

Hiller-Ketterer, Ingeborg; Schroeder, Joachim

## **Lektionen über das Leben. Zum Umgang mit Krankheit und Tod in der Schule**

*Die Deutsche Schule 89 (1997) 2, S. 203-215*



Quellenangabe/ Reference:

Hiller-Ketterer, Ingeborg; Schroeder, Joachim: Lektionen über das Leben. Zum Umgang mit Krankheit und Tod in der Schule - In: Die Deutsche Schule 89 (1997) 2, S. 203-215 - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-310078 - DOI: 10.25656/01:31007

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-310078>

<https://doi.org/10.25656/01:31007>

### **Nutzungsbedingungen**

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Terms of use**

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

### **Kontakt / Contact:**

**peDOCS**  
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation  
Informationszentrum (IZ) Bildung  
E-Mail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)  
Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

Digitalisiert

Mitglied der

  
Leibniz-Gemeinschaft

---

# Die Deutsche Schule

Zeitschrift für Erziehungswissenschaft,  
Bildungspolitik und pädagogische Praxis

89. Jahrgang 1997 / Heft 2

---

## **Offensive Pädagogik:**

Hans-Georg Herrlitz

### **Vergangenheitsbewältigungen**

134

*Die Frage, wie eine politisch engagierte und zugleich wissenschaftlich seriöse Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus beschaffen sein soll, ist in der Pädagogik nach wie vor umstritten – so auch in der Redaktion dieser Zeitschrift. Man möge daher diesen Beitrag lesen und diskutieren als das, was er ist: eine ganz persönliche Meinungsäußerung.*

Barbara Siemsen

137

### **„In der Entscheidung gibt es keine Umwege“**

Zwei Pädagogen reagieren auf ihre Amtsenthebung 1933: Erich Weniger und Adolf Reichwein

Klaus Mollenhauer

158

### **Legenden und Gegenlegenden**

Ein kritischer Kommentar zum Beitrag von Barbara Siemsen

Barbara Siemsen

160

### **Entgegnung**

*Wie geht die deutsche Erziehungswissenschaft mit jener Zeit um, in der Pädagoginnen und Pädagogen mit politischen Verhältnissen konfrontiert waren, zu denen – im Rückblick – eigentlich nur eine totale Distanz hätte möglich sein sollen? Am Beispiel zweier namhafter Persönlichkeiten wird hier anschaulich nachzuzeichnen versucht, wie unterschiedlich auf die Bedrohung der beruflichen Tätigkeit reagiert wurde. – An der Kontroverse, die dieses Manuskript in der Schriftleitung ausgelöst hat, wird deutlich, wie schwierig es ist, solche Fragen methodisch einwandfrei zu bearbeiten und den Bericht sprachlich so zu fassen, daß er die unvermeidliche (auch moralische) Betroffenheit zum Ausdruck bringen kann und gleichwohl eine angemessene Klärung eröffnet. – Die Schriftleitung bittet Leserinnen und Leser, die sich durch diese Texte herausgefordert fühlen, ihre Meinungen mitzuteilen.*

**Lernziele erreichen und selbständig arbeiten**

Ein Kommentar zum Beitrag von Gustav Fölsch über „Kompetenz“ und „Autonomie“

*In Heft 4/96 hatte Gustav Fölsch mit Hinweisen auf seine Erfahrungen in der Praxis die Schwierigkeit diskutiert, „Kompetenz“ und „Autonomie“ zugleich zu verwirklichen. In diesem Beitrag wird dafür plädiert, das Problem begrifflich bescheidener und damit bearbeitbar anzugehen. Im täglichen Lehren und Lernen lassen sich viele konkrete Möglichkeiten aufweisen, wie die gewünschten Prozesse unterstützt werden können.*

**Ausflüchte lösen die Probleme nicht!**

Eine Entgegnung zum Beitrag von Jochen Pabst

*Der Autor des von Pabst kommentierten Beitrags findet sich in dessen Äußerungen nicht angemessen verstanden und beharrt darauf, daß als eine wesentliche Voraussetzung für Autonomie Wissen und Können zu fördern sind.*

**Öffnung der Schule und Forschung im Prozeß**

Ein Projekt der Schulbegleitforschung an Bremer Schulen

*Im Laufe der Zeit haben Schulen immer wieder ihre Gestalt, ihre pädagogischen Ziele und besonderen Arbeitsweisen verändert. Neu ist aber, daß Kolleginnen und Kollegen – unter dem Auftrag und Anspruch von Autonomie – in zunehmendem Maße selbst nach Wegen suchen, die ihnen notwendig und sinnvoll erscheinen. Die Öffnung der Schule zum Stadtteil ist ein solcher Weg. Aus der Frage, ob die Schule damit auf dem richtigen Weg ist, stellen sich neue Aufgaben für die begleitende Forschung: Wenn sie sich als Schulentwicklungsforschung versteht, sind die Innovierenden zugleich die Forschenden.*

**Die Zukunft entwerfen**

Lebensplanung als Thema schulischer Bildungsprozesse

*Welche Angebote kann Schule ihren SchülerInnen machen, wenn diese sich am Ende ihrer Pflicht-Schulzeit mit dem Wechsel in eine Berufsausbildung oder eine berufsbildende bzw. allgemeinbildende Schule auseinandersetzen? – Dieser Bericht beruht auf Aufsätzen zum Thema „Mein Leben in 20 Jahren“ sowie mündlichen Äußerungen von SchülerInnen, er beschreibt einzelne Unterrichtsbausteine und die Entwicklung eines Curriculums, das die Berufsfindung in die Auseinandersetzung mit einer umfassenden Lebensplanung einbettet. Dabei wird das Verständnis von Schule und Unterricht neu zu bestimmen versucht.*

**Lektionen über das Leben**

Zum Umgang mit Krankheit und Tod in der Schule

*Wenn Kinder und Jugendliche lebensbedrohlich erkranken, dann sind ihre Lehrerinnen und Lehrer in besonderer Weise herausgefordert. Sie müssen den Betroffenen Hilfen anbieten, die den Fortgang des Lernens möglich machen. Zudem können und sollten solche Krankheiten auch für die nicht unmittelbar Betroffenen zum Anlaß werden, sich über das eigene Verhältnis zu Krankheit und Tod klar zu werden. In diesem Sinne wäre eine „Krankenpädagogik“ nicht nur als sonder- und heil-*

*pädagogische Arbeit mit Kranken, sondern auch als allgemeines schulpädagogisches Bildungsprogramm zu verstehen.*

Horst Dichanz

216

### **Gewalt an den Schulen in USA**

*An den Schulen in den USA ist Gewalt ebenso Thema wie in Deutschland. Die Öffentlichkeit reagiert ebenso betroffen wie die Eltern, Lehrende und ErzieherInnen. Aber es ist nicht so einfach, einfach zuverlässiges Bild der Verhältnisse zu gewinnen: Es ist unklar, was eigentlich unter „Gewalt“ verstanden werden soll. Zudem sind die (sozialen und politischen) Verhältnisse in den USA und Deutschland nicht einfach vergleichbar. Der Autor berichtet über Informationsquellen verschiedener Art (politische Reports, Statistiken, Forschungsprojekte) und deren Bewertung. Er stellt diese in den historischen und sozialen Kontext und interpretiert sie auf dem Hintergrund des spezifischen amerikanischen Bedürfnisses nach Sicherheit.*

