

10

DISKUSSIONSFORUM IV: SCHULE UND AUSBILDUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT EINER SCHÄDELHIRNVERLETZUNG

R. Lasogga¹, A. Reimann²

Vorab – aus dem Leben, dem Alltag:

»Schulassistenten – sowas hatten wir noch nie! Haben Sie das schon mal woanders gemacht? Gab es das schon mal?« (Oktober 2011)

»Wir wollen und werden Alex mit allem unterstützen, was uns zur Verfügung steht. Wir schätzen und brauchen den fachlichen Austausch, Input.« (Mai 2009)

»Solche Menschen gehören doch unter ihresgleichen.« (Februar 2012)

»Manchmal war und ist das schon auch schwierig, aber wir arbeiten an einem gemeinsamen Ziel.« (Januar 2012)

»Wir können das allein, das schaffen wir selbst. Fortbildung brauchen wir dazu nicht.« (Januar 2012)

»Wir arbeiten hier als Team zusammen, Lehrer, Assistentin, Therapeuten – für Lea, mit Lea.« (Jeder Tag – seit 2007)

Im gut besuchten Workshop »Schule und Ausbildung von Kindern und Jugendlichen mit einer Schädelhirnverletzung« im Rahmen des 6. Nachsorgekongresses der AG Teilhabe näherten sich die Teilnehmer (u. a. betroffene Angehörige, Mitarbeiter von Kostenträgern, Anbieter von Dienstleistungen im Bereich der Rehabilitation) zunächst mit dem Blick auf eigene schulische Erfahrungen dem Thema. Assoziationen zu den Begriffen Schule und Ausbildung bildeten den Auftakt einer im Verlauf spannenden Diskussion.

Schule ist wesentlicher Bestandteil im Leben heranwachsender Kinder und Jugendlicher sowie deren Familien, i. d. R. über (mindestens) zehn Jahre. Gesellschaftlicher Konsens besteht darüber, dass Schule als Institution Bildung (Wissen, Fähigkeiten und Werte) im Unterricht gezielt vermitteln soll, und dies unabhängig von jeweils landeshoheitlich geregelten konkreten Inhalten. Ihre Aufgabe ist das Lehren und Lernen, wobei den Lehrern an dieser Stelle höchste Verantwortung übertragen wird. Einer sich anschließenden Ausbildung kommt nochmals immense Bedeutung zu, unterscheidet sie sich doch »vom allgemeineren Begriff Bildung durch ihre Vollendung und Zweckbestimmtheit« (Quelle: Wikipedia).

¹ Hegau-Jugendwerk Gailingen GmbH, Neurologisches Krankenhaus und Reha-Zentrum; BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen

² InReha GmbH – Partner für neue Ziele

In einem Impulsreferat fasste Dipl.-Psych. Rainer Lasogga (Hegau Jugendwerk Gailingen, BAG Nachsorge erworbener Hirnschäden bei Kindern und Jugendlichen) unter der Prämisse: »Wie kann Inklusion gelingen« für die Erörterung der Fragestellung die Ausgangslage zunächst wie folgt zusammen:

»Die Integration von Kindern und Jugendlichen mit einem SHT in Schule und Beruf stellt die aufnehmenden Institutionen vor vielschichtige Probleme, verbirgt sich doch hinter der Diagnose eines SHT ein hinsichtlich Ausmaß und Symptomatik sehr unterschiedliches Krankheitsbild. Die Folgen reichen von leichten Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörungen über einen begrenzten Zeitraum nach leichten bis mäßigen Gehirnerschütterungen bis zu schweren Einschränkungen der Motorik, der Kognition und der Verhaltenssteuerung nach einem schweren Schädelhirntrauma.

Kognitive Leistungseinschränkungen finden sich im Bereich der Sprache, sowohl als Bild einer Aphasie als auch als kognitive Dysphasie, im Bereich der Lern- und Merkfähigkeit sowie des Gedächtnisses, im Bereich der auditiven wie visuellen Informationsaufnahme und -verarbeitung, in der Steuerung der Aufmerksamkeit und der Störung der Handlungsplanung und Handlungskontrolle. In der Summe der auftretenden Leistungseinschränkungen kommt es zu unterschiedlichen Ausmaßen von Einschränkungen der allgemeinen intellektuellen Leistungen. Alle diese Einschränkungen haben eine bedeutende Auswirkung auf schulisches und berufliches Lernen.

