

Empirische Sonderpädagogik, 2015, Nr. 2, S. 135-152
ISSN 1869-4845 (Print) · ISSN 1869-4934 (Internet)

Herausforderungen der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirn-Trauma: Eine Qualitative Befragung von Schülern, Eltern und Lehrern zur Gestaltung des Übergangs von der Rehaklinik ins Regelschulsystem

Birgit Hennig & Britta Gebhard

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Zusammenfassung

Ein schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT) bedeutet ein nicht unerhebliches Risiko für die Wiederaufnahme der Schullaufbahn nach erfolgter stationärer Rehabilitation. Gelingensfaktoren und Barrieren für eine gelungene Rückkehr an eine Regelschule sind bisher wenig empirisch untersucht. Ziel der vorliegenden Studie ist die qualitative Analyse multiperspektivischer Sichtweisen von Eltern, Schülerinnen und Schülern und Lehrkräften bezüglich der schulischen Re-Integration nach einem SHT. Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung von 22 leitfadengestützten Interviews zeigen, dass ein langfristig zufriedenstellender Prozess in einem hohen Maße abhängig zu sein scheint von den institutionellen Möglichkeiten der Abstimmung von Unterstützungsmaßnahmen und des freiwilligen Engagements. Ein entscheidender Faktor ist die umfassende Aufklärung von Eltern und Lehrkräften zu den möglichen Folgen eines SHT für das schulische Lernen. Bleibende Einschränkungen in den Lernvoraussetzungen werden von den Lehrkräften häufig unterschätzt.

Schlüsselwörter: Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Regelschule, Transitionsprozess, qualitative Inhaltsanalyse, schulische Rehabilitation

Challenges in the return to school and successful reintegration after traumatic brain injury: a qualitative survey among students, parents and teachers about the process of transition from stationary rehabilitation back to schooling in the mainstream system

Abstract

A severe traumatic brain injury (TBI) is a significant risk for the successful return to mainstream school system after stationary rehabilitation. This process is lacking empirical research concerning supportive aspects and barriers. The present study aims to show a multi-perspective view (parents, students, teachers) about the circumstances of school return after TBI. 22 semi-structured interviews were analyzed by qualitative content analysis. The results indicate that a positive long-term outcome rather depends on possibilities of the individual support for the student. An accurate coordination of arrangements for support and a voluntary commitment of teachers and parents in particular were highlighted as key factors. Furthermore, a thorough explanation

and clarification about consequences of TBI for learning processes to teachers is pivotal. Permanent restrictions due TBI are often underestimated by teachers in mainstream system.

Keywords: Traumatic brain injury (TBI), mainstream system, transition, qualitative content analysis, rehabilitation in school

Schädel-Hirn-Trauma (SHT) als kritisches Lebensereignis im Kindes- und Jugendalter

Im Kindes- und Jugendalter zählt ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT) zu den häufigsten Ursachen einer erworbenen Hirnschädigung. Die Epidemiologie ist vielfältig (Rickels, Wild, Wenzlaff & Bock, 2006), im Schulalter dominieren insbesondere Verkehrsunfälle sowie Unfälle bei Sport und Spiel. Aktuelle statistische Hochrechnungen zeigen auf, dass im Jahr 2011 in Deutschland bei 197 527 verletzungsbedingten Krankenhausfällen von Kindern im Alter von 0-14 Jahren in insgesamt 102 968 Fällen Kopfverletzungen diagnostiziert wurden. Für den Altersbereich der 15-19 Jährigen werden bei 82 162 verletzungsbedingten Krankenhausaufenthalten 27 988 Kopfverletzungen registriert (Ellsäßer, 2014). Nach Holtmann (2008) wird ein SHT definiert als „jede Kopfverletzung, bei der es neben einer [möglichen] Verletzung des Schädels auch zu einer Hirnschädigung mit Funktionsstörungen des Gehirns kommt“ (S. 38). Die Klassifikation des Ausmaßes und der Prognose zum Zeitpunkt des Eintretens der Hirnschädigung erfolgt auf der Grundlage international standardisierter Skalen, wie z. B. der Glasgow-Coma-Scale (GCS) oder der erweiterten Form für Kinder (F-GCS). Dabei werden die Dauer der Bewusstlosigkeit und ausgewählte physiologische Parameter nach einem Punktesystem erfasst (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2007). Durchschnittlich 93-95% aller SHT im Kindes- und Jugendalter werden als sogenanntes „leichtes SHT“ diagnostiziert. Hingegen werden initial 4-5% als moderates und 1-2% als schweres SHT klassifiziert (Rickels et al., 2006).

Die medizinische und soziale Rehabilitation nach einem moderaten oder schweren Schädel-Hirn-Trauma kann sich zeitlich über Wochen, Monate oder Jahre erstrecken und ist nach Beendigung stationärer klinischer Maßnahmen nicht abgeschlossen. Entscheidend für die Langzeitprognose ist nicht nur die Klassifikation des initialen Schweregrades der Hirnschädigung, sondern vor allem das individuelle, neuropsychologische Profil im sogenannten „Outcome“ (Mealings & Douglas, 2012). Darunter wird die Bestimmung der im Rehabilitationsprozess wiedergewonnenen Leistungsfähigkeit unter Berücksichtigung der durch die Schädigung voraussichtlich bleibenden Funktionsbeeinträchtigungen verstanden (Catroppa & Anderson, 2011).

Ein markanter und im Hinblick auf Teilhabe und Partizipation zukunftsweisender Punkt im Rehabilitationsverlauf bei Kindern und Jugendlichen stellt die Wiederaufnahme der Schullaufbahn nach der stationären Phase der Rehabilitation dar. Gelingensfaktoren und Barrieren für eine gelungene Rückkehr an eine Regelschule sind bisher wenig empirisch untersucht und stehen im Fokus der vorliegenden Studie.

Die Auswirkungen eines SHT auf ein in der Entwicklung befindliches Gehirn und in dessen Folge auf das schulische Lernen sind vielfältig, individuell und komplex. Besonders häufig betroffen sind sogenannte „Schlüsselfunktionen“ des Lernens wie die Aufmerksamkeit, die Konzentration, das Gedächtnis, die Merkfähigkeit und oft auch eine Verlangsamung des Arbeitstempos (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2007; Catroppa & Anderson, 2011; Deppe, 2010; Gérard, Lipinski & Decker, 1996; Michel, 2003). Hinzu können in einem unterschiedlichen Ausmaß spezifische

neurologische Beeinträchtigungen auftreten. Insbesondere Barrieren der Kommunikation durch eine Aphasie und eine primär oder sekundär auftretende Verhaltensproblematik stellen Risikofaktoren für den weiteren Entwicklungsverlauf und die schulische Laufbahn dar (Deppe, 2010; Mealings & Douglas, 2010; Savage, DePompei, Tyler & Lash, 2005). Einschränkungen der sozialen Partizipation und gesellschaftlicher Teilhabe mit Auswirkungen weit über das Jugendalter hinaus können die Folge sein.

Bei Kindern und Jugendlichen geht es immer auch um die Wiedererlangung des ursprünglichen Potentials zur (Weiter-) Entwicklung und des Lernens. Diskrepanzen zum Lebensalter und Erschwernisse des Lernens als Folge des SHT zeigen sich unter Umständen erst Jahre später bei steigenden schulisch-kognitiven und sozial-affektiven Anforderungen („growing in the deficit“) (Benz, 2008; Benz & Ritz, 1993; Catroppa & Anderson, 2011; Deppe, 2010; Goebel, Fritsch & Mehdorn, 2007; Holtmann, 2008; Spranger, 2009). Langzeitfolgen für das schulische Lernen nach einem SHT werden häufig unterschätzt. Auch ein „leichtes“ SHT kann kontroll- und behandlungsbedürftige neuropsychologische Beeinträchtigungen, wie oben beschrieben, nach sich ziehen, die sich gravierend auf das Verhalten oder schulische Leistungen auswirken können (Catroppa & Anderson, 2011; Holtmann, 2008). Anfänglich versuchen betroffene Kinder und Jugendliche häufig die wahrgenommenen Defizite durch eine erhöhte Anstrengung zu kompensieren; langfristig können sich aus dieser Problematik sekundäre Lernstörungen entwickeln (Benz & Ritz, 1993; Schröder, 1993). Die Beeinträchtigungen sind für das Umfeld nicht immer klar erkennbar („hidden handicap“). Zuschreibungsprozesse für ein primäres oder sekundäres Leistungsversagen werden auch nicht immer mit dem eventuell schon länger zurückliegenden Ereignis und den neuropsychologischen Folgen einer Hirnschädigung in einen Zusammenhang gebracht (Benz, 2008; Berndt, 1999; Gérard et

al., 1996; Michel, 2003). Auf falschen Zuschreibungsprozessen basierende Stigmatisierungsprozesse und Fehlentscheidungen für Interventionsmaßnahmen führen nicht selten in einen „Teufelskreis“ von Lern- und Verhaltensstörungen, mit weitreichenden Folgen für die Schullaufbahn, die Persönlichkeitsentwicklung und die nachschulische Lebensplanung betroffener Kinder und Jugendlicher (Benz, 2008; Gérard et al., 1996; Schröder, 1993; Spranger, 2009). Typische Schulkarrieren nach SHT mit neuropsychologisch bedingten Teilleistungsschwächen sind im Regelschulsystem gekennzeichnet durch Klassenwiederholung, Schulwechsel mit wenig Kontinuität und ggf. dem Eingeständnis des Scheiterns einer gelungenen Re-Integration (Benz & Ritz, 1993; Schröder, 2009; Sharp, Bye, Llewellyn & Cusick, 2006). Dies bedingt neben dem Erfolg des Rehabilitationsverlaufs ein zusätzliches Risiko für die psychosoziale Entwicklung im Schulalter.

