe („faule Säcke“ nach Gerhard Schröder) und dienen als Witzfiguren (Lehrer ist kein Beruf, sondern eine Diagnose). Sie sind den aggressiv-oppositionellen Tendenzen ihrer heranwachsenden Schüler ausgesetzt, auch deren oft nur geringer Anstrengungsbereitschaft. Sie sollen die allseitige Erwartung erfüllen: Lernen macht Spaß. Sie werden nach wenig transparenten Entscheidungen von einer zentralen Schulbehörde verwaltet und mit Bildungsreformen überzogen, auf die sie nur geringen Einfluss nehmen können. In Brandenburg sind ca. 600 Lehrer dauerhaft krank (Lausitzer Rundschau vom 4.6.2011).

Pädagogische Möglichkeiten

Die dargestellte Vielschichtigkeit aus Anlagen, Milieu und Entwicklungsphase, aus Krankheiten und Störungen, aus situativen Möglichkeiten und Grenzen macht deutlich, dass einfache Lösungen der damit verbundenen Probleme nicht zu erwarten sind.

Grundsätzlich sind für die pädagogische Versorgung von Kindern mit Behinderungen zwei Wege möglich:

1. Sonderschuleinrichtungen mit dem Vorteil der Konzentration von schädigungsspezifischen Hilfsmöglichkeiten (Lehrmaterial, Hilfsmittel, Räumlichkeiten) sowie pädagogischen Spezialisierungen und Erfahrungen, aber auch der Betreuung innerhalb einer Gruppe vergleichbarer Leistungsmöglichkeiten, jedoch mit dem Nachteil der Ausgrenzung und der fehlenden Gleichwertigkeit der Abschlusszeugnisse.
2. ‚Inklusion‘ in den ‚normalen‘ Schulbetrieb mit dem Vorteil, dass alle Kinder die gleiche Einrichtung besuchen, jedoch mit dem Nachteil mangelnder störungsspezifischer Hilfen und pädagogischer Kompetenzen und auch der für behinderte Kinder oft entmutigenden Konkurrenz mit den konstitutionell Leistungsstärkeren. Dabei wird die erforderliche Einzelzuwendung des Lehrers für den ‚Behinderten‘ zu Lasten der Unterrichtung der ‚Normalen‘ gehen.

Nur wenn innerhalb einer Klasse mehrere Lehrkräfte tätig sind, kann eine individuelle Förderung umgesetzt werden, sofern Sachverstand, Hilfsmittel und Räumlichkeiten das hergeben und die Zahl der Lehrer deutlich aufgestockt wird. Problematisch wird es, wenn Kinder mit unterschiedlichen Be-

hinderungen die gleiche Klasse besuchen, wenn Kombinationen von geistigen Behinderungen mit körperlichen Störungen vorliegen und wenn Verhaltensstörungen hinzu kommen. Diese Situation ist dann pädagogisch kaum noch zu bewältigen.

Die Entscheidung, diese komplexe Problematik durch die Schließung der Sonderschulen zu lösen, ist sicher gut gemeint, und schön wäre es, wenn sie zum Ziel führen könnte. Aber was ist das Ziel? Sollen sich die bestehenden Behinderungen durch die ‚Inklusion‘ aufheben lassen? Soll jedes Kind den gleichen Schulabschluss erwerben können, auch wenn seine Leistungsmöglichkeiten so sehr unterschiedlich sind? Soll nach einem übergreifenden Lehrplan unterrichtet werden – mit welchen Bildungszielen? Sollen sich die tief verwurzelten Vorurteile gegenüber ‚Behinderten‘ dadurch auflösen?

Verbesserungen in der schulischen und sozialen Situation von behinderten und nicht behinderten Schülern lassen sich nur durch gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten erreichen – der Schüler, der Eltern und Erzieher, der Lehrer, der staatlichen Institutionen, aber auch der helfenden Professionen – Jugendhilfe, Ärzte, Therapeuten. Wenn Entscheidungen über tiefgreifende Umstrukturierungen erfolgen, müssen die Ziele definiert und mögliche Risiken bedacht werden, guter Wille allein reicht nicht, selbst wenn er sich auf eine UN-Konvention beruft. Sinnvoll wären zunächst Modellversuche, in denen einzelne Schulen Angebote zur Inklusion umsetzen und hierbei fachlich begleitet werden, auch Kinderpsychiatrie und Psychotherapie könnten hierbei hilfreich sein und sind dazu bereit. Vorrangig sind pädagogischer Sachverstand, verbunden mit hoher Einsatzbereitschaft, aber auch die Mitwirkungsbereitschaft von Schülern und Eltern erforderlich. Einsame Entscheidungen ‚von oben‘ werden der Vielfalt der Probleme nicht gerecht und können der wichtigen gesellschaftlichen Aufgabe zur Integration/Inklusion behinderter Menschen eher schaden als nutzen.

Autor:

Dr. med. habil. Wolfram Kinze

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Lübben

von 1977 bis 2007

Anschrift: Eschenallee 40, 15907 Lübben

„Wo wir noch gar nicht wissen, wie wir das machen sollen“ – Fragen zur Inklusion

Michael Buscher

Kontext

Bei Vorträgen zur Pharmakotherapie sind die Autoren verpflichtet, ihre Verbindungen mit der Industrie offen zu legen. Ob dies zu mehr „Objektivität“ führt, sei dahin gestellt. Immerhin wissen die Zuhörer dann, welche eigenen Interessen hinter dem Vortrag stehen könnten.

Ich lege hiermit meine Verstrickung zu exklusiven, pardon: exkludierenden Strukturen offen. Ich verdiene nämlich einen größeren Teil meines Geldes als Chefarzt einer Abteilung mit verschiedenen Spezialisierungen, wobei uns die für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen und psychischen Belastungen besonders am Herzen liegt.

Ich bin noch nicht sicher, ob ich mich dessen schon schämen muss. Ist Spezialisierung in der Psychiatrie Aussonderung, während spezialisierte Einheiten wie Herz-, Brust- und Neonatalzentren hoch geschätzt sind? Schaden Spezialstationen gar den hier behandelten Menschen?

Inklusion als neues Zauberwort ist wirklich gut gemeint. Aber Vorsicht: Schon Watzlawik untertitelt seine Anleitung zum Unglücklichsein: vom Schlechten des Guten.

Die Inklusionsdebatte, so finde ich, schickt uns auf eine interessante Reise.

Linguistische Halbwertszeiten

Wir leben, so heißt es, in einer schnelllebigen Zeit. Und so wundert nicht, dass sich auch die Halbwertszeiten nicht nur unserer Logos, sondern auch unserer Neologismen ständig verkürzen. Ganze Wirtschaftszweige und Politikergenerationen leben von innovativer Etikettenerzeugung, und natürlich erzeugt Sprache neue Wirklichkeiten, wenn auch nicht immer gut bekömmliche, und das Unbehagen derer, die den Etikettenschwindel auszubaden haben, wächst. Kurzum: es sei zur Vorsicht gemahnt mit neuen Terminologien. Mit Erstaunen habe ich parteienübergreifenden Applaus auf einer Fachtagung zum Thema Inklusion vernommen, auch hier sind schon die Reklame-web-sites neu geschrieben, natürlich sind alle für Inklusion.

Aber die wenigsten hatten Antworten auf die Fragen der Konkretisierung im Alltag. Inklusion in jedem Fall, so ein kinder- und jugendpsychiatrischer Lehrstuhlinhaber, auch wenn wir, so das Eingeständnis: „...noch gar nicht wissen, wie wir das machen sollen“.

Wir sind zwar eine der ganz wenigen kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken, die Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen behandeln und erfreuen uns bundesweiter Nachfrage, zum Thema befragt wurden wir von niemandem. Man lässt uns immerhin leben, auch so eine Art kalter Inklusion.

Warum haben in dem einen europäischen Vorzeigeprojekt nach der Schule die inkludierten Kinder und Jugendlichen mit Behinderungen immer noch keine außerschulischen Sozialkontakte zu ihren Altersgenossen? Warum sind die Konzepte in den Niederlanden aufgrund finanzieller Engpässe infrage gestellt?

Also: Erst Lebenshilfe, dann Integration, dann Aktion Mensch, dann Inklusion. Manchmal, so scheint mir, wäre Konsolidierung angebracht, natürlich mit dem notwendigen Wandel, aber bitte doch nicht mit der Halbwertszeit politischer Legislaturperioden.

Es ist schon einige Jahre her, da titelten die Heidelberger Therapeuten eine Tagung: Das Ende der großen Entwürfe. Ich wünschte mir allmählich ein Ende der großen Schablonen, der Hochglanzbroschüren, des Benchmarks, der Merkantilisierung der Sprache und der Instrumentalisierung der Individuen.

Inklusion als Ziel einer Bürgergesellschaft?

Wenn wir in unserer Klinik ein spezialisiertes Angebot für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen bereithalten, so heißt dies nicht, dass dieser Bereich nun in irgendeiner Form besondere Unterstützung erfahre. Im Gegenteil: die von uns zu fordernde angemessene stärkere Personalpräsenz wird verwehrt, der Schwerpunkt ist immer mal wieder infrage gestellt, auch wenn wir wirtschaftlich recht gut dastehen. Viele mögen oder bewundern uns, wollen aber nicht so gern auf unseren Stationen arbeiten. BewerberInnen auf TherapeutInnenstellen weisen schon einmal freundlich darauf hin, dass sie lieber nicht mit behinderten Kindern arbeiten. Dennoch erhalten sie – nicht gerade zu meiner Begeisterung – eine Stelle. Ganz erfreulich ist aber auch die zunehmende Zahl derer, die auch mit diesen Kindern mit ihren deutlich erhöhten psychiatrischen Morbiditäten und ihren Familien arbeiten wollen. Also, wenn es selbst in unseren Reihen nicht so weit her ist mit der Inklusionsfreude, wie soll Schule das allein schaffen?

Ich bin eher unsicher, ob wir Bürgerinnen und Bürger gemeinsam Inklusion wollen.

Sicherer scheint mir der gesellschaftliche Konsens darüber zu sein, dass Behinderung in jedem Fall zu verhindern ist, sei es nun durch invasive Maßnahmen oder durch Förderung ohne Ende.

Was heißt in einer Gesellschaft, in deren Mitte offensichtlich immer weniger Platz für Begrenzungen und Einschränkungen ist, Inklusion?

Gelegentlich, so scheint es, verbirgt sich hinter der Inklusionsfreudigkeit nichts als die Leugnung von Behinderung, die die Kinder normativen Normalisierungswünschen aussetzt, denen sie dann in einem Prozess ständigen Scheiterns hinterher laufen. Diese Form der Leugnung ist häufig einer der wesentlichen Gründe psychischer Not der bei uns aufgenommenen Kinder. So tief wir überzeugt sind, dass die Kinder und Jugendlichen mit den vermeintlichen Intelligenzminderungen ein eigenes Potential besitzen, so sehr wir ihre Ressourcen kennen, so verlogen erschiene uns, sie in der Begleitung und Akzeptanz ihrer Einschränkungen allein zu lassen.

Inklusion wird doch vermutlich dann gelingen, wenn wir auf unsere Geburtstagspartys mit selbstverständlicher Freude Menschen mit Handycaps, solche mit Migrationshintergrund, solche mit problematisch erscheinendem Verhalten oder gar psychiatrischen Störungen einladen.

Solange wir das nicht tun, bleibt das Reden über Inklusion leeres Geschwätz.

Inklusion ist also nur denkbar als nachbarschaftliche Solidarität, die erkennbar macht, dass die Kinder unseres Stadtteils unsere gemeinsamen Kinder sind, für die wir gemeinsam bereit sind, Verantwortung zu übernehmen, genau so wie wir bereit sind, das Gemeinwesen unterschiedlich chancenreicher und von Behinderung betroffener Erwachsener als Teil einer neu zu definierenden Kommune i.S. einer Koevolution gemeinsam zu gestalten.

Für diesen die Individuen in Verantwortung nehmenden Prozess gibt es jedoch nur wenig Hoffnung. Die Idee der Bürgergesellschaft hat sich aufgelöst in Richtung einer Idee der Verwalteten, die von ihren Monitoren aufgesogen sind und den Klick in Facebook oder Internet mit dem Kick sozialer Unmittelbarkeit verwechseln. Die Sozialverbände verlieben sich allenfalls in postmoderne Managementbetriebe mit merkantilen Hierarchien weitab jeglicher Verbindlichkeit und Historizität in sozialer Verantwortung.

Übrigens: es scheint Hinweise zu geben, dass im arabischen Mittelalter ein erstaunliches inklusives Niveau erreicht war: In allen Geschöpfen sei Allahs Allmacht und Güte am Werk sei, und somit gebe es ganz selbstverständlich eine besondere Verantwortung für die Menschen mit Behinderungen.

Was steht gerade auf dem Spiel?

So sehr Inklusion in aller Munde ist, so unklar bleibt, wie diese konkret realisiert werden soll.

Auf dem Spiel steht ein in Jahrzehnten gewachsene, teils mit erheblichem Engagement von Elterninitiativen auf den Weg gebrachte institutionelle Kompetenz, von der Schülerinnen und Schüler, Kinder und Jugendliche profitieren. Auf dem Spiel stehen gute Förderorte, die von Auflösung bedroht sind. Auf dem Spiel steht die soziale Struktur an den spezialisierten Schulen, die wenn überhaupt noch existenzberechtigt, zum Sammelbecken schwierigster Schülergruppen zu werden drohen.

Auf dem Spiel steht – und hierzu gibt es nach meiner Kenntnis kaum Forschung – die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die im Rahmen kalter Inklusion zu wenig fachspezifische Begleitung erfahren.

Auf dem Spiel stehen die mit den Förderschulen verbundenen Sozialstrukturen, deren Verbindungen zu Selbsthilfeorganisationen, zu sozialen Netzwerken, deren Austauschforen für Eltern, deren ganzheitliche Sicht auf Familien und deren Wissen um Weichenstellungen für die Zukunft.

Wie funktioniert Spezialisierung?

Spezialisierung findet nicht im luftleeren Raum statt. Vermutlich entsteht sie aus Nöten, aus Nöten der Betroffenen oder Nöten derer die von deren Problemen betroffen sind. Sie ernährt auch die Spezialisten. Auch hier geht es um Marktanteile und Existenzsicherung.

Ein Fallbeispiel (ich zitiere frei nach Guttenberg aus Wikipedia):

„Michel Svensson lebt Ende des 19. Jahrhunderts beziehungsweise Anfang des 20. Jahrhunderts auf dem Hof Katthult in dem Dorf Lönneberga in Småland in Schweden zusammen mit Vater Anton, Mutter Alma, seiner Schwester Klein-Ida, dem Knecht Alfred und der Magd Lina. Dort und in ganz Småland erwirbt Michel sich den Ruf, allerlei *Unfug* anzustellen.

Immer, wenn Michel *etwas angestellt* hat, wird er in den Tischlerschuppen gesperrt, wo er dann kleine Holzmännchen schnitzt. Da er viel Schabernack treibt, entsteht mit der Zeit eine beachtliche Holzmännchen-Sammlung.

Viele Ereignisse in den Abenteuern von Michel aus Lönneberga werden oftmals aber fälschlicherweise als hinterlistige Streiche ausgelegt, nur weil die Folgen mit sehr viel Unannehmlichkeiten für die Eltern und die Bewohner von Lönneberga verbunden sind. So verschluckt Michel versehentlich ein Geldstück oder er fällt von Stelzen durch ein Fenster in eine Schüssel mit Blaubeersuppe, er stellt eine Rattenfalle auf, in die sein Vater tritt, oder er sperrt den Vater unwissend im Toilettenhäuschen ein.

Andererseits ist Michel sehr hilfsbereit und gutherzig. So versucht er beispielsweise der Magd Lina auf vielfache Weise einen Zahn zu ziehen oder er lädt die Menschen aus dem Armenhaus am Weihnachtstag zu einem Festessen ein. Besondere Anerkennung bekommt Michel, als er den schwerkranken Knecht Alfred bei schlimmsten Schneestürmen mit dem Pferdeschlitten zum Arzt nach Mariannelund bringt und Alfred so vor dem tödlichen Ausgang einer schweren Blutvergiftung bewahrt.“

Ende des 20. Jahrhunderts, Anfang des 21. Jahrhunderts sähe die Geschichte schon anders aus. Michels Holzmännchensammlung bliebe unverkäuflich, in Zeiten der Globalisierung wären Holzmännchen maschinell millionenfach herstellbar, Michels Kompetenzen blieben ungenutzt. Seine Eltern würden ihn früh aus eigener Not oder durch liebevoll-strenge JugendamtskollegInnen auf den rechten Weg gebracht, erst mal einer Diagnostik zuführen. Die

Diagnostik, lieber Michel und liebe Eltern, würden sich natürlich an medizinischen Leitlinien orientieren – die Beratungsstellen hätten längst kapituliert.

Michel gerät also an selbst ernannte Spezialisten, die ihm auf den vermeintlich rechten Weg helfen. Gleichzeitig aber verliert die Gemeinde ihre traditionellen Kompetenzen im Umgang mit Kinderunruhe. Die Delegation von ADHS oder anderen Auffälligkeiten an spezialisierte Versorgungssysteme kann leider auch zur Folge haben, dass die bisher Verantwortlichen sich zurückziehen, dass alte Kompetenzen zum Umgang mit Besonderheit verloren gehen, weil man sich auf die Spezialisten verlässt.

Es bleibt also stets die Frage, wessen Not Spezialisierung verringert, wem sie nützt, wem sie schadet, welche Kompetenzverschiebungen stattfinden, nicht zuletzt, wer finanziell von Spezialisierung profitiert. Am Beispiel kindlicher Unruhe bleibt weiterhin zu fragen, ob nun eine Gesellschaft Kinder wie auch immer und zu welchem Zweck auch immer zu beruhigen hat oder ob sie an der Unruhe wachsen kann und will. Und welche Chancen sie diesen Kindern als Erwachsene geben will, wie viel Unruhe Arbeitswelten vertragen?

Kehren wir zurück zur Frage spezialisierter Angebote für Menschen mit Behinderungen.

Die Entstehung spezialisierter Schulangebote geht zurück auf den Wunsch nach Anerkennung von Bildbarkeit und Regelbeschulung als hohes Gut. Sonderpädagogik galt zunächst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts als erkämpfenswerter Gewinn, die spezialisierte Selbsthilfe als großartige Errungenschaft, die würdige Existenz bis ins Alter garantieren wollte. Doch dieses von 1000den engagierten Eltern der Lebenshilfe unterstützte Konzept scheint allmählich ins Wanken zu raten. Anpassung an die Menschenrechtskonventionen ist gefragt, die Inklusionsraten erscheinen zu niedrig, liegen bei erheblichen regionalen Differenzen weit unter denen mancher unserer europäischen Nachbarn.

Die Umwälzung ist umfassend geplant und in Angriff genommen, auch spezialisierte Wohneinrichtungen sollen aufgegeben werden, der Markt betreuten Wohnens wird entdeckt, Gemeindenähe; auch dies überraschend parallel mit Einsparstrategien und billig nicht nur gut bekömmlich.

Fragen an eine kinder- und jugendpsychiatrische Abteilung mit einem besonderen Faible für die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hier in Viersen ist ein Nachkriegskind.

Damit soll nicht die Tatsache geleugnet werden, dass auch in unserer Region und auch in psychiatrischen Kontexten die Greuel nationalsozialistischer Aussonderung Wirklichkeit wurden.

In den 60er Jahren des vorigen Jahrhunderts gab es hier einen so genannten heilpädagogischen Bereich, der zum Langzeitlebensort für viele Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wurde. Der Bereich war eher wenig geschätzt, die Arbeitsbedingungen waren schwierig. Das Maß der wirtschaftlichen Stabilität, die der Klinik aus der Aufnahme behinderter Menschen zuteil wurde, entsprach nicht ihrem Engagement für die Verbesserung therapeutischer Konzepte. Innovation wurde eher in anderen Abteilungen gepflegt.

All das hat mittlerweile doch einen erheblichen Wandel erfahren. Im Rahmen der Enthospitalisierung wurde für viele Jugendliche eine neue Wohnperspektive gefunden. Und dennoch hat sich die Klinik anders als viele andere entschlossen, die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nicht aus ihrem Programm zu streichen, sondern vielmehr aktiv ein spezialisiertes Behandlungsangebot aufzubauen. Wir machen das auf drei altersdifferenzierten Stationen, auch in einer Wohngruppe und schließlich gibt es auch auf unserer Eltern- Kind-Station immer wieder an speziellen Themen orientierte Gruppen.

Von Anfang an gab es Bedenken: Warum nicht komplett integrativ, wie es damals noch hieß? Warum die so genannten normalen Aufnahmestationen hier aus der Pflicht nehmen? Warum Aussonderung unterstützen? Mit unserem Spezialangebot könnten die anderen sich doch komfortabel zurücklehnen und den Kindern und Jugendlichen blieben gemeinsame Entwicklungschancen versperrt. Wie oft hörten wir, dass andere Kinder und Jugendliche doch verschreckt seien von verhaltensauffälligen Altersgenossen mit Behinderungen und das Image der Klinik ...?

Beliebt als Argument für die ‚integrative Station‘ ist die vermeintlich homogenere Gruppenstruktur, ein Hohn, wenn man sieht, wie heterogen unsere Gruppen sind. Dabei sind unsere Mitarbeiter lediglich überzeugt, mit Unterschiedlichkeit umgehen zu können.

Wo stehen wir?

Nach der Enthospitalisierung haben wir vor etwa fünfzehn Jahren den Versuch unternommen, auf die integrative Station auch normal intelligente Jugendliche aufzunehmen. In Einzelfällen ist uns das zwar immer wieder gelungen, insgesamt sind wir aber mit dem Projekt zumindest unter den damaligen Voraussetzungen gescheitert. Die Fülle unterschiedlichster Aufgaben und Erwartungen war nicht mehr zu erfüllen. Auch entwickelt sich in psychiatrischen Akutstationen – und das sind wir mittlerweile überwiegend – eine eigene Gruppendynamik und Verdichtung von Prozessen, die dann in der Kürze der Zeit kaum noch gestaltbar ist und allen schadet: besonders den Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen, besonders aber auch den überforderten Kolleginnen und Kollegen vor Ort. Schließlich sind unsere Aufenthaltsdauern zunehmend kürzer, so dass wir nicht die Möglichkeit haben, langfristig stabile Gruppenstrukturen zu schaffen. Psychiatrie ist ja eben nicht Lebensort und soll dies nicht werden.

Wir sind insgesamt recht zufrieden mit der Entscheidung, in unserem Bereich Kinder und Jugendlichen mit Lern- und geistigen Behinderungen aufzunehmen – im Kinderbereich ist das Spektrum immer wieder etwas weiter. Jeder weiß, wie groß die Inklusionsleistung schon hier ist, da die Unterscheide innerhalb unserer Gruppen immens sind. Dafür gelten wir auch als ziemlich tragfähig für all diejenigen, die aufgrund autistischer oder anderer schwerwiegender psychiatrischer Störungen aus anderen Sozialgefügen herausfallen.

Wir bleiben empört, dass wir nicht einen Mitarbeiter mehr haben als andere Stationen, obwohl auch bei uns bekannt ist, dass Menschen mit Behinderungen mehr Assistenz benötigen. Also auch hier: bevorzugt die so genannte kalte Inklusion.

Wir sind froh darüber, dass unsere Stationen in einem Verbund eingebettet sind, man also das Freizeitzentrum und den Schulort gemeinsam besucht, sich trifft, traditionelle Feiern gemeinsam begangen werden, also doch zumindest partiell ein Miteinander gegeben ist.

Was spricht aus unserer Sicht für ein spezialisiertes Angebot?

1. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen machen spezifische Lebenserfahrungen in ihren sozialen Umfeldern. Uns erscheint bedeutsam, in diesen Lebenswelten erfahren, kundig zu sein. Dabei suchen wir immer die Kooperation mit den Eltern, den Schulen, den anderen psychosozialen Helfern.
2. Psychische Not bei Kindern und Jugendlichen mit so genannten Behinderungen hat immer auch spezifische Färbungen. Was ist Effekt eines spezifischen Fähigkeitsprofils, auch des Erlebens von Einschränkung? Was ist psychische Not, die die Kinder in gleicher Form wie andere Kinder betrifft? Hier benötigen wir für die Suche nach angemessenen Lösungen spezifische Kenntnisse, die erlernt und oft eben auch über Jahre im Team erfahren sein müssen.
3. Wir müssen den Kindern und Jugendlichen einen Erfahrungsraum zur Verfügung stellen, innerhalb dessen sie sich als wirksam, kompetent erleben können. Das gelingt aus nach unserer Einschätzung leichter auf unseren spezialisierten Stationen. Viele Kinder und Jugendlichen kommen aus Situationen, in denen sie vermeintlicher Normalität hinterher hecheln, ohne dass sie je erreichbar ist. Wir müssen Gelegenheiten schaffen für individuelle Erfolge, aber auch genügend Raum haben für Einschränkung und Akzeptanz des Unerreichbaren.
4. Eltern benötigen Sicherheit, dass mit den spezifischen Fragen Ihrer Kinder und Jugendlichen ebenso individuell umgegangen wird wie mit ihren Sorgen, ihrer Freude und ihren Zukunftsplanungen. Auch das gelingt nur, wenn wir uns auf das Abenteuer gemeinsamen Suchens einlassen, in dem auch wir an Grenzen kommen, mit denen wir dann aber ebenso wie die Familien doch etwas vertrauter sind.

Besorgt sind wir, dass möglicherweise unter gut gemeinten inklusiven Wünschen tragfähige Angebote zerschlagen werden, bevor Alternativen zur Verfügung stehen. Es gibt kaum Untersuchungen, die die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in inklusiven mit denen in spezialisierten Angeboten vergleichen. Immer wieder sehen wir allerdings Kinder, die im Alltag der sogenannten Regelschulen Schaden nehmen.

Beispiele:

1. Ein Jugendlicher wird uns vorgestellt wegen schwer nachvollziehbarer Ängste und zunehmender Aggressivität. Die mittlerweile getrennten Eltern haben erhebliche Auseinandersetzungen. Diese drehen sich auch um die Frage der Befähigungen ihres Sohnes und der weiteren Perspektive. Es gab viel Engagement in der Förderung. Der Vater glaubt immer noch an die Integration seines Sohnes in den ersten Arbeitsmarkt. IQ Messungen zeigen Werte im Grenzbereich zwischen leichter und mittelgradiger geistiger Behinderung. Der Sohn versucht beiden Eltern gegenüber loyal zu sein, erspürt wie viele Menschen mit Intelligenzminderungen genau die Divergenzen, die ihn einerseits zerreißen, ihn andererseits dazu einladen, mit Aggressivität nach sicheren Reaktionsmustern zu suchen. Auch die Mutter engagiert sich für ein inklusives Leben. Der Junge wirkt bei uns zum Zeitpunkt der Aufnahme nahezu psychotisch. Aber er entspannt sich zunehmend auf unserer spezialisierten Station. Er hat hier einen Rahmen, der ihn nicht überfordert, der an ihn aber auch Anforderungen stellt. Diese Anforderungen sind aber leistbar, er ist kein Außenseiter, der mehr können muss, als er schafft. Natürlich beziehen wir die Eltern in den Therapieprozess ein. Die Mutter hat einen in Inklusionsfragen sehr engagierten Spezialisten vor Ort. In Deutschland, so der Kollege gebe es nur zwei Wohneinrichtungen, die ein inklusives Angebot machten. Damit sind der Mutter vielfältige Optionen tragfähiger Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen versperrt. Sie gerät zunehmend in eine Sackgasse. Vor dem Jugendlichen stehen vielfältige psychoemotionale Entwicklungsaufgaben. Diese wird er absehbar nicht bewältigen können, wenn er unverändert um scheinbare Normalität ringen muss. Wir empfehlen sehr eine im Umgang mit Menschen mit Behinderungen spezialisierte Einrichtung, damit der Junge auch unter Seinesgleichen ist, sich selbst als wertvoll und selbstwirksam erleben kann. Die gut gemeinte Idee der Inklusion setzt hier die seelische Gesundheit des von unseren Rahmenbedingungen offensichtlich profitierenden Jugendlichen massiv auf's Spiel. Im gleichen Atemzug, in dem die Mutter ihre Inklusionswünsche äußert, berichtet sie von einem geistig behinderten Mädchen an einer Hauptschule, die hier vollkommen ins Abseits gelangt ist und die Situation kaum erträgt.

