



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Der schulische Reintegrationsprozess
nach einer Hirntumorerkrankung im Volksschulalter
– eine Fallstudie“

verfasst von

Claudia Ruhs

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 848

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Bildungswissenschaft

Betreut von:

Assoz. Prof. Mag. Dr. Helga Fasching

Eidesstaatliche Erklärung

Ich, Claudia RUHS, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, am _____

Danksagung

Zu Beginn möchte ich mich herzlich bei meiner Masterarbeitsbetreuerin Frau Assoz. Prof. Mag. Dr. Helga Fasching bedanken, die es mir ermöglicht hat, mich in meiner Masterarbeit der Thematik zu widmen, die mir wirklich am Herzen liegt.

Auch möchte ich mich bei Frau R. und ihrem Sohn dafür bedanken, dass ich den Reintegrationsprozess mitverfolgen durfte und sie sich für meine Interviews Zeit genommen haben. Ohne ihre Mithilfe wäre die Realisierung meines Vorhabens nicht umsetzbar gewesen.

Ein weiterer Dank geht an meinen Freund, der mich im Laufe meines Studiums immer tatkräftig unterstützt und motiviert hat. Insbesondere bin ich für deine Geduld, deine aufheiternenden Worte und die konstruktiven Gespräche mit dir dankbar.

Das größte Dankeschön möchte ich meiner Familie aussprechen, die mir dieses Studium ermöglicht und im Zuge dessen immer an mich geglaubt haben.

DANKE!

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG	1
 I. THEORETISCHER HINTERGRUND.....	7
1. BEGRIFFSKLÄRUNG	7
1.1 INTEGRATION UND REINTEGRATION	7
1.2 INKLUSION	8
2. ALLGEMEINE INFORMATIONEN ZU HIRNTUMORERKRANKUNGEN	11
2.1 SYMPTOME	11
2.2 BEHANDLUNGSFORMEN	11
2.3 NEBENWIRKUNGEN	12
2.4 SPÄTFOLGEN	12
3. BILDUNG BEI KRANKHEIT.....	12
3.1 BEDEUTUNG DER SCHULE WÄHREND EINER KRANKHEIT	12
3.2 ALLGEMEINE INFORMATIONEN ÜBER SCHULE FÜR KRANKE.....	13
3.2.1 Charta für kranke Kinder	15
3.3 DAS KONZEPT DER SCHULISCHEN BEGLEITUNG NACH SCHROEDER ET AL.	18
4. DIE HEILSTÄTTENSCHULE.....	22
4.1 ENTSTEHUNGSGESCHICHTE	22
4.2 ALLGEMEINE AUFGABEN DER HEILSTÄTTENSCHULE.....	23
4.3 ZUR ROLLE DER LEHRPERSONEN IN HEILSTÄTTENSCHULEN	24
4.4 UNTERRICHTSFORMEN	25
4.4.1 Klassenunterricht.....	25
4.4.2 Einzelunterricht am Krankenbett.....	25
4.4.3 Integrativer Hausunterricht der Heilstättenschule Wien	26
5. DIE SCHULISCHE REINTEGRATION.....	26
5.1 HERAUSFORDERUNGEN IM ZUGE DER SCHULISCHEN REINTEGRATION	27
5.1.1 Spätfolgen	28
5.2 ALLGEMEINE UNTERSTÜTZUNGSMÖGLICHKEITEN	30
5.3 NACHSORGEPROGRAMME IN ÖSTERREICH	32

5.3.1 Projekt „Lernblitz“	32
II. EMPIRISCHE FALLSTUDIE	33
6. FORSCHUNGSDESIGN	33
6.1 FORMALE CHARAKTERISTIKA DES MATERIALS	34
7. DAS BIOGRAPHISCH-NARRATIVE INTERVIEW	35
7.1 DIE PHASEN EINES BIOGRAPHISCH-NARRATIVEN INTERVIEWS	35
7.2 BIOGRAPHISCH-NARRATIVE INTERVIEWS MIT KINDERN	36
7.3 DIE BIOGRAPHISCHE FALLREKONSTRUKTION	38
7.3.1 Die Auswertungsschritte der biographischen Fallrekonstruktion	38
7.4 INTERVIEWAUSWERTUNG MIT FRAU R.	39
7.4.1 Sequenzielle Analyse der biographischen Daten	40
7.4.2 Text- und thematische Feldanalyse	45
7.4.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte	60
7.4.4 Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte	63
7.5 INTERVIEWAUSWERTUNG MIT CHRISTOPH	64
7.5.1 Sequenzielle Analyse der biographischen Daten	64
7.5.2 Text- und thematische Feldanalyse	65
7.5.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte	70
7.5.4 Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte	70
7.6 ZUSAMMENFASSUNG DER BIOGRAPHISCH-NARRATIVEN INTERVIEWS	71
8. DAS PROBLEMZENTRIERTE INTERVIEW	72
8.1 DIE PHASEN EINES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	72
8.2 DIE QUALITATIVE INHALTSANALYSE	73
8.2.1 Die Vorgehensweise bei der qualitativen Inhaltsanalyse	73
8.3 AUSWERTUNG DES INTERVIEWS MIT DER LEHRPERSON	74
8.3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials	74
8.3.2 Fragestellung der Analyse	75
8.3.3 Analysetechnik	75
8.3.4 Kategorienbildung	76
8.4 ZUSAMMENFASSUNG DES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS	78

III. RESÜMEE, OFFENE FRAGEN UND AUSBLICK.....	83
LITERATURVERZEICHNIS	86
TABELLENVERZEICHNIS	91
ANHANG.....	92

Einleitung

Christoph ist 9 Jahre alt.
Seine Diagnose: Hirntumor.

FORSCHUNGSSTAND

Jährlich erkranken österreichweit ca. 90 Kinder und Jugendliche an Hirntumor. Obwohl die Heilungschancen dank der modernen Medizin auf 70 % gestiegen sind, bedeutet diese Diagnose einen gewaltigen Einschnitt in die Biographie der Betroffenen und deren Umfeld (vgl. Leiss 2014, S. 300). Alle Lebensbereiche werden von der Erkrankung überschattet und die Bekämpfung dieser tritt in den Lebensmittelpunkt. Für Kinder und Jugendliche werden in dieser schwierigen Zeit die Familie, aber auch die Mitschüler/-innen und der Freundeskreis eine essentielle Stütze. Auch die Institution Schule gewinnt in dieser Lebensphase eine besondere Bedeutung, denn sie symbolisiert den Patient/-innen Kontinuität beziehungsweise ein Stück Normalität und ist verbunden mit der Hoffnung auf Genesung (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24).

Aufgrund der zahlreichen und intensiven Behandlungsformen, die unverzüglich mit der Diagnose „Hirntumor“ initiiert werden, ist es den erkrankten Kindern oftmals über einen längeren Zeitraum nicht mehr möglich, am Unterricht in ihrer Stammschule teilzunehmen. Um jedoch, im besten Fall, nach der Erkrankung wieder in die Herkunftsklasse eingegliedert werden zu können, bedarf es der kontinuierlichen Aufarbeitung des verabsäumten Schulstoffes sowie der regelmäßigen Kontaktpflege mit den Mitschüler/-innen, um sozial im Klassenverband integriert zu bleiben. Ein langer Krankenhausaufenthalt ohne Möglichkeit auf Beschulung würde für die erkrankten Kinder eine Benachteiligung darstellen, die sich unter Umständen auch auf die weitere Schullaufbahn beziehungsweise auf einen späteren Berufseinstieg negativ auswirken könnte. Laut der *„Charta über das Recht der kranken Kinder auf Bildung und Erziehung im Krankenhaus und zu Hause“*, welche im Jahr 2000 in Barcelona von der Vereinigung der Krankenhauslehrer/-innen verabschiedet wurde, steht unter anderem jedem erkranktem Kind das Recht auf Chancengleichheit sowie das Recht auf Schulbildung zu, entsprechend seiner körperlichen, geistigen und psychischen Verfassung. (HOPE, online) Dieser Forderung will in Österreich die Institution Heilstättenschule nachkommen. Die Heilstättenschule, eingebettet in die Sonderpädagogik, hat es sich zur Aufgabe gemacht, *„Kinder, die in risikoreichen Lebensumständen eine Zeitlang verharren, in ihrem Lernen und Verhalten zu stärken“* und den Unterricht dabei an die Bedürfnisse und Möglichkeiten des erkrankten Kindes anzupassen. (Schierer 2013, S. 1, online) Der Unterricht im Zuge eines Kranken-

hausaufenthaltes orientiert sich an der jeweiligen Tagesverfassung beziehungsweise am Gesundheitszustand des sich in Behandlung befindenden Kindes und erfordert vor allem Flexibilität in der organisatorischen sowie methodisch-didaktischen Vorgehensweise (vgl. Bmbwk 2001, S. 13, online).

Im Zuge dieser Masterarbeit wird speziell auf den nach einer Entlassung beginnenden Reintegrationsprozess in die Herkunftsschule eingegangen. Dieser wird durch das Lehrpersonal der Heilstättenschulen in die Wege geleitet und wenn nötig längerfristig begleitet. In der Literatur gibt es dazu eigens konzipierte Konzepte, wie beispielsweise das von Schroeder et al. (1996), die den Prozess der Begleitung schwer erkrankter Kinder und Jugendlicher schrittweise zur Umsetzung in der Praxis darstellen.

FORSCHUNGSLÜCKE

Im Zuge meiner Recherchearbeit kristallisierte sich heraus, dass sich viele Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Krankenhauspädagogik auf die verschiedenen Aufgabenbereiche und Zielsetzungen sowie die organisatorischen Abläufe des Krankenhausunterrichts und die Beschreibung des Berufsfeldes der in diesen Institutionen tätigen Lehrpersonen beschränken. Weiters wurde ersichtlich, dass sich bisher vor allem nur einige wenige Studien mit der Wiedereingliederung von Patient/-innen nach einer Krebserkrankung beschäftigt haben. In ihrer Publikation haben sich Schroeder et al. (1996, S.27ff) dem bereits genannten „*Konzept zur schulischen Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher*“ gewidmet, dass in vielen Klinikschulen in Deutschland, und auch in ähnlicher Form in den Heilstättenschulen Österreichs im Zuge der schulischen Begleitung Anwendung findet. Als Ziel dieses Prozesses wird die erfolgreiche Reintegration des erkrankten Kindes in den ursprünglichen Klassenverband angesehen. Grundzüge dieses Konzeptes wurden im Rahmen der quantitativen Untersuchung „*Maßnahmen zur schulischen Reintegration krebskranker Kinder und Jugendlicher. Zur Versorgungslage an pädiatrisch-onkologischen Behandlungszentren in Deutschland.*“ von Ehrentraut und Stegie (2005) untersucht, wobei „Spielraum für die Implementierung weiterer supportiver Angebote zur schulischen Reintegration onkologisch erkrankter Schüler“ resultierte. Im Zuge dieser Studie wurden 31 pädiatrisch-onkologische Behandlungszentren in Deutschland in Bezug auf ihre supportiven Maßnahmen zur Wiedereingliederung nach einer Krebserkrankung befragt. Demnach widmet sich die große Mehrheit der teilnehmenden Kliniken einer Erarbeitung eines individuellen Lernplans, welcher Maßnahmen zur schulischen Begleitung implementiert. Einer Ausarbeitung eines konkreten Reintegrationsplans zur Wiedereingliederung nach der (Krebs-) Erkrankung nehmen sich jedoch lediglich neun von 31 Zentren an. So sind auch sogenannte Informationsbesuche, welche

sich an Mitschüler/-innen von erkrankten Kindern richten und eine adäquate sowie kindgerechte Vermittlung des Krankheitsbildes vorsehen, nicht im Repertoire aller Behandlungszentren verankert (vgl. Ehrentraut & Stegie 2005, S. 493ff). Im Zuge dessen fordern Ehrentraut und Stegie eine Eingliederung der Krankenhauspädagogik in Hochschulen sowie Universitäten. Diese Forderung konnte bis dato nicht erfüllt werden, da viele Vertreter/-innen der Krankenhauspädagogik das noch immer fehlende wissenschaftliche Paradigma kritisieren und für eine Einbindung dieser Thematik in die Lehramtsausbildung und zusätzliche Fort- und Weiterbildungsangebote plädieren (vgl. u.a. Schmitt 1998; Gärtner 2005; Wertgen 2012b).

Bei genauerer Betrachtung weiterer Studien wird deutlich, dass der Reintegrationsprozess in der vorherrschenden Literatur meist aus der Perspektive der ihn initiiierenden Institution betrachtet wird, die individuellen Erfahrungen der am Wiedereingliederungsprozess Beteiligten jedoch aus bildungswissenschaftlicher Sichtweise bislang nahezu unerforscht sind.

FORSCHUNGSFRAGE

Dieser Umstand des fehlenden wissenschaftlichen Paradigmas in Kombination mit empirischen Lücken bezüglich subjektiver Erfahrungen im Wiedereingliederungsprozess nach einer Krebserkrankung hat mein wissenschaftliches Interesse geweckt. Das Anliegen dieser Arbeit ist es, diese Wiedereingliederung aus der Perspektive eines erkrankten Volksschulkindes, eines Elternteils und der Lehrperson der Stammschule zu betrachten. Dadurch soll basierend auf den Erfahrungen der Befragten ein möglichst facettenreiches Bild des Reintegrationsprozesses aufgezeigt werden. Zusätzlich soll das in der Literatur niedergeschriebenen Konzept von Schroeder et al. (1996) am Einzelfall überprüft werden.

Die Forschungsfrage der zugrundeliegenden Arbeit lautet daher:

„Wie kann der schulische Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung aus der Perspektive eines Volksschulkindes, dessen Mutter und der Lehrperson dargestellt werden?“

FORSCHUNGSMETHODE

Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wird eine Fallstudie durchgeführt, in der mit Hilfe von zwei biographisch-narrativen und einem problemzentrierten Interview die Eindrücke und Erfahrungen der am Reintegrationsprozess beteiligten Personen aufgezeigt werden sollen. Als Probanden werden ein betroffenes Kind, welches im Alter von acht Jahren an

einem Hirntumor, konkret an einem Ependymom¹ erkrankt ist, dessen Mutter und seine Lehrperson herangezogen.

Mit Hilfe einer breit gefassten Erzählaufforderung soll in den beiden biographisch-narrativen Interviews (Rosenthal 2014) die gesamte Biographie des Kindes und die der Mutter erfasst werden. Neben dem Prozess der Reintegration können auf diese Art und Weise auch Hintergründe wie beispielsweise die Familien- und Krankheitsgeschichte berücksichtigt werden.

Im Interview mit der Lehrperson bedarf es nicht der Schilderung der gesamten Lebensgeschichte, weshalb ein problemzentriertes Interview (Mayring 2002; 2010) durchgeführt wird. Die Erzählaufforderung orientiert sich an der vorab analysierten Problemstellung, die in Form eines offenen Gesprächs von der Lehrperson thematisiert werden soll (vgl. Mayring 2002, S. 67). Hierbei soll speziell der Reintegrationsprozess und die im Zuge dessen von der Lehrperson gesammelten Eindrücke und Erfahrungen ins Zentrum der Erzählung gerückt werden.

Alle drei Interviews wurden auditiv aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert und ausgewertet. In Bezug auf die beiden biographisch-narrativen Interviews bietet sich die biographische Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) als Auswertungsmethode an.

Das problemzentrierte Interview, welches mit der Lehrperson des erkrankten Kindes geführt werden soll, wird mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

AUFBAU DER ARBEIT

Die Masterarbeit ist in drei Teile gegliedert, wobei sich das erste Kapitel der theoretischen Ausarbeitung widmet. Hier wird zuerst einer Begriffsklärung von Integration, Reintegration und Inklusion Platz eingeräumt. Im Anschluss daran wird kurz auf die Erkrankung von Hirntumoren, deren Behandlungsformen und Spätfolgen näher eingegangen. Weiters wird sich allgemeinen Informationen zu Krankenhausschulen gewidmet, wobei dem Konzept von Schroeder et al. (1996) besondere Beachtung geschenkt wird. Im Zuge dessen soll die Entstehungsgeschichte der Heilstättenschule in Österreich, deren Organisations- und Rahmenbedingungen, die schulischen und heilpädagogischen Aufgaben während und nach dem Krankenhausaufenthalt sowie der darauffolgende Reintegrationsprozess aufgezeigt werden.

¹ Als Ependymom wird ein niedrig- oder hochgradiger Tumor bezeichnet, der bei Kindern im Gehirn oder Rückenmark vorkommt. In Österreich erkranken jährlich in etwa fünf bis zehn Kinder an einem Ependymom (vgl. Kienesberger 2012, S. 1ff).

Das zweite Kapitel stützt sich im Wesentlichen auf die drei durchgeführten Interviews, welche mit Hilfe der biographischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) und der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet wurden. Hier soll anhand eines konkreten Fallbeispiels der Reintegrationsprozess in die Herkunftsklasse und die damit verbundenen Eindrücke und Erfahrungen der Beteiligten aufgezeigt werden, um diesbezüglich ein multiperspektivisches beziehungsweise mehrdimensionales Bild hervorbringen zu können.

Das letzte Kapitel der Masterarbeit beinhaltet ein Fazit, welches vorrangig eine Gegenüberstellung des in der Theorie dargestellten Konzepts von Schroeder et al. (1996) und den eigens gewonnen Forschungsergebnissen in Bezug auf den Reintegrationsprozess vorsieht. Jene Eindrücke und Erfahrungen, die sich im Zuge der Interviews herauskristallisieren, stellen Anstöße für Theorie und Praxis dar, um zukünftig der Wiedereingliederung bei krebserkrankten Kindern im Bildungswesen mehr Beachtung und fachliche Kompetenzen entgegenbringen zu können. Zusätzlich soll im letzten Abschnitt den weiterführenden und offen gebliebenen Fragen Platz eingeräumt werden.

I. Theoretischer Hintergrund

1. Begriffsklärung

Für die vorliegende Arbeit wird an dieser Stelle eine kompakte Begriffsklärung von Integration, Reintegration und Inklusion aus bildungswissenschaftlicher Sicht vorgenommen.

1.1 Integration und Reintegration

Etymologisch stammt der Terminus Integration vom lateinischen „*integratio*“, was so viel wie „Herstellung eines Ganzen“ oder „Zusammenschluss“ bedeutet (vgl. Speck 2010, S. 18).

Speck widmet sich in seiner Publikation „*Schulische Integration aus heilpädagogischer Sicht*“ unter anderem der Begrifflichkeit Integration und deutet dessen Zielsetzung folgendermaßen:

„Es geht um die Herstellung sozialer bzw. gesellschaftlicher Zugehörigkeit von Minderheiten, die bisher ausgegrenzt waren oder in Gefahr sind, isoliert zu werden. Ziel ist ein freies Zusammenleben unterschiedlicher Menschen in den verschiedenen sozialen Gruppen einer Gesellschaft (...).“ (Speck 2010, S. 18)

Aus sonderpädagogischer Sichtweise geht es in Bezug auf Integration speziell um eine gemeinsame Erziehung und Bildung von behinderten und nichtbehinderten Menschen (vgl. Biewer 2009, S. 122). Diesem Anliegen haben sich vermehrt Heil- und Sonderpädagog/-innen gewidmet, welche die Aufhebung einer schulischen Segregation zugunsten gemeinsamen Lernens von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung forderten (vgl. Speck 2010, S. 9). Dieser Integrationsgedanke fand Einzug in das Schulsystem, die Umsetzung wird jedoch von Heil- und Sonderpädagog/-innen stark kritisiert.

Speck fordert die Umgestaltung des allgemeinen Schulsystems, da die schulisch integrative Praxis seiner Meinung nach das eigentliche Ziel von Integration nicht nur verfehlt sondern sogar neue Formen partieller Ausgliederung hervorgebracht habe (vgl. ebd., S. 57). Demnach werden einzelne behinderte Kinder im Sinne der Einzelintegration zwar in die allgemeine Schule einbezogen, jedoch nur auf temporärer und räumlicher Ebene. Denn nach wie vor wird in Hinblick auf Curriculum und Lehrperson(en) eine Separation vom gemeinsamen Allgemeinunterricht vollzogen, was oftmals sogar eine negativ besetzte Rolle im Klassenverband zur Folge hat (vgl. ebd., S. 57f). Er bezeichnet die Integrationspraxis als defizitär und kritisiert sie als oberflächlich und sinnwidrig, da nach wie vor zwei Gruppen von Schüler/-innen – behinderte und nichtbehinderte – kategorial unterschieden werde und dies dem Ansatz des ganzheitlichen gemeinsamen Lernens hinderlich gegenüberstehe (vgl. ebd., S. 19; 60).

Im Zuge der vorliegenden Arbeit wird vermehrt der Terminus Reintegration verwendet, der sich ebenso wie die Begrifflichkeit Integration vom lateinischen „*integratio*“ ableiten lässt. Durch die Vorsilbe *re-*, die für *wieder* steht, verändert sich die Bedeutung des Terminus und bezeichnet die Wiedereingliederung eines Individuums in dessen Ursprungskontext (vgl. Duden, online). In Bezug auf schulische Reintegration meint der Prozess der Wiedereingliederung die Rückführung eines längerfristig erkrankten Kindes in dessen Stammschule, im Idealfall in dessen ursprüngliche Klasse. Dieser Prozess wird im Zuge des Forschungsvorhabens in den Mittelpunkt gestellt, weshalb er in einem eigenen Kapitel besondere Beachtung findet.

1.2 Inklusion

Seit den 1990er Jahren wird der Terminus „Integration“ durch den Begriff der „Inklusion“ abgelöst. Etymologisch leitet sich das Wort Inklusion vom lateinischen „*includere*“ ab, was so viel wie „einschließen“ bedeutet (vgl. Speck 2010, S.56; 60). Der konkrete Unterschied zwischen Integration und Inklusion liegt darin, dass Letzteres nicht versucht, die Minderheit in die Mehrheit zu integrieren sondern dass Vielfältigkeit und unterschiedliche Voraussetzungen als Chance für gemeinsames Leben und Lernen angesehen werden (vgl. Biewer 2009, S. 127).

Im deutschsprachigen Raum wird der Terminus „Inklusion“ vermehrt für den Bereich Behinderungen herangezogen, der sich nicht nur auf Bildung beschränkt sondern alle Lebensbereiche miteinbezieht (vgl. ebd., S. 70). Aus sonderpädagogischer Sichtweise verfolgt der Inklusionsgedanke das Ziel, vorhandene Barrieren für das Lernen und für die Teilhabe aller Schüler/-innen abzubauen und zu überwinden. Speck (2010, S. 79) formuliert hierfür in Anlehnung an Sander (2004) folgende Forderung:

„Das Aufgabenspektrum einer inklusiven Pädagogik müsse sich über bloße behindertenpädagogische Implikationen hinaus auf eine Pädagogik entwickeln, die alle Kinder – mit welchen besonderen Lernbedürfnissen auch immer – einschließt. Es gehe um die Anerkennung der Verschiedenheit jedes Kindes und eine entsprechende soziale Einbeziehung aller Kinder und ihrer je verschiedenen Bedürfnisse, also um eine entsprechende Umgestaltung des Unterrichts.“

Diese Forderung von Anerkennung der Vielfalt und Verschiedenheit aller Schüler/-innen in unserem Bildungssystem erfordert laut Speck eine ganzheitliche Umstrukturierung. Nicht selten wird in Bezug auf dieses Postulat von einer „*Schule für alle*“ beziehungsweise einer „*Schule der Vielfalt*“ gesprochen, welche die Kernforderung beinhaltet, das bisherige „Zwei-System-Modell“ von allgemeiner Schule und Sonderschule aufzuheben (vgl. ebd., S. 72).

Der Inklusionsgedanke fordert eine Schulstruktur, die Schule und Unterricht beziehungsweise Leben und Lernen für alle Kinder in einer gemeinsamen allgemeinen Schule möglich macht. In den 1990er Jahren hat man sich in Großbritannien und den USA bereits einem Konzept für eine inklusive Schule gewidmet, das Biewer (2009) in seiner Publikation *„Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik“* aufgreift. Es werden spezifische Merkmale genannt, die das Konzept der inklusiven Schule beschreiben. Demnach soll sich eine inklusive Schule die Verschiedenheit ihrer Schüler/-innen zum Ausgangspunkt ihres Schulkonzepts machen, wobei beispielsweise Behinderung als ein Aspekt der Heterogenität von Menschen angesehen wird. Zusätzlich bedürfe es einer veränderten Arbeitsweise, um dieser Verschiedenheit gerecht zu werden. Dies erfordere eine Umgestaltung von Lehr- und Lernprozessen sowie der Organisationsform einer Schule, um die Effektivität der Schule für das Lernen aller Schüler/-innen zu erhöhen. Denn nur so könne die inklusive Schule einen wichtigen Beitrag zur Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft leisten (vgl. Biewer 2009, S. 126f).

Eine zentrale Position um die Debatte eines inklusiven Bildungssystems nahm 1994 die von der UNESCO initiierte Salamanca-Konferenz ein, welche konkret forderte, dass sich Schulen und Schulsysteme für alle Kinder zu öffnen hätten. Speziell für jene mit besonderen Bedürfnissen, da sich das Schulwesen entsprechend seinem allgemeinen Inklusionsauftrag umzuorientieren habe (vgl. Speck 2010, S. 87). Denn: „Nicht das Kind habe sich an die Schule anzupassen, sondern die Schule an das Kind!“ (Speck 2010, S. 87)

Zuletzt wurde der Terminus „Inklusion“ maßgeblich von der *„Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung der Vereinten Nationen“* geprägt ist. Mit dem Inkrafttreten der Konvention in Österreich am 28. November 2008 erkennt nun der Staat gemäß Artikel 24 das Recht von Menschen mit Behinderung auf Bildung an, welches ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit verwirklicht und mit Hilfe eines integrativen Bildungssystems auf allen Ebenen gewährleistet werden muss. (Bmask 2011, S. 23, online)

Zur Umsetzung dieser Konvention wurde der *„Nationale Aktionsplan Behinderung (2012-2020)“* erstellt, welcher politische Zielsetzungen und umfassende Strategien beziehungsweise konkrete Maßnahmen zur Verwirklichung der UN-Behindertenrechtskonvention unter Zeitvorgaben beinhaltet (vgl. Bmask 2012, S. 3, online).

Die UN-Behindertenrechtskonvention richtet sich demnach an eine Personengruppe, die in den Schutzbereich dieses Übereinkommens fällt. Der Begriff „Mensch mit Behinderung“ wird in Artikel 1 folgendermaßen definiert:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Bmask 2011, S. 5, online)

Im *Nationalen Aktionsplan Behinderung* lässt sich ebenso eine Definition finden, die in ihren Grundzügen jener der UN-Behindertenrechtskonvention gleicht, jedoch den zeitlichen Aspekt präzisiert. Demnach zählen Menschen, die *langfristige* körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben – hier wurde ein voraussichtlicher Zeitraum von mehr als sechs Monaten festgelegt – zur Personengruppe der „Menschen mit Behinderungen“ (vgl. Bmask 2012, S. 17, online).

An diesem Punkt kann die Brücke zur Thematik der vorliegenden Arbeit geschlagen werden, da gemäß den beiden Definitionen auch jene Kinder und Jugendliche in unserem Bildungssystem dem Behindertenbegriff zugeordnet werden, die sich aufgrund einer physischen oder psychischen Erkrankung länger als sechs Monate in stationärer oder teilstationärer Behandlung befinden (vgl. Schmidt 2012, S. 123). Dennoch werden diese Kinder und Jugendliche im österreichischen Bildungssystem und den aktuellen bildungspolitischen Debatten kaum berücksichtigt, da das Hauptaugenmerk auf den Bereich der Sonderpädagogik, einschließlich ihrer schulischen Institutionen – und der Abschaffung dieser – gelegt wird. Die österreichische Heilstättenschule, welche sich der Beschulung kranker Kinder widmet, erfährt in den Diskussionen kaum Beachtung und weist eine defizitäre wissenschaftlich fundierte Auseinandersetzung auf. Diese Gegebenheit war unter anderem ausschlaggebend für die Aufarbeitung dieser Thematik.

Bevor sich jedoch der Institution Heilstättenschule beziehungsweise Schule für Kranke samt deren Aufgabenbereichen sowie Zielsetzungen gewidmet werden kann, ist es für die vorliegende Arbeit notwendig, das Krankheitsbild des Hirntumors und dessen Behandlungsformen zu erläutern. Dies geschieht in aller Kürze, da lediglich ein Eindruck über Symptome, Behandlungsformen und Spätfolgen vermittelt, nicht jedoch die medizinische Dimension der Erkrankung aufgegriffen werden soll.

2. Allgemeine Informationen zu Hirntumorerkrankungen

Der Terminus *Tumor* stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Knoten, Geschwulst oder Verdickung. Im Bereich der Medizin wird zwischen gutartigen und bösartigen Tumoren unterschieden, wobei bösartige Tumoren in Nachbarorgane hineinwachsen beziehungsweise sich in Form von weiteren Knoten (Metastasen) an anderen Stellen des Körpers festsetzen können (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 88). Wie bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit festgehalten wurde, erkranken jährlich etwa 90 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren an einem Hirntumor. Somit stellen Hirntumoren nach Leukämien die zweithäufigste onkologische Erkrankung im Kindes- und Jugendalter dar. Dank der modernen Medizin überleben heute ca. 70 Prozent der Patient/-innen (vgl. Peck-Himmel 2010, S. 3).

2.1 Symptome

Kinder und Jugendliche, die an einem Hirntumor erkranken, zeigen zu Beginn oftmals Symptome wie Übelkeit und morgendliches Erbrechen, Kopfschmerzen, Sehstörungen und aufgrund des überhöhten Hirndrucks kann es zu neurologischen Störungen oder Krampfanfällen kommen (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 84).

2.2 Behandlungsformen

Je nach Stadium des Tumors kommen verschiedene oder aber eine Kombination aus allen Behandlungsformen zum Einsatz. Meist wird in einem ersten Schritt versucht, den Tumor mit Hilfe eines operativen Eingriffes zu entfernen. Ist dies jedoch nicht möglich, so wird nur ein kleines Stück Gewebe entnommen, um die Art des Tumors, ob gut- oder bösartig, bestimmen zu können (vgl. Kienesberger 2012 S. 8). Nach der Operation erhalten viele erkrankte Kinder eine Strahlentherapie, um mit Hilfe von hochwirksamen Röntgenstrahlen Tumorzellen abzutöten. Die Bestrahlung wird über mehrere Wochen hinweg verteilt, wobei sich die gesamte Therapie über einen Zeitraum von sechs Wochen erstrecken kann (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 85). Die wohl wichtigste Behandlungsform stellt die Chemotherapie dar, welche Mittels Infusion verabreicht wird. Diese Behandlungsform soll den Zellwachstum, die Zellteilung sowie den Zellstoffwechsel verhindern. Da eine Chemotherapie für den Körper, insbesondere für das Immunsystem, eine enorme Belastung darstellt, wird sie in sogenannten „Blöcken“ verabreicht, um dem Körper Regenerationsphasen zu ermöglichen (vgl. ebd., S. 85).

2.3 Nebenwirkungen

Die beiden Behandlungsformen der Bestrahlung und Chemotherapie können verschiedenste Nebenwirkungen mit sich bringen. Im Zuge der Bestrahlung kann es zu Hautschäden, Entzündungen und Haarausfall kommen. Die Chemotherapie, welche insbesondere das Immunsystem schwächt, birgt ein erhöhtes Infektionsrisiko. Zusätzlich können Müdigkeit, Haarausfall, offene Stellen im Mund sowie Übelkeit und Erbrechen als Folge dieser Therapie auftreten (vgl. Topf et al. 2011, S. 195).