Peter Krauss

231

### **Belastung und Arbeitszeit**

#### **Verfahren zur Bemessung der Lehrerarbeitszeit in Österreich**

*In der Diskussion um die Arbeitszeit wird hierzulande in der Regel davon ausgegangen, daß Lehrerinnen und Lehrer, die eine „Stunde“ Unterricht erteilen, dadurch in gleicher Weise belastet sind. In unserem Nachbarland wird dies seit einiger Zeit nicht so gesehen. Das dort übliche Verfahren soll mehr Arbeitszeitgerechtigkeit herstellen. Ob dies ein Vorbild für Arbeitszeitregelungen in anderen Ländern sein könnte, sollte zumindest eine Diskussion wert sein.*

### **Neuerscheinungen:**

- Karl-Ernst Jeismann: Das preußische Gymnasium in Staat und Gesellschaft. (HGH)
- Elke Kleinau und Claudia Opitz (Hg.): Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung. (Dietrich)
- Roland Reichwein (Hg.): Ein Pädagoge im Widerstand. (Köpke)
- Gert Geißler und Ulrich Wiegmann: Pädagogik und Herrschaft in der DDR. (Neuner)
- Hartmut von Hentig: Bildung. (JöS)
- Hans-Günter Rolff u.a. (Hg.): Jahrbuch der Schulentwicklung. Band 9. (JöS)
- Helmut Fend: Die Entdeckung des Selbst und die Verarbeitung der Pubertät. (B.G.)
- Joachim Schroeder u.a.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ (B.G.)
- Eva Bamberg: Wenn ich ein Junge wär' ... (Lemmermöhle)
- Fritz Bohnsack und Stefan Leber (Hg.): Sozial-Erziehung im Sozial-Verfall. (Müller)
- Yaakov Lieberman und Yuval Dror: Curricula in der Schule: Israel. (Konrad)
- Peter Graf und Fritz Loser (Hg.): Zweisprachige Schulen. (JöS)

---

## **„Die Deutsche Schule“ (Schools in Germany)**

### **Content of Volume 89, 1997, Nr. 2**

---

- Offensive Pedagogy:** 134  
**Hans-Georg Herrlitz**  
**The mastering of the past**  
*The question how to deal politically engaged and methodically correct at the same time with persons who have been active during the period of national-socialisms in Germany is still controversial in the scientific community – also in the editors staff of this journal. Therefore, this contribution to “offensive pedagogy” should be read and discussed as what it is thought to be: a very personal opinion.*
- Barbara Siemsen** 137  
**„In der Entscheidung gibt es keine Umwege“**  
**(When making a decision there are no detours)**  
Two pedagogues react upon their dismissal in 1933: Erich Weniger and Adolf Reichwein
- Klaus Mollenhauer** 158  
**Legends and counterlegends**  
A critical comment on the contribution of Barbara Siemsen
- Barbara Siemsen** 160  
**Reply**  
*How does the German educational science treat the period during which pedagogues were faced with political circumstances to which – looking backward – absolute distance should have been taken for granted? Regarding the example of two well-known personages it is demonstrated how different people reacted on the threat of their vocational situation in 1933. – The manuscript of Barbara Siemsen has provoked a controversial discussion in the editors staff. This makes clear how difficult it is to work out such questions methodical correct without misunderstandings and nevertheless bringing out moral concerns. – All readers of these articles who are feeling provoked by these contributions are invited to write their opinions to the staff.*
- Jochen Pabst** 163  
**Achieving objectives and working independently**  
A comment to the contribution of Gustav Fölsch on “competence” and “autonomy”  
*With references to his own practical experiences, in number 4/96 of this journal Gustav Fölsch had discussed the difficulty to realize the aims of “competence” and “autonomy” simultaneously. In this contribution it is pleaded to work out the problem in a more modest way so that it can be treated with more success. As to daily teaching and learning there are more real possibilities as to how the aimed processes can be supported.*
- Gustav Fölsch** 168  
**Prevaricating does not solve problems!**  
A reply to the contribution of Jochen Pabst  
*The author of the article being commented by Pabst feels himself understood in a deficit manner and he persists on his opinion that an adequate furtherance of autonomy is only possible by achievement in knowledge and performance.*

**Opening of Schools and Research in Process**

A Project of research in connection with school-development at Schools in Bremen

*Schools have always changed their organisation, their educational objectives and their particular way of teaching. But at present the teaching staff is looking for sensible and necessary innovation by itself. One way to do so can be the opening of schools to their neighbourhood. This rises the question how teachers can realise to be on the right way? This makes necessary a new kind of evaluative research, in which teachers are innovating and doing research at the same time.*

Christoph Heuser und Annelie Wachendorff

183

**Making plans for the future**

Designing the own life as a part of the educational process

*At the end of their compulsory schooling pupils have to come to terms with the anxiety and expectations caused by the forthcoming change from school to vocational training or higher secondary education. This essay deals with the learning opportunities a school can offer pupils in this situation. It is based on compositions about "My life in twenty years" as well as on oral statements of pupils. It describes some lesson modules and the development of a curriculum which aims at integrating the process of choosing a profession into a more comprehensive planning for life. This demands a new understanding on the relationship between school and teaching.*

Ingeborg Hiller-Ketterer and Joachim Schroeder

203

**Lectures on Life**

Dealing with illness and death in school

*When children and juveniles fall dangerously ill then their teachers are challenged particularly. They have to offer help to those concerned in such a way as to ensure the continuation of learning. Moreover, such illnesses can and should be the cause for those not personally affected to clarify their own attitude towards illness and death. In this sense a pedagogy dealing with sickness could be understood not only as a part of special education but as a general school pedagogical education program.*

Horst Dichanz

216

**Violence at schools in USA**

*Violence is in American schools as well known as in German schools. The American public, educators, teachers and parents are much concerned about violence, probably more than Germans are. But it is hard to get a true picture about the occurrence of violence in American schools. First the indicators about what is seen as violence are not clear, second there are social differences between the American and the German society in terms of violence. The author reports from different resources – public reports, official statistics, research projects – and their interpretation. He tries to put these data into their historic and social frame and gives some interpretation of how violence is regarded by Americans and how it relates to the requirement of safety in the American society.*

Peter Krauss

231

**Working load and working time**

Procedures of valuating working time of teachers in Austria

*In many countries working time of teachers is normally discussed under the assumption that each lesson given by a teacher has to be valued in the same degree. In Austria working load is judged in a different way as to bring more justice into the procedure. Perhaps this might stimulate the discussion on working time in other countries.*

## Lektionen über das Leben

Zum Umgang mit Krankheit und Tod in der Schule

---

Wie an allen Berührungslinien der allgemeinen Schulpädagogik mit der Sonderpädagogik ist auch an den Schnittstellen zwischen den Sonderschulen für Kranke und den Regelschulen eine *Integrationsdebatte* entstanden. Das Verhältnis dieser beiden Teilsysteme des Bildungswesens zueinander ist alles andere als störungsfrei, die zwischen ihnen herrschende Arbeitsteilung erweist sich zunehmend als problematisch. Auf kranke Kinder und Jugendliche reagiert die Schule wie immer, wenn sich Störungen im System zeigen: Der erkrankte Schüler wird als leistungs-, verhaltens- und normabweichend gesehen, das nicht „Disziplinierbare“ (hier: der Kranke) wird isoliert und ausgegrenzt und zur Fortsetzung von Bildungsanstrengungen an eine entsprechende sonderpädagogische Einrichtung (hier: die Klinikschule) übermittelt. Durch die Einrichtung von Krankenhausschulen etwa seit den siebziger Jahren, und durch den Aufbau der *Krankenpädagogik* als Zweig der Sonderpädagogik (vgl. Wienhues 1979; Theis 1991), konstruierte sich eine eigenständige und abgeschlossene heilpädagogische „Welt“ um kranke Schülerinnen und Schüler, die sich folgendermaßen charakterisieren läßt: Die pädagogischen Verhältnisse in Klinikschulen sind extrem individualisiert und die Krankengeschichte ist der zentrale Bezugspunkt, auf die sich die pädagogische Arbeit justiert; die Psychologie ist die übermäßig dominierende Leitdisziplin der Krankenpädagogik; der Unterricht in den Klinikschulen ist dem medizinischen Behandlungsverlauf eindeutig unter- und nachgeordnet.