2. Das Mädchen befand sich vor der Aufnahme in einer integrativen Klasse auf einer Waldorfschule. Neben einem kognitiven Begabungsniveau im Bereich einer geistigen Behinderung hat sie einen diagnostizierten frühkindlichen Autismus, ist aber vom Erscheinungsbild eher atypisch. So sorgt sie sich sehr darum, was speziell ihre Eltern fühlen und denken und versucht, diese nicht zu enttäuschen. Deshalb hat sie versucht, mit den normal begabten Schülern ihrer Klasse mitzuhalten, was nicht funktionierte, verweigerte daraufhin die Schule und entwickelte eine ausgeprägte depressive Symptomatik. Die Entwicklung verlief dann auf Station sehr positiv, besonders in Anbetracht der Aussicht, dass die Eltern sie anschließend auf einer Förderschule für geistige Entwicklung zu beschulen planen.

Im Alltag unserer Klinik sehen wir eine große Zahl von Kindern und Jugendlichen, die an den vermeintlich normalen Erwartungen ihrer Umwelt scheitern, die den inklusiven Druck nicht aushalten.

Selbstverständlich müssen wir uns auch fragen lassen, ob wir tatsächlich Kinder, Jugendliche und ihre Familien genügend angemessene Hilfen auf dem Weg zur Inklusion zur Verfügung stellen. Wir werden lernen müssen von der sich abzeichnenden Bewegung zu mehr Teilhabe, von den erfolgreichen Modellen, von einer auch wohl gemeinten berechtigten Skepsis gegenüber dem uns so vertraut und notwendig erscheinenden. Wir werden auch mehr den Blick richten müssen auf langfristige Entwicklungschancen: auf welche Erwachsenenwelten sind die Kinder vorzubereiten? Sind sie gerüstet für ein weitgehend selbständiges Leben in Gemeinschaft und macht ihnen die Gemeinschaft dann tatsächlich – außerhalb der Vorzeigeprojekte – inkludierende Beschäftigungs- oder besser noch Arbeitsangebote?

Dabei werden wir die Ressourcen der Familien nicht außer Acht lassen können. Wir erleben eben auch viele Eltern oder allein erziehende Elternteile, die bei dem Versuch, den Kindern ihr Leben so normal wie möglich zu gestalten, an das Ende ihrer Kräfte gekommen sind, auch wenn sie am liebsten alles schaffen würden.

Und wir haben Sorge darum, dass die Inklusion zu einer neuen Unterscheidung inkludierbarer und nicht inkludierbarer Kinder führt und die letzte Gruppe dann unter umso schwierigeren Bedingungen den Spezialeinrichtungen überlassen bleibt nach dem Motto: die guten ins Töpfchen, die schlechten ins Kröpfchen.

Annäherungen an eine inklusive Zukunft

Die Chancen zur Inklusion dürften sich am ehesten dann erhöhen, wenn sie von allen Beteiligten gewollt ist und sich als nachhaltig erweist, wenn es ein Ja gibt für alle Michels und Michelles mit oder ohne ADHS, mit oder ohne Behinderung, mit oder ohne Migrationshintergrund in unseren Krabbelgruppen, Kindergärten und Schulen.

Diese Aufgabe ist ganz offensichtlich nicht per Dekret an die sich überfordern gebenden Sozialsysteme delegierbar. Sie beginnt bei gemeinsamen Tauf feiern, Geburtstagen, bei Treffen unterschiedlichster Eltern, multikulturellen Stadtfesten.

Sie könnte auch beginnen bei Partnerschaften zwischen Gymnasien und Schulen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung, bei gemeinsamen Reisen von Kindern unterschiedlichster Herkunft.

Sie bedarf einer Auflösung der historischen Trennung zwischen Jugend- und Behindertenhilfe, einer Öffnung der Beratungsstellen für alle Kinder und Jugendliche und deren Familien. Und die Betroffenen die Jugendlichen müssen Chancen zu einer beruflichen Integration haben wie sie beispielhaft durch die Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen in Cafes, Jugendherbergen, Gärtnereibetrieben auf den Weg gebracht ist.

Inklusion bedarf eines flächendeckenden Angebots gesundheitlicher und eben auch psychiatrisch-psychotherapeutisch Angebote mit gut vernetzten multi-professionellen Strukturen. Sie bedarf begleitender Forschung, auch solcher über gesundheitliche Risiken des einen oder anderen Modells für die Kinder und Jugendlichen selbst, aber auch für ihre engsten Bezugspersonen.

Aber sind wir wirklich bereit zu all diesen Freundschaften, die nicht mit dem Dienstschluss enden? Schaffen wir das denn wirklich? Oder lassen wir nicht doch, wenn wir müde sind, die Betroffenen am Ende alleine? Und wird das denn nicht noch viel schlimmer, wenn die mäßig guten Angebote, über die wir zurzeit verfügen, verloren sind?

Empfehlungen

Abseits allgemeiner Entwürfe lassen sich vielleicht doch einige Hinweise und Fragen formulieren:

1. Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderungen haben ein deutlich erhöhtes Risiko psychischer Belastung. Deutlich häufiger als ihre Altersgenossen leiden sie unter psychischen Störungen, so dass hier besondere Achtsamkeit erforderlich ist seitens der Eltern, der Schulen, der schulpсихologischen Dienste und der Ärztinnen und Ärzte, die diese Kinder primär sehen.

Seien Sie also achtsam im Hinblick auf die seelische Gesundheit der Kinder, prüfen Sie, sofern sie Eltern sind, was zu Ihnen, Ihrem Kind passt. Sprechen Sie mit den inkludierenden Schulen, wenn möglich mit dem Klassenlehrer und anderen Eltern, sehr konkret, wie Inklusion unterstützt wird, was ihr Kind aus ihrer Erfahrung heraus benötigt. Vernetzen Sie sich.

2. Umgang mit Behinderungen bedeutet Chancen, aber auch Belastung und Herausforderung. Diese Belastung trifft primär die Familien, insbesondere die Eltern und hier wiederum immer noch vor allem die Mütter. Neue inklusive Modelle müssen Familien im Blick haben. Werden die Belastungen der Familien größer, wenn die Kinder aus den spezialisierten Angeboten entlassen sind? Welche Familien profitieren, welche Familien sind die Verlierer der Inklusion? Welche neuen Anforderungen und Herausforderungen ergeben sich für die Eltern. Eltern könnte man also empfehlen, genau zu prüfen, welche Risiken und Chancen sie nicht nur für ihr Kind, sondern auch für die gesamte Familie sehen. Dies schließt beispielsweise die Frage ein, wie viel spezialisierter Therapien dann aus den Schulen in den Privatbereich verlagert werden, wer diese Angebote dann bezahlt und organisiert.
3. Inklusion endet häufig mit Schulschluss. Prüfen Sie, welche Kontakte nach Schulende in ihrer Förderschule aufrecht erhalten werden und wie dies in der inkludierenden Schule ist. Beziehen Sie in Entscheidungen mit ein, welche Selbsthilfe- und Austauschmöglichkeiten für Eltern bestehen und welche ganzheitlichen, bis in das Erwachsenenalter reichenden Konzepte vorliegen.

4. Schließlich bleibt die Frage, was aus den Kindern und Jugendlichen wird, die nicht inkludierbar sind. Wie verändern sich deren Schulen? Sind sie letztlich die Verlierer, weil die in den Förderschulen verbleibenden Kinder nunmehr gänzlich den Anschluss verlieren bei einem zunehmend schwierigen Schulklima?

Wünschenswert erschiene uns eine Inklusionsbegleitung, wie sie vielleicht am ehesten durch die schulpsychologischen Dienste, später die Arbeitsagenturen in Zusammenarbeit mit den regionalen Gesundheitsämtern zu gewährleisten wäre. Ganz wesentlich wird die konkrete psychische Belastung der Kinder in den jeweiligen Sozialfeldern sein. Gerade hier bleiben leider skeptisch, weil wir – vielleicht aus institutioneller Perspektive nur zu eingengt – immer wieder Kinder erleben, die in ihrem Alltag so lange chronischer Überforderung ausgesetzt waren, bis sie psychiatrische Störungen entwickelten und schließlich behandelt werden müssen. Gutgemeinte Überforderung bleibt Überforderung, auch wenn sie vermeintlich edlen Zwecken dient. Es werden sich jedoch auch Chancen eröffnen für die Inkludierenden und die Inkludierten, letztlich für uns alle. Chancenlos werden wir und vor allem die Kinder bleiben, wenn wir denjenigen auf den Leim gehen, die uns Inklusion nach dem Motto „Geiz ist geil“ verkaufen und uns Hoffnung machen, dass die Inklusionskraft per se Entwicklungschancen optimiert, selbst wenn der Lehrer des Kompetenzzentrums nur zwei Stunden in der Klasse ist.

Der Inklusion, die Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Menschen mit und ohne Behinderungen, mit und ohne psychische Störungen, mit und ohne soziale Sicherheiten betrifft, sei viel Glück gewünscht. Und eine Vielzahl am Ende doch spezialisierter Hilfen.

Autor:

Dr. Michael Buscher
Chefarzt Abt. 3
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters
LVR-Klinik Viersen
Horionstr. 14
D-41749 Viersen

Inklusion bei durchschnittlicher oder überdurchschnittlicher Intelligenz unter Berücksichtigung biopsychosozialer Aspekte

Ingo Spitzcok von Brisinski

Meist geht es bei Publikationen und Diskussionen zum Thema Inklusion um Verbesserungen für Menschen mit geistiger Behinderung – auch Inclusion International (Erläuterung siehe Spitzcok von Brisinski 2011) engagiert sich für die Menschenrechte von Menschen mit *geistiger* Behinderung – nicht von Menschen mit *seelischer* Behinderung. Dabei standen in Deutschland im Schuljahr 2009/2010 an *Regelschulen* 3.514 Schüler mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung mehr als sechsmal so viele, nämlich 22.605 Schüler mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung, gegenüber.

Vielleicht liegt es daran, dass 2009 in Deutschland an *Förderschulen* 75.194 Schüler mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung, aber nur 36.595 Schüler mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung beschult wurden – oder, anders betrachtet – von den insgesamt 75.194 Schülern mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung wurden bisher nur 3.514 (= 5%) an *Regelschulen* beschult, von den insgesamt 36.595 Schülern mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung jedoch bereits 22.605 (= 62%) (KMK 2010a und b).

Ist Inklusion bzgl. Menschen mit mindestens durchschnittlicher Intelligenz leichter umzusetzen als für Menschen mit geistiger Behinderung? Die European Agency for Development in Special Needs Education (www.european-agency.org) zumindest meint, dass „die Arbeit mit *verhaltensschwierigen* Kindern die größte Herausforderung darstellt“ und „Systemische Ansätze

haben sich dafür bewährt, also solche, die alle Akteure und außerunterrichtliche Unterstützungssysteme einbeziehen“ (*Auswertung der europäischen bestpractice von inklusivem Unterricht*, zitiert nach Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 18).

Dennoch empfiehlt das von Klemm & Preuss-Lausitz (2011) im Auftrag des Ministeriums für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen erstellte Gutachten unverständlicherweise: „Um die schulische Absonderung insbesondere von Armutskindern zu vermeiden, die sich zudem sowohl kognitiv als auch für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung nachteilig auswirkt, kann nur das generelle Auslaufen der Förderschulen mit den Förderschwerpunkten Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache die Anhebung der Schulabschlüsse und damit das Erreichen normaler Ausbildungsgänge wie auch die Stärkung sozialer Partizipation erreicht werden“ (S. 40-41). „Die *gesamte personelle sonderpädagogische Ressource für Förderschwerpunkte Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache sollte als Einheit betrachtet werden, weil ihre Adressaten eine hohe Überschneidung im Bereich der familiären und sozialen Herkunft haben*“ ... „Sie *sollte jahrgangsweise aufrückend in die allgemeinen Schulen überführt werden*, um damit auf eine *individuelle* Feststellungsdiagnostik zur Sicherung des Förderbedarfs verzichten zu können. Alle vorhandenen Mittel stehen dann den Schulen für ihre *flexible Prozessdiagnostik und unmittelbare Förderung* zur Verfügung. Für die *übrigen Förderschwerpunkte* sollte einerseits ebenfalls ein landesweites – an der bisherigen Realität orientiertes – Budget konzipiert werden, in der konkreten Umsetzung sollte jedoch an individuellen Feststellungen – vorläufig – festgehalten werden“ (S. 28).

Eine solche Simplifizierung und gegenüber den sogenannten „übrigen Förderschwerpunkten“ stigmatisierende, stereotype Verknüpfung mit familiärer und sozialer Herkunft erscheint angesichts des heutigen Stands der Wissenschaft, in der monokausale Ursachenverkettungen zugunsten komplexer biopsychosozialer Modelle kaum noch eine ernst zu nehmende Rolle spielen, völlig unangebracht.

Andererseits wird hier wenigstens einmal – wenn auch zweifelhaft – differenziert zwischen – wenn auch nur 2 – verschiedenen Gruppen von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf bzgl. Art und Weise der Umsetzung von Zielen der Inklusion: Allzu oft werden Weißheiten wie „Gemeinsamer Unterricht fördert soziale Beziehungen auch außerhalb des Unterrichts. Gemeinsamer Unterricht stärkt Selbstverantwortung, Selbstsicherheit und realistische

Selbsteinschätzungen. Gemeinsamer Unterricht hat langfristig wirkende positive Wirkungen auf die berufliche und soziale und die gesamte Lebensgestaltung im Erwachsenenalter“ (ebenfalls aus Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 36) als für alle Gruppen von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf einerseits und Schüler aller allgemeinen Schularten andererseits empirisch gesicherte Wahrheiten präsentiert (beispielsweise führen die Gutachter selbst Ergebnisse einer Studie aus dem Jahre 2006 an, die lediglich bei 18% der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Norwegen mit im 4. Quartil liegendem Umfang der Behinderungen das Erreichen des Sekundarschulabschlusses verbucht, unabhängig davon, ob inklusiv in allgemeinen Klassen oder in Sonderklassen beschult wurde) – obwohl Evidenzbasierung und Allgemeingültigkeit bzw. Anwendbarkeit auf Deutschland mitunter hinterfragt werden müssen, auch wenn Ergebnisse aus der Schweiz und den USA (Klemm & Preuss-Lausitz 2011) teils überzeugende Hinweise bieten.

Anders als die von Klemm & Preuss-Lausitz vorgenommene Unterscheidung zwischen den Förderschwerpunkten Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache (LES) einerseits und ‚den übrigen Förderschwerpunkten‘ andererseits glauben macht, finden sich nach neueren Studien auch bei leichter geistiger Behinderung nur bei bis zu 68% (Strømme & Hagberg 2000) organische Ursachen. Auch bei leichter Geistiger Behinderung muss häufig von einer Kombination organischer und psychosozialer Faktoren ausgegangen werden. Befunde aus der modernen Entwicklungspsychologie und Verhaltensphysiologie des Säuglings und des Kleinkindes weisen darauf hin, dass eine günstige Intelligenzentwicklung nur möglich ist, wenn eine fördernde emotionale Interaktion zwischen Kind und seiner Bezugswelt gegeben ist. Das Kind muss also nicht nur über funktionstüchtige zentralnervöse Strukturen und Funktionen verfügen, sondern es spielt auch eine wichtige Rolle, in welchem Maße die für das Kind wesentlichen Bezugspersonen dessen Signale, Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und auf sie empathisch eingehen. Dies ist durch verhaltensphysiologische Beobachtungen und prospektive Longitudinaluntersuchungen belegt (Phillips et al., im Druck). Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung und der häuslichen Atmosphäre ist der beste Prädiktor für die intellektuelle und sprachliche Entwicklung eines Kindes, unabhängig von Bildungsgrad und Klassenzugehörigkeit der Mutter (Eggers & Bilke, 1995).

Die 22.605 Integrationsschüler mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung (= 23% aller Integrationsschüler) verteilten sich folgen-

dermaßen auf die verschiedenen Schularten: 10.521 an Grundschulen (= 19% aller dortigen Integrationsschüler), 4.141 an Hauptschulen (= 27%), 3.230 an Schularten mit mehreren Bildungsgängen (= 44%), 1.255 an integrierten Gesamtschulen (= 19%), 1.530 an Orientierungsstufen (= 38%), 477 an freien Waldorfschulen (= 19%), 438 an Gymnasien (= 22%), 557 an Realschulen (= 31%) und 3 im Vorschulbereich (= 9%). Zusätzlich ergeben sich teils erhebliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Bundesländern (KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2010a und b).

2009 waren von den 2.475.371 Schülern an Gymnasien (KMK 2010c) 438 Integrationsschüler mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung (= 0,02%), von 1.221.053 Schülern an Realschulen 557 (= 0,05%), von 767.258 an Hauptschulen 4.141 (= 0,5%), von 530.846 an integrierten Gesamtschulen 1.255 (= 0,2%) und von 2.914.858 Grundschulern 10.521 (= 0,4%) – offenbar ist es bisher an Realschulen und Gymnasien um das 10fache schwerer, Schüler mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung zu beschulen, wobei es bzgl. Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung auf niedrigerem Niveau ganz ähnlich im Zahlenverhältnis aussieht (Abb. 1).

Was bedeutet dies nun für die Idee von Klemm & Preuss-Lausitz (2011), die Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung generell auslaufen zu lassen und die Schüler dieser Förderschulen jahrgangswise aufrückend in die allgemeinen Schulen zu überführen, um damit auf eine individuelle Feststellungsdiagnostik zur Sicherung des Förderbedarfs verzichten zu können? Wie soll die Verteilung auf Hauptschule, Realschule und Gymnasium erfolgen? Ohne Rücksicht auf intellektuelle Begabung und bisherige schulische Leistungen? Nach den bisherigen Prozentsätzen oder ohne Berücksichtigung der bisherigen Verteilung und stattdessen rein nach Platzzahl? Sollen Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf somit bei der Platzierung bzgl. Schulart anders behandelt werden als Schüler ohne sonderpädagogischen Förderbedarf? Wenn ja – ist das vereinbar mit Inklusion? Oder stellt dies nicht vielmehr eine Benachteiligung in der Wahlfreiheit der Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf dar? Was hätte das zur Folge, wenn ein Schüler mit sonderpädagogischen Förderbedarf aus inklusiven Gründen ein Gymnasium besuchen dürfte, während ein ehemaliger Mitschüler ohne sonderpädagogischen Förderbedarf aus der Grundschule mit besseren Leistungen nur einen Platz auf der Realschule erhält?

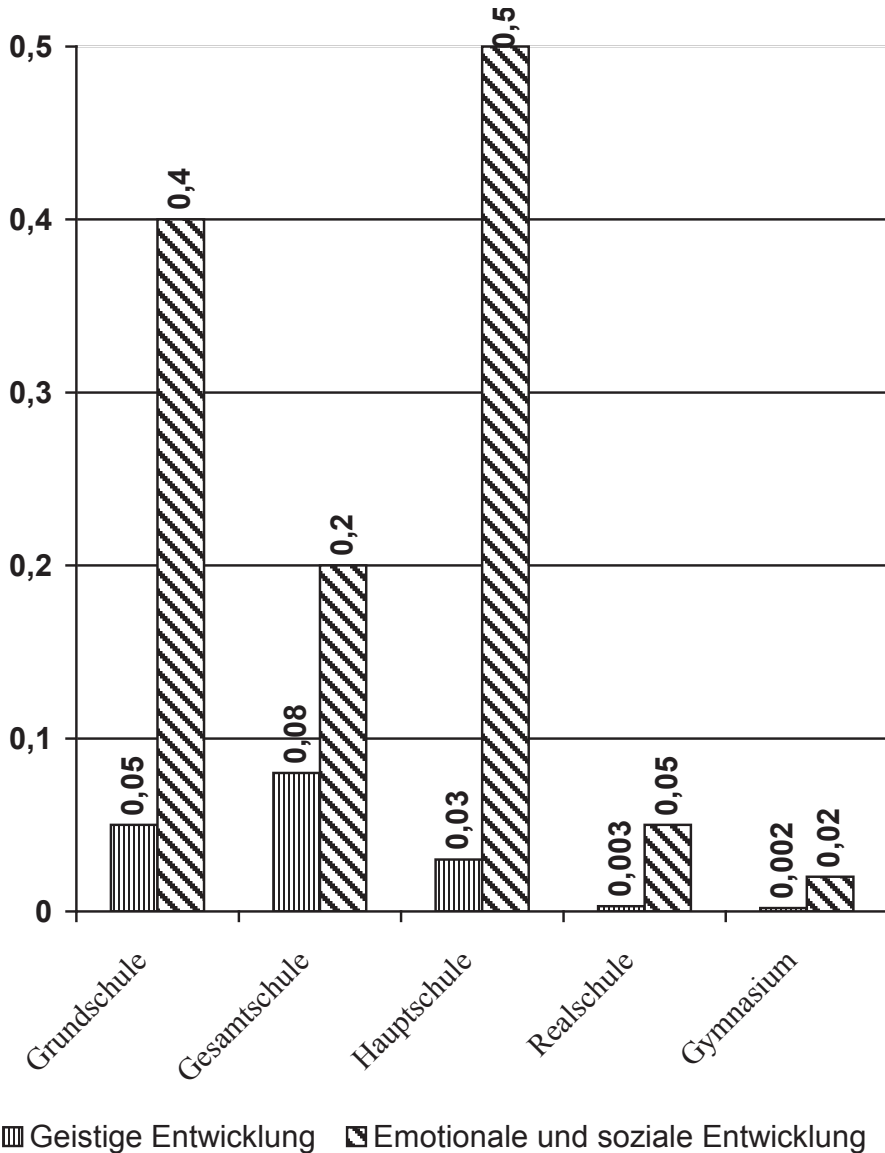


Abb. 1: Anteil Integrationsschüler mit Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung an allen Schülern je Schulart in % (errechnet aus den Daten der KMK der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2009/2010, www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_SoPae_Int_2009.pdf und www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dok_190_SKL.pdf)

Nicht eine Frage staatlich anerkannter Behinderung

Nicht nur Integration wird auch auf andere, von Chancenungleichheit und Diskriminierung betroffene bzw. bedrohte Gruppen bezogen, wie Menschen mit Migrationshintergrund, Armutskinder oder Flüchtlingskinder (Spitzcok von Brisinski 2011), sondern auch Inklusion (Werning 2010 & Löser 2010). Mag es bei Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungsgeschichte auch im Vergleich zur Gruppe der Einheimischen geringgradige Verschiebungen in der Verteilung von Intelligenz geben, so ist bei diesen Gruppen gemäß Normalverteilung ebenfalls davon auszugehen, dass über 95% der Menschen durchschnittlich oder überdurchschnittlich intelligent ist.

„Um die schulische Absonderung insbesondere von Armutskindern zu vermeiden, die sich zudem sowohl kognitiv als auch für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung nachteilig auswirkt, kann nur das generelle Auslaufen der Förderschulen mit den Förderschwerpunkten Lernen, emotionale und soziale Entwicklung und Sprache die Anhebung der Schulabschlüsse und damit das Erreichen normaler Ausbildungsgänge wie auch die Stärkung sozialer Partizipation erreicht werden“ behaupten Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 40-41) in ihrem Gutachten – und gehen damit von einem stark vereinfachenden monokausalen Weltbild aus, das mit der Realität nur begrenzt zu tun haben dürfte.

Bemerkenswert sind dagegen die Ausführungen der Autoren bzgl. Schülern mit Zuwanderungsgeschichte (2011, S. 64): „Während bei allen Schülern und Schülerinnen Nordrhein-Westfalens die Förderquote insgesamt bei 6,5%, die Exklusionsquote bei 5,4% sowie die Inklusionsquote bei 1,1 liegen, liegen diese Quoten bei den Schülerinnen und Schülern mit Zuwanderungsgeschichte bei 6,2%, 5,1% bzw. 1,1%. Die Vergleichswerte bei den Kindern und Jugendlichen ohne Zuwanderungsgeschichte betragen 6,6%, 5,5% und 1,1%. Bei Kindern und Jugendlichen mit wird seltener als bei denen ohne eine Zuwanderungsgeschichte ein sonderpädagogischer Förderbedarf diagnostiziert“.

„Es wird empfohlen, in allen allgemeinen Schulen bzw. Klassen und Jahrgängen, die neu mit gemeinsamen Unterricht beginnen, halbjährlich einen schulinternen Fortbildungstag zum Thema guter, gemeinsamer (inklusive) Unterricht (auch im Fachunterricht) und Schulleben anzubieten und für das pädagogische Personal einer Schule verbindlich zu machen. Die Fortbildung von Sonderpädagogen und allgemeinen Lehrkräften sollten dabei gemeinsam

erfolgen“ empfehlen Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 41) – und vermitteln damit die Illusion, dass sich damit annähernd der Bedarf an Fortbildung abdecken ließe. Ganz anders lesen sich dagegen die *Empfehlungen zur inklusiven Bildung* (KMK 2010d, S. 22) der Kultusministerkonferenz auf der Basis des Positionspapiers „Pädagogische und rechtliche Aspekte der Umsetzung des Übereinkommens der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – VN-BRK) in der schulischen Bildung“: „Allgemeinpädagogisches wird durch sonderpädagogisches Handeln ergänzt, wenn ein Bedarf auf ein sonderpädagogisches Bildungs-, Beratungs- oder Unterstützungsangebot gegeben ist. Zur Verwirklichung eines Unterrichts, der diesem Anspruch auf sonderpädagogische Bildungs-, Beratungs- und Unterstützungsangebote gerecht wird, bedarf es qualifiziert ausgebildeter Lehrkräfte mit vertieften und wissenschaftlich abgesicherten Kenntnissen“.

Wie stark ideologisch geprägt die Diskussion teilweise geführt wird, zeigt sich u. a. deutlich, wenn Klemm & Preuss-Lausitz in ihrem Gutachten auf Seite 42 und 43 jegliche Grenzen der Inklusion negieren: „Ein Kind mit Behinderung auf dem langen Weg zur Menschwerdung durch Erziehung als ‚nicht integrierbar‘ zurückzulassen, bedeutet, diesem Kind das Menschsein abzusprechen“ ... „Nichts wäre weniger ‚inklusiv‘, als wenn behinderungsbezogen nach einer ‚Grenze‘ gesucht würde. Eine Trennung zwischen ‚integrierbar‘ und ‚nichtintegrierbar‘ ist abzulehnen.“ Zu „extrem“ verhaltensauffälligen Schüler wird von denselben Autoren (S. 44) lapidar „darauf hingewiesen, dass drei Bundesländer keine Schulen für Erziehungshilfe vorhalten (Berlin, Bremen, Hamburg) und stattdessen in zwei Bundesländern (Bremen, Hamburg) multiprofessionelle ‚Regionale Beratungs- und Unterstützungszentren‘ bestehen (Hamburg) bzw. eingerichtet werden (Bremen)“. Ob dies die erfolgreichere Alternative darstellt – dazu schweigen sich die Gutachter aus. Stattdessen führen sie an, dass mehr Personal immer gut ist – auch wenn es *nicht* sonderpädagogisch qualifiziert ist: „Die Erfahrungen mit integrierten Kindern des Förderschwerpunkts emotionale und soziale Entwicklung in der sechsjährigen Berliner Grundschule wurden in einer mehrjährigen Untersuchung analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass trotz begrenzter fachlicher Kompetenz der eingesetzten zusätzlichen Lehrkräfte und dem damit verbundenen eher unzureichendem Einsatz verhaltensmodifikatorischer und/oder tiefenpsychologischer Förderansätze befriedigende soziale und kognitive Entwicklungen der em-soz-Förderkinder und zugleich eine positive Entwicklung des Klassenklimas – bei hoher Zufriedenheit der Lehrkräfte – beobach-

tet werden konnten“ (Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 44-45).

Wesentlich pragmatischer und realitätsbezogen wird anschließend von denselben Autoren jedoch eingeräumt: „Schwierigkeiten bei gemeinsamer Unterrichtung treten dann auf, wenn neben dem differenzierten, kognitiv erfolgreichen Unterricht die soziale Integration gerade ‚schwieriger‘ Kinder nicht zugleich als Aufgabe der Lehrkräfte verstanden wird, und wenn die Familien- und Jugendhilfe nicht in einen ganzheitlichen und familienintegrierenden Hilfeplan einbezogen werden. Gemeinsamer Unterricht erzeugt nicht ‚automatisch‘ das Schwinden von Mobbing und Ausgrenzung; vielmehr sind Pädagoginnen und Pädagogen in und um den Unterricht herausgefordert – weit über die gemeinsame Lernsituation hinaus –, bei allen Kindern ihrer Klasse ein Gefühl der Gemeinsamkeit und zugleich der praktischen Akzeptanz als Anerkennungskultur individueller Schwächen, Stärken und Besonderheiten zu entwickeln“ (Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 45). Die Einbeziehung der Familien- und Jugendhilfe in einen ganzheitlichen und familienintegrierenden Hilfeplan ist also für das Gelingen der Inklusion von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung ist also erforderlich – doch an wie vielen Schulen in Deutschland ist das bereits flächendeckend implementiert?

