

Hausunterricht bei längerfristig erkrankten Schülern als pädagogische und organisatorische Herausforderung

Eine Evaluationsstudie der Alfred-Adler-Schule, Schule für Kranke,
Düsseldorf, im Rahmen der Schulprogrammarbeit im Schuljahr
2005/2006

erarbeitet von Dipl.-Päd. Alexander Wertgen, Lehrer für Sonderpädagogik

Gliederung

1	Vorbemerkung	3
2	Gesetzliche Grundlagen für den Hausunterricht in Nordrhein-Westfalen	3
3	Pädagogische und organisatorische Aspekte des Hausunterrichts	4
3.1	Pädagogische Erwartungen und Ziele	4
3.2	Hausunterricht als besondere pädagogische Situation	6
3.3	Zur Praxis des Hausunterrichts	8
3.4	Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der Stammschule – eine Notwendigkeit	11
3.5	Kommunikationstechnologien als Ergänzung des Hausunterrichts	14
4	Die Versorgung von Schülern der Schule für Kranke mit Hausunterricht: eine Untersuchung an der Alfred-Adler-Schule, Schule für Kranke, Düsseldorf	15
4.1	Untersuchung	16
4.2	Ergebnisse	16
4.3	Konsequenzen	19
	Literatur	19

1 Vorbemerkung

Als eine Form des Sonderunterrichts wird Hausunterricht ca. seit 1920 – zunächst in Hamburg – Kindern und Jugendlichen erteilt, die krankheitsbedingt ihre Schule nicht besuchen können, jedoch unterrichtsfähig sind. In den 60er Jahren haben alle Bundesländer wohl wesentlich unter dem Eindruck des Einsatzes verschiedener Institutionen für die Unterrichtung kranker Kinder und Jugendlicher gesetzliche Regelungen für den Hausunterricht erlassen (vgl. Wienhues 1979, 95f; Wienhues & Kerkhoff 1992, 272; Bläsig 1973, 415). Danach sind die Gemeinden verpflichtet, Sonderunterricht auf Antrag einzurichten (vgl. Wienhues 1979, 98).

Die Einführung von Sonderunterricht und damit auch von Hausunterricht war allerdings von Anfang an mit Problemen behaftet, die bis in die Gegenwart hinein weitgehend ungelöst fortbestehen. Die Genehmigung von Hausunterricht erfolgt oftmals nur auf einem langen Instanzenweg, die Beauftragung von Lehrern der Stammschulen mit der Erteilung von Hausunterricht gestaltet sich als schwierig, weil diese in der Regel bereits einen festen Stundenplan haben, Betroffene wissen oftmals gar nicht von der Möglichkeit des Hausunterrichts (vgl. Bläsig 1973, 421). Diese und ähnliche verwaltungsorganisatorische Probleme führen Wienhues zu dem Schluss: „Von daher sind die Schwierigkeiten, die der Sonderunterricht mit sich bringt, und das geringe Ausmaß seiner Realisierung verständlich. Krankheit als vielfach nicht *vorhersehbare* und nicht *planbare* Größe stellt jede Verwaltung, die mit festen Größen zu arbeiten gewohnt ist, vor z. T. unüberwindbare Schwierigkeiten. Das gilt besonders im pädagogischen Bereich, in dem die Persönlichkeit des Einzelnen und seine individuellen Beziehungen besondere Bedeutung haben“ (Wienhues 1979, 99; kursiv i. Orig.).

Die seit Jahrzehnten zu beobachtende Tendenz zur Verkürzung der Liegezeiten in Krankenhäusern und die Einführung neuer Therapieformen, die wiederholte Krankenhausaufenthalte in kürzerer Zeit erfordern (vgl. Wienhues 1978, 766; 1979, 101), hat eher noch zu einer Verschärfung dieses Problems beigetragen, so dass Lange 1984 als Bundesreferentin für Krankenpädagogik erhebliche Verzögerungen bei der Genehmigung des Hausunterrichts und dessen häufigen Ausfall beklagt (vgl. Lange 1984, 446) – eine Kritik, die auch in der Gegenwart kaum etwas von ihrer Aktualität verloren hat.

Ausgehend von dieser Problemlage sollen in diesem Beitrag die derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen für den Hausunterricht in Nordrhein-Westfalen sowie einzelne pädagogische und organisatorische Aspekte dargestellt werden. Die Ergebnisse einer im Rahmen der Schulprogrammarbeit an der Alfred-Adler-Schule, Schule für Kranke, in Düsseldorf durchgeführten Evaluation des Hausunterrichts werden abschließend dargestellt und analysiert.

2 Gesetzliche Grundlagen für den Hausunterricht in Nordrhein-Westfalen

Der Hausunterricht wird in Nordrhein-Westfalen seit April 2005 durch die „Verordnung über die sonderpädagogische Förderung, den Hausunterricht und die Schule für Kranke“ (AO-SF; SGV.NRW.223) gesetzlich geregelt. Anspruch auf Hausunterricht haben unter anderem alle Schüler,

- die die Schule krankheitsbedingt voraussichtlich länger als sechs Wochen nicht besuchen können und
- „die wegen einer lange andauernden Erkrankung langfristig und regelmäßig an mindestens einem Tag in der Woche nicht am Unterricht teilnehmen können“ (§38 AO-SF).

Voraussetzung für die Einrichtung von Hausunterricht ist ein Antrag der Eltern an die Stammschule, die diese dem Schulamt vorlegt. Dem Antrag ist ein ärztliches Gutachten beizufügen, aus dem hervorgeht, dass die Voraussetzungen für die Beantragung von Hausunterricht aus medizinischer Sicht gegeben sind (§39 AO-SF). Die Stammschule kann auch ihrerseits einen Antrag auf Hausunterricht stellen. Über den Antrag entscheidet das Schulamt. In der Regel soll die Stammschule den Hausunterricht übernehmen (§38 (2) AO-SF).

Der Hausunterricht soll in Orientierung an den Vorgaben für den Unterricht der jeweiligen Stammschule und Jahrgangsstufe erteilt werden (§40 (3) AO-SF) und bei Schülern, die ihre Schule voraussichtlich mindestens sechs Wochen nicht besuchen können, einen Umfang von bis zu 5 Stunden (Klassen 1 bis 4), bis zu 6 Stunden (Klassen 5 bis 8), bis zu 8 Stunden (Klasse 9 und 10) bzw. bis zu 10 Stunden (in der Sekundarstufe II) haben (§40 (2, Nr. 1) AO-SF). Gegenstand des Hausunterrichts sollen in der Regel alle Fächer sein, „die in der Schule mit mindestens drei Wochenstunden unterrichtet werden oder Fach einer Prüfung sind“ (§40 (1) AO-SF), also üblicherweise die Kernfächer. §41 AO-SF regelt die Informationen der Stammschule über den Leistungsstand eines Schülers im Hausunterricht und die Fortsetzung der Schullaufbahn.

Eine Übersicht über gesetzliche Regelungen einzelner Bundesländer zum Sonder- bzw. Hausunterricht in den siebziger Jahren findet sich bei Wienhues (vgl. Wienhues 1979, 95ff), eine aktuelle Übersicht ist 2005 in der Jahresausgabe der Zeitschrift „SchuPs“. Zeitung des Arbeitskreises Schule und Psychiatrie erschienen.

3 Pädagogische und organisatorische Aspekte des Hausunterrichts

3.1 Pädagogische Erwartungen und Ziele

Die Frage nach den Zielen von Hausunterricht und nach den an ihn gebundenen pädagogischen Erwartungen verweist zugleich grundsätzlich auf den Stellenwert und die Bedeutung der Schule für kranke Kinder und Jugendliche. Häufig formulierte pädagogische Erwartungen an den Hausunterricht werden im Folgenden dargestellt:

- *Hausunterricht soll eine Vermittlungsfunktion haben.* Er soll den Anschluss eines Schülers an die eingeschlagene Schulausbildung gewährleisten und das Wiederholen einer Klasse – mit den entsprechenden Folgen für das Selbstbewusstsein des Schülers, seine soziale Integration und seine schulische Leistungsmotivation – möglichst vermeiden helfen. Dieser Grundgedanke wird in den entsprechenden Verordnungen zum Hausunterricht oftmals sehr hervorgehoben (vgl. Schaar 1991, 7, Schmitt, F. 1999, 183, vgl. Schmitt, G. 1991, 497f, Schroeder et al. 2000, 40). Dadurch entsteht leicht der irreführende Eindruck, Hausunterricht wie auch der Unterricht im Krankenhaus seien im Wesentlichen bloßer Nachhilfeunterricht – ein Eindruck, der der pädagogischen Praxis und dem Anspruch der Lehrer an Schulen für Kranke nicht gerecht wird und den Hausunterricht unter einen Erwartungsdruck stellt, dem dieser oftmals nicht standhalten kann. Das für den Hausunterricht üblicherweise nach Maßgabe der personellen Situation einer Schule bewilligte Stundenkontingent reicht in vielen Fällen – insbesondere bei leistungsschwächeren Schülern, die länger als ein Schulhalbjahr erkrankt sind – nicht aus, um gravierende Lern- und Leistungsrückstände aufholen zu können. Auch der Gesundheitszustand eines Schülers

und seine individuelle Krankheitsbewältigung wirken sich entscheidend auf die Effektivität der Stoffvermittlung aus. So verweist G. Schmitt bsw. auf die besonderen Belastungen, die für langfristig erkrankte Schüler abgesehen von krankheitsbedingtem Unterrichtsausfall mit dem Bewusstsein einer ungewissen Lebenserwartung verbunden sind (vgl. Schmitt, G. 1991, 502).