2.4 Spätfolgen

Im Hinblick auf die vorliegende Thematik wird hier der Fokus auf Spätfolgen der Erkrankung gelegt, welche Auswirkungen auf die schulische Leistungsfähigkeit von Kindern haben können. Leiss (2014, S. 301; 303) beschäftigt sich eingehend in ihrem Beitrag *„Kinder und Jugendliche mit einem Hirntumor - spezielle Bedürfnisse und Herausforderungen in Hinblick auf mögliche Spätfolgen“* mit dieser Thematik. Sie nennt im neurokognitiven Bereich Beeinträchtigungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, die sich in weiterer Folge negativ auf die schulischen Fertigkeiten der erkrankten Kinder und Jugendlichen auswirken können. Dieser Thematik wird jedoch in der vorliegenden Arbeit zu einem späteren Zeitpunkt noch intensivere Beachtung geschenkt.

3. Bildung bei Krankheit

Dieses Kapitel widmet sich der Bedeutung einer schulischen Institution während einer Krankheit, wobei allgemeine Informationen hierzu gegeben werden. Nachfolgend wird auf die Charta für kranke Kinder, welche im Jahr 2000 verabschiedet wurde, näher eingegangen. Im Anschluss daran, soll das Konzept der schulischen Begleitung bei einer Krankheit nach Schroeder et al. (1996) vorgestellt werden, welches bis heute weite Verbreitung in Schulen für Kranke und den österreichischen Heilstättenschulen findet.

3.1 Bedeutung der Schule während einer Krankheit

Es ist kaum nachvollziehbar, wie tragisch eine schwerwiegende Erkrankung im Kindesalter und deren Diagnose für die Beteiligten sein muss. Die gesamte Biographie wird davon überschattet und Lebensentwürfe geraten ins Wanken, da die Zukunft ungewiss erscheint.

Für betroffene Kinder und Jugendliche gewinnt in dieser Zeit die Schule eine besondere Bedeutung, denn sie vermittelt eine Zukunftsperspektive und ist verbunden mit der Hoffnung auf Genesung (vgl. Schiffermüller 1997, S. 117).

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden aufgrund ihrer Erkrankung aus ihrem bisherigen, gewohnten Lebensalltag herausgerissen (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 24). Sie vermissen nicht nur ihr soziales Umfeld sondern es fällt vielen sehr schwer, die zugeschriebene Patient/-innenrolle zu akzeptieren, welche oftmals mit Verlust von Selbstständigkeit und Autonomie einhergeht. Schule ermöglicht es ihnen, in ihre vertraute Rolle als Schüler/-in zurückzukehren und mit Hilfe einer kontinuierlichen Vermittlung und Aufarbeitung jener Lerninhalte, die zu diesem Zeitpunkt in der ursprünglichen Klasse unterrichtet werden, kann ein wichtiger Beitrag geleistet werden, den Anschluss an diese nicht zu verlieren und die sozialen Kontakte aufrechtzuerhalten. Zusätzlich ermöglicht schulische Begleitung eine Distanzierung von der Krankheit, da ein gemeinsames, tägliches und regelmäßiges Lernen ein wenig Abwechslung in den sonst von Untersuchungen und Behandlungen dominierten Krankenhausalltag gebracht wird. Schulen für Kranke tragen einen wichtigen Beitrag zu einem strukturierten Tagesablauf bei, denn sie vermitteln ein Stück Normalität und Kontinuität. Sie bieten eine beschützende Atmosphäre, in der es Gelegenheit gibt, an verschiedenen Aktivitäten teilzunehmen und so Kontakt zu anderen, ebenfalls erkrankten Kindern und Jugendlichen aufzubauen (vgl. Werten 2013, S. 13).

3.2 Allgemeine Informationen über Schule für Kranke

Schulen für Kranke sind Teil des allgemeinen Schulsystems, unterscheiden sich von regulären Schulen jedoch deutlich hinsichtlich ihrer Klientel und den Rahmenbedingungen, in denen der spezifische sonderpädagogische Bildungs- und Erziehungsauftrag verfolgt wird. Diese Schulinstitutionen sind für alle erkrankten Schüler/-innen zuständig, die als schulpflichtig gelten, weshalb die in ihr tätigen Lehrpersonen ein fundiertes fachliches Know-how über alle Pflichtschullehrpläne verfügen müssen. In der Regel sind überwiegend Lehrpersonen mit dem Lehramt der Sonderpädagogik an Schulen für Kranke tätig, da diese Schule dem Sonderschulwesen zugeordnet ist (vgl. Wertgen 2013, S. 23).

Oftmals wird eine Schule für Kranke als sogenannte „Durchgangsschule“ bezeichnet, der eine „Brückenfunktion“ zugewiesen wird, da sie in der Zeit, in der ein erkranktes Kind am Unterricht der Stammschule beziehungsweise der Herkunftsklasse nicht teilnehmen kann, die Beschulung vorübergehend übernimmt (vgl. ebd.).

In Deutschland gelten andere Regelungen, ab welchem Zeitpunkt ein Kind in einer Schule für Kranke unterrichtet wird. Hierfür muss sich das erkrankte Kind mindestens für vier Wochen (diese müssen jedoch nicht aufeinanderfolgend sein) in stationärer oder teilstationärer Behandlung befinden, um Anspruch auf Beschulung geltend machen zu können (vgl. ebd.).

In Österreich hingegen werden alle Kinder, ab dem ehestmöglichen Zeitpunkt nach der Aufnahme im Krankenhaus, in der zuständigen Heilstättenschule oder direkt am Krankenbett von den Heilstättenpädagog/-innen schulisch betreut. Diese vorgegebene zeitliche Regelung, ab wann Beschulung in Anspruch genommen werden kann, zieht in Deutschland viel Kritik nach sich. Gärtner (2007, S.413) vertritt beispielsweise die Meinung, dass kranke Schüler/-innen „ein Recht auf die Erfüllung der Schulpflicht, unabhängig von der Art oder Dauer der Erkrankung und ihrer Perspektive“ hätten. Auch Wertgen kritisiert die Einschränkung des Anspruchs auf Unterricht im Krankenhaus durch die Vier-Wochen-Regelung, da sich solche Einbußen bereits nach wenigen Wochen sehr nachteilig auf die Bildungschancen erkrankter Schüler/-innen auswirken können (vgl. Wertgen 2012b, S. 76ff).

Eine der zentralen Aufgaben von Schulen für Kranke hat Wertgen (2012a), in Anlehnung an Schmitt (1998), folgendermaßen formuliert:

„Die Schule für Kranke soll dazu beitragen, dass auch kranke Kinder und Jugendliche den Bezug zur Schule aufrecht erhalten können, dass sie ihren schulischen Bildungsgang weiterverfolgen und sich als leistungsfähig und selbstwirksam erleben können. (Wertgen 2012a, S. 69)

In der Öffentlichkeit werden Schulen für Kranke jedoch oftmals als Nachhilfe-Institutionen abgetan, deren einzige Aufgabe darin bestehe, Lerninhalte der Kernfächer zu vermitteln, um nach dem Krankenhausaufenthalt eine erfolgreiche leistungsmäßige und soziale Wiedereingliederung gewährleisten zu können (vgl. u.a. Schmitt 1998, S. 184; Wertgen 2012a, S. 61f). Schmitt will dieser unzureichenden Vorstellung entgegenwirken und vertritt die Meinung, dass Unterricht im Krankenhaus mehr als bloße Wissensvermittlung bedeutet, da dieser zusätzlich einen sonderpädagogischen Auftrag zu erfüllen hätte.

„Die Schulen für Kranke sind wegen ihrer Orientierung auf das einzelne Kind, ihrer beruflichen Nähe zu medizinischen und psychosozialen Fachdiensten und durch ihre mit den Stammschulen der Schüler-Patienten abgestimmte Vorgehensweise bestens geeignet, zu erfüllen, was Sonderpädagogik originär leisten muß: 1. die konkrete schulische und soziale Integration jedes Kindes; 2. die Integration sonderpädagogischer Problemstellungen in die allgemeine Schulwissenschaft und Schulrealität.“ (Schmitt 1998, S. 188)

Weiters hält er fest: „Wo Unterricht in jedem einzelnen Falle eine individuell abgestimmte Entscheidung voraussetzt und durchgehend personenorientierte Bedingungen des Unterrichts zu beachten sind, ist das Kriterium Sonderpädagogik a priori erfüllt.“ (Schmitt 1998, S. 185)

Schmitt (1998, S. 186) weist dezidiert darauf hin, dass der Alltag von Schüler/-innen, welche sich in stationärer oder teilstationärer Behandlung befinden, gestört und deren psychosoziale

Existenz bedroht ist. Dies bedarf spezieller pädagogischer Kompetenzen der Lehrpersonen in Schulen für Kranke, da Eigenschaften wie Geduld, Hoffnung, Gelassenheit, Humor und Güte im Unterrichtalltag unter erschwerten Bedingungen unabdingbar erscheinen, um jungen kranken Menschen Zuversicht und Selbstvertrauen in dieser schwierigen Zeit vermitteln zu können. Diesbezüglich kritisiert er jedoch das Fehlen eines wissenschaftlichen Paradigmas schulischer Krankenpädagogik und hält hierzu fest:

„Die Tatsache, daß schulische Krankenpädagogik bis heute keinen Eingang in die wissenschaftlichen Hochschulen finden konnte, setzt die Geringschätzung der Not kranker Kinder fort, auch wenn vor Ort durch die Gründung der Schulen für Kranke und die Einrichtung von Haus- und Krankenhausunterricht alles zum besten geregelt scheint. (Schmitt 1998, S. 187)

Wertgen (2012b, S. 88) teilt diese Meinung und hält diesbezüglich kritisch fest, dass die bildungspolitischen Debatten nicht mit der wünschenswerten Transparenz geführt werden, da „die seit Jahren bekannten und offensichtlichen Defizite in der Unterrichtsversorgung kranker Schüler scheinbar bildungspolitisch kaum zur Kenntnis genommen werden.“

Auch zahlreiche andere Vertreter/-innen (vgl. u.a. Gärtner 2007; Iskenius-Emmler & Jung 2006; Thiele 2011) der Krankenpädagogik fordern deshalb eine stärkere Verankerung dieses Förderschwerpunkts im Zuge des Lehramtsstudiums sowie Möglichkeiten zur Fortbildung. Im Zuge dessen wird oftmals Österreich als Vorreiter genannt, da es das einzige europäische Land ist, welches eine einheitliche, staatlich anerkannte Ausbildung für Heilstättenpädagog/-innen anbietet (vgl. Pädagogische Hochschule OÖ, online).

3.2.1 Charta für kranke Kinder

Da es aufgrund der erschwerten Bedingungen, unter denen Unterricht im Krankenhaus stattfindet, nicht für alle Krankenhausschulen ein allgemein gültiges Schulprofil geben kann wurde am 20. Mai 2000 im Zuge der in Barcelona stattfindenden Generalversammlung der Europäischen Vereinigung der Krankenhauslehrer/-innen die *„Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“* verabschiedet (vgl. HOPE, online). Diese wurde von Pädagog/-innen mehrerer europäischer Staaten verfasst und beinhaltet zentrale Aspekte in der schulischen Arbeit mit kranken Kindern, die in der Praxis als Kriterien für qualitativen Krankenhausunterricht herangezogen werden sollen (vgl. Wertgen 2009, S. 64).

Die Charta der Schulrechte von kranken Kindern beinhaltet folgende zehn Artikel, die in ihrer Formulierung von der Website der HOPE – Hospital Organisation of Pedagogues in Europe – übernommen wurde:

1. „Jedes kranke Kind und jeder Jugendliche hat das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause.“
2. „Ziel des Unterrichts für kranke Kinder und Jugendliche ist die Fortführung von Bildung und Erziehung und die Erhaltung ihrer Stellung als Schüler.“
3. „Die Krankenhausschule fördert die Gemeinschaft von Kindern und Jugendlichen und normalisiert den Alltag. Krankenhausunterricht kann als Klassen-, Gruppe- und Einzelunterricht organisiert werden.“
4. „Krankenhaus- und Hausunterricht müssen, in Abstimmung mit der Heimatschule, den Bedürfnissen und Fähigkeiten kranker Kinder und Jugendlicher entsprechen.“
5. „Lernort, Lernumwelt und die Lernhilfen müssen den Bedürfnissen kranker Kinder und Jugendlicher angepasst sein. Kommunikationstechnologien sollen auch für die Vermeidung von Isolierung genutzt werden.“
6. „Der Inhalt des Unterrichts umfasst mehr als den formalen Stoffplan und enthält auch Themen, die aus besonderen Bedürfnissen durch Krankheit und Krankenhausaufenthalt erwachsen. Eine Vielzahl von Unterrichtsmethoden und –quellen sollen genutzt werden.“
7. „Die Kliniklehrer und die Lehrer für Hausunterricht müssen voll qualifiziert sein und ständig Fortbildung erhalten.“
8. „Die Lehrer kranker Kinder und Jugendlicher sind als schulische Fachleute vollwertige Mitglieder des multidisziplinären Pflgeteams. Sie sind die Verbindung zwischen der Krankenhauswelt des Kindes oder Jugendlichen und seiner Heimatschule.“
9. „Die Eltern werden über das Recht ihres kranken Kindes oder Jugendlichen auf Schulunterricht und über das Unterrichtsprogramm informiert. Sie sind als aktive und verantwortliche Partner zu betrachten.“
10. „Der Schüler wird als ganzheitliche Person betrachtet. Das schließt das Arztgeheimnisses [sic!] und der Respekt vor der Privatsphäre und dem religiösen Bekenntnis ein.“ (HOPE, online)

Wie bereits erwähnt sollen mit Hilfe dieser Charta die Rechte von kranken Kindern und Jugendlichen auf Bildung und Erziehung im Krankenhaus und zu Hause gesichert werden. Wertgen wirft im Zuge seiner Ausarbeitung *„Die ‚Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause‘. Ein Vergleich zwischen berechtigten Forderungen und pädagogischer Realität an Schulen für Kranke.“* einen kritischen Blick auf die pädagogische Wirklichkeit an Schulen für Kranke und stellt fest, dass die in den HOPE-Artikeln aufgestellten Standards in der Praxis längst nicht immer erreicht werden (vgl. Wertgen 2009, S. 64).

An diesem Punkt werden drei konkrete Kritikpunkte von Wertgen (2009) herausgenommen und angeführt. Hierzu wird sich primär auf seine Publikation in der *Zeitschrift für Heilpädagogik* mit dem bereits erwähnten Titel bezogen.

Wertgen sieht bereits im Artikel 1 der Charta, welcher jedem kranken Kind das Recht auf Unterricht im Krankenhaus oder zu Hause zugesteht, einen Widerspruch. Denn wie bereits in dieser Arbeit angeführt, ist die Aufnahme in die Schule für Kranke zurzeit in Deutschland an gewisse Bedingungen geknüpft. Zum einen müssen sich die erkrankten Schüler/-innen im Stand einer Stammschule befinden, weshalb Schulabgänger/-innen bereits von diesem Recht nicht Gebrauch machen können ohne entsprechende Sonderregelungen. Zum anderen ist die Aufnahme an einen voraussichtlich vierwöchigen Krankenhausaufenthalt geknüpft, dessen zeitliche Grenzziehung von Wertgen stark kritisiert wird. Denn er vertritt die Meinung, dass eine kurze Liegezeit nicht automatisch einem enormen Unterrichtsaufall und Stoffversäumnis entgegenwirkt. Der Hausunterricht in Deutschland wird ebenso nur dann erteilt, wenn die Erziehungsberechtigten des erkrankten Kindes einen Antrag stellen und diesem ein ärztliches Attest beigefügt wird, welches bestätigt, dass es zu einer krankheitsbedingten Fehlzeit von voraussichtlich mindestens sechs Wochen kommen wird. Die Forderung des Artikel 1 wäre demnach erst dann in Deutschland erfüllt, wenn die Bedingungen für eine Aufnahme eines erkrankten Kindes in die Schule für Kranke gänzlich entfallen würden. (vgl. Wertgen 2009, S. 64f) Da eine Aufnahme in die Heilstättenschule in Österreich nicht an einen zeitlich prognostizierten Mindestaufenthalt geknüpft ist, kann Österreich die Forderung dieses Artikels bereits vollständig erfüllen.

Im Artikel 7 soll Lehrpersonen im Krankenhaus sowie jenen, die im Zuge des Hausunterrichts tätig sind, eine qualifizierte Fortbildung zugestanden werden. Dieser Forderung konnte in Deutschland bisher noch nicht Rechnung getragen werden, da es keine Fort- und Weiterbildungsangebote im Bereich der Krankenpädagogik gibt. Dies kritisiert Wertgen und weist auf die prekäre Ausbildungssituation und eine fehlende Initiative, dieser entgegenzuwirken, hin. Lehrpersonen, die in Schulen für Kranke tätig sind, bilden sich meist auf eigene Initiative fort, was oftmals mit beträchtlichem zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden ist. Als Vorreiter in diesem Bereich verweist er auf den Hochschullehrgang in Österreich, der Lehrkräfte speziell für die Arbeit an Schulen für Kranke qualifiziert. (vgl. Wertgen 2009, S. 69) Dennoch richtet sich dieses Angebot nur an Heilstättenpädagog/-innen, weshalb jene Lehrpersonen, die in ihrer Stammklasse mit einer schwerwiegenden (Krebs-) Erkrankung konfrontiert sind, keine Möglichkeit haben, sich im Zuge einer Fort- beziehungsweise Weiterbildung adäquat auf die veränderte schulische Situation des betroffenen Kindes vorzubereiten.

Auch der Artikel 8 der HOPE-Charta bedarf laut Wertgen noch Verbesserungen in der Praxis. Dieser enthält die Forderung nach vollwertiger Mitgliedschaft der Lehrpersonen im Krankenhaus in den multidisziplinären Teams. Wertgen ist der Meinung, dass in den 1970er Jahren regelmäßig stattfindende Teambesprechungen zwischen behandelnden Ärzt/-innen, Psycholog/-innen und Lehrpersonen üblich waren, diese Treffen in der Praxis mittlerweile jedoch zur Seltenheit geworden sind. Die Problematik hierfür sieht Wertgen darin, dass Lehrpersonen in Krankenhausschulen zu der einzigen Berufsgruppe zählen, „die nicht Teil des innerklinischen Systems und seiner Hierarchie sind.“ (Wertgen 2009, S. 70) Damit spielt er auf den sogenannten „Beamtenstatus“ von Lehrkörpern in Krankenhäusern und die damit verbundene Unabhängigkeit dem klinischen System gegenüber an (vgl. ebd.). Dies ist ebenso in Österreich gegeben, da der Dienstgeber für Krankenhauslehrer/-innen der Landesbeziehungsweise Stadtschulrat des jeweiligen Bundeslandes ist (vgl. Topf et al. 2011, S. 201). Demnach könnte diese Problematik ebenso an österreichischen Krankenhausschulen verbreitet sein, hierfür konnte jedoch kein konkreter Anhaltspunkt in der Literatur ausfindig gemacht werden.

Diese von Wertgen genannten Kritikpunkte sollten Anstoß für Konsequenzen und Weiterentwicklungen im Bereich der Krankenhauspädagogik sein und zeigen, dass manche aufgestellten Standards der HOPE-Charta in der Praxis noch nicht ausreichend verwirklicht werden können.

Im Zuge der Beschäftigung mit der *„Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“* konnte bereits ein Einblick in die Zuständigkeitsbereiche und die Professur von Krankenhauspädagog/-innen vermittelt werden. Das von Schroeder et al. (1996) entwickelte *„Konzept zur schulischen Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher“* beinhaltet ein drei-Phasen-Modell, welches verschiedene Möglichkeiten einer pädagogischen Begleitung aufzeigt. Dieses Konzept wurde von vielen Krankenhausschulen in seinen Grundzügen übernommen und auf die jeweiligen Krankheitsbilder hin adaptiert. Es ist bis heute tief in der Praxis der Krankenhauspädagogik verankert.

3.3 Das Konzept der schulischen Begleitung nach Schroeder et al.

Das von Schroeder et al. entwickelte Konzept, welches im 1996 erschienenen Werk *„Liebe Klasse ich habe Krebs! Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher.“* erstmals vorgestellt wurde, richtet sich an Schulen für Kranke und Kliniken, welche mit an Krebs erkrankten Kindern zusammenarbeiten.

Das Konzept lässt sich in drei Phasen unterteilen, die da wären: Kontaktpflege während des Klinikaufenthalts, Kontaktpflege während oder zwischen den Therapien und Rückkehr in die Schule (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 32). Als oberstes Ziel dieses Konzept wird die erfolgreiche Reintegration in den ursprünglichen Klassenverband angesehen, weshalb hier von einem Prozess gesprochen werden kann, da jede einzelne Phase und deren inhärenten Aufgaben zum Gelingen dieser Zielsetzung beitragen sollen.

Im Anschluss sollen nun diese drei Phasen und deren implizierten Aufgaben vorgestellt werden.

3.3.1.1 Kontaktpflege während des Klinikaufenthalts

Nachdem das erkrankte Kind stationär in die Klinik aufgenommen wurde, sieht das Konzept die ehestmögliche Initiierung der Beschulung vor. Hierfür ist es notwendig, einen schriftlichen oder telefonischen Kontakt zur Stammschule herzustellen, der meist durch die zuständigen Krankenhauspädagog/-innen gesucht wird. Im Zuge dessen gilt es, Informationen zur medizinischen, aber auch psychischen Befindlichkeit des erkrankten Kindes zu geben. Wichtig hierbei ist, vorab mit den betroffenen Schüler/-innen und dessen Eltern zu klären, welche Informationen in Bezug auf die Erkrankung in der Stammschule weitergegeben werden dürfen und in welcher Form in der Öffentlichkeit darüber gesprochen werden darf. Denn so wie das ärztliche Personal unterliegen auch Krankenhauspädagog/-innen der Schweigepflicht. (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 34f)

Nach der ersten Kontaktaufnahme mit der Stammschule sieht das Konzept einen Besuch der Klassenlehrperson im Krankenhaus vor. Hier gilt es ausführlich in Zusammenarbeit mit den Kliniklehrer/-innen den schulischen Leistungsstand des erkrankten Kindes zu eruieren, die Inhalte für den Klinikunterricht in Anlehnung an die der Herkunftsklasse festzulegen, die soziale und persönliche Situation im Klassenverband zu erfragen und die Kontaktpflege beziehungsweise die Vorgehensweise abzusprechen. Diesbezüglich wird an diesem Punkt auch der Frage nach Hausunterricht Platz eingeräumt. Obendrein kann das Treffen als Möglichkeit für einen Besuch des erkrankten Kindes angesehen werden, um als Klassenlehrperson Anteilnahme, Interesse und Mitgefühl ausdrücken zu können. Falls jedoch auf Kindesseite nicht der Wunsch nach Besuch besteht, sollte dies akzeptiert werden, denn nicht alle Betroffenen haben Interesse an Kontaktpflege während ihrer Erkrankung. In manchen Fällen kann dies als Indiz für ein schlechtes, soziales Klassenklima gedeutet werden. (vgl. ebd., S. 35ff)

Weiters sind in der ersten Phase des Konzepts sogenannte „Heimatschulbesuche“ vorgesehen, die von Kliniklehrer/-innen und Ärzt/-innen der Kinderklinik Tübingen als wichtiger Be-

standteil der schulischen Begleitung von erkrankten Kindern und Jugendlichen ins Leben gerufen wurden (vgl. ebd., S. 28). Diese Heimatschulbesuche können zu unterschiedlichen Zeitpunkten des Krankheitsverlaufes durchgeführt werden, sollten sich jedoch an der jeweiligen Situation, an den Wünschen und Bedürfnissen der erkrankten Kinder orientieren und auf freiwilliger Basis initiiert werden (vgl. Klemm et al. 1998, S. 31). Das Konzept von Schroeder et al. sieht nach dem Besuch der Klassenlehrperson solch einen Heimatschulbesuch vor, um das gesamte Kollegium aber auch die Mitschüler/-innen über die Erkrankung zu informieren. Im Zuge eines ein- bis zweistündigen Unterrichtsbesuchs des erkrankten Kindes in Begleitung der Krankenhauspädagog/-innen und nach Möglichkeit mit ärztlicher Unterstützung, können im Sinne einer Klassenkonferenz grundlegende Informationen über die jeweilige (Krebs-) Erkrankung vermittelt werden. Diese Konferenz dient dazu, Berührungsängste, Ungewissheiten und Unsicherheiten auf Seiten des Kollegiums und der Mitschüler/-innen abzubauen und eine Grundlage für eine ausgewogene Kontaktpflege während des weiteren Krankenhausaufenthaltes für das erkrankte Kind zu schaffen. Dieser Heimatschulbesuch sollte auch unbedingt als Anlass zur Klärung von offenen Fragen herangezogen werden, weshalb sich bereits oftmals die Unterstützung von ärztlichem Personal bewährt hat, da viele Fragestellungen medizinische Aspekte der Krankheit sowie der Behandlung aufgreifen und adäquat beantwortet werden sollten. Um Unklarheiten auf Seiten der Elternschaft aller Mitschüler/-innen aus dem Weg räumen zu können, bietet sich hierfür ein Elternabend oder das Verfassen eines Briefes an. Dies bedarf jedoch abermals der expliziten Zustimmung aller Beteiligten. (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 37)

3.3.1.2 Kontaktpflege während oder zwischen den Therapien

Die zweite Phase des von Schroeder et al. entwickelten Konzepts hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Kontaktpflege während oder zwischen den Therapieblöcken zu gewährleisten. Die erkrankten Schüler/-innen befinden sich in dieser Zeit phasenweise in stationärer und teilstationärer Behandlung beziehungsweise werden während den Therapiepausen nach Hause entlassen. In dieser Phase wechseln sich Klinik- und Hausunterricht ab, was besondere Flexibilität und genaue Absprache aller Beteiligten erfordert. Lässt es der Gesundheitszustand des erkrankten Kindes zu, so kann es auch stundenweise am regulären Schulunterricht der Stammklasse teilnehmen. In dieser oftmals schwer planbaren Zeit gilt es den Kontakt mit den Mitschüler/-innen via Telefonate, Briefverkehr, Social-Media oder Heimatschulbesuche aufrechtzuerhalten, basierend auf beiderseitigem Engagement. Zusätzlich können diverse Schulveranstaltungen, wie beispielsweise Ausflüge oder Schulfeste als Anlass für einen Besuch in die ursprüngliche Klasse wahrgenommen werden. (vgl. ebd., S. 40f)

3.3.1.3 Rückkehr in die Schule

Die beiden vorangegangenen Phasen des Konzepts für schulische Begleitung von erkrankten Kindern und Jugendlichen leisten in gewissem Sinne die notwendige Vorarbeit für eine hoffentlich erfolgreiche Rückführung in die Stammschule. Hier gilt es zunächst die Versetzungsfrage abzuklären und in Zusammenarbeit zwischen Kliniklehrer/-innen und den Lehrpersonen der Stammschule eine sorgfältig überlegte Entscheidung zu fällen, ob das erkrankte Kind weiterhin seine ursprüngliche Klasse besuchen kann oder ob die Wiederholung des Schuljahres ratsam wäre. Diese Frage sollte jedoch nicht ausschließlich vom Leistungsstand des sich kurz vor der Entlassung befindenden Kindes entschieden werden. Es gilt hier behutsam abzuwägen, ob die soziale Komponente des Verbleibes im ursprünglichen Klassenverband einem eventuell drohenden Leistungsdruck und möglicher Überforderung positiv entgegenwirken kann. Hier gilt es nicht über den Kopf des Kindes hinweg eine Entscheidung zu treffen sondern dessen Meinung und Wünsche bestmöglich in Absprache aller Beteiligten zu berücksichtigen. (vgl. ebd., S. 43)

Nach Therapieende erfolgt die Reintegration in die Schule. Diese Rückkehr sollte von der zuständigen Krankenhauslehrperson zunächst vorbereitet und im Anschluss daran begleitet werden. Die Vorbereitung enthält die Anfertigung eines Abschlussberichts, welcher umfassende Daten zum Verlauf des Krankenhausunterrichts, dessen Inhalten sowie Hinweise zur psychischen und physischen Verfassung des Kindes enthält. Schroeder et al. empfehlen vor der tatsächlichen Rückführung einen weiteren Heimatschulbesuch abzustatten. Dieser sollte abermals von den zuständigen Krankenhauspädagog/-innen begleitet werden, um eine vertraute Atmosphäre zu schaffen, in der die Mitschüler/-innen auf die Rückkehr des erkrankten Kindes vorbereitet werden. Hier können gegebenenfalls notwendige Verhaltensregeln vereinbart und über eventuell zum Einsatz kommende „Sonderregelungen“ gesprochen werden. Im Anschluss an das Klassengespräch kann eine Konferenz einberufen werden, in der die zuständigen Lehrpersonen des Klinikunterrichts Informationen an das gesamte Kollegium weitergeben. Solch notwendige Informationen können sich beispielsweise auf die Spätfolgen und Nebenwirkungen der Therapien beziehen, auf eventuell weiterführende medikamentöse Behandlungen oder spezielle Belastungen, die Rücksichtnahme von Seiten der Lehrpersonen erfordern. Auch sollten Informationen bezüglich des Nachteilsausgleichs weitergegeben werden und Hinweise, welche rechtlichen Möglichkeiten Lehrpersonen haben, um dem Kind förderlich im Unterricht entgegenkommen zu können. Dieser Punkt wird in einem späteren Kapitel noch ausführlicher behandelt. Die Thematik des Hausunterrichts sollte ebenfalls in dieser Konferenz zur Sprache gebracht werden, da es oftmals förderlich wäre, neben der Rückführung in die Schule und dem normalen Unterrichtalltag parallel Hilfe im Zuge des Hausunterrichts zu erhalten. (vgl. ebd., S. 44f)

Im Falle eines Klassen- beziehungsweise Schulwechsels oder eines größeren Konfliktes im ursprünglichen Klassenverband ist es notwendig, die Krankenhauslehrpersonen zu verständigen und diese einzuschalten. Hier wird im Sinne der pädagogischen Nachsorge noch einmal konkret versucht, Kollegium und Klasse zu sensibilisieren und ein Bewusstsein für die (Krebs-) Erkrankung und ihre körperlichen sowie psychischen Nachwirkungen zu schaffen. Gelingt dies nicht, so wäre gegebenenfalls (abermals) ein Klassen- oder Schulwechsel in Betracht zu ziehen. (vgl. ebd., S. 45)

4. Die Heilstättenschule

Während in Deutschland jene Schule, die sich die Beschulung von kranken Kindern und Jugendlichen zur Aufgabe gemacht hat, „Schule für Kranke“ genannt wird, wird hierzulande diese Institution als „Heilstättenschule“ bezeichnet.

Zu Beginn dieses Kapitels wird ein kurzer Überblick über die Entstehungsgeschichte der Heilstättenschule gegeben. Danach werden die pädagogischen beziehungsweise heilpädagogischen Ziel- und Aufgabensetzungen der Heilstättenschule vorgestellt. Im Zuge dessen wird auf die Professur von Heilstättenpädagog/-innen näher eingegangen und die Anforderungen an dieses Berufsbild erläutert. Anschließend werden jene Unterrichtsformen, die im Alltag einer Krankenhausschule verankert sind, vorgestellt. Es soll ein Eindruck über die Institution, wie sie in Österreich organisiert ist, vermittelt werden, um manche Aspekte im Zuge der empirischen Fallstudie verständlicher nachvollziehen zu können.