Aggressives Verhalten

„Akzeptanzprobleme haben, wie überall, Kinder mit Aggressionen ... – unabhängig von der Zuschreibung eines sonderpädagogischen Förderstatus. ... Selbst für unbeliebte (aggressive) Kinder konnte gezeigt werden, dass ihre Ablehnung in der Klasse im Laufe von drei untersuchten Schuljahren abnimmt, weil das Gefühl der Zusammengehörigkeit zunimmt“ – aber unstrittig ist für diese Kinder ein gutes Klassenklima nicht ausreichend“ (Klemm & Preuss-Lausitz 2011, S. 47). Leider zeichnen die Erfahrungen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein ganz anderes Bild: Aggressive Schüler aus Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung werden seltener zur stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung aufgenommen als aggressive Schüler aus Regelschulen: Trotz integrativer bzw. inklusiver Beschulung setzt wiederholte ‚Suspendierung vom Unterricht‘ und ‚drohende Umschulung auf eine Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung‘ nicht selten kinder- und jugendpsychiatrisches Handeln unter Zeitdruck. Um zu verdeutlichen, wie komplex die Problematik oftmals ist, und dass einfache Antworten darauf in der Regel

zu kurz greifen, sei hier exemplarisch auf sinnvolle und notwendige Maßnahmen bei anhaltendem, das Normalmaß überschreitendem aggressivem Verhalten hingewiesen:

Kinder und Jugendliche mit aggressivem Verhalten, das besonderer (schul-)pädagogischer Maßnahmen bedarf, lässt sich innerhalb der Internationalen Klassifikation der Krankheiten 10. Revision (ICD-10) oftmals einer Störung des Sozialverhaltens mit oder ohne ADHS oder emotionaler Störung wie beispielsweise Depression, Angst oder Zwängen (F90, F91, F92, www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2011/block-f90-f98.htm) zuordnen. Eine Störung der sozialen Rolle allein ist jedoch kein ausreichendes diagnostisches Kriterium für eine psychische Störung. Soziale Abweichungen bzw. soziale Konflikte ohne persönliche Beeinträchtigung sind nicht als psychische Störung zu werten. Allerdings besteht bei den meisten Betroffenen sowohl eine psychische Störung als auch dissoziales Verhalten. So waren sich in empirischen Studien unter inhaftierten Jugendlichen in 90 % die Kriterien einer Störung des Sozialverhaltens erfüllt, in 80 % die eines Substanzmissbrauchs, in 30-40 % die eines Abhängigkeitsverhaltens und in 40-60 % lagen zusätzlich internalisierende Störungen vor. ADHS, Lernstörungen, Störungen aus dem Autismusspektrum und Persönlichkeitsstörungen finden sich bei über der Hälfte aller gewalttätigen Straffälligen. Kombiniertes Auftreten mehrerer Erkrankungen ist häufig (Spitzcok von Brisinski et al. 2009).

Riskantes und Risiken suchendes, Grenzüberschreitungen erprobendes Verhalten gehört aber auch zur normalen Adoleszenz. Peer-group-Einflüsse, krisenhaft ablaufende Reifungsschritte, Anpassungsstörungen infolge traumatischer Belastungen sowie ungünstige soziale Verhältnisse unterstützen dies. Gewalttätigkeit und antisoziales Verhalten in der Adoleszenz münden nicht unbedingt in Krankheit bzw. Chronizität. Die Unterscheidung dieser Art von „Normalität“ von einer Störung des Sozialverhaltens gemäß ICD-10 ist dadurch erschwert, dass die Grenzen fließend sind und Oberflächenphänomene allein keine Auskunft über die Art der Entwicklungskonflikte und die Qualität der Persönlichkeitsreife geben (Spitzcok von Brisinski et al. 2009).

Schüler mit Störungen des Sozialverhaltens sind in der Regel in vielen Bereichen beeinträchtigt (u. a. häufig bzgl. zwischenmenschlicher Beziehungen, Selbstbild und -regulation, familiärer Interaktionen, kognitiver Denkstile und Defizite). Sie sind oftmals traumatisiert, in ihrer emotionalen Entwicklung sowie in ihrer Fähigkeit, sich in andere einzufühlen, beeinträchtigt und haben ein geringes Selbstwertgefühl. Das dissoziale Verhalten dient dazu, sich ein

Gefühl der Unverletzlichkeit zu verschaffen. Daher beanspruchen psychotherapeutische Prozesse zur Vermittlung adäquater zwischenmenschlicher Gegenseitigkeit lange Zeit, so dass stationäre Behandlung in der Regel nur der Anfang solcher Prozesse sein kann.

Empirisch gut belegt ist die Wirksamkeit von Verhaltenstherapie (z. B. Verstärkerprogramme), systemischer Therapie (Multisystemische Therapie, Strategische Kurzzeit-Familientherapie, Funktionale Familientherapie) sowie systematischem Training von sozialen Kompetenzen, Problemlösefertigkeiten und Umgang mit Ärger (Spitzcok von Brisinski et al. 2009).

Folgende Interventionen bieten sich bei Störungen des Sozialverhaltens im Speziellen an (Spitzcok von Brisinski et al. 2009):

- Individuelles *Problem- und Konfliktlösetraining* anhand konkreter Beispielsituationen aus dem Alltag: Wie hätte ich mich anders verhalten können und welche Konsequenzen hätte dies gehabt?
- *Erlernen von Impulskontrolle und Emotionsregulation*: Sprechen über Emotionen, Entwicklung individueller Techniken zur Förderung der Selbstkontrolle
- *Psychoedukation* zur Vermittlung des Zusammenhangs zwischen Denken-Fühlen-und-Handeln: z.B. Erarbeitung alternativer Denkweisen zum sich ständig provoziert fühlen
- *Gruppentherapie zur Förderung Sozialer Kompetenzen*, z.B. Interaktionsgruppe
- *Förderung der Empathiefähigkeit*, z. B. durch Übungen aus dem Programm ‚Faustlos‘, Hineinversetzung in die Denk- und Empfindungsweisen anderer, Durchführung von Rollenspielen
- *Förderung einer realistischen Selbsteinschätzung* durch Rückmeldungen von Außen (Mitpatienten u. Personal) zur Überprüfung der eigenen Einschätzung, z.B. in Kinderkonferenzen, Plusrunden etc., Schulung der sozialen Wahrnehmung, Rollenspiele
- *Elternberatung/Elterntraining/Eltern-Coaching* mit dem Ziel angemessene Konsequenzen einzusetzen, um das erwünschte Verhalten zu verstärken und unerwünschtes Verhalten zu reduzieren (Einsatz von Verstärkerplänen). Die Eltern sollen die Wichtigkeit von Aufsicht, angemessenen Erziehungspraktiken (Verzicht auf Gewalt: Schlagen) und emotionaler Unterstützung erkennen. Des Weiteren gilt es weitere Stressbelastungen der Familie soweit möglich zu reduzieren: Förderung der

gegenseitigen Unterstützung der Eltern, Identifikation von psychischen Problemen der Elternteile (Depression, Ehekonflikte). Die Familie soll angehalten werden, wieder positive Erlebnisse (Freizeitaktivitäten, Interessen) miteinander zu teilen. Die kurz- und langfristige Wirksamkeit von Elterntraining, vor allem für Kinder zwischen 4 und 8 Jahren, ist gut gesichert. Elterntrainings, die bei Kindern im Vorschulalter durchgeführt werden, sind wirkungsvoller, als wenn die Kinder älter sind.

Elterntraining ist weniger gut wirksam, wenn erschwerende Faktoren hinzukommen:

- Psychische Störungen der Eltern
- Niedriger sozioökonomischer Status der Eltern
- Hohe psychosoziale Belastung der Eltern
- Chronischer Ehekonflikt
- Allein erziehendes Elternteil
- Kinder mit einer ausgeprägten und/oder stabilen Störung des Sozialverhaltens
- Kinder mit komorbiden Störungen

Dann sind zusätzliche Interventionen erforderlich, um die Wirksamkeit des Elterntrainings zu erhöhen:

- Coping-Fertigkeiten und interpersonelle Fertigkeiten der Eltern erhöhen
- Aufbauen eines sozialen Netzwerkes zur Unterstützung und Entlastung der Eltern
- Hinarbeiten auf die Behandlung wichtiger elterlicher Probleme (z. B. Depression, Substanzmissbrauch)
- Psychotherapeutische und/oder medikamentöse Behandlung der Störung des Sozialverhaltens sowie komorbider Störungen des Kindes.

Wichtige Interventionsziele sind altersgerecht eigenverantwortliches, angemessen kontrolliertes Verhalten beaufsichtigt und unbeaufsichtigt, in Einzel- und Gruppensituation, in überschaubaren und komplexen Kontexten, Verbesserung der kommunikativen verbalen und nonverbalen Fähigkeiten, Stärkung des Verstehens und Erkennens der Motive anderer Personen, Verbesserung von Selbstwertgefühl, Stresstoleranz und Affektkontrolle. Konkrete Themen sind u. a.

- Altersgerechte Fähigkeit zum Verschieben von bzw. zum Verzicht auf Erfüllung von Bedürfnissen und Wünschen
- Adäquates Verhalten bei Streit- und Konfliktsituationen
- Akzeptanz von Regeln in Einzel- und Gruppensituationen
- Akzeptanz und Umgang mit Konsequenzen bei Fehlverhalten
- Angemessene Reaktionen auf frustrierende Situationen
- Angemessenes Einfordern und Durchsetzen von Rechten
- Abgrenzungsfähigkeit gegenüber negativen Modellen
- Emotionsregulation, Umgang mit Ärger, Wut (z. B. Abfuhr, angemessene Kanalisierung und Begrenzung)
- Formen von Kooperation
- Kritikfähigkeit- und Kritikempfindlichkeit
- Nähe und Distanz im Kontaktverhalten, auch differenziert nach gleichgeschlechtlich/gegeschlechtlich
- Soziale Sensibilität gegenüber anderen (Empathie)
- Umgang mit Verhaltenskorrekturen, Distanz zum eigenen Verhalten, Übernahme von Verantwortung
- Verbale Konfliktlösungsversuche

Auch wenn bei Störungen des Sozialverhaltens oftmals klare Regeln und Strukturen hilfreich sind, sollte jedoch keine überkontrollierende Haltung eingenommen werden. Ein erzwungener Interaktionsstil kann selbst aggressive Konfliktsituationen provozieren. Vielmehr muss mit den Kindern bzw. Jugendlichen gemeinsam auf die Schaffung einer sicheren Arbeitssituation hingewirkt werden. Grundlage eines gewaltarmen Milieus ist das Leben und Erleben aggressionsloser Umgangs- und Bearbeitungsformen von Konflikten im Team sowie zwischen dem Personal und Kind bzw. Jugendlichen.

Ein erhebliches Problem ist die destruktive Beziehungsdynamik, die sich im Umfeld von Menschen mit Störungen des Sozialverhaltens leicht entwickelt. Die oft aus konfliktreichem bzw. zerrüttetem Milieu stammenden Kinder bzw. Jugendlichen initiieren leicht eine Dynamik von Übertragung und Gegenübertragung, die hohe Anforderungen an alle Beteiligten stellt, wenn sich der Teufelskreis aus Misshandlung, Manipulation und wechselnden Täter-Opfer-Rollen nicht wiederholen soll. Aufgrund dieser destruktiven Dynamik darf das Umfeld sich nicht in einen Teufelskreis destruktiven Agierens bzw. defensiven Reagierens hineinziehen lassen und muss sich einen ‚inneren Raum‘ erhalten, in dem Verstehen und Denken erhalten bleiben und destruktive Interaktionsspiralen verhindert werden.

Hier wird nicht nur die besondere Bedeutung der die Schule ergänzenden Hilfesysteme deutlich, sondern auch, dass (sonder-)pädagogische Maßnahmen mit Ziel auf Schüler und Eltern oftmals zu kurz greifen und durch psychotherapeutische sowie medizinische Interventionen ergänzt werden müssen. Hier steht mitunter einer solchen Maßnahmen gegenüber eher kritisch bewertende Einstellung eines Sonderpädagogen, der u. U. von einer sehr weitreichenden (wenn nicht gar allumfassenden) Wirksamkeit sonderpädagogischer Maßnahmen überzeugt ist, die vielleicht eher Grenzen erkennende bzw. betonende und folglich die Zuständigkeit anderer Hilfesysteme suchende Regelpädagogik gegenüber.

Zum von Klemm & Preuss-Lausitz (2011, S. 31-32) gemeinten Sinn von Inklusion und gemeinsamem Lernen gehört, dass „ein kommunales, sozial- und bildungspolitisches Umfeld aufgebaut wird, um den Kindertagesstätten und Schulen ihre inklusive Arbeit zu erleichtern“. Sie fordern, auch eine „außerschulische inklusive Gesamtstruktur als unverzichtbaren Teil zu betrachten“ (2011, S. 30). Zur Frage, ob die inklusive Beschulung an einer Regelschule oder die Beschulung an einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung (jeweils in Kooperation mit anderen Hilfesystemen) eher grundlegend und kontinuierlich in der Lage ist, zumindest Teilbereiche der o.g. Möglichkeiten bzw. Erfordernisse umzusetzen, mag sich der Leser selbst ein Urteil bilden.

Spiele Kompetenz- und Defizitdynamik für die Art der Beschulung eine Rolle?

Behinderung ist in Deutschland gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) § 2 (1) folgendermaßen definiert: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“

Ein halbes (Schul-)Jahr – das ist nicht lang. Aber leider haben wir es bei seelischer Behinderung meistens nicht mit diesem relativ kurzen Zeitraum zu tun, vielmehr hält die Behinderung in der Regel mehrere Jahre (z. B. bei einer Störung des Sozialverhaltens oder einer Angststörung), nicht selten auch

ein Leben lang (z. B. bei Autismusspektrumstörungen) an. Bei der Auswahl geeigneter pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen muss daher die zu erwartende zeitliche Dynamik der Beeinträchtigungen und Kompetenzen berücksichtigt werden.

Defizite in den psychosozialen Kompetenzen können unterschieden werden in

- *Verlangsamte Funktionsentwicklung* (analog: unterschiedlich schnelles Körperwachstum bei gleicher Endgröße)
- *Reduziertes Funktionsniveau* (analog: graduell unterschiedliche Musikalität)
- *Bleibendes Funktionsdefizit* (analog: Rot-Grün-Farbenblindheit)

So kann ein Elektiver Mutismus (Sprechangst, die trotz der Fähigkeit zu sprechen in bestimmten Situationen wie Sprechen mit fremden Erwachsenen oder vor Gruppen zu Sprechblockade führt) beispielsweise durch geeignete heil- bzw. sonderpädagogische und/oder therapeutische Maßnahmen innerhalb von Monaten oder einem Jahr oftmals vollständig zur Rückbildung gebracht werden, während bei einer autistischen Störungen davon auszugehen ist, dass sich durch spezifische heil- bzw. sonderpädagogische und/oder therapeutische Maßnahmen zwar graduelle Verbesserungen erreichen lassen, bedeutsame Besonderheiten jedoch ein Leben lang weiter bestehen. Die pädagogischen und therapeutischen Ziele müssen dem Rechnung tragen, um sowohl Unterforderung als auch Überforderung möglichst zu vermeiden und allen Beteiligten schwere Frustrationen zu ersparen, die mit unrealistischen Erwartungen zwangsläufig verbunden sind.

Allerdings kann hieraus nicht einfach abgeleitet werden, dass Kinder und Jugendliche mit Defiziten, die sich vollständig zurückbilden können, grundsätzlich besser in inklusiven Settings beschult werden und solche mit Defiziten, die sich nicht vollständig zurückbilden können, grundsätzlich besser in exklusiven Settings. Beispielsweise kann es sein, dass ein Kind mit Sprachentwicklungsstörung und zusätzlicher Angststörung zunächst eine Weile auf einer Förderschule mit dem Förderschwerpunkt Sprechen gefördert werden kann, weil hier oftmals eher ein psychosozialer Schonraum in kleiner Klasse realisieren lässt, um den ängstlichen Schüler aus seiner passiv-blockierten Haltung herauszuholen. Hat er sich in diesem besonderen Rahmen wiederholt im Vergleich zu Gleichaltrigen und im Kontakt zu Gleichaltrigen positiv erlebt und dadurch ein gestärktes Selbstbewusstsein erlangt, kann er, nachdem er unterstützt durch logopädische Behandlung und Verhaltenstherapie seine Beeinträchtigungen überwunden hat, am besten an einer Regelschule seinen Weg fortsetzen.

Durchschnittlich intelligente Schüler mit autistischen Störungen werden dagegen besonders häufig an Regelschulen beschult, unterstützt durch individuelle integrative Maßnahmen wie Gemeinsamen Unterricht, Integrationshelfer und/oder Hospitation des Therapeuten im Unterricht mit Beratung der Lehrkräfte. Besondere Unterstützung erhalten hier die Lehrkräfte an den Regelschulen auch durch Kollegen, die sich als Beratungslehrer für Autismus qualifiziert haben.

Integrationshelfer

Integrationshelfer bzw. Schulbegleiter können jedoch nicht nur an Regelschulen, sondern auch an Förderschulen den Schüler darin unterstützen, am gesellschaftlichen Leben teil zu haben und einen angemessenen Schulabschluss zu erlangen. Sie sind, im Gegensatz zu stundenweise abgeordneten Sonderpädagogen, nicht vom Schulsystem, sondern von Jugendhilfe oder Sozialhilfe finanziert und daher stets auch nur für 1 Schüler, nicht für mehrere, zuständig (Spitzcok von Brisinski et al. 2010). Der Umfang ihrer Tätigkeit kann von wenigen Stunden pro Woche bis zur Abdeckung des gesamten Unterrichts plus Hin- und Rückweg und ggf. zusätzlicher Freizeitmaßnahmen reichen. Die Aufgabe besteht darin, behinderungsbedingte Defizite zu kompensieren und Hilfestellungen zu geben. Es kann zwischen unqualifizierten (d. h. ohne besondere einschlägige Qualifikation) und qualifizierten Integrationshelfern (z. B. Sozialpädagogen) unterschieden werden. Die rechtlichen Grundlagen für die Schulbegleitung als Teilbereich der Eingliederungshilfe sind in §§ 53, 54 SGB XII geregelt. In § 54 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB XII ist bestimmt, dass zu den Leistungen der Eingliederungshilfe auch „Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, vor allem im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht“ zählen. Die Hilfe umfasst danach heilpädagogische sowie sonstige Maßnahmen der Schulbildung zu Gunsten behinderter Kinder und Jugendlicher, wenn die Maßnahmen erforderlich und geeignet sind, dem behinderten Kind oder Jugendlichen eine im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht üblicherweise erreichbare Bildung zu ermöglichen.

Schulbegleitung ermöglicht Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen den Besuch der für sie geeigneten Schulform. Sie richtet sich an Kinder und Jugendliche, die aufgrund ihrer Behinderung zum Schulbesuch auf individuelle Unterstützung angewiesen sind. Schulbegleitung stellt für den Betroffenen ein Hilfs- und ein Kommunikationsmittel dar und unterstützt ihn, die klassenbezogenen Angebote des Lehrers anzunehmen und zu verarbeiten. Sie

hilft bei lebenspraktischen Verrichtungen, erledigt die anfallenden Pflegeaktivitäten während der Schulzeit und unterstützt ganz allgemein bei der Orientierung im Schulalltag. Bei Kinder und Jugendlichen mit Autismus kann eine Schulbegleitung die Verhaltensweisen verbessern und die Teilnahme am Unterricht überhaupt erst ermöglichen (Hoffmann & Greß 2008).

Nachteilsausgleich

Nachteilsausgleich ist eine Kompensation nicht zu verantwortender Nachteile bei den schulischen Leistungen, der Durchschnittsnote oder Wartezeit z.B. durch chronische Erkrankungen. Art und Umfang des Ausgleichs sind danach auszurichten, dass dem Grundsatz der Chancengleichheit möglichst vollständig Genüge getan wird, d.h. dass die Beeinträchtigung voll ausgeglichen wird (§ 126 SGB IX, Schulrecht, Prüfungsrecht und bei der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen (ZVS)).

Formen des Nachteilsausgleichs: Bei mündlichen, schriftlichen, praktischen und sonstigen Leistungsanforderungen muss auf die Behinderung angemessene Rücksicht genommen werden durch Nachteilsausgleich bzw. differenzierte Leistungsanforderung. Je nach Behinderung kommen u. a. verlängerte Arbeitszeiten bei Klassenarbeiten bzw. verkürzte Aufgabenstellung, Bereitstellen bzw. Zulassen spezieller Arbeitsmittel (z. B. Einmaleinstabelle, Computer, größere bzw. spezifisch gestaltete Arbeitsblätter, größere Linien, spezielle Stifte), mündliche statt schriftliche Arbeitsform, unterrichtsorganisatorische Veränderungen (z.B. individuell gestaltete Pausenregelungen, individuelle Arbeitsplatzorganisation), Ausgleichsmaßnahmen anstelle einer Mitschrift von Tafeltexten, differenzierte Hausaufgabenstellung, größere Exaktheitstoleranz (z.B. in Geometrie, beim Schriftbild, in zeichnerischen Aufgabenstellungen) und individuelle Sportübungen in Betracht (Spitzcok von Brisinski et al. 2010).

Hochbegabung

Nicht nur signifikante Schwächen, sondern auch außerordentliche Stärken stellen mitunter besondere Anforderungen an die Gestaltung des Unterrichts. Dies gilt sowohl für umschriebene Hochbegabung (z. B. in Musik oder Sport) als auch für allgemeine kognitive Hochbegabung (IQ > 130 in mindestens einem mehrdimensionalen Intelligenztest). In eine Inklusionsdiskussion, die

die Abschaffung von Förderschulen fordert, muss demgemäß auch die Auflösung von Sportschulen für Leistungssportler, die ihrer Schulpflicht noch genüge leisten müssen bzw. einen qualifizierten Schulabschluss erlangen wollen, eingebunden sein, die Abschaffung von Gymnasien mit musikalischer Förderung auf internationalem Spitzenniveau und die Beseitigung von Internaten für Hochbegabte.

Die Bildungspolitischen Forderungen der Deutschen Gesellschaft für das hochbegabte Kind e.V. (www.dghk.de/download/frankfurt.pdf) umfassen u. a.

- Verankerung der Hochbegabtenpädagogik als sonderpädagogische Fachrichtung
- Schaffung von Möglichkeiten für die Einrichtung von Spezialklassen in Grund- und weiterführenden Schulen oder von Schulzügen für Hochbegabte
- Flexibilisierung des Einschulungsalters und Lockerung der Bestimmungen zum vorzeitigen Vorrücken (Überspringen)
- Verankerung der Mitspracherechte von Eltern beim frühen Einschulen und beim Überspringen von Jahrgangsstufen
- Schaffung der Möglichkeit eines früheren Schulabschlusses, bei nachgewiesener Schulleistung Zulassung zum externen Abitur, unabhängig vom Alter
- Aufnahme der Hochbegabtenpädagogik in die Ausbildungspläne der Lehrerausbildung sowie ein systematisch aufgebautes Fortbildungsangebot für Lehrer aller Schularten
- Aufnahme der Hochbegabthematik (Identifikation und Beratung) in die Ausbildungspläne von Schulpsychologen, Beratungslehrern, Kinderärzten, Diplompsychologen und Erziehungsberatern.
- Schaffung von Arbeits- und Interessengemeinschaften, die intellektuell besonders befähigten Kindern in ihren Interessensgebieten entgegenkommen (als Ergänzung des vorhandenen Angebots an musischen, sportlichen und kreativ-technischen Aktivitäten)
- Nutzung von Förderstunden auch für die Hochbegabtenförderung
- Zusätzliche Lehrerstunden zur individuellen Förderung durch besonders ausgebildete Lehrkräfte
- Akzelerationsmaßnahmen, wie die Möglichkeit zur Teilnahme am Unterricht in höheren Klassen, bei nachweisbarem Spezialwissen, das die altersüblichen Normen übersteigt
- Gewährung von interessenabhängiger Eigentätigkeit (selbstbestimmtes Lernen)

Vieles davon dürfe in angepasster Form für Schüler mit (anderem) sonderpädagogischem Förderbedarf ebenfalls segensreich sein.

Abgesehen davon, dass Hochbegabung nicht zuverlässig vor psychischen Störungen schützt und daher auch bei Hochbegabten Störungen von Krankheitswert bzw. seelische Behinderung vorliegen können (Spitzcok von Brisinski 2003a und b), die besonderer Therapie- und Fördermaßnahmen bedürfen, wurde in den vergangenen Jahrzehnten ein umfangreiches Arsenal integrativer bzw. inklusiver Unterrichtsansätze entwickelt, das in abgewandelter Form teilweise durchaus auch als Anregung für Maßnahmen bei Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf geeignet ist:

- Enrichment (Anreicherung des Unterrichts mit nichtcurricularen Themen)
- innere Differenzierung / Individualisierung
- äußere Differenzierung (Arbeitsgemeinschaften, zusätzliche Kurse)
- überregionale Wettbewerbe
- Schüleraustauschprogramme
- Intensivkurse
- altersheterogene Klassen
- individualisiertes Lerntempo
- Übungsphasen der Klasse sollten für hoch begabte Kinder zur Vertiefung oder als Erarbeitungsphasen mit neuen Unterrichtsinhalten gestaltet werden statt nur zusätzliche gleichartige Übungsaufgaben
- Lösungen und Ideen des Kindes können für die ganze Klasse verwendet und in den Unterricht einbezogen werden.
- offener Unterricht, Freiarbeit, Werkstattlernen und Projekte

(vgl. www.dghk.de)

Medikation als Integration/Inklusion ermöglichende/unterstützende Intervention

In der modernen Kinder- und Jugendpsychiatrie kommt nicht nur eine Vielzahl wirksamer psychotherapeutischer Verfahren zum Einsatz, die Kindern, Jugendlichen, Angehörigen und Professionellen im Umfeld der Kinder und Jugendlichen Integration und Inklusion erleichtern durch Stärkung von Kompetenzen und Verminderung auf Problemen, sondern auch Medikamente wie etwa Antidepressiva, Stimulanzien oder atypische Neuroleptika, die in Ergän-

zung zu Beratung und multimodaler nichtmedikamentöser Therapie nicht selten die Fortsetzung oder Wiederaufnahme der Beschulung an Regelschulen erst möglich machen.

Selbsthilfe – ein exklusives Angebot?!

Von Autismus, ADHS, Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Tourette-Syndrom oder Zwangsstörung Betroffene und ihre Angehörigen erleben heute maßgebliche Unterstützung durch störungsspezifische Selbsthilfegruppen (z. B. ADHS Deutschland e. V., Autismus Deutschland e. V.). Analoges gilt für Hochbegabte (z. B. Deutsche Gesellschaft für das hochbegabte Kind e. V., Mensa in Deutschland e. V.). Anziehungskraft und Unterstützung für die Mitglieder dieser in großen auf Bundesebene organisierten Verbände entstehen durch die hoch spezialisierten Angebote für die Peergroup und nicht durch ‚ein Setting für alle‘.

Probleme sortieren, Ziele benennen, Ideen sammeln, Umsetzbarkeit bewerten

Um individuell optimierte Entscheidungen zu treffen, ob und ggf. für welche Lebensbereiche und -abschnitte inklusive oder exklusive Fördermaßnahmen zum Zuge kommen sollen, ist es sinnvoll, das Kind/den Jugendlichen, die Sorgeberechtigten, die Schule und ggf. weitere Beteiligte (zunächst jeder für sich, danach in gegenseitiger Abstimmung) folgende Rangfolgen aufstellen zu lassen (aus: Spitzcok von Brisinski 2003):

- Nach der Wichtigkeit (Welches Merkmal beeinträchtigt das Leben bzw. die Entwicklung am stärksten? Was ist am unwichtigsten?)
- Nach der Erkennbarkeit einer Verbesserung (Bei welchem Merkmal kann man am leichtesten und sichersten erkennen, dass sich eine Verbesserung eingestellt hat? Was ist am schwersten zu erfassen? Welche Merkmale sind eher unsicher?)
- Nach der Umsetzbarkeit der Maßnahmen (Welche Ideen zur Verbesserung lassen sich am leichtesten und sichersten umsetzen? Welche Maßnahmen sind nur sehr schwer oder gar nicht durchführbar?)
- Nach der Erreichbarkeit der Ziele (Welches Ziel ist wahrscheinlich leicht zu erreichen, welches eher schwer, welches vermutlich nicht?)