- *Hausunterricht soll zur sozialen Reintegration beitragen.* Langfristig erkrankte Schüler sollen unter anderem durch den Hausunterricht Hilfestellungen erfahren, die ihnen eine Rückkehr in die Lerngruppe ihrer Stammschule ermöglichen. Lehrer, die den Hausunterricht erteilen, nehmen zeitweilig eine Mittlerposition zwischen dem erkrankten Schüler und dessen Stammschulklasse ein (vgl. Schaar 1991, 7). Soziale Kontakte haben für den erkrankten Schüler nicht nur eine gegenwärtige Bedeutung. G. Schmitt weist darauf hin, dass Erwachsene, die als Kind chronisch erkrankt waren, ihr Krankenschicksal wahrscheinlich wesentlich besser bewältigen können werden, „wenn [...] sie] auf andere Menschen zugehen, Freundschaften schließen und auch krankheitsspezifische Kommunikationsbarrieren überwinden“ können (vgl. Schmitt, G. 1991, 498).

In dem von Lehrern der Tübinger Schule für Kranke entwickelten und praktizierten Konzept zur schulischen Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher kommt dem Hausunterricht eine Brückenfunktion zwischen dem erkrankten Schüler und seiner Klasse zu (vgl. Schroeder et al. 2000, 40). Die Autoren empfehlen bei schulleistungsschwächeren Schülern eine Fortführung des Hausunterrichts auch nach der Rückkehr eines Schülers in seine Stammschulklasse (vgl. a.a.O., 43, 45). Schroeder et al. erkennen der Vermittlungsfunktion des Hausunterrichts eher mittelbar eine Bedeutung zu; sie betonen stark den Aspekt der sozialen Reintegration und nennen als weitere Maßnahmen der Kontaktpflege zwischen dem erkrankten Schüler und seiner schulischen Lerngruppe den Klinikunterricht, zeitweilige Teilnahmen des Schülers am regulären Schulunterricht, Besuche in der Klinik und zu Hause sowie die Nutzung von Mitteln zur Kommunikation wie Briefen, Telefonaten u. a. (vgl. a.a.O., 33).

- *Hausunterricht soll die Funktion haben, Schülern bei der Bewältigung ihrer Erkrankung und deren Folgen zu helfen* (vgl. Wienhues 1979, 97; Wienhues & Kerkhoff 1992, 272, Schaar 1991, 7, Schmitt, G. 1991, 497ff). Der Hausunterricht soll dazu beitragen, Gefahren einer Erkrankung für die seelische Haltung eines Kindes abzuwenden und den Willen des Schülers zu stärken, gesund zu werden (vgl. Wienhues & Kerkhoff 1992, 272, Schaar 1991, 7). Einen wichtigen Beitrag dazu kann die mit dem Hausunterricht verbundene Zukunftsorientierung leisten. Sie kann in der Zeit der Krankheit motivierend wirken und eine neue Perspektive vermitteln. In der Literatur wird außerdem häufig darauf hingewiesen, dass die Unterrichtssituation, ob in der Klinik oder zu Hause, vielen Schülern eine zeitliche Struktur und ein Gefühl der Motivation vermittelt; die Schüler haben Anteil an einem wesentlichen Aspekt ihrer Lebenswelt.

G. Schmitt konzentriert sich auf den Aspekt der Krankheitsbewältigung (vgl. Schmitt, G. 1991, 497f) und weist darauf hin, dass schulisches Lernen Kindern und Jugendlichen Erfolgserlebnisse ermöglichen, Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit wecken, in der Zeit der Krankheit eine seelische Stabilisierung bewirken und das Gefühl der Zugehörigkeit vermitteln könne. Auch eine enge, positiv gestaltete Lehrer-Schüler-Beziehung, die nicht auf die Vermittlung von Wissen

reduziert ist, kann die Krankheitsbewältigung von Schülern positiv beeinflussen. Lehrer der Schule für Kranke sind auch in persönlichen Fragen oft Ansprechpartner für kranke Schüler. Sie können in ihrem Unterricht Themen behandeln, die ihre Schüler gerade beschäftigen (vgl. ebd., vgl. auch Schaar 1991, 7f). Obgleich sich der Hausunterricht vorwiegend auf die Kernfächer erstrecken sollte, empfehlen Schaar und andere Autoren zusätzlich die Berücksichtigung musischer Fächer wegen ihrer therapiestützenden Wirkung. Auch Inhalte der Fächer Religionslehre oder Ethik können dazu beitragen, dass Schüler sich mit ihrer Erkrankung und deren persönlicher Bedeutung auseinandersetzen und ihre Erfahrungen mit Krankheit in ihre Persönlichkeitsentwicklung einfügen (vgl. Schaar 1991, 7f; vgl. zur Bedeutung musischer Fächer auch die Beiträge in Finke-Knüwer, Kimmelmeyer & Wienhues 1983 und Friemelt 1982).

Schroeder et al. betonen, dass die schwerwiegende und langfristige Erkrankung eines Schülers bei allen Beteiligten – dem Schüler selbst, der Klasse und dem Kollegium der Stammschule – einen Lernprozess herausfordert, der ggf. auch die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod beinhaltet (Schroeder et al. 2000, 55ff). Eine lebensbedrohliche Erkrankung führt den betroffenen Schüler wie auch sein Umfeld in eine existenzielle Krise, deren Verarbeitung in der Interaktion zwischen dem Erkrankten und seinem sozialen Umfeld gelingen kann. „Entscheidend dabei ist, ob in der wechselseitigen Auseinandersetzung mit einer existenziellen Krise die *soziale Integration* der Betroffenen gelingt und die soziale Isolation verhindert oder aufgebrochen wird“ (Schroeder et al. 2000, 55; kursiv i. Orig.). Auch diese Lernprozesse können durch intensive Kontakte zu den erkrankten Schülern, zu denen auch der Hausunterricht beiträgt, ermöglicht und gefördert werden.

Die Unterrichtsarbeit der Schule für Kranke wird wesentlich davon beeinflusst, ob, durch wen und in welcher Form – bsw. auf der Grundlage welchen pädagogischen Konzepts – Hausunterricht erteilt wird. Hausunterricht und der Unterricht im Krankenhaus sollten eng aufeinander abgestimmt und ggf. durch kommunikationstechnologische Angebote (Teleschule, E-Mail-Korrespondenzen, Telefonate u. a. – vgl. Kap. 3.5) ergänzt werden. Gelingt die Koordination des Hausunterrichts mit dem stationären Unterricht dagegen nicht oder fällt Hausunterricht über längere Zeiträume aus, besteht die Gefahr, dass kranke Kinder und Jugendliche massive Schulleistungsrückstände entwickeln und die Schule oft nicht mehr durchgängig wie bis dahin als eine verlässliche und verbindliche Einrichtung wahrnehmen. Dies kann die Lern- und Leistungsmotivation eines Schülers beeinträchtigen und sich negativ auf das Lehrer-Schüler-Verhältnis auswirken. Insbesondere jüngere Schüler werden durch unregelmäßige Beschulung und häufigen Lehrerwechsel demotiviert. Auch vielen älteren Schülern fällt es schwer, schulische Arbeits- und Lernprozesse über eine längere Zeit der Krankheit selbst zu organisieren.

3.2 Hausunterricht als besondere pädagogische Situation

Verglichen mit den üblichen und bekannten Formen schulischen Unterrichts in Gruppen weist der Hausunterricht einige Besonderheiten auf, die im Folgenden dargestellt werden.

Hausunterricht wird in der Regel als Einzelunterricht erteilt und ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an Individualisierung. Dies ermöglicht es dem Lehrer, die besonderen pädagogischen Bedürfnisse des kranken Schülers, seine psychische und physische Verfassung, seine Lern- und Leistungsmotivation, seine Fähig- und Fertigkeiten, seinen

individuellen Arbeitsstil und seinen Lernrhythmus, seine Krankheitserfahrungen und deren Bewältigung und anderes bei der Planung und Durchführung des Unterrichts zu berücksichtigen (vgl. Schaar 1991, 7f; eine ausführliche Zusammenstellung und Diskussion der Vor- und Nachteile des Einzelunterrichts findet sich in Wienhues 1979, 146ff). In der Regel orientiert sich der Unterricht an einem individuellen Förderplan, der regelmäßig fortgeschrieben wird. Krankheitsbedingte Veränderungen des Schülerverhaltens lassen sich oftmals nur erklären und pädagogisch bearbeiten, wenn die Lebenssituation und die Reaktionen des sozialen Umfelds eines Schülers auf dessen Erkrankung umfassend berücksichtigt werden. So kann Leistungsverweigerung bei längerfristig erkrankten Schülern bsw. als ein Symptom für deren Kampf um Ablösung und Autonomie angesichts der mit der Krankheit verbundenen Fremdbestimmung und Rundumversorgung verstanden werden (vgl. Schmitt, G. 1991, 500). G. Schmitt plädiert dafür, schulische Probleme bei erkrankten Schülern immer auch als Hinweise auf mögliche zugrunde liegende Störungen zu verstehen (vgl. a.a.O., 502).