Theoretisches Rahmenmodell

Sharp et al. (2006) entwickelten ein Rahmenmodell für die Beschreibung des Prozesses der Rückschulung betroffener Kinder und Jugendlicher nach einem SHT. Sie identifizierten zwei kritische Phasen bei der schulischen Wiedereingliederung: die Organisation der Schulrückkehr („Organizing the school return“) und die Phase des Wieder-Ankommens in der (neuen) Schule („Being back at school“). Diese Unterscheidung ist auch nach Holtmann (2008) wichtig. Er konstatiert: „Als wenig hilfreich hat sich ein vorschneller Rückschluss von Alltagsanforderungen auf die Leistungsmöglichkeiten etwa in der Schule erwiesen. Neuropsychologische Entwicklungsstörungen im Sinne von Leistungsproblemen können auch dann auftreten, wenn die Bewältigung von Alltagsanforderungen scheinbar oder tatsächlich gelingt“ (S. 44). Nach Sharp et al. (2006) ist ein zirkuläres Modell von Diagnostik, Schulbelastungserprobung und erneuter regelmäßiger Überprüfung sinn-

voll und erforderlich. Auch Benz (2008) sowie Holtmann (2008) fordern eine langfristige begleitende neuropsychologische Begutachtung betroffener Kinder und Jugendlicher, da diese auf Grund der Besonderheiten eines SHT bis zum Abschluss ihrer Entwicklung „Risikopatienten“ seien.

In der vorliegenden Studie bildet das Modell nach Sharp et al. (2006) das theoretische Rahmenmodell für die Herleitung der Forschungsannahmen, die Konzeption des Interviewleitfadens sowie die Diskussion der Ergebnisse.

Aktueller Forschungsstand zur schulischen Re-Integration nach einem (schweren) SHT

Die wenigen auf Deutschland bezogenen Studien zum Prozess der schulischen Re-Integration nach Abschluss der stationären Rehabilitationsphase bei SHT beziehen sich vorrangig auf die Bereiche Outcome und Langzeitverläufe von Schülerinnen und Schülern mit SHT und tangieren schulische Belange nur peripher (Benz & Ritz, 1999; Kieslich et al., 2001, zitiert nach Holtmann 2008). Ritz (1993) dokumentierte in Zahlen die Schulentscheidungen nach Abschluss der stationären Phase. Ca. 2/3 der Befragten (N=641) kehrten an ihre Heimatschule zurück, mehr als die Hälfte davon in ihre alte Klasse. 21.8% wechselten die Schulform. Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der Veränderungen des Schulsystems in Zeiten der Inklusion vermutlich nicht übertragbar. Aktuelle Studien liegen derzeit nicht vor.

Berndt (1999) weist in einer der wenigen Ausführungen, die konkret die schulische Rehabilitation in den Blick nehmen, auf Schwierigkeiten des Übergangs hin. Er wirft vor allem der Sonderpädagogik Forschungsversäumnisse vor, denn sie habe z.B. im Bereich der Unterrichtsforschung bei spezifischen Problemen von Kindern mit einem SHT weder empirische noch methodische Arbeit geleistet. Berndt & Schröder (1999) machen auf der Grundlage ihrer

Erfahrungen des Weiteren darauf aufmerksam, dass beim Wechsel zwischen den Institutionen erhebliche Probleme bestehen: „Es gibt zwischen den verschiedenen Stationen eines Rehabilitationsverlaufes im Zusammenhang mit dem Wechsel der Institutionen eine „Schaltstellen“- Problematik. Die Schaltstellen sind störanfällig durch fehlende oder misslingende Kommunikation“ (S. 143).

Sharp et al. (2006) sowie Mealings & Douglas (2010) kritisieren den Mangel an empirischen Forschungsbelegen auch für den englischsprachigen Raum. Nur in wenigen Fällen wurden die Eltern oder die Schülerinnen und Schüler selbst nach ihren Erfahrungen bezüglich der Rückkehr in die Schule befragt (z.B. Backhouse & Rodger, 1999; Glang, Todis, Thomas, Hood, Bedell & Cockrell, 2008; Mealings & Douglas, 2010; Mealings, Douglas & Olver, 2012; Parkin, Maas & Rodger, 1996; Sharp et al., 2006). Empirische, qualitative Daten zur Einschätzung von Barrieren und Förderfaktoren im Prozess der Rückschulung aus der Sicht von Lehrkräften an Regel-, Förder- und Klinikschulen fehlen weitgehend.

Stadler (u.a. 1995) veröffentlichte aus fachdidaktischer Sicht der Körperbehindertpädagogik mehrere Artikel, die sich konkret mit den Anforderungen für Lehrkräfte bezüglich der Unterrichtung von Schülerinnen und Schülern nach erworbener Hirnschädigung auseinandersetzen. Er stellte heraus, dass es zwar keiner spezieller Didaktik für diese Zielgruppe bedarf, dass es für den Schulerfolg aber unabdingbar sei, dass Lehrkräfte Kenntnisse über die spezifischen Lernvoraussetzungen in der Unterrichtsplanung und -gestaltung berücksichtigen. International gibt es -basierend auf Literatur-Reviews und Expertenmeinungen- seit langer Zeit vielfältige didaktische Empfehlungen für die Beschulung von Schülerinnen und Schülern nach einem SHT. In diesen Publikationen werden darüber hinaus wichtige organisatorische und strukturelle Aspekte für den schulischen Erfolg benannt, die möglichst bereits im Vorfeld

der Rückschulung mit der aufnehmenden Schule geklärt werden sollten (z.B. DePompei & Blosser, 1987; Glang, Singer & Todis, 1997; Savage et al., 2005). Eine professionelle Begleitung und ein auf den Einzelfall abgestimmtes Maß von Unterstützungsmaßnahmen scheinen in der Retrospektive von Eltern und Schülerinnen und Schülern ein wichtiger Indikator für eine erfolgreiche schulische Re-Integration zu sein (Glang et al., 2008; Mealings & Douglas, 2010; Savage et al., 2005; Sharp et al., 2006). Glang et al. (2008) sowie Sharp et al. (2006) machen jedoch auf der Grundlage von Studienergebnissen darauf aufmerksam, dass das vorhandene Fachwissen nicht selbstverständlich die Praxis erreicht und Lehrkräfte der betroffenen Schülerinnen und Schüler nur selten gezielte und spezifische Fortbildungsmaßnahmen dazu erhalten.

Als Ergebnis eines Workshops von Expertinnen und Experten und Eltern erstellten Kubandt und Schröder (2009) eine Übersicht zu Förderfaktoren und Barrieren bei der schulischen Re-Integration nach SHT. Diese werden in Tabelle 1 zusammengefasst.

Fragestellung und Annahmen

Mit der qualitativen Interviewstudie soll die Frage beantwortet werden, welche Gelin-

gensfaktoren und Barrieren die schulische Re-Integration an einer Regelschule nach einem SHT im Kindes- und Jugendalter bedingen. Diese Bedingungen wurden multiperspektivisch aus Sicht der Lehrkräfte, der aufnehmenden Schule, der Eltern und der betroffenen Schülerinnen und Schüler erhoben. Die qualitative Untersuchung zielte darauf ab, möglichst umfassende und vielfältige Erfahrungen zu erfassen, da derzeit in Deutschland nur wenige empirische Daten dazu existieren. Der Studie liegen folgende Annahmen zu Grunde, die sich aus den oben ausgeführten theoretischen Grundlagen herleiten und begründen lassen:

1. Die Kommunikation zwischen den beteiligten Institutionen (hier Rehaklinik und Regelschule) erfolgt wenig organisiert und wird im aktuellen System als nicht ausreichend empfunden.
2. Die Eltern haben im Transitionsprozess eine Schlüsselrolle hinsichtlich der Informationsweitergabe, Aufklärung und Entscheidungsfindung zur schulischen Re-Integration.
3. Lehrkräfte an Regelschulen verfügen über wenig Fachwissen zu den Folgen eines SHT.

