

Psychische Erkrankungen bei Schülerinnen und Schülern

**mit Anregungen zu deren Berücksichtigung
und zu Förderbedarf und Nachteilsausgleich**



Inhalt

1 Einleitung

2 Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

3 Psychische Störungen im Schulalter

4 Beispiele

5 Die Schule als Entwicklungsraum

6 Besonderer Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei psychischer Erkrankung

7 Anregungen

8 Quellenangaben



1. Einleitung

Einige grundlegende Neuerungen

- ❖ Neu (2013): Ambulanz-/Beratungslehrer für psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler
- ❖ Neu (2015): Förderbedarf und Nachteilsausgleich „bei Krankheit“ im Feststellungsverfahren
„Sonderpädagogischer Förderbedarf“ als „besonderer Bedarf“



1. Einleitung

- ❖ Neu (2015): Kinder- und Jugendpsychiatrische Beteiligung an Projektgruppe „Inklusive Schule“ der Senatsverwaltung BJW
- ❖ Neu (2014) Beginn der Einrichtung von Nachsorgeklassen nach tagesklinischem oder teilstationären Aufenthalt



1. Einleitung

Einschätzungen und Erfahrungen aus der Tätigkeit als Arzt für KJPP (vorrangig Krankenhausperspektive)

- ❖ Psychische Erkrankungen werden im schulischen Kontext **extrem heterogen** rezipiert
- ❖ Das Konzept des „**sonderpädagogischen Förderbedarfs**“ überschneidet sich nur **partiell** mit dem Bedarf aus Sicht eines medizinisch-psychologisch-psychotherapeutischen Diagnostikers und Behandlers



1. Einleitung

- ❖ Bisher: im Bildungssystem Schule Förderung der psychischen Gesundheit konzeptionell nicht verankert
- ❖ Aus den Grundsätzen für die Verwirklichung der Bildungs- und Erziehungsziele im Berliner Schulgesetz:
 - § 4 (3) ...„Drohendem Leistungsversagen und anderen Beeinträchtigungen des Lernens, der sprachlichen, körperlichen, sozialen und emotionalen Entwicklung soll mit Maßnahmen der Prävention, der Früherkennung und der rechtzeitigen Einleitung von zusätzlicher Förderung begegnet werden.“...



1. Einleitung

Beispiele für die mangelnde Einbeziehung psychischer Problemstellungen

- ❖ **Schuleingangsuntersuchungen:** nach Pilotprojekt in Steglitz-Zehlendorf mittels eines standardisierten Screeningverfahrens (SDQ) im Wesentlichen aus Ressourcengründen keine Umsetzung in Berlin
- ❖ Die Kooperation **Schule - Jugendhilfe** ist konzeptionell in „Bildung für Berlin“ seit 2008 als „gemeinsame Verantwortung für Bildung und Erziehung“ vorgesehen, nicht jedoch „Schule-Jugendhilfe-Gesundheit“



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- Zusammenwirken **biologischer, psychischer und sozialer** Faktoren (analog: Störungsmodell)
- Übergeordnet: **soziokulturelle** Faktoren
- Wechselwirkung
- möglicherweise Kumulation
- Möglicherweise Abmilderung durch **kompensatorische** oder **Schutzfaktoren** (intra- oder/und interpersonell)
- Im Schulalter Wirksamkeit der genannten Faktoren im Kontext der nun eintretenden Anforderungen



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

„Biologische“ und „psychische“ Risikofaktoren können angelegt/konstitutionell oder erworben sein, z. B.

- genetisch verursachte Störungen - sie können direkt in körperlicher oder/und psychischer Hinsicht beeinträchtigen, zu Entwicklungsbeeinträchtigungen führen oder/und zu psychischen und sozialen Beeinträchtigungen führen; krisenhafte Zuspitzungen bei Übergangsanforderungen möglich (z. B. Syndrome)
- Erworbene Störungen (z. B. Folgen von **FASD**, **Frühgeburtlichkeit**)



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- Unterschiedliches **Reifungstempo** (Sprechen und Sprache, Motorik, Sensorik, Kontrolle der Ausscheidungsvorgänge, emotionale Stabilisierungsfähigkeit, Lernvorgänge wie Lesen, Schreiben, Rechnen u. v. m.)
- Rückstände können möglicherweise nicht aufgeholt werden, u. a. durch mangelnde Förderung
- Dadurch ev. Entstehen emotionaler und sozialer Beeinträchtigungen



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- **Geschlecht** als Risikofaktor: Im Grundschulalter bei Jungen höhere motorische Aktivität, aufgrund hormoneller Faktoren stärkere und körperlicher ausgetragene Impulsivität und Aggressivität, höhere Anfälligkeit für Infekte; höheres Auftreten psychischer Erkrankungen mit dispositioneller Ursache (z. B. ADHS). Allmähliche Wende mit dem Eintritt in die Adoleszenz.



