

Symposium "Was tun gegen Schulverweigerung?" - Mittwoch, 23. Januar
2008 17:30 bis 17:50 Uhr

---→ **Folie 1 (Titel)**

Erfahrung mit der Diagnostik und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit schulverweigerndem Verhalten in einer ambulanten sozialpsychiatrischen Praxis

Sehr verehrte Damen und Herren, sehr geehrter Herr Prof. Hebebrand,

herzlichen Dank für die Einladung, einen Beitrag zu diesem Symposium zu leisten. Ich bin seit 14 Jahren in Essen in eigener Praxis niedergelassen als Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und ärztliche Psychotherapeutin.

Ich möchte Ihnen heute etwas über die Struktur der Schulverweigerer-Ambulanz in ihrer Vernetzung zwischen Klinik und Praxis erzählen sowie über unsere Erfahrungen mit den Patienten seit der Gründung im Herbst 2006.

→ **Folie 2 (Einleitung)**

Welchen Platz nimmt eine Praxis im Netzwerk der Schulverweigerer-Ambulanz ein, welche Funktionen, Aufgaben und Ressourcen stehen zur Verfügung ?

Beginnen wir mit dem Standort ----- Die Schulverweigererambulanz ist eine Verbundkonstruktion aus niedergelassenen Fachärzten und der Klinikambulanz. Aus praktischen Erwägungen heraus zentralisiert

angesiedelt in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Rheinischen Kliniken. Hintergrund war die gemeinsame Überlegung zu Beginn einer Behandlung eine interindividuell vergleichbare testpsychologische und klinische Untersuchung durchzuführen, um die Ergebnisse dann auch wissenschaftlich evaluieren zu können. Es gibt einen Flyer mit Telefonnummer und Netzwerkteilnehmern.

Es melden sich die Eltern direkt, deren Kinder nicht regelmäßig zur Schule gehen, auch kann eine Zuweisung über Haus- oder Kinderarzt oder Nachbehandlung nach einer Klinikphase erfolgen.

-> Folie 3 (Ausgangssituation)

Wir finden oft eine Situation vor, in der ein Kind oder Jugendlicher nicht zur Schule geht und die Eltern darum wissen, eine Situation, die in der Regel so lange andauert, wie ein Kinder- oder Hausarzt beispielsweise eine Krankheit attestiert.

Die andere Variante ist, dass ein Kind oder Jugendlicher die Schule schwänzt- diese Tatsache von der Schule vielleicht eine gewisse Zeit lang toleriert oder nicht bemerkt wird und die Eltern es nicht wissen.

Die dritte Möglichkeit ist, dass alle davon wissen und auf eine Veränderung warten, aber keiner eine Initiative ergreift oder rat – bzw. hilflos ist.

Immer brennt es irgendwann und es entsteht großer Druck.

Wenn die Praxis um Hilfe gebeten wird, ist in der Regel schon eine gewisse Zeit verstrichen. Auch wenn sich schon auf der Grundschule beispielsweise Anstrengungsvermeidungstendenzen, soziale Kontakt-

und Bindungsunsicherheiten abgezeichnet haben, eskaliert die Problematik des Kindes häufig erst mit dem Wechsel auf die weiterführende Schule oder spätestens ---→während der ersten Zeit dann dort. Jetzt ist geraume Zeit vergangen und der Handlungsspielraum aller Beteiligten erkennbar eingeengt. Wissend um dieses Dilemma ist es dann erforderlich, einen möglichst raschen Erstvorstellungstermin zu vergeben. Weitere Reibungsverluste und Kommunikationsstörungen sind ab jetzt zwingend zu vermeiden. Die Ressourcen der verschiedenen Einrichtungen müssen zielführend genutzt und der Familie vermittelt werden. Auch Patienten, Eltern und sonstigen Beteiligten muss eine klare Verantwortung, spätestens jetzt übertragen werden.

->Folie 4 (Aufgaben der Praxis)

Aufgabe der Praxis ist es, eine fachärztliche kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung vorzunehmen, eine Diagnose zu stellen, um – falls erforderlich- eine gezielte Behandlung einzuleiten. In überschaubarer Zeit muss klar werden, ob das Kind oder der Jugendliche wieder in der Lage und auch bereit ist, seinen normalen Schulalltag aufzunehmen oder ob das eher nicht wahrscheinlich ist. Dann müsste rasch eine tagesklinische oder stationäre Behandlungsphase angestrebt werden.