Welche der einzelnen Leistungsbereiche in welcher Weise in ihrer Differenziertheit betroffen sind, erschließt sich in der Regel nicht der einfachen Verhaltens- und Leistungsbeobachtung. Lassen Sie mich versuchen, dies an einem Beispiel zu erläutern: Ob hinter einer Einschränkung z. B. des Leseverständnisses eine Einschränkung auf der Ebene sprachlicher Verarbeitung, eventuell in Folge einer bestehenden aphasischen Grundstörung besteht, eine Einschränkung des Gedächtnisses, sodass der Inhalt der gelesenen Texte nicht erinnernd wiedergegeben werden kann, oder eine massive Problematik exekutiver Funktionen, die es dem Lesenden nicht erlaubt, die relevanten Textinhalte sicher zu erfassen, oder vielleicht nur eine einfache Störung der Aufmerksamkeitssteuerung, sodass nur einzelne Details wirklich bewusst aufgenommen werden, dies erschließt sich nicht mit einer unterrichtsüblichen Leseprobe mit anschließender Inhaltswiedergabe. Eine valide Aussage über die zugrundeliegenden Einschränkungen liefert hier nur eine differenzierte neuropsychologische Diagnostik, die mit Hilfe standardisierter und normierter Testverfahren ein exaktes Abbild der unterschiedlichen Leistungsbereiche liefern kann. Neuropsychologische Leistungsmodelle liefern dann Erklärungsansätze für das Zusammenwirken einzelner Funktionen, sodass eine gezielte kognitive, neuropsychologisch fundierte Therapie angesetzt werden kann. In unserem Beispiel kann auf dem Hintergrund einer umfassenden Diagnostik entschieden werden, ob das Kind eher von einer Aphasie-Therapie, einer kompensatorischen Therapie der Gedächtnisfunktionen, einer Therapie exekutiver Funktionen oder von einem gezielten Aufmerksamkeitstraining profitieren kann.

Ein weiterer Aspekt, der die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einem SHT schwierig gestaltet, ist die Tatsache, dass Kinder und auch Jugendliche noch als ein System in Entwicklung zu betrachten sind. Dies bedeutet, dass Ressourcen in Form bereits vorhandenen und gefestigten Wissens, auf das zurückgegriffen werden kann, nicht oder nur begrenzt zur Verfügung stehen. Kinder und Jugendliche sind in ihrer kognitiven Entwicklung auf Erkenntniszugewinn angewiesen. Mechanismen, die das Lernen umfangreicher neuer Informationen ermöglichen, sollten also intakt sein. Eben jene Funktionen – Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Sprache und exekutive Funktionen – sind nach einem SHT jedoch häufig bedeutsam eingeschränkt: Werden Leistungsdefizite

nicht frühzeitig erkannt, gezielt therapiert oder kompensatorisch ausgeglichen, besteht die Gefahr eines schleichend sich vergrößernden Entwicklungsrückstandes gegenüber gesunden Gleichaltrigen. Die Entwicklung neuropsychologischer Funktionen verläuft nicht zeitgleich, visuelle Funktionen sind deutlich früher nahezu ausgereift, während exekutive Funktionen erst zu einem späteren Zeitpunkt so weit entwickelt sind, dass sie messbar und damit beschreibbar werden. Gerade bei Kindern, die bereits in jungen Jahren von einem SHT betroffen sind, muss die Entwicklung über Jahre hinweg verfolgt werden, da nicht alle Auswirkungen eines SHT bereits kurze Zeit nach dem Trauma erkennbar sind. So ist bei einem Kind, das mit sechs Jahren ein SHT erleidet, kurz nach dem Ereignis nicht einzuschätzen, ob nicht zu einem späteren Zeitpunkt Störungen der exekutiven Funktionen beobachtbar sein werden. Eine Langzeit->Beobachtung< von Kindern nach einem SHT ist daher zwingend erforderlich, um im Bedarfsfall geeignete Interventionen umsetzen zu können.

Lassen Sie mich noch auf ein weiteres entwicklungs-dynamisches Missverständnis zu sprechen kommen: auf die spontane Remission. Prozesse der vollständigen Erholung von bedeutsamen Leistungsdefiziten ohne gezielte Intervention lassen sich nicht beobachten. Wir haben im Hegau-Jugendwerk in einer umfangreichen Studie nachweisen können, dass sich Rehabilitanden, die erst nach einer verlängerten Periode von über einem Jahr nach SHT zur ersten gezielten Maßnahme zu uns kamen, nicht unterscheiden von Kindern und Jugendlichen, die unmittelbar nach der Akutphase zu uns zur Rehabilitation kamen. Eine Studie im Rehaszentrum Friedehorst von Frau Dr. Ritz und meiner Kollegin Barbara Benz konnte nachweisen, dass sich ohne gezielte weitere neuropsychologische Unterstützung Funktionseinschränkungen in ihrer Auswirkung auf intellektuelle Leistungen mit der Zeit immer stärker leistungseinschränkend auswirken können. Neuropsychologische Funktionseinschränkungen wachsen sich also nicht aus, sie bleiben in der Regel dauerhaft bedeutsam und erfordern beim einzelnen Kind eine kontinuierliche, gezielte Förderung und kompensatorische Rücksichtnahme.

