



universität
wien

MASTERARBEIT

„Krankheit und Bildung“

Eine Fallstudie zum Reintegrationsprozess von
krebskranken Kindern in die Volksschule

verfasst von

Laura Sophie Gartmann BEd

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, im April 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt: Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von: Assoz. Prof. Mag. Dr. Helga Fasching

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------|
| Einleitung | 1 |
| Einführung und Forschungsfrage..... | 1 |
| Forschungsstand..... | 4 |
| | |
| I. THEORETISCHE GRUNDLEGUNG | 7 |
| | |
| 1. Begriffsklärungen | 7 |
| 1.1. Integration, Inklusion und Reintegration..... | 7 |
| 1.2. Heilstättenschule..... | 9 |
| 2. Allgemeine Infos zu Krebserkrankungen bei Kindern | 10 |
| 3. Bildung und Krankheit | 11 |
| 3.1. Bedeutung der Schule während der Krankheit..... | 12 |
| 3.2. Konzept der schulischen Begleitung..... | 14 |
| 3.3. Unterricht im Krankenhaus..... | 15 |
| 3.3.1. Klassenunterricht im Krankenhaus..... | 17 |
| 3.3.2. Unterricht am Krankenbett..... | 17 |
| 3.3.3. Hausunterricht..... | 18 |
| 3.4. Wechsel von Unterricht im Krankenhaus und Hausunterricht..... | 18 |
| 3.5. Heimatschulbesuche..... | 19 |
| 3.6. Schulische Begleitung bei einem Rezidiv..... | 22 |
| 3.7. Unterricht im „Zelt“ bei einer Knochenmarktransplantation..... | 23 |
| 4. Rolle und Aufgaben von Heilstättenlehrer/innen | 24 |
| 5. Reaktionen auf die Erkrankung | 26 |
| 5.1. Das betroffene Kind..... | 27 |
| 5.2. Die Klasse..... | 30 |
| 5.3. Das Kollegium..... | 31 |
| 6. Kontaktpflege während der Abwesenheit | 31 |

| | |
|---|-----------|
| 7. Entlassung aus dem Krankenhaus | 32 |
| 8. Rückkehr in die Schule | 33 |
| 8.1. Folgen der Krankheit | 34 |
| 8.1.1. Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Lehrperson | 38 |
| 8.1.2. Allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten | 39 |
| 8.2. Pädagogische Nachsorge | 42 |
| 8.3. Projekt „Lernblitz“ | 43 |
| 9. Auseinandersetzung mit dem Tod | 43 |
| 9.1. Verständnis vom Tod im Volksschulalter | 44 |
| 9.2. Wenn keine Heilung mehr möglich ist | 45 |
| 9.3. Funktion der Schule wenn keine Heilungschancen mehr bestehen | 46 |
| | |
| II. EMPIRISCHER TEIL..... | 48 |
| | |
| 10. Narrativ-biographische Interviews | 48 |
| 10.1. Erhebungsmethode | 48 |
| 10.2. Auswertungsmethode | 49 |
| 10.3. Zugang zu den Interviewpersonen und Interviewverlauf | 50 |
| 10.4. Interviewauswertung der Mutter..... | 51 |
| 10.4.1. Analyse der biographischen Daten..... | 51 |
| 10.4.2. Text- und thematische Feldanalyse..... | 54 |
| 10.4.3. Rekonstruktion der Fallgeschichte..... | 60 |
| 10.5. Interviewauswertung von Michael | 62 |
| 10.5.1. Interviews mit Kindern | 62 |
| 10.5.2. Misslungene Interviews auswerten..... | 64 |
| 10.5.3. Analyse der biographischen Daten..... | 65 |
| 10.5.4. Text- und thematische Feldanalyse..... | 65 |
| 10.5.5. Rekonstruktion der Fallgeschichte..... | 68 |
| 10.5.6. Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte | 68 |

| | | |
|-------------------------------|---|-----------|
| 10.6. | Zusammenfassung der Ergebnisse der narrativ-biographischen Interviews.. | 68 |
| 11. | Problemzentrierte Interviews | 69 |
| 11.1. | Erhebungsmethode | 69 |
| 11.2. | Auswertungsmethode | 71 |
| 11.2.1. | Bestimmung des Ausgangsmaterials | 72 |
| 11.2.2. | Fragestellung der Analyse | 74 |
| 11.3. | Interviewauswertung der Lehrpersonen | 75 |
| 11.3.1. | Kategorienbildung | 75 |
| 11.3.2. | Zusammenfassung der Ergebnisse der problemzentrierten Interviews.. | 76 |
| III. | FAZIT | 79 |
| 12. | Fazit und Ausblick | 79 |
| Literaturverzeichnis | | 85 |
| Internetquellen | | 90 |
| Abbildungsverzeichnis | | 91 |
| Anhang | | 92 |
| Tabelle zur Kategorienbildung | | 92 |
| Abstract | | 95 |
| Lebenslauf | | 96 |
| Eidesstattliche Erklärung | | 97 |

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Personen bedanken, die mir durch ihre Unterstützung die Durchführung dieser Masterarbeit ermöglicht haben.

Herzlichen Dank an Assoz. Prof. Mag. Dr. Helga Fasching für ihre Betreuung und Ermöglichung der Entstehung dieser Arbeit.

Weiter gilt ein großer Dank an das Team des Projekts „Lernblitz“ sowie meinen Interviewpartner/innen, die mir unterstützend zur Seite standen.

Darüber hinaus möchte ich mich besonders bei meiner Familie, Matthäus und Nina bedanken, die mich während meiner Studienzeit begleitet haben. Ohne ihre Hilfe wäre mir die Absolvierung nicht möglich gewesen: „Danke“!

Einleitung

Einführung und Forschungsfrage

Der Unterricht in den Schulen von heute ist gekennzeichnet durch Vielfalt. Dies erfordert von den Lehrkräften ein breites Repertoire an didaktischen Methoden, die den individuellen Bedürfnissen der Schüler/innen gerecht werden und ein möglichst problemloses Folgen des Unterrichts ermöglichen.

Der Fokus dieser Arbeit liegt auf dem Unterricht von Kindern mit einer Krebserkrankung. Schulpflichtige Kinder, die an einer schweren Krankheit leiden, verbringen in den meisten Fällen eine lange Zeit im Krankenhaus. Sie können daher aufgrund ihres Leidens nicht am Unterricht in ihrer Regelklasse teilnehmen. In vielen großen Krankenhäusern, Spitälern und Kliniken gibt es die Möglichkeit, dass die betroffenen Kinder während ihres Aufenthaltes vor Ort von Pädagog/innen unterrichtet und betreut werden (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 26ff).

Die Arbeit der Pädagog/innen in einer sogenannten Heilstättenklasse unterscheidet sich dabei in vielfacher Hinsicht von den Aufgaben einer Lehrperson in einer Regelklasse (vgl. Wienhues 1979, S. 131ff). Je nach Tagesverfassung der Kinder kann ein Unterricht stattfinden oder nicht. Von der Lehrperson der Heilstättenklasse wird daher viel Einfühlungsvermögen, Flexibilität, aber auch Kreativität gefordert, um einen der Situation angepassten Lehr- und Lernrahmen zu schaffen. Die Lehrkräfte haben dabei nicht nur die Aufgabe, die Kinder stofflich so gut wie möglich auf dem aktuellen Stand zu halten, sie sind auch Begleiter/innen durch eine sehr schwere Zeit, die von emotionalen Höhen und Tiefen geprägt ist. Für viele Kinder nimmt die zuständige Lehrperson während des Behandlungszeitraums deshalb einen besonderen Stellenwert ein (vgl. Anselmann-Seydler 1988, S. 73f). Es erklärt sich von selbst, dass ein solcher Unterricht kaum vergleichbar mit einem Unterricht in einer Regelklasse ist. Wahrscheinlich stellen sich viele die Frage, weshalb schwer erkrankte Kinder überhaupt einen Unterricht erhalten, wenn von den Kindern ohnehin ein Großteil ihrer Energie und Kraft für die Genesung beansprucht wird. Der Unterricht während des Aufenthalts im Krankenhaus gibt den Kindern ein Gefühl der Sicherheit und Beständigkeit. Es gibt ihnen einen Teil ihres Alltags zurück, den sie vor der Diagnose und der damit verbundenen Einlieferung ins Krankenhaus hatten (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24).

Viele Kinder möchten auch (wenn möglich) nach der Behandlung wieder in ihre „alte“ Klasse zurück. Aus diesem Grund ist vor allem auch die Kontaktpflege zwischen

Heimatschule und der Schule im Spital von besonderer Bedeutung. Einige Behandlungszentren bieten den jungen Patient/innen auch die Möglichkeit eines Heimatschulbesuchs an. Das erkrankte Kind stattet seiner Klasse einen Besuch ab. Es wird dabei von einer Person aus der Klinik und der Lehrkraft aus dem Krankenhaus begleitet. Die Klasse wird über die Krankheit des Mitschülers/der Mitschülerin informiert. Diese Heimatschulbesuche sind wesentliche Bestandteile im Reintegrationsprozess bei schwer erkrankten Schüler/innen (vgl. Pfeiffer et al. 1998, S. 30f).

In vielen Fällen ist trotz der Entlassung aus dem Krankenhaus der Schulbesuch für das erkrankte Kind noch nicht möglich. Der Unterricht findet dann beim Kind zu Hause statt. Dafür kommt ein/e Hauslehrer/in zu dem Betroffenen nach Hause. Das Kind erhält dann Einzelunterricht. Der Unterricht beziehungsweise die Leistungsfähigkeit des erkrankten Kindes kann oft durch die Nachwirkungen der Operationen, Chemo- und Strahlentherapien beeinflusst werden (vgl. Kienesberger 2013, S. 12ff). Der ständige Informationsaustausch zwischen Hauslehrer/in, Stammschule sowie der betroffenen Familie ist ausschlaggebend für die Wiedereinschulung des erkrankten Kindes in die Stammschule. Sobald das Kind von den zuständigen Ärzten und Ärztinnen und dem Psychologenteam das Ok bekommt, wird die Zurückführung in die Stammklasse angestrebt. Bindeglied zwischen der Institution Stammschule und der Familie bildet dabei der/die Hauslehrer/in. Diese/r begleitet das Kind in der ersten Zeit bei der Wiedereingliederung in die Stammschule/Stammklasse.

Leider ist es nicht in allen Fällen möglich, dass das Kind in seine alte Klasse reintegriert wird. Manchmal haben die Schüler/innen durch die strapazierende Krankheit und die damit verbundene lange Abwesenheit vom Unterricht in der Regelschule zu viel vom Schulstoff versäumt. In solch einem Fall wird darüber entschieden, ob das Kind (zu seinem Vorteil) die Schulstufe wiederholen muss/soll (vgl. Häcker 1995, S. 202f).

Die Thematik des Heilstättenunterrichts beschäftigt mich schon längere Zeit. Durch eine ehemalige Studienkollegin bin ich auf das Themenfeld „*Unterricht im Krankenhaus*“ gestoßen und war fortan gefesselt davon. Aufgrund meiner abgeschlossenen Ausbildung zur Volksschullehrerin ist das Interesse an der Arbeit mit Kindern schon immer da. Von besonderem Reiz stellen für mich der Unterricht und die Begleitung von Kindern unterschiedlicher Altersgruppen in besonderen Lebenssituationen dar. Die Vorstellung, einen jungen Menschen beim Gesundwerdungsprozess zu unterstützen, bewegt mich, diese Thematik zu verfolgen. Das Interesse an diesem Themenbereich konnte ich zusätzlich durch die

Schwerpunktwahl *Inklusive Pädagogik* in meinem Masterstudium in Bildungswissenschaft an der Universität Wien vertiefen.

Im Laufe des Masterstudiums wurde mir schließlich klar, dass ich meine Masterarbeit zu keinem anderen Thema als der Heilstättenpädagogik schreiben möchte. Aufgrund dessen nahm ich Kontakt mit Frau Schierer, der Leiterin der Heilstättenschulen in Wien auf. Sie vermittelte mich an das *Projekt „Lernblitz“* weiter, durch welches ich direkten Einblick in die Materie erlangen konnte und Kontakt sowohl zu Lehrer/innen der Heilstättenschule, Schüler/innen beziehungsweise Patient/innen als auch zu deren Psycholog/innen und Eltern aufnehmen konnte. Das Projekt bietet eine Unterstützung für krebskranke Kinder, die ihre Behandlungen im Krankenhaus bereits abgeschlossen haben und wieder zurück in ihren Stammschulen sind.

Durch „Lernblitz“ lernte ich Michael¹, neun Jahre jung, kennen. Im Februar 2013 wurde bei ihm ein Medulloblastom diagnostiziert. Dies ist ein bösartiger Tumor im Kleinhirn. Die Behandlungen waren zum Zeitpunkt unseres ersten Treffens bereits abgeschlossen, er war aus dem Krankenhaus entlassen worden und besuchte wieder die Schule. Wie ich von seiner Lehrerin, Frau Regina S. und der Psychologin, Frau Leiss erfahren hatte, hatte Michael nach den Operationen, Strahlen- und Chemotherapien mit motorischen, aber auch kognitiven Schwierigkeiten zu kämpfen. Meine Aufgabe bestand (beziehungsweise besteht immer noch) darin, ihn bei den schulischen Aufgaben, die er aufgrund der Folgen der Behandlung noch nicht beziehungsweise mit Mühe bewältigen konnte, zu unterstützen. Ich war so eine Art „Nachhilfelehrerin“ für ihn.

Infolge der Nachhilfestunden bekam ich eine Ahnung davon, mit welchen Problematiken der Übergang von einem langen Aufenthalt im Krankenhaus, dem Unterricht im Spital und der Wiedereingliederung in die Stammklasse verbunden ist.

Die Arbeit soll deshalb das Ziel verfolgen, den Übergangsprozess zwischen Aufenthalt im Spital und dem dort erhaltenen Unterricht, dem Hausunterricht und der Wiedereingliederung in die Stammschule darzustellen. Dabei liegt das Hauptaugenmerk vor allem auf der Reintegration in die Stammschule. In diesem Reintegrationsprozess treten immer wieder unvermeidliche Schwierigkeiten und Hindernisse auf, jedoch aber auch unterstützende Maßnahmen. Diese werden teils durch die schwere Krankheit und den damit verbundenen Folgen ausgelöst und beruhen oftmals auch auf institutioneller Seite. Als Folge der Behandlungen können bei den Kindern beispielsweise Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme auftreten, die sich auf die Schulleistungen auswirken. In manchen Fällen fehlt aber auch einfach nur

¹ Zur Wahrung der Anonymität wurden alle interviewten Personen mit Pseudonymen benannt.

der nötige Kontakt zwischen Schule, Klinik und Elternhaus, um den Reintegrationsprozess möglichst gelungen verlaufen zu lassen (vgl. Leiss et al. 2014).

Folgende Forschungsfrage lässt sich aus den Überlegungen ableiten:

„Wie verläuft die Reintegration von krebskranken Kindern in die Volksschule?“

Aufgrund dessen, dass die unterschiedlichen Krebserkrankungen auch unterschiedliche Behandlungsmaßnahmen erfordern und die Folgen je nach Art des Tumors variieren, möchte ich in der Arbeit den Fokus auf Kinder im Volksschulalter mit einem Hirntumor legen.

Die vorliegende Masterarbeit ist in drei große Teile gegliedert. Den ersten Teil der Arbeit bildet der Theorieteil. Es soll zuerst ein Überblick über das Themenfeld „Bildung und Krankheit“ gegeben werden. Dies bedeutet, einen Einblick in den Bildungsprozess unter erschwerten Bedingungen im speziellen mit einer Krebserkrankung zu geben, um dann in weiterer Folge auf die Wiedereingliederung in die Schule einzugehen.

Der zweite große Block der Arbeit befasst sich mit der qualitativen Forschung. Dafür wurden zwei narrativ-biographische Interviews und zwei problemzentrierte Interviews durchgeführt. Durch die ausgewerteten Interviews soll am „Fall Michael“ aufgezeigt werden, wie sich die Reintegration bei krebskranken Kindern im Volksschulalter vollzieht. Aufgrund der Befragung mehrerer Personen kann ein möglichst umfassender Einblick in Bezug auf den Reintegrationsprozess geschaffen werden.

Den dritten und letzten Abschnitt der Masterarbeit beinhaltet das Fazit. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine Zusammenführung des Theorie- und Forschungsteiles. Zudem sollten mögliche Verbesserungs- und Änderungsvorschläge für den Prozess der Reintegration herausgearbeitet werden, soweit dies nach Abschluss der Arbeit möglich ist.

Forschungsstand

Dadurch, dass der Großteil der Literatur schon vor einigen Jahren publiziert wurde, folgerte ich, dass die Thematik noch nicht vollständig erschlossen ist und ich mit meiner Arbeit somit eine Forschungslücke bearbeiten kann. Dies wurde mir auch von den Mitarbeiter/innen des Projekts „Lernblitz“ bestätigt.

Es lassen sich trotzdem einige aktuelle Forschungen und Projekte finden, die den derzeitigen Stand widerspiegeln.

So besagt der heutige Forschungsstand, dass Tumore des Zentralnervensystems (Gehirn oder Rückenmark) die zweithäufigsten Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter sind. In Österreich sind es pro Jahr ca. 90 Kinder und Jugendliche, die an einem Hirntumor erkranken (vgl. Leiss 2014, S. 300).

Entgegen der Vorstellung vieler sind die Überlebensraten bei erkrankten Kindern und Jugendlichen mittlerweile sehr groß. Derzeit werden ungefähr 70% aller betroffenen Kinder zu Langzeitüberlebenden. Trotz der enormen medizinischen Fortschritte leidet eine Vielzahl der Betroffenen an (Spät-)Folgen. Diese können zum Teil mit dem Tumor selbst, aber auch mit den strapazierenden Behandlungen assoziiert werden und haben unter anderem Auswirkungen auf die schulische Leistung der Kinder (vgl. Leiss 2014, S. 301ff).

Leiss (2014, S. 305f) nennt in ihrem Aufsatz drei mögliche Ansätze für Interventionen bei neurokognitiven Spätfolgen von Hirntumorpatient/innen. Eine dieser drei Interventionsmaßnahmen sind die Programme zur schulischen Reintegration. Sie bezieht sich dabei auf die Begleitung und Betreuung der erkrankten Kinder während der Therapie in Form von Unterricht im Krankenhaus und Hausunterricht, und weist nachdrücklich auch auf die Nachsorge hin.

Gerade im Hinblick auf die gewünschte Nachsorge kommt das Projekt „Lernblitz“ ins Spiel, das von der Kinder-Krebs-Hilfe Wien, Niederösterreich und Burgenland ausgeht. Dies unterstützt die erkrankten Kinder bei schulischen Aufgaben, in erster Linie nach dem Wiedereintritt in ihre Stammklasse (vgl. Kinder-Krebs-Hilfe 2014, online). Leider besteht das Projekt erst seit Sommer 2014, weshalb noch keine konkreten Forschungsergebnisse verfügbar sind. Es zeigt jedoch auf, dass die Forschung nicht still steht.

Auch die Kinderklinik in Tübingen hat durch die Heimatschulbesuche einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung der Reintegration von krebskranken Kindern geschaffen (vgl. Pfeiffer et al. 1998; Schroeder et al. 1996).

Aktuell läuft an der Kinderklinik Tübingen das Projekt „Kranke Kinder ans Netz“, bei dem Patient/innen die Möglichkeit haben, mit Hilfe eines Laptops vom Krankenbett aus Kontakt mit der Schulklasse, Freunden,... zu halten (vgl. Krakian 2014, online).

Ein Vergleich mit dem Stand und den Perspektiven des Krankenhausunterrichtes in Schweden aus dem Jahr 2013 lässt erkennen, dass Österreich (sowie auch Deutschland) gerade im Bereich der Reintegration von kranken Schüler/innen mit den Schweden, die sonst in vielen pädagogischen Bereichen eine Vorbildfunktion tragen, den Vergleich nicht scheuen muss. Aus genanntem Bericht geht hervor, dass in Schweden vor allem an der Kooperation zwischen der Heimatschule und der

Krankenhauschule gearbeitet werden muss, um den erkrankten Kindern eine gelungene Reintegration zu ermöglichen (vgl. Bernhard/Barow 2013, S. 325f).

I. THEORETISCHE GRUNDLEGUNG

1. Begriffsklärungen

1.1. Integration, Inklusion und Reintegration

„Integrieren“ leitet sich vom lateinischen Verb „integrare“ ab, was übersetzt so viel wie „ergänzen, eingliedern, einbeziehen in ein großes Ganzes“ heißt. In Bezug auf Unterricht und Schule wird darunter die gemeinsame Beschulung von beeinträchtigten und nicht beeinträchtigten Kindern verstanden (vgl. Kramreiter 2011, S. 7). Der Begriff der Integration kommt besonders in der Sonder- und Heilpädagogik zu tragen (vgl. Biewer 2008, S. 291). Neben der gemeinsamen Erziehung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung wird ebenso die Eingliederung dieser Menschen in eine soziale Einheit und die Vermeidung von Exklusion angestrebt (vgl. Böhm 2005, S. 313).

Mit dem Wort Inklusion werden Begriffe wie Eingeschlossenheit und Dazugehörigkeit in Verbindung gebracht (vgl. Kramreiter 2011, S. 15). Der Begriff ist erst seit kurzem im deutschsprachigen Raum zu Hause. Die Inklusion umfasst aktuelle Veränderungen im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik und wirft einen kritischen Blick auf das sonderpädagogische Bildungswesen. Es wird darunter ein „fachliches wie bildungspolitisches Konzept“ verstanden, das die Defizite nicht bei den Schüler/innen selbst, sondern in der Institution Schule sieht und sich dahingehend verändern muss, dass sie den Kindern mit besonderen Bedürfnissen gerecht wird (vgl. Biewer 2008, S. 291f).

Die beiden Begrifflichkeiten Integration und Inklusion, so ähnlich sie auch klingen, beschreiben zwei unterschiedliche Settings. Unter der Integration wird das Eingliedern von einzelnen Schüler/innen mit Beeinträchtigungen in eine Allgemeine Schule verstanden. Inklusion hingegen geht von einem gemeinsamen Lernen aller Schüler/innen aus (vgl. Biewer 2008, S. 291ff). Das heißt, bei der Inklusion geht es nicht mehr darum, die Minderheit in die Mehrheit zu integrieren, sondern einen Unterricht für alle zu ermöglichen. Unterschiedliche Voraussetzungen werden dabei als Chance für alle angesehen (vgl. Feyerer 2009, S. 241f).

Aufbauend auf die *Deklaration der Rechte behinderter Personen* aus dem Jahr 1975 formuliert die UN (1993) für den Bildungsbereich „(...) das Prinzip gleicher Chancen auf Primar-, Sekundar- und Tertiärstufe für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderung in integrierten Settings (...)“ (Bürli 2009, S. 45) Das bedeutet, dass die Integration von Menschen mit einer Beeinträchtigung Bestandteil des Bildungssystems sein soll. Dies soll durch Stützdienste und barrierefreie Zugangsmöglichkeiten

umgesetzt werden. Unter anderem sind ein flexibles Curriculum (dazu zählen auch Ergänzungen und Anpassungen), gutes Schulmaterial, Stützlehrer/innen sowie Weiterbildungen der Unterrichtenden notwendig (vgl. Bürli 2009, S. 45). Das Übereinkommen der UN aus dem Jahr 2007 betont noch einmal, dass die Verwirklichung eines integrativen Bildungssystems auf allen Ebenen gewährleistet werden soll. Im Konkreten heißt das, dass beeinträchtigten Menschen durch individuelle Unterstützung die Möglichkeit einer erfolgreichen Bildung gewährleistet wird (vgl. ebd., S. 46). Seit Oktober 2008 gilt diese UN-Behindertenrechtskonvention auch für Österreich (vgl. Sozialministerium 2015, online).

Wird von Integration beziehungsweise Inklusion gesprochen, muss auch auf die UNESCO und ihre Salamanca-Konferenz 1994 verwiesen werden. Die Verlautbarung der Vereinten Nationen hat darin unter anderem Bezug auf „das Recht auf Bildung zur maximalen Entfaltung und sozialen Integration“ sowie „gleiche Bildungschancen“ auch für Menschen mit Beeinträchtigungen verwiesen (vgl. Bürli 2008, S.61f). Dabei lag der Fokus auf dem „Prinzip der Integration“ und der Umsetzung einer „Schule für Alle“. Das bedeutet eine Schule zu schaffen, die alle aufnimmt, die Unterschiede schätzt, Lernen unterstützt und auf individuelle Bedürfnisse eingeht (vgl. Bürli 2008, S. 66).

In Hinblick auf das Forschungsvorhaben vorliegender Masterarbeit spielt vor allen Dingen die Reintegration eine wichtige Rolle. Reintegration leitet sich, wie das Wort Integration, von „integrare“ ab und wird im alltäglichen Sprachgebrauch mit der Wiedereingliederung gleichgesetzt. Unter einer Reintegration wird eine Wiedereingliederung in den Ausgangskontext verstanden. In Bezug auf Schule findet eine Reintegration dann statt, wenn Schüler/innen längere Zeit nicht am Unterricht teilnehmen können und nach ihrer Abwesenheit wieder in das Klassenbeziehungsweise in das Schulsystem eingegliedert/einbezogen werden (vgl. Mörwald/Stender 2012, S. 35, online).

Der Prozess der Wiedereingliederung erfordert einen großen didaktischen, emotionalen und intellektuellen Einsatz. Wie gut eine Reintegration verläuft, hängt in großen Zügen von der Bereitschaft und Fähigkeit der Umwelt ab, in welchem Maße diese bereit ist, sich selbst zu verändern und welchen „Werkzeugen“ sie sich bedient. Das zu integrierende Individuum kann zwar seinen Beitrag dazu leisten, das Wesentliche liegt aber in der Hand der umgebenden Umwelt. Durch den Reintegrationsprozess werden Veränderungen beim zu integrierenden Subjekt vorausgesetzt. Diese sind jedoch nur dann möglich, wenn analog dazu auch ein Prozess der Veränderung in der Umwelt vor sich geht (vgl. Toresini 1989, o.S.).

„Aufgabe des im Sozialbereich Tätigen ist es, Veränderungen im Auftraggeberumfeld (Schule, Familie, Gemeinschaft) anzuregen, um denselben

Veränderungsprozeß bei den jeweiligen utenti (wörtl.: Benutzer, hier: Behinderte, die diese Sozialstrukturen "benutzen") einzuleiten.“ (Toresini 1989, o. S.)

1.2. Heilstättenschule

Was unter einer Heilstättenschule verstanden wird, können sich nur wenige Menschen vorstellen. Viele stellen sich darunter beispielsweise „eine Schule für geistig- und körperlich beeinträchtigte Kinder“ (Bmukk Abteilung I/5c 2010, S.7, online) vor.

Erklärt man in einem ersten Schritt, dass eine Heilstättenschule eine Schule im Krankenhaus ist, wird oft vermutet, dass es sich dabei um die Schule für Krankenschwestern und das Pflegepersonal handelt. Erst bei genauerer Erläuterung wird klar, dass die Schule gemeint ist, die stationär aufgenommene Kinder betreut (vgl. Bmukk Abteilung I/5c 2010, S.7, online). Das heißt, für alle Kinder, die aufgrund einer Erkrankung längere Zeit im Spital bleiben müssen und deshalb den Unterricht in der Schule versäumen, kommt die Schule quasi ans Krankenbett (vgl. Schwarcz 2013, S. 6).

Die Bezeichnung „Heilstättenschule“ hat in Österreich Tradition, was auch der Grund für die Weiterführung dieses Ausdrucks ist. Für eine sachlich exaktere Beschreibung wäre die Bezeichnung „Krankenhausschule“ wahrscheinlich aufschlussreicher. Es wird dabei jedoch bemängelt, dass die mit dem Begriff verbundenen Absichten verloren gehen würden. Früher wurde die Tuberkulose als „Wiener Krankheit“ bezeichnet. Ausgelöst durch schlechte Ernährung, katastrophale Wohnverhältnisse, Kinderarbeit und Nachkriegsnot wurden die Betroffenen damals in Lungenheilstätten behandelt. Die schulische Versorgung übernahm die „Heilstätte“, wo der Ursprung der heutigen Heilstättenschulen in Österreich liegt (vgl. Gruber 1992, S. 29).

Die Wiener Heilstättenschule wurde im Jahr 1948 gegründet. Derzeit beinhaltet sie 36 „Spitalklassen“. Diese befinden sich im AKH, im St. Anna Spital sowie in acht weiteren Krankenhäuser Wiens. Kinder im Pflichtschulalter werden von Stations- und Hauslehrer/innen unterrichtet. Die Stationslehrer/innen sind für die Betreuung der Kinder während der Behandlung im Krankenhaus zuständig. In Therapiepausen werden die Kinder von Hauslehrer/innen zu Hause unterrichtet. Zusätzlich zu Stations- und Hauslehrer/innen gibt es noch spezielle Reintegrationslehrer/innen (vgl. Schwarcz 2013, S. 6).

Auch in den anderen Bundesländern Österreichs gibt es das System der Stations- und Hauslehrer/innen. Eine Reintegrationslehrerin, die die Kinder und Jugendlichen speziell in der Nachsorge betreut, gibt es jedoch nur in Wien (vgl. Schwarcz 2013, S. 4).

Obwohl die Heilstättenschulen auf eine lange Geschichte und Tradition zurückblicken, kann aufgrund der großen Unwissenheit daraus geschlossen werden, dass die Thematik der Heilstättenschulen beziehungsweise des Heilstättenunterrichts nur in Maßen der Öffentlichkeit zugänglich ist und deshalb nur ein geringer Prozentsatz über das tatsächliche Aufgabenfeld Bescheid weiß.

2. Allgemeine Infos zu Krebserkrankungen bei Kindern

Ausgehend von dem konkreten Fall, der in der Masterarbeit behandelt wird, liegt der Fokus auf Kinder im Volksschulalter mit einem Hirntumor. Im Speziellen, wie bei Michael mit einem Medulloblastom, welches ein bösartiger Tumor im Kleinhirn ist. Die Ursachen für diesen Tumor lassen sich auf „einen Fehler in der Entwicklung in einer der Vorläuferzellen des Nervensystems“ (Kienesberger 2013, S. 2) verorten, welcher vermutlich schon bereits vor der Geburt entstanden ist (vgl. ebd., S. 1f).

Das menschliche Gehirn kann in drei Teile unterteilt werden: das Großhirn, das Kleinhirn und der Hirnstamm. Bei einer Tumorerkrankung wird das gesunde Gewebe verdrängt und zerstört. Durch den Abbau des gesunden Gewebes werden Funktionsstörungen im Gehirn ausgelöst. Symptome dafür wären beispielsweise Kopfschmerzen, Augenschielen und Gereiztheit (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 88).

Tumore des Zentralnervensystems (Gehirn oder Rückenmark) sind die zweithäufigsten Krebserkrankungen im Kindes- und Jugendalter. In Österreich sind es pro Jahr ca. 90 Kinder und Jugendliche, die an einem Hirntumor erkranken (vgl. Leiss 2014, S. 300). Von diesen 90 Kindern leiden ungefähr zehn an einem Medulloblastom (vgl. Kienesberger 2013, S. 2).