Aus diesen Gründen heraus, auf welche Herr Prof. Hebebrand in seinem Vortrag hinsichtlich aller psychosozialer und ökonomischer Konsequenzen eingegangen ist, wurde die Schulverweigerer-Ambulanz im Jahre 2006 gegründet. Hintergrund war AUCH die im Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 gewünschte Verbesserung einer sogenannten integrierten Versorgung, um die Wertschöpfung der

einzelnen Behandlungsfelder auch in der psychosozialen Arbeit zu verbessern. In Zusammenarbeit mit Prof. Jürgen Wasem vom Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen planten wir in zahlreichen gemeinsamen Gesprächen ein integratives Versorgungsmodell für die Stadt Essen. Leider gelang es bisher nicht in entsprechenden Verhandlungen weder die Ersatz- noch die sog. Primärkrankenkassen für Anerkennung und Finanzierung dieses Vernetzungsprojektes als sog. integriertes Versorgungsprojektes zu gewinnen. Die IV Projektidee ist übr. ein sog. Lieblingskind unserer Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmid. Grund der Ablehnung durch die Gesetzlichen Krankenkassen war die Begründung, dass die Verantwortlichen dort das akute soziale Problem der Schulverweigerung einschließlich der Organisation eines notwendigen medizinischen Backgrounds in den Kernbereich des Engagements von Jugendhilfe und Schulen verwiesen. Das Thema solle in **Kooperation mit der Stadt Essen auf die Agenda der kommunalen Gesundheitskonferenz** gesetzt werden.

---→ **Folie 5** (Überlegungen bei Gründung)

Dennoch entschlossen wir uns auf der Seite der fachärztlichen Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Verbundnetz zu gründen, welches wir **Schulverweigerer-Ambulanz** nannten. **Gründungskonzept** war - wie oben ausgeführt- , dass die Patienten zunächst in der zentralen Ambulanz, angesiedelt in den Rheinischen Kliniken, untersucht und dann entweder an die Praxen weiterverwiesen werden sollten oder vorgeschaltet- falls notwendig- eine Aufnahme in die Klinik als erster Schritt erfolgen sollte. Praktisch erwies sich dieses Modell nicht immer als umsetzbar, da die Patienten, wenn sie zuerst in die Praxis kamen, nur

schwer zu motivieren waren, sich nochmals in der Zentralambulanz zur Untersuchung vorzustellen.

Was ist nun **konkret** in diesem Jahr passiert?

Zwischen September 2006 und Herbst 2007 sind in meiner Praxis Dreißig -30- nicht die Schule besuchende Patienten behandelt worden. In Bezug auf die Gesamtzahl der im Laufe eines Jahres in der Praxis behandelten Patienten beträgt die Prozentzahl schätzungsweise 3%. Vom Alter her lagen sich diese Patienten überwiegend zwischen 10 und 17 Jahren.

---→ Folie 6 (Schulverweigerergruppe)

Nach dem Erstgespräch wurden die Patienten in der Praxis unmittelbar in eine einmal wöchentlich stattfindende Gruppe, die wir **Schulverweigerer-Gruppe** nennen, aufgenommen. Diese Gruppe ist altersgemischt und wird von Herrn Gökhan Kirsan, Pädagoge und Gruppenpsychotherapeut wechselnd mittwochs und samstags angeboten. Alle Patienten verpflichten sich, wie auch deren Eltern, während der gesamten Diagnostikphase mindestens bis zum Wiederbeginn regelmäßigen Schulbesuchs, an dieser Gruppe teilzunehmen. Wir haben dies in den letzten Monaten auch schriftlich mit den Patienten und Eltern vereinbart, auch um uns selbst eine diesbezügliche Struktur zu geben.

---→ Folie 7 (Untersuchung)

Die parallel stattfindende Untersuchung in der Praxis umfasst regelhaft eine ausführliche emotionale und kognitive Diagnostik, einschließlich des Erfassens evtl. Teilleistungsschwächen bzgl. schulischer Fertigkeiten

und Aufmerksamkeit, des Verstehens der innerfamiliären Dynamik und evtl. psychosozialer Risikofaktoren. Die diagnostische Phase wird durch einen Befundbesprechungstermin abgeschlossen,

--→ Folie 8 (Therapie)

-----→ in welchem die sich im Bedarfsfall anschließende Therapie festgelegt wird.