4.1 Entstehungsgeschichte

Während in Schweden schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts Frauen begonnen haben, unentgeltlich Kinder in Krankenhäuser schulisch zu betreuen, so wurde in Österreich diese Forderung erstmals 1912 am Wiener Allgemeinen Krankenhaus von einem Arzt gestellt. Fünf Jahre später, 1917, trat die erste Lehrperson ihren Dienst am Orthopädischen Spital in Wien an. Nach und nach wurden eigenständige Heilstättenschulen beziehungsweise -klassen in den Krankenhäusern anderer Bundesländer gegründet (vgl. Bmukk 2010, S. 7; 10, online). 1948 wurden die über ganz Wien verteilten Spitalsklassen zu einer gemeinsamen Schule, der *Wiener Heilstättenschule* zusammengefasst (vgl. Topf et al. 2011, S. 200). 1962 wurde die Institution erstmals im österreichischen Schulgesetz verankert. Im Jahre 1983 kam es dann zur Gründung der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Heilstättenlehrer/-innen. 1987 wurde erstmals seitens des Bundesministeriums eine bundesweit einheitliche Ausbildung angeboten (vgl. Bmukk 2010, S. 15, online). 1988 fand erstmals ein Kongress der eu-

ropäischen Krankenpädagog/-innen statt, wiederum auf Initiative eines Arztes. Dieser Kongress verabschiedete erstmals die *Charta für Kinder im Krankenhaus* der UNESCO, welche das Recht auf bestmögliche medizinische Behandlung jedes Kindes fordert (vgl. HOPE, online). Im Zuge der Generalversammlung der europäischen Vereinigung der Krankenhauslehrer wurde am 20. Mai 2000 die „*Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause*“ beschlossen (vgl. Wertgen 2009, S. 64). 2001 wird die seit 1987 bestehende Ausbildung in einen Akademielehrgang – Heilstättenschule – umgewandelt, der im Jahre 2008 zu einem bundesweiten Hochschullehrgang der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich wird (vgl. Bmukk 2010, S. 11, online). Österreich ist demnach das einzige Land im gesamten europäischen Raum, welches eine einheitliche, staatlich anerkannte Ausbildung für Heilstättenpädagog/-innen anbietet (vgl. Pädagogische Hochschule OÖ, online).

4.2 Allgemeine Aufgaben der Heilstättenschule

Die österreichische Heilstättenschule, eingebettet in die Sonderpädagogik, hat es sich, wie bereit in der Einleitung dieser Arbeit erwähnt, zur Aufgabe gemacht, „Kinder die in risikoreichen Lebensumständen eine Zeitlang verharren, in ihrem Lernen und Verhalten zu stärken“ und den Unterricht dabei an die Bedürfnisse und Möglichkeiten des erkrankten Kindes anzupassen. (Schierer 2013, S. 1, online) Die Beschulung erfolgt, im direkten Vergleich zu Deutschland, ab dem ersten Tag, an dem die Kinder im Krankenhaus stationär beziehungsweise teilstationär aufgenommen wurden. In unserem Nachbarland hingegen steht den erkrankten Kindern und Jugendliche der Unterricht in der Krankenhausschule erst dann zu, wenn sie aufgrund ihres Krankheitsbildes voraussichtlich mindestens vier Wochen ihre Herkunftsschule nicht besuchen können (vgl. Wertgen 2009, S. 65).

Prinzipiell sieht sich die Institution Heilstättenschule vor einen doppelten Bildungsauftrag gestellt, denn neben der Erfüllung von schulischen Aspekten, gilt es ebenso heilpädagogische Prinzipien in der Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen einfließen zu lassen (Bmbwk 2001, S. 14, online). Zu den schulischen Aufgaben der Heilstättenpädagog/-innen gehören das Feststellen des erreichten Leistungsniveaus, das Fördern besonderer Interessen und Neigungen, das Nachholen versäumter Lehrinhalte sowie das Erarbeiten neuen Lehrstoffes. Diese Maßnahmen unterliegen den drei spezifischen Zielsetzungen, die da wären: das Erhalten der schulischen Realität, die kontinuierliche Fortsetzung des Unterrichts sowie eine erfolgreiche Wiedereingliederung in die Herkunftsklasse (vgl. Schierer 2013, S. 8, online). Bei der Umsetzung beziehungsweise Erfüllung dieser Zielsetzungen, gilt es im Sinne der heilpädagogischen Maxime dieser speziellen Schulform zu handeln, die es vorsieht, „das

Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Kinder und Jugendlichen durch die Bewältigung schulischer Anforderungen [in einer Krisensituation] zu stärken“. (Bmbwk 2001, S. 15; online; Anm. CR) Zusätzlich liegt das sonderpädagogische Profil dieser Schule in den individualisierten und differenzierten Angeboten (vgl. Volk-Moser 1997, S. 57).

Während des Krankenhausaufenthaltes bleiben die erkrankten Kinder Schüler/-innen ihrer Herkunftsschule und erhalten auch das Zeugnis von dieser. Durch die Teilnahme am Unterricht in einer Krankenhausschule wird die Schulpflicht des jeweiligen sich in Behandlung befindenden Kindes erfüllt und kann somit dem Unterricht der Herkunftsschule gleichgesetzt werden (vgl. Schierer 2013, S. 8, online). Im Regelfall endet die Beschulung im Zuge des Heilstätten- beziehungsweise Hausunterrichts mit der erfolgreichen Reintegration in die ursprüngliche Klasse. Dies kann jedoch nur dann gewährleistet werden, wenn erkrankte Schüler/-innen während ihrer Beschulung im Krankenhaus neben der Vermittlung von schulischen Inhalten auch psychosoziale Unterstützung erhalten. Denn durch zielorientiertes Arbeiten können Zukunftsperspektiven geschaffen und der Wiedereinstieg stressfrei vorbereitet werden (vgl. Topf et al. 2011, S. 202).

Auch wenn keine Chance auf Heilung besteht, hat das todkranke Kind weiterhin Anspruch auf schulische Begleitung, solange der Wunsch auf Seiten des Kindes und dessen Familie besteht (vgl. ebd., S. 202).

4.3 Zur Rolle der Lehrpersonen in Heilstättenschulen

Da die an dieser Schule tätigen Lehrpersonen für viele Kinder einen wichtigen Wegbegleiter durch ihre individuelle Krankengeschichte darstellen, sind Eigenschaften wie Einfühlungsvermögen, Sensibilität und Kreativität notwendige Attribute, die bei der Arbeit mit kranken Kindern unabdingbar erscheinen. Zusätzlich zu ihrem fachlichen Know-how, wie beispielsweise das Unterrichten aller Pflichtschullehrpläne in heterogener Lernumgebung, erfordert die Arbeit besondere Flexibilität in der Unterrichtsorganisation, denn die medizinischen Behandlungen und die jeweiligen Therapieformen geben den Rahmen vor. Die Lerninhalte, die zum Einsatz kommenden Materialien sowie die Dauer der Unterrichtseinheiten orientieren sich am Wohlbefinden des Kindes und sollen stets ohne jeglichen Leistungsdruck stattfinden. Dennoch gilt es ebenso, den schulischen und sozialen Anschluss an die Klasse nicht zu verlieren, weshalb eine enge Zusammenarbeit mit den Lehrpersonen der Herkunftsschule gleichsam von großer Bedeutung ist. So können Lerninhalte abgesprochen, Materialien ausgetauscht und Prüfungen sowie Schularbeiten im Rahmen des Krankenhausunterrichts nachgeholt werden. Die Benotung fällt in den Zuständigkeitsbereich der Herkunftsschule, da

das erkrankte Kind während des Krankenhausaufenthaltes im Stand dieser bleibt. Dennoch gilt es die Benotungsvorschläge der zuständigen Pädagog/-innen in den Krankenhausschulen zu berücksichtigen. (vgl. Schierer 2013, S. 7f, online)

Ein weiterer wichtiger Aspekt in der Arbeit von Heilstättenpädagog/-innen ist die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams. In der permanenten Vernetzung von Medizin, Schule und Psychologie kann gemeinsam an Strategien gearbeitet werden, die das Wohlergehen des Kindes und die schnelle Genesung fokussieren. Hierfür werden in regelmäßigen Abständen, meist wöchentlich, Teambesprechungen an den jeweiligen Stationen initiiert, die dem Austausch der verschiedenen Eindrücke und der Absprache zwischen den jeweiligen Fachbereichen dienen (vgl. Topf et al. 2011, S. 200).

4.4 Unterrichtsformen

Da sich das Unterrichtsangebot in Heilstättenschulen an der Tagesverfassung beziehungsweise am jeweiligen Gesundheitszustand des sich in Behandlung befindenden Kindes orientieren muss, kann die Unterrichtsform nicht pauschal vorgegeben werden. Generell lassen sich drei verschiedene schulische Betreuungsmodelle unterscheiden, die im Zuge des Krankenhausunterrichts zum Einsatz kommen.

4.4.1 Klassenunterricht

Der Unterricht kann nur dann in Klassenräumen stattfinden, wenn es die räumlichen Verhältnisse und Gegebenheiten der jeweiligen medizinischen Abteilung zulassen. Hier werden max. bis zu zehn Kinder aller Altersstufen in allen Unterrichtsgegenständen gemäß der verschiedenen Pflichtschullehrpläne unterrichtet. Die Gruppen weisen eine hohe Fluktuation auf, da Neuaufnahmen oder Entlassungen für einen ständigen Wechsel der Schüler/-innen sorgen (vgl. Bmukk 2010, S. 16, online).

4.4.2 Einzelunterricht am Krankenbett

Jene Kinder, die ihr Bett oder das Krankenzimmer aufgrund ihres Krankheitsbildes nicht verlassen können, werden in ihren Krankenzimmern beziehungsweise am Bett unterrichtet. Dies betrifft vor allem Kinder und Jugendliche, die an Krebs erkrankt sind, deren Immunsystem aufgrund der Behandlungsformen geschwächt ist. Die Unterrichtsmaterialien sollen kindgerecht ausgewählt werden, um das Lernen in einer schulfremden Umgebung attraktiver zu gestalten (vgl. ebd., S. 16).

4.4.3 Integrativer Hausunterricht der Heilstättenschule Wien

In einigen Abhandlungen mit der Thematik Hausunterricht wird auf den integrativen Hausunterricht der Wiener Heilstättenschule, welche insgesamt 14 Exposituren umfasst, Bezug genommen (vgl. u.a. Fritz 1997, S. 142; Topf et al. 2001, S. 200). Die Organisation dieses Hausunterrichts obliegt zumeist der Stammschule und wird erst auf Antragsstellung der Erziehungsberechtigten erteilt (vgl. Wertgen 2012b, S. 76). Im Zuge des integrativen Hausunterrichts, welcher von der Heilstättenschule Wien angeboten wird, handelt es sich um ein eigenständiges Kooperationsmodell, das in dieser Weise seit 1985 Anwendung findet (vgl. Topf et al. 2011, S. 201). Mit Hilfe der schulischen Betreuung in mobiler Form erhalten kranke Schüler/-innen sowohl zu Hause als auch in der Klinik Unterricht. Diesbezüglich wird auch darauf geachtet, einen oftmaligen Lehrpersonenwechsel zu vermeiden, da im Sinne eines guten, kindgerechten Unterrichts, eine Vertrauensbasis zwischen den Schüler/-innen und den Pädagogen gegeben sein sollte. Es profitieren vor allem jene Kinder von diesem Angebot, die sich nicht mehr in stationärer Behandlung befinden, ein regulärer Schulbesuch in ihrer Herkunftsklasse jedoch zu diesem Zeitpunkt dennoch aufgrund der Erkrankung nicht möglich ist. Auch jene Kinder, die während der Behandlungspausen das Krankenhaus verlassen dürfen, werden von den mobilen Expert/-innen schulisch betreut (vgl. ebd., S. 201).

5. Die schulische Reintegration

Das bereits ausgearbeitete Konzept von Schroeder et al. (1996) macht deutlich, dass eine erfolgreiche Reintegration in allen Phasen und Arbeitsschritten von Krankenhauslehrpersonen berücksichtigt und vorbereitet werden sollte. Grundzüge dieses Konzepts lassen sich auch in der Arbeit der Institution Heilstättenschule Wien erkennen. In einem Erstgespräch informiert die Krankenhauslehrperson das Kollegium der Herkunftsschule über die Krankheit des Kindes sowie über die Art der Behandlung und die voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Dies darf jedoch nur in Absprache mit den Eltern unter Berücksichtigung der Schweigepflicht erfolgen. In einem nächsten Schritt bietet die Krankenhauslehrperson ein Informationsgespräch für die Mitschüler/-innen des erkrankten Kindes an. Hierfür wurde von der Österreichischen Kinderkrebshilfe ein eigens dafür konzipierter Informationskoffer erstellt, der zahlreiche Materialien zur Thematik und den Film *„Wo war Patricia? Die Geschichte einer Krebserkrankung.“* beinhaltet. Im Zuge dieses Gesprächs kommen der Informationskoffer und der eben genannte Film zum Einsatz, welche Anlass für offene Fragen und einen regen Austausch bieten sollen. Während der gesamten Behandlungsdauer versucht die Krankenhauslehrperson in engem Kontakt mit den Lehrkräften und den Mitschüler/-innen der Herkunftsschule zu stehen. So kann nicht nur ein erfolgreicher und möglichst klassenkonformer Unterricht im Zuge der Krankenhausbeschulung gewährleistet

sondern die Aufrechterhaltung des Kontakts zwischen dem erkrankten Kind und dessen Klasse ermöglicht werden. Lässt es der Gesundheitszustand des sich in Behandlung befindenden Kindes zu, so können auch Heimatschulbesuche abgestattet werden. Diese bedürfen jedoch einer sorgfältigen Vorbereitung, da beispielsweise ein verändertes Aussehen im Zuge der Behandlung im Vorfeld zur Sprache gebracht werden muss, um so die Mitschüler/-innen vorbereiten und sensibilisieren zu können. Nach Therapieende beginnt die Krankenhauslehrperson mit der Reintegration in die Schule, wenn möglich in die Herkunftsklasse. Im Zuge dessen finden ausführliche Gespräche mit dem betroffenen Kind, den Lehrkräften der Herkunftsschule und gegebenenfalls auch mit den Mitschüler/-innen statt. Besonders wichtig erscheint eine Konferenz für das Kollegium der Herkunftsschule, um Informationen in Bezug auf die Erkrankung, auf Spätfolgen und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten geben zu können. Im Rahmen des „*Integrativen Hausunterrichts*“ der Heilstättenschule Wien besteht die Option einer anfänglichen Begleitung des erkrankten Kindes im regulären Schulunterricht, um einerseits ein möglichst maßgeschneidertes Einstiegsszenario zu schaffen und andererseits konkrete Unterstützung im Unterricht durch die Hausunterrichtslehrperson gewährleisten zu können. (vgl. Topf et al. 2011, S. 202f)

All diese Schritte ermöglichen eine erfolgreiche Reintegration, bedürfen aber einer exakten Vorbereitung und dem Engagement auf allen Seiten.

5.1 Herausforderungen im Zuge der schulischen Reintegration

Die Reintegration eines erkrankten Kindes ist ein sehr komplexer Prozess, der von Fall zu Fall unterschiedlich gestaltet werden muss und höchste Individualität sowie Sensibilität benötigt. Im Zuge dieses Prozesses können die am Reintegrationsvorgang Beteiligten auf unterschiedliche Herausforderungen stoßen.

Beispielsweise kann sich die Unsicherheit einer Lehrperson im Umgang mit dem erkrankten Kind hemmend auf die Rückführung in den Klassenverband auswirken. Da jedoch Kinder, die an einem Hirntumor erkrankt sind, oftmals einem erhöhtem Risiko ausgesetzt sind, an der Schulteilhabe Einschränkungen zu erfahren, kann solch ein unsicheres Verhalten der Lehrperson häufig zur Außenseiterposition dieses Kindes beitragen. Peck-Himmel (2010, S. 6) widmet sich in ihrer Publikation „*Herausforderung Hirntumor. Von der Diagnose bis zur Nachsorge*.“ dieser Problematik und hält diesbezüglich fest: „Insgesamt leiden Survivors² von Hirntumoren vermehrt unter psychosozialen Spätfolgen wie Isolation, sie haben weniger Freunde und weniger soziale Kontakte.“

² Survivors = Überlebende einer Krebserkrankung

Eine spezielle Herausforderung, mit der sich die Institution Heilstättenschule seit geraumer Zeit konfrontiert sieht, sind die Spätfolgen, die eine Krebs- beziehungsweise Hirntumorerkrankung mit sich bringen kann. Da aufgrund der modernen Medizin viel mehr Patient/-innen überleben, gibt es eine immer größer werdende Gruppe von Menschen, die schulische Probleme durch Spätfolgen aufzeigen (vgl. Schwarcz 2013, S. 4). Das folgende Unterkapitel widmet sich diesen Spätfolgen, die nach einer Hirntumorerkrankung auftreten können.

5.1.1 Spätfolgen

Kinder und Jugendliche, die an einem Hirntumor erkrankt sind, können durch die intensive medizinische Behandlung an Spätfolgen leiden. Hierbei kann es sich um Beeinträchtigungen im kognitiven, emotionalen oder sozialen Bereich handeln, die ihre Entwicklung und Schullaufbahn maßgeblich erschweren können. Die Broschüre „*FIT für die Schule*“, welche von der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe verfasst worden ist, möchte Lehrpersonen Unterstützungsmöglichkeiten im schulischen Kontext aufzeigen. Dadurch soll zu einem gerechten Ausgleich eines krankheitsbedingten Nachteils beigetragen werden (vgl. Leiss et al. 2013, S. 1f). Neben zahlreichen Unterstützungsmöglichkeiten wird in der Broschüre auf spezifische Beeinträchtigungen näher eingegangen und wie sich diese im Schulalltag zeigen können. Im Folgenden werden einige Spätfolgen und deren Anzeichen im Unterrichtsalltag aufgegriffen.

Reduzierte Belastbarkeit und chronische Erschöpfung

Eine Hirntumorerkrankung und die in der Folge initiierten Therapien führen in vielen Fällen zu reduzierter Belastbarkeit und chronischer Erschöpfung. Dies kann sich im schulischen Alltag in vielerlei Hinsicht bemerkbar machen, wie beispielsweise durch Antriebslosigkeit, erhöhte Reizbarkeit sowie starke Müdigkeit und Erschöpfung, die im Laufe des Schultages stetig zunehmen kann. Diese Anzeichen können oftmals mit Beeinträchtigungen der Konzentrations- und Merkfähigkeit einhergehen (vgl. Leiss et al. 2013, S. 15).

Einschränkung der Verarbeitungsgeschwindigkeit

Auf den ersten Blick können Schüler/-innen, deren Verarbeitungsgeschwindigkeit aufgrund der Krebserkrankung eingeschränkt ist, unmotiviert und unaufmerksam erscheinen. Dies ist aber als Spätfolge der Krankheit zu betrachten und kann sich durch ein verlangsamtes Arbeitstempo, wenn auch nur bei spezifischen Aufgabenstellungen, äußern (vgl. ebd., S. 16).

Einschränkung der Aufmerksamkeit und Konzentration

Einigen Kindern fällt es nach ihrer Erkrankung schwer, sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren. Sie haben mit einer kurzen Aufmerksamkeitsspanne zu kämpfen, sind mit

vielen Reizen überfordert und schweifen oftmals in ihren Gedanken ab. Ein deutliches Anzeichen für diese Spätfolge ist auch das Arbeiten unter Zeitdruck, was oftmals mit einer erhöhten Fehleranfälligkeit einhergeht (vgl. ebd., S. 17).

Einschränkung der Lern- und Merkfähigkeit

Diese Spätfolge ist bei Kindern und Jugendlichen, die an einem Hirntumor erkrankt sind, sehr häufig zu verzeichnen. Sie haben Schwierigkeiten, sich an Dinge zu erinnern oder bestimmte Lerninhalte abzurufen. Komplexe Instruktionen im Unterricht können oftmals nicht befolgt werden und führen häufigen zu unsicherem Nachfragen (vgl. ebd., S. 18).

Einschränkung der Organisations- und Planungsfähigkeit

Im Zuge dieser Spätfolge zeigen betroffene Kinder oftmals eine chaotische, unstrukturierte Arbeitsweise auf. Es fällt ihnen schwer, Pläne zu erstellen, Abläufe zu strukturieren und relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden. Sie zeigen Schwierigkeiten flexibel auf neue Situation zu reagieren, da solche oftmals Stress auslösen können (vgl. ebd., S. 20).

Einschränkung der Grob- und Feinmotorik

Auf den ersten Blick können Kinder, deren Grob- und Feinmotorik aufgrund der Erkrankung und Behandlung beeinträchtigt wurde, tollpatschig erscheinen. Im Sportunterricht kann es beispielsweise zu Gleichgewichtsstörungen und Koordinationsschwierigkeiten kommen. Aber auch das Schriftbild kann sich nach einer Erkrankung verändern und plötzlich zitterig wirken (vgl. ebd., S. 27f).

Emotionale Probleme und Verhaltensauffälligkeiten

Eine schwerwiegende Erkrankung kann Veränderungen im Verhalten des betroffenen Kindes bewirken. Diese Gegebenheit kann zu einem gewissen Teil als natürliche Reaktion auf das Erfahrene angesehen werden. Einige Kinder leiden einige Zeit nach ihrer Erkrankung noch an Stimmungsschwankungen, an Motivationslosigkeit und ziehen sich im schulischen Bereich oftmals von ihren Mitschüler/-innen zurück. Manche Kinder weisen hingegen ein auto-aggressives Verhalten oder Aggressionen gegenüber andern auf und haben mit einer geringen Frustrationstoleranz zu kämpfen. In seltenen Fällen können diese emotionalen Probleme und Verhaltensauffälligkeiten zu einer Schulphobie führen (vgl. ebd., S. 29).

Unsichere soziale Kompetenz

Vielen Kindern fällt es schwer, nach ihrer Rückkehr den Anschluss an die Klasse zu finden und bestehende Freundschaften aufrechtzuerhalten. Sie haben oftmals Schwierigkeiten, sich

in andere Personen und deren Gefühlswelt hineinzusetzen und nonverbale Hinweise richtig zu interpretieren (vgl. ebd., S. 30).

5.2 Allgemeine Unterstützungsmöglichkeiten

Aufgrund der zahlreichen, unterschiedlichen Spätfolgen einer Hirntumorerkrankung, die im schulischen Kontext oftmals erst Jahre später auftreten können, bedarf es einer professionellen und qualifizierten Unterstützung, um einer Benachteiligung in der Schullaufbahn entgegenwirken zu können. Dennoch wird die Gruppe der chronisch erkrankten Kinder, zu denen auch Hirntumorerkrankungen zählen, in unserem Bildungssystem nicht ausreichend in aktuelle bildungspolitische Diskussionen eingebunden. Damm und Hutter kritisieren dieses Versäumnis und halten diesbezüglich fest: „Das Bildungswesen kennt geistig und körperlich behinderte Kinder sowie Kinder mit Lernbehinderungen (...). Andere Erkrankungen (...) hingegen scheint das Schulsystem mitsamt ihrer Bedeutung für den Schulalltag hartnäckig auszublenden.“ (Damm und Hutter 2015, online) Das Fehlen eines gesetzlich geregelten Nachteilsausgleichs für beeinträchtigte Schüler/-innen in Österreich kann exemplarisch für die Ausblendung von kranken Kindern in unserem Bildungssystem herangezogen werden (Peck-Himmel 2014, S. 12). Während in manchen Bundesländern in Deutschland ein Erlass zur Nachteilsausgleichs-Regelung existiert, ist dies in Österreich nicht der Fall. Schwarcz (2013, S. 5) greift in ihrem Artikel *„Trotz Hirntumor die Schule meistern. Ein Betreuungsprojekt hilft bei Lernschwierigkeiten durch Spätfolgen.“* den im Schulpflichtgesetz verankerten „Spielraum für SchülerInnen ohne sonderpädagogischen Förderbedarf (SPF) mit mangelnden Anlagen und körperlichen Fähigkeiten“ auf. Sie ist der Meinung, dass Lehrpersonen einen gewissen pädagogischen Freiraum zum Vorteil von erkrankten Kindern ausnutzen können. Dieser pädagogische Freiraum verbunden mit konkreten Unterstützungsmöglichkeiten von Seiten der Lehrperson und Sonderregelungen wird in der bereits genannten Broschüre der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe *„FIT für die Schule“* aufgezeigt und nachfolgend dargestellt.

Ermutigen und Stärken fördern

Eine Hirntumorerkrankung kann unter Umständen Einschränkungen mit sich bringen, die die Betroffenen verunsichern. Im schulischen Bereich können solche Einschränkungen dazu führen, dass Aufgabenstellungen, die vor der Erkrankung problemlos erledigt wurden, nun als anstrengend und energieraubend wahrgenommen werden. Dieser veränderten Gegebenheit sollten Lehrpersonen mit viel Geduld und Verständnis begegnen. Es gilt, sich vermehrt den Stärken des erkrankten Kindes zu widmen und es in seinem Tun zu ermutigen. Ein offener Umgang mit Schwierigkeiten kann etwaigen Folgeproblemen entgegenwirken, da rechtzeitig Unterstützungsmaßnahmen ergriffen werden können (vgl. Leiss et al. 2013, S. 5).

Personelle Unterstützungsmöglichkeiten

Für an Hirntumor erkrankte Kinder und deren Lehrpersonen gibt es Möglichkeiten individueller personeller Unterstützung. Es können Stützlehrer/-innen, Förderlehrer/-innen oder Begleitlehrer/-innen angefordert werden, dies bedarf jedoch eines ärztlichen beziehungsweise psychologischen Attests. Zusätzlich können Förderkurse organisiert werden, in deren Rahmen beispielsweise versäumte Lerninhalte aufgearbeitet werden können (vgl. ebd., S. 6).

Beurteilung

Im Rahmen der Beurteilung haben Lehrpersonen einige pädagogische Freiräume, die sie zugunsten des erkrankten Kindes ausnutzen können. In der Benotung von Schularbeiten und Tests gilt es die krankheitsbedingte Fehlzeit zu berücksichtigen, weshalb der Lernstoff eingrenzt und die Anzahl der Schularbeiten reduziert werden kann. In Bezug auf jedwede Form von Prüfungen können die Modalitäten von schriftlich in mündlich oder aber umgekehrt abgeändert werden. Es können zusätzlich Sonderprüfungstermine angesetzt und eine Abänderung der Arbeitszeit sowie Räumlichkeit vorgenommen werden. So kann gegebenenfalls eine individuelle Verlängerung der Arbeitszeit, eine Möglichkeit zur Unterbrechung der Schularbeit, der Wechsel in eine andere Räumlichkeit oder das Nachholen der Schularbeit außerhalb des Unterrichts gewährleistet werden (vgl. ebd., S. 7f).

Befreiung vom Unterricht

Aus gesundheitlichen Gründen kann eine Befreiung der Teilnahme an einzelnen Pflichtgegenständen, wie beispielsweise Sport bewirkt werden. Hierfür wird jedoch wiederum ein ärztliches Attest benötigt (vgl. ebd., S. 10).

Arbeitsplatz, Arbeitsmaterialien und Lernunterlagen

Kinder, die an einem Hirntumor erkrankt sind, haben oftmals Schwierigkeiten sich zu konzentrieren und sind deshalb leicht ablenkbar. Die individuelle Gestaltung des Arbeitsplatzes unter Berücksichtigung der speziellen Einschränkung kann solch einer Schwierigkeit förderlich entgegenwirken. Weiters können spezielle Arbeitsmittel, wie beispielsweise Laptop, Diktiergeräte, Rechtschreibprogramme, Taschenrechner sowie Schreib- und Lesehilfen den Unterrichtsalltag von erkrankten Kindern wesentlich erleichtern. Ein eigens für das betroffene Kind angefertigtes „Aufgabentagebuch“ kann Hausaufgaben sowie schulische Informationen beinhalten und als „Merkstütze“ herangezogen werden (vgl. ebd., S. 11).

Variation von Aufgabenstellungen

In Bezug der Aufgabenstellungen bei Prüfungen oder Hausübungen können Lehrpersonen ebenfalls Abänderungen vornehmen. Beispielsweise können schriftliche Aufgabenstellungen

verkürzt und differenziert dargestellt und in Form von Multiple-Choice-Antworten abgeprüft werden (vgl. ebd., S. 12).

Pausengestaltung

Da viele betroffene Kinder an chronischer Müdigkeit beziehungsweise reduzierter Belastbarkeit leiden, können Lehrpersonen den Unterrichtsalltag für diese mit individuellen Pausen und Ruhezeiten (auch während einer Schularbeit) erleichtern. Hierfür würde sich ein eigens für das Kind kreierter Rückzugsort anbieten (vgl. ebd., S. 13).

5.3 Nachsorgeprogramme in Österreich

Trotz der eben dargestellten schulischen Unterstützungsmöglichkeiten für an Hirntumor erkrankte Kinder, kann es zu scheinbar unlösbaren Schwierigkeiten im Schulalltag kommen. Ist dies der Fall, so können sich Lehrpersonen oder betroffene Schüler/-innen selbst an Frau Kutschera wenden. Seit dem Schuljahr 2011/2012 arbeitet sie im Zuge der Wiener Heilstättenschule als Reintegrationslehrerin für junge Patient/-innen an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde am Allgemeinen Krankenhaus Wien. Sie fungiert als Mittlerin zwischen der betroffenen Familie, der Klinik und der Schule und kümmert sich vor allem um jene Patient/-innen, die erst einige Jahre nach der Erstdiagnose schulische Schwierigkeiten als Spätfolge der Erkrankung wahrnehmen (vgl. Schwarcz 2013, S. 4).

5.3.1 Projekt „Lernblitz“

Auch das vor einem Jahr ins Leben gerufene Projekt „Lernblitz“ der Kinder-Krebs-Hilfe Wien, Niederösterreich und Burgenland versucht krebskranken Kindern schulische Unterstützung zu bieten. Ehrenamtliche Lehrpersonen sowie Lehramtsstudent/-innen geben Kinder und Jugendliche, die aufgrund von Spätfolgen oder Langzeittherapie weitere Unterstützungsmaßnahmen benötigen, auf freiwilliger und unentgeltlicher Basis Nachhilfeunterricht (vgl. Peck-Himmel 2014, S. 13). Im Zuge dieses Projekts habe ich Christoph und seine Mutter kennengelernt, die ich seither im Rahmen meiner Nachhilfetätigkeit wöchentlich besuche. Der nun beginnende empirische Teil dieser Arbeit handelt von Christoph und seinem Reintegrationsprozess, den ich im vergangenen Jahr begleiten durfte.

II. Empirische Fallstudie

Wie bereits in der theoretischen Aufarbeitung dieser Arbeit ersichtlich wurde, finden individuelle Erfahrungen und Eindrücke der am Reintegrationsprozess Beteiligten in der vorherrschenden Literatur noch sehr wenig Beachtung. Das Anliegen dieser empirischen Forschung ist es, die Wiedereingliederung nach einer Hirntumorerkrankung aus der Perspektive eines Volksschulkindes, eines Elternteils und der Lehrperson der Stammschule zu betrachten, um dadurch ein möglichst facettenreiches Bild entstehen lassen zu können.

6. Forschungsdesign

Die qualitative Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit hat sich zum Ziel gesetzt, drei verschiedene Perspektiven in Bezug auf den Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung zu erheben und diese den theoretischen Erkenntnissen aus den vorangegangenen Kapiteln gegenüberzustellen.

Hierfür wurden zwei biographisch-narrative Interviews durchgeführt, zunächst mit einem Jungen, der im Alter von acht Jahren an einem Ependyomom erkrankt ist und dessen Mutter. Diese beiden biographisch-narrativen Interviews werden mit Hilfe der biographischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) ausgewertet.