Die meisten Tumore werden durch einen operativen Eingriff entfernt. Bei sehr großen Tumoren wird vor der Operation eine Chemotherapie und/oder Bestrahlung gemacht, um die Größe zu verringern. Dadurch wird die Operation leichter und die Radikalität gesenkt. Bei fast allen Kindern, die an einem Modulloblastom leiden, beginnt die Behandlung mit einer Operation, gefolgt von Strahlen- und Chemotherapie (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 89; Kienesberger 2013, S. 9ff).

Entgegen der Vorstellung vieler sind die Überlebensraten bei erkrankten Kindern und Jugendlichen mittlerweile sehr groß, was auf die enormen medizinischen Fortschritte zurückzuführen ist. Trotzdem leiden viele der Langzeitüberlebenden an (Spät-)Folgen. Die Gründe dafür können bei der Erkrankung selbst, aber auch bei den strapazierenden Behandlungen liegen. Diese Folgen werden bei Kindern oftmals im schulischen Bereich sichtbar (vgl. Leiss 2014, S. 301ff).

Die Kinder wissen sehr genau über ihre Krankheit Bescheid, was mit ihnen gemacht wird und was in Zukunft auf sie zukommen wird. Was früher noch vor den kleinen Patient/innen „verheimlicht“ wurde, wird ihnen heute dem Alter entsprechend erklärt. Durch die Aufklärung wird das Kind versuchen mitzuarbeiten und kann die vielen medizinischen Eingriffe besser verstehen und dadurch erdulden (vgl. Topf/Höfer/Rudy 2014, S. 198f).

3. Bildung und Krankheit

Jedes Kind hat das Recht auf Bildung. Dieses Recht soll auch während einem längeren Aufenthalt in einem Krankenhaus gewährleistet werden. Aufgrund der physischen und psychischen Verfassung, die eine Krebserkrankung und deren Therapie mit sich bringen, ist das Kind nicht in der Lage, die Schule zu besuchen. Um dem Kind trotzdem dieselben Möglichkeiten und Chancen auch im Hinblick auf die Zukunft bieten zu können, muss der Unterricht im Krankenhaus und bei Therapiepausen beim Kind daheim stattfinden (vgl. Bmukk Abteilung I/5c 2010, S. 7ff, online).

Am 20. Mai 2000 wurden von der Generalversammlung HOPE (Hospital Organisation of Pedagogues in Europe) die „Charta der Schulrechte des kranken Kindes“ verabschiedet welche folgend kurz aufgelistet werden (vgl. Hope 2014, online):

1. Jedes kranke Kind und jeder Jugendliche hat das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause.
2. Ziel des Unterrichts für kranke Kinder und Jugendliche ist die Fortführung von Bildung und Erziehung und die Erhaltung ihrer Stellung als Schüler.
3. Die Krankenhausschule fördert die Gemeinschaft von Kindern und Jugendlichen und normalisiert den Alltag. Krankenhausunterricht kann als Klassen-, Gruppen- und Einzelunterricht organisiert werden.
4. Krankenhaus- und Hausunterricht müssen, in Abstimmung mit der Heimatschule, den Bedürfnissen und Fähigkeiten kranker Kinder oder Jugendlicher entsprechen.
5. Lernort, Lernumwelt und die Lernhilfen müssen den Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher angepasst sein. Kommunikationstechnologien sollen auch für die Vermeidung von Isolierung genutzt werden.

6. Der Inhalt des Unterrichts umfasst mehr als den formalen Stoffplan und enthält auch Themen, die aus besonderen Bedürfnissen durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt erwachsen. Eine Vielzahl von Unterrichtsmethoden und -quellen sollen genutzt werden.
7. Die Kliniklehrer und die Lehrer für Hausunterricht müssen voll qualifiziert sein und ständig Fortbildung erhalten.
8. Die Lehrer kranker Kinder und Jugendlicher sind als schulische Fachleute vollwertige Mitglieder des multidisziplinären Pflorgeteams. Sie sind die Verbindung zwischen der Krankenhauswelt des Kindes oder Jugendlichen und seiner Heimatschule.
9. Die Eltern werden über das Recht ihres kranken Kindes oder Jugendlichen auf Schulunterricht und über das Unterrichtsprogramm informiert. Sie sind als aktive und verantwortliche Partner zu betrachten.
10. Der Schüler wird als ganzheitliche Person betrachtet. Das schließt das Arztgeheimnis und der Respekt vor der Privatsphäre und dem religiösen Bekenntnis ein.
(Hope 2014, online)

Anhand dieser Charta wird deutlich, dass ein Unterricht unbedingt und gerade auch während einer längeren Behandlungs- und Therapiezeit bei schwer erkrankten Kindern stattfinden sollte.

3.1. Bedeutung der Schule während der Krankheit

Wird bei einem Schulkind Krebs diagnostiziert, ändert sich der gewohnte Tagesablauf meist für die ganze Familie. Nicht nur alltägliche Dinge müssen neu geregelt werden, auch Lebensentwürfe und Zukunftsvorstellungen weichen wahrscheinlich von ihren ursprünglichen Vorstellungen ab (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24). Auch den Kindern wird bewusst, dass die Eltern sie nicht vor der Krankheit und den damit verbundenen Krankenhausroutinen, neuen Tagesrhythmus und fremden hygienischen und medizinischen Maßnahmen beschützen können. Die Zukunft ist ohne Gewissheit (vgl. Wienhues 1979, S. 83).

Zwar sind die Überlebenschancen für ein Kind mit einem Hirntumor groß, trotzdem muss eine lange strapazierende Therapiezeit durchlebt werden (vgl. Kienesberger 2013, S. 2).

Für viele Außenstehende erscheint es unverständlich, dass die Schule in dieser schwierigen Zeit eine sehr wichtige Rolle einnimmt. Die Patient/innen werden durch die

Krankheit aus ihrem sozialen Umfeld gerissen. Besonders für Kinder stellt die Schulklasse eine wichtige soziale Bezugsgruppe dar. Neben der Familie und der Schule haben Kinder im Volksschulalter meist keine weiteren Bezugspersonen, wie beispielsweise eine Clique im Jugendalter. Es ist daher verständlich, dass Kinder den Kontakt zu ihrer Stammklasse während der Behandlung nicht verlieren möchten (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24).

Es wird davon ausgegangen, dass dem Kind wenn möglich das (oder zumindest in Ansätzen Ähnliches) geboten werden sollte, was das Kind auch in seinem gesunden Zustand erfahren hat. So ist es unumgänglich, dass die Schule, der sekundäre Lebens- aber primäre „Arbeits“-bereich, im Krankenhaus fortgesetzt werden sollte (vgl. Wienhues 1979, S. 87).

Der Unterricht während des Aufenthalts im Krankenhaus und zu Hause gibt den erkrankten Kindern ein Gefühl der Sicherheit. Durch die Weiterführung des Schulalltags erfahren die Schüler/innen eine Kontinuität, ein bisschen „Normalität“ neben all den Veränderungen, die sich durch die schwere Krankheit ergeben haben (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24). Durch den Unterricht werden die Erkrankten zusätzlich vom Alltag im Krankenhaus abgelenkt, was die Genesung positiv beeinflusst. Der fördernde Aspekt, welcher der Schule während des Genesungsprozesses zukommt, darf nicht unterschätzt werden (vgl. Bmukk Abteilung I/5c 2010, S. 9, online; Ertle 1997, S. 11f). Die Schule bietet sowohl den Kindern als auch deren Angehörigen „eine wichtige Perspektive für die Zeit nach der Erkrankung, verbunden mit der Hoffnung und Heilung.“ (Schroeder et al. 1996, S. 24) Zusätzlich hat Schule in der heutigen Zeit einen enormen Einfluss auf die späteren Lebensträume, Ziele und beruflichen Chancen der Kinder. Die besuchte Schularart und Schulnoten entscheiden (leider immer noch) zu großen Teilen über den weiteren Ausbildungsweg und Berufsmöglichkeiten der Schüler/innen (vgl. dazu Schiffermüller 1997, S. 111f).

Schiffermüller (1997, S. 111ff) führte im Jahr 1993 eine Studie mit an Krebs erkrankten Kindern durch, die die Klinik teilweise schon verlassen hatten oder noch in Behandlung waren. 27 Patient/innen erklärten sich bereit, den Fragebogen auszufüllen. Unter anderem befragte er sie über das Lernen während des stationären Aufenthalts. Für zwei Drittel der Kinder nahm Lernen während der Erkrankung einen zentralen Stellenwert ein. Wichtige Aspekte wie der Blick in die Zukunft, sowie die Möglichkeit des Wiedereinstiegs in die Stammklasse, wurden durch das Lernen präsent. Die Befragten gaben an, dass ihnen das Lernen mit den Lehrpersonen der Klinik Spaß gemacht hat und eine willkommene Abwechslung neben dem Alltag im Krankenhaus

war. Zudem konnten sie sich durch das Lernen ein wenig von der Krankheit distanzieren (vgl. Schiffermüller 1997, S. 111ff).

Die Studie weist zwar nur eine geringe Anzahl an Teilnehmer/innen auf, macht jedoch trotzdem deutlich, dass ein Großteil der Kinder auch während der Erkrankung das Lernen als wichtig empfinden und dies auch gerne machen. Schule und Lernen werden nicht als „Qual“ empfunden, sondern erhalten positive Zuschreibungen.

Die Bedeutung von Unterricht und Lernen während einer schweren Erkrankung soll mit folgendem Zitat aus den Fragebögen der Untersuchung von Schiffermüller (1997, S. 117) nochmals unterstrichen werden: „Man hat gemerkt, dass das Leben weitergeht, und wenn ich z.B. Unterricht hatte, bekam ich auch Hoffnung. Du weißt ja, man lernt nicht nur zum Spaß. Man ging halt davon aus, dass ich das später brauche, d.h. dass ich es schaffe und wieder gesund werde.“

3.2. Konzept der schulischen Begleitung

Die schulische Begleitung eines erkrankten Kindes wird bei Schroeder et al. (1996, S. 32f) in drei Teile gegliedert. Diese Gliederung entspricht einem Standardablauf, kann aber von Kind zu Kind beziehungsweise von Klinik zu Klinik variieren. Im Ablauf der schulischen Begleitung hat sich bis heute jedoch nicht merklich etwas geändert, weshalb die einzelnen Schritte in dieser Arbeit auch anhand dieses Modells skizziert und veranschaulicht werden.

In der ersten Phase, also zu Therapiebeginn, geht es in erster Linie um die Kontaktpflege während des Aufenthalts im Krankenhaus. Der/die Klassenlehrer/in und der/die Heilstättenlehrer/in besprechen die Inhalte für den Unterricht und halten Absprache über die Kontaktpflege. Sachinformationen zur Krankheit werden an die Lehrperson weitergegeben, um mögliche Gerüchte zu vermeiden und eine Aufklärung in der Schule zu ermöglichen. Im Idealfall stattet der/die Klassenlehrer/in dem erkrankten Kind in dieser Phase einen Besuch ab. Wenn es der Behandlungsablauf und der damit verbundene Krankheitszustand des Kindes zulassen, wird in der ersten Phase auch ein „Heimatschulbesuch“ angestrebt (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 32).

Die zweite Phase, „Kontaktpflege während oder zwischen den Therapien“ verortet sich in der Zeit, in der das erkrankte Kind während der Therapie immer wieder einige Tage (manchmal auch Wochen) zu Hause verbringen darf. Der Ablauf und die Zeiten daheim sind meist aber unregelmäßig und unvorhersehbar. Die medizinischen Behandlungen und die schulische Begleitung müssen aus diesem Grund gut aufeinander abgestimmt

sein. Es gilt auch in dieser Phase die Kontaktpflege zur Heimatschule nicht zu vernachlässigen und durch Telefonate, Briefe und Besuche aufrecht zu erhalten (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 32).

In der dritten Phase steht die Rückkehr in die Schule im Mittelpunkt. Die Reintegration in die Schule ist für die erkrankten Kinder oft nicht einfach. Vielen hilft es, wenn sie noch einmal von der Heilstätten- oder Hauslehrer/in begleitet werden. Zudem muss erneut über die Belastungen, mögliche Nebenwirkungen und Risiken sowie „Sonderrechte“ im Schulalltag informiert werden. In dieser Phase wird auch über die weitere Schullaufbahn und ähnliches nachgedacht. Aufgrund zu langer Abwesenheit und zu viel Versäumnis kann nicht jedes Kind in seine Stammklasse zurückkehren. Kommt es zu einem Klassen- oder Schulwechsel, werden die erkrankten Schüler/innen in den meisten Fällen noch weitere Schulbesuche in Begleitung der Kliniklehrer/innen machen, damit die nötigen Grundinformationen an die neue Schule/Klasse vermittelt werden.

Nach Wiedereintritt in die Schule kann es von Nöten sein, dass das Kind noch pädagogisch nachbetreut wird. Dies kann in Form von zusätzlichem begleitetem Hausunterricht stattfinden. Bei Problemen ist manchmal auch ein weiterer Schulbesuch der Kliniklehrer/in nötig (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 32f).

3.3. Unterricht im Krankenhaus

Schüler/innen, die mindestens vier Wochen innerhalb eines Schuljahres im Krankenhaus verbringen, erhalten während ihres Aufenthalts Unterricht von Heilstättenlehrer/innen. Unter welcher Erkrankung die Kinder leiden, spielt dabei keine Rolle. Es wird darauf verwiesen, dass der Unterricht selbst stark von den Bedingungen im jeweiligen Krankenhaus abhängig ist (vgl. Meißner 2010, S. 156).

Die Kinder sollen durch ausgewählte Arbeitsmaterialien dazu angeregt werden, trotz ihrer schweren Erkrankung und in schulfremder Umgebung zu lernen (vgl. Schöberl/Landauer 2010, S. 16, online). Grundsätzlich wird der Stoff vermittelt, der im Lehrplan vorgesehen ist. Der Schwerpunkt wird jedoch auf Deutsch, Mathematik (und die Fremdsprachen) gesetzt (vgl. Meißner 2010, S. 157). Neben dem altersgemäßen Stoff werden die Schüler/innen auch mit Inhalten konfrontiert, die weitaus anspruchsvoller sind als in der Regelschule. So weiß das krebskranke Kind beispielsweise ganz genau über die Chemotherapie und deren Nebenwirkungen Bescheid (vgl. Volk-Moser 1997, S. 71). Volk-Moser (1997, S. 71) bezeichnet diese

Ebene des Wissens als „progressive Ebene.“ Es handelt sich also um ein Wissen, das mehr beinhaltet, als dem Alter eigentlich entspricht.

Dem Wissen der „progressiven Ebene“ steht das Wissen gegenüber, das für die entsprechende Jahrgangsstufe des Kindes vorgesehen ist. Je nach Befindlichkeit des Kindes kann die Krankheit entweder durch den Unterricht für kurze Zeit aus den Gedanken verschwinden oder eben gerade noch mehr zum Thema werden. Geplanter Unterrichtsstoff und die Bewältigung der Krankheit können somit zusammenfallen. Gerade der Unterricht im Krankenhaus, speziell der Einzelunterricht, lässt es zu, auch auf die persönlichen Themen der Patient/innen einzugehen (vgl. Volk-Moser 1997, S. 71ff). Volk-Moser (1997, S. 75) schreibt dazu, dass die Signale, die das Kind entweder offen oder symbolisch aussendet, von der Lehrperson im Krankenhaus aufgenommen und reflektiert werden sollten. Persönliche Themen können als „thematische Brüche“ während einer Unterrichtseinheit auftreten.

So sollte beispielsweise ein lebensbedrohlich erkranktes Volksschulkind das ABC lernen. Seine Umgebung vermied aber mit dem Kind über das Thema Tod zu sprechen. Es fragte die Lehrerin schließlich, weshalb es denn das ABC erlernen sollte, wenn er es in der nächsten Schulstufe gar nicht mehr benötige. Die Lehrerin antwortete darauf, dass es das ABC noch bis an sein Lebensende gebrauchen wird. „Hier wird nicht gestorben, hier wird gelernt!“ (Volk-Moser 1997, S. 74)

Es ist die Aufgabe des Heilstättenunterrichts, auch diese Themen mit in den Unterricht zu nehmen und auf Ängste, Nöte und Befürchtungen der Schüler/innen einzugehen. In solch einer Situation wäre es sinnlos, am Unterrichtsstoff festzuhalten. Die krankheitsbezogene Bildung und Erziehung ist dann vorrangig, wobei der Unterricht nicht dazu dienen soll, über die Erkrankung aufzuklären, sondern vielmehr die Reaktionen der Kinder aufzunehmen und zu verarbeiten (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 27).

Neben den bereits genannten Aufgabenfeldern des Heilstättenunterrichts, dem Unterricht am Schulstoff der Unterrichtsfächer und der krankheitsbezogenen Bildung und Erziehung kommen zwei weitere dazu. Zum einen sollen durch eine musisch-kreative Erziehung die erkrankten Kinder dazu ermutigt werden, ihren Gefühlen Ausdruck zu geben und ihre Fähigkeiten zu stärken. Zum anderen hat der Heilstättenunterricht die Aufgabe, Umfeldarbeit zu leisten um eine soziale (Re-)Integration durch Kontaktpflege und Aufklärung zu ermöglichen (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 25ff).

3.3.1. Klassenunterricht im Krankenhaus

In großen Krankenhäusern und Kliniken gibt es die Möglichkeit, dass der Unterricht für stationär betreute Kinder in Klassenräumen stattfindet. Kinder, deren gesundheitlicher Zustand es zulässt aufzustehen, werden „in kleinen Gruppen in allen Unterrichtsgegenständen und nach allen Lehrplänen (der Pflichtschule) unterrichtet.“ (Schöberl/Landauer 2010, S. 16, online)

Neben den belastenden und individuellen Krankheitszuständen der Patient/innen stellen die unterschiedlichen Altersstufen eine weitere Herausforderung für die Lehrpersonen dar. Das heißt, dass Kinder angefangen vom Vorschulalter bis hin zur Polytechnischen Schule beziehungsweise der Allgemein Bildenden Höheren Schule vertreten sein können. In großen Krankenhausstationen besteht zwar beispielsweise die Möglichkeit der Unterteilungen in Volksschule und Hauptschule (NMS), trotzdem weist die zu unterrichtende Gruppe eine hohe Inhomogenität auf. Zudem sorgen Neuaufnahmen oder Entlassungen für einen ständigen Wechsel der Schüler/innenanzahl. Auch Kinder, die zwar der gleichen Schulstufe entspringen, kommen aus unterschiedlichen Schulen. Dies bringt mit sich, dass die Schüler/innen nicht denselben Wissensstand haben und mit unterschiedlichen Voraussetzungen in die Heilstättenklasse kommen (vgl. Schöberl/Landauer 2010, S. 16, online).

3.3.2. Unterricht am Krankenbett

Nicht auf jeder Station gibt es die Möglichkeit, die Kinder in vorgesehenen Klassenräumen zu unterrichten. Oftmals lässt es die Gesundheit auch nicht zu, dass die Kinder das Zimmer verlassen. In diesen Fällen werden die Kinder entweder direkt am Bett oder an den Tischen in ihrem Zimmer unterrichtet. Je nach Gegebenheit und medizinischen Umständen kann der Unterricht in den Stationszimmern auch in Kleingruppen stattfinden. Einzelunterricht findet dann statt, wenn die Ansteckungsgefahr zu groß wäre, wie beispielsweise bei Kindern auf der onkologischen Pädiatrie oder auf Infektionsstationen (vgl. Schöberl/Landauer 2010, S. 16, online). Es wird dadurch zwar ein individueller Unterricht möglich, jedoch ist dieser dann zeitlich sehr begrenzt, da die Schüler/innen aufgrund ihrer Krankheit oftmals nicht gebündelt werden können. Das bedeutet, dass der Unterricht dann oftmals nicht länger als eine Stunde pro Tag ist (vgl. Meißner 2010, S. 156).

3.3.3. Hausunterricht

Erkrankte Kinder können neben dem Unterricht im Krankenhaus auch Hausunterricht erhalten. Dieser steht ihnen zu, „wenn sie wegen oder infolge einer Erkrankung schulbesuchsunfähig sind (...) und wenn aufgrund der Erkrankung eine unzumutbare Beeinträchtigung der bisherigen Schullaufbahn zu befürchten ist.“ (Wienhues 1984, S. 11) Mit Beilage einer ärztlichen Bescheinigung stellen die Erziehungsberechtigten des erkrankten Kindes dafür einen Antrag bei der Stammschule. Sowohl die Klinikschule als auch der Hausunterricht sind gesetzlich geregelt (vgl. Häcker 1995, S. 202).

Für den Hausunterricht kommt eine Lehrperson der Stammschule, in manchen Fällen auch der Heilstättenschule (z.B. in Wien) zu der Patientin/dem Patienten nach Hause. In Form des Einzelunterrichts wird, so gut es krankheitsbedingt möglich ist, der Schulstoff gemeinsam gelernt (vgl. Wienhues 1984, S. 7). Die Organisation eines solchen Unterrichts erfordert viel Flexibilität seitens des Kindes, dessen Eltern und der Hauslehrer/in. Besonders bei Kindern mit einer Krebserkrankung kommt der Hausunterricht zum Einsatz. Dadurch, dass in vielen Fällen die Strahlen- und/oder Chemotherapie durchgeführt wird und die Kinder zwischen den Behandlungsblöcken aber auch immer wieder nach Hause dürfen, findet zusätzlich zum Krankenhausunterricht der Unterricht daheim statt. Die Behandlungstermine sind meist nicht exakt planbar. Ein ständiger Kontakt zwischen der Lehrperson und dem Kind beziehungsweise dessen Eltern ist unumgänglich. Je nach Tagesverfassung des Kindes wird der Unterricht angepasst, was nicht bedeutet, dass die Lehrperson an einem „schlechten Tag“ nicht kommt. Das Kind soll spüren, dass der/die Lehrer/in auch da ist, wenn es ihm nicht so gut geht. Ein Ausnahmefall wäre bei einer Infektionskrankheit, da die Ansteckungsgefahr zu groß wäre (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 40f).

3.4. Wechsel von Unterricht im Krankenhaus und Hausunterricht

Wie und wo sich der Unterricht einer erkrankten Schülerin/ eines erkrankten Schülers stattfindet, hängt ganz von der Art des Tumors und seiner Behandlung ab. Für jede Art von Krebserkrankung gibt es in Deutschland beispielsweise einen speziellen Behandlungsplan. Diese Pläne geben Auskunft darüber, wann welche medizinischen Behandlungen stattfinden. Je nach Therapieerfolg und Reaktionen der Erkrankten werden die Protokolle verändert und angepasst. Der stationäre Aufenthalt soll für die Kinder so kurz wie nur möglich sein. Eine Abbildung in Schroeder et al. (1996, S. 26)

zeigt Behandlungsverläufe von an Krebs erkrankten Kindern. Es lässt sich schnell erkennen, dass die Kinder meist über einen längeren Zeitraum von der Schule fernbleiben müssen. Gründe dafür sind die hohe Infektanfälligkeit sowie allgemeine körperliche Schwächen, die auf die Therapie zurückzuführen sind. Einigen Kindern ist es dank ihrer „guten“ Blutwerte aber sogar möglich, während der Behandlung den Unterricht in ihrer Regelklasse (zeitweise) zu besuchen, andere werden von einer Hauslehrer/in daheim betreut. Auch nach der offiziellen Rückkehr in die Schule können die Auswirkungen und Folgen der Therapie eine Teilnahme am Unterricht erschweren beziehungsweise verhindern. Es kann daher in der ersten Zeit noch zu einigen Fehltagen kommen. Aus diesem Grund wäre es ideal, wenn der Hausunterricht während der ersten Schulwochen nach der Reintegration parallel zum regulären Schulbesuch läuft. Dies erleichtert dem Kind die Rückkehr in den Schulalltag (vgl. Schroeder et al. S. 26f).

3.5. Heimatschulbesuche

Das Projekt „Heimatschulbesuche“ hat die Kinderklinik in Tübingen ins Leben gerufen. Neben Tübingen ist die Kinderonkologie des Klinikums München Schwabing, die einzige Klinik in Deutschland, die das Projekt umsetzt (vgl. Teichert von Lüttichau/Kreutzer/Winkler 2010, S. 1, online). Auch in Österreich werden Heimatschulbesuche durchgeführt. Die Durchführung variiert je nach Bundesland. Die Heimatschulbesuche in Wien schließen sich an das Konzept von Tübingen an (vgl. Interview Manuela 2014).

Nach der Diagnose und der ersten Kontaktaufnahme zum/zur Klassenlehrer/in sollten auch der Rest der Lehrerschaft, die Mitschüler/innen sowie gegebenenfalls die Eltern der Mitschüler/innen des erkrankten Kindes aufgeklärt und informiert werden. Überdies hinaus ist die Integration in das schulische und soziale Umfeld ausschlaggebend für die weitere Entwicklung der Patient/innen, sowohl im Hinblick auf berufliche als auch psychosoziale Bereiche. Um diese ersten Schritte der schulischen Reintegration bestmöglich zu gestalten, bietet sich ein erster Heimatschulbesuch an (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 37; Teichert von Lüttich/Kreutzer/Winkler 2010, S. 1, online).

Heimatschulbesuche finden nicht nach einer strikten zeitlichen Vorgabe statt. Das heißt, dass die Durchführung der Heimatschulbesuche von den Patient/innen und deren Krankheitsverlauf abhängig ist. Die Besuche in der Stammklasse können an unterschiedlichen Zeitpunkten und zu unterschiedlichen Anlässen stattfinden. Dadurch variieren auch die Zielsetzungen und Inhalte der Besuche (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 30f).

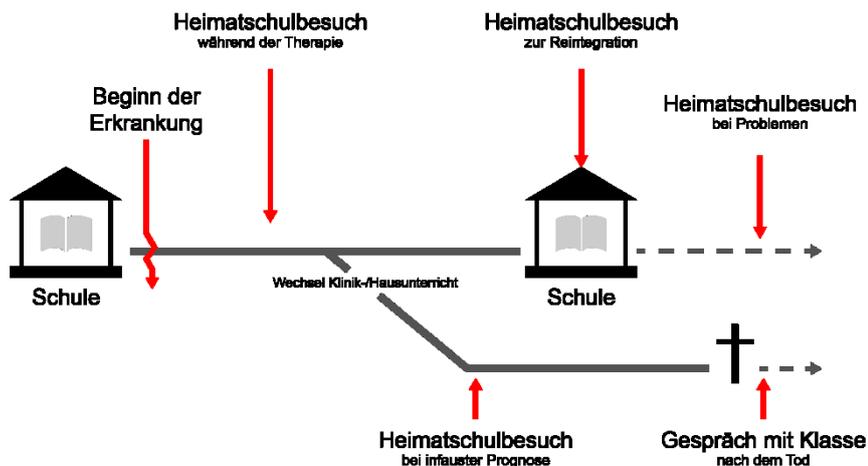


Abbildung 1: Heimatschulbesuche

Die Grafik² (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 31) zeigt auf, wann mögliche Heimatschulbesuche bei krebskranken Kindern stattfinden könnten.

Beim Heimatschulbesuch während der Therapie besucht das erkrankte Kind gemeinsam mit der Lehrperson der Heilstättenschule und wenn möglich einem behandelnden Arzt die Klasse (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 37). Teichert von Lüttichauch, Kreuzer und Winkler (2010, S. 4, online) weisen darauf hin, dass die Begleitung durch eine Ärztin/einen Arzt sehr wünschenswert wäre, da sie Authentizität, fachliche Kompetenz, praktische Erfahrung und die Autorität des weißen Kittels mit sich bringen.

Dieser begleitete Unterrichtsbesuch hat das Ziel, der Klasse und dem (interessierten) Kollegium über die Krebserkrankung und deren Behandlung Informationen zu geben. Wichtig dabei ist auch immer wieder aufzuzeigen, dass das Kind große Überlebenschancen hat. Durch die Aufklärung sollen mögliche Berührungsängste und Unsicherheiten abgebaut werden und die Klassenkameraden dazu ermutigt werden, keine Scheu zu haben und sich auch während der Abwesenheit der Mitschülerin/des Mitschülers um die Kontaktpflege zu bemühen.

Nicht immer ist ein Besuch des Krankenteams in der Stammschule des Kindes möglich. Manchmal sind auch die Familie und der erkrankte Schüler selbst dagegen.

² Erstveröffentlichung in: Klemm, M./Häcker, W./Böpple, E.: Heimatschulbesuche bei krebskranken Schülerinnen und Schülern.- In: Pädagogische Impulse 2 (1996), S. 82-89.

Trotzdem sollte zumindest der/die Klassenlehrer/in darüber informiert werden (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 37ff).

Für das betroffene Kind hat ein Heimatschulbesuch auch immer mit einer intensiven Auseinandersetzung mit der Krankheit zu tun. Dadurch, dass sie über ihre Erkrankung sprechen und der Klasse davon berichten (natürlich nur wenn das Kind dies von sich aus möchte), erleben sie weiterhin ein Zugehörigkeitsgefühl und merken, dass sie auf ihrem Weg nicht allein gelassen werden. Auch für das Team der Heilstättenschule ist es von Vorteil, wenn sie das Umfeld des erkrankten Schülers kennenlernen. So ist eine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Heimatschule einfacher und das Kind kann in seiner Gesamtheit besser erfasst werden (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 32).

Bei dem Heimatschulbesuch zur Reintegration soll in erster Linie für Verständnis hinsichtlich der belastenden Zeit, der Nebenwirkungen der Behandlung und der Erhaltungstherapien, die nebenher weiterlaufen, gesorgt werden. Es wird den Mitschüler/innen und Lehrer/innen erklärt, dass immer wieder Kontrolluntersuchungen im Krankenhaus nötig sind und der Gedanke des Rückfalls ein stetiger Begleiter des erkrankten Kindes ist. Dies kann Stimmungs- und Leistungsschwankungen mit sich bringen. Auch wenn dem Kind äußerlich vielleicht nichts anzusehen ist, so ist es dennoch nicht „gesund“. Dem erkrankten Kind sollen zwar Verständnis und Rücksichtnahme entgegengebracht werden, dies aber in einem Rahmen, dass sich das Kind trotzdem als „normal“ behandelt fühlt (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 32).

Der Heimatschulbesuch bei Problemen ergibt sich eigentlich erst einige Zeit nach Abschluss der Therapie oder kommt bei Klassen- oder Schulwechsel zustande. Oftmals reicht ein Besuch der Heilstättenlehrer/in aus, um nochmals Klarheit zu schaffen und nötig Informationen auch zu (Spät-)Folgen an die Klasse und die Lehrerschaft weiterzuleiten (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 33).

Bei der Prognose, dass die Behandlung nicht erfolgsversprechend verlaufen wird, kommt ein Heimatschulbesuch nur noch sehr selten zustande. Je nach Intensität der Kontaktpflege kann es jedoch vorkommen, dass das erkrankte Kind gerne noch einmal seine Klasse und die Lehrperson besuchen möchte. Dieser schwierige Besuch erfordert eine Vorbereitung, die im Idealfall von dem/der Heilstättenlehrer/in und Klassenlehrer/in gemeinsam durchgeführt wird. Unerlässlich ist es dabei, dass das

Kind als „jetzt lebend“ angesehen wird. So können alle Beteiligten gemeinsam neue Hoffnung hervorbringen (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 33).