Tamble weist darauf hin, dass die Einzelunterrichtssituation sich belastend auf das Lehrer-Schüler-Verhältnis auswirken kann: „Nicht nur der Schüler ist isoliert, auch dem Lehrer fehlen die Anregungen der Gruppe. Gefühle der Antipathie können die gemeinsame Arbeit empfindlich beeinträchtigen. Der Schüler muss auf den Schutz der gleichgesinnten sozialen Gruppe und auf Gelegenheiten zur Entspannung durch gedankliches Abschweifen, Träumen, spaßige Bemerkungen, Clownerien, usw. verzichten. Es werden auch höhere Anforderungen an die beiderseitige Konzentration gestellt“ (vgl. Tamble 1985, 30). Auf das Spannungsverhältnis von Engagement und Distanzierung als eines Problems von Lehrern im Unterricht mit kranken Schülern geht Schurad ein (vgl. Schurad 1987). Insbesondere in der vergleichsweise intimen Situation des Hausunterrichts, die häufig eher den Charakter eines Krankenbesuchs haben kann, stehen Lehrer „vor der schwierigen Aufgabe, dem Schüler [...] aus der Sicht seines erzieherischen Auftrages Hilfe zur Verarbeitung von Krankheit und Leid anzubieten, andererseits aber, um die Reintegration in die Herkunftsschule zu erleichtern und um das schulische Lernen fortzuführen, Leistung zu verlangen, aus der Sicht seines Unterrichtsauftrags“ (Schurad 1987, 193). Lehrer der Stammschulen, die in der Regel wenig oder keine Erfahrungen mit dem Unterricht kranker Schüler haben, sind hier mit für sie neuen Problemen konfrontiert (vgl. dazu auch Wienhues 1979, 99).

Weitere zu berücksichtigende Aspekte sind die mit einer schwerwiegenden Erkrankung oftmals verbundenen Beeinträchtigungen des Selbstwerts eines Schülers und deren Auswirkungen auf schulisches Lernen (vgl. a.a.O., 501). Der individualpsychologische Ansatz Alfred Adlers ermöglicht ein umfassenderes Verständnis der mit schwerwiegenden und lang dauernden Erkrankungen vielfach verbundenen Selbstwertproblematik (vgl. Adler 1973a, 1973b; Seelmann 1982, 45ff).

Die meisten Abweichungen des Hausunterrichts von bekannten üblichen schulischen Unterrichtssituationen lassen sich auf seinen fehlenden institutionellen Rahmen zurückführen (vgl. Bläsig 1973, 415). Hausunterricht findet in einer sehr intimen Atmosphäre statt; der Schüler bzw. dessen Eltern nehmen dem Lehrer gegenüber die Rolle von Gastgebern ein. In einigen Haushalten muss zunächst eine weitgehend störungsfreie Unterrichtsatmosphäre hergestellt werden. Bei der Organisation und Gestaltung des Unterrichts sind Lehrer sehr auf die Mitarbeit der Eltern angewiesen. Je nach Krankheitsverlauf kurzfristige und unvorhersehbare Wechsel des Gesundheitszustandes, deren Auswirkungen auf das Befinden der Schüler und ihre Unterrichtsfähigkeit sowie Untersuchungs- und Behandlungstermine verlangen von allen Beteiligten eine hohe Flexibilität und die Bereitschaft, kurzfristig umzudisponieren (vgl. dazu auch Schaar 1991, 8). Organisatorisches Vermögen, Flexibilität

und Eigeninitiative aller Beteiligten sind eine entscheidende Bedingung dafür, dass Hausunterricht überhaupt kontinuierlich stattfinden kann. Häufig können insbesondere Kinder aus Familien, die nicht über diese Voraussetzungen verfügen, das Angebot des Hausunterrichts nicht in Anspruch nehmen, obwohl gerade diese Kinder besonders auf eine kontinuierliche Beschulung angewiesen wären. Dieses Dilemma ist wohl nur durch eine niederschwelligere Bereitstellung von Hausunterricht und ggf. durch eine zusätzliche enge Zusammenarbeit der Schule mit familienunterstützenden Diensten zu lösen.

Die Hausunterrichtssituation unterscheidet sich von anderem schulischen Unterricht grundlegend durch ihren Angebotscharakter. In gesetzlichen Verordnungen wird Hausunterricht als ein Rechtsgut verstanden; er wird auf Antrag der Erziehungsberechtigten bzw. des volljährigen Schülers erteilt (vgl. Kap. 3.1). Wird Hausunterricht nicht beantragt, sind die zuständigen Stellen auch nicht verpflichtet, ihn anzubieten. Diesen Bestimmungen und der gängigen pädagogischen Praxis liegt das Verständnis zugrunde, dass „der Krankheitszustand [...] keine Berufung auf die Pflicht zum Schulbesuch zu[lasse]“ (Schmitt, F. 1999, 183f). – Bei der Einschätzung von Wienhues, der die Pflicht schulpflichtiger kranker und körperbehinderter Kinder und Jugendlicher zur Teilnahme am Hausunterricht betont (vgl. Wienhues 1979, 98 und Wienhues & Kerkhoff 1992, 272), handelt es sich wohl eher um eine Einzelmeinung.

Der Angebotscharakter von Hausunterricht wirft in der Praxis immer wieder das Problem der Verbindlichkeit auf. Eben weil keine Pflicht kranker Schüler zur Teilnahme am Hausunterricht besteht und diese wohl de facto auch nur schwer durchsetzbar wäre, sollte zwischen allen Beteiligten ein Einverständnis über die Verbindlichkeit des Hausunterrichts hergestellt werden. Ob Hausunterricht gelingt, hängt entscheidend von der Schüler-Lehrer-Beziehung ab. Hausunterricht ist außerdem auf eine ggf. belastbare und funktionierende Erziehungskoalition zwischen den Erziehungsberechtigten und den Lehrern angewiesen.

Ein letzter hier anzusprechender Aspekt ist die Frage, ob es sich bei Hausunterricht kranker Schüler um sonderpädagogische Förderung handelt. Damit wird eine seit Jahrzehnten immer wieder geführte Diskussion um den Status der Schule für Kranke als Sonderschule angesprochen. Ohne auf diese Kontroverse hier näher einzugehen sei auf die m. E. zutreffende Einschätzung F. Schmitts hingewiesen: „Das eingeschränkte Stundenkontingent im Verbund mit einem reduzierten Fächerangebot signalisiert, dass Hausunterricht als Wissensvermittlung akzentuiert ist; dennoch verweisen ein patientenorientiertes Unterrichts- und Förderkonzept und die angestrebte schulische und soziale Integration auf einen sonderpädagogischen Arbeitsbereich. [...] Wo Unterricht in jedem einzelnen Fall eine individuelle Entscheidung über Beginn, Umfang und Inhalte voraussetzt und durchgehend patientenzentrierte Bedingungen des Unterrichts zu beachten sind, ist das Kriterium Sonderpädagogik a priori erfüllt. Sonderpädagogische Aufgaben schulischer Krankenpädagogik sind:

- nachweisbar aus der Wahrnehmung der physischen und psychischen Verfassung kranker Kinder und Jugendlicher,
- begründbar durch den Auftrag der Integration und
- beschreibbar als interdisziplinär vernetzte individuelle Hilfe“ (Schmitt, F. 1999, 183f).

3.3 Zur Praxis des Hausunterrichts

Eine Reihe von Veränderungen bei der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen in Krankenhäusern hat in den letzten Jahren generell zu einer Verkürzung der

Liegezeiten geführt. Experten gehen davon aus, dass dieser Trend sich in Zukunft eher noch verstärken wird (vgl. Iskenius-Emmler & Jung 2006, 144). Dies hat zur Folge, dass vor allem chronisch kranke Kinder, bsw. solche mit einer onkologischen Erkrankung, häufiger zwischen dem Krankenhaus und ihrer häuslichen Umgebung wechseln. Darauf sollte die Schule nach Ansicht von Fachleuten durch „eine größere Flexibilität schulischer Förderung im Rahmen ambulanter Angebote“ (ebd.) reagieren. Wienhues verwies bereits vor ca. dreißig Jahren auf diesen Trend und seine Folgen für die Beschulung kranker Schüler: „Der Verkürzung der durchschnittlichen Liegezeiten steht keineswegs eine analoge Verkürzung der Fehlzeiten im Schulunterricht gegenüber. Neuere Therapieformen mit wiederholter Krankenhausaufnahme in kurzer Zeit lassen im Gegenteil, auch wenn eine Krankenhausschule vorhanden ist, die Unterrichtsausfallzeiten erheblich ansteigen“ (Wienhues 1978, 766). Von dieser Entwicklung sind zunehmend Kinder betroffen, deren kontinuierliche Beschulung von besonderer Dringlichkeit wäre:

- Kinder allein erziehender Elternteile, deren Eltern tagsüber ihrer Erwerbsarbeit nachgehen müssen, während ihre Kinder oftmals ganz oder weitgehend zu Hause sich selbst überlassen bleiben. Bei vielen dieser Kinder sind nach längeren Krankheitsverläufen vielfältige Folgen einer pädagogischen Vernachlässigung zu beobachten.
- Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund, die vor allem aus Gründen einer möglichst fortlaufenden sprachlichen Förderung regelmäßig mit Hausunterricht versorgt werden müssten.
- Kinder aus sozial schwachen Verhältnissen bzw. aus bildungsfernen Milieus, deren Eltern selten aus eigener Motivation und Initiative die Erteilung von Hausunterricht einfordern oder besonders fördern und – wie auch die Kinder der beiden erstgenannten Gruppen – den Ausfall von Hausunterricht nicht durch privat bezahlte Nachhilfelehrer und pädagogische Betreuung teilweise kompensieren können.