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- **Temperament** als Risikofaktor: unter Leistungsanforderungen und Anforderungen des Kontakts mit unterschiedlichen und vielen Kindern und Erwachsenen unterschiedlicher psychosozialer und kultureller Herkunft, z. B.: Schwankungen der Stimmungslage, Anpassungsfähigkeit, offensives oder Rückzugsverhalten, intensive emotionale Reagibilität, Durchhaltevermögen/Ausdauer u. v. m.; internalisierende oder externalisierende Störungen ev. hervorgerufen oder verstärkt werden



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

Soziale Risikofaktoren: Familie

- Qualität der Beziehungen, Modellfunktion der Eltern, Anregung und Förderung, hilfreiche Kommunikation – im Zusammenhang steigender Anforderungen an die kindliche Funktionsfähigkeit erheblich bedeutsam; Erziehungsstil, elterliche Sicherheit; z. B. Überprotektivität und Einmischung können Trennungsängste und Anpassungsschwierigkeiten befördern; kontinuierlicher Streit/Disharmonie Risiko für Störungen des Sozialverhaltens



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- **Trennung/Verlust** von Eltern v. a. bei Kontaktproblemen, emotionalen Anpassungsproblemen riskant; Aufwachsen bei Alleinerziehenden kann zu kumulierten Risiken führen und in der Folge Leistungseinbußen, Selbstwertminderung, Stimmungslabilität, Kontaktschwierigkeiten u. a.; bei multiplen Trennungen, Bezugspersonen ohne Kontinuität, wenig individueller Wahrnehmung, mangelnder Zuwendung etc. häufig Schwierigkeiten der Nähe-Distanzregulation, emotionaler Unsicherheit, Entwicklungsverzögerungen u. v. m.



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

- Psychische Erkrankungen von Eltern hohes und meistens kumuliertes Risiko: genetische Faktoren, Einbeziehung in die Erkrankung, Parentifizierung, Störungen des Modelllernens, sozialer Rückzug/Isolation, oft in Verbindung mit sozioökonomischen Benachteiligungen mit der Folge eigener psychischer und sozialer Beeinträchtigungen; **transgenerationale Risiken** z. B. bei Kindern, deren Eltern Vernachlässigung, Misshandlung, sexuellem Missbrauch etc. ausgesetzt waren



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

Peergroup

Dominanz von Mitgliedern, Beurteilung nach sozialer Attraktivität, mangelnde materielle Mittel, vorherrschende riskante Verhaltensweisen im Hinblick auf Suchtmittel, Medienkonsum, Delinquenz, frühe und wechselnde sexuelle Beziehungen u. v. m.; v. a. bei eigener emotionaler und sozialer Unsicherheit sich verstärkende und kumulierende Risiken



2. Entwicklungspsychopathologische Risikofaktoren

Soziokulturelle Risikofaktoren

- Ungünstige sozioökonomische Umstände mit Vorliegen kumulierter Risiken
- Ökologische Risikofaktoren z. B. in bestimmten Stadtteilen, in Berlin als Metropole
- Häufig kumulierte Risiken bei zugewanderten Kindern und Jugendlichen (Migrationshintergrund per se kein Risikofaktor)
- Risiken der **neuen Medien** bzw. von deren Gebrauch



3. Psychische Störungen im Schulalter

Wahrnehmung psychischer Störungen abhängig von

- **Symptomatik**
- **Auswirkungen auf unmittelbare und mittelbare soziale Umgebung**
- **Im schulischen Kontext im Vordergrund: Auswirkungen auf die schulische Leistungsfähigkeit und das Sozialverhalten**



3. Psychische Störungen im Schulalter

- In der Schule **extrovertiertes**, expansives Verhalten schnell als Störung wahrgenommen, damit **Jungen** häufiger im Fokus als Mädchen (extrovertierte Verhaltensweisen bei Jungen 3-4mal erhöht).
- **Ängste, Depressivität** mit ev. psychosozial belasteten Umständen u. a. bleiben als **introvertierte** Störungen oft jahrelang (oder völlig) unbemerkt
- Epidemiologisch im Schulalter jedoch: extro- und introvertierte Störungen etwa **gleichermaßen** vorkommend



3. Psychische Störungen im Schulalter

- Psychische und Entwicklungsstörungen aus der Vorschulzeit können nachlassen, fortbestehen oder sich verstärken.
- Störungen können erstmals auftreten bzw. sich manifestieren.
- Störungen können im schulischen Kontext die schulische Laufbahn erheblich hemmen.
- Störungen können emotionale und soziale Probleme zur Folge haben.