Im schlimmsten Fall, wenn der Krebs nicht besiegt werden konnte, kommt es zu einem Gespräch mit der Klasse nach dem Tod des Kindes. Es wird versucht, in einer für die Klasse geeigneten Form, die Trauer und Gefühle zum Ausdruck zu bringen. Dabei sollen die Mitschüler/innen spüren, dass die verstorbene Person in den Gedanken weiterlebt. Schön ist es, wenn eine Person aus der Klinik, die dem Kind sehr nahe gestanden ist, diesen „letzten Heimatschulbesuch“ mitgestaltet (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 33).

Für die Durchführung von Heimatschulbesuchen lassen sich folgende Ziele aufstellen. An erster Stelle steht die Kontaktpflege zwischen dem Kind im Krankenhaus und der Heimatschule. Es sollen die wichtigsten Informationen über die Krebserkrankung an das Lehrerteam und die Kinder sowie deren Eltern weitergegeben werden. Dies dient dem Abbau von Ängsten und Vorurteilen und hilft Berührungängste gegenüber dem erkrankten Kind und der Krankheit vorzubeugen. Durch die „Öffnung des Krankenhauses“ und den Besuchen in der Stammklasse wird der/die Schüler/in weiterhin in die Klasse integriert und nicht vergessen. Eine Rückkehr in die Klasse wird so wesentlich einfacher. Außerdem gehört Krankheit und Sterben in den Alltag der Gesellschaft und sollte als Erziehungsauftrag angesehen werden (vgl. Teichert von Lüttichau/Kreutzer/Winkler 2010, S. 3, online).

3.6. Schulische Begleitung bei einem Rezidiv

Mit einem Rezidiv wird das Wiederauftreten (Rückfall) einer Krankheit bezeichnet, zumal die Krankheit eigentlich auf die Behandlung angesprochen hat (vgl. Klingebiel 1995, S. 50f). Durch das Rezidiv stehen dem Kind abermals langwierige Behandlungen bevor. Im Vergleich zum ersten Behandlungsprotokoll ist das so genannte Rezidivprotokoll „(...) noch belastender, mit längeren Klinikaufenthalten verbunden, und der Verlauf noch weniger vorhersehbar (...).“ (Schroeder et al. 1996, S. 46)

Die Gegebenheiten führen bei einigen der Patient/innen dazu, dass sie freiwillig die Klasse wiederholen möchten, da sie die erneute Anstrengung, den Schulstoff während ihrer Behandlung mitzulernen, nicht auf sich nehmen möchten. Oftmals werden durch diesen Entschluss die Kontakte zu den Mitschüler/innen weniger bis ganz abgebrochen. Doch gerade in dieser Situation wäre es für das Kind sehr wichtig, den Kontakt zu halten und die Zukunftsperspektive nicht zu verlieren, auch wenn die

Rückkehr vielleicht nicht in dieselbe Klasse, aber zumindest in die Schule stattfindet. Ohnehin wird der Beschluss für eine mögliche Klassenwiederholung erst bei oder nach der Rückkehr gefasst. Die Patient/innen sollten weiterhin Hausunterricht bekommen, der den Umständen entsprechend angepasst ist und die Kontaktpflege zur Klasse erleichtert. Es gilt auch in dieser Phase zu überlegen, wie die Klasse über den Rückfall informiert werden soll, was das erkrankte Kind überhaupt an die Mitschüler/innen weiterleiten möchte und in welcher Form eine Kontaktpflege möglich ist. Dafür kommt meistens ein erneuter Heimatschulbesuch zustande, bei dem Wünsche und Ängste ihren Platz finden (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 46).

3.7. Unterricht im „Zelt“ bei einer Knochenmarktransplantation

Im Falle einer bösartigen Erkrankung beziehungsweise wenn ein Rezidiv erkannt wird, kann eine Knochenmarktransplantation als mögliche medizinische Behandlung in Betracht gezogen werden. Für viele Patient/innen ist dies die letzte oder einzige Möglichkeit, die Krankheit zu behandeln. Eine Knochenmarktransplantation wird erst dann in Erwägung gezogen, wenn es wirklich keine anderen Therapiemöglichkeiten mehr gibt, die Heilungschancen versprechen. Die Behandlungen bringen nicht nur enorme Belastung mit sich, bei erneutem Auftreten eines Rezidivs oder Komplikationen während der Knochenmarktransplantation bestehen keine Heilungschancen mehr für das Kind (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 94).

Bei einer Knochenmarktransplantation werden hämatopoetische Stammzellen übertragen, um die Blutbildung und das Abwehrsystem auf Dauer und mit voller Funktion wieder aufzubauen. Die hämatopoetischen Stammzellen werden hauptsächlich aus dem Knochenmark gewonnen, daher auch die Bezeichnung der Transplantation. Das Knochenmark wird einer anderen Person (im Idealfall einer Verwandten) entnommen und auf das erkrankte Kind übertragen (vgl. Klingebiel 1995, S. 67f).

Die Behandlung dauert zwischen vier und sechs Wochen, in denen sich das erkrankte Kind im sterilen Raum, dem sogenannten „Zelt“ aufhält. Während dieser Zeit sind die Patient/innen sehr isoliert (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 47). Neben den Mitarbeiter/innen der Klinik dürfen nur die Eltern in das Zelt. Andere Besucher müssen mindestens 14 Jahre alt sein (mit Ausnahme der Geschwister), dürfen das Zelt jedoch nicht betreten, sondern können das Kind durch die Plastikwand sehen und mit ihm reden. Den Patient/innen steht ein eigenes Telefon zur Verfügung, mit dem sie Kontakt zur „Außenwelt“ halten können (vgl. ebd., S. 121). Die Patient/innen durchleben eine belastende Therapie und bangen darum, dass das Knochenmark anwächst und nicht abgestoßen wird. Die Kontaktpflege zur Klasse kann einerseits durch die Isolation und

andererseits durch die unsichere Zukunft erschwert werden. In den meisten Fällen übernehmen die Kliniklehrer/innen den Aufrechterhalt der Kontakte, da ein Unterricht auch während des Aufenthalts im Zelt weiterläuft (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 47). Unterrichtsmaterialien wie Bücher, Spiele oder auch Briefe von den Mitschüler/innen müssen vor dem Zelt steril eingespritzt werden (vgl. ebd., S. 121). Das Zelt wird erst dann geöffnet, wenn die Abwehrkräfte des erkrankten Kindes stabil sind. Der Hausunterricht setzt dann unmittelbar nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein. Ab diesem Zeitpunkt kann das Kind auch wieder Besuch empfangen, wobei *vor Tag 100* nach der Transplantation noch einige Vorsichtsmaßnahmen erforderlich sind, um Infektionen zu vermeiden. Meist ist ein Schulbesuch auch *nach Tag 100* noch nicht gleich möglich. Die Rückkehr in die Schule erfolgt in langsamen Schritten und gelingt nur, wenn dem Kind Sonderrechte eingeräumt werden. Durch einen gemeinsamen Heimatschulbesuch mit dem Klinikteam kann dieser schwierige Wiedereinstieg ein wenig erleichtert werden (vgl. Schroeder et al. 1996, S.47ff).

4. Rolle und Aufgaben von Heilstättenlehrer/innen

Die Arbeit der Pädagog/innen in einer Heilstättenklasse unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht von den Aufgaben einer Lehrperson in einer Regelklasse (vgl. Wienhues 1979, S. 131ff). Je nach Tagesverfassung der Kinder kann ein Unterricht stattfinden oder nicht. Von einer Lehrperson im Krankenhaus wird daher viel Einfühlungsvermögen, Flexibilität, aber auch Kreativität gefordert, um einen der Situation angepassten Lehr- und Lernrahmen zu schaffen. Die Lehrkräfte haben dabei nicht nur die Aufgabe, die Kinder stofflich so gut wie möglich auf dem Stand zu halten, sie sind auch Begleiter/innen durch eine sehr schwere Zeit, die von emotionalen Höhen und Tiefen geprägt ist. Für viele Kinder nimmt die zuständige Lehrperson während des Aufenthalts im Krankenhaus deshalb einen besonderen Stellenwert ein (vgl. Anselmann-Seydler 1988, S. 73f).

Es erklärt sich von selbst, dass ein solcher Unterricht kaum vergleichbar mit einem Unterricht in einer Regelklasse ist.

Das Setting der Heilstättenschule übergibt der Lehrperson einen doppelten Bildungsauftrag, der einerseits schulische und andererseits heilpädagogische Aspekte beinhaltet (vgl. Felmayer 2001, S. 14).

Neben der Vermittlung des Lehrstoffes hat die Lehrperson im Krankenhaus auch die Aufgabe, den Kindern ein Gefühl der Geborgenheit zu geben. Die Kinder kommen in ein ungewohntes Umfeld, weg vom vertrauten Zuhause und haben mit vielen Ängsten

zu kämpfen. Dies bringt mit sich, dass die jungen Patient/innen unter starken emotionalen Belastungen leiden. Die Lehrkräfte versuchen deshalb das Kind in seiner Gesamtheit wahrzunehmen und ihm in dieser schwierigen Zeit zur Seite zu stehen. Dazu zählt beispielsweise die individuelle Gestaltung des Unterrichts. Materialien, Methoden und Dauer der Unterrichtseinheiten werden an die Belastbarkeit der Schüler/innen angepasst. Die Heilstättenlehrer/innen werden für viele Kinder zu einer wichtigen Bezugsperson. Sie werden zu Begleiter/innen durch eine schwere Zeit und versuchen Mut, Hoffnung und ein Stück des gewohnten Alltags an die Kinder zu geben. Auch übernehmen sie die Aufgabe als Bindeglied zwischen Herkunftsschule und Heilstättenschule. Dafür kontaktieren sie die zuständige Lehrperson der Stammschule, um den Leistungsstand festzustellen, den Lehrstoff, Test und Prüfungen zu koordinieren. Überdies hinaus helfen sie den Patient/innen bei der Kontaktpflege zu Familie und Schulkameraden. Zusätzlich zur schulischen Beratung sind Heilstättenlehrer/innen auch Ansprechpersonen für Sorgen und Anliegen der Schüler/innen und Eltern, die über den schulischen Bereich hinausgehen und nehmen wenn nötig Kontakt zu anderen Institutionen auf (z.B. Behörden, Ämter,...). Ziele des Unterrichts sind neben dem Wiedereinstieg in ihre Klasse, den Kindern ein gestärktes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen zu vermitteln. Ihnen trotz ihrer Krankheit und möglicher Folgen ihre Stärken aufzuzeigen und mögliche Ängste zu identifizieren und zu verarbeiten (vgl. Felmayer 2001, S. 14f).

Eine empirische Erhebung³ aus dem Jahr 1988 hat sich mit der Rolle der Lehrperson im Krankenhaus beschäftigt. Es ging dabei darum, das Aufgabenfeld der Lehrer/innen aus der Sicht von Ärzten und Ärztinnen, Schwestern, Pfleger/innen und Therapeuten sowie Therapeutinnen zu beleuchten, da genannte Personen ebenfalls in engem Kontakt mit den Patient/innen stehen. Bei der Befragung ging es primär darum, welche Auswirkungen der Unterricht aus der Sicht oben genannter Personen haben sollte (vgl. Anselmann-Seydler 1988, S. 73).

Die Untersuchung ergab, dass der Unterricht im Krankenhaus nicht ausschließlich der Reintegration der Schüler/innen in ihre Stammschule dient, sondern auch einen hohen therapeutischen Anspruch erfüllt und die Heilung der Kinder positiv beeinflusst. Es wurde auch hier nochmals auf die Doppelrolle der Lehrer/innen verwiesen (vgl. Anselmann-Seydler 1988, S. 73). Der Studie zufolge sollte ein Heilstättenunterricht folgende Ziele erfüllen: das Heben des Selbstwertgefühls durch die Vermittlung von Erfolgserlebnissen, der Abbau von Langeweile, Passivität, Resignation und Regression

³ Anselmann-Seydler, S. (1988): Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus. Funktionsanalyse aus der Sicht der Ärzte, Schwestern/Pfleger, Therapeuten. Eine empirische Studie zum Unterricht kranker Schüler. Konsequenzen für Theorie und Praxis.

sowie der Abbau und die Vermeidung von Schulangst und die Reduzierung von Lerndefiziten. Außerdem sollte die Lehrperson eine Hilfe bei der Diagnose und Therapie sein (vgl. Anselmann-Seydler 1988, S. 19ff).

Das Selbstkonzept und die Bewältigung einer Krankheit sind eng miteinander verbunden. Verfügt das erkrankte Kind über ein positives Selbstkonzept, kann es den Belastungen besser standhalten und diese bewältigen. Hat ein/e Patient/in ein eher negatives Selbstkonzept, wird die Mitarbeit während der Behandlung darunter leiden. Dies kann sich dann auch ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirken. Der Unterricht im Krankenhaus kann dem entgegen wirken, indem das Kind durch Heilstättenlehrer/innen im schulischen Bereich gefördert wird. So können durch die Krankheit bedingte körperliche Entstellungen ausgeglichen werden. Dem Kind werden Stärken in anderen Bereichen aufgezeigt, was zum Wiedergewinn an Selbstvertrauen und Selbstachtung führt (vgl. Schiffermüller 1997, S. 113ff). Auch Schuchardt (1996, S. 40) verweist darauf, dass das Wissen über den Prozess der Krankheitsverarbeitung die Begleitung und Unterstützung seitens der Pädagog/innen vereinfacht wird (vgl. dazu Kapitel 5.1: Das betroffene Kind).

Selbstkonzept, Krankheitsverlauf und Heilstättenlehrer/innen stehen demnach in Korrelation zueinander.

Die Rolle der Lehrperson im Krankenhaus ist bestimmt durch ihre Vielfalt. Dem Unterricht wird von allen Seiten eine große Bedeutung zugeschrieben was auch förderlich auf die Zusammenarbeit zwischen Lehrer/innen und Klinikpersonal auswirkt. „Die Arbeit der Heilstättenlehrer/innen kann somit insgesamt dazu beitragen, dass der Heilungsprozess der Kinder unterstützt und gefördert wird.“ (Felmayer 2001, S. 14)

5. Reaktionen auf die Erkrankung

Kinder mit einem Tumor erhalten während ihrer Behandlung und der Nachsorge eine intensive psychosoziale Betreuung. Der Gedankenschluss, dass mit Beendigung der medizinischen Betreuung auch die psychische Verarbeitung der Krankheit abgeschlossen ist, wäre falsch beziehungsweise kann nicht von den Kindern verlangt werden. Dadurch, dass dies ein sehr langwieriger Prozess ist, muss überlegt werden, in welcher Weise die Klasse und die Lehrer/innen auf die Erkrankung reagieren könnten. Das erkrankte Kind soll bei seiner Rückkehr bestmögliche Unterstützung seitens der Mitschüler/innen und Lehrpersonen erhalten (vgl. Schroeder et al. 1996, S.

55). Um ein gelungenes Miteinander zu ermöglichen, spielen also drei Faktoren bei der Verarbeitung einer Krankheit eine Rolle: „Die *betroffene* Schülerin lernt, mit ihrer Krankheit umzugehen, und die *Klasse* wie auch das *Kollegium* lernen, sich auf die Erkrankung der Mitschülerin einzustellen.“ (Schroeder et al. 1996, S. 55)

5.1. Das betroffene Kind

Das Kind mit einer Krebserkrankung leidet unter extremen psychosozialen Bedingungen. Es wird vom einen auf den nächsten Tag aus seinem vertrauten Umfeld, der Familie, der Schule und seinen Freunden gerissen. Bei vielen Kindern spielt zudem die sensible Phase noch mit hinein, in der es darum geht, sich vom Elternhaus abzulösen und eine eigene Persönlichkeit zu definieren. In der Regel wird diese Phase in langsamen Schritten vollzogen, während die Abgrenzung und Loslösung bei schwer kranken Kindern schlagartig und nicht aus eigenem Willen passiert. Die Patient/innen werden plötzlich mit Themen konfrontiert, über die sie sich zuvor wahrscheinlich keine Gedanken gemacht haben. Krankheit und Schmerz, aber auch das Thema Tod, Entstellung und Verstümmelung werden während der Behandlungen zu stetigen Begleitern. Die Kinder haben in dieser Zeit mit vielen Ängsten zu kämpfen, die sich vorwiegend um die Zukunft drehen. Wie geht es weiter mit der Schule? Werde ich jemals einen Beruf erlernen können? (vgl. Teichert von Lüttichau/Kreutzer/Winkler 2010, S. 2, online).

Wie die Reaktion auf die Nachricht über die Krankheit ausfällt, ist sehr individuell und jedes Kind setzt sich in anderer Art und Weise damit auseinander. Die nahen Angehörigen spielen besonders bei den jüngeren Kindern eine wichtige Rolle. Es gibt

jedoch Unterschiede in der Auseinandersetzung und Reaktion mit der Krankheit hinsichtlich des Alters und des Geschlechts der Patient/innen (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 68).

Die Krankheit, besonders eine lebensbedrohliche Erkrankung, stellt wie das Wort schon sagt, eine Bedrohung für die Betroffenen dar. Sie ist zumeist mit einer existentiellen Krise verbunden. Schroeder et al. (1996, S. 55) weisen darauf hin, dass es in der Fachliteratur



Abbildung 2: Krisen- und Trauerverarbeitungsmodell

eine Vielzahl an Stufen- und Phasenmodelle gibt, die die psychologische Krankheitsverarbeitung darstellen. In ihrem Werk „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ gehen sie genauer auf das Acht-Phasen-Modell von Erika Schuchardt⁴ ein, da das Modell die *Krankheitsverarbeitung als Lernprozess* am besten fasst. Ihren empirisch validierten Untersuchungen liegen Krisenerfahrungen in Verbindung mit Behinderung und schwerer Krankheit zugrunde. Die Verarbeitung einer solchen Krise wird dabei als ein Interaktionsprozess der erkrankten Person und dessen Umfeld angesehen und endet mit einer sozialen Integration oder sozialen Isolation. In Hinblick auf eine schulische Reintegration ist genanntes Modell daher von großer Bedeutung. Der Fokus soll dabei mehr auf der Krisenerfahrung bei Konfrontation mit einer schweren Krankheit liegen, als bei möglichen Bewältigungsaspekten.

Folgende Phasen (aus: Schroeder et al. 1996, S. 56ff) können während einer Krankheitsverarbeitung durchlaufen werden. Schuchardt ordnet die Phasen zwar spiralförmig-fortschreitend an (siehe Abbildung 2), es wird jedoch bei Schroeder et al. explizit darauf verwiesen, dass bei der Konfrontation mit einer Krankheit von einem individuellen Durchlaufen der Phasen ausgegangen werden muss (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 56).

Leugnung (Ungewißheit)

Die Diagnose Krebs kann mit einem Krisenauslöser verglichen werden. Die Nachricht wirft ein zuvor geordnetes Leben komplett über den Haufen. Durch das Unwissen reagieren Betroffene oft panisch und bauen eine Abwehrhaltung gegenüber der Krankheit auf. Sie klammern sich an ihr altes Leben und versuchen alles, um den Auslöser der Krise von sich weg zu schieben. Typische Aussagen dafür wären: „So schlimm ist das sicher nicht! Das ist gewiss ein Irrtum!“

Gewissheit

Trotz der Gewissheit über die Krise versuchen die Betroffenen in dieser Phase noch immer oft die Situation zu leugnen. Diese Leugnung hilft, das Leben trotz dieser unausweichlichen Krise zu meistern. Rational wird die Wahrheit zwar anerkannt, die emotionale Ebene hofft aber darauf, dass sich die Diagnose als Irrtum erweist. Es ist ein ständiges Hin und Her zwischen Ja und Nein.

⁴ Schuchardt, E. (1987): Biographische Erfahrungen und wissenschaftliche Theorie. Soziale Integration Behinderter.

Aggression

In der Phase der Aggression wird der betroffenen Person nach und nach klar, dass die Diagnose kein Irrtum war. Durch das ganzheitliche Wahrhaben der Krise werden nicht steuerbare Gefühlsausbrüche ausgelöst. Dadurch, dass der eigentliche Krisenauslöser nicht fassbar ist, werden die Aggressionen durch Formulierungen wie „Du bist daran schuld! Du hättest etwas tun sollen!“ auf andere Objekte übertragen.

Verhandlung

Es werden unzählige Versuche gestartet, irgendwie aus der momentan aussichtslosen Situation zu entkommen und die Oberhand über die Krise zu gewinnen. Die Betroffenen haben den Glauben, dass sie beispielsweise durch den Wechsel von Ärzten und Ärztinnen, Krankenhäusern und Medikamenten einen Aufschub erzielen können.

Depression

Die Krankheit wird als eigenes Versagen angesehen. Die betroffene Person verliert jeglichen Schimmer an Hoffnung und hat das Gefühl, dass alles verloren ist und es keinen Ausweg mehr gibt. Zudem wird die Empfindung der Sinnlosigkeit des Weitermachens von Gefühlen grenzenloser Traurigkeit begleitet.

Annahme

Annehmen bedeutet hier nicht, dass der Krise zugestimmt wird. Vielmehr wird in dieser Phase vom Betroffenen erkannt, sich der Situation zu stellen.

Aktivität

„Wir lernen neues durch das!“ ist eine Aussage, die die Einstellung der betroffenen Person in dieser Phase gut widerspiegelt. Es wird erkannt, dass es darum geht, aus der Situation die bestmögliche zu machen. Durch das eigene Handeln werden Werte und Normen umstrukturiert und alternative Handlungsmöglichkeiten gefunden.

Solidarität

Die individuellen Eigenheiten verlieren an Bedeutung, das soziale und gesellschaftliche Geschehen wird wichtig und regt zu gemeinsamen Handeln an. Das „wir Handeln“ spiegelt die soziale Integration wieder und deutet auf eine effektive Verarbeitung der Krise hin.

Das Stufenmodell nach Schuchardt (1987) verdeutlicht mögliche Reaktionen eines Kindes auf die Nachricht einer schweren Erkrankung. Schuchardt (1996, S.41) schreibt dazu, „daß der Lernprozeß Krisenverarbeitung unabhängig von der Art der Krise von jedem Betroffenen durchlebt werden muß, wenn er soziale Integration erreichen will.“ Das bedeutet auch, dass durch das Verständnis der genannten Stufen die Wahrscheinlichkeit auf eine soziale Reintegration größer ist, als wenn dieses Wissen ausbleibt. Einzelne Aspekte der Krisenerfahrung können besser verstanden werden, was eine passende Reaktion und mögliche Unterstützungsmaßnahmen seitens des Umfelds mit sich bringen. Besonders hilfreich kann dieses Wissen auch für die betroffenen Lehrpersonen des Kindes sein (vgl. Schuchardt 1996, S.40).

Das angeführte Krisenverarbeitungsmodell kann in Hinblick auf eine Krebserkrankung nicht nur in Verbindung mit der Nachricht über die Krankheit herangezogen werden, sondern ebenfalls bei dem Umgang mit Trauer und Tod, wenn keine Heilungschancen mehr bestehen sollten (vgl. dazu Kapitel 9.2: Wenn keine Heilung mehr möglich ist) (vgl. ebd.). Das heißt, ein krebskrankes Kind kann die Phasen der Krisenverarbeitung während seiner Erkrankung gegebenenfalls auch öfters durchlaufen. Gerade auch dann, wenn nach der Ersterkrankung beispielsweise ein Rezidiv auftritt und das Kind die Nachricht erneut verarbeiten muss.

5.2. Die Klasse

Wird einer Klasse mitgeteilt, dass ein/e Mitschüler/in an Krebs erkrankt ist, treten unterschiedliche Reaktionsweisen hervor. Schroeder et al. (1996, S. 62ff) haben einen Heimatschulbesuch dokumentiert, bei dem die Mitschüler/innen über die Krankheit informiert wurden. Aus den Aufsätzen, was die Schüler/innen bei der Übermittlung der Nachricht gedacht haben, konnten verschiedene Reaktionsweisen abgeleitet werden.

Deutlich wird, dass die Kinder versuchen, eine Balance zwischen *Betroffenheit* und *Hoffnung* zu finden. Neben diesen Gefühlsschwankungen spielt auch die Furcht, um die eigene Gesundheit eine große Rolle. So formuliert ein Kind in seinem Aufsatz folgendermaßen: „Ich hab gedacht, mich trifft der Schlag, als ich gehört habe, dass Nilgün Leukämie hat. Aber gedacht habe ich, hoffentlich krieg ich die Krankheit nicht. Doch wünschen tue ich es ihr schon, dass sie wieder gesund wird.“ (ebd., S. 62)

Der Auszug zeigt auf, dass die Kinder nicht nur Angst um sich selbst, sondern auch Angst um das erkrankte Kind haben. Es herrscht ein Spannungsverhältnis zwischen der eigenen Person und dem/der Mitschüler/in. Neben diesen vielschichten *Ängsten* können auch *Schuldgefühle* in den Mitschüler/innen hochkommen, weil sie beispielsweise in der Vergangenheit einmal mit dem erkrankten Kind gestritten haben.

Andere Kinder hingegen setzten sich damit auseinander, wie sie in der Situation am besten helfen könnten und was daraus gelernt werden kann. Eine typische Reaktion von Schüler/innen ist es auch, an *Erfahrungen* anzuknüpfen, die sie bereits mit einer anderen Krebserkrankung gemacht haben. Sie versuchen die Situationen zu vergleichen und Parallelen zu ziehen, wodurch es je nach dem zu *Optimismus* oder *Verzweiflung* und *Panik* führen kann (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 65ff).

5.3. Das Kollegium

Neben der Aufklärung der Mitschüler/innen des erkrankten Kindes ist es auch wichtig, das Lehrerkollegium zu informieren, um mögliche Bedenken und Ängste zur Sprache zu bringen (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 59).

Ein Gespräch mit dem Krankenhauspersonal kann die Ängste der Lehrer/innen nicht beseitigen, sie aber anregen, sich intensiv mit der Krankheit zu beschäftigen. Es ist wichtig, dass der/die Klassenlehrer/in nicht alleine dasteht, sondern sich das ganze Kollegium damit auseinandersetzt und sich so gegenseitig Unterstützung geboten werden kann. Lehrerkolleg/innen können bei überstürzten Handlungen und Panik entlastend wirken, aber auch hilfreiche Hinweise im Falle einer problematischen Entwicklung seitens der Klassenlehrerin/des Klassenlehrers geben. Trotz der Erkrankung eines Kindes ist es wichtig, den Überblick über die ganze Klasse zu wahren. Das heißt, die Erkrankung des Einzelnen darf auf der einen Seite nicht verdrängt, auf der anderen Seite aber auch nicht zu hohe Gewichtung bekommen. Manche Lehrpersonen verwenden die Erkrankung einer Schülerin/eines Schülers auch als Projektionsfläche ihrer pädagogischen Wunschvorstellungen. Ein Beispiel hierfür wäre, wenn die Lehrperson das erkrankte Kind nie im Krankenhaus oder daheim besucht. Das tut dem betroffenen Kind weh. Eine übertriebene Kontaktpflege oder gar „Bemutterung“ ist aber auch zu viel. Um die richtige Balance zu finden ist es oft einfacher, wenn man unterstützende Kolleg/innen im Hintergrund hat (Schroeder et al. 1996, S. 60f).

6. Kontaktpflege während der Abwesenheit

Besonders bei langatmigen Therapien ist die Kontaktpflege zwischen Mitschüler/innen, Lehrer/innen und dem erkrankten Kind sehr wichtig. Was meist mit guten Vorsätzen beginnt, ebbt von Zeit zu Zeit aber leider immer mehr ab. Lehrer/innen und Mitschüler/innen melden sich seltener, wodurch auch Freundschaften auseinander

gehen können. Eine Erkrankung kann zu veränderten Kontakten führen, was die Problematik mit sich bringt, dass teilweise auch unvorhersehbare Kontaktabbrüche stattfinden, was wiederum eine Enttäuschung für das erkrankte Kind ist (vgl. Schiffermüller 1997, S. 120). Es lässt sich beobachten, dass sich ein Wechsel der Klassenlehrerin/des Klassenlehrers oder gar der Klasse selbst nicht besonders positiv auf die Kontaktpflege auswirkt. Für die erkrankten Kinder ist das nicht immer einfach. Die Kontakte können auch dann abbrechen, wenn zu Beginn ein Heimatschulbesuch organisiert wurde. Oftmals hilft ein weiterer Besuch der Patientin/des Patienten in der Stammschule, um den Mitschüler/innen über die Situation des Kindes zu berichten und ihnen die Wichtigkeit und Bedeutung der Briefe, Telefonate und Besuche aufzuzeigen. Trotz allem können Heimatschulbesuche die nicht vorhandenen Kontakte auch nicht herbeizaubern. Hat das erkrankte Kind schon vor Behandlungsbeginn Probleme Kontakte zu knüpfen, werden diese auch während der Abwesenheit nicht von selbst kommen. Zudem bedeutet der Faktor Krankheit eine weitere Hemmschwelle, die überwunden werden muss. Oftmals haben Mitschüler/innen Angst, das erkrankte Kind zu besuchen, wobei dies bei Kindern weniger als bei Jugendlichen zu beobachten ist (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 41f). Schiffermüller (1997, S. 121) sieht die Kontaktpflege als „das zentrale pädagogische Problem“ in der Thematik des Heilstättenunterrichts an.

7. Entlassung aus dem Krankenhaus

Die Entlassung aus dem Krankenhaus wird sowohl von den erkrankten Kindern als auch deren Eltern mit Freude erwartet. Die Rückkehr nach Hause kann mit der Erreichung einer vorläufigen Zielsetzung gleichgesetzt werden, da in den meisten Fällen auch das baldige Gesundwerden mit einhergeht. Die Wiedereingliederung zu Hause, in Folge dann auch in die Schule, verläuft nicht immer so, wie sich das die Betroffenen vorgestellt haben. Die Erkrankung, die damit verbundenen Behandlungen und der zum Teil sehr lange Krankenhausaufenthalt, der mit der Trennung vom Elternhaus und dem gewohnten Umfeld in Verbindung stehen, prägen das Kind und die Eltern. Eine solch schwere Krankheit wird nicht besiegt, ohne Spuren zu hinterlassen. Es kann also auch nicht davon ausgegangen werden, dass bei der Rückkehr nach Hause auf Anhieb alles wieder so ist, wie es früher einmal war. Das Kind hat durch die Erkrankung einen Sonderstatus erhalten, der nach und nach wieder abgebaut werden muss. Die Konfrontation mit Alltagsproblemen und die langsame Normalisierung des Tagesrhythmus können auf beiden Seiten auf Probleme stoßen.

Es ist deshalb wichtig, dass das Kind schrittweise wieder an den Alltag und den Rhythmus der Familie angepasst wird. Dabei sollte ein passendes Maß gefunden werden, damit das Kind einerseits nicht überfordert, andererseits aber auch nicht unterfordert wird. Neben der Über- und Unterforderung des Kindes tendieren Eltern teilweise auch zu einer überhütenden Erziehungshaltung. Aus dieser Überhütung können sowohl Mutlosigkeit als auch Aggressionen seitens der Patient/innen resultieren. Außerdem tendieren Kinder in dieser Phase zu regressivem Verhalten. Dies kann sich beispielsweise in einer erneuten Trotzphase ausdrücken (vgl. Wienhues 1983, S.118ff).