Am Beispiel des Hausunterrichts wird deutlich, dass Krankheit hier als ein Faktor wirkt, der ungünstige soziale Rahmenbedingungen zusätzlich verstärkt und sich die soziale Schichtzugehörigkeit eines Kindes häufig negativ auf dessen schulische Chancen auswirkt. Damit bestätigt sich auch im Hinblick auf den Hausunterricht eines der spektakulärsten Ergebnisse der PISA-Studie.

In der Praxis hängt die Erteilung von Hausunterricht erheblich von den personellen und organisatorischen Gegebenheiten der beteiligten Schulen und Behörden und nicht zuletzt auch vom Willen aller Beteiligten ab. Selbst innerhalb einer Region kann die Praxis des Hausunterrichts von Schule zu Schule extrem variieren. So erteilen einige Schulen für Kranke grundsätzlich gar keinen Hausunterricht; dieser fällt gänzlich in die Zuständigkeit der Stammschulen. Demgegenüber sind andere Schulen für Kranke innerhalb eines Stadt- oder Kreisgebiets für alle Schüler zuständig, die einen Anspruch auf Hausunterricht anmelden.

In der Regel haben Lehrer im Krankenhaus bei den ersten Kontakten mit längerfristig erkrankten Schülern und deren Erziehungsberechtigten zunächst die Aufgabe, über das Angebot des Hausunterrichts und seine Beantragung zu informieren. Meistens haben auch die Lehrer der Stammschulen einen hohen Informationsbedarf (dieses Informationsdefizit, auf das bereits Bläsig 1973 hingewiesen hat, besteht unverändert fort – vgl. Bläsig 1973, 420f). In vielen Fällen vergeht zwischen der ersten Information über die Möglichkeit des Hausunterrichts, der Beantragung und der ersten Unterrichtsstunde zu Hause eine längere Zeit, in der der Schüler keinen Unterricht erhält, obwohl er gesundheitlich dazu in der Lage wäre. Das ist vor allem bei onkologisch erkrankten Schülern der Fall, die sich zu Beginn ihrer Behandlung in vielen Fällen kaum körperlich beeinträchtigt fühlen. Ursachen für diese oft

langen Ausfallzeiten des Unterrichts sind neben den beschriebenen Informationsdefiziten häufig in einem sehr bürokratischen und umständlichen Entscheidungsverfahren zu finden. Bereits 1978 beklagt Wienhues, „die in fast allen Bundesländern bestehenden Vorschriften über die Erteilung von Sonderunterricht (Hausunterricht) [erlaubten] kaum eine schnelle und flexible Organisation dieses Unterrichts“ (Wienhues 1978, 766). Er empfiehlt deswegen, der Hausunterricht solle von den Schulen für Kranke organisiert und koordiniert werden. „Wenn die ‚Schule für Kranke‘ auch außerhalb des Krankenhauses in Bezug auf die pädagogische und psychosoziale Förderung der Ansprechpartner kranker Kinder, Jugendlicher und deren Eltern geworden ist, wird sie ihrer Aufgabe besser gerecht werden können“ (ebd.). 1984 haben die Länderreferenten für Krankenpädagogik im Verband Deutscher Sonderschulen e. V. (VDS) einen Antrag auf „Sicherstellung von Fördermaßnahmen (Sonderunterricht/Hausunterricht) für chronisch kranke Schüler mit häufig wiederkehrenden Unterrichtsausfällen“ (vgl. Lange 1984, 445) gestellt und diesen wie folgt begründet: „Die bisherigen Regelungen der meisten Bundesländer haben gezeigt, dass durch lange Instanzenwege oft ganz erhebliche Verzögerungen auftreten, so dass die geforderten Maßnahmen nicht rechtzeitig oder gar nicht durchgeführt werden können“ (a.a.O., 446). Ein ähnlicher Antrag könnte auch heute, zwanzig Jahre später, erneut gestellt werden; die Situation hat sich nicht wesentlich geändert.

Eine onkologische Erkrankung ist für Schüler mit durchschnittlichen oder schlechteren Schulleistungen oftmals mit dem Wiederholen einer Klasse verbunden – und dies nicht nur aufgrund krankheitsbedingter Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, sondern häufig wesentlich auch aufgrund massiven Unterrichtsausfalls während der Zeit der Behandlung. Immer wieder eröffnen einzelne Stammschulen ihren Schülern nach Bekanntwerden der Diagnose und der voraussichtlichen Behandlungsdauer, sie könnten die Klasse wiederholen. Dabei werden Hausunterricht und weitere Maßnahmen zur fortlaufenden Unterrichtung der Schüler offensichtlich kaum oder gar nicht in Betracht gezogen. Diese Haltung der Schule wirkt auf die meisten Schüler demotivierend: sie geben ebenfalls früh die Hoffnung auf eine Rückkehr in ihre bekannte Stammschulklasse auf und fühlen sich nicht selten kaum noch zugehörig und von ihrer Schule aufgegeben. Schüler, die eine Klasse sehr wahrscheinlich wiederholen müssen, reagieren auf die Unterrichtsangebote der Schule für Kranke häufig unmotiviert oder ablehnend weil sie zunächst keine schulischen Ziele mehr erkennen können, für die zu lernen sich lohnte, und weil sie erwarten, dass sie den Lernstoff ohnehin nach ihrer Behandlung in ihrer Stammschule wiederholen werden.

In Nordrhein-Westfalen soll Hausunterricht vor allem durch die Stammschule erteilt werden (vgl. Kap. 3.1). Diese ist nach Antragstellung der Erziehungsberechtigten verpflichtet, im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten Hausunterricht für den Schüler anzubieten. Die Lehrer der Stammschule, bei Grundschulern meistens der Klassenlehrer (vgl. Schroeder et al. 2000, 297), bei Schülern in den höheren Klassen der Sekundarstufe I und Schülern der Sekundarstufe II oftmals die Lehrer, die die Kernfächer unterrichten, werden in der Regel von der Schulleitung gefragt, ob sie bereit sind, den Hausunterricht neben ihren regulären Unterrichtsverpflichtungen zu erteilen. In nicht wenigen Fällen – und dies ist sicherlich auch abhängig von entsprechenden Zugeständnissen der Schulleitung wie bsw. der Verrechnung der Zeit für den Hausunterricht als Überstunden u. ä. – sehen sich die Kollegen der Stammschulen dazu nicht in der Lage. Manchmal werden dann Lehramtsanwärter mit der Übernahme von Hausunterricht betraut. Die wenigsten Lehramtsanwärter werden aufgrund ihres Ausbildungs- und Abhängigkeitsverhältnisses eine entsprechende Anfrage ihrer Schulleitung ablehnen, auch dann nicht, wenn sie sich nicht zu unrecht vor eine ungewohnte und sicherlich ohne ausreichende pädagogische Erfahrung kaum zu bewältigende Aufgabe gestellt sähen.

3.4 Kooperation zwischen der Schule für Kranke und der Stammschule – eine Notwendigkeit

Die Zuständigkeit für die Erteilung des Hausunterrichts liegt in NRW und anderen Bundesländern bei den Stammschulen. Schulen für Kranke erteilen Hausunterricht in einigen Fällen nur dann, wenn die Stammschulen die Unterrichtsversorgung eines kranken Schülers langfristig nicht sicherstellen können. Allerdings kommt es auch immer wieder vor, dass kranke Schüler zu Hause über längere Zeit nicht oder während der gesamten Zeit ihrer Erkrankung überhaupt nicht unterrichtet werden. Diese Situation ließe sich durch eine veränderte flexiblere Regelung des Hausunterrichts weitgehend verbessern – bsw. durch eine Verkürzung des Genehmigungsverfahrens für Hausunterricht (vgl. dazu auch die Kritik von Lange 1984 und Wienhues 1978) und eine engere Kooperation zwischen Stammschulen und Schulen für Kranke mit dem Ziel, dass beide Schulen in jedem Einzelfall entscheiden, welche Argumente jeweils für oder gegen die Übernahme des Hausunterrichts durch eine der beiden Schulen, in Einzelfällen vielleicht auch für eine Übernahme des Hausunterrichts durch beide Schulen sprächen. Nachfolgend sollen einige Vor- und Nachteile einander gegenübergestellt werden, die in der pädagogischen Praxis häufig mit der Erteilung von Hausunterricht durch die Stammschule bzw. die Schule für Kranke verbunden sind. Dies mag zwar als recht plakativ erscheinen, bietet m. E. aber eine gute Grundlage für die Begründung von Entscheidungen in Einzelfällen.