Die beiden schulischen Teilsysteme erzeugen sich selbst und vor allem den betroffenen Schülerinnen und Schülern *nachhaltige Probleme*. In den Klinikschulen muß der schwierige und mühselige Weg gegangen werden, die Rückschulung des Betroffenen frühzeitig vorzubereiten und diesen Prozeß intensiv zu begleiten. In den Regelschulen muß gelernt werden, daß nicht einfach davon ausgegangen werden kann, die Schüler „gesund und munter“ zurückzuerhalten und weiterzumachen, so als sei nichts geschehen. Vielmehr sind die besonderen biographischen Erfahrungen dieser Schüler zu erkennen, und daran ist anzuknüpfen. Die Klinikschulen erfahren, daß die Krankheitsbearbeitung nicht nur auf den Patienten und sein familiäres Umfeld begrenzt ist, denn auf die „normale“ Schule, so rauh der Wind auch in ihr pfeifen mag, richtet sich das Interesse gerade lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher in besonderem Maße. Sollen die Betroffenen wirksam unterstützt werden, ist die Krankheit in und mit der jeweiligen Schule „zu bearbeiten“. Aus eben solchen Alltagserfahrungen heraus ist eine Diskussion entstanden, wie die *Zusammenarbeit zwischen der Schule, dem Krankenhaus bzw. der Klinikschule* frühzeitig und systematisch angebahnt und koordiniert werden kann, wie sich tragfähige Kon-

takte zwischen diesen Institutionen ausgestalten lassen, um den jungen Patienten den Weg von der Schule in die Klinik sowie von der Behandlung und Therapie zurück in die Schule zu erleichtern.

In den folgenden Überlegungen werden wir uns auf *krebserkrankte Kinder und Jugendliche* konzentrieren, um einige allgemeine Schwierigkeiten zu beleuchten, die eine solche Zusammenarbeit erschweren können. In den Schwierigkeiten, die die Regel- und Klinikschulen miteinander haben, spiegeln sich jedoch allgemeine schulpädagogische Problemstellungen im Kontext von Krankheit, Sterben und Tod wider. Wir werden deshalb zunächst mehrere Entwicklungsstränge skizzieren, die eine Debatte um die *Neugestaltung des Verhältnisses von Medizin, Schulpädagogik und Krankenpädagogik* dringend erforderlich machen: Veränderte Therapiekonzepte seitens der Medizin, ein veränderter Umgang in den Schulen mit Krankheit und Tod, sowie veränderte psychosoziale Konzepte in der Krankenpädagogik. Unsere zentrale Behauptung läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Die lebensbedrohliche Erkrankung ist ein sehr ernster Anlaß und als Aufforderung an die Schule zu sehen, sich im Umgang mit Schülern, die um ihr Leben kämpfen, Kompetenzen anzueignen, die nicht selbstverständlich in unserer Gesellschaft erworben werden können. *Krankenpädagogik* verstehen wir nicht nur als die sonder- und heilpädagogische Arbeit mit Kranken, sondern auch als allgemeines schulpädagogisches *Bildungsprogramm über Krankheit, Sterben, Tod und Trauer*, das über den „konkreten Fall“ und das dramatische Einzelschicksal hinausweist.

## **1. Die Bedeutung der Schule während einer klinischen Therapie**

In der Bundesrepublik erkranken jährlich knapp 2000 Jungen und Mädchen im Schulalter an einer bösartigen Krebserkrankung; dies entspricht einer Häufigkeit von etwa 14 Patienten pro 100 000 Kindern und Jugendlichen (Deutsches Krebsregister 1995). Die medizinische und psychosoziale *Behandlung von Krebserkrankungen* hat sich in den letzten Jahrzehnten in einer Weise verändert, die direkte Auswirkungen auf den schulischen Umgang mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen hat: Chemotherapien werden stationär oder in der sogenannten Tagesklinik ambulant in den Krebszentren verabreicht. Die jungen Patienten werden so früh wie möglich nach Hause gelassen. Obwohl sich die Behandlung weiterhin über Monate hinzieht, nimmt doch der zeitliche Anteil deutlich zu, in dem die Kinder und Jugendlichen zuhause sind. In dieser Zeit können sie dann auch in aller Regel problemlos von Klassenkameraden besucht werden, ja sie können sogar, wenn sie dies möchten, zumindest stundenweise am Unterricht teilnehmen. Unterricht zuhause oder in der Klasse kann für die kranken Kinder und Jugendlichen so wieder zu einem „normalen“ Bestandteil des Tages- und Wochenablaufs werden, noch bevor die medizinische Behandlung vollständig abgeschlossen ist.

Eine zweite wichtige Veränderung ist, daß den lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen in den Kliniken zumeist die *Wahrheit über ihre Krankheit* gesagt wird. Die Ansicht, mit den jungen Patienten offen über die Lebensbedrohlichkeit und über die Möglichkeit des Sterbens zu sprechen, ist unter Ärzten nicht unumstritten, sie setzt sich jedoch zunehmend



durch (vgl. hierzu beispielsweise Niethammer 1994, S. 86). Krebskranken Kindern und Jugendlichen die Wahrheit zu sagen, hat jedoch unmittelbare Konsequenzen für die Schule. Auch dort läßt sich die Krankheit nicht verheimlichen, wird es dennoch versucht, entstehen Gerüchte, die für die Betroffenen fatale Folgen einer Stigmatisierung und sozialen Ausgrenzung haben können. Spricht man den Patienten gegenüber die Lebensbedrohlichkeit an, so muß auch den Mitschülern die Wahrheit gesagt werden, und vor allem müssen sich die Klasse und das Kollegium *dieser Wahrheit stellen*. Eine für die Betroffenen hilfreiche Unterstützung durch die Schule erscheint überhaupt nur möglich, wenn in geeigneten unterrichtlichen Formen, mit dem erforderlichen pädagogischen Takt und mit der gebotenen Sensibilität offen über die Situation gesprochen werden kann. Es muß dabei deutlich werden: Da kämpfen Mitschüler um ihr Leben, dies sollten sie nicht alleine mit sich ausmachen müssen!

Ein dritter Punkt: Seitens der Medizin wird zunehmend anerkannt, daß die Schule im Heilungsprozeß sowie zur Auseinandersetzung und Verarbeitung einer Krankheit einen wichtigen Beitrag zu leisten vermag. Es überrascht nicht nur die Ärzte, daß lebensbedrohlich erkrankte Kinder und Jugendliche in dieser für sie so schwierigen Phase ausgerechnet *lernen möchten*: nicht alle, aber überraschend viele. Mathematikaufgaben zu lösen, englische Vokabeln und deutsche Grammatik zu lernen – all dies kann plötzlich, auch für schulumüde Jungen und Mädchen, wenn nicht spannend, so doch „lebenswichtig“ werden. Was es heißt, daß Kinder und Jugendliche in einer solchen Extremsituation lernen möchten, was *Lernen in Todesangst* für sie bedeutet – dies ist noch nicht einmal in Ansätzen schulpädagogisch durchdacht und begriffen.