Die Entlassung aus dem Krankenhaus bedeutet nicht, dass das Kind frei von allen Untersuchungen ist. Ehemalige Patient/innen der Onkologie haben noch lange Zeit nach ihrer Entlassung Nachbehandlungen und werden psychologisch betreut. Ein Kontrollgang ins Krankenhaus bringt immer wieder eine neue Belastung mit sich. Entwickelt sich das Kind jedoch gut und stimmen alle Werte, werden die Befürchtungen auf einen Rückfall (zumindest für gewisse Zeit) einmal beseitigt (vgl. Kienesberger 2013, S. 17ff).

8. Rückkehr in die Schule

Trotz des Wissens über die Bedeutung von Heimatschulbesuchen können diese nicht in allen Fällen verwirklicht werden. Es ist wichtig, dass immer, egal ob ein Heimatschulbesuch während der Behandlung und/oder kurz vor der Rückkehr in die Schule stattgefunden hat oder nicht, mit der Klasse über die Erkrankung gesprochen wird und diese aufklärende Informationen erhalten. Denn prinzipiell freut sich das erkrankte Kind auf die Rückkehr in die Schule. Die Freude wird aber immer wieder von der Angst der Reaktionen der Mitschüler/innen getrübt, wodurch oft eine Unsicherheit entsteht. Wie reagieren die anderen Kinder auf das veränderte Körperbild? Starren sie auf die fehlenden Haare? Werden peinliche Fragen gestellt? (vgl. Schiffermüller 1997, S. 121f).

Für die erkrankten Schüler/innen können kleinste unüberlegte Bemerkungen oder Handlungen der Klassenkamerad/innen kränkend sein. Auch wenn das krebserkrankte Kind äußerlich vielleicht noch nicht wieder „ganz das Alte“ ist, möchte es dennoch nicht immer mit dem Stempel „Krebserkrankte/r“ herumlaufen, sondern die Person in der Klasse sein, die es vor der Erkrankung war. Es ist ihnen wichtig, dass sie wieder (offiziell) Teil der Klasse werden und normal mit ihnen umgegangen wird. Zudem ist es für die meisten (ehemaligen) Patient/innen kein Problem, wenn sie offen auf ihre

Krankheit angesprochen werden. Sie sind schließlich die Expert/innen auf diesem Gebiet und geben ihren Mitschüler/innen gerne Antworten auf deren Fragen. Durch vorab geführte, aufklärende Gespräche und regelmäßige Informationen an die Mitschüler/innen können unangemessene Reaktionen vermieden werden (vgl. Schiffermüller 1997, S. 121f).

Auch in Hinblick auf den schulischen Bereich spielt die Thematik der Überbeziehungsweise Unterforderung eine zentrale Rolle. Die Kinder sind zwar nicht mehr krank, aber bringen teilweise folgenschwere Beeinträchtigungen aufgrund der Behandlungen mit (vgl. Wienhues 1983, S. 123). Besonders Schüler/innen, die an einem Hirntumor erkrankt sind, leiden unter den Folgen der Behandlungen und haben teilweise massive Probleme im Schulalltag (vgl. Kienesberger 2013, S. 17).

Die Klinik- und Hauslehrer/innen geben ihr bestes, um die Kinder schulisch auf dem Laufenden zu halten, damit ein Anschluss und Wiedereinstieg in die Klasse möglich ist. Trotz aller Bemühungen kann aufgrund der teilweise sehr langen Therapiezeit und dem schlechten gesundheitlichen Zustand der Patient/innen der Wiedereinstieg in die Stammklasse nicht gewährleistet werden. Bei zu vielen Versäumnissen wird dem erkrankten Kind und dessen Eltern dazu geraten, die Klasse freiwillig zu wiederholen. Auch im Falle einer Klassenwiederholung sollten die „neuen“ Mitschüler/innen und Lehrkräfte über die Krankheit und mögliche Schwierigkeiten informiert werden (vgl. Häcker 1995, S. 202f).

8.1. Folgen der Krankheit

Kinder und Jugendliche mit einem Tumor haben im Verlauf der Erkrankung, Behandlung und teilweise sogar noch Jahre danach mit einer Vielzahl an Belastungen und Herausforderungen umzugehen. Trotz den fortschreitenden Möglichkeiten seitens der Medizin kämpft ein großer Teil der Erkrankten mit (Spät-)Folgen, die mit der Erkrankung selbst, aber auch den Behandlungen in Verbindung stehen. Es gilt daher, die richtige Balance zwischen einer effektiven medizinischen Behandlung und möglichst geringen Spätfolgen zu finden (vgl. Leiss 2014, S. 300f).

(Spät-)Folgen eines kindlichen Hirntumors und dessen Behandlung können sich auf den kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich auswirken (vgl. Leiss et al. 2014, S. 14).

„Neuroendokrinologische Funktionsstörungen, Hördefizite und insbesondere Veränderungen von Teilbereichen der kognitiven Leistungsfähigkeit, der motorischen Funktionen sowie des Erlebens und Verhaltens der Kinder und Jugendlichen sind mögliche (Spät-)Folgen einer Hirntumorerkrankung.“ (Leiss 2014, S. 301)

Hirntumor ist nicht gleich Hirntumor. Aufgrund dessen werden auch individuelle Behandlungsprotokolle erstellt. Die Unterschiedlichkeit des Tumors bringt mit sich, dass auch die Folgen von Kind zu Kind variieren (vgl. Leiss et al. 2014, S. 14). Das heißt, auf welche Art und mit welcher Ausprägung sich (Spät-)Folgen zeigen, hängt von vielen Faktoren ab. Genauso ist der Zeitpunkt des Auftretens immer unterschiedlich. Als maßgebliche Einflussfaktoren für Spätfolgen werden „Tumortyp, Lokalisation, Behandlungsart und Behandlungskomplikationen“ gesehen. Zudem können das Geschlecht und das Alter der Patient/innen zum Zeitpunkt der Behandlung, die vergangene Zeit seit der Behandlung sowie die frühzeitige Förderung und Rehabilitation das Vorliegen oder Ausbleiben von Spätfolgen beeinflussen (vgl. Leiss 2014, S. 301). Leiss (2014, S. 302) merkt zudem an, dass eine weitere Schwierigkeit der Spätfolgen darin liegt, dass sie bei manchen der Betroffenen in isolierter Form auftreten, bei anderen kumulativ beziehungsweise sich gegenseitig beeinflussen. Durch das Auftreten von Spätfolgen müssen die Kinder und Jugendlichen sowie deren Familien oft mit Hürden im Alltag, der Schule und Beruf rechnen. Aufgrund der Langwierigkeit der Spätfolgen werden ehemalige Patient/innen durch spezifische Nachsorgekonzepte auf ihrem Weg begleitet und unterstützt (vgl. Leiss 2014, S. 302).

Im folgenden Abschnitt werden konkrete Spätfolgen eines kindlichen Hirntumors dargestellt, die im Unterricht sichtbar werden und sich auf den schulischen Bereich auswirken. Es wird an dieser Stelle nochmals angemerkt, dass natürlich nie alle Spätfolgen bei einer einzelnen Hirntumorpatientin/einem einzelnen Hirntumorpatienten auftreten, sondern dies von Patient/in zu Patient/in variiert.

Reduzierte Belastbarkeit/Chronische Erschöpfung

Die reduzierte Belastbarkeit und chronische Erschöpfung können sich in unterschiedlicher Weise im Schulalltag zeigen. Schüler/innen mit einer Krebserkrankung können unter starker Müdigkeit und Erschöpfung leiden, die sich im Laufe eines Schultages steigern. Diese kann sich auch in einem verlangsamten Arbeitsstil und Beeinträchtigung der Konzentration sowie Merkschwierigkeit zeigen. Sie können antriebslos, verwirrt und leicht reizbar sein. Zudem kann ein Kind, das vor der Erkrankung sehr offen und aktiv mit seinen Klassenkamerad/innen war, nun den Umgang und die Interaktion mit Mitschüler/innen meiden. Oft bevorzugen sie in den Pausen ein ruhiges Umfeld, um sich aufgrund der Erschöpfung ausruhen zu können (vgl. Leiss et al. 2014, S. 15).

Einschränkung der Verarbeitungsgeschwindigkeit

Eine mögliche Einschränkung der Verarbeitungsgeschwindigkeit wirkt sich auf das Arbeitstempo des Kindes aus. Durch die Verlangsamung erscheinen die Betroffenen als unmotiviert, faul, unaufmerksam oder „langsam im Begriff“ (vgl. Leiss et al. 2014, S. 16).

Einschränkung der Aufmerksamkeit und der Konzentration

Besonders während dem Unterricht ist die Einschränkung im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration eine große Schwierigkeit. Die Einschränkungen können in Form von Tagträumen, Abschweifen, schneller Ablenkbarkeit und kurzer Phasen der Aufmerksamkeit auftreten. Zudem kann das Kind durch zu viele Reize beziehungsweise bei mehreren Reizen zur selben Zeit überfordert sein (vgl. Leiss et al. 2014, S. 17).

Einschränkung der Lern- und Merkfähigkeit

Betroffene Schüler/innen können durch die Einschränkung der Lern- und Merkfähigkeit immer wieder Schwierigkeiten damit haben, sich an Sachen zu erinnern oder gewisse Informationen abzurufen. Dies kann sogar bei Routineabläufen der Fall sein. Ein häufiges Nachfragen erklärt sich durch die Einschränkungen von selbst (vgl. Leiss et al. 2014, S. 18f).

Einschränkung der Organisations- und Planungsfähigkeit sowie der Flexibilität im Denken

Arbeitet das erkrankte Kind sehr unstrukturiert und ziellos, kann das mit Einschränkungen im Bereich der Organisation oder auch der Flexibilität im Denken zusammenhängen. Die chaotische Arbeitsweise bringt einige Schwierigkeiten mit sich, die den Unterricht für das Kind erheblich erschweren können. So kann es beispielsweise nur schwer wichtige von unwichtigen Informationen unterscheiden, Fehler erkennen und ausbessern oder eine Aufgabenstellung in mehrere Arbeitsschritte gliedern, um einfacher zur Lösung zu gelangen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 20f).

Einschränkungen der visuell-räumlichen Wahrnehmung

Die Begrenztheit der visuell-räumlichen Wahrnehmung ruft Probleme beim Abschreiben von der Tafel und anderen Vorlagen, dem Erkennen von Figuren und Bildern als Gesamtfigur und der Wahrnehmung von Einzelteilen, ebenso wie bei der Anfertigung altersentsprechender Zeichnungen oder Werkstücken hervor. Die visuell-

räumliche Wahrnehmung ist vor allem wichtig für das Lesen und Schreiben (vgl. Leiss et al. 2014, S. 22f).

Hörbeeinträchtigung

Eine durch die Krankheit und Behandlung hervorgerufene Hörbeeinträchtigung kann sich nicht nur in Form von Überhören und schlechtem Verstehen, häufigem Nachfragen und Auffälligkeiten in der Aussprache äußern, sondern lässt das Kind oft auch anders wirken. Die Betroffenen können unaufmerksam und abwesend oder auch zurückgezogen und aggressiv erscheinen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 24).

Sehbeeinträchtigung

Eine Sehbeeinträchtigung spiegelt sich in erster Linie beim Lesen wieder. Das Lesetempo wird langsamer und die Schüler/innen wirken sehr angestrengt. Vor allem bedeutet das Ablesen von weit entfernten Dingen eine zusätzliche Schwierigkeit. Oft beklagen sich die Kinder über Kopfschmerzen, die durch die enorme Anstrengung verursacht werden können (vgl. Leiss et al. 2014, S. 25).

Sprachschwierigkeiten

Unter Sprachschwierigkeiten fallen sowohl Probleme der Artikulation als auch Schwierigkeiten in der Wortfindung und Verständnisschwierigkeiten (vgl. Leiss et al. 2014, S. 26).

Einschränkung der Grob- und Feinmotorik

Die Grobmotorik beinhaltet die Bewegungen der Muskeln, welche sich auf das Stehen, Gehen und Laufen auswirken. Das Kind geht langsamer, stolpert oft, hat Gleichgewichts- und Koordinationsprobleme. Dies lässt sich besonders im Sportunterricht erkennen. Die Feinmotorik hingegen wirkt sich auf die Bewegungen der Finger, Zehen und des Gesichts aus. Schwierigkeiten können sich dadurch beim Schreiben, Zeichnen, Handarbeiten, Werken und bei praktischen Alltagshandlungen wie Schuhe binden, Jacke zuknöpfen,... zeigen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 27f).

Emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten

Eine Krebserkrankung kann nicht nur kognitive Kompetenzen, sondern das Kind auch in emotionaler Hinsicht verändern. Es kann sogar sein, dass Tätigkeiten, die früher gerne gemacht wurden, nun nur noch gezwungenermaßen durchgeführt werden. Die emotionalen Schwierigkeiten bringen mit sich, dass die Schüler/innen teilweise gereizt,

frustriert und dennoch sehr sensibel sind, lustlos an einer Sache arbeiten und geringes Vertrauen in sich selbst haben (vgl. Leiss et al. 2014, S. 29).

Unsichere soziale Kompetenzen

Die unsicheren sozialen Kompetenzen lassen sich in erster Linie im Umgang mit den Mitschüler/innen erkennen. Dem betroffenen Kind kann es schwer fallen, neue Freunde zu finden und den Kontakt aufrechtzuerhalten. Viele haben Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen und können es besser mit Erwachsenen, was eigentlich nicht ihrem Alter entspricht. Unter unsichere soziale Kompetenzen fallen auch Schwierigkeiten der Kommunikation wie zum Beispiel die richtige Interpretation von Hinweisen oder das Verstehen einer abstrakten Sprache (Witze) (vgl. Leiss et al. 2014, S. 30).

Es wird deutlich, dass sich Spätfolgen im schulischen Kontext auf mehreren Ebenen erkennen lassen. Aufgrund der Vielzahl an möglichen Herausforderungen, die sich teils unmittelbar auf schulische Fertigkeiten auswirken, erklärt sich von selbst, weshalb einige der an Hirntumor erkrankten Schüler/innen die Klasse wiederholen. Außerdem weisen Betroffene mit Blick auf die erreichten Schulabschlüsse einen schlechteren Ausbildungsstand auf. Besonders Hirntumorpatient/innen haben im Vergleich zu anderen Krebspatient/innen mit den Auswirkungen der Spätfolgen zu kämpfen (vgl. Leiss 2014, S. 303).

8.1.1. Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Lehrperson

Die Prognose und der Verlauf von Tumorpatient/innen sind sehr unterschiedlich. Die Patient/innen werden nach einem individuellen Behandlungsplan betreut, was sich auch auf die Schule auswirkt. Es gibt keinen fixen Plan, wann die erkrankten Kinder wieder am Unterricht teilnehmen können beziehungsweise dürfen. Schüler/innen mit einem Hirntumor sind beispielsweise lange nicht so isoliert als Kinder mit anderen Krebserkrankungen. Bei passenden Blutwerten ist es für sie sogar möglich, dass sie nach Hause und somit auch in die Schule dürfen. Jedoch leiden viele Hirntumorerkrankten an den Spätfolgen der Behandlungen (Bestrahlung). Das heißt, „so individuell wie mögliche Spätfolgen sein können, müssen daher auch die Unterstützungsmöglichkeiten sein!“ (Leiss et al. 2014, S. 2)

Die Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe hat eine Informationsbroschüre⁵ für Lehrer/innen zusammengestellt, die mit der schulischen Integration von Kindern und Jugendlichen mit einem Hirntumor konfrontiert werden.

Die folgend dargestellten allgemeinen und speziellen Unterstützungsmöglichkeiten entstammen aus genanntem Folder.

8.1.2. Allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten

Ermutigen und Stärken fördern

Durch die Erkrankung an einem Tumor können die betroffenen Kinder und Jugendlichen die Erfahrung machen, dass sie gewisse Dinge, die vor der Erkrankung ohne Mühe funktioniert haben, nun nicht mehr oder nur mehr mit viel Mühe und Aufwand gelingen. Diese Einschränkungen lassen die Kinder verunsichern und ihre Belastbarkeit schwindet.

Lehrpersonen müssen in solchen Situationen viel Geduld zeigen, die Kinder loben und ermutigen weiterzumachen. Wichtig ist, den Fokus auf die Stärken des Kindes zu legen und auf diesen aufzubauen. Die Einschränkungen dürfen dabei nicht im Vordergrund stehen. Trotzdem ist es wichtig, auch die Schwächen im Blick zu behalten, um passende Unterstützungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Das Kompensieren und Verbergen von Schwachpunkten wäre nicht zielführend (vgl. Leiss et al. 2014, S. 5).

Personelle Unterstützungsmöglichkeiten

Die folgenden personellen Unterstützungsmöglichkeiten können nicht für jedes Kind in Anspruch genommen werden. Ob ein Bedarf besteht, muss von psychologischer/ärztlicher Seite bestätigt werden. Zu individuellen personellen Unterstützungsmaßnahmen zählen beispielsweise Stützlehrer/innen, Lernbegleitung, Sprachheillehrer/innen, mobiles Motorik-Team, Förderlehrer/innen (nur in VS; Förderung von Begabungen), Begleitlehrer/innen (Förderung von Kindern mit anderen Erstsprachen),... Zusätzlich zu diesen individuellen personellen Unterstützungsmöglichkeiten gilt auch ein Förderkurs als hilfreiche Maßnahme. Kann ein Kind für mindestens sechs Monaten nicht regelmäßig zur Schule gehen, wird ihm Hausunterricht erteilt. Dieser wird entweder durch eine Lehrkraft der Heilstättenschule (Wien) oder durch eine Lehrperson der Stammschule erteilt (vgl. Leiss et al. 2014, S. 6).

⁵ FIT für die Schule: Fair – Integriert – Transparent

Beurteilung

Bei der Beurteilung der erbrachten Leistung gilt es die Fehlzeit des erkrankten Kindes zu berücksichtigen. Das heißt, dass bei Schularbeiten und Tests der Lehrstoff eingegrenzt wird. Zudem besteht die Möglichkeit, die Leistung der Schüler/innen nicht nur durch Schularbeiten abzufragen, sondern eventuell auch mündlichen Arbeiten, Hausaufgaben und ähnliches mehr Gewichtung zuzusprechen und mit in die Beurteilung einfließen zu lassen. Die Lehrpersonen können überdies hinaus auch Prüfungen auf andere Termine verlegen, damit das Kind die Chance hat, sie zu absolvieren und zu bestehen. Zudem sollten Kriterien wie beispielsweise die äußere Form immer unter der Berücksichtigung der Beeinträchtigung bewertet werden. Je nach Schultyp ist es möglich, dass die Benotung in bestimmten Lernbereichen verschoben beziehungsweise auf einen späteren Zeitpunkt versetzt wird. Der Großteil der Kinder mit einem Hirntumor benötigt mehr Zeit, um eine schulische Aufgabe zu lösen. Gründe dafür sind durch die Behandlung resultierende Verlangsamung, Sehbeeinträchtigung sowie Lese- und Rechtschreibstörung. Ihnen ist es eine große Hilfe, wenn keine strikten Arbeits- beziehungsweise Abgabezeiten bei Schularbeiten, Prüfungen und Tests vorgegeben werden. Je nach Folge der Krankheit müssen individuelle Prüfungsformen zur Verfügung gestellt werden. So ist ein hörbeeinträchtigtes Kind froh darüber, wenn eine schriftliche Arbeit mehr Gewichtung erhält als eine mündliche. Ein Kind mit einer Sehbehinderung profitiert aus umgekehrter Form (vgl. Leiss et al. 2014, S. 7f).

Abweichung vom Lehrplan

Hirntumorkinder, die aufgrund der Behandlungen eine Körper- und/oder Sinnesbehinderung haben, können nach Abschluss der 4. Klasse Volksschule oder nach dem Besuch einer nach dem Volksschullehrplan geführten Sonderschule in eine Hauptschule (gilt entsprechend auch für NMS, AHS, BMS, BHS, PL bzw. FMS) übertreten. Grundsätzlich sind Abweichungen vom Lehrplan möglich, was es vereinfacht, die vorliegende Behinderung und Förderungsmaßnahmen zu berücksichtigen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 9).

Befreiung vom Unterricht

Mit einer ärztlichen Bestätigung kann das erkrankte Kind von der Teilnahme an einzelnen Pflichtgegenständen befreit werden. Dies betrifft Unterrichtsgegenstände wie Sport, Bildnerische Erziehung, Musikerziehung und Werken. Das ärztliche Zeugnis kann einerseits aufgrund des Gesundheitszustandes des Kindes ausgestellt werden, andererseits müssen Schüler/innen ab der 5. Schulstufe mit Körper- und

Sinnesbeeinträchtigungen, bei denen ein sonderpädagogischen Förderbedarf vorliegt, ebenfalls nicht an allen Pflichtgegenständen teilnehmen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 10).

Arbeitsplatz, Arbeitsmaterialien und Lernunterlagen

Je nach Einschränkung wird der Arbeitsplatz für das erkrankte Kind ausgewählt. Lässt sich ein/e Schüler/in beispielsweise leicht ablenken, wird versucht, dem Kind einen eigenen Sitzplatz (Schulbank) zuzuweisen oder bei einer Sehbeeinträchtigung wird ein Platz weit vorne ausgewählt. Außerdem können spezielle Arbeitsmittel zusätzliche Hilfen darstellen. Durch die Verwendung von Laptops, Diktiergeräten, Rechtschreibprogrammen, Wörterbüchern bei Schularbeiten und Tests sowie Taschenrechnern können Kinder mit einem Hirntumor im Schulalltag unterstützt werden. Es kann auch schon ausreichend sein, wenn dem erkrankten Kind gestattet wird, das Tafelbild abzufotografieren, damit es nicht alles abschreiben muss. Zusätzliche Schreib- und Lesehilfen und spezielle Arbeitsmaterialien (mit größerem Schriftbild und Linien,...) bieten weitere Hilfestellungen. Unumgänglich erscheint die Bereitstellung von Informationen und Lernunterlagen, gerade auch während der Abwesenheit der Schüler/innen (vgl. Leiss et al. 2014, S. 11).

Variation von Aufgabenstellungen

Mit Hilfe von Differenzierungen und individuell gestalteten Aufgabenstellungen können Arbeitsblätter, Prüfungsbögen und Hausaufgaben eingeschränkt werden. Oft reicht es aus, wenn der wichtige Lernstoff fokussiert wird. Hat das Kind einen Rechengvorgang verstanden, reicht es beispielsweise aus, wenn es von dieser Rechensorte nur die Hälfte der vorgesehenen Übungsaufgaben macht. Verständnishilfen und zusätzliche Erläuterungen in Form von Worterklärungen oder genauen Step-by-Step-Anweisungen unterstützen den Arbeitsprozess (vgl. Leiss et al. 2014, S. 12).

Pausengestaltung

Für ein krebskrankes Kind kann ein Tag in der Schule enorm belastend sein. Es benötigt immer wieder Pausen auch während der Unterrichtszeit. Auch während den offiziellen Pausen ist es gut, wenn es Rückzugsmöglichkeiten für das Kind gibt (vgl. Leiss et al. 2014, S. 13).

Vernetzung und Kontakt

Ein ständiger Informationsaustausch mit dem Lehrerkollegium schafft Aufklärung und hält alle auf dem aktuellen Stand der Bedürfnisse der erkrankten Schüler/innen. Mit Zustimmung der Eltern kann auch der Kontakt zwischen der Lehrperson und dem

Klinikteam bestehen, um Informationen auszutauschen und bei eventuellen Schwierigkeiten eine Ansprechperson zu haben (vgl. Leiss et al. 2014, S. 13).

Es ist erklärt sich von selbst, dass eine Lehrperson nicht alle Unterstützungsmöglichkeiten umsetzen kann.

8.2. Pädagogische Nachsorge

Kinder mit einem Hirntumor werden während ihrer Behandlung und auch noch eine gewisse Zeit danach von Stations- und Hauslehrer/innen im schulischen Bereich unterstützt. Die Inanspruchnahme dieser Unterstützungsmaßnahmen endet in der Regel mit der Wiedereingliederung in die Schule. Bei manchen Patient/innen zeigen sich Folgen, ausgelöst durch Krankheit und Therapie erst Jahre später. Früher waren Kinder und Jugendliche, die an schulischen Problemen und Spätfolgen der Erkrankung litten eher eine Seltenheit. Durch die gestiegenen Überlebensraten wird diese Gruppe immer größer. Dies führte dazu, dass es in Wien nun seit dem Schuljahr 2011/2012 eine eigene Reintegrationslehrerin (Andrea Kutschera) für Patient/innen gibt, die mehrere Jahre nach der Erstdiagnose mit Problemen zu kämpfen haben. Auch sie übernimmt, ähnlich wie die Stations- und Hauslehrer/innen, den Austausch zwischen der betroffenen Familie, der Klinik und der Schule. Die Gründe für das späte Auftreten der Probleme können unterschiedlich verortete werden. Es kann sein, dass die Patient/innen schon viel früher auftretende Probleme bemerken, es aber lange dauert, bis sie um Hilfe bitten. Bei anderen kommen die Beeinträchtigungen wirklich erst später zu Tage oder sie werden erst durch neue Anforderungen (gerade im schulischen Bereich) relevant (vgl. Schwarcz 2013, S. 3ff). „Je länger die Intensivphase der Erkrankung zurückliegt, desto schwieriger und komplexer kann unter Umständen die Situation werden, da die direkte Verbindung zur Erkrankung nicht mehr so klar erscheint.“ (Leiss 2014, S. 303f)

Kutschera berichtet in einem Interview dazu:

„Viele erwarten in der Nachsorge ihrer Erkrankung gar nicht, dass es jemanden gibt, der sich um die schulischen Probleme kümmert. Manche sind auch zunächst einmal schüchtern und sagen, dass sie auch alleine gut zurecht kämen. Oft ist es erst der zweite oder dritte Anlauf, bei dem sie sich dann getrauen, Hilfe in Anspruch zu nehmen.“ (Schwarcz 2013, S. 7)

Die Spätfolgen können sich in denselben Bereichen, wie die der oben genannten Folgen, zeigen. Darunter fallen unter anderem Schwierigkeiten in Körperbewegung,

Körpergefühl, Lesen, Sprechen, Sprachverständnis, Sehen, Hören, Gleichgewicht und Riechen.

Eine Reintegrationslehrer/in, wie es Andrea Kutschera ist, gibt es außer in Wien noch in keinem der anderen Bundesländer in Österreich. Hirntumorpatient/innen des AKH Wien haben im Schnitt eine ambulante Nachsorge von zehn Jahren, was die Erkennung und Betreuung von Spätfolgen erleichtert (vgl. Schwarcz 2013, S. 4f).

8.3. Projekt „Lernblitz“

Das Projekt „Lernblitz“ wurde im Sommer 2014 von der Kinder-Krebs-Hilfe Wien, Niederösterreich und Burgenland ins Leben gerufen.

Ehrenamtliche Mitarbeiter, darunter viele Pädagogikstudent/innen, helfen erkrankten Kindern und Jugendlichen, die bereits wieder zur Schule gehen, beim Lernen. Viele der (ehemaligen) Patient/innen haben aufgrund von Spätfolgen oder Langzeittherapien Schwierigkeiten in der Schule und benötigen deshalb nach wie vor Lernunterstützung. Sobald das Kind jedoch wieder regelmäßig den Unterricht besuchen kann, entfallen der Hausunterricht und somit auch die Unterstützung beim Lernen. An diesem Punkt setzt das Projekt „Lernblitz“ an. Die ehrenamtlichen „Lehrer/innen“ kommen zu den Kindern nach Hause und arbeiten so gut es geht den Stoff mit ihnen auf. Im Prinzip ist es vergleichbar mit einer freiwilligen Nachhilfe (vgl. Peck-Himmel 2014, S. 13).

9. Auseinandersetzung mit dem Tod

Die krebskranken Kinder werden von Anfang an damit konfrontiert, dass die Möglichkeit besteht, dass sie an der Erkrankung auch sterben könnten. Die meisten werden ohnehin mit der Thematik konfrontiert, weil sie zum Beispiel ein Kind auf der Station kennengelernt haben, dass an der Krankheit gestorben ist. Den kleinen Patient/innen wird nichts verheimlicht oder schön geredet. Das Klinikteam versucht, über auch noch so ernste Themen mit den Mädchen und Jungen zu sprechen und ihnen bei Fragen und Ängsten zur Seite zu stehen. Auch im Unterricht kann die Thematik immer wieder mit einfließen, in dem die Kinder nach dem Werden und Vergehen alles Irdischen fragen. Manche Patient/innen, besonders die Jüngeren, stellen oft nicht direkte Fragen, sondern drücken sich durch Zeichnungen oder ähnliches aus. Auch kann es vorkommen, dass das Thema Tod zu einer Verhaltensänderung führt. Kinder sind oft nicht in der Lage sich direkt damit

auseinander zu setzen. Sie verschlüsseln ihre Botschaft, was es schwer macht, ihre Gefühle und Gedanken zu deuten (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 74).

9.1. Verständnis vom Tod im Volksschulalter

Die Entwicklung des Todesverständnisses gliedert sich nach Göllner (2010, 145ff) in fünf Phasen. Phase eins und zwei beschreiben das Todesverständnis von der Schwangerschaft an bis hin zum fünften Lebensjahr. Für das Todesverständnis von Kindern im Volksschulalter sind die dritte und vierte Phase relevant.

Erste Grundschulzeit (6./8. Lebensjahr)

In der dritten Phase wird das Todesverständnis „des präoperationalen anschaulichen Denkens weitgehend durch das Stadium des konkret-operationalen Denkens“ abgelöst. (vgl. Göllner 2010; zit. nach Piaget o.J., S. 146) Darunter kann verstanden werden, dass Kinder in dieser Phase den Tod als etwas Endgültiges erfassen. Sie begreifen, dass der Tod nicht nur andere Menschen, sondern auch sie selbst betreffen kann. Dieses Wissen wollen die Kinder verdrängen. Emotionen wie Todesangst sind in dieser Phase nachweisbar. In Situationen, bei denen Kinder Furcht vor dem Eingriff in Körperintegrität haben und damit eine Art Ich-Verlust erleiden, wird nach Orientierung gesucht. Diese Orientierung drückt sich in der Sichtweise des Himmels aus. Der Himmel wird vom irdischen Bereich abgegrenzt. Er gewinnt feste Konturen als oberes Stockwerk. Die Todesvorstellung hat in dieser Altersspanne zwar noch archaisch-mythologische Züge, die unbefangene Verwendung des Seelenbegriffs weist aber auf ein animistisches Todesverständnis hin (vgl. Göllner 2010, 146f).

Zweite Grundschulzeit (8.-12. Lebensjahr)

In dieser Phase wird das Bild vom Tod nach und nach realistischer. Das Verständnis, dass Tod nicht nur andere Menschen betrifft, sondern auch sich selbst, nimmt unausweichlich zu. Das Kind entwickelt in dieser Phase auch gestalthafte Todesbilder (Tod als Person – Räumliche Todesvorstellung). Bis zum Ende der Volksschulzeit variiert die Auffassung vom Tod zwischen den Kindern. Neben der Personifizierung vom Tod lassen sich auch Symbolverarbeitungen nachweisen (vgl. Göllner 2010, 147f).