Literatur

- Eggers, C.; Bilke, O. (1995). Oligophrenien und Demenzprozesse im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart: Thieme
- Hoffmann, K.; Greß, J. (2008) Schulbegleitung - Hinweise zu den rechtlichen Voraussetzungen und zur Beantragung eines Schulbegleiters / Integrationshelfers. www.hoffmann-gress.de/skripten/Schulbegleitung.pdf.
- Klemm, K.; Preuss-Lausitz, P. (2011) Auf dem Weg zur schulischen Inklusion in Nordrhein-Westfalen. Empfehlungen zur Umsetzung der UNBehindertenrechtskonvention im Bereich der allgemeinen Schulen. www.schulministerium.nrw.de/BP/Inklusion_Gemeinsames_Lernen/Gutachten__Auf_dem_Weg_zur_Inklusion_/NRW_Inklusionskonzept_2011_-_neue_Version_08_07_11.pdf
- KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2010a) Sonderpädagogische Förderung in allgemeinen Schulen (ohne Förderschulen) 2009/2010. www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_SoPae_Int_2009.pdf
- KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2010b) Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen) 2009/2010. www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_Sopae_2009.pdf
- KMK – Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2010c) Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 2000 bis 2009. www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dok_190_SKL.pdf
- KMK (2010d) Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen, S. 22, www.kmk.org/fileadmin/pdf/Bildung/AllgBildung/Anhoerungstext-Entwurf-2010-12-03-205-AK.pdf.
- Lainhart JE, Folstein SE (1994) Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *J Autism Dev Disord* 24(5), 587-601
- Phillips, J. M.; Kwon, H.; Feinstein, C.; Spitzok von Brisinski, I. (im Druck): Geistige Behinderung. In: G. Lehmkuhl, F. Poustka, M. Holtmann, H. Steiner (Hg.) *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Göttingen: Hogrefe
- Spitzok von Brisinski, I. (2011) Separation, Integration, Inklusion. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 21(3), 2-14
- Spitzok von Brisinski, I. (2003a): Hochbegabung kein Blankoscheck auf Erfolg im Leben. *Spektrum Hören* 4, 44-45
- Spitzok von Brisinski, I. (2003b): Asperger-Syndrom, AD(H)S, Hochbegabung - differentialdiagnostische Aspekte. *Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 13(4), 52-72

- Spitzcok von Brisinski (2003c): Dazugehören - Wie Kinder ihren Platz in der Klasse finden. Cornelsen Verlag
- Spitzcok von Brisinski, I.; Horn, A.; Theußen, Y.; Robertz, U.; Leven, K. (2010) Beispiel für eine interne Leitlinie: Störungen des autistischen Spektrums. Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 20(2), 49-117
- Spitzcok von Brisinski, I.; Dülpers, D.; Krämer, E.; Hormes, U. (2009) Klinikinterne Leitlinie 7.2. Störungen des Sozialverhaltens. Viersen: LVR-Klinik Viersen
- Strømme, P.; Hagberg, G. (2000). Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children. Developmental Medicine and Child Neurology, 42, 76-86
- Werning, R.; Löser, J. (2010) Inklusion: aktuelle Diskussionen, Widersprüche und Perspektiven. Die Deutsche Schule 102(2), 103-114
- Yirmiya N, Shaked M (2005) Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry 46, 69-83

Autor:

Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski

Fachbereichsarzt, Chefarzt

Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kindes- und Jugendalters

LVR-Klinik Viersen

Horionstr. 14, D-41749 Viersen

Email: Ingo.SpitzcokvonBrisinski@lvr.de

Websites: www.systemisch.net und www.klinik-viersen.lvr.de

Inklusion gestalten – Seelische Probleme von Kindern und Jugendlichen in der Schule

Hubertus Adam, Heidi Bistritzky & Angela Ehlers

Einleitung

Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen sowie eventuell bei ihnen bestehende Lern- und Leistungsschwierigkeiten stellen das System Schule vor immer größere Herausforderungen. Derartige Probleme betreffen aber – neben den Kindern selbst – das familiäre Umfeld und das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie häufig weitere Institutionen wie z.B. die Kinder- und Jugendhilfe. Das Erstellen einer Kausalkette ist dabei meist schwierig bis unmöglich. Schwierigkeiten in der Schule haben Auswirkungen auf das soziale Umfeld und individuelle Störungen bzw. familiäre Dysfunktionen bleiben nicht ohne Wirkung im Umfeld Schule. Innerhalb des Systems Schule ist dabei die Peer-group des Kindes betroffen, ferner die Klassengemeinschaft, sicher aber auch alle Fachkräfte, das Schulklima und nicht zuletzt die Bildungspolitik, wie man derzeit an der Diskussion zum Thema Inklusion in Bund und Ländern sieht.

Die oben angeführten Probleme belasten innerhalb von Familie, Geschwisterbeziehungen, Beziehungen zu den Eltern bzw. primären Bezugspersonen und können deren Paarbeziehung und Elternschaft vor Zerreißproben stellen. Institutionen wie z.B. die Kinder- und Jugendhilfe (KJH), aber auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) sind wie Schule ebenfalls oft an der Grenze ihrer Hilfsmöglichkeiten, sei es wegen der mangelhaften Ausstattung mit notwendigen Ressourcen, sei es wegen der Schwierigkeit, mit anderen Systemen adäquat zu kooperieren. Ein Kernproblem ist dabei, dass Bildungs- und Hilfssysteme wie Schule, KJH und KJPP unbewusst – oft

aus Eigeninteresse – kurzfristige Lösungen ohne Nachhaltigkeit dem eigentlich angestrebten langfristigen Kindeswohl vorziehen, nicht zuletzt, um ‚das Problemkind‘ nicht mehr im eigenen Versorgungsgebiet zu haben. Können auch die primären Beziehungssysteme keine Beziehungskontinuität bieten, wenn z.B. Stiefmütter oder Stiefväter ständig wechseln, sich Patchworkfamilien ändern oder sogar zusätzliche Belastungen wie Missbrauch, Vernachlässigung, Schwierigkeiten im Umgang mit differenten Kulturen oder die Erfahrung von Krieg und Flucht hinzukommen, werden häufig alle Rahmen gesprengt.

Es handelt sich dann um Kinder und Jugendliche mit komplexem, fachübergreifendem Hilfebedarf. Die Beteiligten im engeren Umfeld aus der Familie und diejenigen in den Helfersystemen werden in diesen Fällen mit enormer eigener Hilflosigkeit konfrontiert, die meist nicht ausgehalten werden kann und in Ärger und Wut ihre Abfuhr findet. Werden diese Gefühle unbewusst auf die Kinder projiziert, entstehen gerade mit den Kindern, die sowieso Probleme haben, ihre Impulse zu kontrollieren, aggressive Auseinandersetzungen. Beziehungsabbrüche sind die Folge und über die Jahre kann ein Teufelskreis entstehen. Sind Beteiligte innerhalb der anderen Fachsysteme unbewusstes Ziel der Abwehr von Hilflosigkeit, entstehen Konflikte im Helfersystem.

Insbesondere die über Jahre chronisch und multiple traumatisierten Kinder stellen für die Umsetzung der Inklusion in Schule eine Herausforderung dar (Adam, 1999). Sie weisen Probleme im sozialen und emotionalen Bereich auf und haben im pädagogischen Kontext einen vermuteten oder nachgewiesenen sonderpädagogischen Förderbedarf, dem die Fachkräfte allerdings im schulischen Alltag schwieriger gerecht werden können als z.B. Körper- oder Sinnesbehinderungen.

Psychische Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen

Der Begriff „psychisches Trauma“ wird heute umgangssprachlich für viele Schädigungen diffus eingesetzt und zu wenig differenziert. Man muss zwischen dem traumatisierenden Ereignis, bzw. dem traumatischen Prozess, wenn Reize oder Situationen länger einwirken, dem traumatischen Zustand und den bleibenden pathologischen Veränderungen unterscheiden (Bohleber, 2000). Nach dem Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung von Fischer und Riedesser (2003) ist Trauma nicht nur als „Stimulus“ oder „Stress“ an-

zusehen. Sie definieren Trauma als „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer und Riedesser, 2003, S. 82).

Die Autoren weisen also den Bewältigungsmöglichkeiten der betroffenen Person eine bedeutende Rolle bei der Entstehung oder Vermeidung eines Traumas zu, womit sich diese Definition von denen der 10. Version der International Classification of Diseases ICD-10 (WHO, 2004) unterscheidet. Den Autoren zufolge entsteht ein dialektisches Spannungsverhältnis zwischen Innenperspektive (der des leidenden Subjektes) und Außenperspektive (objektive Situation), zwischen belastenden Umweltbedingungen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen sowie zwischen Erleben und Verhalten. Aus diesem Zusammenspiel heraus ist die „traumatische Situation“ (Fischer und Riedesser, 2003, S. 62) zu verstehen. Den Autoren zufolge stellt sie die erste Phase der Traumatisierung dar, als zweite Phase entsteht die traumatische Reaktion. Darunter wird wiederum die Art und Weise der Verarbeitung einer Situation verstanden, deren Bewältigung die individuellen Kapazitäten überschreitet. Als dritte Phase bezeichnen die Autoren den traumatischen Prozess, in dem versucht wird, die überwältigende, oft unverständliche Erfahrung zu begreifen und in das Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Die Phasen „gehen auseinander hervor, laufen parallel und durchdringen einander“ (Fischer und Riedesser, 2003, S. 63).

Ferner sind durch das Trauma aufgeworfene Probleme meist nicht durch die betroffene Person allein zu bewältigen. Verarbeitungs- und Selbstheilungsversuche haben eine soziale Dimension, und von einem familiären Disaster, aber auch von Migration oder Flucht, sind Individuen innerhalb einer Familie unterschiedlich betroffen (Adam, 2006). Nach Fischer und Riedesser (2003) ist es für das Trauma der Betroffenen, für ihre Reaktionen und den entstehenden Prozess von Bedeutung, wie sich die Allgemeinheit zum individuellen „Elend der Traumatisierten“ (Fischer & Riedesser, 2003, S. 64) verhält. Ausgrenzung und Missachtung durch die Allgemeinheit – damit diese nicht an die Katastrophe erinnert wird – kann zur Verlängerung der traumatischen Situation für die Betroffenen führen. Die Autoren halten die Gerechtigkeit und die Anerkennung von Würde für wichtig, damit der Verlauf der durch die traumatisierenden Ereignisse ausgelösten psychischen Störungen positiv beeinflusst werden kann.

Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindesentwicklung

Alle psychotherapeutischen Schulen, gleich welcher Richtung, weisen heute der frühen Kindheit eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zu (Resch, 1996). Auf jeder Altersstufe muss das Kind bzw. der Jugendliche bestimmte Entwicklungsaufgaben erfüllen. Das Erkennen des biologischen, affektiven, kognitiven und sozialen Entwicklungsstandes sowie der „Konstellation der protektiven Faktoren und Risikofaktoren“ (Resch, 1996, S. 3) ist daher insbesondere zur Einschätzung von Entwicklungschancen und -risiken erforderlich. Eventuell entstehende psychopathologische Phänomene bei Kindern müssen als multimodales und multikausales Geschehen interpretiert werden. Ein Kind ist aber den psychosozialen und biologischen Entwicklungseinflüssen nicht nur ausgeliefert, sondern das Kind „erhöht auch durch aktive Wahl und initiativen Zugang die Wahrscheinlichkeit, bestimmten Entwicklungseinflüssen mehr oder weniger ausgesetzt zu sein“ (Resch, 1996, S. 191). Ein interaktives Entwicklungsmodell zum Verständnis psychopathologischer Phänomene ist der Abbildung 1 zu entnehmen.

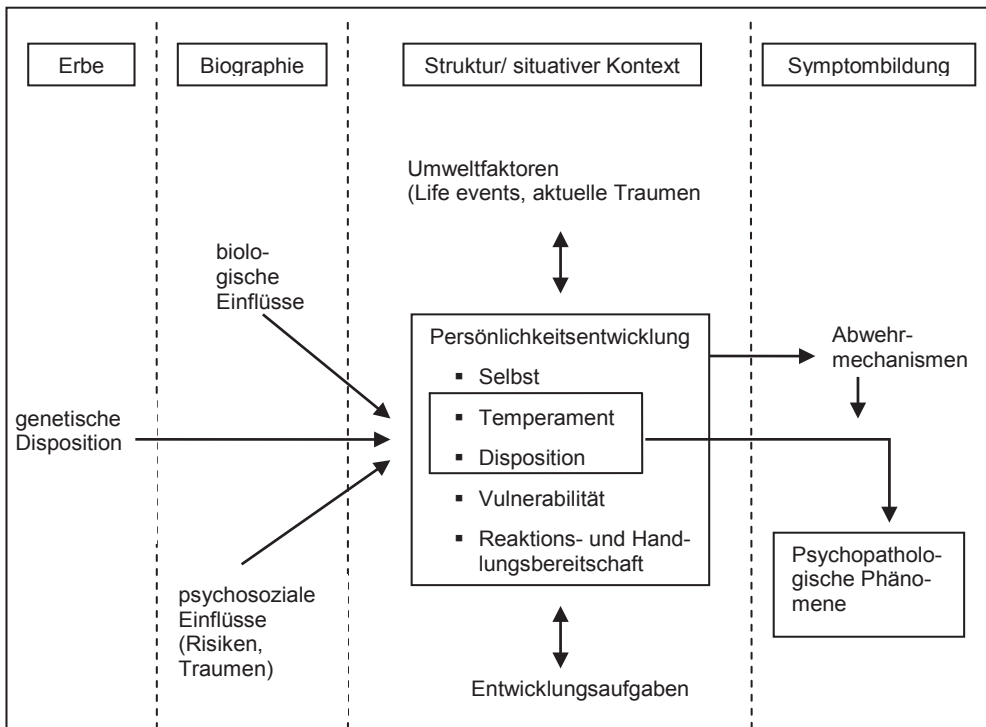


Abbildung 1: Interaktives Entwicklungsmodell psychopathologischer Phänomene nach Resch (1996, S. 193)

Nach der allgemein gültigen Definition in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Störung eine durch Beginn, Verlauf und gegebenenfalls Ende gekennzeichnete psychische Alteration, die das Kind/den Jugendlichen entscheidend daran hindert, an den alltagstypischen Lebensvollzügen aktiv teilzunehmen und diese zu bewältigen (Remschmidt, 1988). Der ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik im Jahr 2009 folgend ist es eine der vordringlichsten Aufgaben, die Bedingungen für das Entstehen einer Störung der emotionalen und sozialen Entwicklung sowie ihre Eigendynamik und innere Logik zu verstehen.

Hans Keilson hatte bei seiner Forschung zur Traumatisierung von Kindern festgestellt, dass eine Traumatisierung in der Kindheit nicht nur von der „konstitutionell bedingten Basistoleranz“, der „so genannten psychischen Plastizität“ des Kindes und dem „Schweregrad des wirksamen Agens“ bedingt wird, sondern vor allem auch „von der Altersphase und dem Entwicklungsgrad“ (Keilson, 1979, S. 53). Terr (1991) benutzt das Beispiel des kindlichen rheumatischen Fiebers, um die Schwere der möglichen Folgeschäden einer Traumatisierung bei einem Kind zu verdeutlichen. So wie das in der Kindheit auftretende Fieber erst später, wenn das Kind erwachsen ist, zu Folgeschäden am Herz führen kann, so kann eine Traumatisierung bei einem Kind noch in der erwachsenen Persönlichkeit zu Dissoziation, gewalttätigem Verhalten, extremer Passivität und Angststörungen führen.

Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson ist sehr wichtig für die Prävention von seelischen Störungen von Kindern. Ältere Kinder bzw. Jugendliche, die eine stabile Kindheit mit verlässlichen Bezugspersonen erlebt haben, sind besser geschützt, da ihnen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, aktiv in ihr Schicksal einzugreifen. In der Säuglings- und Kleinkindzeit müssen die Kinder von den Eltern angenommen und akzeptiert werden. Der Anteil des Kindes besteht dabei darin, sein angeborenes soziales Verhaltensrepertoire für angemessene Signale (Lachen, Schreien etc.) so einzusetzen, dass die primären Bezugspersonen adäquat antworten und sich beim Säugling ein Gefühl des „Gut-versorgt-Werdens“ (Winnicott, 1958) einstellen kann. Entsteht eine positive Beziehung zwischen Kind und primären Bezugspersonen, in der sich beide Seiten gegenseitig stimulieren, wird die Fähigkeit der Kinder, sich autonom weiterzuentwickeln, erweitert, so dass auch die nächsten Entwicklungsaufgaben angemessen gelöst werden können. Diese bestehen in der weiteren Kleinkindzeit insbesondere in der schrittweisen Lösung der Kinder von den Eltern, im Kindergarten- und Schulalter in der Auseinandersetzung mit

Gleichaltrigen und der Wahrnehmung und Einarbeitung der umgebenden „sozialen Landschaft“ in das innere Erleben des Kindes (Bowlby, 1980; Dornes, 1993). In der Adoleszenz findet nach Kohlberg (1974) ein Übergang vom Stadium der konventionellen Rollenkonformität zum Stadium selbst akzeptierter moralischer Prinzipien statt. Nach Bohleber führen die biologischen Veränderungen insbesondere zu kognitiven und affektiven Veränderungen, so dass bestehende bzw. scheinbar gelöste Konflikte erneut aufbrechen können. Der Adoleszente muss sich damit zwangsläufig erneut befassen und sich – eine wesentliche Aufgabe in diesem Alter – diesem Sog hin zu früheren Entwicklungsstadien widersetzen (Bohleber, 1996).

Sind Eltern durch schwierige soziale Lebensbedingungen marginalisiert, haben sie Migration oder Flucht erlebt und sind sie gegebenenfalls traumatisiert, können sie ihre Kinder nicht mehr ausreichend halten und versorgen. Die meist für die Versorgung verantwortlichen Mütter sind dann oft psychisch erschöpft und für die Kinder emotional nicht erreichbar. Andere Mütter haben keine Zeit für ihre Kinder, weil sie zum Beispiel für das wirtschaftliche Überleben der Familie sorgen müssen.

Ständige Umzüge erschweren den Kontakt zu Gleichaltrigen und können bei Schulkindern zu einem Gefühl, nirgendwo zu Hause zu sein, führen. Drohen gar körperliche Verletzungen oder werden die Kinder tatsächlich misshandelt und verletzt, können sich bei ihnen eigene Vorstellungen und Schuldphantasien über die Verursachung unter Umständen unkontrolliert weiterentwickeln. Die Bedrohung des Körperbildes, archaische Verstümmelungsängste sowie das Verlassenwerden durch die Eltern in der Stunde erlebter Gefahr kann das Selbst- und Weltverständnis des Kindes erschüttern. Der Glaube an den Schutz durch bisher als nahezu omnipotent erlebte Elternfiguren und die damit verbundene Illusion der körperlichen Unverletzlichkeit kann erschüttert werden (Walter, 1998). Insbesondere kleinere Kinder können durch massive Zweifel an der Schutzfunktion der Eltern in einer Gefahrensituation verunsichert werden.

Schulkinder, die Migration und Flucht erlebten, sind ebenso wie Erwachsene in mehreren Rollen gefordert (Straker, 1988). Manchmal wurden sie trotz ihrer Jugend schon in gewalttätige Auseinandersetzungen einbezogen oder es haben die Rollen innerhalb der Familie verändert. Schon die Schulkinder müssen den oft abwesenden Vater gerade in eher patriarchalen Gesellschaften, wie zum Beispiel in Afghanistan, ersetzen. Auch die Mädchen werden in

ihrer Rolle als heranwachsende Frau früher und anders gefordert, als es die tradierten Rollenvorstellungen vorschreiben.

Häufig sind aber auch andererseits Kinder in der präpubertären Latenzzeit nahezu symptomfrei. Sie durchlaufen möglicherweise eine unauffällige Entwicklungszeit, auch weil sie kognitiv schon die Belastungen der Eltern, die Sorge um Geschwister und die Zukunft der Familie verstehen, und sich selbst, um das große Ganze nicht zu gefährden, eher zurücknehmen. Die Gefahr liegt darin, dass derartige Versuche von Bewältigung dysfunktional werden können, wenn die nächsten psychischen Entwicklungsschritte oder größere soziale Veränderungen anstehen und bis dahin funktionierende Bewältigungsstrategien versagen lassen. Das Erleben der Eltern in der Abhängigkeitsrolle (z.B. gegenüber Ämtern) und als nicht mehr unterstützend und schützend kann die weitere Entwicklung der Kinder beeinträchtigen (Kraul et al., 2003).

In der Adoleszenz interferieren Verantwortung und Fürsorge für die Familie mit Ablösungswünschen, was dazu führen kann, dass letztere heftige Schuldgefühle verursachen. Die in dieser ambivalenten Situation bei den Jugendlichen oft entstehenden Schuldgefühle werden Ausbruchsschuld genannt (Romer et al., 2004). Erwachsene positive Vorbilder fehlen häufig. Die Jugendlichen, die in den Großstadtghettos oft schon in Kämpfe verwickelt worden sind, haben gelernt, dass die Verletzung von Gesetzen und ethische Normen meist straflos bleibt. Dies kann dazu führen, dass eine Neu- bzw. Reorientierung der Normen und Werte später nicht gelingt und eine Integration dadurch erschwert wird. Jugendliche erleben sich in diesen Situationen der Bedrohung sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie als sehr mächtig. Jugendliche sind, wenn sie zuvor eine stabile Kindheit erlebt haben, resistenter gegen Verluste, da ihnen mehr Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ihr Schicksal selbst zu beeinflussen (Garbarino et al., 1991).

Grundsätzlich müssen bei der Untersuchung und Beurteilung der Belastung eines Kindes der Stand seiner kognitiven, affektiven, psychosexuellen und sozialen Entwicklung sowie angeborene oder erworbene körperliche Einschränkungen bzw. Ressourcen in die Analyse einbezogen werden. Gelingen erforderliche Anpassungsschritte und Bewältigungsversuche nicht, entstehen Symptome, nach Resch (1996, S. 199) „Residuen, Narben, Sensibilisierungen und übertriebene Erlebnisbereitschaften“, die wiederum spezifische Interventionen erforderlich machen. Fischer und Riedesser (2003) entwarfen für Belastungen von Kindern verschiedenen Alters und möglichen Folgen ei-

nen entwicklungspsychologischen Referenzrahmen, der in Abbildung 2 wiedergegeben wird.

	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsschwierigkeiten	Traumatische Situationen	Bewältigungsversuche	Symptomatik	Intervention
Säugling						
↓						
Kleinkind						
↓						
Vorschulkind						
↓						
Schulkind						
↓						
Jugendliche/r						
↓						
junge/r Erwachsene/r						

Die Abbildung zeigt ein Diagramm, das den Entwicklungsprozess von Säugling bis zu jungen Erwachsenen darstellt. Die vertikale Achse ist in Stufen unterteilt: Säugling, Kleinkind, Vorschulkind, Schulkind, Jugendliche/r, junge/r Erwachsene/r. Drei vertikale Pfeile zeigen die Einflüsse an: 'Eltern und Familie' (größerer Pfeil, deckt Säugling bis Vorschulkind ab), 'Peer group' (mittlerer Pfeil, deckt Kleinkind bis Jugendliche/r ab) und 'Schule und Beruf' (kleinerer Pfeil, deckt Schulkind bis junge/r Erwachsene/r ab). Die Tabelle rechts daneben hat die gleiche Zeilenstruktur und Spalten für Entwicklungsaufgaben, Schwierigkeiten, Traumata, Bewältigung, Symptome und Intervention.

Abbildung 2: Entwicklungspsychologischer Referenzrahmen, modifiziert nach Fischer und Riedesser (2003, S. 271)

Das Schulumfeld aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht

Das Schulsystem, in welchem die Kinder und Jugendlichen mit seelischen Problemen beschult werden, setzt sich zusammen aus dem Bildungssystem der Länder, aus Schulen, Schultypen und Schularten ebenso wie aus Klassen, Peer-Groups und einzelnen Individuen. Das Schulklima wird dabei bestimmt durch das Mitschülerklima (Hilfsbereitschaft und Zusammenhalt), durch das Lehrer-Schüler-Klima (Fürsorglichkeit und Leistungsdruck) und durch die Schul- und Unterrichtskultur (Partizipation und Identifikation). Innerhalb dieser verschiedenen Ebenen des Schulsystems können die Akteure häufig mit Kindern und Jugendlichen, die psychische Störungen aufweisen, nicht immer adäquat umgehen, so dass die Schule zu einem zusätzlichen Problem der ohnehin psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen wird. Die Probleme zeigen sich in der Schule besonders bei nicht oder unzureichend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandelten Kindern und Jugendlichen sowie bei

jungen Menschen, bei denen eine geistige Behinderung oder eine Störung aus dem autistische oder aus dem schizophrenen Formkreis vorliegt. Ferner ist dies der Fall bei Kindern mit Aufmerksamkeitsdefiziten, Hyperaktivitätssyndrom (ADHS), Störungen der Sprache und des Sprechens, Legasthenie und Rechenstörungen und Störungen des Sozialverhaltens einschließlich Schulverweigerung.

Aber auch die Schule selbst kann Auslöser für psychische Probleme bei Kindern und Jugendlichen sein. So kann ein „schlechtes Schulklima“ die psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen erhöhen (Havlinova, 1995). Auf der anderen Seite kann ein „gutes Schulklima“ die Selbstwirksamkeitserwartung von Schülern verbessern (Satow, 2003). Ferner ist bekannt, dass Leistungs- und Sozialdruck psychische Störungen erhöht (Eder, 1996). Wichtig ist dabei zu beachten, dass insbesondere Kinder mit externalisierenden Störungen (z.B. Störungen des Sozialverhaltens, Aggressionen, ADHS) zu 60 % ebenfalls erhöhte Werte im internalisierenden Bereich (z.B. Ängste, Depressionen, sozialer Rückzug) aufweisen (Resch et al., 2000). Das heißt für Pädagogen, die mit diesen Kindern und Jugendlichen zu tun haben, dass die eher ‚lauten‘ Störungen keinesfalls nur Schwierigkeiten hinsichtlich Grenzsetzung und Pädagogik machen, sondern häufig auf erhebliche seelische Probleme hinweisen. Ferner ist hervorzuheben, dass sowohl internalisierende als auch externalisierende Störungen, die in den jüngeren Jahrgängen auftreten, bei Nichtbeachtung und Nichtbehandlung zu Problemen in den späteren Jahrgängen führen (Somersalo, 2002). Schutzfaktoren sind auf der anderen Seite eine von den Schülern subjektiv erlebte Mitbestimmung, die dazu führen kann, dass die Schulmotivation als Ganzes steigt (Eccles, 1993). Ferner werden schulische Anforderungen von den Schülern als weniger stressreich erlebt, wenn sie verständlich und regulierbar sind und ein soziales Netz zur Verfügung steht.

Zusammenfassend bedeutet dies, dass Leistungsdruck, Disziplinierung und übermäßige Kontrolle durch Lehrpersonen, Konkurrenzverhalten zwischen Schülern, mangelnde soziale Unterstützung durch Lehrpersonal und Mitschüler sowie eine geringe Mitbestimmungsmöglichkeit zu Schulunlust, Leistungseinbruch, Aufmerksamkeitsstörung und zu externalisierenden und internalisierenden Störungen führen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass sich das System Schule verändern muss, damit die Kinder, die schlechte Erfahrungen mit Erwachsenen gemacht haben, seelische Probleme aufweisen, seelisch behindert sind bzw. als von seelischer Behinderung bedroht ein-

gestuft werden oder als Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung bezeichnet werden, eine Schulbildung erhalten, die den Ansprüchen der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Bundesministerium der Justiz, 2008) entspricht.