Doch auch um den klinischen Alltag und die medizinisch-therapeutische Behandlung durchzustehen, kommen dem Lernen *wichtige Funktionen* zu (vgl. Schiffermüller 1994, 68): Durch das Lernen haben die Patienten eine Aufgabe, auf die sie sich konzentrieren können, sobald es ihnen besser geht. Das Lernen stärkt die Erfolgszuversicht, in dem Bestreben, die Versetzung zu schaffen, wird „Zukunft“ wieder konkret sichtbar als ein Ziel, auf das sie hinarbeiten können. Durch das Lernen wird ein Teil des „normalen“ Alltags wiederhergestellt: „Dies bedeutet, daß der Erkrankte nicht nur für kurze Zeit seine Krankheit vergessen, sondern sich auch von seiner Krankheit lösen kann“ (ebd.).

## 2. Auseinandersetzung in der Schule mit Krankheit und Tod

Auch im Bildungswesen selbst zeigen sich bemerkenswerte Entwicklungen, denn die einst übergangenen Fragestellungen werden im Unterricht zunehmend aufgegriffen: *Krankheit, Sterben, Tod und Trauer sind schulfähige Themen geworden*.

Die notorisch vorgetragene Behauptung, diese Themen würden im Unterricht tabuisiert, läßt sich nicht mehr halten. In *Lehrplänen* sind sie, schon in der Primarstufe, in vielfältiger Weise angeregt: Leben und Sterben, Werden und Vergehen, Trauer und Hoffnung; Umgang mit Krankheit; Infektions- und Zivilisationskrankheiten; Umwelt und Gesundheit; Todesursachen, Einstellungen zum und Umgang mit Sterben und Tod; Deutungen zum Tod, To-

tenkult; Kindertod und Alterstod; Freitod, insbesondere Suizidgefährdung bei Jugendlichen; zum Leben helfen oder Sterbehilfe; Zuwendung, Betreuung, Begleitung Kranker und Sterbender: all dies sind curriculare Überschriften, unter denen sich Unterricht entfalten kann. Auch an geeigneten Unterrichtsmodellen, Arbeitsmaterialien, Kinder- und Jugendbüchern mangelt es nicht. Mag sein, daß es Themen sind, die unter Lehrern als „schwierig“ gelten und deshalb möglichst um- und übergangen werden, oder die bei manchen Eltern allerlei unbegründete Befürchtungen um das seelische Wohl ihrer Kinder entstehen lassen. Doch es gilt: wer will, der darf und kann.

Schülerinnen und Schüler bringen diese Themen auch als *persönliche und konkrete Erfahrungen* in den Unterricht mit (vgl. Müller/Sacksofsky 1995). Je mehr sich die Schule auf die Erfahrungswelt von Kindern und Jugendlichen einläßt, desto unübergebar werden dann die darauf bezogenen Fragestellungen: Schüler verfügen über Erfahrungen mit schweren Krankheiten, mit dem Sterben und mit Tod im familiären Umfeld und im Freundeskreis: sie wissen davon und fragen danach, sie erleben und beobachten es, sie leben damit. Und auch sie selbst sind von Zivilisationskrankheiten betroffen, die nicht immer lebensbedrohlich sind, aber die zur Auseinandersetzung darüber zwingen. Zudem wird darüber lautstark öffentlich verhandelt: Umweltprobleme, Lebensmittelskandale, Debatten um Atomkraft und Ozon, all dies sind Themen, die die Kinder und Jugendlichen bewegen, weil es hier immer auch um die Frage geht, ob eine Gefährdung für die eigene Gesundheit besteht. Schülerinnen und Schüler informieren sich, diskutieren darüber, fragen, haben Ängste, berechnete wie unnötige.

Allerdings zeigt sich auch: Trotz dieser Entwicklung ist kein Verlaß, daß *im Ernstfall der lebensbedrohlichen Erkrankung* eines Mitschülers, in der Klasse wie im Kollegium die Situation in erträglicher Weise und ohne Komplikationen bearbeitet wird. Obwohl schon in der Grundschule und auch später immer wieder darüber geredet wird; obwohl sich Krebs in den verschiedensten Zusammenhängen unterrichtlich thematisieren läßt; obwohl der Umgang mit Kranken oder Behinderten so oft am literarischen Modell durchdacht und diskutiert, im Rollenspiel entsprechende Möglichkeiten erprobt wurden: Wenn „es“ dann „passiert“, passiert es dennoch irgendwie unvorbereitet, plötzlich, überraschend. Die Erkrankung eines Mitschülers erfordert ein *soziales Lernen* in der Klasse, das von deutlich anderer Qualität ist, als dies im normalen Unterrichtsalltag probierend vorbereitet und eingeübt werden kann. Daß ein adäquater Umgang mit den Patienten in den Schulen schwierig ist, dafür gibt es mehrere Gründe, die im folgenden kurz angedeutet werden sollen.

### **3. Der Umgang mit Krankheit als Bildungsproblem**

Seitens der Medizin wie auch der Pädagogik wird unterstellt, daß die Betroffenen und ihr soziales Umfeld *lernen* könnten, mit Krankheit, auch *mit einer lebensbedrohenden Krankheit* „umzugehen“. Es wird in unserer Gesellschaft sogar in einem sehr hohen Maße von Patienten erwartet, daß sie sich entsprechenden Lernprozessen unterziehen. Mit der Vorstellung, in und mit einer Krankheit leben zu lernen, sich sogar auf das Sterben vorbereiten zu können, wird Krankheitsbewältigung und Sterben auch zu einem Bil-

dungsproblem erklärt. Diese Vorstellung setzt sich in der mitteleuropäischen Geschichte erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts umfassend durch (vgl. u.a. Ariès 1982; Elias 1982; Foucault 1973; Gadamer 1993; Herzlich/Pierret 1991; Stross 1995). Die Konsequenzen dieser Entwicklung sind sehr ambivalent.

Einerseits wird damit den Erkrankten ein zunehmend umfassendes *Selbstbestimmungsrecht* über ihre Krankheit, über ihren Körper und über sich selbst zugestanden. Die Betroffenen sollen über die Erkrankung Bescheid wissen, sie werden informiert, ihnen wird „offen“, wenn auch schonend, die „Wahrheit“ gesagt, die Möglichkeiten der Behandlungsverfahren werden erklärt, Entscheidungen über ihre Anwendung und Durchführung werden jedoch in aller Regel den Patienten bzw. den Sorgeberechtigten überlassen. Wurde dieses Selbstbestimmungsrecht zunächst den erwachsenen Patienten zugestanden, setzt es sich, wie schon angedeutet, in den letzten zehn Jahren durch, auch Kindern und Jugendlichen das „Wissen um ihre Krankheit“ zu übertragen. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient wird damit in einer neuen Weise definiert:

„Das Wissen des Kranken und die Beherrschung der Technik führen also dazu, daß die übliche Rollenverteilung zwischen Arzt und Krankem in Frage gestellt und die Distanz, die normalerweise den Laien vom Fachmann trennt, abgebaut wird. (...) [Dies heißt nicht nur] ich habe die Pflege des eigenen Körpers selbst in die Hand genommen, sondern auch, selbst mit Wissenschaft und Technik, deren symbolische Bedeutung in unserer Gesellschaft allen bewußt ist, stehe ich auf vertrautem Fuß; bis zu einem gewissen Grad beherrsche ich sie. Und manchmal heißt es auch, daß es dem Kranken gelungen ist, zu einem hochangesehenen Experten, dem Arzt, ein partnerschaftliches, ja sogar streitbares Verhältnis aufzubauen“ (Herzlich/Pierret 1991, S. 257 und S. 267).