Bedeutsam für die schulische Integration sind weiterhin motivationale Probleme, die rasch auftauchen, wenn Kinder mit spezifischen Leistungseinschränkungen trotz größten Bemühens nicht zu schulischem Erfolg gelangen. Einschränkungen der kognitiven Leistungsfunktionen wirken sich unmittelbar auf soziale Fertigkeiten aus. Betroffene Kinder können nicht ohne Unterstützung am sozialen Alltag ihrer Gleichaltrigengruppe teilnehmen, übersehen häufig soziale Signale oder interpretieren sie falsch, es kommt zu Kommunikationsproblemen. Störungen in der Verhaltenssteuerung lassen diese Kinder zu Außenseitern werden. So können zu den primären, durch die Schädigung selbst verursachten emotionalen Störungen sekundäre Beeinträchtigungen hinzutreten. Die fraglose gesellschaftliche Verpflichtung, Kindern und Jugendlichen nach SHT trotz ihrer bestehenden Einschränkungen eine Lebensperspektive zu eröffnen und ihnen die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen zugänglich zu machen, läuft schlussendlich darauf hinaus, ihnen Bildung ebenso zugänglich zu machen wie gesunden Kindern und Jugendlichen. Auf welchem Wege diese Anforderung umgesetzt werden kann, wird in der aktuellen Auseinandersetzung um die Möglichkeiten der schulischen Inklusion diskutiert. Vorstellungen über die berufliche Integration von Jugendlichen sind noch zu sehr von Leitlinien der Erwachsenen-Rehabilitation geprägt, Jugendliche sind – auch wenn sie in der Berufsausbildung stehen – von der Anforderung her noch Schüler, Lernende, oder benötigen bei der Wiedereingliederung in betriebliche Strukturen eine fachliche Begleitung.

Bevor man in theoretische Diskussionen einsteigt, scheint es sinnvoll, konkrete Rahmenbedingungen zu definieren, die ein Kind mit »durchschnittlichen Folgen« eines SHT bei einer gelungenen schulischen Integration benötigt.«

In einer lebhaften Diskussion im Anschluss wurden gemeinsam mit den Teilnehmer/innen (An-)Forderungen an Schule erörtert, die erfüllt sein sollen – besser: müssen – um Schule bzw. Ausbildung für Kinder und Jugendliche mit einer Schädelhirnverletzung chancenreich zu gestalten, ihre Entwicklung positiv zu beeinflussen, vorhandene Ressourcen so zu nutzen, dass Teilhabe gelingen kann. Einig waren sich die Beteiligten darüber, dass systembedingt regional unterschiedliche Ausgangssituationen vorherrschen, dass das Schulsystem in Deutschland leistungsschwächeren Schülern i. d. R. nicht ausreichend förderliche Bedingungen bietet, dass jedoch allein der Ruf nach einer kompletten Systemänderung den betroffenen Kindern und Jugendlichen aktuell wenig bis nichts bringt. Es geht vielmehr darum, die vor Ort jeweils spezifischen Bedingungen anzunehmen, sie im Rahmen oft individueller Lösungen zu gestalten, anzupassen und aus diesen – vielfach bereits umgesetzten Konstellationen – weitere Hinweise für Verbesserungen innerhalb des Systems abzuleiten. An dieser Stelle wurde nochmals sehr deutlich postuliert, dass hierfür eine Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Beteiligten (Kind/Jugendlicher bzw. dessen Familie, Lehrer, Therapeuten etc.) unabdingbar ist. Wesentlich für Erfolge ist dabei Transparenz in den Aktionen sowie gleichermaßen steter Transfer in die tatsächliche/reale Lebenssituation. Bestätigt wurde an dieser Stelle auch, dass individuelle Lösungen i. d. R. dann besser gelingen, wenn über die reinen Sozialleistungsträger hinaus weitere Kostenträger beteiligt sind. Es sei hier keine »Systemschelte« ausgesprochen, aber bei Zuständigkeiten der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallkassen, Berufsgenossenschaften) oder privater (Kraftfahrt-)Haftpflichtversicherer sind komplexe Lösungen deutlich einfacher umzusetzen, schlicht deshalb, weil Kostenklärungen unkompliziert(er) erfolgen. Positiv wirkt sich an dieser Stelle die häufig gewährte Unterstützung durch einen Case-Manager aus, der Angebote und Informationen vernetzt und den Prozess steuernd unterstützt.