Zuständigkeit der Stammschule für Hausunterricht: Vor- und Nachteile

Vorteile

- Anbindung der Schüler an die Stammschule. Lehrer der Stammschule haben eine Fülle von Möglichkeiten, den Kontakt zwischen einem erkrankten Schüler und seiner Stammschulklasse oder –lerngruppe aufrechtzuerhalten und zu pflegen (vgl. Iskenius-Emmler & Jung 2006, 142).
- Vermittlung von schulischer Normalität. Lehrer der Stammschule repräsentieren im Bewusstsein der Schüler eher schulische Normalität als Lehrer der Schule für Kranke.
- Die Lehrer der Stammschule sind den kranken Schülern in der Regel besser und länger bekannt und vertrauter als die Lehrer der Schule für Kranke. Daraus allein lassen sich natürlich keine Schlüsse auf die Qualität der Lehrer-Schüler-Beziehungen ziehen.
- Lehrer der Stammschulen haben in der Regel einen besseren Überblick über den aktuellen Lernstoff der Stammschulklasse und können den Leistungsstand eines erkrankten Schülers im Vergleich zu seiner schulischen Bezugsgruppe und seine Chancen auf eine erfolgreiche Teilnahme am Unterricht seiner Klasse nach der Erkrankung besser einschätzen.
- Lehrer der Stammschule erteilen in ihren studierten Unterrichtsfächern einen qualitativ hochwertigen Unterricht.

Nachteile

- Die Stammschulen verfügen oftmals nicht über freie personelle Kapazitäten zur Erteilung von Hausunterricht. Lehrer der Stammschulen leisten deswegen in der Regel Mehrarbeit wenn sie Hausunterricht erteilen. Soll Hausunterricht zusätzlich zu den

üblichen Lehrverpflichtungen erteilt werden, wird er oft als Belastung empfunden und teilweise von den Kollegen abgelehnt, teilweise auch an Referendare delegiert – auch wenn dies angesichts der Belastung und der Qualifikation der Referendare oftmals keine angemessene pädagogische Lösung ist.

- Kurzfristige Informationen über wechselnde Gesundheitszustände der Schüler, über besondere Ereignisse oder unvorhersehbar notwendige Krankenhausaufenthalte sind den Lehrern der Stammschule in vielen Fällen nicht ausreichend zeitnah bekannt. Angesichts fester Stundenplanregelungen ist es ihnen häufig nicht möglich, vereinbarte Unterrichtstermine kurzfristig zu ändern. Aus diesen und anderen organisatorischen Gründen fällt der Unterricht erfahrungsgemäß häufig aus.
- Nicht jeder der jeweils zuständigen Kollegen der Stammschule kann und will sich mit der besonderen Lebenssituation langfristig erkrankter Schüler auseinandersetzen. Den Lehrern der Stammschule fehlen zudem in der Regel spezifisches krankpädagogisches Wissen und entsprechende Erfahrungen. Sie stehen zumeist nicht in engem Austausch mit dem Klinikpersonal und verfügen nicht über das notwendige Hintergrundwissen über einen erkrankten Schüler, seine Krankheitsbewältigung, die Reaktionen seines sozialen Umfeldes u. a.
- Hausunterricht durch die Stammschule ist für die Schüler mit einer höheren Lehrerfluktuation verbunden. Sie sehen sich in schnellerem Wechsel mit unterschiedlichen Erziehungs- und Unterrichtsstilen konfrontiert. Je jünger Schüler sind, desto wichtiger ist insbesondere bei einer längerfristigen Erkrankung eine kontinuierliche und sicher einschätzbare Lehrer-Schüler-Beziehung.
- Wenn Lehrer der Stammschule den Hausunterricht übernehmen, sind ein intensiver Austausch und enge Absprachen mit den Kollegen der Schule für Kranke erforderlich. Ein von den Lehrern der Schule für Kranke und der Stammschule in Zusammenarbeit erstellter Förderplan müsste die Grundlage für die gemeinsame Arbeit sein. Die Lehrer der Stammschule und der Schule für Kranke sollten regelmäßig Kontakt halten und beim Wechsel eines Schülers zwischen seinem Zuhause und der Klinik ein pädagogisches Übergabegespräch führen – dies ist gerade bei Schülern, die öfters zwischen ihrem Zuhause und der Klinik wechseln, mit einem hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand verbunden.

Zuständigkeit der Schule für Kranke für Hausunterricht: Vor- und Nachteile

Vorteile

- Lehrer der Schule für Kranke bestimmen den individuellen pädagogischen bzw. sonderpädagogischen Förderbedarf erkrankter Schüler. Dazu erstellen sie einen individuellen Förderplan. Sie können aufgrund ihres krankpädagogischen Wissens, ihrer Erfahrungen und der Rahmenbedingungen, die ihnen die Schule für Kranke und die Klinik – bsw. in Form der Zusammenarbeit mit Angehörigen des Psychosozialen Dienstes – bietet, angemessen auf die besonderen pädagogischen Bedürfnisse ihrer kranken Schüler reagieren und sind mit den individuellen Fördermaßnahmen vertraut. Viele kranke Schüler haben einen sonderpädagogischen Förderbedarf im Sinne des Förderschwerpunkts „Unterricht kranker Schüler“ (vgl. Sekretariat der Ständigen Konferenz ... 1998; Schmitt, F. 1999) oder gelten aufgrund ihrer gesundheitlichen Situation, aber auch ihrer durch die Krankheit bedingten allgemeinen Lebenssituation als schwerbehindert.
- Lehrer der Schule für Kranke können ihren Unterricht in der Klinik in der Regel flexibel, in Orientierung am Gesundheitszustand ihrer Schüler und abgestimmt auf die

jeweiligen Rahmenbedingungen erteilen. Sie sind selten an eine feste Abfolge von Unterrichtsstunden gebunden.

- Vor allem jüngere, aber auch viele älter Schüler sollten aus pädagogischen Gründen einen festen Bezugslehrer haben. Hier wäre insbesondere bei voraussichtlich längerfristig erkrankten Schülern zu überlegen, ob nicht Lehrer der Schule für Kranke analog zum Klassenlehrersystem den Hausunterricht übernehmen könnten (vgl. auch Gantenberg & Schmitt, F. 1998, 15).
- Kollegien der Schulen für Kranke sind in der Regel multiprofessionell zusammengesetzt; oftmals gehören dem Kollegium mehrere Sonderpädagogen verschiedener sonderpädagogischer Fachrichtungen und Regelschullehrer verschiedener Schulformen an. Diese Bandbreite und Bündelung von Kompetenzen ermöglicht eine individuelle schulische Förderung kranker Kinder und Jugendlicher nach deren besonderen Bedürfnissen.
- Schulen für Kranke, die keinen Hausunterricht erteilen, können aufgrund mangelnder Kapazitäten zumeist keine intensive unterrichtliche und pädagogische Nachsorge für ihre ehemaligen Schüler anbieten. Dies könnte sich ändern, wenn der Hausunterricht in die Zuständigkeit der Schulen für Kranke fiel (vgl. auch Wienhues 1979, 100).

Nachteile

- Lehrer der Schule für Kranke können fachfremde Fächer nicht auf dem fachlichen und didaktischen Niveau unterrichten wie die Fachlehrer der Stammschule. Sie sollten in der Regel Unterricht in den Kernfächern und bei Bedarf auch in weiteren Fächern in allen Jahrgangsstufen und Schulformen erteilen.
- Lehrer der Schule für Kranke kennen oftmals die besonderen schulischen Gegebenheiten nicht gut genug, die für die Reintegration eines Schülers in seine Stammschule, in den meisten Fällen eine Regelschule, zu berücksichtigen sind. Sie kennen den Schüler in der Regel nur aus einer besonderen Situation, wissen nicht, wie er in seine Klassengemeinschaft integriert ist und welche pädagogischen Aufgaben in dieser Hinsicht zu bewältigen sind.

Aus der Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile, die mit der Übernahme des Hausunterrichts durch die Stammschule bzw. die Schule für Kranke verbunden sind, lässt sich m. E. nach die Schlussfolgerung ziehen, dass in jedem Einzelfall über die Zuständigkeit der Schulen für den Hausunterricht entschieden werden sollte. Bei Schülern der Primarstufe und jüngeren Schülern der Sekundarstufe I sollte nach dem Klassen- bzw. Bezugslehrersystem entschieden und häufige Wechsel zwischen unterschiedlichen Lehrern weitgehend vermieden werden. Auch hier sollte aber letztlich der Einzelfall maßgebend sein. Ältere Schüler der Sekundarstufe I und Schüler der Sekundarstufe II sollten von den Lehrern der Stammschule unterrichtet werden, weil Lehrer der Schule für Kranke in der Regel nicht über vergleichbare spezielle fachwissenschaftliche und –didaktische Kompetenzen verfügen. In solchen Fällen sollten Lehrer der Schulen für Kranke ihren Schülern und den Lehrern der Stammschule allerdings weiterhin beratend zur Seite stehen und auf eine Orientierung der pädagogischen Arbeit an den im individuellen bzw. sonderpädagogischen Förderplan festgelegten Zielen achten.

Wenn alle am Hausunterricht Beteiligten Kooperationsbereitschaft, Flexibilität und hohes Engagement zeigen, gelingt es meistens, die genannten Nachteile, die mit der Übernahme des Hausunterrichts durch eine der beteiligten Schulen verbunden sein können, weitgehend auszugleichen.