Gerade im Umgang mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen erstaunt immer wieder, wie sie während des Therapieverlaufs schnell und präzise zu *Experten ihrer eigenen Krankheit* werden, über welch umfangreiches medizinisches Fachwissen sie verfügen und wie genau sie über Behandlungsmethoden, Nebenwirkungen, Risiken und Heilungschancen Bescheid wissen. Und hiervon muß dann auch in der Schule ausgegangen werden: Sie hat es mit Kindern und Jugendlichen zu tun, die um ihre Krankheit wissen und die gelernt haben, daß von ihnen erwartet wird, sich zunehmend von einer Rolle des Behandelten zu der des Mit-Behandelnden der eigenen Krankheit und des eigenen Körpers zu entwickeln.

Damit werden Kranken allerdings gleichzeitig *erhebliche Pflichten* auferlegt: Der eigenverantwortliche Umgang mit Krankheit wird nicht nur erwartet, sondern auch nachdrücklich gefordert. Die Betroffenen müssen lernen, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen, sie zu be- und verarbeiten, sie zu bewältigen. Sie müssen „mitarbeiten“, weil ansonsten die Therapie nicht erfolgreich verlaufen könne, sie müssen gesund werden wollen, und sie sollen die Wahrheit aushalten. Wie angedeutet, wird auch erwartet, daß das soziale Umfeld zu lernen hat, sich zur Krankheit zu stellen, den Heilungsprozeß zu begleiten und intensiv zu unterstützen. Die medizinische Behandlung ist also inzwischen gekoppelt mit umfassenden pädagogischen Bemühungen und *Erziehungsprogrammen*, um die Betroffenen zu Be-Handelnden ihrer Erkrankung zu machen. Die verfügbare An-

gebotspalette zur angeleiteten wie autodidaktischen Weiterbildung über die jeweilige Krankheit ist lückenlos und flächendeckend: sei es Sach- und Fachliteratur, die auch für den Laien und angehenden Experten verständlich ist; seien es Ratgeber, Handreichungen, Broschüren, Informations- und Aufklärungsmaterialien, Filme oder Betroffenenliteratur; seien es Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen, in denen um Rat und Unterstützung nachgesucht werden kann.

Mit der gegenwärtig wieder einmal fast zudringlich geführten Diskussion um die *Gesundheitserziehung* ist die Schule dabei, ihr pädagogisches Arbeitsfeld sogar erheblich auszuweiten (Stross 1995). Es ist abzusehen, daß sich für den schulischen Umgang mit Krankheit daraus beträchtliche neue Schwierigkeiten ergeben werden. Denn die Pflicht, mit Krankheit leben zu lernen, wird ausgeweitet auf die *Pflicht, gesund zu sein*: Gesundheit sei eine Frage des Bewußtseins und demnach sei sie lehr- und lernbar: „Bei den Angehörigen der Mittelschichten, die übrigens am stärksten von dieser Ideologie der ‘Pflicht zur Gesundheit’ durchdrungen sind (...), [ist] die Gesundheit eine Forderung der Gesellschaft, sie verlangt Mühe und Disziplin, aber sie ist auch Garant der freien persönlichen ‘Selbstverwirklichung’ eines jeden“ (Herzlich/Pierret 1991, S. 277). Gesundheit herzustellen, um Krankheit vorzubeugen, kann jedoch eine neue Ausgrenzung und Stigmatisierung von Kranken zur Folge haben: Wenn die Pflicht zur Gesundheit immer nachdrücklicher eingeklagt und in den Schulen gelehrt wird, dann wird das *Recht auf Krankheit gleichzeitig zunehmend beschnitten*. Je mehr Gesundheit als das idealisierte Normale und Wichtige bewertet wird, desto dringender müssen wir dann wieder lernen, mit Kranken umzugehen, ihr „abweichendes Verhalten“ nicht als selbstverschuldete Nachlässigkeit zu betrachten, gar individuelle Schuldfragen zu stellen.

#### **4. Schule zwischen Verhaltensorthopädie und Krankenpädagogik**

Aus den bisherigen Darlegungen ist zu folgern: Die lebensbedrohliche Erkrankung einer Schülerin oder eines Schülers ist nicht nur eine *Herausforderung für die Betroffenen, sondern auch für die Klasse und für das Kollegium*, der sich alle und gemeinsam stellen müssen. Es kann nicht sein, allein den erkrankten Schülern durch individualistische, krankheitspädagogische Maßnahmen in einer Art „Verhaltensorthopädie“ (Herzlich/Pierret 1991, S. 279) für den Schulgebrauch wieder zurechtzubiegen. Die lebensbedrohliche Erkrankung ist vielmehr als sehr ernster Anlaß zu sehen, sich *Kompetenzen anzueignen*, die nicht selbstverständlich in unserer Gesellschaft erworben werden können. Die Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer sind aber auch unabhängig vom konkreten Anlaß aufzugreifen: Würde die Auseinandersetzung damit im Unterricht selbstverständlicher als bislang geführt, könnte dies vielleicht die Auseinandersetzung darüber in der konkreten Situation erleichtern. Vier Vorschläge in diese Richtung.

##### **4.1 Erweiterung des Begriffs von Gesundheit und Krankheit**

Im *Schulalltag* ist es üblich, Gesundheit und Krankheit mit eher schlichten Definitionen zu bestimmen. Wer „krank“ ist, hat eine Grippe oder hat sich vielleicht auch den Arm gebrochen und bleibt deshalb zuhause – diese Re-

gel gilt für die Schüler ebenso wie für die Lehrerinnen. Wer gesund ist, hat zur Schule zu gehen, auch dies ist klar. Doch lassen sich Gesundheit und Krankheit nicht wirklich in einer solch einfachen Schematisierung gegeneinander abgrenzen. Vielmehr sind sie in einem *dynamischen Kontinuum* zu sehen. Es sind „relative Begriffe (...), die nicht einfachen Definitionen zugänglich sind. (...) Gesundheit und Krankheit werden (...) nicht als voneinander getrennte Zustände gesehen, sondern in einer dynamischen Wechselbeziehung mit fließenden Übergängen“ (Hurrelmann/Laaser 1993, 12ff).

Die *Prozeßhaftigkeit*, die zwischen einem als „gesund“ oder als „krank“ bezeichneten Zustand liegt, wird für die Schüler überdeutlich, wenn ein Mitschüler an Krebs erkrankt. Krankheit, so erfahren sie nun hautnah, ist nicht gleich Krankheit: Es gibt „recht harmlose“ Krankheiten, und es gibt „schlimme“, lebensbedrohliche Krankheiten; es gibt Krankheiten, bei denen man „schnell wieder gesund wird“ und solche, an denen man sterben kann. Es ist wichtig, die Bandbreite dessen, was unter Kranksein oder Gesundsein jeweils verstanden wird oder verstanden werden kann, im Unterricht immer wieder sehr deutlich zur Sprache zu bringen. Die erkrankten Kinder und Jugendlichen verfügen hierzu über sehr genaue Überlegungen und im allgemeinen über einen großen Wortschatz.