3. Psychische Störungen im Schulalter

- Tiefgreifende Störungen dauern an (z. B. Autismus).
- Entwicklungsbedingte Schlafstörungen (z. B. Pavor/Nachtschreck) nehmen ab, belastungsassoziierte (z. B. depressive und ängstliche) nehmen zu.
- Alterstypisch treten z. B. veränderte somatoforme Störungen auf (u. a. Bauchschmerzen nehmen ab, Kopfschmerzen nehmen zu).
- Kindliche Ängste nehmen ab, soziale werden häufiger.
- Sozialverhaltensstörungen vermehrt auch außerfamiliär



3. Psychische Störungen im Schulalter

Insgesamt:

- psychische Probleme im Ausmaß einer **behandlungsbedürftigen** Störung nehmen im Schulalter zu
- Unter den **neuen** entwicklungsbezogenen und umweltbezogenen **Anforderungen** verstärken sich häufig vorhandene (Entwicklungs-)störungen und dispositionelle Beeinträchtigungen.
- Störungen können **erstmalig** intermittierend oder dauerhaft auftreten.



3. Psychische Störungen im Schulalter

Vorwiegende Probleme im Grundschulalter:

- Störungen im Sozialverhalten
- Soziale Angststörungen
- Depressive Störungen
- Anpassungsstörungen
- Wesentliche Einflussfaktoren: schulische Anforderungen wie Lesen, Rechtschreiben, Rechnen, Konzentration, Fein- und Großmotorik, Sprechen und Sprache, intellektuelle Begabung und Begabungsprofil



3. Psychische Störungen im Schulalter

Übergang zum Jugendalter:

- Entwicklungsabhängige Störungen nehmen ab (aber nicht völlig!)
- Emotionale Störungen nehmen zu.
- Mädchen sind verstärkt betroffen.
- Suchtstörungen manifestieren sich.
- Erkrankungen mit Störungen des Selbst- und Realitätsbezugs beginnen.
- Sexuelle Störungen und Probleme manifestieren sich.



3. Psychische Störungen im Schulalter

Typisch für das Jugendalter:

- Krisenhafte Zuspitzungen
- Emotionale Labilisierung mit z. B. suizidalen Gedanken, Selbstverletzungen u. a.
- Suizide ab der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahrzehnts (männlich - weiblich etwa 2.5 : 1)
- Peergroupeinflüsse und -verhalten bedeutsam
- Anpassungsfähigkeit an (vermeintliche) Umwelterwartungen wesentlich



3. Psychische Störungen im Schulalter

- Persönlichkeitsmerkmale beim Übergang in zunehmend autonom zu gestaltendes Leben bedeutsam
- Auseinandersetzung mit und Ablösung von Hauptbezugspersonen häufig konflikthaft
- dabei mittel- oder unmittelbar oft schwierige Auseinandersetzung (oder auch nur Konfrontation) mit Herkunftskultur
- Bei geringem, aber wichtigen Teil überwiegend männlicher Jugendlicher: dissoziale Störungen



3. Psychische Störungen im Schulalter

Zusammenfassung

vier größere Bereiche:

- Ängste
- Depressive Verstimmungen
- Beeinträchtigungen im Sozialverhalten
- Suchtprobleme
(vielfältige Überschneidungen untereinander und mit anderen Problemen und Problemfeldern); dazu
- Störungen mit **direkter Leistungsbeeinträchtigung**



3. Psychische Störungen im Schulalter

Störungen mit **unmittelbaren** Auswirkungen auf schulische Bildung:

- Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen
- autistische Störungen
- Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten
- Lese-Rechtschreibstörungen
- Rechenstörungen
- motorische Störungen
- Störungen des Sprechens und der Sprache



3. Psychische Störungen im Schulalter

Zu Ängsten

- Ängste in Verbindung mit grundsätzlich gehemmtem Verhalten
- Trennungsängstlichkeit
- Phobien
- Soziale Ängste (u. a. selektiver Mutismus)
- generalisierte Ängste
- Panik (meistens ab Jugendalter)
- ...