9.2. Wenn keine Heilung mehr möglich ist

Auf die Nachricht, dass keine Heilung mehr möglich ist, fallen die Reaktionen der Patient/innen in unterschiedlichster Weise aus. Natürlich muss auch diese schwere Mitteilung den Kindern überbracht werden. Manchmal wurde ihnen schon im Voraus erklärt, dass es bei einem möglichen Rückfall keine Therapiemöglichkeiten mehr gibt. Andere werden erst zu dem Zeitpunkt darüber informiert, wenn es wirklich keine Aussicht mehr auf Heilung gibt. Oftmals reagieren die Eltern in einem solchen Fall mit Entsetzen und sind wütend auf das Ärzte/Ärztinnenteam, dass es nicht in der Lage war, ihr Kind wieder gesund zu machen. Es fällt ihnen dann schwer, für ihr Kind da zu sein und mit ihm über die Situation zu sprechen, da sie selbst viel zu sehr mit der Verarbeitung der Nachricht zu kämpfen haben. Trotzdem ist es wichtig, dass die Eltern ihrem Kind zur Seite stehen, denn auch die Patient/innen spüren, dass sich das Verhalten der vertrauten Personen verändert hat und es keinen Sinn hat so zu tun, als ob nichts wäre. Wie die betroffenen Kinder selbst reagieren ist schwer vorauszusehen. Einige reagieren, wider Erwarten der Eltern, sehr ruhig und sagen, dass sie das schon geahnt hätten. Aber auch Wutausbrüche zählen zu ganz natürlichen Reaktionen. Die meisten beruhigen sich aber schon nach kurzer Zeit wieder, da sie sich schon längere Zeit zuvor damit beschäftigt haben und die Nachricht nicht ganz so überraschend ist. Es ist dann nichts Neues, das sie erfahren, sondern es wird ihnen nur die Bestätigung darüber mitgeteilt, was sie schon selbst gewusst oder zumindest geahnt haben. Manche Patient/innen sind sogar froh, dass sie endlich Gewissheit haben und nun offen über das Thema Tod sprechen können. Die Entscheidung, was das Kind aus der Situation machen möchte, liegt ganz bei ihnen selbst (vgl. Niethammer 1995, S. 222ff). Nur ein ganz geringer Anteil der Kinder reagieren auf die Nachricht, an einer unheilbaren Krankheit zu leiden, indem sie die „neue Realität ablehnen“ (vgl. Nitschke 1984, S. 11).

Auch Hövelmann (2004, S. 38) betont, dass es wichtig ist, dem Kind aktiv zuzuhören. Fragen, die über den Tod aufkommen, müssen ehrlich beantwortet werden. Kinder können in dieser Phase mit introvertiertem Verhalten reagieren, auch bei diesen Kindern müssen die Bedürfnisse erkannt und gestillt werden. In den Gesprächen mit Angehörigen des Kindes soll vermittelt werden, dass sie dem Kind ehrlich gegenüber stehen. Das Kind muss das Thema Tod in einer für sich passenden Weise verarbeiten. Bei professioneller Begleitung von trauernden Kindern muss klar sein, dass jedes Kind seine Trauer anders ausdrückt. Es müssen dadurch Materialien zur Verfügung stehen, die dem Kind einen für sich passenden Umgang mit der Trauer bietet (vgl. Hövelmann 2004, S 39f).

Ebenso schreibt Kroen (1998, S. 121), dass nicht alle Kinder ihre Trauer gleich ausdrücken können. Den Kindern müssen Möglichkeiten geboten werden, ihre Trauer ausdrücken zu können. Durch den offenen Umgang mit Gefühlen kann der Prozess „gut“ verlaufen (vgl. Kroen 1998, S. 119).

„Das beste, was wir Erwachsene tun können, ist, aufmerksam zu sein für die verschiedenen Anzeichen und Phasen - Schock, Leugnen, Unglaube, Angst, Schuldgefühle, Hilfslosigkeit und Annehmen des Geschehenen – und zur rechten Zeit das Richtige zu sagen.“ (Kroen 1998, S. 120f)

An dieser Stelle wird nochmals auf das Krisenverarbeitungsmodell nach Erika Schuchardt (1987) verwiesen.

Die Betroffenen haben oft konkrete Wünsche, was sie in der verbleibenden Zeit noch gerne machen möchten. Den meisten ist es wichtig, die geliebten Menschen zu sehen, eine Reise mit der Familie zu machen,... andere setzen sich mit ihrer Beerdigung auseinander und äußern ihre Wünsche dazu. Wieder andere möchten in ihrer verbleibenden Zeit nicht über den Abschied sprechen, sondern drücken sich durch basteln, schreiben oder malen aus. Sie wollen etwas machen, dass die Zurückbleibenden an sie erinnert (vgl. Hebeler/Häcker/Klemm 1998, S. 196).

9.3. Funktion der Schule wenn keine Heilungschancen mehr bestehen

Ob das Kind trotz des Wissens, keine Chance auf Heilung mehr zu haben, die Schule besucht oder weiter unterrichtet wird, hängt ganz von ihm selbst ab. Je nach Beziehung zur Lehrperson und der Klasse, kann es durchaus möglich sein, dass ein/e Patient/in gerne weiterhin zur Schule gehen möchte. In den meisten Fällen ist es aber so, dass die Erkrankten die Zeit bis zu ihrem Tod zu Hause verbringen und ihnen die Möglichkeit des Hausunterrichts angeboten wird. Dabei spielt der Unterrichtsstoff keine Rolle mehr. Es wird das mit dem Kind durchgenommen, was es gerne möchte (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 76). „Grundsätzlich gilt: Das Kind bleibt Schüler seiner Schule, und selbstverständlich gehört es unabhängig von Schulleistungen weiterhin zu seiner Klasse.“ (Schroeder et al. 1996, S. 76f)

Es scheint verwunderlich, dass es Patient/innen gibt, die trotz allem noch weiter unterrichtet werden wollen. Schroeder et al. (1996, S. 76f) nennen dafür zwei Beweggründe, die meist nicht bewusst und von außen nur schwer erkennbar sind.

Zum einen kann die Motivation dadurch ausgelöst werden, dass das Kind selbst die Unheilbarkeit der Krankheit noch nicht akzeptieren kann. Wobei in diesen Fällen oftmals die Familie des erkrankten Kindes die „neue Realität ablehnen“ und nicht das

Kind selbst. Sie erhoffen sich durch die Weiterführung des Unterrichts die Ermöglichung eines Wiedereinstiegs in die Klasse. Es fällt ihnen schwer, die Prognose anzunehmen. Besonders schwierig ist eine solche Situation für Klinik- und Hauslehrer/innen. Sie wissen sehr genau über den Umstand der Patient/innen Bescheid, wollen auf der einen Seite den Kindern gegenüber ehrlich sein, möchten aber auch nicht die Wünsche und Hoffnungen der Familie zerstören. Indem neue, aktuelle Inhalte im Unterricht bearbeitet werden, kann sowohl dem Kind als auch den Eltern geholfen werden, die Situation zu realisieren. Es wird ihnen dadurch bewusst, dass es nicht wichtig ist, sich am Schulstoff zu orientieren, sondern Themen aufgegriffen werden sollten, die dem Kind *jetzt* Freude bereiten. Das Loslassen und Abfinden mit der neuen Situation dauert einige Zeit und ist ein innerfamiliärer Prozess, bei dem die ganze Familie mit einbezogen werden sollte (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 76f).

Der zweite Beweggrund für die Weiterführung des Unterrichts trotz der endgültigen Prognose kann darin bestehen, dass die Kinder schlicht und einfach Spaß am Unterricht haben und aus eigener Motivation gerne noch weiterlernen möchten. Dies hat dann nichts mehr mit einem verdrängen der „neuen Realität“ zu tun (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 77).

II. EMPIRISCHER TEIL

10. Narrativ-biographische Interviews

Im folgenden Kapitel wird auf die zwei narrativ-biographisch geführten Interviews und deren Auswertung eingegangen. Ein Interview wurde mit Michael, dem an Krebs erkrankten Volksschulkind und das andere mit dessen Mutter, Frau E. geführt.

10.1. Erhebungsmethode

Für die Erhebung der Daten von Michael und seiner Mutter wird die Methode des narrativ-biographischen Interviews herangezogen. Das Ziel dieser Erhebungsmethode ist es, narratives Textmaterial in Verbindung mit der Lebensgeschichte zu gewinnen (vgl. Lamnek 2010, S. 326). Die Gesprächsführung zeichnet sich dabei vor allem durch erzählgenerierend, narratives Nachfragen und aktives Zuhören aus (Goblirsch 2011, S. 191).

Das Interview lässt sich in fünf Phasen gliedern. In der ersten Phase wird der interviewten Person erklärt, welche Besonderheiten das narrative Interview hat und wie es ablaufen wird. In dieser Erklärungsphase kann auch nochmals auf die technischen Modalitäten verwiesen werden. In der Einleitungsphase versucht der Interviewer auf den Gegenstand, der von Interesse ist, hinzuweisen, damit die Erzählung nicht in die falsche Richtung geht (vgl. Lamnek 2010, S. 328). Die Einstiegsfrage und zugleich Erzählaufforderung wird möglichst breit gefasst und soll die gesamte Lebensgeschichte umfassen. Der Hauptteil wird von der interviewten Person autonom gestaltet. Der/die Interviewer/in hört aufmerksam zu, stellt aber keine Zwischenfragen. Erst nach Abschluss der Erzählung folgt der Nachfrageteil. Dieser soll ähnlich wie die Einstiegsfrage noch einmal möglichst viel Anregung zu weiteren narrativen Erzählungen bieten (vgl. Goblirsch 2011, S. 191f). Auf die Nachfragephase kann eine Bilanzierungsphase folgen, in welcher Fragen zur Motivation und Intention gestellt werden, um den Sinn zu erschließen (vgl. Lamnek 2010, S. 328).

Das Interview wird aufgenommen und im Anschluss transkribiert und ausgewertet (vgl. Goblirsch 2011, S. 191f).

10.2. Auswertungsmethode

Als Auswertungsmethode soll die biographische Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2011) herangezogen werden. Bei dieser Methode wird die Bedeutung einzelner Textpassagen im Gesamtzusammenhang analysiert. Es wird dabei sequenziell vorgegangen. Das heißt, der Text wird in der Abfolge der Entstehung interpretiert. Bei der biographischen Fallanalyse werden der erzählten und der erlebten Lebensgeschichte besondere Bedeutung zugeschrieben. Es werden sowohl Reihenfolge und Textsorte der Erzählung mit in die Auswertung einbezogen als auch die chronologische Aufschichtung der Lebensgeschichte. Wichtig dabei ist, dass die Forschungsfrage während der Fallrekonstruktion erst einmal in den Hintergrund rückt (vgl. Rosenthal 2011, S. 186f). Folgende Auswertungsschritte nennt Rosenthal (2011, S. 187) als zentral für die biographische Fallrekonstruktion: Analyse der biographischen Daten, Text- und thematische Feldanalyse, Rekonstruktion der Fallgeschichte, Feinanalyse einzelner Textstellen, Kontrastierung der erzählten und erlebten Lebensgeschichte und die Typenbildung.

Analyse der biographischen Daten

Bei der Analyse der biographischen Daten werden im ersten Schritt die Daten wie Geburt, Geschwister, Ausbildung, Wohnortwechsel etc. in eine zeitliche Abfolge gebracht. Diese Daten können sowohl aus dem Interview als auch aus anderen Quellen entnommen werden. Bei der Analyse sollen auch immer der historische, sozialisationstheoretische bzw. entwicklungspsychologische Kontext mit einbezogen werden. Auf die Rekonstruktion der Ereignisse folgt das Formulieren von möglichen Handlungen und Folgehypothesen. Dabei werden das Wissen über den weiteren Lebensverlauf ausgeblendet und gedankenexperimentelle Entwürfe formuliert. Daraufhin wird der tatsächliche Weg der interviewten Person angegeben. Diese Schritte werden für jedes weitere Datum der Lebensgeschichte durchgeführt (vgl. Rosenthal 2011, S. 188ff).

Text- und thematische Feldanalyse (Erzählte Lebensgeschichte)

In diesem zweiten Schritt der sequenziellen Fallrekonstruktion geht es darum herauszuarbeiten, welche Mechanismen die interviewte Person zur Auswahl der erzählten Themen, deren Gestaltung sowie temporale Anordnung bewegten. Dabei spielen auch die gewählten Textsorten eine wichtige Rolle. Es wird davon ausgegangen, dass ein Thema immer in ein thematisches Feld eingebettet ist. Das

Interview wird dafür einer Sequenzierung unterzogen. Aus den entstandenen Textsequenzen werden wieder Hypothesen gebildet (vgl. Rosenthal 2011, S. 196ff).

Rekonstruktion der erlebten Lebensgeschichte und sequenzielle Feinanalyse

In diesem Arbeitsschritt werden in erster Linie die biographische Bedeutung der erlebten Geschichte, die sequenzielle Struktur und die zeitliche Gestaltung der Lebensgeschichte betrachtet. Es werden dafür die biographischen Daten mit den Selbsterzählungen der interviewten Person verglichen. Die im ersten Schritt formulierten Hypothesen werden falsifiziert oder belegt (vgl. Rosenthal 2011, S.202ff).

Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte und Typenbildung

Beim Vergleich der erzählten und erlebten Lebensgeschichte soll die Differenz zwischen der Vergangenheitsperspektive und der Sichtweise der Gegenwart erklärt werden. Anhand der Fallrekonstruktion ist im letzten Schritt eine Typenbildung möglich. Das heißt, es ist möglich, entsprechend der Forschungsfrage einen Typus zu formulieren, der nicht nur ein Oberflächenphänomen beschreibt, sondern die ganze Biographie mit einbezieht (vgl. Rosenthal 2011, S. 207f).

„Biographische Fallkonstruktionen gestatten somit die Konstruktion von Verlaufstypen, die die Regeln des genetischen Prozesses angeben und diesen auch erklären können.“ (Rosenthal 2011, S. 208)

10.3. Zugang zu den Interviewpersonen und Interviewverlauf

Ich lernte Michael und seine Mutter im Oktober 2014 durch das Projekt „Lernblitz“ kennen und besuche die Familie seither wöchentlich, um Michael bei schulischen Aufgaben zu helfen. Meist unterhalte ich mich im Anschluss an das Lernen noch mit seiner Mutter. Wir verstehen uns sehr gut, weshalb sich sowohl Michael als auch seine Mutter sofort bereit erklärten, als ich sie um ein Interview bat.

Das Interview mit der Mutter von Michael führte ich im Anschluss an meine Nachhilfestunde bei ihnen zu Hause durch. Frau E. wusste bereits Bescheid, mit welcher Thematik ich mich in meiner Masterarbeit befasse. Ich erklärte ihr kurz, wie ein narratives Interview aussieht und forderte sie dann auf, mir aus ihrem Leben zu erzählen, beginnend bei Michaels Geburt. Der Verlauf des Interviews war wie erwünscht. Frau E. erzählte sehr offen und ich musste nur wenige Zwischenfragen

stellen, um den Erzählfluss aufrecht zu erhalten. Einzige Bedenken hatte Frau E. aufgrund ihrer Schwierigkeiten mit der deutschen Schriftsprache.

Anders verlief das Interview mit Michael. Die anfängliche Begeisterung verschwand ziemlich schnell. Michael hatte große Schwierigkeiten dabei, mir über sein Leben zu berichten. Er wich immer wieder damit aus, dass er sich nicht gut erinnern kann und dass er doch nicht erzählen möchte. Es stellte sich als schwierige Situation heraus, da ich nicht sicher war, ob er sich wirklich nicht erinnern kann, er sich nicht an die Zeit zurück erinnern möchte oder er schlicht und einfach keine Lust auf ein Interview hat.

Auch bei einem weiteren Versuch an einem anderen Tag bekam ich leider nur spärliche Informationen von ihm. Das Interview ist deshalb sehr kurz und strukturiert in Form von Frage und Antwort.⁶

10.4. Interviewauswertung der Mutter

10.4.1. Analyse der biographischen Daten

1. Datum

Frau E. bringt Michael am 12. September 2005 per Kaiserschnitt zur Welt. Es ist das erste Kind von Frau E. Schon in den ersten Lebensjahren ist Michael sehr oft krank.

1a Frau E. wird Michael in absehbarer Zeit in einen Kindergarten/eine Kinderkrippe geben. Die Wahl, was für eine Institution und zu welchem Zeitpunkt der Bub diese besucht, ist die Aufgabe der Eltern. Die ständigen Infekte könnten die Entscheidung beeinflussen.

1a. 1 Frau E. entscheidet sich dafür, dass Michael aufgrund seines ständigen Krankseins erst mit vier Jahren in den Kindergarten gehen soll. Sie erhofft sich, dass sich sein Immunsystem bis dahin stabilisiert hat und er dann regelmäßig teilnehmen kann.

1a. 2 Michael kommt bereits vor seinem vierten Lebensjahr in den Kindergarten. Trotz seinen krankheitsbedingten Fehltagen nimmt er sehr aktiv an den Angeboten teil.

1a. 3 Michael besucht den Kindergarten trotz seiner ständigen Infekte schon vor dem vierten Lebensjahr. Frau E. glaubt, dass diese von selbst besser werden. Sie muss

⁶ Die vollständigen vier Interviewtranskripte befinden sich auf der beiliegenden CD.

ihren Sohn aber oft frühzeitig abholen. Aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes kann er nicht aktiv an den Angeboten des Kindergartens teilnehmen.

1b Frau E. und ihr Mann entscheiden sich dafür, Michael zu einer Tagesmutter zu geben. Sie sind der Meinung, dass ihr Sohn dadurch trotz seiner Infekte gut betreut werden kann.

1b. 1 Michael fühlt sich bei seiner Tagesmutter sehr wohl. Er entwickelt sich sehr gut. Seine Infekte werden weniger und er ist ein sehr offenes und aktives Kind.

1b. 2 Die Tagesmutter kümmert sich liebevoll um Michael. Trotzdem häufen sich die Infekte, so dass die Familie mehrmals monatlich den Kinderarzt aufsuchen muss.

2. Datum

Frau E. hat Michael mit zweieinhalb Jahren in den Kindergarten gegeben. Er hat an vielen Angeboten und Aktivitäten teilgenommen. Sie beschreibt ihren Sohn als sehr aktiv und klug. Im September 2012 wird er eingeschult. Frau E. und ihr Mann entscheiden sich für eine Ganztagschule in der Nähe von ihrem damaligen Zuhause. Beim Einschulungstest werden Gleichgewichtsprobleme festgestellt. Die Infekte sind mittlerweile zwar weniger geworden, das Kind klagt aber über ständige Kopfschmerzen und Übelkeit.

2a Michael hat sich gut entwickelt. Seine Infekte haben ihn im Kindergarten nicht eingeschränkt. Die anhaltenden Kopfschmerzen und die ständige Übelkeit könnten sich jedoch auf die schulische Teilhabe auswirken.

2a 1. Michael hat Schwierigkeiten, sich von den Eltern zu lösen und den ganzen Tag in der Schule zu verbringen. Aufgrund dessen deuten diese die Kopfschmerzen und die Übelkeit als Schulangst und machen sich keine weiteren Gedanken.

2a 2. Frau E. sucht aufgrund der Kopfschmerzen und der Übelkeit das Krankenhaus auf. Das Klinikpersonal vermutet Stress in der Schule als Auslöser dafür. Dem Kind werden Medikamente verschrieben.

2b Die Gleichgewichtstörungen, die beim Schuleingangstest festgestellt wurden, geben Frau E. und ihrem Mann zu denken.

2b 1. Frau E. und ihr Mann vermuten, dass die Gleichgewichtsstörungen entwicklungsbedingt sind. Sie führen diese auf die vielen Infekte in seinen ersten Lebensjahren zurück. Michael wird aus diesem Grund in eine Vorschulklasse gegeben.

3. Datum

Die Familie sucht aufgrund der anhaltenden Kopfschmerzen und der ständigen Übelkeit das Krankenhaus auf. Es werden dem Buben Medikamente verschrieben, diese verringern das Leiden leider nicht. Nach unzähligen weiteren Besuchen im St. Anna Kinderspital ist es Michael's Augenarzt, der im Februar 2013 einen Druck im Kopf des Jungen feststellt. Die Familie wird ins AKH überwiesen. Dort wird ein CT gemacht, dabei wird ein Tumor im Gehirn festgestellt. Kopfschmerzen, Übelkeit und auch die Gleichgewichtsstörungen lassen sich auf den Tumor zurückführen.

3a Der Familie steht ein langer Krankenhausaufenthalt bevor. Michael wird die Schule eine Zeit lang nicht mehr besuchen können.

3a. 1 Frau E. und ihr Mann beschließen gemeinsam mit dem Klinikpersonal, Michael keine weiteren Belastungen aufzubinden und die Schule erst einmal zurückzustellen.

3a. 2 Wie auch alle anderen stationär aufgenommenen Kinder nimmt Michael am Unterricht im Krankenhaus teil. Es bereitet ihm Spaß und er ist aktiv dabei.

3b Familie E. kann das Krankenhaus nach wenigen Tagen verlassen. Leider gibt es für Michael keine Heilungschancen mehr.

3b 1. Michael möchte die Schule nicht mehr besuchen. Er verbringt seine letzten Tage zu Hause bei seinen Eltern.

3b 2. Michael möchte trotz der Diagnose weiterhin unterrichtet werden. Er erhält Hausunterricht und lernt bis zum Schluss mit.

4. Datum

Michael wird im Krankenhaus und während den Chemoblöcken zu Hause unterrichtet. Durch den Unterricht ist es Michael gelungen, die erste Klasse erfolgreich zu absolvieren. Frau E. ist sehr stolz darauf. Nach über einem Jahr können sie im Mai 2014 endlich wieder nach Hause.

4a Micheal konnte über ein Jahr nicht am Unterricht seiner Regelklasse teilnehmen. Er hat einiges aufzuholen. Der Wiedereinstieg in die Klasse wird nicht leicht werden.

4a. 1 Michael hat wider Erwarten keine großen Schwierigkeiten, seine Versäumnisse aufzuholen und den Anschluss an seine Klasse zu finden. Durch den Unterricht im Krankenhaus und den Hausunterricht weist er kaum stoffliche Defizite auf, weshalb er auch die 2. Klasse absolviert und im September in die 3. Schulstufe aufsteigt.

4a. 2 Die Reintegration in die Stammklasse fällt Michael und Frau E. sehr schwer. Die Folgen der belastenden Krankheit und deren Behandlung werden auch im Schulalltag sichtbar. Gemeinsam mit der Klinik- und Hauslehrerin beschließen Frau E. und ihr Mann, dass es besser ist, die 2. Klasse zu wiederholen.

10.4.2. Text- und thematische Feldanalyse

| Sequenzierung des Interviews mit Michaels Mutter | | |
|--|--------------------------|--|
| 1/1–1/2 | Einstiegsfrage | Lebensgeschichte Michael |
| 1/3-1/3 | Bericht | Geburt |
| 1/3-1/10 | Beschreibung | Erste Jahre – ständig krank - Kindergarten |
| 1/11 | Interviewer | „Mhm“ Bestätigung - Aufforderung weiter zu erzählen |
| 1/12-1/18 | Beschreibung | Sturz im Kindergartenalter |
| 1/19-1/22 | Argumentation | Röntgen nach Sturz – mögliche frühere Diagnose |
| 1/22-2/1 | Beschreibung | Schuleinstieg - erste Symptome – lange Zeit bis es zur Diagnose kommt |
| 2/1-2/14 | Beschreibung | Augenarzt – Röntgen – Druck im Kopf |
| 2/14-2/17 | Erzählung | Weg ins AKH |
| 2/17-2/20 | Beschreibung | CT – Diagnose Tumor – Widerlegung der Diagnose |
| 2/20-2/21 | Rückfrage an sich selbst | <i>Also wie war das?</i> |
| 2/21-2/30 | Beschreibung | gesundheitlicher Zustand Michael bei Einlieferung – medizinische Eingriffe – Intensivstation |
| 2/30-2/31 | Argumentation | Schockzustand der Mutter |
| 2/31-2/35 | Beschreibung | Intensivstation – Diagnose Medulloblastom Grad 4 – Ebene 9 Chemotherapie |
| 2/35-3/2 | Beschreibung | keine Operation des Tumors möglich – Folge einer möglichen Behinderung |

| | | |
|-----------|--------------------------------|---|
| 3/2-3/5 | Bericht | Chemotherapie |
| 3/5-3/11 | Erzählung | Unterricht im Krankenhaus – Abschluss erste Klasse |
| 3/11-3/22 | Beschreibung | Aufenthalt in Quarantäne |
| 3/22-3/27 | Beschreibung | Heimkehr nach Hause – Hausunterricht |
| 3/27-3/34 | Beschreibung | Unterricht im Krankenhaus |
| 3/35-3/36 | Nachfrage | Schuleinstieg nach Hausunterricht |
| 4/1-4/6 | Beschreibung | Wiedereinstieg in die Schule – Beschluss Klassenwiederholung |
| 4/7-4/9 | Argumentation/ Bekräftigung | Freund hat Klasse nicht wiederholt dafür muss er das jetzt |
| 4/9-4/13 | Erzählung | Schwerer Einstieg in die Schule |
| 4/13-4/28 | Beschreibung | Probleme in der Schule |
| 4/29-4/32 | Erzählung | Schuleinschreibungstest – damals schon Gleichgewichtsstörungen |
| 4/32-4/35 | Beschreibung | Trotz Krankheit überall mitgemacht (positive Einstellung) |
| 4/36 | Rückfrage an sich selbst | <i>Ständer? Sagt man das so?</i> |
| 4/36 | Beantwortung | <i>Wo hängt wo hängt diese Chemo</i> |
| 4/36-5/9 | Erzählung | Intensivstation – er hat alle mitbekommen |
| 5/9-5/15 | Beschreibung | Positives während Aufenthalt – Personal |
| 5/15 | Bericht | Kontrolle alle drei Monate |
| 5/16-5/21 | Beschreibung | Psychische Veränderung durch die Krankheit |
| 5/21-5/27 | Beschreibung | Testungen die Entwicklungsverlauf festhalten |
| 5/27-6/6 | Beschreibung | Folgen der Krankheit und Behandlung |
| 6/6-6/9 | Erzählung | Ängste der Mutter |
| 6/9-6/13 | Argumentation | Hauslehrerin Legasthenikerin (Verringerung der Ängste) |
| 6/14-6/15 | Nachfrage | Hausunterricht |
| 6/16-6/23 | Beschreibung | Hausunterricht – Wechsel Spital- und Hausunterricht |
| 6/24-6/25 | Nachfrage | Kontakt zu Herkunfts-klasse |
| 6/26-6/29 | Erzählung | Kontaktpflege während Aufenthalt im Spital |
| 6/29 | Nachfrage | Noch etwas offen? |
| 6/30 | Beantwortung | Bei weiteren Fragen melden |
| 6/32-6/33 | Abschluss | Bedanken |

Im folgend Abschnitt werden die für die Arbeit als relevant erachteten Sequenzen des Interviews anhand von sechs Fragen nach Rosenthal (2011, S. 200) bearbeitet.

1. Weshalb wird dieser Inhalt an dieser Stelle eingeführt?
2. Weshalb wird dieser Inhalt in dieser Textsorte präsentiert?
3. Weshalb wird dieser Inhalt in dieser Ausführlichkeit oder Kürze dargestellt?
4. Was könnte das Thema dieses Inhalts sein bzw. was sind die möglichen thematischen Felder, in die sich dieses Thema einfügt?
5. Welche Lebensbereiche und welche Lebensphase werden angesprochen und welche nicht?
6. Über welche Lebensbereiche und Lebensphasen erfahren wir erst im Nachfrageteil und weshalb wurden diese nicht während der Haupterzählung eingeführt?

Analyse der Sequenz 1/12-1/18

In der ausgewählten Sequenz verweist Frau E. zum ersten Mal auf den Tumor ihres Sohnes. Auf die Aufforderung, mit der Geburt von Michael beginnend aus ihrem Leben zu erzählen, schwenkt Frau E. direkt auf das Leben von Michael um. Es wird deutlich, dass die Krankheit ihres Sohnes auch lange Zeit ihr Leben prägend beeinflusst hat. Das gesamte Interview ist sehr chronologisch aufgebaut. Man hat das Gefühl, als ginge Frau E. Schritt für Schritt die Jahre durch, weshalb der logische Schluss folgt, dass sie mit der Kindergartenzeit beginnt. Sie verweist in dem ausgewählten Abschnitt auf einen Sturz, bei dem auf Röntgenaufnahmen verzichtet wurden, weil Michael keine Gehirnerschütterung hatte. Man bekommt in dieser Beschreibung das Gefühl, als würde sich Frau E. Vorwürfe machen, dass sie (auf Rat der Ärzte) auf dieses Röntgen verzichtet hat. Sie schiebt sich die Schuld zu, dass der Tumor nicht schon früher entdeckt wurde. Auffallend ist, dass die Interviewte in diesem Erzählabschnitt einige Gesprächspausen macht. Die Pausen könnten auf das bedrückende Gefühl zurück geführt werden, das Frau E. auch heute noch im Zusammenhang mit dem Unwissen über die Krankheit verspürt. Dadurch, dass sie auch im nächsten Abschnitt (1/19-1/22) nochmals betont, dass die Röntgenaufnahmen damals vieles verhindern hätten können, wird klar, dass Frau E. sich deshalb noch immer schuldig fühlt.

Analyse der Sequenz 2/17-3/5

Im folgenden Abschnitt fasse ich einige Sequenzen zusammen, da diese zwar wichtig für die Arbeit sind, den Ablauf von der Einlieferung ins Krankenhaus bis hin zur Chemotherapie aber aus überwiegend medizinischer Sicht beschreiben. In diesem

Abschnitt wird ersichtlich, welche Belastung eine solch schwere Krankheit für die ganze Familie mit sich bringt. Die sehr lange Zeit, die Frau E. mit ihrem Kind im Krankenhaus verbracht hat, hat alle geprägt. Rückschließend auf die Ausführlichkeit dieser Sequenzen, in der die medizinischen Behandlungen angeführt werden, bestätigt diese Annahme. Frau E. berichtet leider nur sehr wenig über ihre eigenen Gefühle und Ängste während dieser Zeit. Durch die Argumentation „Ich war im Schockzustand ich kann mich fast nix erinnern“ (2/30-2/31) wird aber klar, was für ein Gedanken- und Gefühlschaos in ihr vorgegangen sein muss. Auch wenn Frau E. nicht direkt darüber spricht, weisen die Pausen während der Erzählung darauf hin.

Analyse der Sequenz 3/5-3/11

In der gewählten Sequenz erzählt Frau E. vom Unterricht im Krankenhaus. Sie führt die Erzählung an dieser Stelle ein, da sie den Themenblock „Medizinische Behandlungen“ (2/17-3/5) abschließt und verdeutlicht, dass sie eine sehr lange Zeit wirklich Tag und Nacht mit ihrem Sohn im Krankenhaus war und dieser sogar Unterricht im Krankenhaus bekommen hat. Dabei betont sie immer wieder, wie positiv Michael trotz seiner Erkrankung war und dass er sogar die erste Klasse dann im AKH abgeschlossen hat. Man merkt, dass sie sichtlich stolz auf ihr Kind ist und ihr eine gute Schullaufbahn am Herzen liegt. Der Heilstättenunterricht wird in diesem Abschnitt nur sehr kurz angesprochen, sie kommt jedoch danach (3/27-3/34) noch einmal darauf zu sprechen und geht dabei genauer auf die Organisation des Unterrichts ein. Auch hier betont sie nochmals wie positiv Michael dies aufgenommen hat, dass er genau über seine Krankheit Bescheid wusste und die erste Klasse trotz allem geschafft hat. Frau E. schwenkt dann für eine längere Sequenz ab und beschreibt den Aufenthalt in der Quarantäne (3/11-3/22), bevor sie nochmals auf die Schule eingeht.