Für die Mitschüler ist es wichtig, eine entsprechende Sensibilität zu entwickeln und klare Vorstellungen zu gewinnen über die Relativität solcher Begriffe und der daraus resultierenden Notwendigkeit, sie immer wieder neu zu definieren. Denn schon in solchen Formulierungen sind *gesellschaftlich vermittelte Theorien über Krankheiten*, zumal über Krebserkrankungen sprachlich verpackt (vgl. Gadamer 1993; Jacob 1995). Im Unterricht wirken diese unterschiedlichen Krankheitskonzepte wie ein „heimlicher Lehrplan“, mit dem Vorstellungen und Deutungsmuster zu Krebserkrankungen gleichsam unter der Hand eingeführt und transportiert werden, und gegen die dann eine sachliche und präzise Aufklärung kaum Chancen hat. Dies wird noch einmal besonders deutlich, wenn man unterschiedliche kulturelle Kontexte mit einbezieht.

#### 4.2 Berücksichtigung kulturspezifischer Krankheitskonzepte

Noch immer gestalten sich Situationen in der Schule und im Unterricht häufig als sehr schwierig, in denen eine *interkulturelle Verständigung* notwendig wird – daran haben auch eine dreißigjährige Diskussion um Ausländerpädagogik bzw. um eine Interkulturelle Erziehung bislang nicht viel verändern können. Denn durch die Erkrankung eines Schülers wird der schulische Umgang mit lebensbedrohlich erkrankten Kindern oder Jugendlichen immer auch in den übergreifenden, noch wenig aufgeklärten *kulturellen Kontext von Gesundheit und Krankheit* gestellt. Kulturelle Unterschiede sind im Beobachten, Untersuchen und Interpretieren von Symptomen zu finden, wie in der Art ihrer Deutung. Ebenso sorgen die kulturell je unterschiedlichen Konzepte zur Körperlichkeit sowie die vielfältigen Ansichten über den Zusammenhang von Psyche und Leib in der medizinischen wie psychosozialen Behandlung immer wieder für interkulturelle Mißverständnisse.

Das Spannungsverhältnis zwischen der hochtechnisierten und medikalisierten Schulmedizin und den Konzepten der Laien- und Volksmedizinen kann in der ärztlichen Behandlung wie in der pädagogischen Begleitung eingewanderter Kinder und Jugendlicher konfliktreich werden. Zudem kann die Krankheitsbewältigung nicht losgelöst von dem allgemeinen gesellschaftlichen *Umgang mit Migranten* betrachtet werden: Die gesellschaftliche Akzeptanz oder Ablehnung der ausländischen Bevölkerung bestimmen mit, in welchem Umfang die Krankheitsverarbeitung beim Einzelnen zusätzlichen psychischen und sozialen Belastungen unterliegt. Und auch Sprach- und Verständigungsprobleme sind gleichsam vorprogrammiert. All diese Schwierigkeiten können in der konkreten Behandlung zu einem Geflecht aus Unkenntnis, Unachtsamkeit, Desinformation aber auch Überempfindlichkeit und Verständnislosigkeit führen. Obwohl es uns nicht möglich ist, analytische Fallstudien zu interkulturellen Problemen der Behandlung und Begleitung Krebskranker vorzulegen (zumal zur gesamten Thematik kaum wissenschaftliche Literatur verfügbar ist; vgl. zumindest: Geiger/Hamburger 1984; Zimmermann 1984; Ostermann 1990; Erdheim 1993; Koch u.a. 1995), so zeigen unsere Dokumentationen (Schroeder/Hiller-Ketterer u.a. 1996) doch die zahlreichen Barrieren einer interkulturellen Kommunikation, und die vielen *Verständigungsschwierigkeiten*, die daraus entstehen können. Ebenso zeigen sich in verschiedenen von uns durchgeführten Unterrichtsprojekten, wie Schülerinnen und Schüler diese Themen in einer vielschichtigen Weise auf ganz unterschiedliche kulturelle Deutungs- und Interpretationsmuster beziehen, die im Unterricht freizulegen sind und an die anzuknüpfen ist (Hiller-Ketterer 1996).

#### 4.3 Intensive Kooperation zwischen den Teilsystemen

*Kontakt zum Erkrankten* zu halten ist der erste und wirksamste Beitrag, den Mitschüler wie Lehrer während der medizinischen Behandlung leisten können. Die Begleitung eines lebensbedrohlich erkrankten Schülers meint zunächst nichts anderes als sich für ihn zu interessieren, sich bei ihm zu melden, nachzufragen, ihn zu besuchen. Erforderlich ist aber auch eine möglichst enge Zusammenarbeit aller Beteiligten, um den kranken Schüler in dieser schwierigen Zeit zu unterstützen, um aber auch die Rückkehr in den Lebens- wie Schulalltag vorzubereiten und zu erleichtern. Hierzu sind möglichst bei Beginn der Behandlung briefliche, telefonische und persönliche *Kontakte* zwischen der Schule und der Klinikschule bzw. dem psychosozialen Team herzustellen, um die konkreten Möglichkeiten der Zusammenarbeit zu klären, Besuche der Lehrer und, soweit erlaubt, der Mitschüler zu organisieren, oder andere Formen der Kontaktpflege zu entwickeln wie z.B. Beratungsgespräche, die Kliniklehrer in Lehrerkonferenzen anbieten. Ebenso sind rasch und präzise, so umfassend wie nötig, so offen wie möglich die Klasse, das Kollegium und die Eltern der Mitschüler zu *informieren*, Gerüchten vorzubeugen oder diese aufzuklären, Ängste aufzugreifen und zu bearbeiten, Informationsmaterial bereitzustellen, organisatorische Fragen zu klären, die Notwendigkeit gemeinsamen und koordinierten Handelns zu verdeutlichen, Möglichkeiten der Unterstützung zu entwickeln und gemeinsam zu realisieren.

Möglich und wichtig sind direkte Begegnungen zwischen der Klasse bzw. den Lehrern und dem erkrankten Schüler oder der erkrankten Schülerin:

Besuche am Krankenbett in der Klinik und vor allem beim Jungen oder Mädchen zuhause. Ebenso sind Besuche des Patienten in der Schule, eine zeitweise Teilnahme am Unterricht, an Schulfesten, Ausflügen und anderen gemeinschaftsbildenden Veranstaltungen wichtig. Als außergewöhnlich hilfreich haben sich Unterrichtsbesuche mit dem Patienten erwiesen, die vom Klinikteam (Kliniklehrer, behandelnder Arzt, eventuell eine Schwester) begleitet werden. Es ist eine günstige Gelegenheit, die Klasse in einer persönlichen Form über die Krankheit zu informieren und miteinander in ein intensives Gespräch über die Krankheit zu kommen. Die schulische Begleitungsarbeit kann ihren Blick allerdings nicht nur darauf richten, die Rückkehr des Patienten an die Schule vorzubereiten. Die Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung erfordert es, die Möglichkeit des Sterbens nicht zu verdrängen, und in der pädagogischen Arbeit das Spannungsverhältnis zwischen der Hoffnung auf Heilung und dem Gedanken an den Tod auszuhalten. Auch wenn eine Heilung und damit eine Rückkehr des jungen Patienten an die Schule nicht mehr möglich ist, bleibt eine Auseinandersetzung darüber in der Klasse pädagogisch und menschlich wichtig.

Die angedeuteten pädagogischen Maßnahmen zielen darauf, die Teilsysteme Medizin, Schule und Krankenpädagogik frühzeitig miteinander zu verknüpfen. Wir verfügen noch über zu wenig Konzepte und Erfahrungen, welche Modelle hierfür erforderlich sind und zu entwickeln wären, welche erwünschten Wirkungen, vor allem welche unerwünschten Nebenwirkungen diese neuen Modelle erzeugen. Doch es gibt vielsprechende Bemühungen und Ansätze in diese Richtung:

Zu erwähnen ist das *Wiener Modell*, in der die Verknüpfung vor allem über diejenige Lehrkraft erfolgt, die den krebserkrankten Schülern den Hausunterricht erteilt: Sie erhält eine Wochenstunde, um in der Klasse des erkrankten Schülers am Unterricht teilzunehmen, um im Teamteaching mit dem Klassenlehrer die Begleitungsarbeit zu koordinieren und um geeignete unterrichtliche und schulische Angebote zu machen (vgl. Gruber 1992).