3. Psychische Störungen im Schulalter

Zu depressiven Störungen

- ab Pubertät Zunahme und allmähliche Annäherung an Erwachsenenformen; oft **latente Persistenz** und hohe **Rezidivrate**.
- **Genetische Faktoren!** wichtige **psychosoziale Faktoren**: Verlusterfahrungen; Streitbeziehungen sowie psychische oder somatische Erkrankungen der **Bezugspersonen**; Mangel an zuverlässiger Fürsorge und Bindung in den ersten Lebensjahren; Mangel an Freundschaften; schulische Lern- und Leistungsprobleme...



3. Psychische Störungen im Schulalter

- Aggressive Störungen des Sozialverhaltens v. a. bei Jungen, nichtaggressiv-dissoziales Verhalten bei Mädchen; oppositionell-aufsässiges Verhalten v. a. im Grundschulalter. Kerngruppe überwiegend männlicher Jugendlicher mit Anstieg körperlicher Gewaltbereitschaft in der Adoleszenz.
- Ursachen als Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Risikofaktoren. Genetische Effekte für Aggressivität sowie oppositionell-delinquentes Verhalten bei ungünstigen Entwicklungsbedingungen.



3. Psychische Störungen im Schulalter

Zu Suchtstörungen

- Rauchen deutlich rückläufig; Alkoholkonsumenten und Cannabiskonsumenten nach Gipfel um die Jahre 2004/2005 abnehmend; männliche Jugendliche überwiegen.

- Suchtprobleme durch **negative psychische Befindlichkeit**, entsprechendes **Peergroupverhalten** und **Neigung zu Delinquenz** verstärkt.

Leichter Zugang zu Suchtmitteln wichtiger Faktor.

Schutzfaktoren: sicherer Selbstwert; familiäre Kohäsion



3. Psychische Störungen im Schulalter

Zu nichtstoffgebundenen Süchten (Computerspiele, Chatten, Glücksspiel etc.)

- Erforschung und Einordnung noch am Beginn
- Im DSM-5 Glücksspiel als erstes klassifiziert
- Teilweise Übereinstimmung mit Kriterien stoffgebundener Süchte
- Im Schulalter zunehmende Relevanz mit geschlechtstypischen Auffälligkeiten und vielfältigen möglichen (schulischen) Beeinträchtigungen



4. Beispiele

- Maria, 6 Jahre, 1. Klasse:

Symptome in der Schule: keine Freude im Unterricht, mäßige Leistungen, sonst unauffällig

Kontext: sehr unterstützende Eltern; Schule belastet sie sehr; weint deshalb zuhause viel, Bauchschmerzen; Stimmung, Freude, Interessen/Antrieb beeinträchtigt

Diagnostik: weit überdurchschnittlich begabt

Procedere: letztlich Umschulung in Privatschule



4. Beispiele

- Max, 8 Jahre, 2. Klasse:

Symptome in der Schule: gute Leistungen;
aggressiv gegenüber Mitschüler/innen und
Lehrer/innen

Kontext: Eltern mit hohen Ansprüchen,
Externalisierung, Abwertung anderer

Diagnostik: Störungen des Sozialverhaltens

Procedere: Umschulung, auch wg. Drucks anderer
Eltern und der Schule



4. Beispiele

- Florian, 9 Jahre, 3. Klasse:

Symptome in der Schule: sehr schüchtern, wenig Kontakte, immer größere Leistungsprobleme

Kontext: Erfahrung kontinuierlicher Gewalt des alkoholkranken Vaters v. a. gegen die Mutter

Diagnostik: Kontaktstörung/Misstrauen (reaktive Bindungsstörung), Ängste, Depressivität; schwere psychische Erkrankung der Mutter und des Vaters

Procedere: stationäre Behandlung, schulische Reintegration; fachübergreifende Kooperation



4. Beispiele

- Cengiz, 11 Jahre, 5. Klasse:

Symptome in der Schule: mittlere schriftliche, schwächere mündliche Leistungen, sehr angepasst

Kontext: islamische Herkunftskultur mit hohen Erwartungen; nur Abitur als Bildungsziel akzeptiert

Diagnostik: intellektuelle Begabung im unteren Durchschnitt; Zwänge und Phobien

Procedere: Kontaktverbot Behandler - Schule durch die Eltern, zunächst Behandlungsabbruch