Die Erfahrung von Fremdheit

In modernen Gesellschaften ist die Frage, was Fremdheit und Anderssein bedeutet, von hoher Bedeutung. Anderssein oder Fremdheit ist daher eine der zentralen Kategorien der gegenwärtigen philosophischen Auseinandersetzungen im westlichen Kulturkreis geworden. Deshalb muss konkret die Frage nach der gesellschaftlichen Funktion von Fremdheit gestellt werden. In Zeiten einer intensiven Diskussion von Inklusion in allen Bildungskontexten lässt sich die Vermutung äußern, dass die Exklusion bestimmter marginaler Gruppierungen geradezu benötigt wird, um eigene Positionen zu finden und zu sichern.

Niklas Luhmann (1984) bezeichnete die binäre Schematisierung von Inklusion und Exklusion sogar als Leitdifferenz des neuen Jahrtausends. Er führte zusätzlich zur Zone der Integration – damals im Sinne von Inklusion verstanden – und zur Zone der Entkoppelung – im Sinne von Exklusion verstanden – als Drittes die Zone der Verwundbarkeit ein. Damit wird deutlich, dass es immer ein dialektisches Verhältnis von Zusammengehörigkeit und Ausgeschlossen sein gibt und dass daran auch eine Umetikettierung von der Integration zur Inklusion nichts ändern wird.

Ulrich Beck (1986) führt zum Begriff der Fremdheit aus: „Die Frage lautet nicht mehr: Wie gehen wir mit Fremden um? Sondern die Frage lautet: Wie gehen die Fremden der einen oder der anderen Art mit sich selbst um?“ Die Frage, wer eigentlich jeweils wem fremd ist, stellt sich auch im Zusammenhang von Kindern und Jugendlichen, die komplexen, fachübergreifenden Hilfebedarf aufweisen immer wieder. Fremd ist ein Mensch oder ist etwas immer in Relation zum Eigenen, Gewohnten, Bekannten. Fremdheit steht damit stets im unmittelbaren Zusammenhang mit gefühlsmäßigen Einstellungen, Ängsten und Spannungen.

Als ‚irgendwie anders‘ und ausgegrenzt erleben sich in unserer Gesellschaft

nicht nur Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch Menschen, die uns aus anderen Gründen fremd erscheinen wie zum Beispiel homosexuelle Menschen, Menschen anderer Glaubensrichtungen, Menschen mit Behinderungen, Menschen mit sehr originellen Verhaltensweisen, Menschen am Rand der Gesellschaft beziehungsweise aus bildungsfernen Schichten.

Die philosophischen, aber auch die theologischen Theoriekonzepte bieten Modelle der Begegnung mit dem Fremden. So nennt Sundermeier (1996) vier mögliche Sichtweisen der Auseinandersetzung mit dem Fremden. Er unterscheidet folgende vier Modelle:

- Das **Gleichheitsmodell**: Der Fremde ist wie ich. Und wer nicht gleich ist, wird von mir gleich gemacht.
- Das **Alteritätsmodell**: Der Fremde ist ganz anders. Er ist gleichzeitig faszinierend, ängstigend, exotisch, aber auch absonderlich oder sogar feindlich und muss deshalb möglicherweise zum eigenen Schutz isoliert werden. Die Römer nannten sowohl ihre Feinde als auch ihre Gäste *hostes*.
- Das **Komplementaritätsmodell**: Der Fremde ergänzt mich. Sundermeier nennt dieses Modell das Händlermodell. Der Fremde ist fruchtbar für mich und bietet mir etwas, ich kann ihm etwas abhandeln.
- Das **Souveränitätsmodell**: Der Fremde ist mir ebenbürtig. Ich kenne meine eigene Identität, bin gefestigt und kann deshalb Interesse an der Person des Fremden sowie Respekt vor dem Anderssein haben.

Körtner spricht von einer Hermeneutik des Unverständnisses (Körtner, 2008). Er beschreibt damit den Zustand, dass das Subjekt wahrnimmt und respektiert, was es jedoch nicht versteht und auch nicht verstehen kann und wird. Für den Anderen, den Fremden, den Außenstehenden, dem Gegenüber wird durch diese Erfahrung von Differenz die Differenzierung der eigenen Identität erst möglich. Eine gelungene Identitätsentwicklung erfordert daher letztendlich, sich in der Differenz zu anderen wahrzunehmen.

Fremdheit ist eine Kategorie, definierbar nur jeweils im Zusammenhang mit einer bestimmten Lebensform und dort allgemein gültigen Deutungs- und Bewertungszuschreibungen. Als fremd wird jemand von einem anderen Ort, aber auch von einer anderen Art bezeichnet. Jemanden als fremd wahrzunehmen, bedeutet, eine Störung von bekannten und gewohnten Verstehens- und Verhaltensmustern zu realisieren. Im Resultat entsteht der Wunsch der Abgrenzung.

Fremdheitserfahrungen und grundsätzliches Anderssein erleben Menschen häufig auch in schulischen und sozialen Kontexten. Anderssein wird dabei häufig nicht nur bei Menschen mit Migrationshintergrund oder körperlichen Beeinträchtigungen wahrgenommen, sondern auch bei von Verhaltensweisen aufgrund von Bindungslosigkeit, Strukturlosigkeit, Aggressivität, Selbst- und Fremdgefährdung oder bei extremer Zurückgezogenheit bis hin zur völligen Isolation.

Deshalb kann es in bestimmten Lebensphasen auch in inklusiven Bildungsangeboten notwendig sein, spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche zu machen, die sich in marginalen Positionen befinden und aufgrund ihres Verhaltens intensiven sonderpädagogischen Förderbedarf im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung haben. Sie haben über lange Zeit hinweg massive Fremdheitserfahrungen gemacht. Trotz intensiver Integrationsbemühungen können diese Schülerinnen und Schüler aufgrund ihres extremen Verhaltens vorübergehend nicht in ihren Heimatschulen gefördert werden. Ziel ist es jedoch, sie so schnell wie möglich mit besseren Bedingungen in die allgemeine Schule zurückzuführen

Das Schulumfeld und inklusive Beschulung

Die 2007 bei der Generalversammlung der UNO in New York verabschiedete und in Deutschland 2008 in Kraft getretene UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Bundesministerium der Justiz, 2008) formuliert den Anspruch einer uneingeschränkten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben aller Menschen. Bei Unterzeichnung hat die Bundesrepublik Deutschland die Anerkennung dieses Rechtsanspruches und damit auch die Verantwortung, den Prozess einer gesellschaftlichen Inklusion zu gestalten, übernommen.

Die Allgemeinen Grundsätze (Art. 3) der Konvention fordern die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ (Bundesministerium der Justiz, 2009, Absatz c) sowie die „Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit“ (Bundesministerium der Justiz, 2009, Absatz d)

Definition von Inklusion

Es gibt weder eine einheitliche Verwendung des Inklusionsbegriffs, noch eine Didaktik, die im Unterrichtsalltag den Pädagogen helfen könnte, den Prozess der Inklusion schülergerecht umzusetzen (Giese, 2011). In der deutschsprachigen Übersetzung des Gesetzestextes der UN-Konvention wird sogar durchgängig Integration und Inklusion synonym verwendet. Unter Integration wird in der deutschsprachigen Literatur allgemein verstanden, dass Kinder und Jugendliche mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf in ein bestehendes System integriert werden, während Inklusion heißt, dass sich das System Schule den Kindern mit besonderen Bedürfnissen anpasst (Schöler, 2011), wie in der Abbildung 3 dargestellt.

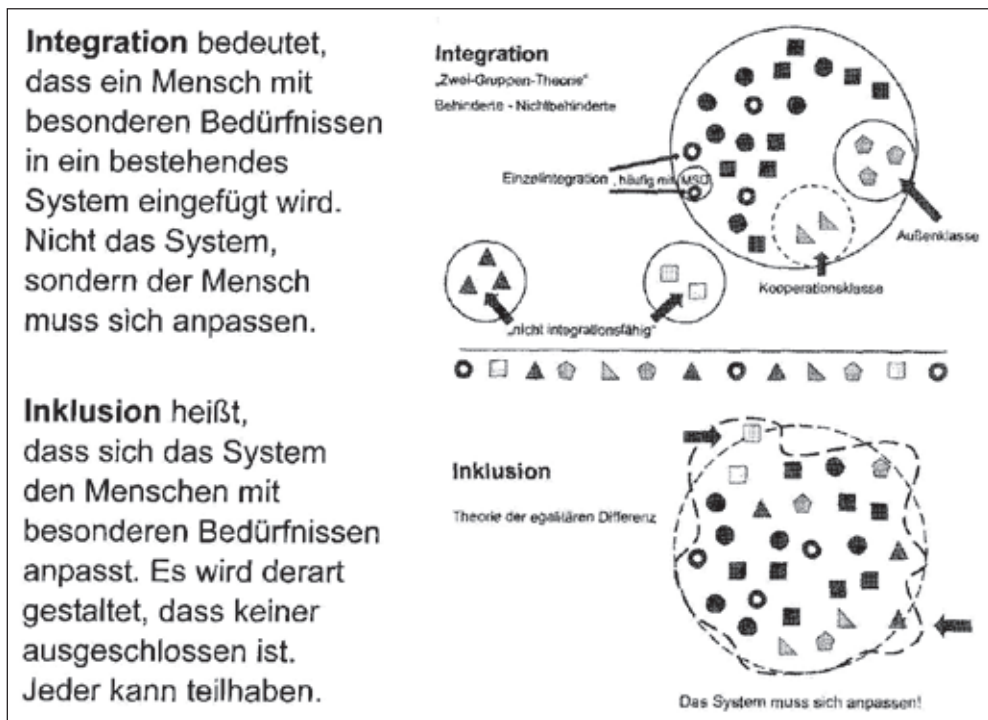


Abbildung 3: Der Unterschied: Integration und Inklusion nach Wocken 2010

Inklusion im Sinne der ursprünglich lateinischen Wortbedeutung von „Einschluss bzw. Enthaltensein“ und im Sinne der UN Konvention beinhaltet eine umfassende gesellschaftliche Teilhabe in möglichst weitgehender Aktivität und Selbstbestimmung und geht über den Integrationsbegriff deutlich hinaus (Wocken, 2010).

Inklusion in der Schule

In allen Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland beginnt im Sinne des Artikel 24 der UN-Konvention (Menschen mit Behinderung dürfen „nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden“ [Absatz 2a] und müssen „gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben“ [Absatz 2 b]) (Bundesminister der Justiz, 2009, Artikel 24) der Prozess der Inklusion in der allgemeinen Schule¹ in unterschiedlichen Geschwindigkeiten.

Die allgemeinen Schulen sind demnach nach der Umsetzung der Konvention die einzigen gesellschaftlichen Institutionen, die von allen Kindern und Jugendlichen besucht werden – unabhängig von Hautfarbe, Muttersprache, Religion, Geschlecht, Sozialstatus und Behinderung. Somit hat die allgemeine Schule eine gewaltige Leistung – den Prozess der Inklusion umzusetzen – zu erbringen. Die am Prozess Beteiligten tragen diesbezüglich eine hohe Verantwortung. Schüler, die, wie eingangs bereits beschrieben, einen komplexen und fachübergreifenden Hilfebedarf aufweisen (im bisherigen Schulkontext oft Schüler mit emotionalem und sozialem Förderbedarf) stellen in diesem Kontext eine besondere Herausforderung dar, da es sich dabei häufig um Kinder handelt, die Verhaltensauffälligkeiten und/ oder emotionale Störungen aufweisen. Häufig handelt es sich dabei um leistungsbereite und leistungsstarke Schüler, denen jedoch Ausdauer, Konzentration und Aufmerksamkeit fehlen und die im Unterricht durch Störverhalten und Aggressionsdurchbrüche den Unterricht massiv behindern.

Die Qualität einer Schule, die Inklusion umsetzt, wird in Zukunft vor allem vom Erlernen neuer Haltungen geprägt sein, sowohl dem Lehr- und Lernprozess als auch den beteiligten Menschen gegenüber. Das Überdenken und gegebenenfalls Ändern bisheriger Haltungen und Einstellungen setzt eine Diskussion des Menschenbildes innerhalb des Systems Schule voraus. Ein weiteres Qualitätsmerkmal gelungener Inklusion ist die Qualität des Unterrichts. Hierzu gehört neben der Differenzierung, d.h. Angebote für unterschiedliche leistungsstarke Lerngruppen innerhalb einer Klasse zu machen, die Individualisierung des Unterrichts. Diese wird nach Eckert (2004) wie folgt definiert:

¹ Allgemeine Schulen sind die allgemein bildenden Schularten ohne die Förderschulen (Ständige Kommission, 2008).

„Individuelles Fördern heißt, jeder Schülerin und jedem Schüler die Chance zu geben, ihr bzw. sein motorisches, intellektuelles, emotionales und soziales Potential umfassend zu entwickeln und sie bzw. ihn dabei durch geeignete Maßnahmen zu unterstützen (durch die Gewährleistung ausreichender Lernzeit, durch spezifische Fördermethoden, durch angepasste Lehrmittel und gegebenenfalls durch Hilfestellungen weiterer Personen mit Spezialkompetenz).“

Schule als Lebensraum

Kinder und Jugendliche mit komplexem und fachübergreifendem Hilfebedarf sollten möglichst regional zur Schule gehen, damit Lebens- und Sozialraumbezüge nicht zu schwierig für sie zu bewältigen werden. Viele Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Förderbereich Lernen und im Bereich emotional und soziale Entwicklung kommen aus bildungsfernen, strukturschwachen Familien, oft auch aus Familien mit Migrations- oder Fluchthintergrund. Bei diesen Kindern muss Schule familiäre Strukturen und Bindungen ersetzen (Adam, 1999). Die Schule, die Inklusion umzusetzen beabsichtigt, sollte deshalb als Ganztagsangebot organisiert sein. Ein derartiges Angebot kann Bildungs- und Freizeitangebote ebenso gestalten wie regelmäßige Mahlzeiten und außerschulische Lernplätze organisieren. Dadurch wird die soziale und emotionale Kompetenz gefördert und Möglichkeiten zur sozialen und emotionalen Nachreife gegeben. Angebote wie Reiten, Segeln, Kunsttherapie aber auch das Einrichten von Insel- und Trainingsräumen erweitern die Fähig- und Fertigkeiten der Schüler. Lernwerkstätten. Schulräume und Gelände müssen dafür so gestaltet sein, dass Schüler sich dort gern aufhalten und das vielfältige Bewegungs- und Lernmöglichkeiten entstehen.

Inklusion im Unterricht

Die Umsetzung des Inklusionsgedankens im Unterricht erfordert, dass Schüler, ob behindert oder nicht, gemeinsam lernen können. Daher muss der gemeinsame Unterricht allen Schülern ihrer individuellen Lernausgangslage gerecht werden, dabei eventuell vorhandene Verhaltensauffälligkeiten und emotionalen Störungen berücksichtigen und individuelle Ressourcen und Kompetenzen erkennen und fördern – unabhängig vom sonderpädagogischem Förderbedarf.

Dazu bedarf es neben allgemeinpädagogischer insbesondere der sonderpädagogischen Kompetenz innerhalb des Systems Schule. Auch außerhalb von

Schule, in mitgestaltenden regionalen Unterstützungs- und Beratungssystemen wie der KJH und der KJPP ist sonderpädagogische Kompetenz erforderlich, damit die Kinder und Familien Hilfen bekommen und betroffene Kinder adäquat kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt werden z.B. eine Reintegration in die Heimatschule nach einem möglichen Klinikaufenthalt gelingen kann.

Werden die Schüler gemäß dem Leitgedanken der Inklusion, gemeinsam in einem Klassenraum unterrichtet, wird ein Teil des gemeinsamen Unterrichts von Regelschullehrern und Sonderpädagogen gemeinsam geplant und durchgeführt. Damit dies funktioniert, benötigt gemeinsamer Unterricht auch entsprechende personelle, räumliche und finanzielle Ressourcen. Ist ein hohes Maß an sonderpädagogischer Förderung erforderlich, so zieht dies meist auch eine höhere personelle Ausstattung nach sich.

Damit für einen gemeinsamen, individualisierten Unterricht, individuelle Ressourcen und eventuell erforderlicher komplexer und fachübergreifender Hilfebedarf erkannt wird, sollte fachspezifische Diagnostik von Sonderpädagogik, Sozialpädagogik und Kinderpsychiatrie koordiniert durchgeführt werden. Auf dieser Grundlage sind individualisierte Förderung und individuelle Lern- und Förderpläne für alle Kinder und Jugendliche zu erstellen. Grundlage sonderpädagogischer Förderung ist eine Förderdiagnostik, die eine Kind- Umfeldanalyse, eine Analyse des individuellen Lernstandes, ein sonderpädagogisches Gutachten und eine Förderplanung beinhaltet. Die Diagnostik der Sozialpädagogen erweitert die Analyse des familiären Umfelds sowie der dortigen Ressourcen. Kinderpsychiatrische Diagnostik findet nach dem Multiaxialen Klassifikationssystem statt: Achse 1 – klinisch-psychiatrisches Syndrom, Achse 2 – umschriebene Entwicklungsstörungen, Achse 3 – Intelligenzniveau, Achse 4 – körperliche Symptomatik, Achse 5 – aktuelle abnorme psychosoziale Umstände, Achse 6 – Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (Remschmidt et al., 2006).

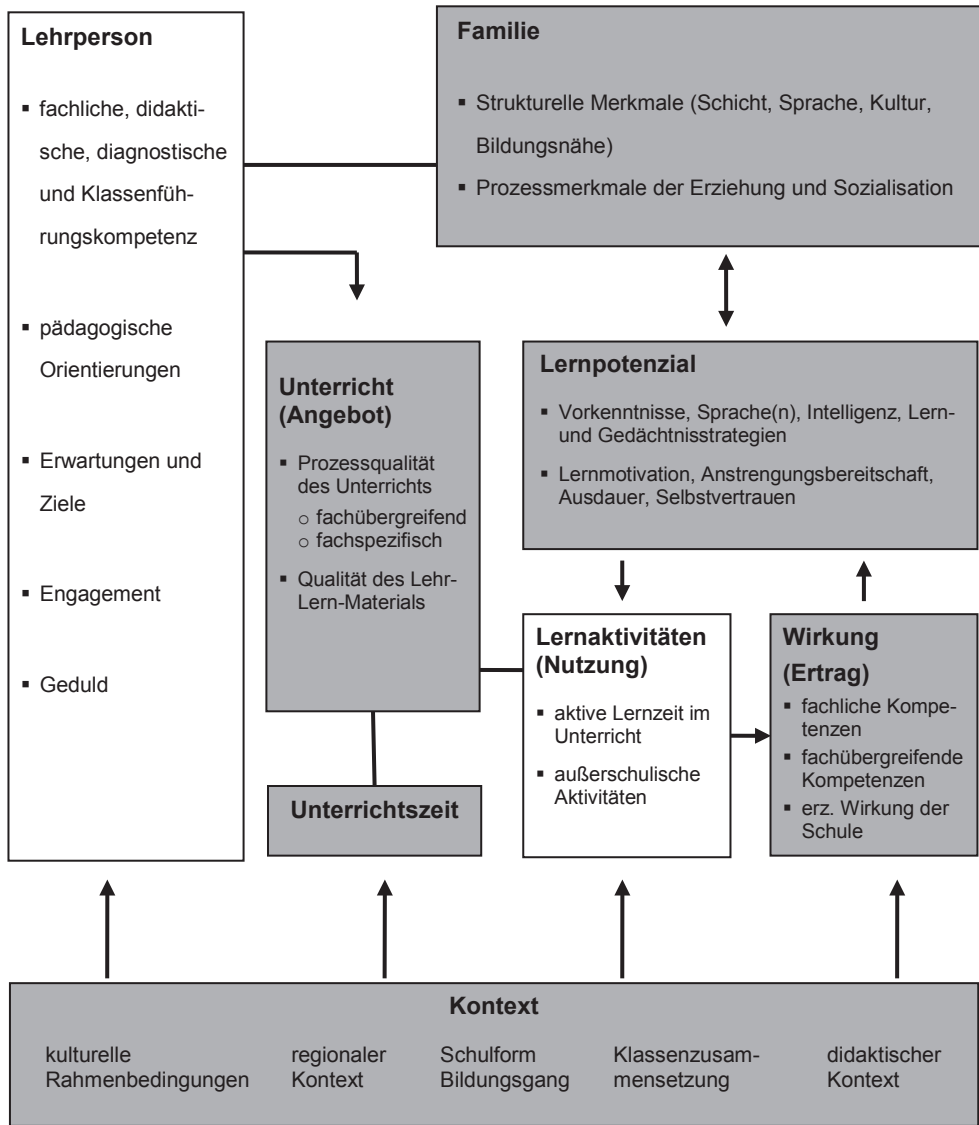


Abbildung 4: Das Angebot-Nutzungsmodell zur Erklärung von Lernerfolg nach Helmke, 2007

Didaktik im inklusiven Unterricht

Inklusion verlangt auch Veränderungen in der Didaktik des Unterrichts. Bereits bestehende allgemeinpädagogische Modelle sind, wie das von Helmke in Abbildung 4 angeführte, nützlich, weil dadurch deutlich wird, dass Heterogenität der Schülerschaft und besondere Bedarfe von Schülern mit son-

derpädagogischem Förderbedarf die Regel sind und resultierende Probleme nicht verleugnet oder durch Ausschluss der Kinder vom Unterricht oder gar der Schule nur scheinbar gelöst werden dürfen.

Der Unterricht kann durch die Umsetzung, dass Kinder und Jugendliche ihren Lernprozess selbst in die Hand nehmen, gemeinsam mit der Lehrkraft konstruieren und dadurch, dass sie ihn handelnd erfahren, interessanter und akzeptabler und damit nachhaltiger für die Schüler werden.

Derartige individuelle Lernprozesse zu initiieren, stellt für alle am Bildungsprozess Beteiligten, trotz ausdrücklicher Einbindung in Bildungs- und Rahmenpläne, immer noch eine Herausforderung dar. Inklusion im Unterricht erfordert im hohen Maße individualisiertes und binnendifferenziertes Arbeiten und muss interdisziplinäre und kooperative Kompetenzen (Regelschullehrer, Sonderpädagogen, Sozialpädagogen und Erzieher arbeiten ihren Kompetenzen entsprechend miteinander und beziehen schulexterne Helfersysteme wie KJH und KJPP mit ein) bündeln.

Wenn Schüler zum Auswählen, Ausprobieren und Reflektieren z.B. durch Methoden wie „Portfolio“ (Shirley-Dale et al., 2004) „Logbuch“ (Fischer, 2009) oder „Lerntagebuch“ (Shirley-Dale et al., 2004) angeregt werden, steigert sich deren Motivation. Ein Schwerpunkt der Tätigkeit von Regelschullehrer und Sonderpädagogen muss es daher sein, das Lernumfeld so vorzubereiten, dass alle Schüler ihrem Niveau entsprechend lernen können. Neben kurzen, auch frontal gesteuerten Impulsen der Lehrkraft, besteht die eigentliche Aufgabe von Allgemein- und Sonderpädagogen darin, passgenaue Lernanforderungen zu gestalten und Schüler, gemeinsam mit Sozialpädagogen, individuell in ihrem Lernprozess zu unterstützen. Jeder Schüler hat dabei seinen eigenen individuellen Lernplan, lernt allein, zu zweit oder in einer heterogenen Gruppe, in der die Mitglieder einander unterstützen. Gemeinsame und individuelle Phasen im Unterricht wechseln sich ab. Individualisierung bedeutet, gemeinsames systematisches Lernen mit individuell unterschiedlichen Formen und Wegen der Aneignung zu verbinden und zwar für alle Schüler, ob behindert oder nicht. So können Schüler eine Vorstellung von dem entwickeln, was sie können und sich zutrauen. Dies kann über einen Lerngegenstand für alle, der nach einem gemeinsamen Einstieg in die Unterrichtseinheit individualisierte Angebote bereithält erfolgen, z.B. nach dem Modell der „Lerntheke“ (Bauer, 1997), eine Form des Lernens an Stationen, wobei Lernangebote an einer Stelle ausgebreitet und angeboten werden. Andere Möglichkeiten, alle einzu-

beziehen und doch zu individualisieren sind Wochenplanarbeit (Gervé, 1998) oder die Arbeit in so genannten Lernbüros (Balsler, 1998). Zur Verschriftlichung der individuellen Kompetenzen können Kompetenzraster und Checklisten genutzt werden. Fachliche und verhaltensbezogene Lernziele können daraus abgeleitet und in Gesprächen mit Schülern und Eltern Zielvereinbarungen im halbjährlichen Lernentwicklungsgespräch getroffen werden. Diese Ziele werden in Förderplänen festgehalten und im Klassenraum visualisiert. Kompetenzraster, Förderpläne und Zielformulierungen dienen als Planungs- und Reflektionsgrundlage sowohl für die Schüler als auch für die monatlich stattfindenden Planungssitzungen im Team.

Weitere Maßnahmen im inklusiven Unterricht

Inklusion verlangt ferner Veränderungen in Methoden und Maßnahmen des Unterrichts, wobei sich auch die Rolle des Lehrenden im Prozess der Inklusion verändern muss. Nicht-eskalierende Beharrlichkeit zielt dabei darauf ab, durch Annahme eines Konfliktes und dessen Moderation das Durchsetzen der eigenen Bedürfnisse ohne Eskalation zu erreichen. Wichtig ist, konsequent einzugreifen. Es stellt eine Hilfe zur Auseinandersetzung des Schülers dar, sich mit den Konsequenzen eigenen Verhaltens auseinanderzusetzen. Dafür sind zuvor festgelegte Regeln und deren Akzeptanz von Lehrenden und Schülern erforderlich. Regeln bedeuten insbesondere für die Kinder und Jugendlichen, die aus Verhältnissen kommen, die von sozialer und emotionaler Vernachlässigung geprägt sind, dass sie Grenzen ausprobieren wollen. Es gilt dann, die Situation zu entzerren, um zu verhindern, dass Störungen immer wieder Vorrang gewährt wird und um abzusichern, dass die anderen Kinder und Jugendlichen ungestört arbeiten können. In der Entzerrung erfolgt die Bearbeitung des aktuellen Konfliktes mit einem weiteren Pädagogen, um dem jeweils Unterrichtenden die Handlungsfähigkeit in Bezug auf die ganze Gruppe zu erhalten. Der Einsatz von positiven Verstärkersystemen dient dabei der konsequenten Verstärkung angemessenen Verhaltens, Rituale schaffen Sicherheit und Orientierung.

Einzelarbeit als eine Arbeitsform innerhalb der Gruppe ermöglicht Konzentration und Aufmerksamkeit auf die eigene Aufgabe beziehungsweise die schnelle, angeleitete Rückführung zur eigenen Aufgabe. Andererseits sind Rückzugsangebote notwendig, damit ein pädagogischer Halt wie es Moor (1974) nannte, gegeben werden kann.

Weitere wichtige methodische Elemente sind basale Erfahrungen von Bewegung wie Schwingen, Schaukeln, im Sumpf matschen, Sport und künstlerischen Arbeiten. Diese Aktivitäten dienen dem Ausleben des Bewegungsdranges, der Körperwahrnehmung und Körperkoordination. Hinzukommen Rollenspiele, in denen wichtige Entwicklungsphasen nachgespielt und somit auch nachgeholt werden können, und die Vermittlung in die sozialen Netze der näheren Umgebung, z.B. durch Praktika, Werkstatttage oder die Vermittlung in Sportvereine und Jugendverbände.

Unterstützungssysteme

Inklusive Systeme benötigen kompetente Unterstützungssysteme, die die allgemeinen Schulen in der Region in ihrem Prozess, eine Schule für alle zu werden, unterstützen. Die Begriffe für diese Unterstützungssysteme sind in den Bundesländern bisher uneinheitlich. Sie werden „Förderzentrum“, „Kompetenzzentrum“, „Bildungszentrum“ oder „Beratungszentrum“ genannt. In ihnen arbeiten Teams von Sonderpädagogen, Kinderpsychologen und Fachtherapeuten – (Ergotherapeuten, Logopäden, Heilpädagogen usw.), die spezielle Materialien, Hilfsmittel und Literatur sowie spezifische Kompetenz in Didaktik als Unterstützungsangebote für eine inklusive Bildung den kooperierenden Schulen anbieten. Dabei gilt stets das Prinzip, dass die Experten in den allgemeinen Schulen tätig sind und alle Kinder und Jugendlichen in ihrer normalen schulischen Umgebung bleiben. Nur in besonderen Ausnahmefällen oder Krisensituationen und zeitlich befristet können spezielle Bildungsangebote mit dem Ziel der Stabilisierung auch außerhalb der allgemeinen Schule stattfinden. Andererseits können Maßnahmen zur Stabilisierung auch unabhängig außerhalb von Schule stattfinden, z.B. in der Kinder- und Jugendhilfe oder in der stationären und teilstationären oder ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, die dann wiederum qualifiziertes pädagogisches Personal benötigen, damit eine Reintegration in die Heimatschule erfolgen kann.