Damit verbunden ist in der Regel auch spätestens dann die Beendigung der Teilnahme an der Schulverweigerer-Gruppe und ggf. auch, spätestens dann, die Einleitung einer vollstationären oder tagesklinischen Behandlung oder Verstärkung einer notwendigen Maßnahme der Jugendhilfe, falls der Schulbesuch weiterhin noch nicht regelmäßig erfolgt.

-----→ Folie 9 (Ziele der Gruppe)

Die Dauer der Teilnahme an der Praxisgruppe für Schulverweigerer kann einmal sein, im Mittel drei Monate oder auch längere Zeit umfassen. Es hat sich gezeigt, dass die Angst die Gruppe zu besuchen bei den Patienten groß ist, insbesondere bei den Patienten, die bereits seit Monaten nicht mehr die Schule besuchten, deren Verhalten also chronifiziert ist. Besonders die schul-, also erwartungsängstlichen und – phobischen, also eher trennungsängstlichen Patienten versuchen um jeden Preis die Teilnahme an der Gruppe zu umgehen. Auch deren Eltern reagieren hilflos und sitzen noch im Wartebereich passiv neben ihren sich sträubenden Sprösslingen. Hier haben sich dann kurze angekündigte vorgeschaltete Einzelgespräche von z.T. nur wenigen Minuten bewährt, um Ängste ab- und eine aufkeimende Motivation aufzubauen.

Die meisten Kinder /Jugendlichen führen als Hauptgrund für die Verweigerung der Teilnahme an der Gruppe an, dass sie vor anderen nicht über ihre Probleme reden wollten, dies seien persönliche Dinge, die keinen etwas angingen. Oft hilft es dann den Patienten zu sagen, dass sie das auch nicht müssen und wir das nicht erwarteten. Die Schulschwänzer hingegen, deren Schulschwänzen eher in dissozialen Verhaltensauffälligkeiten seinen Grund findet, haben keine vergleichbaren Ängste. Deren Hauptauffälligkeit besteht vielmehr darin, dass sie auch an dieser Gruppe nur unregelmäßig teilnehmen, oft nur an einem oder zwei Terminen. Dieses Verhalten betrifft auch das unentschuldigte Versäumen paralleler festgelegter Untersuchungssitzungen .

-----→ Folie 10 (Zusammensetzung der Gruppe)

(Frei erzählen jetzt) Die Zusammensetzung der SV Gruppe in der altersgemischen Form hat sich für diese Phase der Behandlung als nicht nachteilig herausgestellt. Jedoch hat die altersgemischte Zusammensetzung aus Kindern und Jugendlichen auch nicht dazu beigetragen, dass die Älteren sich ihrer Vorbildfunktion bewusster geworden wären .Die Älteren haben allerdings mehr auf ihren mündlichen Ausdruck geachtet, unter Altersgleichen hätten sie sich sicher salopper ausgedrückt

Manchen Patienten wiederum tat es gut, dass die anderen Gruppenmitglieder ihnen ungeschminkt übertrieben dargestellte, sie am Schulbesuch hindernde Beschwerden als ebensolche spiegelten. Dies ist dann auch für den Therapeuten hilfreich, der durch solcher Art

Übertreibungen ebenso wie die Eltern in die Gefahr gerät eine unklare und ambivalente Anforderungshaltung einzunehmen.

In allen Altersgruppen werden häufig dieselben Gründe und Beschwerden als ursächlich für das Fernbleiben von der Schule genannt. Insgesamt scheint der Zugang zu den schulängstlichen und -phobischen Kindern – wenn die Beschwerden nicht mehrmonatig andauern- einfacher und erfolgversprechender zu sein.

Nur in wenigen Ausnahmefällen hat die Teilnahme an der SV Gruppe allein dazu beigetragen, dass die Patienten die Schule wieder regelmäßig besucht haben,

-> Folie 11 (Diagnosen)

Welche kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen wurden von uns diagnostiziert?

Gut zwei Drittel der untersuchten Patienten wurde unter der Diagnose "Hyperkinetische Störungen" und "Kombinierte emotionale und soziale Störung des Sozialverhaltens" erfasst. Zwölf der Patienten erhielten eine Z-Diagnose, das heißt, sie wiesen potentielle Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände auf. Alle anderen Diagnosen, die gestellt wurden, umfassten deutlich weniger Patienten.