4. Beispiele

- Stefan, 12 Jahre, 6. Klasse:

Symptome in der Schule: schüchtern, unkonzentriert, impulsiv, am Lehrer orientiert

Kontext: seit Jahren in kinderpsychiatrischer Behandlung, sehr unterstützende Eltern

Diagnostik: Impulsdurchbrüche, Ängste, Bauch- und Kopfschmerzen; Konzentrationsprobleme

Procedere: tagesklinische Behandlungsoptimierung; in Kooperation Anpassung der schulischen Bedingungen; zusätzlich ambulante Psychotherapie



4. Beispiele

- Tansu, 14 Jahre, 8. Klasse:

Symptomatik in der Schule: nachlassende Leistungen, zeitweise Schuldistanz; wirkt älter

Kontext: patriarchalische Familie, heimlich Freundschaft einschließlich Geschlechtsverkehr

Diagnostik: akut: Alkoholvergiftung; Stimmungstiefs, Ritzen, problematisches Chatten

Procedere: Kooperatives Vorgehen unter Beachtung von Schweigepflicht - sehr schwierig



4. Beispiele

- Anna, 14 Jahre, 9. Klasse:

Symptomatik in der Schule: mit 11 Jahren sehr gute Leistungen, unauffällig; mit 14 Jahren beginnendes völliges Leistungsversagen

Kontext: Mutter alkoholkrank, Vater lehnt Kontakt ab (drogenabhängig), mit 13 J. sex. Missbrauch

Diagnostik: schweres depressives Syndrom, PTBS, Alkohol- u. Cannabiskonsum, sexuelle Reifungskrise

Procedere: kooperatives Vorgehen mit schulischer Berücksichtigung der Probleme



4. Beispiele

- Martin, 18 Jahre, 11 Klasse

Symptomatik in der Schule: Probleme in Mathematik und Informatik, sonst unauffällig

Kontext: Leistungserwartungen einerseits, Überprotektivität andererseits; Elterndissens; Persönlichkeitsfaktoren (impulsiv)

Diagnostik: Dyskalkulie, Cannabiskonsum, „Zocken“ Computerspiel, Glücksspiel(Sportwetten)

Procedere: ambulante Betreuung; schulisch Beratung im 13. BUZ, keine Hilfen zu etablieren



4. Beispiele

- Hohe **Heterogenität** der Problemkonstellationen
- Schulischer Kontext ebenfalls **sehr unterschiedlich**, sowohl personell als auch institutionell
- Grundsätzlich: Es müssen fast immer **individuelle Lösungen** gesucht werden – die schulischen Voraussetzungen zielen zunächst und zuvorderst auf Lernen und Leisten ab, nicht darauf, das einzelne Kind mit seinen Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.
- Manche schulischen Voraussetzungen sind eindeutig **defizitär**, z. B. die Regelungen bei Dyskalkulie und LRS.



5. Die Schule als Entwicklungsraum

Positive schulische Einflussfaktoren:

- Ausmaß an Lob und positiver Verstärkung
- Anregende Gestaltung der unmittelbaren schulischen Umgebung
- Übertragung von Verantwortlichkeit auf die Schüler
- Modellverhalten der Lehrer
- Gruppenbezogener Lehrstil
- Übereinstimmung der Lehrerschaft hinsichtlich pädagogischer Prinzipien



5. Die Schule als Entwicklungsraum

Positive schulische Einflussfaktoren:

- Wenig Lehrer- und Schülerwechsel
- Positiv erlebtes Schulklima
- Vertrauen zwischen Lehrern und Schülern
- Keine Betonung von Leistungs- und Konkurrenzdruck
- Schutz der Schüler vor Mobbing, Bullying, psychischer und physischer Gewalt
- Individuelle Anpassung schulischer Anforderungen
- Tragfähiges soziales schulisches Netz



5. Die Schule als Entwicklungsraum

- Es ist davon auszugehen, dass von den genannten Einflussfaktoren auch bei psychischen Erkrankungen günstige Effekte ausgehen können.
- Gleichzeitig müssen gezielte Maßnahmen im Hinblick auf psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler entwickelt werden.