Zusätzlich wurde ein problemzentriertes Interview mit der Lehrperson des erkrankten Volksschulkindes durchgeführt, um auch diese Perspektive in die vorliegende Fallstudie einfließen lassen zu können. Dieses Interview soll mit Hilfe der strukturierten Inhaltsanalyse und dem deduktiven Kategoriensystem nach Mayring (2002; 2010) ausgewertet werden.

Ausgangspunkt für die Erstellung dieses Forschungsdesigns bildet folgende Forschungsfrage, welche der vorliegenden Fallstudie zugrunde liegt.

„Wie kann der schulische Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung aus der Perspektive eines Volksschulkindes, dessen Mutter und der Lehrperson dargestellt werden?“

6.1 Formale Charakteristika des Materials

Da die im Zuge dieser Arbeit durchgeführte Fallstudie viele intime Eindrücke und Erfahrungen der beteiligten Personen hervorbringt, wurden im Vorfeld der Studie, im Sinne der Forschungsethik, die Probanden über das Forschungsvorhaben exakt in Kenntnis gesetzt. Zusätzlich wurde ihnen zugesichert, dass alle Namen und persönlichen Daten in der Auswertung gemäß dem Datenschutz anonymisiert werden (vgl. Lamnek 2010, S. 352). Außerdem wurde das Einverständnis eingeholt, die durchgeführten Gespräche auditiv aufzeichnen zu dürfen, um die Interviews im Anschluss daran, wortwörtlich transkribieren zu können. Jene Tonbandaufnahmen wurden exakt niedergeschrieben, unter Berücksichtigung aller hörbaren Äußerungen, Pausen und Betonungen (vgl. Rosenthal 2014, S. 92). Hierfür wurde sich an jenen Transkriptionszeichen orientiert, die Rosenthal (2014) in ihrem Werk *„Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung.“* auf Seite 93 anführt. Obwohl die Autorin empfiehlt, auf jegliche Satzzeichen wie Punkte, Ausrufe- oder Fragezeichen zu verzichten, wird dieser Ratsschlag in den Transkripten nicht berücksichtigt, da hier bei der Verfasserin das Gefühl von Unübersichtlichkeit entstehen würde.

Nachdem nun ein kurzer Einblick in das Forschungsdesign und der Verarbeitung des Datenmaterials gegeben wurde, soll die Vorgehensweise im vorliegenden Abschnitt dieser Arbeit erläutert werden. Zunächst wird das biographisch-narrative Interview, dessen Technik sowie Phasen genauer dargestellt, um im Anschluss daran auf die Auswertungsmethode der biographischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) spezifischer eingehen zu können. Nachfolgend wird sich der Auswertung beider biographisch-narrativer Interviews gewidmet, wobei die individuelle Vorgehensweise detailliert demonstriert wird.

In den darauffolgenden Kapiteln des empirischen Forschungsteils wird das problemzentrierte Interview näher erläutert und im Anschluss daran die qualitative Inhaltsanalyse und das deduktive Kategoriensystem als weitere Auswertungsmethode vorgestellt. Dies wird wiederum dazu benötigt, um die Auswertung des Interviews mit der Lehrperson des erkrankten Volksschulkindes transparent und nachvollziehbar aufzeigen zu können.

7. Das biographisch-narrative Interview

Das narrative Interview geht auf Fritz Schütze (1970er Jahre) zurück und ist als eine Spezialform des qualitativen Interviews anzusehen (vgl. Lamnek 2010, S. 326). Diese Interviewmethode zielt auf die Aufrechterhaltung von längeren (Stehgreif-) Erzählungen in Bezug auf eine bestimmte Thematik ab und bietet somit den Befragten einen Raum zur Selbstgestaltung beziehungsweise eine autonome Präsentationsmöglichkeit aller in Bezug zur Thematik stehenden Erfahrungen. Diese Form des Interviews findet vor allem in der Biografie- und Lebenslaufforschung Anwendung und fordert die ausgewählten Probanden zur Erzählung der gesamten Lebensgeschichte auf, unabhängig vom thematischen Schwerpunkt der empirischen Untersuchung (vgl. Rosenthal 2014, S. 151f). Rosenthal sieht den Gewinn eines biographisch-narrativen Interviews darin: „Damit wird es möglich, einzelne Lebensbereich oder -phasen im Gesamtzusammenhang des Lebens und in ihrer Genese zu betrachten.“ (ebd., S. 152)

Aufgrund dessen wurde für die vorliegende Fallstudie diese Interviewform gewählt, da mit Hilfe der Erzählaufforderung die gesamte Lebensgeschichte betreffend, neben dem Prozess der Reintegration auch diverse andere Hintergründe, wie beispielsweise die Familien- und Krankengeschichte von Christoph und seiner Mutter zum Vorschein gebracht werden können.

7.1 Die Phasen eines biographisch-narrativen Interviews

In einem biographisch-narrativen Interview wird meist das Ziel verfolgt, sich die gesamte Lebensgeschichte von den Interviewpartner/-innen erzählen zu lassen. Aufgrund dessen zielt die *erste Phase* des biographisch-narrativen Interviews darauf ab, mit Hilfe einer möglichst offenen Erzählaufforderung, die jede Themenbeschränkung vermeidet, die gesamte Lebensgeschichte der Biograph/-innen zu erfragen. Dies soll eine möglichst autonome Haupterzählung beziehungsweise Selbstpräsentation zur Folge haben, die unter keinen Umständen durch Detaillierungsfragen unterbrochen werden sollte (vgl. Rosenthal 2014, S. 159f). Lediglich parasprachliche Bekundungen oder motivierende Aufforderungen zum Weiterzählen und stetiger Blickkontakt sollten von dem Interviewer/der Interviewerin während des Gespräches eingebracht werden, denn „vielmehr gilt es, den Interviewten Raum zur Gestaltentwicklung zu geben – es ihnen zu überlassen, wie und mit welchen Themen sie sich präsentieren“. (ebd., S. 160) Während dieser autonomen Selbstpräsentation der Interviewperson werden vom Interviewer/von der Interviewerin Notizen angefertigt, die sich als Leitfaden für die *zweite Phase*, dem erzählgenerierenden Nachfragen, eignen. Den erzählinternen Nachfragen kommt eine erhebliche Bedeutung im Interviewverlauf zu, da sie zur Klärung des bereits Er-

wählten beitragen. Hier können bereits angesprochene, notierte Themen nochmals explizit zur Sprache gebracht werden. Im externen Nachfrageteil werden hingegen jene Themenbereiche aufgearbeitet, die dem Forschungsinteresse zugrunde liegen und in der bisherigen Erzählung noch nicht angesprochen wurden (vgl. Rosenthal 2014, S. 160ff). Im Zuge des Interviewabschlusses ist speziell darauf zu achten, das Gespräch nicht an einem Punkt zu beenden, wo schwierige und belastende Lebensereignisse geschildert werden (vgl. ebd., S. 64).

7.2 Biographisch-narrative Interviews mit Kindern

Trautmann (2012, S. 46) hält in seinem Werk *„Interviews mit Kindern. Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele.“* fest, dass Kinder seit einiger Zeit, nicht nur in der Kindheitsforschung, sondern auch in vielen anderen Forschungsgebieten nicht mehr lediglich als Forschungsobjekte betrachtet sondern eben als Expert/-innen ihrer Lebenswelt wahrgenommen und somit vermehrt als Interviewprobanden herangezogen werden. So auch in der qualitativen Sozialforschung.

In Bezug auf die narrative Gesprächsführung mit Kindern hält er jedoch explizit fest, dass sich diese oftmals als schwierig gestaltet, „da Kinder lediglich über ein begrenztes Reservoir an Erlebnissen verfügen und diese zum Teil noch unreflektiert vorliegen.“ (ebd., S. 75)

Auch Rosenthal (1995, S. 104f) sieht in der an Kinder gerichteten Erzählaufforderung, ihre Lebensgeschichte zu schildern, eine Überforderung dieser, die im Alter begründet liegt. Grundschulkindern fällt es noch sehr schwer, über ihre Lebensgeschichte zu berichten, unter anderem weil ihnen die Kompetenz der Reflexion fehlt und sie noch keine Zusammenhänge zwischen einzelnen, in der Vergangenheit liegenden Ereignissen herstellen können. Kinder in diesem Alter sind in ihrer jüngeren Vergangenheit verhaftet und stehen deshalb noch vor einem ungeordneten Reservoir einzelner Erinnerungen, die schwer in eine chronologische Abfolge gebracht werden können (vgl. ebd., S. 107). Nentwig-Gesemann und Mackowiak (2012, S. 122) teilen ebenso diese Meinung und halten in ihrem Artikel *„Schwerpunkt: Interviews mit Kindern – methodische Herausforderungen und Potenziale.“* diesbezüglich fest, dass Kinder im frühen Grundschulalter noch nicht in der Lage seien, Gedächtnisinhalte systematisch abzurufen oder bewusste Gedächtnisstrategien im Interviewverlauf anzuwenden. Zusätzlich sei die Konzentrationsfähigkeit von Grundschulkindern auf einen kürzeren Zeitraum beschränkt, weshalb dies schnell zu Langeweile und Müdigkeit führen könnte, was eine Verfälschung von Interviewaussagen zur Folge hätte (vgl. ebd., S. 122). Die beiden Autorinnen sehen einen potenziellen Gewinn in der Interviewführung mit Kindern darin, dass die Sichtweise der Kinder im Vordergrund stehen sollte, „die im Falle eines multiperspektivi-

schen Vorgehens gleichberechtigt die Perspektive der Eltern oder anderer Beteiligter (z.B. Geschwister, Erzieher/innen, Lehrer/innen) ergänzt.“ (ebd., S. 123)

In seinem Werk widmet Trautmann (2012, S. 98) der Thematik „*Probleme im Kinderinterview*“ ein eigenes Kapitel und hält diesbezüglich fest, dass trotz bester Vorbereitung und sorgfältiger Durchführung das Interview mit Kindern misslingen kann. Er führt dies auf die Tendenz zum simplen „Ja-Sagen“ und der Neigung zu „raschen Antworten“ zurück, die vor allem bei jüngeren Kindern, im Kindergarten- und Grundschulalter gegeben ist (vgl. ebd., S. 98). Einige wenige Kinder neigen dazu, sich während des Interviews ihrer lebhaften Fantasie hinzugeben, sodass in solchen Fällen mit falschen Antworten gerechnet werden muss. Andere hingegen wirken meinungs- und antriebslos, was sich hemmend auf die Gesprächsentwicklung auswirken kann. Dennoch hält Trautmann in Bezug auf Interviews mit Kindern fest: „Kinderinterviews liefern allgemein sehr viele Informationen über Einstellungen, Meinungen, das Verhalten, die Beweggründe für das Handeln und/oder Entwicklungsaspekte des Heranwachsenden.“ (ebd., S. 99) Demnach kann ein Interview, das auf den ersten Blick misslungen erscheint, dennoch sehr viele hilfreiche und informative Aspekte preisgeben, die unter Einbeziehung der parasprachlichen Besonderheiten analysiert werden können. Auch Küsters (2009, S. 66) beschäftigt sich in ihrem Werk „*Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen*.“ mit der Thematik misslungener Interviews, jedoch in allgemeiner Hinsicht. Sie sieht die Ursache für misslungene Interviews in einer mangelhaft aufgebauten Vertrauensbeziehung zwischen Interviewer/-in und Interviewperson, die für ausbleibende Stehgreiferzählungen beziehungsweise Hemmungen in der narrativen Erzählung verantwortlich sein kann. Entgegen der verbreiteten Meinung, dass misslungene Interviews nicht auswertbar seien, ist Küsters der Ansicht, dass in der Praxis im Sinne der Forschungsneugierde gerade solche Interviews, die vom Regelfall abweichen, besonders interessant erscheinen. Denn hier gilt es, die Ursache für das Misslingen zu eruieren und aufzudecken (vgl. ebd., S. 67f).

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Interviewführung mit Kindern wird Christophs Überforderung, seine bisherige Lebensgeschichte zu erzählen, nachvollziehbar. Deshalb prägt die von Nentwig-Gesemann und Mackowiak befürwortete multiperspektivische Vorgehensweise maßgeblich den Forschungsprozess der vorliegenden Fallstudie, denn neben Christophs Befragung fließen jene gewonnenen Erkenntnisse aus den Interviews mit Christophs Mutter und seiner Lehrperson ebenso mit ein. Die Tatsache, dass Christophs Interview keine wirkliche narrative Sequenz aufweist, wird nicht länger als Nachteil angesehen, sondern erweckt vielmehr die Neugierde, dieser Gegebenheit nachzugehen, unter besonderer Berücksichtigung der parasprachlichen Auffälligkeiten.

7.3 Die biographische Fallrekonstruktion

Die Auswertungsmethode der biographischen Fallrekonstruktion eignet sich nach Rosenthal besonders für biographisch-narrative Interviews, da sie das Ziel verfolgt, „in analytisch getrennten Auswertungsschritten sowohl die Gegenwartsperspektive als auch die Perspektiven des Handelnden in der Vergangenheit zu rekonstruieren.“ (Rosenthal 2014, S. 186)

Die Auswertungsmethode zeichnet sich vor allem durch ihre rekonstruktive und sequenzielle Vorgehensweise aus. Mit Hilfe der rekonstruktiven Vorgehensweise kann die Bedeutung einzelner Textpassagen aus dem Gesamtzusammenhang des Interviews erschlossen werden. Die sequenzielle Vorgehensweise hingegen ermöglicht es, kleine Texteinheiten in der Abfolge ihres Entstehens interpretieren zu können. Dadurch kann sowohl die zeitliche Struktur von erzählter als auch von erlebter Lebensgeschichte analysiert werden (vgl. ebd., S. 186). Kurzgefasst ist das Ziel dieser Auswertungsmethode, „sowohl die biographische Bedeutung des in der Vergangenheit Erlebten als auch die Bedeutung der Selbstpräsentation in der Gegenwart zu entschlüsseln.“ (Rosenthal 2014, S. 187)

Aufgrund dessen wurde die Methode der biographischen Fallrekonstruktion für die vorliegende Arbeit herangezogen, da es im Sinne der Fallstudie relevant erscheint, nicht nur die Krankheitsgeschichte in den Mittelpunkt des Forschungsvorhabens zu stellen, sondern eben auch die gesamte Familiengeschichte beziehungsweise Biographie von Kind und Mutter in Augenschein zu nehmen.

7.3.1 Die Auswertungsschritte der biographischen Fallrekonstruktion

Die biographische Fallrekonstruktion erfordert zunächst das vorläufige Zurückstellen der Forschungsfrage, um das Auswertungsvorhaben nicht vorschnell in eine Richtung zu drängen. Rosenthal (2014, S. 187) sieht für die Analyse der biographischen Fallrekonstruktion sechs aufeinander folgenden Auswertungsschritte vor, die da wären:

Analyse der biographischen Daten, Text- und thematische Feldanalyse, Rekonstruktion der Fallgeschichte, Feinanalyse einzelner Textstellen, Kontrastierung der erzählten mit der erlebten Lebensgeschichte und Typenbildung.

Diese sechs Schritte werden in den konkreten Interviewauswertungen von Frau R. und ihrem Sohn detailliert erklärt. Da jedoch jede Lebensgeschichte als ein individuelles und soziales Produkt anzusehen ist, können oftmals jene von Rosenthal vorgegebenen Auswertungsschritte nicht standardisiert durchgeführt werden, sondern bedürfen einer Anpassung an das Interviewmaterial. Diese vorgenommenen Anpassungen werden ebenfalls ausführlich begründet und sollen eine vollkommene Transparenz im Forschungsprozess gewährleisten.

7.4 Interviewauswertung mit Frau R.

Hintergrund

Im Zuge meiner Masterarbeit habe ich mich im Sommer 2014 mit dem AKH³ in Verbindung gesetzt, um einen Einblick und zusätzliche Informationen bezüglich schulische Reintegration nach einer Hirntumorerkrankung zu erlangen.

Hier wurde ich auf das Projekt „Lernblitz“ aufmerksam gemacht, welches im Herbst anlaufen sollte. Bei einem Gespräch mit einer Reintegrationslehrerin wurde mir zum ersten Mal von Christoph berichtet und ich wurde gefragt, ob ich ihm im Rahmen des Projektes Nachhilfe geben möchte. Daraufhin habe ich im Herbst 2014 Christoph und seine Mutter kennen gelernt und seine Reintegration in die Stammklasse mitverfolgen können. Seither bin ich wöchentlich bei Frau R. und ihrem Sohn zu Hause und erarbeite jene schulischen Inhalte mit Christoph, die ihm aufgrund seines langen Krankenhausaufenthaltes fehlen.

Das Interview mit Frau R. wurde im privaten Rahmen, bei ihr zu Hause, geführt. Dieser Ort erwies sich als sehr sinnvoll, denn Frau R. konnte in ihrer gewohnten Umgebung schnell ihre Nervosität ablegen und sehr offen und ausführlich über ihre eigene Biographie und die ihres Sohnes berichten. In ihrer Selbstpräsentation orientiert sich Frau R. chronologisch an den Ereignissen im Lebenslauf und widmet sich primär der Zeit ab der Erkrankung ihres Sohnes. Dies kann natürlich Resultat des im Vorfeld besprochenen Forschungsvorhabens sein, weshalb Frau R. speziell auf jene Ereignisse und Situationen Bezug nimmt, die dem Forschungsinteresse dieser Arbeit zugrunde liegen. Das Interview mit Frau R. dauerte insgesamt etwas mehr als eineinhalb Stunden und gestaltete sich sehr angenehm und informativ.

Auf den nachfolgenden Seiten wird nun das Interview von Frau R. mit Hilfe der biographischen Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) ausgewertet. Der Grund, weshalb dieses Interview im Rahmen der vorliegenden Arbeit zuerst analysiert wird, ist jener, dass im Gespräch mit Frau R. die Biographie ihres Sohnes eine zentrale Position einnahm und so essentielle Informationen, die im Interview mit Christoph selbst nicht zur Sprache gebracht wurden, dargestellt werden können.

³ AKH = Allgemeines Krankenhaus (Wien)

7.4.1 Sequenzielle Analyse der biographischen Daten

Der erste Auswertungsschritt der biographischen Fallrekonstruktion sieht vor, jene von den Biograph/-innen genannten Daten in der zeitlichen Abfolge der Ereignisse im Lebenslauf zu analysieren (vgl. Rosenthal 2014, S. 188). Dies soll unter ständiger Ausblendung des bereits erworbenen Wissen über den biographischen Verlauf geschehen, um so, mit Hilfe des sequenziellen und abduktiven Vorgehens, bei der Analyse jedes einzelnen, genannten Datums neue Folge- sowie Gegenhypothesen über einen möglichen Fortgang entwerfen zu können. Dieser erste Auswertungsschritt dient als Basis beziehungsweise als Vorbereitung für den dritten Analyseschritt, bei dem die in diesem Kapitel aufgestellten Hypothesen zu den einzelnen biographischen Daten mit den dazu vorliegenden Aussagen im Interviewtranskript kontrastiert werden (vgl. ebd., S. 189f).

Rosenthal (2014, S. 191) sieht als erstes Datum, das im Zuge der Analyse ausgelegt werden soll, das der Geburt vor. Da im Gespräch mit Frau R. jedoch das erste, konkret genannte Datum, das Geburtsdatum ihres Sohnes ist, wird dieses als erstes Datum für die Analyse herangezogen. In Anlehnung an Rosenthal folgt nun einer aufgestellten Hypothese, eine oder mehrere Folgehypothesen, die ein Bild über einen möglichen Fortgang im biographischen Verlauf von Frau R. vermitteln sollen. Dieser Hypothese, einschließlich ihrer Folgehypothesen, wird eine Gegenhypothese gegenübergestellt, die ebenso wieder mehrere verschiedene Folgehypothesen hervorbringen soll.

1. Datum

Im Frühjahr 2005 bringt Frau R. im Alter von 20 Jahren Christoph zur Welt. Zu diesem Zeitpunkt befindet sie sich noch in ihrer Ausbildung beziehungsweise besucht sie gerade die Berufsschule.

1.1

Frau R. ist zum Zeitpunkt der Geburt ihres Sohnes selber noch sehr jung und kindlich. Ihr fällt es sehr schwer, in die Mutterrolle zu schlüpfen und ist mit der Situation ein Neugeborenes zu haben, überfordert.

1.1.a

Aufgrund der anfänglichen Überforderung gestaltet sich das Verhältnis zu ihrem Kind sehr schwierig und hat sich bis heute nicht verbessert.

1.1.b

Frau R. ist mit der nicht geplanten Schwangerschaft und der Geburt ihres Sohnes überfordert, weshalb sie ihre laufende Ausbildung abbricht.

1.1.c

Frau R. benötigt externe Hilfe in der Kindeserziehung, da sie in ihrem jungen Alter mit der Situation überfordert ist und sie ansonsten ihre Ausbildung nicht abschließen kann.

1.1.d

Die schwierige Mutter-Kind-Beziehung wirkt sich auf die Entwicklung von Christoph aus und zeigt sich in seinem sozialen Verhalten, das sehr früh zu Problemen im schulischen Kontext führt.

1.2

Da Frau R. zum Zeitpunkt der Schwangerschaft noch sehr jung ist und sich gerade in einer schwierigen Lebensphase befindet, stellt die Geburt von Christoph für sie einen Neuanfang dar.

1.2.a

Frau R. ist zum Zeitpunkt der Geburt zwar mit der Situation, eine junge Mutter zu sein, etwas überfordert, findet sich aber schnell in diese Rolle ein. Dies wirkt sich positiv auf die Mutter-Kind-Beziehung aus, weshalb das Verhältnis zwischen Frau R. und ihrem Sohn sehr innig ist.

1.2.b

Frau R. findet sich schnell in die Mutterrolle ein und beendet nebenbei noch ihre begonnene Ausbildung. Sie entwickelt sich zu einer sehr selbstständigen Frau, die für sich selber und ihr Kind sorgen kann.

2. Datum

Im Oktober 2008 kommt es zu einem tragischen Vorfall. Frau R. und ihr dreijähriger Sohn wollen die Heimreise von einem Besuch in München nach Wien antreten, als sie im Auto bemerkt, dass Christoph einseitige Lähmungserscheinungen aufweist. Sie macht sich sofort auf den Weg ins nächst gelegene Krankenhaus, in dem die Diagnose „Schlaganfall“ gestellt wird. Sie werden unverzüglich in eine Spezialklinik überwiesen.

2.1

Der Schlaganfall von Christoph wurde zu spät diagnostiziert, sodass mit dauerhaften kognitiven sowie körperlichen Folgeerscheinungen zu rechnen ist.

2.1.a

Christoph wird aufgrund des Schlaganfalls ein pflegebedürftiges Kind. Frau R. übernimmt diese Pflege selbst und kümmert sich um ihren Sohn.

2.1.b

Christoph weist Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall auf, kann jedoch nach wie vor all jene Sachen selber erledigen, die er vor dem Schlaganfall schon beherrschte. Mit Hilfe von Medikamenten ist dies möglich.

2.1.c

Christoph weist Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall auf, die mit Hilfe von Medikamenten zum Großteil eingeschränkt werden können. Dennoch wird Christoph keine reguläre Volksschulklasse besuchen können, weshalb er in eine Integrationsklasse eingeschult wird.

2.1.d

Christoph weist kognitive und körperliche Beeinträchtigungen durch den Schlaganfall auf, die mit Hilfe von Medikamenten zum Großteil eingeschränkt werden können. Dennoch kann er keine reguläre Volksschule besuchen, weshalb Frau R. ihn in eine Sonderschule einschreibt.

2.2

Der Schlaganfall von Christoph wurde rechtzeitig erkannt und durch das schnelle Handeln von Frau R. kam es zu keinen dauerhaften kognitiven oder körperlichen Beeinträchtigungen.

2.2.a

Da mit keinen Beeinträchtigungen aufgrund des Schlaganfalls zu rechnen ist, kehren Frau R. und Christoph sehr schnell in ihren geregelten Tagesablauf zurück und lassen den Vorfall erfolgreich hinter sich.

2.2.b

Durch den Schlaganfall wurde die bereits sehr intensive Mutter-Kind-Beziehung nochmals zusätzlich verstärkt. Jedoch lebt Frau R. ab diesem Zeitpunkt in ständiger Angst um ihren Sohn.

2.2.c

Der Schlaganfall hat auf Christophs Persönlichkeit und Entwicklung keinerlei Einfluss. Er bleibt ein sehr aktives, verspieltes Kind und besucht eine reguläre Volksschulklasse.

3. Datum

Im Juli 2013 klagt Christoph oftmals über eine kribbelnde Hand, Kopfschmerzen und Übelkeit. Mit dem Verdacht auf einen „Magen-Darm-Virus“ sucht Frau R. besorgt den Kinderarzt auf, der genau an diesem Tag seine Ordinationszeiten geändert hat. Daraufhin fährt sie mit Christoph ins Krankenhaus, wo ihn die Ärzte aufgrund der Nachsorgeuntersuchungen des Schlaganfalls schon kennen. Dort wird sofort eine MRT⁴ in die Wege geleitet, auf dem kurze Zeit später ein Hirntumor sichtbar wird. Es soll umgehend ein operativer Eingriff folgen, um den Tumor zu entfernen.

3.1

Christoph wird noch am gleichen Tag operiert. Frau R. und ihr Sohn müssen anschließend mit einem langen Krankenhausaufenthalt und intensiven Behandlungsplänen rechnen, weshalb Christoph seine reguläre Schule einstweilen nicht besuchen kann.

3.1.a

Christoph besucht während des Krankenhausaufenthaltes und den dort stattfindenden Behandlungen die Schule im Krankenhaus, welche ihm sehr gut gefällt. Zusätzlich wird er von einer Hauslehrerin unterrichtet, wenn er das Krankenbett aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes nicht verlassen kann.

3.1.b

Christoph ist durch die vielen Eingriffe sehr erschöpft und ist dadurch nicht im Stande einem Unterricht, jeglicher Art, zu folgen. Frau R. und das Klinikpersonal beschließen, einstweilen die Beschulung von Christoph einzustellen.

⁴ MRT = Eine Magnetresonanztomographie zählt zu den bildgebenden Verfahren und zeigt den Tumor und das ihn umgebende Gewebe auf (vgl. Kienesberger 2012, S. 6).

3.2

Der Hirntumor von Christoph ist inoperabel, weshalb keine Hoffnung auf Heilung besteht. Frau R. und Christoph werden bald nach der Diagnosestellung nach Hause geschickt, da das Klinikpersonal nichts mehr für ihn tun kann.

3.2.a

Christoph möchte seine verbleibende Zeit noch intensiv mit seiner Mutter verbringen, weshalb er nicht mehr die Schule besuchen muss.

3.2.b

Christoph verbringt die Zeit nach der Diagnosestellung zu Hause. Frau R. möchte die verbleibende Zeit jedoch so alltagsnah wie möglich gestalten, weshalb ihr Sohn weiterhin durch die Hauslehrerin, im Rahmen des Möglichen, beschult wird.

3.2.c

Christoph wünscht sich, trotz der Diagnosestellung, einen geregelten Tagesablauf, weshalb er auch weiterhin, wenn es sein Gesundheitszustand erlaubt, seine reguläre Schulklasse besucht.

4. Datum

Der Hirntumor konnte nach unzähligen Chemotherapien und Bestrahlungen erfolgreich besiegt werden, weshalb Christoph ab September 2014 wieder seine alte Klasse besucht und trotz einjähriger Absenz aufgrund des langen Krankenhausaufenthaltes, in die 4. Schulstufe aufsteigt. Der Krankenhausunterricht und die Beschulung durch die Hauslehrerin machen dieses Aufsteigen in die 4. Klasse möglich.

4.1

Christoph hat enorme schulische Probleme, da ihm viele Lerninhalte fehlen, die in seiner regulären Klasse während seiner Absenz durchgenommen wurden, jedoch nicht im Rahmen des Krankenhausunterrichts beziehungsweise durch die Beschulung der Hauslehrerin nachgeholt werden konnten. Zusätzlich gestaltet sich die Reintegration in seine Stammklasse sehr schwierig, weil Christoph nicht mehr im sozialen Klassenverband verankert ist und ihm der Anschluss an seine Mitschüler/-innen nicht gelingt.

4.1.a

Die Lerndefizite von Christoph führen dazu, dass er die 4. Schulstufe wiederholen muss. Zudem zeigt er Lernschwierigkeiten auf, die als Langzeitfolgen von Chemotherapie und Bestrahlung auftreten können.

4.2

Christoph absolviert die 4. Schulstufe und hat keinerlei Probleme sich wieder im Klassenverband zu integrieren.

4.2.a

Christoph absolviert die 4. Schulstufe erfolgreich und weist keine Langzeitfolgen durch Chemotherapie und Bestrahlung auf. Auch findet er sehr schnell wieder Anschluss im Klassenverband.

7.4.2 Text- und thematische Feldanalyse

Bei der Text- und thematischen Feldanalyse drängt sich die Fragestellung in den Mittelpunkt, weshalb sich ein/-e Biograph/-in, egal ob bewusst oder unbewusst, so und nicht anders präsentiert (vgl. Rosenthal 2014, S.196). Als Vorbereitung für die Text- und thematische Feldanalyse soll nach Rosenthal das gesamte Interviewtranskript in einzelne, kleinere Analysesequenzen unterteilt und diese jeweils einer Textsorte – Erzählung, Argumentation, Beschreibung – zugeordnet werden. Diese Unterteilung in einzelne Analysesequenzen soll als eine Art Inhaltsverzeichnis dienen, welches als Vorlage für die darauffolgende sequenzielle Analyse herangezogen wird (vgl. ebd., S. 198f). Rosenthal (2014, S. 200) sieht vor, jede einzelne Sequenz, mit Hilfe dieser Fragestellungen, zu analysieren:

1. Weshalb wird dieser Inhalt an dieser Stelle eingeführt?
2. Weshalb wird dieser Inhalt in dieser Textsorte präsentiert?
3. Weshalb wird dieser Inhalt in dieser Ausführlichkeit oder Kürze dargestellt?
4. Was könnte das Thema dieses Inhalts sein bzw. was sind die möglichen thematischen Felder, in die sich dieses Thema einfügt?
5. Welche Lebensbereiche und welche Lebensphasen werden angesprochen und welche nicht?
6. Über welche Lebensbereiche und Lebensphasen erfahren wir erst im Nachfrageteil und weshalb wurden diese nicht während der Hauptidee eingeführt?

Im Zuge der vorliegenden Arbeit wurde die Sequenzierung des Interviews nach Rosenthal vorgenommen, jedoch wurde zusätzlich zu den von ihr genannten Textsorten – Erzählung, Argumentation, Begründung – noch die der Evaluation hinzugezogen, da im Interview mit Frau R. oftmals rückblickende, (be-) wertende Aussagen von ihr selbst vorgenommen wurden. Diese Sequenzierung des Interviews wurde gewissermaßen als Inhaltsverzeichnis herangezogen, jedoch nicht, so wie Rosenthal es vorsieht, um jede einzelne Sequenz zu analysieren sondern, um nicht den Rahmen dieser Arbeit zu sprengen und jene Passagen herauszunehmen, die dem vorliegenden Forschungsinteresse zugrunde liegen. Zusätzlich wurde bereits in diesem Auswertungsschritt die *sequenzielle Feinanalyse* vorgenommen, die Rosenthal zwar erst konkret im Zuge des vierten Auswertungsschritts nennt, diesbezüglich jedoch festhält, dass dieses Vorgehen jederzeit erfolgen kann (Rosenthal 2014, S. 187).