Die Studie wurde durch die Ethik-Kommission an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg begutachtet und befürwortet.

Tabelle 1: Förderfaktoren und Barrieren bei der schulischen Re-Integration nach SHT in Anlehnung an Kubandt und Schröder (2009) (in Anlehnung an Engelberts 2014)

Förderfaktoren	Barrieren
Vorbereitung des gesamten Umfeldes auf mögliche Schwierigkeiten	Fehlende ambulante Anlaufstellen für eine umfassende und einzelfallorientierte Beratung betroffener Familien
Zielgruppenspezifische Materialien und Informationen für Eltern, Fachleute und schulische Vertreter	Eltern stehen hinsichtlich der Schulentscheidung mit ihren Problemen häufig alleine da
Systematisierung der vorhandenen Hilfen und deren Ausbau	Verkürzung der stationären Aufenthalte, durch Veränderungen im Gesundheitssystem
Multiprofessionelles Beratungssystem und Einzelfallbetreuung	Fehlende Kostenübernahme für Stütz- und Förderunterricht durch die Versicherungen
Vernetzung auf institutioneller Ebene	

Methoden

Methodisch wurde ein qualitativer Zugangsweg gewählt. Im Mittelpunkt stehen das individuelle Erleben und die subjektiven Erfahrungen, die in der Übergangsphase aus der Rehaklinik in die Regelschule gesammelt wurden. Zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse der verschiedenen Personengruppen wurde eine leitfadengestützte Interviewform gewählt (Kruse, 2014) und nach dem SPSS-Prinzip (Helfferich, 2011) ein entsprechender Leitfaden konzipiert. Die Struktur und der Inhalt des Leitfadens sind an den inhaltlichen und chronologischen Aspekten des Transitionsprozesses von der Rehaklinik in die Regelschule sowie an dem Modell von Sharp et al. (2006) orientiert. Es wurden drei Varianten des Leitfadens entwickelt, welche an den jeweils spezifischen Erfahrungshintergrund der Zielgruppe (Lehrkräfte, Eltern, Schülerinnen und Schüler) anknüpfen. Ergänzend wurden die Entlassungsberichte aus der Rehaklinik sowie die darin enthaltenen Schulpfehlungen analysiert. Demographische Angaben wurden mittels Fragebogen erhoben.

Stichprobe

Ziel der vorliegenden Studie war die Erfassung einer größtmöglichen Heterogenität

von Gelingensfaktoren und Barrieren in der schulischen Re-Integration. Hierzu wurde eine bewusste Fallauswahl getroffen. In Zusammenarbeit mit einer Rehaklinik wurden 21 Familien mit einem Kind mit SHT beschrieben. Die Rehaklinik fungierte als „Gatekeeper“, um passende Interviewpersonen zu benennen (Kruse, 2014). Folgende Einschlusskriterien wurden vorab formuliert: Geburtsdatum nach 1995, Diagnose schweres SHT nach Kriterien der GCS, Zeitpunkt des traumatischen Erlebnisses nach dem 5. und vor dem 18. Lebensjahr, vor und nach dem traumatischen Ereignis kein diagnostizierter Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung, (vorläufige) Rückkehr in das Regelschulsystem. 12 Familien bekundeten im Rücklauf der Anfrage Interesse an einer Studienteilnahme. Hiervon wurden 8 Familien, die den o.g. Kriterien am umfassendsten entsprachen, durch die Projektleiterinnen ausgewählt. Tabelle 2 fasst die Grunddaten zu den Schülerinnen und Schülern zusammen.

In drei Fällen wurden beide Eltern gemeinsam interviewt (I1, I3; I6), fünf Interviews wurden nur mit der Mutter geführt. Die Eltern konnten über die Kontaktaufnahme mit der Lehrkraft entscheiden. In zwei Fällen (I3; I5), in denen sich die Rückschulung als eher problematisch erwies, gaben die Eltern keine Zustimmung. Ein Interview mit den Schülerinnen und Schülern im Alter

Tabelle 2: Demographische Angaben der Schülerinnen und Schüler

Nr.	Alter bei Unfall	Geschlecht	Unfallursache	Alter bei Interview	Anzahl (A.)/Dauer Reha-Aufenthalte
1	12 Jahre	w	V	14 Jahre	1 A.: 5 Monate
2	14 Jahre	m	F	17 Jahre	2 A.: 7 Monate/1,5 Monate
3	10 Jahre	m	V	14 Jahre	3 A.: jeweils 3 Monate
4	11 Jahre	m	V	14 Jahre	2 A.: 7,5 Monate/3 Monate
5	15 Jahre	m	V	19 Jahre	1 A.: 4 Monate
6	11 Jahre	m	V	17 Jahre	2 A.: 10 Monate/1 Monat
7	15 Jahre	w	V	20 Jahre	4 A.: 3 Monate/1 Monat/2x 3 Wochen
8	13 Jahre	w	R	20 Jahre	2 A.: 11 Monate/1 Monat

Anmerkungen. V = Verkehrsunfall, F = Fahrradunfall, R = Reitunfall; m = männlich, w = weiblich

zwischen 14 und 20 Jahren war nach vorheriger altersangemessener Aufklärung über die Zielsetzung der Studie in allen acht Familien möglich.

Die interviewten Regelschullehrerinnen (N=5) und Regelschullehrer (N=1) im Alter zwischen 33 und 60 Jahren verfügten zum Zeitpunkt der Aufnahme der Schülerinnen und Schüler mit SHT über Berufserfahrungen zwischen 4 bis 31 Jahren (MW 7 Jahre). Lediglich zwei der Lehrerinnen verfügten im Vorfeld über keine sonderpädagogische Erfahrung oder Fortbildung. Keine Lehrkraft hatte spezifische Vorerfahrung mit SHT.

Die Interviewlänge variierte je nach Zielgruppe zwischen 20-30 Minuten (Schülerinnen und Schüler, Abkürzung Transkripte S1-S8), 30-60 Minuten (Lehrkräfte, Abkürzung Transkripte L1-L6) sowie 60-120 Minuten (Eltern, Abkürzung Transkripte M1-M8 = Mütter, V1, 3, 8 = Väter). Die Interviews wurden von vier Master-Absolventinnen der Sonderpädagogik, nach in der Projektgruppe vereinbarten Richtlinien geführt, in einheitlicher Weise transkribiert und im Anschluss daran nach dem Vorgehen der qualitativen, inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) analysiert. Die Kodierung wurde computergestützt mit Hilfe des Programms MaxQDA (11) durchgeführt. Bereits im Arbeitsprozess wurden Abstimmungen und Revisionen des Kategoriensystems mit dem Ziel eines einheitlichen Kodiersystems vorgenommen. Dies war die Voraussetzung dafür, dass die Ergebnisse aller Interviews in einem abschließenden Analyseschritt durch eine Person zusammengeführt werden konnten. Die Zuordnung zu den Kategorien wurde dabei nochmals stichprobenartig überprüft und gegebenenfalls wurden einzelne Zuordnungen rekodiert sowie ausgewählte Kategorien differenziert oder erweitert. Neben dem Kategoriensystem in tabellarischer Form mit Ankerbeispielen wurden für die Darstellung möglicher Zusammenhänge zwischen Themenfeldern auf der Grundlage des ausgewerteten Interviewmaterials auch inhaltliche Mindmaps

erstellt und in der Fachgruppe bezüglich ihrer Relevanz diskutiert.

Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung orientiert sich am Phasenmodell von Sharp et al. (2006). Dabei wird, gemäß der eingangs geschilderten Forschungsfragen, ein spezieller Fokus auf die nach Sharp et al. (2006) unterschiedenen zwei kritischen Phasen der Transition gelegt. Eine besondere Aufmerksamkeit wird des Weiteren den Kommunikationswegen zum Informationsfluss und zur Aufklärung im Austauschprozess zwischen allen beteiligten Personen und Institutionen gewidmet.

Vorbereitung auf den Übergang aus der Klinik(Schule) in die Regelschule

Empfehlungen zur Schulwahl. Die Rehaklinik hatte allen Familien eine Empfehlung hinsichtlich der Schulwahl zur schulischen Re-Integration vorgeschlagen. Die Eltern berichteten, dass ihnen grundlegende Informationen zur schulischen Re-Integration sowohl von Ärzten als auch von Kliniklehrerinnen und -lehrern gegeben wurden (M1, V1 22-28; M3, V3 62-63, 68; M4 134; M5 19; M8 46-49).