Die Kooperation mit der KJPP über niedrigschwellige Angebote wie wöchentliche Sprechstunden für Kinder, Jugendliche und Familien, regelmäßige Fallbesprechungen und gegenseitige Qualifizierung, gehört zum selbstverständlichen fachlichen Repertoire der pädagogischen und sonderpädagogischen Unterstützungssysteme, wird allerdings noch zu wenig umgesetzt.

Spezielle Bildungsangebote

Spezielle Angebote können einen zeitlich befristeten Freiraum für alternatives und individuell ausgerichtetes Lehren und Lernen bieten und sollen auf die Wirklichkeit von Schule vorbereiten, die alle Schüler wieder erwartet und in der sie zu bestehen haben. Damit Ausgrenzung verhindert und der Inklusionsgedanke auch in speziellen Bildungsangeboten umgesetzt wird, sind spezifische Haltungen, Einstellungen und Empathie gegenüber diesen Kindern mit komplexem und fachübergreifendem Hilfebedarf erforderlich.

Im Vordergrund der Arbeit in speziellen Bildungsangeboten steht die Achtung vor der Würde des Menschen, wodurch den Kindern und Jugendlichen Sicherheit vermittelt wird. Die Ansprache und Aufgabenstellung erfolgt so, wie es ihrem jeweiligen, individuellen Entwicklungsstand gemäß ist und wie es dem Einzelnen am meisten nutzt. Kinder sind nicht alle gleich, jedes Kind ist anders, aber gleich viel wert. Die Erwachsenen begeben sich dabei in einen Prozess des Lehrens, Lernens und in einen Beziehungsprozess mit dem Kind oder Jugendlichen. Jedes Kind und jeder Jugendliche führt die Erwachsenen an seine Art des Lernens heran und zeigt ihnen die benötigten Hilfen und Unterstützungsformen auf.

Weil jedes Kind und jeder Jugendliche alles gut und richtig machen und dafür Anerkennung bekommen will, darf er sich der interessierten Anteilnahme und des einfühlsamen Verständnisses der Erwachsenen in vollem Umfang sicher sein. Die Kinder und Jugendlichen dürfen ferner jederzeit ihre Not zum Ausdruck bringen, nachhaltiges und konsequentes Handeln zeigt ihnen, dass sie ernst genommen werden. Die Ansprache der Kinder und Jugendlichen, aber auch der Erwachsenen untereinander besteht aus klarer Autorität und feinsinniger, dialogischer Empathie.

Die Mitarbeiter spezieller Angebote bemühen sich konsequent darum, eine Lern- und Erziehungsumwelt zu entwickeln, in der die Kinder und Jugendlichen angstfrei, ohne Gewalt und ohne Erniedrigung leben und ein ernsthaftes, wertschätzendes Interesse an ihren entwickelten Lern- und Lebensstrategien erleben können. Die Individualität der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist dabei eine bedeutende Ressource, den Kindern und Jugendlichen umfassend gerecht zu werden.

Die Elternarbeit ist eine tragende Säule jedes speziellen Angebots und dient der Information und Mitbeteiligung, der Zusammenarbeit und Unterstützung bei der Wahrnehmung der eigenen Erziehungsaufgaben. Wesentlich sind darüber hinaus die interdisziplinäre Vernetzung und der professionelle Austausch, die gegenseitige Unterstützung und Information sowie die Kontakte zu anderen Schulen und Einrichtungen, um den eigenen Standort regelmäßig zu justieren und die eigene Fachlichkeit weiterzuentwickeln. Das Mitarbeiterteam eines speziellen Angebotes muss multiprofessionell zusammengestellt sein und aus Menschen mit folgenden Qualifikationen bestehen:

- allgemein- und sonderpädagogische Lehrkräfte
- heil- und sozialpädagogische sowie erzieherische Fachkräfte
- Kinder- und Jugendpsychiatern bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Nehmen Schüler spezielle Bildungsangebote wahr, so muss der Gedanke der Reintegration in die allgemeine Schule leitend sein und sich in Bemühungen niederschlagen, stets mit der übernehmenden Schule in engem Kontakt zu stehen.

Fazit

Der Förderort Allgemeine Schule hat, soll die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen umgesetzt und den Anforderungen an inklusive Bildung gefolgt werden, absolute Priorität. Es gilt daher, alle pädagogischen, sonderpädagogischen und kinder- und jugendpsychiatrischen sowie psychotherapeutischen Fachkräfte gut auf diese neuen Herausforderungen, den der Prozess der Inklusion darstellt, vorzubereiten, regionale Unterstützungssysteme zu implementieren und die erforderlichen Prozesse gemeinsam zu gestalten. Hierzu müssen die Lehrerbildung in allen Phasen grundlegend verändert werden und neue Formen der Kooperation in regionalen Netzwerken mit der Kinder- und Jugendhilfe und der KJPP erarbeitet und erprobt werden. Personen mit ganz unterschiedlichen Fachkompetenzen müssen lernen, inter- und transdisziplinär zusammenzuarbeiten und einen sowohl fachlichen als auch überfachlichen Austausch zu pflegen.

Literatur

- Adam, H. (1999). Flüchtlingskinder in der Schule. Kinder- und jugendpsychiatrische Aspekte. In R. Harter-Meyer, M. Schulte-Markwort & P. Riedesser (Hrsg.), *Hilfen für psychisch kranke Kinder und Jugendliche*. (S. 85-104). Hamburg: LIT Verlag.
- Adam, H. (2006). *Seelische Gesundheit von Flüchtlingskindern. Eine empirische Untersuchung an Hamburger Schulen*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Balser, G. (1998). *Das Lernbüro - Lernen durch Anwenden*. Lern- und Arbeitshefte: Das Lernbüro I. Verwaltung. Lernen durch Anwenden: BD 1. Winklers: Darmstadt.
- Bauer, R. (1997). *Lernen an Stationen in der Grundschule. Ein Weg zum kindgerechten Lernen*. Cornelsen: Berlin.
- Beck, U. (2008). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*, edition suhrkamp, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, 1986/ 2008.
- Bohleber, W. (1996). Einführung in die psychoanalytische Adoleszenzforschung. In W. Bohleber (Hrsg.), *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. (Vol. 3). New York: Basic.
- Bundesministerium der Justiz (2008). UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bundesgesetzblatt, BGBLA_2008_III_155.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Eccles, J.S., Midgley, C., Wigfield, A., Buchanan, C.M., Reuman, D., Flanagan, C., MacIver, D. (1993). Development during adolescent: the impact of stage-environment fit on young adolescent experiences in schools and families. *American Psychologist*, 48, 90-101.
- Eder, F. (1996). *Schul- und Klassenklima. Ausprägung, Determinanten und Wirkung des Klimas an höheren Schulen*. Innsbruck: Studien Verlag.
- Eckert, E. (2004). *Individuelles Fördern*. In: Hilbert, M. (2008). *Was ist guter Unterricht?* Berlin: Cornelsen Scriptor, 5. Aufl., März 2008.
- Fischer, C., Trepke, F., Dedekind, B., Rieck, K., Prenzel, M. (2009). *Logbuch - Dokumentieren und Reflektieren mit dem Logbuch*. http://www.sinus-an-grundschulen.de/fileadmin/uploads/Material_aus_STG/Logbuchbericht_2009.pdf, am 8.9.2011.
- Garbarino, J., Kostelny, K. & Dubrow, N. (1991). *No place to be a child. Growing up in a war zone*. Lexington: Lexington Books.
- Gervé, F. (1998). *Freie Arbeit – Grundkurs für die Aus- und Fortbildung*, Beltz Verlag, Weinheim und Basel.
- Giese, M. (2011). *Der Inklusionskurs in der Heil- und Sonderpädagogik*. Zeitschrift für Heilpädagogik, 6/2011, 218-224.
- Havlinova, M., Schneidrova, D. (1995). Stress characteristics in schoolchildren related to different educational strategies and school climates. *Central European Journal of Public Health*, 3 (4), 205-209.
- Helmke, A. (2007). *Wie lernen Schüler erfolgreich? Ein Modell*. In: Becker, G., Feindt, A., Meyer, H., Rothland, M., Stäudel, L., Terhart, E., (Hrsg.) (2007). *Guter Unterricht. Maßstäbe & Merkmale – Wege & Werkzeuge*. Friedrich Jahresheft, 25, 2007:65.

- Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische Follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart: Enke.
- Kohlberg, L. (1974). Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Körtner, U. (2008). Evangelische Sozialethik, Grundlagen und Themenfelder. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2. Aufl.
- Kraul, A., Ratzke, K., Reich, G. & Cierpka, M. (2003). Familiäre Lebenswelten. In M. Cierpka (Hrsg.), Handbuch der Familiendiagnostik. (2. aktualisierte und ergänzte Aufl., S. 175-221). Berlin: Springer.
- Moor, P. (1974): Heilpädagogik: ein pädagogisches Lehrbuch. Bern: Huber Verlag
- Remschmidt, H. (1988). Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Bd. 1., Grundprobleme, Pathogenese, Diagnostik, Therapie. Stuttgart : Thieme.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F. (Hrsg.) Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. 5. Aufl., 2006, Huber, Bern.
- Resch, F. (1996). Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Weinheim: Beltz PVU.
- Resch, F., Strehlow, U., Koch, E., Haffner, J., Brunner, R., Engellandt-Schnell, A. (2000). Phobische Störungen (F40) und emotionale Störungen des Kindesalters (F93.1, F93.2). In: Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte & Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag: 249-258.
- Romer, G., Haagen, M., Barkmann, C., Thomalla, G., Schulte-Markwort, M. & Riedesser, P. (2004). Kinder körperlich kranker Eltern. Hamburger Ärzteblatt, 3, 124-127.
- Satow, L., Schwarzer, R. (2003). Entwicklung schulischer und sozialer Selbstwirksamkeitserwartung: Eine Analyse individueller Wachstumskurven. Psychologie in Erziehung und Unterricht, 50 (2), 168-181.
- Schöler, J. (2011). Über integration hinaus – was Integration bedeutet. In: Beiler, A., Lofing, S., Minges, B. (2011). Auf dem Weg zur inklusiven Schule. Ideen und Materialien für Lehrkräfte. Raabe, Stuttgart: 1-12.
- Shirley-Dale, E., Mitchell, K. (2004) Arbeiten mit Portfolios – Schüler fordern, fördern und fair beurteilen; Verlag an der Ruhr: Mülheim an der Ruhr.
- Somersalo, H. (2002). School environment and children's mental well-being. A child psychiatric view on relations between classroom climate, school budget cuts and children's mental health. Academic dissertation, University of Helsinki, Department of Clinical Medicine/ Child Psychiatry, Hospital for children and Adolescent: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/somersalo/schoolen.pdf> (am 8.9.2011).
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2008). Handbuch: Definitionenkatalog zur Schulstatistik 2008 (2). http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Defkat2008_2__m_Anlagen.pdf am 14.9.2011
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.) (2009). Sammlung der Beschlüsse der Ständigen Kultusministerkonferenz (lose Blattsammlung). Verlag Luchterhand, Köln, Neuwied

- Straker, G. (1988). Post-traumatic stress disorder: A reaction to state-supported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 12, 383-95.
- Sundermeier, T. (1996). *Den Fremden verstehen. Eine praktische Hermeneutik*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 1996.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Walter, J. (1998). Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien. In M. Endre & G. Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. (S. 59-77). München: Reinhardt Verlag.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. In D. W. Winnicott (Ed.), *The maturational process and the facilitating environment*. (pp. 29-36). New York: International Universities Press.
- Wocken, Hans (2010). Von der Integration zur Inklusion. In: Dorrance, Carmen: *barrierefrei vom Kindergarten in die Schule? Eine Untersuchung zur Kontinuität aus der Sicht betroffener Eltern*. Bad Heilbrunn, Klinkhardt: 51-53.
- World Health Organisation [WHO]. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*. (3. korr. Aufl.). Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt & E. Schulte-Markwort. Bern: Verlag Hans Huber.

Autor und Autorinnen:

Priv. Doz. Dr. med. Hubertus Adam

Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,

Martin Gropius Krankenhaus, Oderbergerstrasse 8, 16225 Eberswalde

www.mgkh.de

E-Mail: adam.kiju@mgkh.de

Heidi Bistritzky

Schulleiterin

Förderschule Böttcherkamp

Böttcherkamp 146, 22549 Hamburg

www.schule-boettcherkamp.de

Email: Heidi.bistritzky@bsb.hamburg.de

Dr. Angela Ehlers

Freie und Hansestadt Hamburg

Behörde für Schule und Berufsbildung

Referat Inklusion

Hamburger Straße 31, 22083 Hamburg

angela.ehlers@bsb.hamburg.de

Inklusion trifft Förderschwerpunkt

Herbert Kajosch

„Hier LVR-Hanns-Dieter-Hüsch-Schule“: Wenn ich mich in unserer Schule in Viersen telefonisch melde, blende ich die Fachbezeichnung – ‚Klinikschule‘, genauer ‚Schule für Kranke‘ – aus. Der Focus liegt auf der Betonung des „schulischen Alltags“ ohne die individuelle Situation des „Soseins“ unserer Schülerinnen und Schüler vernachlässigen zu wollen. Ich trage eher dem Wunsch unserer Kinder und Jugendlichen Rechnung, die sich durchaus als anders, jedoch nicht als krank erleben und dies lautstark verkünden. Bereits hier provoziert die Vielfältigkeit des individuellen Soseins den Zugang zur Heterogenität im schulischen Setting.

Wir sind keine alltägliche Schule, dennoch wollen wir dem herkömmlichen Schulalltag Rechnung tragen in der Begleitung unserer Kinder und Jugendlichen auf ihrem individuellen Schulweg erfolgreich zu sein.

Als Schule für Kranke sind wir ein eigenständiges System, in unserem Auftrag jedoch subsidiär. Einerseits stellen wir in der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Unterrichtung aller Schülerinnen und Schüler sicher und leisten somit einen wichtigen Beitrag im Rahmen des Rechts auf Unterricht wie auch die Sicherstellung der Erfüllung der Schulpflicht, in dem wir an die Stelle der Heimatschulen treten, andererseits gilt diese Subsidiarität dem unterrichtlich erzieherischen Auftrag. So versuchen wir als autonom kooperierendes System schulische Realität abzubilden, die sowohl bestärkt und schützt als auch ähnliche methodisch didaktische Parameter der Regelschulen anbietet. Darüber hinaus bilden wir mit unserer Arbeit eine systemische Unterstützung und Ergänzung des klinischen Aufenthaltes und somit des klinischen Auftrags.

Wenn ich von einer inklusiven Beschulung in unserer Schule spreche, so verbirgt sich dahinter nicht ein idealtypisches Modell schulischer Inklusion. Wir beschulen alle Kinder und Jugendlichen, sobald sie in der Klinik aufgenom-

men werden, mit all ihren schulischen Herkunftsmerkmalen wie Schulformen und Bildungsgänge. Im Vordergrund stehen immer die individuellen Lern- und Lebensvoraussetzungen, die es in unserer Schule zu berücksichtigen gilt. Wir sind uns durchaus bewusst, dass im Sinne einer idealtypischen inklusiven Beschulung unsere Schülerinnen und Schüler in den Stammklassen ihrer Heimatschulen beschult werden müssten. Im Rahmen der temporären separierten Beschulung versuchen wir, möglichst viel gemeinsames Lernen zu gestalten und gemeinsame Erlebens- und Erfahrungsräume zu schaffen. Dies drückt sich beispielhaft in den zahlreichen Schulfesten aus.

Gemeinsamer Unterricht ist sicher bei übergreifenden Themenstellungen möglich, zu meist kennzeichnet die Vielfalt individuellen Lernens und Arbeitens den Unterrichtsmorgen. Die Selbstverständlichkeit dieser Vielfalt und das Heterogenitätsprinzip kennzeichnen Unterricht also Leben und Arbeiten und prägen zugleich die Haltung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Diese Grundhaltung und Erwartung prägen den Schulalltag und darüber hinaus alle Lernenden. Hier beziehe ich alle meine Kolleginnen und Kollegen mit ein, die in der Rolle des Lernbegleiters und Wissensermittlers unseren Schülerinnen und Schülern zur Seite stehen.

Die Zusammenführung von Schülern und Schülerinnen in eine Lerngruppe vollzieht sich in unserer Schule nach jahrgangsübergreifenden Klassenmerkmalen unterschiedlicher Schulformen und Bildungsgänge. Somit entsteht eine vergleichbare Heterogenität, die wir alle selbst von eigenen Klinikaufenthalten kennen.

Den Schülerinnen und Schülern mit den Förderschwerpunkten ‚Geistige Entwicklung‘ und ‚Lernen‘, die aus unterschiedlichsten Gründen in ihren Heimatschulen nicht mehr erfolgreich beschult werden konnten, tragen wir durch die Bildung eigener Lerngruppen Rechnung. In diesen Förderklassen können sie sich entsprechend ihrer schulischen Vorerfahrungen entfalten und individuell einbringen. Außerdem werden sie in den jahrgangsübergreifenden Lerngruppen immer wieder in der Auseinandersetzung mit den Mitschülerinnen und Schülern aufs Neue gefordert und können sich durch die bestehenden Routinen auf ihre Schulzeit bei uns einlassen. Gerade in dieser Fördergruppe müssen die Prinzipien der Handlungsorientierung und Lebensnähe realisiert werden.

Zweimal in der Woche findet ein sog. Wahlpflichtunterricht statt. Bei den Schülerentscheidungen für diese Kurse heben wir nach individuellen Absprachen die Lerngruppenzugehörigkeit auf und ermöglichen unseren Kindern und Jugendlichen jeweils sich auf Grund eigener Interessen und Lernmotivation für eines der unterschiedlichen Angebote zu entscheiden. Hier erfahren unsere Kinder und Jugendlichen ein gemeinsames unterrichtliches Handlungsfeld.

Inklusion ist für uns in dieser Schule eine selbstverständliche Prämisse unseres pädagogischen Arbeitsauftrages. Sie stellt nicht nur die Herausforderung dar, nicht immer alle gleichzeitig in einer Gruppe zu unterrichten, sondern auch dem individuellen Förderanspruch gerecht zu werden. Somit steht Inklusion für die Selbstverständlichkeit von Teilhabe am Unterricht und Schulleben unter Berücksichtigung der individuellen Entscheidungsmöglichkeiten aller Kinder und Jugendlichen, die wir in unserer Schule begrüßen dürfen.

Einleitungsbegrüßung zur Tagung „Inklusion im Spannungsfeld von Therapie und Schule“ am 15.6.2011 in Viersen.

Autor:

Herbert Kajosch
Schulleiter
LVR Hanns-Dieter-Hüsch-Schule
-Schule für Kranke-
Horionstraße 14
41749 Viersen
www.hanns-dieter-huesch-schule.de

:

Die therapeutische Gemeinschaft
– Voraussetzung einer erfolgreichen Therapie
von geistig Behinderten, Mehrfachgeschädigten
und Kindern mit autistischen
Spektrum-Störungen –
**Ein Beitrag aus der Praxis der
Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik
der Samariteranstalten Fürstenwalde/Spree von
1972 bis 1990**

Susanne Stachat

Einleitung

Wissenschaftliche Grundlage dieser Arbeit ist die Dissertation “Verhaltenstherapie in der Rehabilitation”, Untertitel: Untersuchungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie (VT) am Beispiel der kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik (KRK) der Samariteranstalten Fürstenwalde/Spree ⁽²⁵⁾. Meine Erfahrungen stützen sich auf viele Jahre Leitung der KRK von 1972 bis 1990.

In diesen Jahren erlitten in der DDR 3 – 4 % aller Lebendgeborenen Defekte, die einer speziellen Diagnostik und Therapie bedurften ^(8, 9). Es handelte sich um Körperbehinderte, Hörgeschädigte und Gehörlose, Sehschwache und Blinde, sprachgestörte Kinder und Kinder mit Störungen der geistigen Entwicklung. Durch die gesetzliche Meldepflicht der genannten Gruppen an die Kreisstellen für Rehabilitation seit 1967 ⁽⁷⁾ waren bis zum 31.08.1983 ^(8, 9) 153.058 Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr erfasst, d. h. 38,3 je 1000 Lebendgeborener. Der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl betrug nach Jun ⁽¹⁶⁾ 0,5 % = 765.

In der KRK wurden 50 Kinder mit mittlerer und schwerer geistiger Behinderung, Komplexgeschädigte (Infantile Cerebralparese [ICP] + Seh-, Hörschädigung, Oligophrenie + therapieresistente Epilepsien) sowie Kinder mit Autismusspektrumstörungen zur langfristigen psychologisch-pädagogischen Diagnostik, Beobachtung und Förderung ab dem 3. bis zum 12. Lebensjahr aufgenommen. Die medizinische Diagnostik erfolgte in den ersten drei Lebensjahren in den umliegenden Bezirkskrankenhäusern und in der Kinderklinik des Armeelazarettes Bad Saarow, heute Helios-Klinikum. Hauptsymptome, die zur Einweisung in die KRK führten, waren nicht die Krankheitsbilder unter den Sammelbegriffen frühkindliche Hirnschädigung und Chromosomenaberrationen mit geistiger Behinderung, sondern die damit verbundenen Verhaltensstörungen:

- Konzentrationsstörungen
- Unruhe, Umtriebigkeit
- Schlafstörungen
- Aggressionen, Autoaggressionen, Wutausbrüche
- mangelnde Spielfähigkeit, Unselbständigkeit
- erschwerte Lenkbarkeit
- ICP unterschiedlicher Schweregrade
- therapieresistente Epilepsien.

Wir strebten familiengebundene Erziehung an. Sie war wegen des gestörten Sozialverhaltens der Kinder nur unter größtem Kraftaufwand der Eltern möglich. Eine Schulpflicht gab es für dieses Klientel bis 1990 nicht. Ab 1975 richtete das Gesundheitsministerium in Großstädten (Berlin, Rostock, Leipzig, Jena) Sondertagesstätten ein. Dort arbeiteten sehr gut ausgebildete Rehabilitationspädagoginnen. Die ländlichen Regionen blieben unterversorgt. Einrichtungen der Diakonie suchten nach Lösungen. Dazu gehörten die Samariteranstalten Fürstenwalde. Sie bauten die KRK, die am 01.09.1972 eröffnet wurde. Hier sollten o. g. Kinder auf den Besuch von Wochenheimen, Sondertagesstätten, Sonderschulen mit Internat vorbereitet werden.

Aufgaben der Kinderpsychiatrischen Rehabilitationsklinik

Nach Göllnitz ^(10 a, 10 b), Becker ⁽²⁾ erleiden Kinder mit zentralnervösen Erkrankungen eine Behinderung in allen Lernbereichen, was besonders komplexgeschädigte, geistig schwer Behinderte und Kinder mit Autismusspektrumstörungen zutrifft. Deshalb besaßen Kenntnisse, wie sich Individuen Verhalten

aneignen, besondere Bedeutung. Gesetze der Lernpsychologie und Grundlagen der Verhaltenstherapie lieferten den theoretischen Rahmen, der Erziehungsabläufe systematischer und präziser beschrieb. O. g. Symptome führten einzeln oder in Kombination ohne Verhaltenstherapie zu dem Ergebnis, dass diese Kinder als nicht förderungsfähig in einer Einrichtung für förderungsfähige, nicht schulbildungsfähige Kinder, so die Bezeichnung in der DDR, oder nicht schulbildungsfähig in der Sonderschule/Hilfsschule angesehen wurden. Sie verstanden keine Grundaufforderungen wie z. B. „komm! Gib! Halt!“, hörten nicht auf ihren Namen, stellten keinen Blickkontakt her. Ein Mindestmaß an Aufmerksamkeit, Lenkbarkeit, Ausdauer und Konzentration war nicht vorhanden. Die Förderung dieser Kinder nach den üblichen pädagogischen Methoden ^(4, 25) zeigte keine Entwicklungsfortschritte. Aber durch regelmäßiges Training ihrer optischen, taktilkinästhetischen und akustischen Anlagen, eingebettet in den systematischen Rahmen von Konsequenzen der Verhaltenstherapie, erwarben sie lebenspraktische Fähigkeiten.

Wir verzichteten, außer bei Epilepsien, auf medikamentöse Therapie. Die Erziehungserfolge sollten auf Nachfolgeeinrichtungen und Familien übertragen werden. Probleme der Generalisierung nahmen viel Zeit in Anspruch.

Der Literatur lies sich entnehmen, dass

- systematische Lernprogramme Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich bei schwerer geistiger Behinderung erreichten^(3, 12, 17, 19);
- in verstärktem Maße verhaltenstherapeutische Elemente in die ganz-tägige Betreuung retardierter Kindern einbezogen werden müssen^(3, 4);
- eine Kombination therapeutischer Techniken zum Aufbau kompatiblen Verhaltens bei verhaltensgestörten Kindern führt^(21, 22, 19);
- alle Lernprogramme auch Laien (Eltern, Praktikanten) durchführen können^(14, 15, 17, 19).

Schwerpunkt der Arbeit mit den Kindern in der KRK war die Verhaltenstherapie, in die wir alle Mitarbeiter/innen und die Eltern als therapeutisches Team einbezogen.

Der durchschnittliche Aufenthalt der Kinder in der KRK betrug ein Jahr. Die Entlassung nach Hause erfolgt nie ohne Anschluss in eine Nachfolgeeinrichtung. Meistens waren es wegen der ländlichen Gegend Wochenheime, in seltenen Fällen Sondertagesstätten und Sonderschulen/Hilfsschulen mit Internat. Dort betreuten die Mitarbeiter/innen die Kinder nach den in der KRK erprobten Verhaltenstherapieprogrammen.

Sozialverhalten mit einem Mindestmaß an Lenkbarkeit, Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer waren die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Förderung in den Nachfolgeeinrichtungen und die angestrebte familiengebundene Erziehung.

Auswahl der Patienten

In der KRK fanden von Montag bis Donnerstag an den Nachmittagen Sprechstunden für „Risikokinder“^(10 a, S. 119) statt. Die Namen der Kinder entnahmen wir den Listen der an die Kreisstellen für Rehabilitation gemeldeten Kinder. Natürlich meldeten sich auch Eltern mit Sorgenkindern an uns, die schon von Kinderkliniken auf die Notwendigkeit einer speziellen Betreuung aufmerksam gemacht wurden oder selbst bei ihren Kindern Auffälligkeiten beobachteten.

Das Anliegen der „Risikosprechstunde“^(10 a, S. 119) bestand in:

1. Früherfassung entwicklungsgestörter Kinder ab frühem Säuglingsalter,
2. Medizinisch-psychologischer Diagnostik mit Prognostik eines geistig behinderten Kindes vor der Aufnahme in die KRK, Einleitung der klinischen Diagnostik, wenn sie noch nicht erfolgt war,
3. Anleitung der Eltern zur pädagogischen Förderung, ambulanter medizinischer Therapie, z. B. Krankengymnastik nach Vojta, Bobath bei cerebralaparetischen Kindern, medikamentöse Therapie bei Anfallspatienten.

Zur KRK gehörte eine gut ausgestattete Physiotherapieabteilung mit einem Bewegungsbecken. Dort arbeiteten Bobath- und Vojta-Therapeutinnen auch für den ambulanten Bereich. Zur Therapie unserer Anfallspatienten standen uns ein EEG-Gerät und ein Labor zur Verfügung. Die EEG-Ausbildung absolvierte ich 1971 – 1972 in der neurologischen Klinik der Charité Berlin.

Wie oben erwähnt, nahmen wir uns zur komplexen Diagnostik und Prognostik ein Jahr Zeit. Jährlich entließen wir 20 Kinder in Nachfolgeeinrichtungen mit einem Verhaltens- und Förderprogramm. Durch die „Risikosprechstunde“^(10 a, S. 119) hatten wir genügend „Nachfolgekandidat/innen“. Wir kannten vor der stationären Aufnahme dank der ambulanten Betreuung der Kinder die Krankheitsbilder, den Entwicklungsstand und ihr familiäres Umfeld.