Im *Tübinger Modell* wird die Zusammenarbeit mit den Heimatschulen durch die Kliniklehrer organisiert. Das baden-württembergische Ministerium für Kultus und Sport hat für dieses Pilotprojekt ein halbes Deputat bereitgestellt, um seitens der Klinikschule diese Arbeit mit den Schulen zu realisieren, und um möglichst enge Kontakte zu den Herkunftsschulen von Kindern und Jugendlichen anzuregen, die an Krebs aber auch an anderen schweren, teilweise lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden, wie beispielsweise: Mukoviszidose, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, schwere aplastische Anämie, gutartiger Hirntumor (Klemm/Häcker 1992; Häcker/Klemm/Böpple 1995).

In einem seit 1991 in *Mailand* durchgeführten Modellversuch erfolgt die Koordination der Zusammenarbeit zwischen Schule, Behandlungszentrum, Klinikschule und Elternhaus bei leukämiekranken Kindern und Jugendlichen durch Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen mit dem Ziel, zwischen den Teilsystemen Kommunikationsstrukturen systematisch ab dem Zeitpunkt der Diagnose aufzubauen, und damit nicht erst zu beginnen, wenn etwas schief läuft (Deasy-Spinetta 1995).

Wie immer sie sich regeln läßt, eine inter-institutionelle Zusammenarbeit bleibt bedeutsam zur Reflexion und Korrektur der jeweiligen pädagogischen Arbeit. Denn die Arbeitsansätze, Fragestellungen und Sichtweisen des je anderen Teilsystems können dadurch in den Blick kommen und das gesamte Umfeld kann deutlicher wahrgenommen werden, in dem die Kinder und Jugendlichen sich mit ihrer Krankheit auseinandersetzen müssen.

#### *4.4 Krankheit auch im Schulalltag sichtbar machen*

Dieter Lenzen behauptet in seinem Buch über die „Mythologie der Kindheit“ (1985), daß das lebensbedrohlich erkrankte, sterbende Kind im modernen gesellschaftlichen und damit auch im pädagogischen Diskurs in einer besonders ausgeprägten Form „mythologisiert“ sei, und daß der *Kindestod* gesellschaftlich gleichsam als „regelwidrig“ erklärt werde:

„Das – im alltäglichen Verstande – Tragische des Falles liegt offenbar darin, daß es noch ein Kind ist und doch schon sterben muß. Es wird oft unterstellt, daß die besondere Tragik des kindlichen Todes darin zu erblicken sei, daß es noch ‘kein Werk hinterlassen habe’, daß es nur genommen, aber nicht gegeben habe (Rosemeier 1984, S. 291). Das scheint eher eine mittelschichtorientierte Interpretation zu sein. Wir hören vielleicht öfters Formulierungen der Art, daß ‘das Kind doch noch das ganze Leben vor sich hatte’, und bedauern darin, daß es dieses nicht genießen konnte. (...) Es ließe sich auch sagen, daß dem sterbenden Kind etwas gefehlt hat, nämlich etliche Lebensphasen und die Übergänge zwischen ihnen. Das Regelwidrige am Tod des Kindes ist in einem gewissen Sinne genau dieses: Es tritt vorzeitig in eine Lebensphase ein, den Tod, für die es eigentlich nicht reif ist. (...) Für den Diskurs über das Sterben der Kinder läßt sich also sagen, daß es heute überwiegend als ein zu frühes Sterben interpretiert wird.“ (Lenzen 1985, S. 324-325)

Die Konstruktion und Mythologisierung von Kindheitsvorstellungen werden im Schulalltag gerade „am Fall“ offensichtlich, ohne daß sie in ausreichendem Maße reflektiert werden. Unsere Fallstudien, Unterrichtsprotokolle und Interviews zeigen sehr eindrücklich, wie bei den Mitschülern in der Klasse, wie vor allem jedoch bei den Lehrerinnen und Lehrern ungeklärte Krankheits- und Todesvorstellungen aufbrechen, welche massive *Ängste* auftreten, welchen *Stress* die Situation verursacht, und welche *Hilflosigkeit* und Handlungsunfähigkeit sie auslösen kann (Schroeder/Hiller-Ketterer u.a. 1996). Es sind dies für uns Indizien und Belege, welche ungeklärtes Verhältnis nicht nur die Schüler, sondern gerade auch die Lehrkräfte zu den Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer haben. Und daß es immer „latent Betroffene“ in der Klasse oder im Kollegium gibt, deren Schicksal und/oder Leid aufbricht und sich offenbart, wenn die Thematik zum Gegenstand des Unterrichts wird oder wenn ein Schüler erkrankt.

Zu fordern ist, neben der breit und penetrant geführten Diskussion um die „gesunde Schule“, um „Gesundheitserziehung“, gar „*Gesundheitsbildung*“ (Barkholz/Homfeldt 1994; Paulus 1995) ein mindestens ebenso differenziertes, aufgeklärtes, interkulturelles Unterrichtssetting zu entwickeln, in dem *menschliches Leid* thematisiert wird, Krankheit als etwas zum normalen Leben Gehörendes erscheint und nicht als Krisen- und Ausnahmezu-



stand, in dem der Gesundheitskult in Frage gestellt wird. Wichtig ist dabei, den Unterricht so anzulegen, daß die Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer mehrperspektivisch in mindestens *vier Funktionskreisen* ausgelegt werden (vgl. hierzu ausführlich Hiller-Ketterer 1996), nämlich ...

... als ein Gefüge von *Fakten*, wobei Kinder und Jugendliche erfahren, mit welchen Methoden Diagnosen erstellt und Therapiepläne entwickelt werden; wie man Medikamente erfindet und auf Wirkungen, „Risiken und Nebenwirkungen“ prüft; was zum Tod führt und wie man feststellt, wann und ob jemand wirklich tot ist; auch, was mit Toten passiert, wenn man sie feuer- oder erdbestattet;

... als persönlich zu verarbeitende *Erfahrungen*, von denen die Kinder und Jugendlichen selbst berichten, schreiben und malen können und die sie im Unterricht thematisieren möchten;

... als *gesellschaftlich zu regelnde Probleme*, durch die Krankheit, Sterben, Tod und Trauer bis ins Detail durch Gesetze, Verordnungen und Handlungsregelungen bestimmt werden: Wie wird z.B. verhindert, daß eine schwere Krankheit den Betroffenen und seine Familie in den wirtschaftlichen Ruin treibt; wer hat Anspruch auf welche Behandlung; was darf das Pflegepersonal und was ist ausschließlich den Ärzten vorbehalten; kann man zu einer bestimmten Behandlung gezwungen werden; was ist zu erledigen, wenn jemand gestorben ist; muß man Tote immer auf einem öffentlichen Friedhof bestatten; wie wird deren Besitz unter den Erben verteilt, war das schon immer so?

... als durch kulturelle Traditionen bestimmte *Inszenierungen*, zu denen Kinder und Jugendliche beispielsweise fragen dürfen, warum die Erwachsenen an bestimmten Begräbnis- und Trauerritualen festhalten und entsprechende Konventionen beachten; warum die in den Medien berichteten, von Bekannten erzählten oder die in Büchern gelesenen Informationen nicht unbedingt übereinstimmen damit, wie sich andere Menschen (anderswo) in vergleichbaren Situationen verhalten; warum früher auch hierzulande vieles anders gemacht wurde und in anderen Kulturen noch heute ganz andere Bräuche Gültigkeit haben.