3.5 Kommunikationstechnologien als Ergänzung des Hausunterrichts

Gedanken und Bemühungen zum Einsatz technischer Lehr- und Lernhilfen im Unterricht kranker Kinder und Jugendlicher lassen sich bereits früh und auf hohem didaktisch-methodischem Niveau nachweisen (vgl. die Arbeiten von Berndt in: Wienhues 1979, 221, insbesondere Berndt 1957). Auch der Einsatz kommunikationstechnologischer Mittel als Ergänzung des Unterrichts an der Schule für Kranke bzw. des Hausunterrichts ist bereits früh diskutiert worden. So berichtet Lehmann 1959 vom erfolgreichen Einsatz einer Wechselsprechanlage im Unterricht mit langfristig erkrankten Schülern. Die Anlage ermöglichte den kranken Schülern eine Teilnahme am Unterrichtsgeschehen ihrer Stammschulklasse (vgl. Lehmann 1959, 413). Gratzler & Krisemendt schlugen 1978 vor, eine funktechnische Verbindung zwischen Patienten und Heimatschule einzurichten und verknüpfen damit hohe Erwartungen, die von Lichtenberger kritisiert werden (vgl. Lichtenberger 1978, 637).

Die Nutzung moderner Kommunikationstechnologien zur Kontaktpflege zwischen längerfristig erkrankten Schülern und deren Stammschulklassen geht in Deutschland auf die Initiative der Universitätskinderkliniken Bonn und Heidelberg zurück. Während das Projekt „Klassissimo“ der Universitätskinderklinik Bonn (vgl. www.klassissimo.de; www.ride-of-hope.de) sich auf eine Übertragung von Ton- und Videoaufnahmen aus der Stammschule in das Krankenzimmer beschränkt und das Ziel verfolgt, bereits vorhandene Formen der Kontaktpflege zu ergänzen und den Aufbau neuer Kontakte durch Vernetzung zu erleichtern, sieht das Projekt der Heidelberger Universitätskinderklinik „Onko-Kids-online“ die Einrichtung von Videokonferenzen zu ausgewählten Schulstunden vor, die in Orientierung an den besonderen Bedürfnissen der erkrankten Schüler angeboten werden und deren aktive Teilnahme ermöglichen (vgl. www.onko-kids.de; vgl. auch die Darstellung in Iskenius-Emmeler & Jung 2006, 140).

Das Projekt „OnlineMaus“ verfolgt ähnliche Ziele wie die bereits genannten Initiativen. „OnlineMaus“ wurde 1997 in Orientierung an dem us-amerikanischen „Starbright-Projekt“ (vgl. www.starbright.org) in München gegründet (vgl. Breuninger Stiftung o. J., 3f). In der Projektskizze heißt es: „Das Projekt OnlineMaus bietet schwer erkrankten Kindern im Krankenhaus mit Hilfe des Computers die Möglichkeit, in die Rolle eines aktiven Kindes zu schlüpfen, das spielt, lernt, gestaltet, sich neue Aufgaben und Ziele setzt und mit anderen Kindern kommuniziert“ (Breuninger Stiftung o. J., 1). „OnlineMaus“ möchte durch die Nutzung der neuen Medien, vor allem des Computers, dazu beitragen, die Eigenaktivität kranker Kinder zu fördern und deren Lebensqualität mit dem Ziel zu verbessern, zu einer besseren Krankheitsbewältigung und damit auch zu einem günstigeren Krankheitsverlauf beizutragen (vgl. ebd.). Das Projekt umfasst ein breites Leistungsspektrum, das von der Bereitstellung ausgewählter Lernprogramme über die Kontaktpflege mit der Stammschule, der Stammschulklasse, mit Freunden und der Familie, den Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen über Bildtelefone, Spielangebote bis hin zur Recherche von Sachinformationen reicht (vgl. a.a.O., 2). „OnlineMaus“ wird fortlaufend wissenschaftlich evaluiert. Dabei werden die Art und der Umfang der Nutzung durch die teilnehmenden Kinder und deren gesundheitsbezogene Lebensqualität sowie deren Bewältigungsstrategien und die ihrer Eltern erhoben (vgl. ebd.).

Teil des übergreifenden Projekts „OnlineMaus“ ist das von der Düsseldorfer „Elterninitiative Kinderkrebsklinik e. V.“ finanzierte Projekt „Teleschule“. Die „Teleschule“ (vgl. www.kinderkrebsklinik.de) verfolgt das Ziel, onkologisch erkrankten Kindern und

Jugendlichen auch während der längeren Aufenthalte zu Hause die aktive Teilnahme am Unterricht ihrer Stammschulklasse zu ermöglichen. Im Vordergrund steht dabei der Gedanke der sozialen Integration. Durch die virtuelle Anwesenheit des erkrankten Schülers in seiner Stammschulklasse kann dieser am Unterrichtsgeschehen und an sozialen Prozessen in der Klasse teilnehmen. Außerdem bleibt er im Bewusstsein der anderen Kinder auf diese Weise eher präsent. Zwar verfolgt die „Teleschule“ auch das Ziel der Wissensvermittlung, sie kann aber keinen Lehrer ersetzen. Sowohl aus pädagogischer Sicht als auch aus methodisch-didaktischer Perspektive ist die Einrichtung der „Teleschule“ vor allem in Verbindung mit Hausunterricht und weiteren Formen der Kontaktpflege (E-Mail-Korrespondenzen, Briefen, Telefonaten, Besuchen usw.) erfolgversprechend. Auch wenn der Gedanke, Teleschule anstelle von Hausunterricht anzubieten, in Anbetracht der angespannten Finanzlage der öffentlichen Hand attraktiv sein sollte, können technische Mittel gleich welcher Art kein Ersatz für die Lehrer-Schüler-Beziehung sein, die durch persönliche Kontakte aufrechterhalten wird und die besonders für kranke Schüler angesichts ihrer Lebenssituation unersetzlich ist.

Bei der Einrichtung der „Teleschule“ werden Klassenräume und der häusliche Arbeitsplatz des Schülers über eine ISDN-Leitung miteinander verbunden. Die Bilder aus dem Klassenraum werden von einer schwenkbaren Kamera aufgenommen, die der Schüler von zu Hause aus bedienen kann. Sie hat eine Zoom-Funktion; bei Bedarf können Bildaufnahmen (z. B. Tafelbilder) gespeichert werden. Die Kommunikation mit der Stammschulklasse erfolgt über eine Freisprecheinrichtung. Die veröffentlichten Erfahrungsberichte von Schülern, Eltern, Mitschülern und Lehrern über das Projekt sind ausgesprochen positiv. Hervorgehoben wird immer wieder, die „Teleschule“ sei ein Mittel gegen Langeweile und Einsamkeit, sie bewirke eine Reaktivierung der kranken Schüler, helfe bei der Pflege sozialer Kontakte, führe bei Mitschülern und Lehrern zu einer Solidarisierung mit dem kranken Schüler, diene einer zeitlichen Strukturierung, sie habe generell einen das Leben der Schüler normalisierenden Effekt und entlaste zudem die Bezugs- und Betreuungspersonen der kranken Schüler (vgl. www.kinderkrebsklinik.de). Die überzeugendsten pädagogischen und didaktischen Ergebnisse zeigen sich wenn die „Teleschule“ durch Hausunterricht und weitere Angebote der Kontaktpflege ergänzt wird. Gleichwohl sollte nicht verschwiegen werden, dass die Teilnahme an dem Projekt „Teleschule“ immer wieder mit daten- und persönlichkeitschutzrechtlichen Bedenken verbunden ist, bei den Schülern der Stammschule v. a. zu Beginn für Unruhe während des Unterrichts sorgt, allen Beteiligten eine hohe Disziplin abverlangt (Vermeidung von Nebengeräuschen u. a., um die Tonübertragung nicht zu stören) und oftmals dazu führt, dass freiere Unterrichtsformen wie die Arbeit an Stationen zugunsten lehrerzentrierterer und übertragungsfreundlicher Unterrichtsformen zurückgestellt werden. Auch einige technische Probleme, so bsw. die Unterbrechung der Bildübertragung wenn zwischen dem Schüler und der Stammschule ein Fax versendet wird, werden in Zukunft noch zu lösen sein.

4 Die Versorgung von Schülern der Schule für Kranke mit Hausunterricht: eine Untersuchung an der Alfred-Adler-Schule, Schule für Kranke, Düsseldorf

Erfahrungsgemäß wird der gesetzliche Anspruch kranker Schüler auf Hausunterricht in vielen Fällen nur sehr verzögert oder gar nicht eingelöst. Dies führt zu einer zusätzlichen nicht hinnehmbaren Benachteiligung von Kindern, die längerfristig erkrankt sind, und hat unmittelbar negative Auswirkungen auf den Erfolg der Unterrichts- und Erziehungsarbeit sowie der individuellen Förderung, die an Schulen für Kranke geleistet wird. Deswegen hat das Kollegium der Alfred-Adler-Schule im Schuljahr 2005/06 im Rahmen der

Schulprogrammarbeit an der Abteilung Universitätskliniken die Evaluation des Hausunterrichts beschlossen.