6. Besonderer Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei „Krankheit“

1.1 ...Damit können Unterricht und Erziehung die Genesung unterstützen und erheblich zum Wohlbefinden beitragen. Kranke Schülerinnen und Schüler haben das Recht auf Unterricht und Förderung, welches ihnen auf verschiedenen Wegen gewährt werden kann.“

1.2 ...differenzierte schulische Angebote für unterschiedliche medizinische Diagnosen

a) akut kurzzeitig - b) langfristig körperlich - c) psychisch



6. Besonderer Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei „Krankheit“

2c) psychische Erkrankung - Beschulung, Förderbedarf, Nachteilsausgleich

- verschiedene Organisationsformen der Beschulung möglich
- Schule prüft „von Amts wegen“, ob besonderer Förderbedarf vorliegt, der zu Nachteilsausgleich und weiteren pädagogischen Hilfen berechtigt.
- Voraussetzung: aktuelle medizinische Diagnose durch Kliniken, Fachärzte und Fachdienste für KJPP, KJPT, SPZ



6. Besonderer Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei „Krankheit“

2c) psychische Erkrankung - Beschulung, Förderbedarf, Nachteilsausgleich

Organisationsformen:

- Unterricht in Stammschule mit Nachteilsausgleich
- Unterricht in Klinikschule; Rückkehr in Stammschule o. Nachsorgeklasse
- Hausunterricht
- Unterricht in sonderpädagogischer Kleinklasse
- Unterricht in schuleretzender Maßnahme



6. Besonderer Förderbedarf und Nachteilsausgleich bei „Krankheit“

2 c) psychische Erkrankung – Beschulung, Förderbedarf, Nachteilsausgleich

Verfahren zur Gewährung eines Nachteilsausgleichs:

- Stellungnahme der Beratungs- oder Diagnostiklehrkraft „emotionale und soziale Entwicklung“, beim Übergang aus Klinikschule oder Nachsorgeklasse Beratungslehrkraft für psychisch Erkrankte
- Schulaufsicht entscheidet über besonderen Förderbedarf (pädagogische Hilfen) und Nachteilsausgleich.
- Über die Ausgestaltung entscheidet die Schule, bei Prüfung die/der Prüfungsvorsitzende.



7. Anregungen

Auf allen Ebenen:

- Das jeweilige Kind so wahrnehmen und annehmen wie es ist und von dieser Grundannahme aus so gut wie möglich „*bilden*“: unterstützen und fördern
- Sind Lehrer im Pflichtschulsystem dazu in der Lage? Wie werden sie und die Pflichtschule dazu befähigt?
- Problematisches Bildungsziel „Optimaler Bildungsabschluss“: Gefahr, das Kind zum optimalen Funktionieren bringen zu müssen



7. Anregungen

- Auf der institutionellen Ebene:
 - Schulische Bedingungen mit **positiven schulischen Einflussfaktoren** schaffen, in der einzelnen Schule und durch übergeordnete Maßnahmen
 - **Gezielte** Maßnahmen zur (indizierten) Prävention
 - **Verbindliche** Kooperation mit Institutionen und Personen herstellen, die sowohl **präventiv** als auch **interventionell** grundsätzlich und bei Bedarf unterstützen können.
 - Entsprechende **Aus-, Fort- und Weiterbildung**



7. Anregungen

Differenzierung psychischer Erkrankungen und deren Berücksichtigung während der gesamten Schullaufbahn

- Entwicklungsstörungen
- Akute Erkrankungen
- Länger andauernde Erkrankungen
- Chronische Erkrankungen
- Komplexe übergreifende Störungen



8. Quellen

- Lehmkuhl G u. a. (Hrsg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2 Bd., Hogrefe Verlag, Göttingen 2013.
- Herpertz-Dahlmann B u. a. (Hrsg.), Entwicklungspsychiatrie, 2. Aufl., Schattauer-Verlag, Stuttgart 2008
- Sarimski K, Soziale Risiken im frühen Kindesalter, Hogrefe Verlag, Göttingen 2013.
- Schneider W, Lindenberger U (Hrsg.), Entwicklungspsychologie, 7. vollst. überarb. Aufl., Beltz-Verlag, Weinheim 2012.
- Steinhausen H-C, Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 7. Aufl., Elsevier Verlag, München 2010.



8. Quellen

- Berliner Schulgesetz in: www.gesetze.berlin.de
- Besonderer Förderbedarf bei Krankheit in:
www.berlin.de/sen/bildung/foerderung

Vielen Dank.

Dr. Hans Willner
Klinik für Seelische Gesundheit im
Kindes- und Jugendalter
St. Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
Akademisches Lehrkrankenhaus
Wüsthoffstraße 15 · 12101 Berlin
Sekretariat K. Schubert · Tel 030 7882-2036
sgjk@sjk.de · www.sjk.de