Analyse der Sequenz 3/22-3/27

In der genannten Sequenz geht Frau E. ganz kurz auf den Unterricht zu Hause ein. Sie erwähnt, dass Michael zwischen den Chemoblocken zwar heim durfte, aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes aber nicht in die Schule konnte. Aus welchen Gründen der Hausunterricht im gesamten Interview nur in dieser kurzen Beschreibung vorkommt, ist schwer analysierbar, da Frau E. eigentlich generell viel Wert auf die schulische Ausbildung ihres Sohnes legt. Aus diesem Grund wird mit einer Nachfrage (6/14-6/15) noch einmal auf die Thematik des Hausunterrichts eingegangen, wodurch eventuell eine Begründung für die knappe Ausführung der Thematik gefunden werden kann. Auch ist nicht ganz klar, weshalb Frau E. nach der ersten kurzen Erzählung vom Unterricht im Krankenhaus (3/5-3/11) dann von der Quarantäne berichtet und

schließlich kurz den Hausunterricht anschneidet, bevor sie erneut auf die Schulstunden im Krankenhaus (3/27-3/34) zurückkommt. Man bekommt den Eindruck, als würde sie den Aufenthalt im Krankenhaus während des Interviews in Gedanken noch einmal durchleben, weshalb sie auch nicht gleich alles zu einer Thematik erzählt, sondern später wieder darauf zurückkommt. So könnte es beispielsweise gewesen sein, dass Michael zuerst Unterricht im Krankenhaus bekommen hat. Er dann aufgrund der fallenden Leukozyten in Quarantäne musste, zwischen den Chemoblöcken dann aber doch kurze Zeit zu Hause auch unterrichtet wurde, gefolgt von erneutem Krankenhausunterricht.

Analyse der Sequenzen 4/1-4/28

Nach einer längeren Sprechpause hilft eine Nachfrage, die an die vorher genannte Thematik anknüpft, den Sprechfluss von Frau E. wieder zu mobilisieren.

In einer fast durchgehenden Beschreibung erläutert sie, wie der Wiedereinstieg in die Schule bei Michael verlaufen ist. Dabei wird kurz erwähnt, dass sie sich für eine Klassenwiederholung entschieden habe. Diese Entscheidung wird auch mit einem Argument untermalt, womit sich Frau E. vielleicht in irgendeiner Hinsicht rechtfertigen will beziehungsweise für sich selbst eine Bestätigung für die Richtigkeit ihres Entschlusses findet. Frau E. geht sehr ausführlich darauf ein, mit welchen Schwierigkeiten sie beim Wiedereinstieg konfrontiert wurden. Man merkt sichtlich, dass sie diese Problematik sehr beschäftigt und teilweise auch wütend macht.

Analyse der Sequenz 5/16-6/6

In folgender Analyse fasse ich drei Sequenzen zusammen, da sich diese im Großen und Ganzen auf die Veränderungen ihres Sohnes beziehen. Frau E. spricht vor allen Dingen immer wieder über die Psyche und das Wesen von Michael, welche sie kaum wiedererkennt. Diese Beschreibung erstreckt sich über mehrere Zeilen und wird immer und immer wieder eingebracht. Man merkt, dass Frau E. mit der psychischen Veränderung ihres Kindes sehr schwer umgehen kann. Sie versucht hier öfters darauf hinzuweisen, dass es irgendwann besser werden wird und sie sich glücklich schätzen muss, dass ihr Kind die Krankheit (vorerst) überstanden hat. Ganz kurz erwähnt sie auch, dass sich der Geschmacksinn verändert hat und ihr Kind mit Schwierigkeiten im Bereich des Gleichgewichts kämpft.

Im Allgemeinen schafft sie es nicht, ihre Gedanken und Gefühle, ihre Wut über die Krankheit und deren Folgen in Worte zu fassen. Sie erzählt nur von der positiven Einstellung Michaels und der tollen psychologischen Unterstützung. Wie belastend und nervenaufreibend für sie die ganze Situation war, gibt sie im Interview nicht preis.

Vielleicht versucht Frau E. durch diese Abwehrhaltung alles Negative zu verdrängen und neue Hoffnung zu schöpfen.

Analyse der Sequenz 6/6-6/9

Schon in der Beschreibung der Reintegration und der krankheits- und behandlungsbedingten Veränderungen ihres Sohnes merkt man, dass Frau E. nicht ganz glücklich mit der Situation ist. Immer wieder kommt während des Interviews durch, dass ihr eine gute Bildung und Schullaufbahn sehr wichtig sind. In der ausgewählten Sequenz legt sie ihre Ängste offen, dass Michael die Schule nicht schaffen könnte. Unmittelbar darauf folgend versucht sie sich auch hier durch Argumentationen und Beispiele (6/9-6/13) die „negativen“ Vorstellungen zu nehmen und sich zu beruhigen. Generell spricht Frau E. kaum ihre eigenen Gefühle und Gedanken an, was die Kürze dieses Abschnitts erklären könnte.

Analyse der Sequenz 6/15-6/23

Der Hausunterricht wurde bereits während des Interviews ganz kurz in der Sequenz 3/22-3/27 erwähnt. Eine Vermutung, weshalb der Hausunterricht im Interview nur ganz kurz genannt wird, ist bereits in der Analyse der Sequenz 3/22-3/27 angemerkt. Um noch genauere Infos zu erlangen, wurde im Nachfrageteil nochmals auf die Thematik des Hausunterrichts eingegangen. Frau E. berichtet noch einmal ganz kurz darüber. Sie geht aber leider nicht detaillierter auf den Unterricht zu Hause ein. Es scheint, als wäre dieser ihrer Meinung nach nicht von besonderer Bedeutung, weshalb sie diesen auch nicht genauer schildert. Eine Vermutung, weshalb der Hausunterricht für Frau E. nicht als zentral erscheint, könnte daran liegen, dass Michael die meiste Zeit im Krankenhaus unterrichtet wurde und der Hausunterricht dann erst gegen Ende und während der Pausen der Chemotherapie begonnen hat. Man hat jedenfalls nicht den Eindruck, als würde Frau E. negative Assoziationen gegenüber dem Hausunterricht haben. Sie spricht immer sehr positiv und wertschätzend von Frau S., die Michael sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause unterrichtet hat.

Analyse der Sequenz 6/26-6/29

Aufgrund dessen, dass Frau E. im Interview überhaupt nichts von der Kontaktpflege zwischen Michael und seiner Herkunftsklasse beziehungsweise seinen Freunden erzählt, wird erwartet, durch eine Nachfrage mehr darüber zu erfahren. Leider fällt auch diese Antwort im Nachfrageteil nur sehr knapp aus. Die Kontaktpflege scheint mäßig gut verlaufen zu sein. Sie erzählt, dass seine damalige Klassenlehrerin einmal zu Besuch war. Auch ein guter Freund von Michael hat ihn ein paar Mal besucht. Mehr

erfahre ich dazu leider nicht von Frau E.. Michael konnte krankheitsbedingt leider nie bei seiner Klasse vorbei schauen. Lediglich seine Klinik- und Hauslehrerin war bei ihnen zu Besuch (siehe Interview Frau S.). Es ist daher verständlich, dass Frau E. diese Thematik nicht erwähnt.

10.4.3. Rekonstruktion der Fallgeschichte

Die Rekonstruktion der Fallgeschichte ist anhand des Interviews mit Frau E. nur schwer möglich. Die an die Erzählaufforderung anschließende narrative Phase beschränkt sich auf eine klar chronologisch ablaufende Lebensgeschichte. Diese beginnt aufgrund der Aufforderung der Interviewerin bei der Geburt ihres Sohnes und endet mit der heutigen schulischen Situation von Michael. Frau E. wirft zum Schluss noch einen Blick in die Zukunft, wie die Schullaufbahn ihres Kindes verlaufen könnte. Danach folgt der Nachfrageteil, der aufgrund der relativ umfassenden Narration eher kurz ausfällt und zum Ende hin von Frau E. abgebrochen wird. Trotz der längeren Erzählphase bleiben Gedankensprünge, die für die Rekonstruktion nötig wären, aus. Die erzählte und erlebte Lebensgeschichte decken sich und können aus diesem Grund nicht gegenübergestellt werden.

Durch die Erläuterung, was Rosenthal (2010, S. 201f) unter erlebter und erzählter Lebensgeschichte versteht, kann die Schwierigkeit in Bezug auf das vorliegende Interviewmaterial nochmals verdeutlicht werden. Die erlebte Lebensgeschichte umfasst demnach „die Abfolge der biographischen Erlebnisse in der objektiven, chronologischen Zeit (...)“ (Rosenthal 2010, S. 201) Im Gegensatz dazu wäre die erzählte Lebensgeschichte die Abfolge der Erlebnisse in der gegenwärtigen Präsentation (vgl. Rosenthal 2010, S. 202).

Nach Rosenthal (2011, S. 202) würden also in diesem Schritt der Fallanalyse die biographischen Daten (erlebte Lebensgeschichte) mit den erzählten Sequenzen (erzählte Lebensgeschichte) kontrastiert. Die temporale Gestaltung spielt dabei eine wichtige Rolle. Anhand der Analyse werden im Folgenden die im Schritt 1 formulierten Hypothesen falsifiziert oder belegt.

Verifizierung der Hypothesen

Folgende Hypothesen konnten im Verlauf des Interviews (teils) verifiziert werden.

1a. 2 Michael kommt bereits vor seinem vierten Lebensjahr in den Kindergarten. Trotz seinen krankheitsbedingten Fehltagen nimmt er sehr aktiv an den Angeboten teil.

Frau E. gibt ihren Sohn mit zweieinhalb Jahren in den Kindergarten. Michael ist ein sehr aufgewecktes Kind und nimmt an vielen Aktivitäten und Kursen teil wie beispielsweise Englisch, Eislaufen und Schwimmen. Wie oft Frau E. ihr Kind aufgrund der ständigen Infekte zu Hause betreuen musste, kann anhand des Interviews nicht klar festgelegt werden. Es wird nur erwähnt, dass er sehr oft zu Hause war. Inwieweit diese Erkrankungen in der frühen Kindheit mit dem später diagnostizierten Hirntumor in Verbindung stehen, ist im Interview nicht festzustellen.

2a 2. Frau E. sucht aufgrund der Kopfschmerzen und der Übelkeit das Krankenhaus auf. Das Klinikpersonal vermutet Stress in der Schule als Auslöser dafür. Ihrem Kind werden Medikamente verschrieben.

Bereits beim Schuleingangstest wird eine Gleichgewichtsstörung bei Michael festgestellt. Dieser wird keine Beachtung geschenkt beziehungsweise vielleicht einfach als entwicklungsbedingt eingestuft.

Michael leidet an starken Kopfschmerzen und Übelkeit. Er muss oft erbrechen. Zusätzlich kommt eine Verschlechterung im visuellen Bereich hinzu. Michael sieht nur mehr alles verschwommen. Die Familie sucht das Krankenhaus auf, damit ihr Kind untersucht wird. Im St. Anna wird vermutet, dass das Kind mit dem Schulalltag überfordert ist und unter Stress leidet. Zudem vermuten die Ärzte und Ärztinnen, dass das Kind Allergien hat, welche die Symptome auslösen. Es werden Psychopharmaka verschrieben und die Familie wird nach Hause geschickt.

3a. 2 Wie auch alle anderen stationär aufgenommenen Kinder nimmt Michael am Unterricht im Krankenhaus teil. Es bereitet ihm Spaß und er ist aktiv dabei.

Nach der Einlieferung ins Krankenhaus und der Diagnose auf Hirntumor erhält Michael, wie auch all die anderen stationär aufgenommenen Kinder, Krankenhausunterricht. Der Familie steht ein langer Klinikaufenthalt bevor und Michael kann am Unterricht seiner Stammklasse nicht teilnehmen. Im Interview kommt heraus, dass Michael trotz seiner schweren Erkrankung immer mit viel Freude beim Unterricht im Krankenhaus dabei war. Mit Hilfe seiner Krankenhauslehrerin gelingt es sogar, die erste Klasse erfolgreich zu absolvieren.

4a. 2 Die Reintegration in die Stammklasse fällt Michael und Frau E. sehr schwer. Die Folgen der belastenden Krankheit und deren Behandlung werden auch im Schulalltag

sichtbar. Gemeinsam mit der Klinik- und Hauslehrerin beschließen Frau E. und ihr Mann, dass es besser ist, die 2. Klasse zu wiederholen.

Die Wiedereingliederung in die Herkunftsklasse ist für Frau E. und Michael nicht ganz so einfach. Frau E. kann sich nur schwer von ihrem Sohn lösen und Michael geht nur ungern in die Schule und möchte lieber weiter zu Hause unterrichtet werden. Durch die lange Abwesenheit fällt es dem Kind schwer, den Anschluss an den Leistungsstand der Klasse zu halten. Zusätzlich sind Krankheit und Behandlung nicht folgenlos, sondern beeinträchtigen die schulische Leistungsfähigkeit von Michael. Es wird beschlossen, dass es für alle sinnvoller ist, wenn das Kind die zweite Klasse im Herbst wiederholt.

Vergleich erzählter- und erlebter Lebensgeschichte und Typenbildung

Rosenthal (2011, S. 207) versucht im letzten Schritt der Analyse mögliche Erklärungen für die Differenz von erzählter und erlebter Lebensgeschichte zu formulieren.

Im Falle des ausgewerteten Interviews ist dieser Auswertungsschritt nicht durchführbar, da sich die erlebte Lebensgeschichte nicht von der erzählten Lebensgeschichte unterscheidet. Es wurde versucht, die erlebte Lebensgeschichte anhand von Daten aus dem AKH sowie dem Interview mit Frau Manuela S. zu rekonstruieren. Wie bereits erwähnt, hat Frau E. ihre Erzählung aber sehr chronologisch aufgebaut, weshalb kein Vergleich zwischen den beiden Ebenen möglich. Die fehlende Möglichkeit der Bearbeitung kann zusätzlich auf die nicht ausreichende Verfügbarkeit des biographischen Datenmaterials zurückgeführt werden. Auch die Typenbildung kann anhand des Interviewmaterials nicht vollzogen werden. Dafür müssten mehrere Fälle beleuchtet werden, was aufgrund des Aufwandes den Rahmen einer Masterarbeit sprengen würde.

10.5. Interviewauswertung von Michael

10.5.1. Interviews mit Kindern

Befragungen von Kindern gewinnen immer mehr an Bedeutung. Gerade in der qualitativen Forschung geht es darum, neues Wissen über eine soziale Wirklichkeit zu erlangen. Es wird versucht, anhand von Einzelfällen auf allgemeine Regeln und Strukturen zu stoßen. Die Erfahrungen und Perspektiven eines Kindes dürfen dabei nicht ausgeklammert werden. Es gilt, das Kind als wichtige Informationsquelle

anzusehen und ihnen zuzutrauen, dass sie „über sich und ihre Sicht auf die Welt Auskunft“ geben können (vgl. Nentwig-Gesemann/Mackowiak 2012, S. 121f).

Bereits auch jüngere Kinder sind in der Lage zur Narration. Besonders bei der Erfragung von internen Prozessen, wie Gedanken und Gefühle, müssen die Kinder selbst berichten. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass Erlebniserzählungen fiktive Elemente beziehungsweise subjektive Wahrheiten beinhalten können. Zudem neigen Kinder dazu, Antworten zu geben, die sozial erwünscht sind. Es fällt jüngeren Kindern außerdem schwer, ihre Konzentration für längere Zeit aufrecht zu erhalten. Die Ausdauer und Motivation kann schnell nachlassen. Standardisierte und leitfadengestützte Interviews orientieren sich eher an konkret beobachtbaren Dingen, was den Kindern leichter fällt zu beschreiben. Eigene Gedanken und Gefühle zum Ausdruck zu bringen ist für sie nicht einfach (vgl. ebd., S.121ff). Auch bei der Erzählung ihrer eigenen Lebensgeschichte stoßen Kinder an ihre Grenzen, da sie noch nicht über die kognitiven Kompetenzen darüber verfügen. Es können keine Zusammenhänge zwischen den einzelnen erlebten Ereignissen hergestellt werden. Die Reihenfolge der Erlebnisse ist schwer rekonstruierbar, zudem fällt es Kindern schwer, Gegenwärtiges und Zukünftiges aus vergangener Sichtweise zu unterscheiden. Für Kinder ist das alltägliche Leben von stärkerer Relevanz. Sie erzählen Situationen so, wie sie sie erlebt haben, ohne darüber zu reflektieren. Außerdem fehlt ihnen meistens noch die Kompetenz für die Präsentation des Erlebten (Rosenthal 1995, S. 104ff). Um Daten zu erhalten wird trotzdem der Fokus generell auf die narrativen Potentiale der Kinder gelegt. Dies kann auch in Form von einzelnen narrativen Abschnitten geschehen. Es wird dabei darauf verwiesen, dass ein erwachsener Gesprächspartner für ein gelingendes Forschungsvorhaben unumgänglich ist. Kindern fällt es leichter in einen Erzählfluss zu verfallen, wenn sie eine vertraute erwachsene Person als Unterstützung bei sich haben. Schließlich verlangt die Methode des narrativen Interviews dem Kind Intimität und Vertrautheit ab (vgl. Trautmann 2010, S. 75f).

Anhand des Interviews mit Michael ist es schwierig zu beurteilen, inwiefern er mit der narrativen Form des Interviews überfordert war. Durch die zeitliche Eingrenzung wurde versucht, ihm eine Hilfestellung zu bieten, da Kinder mit der Aufforderung über ihr ganzes Leben zu erzählen überfordert sein können (vgl. Rosenthal 1995, S. 107). Zwar ist die Durchführung von narrativen Interviews mit Kindern nichts Neues, jedoch lassen sich gerade im Fall von Michael einige der oben genannten Schwierigkeiten aufzeigen. Gründe für die nicht vorhandene Ausführlichkeit der Erzählsequenzen können auch krankheits- und behandlungsbedingte Folgen sein. Es wird deutlich, dass Michael lediglich die für ihn relevanten Ereignisse genauer beschreibt. Es ist hier noch zu

erwähnen, dass Michael anfänglich ausdrücklich gesagt hat, dass er das Interview alleine, ohne Unterstützung seiner Mutter machen möchte. Aufgrund des angespannten Verhältnisses zwischen Mutter und Sohn kann rückblickend auch nur schwer beurteilt werden, inwiefern ein gemeinsam geführtes Interview vorteilhafter gewesen wäre.

10.5.2. Mislungene Interviews auswerten

Unter „mislungenen Interviews“ werden nach Schütze (1984, S. 78) Interviews verstanden, bei denen sich der/die Befragte nicht „dem narrativen Strom des Nacherlebens seiner Erfahrungen“ hingibt. Anhand des Interviews mit Michael ließe sich eine Ursache in der Erzählhemmung des Buben verorten (vgl. Küsters 2009, S. 66). Das Misslingen kann in unterschiedliche Abstufungen unterteilt werden. So kann es vorkommen, dass der/die Befragte beispielsweise Schwierigkeiten dabei hat, in einen eigenen Erzählfluss zu kommen, Nachfragen werden jedoch ausreichend beantwortet. Ein Interview solcher Art lässt sich noch gut auswerten. Im Gegensatz dazu ist die Auswertung eines Interviews, das aus einem konstanten Hin und Her besteht und kaum narrative Sequenzen enthält, sehr schwer zu bewältigen. Die Prozessstrukturen, die für eine Auswertung von Relevanz sind, können nur bruchstückhaft und spekulativ ausgearbeitet werden (vgl. Küsters 2009, S. 66f). Zweitgenanntes beschreibt das Interview mit Michael ziemlich genau.

Würde man die „reine Lehre“ des narrativen Verfahrens heranziehen, wäre die Auswertung eines mislungenen Interviews nicht zielführend. In der Praxis sieht das jedoch anders aus. Forscher/innen versuchen gerade eben auch sogenannte mislungene Interviews in Bezug auf das Forschungsinteresse zu betrachten. Die Abweichungen vom Regelfall und dessen Ursachen können interessante Erkenntnisse für die jeweilige Fragestellung mit sich bringen (vgl. Küsters 2009, S. 67).

Rosenthal äußert sich dazu folgendermaßen:

„Beschränkt man sich bei der Analyse nur auf diese ‘gelungenen’ Interviews, beschränkt man sich m. E. auch auf einen bestimmten Typus des Informanten. Ein wichtiger Analyseaspekt besteht jedoch in der Frage, wie sich die unterschiedliche Darstellung der eigenen Lebensgeschichte von unterschiedlichen Informanten erklären lässt.“ (Rosenthal 1987, S 127)

Würden also lediglich gelungen Interviews für die Auswertung herangezogen werden, wäre dies eine unreflektierte Auswahl der Befragten. Mögliche Schwierigkeiten können bei narrativ geführten Interviews nie ausgeschlossen werden. Es wird darauf verwiesen, dass es im Speziellen bei traumatisierten Personen zu Komplikationen kommen kann (vgl. Küsters 2009, S. 66).

Genannte Auszüge aus der Literatur bestätigen die Annahmen, dass das Interview von Michael, trotz seiner misslungenen Form, interessante Aspekte für den Forschungsprozess hervorbringen kann. Sofern es das Interviewmaterial zulässt, werden die Analyseschritte nach Rosenthal (2011) ausgeführt.

10.5.3. Analyse der biographischen Daten

Aufgrund dessen, dass das Interview von Michael leider fast keine narrativen Sequenzen aufweist und auch keine biographischen Daten genannt werden, kann die Analyse der biographischen Daten nach Rosenthal (2011) leider nicht durchgeführt werden. Sie führt an, dass bei diesem Analyseschritt die Daten zuerst in eine zeitliche Abfolge gebracht werden, um danach mögliche Handlungen und Folgehypothesen formulieren zu können (vgl. Rosenthal 2011, S. 188ff).

Es wird an dieser Stelle auf die Interviewauswertung von Michaels Mutter verwiesen, die sehr viel von ihrem Sohn erzählt und dabei auch auf seine biographischen Daten eingeht. Anhand ihres Interviews konnte die Analyse der biographischen Daten durchgeführt werden.

10.5.4. Text- und thematische Feldanalyse

Trotz der nicht unbedingt narrativen Form des Interviews wird versucht eine Sequenzierung vorzunehmen, um in Folge eine Analyse der (brauchbaren) Abschnitte zu machen.

| Sequenzierung des Interviews mit Michael | | |
|--|-------------------|---|
| 1/1 | Einstiegsfrage | Erzählaufforderung |
| 1/2-1/3 | Nachfrage | Wo mit der Erzählung anfangen |
| 1/3-1/4 | Antwort | Ermutigung |
| 1/5 | Verweigerung | „Ich kann's nicht.“ |
| 1/6-1/8 | Frage | Einlieferung ins Krankenhaus |
| 1/9-1/10 | Verweigerung | „Ich kann's nicht.“ |
| 1/11 | Ermutigung | |
| 1/12-1/15 | Nachfrage/Ausrede | Erzählzeitpunkt, keiner Erinnerung mehr |
| 1/16 | Ermutigung | |
| 1/17-1/19 | Erzählung | Behandlungen im Krankenhaus |

| | | |
|-----------|----------------------------|--|
| 1/20 | Ermutigung | Erzählfluss halten |
| 1/21-1/32 | Beschreibung | Narkose – Erlebnisse auf der Intensivstation |
| 1/33-1/34 | Frage | Schule während Krankheit |
| 1/35-1/36 | Beschreibung | Schule im Krankenhaus |
| 1/37 | Nachfrage | Schule (um Erzählfluss zu halten) |
| 2/1-2/3 | Beschreibung | „Kurse“ in der Schule im Krankenhaus |
| 2/4-2/5 | Frage | Kontaktpflege |
| 2/6-2/8 | Beschreibung/ Rückfrage | Besuch der Lehrerin – Rückfrage ob ich Lehrerin kenne |
| 2/9 | Antwort | Verneinung – Kenne Lehrerin nicht |
| 2/10 | Beschreibung | Besuch Lehrerin war schön |
| 2/11-2/12 | Frage | Rückkehr nach Hause |
| 2/13-2/15 | Erzählung | immer wieder zu Hause – Tumor geht zurück/weg |
| 2/16-2/17 | Frage | Hauslehrerin |
| 2/18-2/19 | Beschreibung/Frage | Unterricht zu Hause – „Darf ich noch was sagen?“ |
| 2/20 | Ermutigung zu erzählen | |
| 2/20-2/25 | Erzählung | Formel 1 Rennen (Make a Wish) |
| 2/26-2/27 | Frage | Reintegration |
| 2/28-2/29 | Beschreibung | Reintegration war schön – Psychologin begleitet ihn |
| 2/30 | Nachfrage | Schwierigkeiten in der Schule |
| 2/31 | Antwort | Verneinung – „Es geht leicht.“ |
| 2/32 | Nachfrage | Rücksichtnahme von Lehrerin |
| 2/33-2/35 | Beschreibung | Kurz vor Weihnachten kaum mehr Neues in Schule - Beendigung des Interviews |
| 2/36-3/2 | Ende | Michael beendet Interview |

Folgend werden nun die für relevant gehaltenen Interviewsequenzen analysiert. Dafür werden die sechs Fragen nach Rosenthal (2011, S. 200), die bereits in der Interviewauswertung der Mutter angeführt wurden, herangezogen.

Analyse der Sequenz 1/17-1/19

Michael beginnt in dieser Sequenz das erste Mal mit einer kurzen Erzählung über sein Leben. Es ist verständlich, dass die Einlieferung ins Krankenhaus und die darauf folgende Operation einschneidende Erlebnisse für ihn gewesen sein mussten. Von Anfang an will er auch von der Operation berichten. Obwohl er nur kurz darauf eingeht muss dieses Ereignis anscheinend in seinen Gedanken geblieben sein. Dennoch

betont er immer wieder, dass er sich nicht erinnern könne, was eine Intensivierung erschwert, da man das Kind zu nichts zwingen möchte. Vielleicht stecken hinter diesen Aussagen auch Abwehr- beziehungsweise Verdrängungsmechanismen. Es könnte sein, dass Michael einfach noch nicht bereit dazu ist, über diese schwere Zeit zu reden und von sich aus zu erzählen. Die längeren Erzählsequenzen betreffen nur unmittelbar seine Krankheit.

Analyse der Sequenz 1/21-1/32

In diesem doch etwas längeren Abschnitt geht Michael kurz auf die Narkose ein. Dieses Gefühl, das er als „Baschabascha“ beschreibt, scheint ihn fasziniert zu haben. Es ist ihm jedenfalls wichtig, dieses im Interview zu erzählen. Spannend wird es an dem Punkt, an dem er näher auf die Intensivstation eingeht. Hier wird ersichtlich, welche Dinge einem Kind auffallen und in Erinnerung bleiben. Michael berichtet generell nicht von Schmerz oder Ängsten, die er während seiner langen Zeit im Krankenhaus hatte.

Analyse der Sequenzen 1/35-2/19

Es handelt sich hierbei mehr um ein Frage-Antwort-Schema, weshalb einige Sequenzen zusammengefasst werden. Eine Analyse von einzelnen Sätzen erscheint nicht effektiv. Dieser Abschnitt kann mit dem Überthema „Schule“ betitelt werden. Michael antwortet auf die gestellten Fragen, längere Erzählsequenzen bleiben jedoch aus. Man hat aber nicht das Gefühl, als wäre die Thematik negativ behaftet. Er erwähnt auch, dass der Besuch der Lehrerin für ihn sehr schön war. Vielleicht gab ihm diese Kraft, Hoffnung und Zuversicht auf ein baldiges Wiedersehen in der Stammschule. Durch die knappen Antworten vermittelt Michael das Gefühl, als wäre das Jahr im Krankenhaus wie an ihm vorbei gezogen. Dinge wie beispielsweise der Besuch beim Formel1-Rennen sind für ihn von Bedeutung. Dies hat sicherlich auch mit seinem Alter und seinen Interessen zu tun.

Analyse der Sequenz 2/29-2/35

Im Abschnitt, bei dem es um die Reintegration von Michael geht, merkt man, dass es ihm schwer fällt, sich einzuschätzen oder die Schwierigkeiten und Probleme nicht erwähnen möchte. Seiner Ansicht nach ist alles gut verlaufen und es war einfach, nach dem langen Krankenhausaufenthalt wieder in die Stammschule zu gehen. Auch ist er der Meinung, dass ihm im schulischen Bereich alles leicht fällt und es keinerlei Schwierigkeiten gibt. Vielleicht baut das Kind auch hier wieder eine Schutzwand auf, die alles Schwierige abfängt und nicht an ihn heranlässt. Schön war zu hören, dass

sich Michael wieder auf seine Schule und die Klasse gefreut hat. Daraus lässt sich schließen, dass der Unterricht im Krankenhaus und der Hausunterricht positiven Einfluss auf Michael hatten.

10.5.5. Rekonstruktion der Fallgeschichte

Eine Rekonstruktion der Fallgeschichte ist im Falle des Interviews von Michael nicht möglich. Es konnten keine biographischen Daten analysiert werden, welche Voraussetzung für diesen Auswertungsschritt sind. Auch umfasst die erzählte Lebensgeschichte keine narrativen Phasen. Die Gegenüberstellung der biographischen Daten und der erzählten Sequenzen, wie Rosenthal (2011, S. 202) für diesen Schritt vorsieht, ist nicht möglich.

Auch hier möchte ich auf die Interviewauswertung der Mutter verweisen.

10.5.6. Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte

Aufgrund der Einschränkungen durch das Interviewmaterial kann auch der letzte Schritt der Fallanalyse nach Rosenthal (2011) nicht durchgeführt werden. In diesem sollten mögliche Erklärungen für die Differenz von erzählter und erlebter Lebensgeschichte gefunden werden (vgl. Rosenthal 2011, S. 207). Ein Vergleich der beiden Lebensgeschichten ist nicht möglich, da die erlebte Lebensgeschichte im Falle von Michael nicht verfügbar ist.

10.6. Zusammenfassung der Ergebnisse der narrativ-biographischen Interviews

Aus den beiden narrativ-biographisch geführten Interviews können folgende Phänomene abgeleitet werden.

Michael fällt es sehr schwer in einer narrativen Form von seinem Leben zu berichten. Dies lässt sich auf die in der Theorie angeführten Begründungen zurückführen. Die Aussagen weisen darauf hin, dass der Bub eine falsche Selbsteinschätzung von sich hat. Er beschreibt sich selbst als guter Schüler, obwohl klar ist, dass das Kind als Folge seiner Krankheit enorme Schwierigkeiten im schulischen Bereich hat. Auch ist er der Meinung, dass die Reintegration bei ihm problemlos verlaufen ist. Im Interview äußert er sich dazu mit der Aussage: „Es geht alles leicht.“ (Michael, 2/31) Er spricht nur sehr ungerne von seiner Krankheit und der Zeit im Krankenhaus. Ebenso werden Nachfragen

in Bezug auf Schule lediglich in ganz kurzen Sätzen beantworten. Filipp und Aymans (2010, S 367) führen dazu an, dass traumatische Erlebnisse „weniger gut und weniger klar erinnert werden können.“ Auch eine elaborierte Erzählstruktur trifft bei solchen Erfahrungen eher seltener zu.