„Ziel ist dabei, insbesondere die latenten Sinnstrukturen des Textes zu entschlüsseln.“ (Rosenthal 2014, S. 206) Als Kriterien für solche Sequenzen mit latenten Sinnstrukturen werden von der Autorin parasprachliche Auffälligkeiten, wie beispielsweise lange Pausen, Versprecher, Stocken oder gar Abbrüche in der Erzählung angesehen (vgl. ebd., S. 206).

Auf der nachfolgenden Seite wird die Sequenzierung des Interviews in Tabellenform dargestellt, um im Anschluss daran die sequenzielle Analyse einzelner, für die Fallstudie relevanter Textpassagen vorzunehmen. Wenn möglich werden Textpassagen mit ähnlichen Inhalten zu sogenannten „Themenblöcken“ zusammengefasst, um einen breiteren aber ebenso übersichtlicheren Einblick in die Biographie von Frau R. zu erlangen. Die sequenzielle Analyse erfolgt einerseits unter Einbeziehung der sechs Fragestellungen, andererseits unter Berücksichtigung jener Kriterien, die zur sequenziellen Feinanalyse herangezogen werden.

SEQUENZIERUNG DES INTERVIEWS MIT CHRISTOPHS MUTTER		
Sequenz	Textsorte	Inhalt
1/1-1/4	Einstiegsfrage	Erzählaufforderung – gesamte Biographie
1/7-1/16	Bericht	Kindheit; Volksschule; Umzüge; Scheidung
1/17-1/25	Bericht	Tod der Großmutter (Bezugsperson); schulische Laufbahn; private Probleme
1/25- 1/29	Bericht + Beschreibung	Optikerlehre → Berufsbild
1/29-1/35	Bericht + Beschreibung	Entschluss Berufsumstieg; Angestellte bei Augenarzt; Gründe für Berufswechsel; Kündigung
1/35-2/37	Bericht	Absolvierung der Meisterschule (vor Arbeitsplatz bei Augenarzt)
2/37-2/41	Bericht + Beschreibung	Geburt von Christoph während Lehrzeit/ Berufsschule; Beschreibung der Situation/der Mutterrolle
2/41-2/47	Bericht	Schlaganfall von Christoph mit 3 Jahren
2/47-2/51	Beschreibung	Symptome → leichte Lähmung
2/51-2/65	Bericht	Erstuntersuchung im Spital – aufgrund der Aufregung sind Symptome des Schlaganfalls verschwunden; Überweisung in ein Kinderspital in München; MRT Untersuchung; zweiwöchiger Aufenthalt; Ursache für Schlaganfall konnte nicht ermittelt werden
2/65-2/67	Argumentation	Grund für permanente Sorge um Christoph
2/67-3/80	Bericht	Christoph erkrankt erneut; Symptome: kribbelnde Hand, Übelkeit Kopfschmerzen
3/80-3/81	Evaluation	„...wie so ein Wink des Schicksals...“
3/81-3/91	Bericht + Argumentation	Entschluss sofort ins AKH zu gehen; Diagnose: Hirntumor
3/91-3/94	Bericht	MRT-Untersuchung
3/94-3/104	Beschreibung	Situation der Diagnosestellung und Übermittlung → Schock
3/104-4/112	Argumentation	eigentlich emotionaler Mensch; berufliches Vorwissens ermöglicht sachliche Reaktion auf Diagnose
4/112-4/116	Beschreibung	Christophs Reaktion auf Diagnose: „Ja: und , der der Christoph hat das auch ganz gelassen aufgenommen.“
4/116-4/121	Beschreibung	Beschreibung des Tumors auf dem MRT;

		Abgrenzung zu Abszess
4/121-4/132	Bericht	Operation noch am selben Tag
4/132-4/137	Evaluation	Wartezeit während Operation
4/137-5/157	Bericht + Beschreibung	Bestrahlung; Nebenwirkungen
5/157-5/177	Bericht + Argumentation + Beschreibung	Anfertigung der Maske für Bestrahlung; Vorgehensweise bei Anfertigung
5/177-5/181	Argumentation	Bestrahlung nicht so schlimm weil Christoph am Schluss sehr viel machen durfte → hatten Spaß
5/181-6/189	Bericht	Ablauf der Bestrahlung
6/189-6/198	Bericht	Schule im KH: Christoph besuchte Heilstättenschule gerne → wenig Kinder und viel Aufmerksamkeit
6/198-6/206	Bericht	Urlaub auf Rhodos; einen Monat Pause
6/206-6/221	Bericht	Chemotherapie und Port-a-cath
6/221-7/227	Beschreibung	Vorgang und Ablauf der Chemotherapie
7/227-7/255	Bericht + Beschreibung	ständige Harnkontrolle; Messung der Leukozyten; Isolationsphase
7/255-7/256	Evaluation	<i>„Er war trotzdem immer noch so fröhlich.“</i>
7/256-8/266	Bericht	aggressives Verhalten von Christoph; Hauslehrerin hat Schulstoff der 3. Klasse erarbeitet
8/266-8/277	Beschreibung	Schlussphase: starkes aggressives Verhalten
8/277-8/293	Bericht	Umgang mit Aggressivität → Hilfe von Psychologinnen
8/293-8/295	Evaluation	<i>„Ich glaub ich hab das alles schon ein bisserl verdrängt.“</i>
8/295-9/317	Bericht	hohes Fieber; viel gelesen im Krankenhaus
9/317-9/328	Bericht	Schilderung des Wochenprogramms im KH
9/328-10/336	Argumentation	Beschwerde wegen ständigem Baulärm
10/337-10/343	Bericht	Schilderung des Tagesablaufs im KH
10/343-10/348	Bericht	psychologisches Gutachten
10/348-10/350	Bericht	Ende der Chemotherapie
10/350-10/357	Bericht	Sommer nach Chemotherapie
10/358	Nachfrage	Verständnisfrage
10/359-10/368	Argumentation	Vermeiden von Krankenhausbesuchen

10/368	Evaluation	<i>„Die Leute kommen wirklich aus aller Welt hierher.“</i>
10/368-11/377	Bericht	ständige Angst vor Rückkehr des Tumors
11/377-11/385	Bericht	Langzeitfolgen bzw. Nebenwirkungen von Bestrahlung und Chemotherapie
11/385-11/389	Bericht	derzeitige Schulsituation von Christoph
11/389-11/393	Bericht	Leben nach der Krankheit
11/393-11/399	Bericht	Verhältnis zwischen Mutter und Christoph
11/399	Ende Haupterzählung	
11/403-12/408	Beschreibung	Zeit nach Krankenhausaufenthalt
12/409-12/410	Frage	Zeit zwischen Krankenhaus und Schule
12/411-12/425	Bericht + Beschreibung	derzeitige Schulsituation von Christoph; <i>„Der Christoph hatte immer Probleme mit seinen , Schulkollegen.“</i>
12/425-12/443	Bericht	Schulwechsel in der 1. Klasse VS; Gründe;
12/443-13/451	Bericht	Kennenlernen der derzeitigen Schule
13/451-13/454	Bericht + Argumentation	behördliche Komplikationen bei Schulwechsel
13/454-13/461	Bericht + Beschreibung	strenges pädagogisches Verhalten der Lehrerin ist positiv für Christoph
13/461-13/464	Bericht	pädagogisches Verhalten der alten Lehrerin
13/464-13/467	Bericht + Evaluation	derzeitige Hausübung-Situation
13/467-13/473	Bericht	Schulsituation in der alten VS; Spielverhalten von Christoph
13/473-14/483	Beschreibung	charakterliche Veränderung bei Christoph nach Krankenhausaufenthalt → reifer
14/484-14/485	Frage	Reintegration
14/486-14/493	Beschreibung	Umstellung von Krankenhaus auf Schule; mehr Schlaf; mehr Zuwendung
14/493-14/502	Bericht	Konferenz mit dem ganzen Lehr- und Krankenhausperson bzgl. Reintegration
14/502	Evaluation	<i>„Und er wird jetzt die Klasse noch einmal machen.“</i>
14/502-14/506	Argumentation	Gründe für Entschluss zum Wiederholen
14/507-14/509	Frage	Großmutter als Bezugsperson
14/510-15/524	Bericht + Argumentation	Familiengeschichte; inniges Verhältnis zur Großmutter

15/524-15/525	Evaluation	<i>„Aber das sind auch so Sachen die man ja dann versucht bei seinem Kind dann anders zu machen...“</i>
15/525-15/527	Bericht	Verhältnis zu den Eltern
15/527-15/533	Beschreibung	Verhältnis zu Christoph; andere Erziehung als selbst erfahren
15/533	Nachfrage	Tod der Großmutter
15/534-15/535	Evaluation	<i>„Da ist für mich halt irgendwie so eine Welt zusammengebrochen.“</i>
15/535-15/543	Bericht	Jugendzeit; Ex-Mann; Schwangerschaft
15/543-15/544	Evaluation	<i>„Und dann durch den Christoph bin ich dann reifer geworden und alles ist einfach viel besser geworden.“</i>
15/545-15/546	Frage	Berufszeit beim Augenarzt
15/547-17/601	Bericht	Arbeitsklima; Arbeitssituation; Kollegen
17/604-17/605	Antwort	Zeitraum zwischen Kündigung und Erkrankung von Christoph
17/606	Nachfrage	Arbeitssituation während Erkrankung
17/607-17/609	Bericht	derzeitig: Nachholen der Matura
17/609-17/616	Bericht	zukünftiger Berufswunsch
17/616-17/623	Bericht	eigene(s) Lernverhalten/Noten im Gymnasium
17/623-17/628	Beschreibung	Grund für zukünftigen Berufswunsch
18/629-18/630	Frage	Hauslehrerin; Krankenhausunterricht
18/631-18/655	Bericht + Beschreibung	Ablauf des Krankenhausunterrichts
18/655-18/656	Evaluation	<i>„Ich muss sagen ich hab dem Christoph schon auch viel (2) also vielleicht ein bisschen zu viel Druck gemacht.“</i>
18/656-18/662	Beschreibung	Ansprüche an Christoph; Druck
18/663	Frage	Kontakt mit Stammschule
18/664-19/673	Bericht	Kontakt mit Schule während KH-Aufenthalt
19/673-19/680	Bericht	Besuchssituation im KH; Freunde
19/680-19/681	Evaluation	<i>„Da merkt man dann (5) wer seine wahren Freunde sind. Und es sind unglaublich wenig (2).“</i>
19/682	Ende des Interviews	

Tabelle 1: Sequenzierung des Interviews mit Frau R.

Analyse der Sequenz 2/37-2/67:

Nachdem Frau R. zu Beginn des Interviews kurz auf ihre persönliche Lebensgeschichte sowie ihren schulischen und beruflichen Werdegang näher eingeht, widmet sie sich in dieser Sequenz das erste Mal ihrem Sohn Christoph. Sie berichtet sehr kurz über seine Geburt, dass sie sich zu diesem Zeitpunkt noch in der Lehrzeit beziehungsweise Berufsschule befand und dass sie zu Beginn Schwierigkeiten hatte, sich in die Mutterrolle einzufinden, da sie selber noch sehr jung und kindlich war. Die ersten Jahre mit Christoph überspringt sie und es erweckt den Eindruck, als ob sie zu diesem Zeitpunkt des Interviews nichts über ihre Schwangerschaft oder ihr Privatleben berichten möchte. Ihr unsicher wirkendes Lachen in Privatangelegenheiten verstärkt den gewonnenen Eindruck. Frau R. wechselt abrupt das Thema und beginnt sofort von dem Schlaganfall zu erzählen, den Christoph mit drei Jahren erlitt, als sie in München waren. Sie schildert sachlich und detailliert die Situation, als sie den Schlaganfall bemerkte und die Symptome, die Christoph aufwies. Die ausführliche Beschreibung deutet darauf hin, dass dieses Erlebnis Frau R. sehr geprägt hat und noch tief in ihrem Gedächtnis verankert ist, so, als ob es erst vor kurzem geschehen wäre. Auch wird in dieser Textpassage deutlich, dass die Ursache des Schlaganfalls trotz zweiwöchigem Aufenthalts in einer Spezialklinik in München nicht geklärt werden konnte, weshalb dieses traumatische Erlebnis Frau R. nicht loszulassen scheint. Es wirkt so, als ob sie fortan in ständiger Angst lebe, dass etwas Vergleichbares jederzeit wieder mit Christoph passieren könnte, weshalb sie möglicherweise zukünftig in Bezug auf seine Gesundheit übervorsichtig reagieren könnte. Es ist auffällig, dass sie meist nur über Christophs Lebensgeschichte berichtet und ihre eigenen Gefühle nur sehr zaghaft in das Interview einbringt. Dies könnte daran liegen, dass sie das Erlebte noch nicht verarbeitet oder aber auch zum Teil verdrängt hat und die Erzählung schmerzhaftes Erinnerungen und Emotionen hervorruft.

Analyse der Sequenz 2/67-4/116:

Der Bericht über den Schlaganfall von Christoph geht direkt in eine ausführliche Erzählung über seine Hirntumorerkrankung über. Die Jahre zwischen diesen beiden Ereignissen bleiben von Frau R. unbeachtet, was wiederum die bereits getroffene Annahme untermauert, dass die Krankengeschichte von ihrem Sohn einen prägenden und tiefen Eindruck hinterlassen hat. Es ist jedoch auffällig, dass Frau R. zu Beginn des Berichts über den Hirntumor ihres Sohnes zwei kurze Pausen einlegt, so als ob sie ihre Gedanken und Gefühle sammeln müsse, bevor sie zu erzählen beginnen kann. Sie fängt an von den Symptomen zu berichten, von den anfänglichen Kopfschmerzen, der kribbelnden Hand bis hin zur Übelkeit, die Christoph über einen gewissen Zeitraum hinweg begleiteten. Während der Aufzählung der Symptome versucht Frau R. oftmals ihr Handeln in dieser Situation zu rechtfertigen, da sie nicht sofort einen Kinderarzt aufgesucht hat sondern erst nach ein paar Tagen, bei Einsetzen der

Übelkeit, mit Christoph dorthin gegangen ist. Dies erweckt den Anschein, als ob sie besonders viel Wert darauf legen würde, welchen Eindruck sie im Interview hinterlässt und dass sie vielleicht sogar mit Schuldgefühlen zu kämpfen habe.

Frau R. äußert in ihrer weiteren Erzählung den persönlichen Verdacht auf einen „Magen-Darm-Virus“ bei Christoph, weshalb sie ihren vertrauten Kinderarzt aufsuchen wollte. Ab diesem Zeitpunkt beginnt die Erzählung sehr authentisch zu werden. Es wird deutlich, dass Frau R. sich direkt in die damalige Situation hinein zu fühlen versucht. Ihre Erinnerungen sind nahezu lückenlos und sie ist davon überzeugt, dass es kein Zufall war, dass Christophs Kinderarzt genau an diesem Tag seine Ordinationszeit geändert hatte. Sehr vertieft in ihre Erzählung deutet sie diesen Zufall folgendermaßen: „weiß nicht, wie so ein Wink des Schicksals...“ (Frau R. 2015, 3/80-81) und hat dabei ein Lächeln im Gesicht. Dieses Lächeln könnte dafür stehen, dass Frau R. den Gedanken an etwas Übernatürliches oder etwas nicht Erklärbares sehr beruhigend findet und dieser Wink des Schicksals dafür verantwortlich war, dass sie mit Christoph sofort das Krankenhaus aufgesucht hat und der Tumor dadurch rechtzeitig diagnostiziert werden konnte. Dennoch scheint es so als ob sie diese emotionale Erinnerung nur kurz aufleben lassen kann, denn sehr schnell schiebt sie diese wieder zur Seite, um nicht zu viele Emotionen im Interview preiszugeben. Sie berichtet noch ausführlich vom Gang ins Krankenhaus und erweckt dabei den Anschein, als ob sie etwas verunsichert versucht, diesen Entschluss plausibel zu erklären, um nicht hysterisch oder übervorsichtig zu wirken. Dieser Eindruck wird abermals durch das gelegentlich verunsicherte Lachen bekräftigt.

Die Art und Weise, wie Frau R. über die im Krankenhaus initiierten Untersuchungen und das Verhalten der Ärzte berichtet, zeigt, wie schwer es ihr fällt, diese Erinnerung zuzulassen und die Situation der Diagnosestellung noch einmal zu durchleben. Einerseits erweckt es den Anschein, als ob Frau R. bis zum Schluss noch Hoffnung in sich hatte, dass keine lebensbedrohliche Erkrankung bei ihrem Sohn vorliegt. Andererseits versucht sie dieses Gefühl der Hoffnung nicht allzu deutlich preiszugeben, vielleicht aus Angst, aufgrund der Vorgeschichte mit dem Schlaganfall naiv wirken zu können.

Einen sehr prägenden Eindruck dürfte die Bekanntgabe der Diagnose hinterlassen haben, denn Frau R. berichtet schockiert und entrüstet über das nicht angebrachte Verhalten der Ärzte, welche die Diagnose neben ihrem achtjährigen Sohn übermittelten. Im Moment der Erzählung erweckt es den Anschein, als ob sie dieses, in ihren Augen rücksichtslose Verhalten, noch immer nicht fassen könnte. Dies könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass Frau R. aufgrund der Gegebenheiten gezwungen war, sehr sachlich auf die Diagnose zu

reagieren, um für ihren Sohn in der damaligen Situation eine Stütze zu sein. So könnte ihr eine angemessene Reaktion auf die Erkrankung verwehrt worden sein, die sie aber selber benötigt hätte, da sie im Interview nebenbei kurz erwähnt, eigentlich ein sehr emotionaler Mensch zu sein (vgl. Frau R. 2015, 3/104f).

Analyse der Sequenz 6/189-6/198:

Im folgenden Abschnitt widmet sich Frau R. kurz der Schule im Krankenhaus. In den vorangegangenen Sequenzen hat sie ausführlich über die Operation und die Bestrahlung, deren Ablauf sowie Nebenwirkungen näher berichtet. Frau R. wählt für diese Sequenzen eine vorwiegend medizinische und sachliche Erzählweise und erweckt dadurch einen sehr objektiven und distanzierten Eindruck. Es ist jedoch auffällig, dass Frau R. sehr ausführlich und lückenlos von der Zeit ab der Diagnosestellung berichten kann, weshalb es den Anschein macht, als ob das Geschehene noch sehr präsent sei. Dennoch ist spürbar, dass eine emotionale Distanz zur Thematik aufgebaut wurde, eventuell um nicht verletzlich zu erscheinen.

In Bezug auf die Schule im Krankenhaus merkt Frau R. an, dass Christoph diese sehr gerne besuchte. Den Grund dafür sieht sie in der geringen Schülerzahl und der ungeteilten Aufmerksamkeit, denn „Er [Christoph] griegt immer gerne die Aufmerksamkeit.“ (Frau R. 2015, 6/192; Anm. CR) Frau R. streift diese Thematik nur kurz, wobei angenommen werden kann, dass sie im Krankenhausunterricht nicht ständig anwesend war und deshalb diesbezüglich nicht ins Detail gehen kann.

Analyse der Sequenz 7/256-8/293:

Nachdem Frau R. kurz auf den Heilstättenunterricht ihres Sohnes eingegangen ist erzählt sie noch von ihrem Urlaub auf Rhodos, den sie in dem Monat der Behandlungspause machten. Anschließend ging sie wieder auf den Ablauf der Chemotherapie ein und merkte abschließend, nach dem Bericht über etwaige Strapazen der Behandlung, an: „Er [Christoph] war trotzdem immer noch so fröhlich.“ (Frau R. 2015, 7/255; Anm. CR) Diese Äußerung zeigt, wie stolz Frau R. heute noch auf ihren Sohn und sein tapferes Verhalten in dieser schwierigen Zeit ist.

In der folgenden ausgewählten Interviewsequenz berichtet Frau R. über die Isolationsphase und das daraus resultierende aggressive Verhalten von Christoph. Sie versucht, seine zunehmenden Aggressionen in dieser Phase der Behandlung zu rechtfertigen und es wird spürbar, dass Frau R. die Erinnerungen daran sehr berühren, denn ihre immer leiser werdende Stimme und zaghafte Erzählweise, die mit vielen Pausen und schwerer Atmung einhergeht, verstärken diesen Eindruck. Ihr ist es ein Anliegen, das aggressive Verhalten von

Christoph plausibel und nachvollziehbar darzustellen, was darauf zurückzuführen sein könnte, dass es ihr wichtig ist, was andere von ihrem Sohn denken könnten. Sie zieht direkte Vergleiche zur eigenen damaligen Situation und versucht anhand der Ausweglosigkeit von Christoph, sein Verhalten zu rechtfertigen und auch ein wenig zu beschönigen. Vielleicht auch ihretwegen, damit die Erinnerungen an diese Phase nicht so schmerzvoll sind. Dennoch versucht sie abermals die Stimmung im Interview zu heben und schwenkt auf eine andere Thematik über. Sie beginnt von den Lehrpersonen beziehungsweise von der Hauslehrerin zu berichten, die Christoph während dieser Phase unterrichtet haben. Frau R. erweckt in der Art und Weise, wie sie von der Hauslehrerin erzählt den Eindruck, dass sie mit deren Arbeit zufrieden war, denn sie hebt explizit hervor, dass ohne Improvisation kein Unterricht stattfinden hätte können. Dies könnte daran liegen, dass Christoph zu diesem Zeitpunkt der Behandlung psychisch aber auch physisch an einem Punkt angelangt war, wo er sein fröhliches Wesen nicht mehr nach außen tragen, sondern seinem Unmut über die Erkrankung und die vorherrschende Situation nur mit Hilfe des aggressiven Verhaltens Ausdruck verleihen konnte.

In der weiterführenden Erzählung geht Frau R. nochmals auf das immer stärker werdende aggressive Verhalten von Christoph ein und berichtet darüber, dass sich diese Verhaltensweise ihres Sohnes primär gegen sie gerichtet habe. Sie fügt an: „Er hat mich auch geschlagen.“ (Frau R. 2015, 8/268f) Im Zuge dieser Offenbarung wird deutlich, wie tragisch die damalige Behandlungssituation für Christoph und Frau R. gewesen sein muss. Sie berichtet weiter von ihrer Unsicherheit mit Christophs Aggressivität angemessen umzugehen und davon, dass sie vom psychologischen Fachpersonal im Krankenhaus dabei unterstützt wurde. Es kann vermutet werden, dass die Erinnerungen an diese Zeit der Erkrankung für Frau R. besonders schmerzvoll sind, da ihr Sohn seine Aggressivität primär gegen sie gerichtet hat und es fast unmöglich ist, dieses Verhalten nicht persönlich zu nehmen, sondern als Resultat der Krankheit und der vielen Behandlungsformen anzusehen.

Dieses aggressive Verhalten von Christoph könnte als eine Art Reaktion auf die an ihn gerichteten Erwartungen seines sozialen Umfeldes gedeutet werden. Eventuell fühlte er sich unbewusst unter Druck gesetzt, trotz seiner Erkrankung sein fröhliches Wesen und seine Tapferkeit nicht zu verlieren, jene Eigenschaften die Frau R. in einer vorangegangenen Sequenz so deutlich hervorgehoben hat.

Im Anschluss an ihre weiterführende Erzählung evaluiert Frau R. das bisher Erzählte folgendermaßen: „Ich glaub, ich hab das alles schon ein bisserl verdrängt. Jetzt wo ich so drüber nachdenk.“ (Frau R. 2015, 8/294f) Anhand dieser Äußerung wird deutlich, dass es Frau R. seit Abschluss der Behandlung gemieden hat, sich bewusst mit den Erinnerungen an die

Krebserkrankung ihres Sohnes und ihren eigenen Emotionen diesbezüglich auseinanderzusetzen. Im Zuge des Interviews muss sie sich diesen jedoch stellen und erkennt, wie tragisch die damalige Situation für sie beide gewesen ist.

Analyse der Sequenz 11/377-11/389 :

In dieser Interviewpassage berichtet Frau R. sehr sachlich über Langzeitfolgen, die eine Hirntumorerkrankung mit sich bringen kann. Sie schildert Christophs Lernverhalten nach der Erkrankung und merkt an, dass es diesbezüglich Veränderungen gibt. Es fällt ihm angeblich schwer, sich über einen längeren Zeitraum zu konzentrieren und er ist sehr schnell abgelenkt. Im darauffolgenden Satz versucht Frau R. jedoch sofort dieser vorangegangenen Äußerung entgegenzusteuern und hebt explizit hervor, dass es ihm für einen kurzen Moment sehr wohl gut gelingt, sich zu konzentrieren und dass Christoph auch sehr gut den Zeitraum seiner Konzentrationsfähigkeit einzuschätzen weiß. Hier wird abermals deutlich, dass es Frau R. sehr wichtig ist, was andere Menschen von Christoph denken könnten, weshalb sie oftmals vorangegangene Äußerungen zu entschärfen versucht. Weiters geht Frau R. auf die derzeitige Schulsituation von Christoph ein und merkt an, dass die kurze Konzentrationsfähigkeit auch im schulischen Kontext zu Problemen führt. Sie erzählt davon, dass zu Beginn des Schuljahres eigentlich alles sehr gut verlaufen ist und merkt stolz an, dass Christoph auf die Mathematikschularbeit einen Zweier hatte. Darauffolgend hält sie jedoch etwas resigniert fest: „Und dann ist es (...) irgendwie bergab gegangen. Und ich kann mir das nur so vorstellen weil's ihm einfach zu viel wird.“ (Frau R. 2015, 11/387ff) Anhand dieser Äußerung kann vermutet werden, dass Christophs schulische Leistungen Frau R. besonders wichtig sind. Es erweckt den Eindruck, als ob Christoph sehr viel Zeit und Lernaufwand für die Mathematikschularbeit und die daraus resultierende gute Note investieren musste, dies jedoch nicht gänzlich ohne Druck der Mutter erfolgte. Das bereits bekannte verlegene Lachen von Frau R. bekräftigt diese Annahme. Es wäre möglich, dass diese hohen Erwartungen, einerseits den Lerninhalten der 4. Klasse folgen zu können und andererseits möglichst gute Noten zu erbringen, auf Christoph sehr erdrückend wirken und sich gegebenenfalls in seinem Lernverhalten und seiner Lernmotivation niederschlagen könnten.

Analyse der Sequenz 12/411-14/483:

Zu Beginn dieses Themenblocks, der sich vor allem mit Christophs Schulwechsel und seiner derzeitigen schulischen Situation beschäftigt, berichtet Frau R. über Christophs soziale Probleme im Klassenverband. Sie initiiert die Erzählung folgendermaßen:

„Der Christoph hatte immer Probleme mit seinen Schulkollegen. Die hat er jetzt auch noch. Direkt danach sind sie natürlich alle ganz lieb zu ihm gewesen und jetzt nach 2-3 Monaten ist

der Alltag wieder gekommen und das war dann auch der Zeitpunkt wo es dann wieder schlechter geworden ist.“ (Frau R. 2015, 12/411-414)

Durch diese Äußerung wird deutlich, dass Christoph nicht fest im Klassenverband verankert zu sein scheint und diese sozialen Probleme bereits vor seiner Erkrankung vorherrschend waren. Es kann vorsichtig angenommen werden, dass sich der Reintegrationsprozess nach der Erkrankung aufgrund der problematischen Vorgeschichte als sehr schwierig gestalten ließ. Frau R. sieht den Grund für die sozialen Probleme mit Christophs Mitschüler/-innen darin, dass er es als Einzelkind nicht gewöhnt ist mit anderen Kindern zu spielen und dieses Verhalten durch den langen Krankenhausaufenthalt, wo er sich ebenfalls viel alleine beschäftigen musste, zusätzlich verstärkt wurde. Sie nennt zusätzlich das aggressive Verhalten der Buben in Christophs Klasse als Faktor für die sozialen Schwierigkeiten in der Klasse. Hier wird ersichtlich, dass Frau R. den Grund für Christophs schlechte soziale Position im Klassenverband bei den Mitschüler/-innen zu ergründen versucht und diesen die Schuld dafür gibt. An dieser Stelle des Interviews wird von Frau R. nicht das Verhalten ihres Sohnes reflektiert, sondern lediglich das der Klassenkollegen. Dies könnte wiederum daran liegen, dass sie keinen negativen Eindruck über ihren Sohn entstehen lassen möchte und deshalb die Fehler vorwiegend bei anderen Personen sucht.

Im Anschluss daran berichtet Frau R. darüber, dass Christoph in der 1. Klasse einen Schulwechsel hatte. Als Motiv für den Schulwechsel gibt sie die Inkompetenz der damaligen Lehrperson an, mit Christoph „streng“ umzugehen sowie die Information, dass er eventuell die 1. Klasse wiederholen sollte. Deshalb beschloss Frau R., Christoph in eine andere Schule zu geben und war sehr darum bemüht, eine strenge Klassenlehrerin zu finden, die sich seinem spielerischen Verhalten entgegenzusetzen weiß. Frau R. berichtet resümierend über den Schulwechsel folgendermaßen:

Ja: und ähm und dann ist der Christoph Gott sei Dank dorthin gekommen und das war schon viel leichter dort. Also die Lehrerin ist schon streng aber es ist halt ja der Christoph ist halt auch etwas anstrengend ((lacht)).“ (Frau R. 2015, 13/454ff)

Mit dieser Äußerung gesteht sich Frau R. zum ersten Mal in ihrer Erzählung ein, dass ein gewisser Anteil für die Probleme im Umgang auch bei Christoph selbst liegen könnte. Ihr Lachen im Anschluss dieser Bemerkung soll jedoch abermals dieser Aussage etwas an Ernsthaftigkeit nehmen. An diesem Punkt kann vermutet werden, dass nicht nur die Schuld für Christophs soziale Außenseiterposition im Klassenverband bei seinen Mitschüler/-innen zu suchen ist, sondern sein „anstrengendes“ Verhalten ebenso dazu beigetragen haben könnte. Es kristallisiert sich nun immer mehr heraus, dass Christoph kein gutes Verhältnis zu seinen Schulkolleg/-innen hat, eventuell auch, weil er erst am Ende des 1. Schuljahres in

den Klassenverband aufgenommen wurde, der sich möglicherweise zu diesem Zeitpunkt schon als sehr gefestigt und in sich geschlossen ihm gegenüber präsentiert hat. Hier wäre es als Aufgabe der Lehrperson anzusehen, das soziale Miteinander so zu gestalten, dass Neuankömmlinge die Möglichkeit erhalten, in den bestehenden Klassenverband integriert zu werden. Ob diese Möglichkeit geboten wurde oder aber von Christophs Seite kein Interesse bestand, sich im Klassenverband zu integrieren, lässt sich an diesem Punkt des Interviews nicht eindeutig eruieren.

In diesem Themenblock widmet sich Frau R. noch der derzeitigen Hausübungssituation von ihrem Sohn. Hier hält sie folgendes dazu fest:

„Jetzt auch das merk ich auch das mit den Aufgaben ist auch schon sehr schwierig. Dass er die Aufgaben macht. Aber da hat sie [Lehrerin] jetzt auch ich weiß nicht ob sie das jetzt auch geändert hat. Das muss man jetzt einfach schau'n. Dass er einfach nicht mehr so viele Aufgaben bekommt.“ (Frau R. 2015, 13/464-467; Anm. CR)

Aufgrund dieser Aussage wird ersichtlich, dass Christoph Schwierigkeiten mit seinen Hausübungen hat, eventuell aufgrund fehlender Lernmotivation. Frau R. weist zögerlich darauf hin, dass sich diesbezüglich etwas ändern müsse, und hofft auf aktives Handeln von Seiten der Lehrperson. Es kann vermutet werden, dass Frau R. und die Klassenlehrerin in Bezug auf die Hausübungsproblematik im Gespräch sind und an einer Lösung arbeiten.