Für sechs der acht Schülerinnen und Schüler wurde in den Entlassungsberichten der Rehaklinik die Rückkehr in die Heimatschule empfohlen, für vier von ihnen wurde die Wiederholung einer Klassenstufe nahegelegt. Bei zwei Schülerinnen und Schüler mit gymnasialer Empfehlung wurde ein Wechsel der Schulform (Realschule, Integrierte Gesamtschule) und dort eine Wiederholung des begonnenen Schuljahres vorgeschlagen. Die Rehabilitationsdauer bis zur Wiederaufnahme des Schulbesuchs lag zwischen einem Monat und elf Monaten mit einer durchschnittlichen Dauer von ca. fünf Monaten (vgl. Tabelle 2).

In allen Fällen wurde außerdem von Seiten der Klinik bereits im Entlassungsbericht

darauf hingewiesen, dass voraussichtlich zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen erforderlich sind. Zu diesen Empfehlungen zählten im Einzelnen die Inanspruchnahme allgemeiner schulischer Nachhilfe oder einer gezielten sonderpädagogischen Förderung, die Beantragung einer Schulasistenz und/oder eines Nachteilsausgleichs sowie in zwei Fällen eine neuropsychologische Förderung und psychotherapeutische Maßnahmen.

Aufklärung der Eltern über die Folgen eines SHT in Bezug auf Schule und Lernen. Allen interviewten Familien wurde neben dem allgemeinen ärztlichen Bericht zum Reha-Verlauf auch ein Entlassungsbericht aus der Klinikschule zur Verfügung gestellt. Dieser Bericht enthielt i.d.R. eine begründete Schulwahlempfehlung und es wurden in schriftlicher Kurzform Informationen über die aktuelle Lernsituation zum Zeitpunkt der Entlassung gegeben. Wenn es erforderlich war, wurde dezidiert auf möglicherweise bestehende neuropsychologische Funktionsdefizite hingewiesen. Von der Rehaklinik, und hier insbesondere von Seiten der Lehrkräfte wurde des Weiteren das Angebot unterbreitet, weiterhin Kontakt (telefonisch/E-Mail) zu halten, gerade auch dann, wenn Schwierigkeiten absehbar waren. Dieses Angebot wurde von fünf der acht interviewten Familien positiv erwähnt. Konkrete und weiterführende Informationen zu Fragen der Beschulung mussten die Eltern überwiegend selbst in Erfahrung bringen.

Umsetzung der Empfehlungen und Beurteilung der Aufklärung aus der Retrospektive der Familien. Nur bei drei der acht Schülerinnen und Schüler wurden die Schulempfehlungen der Entlassungsberichte wie geplant und mit Erfolg umgesetzt. In einem Fall widersprach die Schulleitung der empfohlenen Klassenwiederholung. Zwei Schülerinnen und Schüler wiederholten zwei Klassenstufen; eine Schülerin wechselte nach einem Jahr die Schule aus Gründen der Belastbarkeit und anfänglichen Misser-

folgen der sozialen Re-Integration; danach verbesserte sich die Situation. Zwei Schülerinnen und Schüler erreichten auf individuellen Wegen und mit zusätzlicher Förderung einen besseren Schulabschluss (Abitur) als die Erstempfehlung nach Abschluss der stationären Rehabilitation. Ein Schüler scheiterte nach relativ erfolgreicher Re-Integration im Primärbereich am Übergang in das weiterführende Schulsystem. Nach einem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und erneuter Konsultation der Rehaklinik erfolgte die Umschulung in eine Integrationsklasse der Hauptschule. In sechs von acht Fällen erfolgten zudem nach Abschluss der ersten stationären Rehabilitationsphase erneut ein bis drei Aufenthalte mit einer Dauer von ein bis drei Monaten zur Verlaufskontrolle und zur gezielten weiteren neuropsychologischen Diagnostik und Beratung (vgl. Tabelle 2).

Drei der interviewten Familien bemängelten rückblickend, dass sie in der Rehabilitationszeit über die Folgen des SHTs für das schulische Lernen nicht genügend aufgeklärt wurden (M2, 18-19; M7, 44-45, M1/V1). Bezogen auf die Entscheidung für die Schule gaben die Eltern 5 und 6 an, sich mit dieser allein gelassen gefühlt zu haben. Eltern organisierten sich notwendige Informationen eigeninitiativ, z.B. über die Hannelore Kohl Stiftung oder die Kinderneurologie-Hilfe e.V. (M7, 45; M8, 51).

In der Wahrnehmung der Eltern und der Schülerinnen und Schüler war die Notwendigkeit für eine intensive Auseinandersetzung mit der schulischen Re-Integration zum Zeitpunkt der Entlassung nur ein Teilaspekt im Gesamtprozess der Rückkehr in das vertraute häusliche Umfeld. Im Vordergrund standen der allgemeine Wunsch nach größtmöglicher Normalität und das Anknüpfen an die Zeit vor dem Unfall.

In mehreren Fällen wurde von den Schülerinnen und Schüler Angst in Bezug auf die bevorstehende Schulrückkehr geäußert (L1, 5; S3, 23; M4, 170; M7, 9). Ängste bezogen sich in der Retrospektive z.B. darauf, ausgelacht zu werden, die Anforderun-

gen nicht zu schaffen und auch auf die Frage, ob bei einem Klassen/Stufenwechsel neue Freunde gefunden und sie akzeptiert werden würden (L2, 5, 29; M1/V1, 3-4; M6/V6, 8; S3, 23). Die Schülerinnen und Schüler fühlten sich nicht immer gut auf die Rückkehr in die Regelschule vorbereitet: „Also im Grunde genommen kann man sagen, ich war richtig gar nicht vorbereitet“ (S2, 13). Meist wurde das Ausmaß des SHT in Bezug auf Lernen erst mit der Rückkehr in die Schule, konkret fassbar: „Weil man so da rein kommt und dann merkt man erst so richtig, dass man da ja doch seine Probleme hat“ (S2, 25).

Transitionsphase von der Klinikschule in das Regelschulsystem

Zeitraum des Übergangs zwischen Entlassung und Wiederaufnahme der Schullaufbahn. Die Hälfte der Eltern beschrieben die Zeitspanne zwischen Entlassung aus der Klinik und Wiederaufnahme des Schulbesuchs als sehr kurz. Teilweise betrug diese nur eine Woche (M2, 15; M3/V3, 4; M5, 3; M8, 13).

Kooperation und Zusammenarbeit mit der Schulleitung der aufnehmenden Schule. Die Schulleiter der aufnehmenden Schule nahmen in dieser Übergangsphase eine sehr entscheidende Rolle ein. Sie waren die Person, mit der bezüglich der Rückschulung als erstes Kontakt aufgenommen wurde und sie entschieden, ob bspw. eine Klassenwiederholung ermöglicht wurde. Ihnen oblag die Aufgabe, Informationen an die Lehrkräfte aus den entsprechenden Klassen weiter zu leiten und mit den Eltern einen guten Kontakt aufzubauen (L6, 77; L7, 125; S8, 82-84; M4, 323). In einem Fall wurde erwähnt, dass die Schulleitung der Empfehlung auf Klassenwiederholung nicht nachkommen wollte und auch eine Vermittlung an die Neuropädagogen der Rehaklinik für weitere Informationen abgelehnt hat. Die Bedeutsamkeit der Schulleitung umschrieb

eine Mutter folgendermaßen: „Es steht und fällt mit dem Schulleiter“ (M5, 3).

Aufklärung der aufnehmenden Schule und die Rolle der Lehrkräfte. In den vorliegenden Fällen wurde nach der Entscheidung zur Aufnahme der Schülerinnen und Schüler die zukünftige Klassenleitung von Seiten der Schulleitung darüber in Kenntnis gesetzt, dass eine Schülerin oder ein Schüler nach einem Unfall nun wieder beschult werden soll. Die Erstansprache der Lehrkräfte hatte vorrangig Informationscharakter. Dass ein SHT vorliegt und was das konkret bedeutet, wurde in der Regel zu diesem Zeitpunkt nicht erläutert (L1, 9, 17; L7, 19-22; L8, 12, 14). Eine Aufklärung über die Auswirkungen eines SHT auf das schulische Lernen und insbesondere eine Aufklärung über die individuelle Situation der betroffenen Schülerinnen und Schüler, erfolgte bei allen Lehrkräften vorrangig durch die Eltern des Kindes. Als eine weitere Informationsquelle wurden in zwei Fällen Neuropsychologen angegeben, die einzelne Lehrkräfte bzw. das gesamte Kollegium (L7, M3) aufgeklärt haben. Die Unterstützung bei dieser Aufgabe durch externe Fachpersonen wurde von einer Mutter als „effizienter“ angesehen, da sie als Elternteil immer stärker befangen sei (M7, 79).