Aus dem Interview mit der Mutter kann herausgelesen werden, dass diese einen starken Einfluss auf die Reintegration von Michael hatte. Schon im Vorfeld wird klar, dass das Verhältnis zwischen Mutter und Sohn sehr angespannt ist. Michael möchte seine Mutter nicht beim Interview dabei haben und auch Frau E. verweist auf Schwierigkeiten im Umgang mit ihm. Sie erzählt im Interview von den psychischen Veränderungen ihres Kindes. Teilweise würde sie Michael gar nicht wieder erkennen. Das Wesen hat sich demnach durch die Krankheit stark verändert, womit Frau E. schwer zu kämpfen hat. Frau E. würde sich für ihr Kind eine „gute“ Schullaufbahn wünschen. Es fällt ihr deshalb schwer zu akzeptieren, dass sich die schulische Leistung ihres Sohnes aufgrund des Tumors verschlechtert hat. Dies muss sie machtlos hinnehmen, da ein gemeinsames Lernen nicht möglich ist und wahrscheinlich in einem Konflikt enden würde. Frau E. erwartet von den Lehrerinnen der Stammklasse eine reibungslose Reintegration. Dass eine Wiedereingliederung von vielen Faktoren abhängt und nicht allein in der Macht der Lehrpersonen steht, blendet die Mutter aus. Dies wirkt sich nicht immer förderlich auf die Reintegration ihres Sohnes aus.

11. Problemzentrierte Interviews

Um ein möglichst umfassendes Bild vom Reintegrationsprozess des krebserkrankten Michaels zu erlangen, wurden neben den beiden vorangegangenen Interviews noch zwei weitere geführt. Dafür wurden zwei Lehrpersonen des Jungen befragt. Es handelt sich dabei zum einen um die Klinik- und Hauslehrerin von ihm, zum anderen um die Lehrerin der Stammschule.

Folgend werden nun kurz die Erhebungs- und Auswertungsmethode der beiden Interviews erläutert.

11.1. Erhebungsmethode

Für den Informationsgewinn von Michaels Heilstättenlehrerin beziehungsweise Hauslehrerin und der Lehrerin seiner Stammklasse wurde das problemzentrierte Interview herangezogen. Dieses gehört, wie der Name schon sagt, zu den problemzentrierten Forschungstechniken. Der Forscher nimmt dabei einen

problemzentrierten Ausgangspunkt ein, indem er die Bedingungsfaktoren von gesellschaftlichen Problemstellungen durch das Untersuchungsdesign beleuchtet (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 397). Dem problemzentrierten Interview liegen nach Witzel (1982, S. 71) drei Gedanken zugrunde: die Problem- Gegenstands- und Prozessorientierung. Die Problemzentrierung beinhaltet das themengebundene Vorverständnis des Forschenden sowie die Sichtweise der Befragten zu diesem Themenkomplex. Bei der Gegenstandsorientierung geht es darum, dass sich die Methode dem Forschungsgegenstand anpasst beziehungsweise daran entwickelt. Das dritte Kriterium, die Prozessorientierung, nimmt den Forschungsprozess in den Blick. Dabei soll die Gewinnung und Prüfung von Daten schrittweise vor sich gehen (vgl. Friebertshäuser 1997, S. 379).

„Bei diesem Verfahren handelt es sich um eine Methodenkombination bzw. – integration von qualitativem Interview, Fallanalyse, biographischer Methode, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse.“ (Witzel 1985, S. 230) Durch die Methodenvielfalt kann eine gesellschaftliche Problemstellung von verschiedenen Seiten beleuchtet werden, dies beinhaltet auch die Kombination aus Induktion (empirisch) und Deduktion (theoretisch). Der Befragte strukturiert die soziale Wirklichkeit. Der Interviewer grenzt durch seine offenen Fragen lediglich den Interessensbereich ein und stimuliert den Befragten für die Erzählsequenzen, wobei das theoretische Konzept des Forschers nicht mitgeteilt wird, damit der Erzählende nicht beeinflusst wird (vgl. Lamnek 2010, S 332f).

Das problemzentrierte Interview gliedert sich in folgende vier beziehungsweise fünf Phasen: Einleitung, allgemeine Sondierung, spezifische Sondierung, direkte Fragen und Kurzfragebogen. In der Einleitung werden „(...) die erzählende Gesprächsstruktur und der Problembereich der sozialen Wirklichkeit, der Thema des Interviews sein soll, festgelegt.“ (Lamnek 2010, S. 334) Die allgemeine Sondierung dient dazu, den Befragten zu stimulieren. Durch ein Erzählbeispiel aus dem Alltag des Interviewten wird die Narration angeregt und mögliche emotionale Befangenheiten abgebaut. Im dritten Abschnitt, der spezifischen Sondierung, soll der Forschende durch Zurückspiegelung, Verständnisfragen oder Konfrontation die Erzählungen und Darstellungen des Gegenübers erfassen. In der Phase der direkten Fragen geht es nun nicht mehr darum, den Befragten anzuregen, mit einer Erzählung zu antworten. Es werden direkte Fragen zu bestimmten Themenbereichen gestellt, die noch nicht beantwortet wurden. Dabei müssen die Antworten nicht unbedingt in eine Erzählsequenz übergehen. Der Kurzfragebogen sollte eigentlich noch vor der Einleitung, als Phase Null stattfinden, da die daraus resultierenden Antworten als Einstieg in das Interview genutzt werden können. Dem Befragten wird ein

Kurzfragebogen vorgelegt, der die inhaltliche Thematik des darauf folgenden Interviews umfasst. Dadurch findet eine erste Auseinandersetzung mit dem Problembereich statt. Teilweise kann nach der Beantwortung des Kurzfragebogens auch direkt in die allgemeine Sondierung übergegangen werden. Neben dem Kurzfragebogen gibt es noch andere Instrumente zur Datenerfassung. Dazu zählen der Leitfaden, das Tonband und ein Postskript (vgl. Lamnek 2010, S. 333ff).

11.2. Auswertungsmethode

Für die Auswertung der problemzentrierten Interviews wird sowohl bei Fiebertshäuser (1997) als auch bei Lamnek (2010) auf das Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring verwiesen, weshalb diese Methode auch herangezogen wird.

Die Art und Weise der Auswertung steht dabei in enger Verbindung mit der Erhebungsmethode. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse geht es in erster Linie um theorie- und regelgeleitetes Textverstehen und Textinterpretation. Grundsätzlich wird dabei zwischen drei Grundformen des Interpretierens unterschieden (vgl. Mayring 2003, S. 58):

1. Zusammenfassung: Das Material wird durch Abstraktion so reduziert, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, der Umfang des Grundmaterials aber überschaubarer wird.
2. Explikation: Zu fragwürdigen Textteilen wird zusätzliches Material angeführt, um das Verständnis zu erweitern.
3. Strukturierung: Es gilt, mit Hilfe eines festgelegten Kategoriensystems bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern.

Für die Untersuchung des vorliegenden Materials wird die Strukturierung als Vorgehensweise gewählt. Das Ziel dieser Form der Inhaltsanalyse ist es, eine bestimmte Struktur aus dem Datenmaterial zu extrahieren. Dafür werden Kategorien aus der Forschungsfrage abgeleitet und theoretisch begründet. Diese Kategorien werden durch Ausprägungen ausdifferenziert. Die Kategorien und die festgelegten Ausprägungen stellen das Kategoriengerüst dar (vgl. Mayring 2003, S. 82f).

Die Strukturierung lässt sich in vier Analyseformen untergliedern. Diese sind: Formale Strukturierung, inhaltliche Strukturierung, typisierende Strukturierung und skalierende Strukturierung (vgl. Mayring 2003, S. 59).

In Hinblick auf die durchgeführten Interviews wird die inhaltliche Strukturierung herangezogen, da diese das Ziel verfolgt, bestimmte Themengebiete „aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“ (Mayring 2003, S. 89) Die Auswahl dieser Themengebiete wird anhand theoriegestützter Kategorien geleitet. Dieses theoriegeleitete System besteht aus inhaltlichen Haupt- und Unterkategorien. Anhand dieser werden die Inhalte im Material extrahiert (vgl. Mayring 2003, S. 89). Mayring (2003, S. 74f) unterscheidet dabei zwischen einer induktiven und einer deduktiven Kategorienbildung.

In der vorliegenden Arbeit wird anhand der deduktiven Kategorienbildung gearbeitet, weshalb dieser Arbeitsschritt folgend kurz erläutert wird.

Bei dieser Form der Kategoriendefinition werden die Kategorien aus „Voruntersuchungen, aus dem bisherigen Forschungsstand, aus neu entwickelten Theorien oder Theoriekonzepten“ heraus entwickelt (vgl. Mayring 2003, S. 74). Das heißt, die Kategorien werden durch einen Operationalisierungsprozess abgeleitet, dabei wird besonders auf vorab formulierte Theoriekonstrukte eingegangen. (vgl. ebd., S. 75). Diese lassen sich im Theorieteil der Arbeit finden.

11.2.1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Um das vorliegende Interviewmaterial nach obenstehender Methode auszuwerten zu können, muss im Vorfeld das Ausgangsmaterial bestimmt werden. Mayring (2003, S. 47) unterscheidet dabei drei Analyseschritte: Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation und formale Charakteristika des Materials.

Das Ausgangsmaterial wird folgend anhand der genannten Analyseschritte bestimmt, wobei Schritt eins und zwei in dieser Arbeit zusammengefasst werden.

Festlegung des Materials und Analyse der Entstehungssituation

Die beiden interviewten Lehrerinnen waren beide unmittelbar in den Reintegrationsprozess von Michael eingebunden. Durch die Interviews kann die Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden, was ein umfassendes Bild entstehen lässt. Die gewonnene Mehrdimensionalität macht ersichtlich, wie der Wiedereingliederungsprozess vor sich geht, was gut klappt und an welchen Stellen eventuelle Verbesserungen nötig wären.

Im Einzelnen handelt es sich um:

Person 1: Manuela S. – Klinik- und Hauslehrerin von Michael

Frau S. war die Lehrerin von Michael während seiner Behandlungen. Sie betreute ihn sowohl im Krankenhaus als auch in Behandlungspausen zu Hause.

Michael wurde durch das Projekt „Lernblitz“ an mich vermittelt. Dadurch lernte auch ich Michaela kennen. Sie klärte mich persönlich über die Umstände auf und war zugleich in der Folgezeit Kontaktperson und Ansprechpartnerin für mich. Ich berichtete ihr von meinem Vorhaben, das ich im Zuge der Masterarbeit gerne bearbeiten wollte. Frau S. klärte sich sofort dafür bereit mir ein Interview zu geben. Auf Vorschlag von Michaela verabredeten wir uns dafür in einem Kaffeehaus. Ich hatte ihr bei unserem Telefonat kurz erklärt, wie das Interview ablaufen würde. Bei unserem Treffen begann sie ohne große Aufforderung sofort zu erzählen und berichtete sehr frei darüber, was sie zu Michael wusste. Das Interview besteht hauptsächlich aus Narrationen. Ich musste nur wenige Zwischenfragen aus meinem Leitfaden stellen.

Person 2: Regina J. – Klassenlehrerin von Michael

Regina J. ist die derzeitige Klassenlehrerin von Michael. Ich führte mit ihr bereits vor der Interviewanfrage einige Telefonate, um den Leistungsstand und die schulischen Schwachstellen von Michael zu ermitteln. Regina war anfänglich nicht dazu bereit mir ein Interview zu geben. Nachdem ich ihr aber erklärt hatte, wie das Interview ablaufen würde und dass ich keinerlei exakten Fakten oder medizinische Informationen von ihr erwarten würde, willigte sie ein. Wir verabredeten uns in der Schule und führten das Interview während einer Freistunde von Frau J. durch. Ich erklärte ihr nochmals kurz, wie das Interview verlaufen würde und ließ Frau J. dann erst einmal reden. Sie erzählte mir offen und ausführlich, wie die Reintegration verlaufen war. Zeitweise stellte ich Zwischenfragen aus meinen Notizen, um den Redefluss aufrecht zu halten beziehungsweise um genauere Informationen zu gelangen.

Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und im Anschluss wörtlich transkribiert. Es wurde versucht, eine einheitliche Form für alle vier Interviewtranskriptionen zu finden. Dadurch, dass sowohl das Interview mit Michael als auch das mit seiner Mutter so exakt wie möglich transkribiert wurden, wurde diese Form auch für diese beiden Transkriptionen übernommen. Das heißt, sprachliche Färbung wie beispielsweise Dialekte wurden nicht in normales Schriftdeutsch umgewandelt. Diese zusätzlichen Informationen wären für die Interpretation nach Mayring aber nicht zwingend nötig gewesen.

11.2.2. Fragestellung der Analyse

Nach der Beschreibung des Ausgangsmaterials gilt es sich zu überlegen, was aus dem Material heraus interpretiert werden möchte. Es wird eine spezifische Fragestellung benötigt, um eine Inhaltsanalyse durchführen zu können. Die Bestimmung der Fragestellung wird nachfolgend in zwei Schritten durchgeführt (vgl. Mayring 2003, S. 50). Die Fragestellung für die Analyse der beiden problemzentrierten Interviews orientiert sich an der Forschungsfrage der Arbeit.

Richtung der Analyse

Die geführten Interviews sollten das Ziel verfolgen, die Lehrpersonen dazu anzuregen, ihre Sichtweise und Erfahrungen zum Reintegrationsprozess einer ihrer Schüler, zu reflektieren und mitzuteilen.

Eine eindeutige Richtung der Inhaltsanalyse kann anhand der beiden Interviews nicht charakterisiert werden. Die zwei Interviews sollen dazu beitragen, weitere Perspektiven und Informationen in Hinblick auf ein bestimmtes „Problem“ zu bekommen. Hierbei kommen sowohl der emotionale-, kognitive- als auch Handlungshintergrund zur Sprache (vgl. Mayring 2003, S. 51).

Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Das Interviewmaterial umfasst Aussagen von zwei Lehrpersonen über den Reintegrationsprozess eines krebskranken Kindes in die Volksschule. Dabei handelt es sich um die Stellungnahmen zu einem ausgewählten Fall, welcher die Interviewten persönlich betrifft.

In der Literatur lässt sich kein allgemeingültiges Konzept finden, wie die Wiedereingliederung eines erkrankten Kindes in die Volksschule von sich geht, da sich dieser je nach Krankheitsverlauf unterschiedlich vollzieht. Es wird jedoch eine Vielzahl an Aspekten genannt, die den Reintegrationsprozess positiv, aber auch negativ beeinflussen können.

Anhand der geführten Interviews soll analysiert werden, inwieweit sich Aspekte aus der Literatur in einem konkreten Fall wiederfinden lassen. Das Kategoriensystem ermöglicht es, die Übereinstimmung beziehungsweise Widerlegung der Literatur und den Aussagen der Probanden herauszuarbeiten.

11.3. Interviewauswertung der Lehrpersonen

Die Auswertung nach Mayring (2003) beschäftigt sich im Falle des vorliegenden Materials in erster Linie mit der Analyse der Aussagen anhand der formulierten Kategorien. Diese beziehen sich vorrangig auf Schwierigkeiten, die während des Reintegrationsprozesses auftauchen können sowie Unterstützungsmaßnahmen.

Es wird dazu das genannte Kategoriensystem nach Mayring (2003) gebildet. Dieses gliedert sich hier in zwei Kategorien mit jeweils zwei Unterkategorien. Jede dieser insgesamt sechs Kategorien wird anhand einer Definition und konkreter Ankerbeispielen ausgearbeitet.

11.3.1. Kategorienbildung

Für die Untersuchung werden zwei Hauptkategorien festgelegt. Diese leiten sich aus der Forschungsfrage ab und lauten folgendermaßen: Schwierigkeiten und Unterstützungsmaßnahmen (beim Reintegrationsprozess).

Zu den Hauptkategorien lassen sich jeweils verschiedene Unterkategorien definieren. Diese ermöglichen eine detailliertere Darstellung der Hauptkategorien. Es wird hier in Bezugnahme auf den Theorieteil dieser Arbeit vorgegangen.

Die einzelnen Kategorien werden in nachfolgender Tabelle anhand einer Definition und Ankerbeispielen bestärkt.

Die Definitionen beziehen sich dabei aus dem Theorieteil der Arbeit. Für die Ankerbeispiele werden treffende Aussagen der interviewten Lehrpersonen herangezogen.

Tabelle 1: Definition der Kategorien

| Kategorie | Definition | Ankerbeispiel |
|------------------------------|---|---|
| K1 Schwierigkeiten | Besonders Schüler/-innen, die an einem Hirntumor erkrankt sind, leiden unter den Folgen der Behandlungen und haben teilweise massive Probleme im Schulalltag (vgl. Kienesberger 2013, S. 17). | „Das war ihm alles ganz einfach zu viel. Die vielen Geräusche und dann die vielen Dinge die Arbeitsfolgen die's in der Klasse mit den Kindern (...).“ (Manuela 2014, 2/18-2/20) |
| K1 a Soziale Schwierigkeiten | „(...) Veränderungen (...) des Erlebens und Verhaltens der Kinder und | „(...) die Kinder (...) haben sich am Anfang bemüht, sehr bemüht um ihn, aber durch seine |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| | Jugendliche sind mögliche (Spät-)Folgen einer Hirntumorerkrankung.“ (Leiss 2014, S. 301) | zurückhaltende Art sind sie halt nicht an ihn herangekommen.“ (Regina 2014, 2/22-2/24) |
| K1 b Leistungsabfall | (Spät-)Folgen eines kindlichen Hirntumors und dessen Behandlungen können sich auf den kognitiven, emotionalen und sozialen Bereich auswirken (vgl. Leiss et al. 2014, S. 14) | „Leistungsmäßig kann er nicht mithalten in der Schule, deshalb braucht er Unterstützung (...). Also er hat jetzt nicht die Ausdauer wie die anderen Kindern in dem Alter (...) und vor allem auch die Merkfähigkeit.“ (Manuela 2014, 3/9-3/12) |
| K2 Unterstützungsmaßnahmen | In Hinblick auf die Reintegration spielt die Thematik der Über- bzw. Unterforderung eine zentrale Rolle (vgl. Wienhues 1983, S. 123). | „Er ist dann um elf abgeholt worden da simma gegangen weil eigentlich ist ja Ganztagschule und wir haben gesagt nur soweit's einmal am Vormittag geht (...).“ (Manuela 2014, 2/21-2/23) |
| K2 a Krankenhaus | Die Klinik- und Hauslehrer/-innen geben ihr bestes, um die Kinder schulisch auf dem Laufenden zu halten, damit ein Anschluss und Wiedereinstieg in die Klasse möglich ist (vgl. Häcker 1995, S. 202). | „Aber wir bringen jedes Kind wieder zurück in die Schule. (...) weil die Unterstützung ganz einfach dann wann's ihm besser geht so lange weiter geht, bis das Kind in der Klasse wieder mithalten kann.“ (Manueal 2014, 4/35-5/2) |
| K2 b Schule | Die Unterstützungsmöglichkeiten seitens der Lehrperson müssen individuell an das Kind angepasst werden (vgl. Leiss et al. 2014, S. 2). | „Ich bin nur manchmal nicht sicher wie weit kann ich ihn fordern, um ihn nicht zu überfordern.“ (Regina 2014, 3/23-3/24) |

Die zwei Interviews mit den Lehrpersonen wurden in Hinblick auf die angeführten Kategorien beleuchtet. Eine detaillierte Auflistung der Aussagen der interviewten Personen zu den definierten Kategorien befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

11.3.2. Zusammenfassung der Ergebnisse der problemzentrierten Interviews

Aus den theoretischen Überlegungen und der Bearbeitung des Interviewmaterials konnten folgende Erkenntnisse gewonnen werden:

Der Reintegrationsprozess eines krebskranken Kindes in die Volksschule ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Die Kategorie 1, die von möglichen Schwierigkeiten während des Reintegrationsprozesses ausgeht, kann anhand der Aussagen in den Interviews bestätigt werden. In der Literatur wird dabei im Speziellen auf Hirntumorpatient/innen verwiesen, die aufgrund der Behandlungen unter Problemen im Schulalltag leiden können (vgl. Kienesberger 2013, S. 17). Aufgrund der Vielfältigkeit von möglichen Schwierigkeiten wurden zwei Unterkategorien gebildet. Die erste Unterkategorie befasst sich mit Schwierigkeiten im sozialen Bereich. Die Lehrpersonen sprechen diesen Punkt auch in den Interviews an, weshalb davon ausgegangen werden kann, dass sich die in der Theorie angeführten Verhaltensänderungen in der Praxis bestätigen. Dies lässt sich auch für die zweite Unterkategorie „Leistungsabfall“ aussagen. Folgend eine treffende Aussage von Michaels Hauslehrerin, Frau Manuela S. (2/36-3/3):

„(...) die Lehrerin in der Schule hat gesagt vom sozialen her hat das gut geklappt, nur leistungsmäßig konnte er natürlich nicht die zweite Klasse so abschließen wie die anderen Kinder und am Ende des Schuljahres haben wir dann entschlossen, dass er doch die zweite Klasse wiederholt.“

Es wird ersichtlich, dass der Reintegrationsprozess nicht allein nur das Wieder-in-die-Schule-gehen beinhaltet, sondern dass das Kind aufgrund der langwierigen Behandlungen mit verschiedenen Problemen zu kämpfen hat. Diese Hindernisse liegen aber nicht alleine beim Kind. Werden ausreichende Unterstützungsmaßnahmen veranlasst, kann dies einer reibungslosen Wiedereingliederung sehr entgegenkommen. Die zweite große Kategorie beinhaltet deshalb Unterstützungsmaßnahmen beim Reintegrationsprozess. Auch dazu wurden verschiedene Hinweise in den Interviews gefunden. Diese lassen sich vor allem im Interviewmaterial von Person 1, der Klinik- und Hauslehrerin finden. Die Klassenlehrerin, hier Person 2, beschreibt dann in ihrem Interview Unterstützungsmaßnahmen, die von ihr, also der Schule getätigt wurden.

„(...) wir haben schon gesagt, das machst du vom Übungsprogramm zum Beispiel das machst du, das ist wichtig oder mach's nur bis da her oder wenn ich gesehen hab, die anderen haben schon abgegeben und er ist ja ziemlich weit oben, hab ich gesagt, so gut den einen Satz schreibst du noch weiter und dann gibst du auch ab.“

Somit wird auch die Unterkategorie K2 b „Unterstützungsmaßnahmen seitens der Schule“ als relevant empfunden. Zur ersten Unterkategorie, „Unterstützungsmaßnahmen seitens des Krankenhauses“ beziehungsweise des Unterrichts im Krankenhaus konnten ebenfalls Aussagen gefunden werden. Diese fallen jedoch eher allgemein aus. Es wird lediglich nur kurz darauf eingegangen. Im Falle von Michael wäre eventuell eine intensivere Zusammenarbeit und Absprache

zwischen Hauslehrerin und Klassenlehrerin hilfreich gewesen. Wobei anzumerken ist, dass die Klassenwiederholung und der damit verbundene Lehrer/innenwechsel eine zusätzliche Schwierigkeit darstellen können. Zudem fand leider kein Informationsaustausch in der Schule selbst statt und Frau Regina J. wollte nicht gleich von Anfang an Unterstützung seitens des Krankenhauses in Anspruch nehmen.

III. FAZIT

12. Fazit und Ausblick

Die intensive Auseinandersetzung einerseits mit der Fachliteratur und die durch die analysierten Interviews gewonnenen Erkenntnissen andererseits, sollen nun in diesem abschließenden Teil zu einer möglichen Beantwortung der anfangs gestellten Forschungsfrage führen.

Bevor dieser Versuch jedoch unternommen wird, soll eine kurze Reflexion der Methode vorgenommen werden. Insbesondere soll dabei auf die Auswertung der beiden narrativ-biographischen Interviews eingegangen werden, da es bei diesen zu einigen unvorhersehbaren Herausforderungen gekommen ist. Das Interviewtranskript von Michael konnte nur ansatzweise nach den Auswertungsschritten von Rosenthal (2011) ausgewertet werden. Anhand der Literatur konnte jedoch bestätigt werden, dass auch eine solche Auswertung interessante Ergebnisse liefern kann, weshalb ein Ausschluss der Auswertungsmethode nach Rosenthal (2011) nicht zwingend notwendig war. Auch das Transkript der Mutter eignete sich nicht perfekt für die gewählte Methode. Dadurch, dass nicht von vornherein klar war, wie sich der Verlauf der Interviews gestalten wird, war die Wahl einer geeigneten Auswertungsmethode äußerst schwierig. Die Auswertungsmethode schien anfänglich aber gerade für diese doch eher heikle Thematik als geeignet, da sie viel Raum für Interpretationen lässt. Zudem können parasprachliche Elemente analysiert und in die Auswertung mit einbezogen werden, was an manchen Stellen sehr hilfreich war.

Wie bereits erwähnt konnten anhand des vorliegenden Interviewmaterials leider nicht alle vorgegebenen Schritte ausgeführt werden, weshalb es schwierig zu beurteilen bleibt, ob für weitere Interviewanalysen wieder diese Methode gewählt werden würde, da dies immer vom gewonnenen Material abhängig ist.

Nach dieser kurzen Reflexion der Methode soll nun auf die Forschungsfrage eingegangen werden.

Wie verläuft der Reintegrationsprozess von krebskranken Kindern in die Volksschule?

Dabei wurde, wie anfänglich erwähnt, auf den Reintegrationsprozess bei Kindern mit einem Hirntumor eingegangen, da die Betroffenen beim Wiedereinstieg in die Schule

mit schwerwiegenderen Problemen konfrontiert werden als Schüler/innen mit anderen Krebserkrankungen.

Genauso unterschiedlich, wie sich der Krankheitsverlauf bei den erkrankten Kindern vollzieht, sieht auch der Reintegrationsprozess aus. Es gibt also keinen fixen Plan, nach dem die Schüler/innen wieder in ihre Stammschulen zurückgeführt werden. Ziel der Klinik- und Hauslehrer/innen ist es jedoch, jedes Kind, auf welche Weise auch immer, wieder in die Schule zurückzubringen. Dazu lässt sich in der Literatur (vgl. dazu Schroeder et al. 1996) auch durchaus ein Konzept finden. Dieses soll den Reintegrationsprozess erleichtern. Genanntes Konzept setzt nicht erst zum Zeitpunkt der Rückkehr in die Schule an, sondern startet bereits mit Beginn der Therapie und umfasst im Idealfall die komplette schulische Begleitung, die das Kind während und auch nach seiner Erkrankung benötigt. Das beinhaltet den Unterricht im Krankenhaus, die Heimatschulbesuche, den Hausunterricht, die Reintegration sowie teilweise auch noch die Unterstützung beim Auftreten von möglichen Spätfolgen. Am konkreten Fall von Michael lässt sich dieses Konzept gut wiederfinden. Die Mutter berichtet von einem raschen Einsetzen des Unterrichts im Krankenhaus (vgl. Mutter, 3/27-3/28) und einer stetigen Begleitung durch Manuela S., die den Jungen sowohl im Krankenhaus als auch zu Hause unterrichtet hat und ihn wieder in die Stammschule reintegrieren konnte.

Die Lehrpersonen im Krankenhaus sind vertraut mit den Folgen der Krankheit und vor allem mit den Dingen der Behandlungen. Der Einsatz von Strahlen- und Chemotherapien kann langwierige Auswirkungen und Probleme mit sich bringen. Diese zeigen sich in den unterschiedlichsten Bereichen. Die Auswirkungen und damit verbundenen Veränderungen lassen sich auf kognitiver, emotionaler und sozialer Ebene verorten. Die Bandbreite an den Folgen ist daher sehr groß. Dies wird anhand des Spektrums an Unterstützungsmöglichkeiten im Theorieteil ersichtlich. Kann ein erkranktes Kind also wieder zurück in seine Regelschule, muss der/die Klassenlehrer/in mit dieser neuen Herausforderung umgehen. Es ist verständlich, dass diese Aufgabe nicht leicht ist. Umso wichtiger erscheinen deshalb ein guter Austausch und die Zusammenarbeit zwischen dem Klinikpersonal, der betroffenen Familie und dem/der Regelschullehrer/in. Mangelnde Kooperation kann den Reintegrationsprozess für alle Beteiligten erschweren.

Auch bei der Reintegration von Michael fehlte anfangs der Austausch zwischen den Lehrpersonen in der Stammschule und der Hauslehrerin. Durch die Klassenwiederholung kam der Schüler in die Klasse von Regina J.. Die ehemalige Lehrerin von Michael hatte ausführliche Informationen zu den krankheitsbedingten Folgen vom Krankenhauspersonal bekommen. Die Hauslehrerin nahm an, dass sie

diese an die neue Klassenlehrerin von Michael, Regina J. weiterleiten würde. Aufgrund der Schulform und des großen Lehrkörpers fand dieser Austausch aber nicht statt (vgl. Regina J., 6/3-6/23).

Die krankheitsbedingten Folgen erschweren den Schulalltag des betroffenen Kindes. Je nach Ausprägung dieser Folgen verläuft die Wiedereingliederung in den schulischen Kontext gut und schnell oder eben weniger gut und schleppend. Wie bereits anfangs erwähnt, unterscheidet sich nicht nur der Krankheitsverlauf von Kind zu Kind, sondern sind diese eben auch auf unterschiedliche Art und Weise von den Folgen betroffen. Manche der Schüler/innen können nach kurzer Zeit wieder mit ihrer Klasse mithalten, andere brauchen sehr lange, bis sie wieder die geforderte Leistung erbringen können. Um den Reintegrationsprozess so gut wie möglich verlaufen zu lassen, ist sehr viel Flexibilität und Rücksichtnahme von der Lehrperson und auch den anderen Kinder der Klasse gefordert.

Wie bei Leiss (2014) beschrieben, lässt sich am Beispiel von Michael aufzeigen, dass ein erkranktes Kind besondere Unterstützung benötigt. Bei Michael waren nicht nur kognitive Teilbereich eingeschränkt, sondern auch das Verhalten und das Wesen des Kindes hatte sich durch die strapazierende Behandlung verändert (vgl. Mutter, 5/27-6/8). Nach dem langen Krankenhausaufenthalt und dem Unterricht zu Hause wollte er zu Beginn überhaupt nicht in die Schule. Er hatte Schwierigkeiten Anschluss an die Klasse zu finden und mit den Mitschüler/innen umzugehen. Es fiel ihm schwer, sich in der Klasse mit den vielen neuen Eindrücken und Aufgaben zurechtzufinden. Durch die krankheitsbedingten Beeinträchtigungen ist es Michael nicht möglich, leistungsmäßig mit der Klasse mitzuhalten. Er kann sich Dinge nur sehr schwer merken und benötigt vergleichsweise sehr lange für schulische Aufgaben. Manuela S. berichtet auch von unkontrollierbaren Wutausbrüchen des Buben. Michael merkt sehr wohl, dass er nicht dieselbe Leistung wie seine Mitschüler/innen erbringen kann. Genannte Wutausbrüche können also dahingehend begründet werden.