Zum Abschluss dieses Themenblocks reflektiert Frau R. die Veränderungen in Christophs Verhalten seit dem Krankenhausaufenthalt. Sie hält dazu fest, dass Christoph ihrer Meinung nach reifer geworden sei und viele Sachen hinnimmt, die er zuvor hinterfragt hat. Auch die Lehrperson soll angeblich diese Veränderung bemerkt haben, da Christoph nicht mehr so große Probleme hat, Regeln im Klassenverband zu befolgen (vgl. Frau R. 2015, 13/473-14/483). Anhand dieser Schilderung wird deutlich, dass solch eine schwere Erkrankung nicht spurlos an einem Kind vorübergeht und die Persönlichkeitsentwicklung maßgeblich prägen kann. Obwohl Frau R. oftmals in ihrer Erzählweise einen sehr gefassten, distanzierten Eindruck erweckt und emotionale Äußerungen von sich nur sehr selten preisgibt, erweckt die Art, wie sie über die charakterliche Veränderung ihres Sohnes spricht, den Anschein, als ob sie unglaublich stolz auf Christoph wäre und die gewonnene Reife nicht als Verlust eines kindlichen Wesenszugs sondern als Gewinn für das zukünftige Leben ansieht.

Analyse der Sequenz 14/484-14/506:

In dieser Interviewsequenz widmet sich Frau R. dem Reintegrationsprozess nach dem Krankenhausaufenthalt. Gleich zu Beginn wird spürbar, dass Frau R. sehr zögerlich über die

Thematik zu berichten beginnt, da sie verhältnismäßig lange Erzählpausen einlegt. Dies könnte daran liegen, dass der Reintegrationsprozess noch sehr stark in ihrer Erinnerung präsent ist, da die Folgen davon bis dato spürbar sind. Frau R. berichtet davon, dass Christoph Schwierigkeiten hätte, so bald in der Früh aufzustehen und deutet diese Gegebenheit als Folge der Hirntumorerkrankung. Zusätzlich fügt sie an, dass ihr Sohn mehr Zuwendung bräuchte als früher und murmelt im Anschluss daran etwas Unverständliches, wodurch sie die Thematik für sich beendet und sie auf den eigentlichen Reintegrationsprozess zu sprechen kommt (vgl. Frau R. 2015, 14/486-493).

Frau R. berichtet von einem Gespräch, an dem das klinische Personal und die Lehrperson sowie die Direktorin der Stammschule und sie selbst teilgenommen haben. In diesem Gespräch wurde die Versetzungsfrage geklärt, wobei es hierbei zu Meinungsverschiedenheiten bezüglich des klinischen Personals und dem Personal der Stammschule kam. Während die Lehrperson und die Direktorin die Lösung vertraten, dass Christoph die 3. Klasse wiederholen sollte entschied sich die Opposition dafür, Christoph in seinen ursprünglichen Klassenverband zu reintegrieren und ihn in die 4. Klasse, trotz erheblicher Stoffversäumnisse, aufsteigen zu lassen. Anhand der Erzählweise wird deutlich, dass Frau R. diese Entscheidung nun hinterfragt und eventuell sogar an ihr zweifelt. Sie versucht jedoch abermals ihre Entscheidung zum Aufstieg in die 4. Klasse zu rechtfertigen und hält dazu ihre eigene Meinung und die des klinischen Personals fest: „Und die Psychologinnen haben aber gemeint es ist besser wenn der Christoph in seinen alten Klassenverband wieder kommt. Und das hab ich auch so gesehen.“ (Frau R. 2015, 14/499ff) In der darauffolgenden Äußerung wird jedoch deutlich, dass der Versuch, Christoph, trotz enormer Lernrückstände, in die 4. Klasse aufsteigen zu lassen, gescheitert ist, denn „er [Christoph] wird jetzt die Klasse noch einmal machen.“ (Frau R. 2015, 14/502; Anm. CR) Diese zaghafte Äußerung erweckt den Eindruck, als ob Frau R. mit diesem Entschluss selber noch zu kämpfen hätte. Diese Gegebenheit verstärkt abermals den bereits gewonnenen Eindruck, dass die schulischen Leistungen ihres Sohnes für Frau R. von großer Relevanz und eventuell oftmals mit Druck ihrerseits verbunden sind. Abermals versucht sie ihren Entschluss zu rechtfertigen und fügt erklärend hinzu:

„Aber ich glaub trotzdem dass ihm das gut getan hat dass er in seine alte Klasse wieder gekommen ist. [...] Aber ich glaub dass es ihm psychisch ganz gut getan hat. Und ich glaub dass das das Allerwichtigste ist.“ (Frau R. 2015, 14/502-506)

Diese Rechtfertigungen erwecken den Anschein, als ob Frau R. ihren Entschluss beschönigen möchte, um sich nicht eingestehen zu müssen, dass die Entscheidung, Christoph in die 4. Klasse aufsteigen zu lassen, für ihn nicht die bestmögliche Lösung war, da einerseits die versäumten Lerninhalte nicht aufholbar waren und Christoph andererseits auch vor der Erkrankung im Klassenverband nicht ausreichend integriert war.

Analyse der Sequenz 18/629-18/662:

In dieser Sequenz des Interviews wird nochmals explizit der Krankenhausunterricht von Christoph erfragt. Frau R. berichtet zunächst über den Ablauf des Krankenhausunterrichts und bestätigt anhand ihrer ersten Aussage eine bereits aufgestellte Vorannahme, die in einer vorangegangenen Sequenz getätigt wurde.

„Also meistens war ich nicht dabei. Sie ist ähm immer am Vormittag gekommen. E so um Neun. Und das war dann ungefähr eine Stunde. Eine Stunde haben sie ungefähr was gemacht. Aber es war dann also am Anfang ist es noch besser gegangen als zum Schluss.“
(Frau R. 2015, 18/631-634)

Es ist verständlich, dass Frau R. über den Krankenhausunterricht nicht sehr detailliert berichten kann, wenn sie dabei nicht anwesend war. Dennoch kann vermutet werden, dass sie größtenteils über den Verlauf des Unterrichts Bescheid wusste, da sie wahrscheinlich einerseits von der Lehrerin in Kenntnis gesetzt wurde und andererseits von Christoph einiges darüber erfahren hat. Frau R. berichtet darüber, dass Christoph zu Beginn seines Krankenhausunterrichts eine andere Lehrerin hatte, die ihn jedoch nach kurzer Zeit an ihre Kollegin weitergab. Sie merkt an, dass diese neue Kollegin zum ersten Mal als Hauslehrerin tätig und deshalb noch etwas unsicher war. Es kann daher vermutet werden, dass Christoph diese Unsicherheit oftmals ausnutzte und seine Krankheit vorschob, um keinen Unterricht machen zu müssen. Frau R. merkt ebenso an, dass Christoph diese Hauslehrerin nicht besonders mochte, weshalb die Vermutung besteht, dass sich der Unterricht generell sehr schwierig gestaltet haben könnte. Sie berichtet noch von einigen Themen, die bearbeitet wurden und dass es sehr mühsam war, die Hausübungen mit Christoph am Nachmittag zu erledigen. Hier wird deutlich, dass Christoph während seiner Erkrankung von sich aus nicht sehr viel für die Schule erledigen wollte und die Gutmütigkeit beziehungsweise Unerfahrenheit der Hauslehrerin seiner Demotivation nicht förderlich entgegenzutreten konnte. Die Erledigung der Hausübungen stellte auch zum Zeitpunkt des Krankenhausunterrichts eine Herausforderung dar, was wiederum darauf schließen lässt, dass ohne Druck von Seiten der Mutter, dies nicht eigenständig von Christoph erledigt worden wäre. Diese Vermutung wird von Frau R. bestätigt: „Ich muss sagen ich hab dem Christoph schon auch viel (2) also vielleicht ein bisschen zu viel Druck gemacht.“ (Frau R. 2015, 18/655f) Die kurze Pause, die von Frau R. eingelegt wird, lässt darauf schließen, dass es ihr schwer fällt, sich dies einzugestehen. Natürlich kann vermutet werden, dass die Interviewsituation nicht förderlich dazu beiträgt, sich solch ein Eingeständnis zu machen, weshalb Frau R. sofort versucht, ihr Handeln zu rechtfertigen und auf die Interviewerin nachvollziehbar wirken zu lassen.

Analyse der Sequenz 18/663-19/681:

In der letzten Interviewsequenz wird die Frage nach dem Kontakt zur Stammschule während des Krankenhausaufenthaltes geklärt. Frau R. berichtet von den anfänglichen Bemühungen der Mitschüler/-innen den Kontakt zu Christoph aufrecht zu erhalten und darüber, dass Christoph selber dazu nicht viel beigetragen hat. Sie meint dazu: „Er wollte nichts machen und (2) also er hat sich schon drüber gefreut dass die anderen was gemacht haben aber selber wollte er nicht.“ (Frau R. 2015, 19/666ff) Diese Aussage lässt darauf schließen, dass Christoph sich über kleine Aufmerksamkeiten der Klasse gefreut hat, selber aber nichts dazu beitragen wollte den Kontakt zu pflegen und somit im Klassenverband „integriert“ zu bleiben. Dies könnte daran liegen, dass er sich nie als Teil der Klasse wahrgenommen hat und sich deshalb auch nicht um die Aufrechterhaltung von Freundschaften bemühen wollte.

In Bezug auf die Klassenlehrerin erwähnt Frau R. nur kurz, dass ein Kontakt zwischen dieser und der Hauslehrerin vorhanden war, um den Schulstoff, der gerade in der Klasse durchgenommen wurde, auszutauschen. Dies sollte als Anreiz für Christoph dienen, wiederum den Kontakt aber auch den Anschluss an den Lernstand seiner Klasse nicht zu verlieren. Hier kann aber vermutet werden, dass Christoph sich aufgrund seines schlechten Verhältnisses zu seinen Schulkolleg/-innen auch damit nicht motivieren ließ. Abschließend zieht Frau R. Bilanz über Christophs Freundschaften und hält dazu spürbar traurig fest: „Aber man muss schon sagen also in der Zeit also wenn man dann wirklich ein Jahr lang im Krankenhaus is merkt man dann wer seine Freunde sind.“ (Frau R. 2015, 18/673ff) „Da merkt man dann (5) wer seine wahren Freunde sind. Und es sind unglaublich wenig.“ (ebd., 18/680f)

7.4.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte

Dieser Analyseschritt wendet sich laut Rosenthal (2014, S. 202) „der biographischen Bedeutung einzelner Erlebnisse in der Vergangenheit und vor allem wieder der sequenziellen Struktur der erlebten Lebensgeschichte, ihrer temporalen Gestalt zu.“ Hierbei wird auf die Analyse der biographischen Daten, die zu Beginn vorgenommen wird, zurückgegriffen und diese werden wiederum mit den Selbstaussagen der Interviewperson kontrastiert. In der Vorgehensweise wird sich an der Chronologie der *erlebten* Lebensgeschichte orientiert und hierbei ein biographisches Erlebnis nach dem Anderen in Augenschein genommen und mit der Interviewpassage aus der *erzählten* Lebensgeschichte kontrastiert, in der sich die Interviewperson diesem Erlebnis zugewendet hat (vgl. ebd., S. 202).

Im Zuge der vorliegenden Arbeit ist die Anwendung dieses Auswertungsschrittes nach Rosenthal schwer durchführbar, da Frau R. in ihrer narrativen Erzählphase sehr chronologisch, am Lebenslauf orientiert, vorgegangen ist. Sie beginnt bei der eigenen Geburt, erzählt kurz und prägnant ihren schulischen sowie beruflichen Werdegang und kommt relativ schnell zur

Geburt ihres Sohnes und der beginnenden Krankengeschichte. Die narrative Erzählphase endet mit der derzeitigen schulischen Situation von Christoph. Da die Haupterzählung von Frau R. sehr umfangreich ist, hält sich der Nachfrageteil in Grenzen. Hier wurden unklare Ereignisse angesprochen, wobei sich ebenso chronologisch an der Lebensgeschichte orientiert wurde. Das Interview ist nahezu frei von Gedankensprüngen, weshalb dieser Auswertungsschritt, wie ihn Rosenthal vorsieht, im Zuge dieser Arbeit nicht durchgeführt werden kann.

Jener Punkt, in dem Rosenthal bei der Rekonstruktion der Fallgeschichte die Falsifizierung oder Verifizierung der im ersten Analyseschritt aufgestellten Hypothesen vorsieht, wird nachfolgend angeführt.

Verifizierung der Hypothesen:

Die nachstehenden Hypothesen konnten im Verlauf der Interviewauswertung verifiziert werden:

1.2.a

Frau R. ist zum Zeitpunkt der Geburt zwar mit der Situation, eine junge Mutter zu sein, etwas überfordert, findet sich aber schnell in diese Rolle ein. Dies wirkt sich positiv auf die Mutter-Kind-Beziehung aus, weshalb das Verhältnis zwischen Frau R. und ihrem Sohn sehr innig ist.

1.2.b

Frau R. findet sich schnell in die Mutterrolle ein und beendet nebenbei noch ihre begonnene Ausbildung. Sie entwickelt sich zu einer sehr selbstständigen Frau, die für sich selber und ihr Kind sorgen kann.

Frau R. befindet sich zum Zeitpunkt der Schwangerschaft gerade in ihrer Ausbildung und besucht die Berufsschule. Zu Beginn fühlt sie sich mit der Rolle der Mutter etwas überfordert, da sie selber noch sehr jung und kindlich ist. Dennoch wächst sie relativ schnell in die Mutterrolle hinein, baut eine starke Bindung zu ihrem Kind auf und absolviert nebenbei noch ihre Ausbildung zur Optikerin. Sie zieht Christoph alleine groß und entwickelt sich zu einer sehr selbstständigen Frau, die ihren Sohn finanziell unabhängig erhalten kann.

2.2.b

Durch den Schlaganfall wurde die bereits sehr intensive Mutter-Kind-Beziehung nochmals zusätzlich verstärkt. Jedoch lebt Frau R. ab diesem Zeitpunkt in ständiger Angst um ihren Sohn.

Frau R. und Christoph verbringen nach der Diagnosestellung zwei Wochen in einer Spezialklinik in München. Dennoch kann die Ursache des Schlaganfalls von den Ärzten nicht eruiert werden, weshalb Frau R. fortan in ständiger Angst um ihren Sohn lebt. Sie reagiert höchst vorsichtig bei etwaigen Symptomen oder Krankheitserscheinungen und wendet sich diesbezüglich sofort an die Ärzte im AKH, die Christoph nach dem Schlaganfall weiterhin betreut haben. Die Beziehung zu ihrem Sohn gestaltet sich seit dem Vorfall noch inniger, wird jedoch von andauernder Besorgnis der Mutter begleitet.

3.1.a

Christoph besucht während des Krankenhausaufenthaltes und den dort stattfindenden Behandlungen die Schule im Krankenhaus, welche ihm sehr gut gefällt. Zusätzlich wird er von einer Hauslehrerin unterrichtet, wenn er das Krankenbett aufgrund seines schlechten Gesundheitszustandes nicht verlassen kann.

Christoph wird wie alle anderen Kinder, die sich in (teil-) stationärer Behandlung befinden, im Krankenhaus unterrichtet. Dies erfolgt, je nach Wohlbefinden von Christoph, in einem Klassenraum oder aber direkt am Krankenbett durch die Hauslehrerin. Ihm gefällt der Unterricht im Krankenhaus zu Beginn sehr gut, da er viel Aufmerksamkeit von der Lehrperson geschenkt bekommt, da die Schülerzahl im Gegensatz zu einer regulären Volksschulklasse vermindert beziehungsweise überschaubar ist. Der Unterricht durch die Hauslehrerin gestaltet sich etwas schwieriger, da Christoph die Lehrperson nicht sehr sympathisch findet und seinen Gesundheitszustand aufgrund der diversen Behandlungen und die daraus resultierenden Schmerzen beziehungsweise die Müdigkeit, oftmals vorschiebt, um keinen Lernstoff machen zu müssen. Die Unerfahrenheit der Hauslehrerin, welche zum ersten Mal als solche arbeitet, kann der Demotivation von Christoph nicht entgegenwirken, weshalb der Unterricht oftmals entfallen ist.

4.1.a

Die Lerndefizite von Christoph führen dazu, dass er die 4. Schulstufe wiederholen muss. Zudem zeigt er Lernschwierigkeiten auf, die als Langzeitfolgen von Chemotherapie und Bestrahlung auftreten können.

Christoph wird im Herbst 2014 wieder in seine Herkunftsschule reintegriert und besucht nun die 4. Klasse. Zu Beginn kann er noch, verbunden mit einem enormen Lernaufwand in seiner Freizeit, dem Lernstoff folgen, jedoch ist dieser enorme Aufwand mit dem Verlust seiner Lernmotivation verbunden. Bald schon kann er nicht mehr mit der Leistung seiner Mitschüler/-innen mithalten. Unter Druck von Frau R. versucht er trotzdem weiterhin alle Anforderungen zu erledigen, jedoch hat dies Auswirkungen auf seinen Gesundheitszustand, da Christoph immer mehr ermüdet und keine Lust auf Schule mehr hat. Zusätzlich leidet er unter Langzeitfolgen, die Chemotherapie und Bestrahlung mit sich bringen können. Es fällt ihm sehr schwer, sich für einen längeren Zeitraum zu konzentrieren und seine Merkfähigkeit wurde stark in Mitleidenschaft gezogen. Deshalb kann Christoph die 4. Klasse nicht positiv abschließen und muss diese wiederholen.

7.4.4 Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte

Der Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte soll laut Rosenthal (2014, S. 207) eine Differenz der beiden Ebenen, also eine Differenz zwischen Vergangenheits- und Gegenwartsperspektive aufzeigen. Dieser Diskrepanz kann auch unter Einbeziehung weiteren Datenmaterials nachgegangen werden.

Im Zuge des Interviews mit Frau R. kann keine Differenz zwischen erlebter und erzählter Lebensgeschichte ausgemacht werden, da die Biographin in ihrer Schilderung chronologisch am Lebenslauf orientiert vorgegangen ist und sich deshalb keine Diskrepanzen in Bezug auf beiden Ebenen ergeben. Aufgrund dessen kann dieser Auswertungsschritt, wie ihn Rosenthal vorsieht, nicht durchgeführt werden. Es wurde sehr wohl versucht, mit Hilfe zusätzlichen Datenmaterials eine weitere Perspektive der erlebten Lebensgeschichte von Frau R. herbeizuführen, jedoch blieb dieser Zugang aufgrund von Datenschutzbestimmungen in Bezug auf die Krankengeschichte verwehrt.

Die Typenbildung nach Rosenthal benötigt das Heranziehen mehrere Fälle, die auf übereinstimmende Typen und Phänomene untersucht werden (vgl. Rosenthal 2014, 207). Der empirische Forschungsteil dieser Arbeit sieht jedoch eine Einzelfallstudie vor, da ein umfangreicheres Vorgehen den Rahmen einer Masterarbeit sprengen würde. Deshalb kann die Typenbildung mit dem vorliegenden Datenmaterial nicht durchgeführt werden.

7.5 Interviewauswertung mit Christoph

Wie bereits erwähnt, habe ich Christoph im Zuge des Projekts „Lernblitz“ kennen gelernt. Er ist im Alter von acht Jahren an einem Ependymom erkrankt und konnte aufgrund der intensiven Behandlung ein Jahr lang nicht seine Stammklasse besuchen. Im Herbst letzten Jahres wurde er in seine Klasse reintegriert. Diesen Reintegrationsprozess durfte ich mitverfolgen und erlangte aufgrund des wöchentlichen Nachhilfeunterrichts weitere Einblicke in die Lebensgeschichte, aber vor allem in die Krankengeschichte von Christoph.

Das Interview mit Christoph stellte sich als ein sehr schwieriges Unterfangen dar. Zu Beginn war er noch euphorisch und berichtete über seine „große Familie“. Ab dem Zeitpunkt, als er über seine Krankheit, den langen Krankenhausaufenthalt und die Schule sprechen sollte, geriet das Gespräch ins Stocken. Christoph berichtete nur zögerlich und oftmals zusammenhanglos von der Zeit im Spital. Auch die Thematik Schule und Reintegration in seine Stammklasse wird nur kurz angeschnitten und vage erzählt. Generell entwickelte sich das Interview ab dem Zeitpunkt der Erkrankung zu einem Frage-Antwort-Gespräch, das Christoph nach einer gewissen Zeitspanne auch unangenehm wurde. Die Anwesenheit seiner Mutter wirkte sich ebenso hemmend auf seinen Erzählfluss aus, da er oftmals Wissenslücken von ihr füllen lassen wollte. Es kristallisierte sich nicht ganz klar heraus, ob Christoph generell nicht gerne über seine Erkrankung und diesen Lebensabschnitt spricht oder ob er einiges bereits verdrängt beziehungsweise wirklich schon vergessen hat. In Bezug auf Christophs Interview erwies es sich als hilfreich, dass das Interview mit seiner Mutter im Vorfeld geführt wurde, da dadurch zusätzliche wichtige Informationen erlangt wurden, die für die Interviewführung notwendig waren.

7.5.1 Sequenzielle Analyse der biographischen Daten

Bei diesem Auswertungsschritt gilt es alle biographischen Daten der Interviewperson in einer chronologischen Abfolge der Ereignisse im Lebenslauf zu analysieren, um dadurch zu Haupt- beziehungsweise Folgehypothesen zu gelangen (vgl. Rosenthal 2014, S. 188). Hierzu können auch weitere Quellen herangezogen werden, wie beispielsweise Arztberichte oder aber Interviews mit anderen Familienmitgliedern, wie es in dieser Arbeit der Fall ist.

Da im Interview mit Christoph von ihm keine Daten genannt wurden und keine rein narrativen Gesprächspassagen vorzufinden sind, kann dieser Auswertungsschritt nach Rosenthal leider nicht durchgeführt werden. Deshalb wird an dieser Stelle bereits auf das Interview mit Christophs Mutter verwiesen, die in ihrer Erzählung ausführlich auf die Lebensgeschichte ihres Sohnes eingeht und explizit Daten nennt, die seiner Biographie entspringen.

7.5.2 Text- und thematische Feldanalyse

In der Vorgehensweise in Bezug auf die Text- und thematische Feldanalyse wird sich an der Herangehensweise bei der Interviewauswertung von Frau R. orientiert. Hierfür wurde das gesamte Interviewtranskript in einzelne Textsequenzen unterteilt – wiederum in Anlehnung an die von Rosenthal (2014, S. 198) genannten Textsorten – Argumentation, Beschreibung, Bericht. Diese Unterteilung soll als Inhaltsverzeichnis dienen, wobei abermals wichtige, in Bezug auf die Forschungsfrage informative und essentielle Textsequenzen im Zuge der sequenziellen Analyse herausgenommen und genauer betrachtet werden. Textpassagen mit ähnlichen, zusammenhängenden Inhalten werden ebenfalls wieder zu sogenannten „Themenblöcken“ zusammengefasst und in Anlehnung der sechs Fragen von Rosenthal (ebd., S.200) analysiert. Im Zuge dieses Auswertungsschrittes wird gleich die Methode der *sequenziellen Feinanalyse* durchgeführt, da zu diesem Zeitpunkt der Auswertung besonderer Wert auf parasprachliche Besonderheiten gelegt wird, um diese ebenfalls in die Analyse einfließen lassen zu können.

SEQUENZIERUNG DES INTERVIEWS MIT CHRISTOPH		
Sequenz	Textsorte	Inhalt
1/1-1/4	Einstiegsfrage	Erzählaufforderung
1/5	Nachfrage	erlaubte Inhalte der Erzählung
1/6	Antwort	Bestätigung/Ermutigung
1/7-1/16	Bericht + Beschreibung	über Opas und Omas und vergangene beziehungsweise potenzielle „Väter“
1/16-1/17	Bericht	Tumorerkrankung
1/18	Frage	Name des Tumors
1/19-1/21	Antwort + Bericht	anfängliche Symptome
1/22	Frage	Krankenhaus
1/23-1/30	Bericht + Beschreibung	Erstaufnahme im AKH; Name des Tumors; Schilderung über Porth-a-cath und Narkose
1/31	Frage	Dauer des Krankenhausaufenthaltes
1/32	Antwort	„Ein Jahr.“
1/33	Frage	Erzählaufforderung bzgl. Krankenhausaufenthalt
2/34-2/43	Themenwechsel Bericht	Weihnachtsgeschenke

2/44-2/45	Hinführung zum Thema	Weihnachten während Erkrankung <i>„Du kannst ja vom letzten Jahr Weihnachten erzählen.“</i>
2/47	Nachfrage	<i>„Kannst du dich noch erinnern?“</i>
2/48	nonverbale Antwort	Negation durch Kopfschütteln
2/49	Frage	Schule im Krankenhaus
2/51-2/58	Ermutigung	Anregungen durch die Mutter
2/59	Frage	Unterricht mit der Heilstättenlehrerin
2/60-2/67	Bericht	<i>„Spiele gespielt und ich hatte da immer Schmerzen...“</i>
2/68	Frage	Erzählaufforderung bzgl. Heilstättenunterricht
2/69-3/74	Bericht + Beschreibung	Ablauf des Heilstättenunterrichts
3/74-3/75	Bericht	Verlust eines Krankenhausfreundes
3/77-3/81	Themenwechsel	„Väter“ und Spielzeuge
3/82-3/83	Rückführung zum Thema	Reintegration
3/84-3/88	Bericht	Geschenk zu Schulbeginn (Auto)
3/89	Frage	Erzählaufforderung bzgl. Lehrerin/Freunde
3/90-3/102	Bericht	Kliniknanny zum Spielen
3/103	Frage	Erzählaufforderung bzgl. Hauslehrerin
3/104	nonverbale Antwort	Verneinung
3/107	Frage	Erzählaufforderung bzgl. Klassenlehrerin
4/108-4/114	Bericht	Situation Schulhof
4/115	Frage	Schulfreunde
4/116-4/119	Antwort	Ausweichen der Fragestellung
4/119	konkrete Nachfrage	Schulsituation beziehungsweise Schulfreunde
4/220-4/127	Antwort	<i>„Niemanden. Ich spiel immer nur mit den Stiften“</i> <i>„Die sind e nicht meine Freunde“</i>
4/128	Frage	Vorfreude auf die Schule nach Erkrankung
4/129-4/138	Antwort + Bericht	<i>verneint: „...weil alle so gemein sind“, „...und dann grieg ich Schimpfe“</i>

4/138	Ende	Christoph beendet Interview
-------	------	-----------------------------

Tabelle 2: Sequenzierung des Interviews mit Christoph

Im nächsten Schritt werden jene Interviewsequenzen, die im Hinblick auf die Forschungsfrage relevant erscheinen, näher betrachtet und mit Hilfe der sechs Unterfragen nach Rosenthal und unter Einbeziehung jeglicher parasprachlicher Besonderheiten (2014, S. 200, 206) analysiert.

Analyse der Sequenz 1/16-1/32:

Christoph widmet sich in dieser Sequenz das erste Mal seiner Erkrankung. Zuvor hat er einen kurzen Einblick in seine Familiengeschichte gegeben und nach einer längeren Pause auf ernsthafte Art und Weise über die Tumorerkrankung zu erzählen begonnen. Es scheint, als müsse er sich überwinden, über dieses einschneidende Kapitel in seinem Leben zu berichten. Er erzählt stockend über den Tumor, dessen Bezeichnung ihm nicht sofort einfällt und beschreibt sachlich medizinische Aspekte und anfängliche Symptome. Seine Kopfschmerzen, die taube Hand und ständige Übelkeit beziehungsweise das Erbrechen haben sich in sein Gedächtnis eingeprägt, denn er berichtet darüber, als ob es noch nicht allzu lange passé wäre. Zusätzlich fügt er an, dass diese Symptome „die ganze Zeit“ vor der Diagnosestellung vorherrschend waren, was wiederum darauf schließen lässt, dass diese Momente gewisse Eindrücke in ihm hinterlassen haben. In einem kurzen Satz erwähnt er das AKH und die Diagnosestellung, die er wie folgt beschreibt: „...und dann hama geschaut was da war und da war ein Tumor.“ (Christoph 2015, 1/23) Wie die Diagnose Hirntumor gestellt wurde, mittels welchen Geräten untersucht wurde und welche Emotionen diese Botschaft in ihm hervorgerufen hat, bleibt unbekannt. Einen viel prägenderen Eindruck dürfte hingegen ein sogenannter Doktor G. hinterlassen haben, der ihm einen Port-a-cath⁵ gelegt hat. Diesen Vorgang beschreibt Christoph sehr verwirrend und unpräzise beziehungsweise erweckt es den Eindruck, als würden mehrere Eingriffe (beispielsweise: Narkose bei einer Operation) und auch Medikamente von ihm durcheinander gebracht und zusammenhanglos wiedergegeben werden. Auf die Fragestellung über die Dauer des Krankenhausaufenthaltes antwortet er kurz: „Ein Jahr.“ (Christoph 2015, 1/32) An diesem Punkt beginnt sich das vorgesehene biographisch-narrative Interview zu einem Frage-Antwort-Gespräch zu wandeln, was darauf zurück zu führen sein könnte, dass Christoph nicht gerne über diese Zeit spricht oder aber, dass er bereits vieles aus diesem schwierigen Jahr verdrängt zu haben scheint. Der von Christoph darauf initiierte abrupte Themenwechsel verstärkt diesen Eindruck.

⁵ Hierbei handelt es sich um einen Schlauch (Port-a-cath), der im Zuge der Chemotherapie unter die Haut implantiert wird und in ein großes Blutgefäß mündet (vgl. Kienesberger 2012, S. 13).

Analyse der Sequenz 2/59-3/75:

Als Christoph über den regelmäßigen Krankenhausunterricht und die Heilstättenlehrerin erzählen soll, weiß er zuerst nicht genau, was er berichten soll beziehungsweise welche Lehrperson gemeint ist. Es erweckt den Anschein, als ob seine Erinnerungen daran schon sehr verblasst wären. Bei seiner Antwort auf die Frage, was die Lehrerin denn mit ihm alles gemacht beziehungsweise gelernt hätte, kommt einmal mehr seine verspielte Ader zum Vorschein und er meint kurz: „Spiele gespielt und ich hatte da immer Schmerzen...“ (Christoph 2015, 2/60-61) Seine Mutter versucht seiner Erinnerung auf die Sprünge zu helfen, Christoph bleibt jedoch dabei von seinen Schmerzen zu berichten. Es scheint, als ob Christoph viele Phasen und Situationen seines Krankenhausaufenthaltes und die damit einhergehenden Behandlungen verdrängt hat, nicht aber die Schmerzen, die er in diesem Jahr hatte. Seine Emotionen bleiben während des Interviewverlaufs größtenteils im Verborgenen, umso mehr nehmen die körperlich wahrgenommenen Schmerzen eine vordergründige Position ein. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass Christoph mit seinen neun Jahren noch enorme Schwierigkeiten bei der Verbalisierung von Gefühlen hat. Körperliche Schmerzen kann er hingegen wahrnehmen und eventuell stellvertretend für seine Gefühlswelt nennen.