-> Folie 12 (Ergebnisse)

Eine rasche Besserung und Wiedereingliederung in die Schule erreichten wir bei sechs der 30 Patienten. Eine verzögerte Verbesserung im Laufe der diagnostischen und anschließenden Therapiephase in weniger als drei Monaten erreichten wir bei ebenfalls sechs Patienten.

Bei diesen Patienten war keine stationäre Behandlung erforderlich. Vier Patienten wurden von der Praxis in eine stationäre Behandlung verwiesen, zwei davon zeigten auch nach stattgefundenener stationärer Behandlung einen ungünstigen und chronifizierten Verlauf. Ein unklarer Verlauf, das heißt, frühe oder spätere Abbrüche, Nichtaufnahmen einer ausgesprochenen Therapieempfehlung war bei knapp der Hälfte der bei uns zumindest einmal vorstelligen Patienten festzustellen.

---→ **Folie 13 (Praxisfotos)**

Die Patienten mit phobischen Störungen, das heißt unter Trennungsängsten leidend, waren in der Minderheit und am raschesten wieder einzugliedern, wenn noch nicht chronifiziert. Die schulängstlichen Patienten zeigten in der Regel doch schon weit zurückreichendere Defizite, auch in die Grundschulzeit und waren im Behandlungsablauf zäher und schlechter zu integrieren. Kamen zusätzlich familiendynamische Aspekte im Sinne einer Parentifizierung der Kinder bei bestehenden Elternkonflikten dazu, waren die therapeutischen Chancen noch schlechter. Eine besondere Herausforderung stellte es für die Praxismitarbeiter immer wieder dar, alle diese Patienten im Praxisalltag bei Terminunregelmäßigkeiten nicht aus dem Blickfeld zu verlieren und eine äußere Führungsstruktur für die Familie aufrecht zu erhalten auch im Sinne einer Aufsichtsfunktion.

Ich fasse unsere Ergebnisse wie folgt zusammen:

Durch die Gründung der Schulverweigerer-Ambulanz ist das Problem in seinem Ausmaß auch für uns in der niedergelassenen Praxis nochmals deutlicher geworden. Man könnte sagen wir haben uns dem Problem klarer gestellt.

Wir konnten hoffentlich zwischen Ambulanz, Klinik, Schule, Jugendamt und Gesundheitsamt manche Reibungsverluste und Kommunikationsstörungen verringern. Die Verantwortungsübernahme durch die Patienten und Eltern selbst ist bei diesem Störungsbild in der Regel eher schwach. Verantwortung wird auf die Institutionen delegiert und jede Institution kommt wegen der Komplexität und der Widerstände an ihre Grenzen. Konkret haben wir in regelmäßigen Ergebnisgesprächen, zuletzt im Sommer 2007, auch mit Schulrätin und Richtern, über die komplexe Problematik gesprochen. Schwierig wird es zum Beispiel für uns niedergelassene Ärzte, wenn auch die Eltern eine empfohlene Behandlung trotz weiterhin nicht erfolgenden Schulbesuches ablehnen, bei der Frage, ob wir unsere ärztliche Schweigepflicht durchbrechen dürfen, um beispielsweise eine stationär-klinische Unterbringung zu veranlassen.

---→ **Folie 14** (Schlussfolgerungen)

Wir müssen für diese Risikogruppe ein erhöhtes und rasch chronifizierendes psychoemotionales und psychosoziales Risiko feststellen .

Die Reduktion auf ein ausschließlich psychiatrisches Problem ist nicht ausreichend und wirkt als Bremse.

Es muss für jedes dieser Kinder oder Jugendlichen ein individuelles Fallmanagement geben unter Einschluss von rasch einsetzender aufsuchender Familienhilfe, vielleicht Koordination durch den

Allgemeinen Sozialen Dienst, Aktivität der Schule, Schulamt, fachärztlicher Praxis und ggf. Klinik

Das ist das, was Prof. Hebebrand mit dem Begriff "Task-Force" bezeichnet.

Ohne eine solche Struktur wird es uns vermutlich zunehmend weniger gelingen solche Entwicklungen aufzuhalten.

---→ **Folie 15(Dank)**