4.1 Untersuchung

38 Kinder und Jugendliche, die einen gesetzlichen Anspruch auf Hausunterricht haben und ihre Stammschule bereits mindestens sechs Wochen innerhalb eines Schuljahrs krankheitsbedingt nicht besuchen konnten, bzw. deren Bezugspersonen wurden persönlich von Lehrern zum Stand der Versorgung mit Hausunterricht befragt. Die Form der persönlichen Befragung ist gewählt worden, weil bei Unklarheiten direkte Rückfragen möglich sind und Fragebögen erfahrungsgemäß selten eigeninitiativ ausgefüllt werden. Folgende Fragen wurden gestellt:

Wenn Hausunterricht erteilt wurde:

1. Wie viel Zeit ist zwischen der Antragstellung und dem Beginn des Unterrichts ungefähr vergangen?
2. Gab es Probleme bei der Beantragung bzw. Bearbeitung des Antrags auf Hausunterricht durch die Schule oder Schulbehörden?
3. In welchem Umfang (Häufigkeit und zeitliche Intensität) ist er erteilt worden?
4. Wer hat den Hausunterricht erteilt (Klassenlehrer, Fachlehrer, sonstige Lehrer, Lehramtsanwärter o. a.)?
5. Sind die Kernfächer unterrichtet worden? Andere Fächer? In welchem Verhältnis?

Wenn Hausunterricht nicht erteilt wurde:

6. Aus welchen Gründen ist Hausunterricht nicht erteilt worden?
7. Ist die Erteilung von Hausunterricht abgelehnt worden? Wenn ja: Mit welchen Begründungen seitens der Schule, der Schulaufsichtsbehörde?
8. Sind Alternativen zum Hausunterricht genutzt worden (bsw. ambulanter Unterricht, Unterricht durch ehrenamtlich tätige Lehrer, Nachhilfelehrer, die Eltern, Mitschüler u.a.)?

4.2 Ergebnisse

In 24 Fällen ist Hausunterricht erteilt worden, in 14 Fällen nicht. Die Fragen 1 bis 5 sind nur an die Schüler gerichtet worden, die zu Hause unterrichtet worden sind.

Zu Frage 1: Zeiten zwischen der Beantragung und der Erteilung von Hausunterricht

Zwischen der Antragstellung und der erstmaligen Erteilung des Hausunterricht sind
 in 3 Fällen nur wenige Tage,
 in 5 Fällen ca. zwei Wochen,
 in 5 Fällen ca. vier Wochen,
 in 6 Fällen ca. sechs Wochen,
 in 5 Fällen mehr als sechs Wochen vergangen.

In 7 Fällen ist der Hausunterricht bereits nach einer oder wenigen Sitzungen eingestellt worden. Begründet wurde dies mit organisatorischen Problemen (genannt wurden v. a. Probleme bei der Terminabsprache und -einhaltung, häufige und kurzfristige Termine wegen ambulanter Behandlungen oder Untersuchungen, längere Krankheit bzw. Überlastung der

Lehrkraft), manchmal auch mit einem konflikthanfälligen Verhältnis zwischen Schülern bzw. deren Eltern und der Lehrkraft.

Zu Frage 2: Probleme bei der Beantragung bzw. Bewilligung von Hausunterricht

In 17 Fällen gab es keine Probleme bei der Beantragung von Hausunterricht bzw. bei der Bearbeitung des Antrags. Die übrigen sieben Befragten berichteten von anfänglichen Informationsdefiziten und Unsicherheiten der Stammschulen und kritisierten lange Bearbeitungszeiten ihres Antrags, die teilweise auch auf länger dauernde Entscheidungsprozesse in den Kollegien der beteiligten Stammschulen zurückgeführt worden sind.

Zu Frage 3: Umfang des erteilten Hausunterrichts

Berücksichtigt wurden nur die 17 Fälle, in denen Hausunterricht über einen längeren Zeitraum erteilt worden ist (vgl. Frage 1). Neun Schüler der Primarstufe haben im Durchschnitt wöchentlich 3,3 Schulstunden Hausunterricht erhalten und die 8 Schüler der Sekundarstufen I und II sind durchschnittlich 3,1 Stunden wöchentlich zu Hause unterrichtet worden. Damit liegen die durchschnittlichen Hausunterrichtszeiten bei Grundschulern um 1,7 Stunden, bei Schülern der Sekundarstufe I um bis zu 4,9 Stunden und bei Schülern der Oberstufe sogar um bis zu 6,9 Stunden unter den gesetzlich festgeschriebenen Soll-Werten (vgl. §40 (2) AO-SF).

Zu Frage 4: Unterrichtende Lehrkräfte

Berücksichtigt wurden alle 24 Fälle, in denen Hausunterricht erteilt worden ist.

Wie zu erwarten haben von den 11 Schülern der Primarstufe in neun Fällen die Klassenlehrer den Hausunterricht übernommen, in einem Fall die Klassenlehrerin zusammen mit einer Referendarin und in einem weiteren Fall ist der Hausunterricht von ausschließlich einer Referendarin erteilt worden. Vier Schüler der Sekundarstufen I und II sind nur von ihren Klassenlehrern, fünf sind von ihren Klassen- und mindestens einem Fachlehrer und vier Schüler sind ausschließlich von Fachlehrern unterrichtet worden. Dass das Klassenlehrerprinzip insbesondere bei Schülern der Primarstufe und bei jüngeren Schülern der weiterführenden Schule auch im Hausunterricht berücksichtigt wird, ist im Hinblick auf die besonderen pädagogischen Bedürfnisse kranker Schüler sehr zu begrüßen.

Zu Frage 5: Unterrichtete Fächer

Berücksichtigt wurden die 17 Fälle, in denen durchgängig Hausunterricht erteilt worden ist. Drei der neun Schüler der Primarstufe haben keinen Unterricht in Englisch erhalten, ein Schüler wurde durch einen zusätzlich privat engagierten Nachhilfelehrer in Englisch unterrichtet. Zwei Schüler haben zusätzlich Sachunterricht erhalten. Die übrigen Schüler sind in den Kernfächern unterrichtet worden. Der Unterrichtsausfall in Englisch ist m. E. vor dem Hintergrund nachzuvollziehen, dass dieses Fach in den Grundschulen erst vor wenigen Jahren eingeführt worden ist und oftmals durch Fachlehrer unterrichtet wird. Der Hausunterricht wird überwiegend durch die Klassenlehrer erteilt, die oftmals nicht über die entsprechende Zusatzqualifikation in Englisch verfügen und in einigen Fällen dieses Fach auch nicht fachfremd unterrichten können oder wollen.

Vier der acht Schüler der Sekundarstufe sind in allen Kernfächern unterrichtet worden; zwei Schüler haben darüber hinaus bei Bedarf auch Unterricht in weiteren Fächern erhalten. Bei zwei Schülern der Sekundarstufe fand kein Hausunterricht in einem der Kernfächer statt.

Zu Frage 6: Gründe für Unterrichtsausfall

In 6 Fällen gaben Schüler bzw. deren Erziehungsberechtigte an, Hausunterricht nicht beantragt zu haben (genannte Gründe: mangelndes Interesse, dem Kind gehe es zu schlecht um zu Hause unterrichtet zu werden, die Eltern möchten den Unterricht ihres Kindes selbst

übernehmen, in einem Fall waren die Eltern offensichtlich trotz der angebotenen Hilfestellungen mit der Beantragung des Hausunterrichts organisatorisch überfordert). Auffällig ist, dass fünf der sechs Kinder und Jugendlichen einen Migrationshintergrund haben. Dieser Befund stimmt mit Ergebnisse anderer Untersuchungen – bsw. der PISA-Studie – überein, die eine grundlegende Benachteiligung von Schülern mit Migrationshintergrund durch das deutsche Schulsystem erkennen. Dennoch sind vorschnelle monokausale Erklärungen nicht hinreichend. So sollte außerdem berücksichtigt werden, dass der Umgang mit Krankheit kulturabhängig ist und dass deswegen das Bemühen um die Unterrichtung kranker Kinder nicht immer auf Verständnis und Zustimmung der Schüler mit Migrationshintergrund und ihrer Eltern stößt.

Zu Frage 7: Ablehnung von Anträgen auf Hausunterricht

In keinem der übrigen acht Fälle ist der Antrag auf Hausunterricht durch die Schulaufsichtsbehörden abgelehnt worden. Die Befragten gaben an, Hausunterricht sei aus organisatorischen Gründen bzw. aufgrund der personellen Situation der Stammschule nicht erteilt worden. Eine ausdrückliche Absage der Stammschule haben drei Befragte erhalten. Organisatorische Schwierigkeiten waren in der Regel verbunden mit Terminproblemen und mangelnden zeitlichen Kapazitäten bzw. unzureichender zeitlicher Flexibilität der Beteiligten.

Zu Frage 8: Alternativen zum Hausunterricht

Zwei der Befragten haben Alternativen zum Hausunterricht genutzt – in einem Fall wurde privat bezahlter, in einem anderen Fall ehrenamtlich erteilter Nachhilfeunterricht in Anspruch genommen.