In dieser Sequenz streift Christoph den Ablauf und die Organisation des Krankenhausunterrichts relativ kurz. Auch berichtet er am Ende dieser Interviewpassage von zwei Freunden aus dem Krankenhaus, wobei ein Freund an den Folgen des Tumors gestorben ist. Wiederrum verschließt sich Christoph vor jeglichen emotionalen Reaktionen auf diese Äußerung und will sich sofort einem heiteren Thema zuwenden: dem Spielthema. Es erweckt den Anschein, als ob Christoph tragischen und emotional hochgeladenen Themen aus dem Weg zu gehen versucht und sich hingegen in eine Spielwelt flüchtet, in der alles in Ordnung zu sein scheint. Es könnte sein, dass ihm das Spiel ermöglicht sich abzulenken und sich vor unangenehmen Themen aber auch Situationen zu schützen. Vielleicht aus Angst, seine Verletzlichkeit und die Narben, die die Erkrankung in ihm hinterlassen hat, zu zeigen. Es könnte aber auch sein, dass Christoph durch den derzeitigen intensiven Spieldrang versucht, das „verlorene Kinderjahr“ im Krankenhaus, in dem ernste Themen seine kindliche Welt regierten, aufzuholen, da ihm diese Spielzeit aufgrund der Schmerzen und Eingriffe wahrscheinlich oftmals verwehrt blieb.

Analyse der Sequenz 3/82-3/90:

Um Christoph zum eigentlichen Thema zurückzuholen wurde in dieser Sequenz des Interviews nach der Stammschule und dem Reintegrationsprozess gefragt. Wiederrum berichtet er von einem Geschenk, einem Spielzeugauto, das er bekommen hatte, als er nach dem einjährigen Spitalsaufenthalt zurück in die Stammklasse kam. Es wird einmal mehr deutlich,

welch hohen Stellenwert das aktive Spielen bei ihm hat. Auf den Reintegrationsprozess beziehungsweise die Rückkehr in seine Herkunftsklasse geht Christoph nicht weiter ein und lässt nur nebenbei die Äußerung fallen, dass niemand mit ihm spielen wolle. An dieser Stelle manifestiert sich der bereits gewonnene Eindruck, dass Christoph nicht viele Freunde hat, auch nicht in seiner Klasse. Diese Thematik dürfte ihm auch unangenehm sein beziehungsweise will er im Erzählmoment nicht näher darauf eingehen, weshalb er wieder das Thema wechselt und von etwas anderem zu berichten beginnt.

Analyse der Sequenz 3/107-4/114:

Erstmalig berichtet Christoph über seine Lehrerin. Er schildert eine konkrete Situation vom Schulhof und schnell wird deutlich, dass er kein enges (Vertrauens-) Verhältnis zu seiner Lehrperson hat beziehungsweise gewisse Eigenschaften und Verhaltensmuster an ihr nicht gut heißt. Die Art und Weise, wie Christoph die Situation aus dem Schulhof schildert, lässt darauf schließen, dass er einen hohen Gerechtigkeitssinn hat und dieser von seiner Lehrerin nicht seinen Ansprüchen gemäß erfüllt werden kann. Es könnte aber auch sein, dass ihm selbst diese Ungerechtigkeit am Schulhof widerfahren ist und er aus Scham und Unbehagen andere Kinder vorschiebt und verallgemeinert, um nicht schwach und verletzlich zu erscheinen. Durch das fehlende Einschreiten der Lehrerin in dieser Situation dürfte er sich allem Anschein nach ungerecht behandelt fühlen und möglicherweise vom mangelnden Gerechtigkeitssinn seiner Klassenlehrerin enttäuscht sein.

Im Allgemeinen erweckt es den Eindruck, dass Christoph sich in seiner Schule beziehungsweise in seinem Klassenverband nicht wohlfühlt, was auch ein ausschlaggebender Grund dafür sein könnte, dass er im bisherigen Verlauf des Interviews nicht konkret darauf eingegangen ist, es hingegen sogar gemieden hat, von seiner Schulsituation zu erzählen.

Analyse der Sequenz 4/119-4/138:

Im weiteren Interviewverlauf kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass Christoph im Klassenverband ein Einzelgänger ist und keine Freunde hat. Auf die Frage, mit wem er in der Schule in den Pausen spiele antwortet er: „[mit] Niemanden. Ich spiel immer nur mit den Stiften.“ (Christoph 2015, 4/120; Anm. CR) Christoph scheint sich den ganzen Vormittag in der Schule mit sich alleine zu beschäftigen und von den anderen Mitschüler/-innen abzukapseln, wobei unklar ist, ob dieser Zustand auf das fehlende Jahr im Klassenverband zurückzuführen ist oder auch schon vor der Erkrankung vorherrschend war. Fast trotzig merkt er an: „Die sind e nicht meine Freunde.“ (Christoph 2015, 4/122) Diese Äußerung erweckt den Eindruck, als ob die Gegebenheit, dass er keine Freunde in der Klasse hat, von ihm so gewollt wäre. Zusätzlich fühlt sich Christoph in seiner Klasse ungerecht behandelt, hauptsächlich aber von der Lehrperson. Denn in seinen Augen sind alle Mitschüler/-innen gemein zu ihm, er

bleibt aber der Schuldige, wenn es um Streitigkeiten geht. Diese unfaire Behandlung versucht er abermals mit einer konkreten Situation aus dem Schulalltag zu unterstreichen und mit seinem eigenen Handeln zu rechtfertigen. Es scheint, als ob Christoph oftmals das Handeln seiner Mitschüler/innen verurteilt, sein eigenes, manchmal vielleicht auch falsches Verhalten ihnen gegenüber jedoch nicht hinterfragt und deshalb die Konsequenzen der Lehrperson als ungerecht auffasst.

Der Grund, weshalb Christoph sehr ungerne und vor allem zögerlich über die Schule spricht, liegt vermutlich darin, dass er sich in seinem Klassenverband nicht wohl fühlt und keine Freunde hat. Dieser Umstand könnte sich negativ auf seine Lernmotivation und Schulleistungen auswirken, dies geht jedoch aus dem Interview nicht hervor, da Christoph nach dieser für ihn unbehaglichen Thematik das Gespräch beendet.

7.5.3 Rekonstruktion der Fallgeschichte

Da der erste Auswertungsschritt aufgrund der fehlenden Daten nicht durchgeführt werden konnte, kann die Rekonstruktion der Fallgeschichte, wie sie Rosenthal (2014, S. 188) vorsieht, ebenso wenig ausgeführt werden. Dieser Auswertungsschritt würde auf die sequenzielle Analyse der biographischen Daten aufbauen und sich intensiv mit den aufgestellten Hypothesen und deren Falsifizierung beziehungsweise Verifizierung beschäftigen. Da jedoch im Interview mit Christoph von ihm keine Daten hervorbracht wurden, kann dieser Auswertungsschritt nicht durchgeführt werden. An dieser Stelle wird jedoch abermals auf das Interview mit Christophs Mutter verwiesen, da sie sich zu vielen Ereignissen äußert, die der Biographie ihres Sohnes angehören.

7.5.4 Vergleich von erzählter und erlebter Lebensgeschichte

Im letzten Auswertungsschritt sollen etwaige Erklärungen für die Differenz zwischen erzählter und erlebter Lebensgeschichte aufgezeigt werden. Dieser Schritt der Fallanalyse nach Rosenthal (2014) kann jedoch aufgrund mangelnden Interviewmaterials nicht durchgeführt werden, da im Gespräch mit Christoph keine erlebte Lebensgeschichte vorgebracht wurde. Ebenso wenig kann der Auswertungsschritt der Typenbildung vorgenommen werden, denn, wie bereits in der Auswertung des Interviews mit Christophs Mutter erwähnt wurde, werden hierfür mehrere Fälle benötigt, die auf übereinstimmende Typen und Phänomene untersucht werden. Da es sich aber im Falle dieser empirischen Forschung um eine Einzelfallstudie handelt, kann dieser Auswertungsschritt, wie ihn Rosenthal vorsieht, nicht realisiert werden.

7.6 Zusammenfassung der biographisch-narrativen Interviews

Die Auswertungen der beiden biographisch-narrativen Interviews zeigen einmal mehr, wie prägend eine kindliche Hirntumorerkrankung für das Individuum und dessen Familie ist. Die gesamte Biographie wird während dieser schwierigen Zeit vom Krankheitsbild überschattet und hinterlässt neben physischen auch tiefgehende psychische Narben.

Im Zuge des Interviews mit Frau R. wird ersichtlich, dass die Krankheitsgeschichte ihres Sohnes auch maßgeblich ihre eigene Biografie beeinflusst hat. Der frühkindliche Schlaganfall trug zu einem sehr vorsichtigen Verhalten in Bezug auf Erkrankungen bei, was eventuell sogar die rechtzeitige Diagnostizierung des Hirntumors ermöglichte. Die Zeit während des Krankenhausaufenthaltes muss für Frau R. sehr belastend gewesen sein, denn die Erkrankung und deren Behandlungsformen veränderten auch das Verhalten ihres Kindes. Die schon vor der Erkrankung vorherrschende schwierige Situation, dass Christoph im Klassenverband nicht ausreichend integriert war, trug, neben der fehlenden Aufrechterhaltung des Kontaktes, erschwerend zur Rückführung bei. Auch in Bezug auf die Versetzungsfrage gab es Unstimmigkeiten zwischen dem klinischen Personal und den Lehrpersonen der Stammschule. Während letztere die Wiederholung der 3. Klasse befürworteten, setzte sich das klinische Personal und Frau R. für den Aufstieg in die 4. Klasse ein, mit der Begründung, Christoph nicht aus seinem Klassenverband reißen zu wollen. Die schulische Situation nach der Erkrankung gestaltet sich sehr schwierig, da Christoph mit großen Defiziten den Schulstoff betreffend und den Spätfolgen der Erkrankung, wie beispielsweise häufige Müdigkeit und Einbußen der Merkfähigkeit, zu kämpfen hat. Dieser Umstand führt zu dem Entschluss, dass Christoph die 4. Klasse wiederholen wird.

Im Zuge des Interviews mit Christoph kristallisiert sich speziell ein Phänomen heraus, welches ebenso in den Gesprächen mit der Mutter und der Lehrperson zur Sprache kam. Christoph war bereits vor seiner Hirntumorerkrankung nicht im Klassenverband verankert. Auf die Frage, mit wem er in der Schule, in den Pausen spiele, antwortet er: „[mit] Niemanden. Ich spiel immer nur mit den Stiften.“ (Christoph 2015, 4/120; Anm. CR) Etwas trotzig fügt er noch hinzu: „Die sind e nicht meine Freunde.“ (ebd., 4/122) Dieses Phänomen des „nicht-verankert-Seins“ und die Gegebenheit, dass Christoph keine gute Beziehung zu seiner Lehrperson hat, haben die Rückführung maßgeblich beeinflusst. Über die Erkrankung und den Krankenhausaufenthalt selbst wollte oder konnte Christoph nicht viel erzählen. Dies könnte daran liegen, dass es ihm besonders schwer fällt, sich mit Emotionen zu beschäftigen, weshalb er diese schwierige Zeit lieber verdrängt und sich in eine Spielwelt flüchtet, in der alles für ihn in Ordnung zu sein scheint.

8. Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview wird den offenen, halbstrukturierten Befragungen zugeteilt und widmet sich einer zentralen gesellschaftlichen Problemstellung, zu der die Interviewperson ihre subjektiven Erfahrungen und Perspektiven offen legen kann (vgl. Mayring 2002, S. 67f). Die Interviewmethode zeichnet sich durch Offenheit aus, denn der/die Interviewte soll frei, ohne jegliche Antwortalternativen antworten zu können, lediglich der interessierende Problembereich soll eingegrenzt werden (vgl. Lamnek 2010, S. 333). Im Zuge des problemzentrierten Interviews tritt der/die Forscher/-in nicht ohne theoretisch-wissenschaftliches Vorverständnis in den Forschungsprozess und die Erhebungsphase ein, weshalb dieser Befragungsmethode ein Interviewleitfaden zugrunde liegt (Mayring 2002, S. 69). Dieser Interviewleitfaden soll einem standardisierten Kurzfragebogen gleichen, der die einzelnen Themen im Gespräch in eine vernünftige Reihenfolge bringt. Er kann zu Beginn des Interviews der Interviewperson vorgelegt werden und soll so eine erste inhaltliche Auseinandersetzung mit der thematisierten Problemstellung gewährleisten. Der Leitfaden dient somit als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen während der Befragung (vgl. Lamnek 2010, S. 335).

8.1 Die Phasen eines problemzentrierten Interviews

Bevor sich der Erhebungsphase im Forschungsprozess gewidmet werden kann, ist es Aufgabe, sich der Problemanalyse zuzuwenden. Hier kann auf theoretisch-wissenschaftlicher Basis eine konkrete Problemstellung aufgegriffen und im Zuge des Forschungsvorhabens eruiert werden (vgl. Mayring 2002, S. 71). Nachdem für dieses Vorhaben ein *Leitfaden* konzipiert wurde, gilt es adäquate Interviewpersonen zu finden, die bereit sind, bezüglich der ausfindig gemachten Problematik ihre subjektiven Erfahrungen und Perspektiven mitzuteilen. Die *erste Phase* des Interviews wird mit einer allgemein gehaltenen Einstiegsfrage, Mayring (2002, S. 70) bezeichnet diese auch als Sondierungsfrage, eröffnet, die eine erzählgenerierende Wirkung auf die Interviewperson haben soll. Mithilfe der allgemein gehaltenen Einstiegsfrage soll eine narrative (Stehgreif-) Erzählung generiert werden, die die subjektive Bedeutung der Thematik für die Interviewperson veranschaulichen soll. Während des gesamten Interviews soll sich an den vorab festgelegten Leitfadenfragen orientiert werden, um in der *zweiten Phase* jene bisher nicht angesprochenen Themen zur Sprache bringen zu können, die für das Forschungsvorhaben maßgeblich relevant sind. Die *dritte Phase* zeichnet sich durch sogenannte Ad-hoc-Fragen aus, die jene Themenbereiche zentral positionieren sollen, welche im Leitfaden nicht verzeichnet wurden, jedoch für den Gesamtzusammenhang im Interview unabdinglich erscheinen (vgl. Lamnek 2010, S. 334; Mayring 2002, S. 70).

8.2 Die qualitative Inhaltsanalyse

In der Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse wird sich stark an Mayring (2002; 2010) orientiert, der die Methode maßgeblich beeinflusst hat. „Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert.“ (Mayring 2002, S. 114) Dieses systematische Vorgehen wird anhand eines festgelegten Ablaufmodells gewährleistet, welches die einzelnen Analyseschritte konkret definiert und in ihrer Reihenfolge festlegt, um das Nachvollziehen der Analyse für die Leserschaft zu ermöglichen. Jedoch merkt Mayring diesbezüglich kritisch an: „Die Inhaltsanalyse ist kein Standardinstrument, das immer gleich aussieht; sie muss an den konkreten Gegenstand, das Material angepasst sein und auf die spezifische Fragestellung hin konstituiert werden.“ (Mayring 2010, S. 49) Eine wesentliche Bedeutung in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring kommt dem sogenannten „Kategoriensystem“ zu, welches das zentrale Instrument der Analyse darstellt (vgl. ebd., 49). Zusätzlich zeichnet sich die Methode durch ihre theoriegeleitete Herangehensweise aus, die den Stand der Forschung systematisch in den Analyseprozess involviert (vgl. ebd., S. 51). Die sogenannten Gütekriterien der qualitativen Inhaltsanalyse sind laut Mayring: *Objektivität*, *Reliabilität* und *Validität*. (Mayring 2010, S. 51; Hervorh. im Original)

8.2.1 Die Vorgehensweise bei der qualitativen Inhaltsanalyse

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring lässt sich mit Hilfe eines allgemeinen Ablaufmodells, welches neun Stufen beinhaltet, darstellen. Diese neun Stufen sollen sukzessive bei jeder Auswertung angewandt werden, insofern es das Interviewmaterial zulässt und keine spezifische Modifikation benötigt. Lamnek (2010, S. 471) widmet der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ein eigenes Kapitel in seinem Werk und veranschaulicht die neun Stufen des Ablaufmodells überblicksartig. Da in der vorliegenden Arbeit im Zuge der konkreten Interviewauswertung mit der Lehrperson von Christoph die Schritte der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring detailliert dargestellt und nachvollziehbar erläutert werden, werden an dieser Stelle lediglich die neun Stufen aufgezählt, wie sie Lamnek (2010, S. 471) in seinem Werk komprimiert angeführt hat, um einen kurzen Einblick in die Vorgehensweise zu erhalten:

Festlegung des Materials, Analyse der Entstehungssituation, formale Charakterisierung des Materials, Richtung der Analyse, Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung, Bestimmung der Analysetechnik, Definition der Analyseeinheit, Analyse des Materials und Interpretation.

8.3 Auswertung des Interviews mit der Lehrperson

Das problemzentrierte Interview mit Christophs Lehrperson wird mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Hierfür werden von ihm exakte Analyseschritte vorgegeben, die im Rahmen dieser Arbeit sogleich von der Verfasserin adaptiert werden.

8.3.1 Bestimmung des Ausgangsmaterials

Zu Beginn dieser Auswertungsmethode sieht Mayring (2010, S. 52) vor, das Interviewmaterial einer genauen drei-Schritte-Analyse zu unterziehen. Da die Benennungen der drei Analyseschritte von Mayring selbsterklärend sind, wird auf eine Erläuterung verzichtet und der Analyseschritt sofort am Material angewendet.

8.3.1.1 Festlegung des Materials

Bei der ausgewählten Interviewperson handelt es sich um eine erfahrene Grundschullehrerin der vierten Schulstufe, die bereits seit 39 Jahren im Lehrberuf in Wien tätig ist.

Da sich die Forschung der vorliegenden Arbeit einem konkreten Fallbeispiel widmet, um die verschiedenen Perspektiven, der am Reintegrationsprozess Beteiligten aufzeigen zu können, ist die Perspektive der involvierten Grundschullehrerin von essentieller Bedeutung. Daher wurde ein problemzentrierte Interview durchgeführt, um die subjektiven Erfahrungen der Lehrperson den Erkenntnissen aus dem theoretischen Teil der vorliegenden Arbeit kontrastiv gegenüberstellen zu können.

8.3.1.2 Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme am Interview basierte auf freiwilliger Ebene. Die Kontaktaufnahme erfolgte zum Teil via elektronischer Schriftform sowie telefonisch. Das Interview wurde im privaten Rahmen, bei der Lehrperson zu Hause, durchgeführt. Da sich im Vorfeld aufgrund der Nachhilfetätigkeit im Rahmen des Projekts „Lernblitz“ schon aktiv über den Lernstand von Christoph ausgetauscht wurde, war eine gewisse zwischenmenschliche Vertrautheit gegeben, welche sich förderlich auf die Gesprächsbereitschaft der Interviewperson auswirkte.

8.3.1.3 Formale Charakteristika des Materials

Das Interview wurde digital aufgezeichnet und daraufhin am Computer wörtlich, mit Hilfe der Transkriptionsregeln nach Rosenthal (2014, S. 93) transkribiert. Diese gewährleiten die Aufzeichnung jeglicher sprachlicher Färbungen, wie beispielsweise Dialekt, Sprechpausen oder Stockungen im Erzählfluss, da diese nonverbalen Äußerungen für die Auswertung des Interviews relevant erscheinen.

8.3.2 Fragestellung der Analyse

Nachdem das Ausgangsmaterial definiert wurde, widmet sich Mayring (2010, S. 56) der Analyserichtung sowie der theoriegeleiteten differenzierten Fragestellung in Bezug auf das Forschungsvorhaben. Ersteres beschäftigt sich mit der „Richtung der Inhaltsanalyse“, die psychologisch oder aber auch literaturwissenschaftlich sein kann, um nur zwei Beispiele zu nennen. Der zweite Punkt setzt voraus, dass die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt wurde und theoretisch an den aktuellen Forschungsstand gebunden ist, um somit zu einem Erkenntnisfortschritt gelangen zu können (vgl. ebd., S. 58).

8.3.2.1 Richtung der Analyse

Das vorliegende Fallbeispiel entspringt einem bildungswissenschaftlichen Forschungsvorhaben. Deshalb wurde die Lehrperson im Rahmen des problemzentrierten Interviews angehalten, ihre biografischen Erfahrungen in Bezug auf den Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung im Volksschulalter, konkret auf den Schüler Christoph bezogen, zu reflektieren und mitzuteilen. Die Richtung der Analyse sieht vor, konkrete Aussagen über die emotionalen, kognitiven Erfahrungen der Lehrperson treffen zu können, um diese abschließend kontrastiv dem aktuellen Forschungsstand der Thematik gegenüberstellen zu können.

8.3.2.2 Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Das Interviewmaterial umfasst einen Erfahrungsbericht der Lehrperson in Bezug zur Thematik der vorliegenden Arbeit. Explizit wurde der Fall Christoph zur Sprache gebracht, um anhand dieses Fallbeispiels den Ablauf des Reintegrationsprozesses in der Praxis, aus der Perspektive einer Lehrperson, beleuchten zu können. Da der Reintegrationsprozess in der Literatur oft schrittweise, leicht nachvollziehbar aufgezeigt wird, ist es nun von Interesse, inwieweit die biographische Erfahrung der interviewten Lehrperson mit den Erkenntnissen aus der aktuellen Forschung korrespondiert. Um diesem Forschungsvorhaben nachgehen zu können, wird das problemzentrierte Interview mit der Lehrperson mit Hilfe des deduktiven Kategoriensystems ausgewertet, um konkrete Übereinstimmungen bzw. Widersprüche von Literatur und biographischer Erfahrung herausarbeiten zu können.

8.3.3 Analysetechnik

Mayring (2010, S. 64f) differenziert drei Grundformen des Interpretierens: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung. Diese eben genannten Grundformen werden vom Autor als voneinander unabhängige Analysetechniken erachtet, deren Anwendung von der jeweiligen Forschungsfrage und dem dazugehörigen Material abhängig gemacht werden sollte.

Im Hinblick auf das vorliegende Datenmaterial dieser Arbeit wurde die Form der *inhaltlichen Strukturierung* gewählt. Mayring (2010, S. 98) hält diesbezüglich fest: „Ziel inhaltlicher Strukturierung ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“ Welche Inhalte aus dem Datenmaterial extrahiert werden, wird mit Hilfe eines theoriegeleiteten Kategoriensystems festgelegt. Somit gelingt es, all jene Textteile, die durch die definierten Kategorien angesprochen werden, systematisch aus dem Gesamtmaterial herauszufiltern (vgl. ebd., S. 45).

In Bezug auf die vorliegende Arbeit wird sich nachfolgend der Bildung eines Kategoriensystems gewidmet, welches anschaulich in tabellarischer Form dargestellt wird. Dieses Kategoriensystem wird aus 7 Hauptkategorien bestehen, wobei jede Kategorie anhand einer Definition und konkreten Ankerbeispielen ausgearbeitet wird. Anschließend sollen die gewonnenen Ergebnisse pointiert festgehalten und mit dem aktuellen Forschungsstand kontrastiert werden.

8.3.4 Kategorienbildung

Für die Analyse des problemzentrierten Interviews wird hier jede Kategorie anhand einer Definition, welche sich auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse aus der theoretischen Ausarbeitung dieser Arbeit stützen und Ankerbeispielen, in Form von Direktzitataten der interviewten Lehrperson, zusammengefasst.

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele
K1 Vorbereitung der Klasse	„Die Krankenhauslehrerin bietet ein Informationsgespräch für die MitschülerInnen (...) des erkrankten Kindes an. Ein für Schulbesuche zusammengestellter Informationskoffer der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe enthält zahlreiches Material.“ (Topf et al. 2011, S. 202)	„Im Herbst war die Frau K. mit der Psychologin da und hat die Kinder informiert was da los (...). (Lehrperson 2015, 3/94-95)
K2 Kontaktaufrechterhaltung	„Während der Therapie oder zwischen einzelnen Therapieblöcken (...) ist es wichtig, (...) die Kontakte zu den Mitschülern durch Telefonate, Briefe und Besuche auch über einen langen Zeitraum zu pflegen.“ (Schroeder et al. 1996, S. 32)	„Einmal hat er ein Brieflein geschrieben. Aber nicht wirklich. Also es is wenig Reaktion von ihm gekommen.“ (Lehrperson 2015, 3/79-80) „Von seiner Seite war der Kontakt nicht vorhanden.“ (ebd., 3/85-86)

K3 Heimatschulbesuche	Sobald (...) es vom Behandlungsablauf her möglich ist, sollte (...) ein ‚Heimatschulbesuch‘ in Begleitung der Kliniklehrerin und der behandelnden Ärztin oder anderer Klinikmitarbeiter ermöglicht werden.“ (Schroeder et al. 1996, S. 32)	„(...) und ich glaube nach Weihnachten in der 3. Klasse war er eben eine Stunde da. Und das ist ein bisschen schief gelaufen.“ (Lehrperson 2015, 3/95-96) „Und dann im April glaub ich ist er noch einmal gekommen. Da war's viel einfacher.“ (ebd., 3/107-108)
K4 Versetzungsfrage	„Spätestens zum Zeitpunkt der bevorstehenden Rückkehr in die Schule ist die Frage zu klären, ob die erkrankte Schülerin weiterhin dieselbe Klasse besuchen kann oder ob die Wiederholung des Schuljahres notwendig ist.“ (Schroeder et al. 1996, S. 43)	„(...) ich hätt's gscheiter gefunden die Klasse zu wiederholen. Speziell in seinem Fall wo er nicht integriert war in diese Klasse.“ (Lehrperson 2015, 7/252-254)
K5 Integration im Klassenverband	Insgesamt leiden Survivors von Hirntumoren vermehrt unter psychosozialen Spätfolgen wie Isolation, sie haben weniger Freunde und weniger soziale Kontakte.“ (Peck-Himmel 2010, S. 6)	„Ich muss vielleicht damit beginnen dass der Christoph nicht wirklich integriert in der Klasse war.“ (Lehrperson 2015, 1/7-8) „Er hat weiter keine Freunde.“ (ebd., 2/56)
K6 schulischer Leistungsabfall durch Spätfolgen	„Spätfolgen nach der Erkrankung an einem kindlichen Hirntumor können sich in der Schule auf mehreren Ebenen zeigen. Einerseits können unmittelbar schulische Fertigkeiten betroffen sein. (...) Andererseits können im schulischen Kontext nicht ganz so offensichtliche (...) neuropsychologische Beeinträchtigungen zu Verschlechterungen der schulischen Leistungen führen. (Leiss 2014, S. 303)	„Ähm , ja er ist vom Tempo her ungefähr halb so schnell wie der Rest der Klasse.“ (Lehrperson 2015, 5/181-182) „Was ganz sicher ist dass sein Gedächtnis ganz schlecht ist. Er hat früher ein gutes Gedächtnis gehabt das ist wirklich unglaublich traurig.“ (ebd., 6/209-210) „Die Merkfähigkeit ist ganz schlecht (...)“ (ebd., 6/216)
K7 Unterstützungsmöglichkeiten	„So individuell wie möglich Spätfolgen sein können, müssen daher auch die Unterstützungsmöglichkeiten sein! Nur dadurch kann den betroffenen SchülerInnen trotz der schweren Erkrankung eine möglichst erfolgreiche Schullaufbahn ermöglicht werden.“ (Leiss et al. 2013, S. 2; Hervorh. im Original)	„Ja wenn's diagnostiziert ist hat man Handlungsspielräume. Man kann die Anforderungen reduzieren. (...) Man kann auch schon Stützlehrer und Förderlehrer einbeziehen.“ (Lehrperson 2015, 8/278-282)

Tabelle 3: Definition der Kategorien

8.4 Zusammenfassung des problemzentrierten Interviews

An diesem Punkt wird versucht, den Reintegrationsprozess aus der Perspektive der Lehrperson darzustellen. Hierfür wurden Kategorien festgelegt, die mit der Theorie in Verbindung gesetzt und mit den biographischen Erfahrungen der Lehrperson kontrastiert werden.

Das Konzept von Schroeder et al. (1996, S. 37) sieht ein Unterrichtsgespräch mit der Klasse des erkrankten Kindes vor, welches dazu dient, detaillierte Informationen über die Erkrankung an die Mitschüler/-innen weiterzugeben, um Berührungsängste, Ungewissheiten und Unsicherheiten aus dem Weg räumen zu können. Die Wiener Heilstättenschule misst dem Punkt der *Vorbereitung der Klasse (K1)* ebenso große Bedeutung bei, weshalb hierfür extra ein Informationskoffer der Kinder-Krebs-Hilfe zusammengestellt wurde, welcher zahlreiche Materialien zur Thematik und den Film „*Wo war Patricia*“ beinhaltet (vgl. Topf et al. 2011, S. 202). Im Gespräch mit Christophs Lehrperson wurde ersichtlich, dass im Zuge des Reintegrationsprozesses die Klasse über die Hirntumorerkrankung ihres Mitschülers aufgeklärt wurde. Im Zuge dessen stattete die zuständige Heilstättenpädagogin gemeinsam mit der Psychologin den Mitschüler/-innen von Christoph einen Besuch ab und informierte sie über die Erkrankung. Dies geschah mit Hilfe des Films und anschließend konnten Fragen gestellt werden (vgl. Lehrperson 2015, 3/94-95; 4/133-134).

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Literatur wurde ersichtlich, dass für das Gelingen einer Reintegration in den ursprünglichen Klassenverband die Aufrechterhaltung des Kontaktes zu den Mitschüler/-innen eine besonders wichtige Rolle spielt. Schroeder et al. (1996) sehen in Telefonaten, im Verfassen von Briefen und dem Abstatten von persönlichen Besuchen eine Möglichkeit, den Kontakt zu der Herkunftsklasse zu pflegen. Heute bieten sich zusätzlich diverse Plattformen sowie Videokonferenz via Social-Media an, um im Klassenverband trotz längerer Abwesenheit integriert zu bleiben. Dennoch halten Schroeder et al. (1996, S. 34) diesbezüglich fest: „Schließlich gibt es aber auch – extrem selten – Schüler, die von Beginn der Erkrankung an keinerlei Interesse an einem Kontakt zur Klasse, zur Schule zeigen (...).“ Diese Gegebenheit kann in den Augen der Autoren in manchen Fällen auf ein schlechtes soziales Klima im Klassenverband hindeuten. So wie im Fall von Christoph. Im Interview mit der Lehrperson wurde ersichtlich dass der *Kontaktaufrechterhaltung (K2)* nicht große Bedeutung zugeschrieben wurde. Sie hält Folgendes fest: „Einmal hat er [Christoph] ein Brieflein geschrieben. (...) Also es is wenig Reaktion von ihm gekommen.“ (Lehrperson 2015, 3/7980; Anm. CR) Um diese Aussage zu bekräftigen fügt sie am Ende ihrer Erzählung zusätzlich noch an: „Von seiner Seite war der Kontakt nicht vorhanden.“ (ebd., 3/85-86) Aus dem weiteren Interviewverlauf geht hervor, dass die Mitschüler/-innen von Christoph ihm

Zeichnungen gemalt sowie Briefe geschrieben haben und die Lehrperson diese weitergeleitet hat. Es bleibt jedoch unklar, wie lange die Klasse versucht hat, mit Briefen und Zeichnungen den Kontakt zu Christoph aufrecht zu erhalten. Es erweckt den Anschein, als ob die Lehrperson die Schuld auf Christophs Seite sucht. Christophs fehlendes Engagement den Kontakt zur Klasse zu pflegen, kam auch im Interview mit der Mutter zur Sprache. Diese Gegebenheit lässt auf ein schlechtes soziales Klassenklima schließen, indem sich Christoph nicht wohl beziehungsweise integriert fühlt.