Ergänzend zu der mündlichen Aufklärung wurden allen Lehrkräften, bis auf einen Fall, die Entlassungsberichte aus der Rehaklinik zur Verfügung gestellt. Die betreuenden Lehrkräfte erhielten diese Berichte entweder direkt durch die Schulleitung (soweit diese vorlagen) oder später von den Eltern. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Berichte aus Gründen des Datenschutzes nur nach Einwilligung der Eltern von der Klinik weitergegeben werden dürfen. Eine Lehrkraft berichtete über einen Ordner, in dem alle Informationen bzgl. des Falls aufbewahrt und an andere Lehrkräfte übergeben wurden (L2, 9); eine Mutter erstellte eine solche Mappe mit Informationen zum Nachteilsausgleich (M8, 115). Die Einschätzung der Nützlichkeit des Abschlussbe-

rechts variierte aus Sicht der Lehrkräfte. Eine Lehrperson gab an, sich lieber selbst ein Bild über die Fähigkeiten der Schülerinnen und Schüler machen zu wollen (L7, 84-90). Eine andere Lehrkraft resümierte, dass medizinisches Wissen notwendig sei, um dem Bericht verstehen zu können, was aber nicht unbedingt vorhanden wäre (L8, 64). Zusätzliche Informationsmaterialien zur allgemeinen Aufklärung über ein SHT wurden überwiegend durch die Eltern bereitgestellt. Im Falle eines älteren Schülers gab eine Lehrkraft an, sich Informationen und Aufklärung über das SHT beim Schüler selbst geholt zu haben (L7). Generell setzten die Eltern alle Lehrkräfte über die Möglichkeit einer direkten Kontaktaufnahme mit den Neuropädagoginnen und -pädagogen der Klinik in Kenntnis. Diese Möglichkeit wurde von den Lehrkräften jedoch nur in zwei Fällen genutzt (L6, L7). In einem der Fälle handelte es sich um ein telefonisches Beratungsgespräch als Entscheidungsgrundlage für die Aufnahme eines Schülers in die Klasse der zuständigen Lehrkraft (L6, 3).

Rolle der Eltern im Übergang Rehaklinik-Schule. Es muss allgemein beachtet werden, dass die Eltern aus einem hoch spezialisierten System einer Rehaklinik kommen, in dem sie unter Umständen Tag und Nacht mit ihrem Kind aufgenommen waren. Der Wechsel in den Alltag und ggfls. in eine neue Schulsituation stellt hohe Anforderungen an die Anpassungsleistung des gesamten Familiensystems. Eine Mutter beschreibt, dass sie erst wieder „loslassen“ lernen musste (M7, 45). Dies sei vor dem Hintergrund der Gesamtsituation kein einfacher Prozess gewesen.

Im Hinblick auf die schulische Re-Integration zeigen die Ergebnisse der Interviews, dass den Eltern eine wichtige Vermittler- und Aufklärungsrolle in Bezug auf die Schule zukam. Sie organisierten die konkrete Rückkehr an die (wieder-) aufnehmende Schule und informierten in erster Instanz über die Folgen des SHT's für schulische Lernprozesse (M8, 115; L1, 5, 9, 13;

L8, 12; M3/V3, 162; M5, 69; M8, 25, 93, 115). Von einer Mutter wurde die Notwendigkeit fachspezifischen Wissens beschrieben, um z.B. Fördermaßnahmen oder einen Nachteilsausgleich durchzusetzen: „Aber Wissen ist Macht. Man muss an alles denken, was kann ich tun“ (M7, 132). Viele Eltern beschrieben, dass sie die Rückkehr in die Schule sehr selbstständig organisieren mussten (M2, 3; M3/V3, 39; M4, 7; M5, 3; M6/V6, 10-12, M8, 17). Von zwei Familien wurde thematisiert, dass sie eine professionelle Koordination von dritter Stelle (Neuropsychologinnen und -psychologen, Kinderneurologie-Hilfe e.V.) als sehr hilfreich erlebt hatten. Neben praktischen Ratschlägen ermöglichte dies auch ein gemeinsames Abwägen mit den Fachpersonen und einen Rückhalt bei der Verantwortung von Entscheidungen. Von allen interviewten Personen wurde die Wichtigkeit der Gespräche zwischen Eltern und Lehrkraft betont. In diesen fanden Aufklärungsprozesse statt, wurde Fachwissen vermittelt und erfolgte eine Sensibilisierung der Lehrkräfte für die individuelle Situation der jeweiligen Schülerinnen und Schüler. Im Falle der Beantragung und Genehmigung von Unterstützungsmaßnahmen wurde von den Eltern ein hohes Maß an Eigeninitiative, Organisationstalent zur Informationsbeschaffung und Durchhaltevermögen vorausgesetzt und gefordert. Häufig fehlte an den Schulen eine Aufklärung zu grundlegenden Informationen und rechtlichen Rahmenbedingungen solcher Maßnahmen (M7, 103; L7, 170-175).

Ankommen und Verbleib in der Schule

Eltern berichteten aus ihrem Erleben über sehr unterschiedliche Einstellungen der Lehrkräfte bezüglich der Berücksichtigung individueller Lernbedürfnisse, Engagement und Ansprechbarkeit sowie Verständnis für die Situation (L8, 29; M5, 3; V4, 7). Zum Teil findet gerade in der Oberstufe durch Kurssysteme wenig Vernetzung statt, so

dass Informationen nicht weiter gegeben wurden (L7, 40). Für die Lehrkräfte war die Zeit zum Austausch mit Kolleginnen und Kollegen während des Schultages sehr begrenzt. Das Engagement einzelner Lehrkräfte verlegte sich in die Abendstunden (L2, 36). Zwei Lehrkräfte berichteten von dem Gefühl, auf sich alleine gestellt zu sein (L6, 82-84; L8, 32). Auf Grund der hohen Schülerzahl in den Klassen/Kursen blieb wenig Zeit, die individuellen Bedürfnisse des Kindes mit SHT in den Blick zu nehmen (L2, 42).

Von allen Eltern wurde berichtet, dass in jedem Fall in der ersten Phase der Schulrückkehr -unabhängig von der Schulstufe- sehr viel Engagement bei der Unterstützung von Hausaufgaben und bei der Begleitung von Lernprozessen notwendig wurde (z.B. M7, 114). Die Erfahrungen der Eltern und der Schülerinnen und Schüler verdeutlichen sehr eindrücklich, dass der Reha-Prozess nach Beendigung des stationären Aufenthaltes und mit der Wiederaufnahme der Schullaufbahn noch längst nicht abgeschlossen ist, sondern fortgesetzt wird und unter Umständen langfristig andauert. Nach einem konkreten Wunsch der Unterstützung in diesem Prozess befragt, antwortete eine Mutter: „Viel Zeit [...] Zeit, Zeit, Zeit. Geduld.“ (M6, 253)

Die Eltern standen auch nach Jahren des Abschlusses der Rehabilitation immer wieder vor der Frage, ob z.B. bei einem Wechsel in die weiterführende Schule oder in die Berufsausbildung „immer noch“ aufgeklärt werden muss? Ein Vater fragte sich: „Lohnt die Aufklärung nach so vielen Jahren nach dem SHT noch oder geht es primär darum einfach klar zu kommen?“ (M3/V3, 192). Mit zunehmendem Alter der Schülerinnen und Schüler sehen Eltern ihre Rolle als aktive Begleiter, Manager und Unterstützung im Reha-Prozess auch als Gratwanderung im Hinblick auf die gewünschte oder von den Jugendlichen eingeforderte Selbstständigkeit und das damit ggf. verbundene Konfliktpotential (z.B. M7, 54-57).

Förderfaktoren und Barrieren in der Gestaltung des Transitionsprozesses zur schulischen Re-Integration

Die Ergebnisse aller Personengruppen werden in Tabelle 3 nach Förderfaktoren und Barrieren zusammengefasst. Diese Gegenüberstellung verdeutlicht noch einmal bereits genannte sowie zusätzliche, aus den Mindmaps gefilterte, Aspekte auf einen Blick. Die Ergebnisse beziehen sich auf alle oben dargestellten Phasen des schulischen Re-Integrationsprozesses. Hierbei wird ein Schwerpunkt auf Faktoren des Systems gelegt, weil hier am ehesten Potentiale für Veränderungsprozesse und der Einflussnahme gesehen werden. Zusammenhänge zu personenbezogenen Faktoren des sogenannten Outcomes spielen in dieser Darstellung eine untergeordnete Rolle.