Zusammenfassend können folgende Rahmenbedingungen bzw. Anforderungen als konsentiert aus dem Workshop berichtet werden:

Kinder und Jugendliche nach SHT benötigen:

- unbürokratischen und zeitnahen Zugang zunächst zu stationären rehabilitativen Maßnahmen,
- eine umfassende neuropsychologische Diagnostik,
- eine darauf aufbauende Rehabilitationsbehandlung zur Entwicklung und Erprobung einer multiprofessionellen therapeutischen Strategie,
- eine ambulante Begleitung bei der Umsetzung einer multiprofessionellen Therapie im Rahmen einer ambulanten Behandlung am Heimatort.

Für die Schule/Ausbildungsbetrieb/Arbeitgeber selbst ist Voraussetzung: ein ausreichender Kenntnisstand des (Lehrer-)Kollegiums über:

- a) Motorische Einschränkungen,
- b) kognitive Einschränkungen
- c) und die zeitliche Entwicklungsperspektive solcher Einschränkungen (nicht vorübergehend)

- d) sowie die motivationalen Auswirkungen
- e) und die Auswirkungen auf das Verhalten.

Im Rahmen des Unterrichts/der Arbeitsanforderung:

1. Rücksichtnahme auf motorische Einschränkungen
 - a) zeitlicher Ausgleich bei schriftlichen Arbeiten, Klassenarbeiten etc. im Sinne eines Nachteilsausgleichs,
 - b) im Unterricht mit einer Ausstattung des Arbeitsplatzes mit PC/Laptop,
 - c) barrierefreie Zugänglichkeit aller Räumlichkeiten für rollstuhlabhängige Kinder.
2. Rücksichtnahme auf kognitive Einschränkungen wie
 - a) Aufmerksamkeitsstörungen, die bei Kindern nach SHT üblich und nicht mit einem ADHD zu verwechseln sind, die ein individuelles differenziertes Eingehen auf die differenzierte Symptomatik erfordern, die Hilfestellung ebenso notwendig machen wie die Vermeidung unangebrachter Kritik, die – falsch angesetzt – weitreichende motivationale Störungen hervorrufen oder begünstigen kann. Große Arbeitsgruppen sind per se Gift für die gezielte Informationsaufnahme. Anders als bei gesunden Kindern sollte das Lernumfeld eher spartanisch ausgestattet sein, da buntes Drumherum eher ablenkend als stimulierend im positiven Sinne wirkt.
 - b) Gedächtnisstörungen. Eine Vielzahl betroffener Kinder unterliegt Störungen des Arbeitsgedächtnisses oder der langfristigen Speicherung. Lernen neuer Inhalte gelingt nur durch wiederholende und doch abwechslungsreiche Darstellung von Sachverhalten, durch Einüben von Lernstrategien mit gezielter Aufarbeitung von Lernstoff.
 - c) exekutive Störungen. Betroffene Kinder benötigen eine Vermittlung von systematischen Strategien, ein übersichtliches, klares Regelwerk, nach dem sie lernen und sich verhalten können, eine eher direkte, nicht selten zunächst durchaus direktive Anleitung und Begleitung beim Lernen.

Als Voraussetzungen einer gelungenen Inklusion wurden abschließend folgende Punkte zusammengetragen:

- Unterscheidung zwischen zielgleichem und zieldifferentem Unterricht: SHT-Kinder und Jugendliche benötigen, trotz evtl. Befähigung für zielgleichen Unterricht, ein hohes Maß an individualisierter Unterstützung durch eine pädagogische Unterrichtsassistenz.
- Herausforderung individualisierter Unterricht: Es gilt, Lernbedürfnisse hirngeschädigter Kinder angemessen zu begleiten, im Lern- und Arbeitsverhalten und in der Unterrichtskommunikation.
- Es bedarf differenzierter Lernangebote, die unterschiedlichste Lernvoraussetzungen, Lernwege und Lerntempi berücksichtigen.
- Die Begleitung der Kinder in Form eines qualifizierten organisatorischen und therapeutischen Case-Managements ist wesentlicher Bestandteil eines Gesamtkonzepts, das individuelle Kontextfaktoren angemessen berücksichtigt.

- Über Schule hinaus gilt es, Fachwissen um eine qualifizierte Versorgung von Menschen mit einer erworbenen Hirnschädigung in die Ausbildung von Ärzten, Psychologen, Pädagogen und Sozialarbeitern zu implementieren.

Wir alle sind gefordert, ein besseres Verständnis um das Wesen einer Schädelhirnverletzung zu erlangen, um zu einer (positiv) veränderten Haltung gegenüber Menschen mit einem Schädelhirntrauma zu gelangen.