Daß dies alles „nichts für Kinder“ sei, daß dies Themen seien, „die vom Alter her nicht dran sind“, daß dies Kinder überfordere, überwältige, verängstige – sind in erster Linie Vorurteile der Erwachsenen. Die unterrichtliche Bearbeitung der Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer im Spannungsfeld zwischen persönlicher Erfahrung, gesellschaftlicher Regelung, wissenschaftlicher Faktizität und kultureller Traditionen sind viel zu wichtig, als daß sie mit Kindern und Jugendlichen erst dann verhandelt werden, wenn „es gar nicht mehr anders geht“. Sie können dabei erfahren, daß für das Leben zu lernen auch heißt, sich mit Krankheit und Sterben auseinanderzusetzen.

## Literatur

- Ariès, Philippe: Geschichte des Todes. München 1982  
Barkholz, Ulrich / Homfeldt, Hans Günther: Gesundheitsförderung im schulischen Alltag. Weinheim/München 1994  
Deasy-Spinetta, Patricia: Educational issues for children with cancer. In: The Candlelighters Childhood Cancer Foundation (Ed.): Educating the child with cancer. Milano/San Francisco 1995, p. 3-12

- Deutsches Krebsregister. Herausgegeben von der Johann-Gutenberg-Universität Mainz. Jahresbericht 1994 (1995)
- Elias, Norbert: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Frankfurt/Main 1982
- Erdheim, Mario: Therapie und Kultur. Zur gesellschaftlichen Produktion von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. In: Körper, Krankheit und Kultur. Jahrbuch der Ethnopsychoanalyse. 3, 1993, S. 75-89
- Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/Main 1973
- Gadamer, Hans-Georg: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt/Main 1993
- Geiger, Andreas / Hamburger, Franz (Hg.): Krankheit in der Fremde. Berlin 1984
- Gruber, Heinz: Aufgabe und Stellenwert der Heilstättenschule im österreichischen Schulwesen. In: Aigner, Irene (Hg.): Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient. Dokumentation zum 2. Kongreß der europäischen Krankenhauslehrer. Wien 1992, S. 25-49
- Gudjons, Herbert: Der Verlust des Todes in der modernen Gesellschaft. In: Pädagogik 9/1996, S. 6-13
- Häcker, Werner / Klemm, Michael / Böpple, Eva: Heimatschulbesuche bei kranken Schülerinnen und Schülern während und nach der Therapie. In: Klinische Pädiatrie 207 (1995), S. 181-185
- Herzlich, Claudine / Pierret, Janine: Kranke gestern, Kranke heute. Die Gesellschaft und das Leiden. München 1991
- Hiller-Ketterer, Ingeborg: Nichts für Kinder? Argumente und Beispiele für eine unterrichtliche Bearbeitung der Themen Krankheit, Sterben, Tod und Trauer – auch ohne einen unmittelbaren Anlaß. In: Schroeder, J. / Hiller-Ketterer, I. u.a.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen 1996, S. 223-273
- Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich: Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung eines neuen wissenschaftlichen Arbeitsgebietes. In: dsb.: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/Basel 1993, S. 3-25
- Jacob, Rüdiger: Krankheitsbilder und Deutungsmuster. Wissen über Krankheit und dessen Bedeutung für die Praxis. Opladen 1995
- Klemm, Michael / Häcker, Werner: Heimatschulkontakte bei lebensbedrohlichen Erkrankungen. In: Aigner, Irene (Hg.): Der Patient als Schüler. Der Schüler als Patient. Dokumentation zum 2. Kongreß der europäischen Krankenhauslehrer. Wien 1992, S. 87-92
- Koch, Eckhardt / Özek, Mezin / Pfeiffer, Wolfgang M. (Hg.): Psychologie und Pathologie der Migration. Deutsch-türkische Perspektiven. Freiburg 1995
- Lehr, Irma: Wie Mitschüler von kranken Kindern aufgeklärt werden können. In: Pädagogische Impulse. 28, 1995, 3, S. 215-219
- Lempp, Reinhart / Schiefele, Hans (Hg.): Ärzte sehen die Schule. Weinheim/Basel 1987
- Lenzen, Dieter: Mythologie der Kindheit. Die Verewigung des Kindlichen in der Erwachsenenkultur. Reinbek 1985
- Müller, Frank / Sacksofsky, Silke: Gesundheitsförderung und Krebsprävention in der Schule. In: Die Deutsche Schule. 87, 1995, 3, S.262-281
- Niethammer, Dietrich: „Genau so haben auch wir alles erlebt“. In: Quack-Klemm, Monika u.a. (Hg.): Lebenskandidaten. Grenzerfahrungen und Alltägliches von jungen Menschen mit Krankheit und Behinderung. 2. Aufl., Tübingen 1994, S. 83-88
- Ostermann, Birgit: „Wer versteht mich?“ Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Praxen. Frankfurt/Main 1990

Paulus, Peter: Die gesundheitsfördernde Schule. Der innovativste Ansatz gesundheitsbezogener Intervention in Schulen. In: Die Deutsche Schule. 87, 1995, 3, S. 262-281

Rosemeier, Hans Peter: Zur Psychologie der Begegnung des Kindes mit dem Tode. In: Wienau, R./ Rosemeier, H.P. (Hg.): Tod und Sterben. Berlin 1984, S. 291-309

Schiffermüller, Volker: Krebskranke Kinder und Schule. Unveröff. Wissenschaftliche Hausarbeit, Pädagogische Hochschule Ludwigsburg 1994

Schmitt, Matthias: Die Bedeutung der Schule im Leben chronisch kranker Kinder und Jugendlicher. Zeitschrift für Heilpädagogik. 42, 1991, 8, S. 497-502

Schroeder, Joachim / Hiller-Ketterer, Ingeborg u.a.: „Liebe Klasse, ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen 1996

Stross, Annette: „Gesundheitserziehung“ zwischen Pädagogik und Medizin. Themenkonjunkturen und Professionalisierungsprobleme in Deutschland 1770-1930. In: Zeitschrift für Pädagogik. 41, 1995, 2, S. 169-184

Theis, Gebhard: Krankheit und Krankenpädagogik. Köln 1991

Venth, Angela (Hg.): Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem. Bad Heilbrunn 1987

Wienhues, Jens: Die Schule für Kranke: ihre Aufgabe in der pädagogischen und psychosozialen Betreuung kranker Kinder. Rheinstetten 1979

Zimmermann, Emil: Krankheit und Kranksein aus soziokultureller Sicht. Ein Beitrag zur Medizin der Migration. In: Curare. Sonderband 2/1984, S. 87-96

*Ingeborg Hiller-Ketterer*, geb. 1938, Dr. phil., Professorin für Allgemeine Pädagogik an der Fakultät für Sonderpädagogik der Pädagogischen Hochschule Ludwigsburg in Reutlingen.

Anschrift: Astenweg 8, 72 770 Reutlingen

*Joachim Schroeder*, geb. 1961, Dr. rer.soc., Dipl.-Päd., Assistent im Arbeitsbereich Interkulturelle Bildung des Fachbereichs Erziehungswissenschaft der Universität Hamburg.

Anschrift: Universität Hamburg, Fachbereich Erziehungswissenschaft, Institut 8, Von-Melle-Park 8, 20 146 Hamburg