Diskussion

Die Analyse der multiperspektivischen Interviews ermöglicht einen guten Einblick in die unterschiedlichen Wahrnehmungen und subjektiven Erfahrungen der schulischen Re-Integration nach einem schweren SHT im Kindes- und Jugendalter. Übereinstimmungen zu den von Kubandt und Schröder (2009) zusammengefassten Förderfaktoren und Barrieren liegen in den Aspekten der Vorbereitung des Umfeldes, in einer multiprofessionellen und individualisierten Beratung, in der Notwendigkeit der Vernetzung sowie des subjektiven Gefühls der Eltern, in diesem schwierigen Transitionsprozess nach dem Zeitpunkt der Entlassung eher allein gelassen zu sein. An der Schnittstelle des Übergangs von der Klinik und der sich anschließenden Rehabilitationsphase zurück in das Schulsystem werden entscheidende Weichen für eine erfolgreiche schulische und soziale Re-Integration gestellt. Dieser Prozess erfordert eine hohe Aufmerksamkeit aller Beteiligten im System,

Tabelle 3: Förderfaktoren und Barrieren im Transitionsprozess in der schulischen Re-Integration nach einem SHT

Förderfaktoren	Barrieren
Vorbereitung auf den Übergang	
Verständliche (persönliche) Aufklärung über mögliche zukünftige Herausforderungen für schulische Lernsituationen noch in der Rehaklinik	z.T. fehlende Aufklärung der Eltern in der Rehaklinik über Folgen für schulisches Lernen, Abschlussberichte sehr medizinisch und für Laien eher unverständlich formuliert
Umfassende Thematisierung der Rückschulung in der Rehaklinik, Aufzeigen unterschiedlicher Möglichkeiten zukünftiger Beschulung	Informationen zur Schulentscheidung müssen selbst eingeholt werden und Entscheidungsfindung ohne Reflexionsmöglichkeit
Bestehendes Angebot, im Kontakt mit den Fachkräften der Rehaklinik zu bleiben	Fehlende Möglichkeit des Kontaktes nach Entlassung
Gestaltung des Transitionsprozesses	
Aufklärung und Vermittlung von Fachwissen	
Intensiver Austausch zwischen Eltern und Schülerinnen und Schüler und den Lehrpersonen/der Schulleitung, um über die individuelle Situation aufzuklären	Nur Informationen bzgl. der Wiederaufnahme des Schülers; wenig Aufklärung zu Folgen SHT, Fachwissen extern einholen, teilw. fehlende Vorinformationen zu Schülerinnen und Schülern
Kontakt und Aufklärungsmöglichkeit durch neuropsychologisch geschulte Fachpersonen	Wenig Kenntnis über Folgen des SHTs für Lernprozesse, fehlende Sensibilisierung für den Zusammenhang zwischen Leistung der Schülerinnen und Schüler und neuropsychologischer Problematik (mit ggfls. resultierenden Verhaltensauffälligkeiten)
Abschlussberichte durch Lehrkräfte gelesen	Abschlussberichte nicht zugänglich und/oder nicht gelesen
Mappen/Akten mit Informationen zu Schülerinnen und Schülern und Fachinformationen	Ausschließlich mündliche Informationsweitergabe
Regelschullehrkräfte haben sonderpädagogische Vorerfahrung	fehlende sonderpädagogische Vorerfahrungen und/oder Qualifikationen der Regelschullehrkräfte
Kooperation und Zusammenarbeit zwischen den Institutionen	
Unterstützung durch Schulleitung, Schulleitung als „Türöffner“	Mangelnde Kooperation von Seite der Schulleitung
Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit der Rehaklinik gut genutzt	Möglichkeit des Kontakts zur Rehaklinik wenig genutzt
Kooperation und Zusammenarbeit in der aufnehmenden Schule	
Sicherstellung der Informationsweitergabe bei Vorlage der Schweigepflichtentbindung der Eltern	Mangelnde Informationsweitergabe (z.B. Fachlehrersystem in der Oberstufe, fehlendes Einverständnis der Eltern)
Rückhalt und Zusammenarbeit im Kollegium	Lehrkräfte als „Alleinkämpfer“, Abhängigkeit vom persönlichen Engagement der Lehrkräfte
Konkrete Ansprechpartner für Eltern und Schülerinnen und Schüler in der Schule	Mangelndes Interesse und Unverständnis von (weiteren) Lehrkräften

Fortsetzung Tabelle 3

Förderfaktoren	Barrieren
Ankommen/Verbleib in der Schule	
Toleranz, Akzeptanz und Geduld für den Entwicklungsprozess, bei gleichzeitigem Bewusstsein und methodisch-didaktischer Nutzung von Strategien der Kompensation und Adaptation	Fehlendes Fachwissen bzgl. Komorbiditäten bei SHT, „Unsichtbarkeit“ eines SHTs und daher erschwertes Verständnis für veränderte Lernausgangslage, Leistungsorientierung und Orientierung an der (prä-traumatischen) Norm im Fokus
Bereitschaft der Lehrkräfte für individuelle und flexible Lösungen	Geringe Bereitschaft einzelfallbezogenen Lösungen zu entwickeln und mit zu tragen
Gewährung zeitlicher Ressourcen zum regelmäßigen Austausch mit Eltern und Kollegen während der Arbeitszeit	Fehlende Bereitstellung zeitlicher Ressourcen für kollegialen Austausch und den Austausch mit den Eltern
Weitere phasenübergreifende Aspekte	
Niedrigschwelligkeit der Re-Integration, Offenheit der aufnehmenden Schule	Zu große Klassen, starre Regelungen und Rahmenbedingungen
Hohes elterliches Engagement mit hoher Kommunikations- und Organisationskompetenz	Wenig elterliche Ressourcen und Strukturierung; Barrieren sprachlicher oder kultureller Art (Kommunikationskompetenz)
Systematische, fachlich hoch fundierte Unterstützung und Begleitung der Eltern	Unterstützungsleistungen alleinig abhängig vom Einsatz und dem Fachwissen der Eltern

um negative Folgen sekundärer Lernstörungen zu vermeiden.

Im Folgenden werden die drei eingangs formulierten theoretischen Annahmen aufgegriffen und diskutiert.

Bereits die Übersicht der demographischen Daten zu den unterschiedlichen Wegen und „Umwegen“ der Rückschulung verdeutlicht die Komplexität des Transitionsprozesses und die damit verbundenen Entwicklungsrisiken. Der Weg nach einem mehrmonatigen Rehabilitationsaufenthalt zurück ins Regelschulsystem ist i.d.R. kein geradliniger Weg. Nur in wenigen Fällen konnte die Schullaufbahn unmittelbar dort fortgesetzt werden, wo zuvor der für ein SHT typische „Bruch in der Biographie“ eingetreten war.

Im Hinblick auf die erste Phase des Modells nach Sharp et al. (2006) identifizierten Eltern, Schülerinnen und Schüler und Lehrkräfte der aufnehmenden Schule es im Rückblick als Barriere, dass die konkreten

Folgen und die individuellen Herausforderungen für das schulische Lernen zum Zeitpunkt der Entlassung trotz Einschätzungen und vorliegender Berichte aus der Klinikschule nicht genau vorhergesagt werden konnten. Dies ist einerseits dem typischen Prozesscharakter des Rehabilitationsprozesses nach einem SHT zuzuschreiben (Savage et al., 2005). Es ist jedoch auch davon auszugehen, dass Lehrkräfte und Eltern als „Laien“ im Vergleich zu den „Experten“ im stationären Rehabilitationssystem nicht über das Fachwissen verfügen, um die Komplexität und die Langfristigkeit individueller Folgen eines SHT realistisch einzuschätzen. In dem Gefälle der Fachkenntnis zwischen Rehaklinik und Regelschulsystem liegt vermutlich das bedeutendste Risiko für das Gelingen schulischer Re-Integration. Ein Mangel an strukturell verankerter umfassender Aufklärung und Beratung verstärkt diesen Eindruck: Obwohl Kontaktangebote der Klinik da sind, werden diese wenig genutzt. Trotz

des Angebots findet wenig bis kein Informationsfluss zwischen der Reha-Einrichtung und der aufnehmenden Schule statt. Hochspezialisiertes Fachwissen und methodisch-didaktische Empfehlungen laufen somit Gefahr, beim Übergang von der Rehaklinik ins Regelschulsystem und bei nachfolgenden Transitionen im Bildungssystem verloren zu gehen. Die Ergebnisse bestätigen die Studie von Glang et al. (2008) und die Annahmen von Berndt (1999) (Annahme 1).

Schriftliche Berichte der Klinik ohne weitere Erläuterungen der Inhalte, Zusammenhänge und der konkreten Konsequenzen für schulisches Handeln scheinen in den vorliegenden Fällen zur Aufklärung nicht ausreichend gewesen zu sein. In diesem Zusammenhang lassen sich vermutlich auch die Unsicherheiten der Eltern bzgl. der Schulwahl und das Gefühl des „Alleingelassenseins“ einordnen.

Schließlich ist festzuhalten, dass ein Vorhersagewert der Auswirkungen eines SHT auf die Schullaufbahn nicht ausschließlich auf der Grundlage der individuellen Voraussetzungen der Schülerinnen und Schüler getroffen werden kann, sondern immer auch abhängig ist vom gelungenen Zusammenspiel zwischen individuellen Faktoren und Umfeld. Zu diesem Umfeld gehören neben den Eltern auch die Lehrkräfte, die Mitschülerinnen und -schüler und das System Schule mit seinen vorgegebenen Rahmenbedingungen. Diese „Passung“ wird erst im Prozess der Wiedereingliederung ersichtlich und impliziert demzufolge eine Prozessbegleitung mit zirkulärem Charakter (Sharp et al., 2006).