Wenn wir anhand des Reintegrationsprozesses von Michael einen Vergleich von Theorie und Praxis vornehmen, lassen sich einige Überschneidungen finden. Dies lässt sich wahrscheinlich auch auf die sehr praxisorientierten und praxisnahen Verfasser der wissenschaftlichen Literatur zurückführen. Um einen gelingenden Wiedereinstieg überhaupt zu ermöglichen, müssen die erkrankten Kinder auch während ihrer Abwesenheit weiter unterrichtet werden. Es wird vor allem bei Schroeder et al. (1996) immer wieder auf die wichtigen Funktionen der Schule auch während dieser schweren Zeit verwiesen. Entgegen den Vorstellungen ist Schule und Unterricht nämlich durchaus willkommen bei den erkrankten Schüler/innen und tragen positiv zum Genesungsprozess bei. Auch Michael bestätigt diese Annahme aus der Literatur. Von

den angeführten Studien wie beispielsweise jene von Schiffermüller (1997), welche sich mit der Thematik „Krebskranke Kinder und Schule“ beschäftigt, sind einige der gewonnenen Erkenntnisse identisch mit denen des empirischen Teils. Zwar fanden im Fall von Michael aus krankheitsbedingten Gründen keine Heimatschulbesuche statt, die Klinik- und Hauslehrerin standen aber in regem Austausch mit der damaligen Klassenlehrerin. Auch wurde versucht, Michael so oft als möglich bei Festen und Veranstaltungen der Schule dabei zu haben, um ihn am Schulleben teilhaben zu lassen und auch aktiv ein Mitglied seiner Klasse sein zu können. Dies war sicher förderlich für seine Rückkehr in die Schule. Einzig der Klassenwechsel führte bei ihm besonders im sozialen Bereich zu Herausforderungen. Neben den Folgen der Erkrankung waren die neuen Mitschüler/innen und Lehrpersonen für ihn ein zusätzliches Erschwernis. Diese Problematik wird sowohl bei Schroeder et al. (1996) als auch bei Häcker (1995) gut beschrieben und kann am Fall Michael klar aufgezeigt werden. Für manche Kinder bedeutet eine Klassenwiederholung eine Art Neuanfang, andere haben, wie beispielsweise Michael, schwer damit zu kämpfen.

Der Prozess der Reintegration wird abgesehen von genannten Faktoren auch immer von vielen anderen Umständen beeinflusst. Den psychischen Belastungen kommt dabei im untersuchten Fall eine bedeutende Rolle zu. Besonders anhand des Interviews der Mutter wird deutlich, was für Herausforderungen eine solche Situation mit sich bringt. Zukunftsvorstellungen und teilweise sogar ganze Lebensplanungen müssen neu gestaltet werden. Auch die Hauslehrerin spricht immer wieder von zutreffenden Gegebenheiten. Das Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt (1985) schafft die Möglichkeit, Aussagen aus den Interviews den Stufen zuzuordnen und dadurch Verständnis dafür zu haben. Die emotionale Spannung vom betroffenen Kind und dessen Umfeld wird ersichtlich. Hierin lässt sich auch die empirische Erhebung nach Anselmann-Seydler (1988) bestätigen. Diese untersucht die Rolle der Lehrpersonen im Krankenhaus. Dabei stellt sich heraus, dass den Lehrer/innen neben der erfolgreichen Reintegration ein weitaus umfangreicheres Aufgabenfeld zukommt. Alles in allem kann gesagt werden, dass die betroffenen Personen jedoch das Bestmögliche gemacht haben, für eine gelungene Reintegration. Es lassen sich an diesem konkreten Fall viele Ansätze aus der Literatur wiederfinden.

Ein kurzer Ausblick über mögliche Veränderungsvorschläge soll die Arbeit abschließen. Dieser legt den Fokus auf die Reintegration von krebskranken Kindern in Österreich.

Generell kann gesagt werden, dass die Heilstättenschulen sehr fortschrittlich geführt werden. Durch die Einführung des Projekts „Lernblitz“ wurde die Problematik erkannt,

dass Patient/innen trotz einer erfolgreichen Reintegration teilweise weiterhin noch Unterstützung und Hilfe in schulischen Angelegenheiten benötigen. Sobald ein Kind nämlich zurück in der Regelschule ist und regelmäßig am Unterricht teilnehmen kann, ist keine zusätzliche Unterstützung mehr eingeplant. Diese Lücke wird versucht mit dem Projekt zu schließen. Hierbei kann jedoch lediglich auf die Kinderkrebshilfe Wien, Niederösterreich und Burgenland verwiesen werden. Ob ein solches Projekt wie „Lernblitz“ auch in den anderen Bundesländern Österreichs gibt, konnte leider nicht ermittelt werden.

Woran es möglicherweise des Weiteren mangeln könnte, wäre im Bereich der spezialisierten Reintegrationslehrer/innen. Derzeit gibt es nur eine, die sich speziell um ehemals erkrankte Patient/innen kümmert, bei welchen die Folgen der Behandlungen erst Jahre später auftreten. Zwar gibt es ein tolles System der Nachsorge, jedoch eben nur eine Lehrerin, die sich explizit um die Schüler/innen mit Spätfolgen kümmert.

Dem Interview mit Frau Manuela S. ist außerdem zu entnehmen, dass bei der Einstellung von zusätzlichen Lehrpersonen im Bereich der Heilstättenschulen gespart wird. Dadurch steht den einzelnen erkrankten Kindern weniger Unterrichtszeit zur Verfügung. Dies betrifft insbesondere das System in Wien, da der Klinik- und Hausunterricht von einer Lehrperson übernommen wird. In den anderen Bundesländern wird der Hausunterricht in den meisten Fällen von Lehrer/innen der Stammschule gemacht.

In Bezug auf die Implikationen für die Praxis wäre ein Ausbau der schulischen Reintegration beziehungsweise der Bildungsrehabilitation anzustreben. Dabei sind sowohl der soziale Bereich als auch der Bereich der Bildung bei einer Reintegration zu beachten. Die Literatur und die Erkenntnisse aus den geführten Interviews machen ersichtlich, dass die beiden genannten Bereiche wesentlich zu einer gelingenden Wiedereingliederung beitragen. Der Bildungsbereich allein reicht beispielsweise nicht aus, um die schulische Reintegration erfolgreich zu vollziehen. Die sozialen Faktoren spielen dabei zusätzlich eine durchaus wichtige Rolle. Während die vorliegende Arbeit einen Überblick zum Verlauf des Reintegrationsprozesses von krebskranken Kindern darlegt, würde sich als ein weiteres Forschungsvorhaben die Auseinandersetzung mit den bereits reintegrierten Kindern und Jugendlichen anbieten. Es konnten in dieser Arbeit zwar Ansätze aufgezeigt werden, wie die Zeit nach der Reintegration aussieht, eine detailliertere Abhandlung dieser Thematik hätte den Rahmen einer Masterarbeit jedoch gesprengt. Aufbauend auf diese Arbeit könnte eine weitere Forschungsfrage also wie folgt lauten: „Wie sieht der Bildungsverlauf von (ehemaligen) Hirntumorpatient/innen aus?“

Abschließend möchte nochmals darauf hingewiesen werden, dass der Eindruck gewonnen werden konnte, dass von den zuständigen Personen wirklich das Höchstmögliche getan wird, um den betroffenen Familien zu helfen und sie zu unterstützen.

Ein Gedicht eines ehemaligen Patienten (Denegg 1988, S. 165) der Kinderklinik Tübingen, das er während seines Aufenthalts im Krankenhaus verfasst hat, soll diese Arbeit abschließen.

Träume

Träume die gehen
und in meinem Herzen
doch immer bestehen
die ich erhoffe
mir zur Wirklichkeit
Aus Träumen werden Wünsche
und aus Wünschen Träume
nur ein Unterschied
den Wunsch kann man kriegen

den Traum so leicht nicht
den träumt man
nachts als auch tags
Dann fliegt er fort
auch wenn man ihn mag
doch kommt er wieder
wenn du es willst
sooft du willst
denn er ist von dir

Literaturverzeichnis

ANSELMANN-SEYDLER, S. (1988): Die Rolle des Lehrers im Krankenhaus.- Bonn: Reha-Verlag.

BERNHARD, D./Barow, T.: Stand und Perspektiven des Krankenhausunterrichts in Schweden.- In: Sonderpädagogische Förderung heute, 58 (2013), 3, S. 323-326.

BIEWER, G.: Integration und Inklusion im Bildungswesen – Einführung in die Thematik.- In: Biewer, G./Luciak, M./Schwinge, M. (Hrsg.) (2011): Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik.- Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, S. 291-295.

BÖHM, W. (2005): Wörterbuch der Pädagogik.- Stuttgart: Kröner.

BÜRЛИ, A.: Integration/Inklusion aus internationaler Sicht – einer facettenreichen Thematik auf der Spur.- In: Bürli, A./Strasser, U./Stein, A. (Hrsg.) (2009): Integration/Inklusion aus internationaler Sicht.- Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, S. 15-61.

BÜRЛИ, A.: Integration/ Inklusion aus der Sicht der UNESCO.- In: Biewer, G./Luciak, M./Schwinge, M. (Hrsg.) (2011): Begegnung und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik.- Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, S. 61-75.

DENGG, F.: „... und sich unermeßlich sehnt nach Glück“.- In: Klemm, M./Hebeler, G./Häcker, W. (Hrsg.) (1998): Tränen im Regenbogen. Phantastisches und Wirkliches – aufgeschrieben von Mädchen und Jungen der Kinderklinik Tübingen.- Tübingen: Attempto Verlag, S. 161-174.

ERTLE, C.: Die Schule für Kranke – „eine Brücke zum ganz normalen Leben“.- In: Ertle, C. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 11-24.

FELMAYER, I.: Heilstättenschule Österreich. Unterricht in Krankenhäusern und Heil-/Sonderpädagogischen Einrichtungen. Zentrum für Schulentwicklung. Abteilung 1 (Bmbwk).- Klagenfurt: 2001.

FEYERER, E.: Ist Integration „normal“ geworden?- In: Erziehung und Unterricht, 159 (2009), 2, S. 241-254.

FILIPP, S./Aymanns, P. (2010): Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens.- Stuttgart: Kohlhammer.

FRIEBERTSHÄUSER, B.: Interviewtechniken – ein Überblick.- In: Friebertshäuser, B./Prenzel, A. (Hrsg.) (1997): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft.- Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 371-395.

GOBLIRSCH, M.: Narrativ biographische Diagnostik in der Jugendhilfe und in der Verhaltenstherapie.- In: Jüttemann, G. (Hrsg.) (2011): Biographische Diagnostik.- Pabst: Lengerich, S. 188-195.

GÖLLNER, R.: Kindliche Todesvorstellung und Trauerreaktionen begleiten. Eine Thanatagogik für Kinder.- In: Göllner, R. (Hrsg.) (2010): Mitten im Leben umfassen vom Tod. Tod und Sterben als individuelle und gesellschaftliche Herausforderung.- Berlin: LIT Verlag, S. 135-164.

GRUBER, H.: Aufgabe und Stellenwert der Heilstättenschule im österreichischen Schulwesen.- In: AHA – Verein der Krankenhauslehrerinnen und Krankenhauslehrer Österreichs (Hrsg.) (1992): Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient. 2. Kongress der Europäischen Krankenhauslehrer, Wien, S. 25-30.

HÄCKER, W.: Schule im Krankenhaus.- In: Häberle, H./Niethammer, D. (Hrsg.) (1995): Leben will ich jeden Tag. Leben mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen – Erfahrungen und Hilfen.- Freiburg im Breisgau: Herder Verlag, S. 199-203.

HEBELER G./Häcker, W./Klemm, M.: Kranksein – zwischen Angst und Hoffnung.- In: Klemm, M./Hebeler, G./Häcker, W. (Hrsg.) (1998): Tränen im Regenbogen. Phantastisches und Wirkliches – aufgeschrieben von Mädchen und Jungen der Kinderklinik Tübingen.- Tübingen: Attempto Verlag, S. 195-197.

HÖVELMANN, S. (2004): Trauernde Kinder begleiten. Eine Herausforderung für die Sozialpädagogik.- Essen: Die blaue Eule.

KIENESBERGER, A.: Medulloblastom. Für Eltern, die mehr wissen wollen. Broschüre der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe.- Wien: ²2013.

KLEMM, M./Häcker, W./Böpple, E.: Heimatschulbesuche im Rahmen der Arbeitsbereich von Klinikpädagogik.- In: Pfeiffer, U. et al. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule.- Tübingen: Attempto-Verlag, S. 25-34.

KLINGEBIEL, T.: Grundlagen der Krebstherapie.- In: Häberle, H./Niethammer, D. (Hrsg.) (1995): Leben will ich jeden Tag. Leben mit krebkranken Kindern und Jugendlichen – Erfahrungen und Hilfe.- Freiburg im Breisgau: Herder, S. 49-66.

KRAMREITER, S.: Integration von gehörlosen Kindern in der Grundschule mit Gebärdensprache und Lautsprache in Österreich.- Dissertation, Wien: 2011.

KROEN, W. C. (1998): Da sein, wenn Kinder trauern.- Freiburg im Breisgau: Herder.

KÜSTERS, I. (²2009): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen.- Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

LAMNEK, S. (⁵2010): Qualitative Sozialforschung.- Hemsbach: Beltz.

LEISS, U.: Kinder und Jugendliche mit einem Hirntumor – spezielle Bedürfnisse und Herausforderungen in Hinblick auf mögliche Spätfolgen.- In: Topf, R. J. (Hrsg.) (2014): Das krebsranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung.- Wien: New academic press, S. 300-314.

LEISS, U. et al.: Fit für die Schule. Schulische Integration von Kindern und Jugendlichen mit einem Hirntumor. Gesetzliche Grundlagen und Unterstützungsmöglichkeiten. Broschüre der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe.- Wien: ²2014.

MAYRING, P. (⁵2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken.- Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

MAYRING, P. (⁸2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.- Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

MEIßNER, M.: Schule für Kranke: Unterricht am Krankenbett.- In: Deutsches Ärzteblatt, 107 (2010), 4, S. 156-157.

NETWIG-GESEMANN, I./Mackowiak, K.: Schwerpunkt: Interviews mit Kindern- methodische Herausforderungen und Potenziale.- In: Frühe Bildung, 1 (2012), 3, S. 121-124.

NIETHAMMER, D.: Begleitung sterbender Kinder.- In: Häberle, H./Niethammer, D. (Hrsg.) (1995): Leben will ich jeden Tag. Leben mit krebskranken Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen und Hilfen.- Freiburg im Breisgau: Herder, S. 222-229.

NITSCHKE, R. et al.: Psychische Betreuung chronologisch erkrankter Kinder mit progressivem Krankheitsverlauf. Vortrag, gehalten beim 80. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrie am 18.9.1994 in Tübingen (Unveröffentlichtes Manuskript).

PECK-HIMMEL, J.: Teilhaben oder nur dabei sein? Partizipation chronisch kranker Kinder an Schule und Unterricht.- In: Sonne, 2014, 4, S. 12-13.

ROSENTHAL, G. (1987): „...wenn alles in Scherben fällt“. Von Leben und Sinnwelt der Kriegsgeneration. Typen biographischer Wandlungen.- Opladen: Leske + Budrich.

ROSENTHAL, G. (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt: Campus Verlag.

ROSENTHAL, G.: Die erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Zur Wechselwirkung zwischen Erleben, Erinnern und Erzählen.- In: Griese, B. (Hrsg.) (2010): Subjekt – Identität – Person? Reflexion zur Biographieforschung.- Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 197-218.

ROSENTHAL, G. (2011): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung.- Weinheim und München: Juventa.

SCHIFFERMÜLLER, V.: Krebskranke Kinder und Schule – ein persönlicher Zugang.- In: Ertle, C. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 111-131.

SCHROEDER, J. et al. (1996): „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“. Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher.- Tübingen: Attempto-Verlag.

SCHUCHARDT, E. (Hrsg.) (²1985): Jede Krise ist ein neuer Anfang. Aus Lebensgeschichten lernen.- Düsseldorf: Patmos.

SCHUCHARDT, E. (1987): Biographische Erfahrungen und wissenschaftliche Theorie. Soziale Integration Behinderter.- Bad Heilbrunn: Westermann.

SCHUCHARDT, E. (⁹1996): Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen.- Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

SCHÜTZE, F.: Kognitive Figuren des autobiographischen Stegreiferzählens- In: Kohli, M./Günther, R. (Hrsg.) (1984): Biographie und soziale Wirklichkeit.- Stuttgart: Metzler, S. 78-117.

SCHWARCZ, B.: Trotz Hirntumor die Schule meistern. Ein Betreuungsprojekt hilft bei Lernschwierigkeiten und Spätfolgen.- In: Sonne, 2013, 3, S. 3-5.

SCHWARCZ, B.: Unterricht am Krankenbett. Die Wiener Heilstättenschule.- In: Sonne, 2013, 3, S. 6.

TOPF, R. J./Höfer, C./Rudy, M. (2011): Schule und Krebserkrankung – eine pädagogische Herausforderung.- In: Topf, R. J. (Hrsg.) (2014): Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung.- Wien: New academic press, S. 194-203.

TORESINI, L: Gibt es nicht-integrierbare Personen?- In: TAFIE (Hrsg.) (1989):Pädagogik und Therapie ohne Aussonderung. 5. Gesamtösterreichisches Symposium 1989, S. 103-112.

TRAUTMANN, T. (2010): Interviews mit Kindern. Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele.- Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

VOLKER-MOSER, A.: Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett.- In: Ertle, C. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen.- Bad Heilbrunn: Klinkhardt, S. 57-76.

WIENHUES, J. (1979): Die Schule für Kranke. Ihre Aufgabe in der pädagogischen und psychosozialen Betreuung kranker Kinder.- Rheinstetten: Schindele.

WIENHUES, J. (1983): Das Kind im Krankenhaus.- Bonn: Rehabilitationsverlag.

WIENHUES, J. (1984): Unterricht und Ausbildung für Kranke. Möglichkeiten zur Schul- und Berufsausbildung kranker Kinder und Jugendlichen in Klinik und Elternhaus.- Bonn: Reha-Verlag.

WITZEL, A. (1982): Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen.- Frankfurt am Main: Campus Verlag.

WITZEL, A.: Das problemzentrierte Interview.- In: Jüttemann, G. (Hrsg.) (1985): Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder. Weinheim: Beltz, S. 227-255.

Internetquellen

BMUKK Abteilung I/5c (2010): Unterricht für Kinder und Jugendliche in medizinisch-therapeutischen Umfeld. Heilstättenschulen in Österreich. Online im Internet: URL: http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/Heilstaettenschule_2010_CS_3-Aug-2010.pdf [Stand: 2014-10-22]

KRAKIAN (2014): Kranke Kinder ans Netz. Online im Internet: URL: <http://www.krakian.de/ueber-krakian.html> [Stand: 2014-12-08]

HOPE (o.J.): Die Charta der Schulrechte des kranken Kindes. Online im Internet: URL: http://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter/hope-charter_ge [Stand: 2014-11-16]

KINDER-KREBS-HILFE für Wien, NÖ und Bgld (2014): Hoffnung spenden – Leben schenken. Projekt „Lernblitz“. Online im Internet: URL: http://www.elterninitiative.at/index_36_1520728829.pdf [Stand: 2014-06-23]

MÖRWALD, B./Stender, J. (2012): Leitfaden für schulische Integration in Wien. Online im Internet: URL: http://www.lehrerweb.at/fileadmin/lehrerweb/redaktion/ssr/doc/integration/leitfaden_2012.pdf [Stand: 2014-01-25]

TEICHERT von Lüttichau, I./Kreutzer, B./Winkler, B. (2010): Schulische Reintegration onkologisch erkrankter Kinder. Heimatschulbesuche mit Ärztin. Online im Internet: URL: http://www.hope2010munich.eu/vortraege/de_Teichert-von-Luettichau.I_Heimatschulbesuch.pdf [Stand: 2014-14-03]

SCHÖBERL, D./Landauer, A.: Vorbemerkung zum Teil 1.- In: Bmukk Abteilung I/5c (2010): Unterricht für Kinder und Jugendliche in medizinisch-therapeutischen Umfeld. Heilstättenschulen in Österreich. Online im Internet: URL: http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/Heilstaettenschule_2010_CS_3-Aug-2010.pdf [Stand: 2014-10-22]

SOZIALMINISTERIUM (2015): UN-Behindertenrechtskonventionen. Online im Internet: URL: http://www.sozialministerium.at/site/Soziales/Menschen_mit_Behinderungen/UN_Konvention_ueber_die_Rechte_von_Menschen_mit_Behinderungen/ [Stand: 2015-06-03]

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Heimatschulbesuche (vgl. Klemm/Häcker/Böpple 1998, S. 31)..... | 20 |
| Abbildung 2: Krisen- und Trauerverarbeitungsmodell (Schuchardt 1985)..... | 27 |

Anhang

Tabelle zur Kategorienbildung

| Person | Zeile | Paraphrase |
|---|------------------------|---|
| K1: Schwierigkeiten beim Reintegrationsprozess | | |
| 1 | 2/18-2/20 | „Das war ihm alles ganz einfach zu viel. Die vielen Geräusche und dann die vielen Dinge die Arbeitsfolgen die's in der Klasse mit den Kindern (...).“ |
| 1 | 3/3-3/5 | „(...) und ist dann jetzt eigentlich bei einer anderen Lehrerin wo's am Anfang auch Probleme gegeben hat aber deshalb weil sich die Kolleginnen sich untereinander nicht gut abgesprochen haben.“ |
| 2 | 2/30-3/32 | „(...) wir haben viele Buben die wahnsinnig gerne Fußballspielen, das ist halt natürlich nicht seins (...) da er motorisch doch ein bisschen Defizite hat.“ |
| K1 a: Soziale Schwierigkeiten | | |
| 1 | 2/3-2/5 | „(...) er wurde von der Klasse sehr freudig aufgenommen aber der Michael ist sehr ruhig und zurückgezogen gewesen. Also es war für ihn nicht einfach.“ |
| 1 | 2/33-2/3 | „(...) hat sich beschwert über die Kinder, dass er dann nicht mehr so zum Mitspielen (...) aufgefordert wurde. Das mag natürlich auch vom Michael seine eigene Schuld sein weil er doch sehr stur ist und nicht genau das machen wollte was dann halt andere machen.“ |
| 1 | 2/12-2/13 | „Er wollte dann eigentlich zu den anderen Kindern weniger Kontakt haben (...).“ |
| 1 | 13/20-13/21 | „(...) ich mein er kriegt ja teilweise auch seine Wutanfälle weil er ja merkt (...).“ |
| 2 | 1/36-1/37 | „Da Michael will ja keine Kinder und er hat halt am Anfang wollte er nicht in die Klasse gehen.“ |
| 2 | vgl. 2/8; 2/13-2/15 | „Also das hat schon sehr lange gedauert bis er sich von ihr gelöst hat. (...) wenn ihn der Vater gebracht hat ja jetzt ist also auch am Anfang nicht sehr gern hingegangen, hat geweint und hat sich an ihn gehängt (...).“ |
| 2 | 2/22-2/24 | „(...) die Kinder (...) haben sich am Anfang bemüht, sehr bemüht um ihn aber durch seine zurückhaltende Art sind sie halt nicht an ihn herangekommen.“ |
| 2 | 2/29-2/30 | „(...) er wird nicht abgelehnt, aber er hält sich schon sehr heraus aus der Klassengemeinschaft (...).“ |
| K1 b: Leistungsabfall | | |
| 1 | 1/18-1/19 | „Der Michael konnte schon wieder schreiben, er konnte unterrichtet werden (...) war nur höchstgradig in der Konzentration gestört.“ |
| 1 | 3/9-3/12 | „Leistungsmäßig kann er nicht mithalten in der Schule deshalb braucht er Unterstützung (...). Also er hat jetzt nicht die Ausdauer wie die anderen Kindern in dem Alter (...) und |

| | | |
|------------------------------------|----------------|---|
| | | vor allem auch die Merkfähigkeit.“ |
| 1 | 2/36-3/3 | „(...) die Lehrerin in der Schule hat gesagt vom sozialen her hat das gut geklappt, nur leistungsmäßig konnte er natürlich nicht die zweite Klasse so abschließen wie die anderen Kinder und am Ende des Schuljahres haben wir dann entschlossen, dass er doch die zweite Klasse wiederholt.“ |
| 1 | 5/3-5/6 | „(...) der Unterschied dazu sind natürlich die Hirntumorkinder die kognitiv viel viel größere Schwierigkeiten haben können als die Kinder im St. Anna die auch teilweise von der Chemotherapie beeinträchtigt sind.“ |
| 1 | vgl. 1/32-1/33 | „(...) wir waren mit dem Stoff sicher um drei, vier Monate zurück und manches konnte Michael überhaupt nicht.“ |
| 2 | vgl. 2/25-3/1 | „Es geht halt nicht wirklich so gut wie man's vielleicht erwartet hat oder da bin ich mir unsicher. Am Anfang hab ich mir gedacht, also die zweite Klasse wird er nie schaffen, also die Defizite mit den Buchstaben sind schon sehr groß, ja auch vom Lesen her ist er sehr weit zurück.“ |
| K2: Unterstützungsmaßnahmen | | |
| 1 | 2/21-2/23 | „Er ist dann um elf abgeholt worden da simma gegangen weil eigentlich ist ja Ganztagschule und wir haben gesagt nur soweit's einmal am Vormittag geht (...).“ |
| 1 | 13/16-13/19 | „Das die halt eine I-Klasse draus machen und er kriegt halt nur sein anderes Zeugnis. Wie gesagt, wenn da irgendwas ist, werden wir uns sicher einschalten, dass wir das in die Wege leiten, dass das für den Michael gut ausgeht.“ |
| K2 a: Krankenhaus | | |
| 1 | 4/35-5/2 | „Aber wir bringen jedes Kind wieder zurück in die Schule. (...) weil die Unterstützung ganz einfach dann wann's ihm besser geht so lange weiter geht, bis das Kind in der Klasse wieder mithalten kann.“ |
| 1 | 8/32-8/36 | „Wir haben der Schule angeboten dass ich noch einmal in die Klasse geh und die Klasse auf den Besuch vorbereite (...) damit die Kinder wissen was sie jetzt erwartet (...) wenn er dann wieder kommt.“ |
| K2 b: Schule | | |
| 1 | vgl. 1/27-1/29 | „(...) die Zusammenarbeit mit der Schule hat dann sehr gut geklappt. (...) Wir haben Materialien aus der Schule bekommen, Arbeitsblätter bekommen, die wir nicht alle machen konnten, aber teilweise (...).“ |
| 1 | 2/8-2/9 | „(...) er hat sich z mir umgedreht wann er was gebraucht hat. Unterstützung, Hilfe (...) dann bin ich zu ihm hingegangen.“ |
| 1 | 5/32-5/33 | „Also wir bitten halt die Schule den Stoff einzuschränken und bitte wirklich nur das, was unbedingt notwendig ist (...).“ |
| 2 | 3/23-3/24 | „Ich bin nur manchmal nicht sicher wie weit kann ich ihn fordern, um ihn nicht zu überfordern.“ |
| 2 | vgl. 3/29-3/32 | „(...) wir haben schon gesagt, das machst du vom Übungsprogramm zum Beispiel das machst du, das ist wichtig oder mach's nur bis da her oder wenn ich gesehen |

| | | |
|--|--|---|
| | | hab, die Anderen haben schon abgegeben und er ist ja ziemlich weit oben, hab ich gesagt, so gut den einen Satz schreibst du noch weiter und dann gibst du auch ab.“ |
|--|--|---|

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der Reintegration von krebskranken Kindern im Volksschulalter. Es wird dazu folgender Frage nachgegangen: Wie verläuft der Reintegrationsprozess von krebskranken Kindern in die Volksschule?

Zur Beantwortung dieser Frage werden zunächst im theoretischen Teil die Begriffe Integration, Inklusion und Reintegration kurz definiert und folgend auf die Thematik Krankheit und Bildung eingegangen. Dabei wird vor allen Dingen auch die Bedeutung der Schule während einer Erkrankung herausgearbeitet. Neben der Familie ist die Schule gerade für Kinder im Volksschulalter sehr wichtig, weshalb ein Unterricht auch während einer Krankheit fortgeführt werden sollte. Mögliche Unterrichtsformen werden dafür anhand des Konzepts der schulischen Begleitung bei schwer erkrankten Kindern dargestellt. Bei der schulischen Begleitung erkrankter Kinder spielen sowohl Schule, Krankenhaus als auch die Familie eine wichtige Rolle. Das heißt, dass nicht nur das schulische, sondern auch das soziale Umfeld wesentlich zu einem gelingenden Wiedereinstieg beitragen. Es geht also nicht primär nur um die stoffliche Vermittlung, um eine Reintegration in die Schule zu ermöglichen. Themen wie Schmerz, Trauer und auch Tod sind ständige Begleiter eines schwer erkrankten Kindes.

Das theoretische Hintergrundwissen bildet die Basis für den anschließenden empirischen Teil. Die Fragestellung wird anhand einer Einzelfallstudie näher beleuchtet. Es werden dafür zwei narrativ-biographisch geführte Interviews und zwei problemzentrierte Interviews herangezogen. Die narrativen Interviews werden anhand der Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2011) ausgewertet. Für die problemzentrierten Interviews dient die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) zur Auswertung. Für das erstgenannte Interview wurden ein an Krebs erkrankter Bub und dessen Mutter befragt. Die Interviewpartnerinnen des problemzentrierten Interviews sind zwei Lehrerinnen (Haus- und Regelschullehrerin), die das Kind während seiner Krankheit begleitet und unterrichtet haben. Durch die vier Interviews werden verschiedene Sichtweisen auf den Reintegrationsprozess gegeben. Dadurch wird ein umfassendes Bild dargelegt und mögliche Erschwernisse aufgedeckt. Denn neben krankheitsbedingten Belastungen entstehen Schwierigkeiten häufig dort, wo betroffene Personen des Krankenhauses, der Schule und der Familie aufeinandertreffen und keine ausreichende Kommunikation besteht.

Lebenslauf

Name: Laura Sophie Gartmann

Schule und Ausbildung

| | |
|---------------------------|--|
| 1997 – 1998 | Volksschule Hohenems Markt |
| 1998 – 2001 | Volksschule Dornbirn Wallenmahd |
| 2001 – 2005 | Kreativhauptschule Hard Mittelweiherburg |
| 2005 – 2009 | BORG Egg, bildnerischer Zweig Matura in den Fächern: Deutsch, Englisch, Spanisch, Mathematik und Psychologie |
| 2009 – 2012 | Pädagogische Hochschule Vorarlberg für das Lehramt an Volksschulen Abschluss: Bachelor of Education (BEd) Auslandssemester (Erasmus) in Falun, Schweden an der Högskolan Dalarna |
| seit 2012 | Masterstudium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien mit dem Schwerpunkt „Inklusive Pädagogik bei speziellem Bedarf“ |
| voraussichtlich Juni 2015 | Abschluss des Masterstudiums in Bildungswissenschaft |

Praktika und berufliche Tätigkeiten

| | |
|----------------------|---|
| Sommer 2007 – 2013 | Festspiele Bregenz: Walch's Event-Hospitality bzw. EvenTZ |
| Sommer 2010 und 2011 | Lehrerin an der AK Summerschool |
| 2011 – 2012 | Aushilfetrainerin bei „Der ganz kleine Zirkus“ Dornbirn |
| seit 2012 | Kinderbetreuung (Nannyservice) |
| seit 2014 | Ehrenamtliche Mitarbeiterin beim Projekt „Lernblitz“ (schulische Begleitung krebskranker Kinder) |

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Quellen angefertigt habe. Alle Ausführungen der Arbeit, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, sind als solche gekennzeichnet.
Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am _____

Laura Sophie Gartmann