Schwerpunkte des Aufenthaltes in der Klinik

Als Schwerpunkt formulierten wir:

1. langfristige psychologisch-pädagogische Diagnostik, Beobachtung und Förderung.
2. Entwicklung von Therapieprogrammen für das familiäre Umfeld und Fördereinrichtungen, in die die Kinder entlassen werden,
3. Schulung des Personals, der Eltern: Aufbau des therapeutischen Teams,
4. Betreuung, Anleitung der Eltern, Aufklärung über die Krankheitsbilder. In Anlehnung an das hypothetische Modell von Klaus/Kennel⁽¹⁸⁾ über die Annahme eines behinderten Kindes sprachen wir von Trauerarbeit. Elemente der Gesprächstherapie enthielten alle unsere Einzelgespräche und Elternseminare,
5. Klärung der Frage: Wie weit müssen verhaltenstherapeutische Elemente in die ganztägige Betreuung retardierter Kinder einbezogen werden?

Zu diesem Zweck analysierten wir den stationären Aufenthalt von 73 oligophrenen Kindern, die in der Zeit von 1978 bis 1982 ein Beobachtungs- und Förderprogramm in der KRK durchliefen⁽²⁵⁾. Wir untersuchten den Einfluss lerntheoretischer Modelle der VT^(17, 19) auf die pädagogische Arbeit bei o. g. Kindern im Alltag. Es betraf den Einsatz von Konditionierungsmethoden bei

1. Patientengruppen mit Oligophrenien unterschiedlicher Schweregrade einschließlich ICP + Hör- und Sehschädigungen + Epilepsien,
2. verhaltensgestörten geistig Behinderten, Kindern mit Autismusspektrumstörungen.

Alle Mitarbeiter/innen der KRK, die Kontakt zu den Kindern hatten, dazu gehörten auch die Physiotherapeut/innen und Eltern, mussten in die Grundlagen der VT eingewiesen werden.

Aufbau der therapeutischen Gemeinschaft

Ein hirngeschädigtes Kind neigt bei pädagogischen Fehlern eher zu psychischer Dekompensation als ein gesundes Kind^(10 a, 10 b). Daher ergab sich die dringende Notwendigkeit von Fortbildungen über Grundlagen der Lernpsychologie, Übungen zur Beobachtung, Beschreibung des gestörten Verhaltens und zur Entwicklung von Therapieprogrammen.

Zur therapeutischen Gemeinschaft gehörten in der KRK eine Fachärztin für Kinderneuropsychiatrie, heute Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, eine Psychologin, zwei Physiotherapeutinnen, eine Musiktherapeutin, das mittlere medizinische Personal mit unterschiedlichsten Qualifikationen: Krankenschwestern, Krippenerzieherinnen, Kindergärtnerinnen, Psychiatriediakon/innen, ausgebildet im Seminar für Psychiatriediakonie, heute Fachschule für Heilerziehungspflege, Heilpädagogik „Korczak-Schule“ der Samariteranstalten Fürstenwalde, Praktikant/innen ohne Ausbildung in einem Sozialberuf und Eltern. Wir litten immer unter Personalmangel, umso dringender mussten kontinuierlich Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden, da alle o. g. Personen Therapeutenfunktionen übernahmen. Ihre Aufmerksamkeit galt dem augenblicklichen Verhalten eines Kindes. Trauten in der Betreuung des Kindes Schwierigkeiten auf, mussten durch gemeinsames Beobachten, Beschreiben Lösungswege gefunden werden.

Fortbildungsveranstaltungen

Jährlich wurden im Zeitraum September bis Juni des folgenden Jahres zehn speziell auf die Arbeit mit geistig behinderten Kindern bezogene Fortbildungsveranstaltungen für alle Mitarbeiter/innen durchgeführt. Das Grundthema lautete „Konsequenzen als Grundlagen des Lernens“⁽¹⁷⁾. Für die Eltern gestalteten wir monatlich stattfindende Elternseminare nach dem Vorbild des „Münchener Trainingsmodells“^(14, 15).

Hier eine kleine Auswahl von Themen:

- Einführung in Programme der VT^(4, 17, 19),
- Das hirnorganische, chronische Psychosyndrom^(10 a, 10 b),
- Die autistische Spektrum-Störung,
- M.-Langdon-Down: psychische Besonderheiten mit pädagogischen Konsequenzen,
- Sprachentwicklung, Sprachanbahnung, Sprachtraining,

- Spiele, spielend lernen,
- Umgang mit Eltern, Gesprächsführung,
- Sexualerziehung,
- Gestaltung von Festen,
- Demonstration von Fallbeispielen mit Rollenspielen.

Die Themen wechselten jährlich. Nur „Konsequenzen als Grundlagen des Lernens“⁽¹⁷⁾ und das „hirnorganische chronische Psychosyndrom“^(10 a, 10 b) zogen sich wie ein roter Faden durch alle Fortbildungen.

Die Mitarbeiter/innen trafen sich einmal pro Woche zu Dienstbesprechungen zur Klärung organisatorischer Probleme. Dazu gehörte die Weitergabe der in der Einzeltherapie erreichten Ergebnisse an alle Erzieher/innen, da durch Spät- und Nachtdienste jeder Erzieher mit jedem Kind Kontakt hatte und abgesprochene Konsequenzen einhalten musste. Diese Dienstbesprechungen verbanden wir mit Fortbildungen. Die prozentuale Teilnahme der Mitarbeiter/innen betrug 85 % (Dokumentation in den Protokollbüchern durch Unterschrift). Zielstellung der Dienstbesprechungen in Verbindung mit Fortbildungen waren das gegenseitige Kennenlernen, das Akzeptieren von Problemen der verschiedenen Kindergruppen und Vermittlung von für die Betreuer hirngeschädigter Kinder wichtiger Grundkenntnisse.

Psychohygiene, Bedingung zur Arbeitsmotivation

Wissensvermittlung kam nicht zum Tragen, wenn die Beziehungen der Mitarbeiter untereinander und zum Abteilungsleiter gestört waren. Als Hauptschwierigkeiten erwies sich die Unsicherheit, z. T. Unfähigkeit, Konflikte offen anzusprechen. Offene und versteckte Beschwerden beim Leiter, passiver Widerstand, sichtbar an unvollständig erledigten Aufgaben, z. B. das oberflächliche Führen von Dokumentationsheften, das „sich aus dem Weg gehen“ durch individuelle Gestaltung von Dienstplänen, fantasielose Förderungen, vorzeitig beendete Förderstunden, lange Spaziergänge mit Kindern ohne pädagogische Zielstellungen = „Leerspaziergänge“ waren nur einige Hinweise auf ein gestörtes Miteinander.

In den Dienstbesprechungen erfuhr der Leiter:

- schweigen,
- Nebengespräche,
- vorzeitiges Verlassen der Dienstbesprechungen unter dem Vorwand, dringende dienstliche Aufgaben erledigen zu müssen,

- Vortäuschen von Schlaf,
- schlaffe Haltung auf dem Stuhl,
- wippende Beine,
- Malen, Briefe schreiben,
- desinteressierten Gesichtsausdruck.

Bei Visiten klagten Mitarbeiter/innen über schwierige Patienten. Sie machten Kolleg/innen für unangemessenes Verhalten verantwortlich. Angeregt durch Gordon ⁽¹¹⁾ und Mann ⁽²⁰⁾ erfuhren wir entscheidende Hilfe durch den Hinweis, dass in der Kindheit geübte Bewältigungsmechanismen im Erwachsenenalter praktiziert werden. Visiten, Dienstbesprechungen dienten nun als Übungsfeld für:

- a) das Hören auf Du-Botschaften: „Da ist nichts zu machen.“; „Das Kind ist unmöglich!“;
- b) das Hören auf Ich-Botschaften: „Ich kann nicht mehr!“; „Mit diesem Kind werde ich nicht fertig. Können wir darüber reden?“;
- c) angemessenes Formulieren eigener Gefühle bei Konflikten;
- d) Übungen zu Kritik und Selbstkritik.

Dabei erwiesen sich Belohnungs- und Bestrafungsspiele (11) mit den Mitarbeiter/innen während der Dienstbesprechungen als erfolgreich. Sie dienten ausschließlich der Verbesserung der Beziehungen zwischen der Leiterin und der Mitarbeiter/innen untereinander. Es entband die Leiterin aber nicht von ihrer vollen Verantwortung für Therapiekonzepte und organisatorische Verpflichtungen, erleichterten ihr aber das Durchsetzen notwendiger Anweisungen, den Mitarbeiter/innen die Annahme, die Erledigung der gestellten Aufgaben. Dafür ein Beispiel:

Eine Teilnehmerin wurde gebeten, eine Minute zu einem aktuellen Thema, z. B. oberflächlich geführte Entwicklungsprotokolle, zu sprechen.

Verhalten A: Die Leiterin schaute sie an, nickte ihr zu = Belohnung.

Verhalten B: Die Leiterin schrieb, kein Blickkontakt, verlies den Raum, führte ein Nebengespräch = Bestrafung.

Alle Mitarbeiter/innen sollten A und B beobachten, beschreiben, die Sprechende ihre Gefühle zu A und B äußern.

Ergebnis: Bei Verhalten A fühlte sich die Sprechende angenommen, überwand Hemmungen, sprach weiter, verteidigte sich, nahm Kritik an.

Verhalten B verunsicherte die Sprechende, die Rede wurde stockend, schließlich schwieg sie, blickte hilfeschend in die Teilnehmerrunde.

Es lagen also Ansätze aus der VT, das Geben und Nehmen sozialer Verstärker und aus der analytisch orientierten Psychotherapie Einfühlungsvermögen, emotionale Annahme vor. Beides schien uns durchaus vereinbar zu sein. Nach vielen Übungen war es möglich, ohne die nervenaufreibenden, unwürdigen „Verhandlungen“ um Patienten, jährlich Gruppenumstrukturierungen nach dem neuesten Entwicklungsstand der Kinder vorzunehmen und gleichzeitig 15 – 20 neue Patienten zur langfristigen Förderung und Beobachtung aufzunehmen.

Die Persönlichkeit der Erzieher/innen und ihre Erziehungsstile wurden dabei berücksichtigt. Nicht jede Erzieherin war für die Führung jedes Patienten geeignet, z. B. bei Kindern mit autistischen Spektrum-Störungen. Dies war eine Beobachtung aus der Praxis. Aber trotz weitreichender Informationen gab es Diskrepanzen in den Absprachen der Gruppenerzieher und damit „Rückfälle“ bei Kindern mit inkompatiblem Verhalten. Deshalb strebten wir neben Einzeltherapie VT in Gruppen an.

VT in Gruppen

Einzelne Experimente zur Übertragung verhaltenstherapeutischer Techniken auf Kleinstgruppen bis zu drei Kindern unternahmen Lent, Henriksen, Doughty, Spreadlin, Neale, Langer in Kuhlen ⁽¹⁹⁾, in Kane/Kane ⁽¹⁷⁾ und Altdorf ⁽¹⁾. Bei ihren Patienten lagen Oligophrenien leichten und mittleren Grades vor. Am 01. 09. 1978 wurde eine Gruppe geistig schwerbehinderter, komplexgeschädigter Kinder mit ICP zur langfristigen Förderung und Beobachtung in die KRK aufgenommen. Das Durchschnittsalter betrug 5,1 Lebensjahre, das durchschnittliche Entwicklungsalter 1,10 Jahre. Die Gruppe bot folgendes Bild:

Sie hörten nicht auf ihren Namen, waren leicht ablenkbar durch kleinste Geräusche, Bewegungen in ihrer unmittelbaren Umgebung, stellten keinen Blickkontakt her, sie blieben nicht am Tisch sitzen, griffen wahllos ohne Verständnis für Aufforderungen nach allen Gegenständen. Wir mussten sie füttern, waschen, anziehen. Eine Gruppenförderung war nicht möglich. Wir suchten nach Lösungen. Entwicklungsfortschritte nach einigen Wochen Einzeltherapie mit jedem Kind eine Stunde/Tag ermutigten uns zur Formulierung folgender Ziele für die Förder- und Lebensgruppe:

1. Aufbau von Blickkontakt,
2. Hören auf den Namen,
3. Befolgen von Grundaufforderungen: Komm, gib, nimm, halt, bleibt stehen,
4. Aufbau zwischenmenschlicher Beziehungen der Kinder untereinander und zu den Betreuerinnen der Gruppe,
5. Sprachanbahnung eines passiven Mindestwortschatzes für die Grundaufforderungen und Gegenstände des alltäglichen Gebrauchs.

Zur differenzierten Dokumentation der Entwicklung der Kinder erstellten wir 1978 in der KRK einen Protokollbogen ^(25, Anhang 2 a, b) aus folgenden Literaturunterlagen:

1. Frühförderprogramme für behinderte Kinder von 0 – 6 Jahren ⁽²³⁾;
2. Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik ⁽¹³⁾;
3. Pädagogische Aufgaben und Arbeitsweisen der Krippen ⁽²⁴⁾;
4. Denver Entwicklungsskala ⁽⁶⁾;
5. Rostocker Entwicklungstest für Kleinstkinder ⁽²⁶⁾.

Jedem Lebensmonat entsprachen mehrere Items. Diesen Protokollbogen erprobten wir bis 1980. Er ermöglichte den Erziehern von Gruppen komplexgeschädigter, geistig schwerbehinderter Kinder die Dokumentation kleinster Entwicklungsfortschritte.

In allen Fördereinheiten mussten enthalten sein:

1. Blickkontakt auf Namensnennung – Konsequenz: Lob (sozialer Verstärker),
2. als Hilfestellung bei allen Übungen Handführung (prompt), z. B. Turm bauen, sozialer Verstärker: Lob,
3. unbedingtes Erfüllen gestellter Forderungen durch das Kind.

Für den Tagesablauf galten die Regeln:

1. beim Sprechen mit dem Kind Ansprache mit seinem Namen und Aufbau von Blickkontakt;
2. alle lebenspraktischen Aufgaben (Bekleiden, Essen) verliefen mit Hilfestellung Handführung – Konsequenz: Lob, Streicheln.

Diese organisatorischen Veränderungen im Tagesablauf waren unbedingt notwendig, da überwiegend pflegerische Arbeiten in einer Gruppe nicht sprechender, unselbständiger Kinder jeden Erzieher dazu verführten, keine Anforderungen an die Kinder zu stellen. *Belohnungen im Tagesablauf nach er-*

folgreichen Handlungen, Hilfestellung durch Handführung, waren die wichtigsten Regeln der Erzieher.

Die operante Konditionierung in Gruppen Schwerstbehinderter gehört zu den kraft- und zeitaufwendigsten Therapieformen. Aus der Literatur waren/sind keine effektiveren Methoden bekannt. Bedingung für die Arbeit in oben beschriebenen Gruppen waren höchste Motivation der Betreuer, umfangreiche Kenntnisse der Lernpsychologie, der operanten Konditionierung, differenzierte Beobachtung der Kinder.

Ergebnisse der VT in Gruppen

Jetzt nach 27 Jahren beherrschen die damals 5,1jährigen Kinder Selbstbedienung: Bekleiden, selbständiges Essen mit Löffel und Gabel, Toilettensauberkeit, lassen sich in einfache Werktechniken eines Förder- und Beschäftigungsbereiches einer Werkstatt für behinderte Menschen einbeziehen. Sie verfügen über ein passives Wortverständnis für Aufforderungen, brauchen Hilfe bei der Körperpflege. Sie bewohnen ein Einzelzimmer eines Wohnheimes für geistig Behinderte. Bei zwei Patienten mit West-Syndrom versanden gelernte Fähigkeiten, ein junger Mann verstarb an einem Nierenversagen.

Die Entwicklung aller Kinder der KRK war auf die ganztägige pädagogische Förderung und auf die in den Alltag eingebetteten Elemente der VT-Programme zurück zu führen. Bei debilen Kindern mit inkompatiblen Verhalten, die das Tauschprinzip verstanden, setzten wir das Münzverstärkerprinzip ⁽¹⁹⁾ erfolgreich ein.

Hier ein Beispiel ⁽²⁵⁾:

Cornelia, 7 Jahre, Diagnosen: Lernbehinderung mit Verhaltensstörungen:

- extremes Mittelpunktstreben mit Wutausbrüchen,
- Einordnungsschwierigkeiten, wenn Wünsche nicht sofort erfüllt wurden
- Aggressionshandlungen gegen körperbehinderte Kinder.

Eine Beschulung war mit dieser komplexen Störung des Sozialverhaltens nicht möglich. Sie galt als „Schrecken“ der KRK.

Der Therapieplan sah stundenweise Belohnung ihres Verhaltens in Form von Murmeln vor, die sie tauschen konnte. Cornelias Herzenswunsch war eine Armbanduhr. Dafür brauchte sie 100 Murmeln. Beurteilt wurden 4 Stunden/Tag.

Therapieplan:

- | | |
|----------------|---|
| 1 = 4 Murmeln: | C. befolgt ohne Widerrede die üblichen Aufforderungen |
| 2 = 2 Murmeln: | C. bemüht sich, muss aber zu positivem Verhalten aufgefordert werden |
| 3 = 0 Murmeln: | C. quengelt, Sprechweise dem eines bockigen Kindes, Anweisungen befolgt sie nur nach wiederholten Aufforderungen |
| 4 =: | C. muss 2 Murmeln zurück geben; Verhalten: befolgt keine Anweisungen |
| 5 =: | C. muss 4 Murmeln zurück geben; Verhalten: Schreien, Wutausbrüche, Schlagen von Kindern und andere Aggressionshandlungen. |

Prinzipien des Therapieplanes:

- C. kann nur über das Belohnungssystem Murmeln bekommen,
- C. kann sich zu jeder Zeit die Murmeln gegen Verstärker eintauschen, z. B. Süßigkeiten,
- C. bekommt nur bei „Bezahlung“ mit Murmeln die Verstärker,
- „Benotet“ wird grundsätzlich nach Ablauf einer Stunde, insgesamt vier Stunden/Tag,
- andere Strafen oder Belohnungen (außer Lob) werden nicht eingesetzt.

Die stundenweisen Benotungen waren für C. ein überschaubarer Zeitraum. Nach einer „4“ konnte ohne Diskussionen eine „1“ folgen. Das Erziehverhalten blieb konstant, da er/sie nicht ständig nach neuen Bestrafungen oder Belohnungen suchen musste. Nach zwei Wochen beobachteten wir wechselnd gute Einbindung in die Kindergruppe (10 Kinder bei 1 Erzieher). Das Erziehverhalten gegenüber Cornelia zeigte eine deutliche Steigerung zugewandten Verhaltens.

Am 01. 09. 1982 wurde Cornelia im Alter von 11,6 Jahren in ein Hilfsschulheim in Rüdersdorf verlegt. Die Erzieher dieser Nachfolgeeinrichtung nahmen sie unvoreingenommen auf. Sie besuchte acht Jahre die Allgemeine För-

derschule, absolvierte erfolgreich eine Ausbildung zum FA für Warenbewegung, da sie besonders gut Mengen erfasste und zählen konnte. Nach 1990 verloren wir uns aus den Augen.

Einfluss der therapeutischen Gemeinschaft

Die therapeutische Gemeinschaft war Voraussetzung des Erfolges pädagogischer Arbeit und unbedingt nötig für das Gelingen von Lernprogrammen und das Gelingen von Generalisierungsmaßnahmen. Als Bedingungen seien genannt:

a) gute emotionale Beziehungen zwischen den Mitarbeiter/innen der verschiedenen Kindergruppen und zu den Vorgesetzten

Die Therapeuten (Ärztin, Psychologe) erteilten nach psychologischer Diagnostik und Beobachtung in der Einzeltherapie Anweisungen, welche Fertigkeiten in der Lebens- und Fördergruppe geübt, welche Hilfen angeboten, welche Konsequenzen eingehalten werden mussten. Die Erzieher gaben Rückmeldungen bei Therapieerfolgen und Therapiemisserfolgen.

Das Gelingen der Programme in der Gruppe geistig schwerstbehinderter, komplexgeschädigter Kinder oder das Fallbeispiel „Cornelia“ setzte hohes Engagement, Einfühlungsvermögen und Fantasie des Erziehers voraus. Jedes Kind musste aufmerksam beobachtet werden, um Hilfestellungen sofort geben zu können, befolgte Aufgaben sofort zu belohnen, abweichendes Verhalten gleich zu korrigieren.

Bei kurzem Abweichen von Therapiekonzepten durch Ermüdungserscheinungen der Erzieher/innen entglitt die Gruppe. Konzentrationsfähigkeit, Kraft der Therapeut/innen, der Erzieher/innen setzten Grenzen, die wir bei der Therapieplanung berücksichtigten.

b) Fortbildungsveranstaltungen

Sie vermittelten medizinische, pädagogische, lerntheoretische Kenntnisse in Vorträgen und Übungen, die integrativer Bestandteil der Fortbildungen zu Programmen der Verhaltensmodifikation in den o. g. Dienstbesprechungen und damit Grundlage einer erfolgreichen Betreuung der Kinder waren. Die Therapieerfolge wurden getragen vom Dialog aller am Therapiekonzept Beteiligten, der ein Mindestmaß an Wissen voraussetzte. Darauf muss ich hin-

weisen, da, wie oben erwähnt, wegen chronischen Personalmangels Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichster Ausbildung in der KRK arbeiteten.

Wir erreichten:

- das unvoreingenommene Annehmen eines sogenannten „schwierigen Kindes“ von allen Mitarbeiter/innen,
- häufig vorgetragene Bitten um ein Gespräch über das „Problemkind“ im Rahmen der Dienstbesprechungen,
- größere Offenheit gegenüber Erziehungsfehlern, Bereitschaft zur Änderung von Erziehungs- und Förderpraktiken,
- Bereitschaft zur Supervision!

Zusammenfassung

In der KRK konnten wir nachweisen, dass unter bestimmten Bedingungen die Integration der VT in ganztägige pädagogische Arbeit möglich war. Als wichtigste Voraussetzung für den Therapieerfolg muss auf die therapeutische Gemeinschaft hingewiesen werden. Dazu gehörten eine Fachärztin für Kinderneuropsychiatrie, ein Psychologe das mittlere medizinische Personal unterschiedlichster Qualifikation und die Eltern. Dies aufzubauen war Aufgabe der Leiterin. Alle übernahmen Therapeutenaufgaben. Bei den Eltern sprachen wir von Co-Therapeuten.

Kontinuierliche Fortbildungen (1 x/Woche) über

- Grundkenntnisse der Lernpsychologie,
- Konsequenzen als Grundlagen des Lernens,
- Übungseinheiten zum Beobachten und Beschreiben von Verhalten,
- Kenntnisse zu medizinischen Krankheitsbildern

mussten Bestandteil des Arbeitsalltags sein.

Gute emotionale Beziehungen der Mitarbeiter untereinander, zum Abteilungsleiter steigerten die Arbeitsmotivation, einer der wichtigsten Voraussetzungen erfolgreicher Therapie.

Deshalb übten wir bei Dienstbesprechungen das Hören auf „Ich- und Du-Botschaften“, Kritik und Selbstkritik, führten „Belohnungs- und Bestrafungsspiele“ durch zum Erlernen angemessenen Verhaltens bei Konflikten. Ein breites Übungsfeld boten u. a. die täglichen Visiten. Dadurch hatte die Leiterin immer das „Ohr an der Basis“ der Kinder und Mitarbeiter/innen.

Trotzdem blieben offene Fragen:

- In welchem organisatorischen Rahmen sollten zur Generalisierung von Verhalten Lernprogramme im Interesse der Persönlichkeit von Kindern durchgeführt werden?
- Welche psychologischen Voraussetzungen müssen Betreuer schwer- und schwerstbehinderter Kinder mitbringen? Die Arbeit ist Kraft aufreibend. Zu hoher Arbeitsmotivation gehört Selbstdisziplin!
- Wie müssen Fachkenntnisse vermittelt werden, damit Erzieher/innen Therapeutenaufgaben übernehmen können? Wir bevorzugten in Vorträge eingebaute Gespräche.
- Wie weit können wir Eltern die Aufgaben als Co-Therapeuten übertragen? Wo liegen ihre psychisch-physischen Grenzen? Unsere Gesellschaft ist verpflichtet, sich dieser Probleme anzunehmen.

Adresse der Autorin:

Dr. med. Susanne Stachat

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie

Gellertstr. 13

15517 Fürstenwalde

Abkürzungen:

KG Krankengymnastik

KRK Kinderpsychiatrische Rehabilitationsklinik

VT Verhaltenstherapie

Literaturverzeichnis:

1. *Altdorff, V.* (1978) Zur Verhaltenstherapie ungesteuerter schwachsinniger Kinder. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie. Leipzig 30, 8, 468 – 474
2. *Becker, R. u. a.* (1978) Früherziehung geschädigter Kinder. Berlin: Volk und Gesundheit
3. *Brandt, C. A.* (1967) Probleme und Erfolge der Erziehungsarbeit. Weinheim: Beltz
4. *Brand, M.* (1976) Verhaltensmodifikation bei langfristig hospitalisierten, geistigbehinderten Erwachsenen durch Mediatoren unter besonderer Beachtung der Sauberkeitserziehung. Berlin (West): Freie Universität, Phil. Fak., Diss.
5. *Coulin, S. u. a.* (1977) Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik 2. u. 3 Lebensjahr - Experimentalfassung. München: Institut für soziale Pädiatrie der Univ.,
6. *Frankenburg, W. K. u. a.* (1971) The revused Denver developmental screening test. In: J. Pediat., 79, 988 – 995
7. *Gesetzblatt Teil II Nr. 81* vom 4. 7. 1967, AO Nr. 2 über Meldung von Körperbehin-

- derungen, geistigen Störungen, Schädigungen des Seh- und Hörvermögens
8. *Gesundheitswesen der DDR*. (1970) Deutsche Akademie für ärztliche Fortbildung, Sektion Sozialhygiene. Berlin, 5 - 366
 9. *Gesundheitswesen der DDR* (1984) Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes „Maxim Zetkin“. Berlin, 19
 - 10a. *Göllnitz, G.* (1981) Neuropsychiatrie des Kinder- und Jugendalters. 4. Auflage, Jena: Fischer
 - 10b. *Göllnitz, G.* (1968) Begriffsabgrenzung und diagnostische Grundlagen einer Encephalopathie. In: Beiheft zur Zeitschrift Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, Leipzig, 8/9, 12 –31
 11. *Gordon, Th.* (1979) Managerkonferenz. 11. Aufl., Hamburg: Hoffmann u. Campe
 12. *Gottwald, P., Redlin, W.* (1975) Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern. 3. Aufl., Göttingen: Dr. C. J. Hogrefe
 13. *Hellbrügge, Th.* (1978) Münchner funktionelle Entwicklungsdiagnostik - 1. Lebensjahr. München u. a.: Urban u. Schwarzenberg
 14. *Innerhofer, P.* (1977) Münchner Trainingsmodell. New York u. a.: Springer, 1977
 15. *Innerhofer, P.* (1974) Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Sonderheft 1/74 der „Mitteilungen der G.V.T e.V.“, München: Steinbauer und Rau
 16. *Jun, G.* (1974) Geschützte Einrichtungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Das stationäre und ambulante Gesundheitswesen. Berlin: VEB Verlag Volk und Gesundheit Berlin, S.40- 47 .
 17. *Kane, F., Kane, G.* (1978) Geistig schwer Behinderte lernen lebenspraktische Fertigkeiten. 3., überarbeitete Aufl., Bern u.a.: Hans Huber, Bd. 8.
 18. *Klaus, M. H.; Kennel, J.* (1983) Mutter-Kind-Bindung. München: Kösel
 19. *Kuhlen, V.* (1974) Verhaltenstherapie im Kindesalter. 4. Aufl., München: Juventa,
 20. *Mann, F.* (1982) Konzepte und erste empirische Ergebnisse des sozialtherapeutischen Handlungsmodells für partnerschaftliche Konflikt- und Problemlösung. In: Psychotherapie und Grenzgebiete, Leipzig: Bd. 3, 43- 73
 21. *Mehl, B.* (1977) Erfahrungen mit der verhaltenstherapeutisch orientierten Anleitung der Erzieher geistig behinderter Kinder. In: Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie, Leipzig: 29, 12, 754 – 757
 22. *Muus, R.* (1985) Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung der Verhaltenstherapie. In: Der Kinderarzt. München: 33, 1, 37-41; 33, 2, 190-195
 23. *Ohlmeyer, G.* (1979) Frühförderungsprogramme für behinderte Kinder (0-6 J.). Dortmund: Modernes Lernen
 24. *Schmidt-Kolmer, G.* (1976) Pädagogische Aufgaben und Arbeitsweisen der Krippen. Berlin: Volk und Gesundheit
 25. *Stachat, S.* (1986) Verhaltenstherapie in der Rehabilitation. Untersuchungen zu Möglichkeiten und Grenzen der Verhaltenstherapie am Beispiel der Kinderpsychiatrische Rehabilitationsklinik der Samariteranstalten Fürstenwalde. Berlin (Ost): Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Diss.
 26. *Wagner, K. D.* (1975) Rostocker Entwicklungstest für Kleinkinder (REK). Rostock: Univ.; Med. Fak.