Hervorzuheben ist für die vorliegende Studie, dass erstmals auch Erfahrungswissen und Sichtweisen von Lehrkräften im Regelschulsystem in den Blick genommen wurden. Es konnte die Annahme 3 bestätigt werden, dass neuropsychologisches Fachwissen und daraus abzuleitende Folgen für das schulische Lernen bei Regelschulkräften häufig fehlt. Einschränkungen in den nicht sichtbaren Basiskompetenzen des Lernens werden von Lehrkräften oft unterschätzt,

ebenso wie der Zeitaufwand und die erhöhte Anstrengung der Schülerinnen und Schüler, um mit dem geforderten Leistungsniveau mitzuhalten bzw. um wieder Anschluss an die frühere Leistungsfähigkeit zu finden (Backhouse & Rodger, 1999; Melings & Douglas, 2010; Savage et al., 2005; Sharp et al., 2006). Lehrkräfte sind angewiesen auf eine neuropädagogische und -didaktische Beratung, um zu erkennen wo Übung und Anstrengungsbereitschaft auf Grund des Ausmaßes der Hirnschädigung nicht ausreichen und somit langfristig eine Ausrichtung des Unterrichts auf Strategien der Kompensation und Adaption erforderlich ist (Catroppa & Anderson, 2011; van Cranenburgh, 2007).

Eine wichtige Erkenntnis dieser Studie ist, dass sich auch in den schulorganisatorischen Rahmenbedingungen Barrieren aufzeigen lassen. Diese können eine individuelle Abstimmung der Unterrichtsorganisation auf die spezifischen Lernvoraussetzungen eines Schülers mit SHT behindern. Hierzu zählen u.a. der Wegfall des Klassenlehrersystems in der Oberstufe (fehlende Ansprechpartner, Verlust von Informationen) (Sharp et al., 2006) sowie fehlende zeitliche Ressourcen für einen intensiven Austausch mit den Eltern, Kollegen und anderen Fachpersonen. Es ist festzuhalten, dass eine gelingende Re-Integration im deutschen Schulsystem derzeit sehr abhängig scheint vom freiwilligen Engagement einzelner Personen.

Strukturell vorgesehene umfangreiche Aufklärungen und Schulungen der Lehrkräfte, wie sie in internationalen Studien empfohlen werden, wurden in keinem der vorliegenden Fälle dieser Studie erwähnt. Ähnlich wie in der Studie von Glang et al. (2008) zeigten Lehrkräfte jedoch prinzipiell eine Offenheit gegenüber Beratungsangeboten und nehmen diese als hilfreich wahr, soweit diese von den Eltern mit der Unterstützung von Fachdiensten organisiert wurden.

Den Eltern wird generell eine tragende Rolle im Transitionsprozess und insbesondere in der Aufgabe der Verbindung und des Informationsflusses zwischen den Systeme-

men zugeschrieben. Eltern geraten so oftmals (wie auch in dieser Studie) in die Rolle des quasi-professionellen Anwaltes für ihr Kind und übernehmen auch die Aufklärung der Lehrkräfte (Sharp et al., 2006). Außerdem sind Eltern eines Kindes oder Jugendlichen mit SHT in außergewöhnlichem Maße als Lernprozessbegleiter in schulischen Belangen gefordert (Backhouse & Rodger, 1999) (Annahme 2).

In der Selbstverständlichkeit der Aufgabenorganisation und -verteilung wird wenig berücksichtigt, dass die Eltern nicht nur Experten für die Situation ihres Kindes und Unterstützer des Übergangs sind. Sie sind bei der Begleitung ihres Kindes durch die verschiedenen Phasen der Rehabilitation gleichzeitig auch selbst „Bewältiger“ eines Übergangs in ihrem eigenen biographischen Prozess. Eltern sind in dieser Doppelrolle auf mehreren Ebenen stark gefordert und evtl. auch überfordert. Eine professionelle Begleitung von Familien sollte diese Doppelrolle im Blick haben (Savage et al., 2005; Sharp et al., 2006). In dieser Studie nicht zu klären ist die Frage, wie eine professionelle Begleitung aussehen muss, wenn die Eltern nicht in der Lage sind, die geforderte hohe Kommunikationskompetenz in der Rolle als Vermittler und Organisator zu leisten. Internationale Studien verweisen auf einen engen Zusammenhang zwischen familiär-strukturellen und sozio-ökonomischen Ressourcen im Umfeld des Kindes und dem erwarteten „Outcome“ (Catroppa & Anderson, 2011). „Kompetente“ Eltern aus der vorliegenden Studie machten zudem die Erfahrung, dass sie in ihrer Expertise teilweise nicht anerkannt wurden, weil Lehrkräfte z.B. die Eltern zu sehr auf der Beziehungsebene mit ihrem Kind verwoben sehen. Internationale Studien bestätigen die Erfahrung, dass Hinweise von Eltern auf Zusammenhänge zwischen Leistungsverhalten und neuropsychologischen Ursachen unter Umständen weniger ernst genommen werden als von ausgewiesenen Fachpersonen (Backhouse & Rodger, 1999; Savage et al., 2005).

Mit den bekannten Risiken eines SHT im Entwicklungsprozess („growing in the deficit“) und dem auch in dieser Studie bestätigten Prozesscharakter der Rehabilitation ergibt sich eine Notwendigkeit und ein Handlungsauftrag für langfristig angelegte strukturelle Maßnahmen, nicht zuletzt auch zur Verbesserung der Nachhaltigkeit für potentiell bereits vorhandene Unterstützungsmaßnahmen. Der Inklusionsauftrag legt nahe, dass Lehrkräften eine professionelle Unterstützungsperson mit neuropsychologischen Fachkenntnissen zur Seite gestellt werden sollte, welche Beratungs- und Aufklärungsaufgaben übernimmt und eine begleitende langfristige neuropsychologische Prozessdiagnostik im Blick behält, nicht zuletzt auch aus dem Grund, um Eltern in ihrer Doppelrolle als Prozessbegleiter und Prozessbewältiger zu entlasten. Vorbilder für eine strukturelle Verankerung solcher Maßnahmen in einem inklusiven Schulsystem lassen sich im Ausland finden (mobiler Dienst für Schülerinnen und Schüler nach SHT in Norwegen; Aufklärungsbroschüren und Fortbildungsmodule für Lehrkräfte in Australien und den USA). In Ansätzen finden sich Initiativen und Vorbilder aber auch in Deutschland, z.B. Beratungsangebote der Kinderneurologie-Hilfe e.V., Nachsorgeprogramme für Kinder mit chronischen Erkrankungen nach dem Modell des Casemanagements, z.B. Bunter Kreis e.V., oder die Aufklärungsbroschüre der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2007).

Methodenkritisch muss neben der Exemplarität durch die kleine Fallzahl berücksichtigt werden, dass die Familien lediglich über eine Rehaklinik rekrutiert wurden. Dies lässt keine Generalisierung im Allgemeinen, auf andere Rehakliniken oder regional ggf. unterschiedliche Strukturen zu. Zudem wurde nicht die Sichtweise der Kliniklehrerinnen und -lehrer erfragt. In einem folgenden Forschungsprojekt wurde diese Perspektive in Form von Gruppeninterviews an verschiedenen Rehakliniken erhoben. Die Ergebnisse werden derzeit zur Publikation vorbereitet. Im Fokus der Dis-

kussion zur vorliegenden Studie standen zudem vorrangig die kontextbezogenen Faktoren. Subjektbezogene Faktoren, insbesondere im Zusammenhang mit dem Ausmaß der Schädigung und spezifische Störungsbildern müssen ebenfalls an anderer Stelle thematisiert und diskutiert werden. Internationale Studien betonen auch die Bedeutung sozial-emotionaler Aspekte bezüglich des Feedbacks durch die Peergroup für das Gelingen schulischer Re-Integration nach einem SHT und daraus folgende pädagogische Implikationen (Backhouse & Rodgers, 1999; Mealings & Douglas, 2010; Sharp et al., 2006). Übereinstimmende Ergebnisse der vorliegenden Studie dazu konnten im Rahmen dieses Artikels ebenfalls nur kurz angerissen werden.