Fazit:

38 Schüler haben an der Befragung teilgenommen; in 14 Fällen ist kein Unterricht erteilt worden, in sieben weiteren Fällen ist der Hausunterricht nach wenigen Unterrichtsstunden überwiegend wegen organisatorischer Probleme eingestellt worden. 21 kranke Kinder und Jugendliche haben ihr Grundrecht auf Unterricht und individuelle Förderung also nicht einlösen können (in Einzelfällen haben sie es auch nicht einlösen wollen). Das entspricht einem Prozentwert von 55,26 %. Lediglich in 17 Fällen ist Hausunterricht tatsächlich regelmäßig erteilt worden – und auch hier im Durchschnitt weit unter der wöchentlichen Stundenzahl, die den Schülern von Gesetz wegen zugestanden hätte, und teilweise nicht in allen Kernfächern. In den Interviews wurde deutlich, dass die Übernahme von Hausunterricht für die meisten Stammschulen, aber auch für die Schüler bzw. meistens für deren Eltern mit einem erheblichen organisatorischen Aufwand verbunden ist. Für psychosozial belastete Eltern oder für viele Stammschulkollegien sind mit der Organisation und der Erteilung von Hausunterricht offenbar nachweislich erhebliche Schwierigkeiten verknüpft.

Schüler aus Familien mit Migrationshintergrund und Schüler aus bildungsfernen Milieus bzw. aus unteren sozialen Schichten werden in der Regel in wesentlich geringerem Umfang oder gar nicht mit Hausunterricht versorgt. Die derzeitige Hausunterrichtspraxis führt damit in Einzelfällen immer wieder zu einer zusätzlichen Verschärfung der massiven sozialen Benachteiligungen von Kindern und Jugendlichen, die durch langwierige und lebensbedrohliche Krankheiten sowie durch ihren sozialen Status und ihre allgemeinen Lebensverhältnisse bereits extrem belastet sind.

Wenn auch für kranke, grundsätzlich aber unterrichtsfähige Schüler eine Schulpflicht bzw. ein Schulrecht besteht, solle eine zuverlässige und niederschwellige Versorgung langfristiger kranker Kinder und Jugendlicher mit Unterricht sichergestellt werden.

4.3 Konsequenzen

Die Versorgung längerfristig erkrankter Schüler mit Hausunterricht sollte zukünftig dringend verbessert werden. Geeignete Maßnahmen werden in Folgenden benannt:

- Die Schüler und ihre Eltern werden künftig direkt im Rahmen des Aufnahmegesprächs umfassend über die Möglichkeit des Hausunterrichts und dessen Beantragung mündlich und schriftlich – als Teil einer Vorstellungsmappe der Alfred-Adler-Schule – informiert um durch eine sehr frühzeitige Antragstellung Unterrichtsausfälle möglichst zu vermeiden.
- Die Schule für Kranke klärt direkt bei der ersten Kontaktaufnahme zur Stammschule deren personelle Voraussetzungen für die Erteilung von Hausunterricht ab und schlägt ggf. eine mögliche Beschulung des kranken Schülers durch die Schule für Kranke oder andere Alternativen – vorbehaltlich der Zustimmung der Schulaufsichtsbehörde – vor.
- Die Versorgung der Schüler mit Hausunterricht wird zukünftig fortlaufend erhoben mit dem Ziel, auf Unterrichtsausfälle rechtzeitig reagieren zu können.
- Die Alfred-Adler-Schule bietet künftig im Rahmen ihrer personellen Möglichkeiten innerhalb ihres Einzugsgebiets Hausunterricht für alle Schüler an, deren Stammschulen den Hausunterricht nicht erteilen können, und die nicht an ambulantem Unterricht der Alfred-Adler-Schule teilnehmen können.
- Grundsätzlich wäre zu überlegen, wie die Verfahren zur Genehmigung des Hausunterrichts zukünftig beschleunigt werden könnten. Eine geeignete Maßnahme wäre sicherlich, die Schulen für Kranke stärker in den Entscheidungsprozess über die Erteilung von Hausunterricht einzubeziehen. Sie könnten dann unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des jeweiligen Einzelfalls und in Abstimmung mit der Stammschule sicherstellen, dass der Hausunterricht baldmöglichst aufgenommen und bedarfsgerecht fortlaufend erteilt wird.
- Die personellen Kapazitäten für die Erteilung von Hausunterricht sind grundsätzlich plan- und berechenbar. So wäre es möglich, auf der Grundlage einer entsprechenden Erhebung den durchschnittlichen Hausunterrichtsbedarf im Einzugsgebiet einer Schule für Kranke zu ermitteln und dieser Schule das entsprechende Personal zuzuteilen. Eine flexiblere, jedoch insbesondere bei jüngeren Schülern pädagogisch bedenklichere Lösung wäre das Engagement pensionierter Lehrer oder anderen geeigneten Personals zur Übernahme des Hausunterrichts.

Literatur

- ADLER, A. (1973a). *Heilen und Bilden*. Ärztlich-pädagogische Arbeiten des Vereins für Individualpsychologie. Frankfurt a. M.
- ADLER, A. (1973b). *Der Sinn des Lebens*. Frankfurt
- BERNDT, H. (1957). *Untersuchungen über Konstruktion und Verwendung technischer Lernhilfen für den Unterricht bei bettlägerigen Kindern*. Diss. Humboldt-Universität Berlin
- BLÄSIG, W. (1973). „Die Schule für Kranke und Hausunterricht“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 24. Jg. (1973). H. 5, 414-422
- BREUNINGER STIFTUNG (Hrsg.). o. J. *OnlineMaus. Mehr Eigeninitiative und Lebensqualität für kranke Kinder*. o. O.

- FINKE-KNÜWER, H., KEMMELMEYER, K.-J. & WIENHUES, J. (1983). *Musik im Krankenhaus. Grundlagen, Ziele, Materialien für Unterricht und Therapie*. Regensburg
- FRIEMELT, A. (1982). *Bestandsaufnahme in der Krankenpädagogik. Bd. 2: Vorträge und Berichte vom ersten Arbeitstreffen der Krankenhauslehrer Deutschlands beim Wangener Symposium 1981*. Bad Godesberg
- GANTENBERG, U. & SCHMITT, F. (1998). „Schule für Kranke – eine Institution individueller und integrativer Pädagogik“. In: <http://www.verband-sonderpaedagogik.de/Materialalt/kongress98/gantenberg.htm> (Stand: 7.12.2004)
- GRATZER, P. & KRISEMENDT, A. (1978). „Krankenhausschule – ein Gegenstand sonderpädagogischer Forschung?“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 29. Jg. (1978). H.2, 111f
- ISKENIUS-EMMLER, H. & JUNG, M. (2006). „Zur Problematik der schulischen Integration von onkologisch erkrankten Jugendlichen“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 57. Jg. (2006). H. 4, 139-146
- LANGE, J. M. (1984). Verband Deutscher Sonderschulen e. V. Aus dem Referat Krankenpädagogik. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 35. Jg. (1984), H. 6, 445ff
- LEHMANN, I. (1959). „Heilpädagogische Betreuung kranker Kinder“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 10. Jg. (1959). 406-414
- LICHTENBERGER, W. (1978). „Krankenhausschule – auch ein Gegenstand sonderpädagogischer Forschung“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 29. Jg. (1978). 636-638
- SEELMANN, K. (1982). „Adlers Individualpsychologie“. In: Kindlers ‚Psychologie des 20. Jahrhunderts‘. Tiefenpsychologie. Bd. 4: *Individualpsychologie und Analytische Psychologie*. Hrsg. Von Dieter Eicke. Weinheim. 42-113
- SEIFERT, R., HIRSCHER, E. & WIENHUES, J. (1977). „Krankenhausschule – auch ein Gegenstand sonderpädagogischer Forschung?“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 28. Jg. (1977). 396-400
- SEKRETARIAT DER STÄNDIGEN KONFERENZ DER KULTUSMINISTER DER LÄNDER IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND (1998). Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluss der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998
- SCHAAR, E. (1991). „Wenn die Schule nach Hause kommt“. In: *Schulreport. Tatsachen und Meinungen zur Bildungspolitik in Bayern*. H. 3 (1991). 7ff
- SCHMITT, G. M. (1991). „Die Bedeutung der Schule im Leben chronisch kranker Kinder und Jugendlicher“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 42. Jg. (1991). H. 8, 497-502
- SCHMITT, F. (1998). „Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* (1999), H. 4, 182-186
- SCHROEDER, J., HILLER-KETTERER, I., HÄCKER, W., KLEMM, M., BÖPPLE, E. (2000). *„Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher*. 2. Aufl. Tübingen
- SCHURAD, H. (1987). „Engagement und Distanzierung als Problem des Lehrers an der Schule für Kranke“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 38 Jg. (1987). H. 3, 193-204
- WIENHUES, J. (1978). „Namensvielfalt und Sprachverwirrung beim Unterricht für Kranke Kinder“. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 29. Jg. (1978). 765f
- WIENHUES, J. (1979). *Die Schule für Kranke. Ihre Aufgaben in der pädagogischen und psychosozialen Betreuung kranker Kinder*. Rheinstetten
- WIENHUES, J. & KERKHOFF, W. (1992). Artikel „Hausunterricht“. In: *Enzyklopädie der Sonderpädagogik, der Heilpädagogik und ihrer Nachbargebiete*. hrsg. von Dupuis, G. & Kerkhoff, W. Berlin. 272

Verzeichnis der Internetquellen:

www.ride-of-hope.de

www.klassissimo.de

www.onko-kids.de

www.onlinemaus.de

www.kinderkrebsklinik.de

www.starbright.org