Religion im medizinischen Alltag

Hamit Ince

Einleitung

Sowohl in der deutschsprachigen, als auch in den türkischsprachigen Medien sind Überschneidungen der Themen Gesundheit/Medizin und Religion allgegenwärtig. Folgende Schlagzeilen konnte ich bspw. der aktuellen Presse entnehmen:

„Gläubige leben länger als Andere, ihr Immunsystem ist besser, ihr Blutdruck niedriger: Das behaupten immer wieder Forscher in den USA...“

„Gesundheit wird zur eigenen Religion“

„Gesundheitsratgeber sind die heiligen Schriften, Kliniken, die Kathedralen und die Ärzte Halbgötter in weiß, sagt der Chefarzt und Bestsellerautor Manfred Lütz“

„Die Leute leben nur noch vorbeugend und sterben dann gesund. Die Gläubigen nehmen sogar Pilgerfahrten auf sich – zum Spezialisten“

„Ist die Schweinegrippeimpfung eine Sünde (aus dem Türkischen übersetzt)“

„Besiegen sie den Krebs mit ihrem Glauben (aus dem Türkischen übersetzt)“

„Neueste Forschungsergebnisse beweisen, dass der Glaube und das Beten das Immunsystem stärkt (aus dem Türkischen übersetzt)“.

Der medizinische Alltag

Auch außerhalb von Schlagzeilen ist dieses Thema aktuell. So ist dem American Journal of Psychiatry 160 (2003) Seite 496 bis 503 und einer Veröffentlichung von Ehm et al. von 2005 Folgendes zu entnehmen: Eine Metaanalyse von 147 Studien mit insgesamt knapp 100 Personen, welche zum Zusammenhang zwischen Religiosität und Depressivität durchgeführt worden sei, habe gezeigt, dass eine stärker ausgeprägte Religiosität mit weniger depressiven Symptomen einhergeht. Der Befund sei unabhängig von Alter, Geschlecht oder ethnischer Gruppe der untersuchten Personen. Am stärksten habe sich

der Religiosität-Depressionszusammenhang bei Personen erwiesen, die sich in akuten Stresssituationen befunden hätten.

Die Medizin ist bereits historisch geprägt von einer engen Verbindung zwischen der Behandlung von erkrankten Menschen und den Religionen. Dieses lässt sich im europäischen aber auch im orientalischen Wertesystem sehen. Seit eh und je sind christlich geleitete Krankenhäuser an der medizinischen Versorgung von Menschen wesentlich beteiligt. Äquivalente hierzu zeigen sich in der frühosmanischen Epoche, wo teilweise in den gleichen Gebäuden sowohl Moscheen als auch Orte der Gesundung (Schifahäuser) nebeneinander bestanden. Die Definition von Gesundheit und Tod, von der Entstehung des Menschen bzw. von Lebewesen und Theorien über eine evtl. Zeit nach dem Tod waren und sind weiterhin Thema von medizinethischen und medizinreligiösen Anschauungen, die von der Antike über früh islamische universitäre Einrichtungen bis hin zur Moderne mit ihrem komplexen allgemeinen und medizinischen Ethikverständnis bis in die Gegenwart Brücken bilden. Bereiche, die durch die rationalistisch-wissenschaftliche Annäherung aus der Sicht vieler Menschen keine „100%-Erklärungen“ liefern können, sind weiterhin in den verschiedenen Kulturen oftmals Hoheitsgebiete von Religionen. Die Definition der Medizinethik und Erklärungsansätze über die Grenzen der Medizin hinweg sind hier als Beispiele zu nennen.

Nach der Migration von türkischstämmigen Menschen nach Deutschland haben wir nunmehr einen immer größer werdenden Anteil nicht ursächlich christlich geprägter Ansätze im medizinischen Alltag. Erkennbar ist aber ebenfalls, dass die hier überwiegend türkischstämmige Klientel (Patienten und deren Angehörige) keineswegs homogen sind. Auch unter ihnen gibt es sehr viele Unterschiede, verschiedene Sprachen, nationale Herkunft und religiöse Prägungen. Dieses spielt mit seinen verschiedenen Facetten eine wichtige Rolle für den jeweils Betroffenen und seinen Behandler. Verschiedene Missverständnisse treten oftmals aufgrund dieser Unterschiede bei Patient bzw. Angehörigen und Behandler im medizinischen Alltag auf. So haben wir in nur sehr wenigen Krankenhäusern kultur-/religionssensible Speisenzubereitungen. Oftmals sind muslimisch geprägte Patienten daher durch ihre Unsicherheit im Umgang mit Krankenhausessen leicht dazu geneigt, diätetisch häufig nicht fachgerechte Speisen von zu Hause mitbringen zu lassen. Die Ursache hierfür ist meist die Sorge vor Schweinefleischprodukten. Aber auch nicht-muslimische türkischstämmige Patienten haben ihre religiösen Speiseregeln. So wird von einigen Yezidi kein Geflügel, insbesondere kein Puten-

fleisch gegessen. Bei einigen Sinti oder Roma ist der Verzehr von Pferdefleisch tabuisiert. Neben der Ernährung betrifft dieser Bereich auch die Herstellung von Medikamenten, z.B. durch den Zusatz von Alkohol in manchen Produkten sowie die Nutzung von Schweinegelatine als Trägersubstanz für Arzneien.

Der direkte Kontakt zum Arzt oder zum medizinischen Personal wird häufig auf gleichgeschlechtlicher Ebene erwünscht. Der Bereich der körperlichen Untersuchung und Hygienemaßnahmen in der Pflege sind dazu als Beispiel zu nennen. Auch die atmosphärische Nähe auf Station zwischen Mann und Frau vermag in Einzelfall ebenso Schwierigkeiten bereiten. So ist bei stärker muslimisch geprägten Menschen häufig vom Wunsch zu hören, dass möglichst wenig Vermischung zwischen männlichen und weiblichen Patienten auf den Stationen erfolgen möge. Die Trennung von Mann und Frau stellt dabei nicht selten in modernen Krankenhäusern ein grundsätzliches Problem für diese Menschen dar, zumal insbesondere die stationäre Behandlung mit seinen sowohl individuellen (bspw. Schlafbereich) als auch öffentlichen Bereichen aus deren Sicht eine häufig nicht optimal einzuordnende Vermischung von Räumen und Rollendefinitionen darstellt.

Daneben sind auch sehr spezielle Problembereiche zu benennen. So gibt es weitverbreitet tabuisierte medizinische Themen, wie die Sexualmedizin, aber auch psychische Erkrankungen, welche zwar in letzter Zeit in der muslimischen Bevölkerung weniger stigmatisiert erscheinen, jedoch weiterhin eine höhere Schwelle zur Inanspruchnahme entsprechender spezialisierter Behandlungsmethoden darstellen. Sehr speziell ist die in letzter Zeit in der medizinischen Fachpresse häufig angesprochene Vitamin D-Mangelerkrankung. Diese tritt offensichtlich häufiger bei türkischstämmigen Frauen auf, durchaus auch in jüngeren Jahren, wenn sie beispielsweise durch ihre spezielle Kleidung weniger den Sonneneinflüssen ausgesetzt sein können. Ebenso deutlich häufiger als bei der deutschstämmigen Klientel kommt es bei den Einwanderern aus dem türkischen Raum zur Beteiligung von Religionsgelehrten (z. B. bei den Yezidi: Pir oder Scheikh, bei den Aleviten: Dede, bei den Sunniten Hoca usw.) an der Genesung. Trotz sicherlich allenfalls geringer medizinischer Fachkenntnisse hat dieser Personenkreis oftmals nicht unerheblichen Einfluss auf Behandlungsabläufe. Ähnliches ist allerdings aus einigen christlichen Untergruppierungen gleichermaßen bekannt, so im Zusammenhang mit Bluttransfusionen.

Weitere wichtige Bereiche sind die Inanspruchnahme von Körpertherapien (Massagen, Bewegungstherapie, Balneotherapie und Sport bei Frauen), die religiös motivierte aber auch häufig medizinisch sinnvolle Beschneidung bei Männern und die eher auf den arabischen und afrikanischen Raum bezogene negativ zu wertende Beschneidung bei Frauen. Erfreulicherweise ist dieses Problem bei der türkischen Bevölkerung kein Thema. Desweiteren ist zu attestieren, dass durch die deutlichere gesellschaftlich-religiöse Unterscheidung/„Dichotomisierung“ der Rolle von Mann und Frau und durch die entsprechenden Einflüsse auf den medizinischen Bereich spezifische Fragestellungen eine wichtigere Rolle zu haben scheinen als bei deutschstämmiger Herkunft. So kann die im Allgemeinen größere Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt bei den türkischstämmigen Frauen im Vergleich zu den deutschstämmigen Klienten in vielen Arealen zur signifikanten Häufung bestimmter Erkrankungen führen. So ist bekannt, dass bei jüngeren muslimischen Frauen deutlich häufiger Affektstörungen im Sinne von depressiven Zuständen mit Suizidalität auftritt (Veröffentlichung der Charité aus dem Jahre 2009).

Aus dem psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich der Medizin sind darüber hinaus Besonderheiten im Bereich der Suchtmedizin zu benennen. Insgesamt kommen bei muslimischen Menschen Alkoholabhängigkeitserkrankungen - wohl auch religiös bedingt - seltener vor, während andere Abhängigkeitserkrankungen, wie die Spielsucht oder Medikamentenabhängigkeiten teilweise im Sinne von Ersatz- oder Verlagerungssüchten stattdessen prozentual häufiger vorliegen. In einigen wenigen Subgruppen mit religiös motivierter Kasten-Endogamie (Beispielsweise Inder u.a.) und dadurch bedingte häufige Verwandtenehen besteht die Gefahr einer Häufung von familiär determinierten Erkrankungen.

Der Arzt im deutschen Gesundheitswesen sieht sich in seinem medizinischen Alltag mit sehr spezifischen Fragestellungen konfrontiert. Etwa einen Monat lang stellt jedes Jahr um etwa 10 Tage nach vorne versetzt der islamische Ramadan eine besondere Zeit beim muslimischen Patienten dar. In dieser Phase zeigt er/sie eine abrupte Änderung seines Eß- und Trinkverhaltens, sowie auch seines Umganges mit Therapie im Allgemeinen. So ist dann die Möglichkeit der Akzeptanz von Bluttransfusionen, die Blutabnahme, der Besuch eines Zahnarztes und die Einnahme von Infusionen sowie Medikamenten bei vielen muslimischen Patienten nur sehr eingeschränkt möglich. Diese Einflüsse spielen dann eine besonders wichtige, häufig auch lebenswichtige Rolle, wenn beispielsweise eine metabolische Erkrankung wie Diabetes mellitus

oder andere Stoffwechselerkrankungen vorliegen. Dann muss der Arzt sehr oft erhebliche Überzeugungsarbeit leisten.

Mögliche Lösungsansätze

In unserem Transkulturellen Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie haben wir ein Setting geschaffen, in dem wir Patienten aus verschiedenen Kultur –und Religionskreisen die Möglichkeit der integrativen Behandlung anbieten. Sowohl sprachliche als auch kulturelle und religiöse Hintergründe werden beleuchtet, in offenen Gesprächen mit den Patienten in das therapeutische Setting eingeflochten ohne dabei erforderliche medizinische Standards und Behandlungsleitlinien in Frage zu stellen. Dabei wird darauf geachtet, dass der Patient in ein fachlich fundiertes Therapieschema fest eingebunden wird, und im gegenseitigen Respekt Behandler und Klient aufeinander zugehen. Information über den kulturellen, religiösen u.a. Hintergrund der Patienten wird ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Die Belange, in denen aufgrund medizinischer Notwendigkeiten eine weitere Anpassung an individuelle Wünsche im Sinne der fachgerechten Behandlung nicht möglich erscheint, müssen offen thematisiert werden.

Der Erwerb einer interkulturellen Kompetenz ist dabei ein wesentlicher Bestandteil der Auswahl von Mitarbeitern und deren stetiger Fort –und Weiterbildung. Damit soll Verständnis für die individuellen und herkunftsbedingten Eigenarten des Patienten geweckt werden, um dann individuell passende Lösungen bei der Integration in das Therapiesetting gewährleisten zu können. Wichtigstes Instrument ist dabei die Kommunikation zwischen Patient und Behandler aber auch zwischen den einzelnen Behandlern untereinander, welche ebenfalls häufig unterschiedliche Migrationshintergründe aufweisen. Der offene kollegiale Austausch und die Erweiterung von kommunikativen und kulturellen Kompetenzen werden dabei als berufliche sowie persönliche Bereicherung verstanden und im interkollegialen Rahmen wird der Respekt gegenüber den Ansichten und Vorschlägen von Kollegen als sehr Wichtig angesehen. Durch dieses offene integrative Setting könnten wir es erreichen, dass die Schwelle der Inanspruchnahme klinischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen bei unseren Patienten gesenkt werden kann.

te und bislang häufig als unzureichend behandelt eingeschätzte Klienten mit insbesondere türkische Migrationshintergrund von dem bislang bundesweit einzigartig vielfältigen Behandlungsangebot profitieren konnten. Wesentlich ist für uns die inzwischen erarbeitete „Normalität“ des interkulturellen Umgangs, die aus meiner Sicht eine Vorreiterfunktion für die Integration von Patienten mit Migrationshintergrund nähren kann.

Autor:

Dr. med. Hamit Ince,

Vorsitzender der Deutsch-Türkischen Medizineresellschaft

Schmiedestr. 31, 30159 Hannover

Leitender Arzt des Transkulturellen Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikum Wahrendorff,

Schwarzer Bär 8, 30449 Hannover

Erstveröffentlichung in: Thamer Ulrich / Wüstenbecker Michael (Hg.): Gesundheit von Migranten. Frankfurt/Main, Berlin, Bern, Brüssel, New York, Oxford, Wien: Peter Lang 2011. S . 59 – 63. Zweitabdruck mit freundlicher Genehmigung des Verlages.

Buchrezension

Staufenberg, Adelheid Margarete: **Zur Psychoanalyse der ADHS. *Manual und Katamnese***. 2011, 320 S., 29,90 €, Frankfurt am Main: Brandes & Apsel, ISBN 978-3-86099-696-6

Dieses im Rahmen einer Dissertation entstandene Buch umfasst eine Übersicht zu Geschichte und Ätiologie der ADHS, psychoanalytische Konzepte zum Verständnis der ADHS, ein Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Kindern mit psychosozialen Integrationsproblemen/insbesondere ADHS sowie die ausführliche Darstellung einer Katamnese studie.

Das Manual und die in einem eigenen Kapitel auf 24 Seiten zusammengefassten psychoanalytischen Konzepte zum Verständnis der ADHS sollen einen Beitrag zu einer Systematisierung leisten, die alle relevanten Aspekte psychoanalytischer Theorie und Praxis zur Behandlung der ADHS zusammenführt. Allerdings beschränkt sich das 86 Seiten umfassende Manual-Kapitel nicht auf ADHS, sondern deutet bereits in der Überschrift „Manual zur psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Kindern mit psychosozialen Integrationsproblemen, insbesondere HKS/ADHS“ an, dass es deutlich weiter greift. Dennoch werden immer wieder auch zu ADHS-spezifischen Aspekten wie etwa Medikation, Hyperaktivität, Impulskontrolle oder Aufmerksamkeitssteuerung konkrete Handlungsempfehlungen gegeben.

Für die Katamnese studie wurden aus den Erstvorstellungen in der Ambulanz des Instituts für analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie e. V. Hessen in Frankfurt (IKJP) der Jahre 1997 bis 1999 (insgesamt 665 Patienten) 30 Patienten selektiert, bei denen sich aus Sicht der Autorin die Diagnose ADHS betätigen ließ. Dies entspricht 4,5% aller Patienten und bewegt sich damit im Rahmen der Häufigkeit von ADHS in der Allgemeinbevölkerung. Das bedeutet aber auch, dass bis zu 95% der Patienten der psychoanalytisch orientierten Ambulanz für Kinder und Jugendliche nicht unter ADHS litten. Möglicherweise ist dies dadurch zu erklären, dass einerseits in der ADHS-Szene analytische Psychotherapie nicht als Mittel der Wahl gilt und andererseits dem Konzept der Diagnose ADHS in der psychoanalytischen Szene lange keine therapeutische Relevanz zugebilligt, sondern im Gegenteil eine gewisse Schädlichkeit zugesprochen wurde.

Die Ergebnisse der Katamnesestudie dürfen nicht zu sehr belastet werden, da weder zu Anfang noch im Verlauf Ergebnisse aus direkter Untersuchung der Patienten einfließen und die katamnestische Bewertung lediglich auf der Einschätzung der Eltern basiert, die in von der Autorin (die von der Hypothese ausging, dass psychoanalytische Therapie bei ADHS wirksam ist) durchgeführten telefonischen Interviews erfragt wurde. Erhebliche Bias-Effekte sind daher anzunehmen.

Bei 15 der 30 zur Katamnese selektierten Patienten mit ADHS wurde eine analytische Psychotherapie aufgenommen, wovon 2 abbrachen und lediglich 8 Kinder „erfolgreich allein mit analytischer Psychotherapie behandelt“ wurden (S. 244), bei den anderen z. T. während der Psychotherapie oder danach zusätzlich mit Medikamenten. Als Kriterien für ‚erfolgreich‘ wurden „die beschriebene Symptom-Veränderung, die Zufriedenheit der Eltern mit der erreichten Veränderung und die Stabilität dieser Veränderung“ benannt. Die Stabilität wurde daran beurteilt, ob weitere Behandlungen durchgeführt wurden, gleichzeitig oder auch nachfolgend.

Bei 6 der 30 zur Katamnese selektierten Patienten mit ADHS wurde zwar in der Ambulanz eine analytische Psychotherapie empfohlen, stattdessen aber an anderer Stelle eine Verhaltenstherapie aufgenommen, teils in Kombination mit Medikation. Bei 7 der 30 zur Katamnese selektierten Patienten mit ADHS stand Medikation im Vordergrund (überwiegend ergänzt durch weitere Maßnahmen wie Ergotherapie oder Fremdunterbringung), bei 2 Homöopathie bzw. Naturheilkunde.

„Die Auswertung zeigt, dass analytische Psychotherapie entgegen geltenden Konsensuskonferenzen zu ADHS erfolgreich ist“ (Rückseite des Buchumschlags) muss angesichts des relativ niedrigen methodologischen Niveaus des Studiendesigns und einer Gruppengröße von $N = 8$ als zu vollmundig angesehen werden. Die ebenfalls auf der Rückseite des Buchumschlags gezogene Schlussfolgerung „Einwände gegen eine genetisch zentrierte Ätiologie der ADHS und die Kritik an der Diagnose werden durch die Befunde der Katamnese-Studie untermauert“ ist nicht nachvollziehbar.

Die Autorin „versucht zu zeigen, wie die wissenschaftlich begründete und intensiv beforschte *Annahme* einer hereditären, organischen Ätiologie der ADHS in der breiteren Öffentlichkeit zu einem *Wissen* geworden ist“ (S. 279). Das kann für den ersten Teil des Buches, in dem die wissenschaftliche Literatur referiert wird, durchaus als zutreffend angesehen werden.

Ingo Spitzcok von Brisinski, Viersen

Hinweise für Autoren

1. Das **Forum der für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsreferate, Fallberichte, aktuelle Mitteilungen, Buch- und Testbesprechungen.

Die Zeitschrift erscheint in 4 Hefen pro Jahr. Manuskripte nimmt entgegen: Dr. Ingo Spitzcok von Brisinski, EMail: redaktion-forum@bkjpp.de

2. Es werden nur Arbeiten angenommen, die nicht gleichzeitig einer anderen Redaktion angeboten wurden. In Ausnahmefällen kann ein Nachdruck erfolgen. Über Annahme, Ablehnung oder Revision des Manuskripts entscheiden die Herausgeber. Mit der Annahme eines Manuskripts geht das Verlagsrecht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an den Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland e. V. über. Der Autor bestätigt und garantiert, dass er uneingeschränkt über sämtliche Urheberrechte an seinem Beitrag einschließlich eventueller Bildvorlagen, Zeichnungen, Pläne, Karten, Skizzen und Tabellen verfügt, und dass der Beitrag keine Rechte Dritter verletzt. Der Autor räumt - und zwar auch zur Verwertung seines Beitrages außerhalb der ihn enthaltenen Zeitschrift und unabhängig von deren Veröffentlichung - dem Verlag räumlich und mengenmäßig unbeschränkt für die Dauer des gesetzlichen Urheberrechts das ausschließliche Recht der Vervielfältigung und Verbreitung bzw. der unkörperlichen Wiedergabe des Beitrags ein. Der Autor räumt dem Verlag ferner die folgenden ausschließlichen Nutzungsrechte am Beitrag ein:
 1. das Recht zum ganzen oder teilweisen Vorabdruck und Nachdruck - auch in Form eines Sonderdrucks, zur Übersetzung in andere Sprachen, zu sonstiger Bearbeitung und zur Erstellung von Zusammenfassungen;
 2. das Recht zur Veröffentlichung einer Mikrokopie-, Mikrofiche- und Mikroformausgabe, zur Nutzung im Weg von Bildschirmtext, Videotext und ähnlichen Verfahren, zur Aufzeichnung auf Bild- und/oder Tonträger und zu deren öffentlicher Wiedergabe - auch multimedial - sowie zur öffentlichen Wiedergabe durch Radio- und Fernsehsendungen;
 3. das Recht zur maschinenlesbaren Erfassung und elektronischen Speicherung auf einem Datenträger (z.B. Diskette, CD-ROM, Magnetband) und in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank, zum Download in einem eigenen oder fremden Rechner, zur Wiedergabe am Bildschirm - sei es unmittelbar oder im Weg der Datenfernübertragung -, sowie zur Bereithaltung in einer eigenen oder fremden Online-Datenbank zur Nutzung durch Dritte; das Recht zur Veröffentlichung im Internet;
 4. das Recht zu sonstiger Vervielfältigung, insbesondere durch fotomechanische und ähnliche Verfahren (z.B. Fotokopie, Fernkopie), und zur Nutzung im Rahmen eines sogenannten Kopienversands auf Bestellung;

5. das Recht zur Vergabe der vorgenannten Nutzungsrechte an Dritte in In- und Ausland sowie die von der Verwertungsgesellschaft WORT wahrgenommenen Rechte einschließlich der entsprechenden Vergütungsansprüche.

3. Manuskriptgestaltung:

- ✓ Manuskripte müssen als Word-Datei (möglichst per E-Mail, alternativ auf CD-ROM oder DVD) eingereicht werden. Schrifttyp: Times New Roman. Überschrift: Fett, Schriftgröße Punkt 18. Autor/Autoren: Vorname ausgeschrieben, ohne akademischen Titel, kursiv, Schriftgröße Punkt 16. Text: Schriftgröße Punkt 12, Blocksatz mit automatischer Trennung. Keine manuellen Trennzeichen. Hervorhebungen fett oder kursiv, nicht unterstrichen. Zwischenüberschriften: Fett. Aufzählungen: Einzug hängend. Literaturverzeichnis: Schriftgröße Punkt 10. Autorennamen im Literaturverzeichnis kursiv.
- ✓ Vollständige Anschrift des Verfassers bzw. der Verfasser einschließlich akademischer Titel, Schriftgröße Punkt 12. Weitere Angaben zum Verfasser bzw. zu den Verfassern nach Wunsch.
- ✓ Manuskriptlänge maximal 30 Seiten (max 45.000 Zeichen einschließlich Leerzeichen), für Buch- und Testbesprechungen maximal 3 Seiten (max. 4.500 Zeichen einschließlich Leerzeichen). Seitenformat: Breite 17 cm, Höhe 24 cm, Seitenränder oben 2,5 cm und unten 2,0 cm, links und rechts je 2,1 cm. Seitenabstand der Kopfzeile 1,4 cm und Fußzeile 0,6 cm vom Seitenrand.
- ✓ Zitierweise im Text: Die Quellenangabe erfolgt durch Anführen des Nachnamens des Autors und des Erscheinungsjahrs. Namen erscheinen in Groß- und Kleinbuchstaben (keine Kapitälchen, nicht unterstrichen, nicht kursiv, nicht fett). Zitierregeln: Mickley und Pisarsky (2003) zeigten ... Weitere Untersuchungen (Frey & Greif, 1983; Bergheim-Geyer et al., 2003) ... Pleyer (im Druck) erwähnt ... Rotthaus (2001, S. 267) weist darauf hin ...
- ✓ Literaturverzeichnis: Jede Quellenangabe im Text muss im Literaturverzeichnis aufgeführt sein und jeder Eintrag im Literaturverzeichnis muss im Text erwähnt werden. Jede Literaturangabe enthält folgende Angaben: Sämtliche Autoren (also im Literaturverzeichnis kein „et al.“ oder „u. a.“), Erscheinungsjahr, Titel, bei Zeitschriften: Name der Zeitschrift (ausgeschrieben, Verzeichnis der Abkürzungen z. B. unter <http://home.ncifcrf.gov/research/bja/>), Jahrgang, Seitenangaben; bei Büchern: Verlagsort, Verlag. Es können folgende Abkürzungen verwendet werden: Aufl. (Auflage); Hg. (Herausgeber); Vol. (Volume); Suppl. (Supplement); f. (folgende Seite); ff. (folgende Seiten). *Beispiele:*
Heymel, T. (2002) Suizidversuche. In: Knopp, M.-L., Ott, G. (Hg.) Hilfen für seelisch verletzte Kinder und Jugendliche. Bonn: Psychiatrie-Verlag, 75-79
Hohm, E., Schneider, K., Pickartz, A., Schmidt, M. H. (1999) Wovon hängen Prognosen in der Jugendhilfe ab? Kindheit und Entwicklung, 8, 73-82
Imber-Black, E. (1997) Familien und größere Systeme im Gestrüpp der Institutionen. Ein Leitfaden für Therapeuten. 4. Aufl., Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag

Die Autoren erhalten ein Belegexemplar kostenlos. Zusätzliche Sonderdrucke können gegen Bezahlung bestellt werden; diese Bestellung muss vor Drucklegung des Heftes eingegangen sein.

Impressum

**Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Mitgliederrundbrief des BKJPP und offizielles Mitteilungsorgan der Sektion
„Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der U.E.M.S.**

Forum Verlag – Aachen

ISSN 1866-6677

Herausgeber

Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)

Verantwortliche Redaktion „Weiße Seiten“

Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Dr. med. Gotthard Roosen-Runge, Christian K. D. Moik
Alle Beiträge bitte an: Dr. med. Ingo Spitzcok von Brisinski, Horionstr. 14, 41749 Viersen,
Tel.: 0 21 62 / 96 31, Fax: 0 21 62 / 96 50 38, E-Mail: redaktion-forum@bkjpp.de

Verantwortliche Redaktion „Gelbe Seiten“

Dr. med. Maik Herberhold, Dr. med. Ute Müller
Alle Beiträge bitte an: Geschäftsstelle BKJPP
Von-der-Leyen-Str. 21, 51069 Köln
Tel.: 02 21 / 16 91 84 23, Fax: 02 21 / 16 91 84 22, E-Mail: mail@bkjpp.de

Bankverbindung

Volksbank Ruhr Mitte, BLZ: 422 600 01, Kto.-Nr.: 164 164 300

Gesamtherstellung

Meta Druck, Thomas Didier, Berlin

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Thomas Didier, Meta Druck, Eylauer Str. 10, 10965 Berlin
e-mail: didier@metadruck.de, Tel.: 030 / 61 70 21 47, Fax: 030 / 61 70 21 48

Erscheinungsweise: 4-mal jährlich
Preis des Einzelheftes: 13,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 44,- € (einschließlich Postversand)
Der Bezug des Forums ist für Mitglieder des BKJPP unentgeltlich.

Sonderkonditionen für Mitglieder der BAG, der DGKJP, Studenten und AIPs:

Preis des Einzelheftes: 11,- € (einschließlich Postversand)
Jahresabonnement: 33,- € (einschließlich Postversand)

Das „Forum der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie“ und alle in ihm enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist nur mit Zustimmung des Herausgebers und bei namentlich gekennzeichneten Beiträgen zusätzlich der des Autors gestattet.