Literaturverzeichnis

- Azsmans, R. (2013). *Gelingensfaktoren und Barrieren der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter – eine qualitative Fallanalyse*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Backhouse, M. & Rodger, S. (1999). The transition from school to employment for young people with acquired brain injury: parent and student perceptions. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 99-109.
- Benz, B. (2008). Neuropsychologische Versorgung von Kindern nach Schädelhirnverletzung (SHV): Bedarf und Realität. In A. Ebert, W. Fries & L. Ludwig (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Möglichkeit und Wirklichkeit 2008* (S. 122-130). Bad Honnef: Hippocampus.
- Benz, B. & Ritz, A. (1993). Neuropsychologische Rehabilitationsverläufe bei Kindern nach Schädelhirntraumen. In K.R.H. von Wild (Hrsg.), *Spektrum der Neurorehabilitation. Frührehabilitation. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen* (S. 228-233). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Benz, B. & Ritz, A. (1999). Langzeitoutcome nach Schädelhirntrauma (SHT) im Kindesalter. Neurologische Verläufe. In K.R.H. von Wild, V. Hömberg & A. Ritz (Hrsg.), *Das schädelhirnverletzte Kind - Motorische Rehabilitation - Qualitätsmanagement* (S. 120-125). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Berndt, W. (1999). Pädagogische Konzepte der Reintegration schädelhirnverletzter Kinder und Jugendlicher. In K.R.H. von Wild, V. Homberg & A. Ritz (Hrsg.), *Das schädelhirnverletzte Kind - Motorische Rehabilitation - Qualitätsmanagement* (S. 136-139). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Berndt, W. & Schröder, G. (1999). Spezifische Pädagogische Aspekte der schulischen und beruflichen Rehabilitation (Übersicht workshop). In K.R.H. von Wild, V. Homberg & A. Ritz (Hrsg.), *Das schädelhirnverletzte Kind - Motorische Rehabilitation - Qualitätsmanagement* (S. 142-144). München: W. Zuckschwerdt Verlag.
- Bundearbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BaR) (Hrsg.) (2007). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher*. Frankfurt am Main: BaR.
- Catroppa, C. & Anderson, V. A. (2011). Pediatric Traumatic Brain Injury (TBI): Overview. In M. R. Schoenberg & J. G. Scott (Hrsg.), *The Little Blackbook of Neuropsychology. A Syndrome-Based-Approach* (S. 765-785). New York: Springer-Verlag.
- Cranenburgh, B. van (2007). *Neurorehabilitation. Neuropsychologische Grundlagen, Lernprozesse, Behandlungsprinzipien*. München: Urban & Fischer.
- DePompei, R. & Blosser, J. (1987). Strategies for helping head-injured children return to school. *Language, Speech and Hearing Services at school*, 18, 292-300.
- Deppe, W. (2010). Neurorehabilitation im Kindes- und Jugendalter. In P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.), *Neurorehabilitation*.

- Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams (S. 583-613). Berlin: Springer-Verlag.
- Ellsäßer G. (2014). *Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen 2013. Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2011*. Fachbericht. Statistisches Bundesamt (Hrsg.). Wiesbaden
- Engelberts, M. (2014). *Vorgehensweise und Erfahrungen bei der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirntrauma: Eine qualitative Erhebung aus Sicht der KliniklehrerInnen*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Gérard, C., Lipinski, C. & Decker, W. (1996). *Schädel-Hirn-Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen. Chancen der Rehabilitation. Alltag in der Klinik und zu Hause. Verstehen, helfen, begleiten*. Stuttgart: Thieme.
- Glang, A., Singer, G. & Todis, B. (Eds.) (1997). *Students with acquired brain injury: The school's response*. Toronto: Paul Brooks.
- Glang, A., Todis, B., Thomas, C. W., Hood, D., Bedell, G. & Crockrell, J. (2008). Return to school following childhood TBI: Who gets services? *NeuroRehabilitation*, 23 (6), 477-486.
- Goebel, S., Fritsch, M. J. & Mehdorn, H. M. (2007). Folgen neurotraumatologischer Schädigungen im Kindesalter. In O. Jansen & U. Stephani (Hrsg.), *Fehlbildungen und frühkindliche Schädigungen des ZNS* (S. 197-209). Stuttgart: Thieme.
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten* (4., neu bearbeitete Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag.
- Holtmann, M. (2008). *Psychiatrische Syndrome nach Hirnfunktionsstörungen*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kubandt, M. & Schröder, G. (2009). Workshop III: Schulische Integration. In A. Ebert, W. Fries & L. Ludwig (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge nach Schädel-hirnverletzung. Teilhabe: Wege und Stolpersteine 2008*. Bad Honnef: Hippocampus.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Mayring, P (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., überarbeitete Aufl.). Basel: Beltz Verlag.
- Mealings, M. & Douglas, J. (2010). 'School's a big part of your life...': Adolescent perspectives of their participation following traumatic brain injury. *Brain Impairment*, 11 (1), 1-16.
- Mealings, M., Douglas, J. & Olver, J. (2012). Considering the student perspective in return to school after TBI: a literature review. *Brain Injury*, 26 (10), 1165-1176.
- Michel, M. (2003). Lernen mit einer Hirnverletzung – Warum Kinder scheitern können. *Fragile*, 2, 26-29.
- Mothes, K. (2013). *Gelingensfaktoren und Barrieren der schulischen Re-Integration nach Schädel-Hirn-Trauma im Kindes und Jugendalter - eine qualitative Interviewstudie*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Nee, I.-M. (2013). *Gelingensfaktoren und Barrieren der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter - Qualitative Erhebung aus Sicht der Eltern, Schüler und Lehrer*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Paulisch, J. (2013). *Gelingensfaktoren und Barrieren der schulischen Re-Integration nach einem Schädel-Hirntrauma im Kindes- und Jugendalter – Qualitative Erhebung aus der Perspektive von Lehrern, Eltern und Schülern*. Unveröffentlichte Masterarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg.
- Parkin, A., Maas, F. & Rodger, S. (1996). Factors contributing to successful return to school for students with acquired brain injury: parent perspectives. *Australian Occupational Therapy journal*, 43, 133-141.
- Rickels, E., Wild, K. R. H. von; Wenzlaff, P. & Bock, W. (2006). *Schädel-Hirn-Verletzung. Epidemiologie und Versorgung. Er-*

gebnisse einer prospektiven Studie. München: W. Zuckschwerdt Verlag.

Ritz, A. (1993). Neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach sekundär erworbenen Hirnschädigungen, insbesondere Schädelhirntraumen. In K. R. H. von Wild (Hrsg.), *Spektrum der Neurorehabilitation. Frührehabilitation. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen* (S. 208-217). München: W. Zuckschwerdt Verlag.

Savage, R., DePompei, R., Tyler, J. & Lash, M. (2005). Paediatric traumatic brain injury: A review of pertinent issues. *Pediatric Rehabilitation*, 8 (2), 92-103.

Schröder, G. (1993). Schulische Rehabilitation hirnverletzter Kinder und Jugendlicher. In K. R. H. von Wild (Hrsg.), *Spektrum der Neurorehabilitation. Frührehabilitation. Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen* (S. 256-259). München: W. Zuckschwerdt Verlag.

Schröder, G. (2009). Schulische Rehabilitation. In A. Ebert, W. Fries & L. Ludwig (Hrsg.), *Rehabilitation und Nachsorge nach Schädelhirnverletzung. Teilhabe: Wege und Stolpersteine* (S. 65-70). Bad Honnef: Hippocampus.

Sharp, N. L., Bye, R. A., Llewellyn, M. & Cusick, A. (2006). Fitting back in. Adolescents returning to school after severe acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 28 (12), 767-778.

Spranger, M. (2009). Neurologische Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen. *Prävention und Rehabilitation*, 21, 1-5.

Stadler, H. (1995). Zur Didaktik bei Lernstörungen als Folge eines Schädel-Hirn-Traumas. In H. Weigert (Hrsg.), *Lernförderung. Sonderpädagogische Impulse. Bd. 2: Menschen mit sonderpädagogischem Förderbedarf – Gezielte Hilfen* (S. 77-85). Köln: Dürr und Kessler.

Danksagung und Mitwirkung

Der Artikel basiert in Teilen des Forschungsstandes und der Auswertung auf den Masterarbeiten vier Studierender des Studiengangs Sonderpädagogik an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Die Einzelarbeiten sind im Literaturverzeichnis aufgeführt (Paulisch, 2013; Nee, 2013; Azsmans, 2013; Mothes, 2013). Ein besonderer Dank gilt auch allen an der Studie beteiligten Eltern, Schülerinnen und Schülern und Lehrkräften. Schließlich bedanken wir uns für die gute fachliche Beratung und Unterstützung bei Herrn OStR Gerhard Schröder vom Rehabilitationszentrum Friedehorst und bei Frau Gertrud Wietholt von der Kinderneurologie-Hilfe Münster e.V.

Dipl.-Päd. Birgit Hennig

Carl von Ossietzky Universität
Oldenburg

Fak. I / Institut für Sonder- und
Rehabilitationspädagogik

Pädagogik und Didaktik bei körperlichen
und motorischen Beeinträchtigungen

Ammerländer Heerstr. 114-118
26111 Oldenburg

birgit.hennig@uni-oldenburg.de

Erstmalig eingereicht: 14.01.2014

Überarbeitung eingereicht: 21.02.2015

Angenommen: 22.02.2015