In Bezug auf Heimatschulbesuche schreiben Schroeder et al. (1996, S. 32): „Sobald (...) es vom Behandlungsablauf möglich ist, sollte (...) ein ‚Heimatschulbesuch‘ in Begleitung der Kliniklehrerin und der behandelnden Ärztin oder anderer Klinikmitarbeiter ermöglicht werden.“ In der Literatur werden Vorschläge unterbreitet, zu welchem Zeitpunkt Heimatschulbesuche durchgeführt werden sollten, im Zuge dessen betonen Klemm et al. (1998, S. 31) die Notwendigkeit, einer sorgfältigen Vorbereitung. Dem Interview mit der Lehrperson kann entnommen werden, dass im Fall von Christoph drei *Heimatschulbesuche* (K3) stattgefunden haben. Sie widmet sich sehr intensiv dem ersten Heimatschulbesuch und schildert diesen folgendermaßen:

„(...) und irgendwann mal war's soweit dass der Christoph wieder mal unter Menschen gehen konnte und dann ist die Frau K (...) und die Psychologin gekommen und er is in die Klasse reingekommen und war so garstig zu den Kindern dass mir das Herz geblutet hat. Er hat für manche Geschenke mitgebracht – irgendwelche Kleinigkeiten – die hat er ihnen auf den Tisch gepfeffert und dann war's schwierig. Und die Kinder waren liebevollst zu ihm und ich war froh wie er nach einer Stunde gegangen ist. Und hab mich gefürchtet vor dem Moment wo er wieder kommt.“ (Lehrperson 2015, 2/37-44)

Die entrüstete Schilderung über den ersten Heimatschulbesuch lässt deutlich werden, dass das Verhältnis zwischen Christoph und seiner Lehrperson bereits vor der Erkrankung sehr schwierig gewesen sein muss. Es erweckt den Anschein, als ob Christoph oftmals der Schuldige ist, während der Rest der Klasse sich meist richtig verhält. Solch eine schwierige Beziehung zur Lehrperson könnte auch zu Christophs schlechter Position im Klassenverband beigetragen haben, da Reibungen und Missstimmungen von Kindern sehr schnell aufgenommen werden. In ihrer weiteren Erzählung berichtet sie vom zweiten Heimatschulbesuch, der im Zuge eines Ausfluges in die Bücherei durchgeführt wurde. Hierzu hält sie Folgendes fest: „(...) und da hat ihn die Mutter hinggebracht. Und das is ganz gut gelaufen weil da is er genauso wie die anderen Kinder in eine neue Situation hineingekommen (...).“ (Lehrperson 2015, 3/99-101) Das „Gelingen“ des zweiten Heimatschulbesuchs sieht die Lehrperson nicht in Christophs Verhalten, sondern in der Anpassung an eine neue Situation. Der letzte Heimatschulbesuch, welcher abermals von der zuständigen Heilstättenpädagogin

und der Psychologin begleitet wurde, wird von der Lehrperson im Interview als „einfacher“ bezeichnet, da ihrer Meinung nach die Gesamtsituation viel freundlicher war und die Kinder miteinander spielen konnten (vgl. Lehrperson 2015, 3/107-110). An diesem Punkt kann festgehalten werden, dass die beiden letzten Heimatschulbesuche von der Lehrperson als „gelingen“ wahrgenommen wurden und das Misslingen des ersten Besuches als Christophs Verschulden gedeutet wird. Inwiefern diese Heimatschulbesuche von der zuständigen Heilstättenpädagogin geplant wurden, kann an diesem Punkt nicht eruiert werden. Dennoch sollte bedacht werden, dass Christoph eventuell mit der Situation des ersten Heimatschulbesuches schlichtweg überfordert war und deshalb ein unsicheres Verhalten an den Tag legte. Ein weiterer Punkt könnte das veränderte Verhalten aufgrund der medikamentösen Behandlung sein, das im Interview der Mutter zur Sprache kam.

In Bezug auf die Versetzungsfrage wird in der Literatur angeführt, dass diese vor der bevorstehenden Rückführung in Absprache der zuständigen Heilstättenlehrkraft und der Lehrperson der Herkunftsklasse zu klären ist (vgl. Schroeder et al. 1996, S. 43). Die österreichische Heilstättenschule initiiert hierfür Konferenzen mit dem Kollegium der Stammschule, in denen der Leistungsstand sowie die physische und psychische Verfassung des betroffenen Kindes besprochen werden. Die Lehrperson von Christoph äußert sich im Interview zur *Versetzungsfrage (K4)* folgendermaßen: „Also ich hätte ihn in die dritte Klasse gegeben da hät er nicht so viel Leistungsdruck gehabt (...).“ (Lehrperson 2015, 8/259-260) Sie fügt diesbezüglich noch an: „Wenn ein Kind sehr in eine Klasse integriert ist es es wahrscheinlich furchtbar wenn’s die Klasse wiederholen muss aber bei ihm war’s nicht so ich glaub nicht dass er jemanden wirklich vermisst hätte.“ (ebd., 7/254-256) Anhand dieser Äußerung wird ersichtlich, dass die Lehrperson nicht das Gefühl hatte, dass Christoph im Klassenverband integriert war. Sie weist darauf hin, dass Christoph deshalb in die 4. Klasse mitaufsteigen konnte, weil es der Wunsch der Mutter war. Im Interview mit Frau R. wurde die Versetzungsfrage ebenfalls thematisiert und eine Unstimmigkeit zwischen dem klinischen Personal und dem Kollegium der Stammschule angesprochen. Man hätte sich für die Versetzung in die 4. Klasse entschieden, um Christoph nicht aus seinem Klassenverband zu reißen. Da jedoch Christophs Lehrperson der Auffassung ist, dass er nie in der Klasse integriert war, ist dieser Entschluss zu hinterfragen. Der Aufstieg in die 4. Klasse, so laut Lehrperson, sei für Christoph in den ersten Monate sehr schwierig gewesen, da er große Defizite den Schulstoff der 3. Klasse betreffend aufwies und deshalb nur sehr schwer dem Unterricht folgen konnte.

Zur sozialen Situation nach einer Rückführung in den Klassenverband hält Peck-Himmel (2010, S. 6) fest: „Insgesamt leiden Survivors von Hirntumoren vermehrt unter psychosozialen Spätfolgen wie Isolation, sie haben weniger Freunde und weniger soziale Kontakte.“ Die-

se These trifft nur gewissermaßen auf die Situation von Christoph zu, da er schon vor der Hirntumorerkrankung nicht im *Klassenverband integriert (K5)* war. Dies hält auch die Lehrperson fest und meint am Anfang des Interviews: „Ich muss vielleicht damit beginnen dass der Christoph nicht wirklich integriert in der Klasse war.“ Dies führt sie auf Christophs schlechtes Verhalten im Umgang mit seinen Mitschüler/-innen zurück, was sich jedoch seit der Rückführung in die Klasse verbessert habe. Dennoch hat er weiterhin keine Freunde und beschäftigt sich in den Pausen mit den Spielsachen, die er von zu Hause mitbringt (vgl. Lehrperson 2015, 2/56; 2/60-61). Das Phänomen des „nicht-verankert-Seins“ wurde auch in den beiden biographisch-narrativen Interviews thematisiert, wobei Frau R. die Schuld hierfür im Gegensatz zur Lehrperson bei Christophs Mitschüler/-innen sucht.

In der Literatur wird ausführlich auf die schulische Situation nach einer Hirntumorerkrankung eingegangen. Leiss (2014, S. 301; 303) widmet sich den Spätfolgen von Hirntumoren, die Beeinträchtigungen der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit zur Folge haben können. Im schulischen Kontext kann dies beispielsweise zu einer Verschlechterung der Lese- und Rechtschreibfähigkeit oder Schwierigkeiten in mathematischen Fertigkeiten führen. Aber auch die Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit betroffener Kinder kann im Zuge der Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen werden. Die Lehrperson von Christoph berichtet über einen merkbaren *Leistungsabfall (K6)* bei Christophs schulischen Fertigkeiten und hält dazu fest: „Also es fehlt ihm sehr viel Stoff von der 3. Klasse.“ (Lehrperson 2015, 5/170) Sie konnte eine Verlangsamung des Arbeitstempos bei Christoph beobachten und berichtet darüber, dass er oftmals sehr erschöpft und müde sei. Auch sei seine Merkfähigkeit seit der Erkrankung schlechter geworden, was sie als sehr schade empfindet, da er vor der Erkrankung ein gutes Gedächtnis hatte (vgl. ebd., 6/209-210). Eine signifikante Verschlechterung sieht sie in der Lesefähigkeit von Christoph und merkt hierzu an: „Er hat wirklich ausgesprochen gut gelesen – flüssig mit Betonung – was in der zweiten Klasse wirklich schon eine tolle Leistung ist (...).“ (ebd., 6/217-219) Demnach können am Fallbeispiel von Christoph durchaus Beeinträchtigungen durch die Spätfolgen der Hirntumorerkrankung aufgezeigt werden, die seinen schulischen Alltag erschweren.

Ein Leistungsabfall aufgrund der Spätfolgen einer Hirntumorerkrankung kann eine Benachteiligung in der Schullaufbahn zur Folge haben. Um solch einer Benachteiligung entgegenzuwirken, können Lehrpersonen im österreichischen Dienst einen gewissen pädagogischen Handlungsspielraum ausnutzen und konkrete Unterstützungsmaßnahmen im Unterricht ergreifen. Diese umfassen unter anderem das Hinzuziehen von Stütz- und Förderlehrer/-innen, die Eingrenzung des Stoffgebietes bei Schularbeiten, das Verlängern von Prüfungssituationen und die Umgestaltung von Aufgabenstellungen (vgl. Leiss et al. 2013, 6ff; 12). Im Fall

von Christoph weiß die Lehrperson über konkrete *Unterstützungsmöglichkeiten (K7)* Bescheid und hält diesbezüglich fest: „Ja wenn's diagnostiziert is hat man Handlungsspielräume. Man kann die Anforderungen reduzieren. (...) Man kann auch Stützlehrer und Förderlehrer einbeziehen.“ (Lehrperson 2015, 8/278-282) Es erweckt den Anschein, dass Christophs Lehrperson auf seine Beeinträchtigungen durch die Erkrankung Rücksicht nimmt und gewisse Sonderregelungen im Unterricht zum Einsatz kommen.

Auch im Zuge des Interviews mit der Lehrperson wird wiederum das Phänomen des „nicht-verankert-Sein“ ersichtlich. Christophs Klassenlehrerin eröffnet das Interview mit der Aussage, dass er nie im Klassenverband integriert war, wegen seines schlechten und groben Verhaltens seinen Mitschüler/-innen gegenüber. Sie geht sogar so weit zu sagen: „(...) die Kinder waren wirklich über jeden Tag froh wo er nicht da war weil er so grob zu ihnen war. Und ja: wenn ich ehrlich bin war's für mich auch so.“ Diese Äußerung veranschaulicht in Worten die schlechte Beziehung zwischen Christoph und seiner Lehrperson. Im weiteren Verlauf des Interviews wird die Rückführung nach der Erkrankung thematisiert. Das fehlende Engagement von Christoph, den Kontakt zu seiner Herkunftsklasse aufrecht zu erhalten, kann an diesem Punkt nachvollzogen werden, denn wenn er sich nicht als Teil dieser ansah bestand eventuell auch nicht der Wunsch, in diese reintegriert zu werden. Wie es das Konzept von Schroeder et al. vorsieht, wurde im Zuge der Rückführung von Christoph die Klasse über seine Erkrankung informiert und Heimatschulbesuche durchgeführt, die jedoch nur teilweise als „gelingen“ von der Lehrperson wahrgenommen wurden. Den Grund für das Scheitern sieht sie abermals nur in Christophs Verhalten. In Bezug auf die Versetzungsfrage wird deutlich, dass die Lehrperson mit der Entscheidung zum Aufstieg in die 4. Klasse nicht zufrieden ist, da Christoph ihrer Meinung nach zu große schulische Defizite aufweist und deshalb die Wiederholung der 3. Klasse in ihren Augen eine bessere Option für ihn gewesen wäre. So hätte man ihm viel Leistungsdruck ersparen und ihm gleichzeitig einen Neubeginn in einer anderen Klasse ermöglichen können. Die schulischen Defizite und die Beeinträchtigungen durch die Spätfolgen der Hirntumorerkrankung erschweren Christophs Alltag. Obwohl die Lehrperson versucht im Sinne von Unterstützungsmöglichkeiten die Anforderungen zu reduzieren, wird Christoph die 4. Klasse wiederholen müssen.

III. Resümee, offene Fragen und Ausblick

Ziel der Masterarbeit war es, anhand eines Fallbeispiels den Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung im Volksschulalter aus der Perspektive des betroffenen Kindes, dessen Mutter sowie dessen Lehrperson aufzuzeigen.

Hierfür wurden zu Beginn der theoretischen Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit die zentralen Begrifflichkeiten geklärt (Kapitel 1) und allgemeine Informationen zu Hirntumorerkrankungen (Kapitel 2) gegeben. Ebenso wurde auf die Thematik Bildung bei Krankheit (Kapitel 3) eingegangen und die Bedeutung der „Schule für Kranke“ beziehungsweise „Heilstättenschule“ aufgezeigt. Im Zuge dessen wurden die Aufgabenfelder und Tätigkeitsbereiche dieser Institutionen dargelegt und das in der Praxis weit verbreitete *„Konzept zur schulischen Begleitung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen“* von Schroeder et al. (1996) erläutert. Nachfolgend wurde speziell auf die österreichische Heilstättenschule (Kapitel 4) und deren Vorgehensweise den schulischen Reintegrationsprozess (Kapitel 5) betreffend näher eingegangen. Hier wurde ersichtlich, dass der Reintegrationsprozess in der Literatur meist nur aus der Perspektive der „Heilstättenschule“ beschrieben wird, und die individuellen Erfahrungen der betroffenen Personen kaum berücksichtigt werden.

Ausgehend davon hat es sich der empirische Teil dieser Arbeit zur Aufgabe gemacht, folgender Forschungsfrage nachzugehen:

„Wie kann der schulische Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung aus der Perspektive eines Volksschulkindes, dessen Mutter und der Lehrperson dargestellt werden?“

Im Zuge dessen wurden zwei biographisch-narrative Interviews mit Christoph und seiner Mutter durchgeführt, um deren individuellen Erfahrungen rund um den Reintegrationsprozess aufzeigen zu können. An diesem Punkt kann festgehalten werden, dass offene Interviewformen für Kinder in Christophs Alter eine Herausforderung darstellen. Das biographisch-narrative Interview entwickelte sich sehr rasch zu einem Frage-Antwort-Gespräch, da es Christoph schwer fiel, auf offene Fragestellungen umfangreich zu antworten. Es erwies sich deshalb als sehr hilfreich, im Zuge des biographisch-narrativen Interviews mit der Mutter die gesamte Lebensgeschichte zu erfragen, da sie sich in ihrer Erzählung ausführlich der Erkrankung ihres Sohnes, dem Reintegrationsprozess und dessen aktuelle schulische Situation widmete. Als Auswertungsmethode für die biographisch-narrativen Interviews wurde die biographische Fallrekonstruktion nach Rosenthal (2014) gewählt. Obwohl manche Auswertungsschritte, wie sie Rosenthal vorsieht, im Zuge der Interviewauswertung nicht durchge-

führt werden konnten, wird diese Methode dennoch als geeignet empfunden, denn sie bietet viel Freiraum für Interpretationen und bezieht parasprachliche Elemente mit ein, wodurch zusätzliche Erkenntnisgewinne erlangt werden konnten. Zudem ermöglichte die Durchführung eines problemzentrierten Interviews mit Christophs Lehrperson die Einbeziehung einer weiteren Perspektive, weshalb ein mehrdimensionales Bild des Reintegrationsprozesses entstehen konnte.

Das Konzept von Schroeder et al. (1996), welches in der theoretischen Ausarbeitung der vorliegenden Arbeit näher behandelt wurde, kann in der Vorgehensweise der Reintegration von Christoph, so wie er von der österreichischen Heilstättenschule durchgeführt wurde, wiedererkannt werden. Gemäß dem Konzept konnte eine Zusammenarbeit der Heilstättenlehrperson mit der Lehrkraft der ursprünglichen Klasse arrangiert werden. Die Mitschüler/-innen wurden plangemäß mit Hilfe des Informationskoffers der Kinder-Krebs-Hilfe über die Erkrankung von Christoph informiert und im Zuge dessen wurde ihnen der Film „*Wo war Patricia*“ gezeigt. Auch wurde zu Beginn von Christophs Erkrankung von Seiten seiner Mitschüler/-innen versucht, den Kontakt mit Briefen und Zeichnungen aufrecht zu erhalten, was allerdings von ihm nicht erwidert wurde. Die Lehrperson berichtete von drei Heimat-schulbesuchen, die jedoch nicht alle als „gelingen“ wahrgenommen wurden. Kurz vor der Rückführung wurde die Versetzungsfrage im Zuge einer Konferenz geklärt und auf eventuelle schulische Beeinträchtigungen, die durch Spätfolgen der Erkrankung auftreten können, Aufmerksam gemacht. Diesbezüglich wurde die Lehrperson über diverse Unterstützungsmöglichkeiten aufgeklärt, die einer Benachteiligung in der Schullaufbahn aufgrund der Spätfolgen entgegenwirken sollen.

Das Konzept von Schroeder et al. (1996) sieht all diese Schritte vor, um eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den ursprünglichen Klassenverband zu ermöglichen. Im Fall von Christoph wurden all jene Schritte durchgeführt, dennoch kann nicht von einer erfolgreichen Reintegration gesprochen werden. Im Zuge der drei Interviews kristallisierte sich schnell ein Phänomen heraus, welches der erfolgreichen Reintegration hinderlich im Wege stand. Christoph war bereits vor seiner Erkrankung nicht in seinem Klassenverband integriert und hatte keine gute Beziehung zu seiner Lehrperson. Diese Gegebenheit und die Beeinträchtigungen aufgrund der Spätfolgen seiner Hirntumorerkrankung führten dazu, dass er die Klasse wiederholen muss. Das Fallbeispiel von Christoph zeigt auf, dass eine Vielzahl weiterer Faktoren die Rückführung eines erkrankten Kindes in die Schule beeinflusst und der Reintegrationsprozess an sich als ein individueller Prozess, welcher von Fall zu Fall unterschiedlich verläuft, anzusehen ist.

Nachdem sich die vorliegende Arbeit der Reintegration und somit auch dem Zeitraum unmittelbar nach einer kindlichen Hirntumorerkrankung gewidmet hat, wäre es im Zuge von zukünftigen Forschungsvorhaben interessant zu eruieren, wie sich die schulische Laufbahn von Survivors gestaltet und welche Schulabschlüsse erzielt werden. Denn durch die Fortschritte in der medizinischen Behandlung wird die Gruppe von Kindern und Jugendlichen, die sich mit schulischen Problemen durch Spätfolgen einer Hirntumorerkrankung konfrontiert sehen, immer größer.

Abschließend soll noch einmal dezidiert die Notwendigkeit einer schulischen Begleitung während einer Erkrankung hervorgehoben und auf die bedeutsame Arbeit der Institution „Heilstättenschule“ diesbezüglich aufmerksam gemacht werden. Es wäre wünschenswert, dieser Institution und deren Aufgabenfelder sowie Tätigkeitsbereiche in aktuellen bildungspolitischen Debatten mehr Beachtung zu schenken, dem Fehlen eines wissenschaftlichen Paradigmas entgegenzuwirken und weitere Fort- und Weiterbildungsangebote auf diesem Gebiet zu etablieren, um qualifizierte Lehrpersonen für dieses Berufsbild gewinnen zu können.

Literaturverzeichnis

- Biewer, G.** (2009): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag
- Bmask, (Hrsg.)** (2011): UN-Konvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Fakultativprotokoll. URL: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/5/8/CH2218/CMS1314697554749/un-konvention_inkl._fakultativprotokoll,_de.pdf [letzter Zugriff: 07.07.2015]
- Bmask, (Hrsg.)** (2012): Nationaler Aktionsplan Behinderung 2012 - 2020. Strategie der österreichischen Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Inklusion als Menschenrecht und Auftrag. URL: http://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/7/7/8/CH2477/CMS1332494355998/nap_web.pdf [letzter Zugriff: 07.07.2015]
- Bmbwk, (Hrsg.)** (2001): Heilstättenschule Österreich. Unterricht in Krankenhäusern und heil-/sonderpädagogischen Einrichtungen. URL: <http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/heilstaettenschule.pdf> [letzter Zugriff: 09.07.2015]
- Bmukk, (Hrsg.)** (2010): Unterricht für Kinder und Jugendliche im medizinisch-therapeutischen Umfeld. Heilstättenschulen in Österreich. URL: <file:///C:/Users/Claudsch/Downloads/heilstaettenschulen.pdf> [letzter Zugriff: 09.07.2015]
- Damm, L., Hutter, P.** (2009): Chronisch krank – die Schüler oder die Schule? URL: <http://www.springermedizin.at/artikel/10605-chronisch-krank-die-schueler-oder-die-schule> [letzter Zugriff: 04.08.2015]
- Duden, (o.J.)**: Reintegration. URL: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Reintegration> [letzter Zugriff: 29.07.2015]
- Ehrentraut, M., Stegie, R.** (2005): Maßnahmen zur schulischen Reintegration krebskranker Kinder und Jugendlicher. Zur Versorgungslage an pädiatrisch-onkologischen Behandlungszentren in Deutschland. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 12, S. 491 – 496
- Fritz, A.** (1997): Kooperation der Schule für Kranke mit der Stammschule bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Ertle, Ch. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 133 – 146

- Gärtner, K.** (2007): Pädagogik bei Krankheit. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 10, S. 412 – 414
- Hospital Organisation of Pedagogues in Europe (HOPE)**, (Hrsg.) (o.J.): Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause. Barcelona 2000. URL: http://www.hospitalteachers.eu/who/hope-charter/hope-charter_ge [letzter Zugriff: 09.07.2015]
- Iskenius-Emmler, H., Jung, M.** (2006): Zur Problematik der schulischen Reintegration von onkologisch erkrankten Jugendlichen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 57 (4), S. 139 – 146
- Kienesberger, A.** (2012): Ependymom. Für Eltern die mehr wissen wollen. Broschüre der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe (Hrsg.). Wien: Verband der Österreichischen Kinder-Krebs-Hilfe Organisationen
- Klemm, M., Häcker, W. & Böpple, E.** (1998): Heimatschulbesuche im Rahmen der Arbeitsbereiche von Klinikpädagogik. In: Pfeiffer, U., Knab, D., Häcker, W., Klemm, M. & Böpple E. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen: Attempto Verlag, S. 25 – 34
- Küsters, I.** (2009): Narrative Interviews. Grundlagen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Lamnek, S.** (2010): Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Leiss, U., Kutschera, A., Schwarzing, A., Pletschko, T., & Voit, R.** (2013): FIT für die Schule. Fair – Integriert – Transparent. Schulische Integration von Kindern und Jugendlichen mit einem Hirntumor. Gesetzliche Grundlagen und Unterstützungsmöglichkeiten. Broschüre für Lehrer und Lehrerinnen. Wien: Österreichische Kinder-Krebs-Hilfe (Hrsg.)
- Leiss, U.** (2014): Kinder und Jugendliche mit einem Hirntumor – spezielle Bedürfnisse und Herausforderungen in Hinblick auf mögliche Spätfolgen. In: Topf, R. J. (Hrsg.) (2014): Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung. Wien: new academic press, S. 300 – 314
- Mayring, P.** (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mayring, P.** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz Verlag
- Nentwig-Gesemann, I., Mackowiak, K.** (2012): Schwerpunkt: Interviews mit Kindern - methodische Herausforderungen und Potenziale. In: Frühe Bildung, 1/3, S. 121 – 124

- Pädagogische Hochschule OÖ**, (Hrsg.) (2010): Curriculum für den Lehrgang/Hochschullehrgang „Heilstättenpädagogik – der Beitrag der Schule im Gesundwerdungsprozess. URL: file:///C:/Users/Claudsch/Downloads/HLG_Heilstaettenpaedagogik_Formular_Curriculaeinrichtung_20100317_o_Kalk.pdf [letzter Zugriff: 09.07.2015]
- Peck-Himmel, J.** (2010): Herausforderung Hirntumor. Von der Diagnose bis zur Nachsorge. In: Sonne. Die Zeitschrift der Kinder-Krebs-Hilfe (Hrsg.), 3/10, S. 3 – 6
- Peck-Himmel, J.** (2014): Teilhaben oder nur dabei sein? Partizipation chronisch kranker Kinder an Schule und Unterricht. In: Sonne. Die Zeitschrift der Kinder-Krebs-Hilfe (Hrsg.), 4/14, S. 12 – 13
- Rosenthal, G.** (1995): Erlebte und erzählte Lebensgeschichte. Gestalt und Struktur biographischer Selbstbeschreibungen. Frankfurt/Main: Campus Verlag
- Rosenthal, G.** (2014): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa
- Schierer, I.** (2013): Unterricht für kranke Kinder und Jugendliche in Spitalsbehandlung. Wien: Zentrum für Pädagogik bei Krankheit „Heilstättenschule Wien“. URL: [file:///C:/Users/Claudsch/Downloads/Schulprofil%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Claudsch/Downloads/Schulprofil%20(3).pdf) [letzter Zugriff: 09.07.2015]
- Schiffermüller, V.** (1997): Krebskranke Kinder und Schule – ein persönlicher Zugang. In: Ertle, Ch. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 111 – 131
- Schmidt, H.** (2012): Regelungen zum Nachteilsausgleich für kranke Schüler – Aktuelle Entwicklungen in den Bundesländern. In: Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.) (2012): Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methoden, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 115 – 134
- Schmitt, F.** (1998): Schule für Kranke – eine Institution individueller und integrativer Pädagogik. In: Pfeiffer, U., Knab, D., Häcker, W., Klemm, M. & Böppe, E. (Hrsg.) (1998): Klinik macht Schule. Die „Schule für Kranke“ als Brücke zwischen Klinik und Schule. Tübingen: Attempto Verlag, S. 184 – 190
- Schroeder, J., Hiller-Ketterer, I., Häcker, W., Klemm, M., & Böppe, E.** (1996): „Liebe Klasse ich habe Krebs!“ Pädagogische Begleitung lebensbedrohlich erkrankter Kinder und Jugendlicher. Tübingen: Attempto Verlag

- Schwarcz, B.** (2013): Trotz Hirntumor die Schule meistern. Ein Betreuungsprojekt hilft bei Lernschwierigkeiten durch Spätfolgen. In: Sonne. Die Zeitschrift der Kinder-Krebs-Hilfe (Hrsg.), 3/13, S. 3 – 5
- Speck, O.** (2010): Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht. Rhetorik und Realität. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Thiele, A.** (2011): Schulische Inklusion von Kindern und Jugendlichen mit chronischen und progredienten Erkrankungen: eine mehrdimensionale Betrachtung. In: Lütje-Klose, B., Langer, M., Serke, B., Urban, M. (Hrsg.) (2011): Inklusion in Bildungsinstitutionen. Eine Herausforderung an die Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 286 – 297
- Topf, R. J., Höfer, Ch., Rudy, M.** (2011): Schule und Krebserkrankung – eine pädagogische Herausforderung. In: Topf, R. J. (Hrsg.) (2014): Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung. Wien: new academic press, S. 194 – 203
- Trautmann, T.** (2010): Interviews mit Kindern. Grundlagen, Techniken, Besonderheiten, Beispiele. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Volk-Moser, A.** (1997): Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett. In: Ertle, Ch. (Hrsg.) (1997): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 57 – 76
- Wertgen, A.** (2009): Die „Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“. Ein Vergleich zwischen berechtigten Forderungen und pädagogischer Realität an Schulen für Kranke. In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 60 (2), S. 64 – 75
- Wertgen, A.** (2012a): Charakteristika des Unterrichts an der Schule für Kranke – Versuch einer Verallgemeinerung. In: Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.) (2012): Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 60 – 73
- Wertgen, A.** (2012b): Bildungsgerechtigkeit durch Chancengleichheit – auch für kranke Schüler? In: Frey, H. & Wertgen, A. (Hrsg.) (2012): Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 74 – 90

Wertgen, A. (2013): Krankheit und Schule – wie ist das möglich? Rahmenbedingungen, Organisation, pädagogische Hilfen – Ein Ratgeber für Schüler, Eltern und Lehrkräfte. (o.O.): Schulz-Kirchner Verlag

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Sequenzierung des Interviews mit Frau R.	50
Tabelle 2: Sequenzierung des Interviews mit Christoph.....	67
Tabelle 3: Definition der Kategorien.....	77

Anhang

LEITFADEN DES PROBLEMZENTRIERTEN INTERVIEWS

Einstiegsfrage:

Wie Sie bereits wissen, interessiere ich mich für den schulischen Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung im Volksschulalter. Ich würde Sie bitten mir all Ihre Erfahrungen als Volksschullehrerin diesbezüglich mitzuteilen. Auch in Hinblick auf den Fall Christoph. Sie können sich so viel Zeit nehmen, wie Sie möchten. Ich werde Sie vorerst nicht unterbrechen und erst im Anschluss an Ihre Erzählung eventuell ausstehende Fragestellungen zur Sprache bringen.

- Wie sieht der Reintegrationsprozess aus der Perspektive einer Lehrperson aus?
- Worauf ist im Umgang mit kranken Kindern im Schulalltag speziell zu achten?
- Können Sie mir von dem Zeitpunkt berichten, als die Diagnose Hirntumor der Schule und ihrer Klasse mitgeteilt wurde?
- Können Sie mir von dem Zeitpunkt berichten, als Christoph nach einem Jahr Absenz wieder in ihre Klasse zurückgekommen ist?
- Wie sieht der schulische Alltag von Christoph nach der Reintegration aus?
- Welche Möglichkeiten gibt es Ihrer Meinung nach für Kinder, die an Hirntumor erkrankt sind, in unserem Schulsystem um bestehen zu können beziehungsweise wo sehen Sie Hürden, die ihnen in den Weg gestellt werden? Wie stehen ihre Chancen generell aber auch in Bezug auf schulische Abschlüsse?
- Wo sehen Sie in ihrem Beruf Handlungsmöglichkeiten um jene Kinder, die länger vom regulären Schulbetrieb fernbleiben mussten, den Wiedereinstieg und den schulischen Alltag zu erleichtern beziehungsweise wo stoßen Sie an Grenzen?
- Wie könnten etwaige Hürden/Grenzen für an Hirntumor erkrankte Kinder Ihrer Meinung nach aus dem Weg geräumt werden?

LEBENS LAUF

Geburtsortsdaten:	Linz, 12. Dezember 1989
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Schulbildung:	1996 - 2000: Volksschule der Kreuzschwestern Linz 2000 - 2004: Hauptschule Alkoven 2004 - 2009: HBLW Landwiedstraße Linz 2009 - 2012: Private Pädagogische Hochschule der Diözese Linz seit 2012: Studium der Bildungswissenschaft an der Universität Wien ✓ Schwerpunkt: Inklusive Pädagogik bei speziellem Bedarf
Berufserfahrung:	2013: Ferienbetreuung für den Verein Kinderfreunde, Wien 2013/14: Lernhilfebetreuerin für die Institution Interface, Wien 2014: Ferienbetreuung für den Verein Kinderfreunde, Wien seit 2014: ehrenamtliche Tätigkeit als Nachhilfelehrerin im Zuge des Projekts „Lernblitz“ der Kinder-Krebs-Hilfe Wien seit 2014: Volksschullehrerin in der Privatvolksschule Josefinum

ABSTRACT

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit dem Reintegrationsprozess nach einer Hirntumorerkrankung im Volksschulalter auseinander. Im Zuge des Forschungsvorhabens wurden zwei biographisch-narrative Interviews mit einem betroffenen Kind und dessen Mutter sowie ein problemzentriertes Interview mit dessen Lehrperson geführt. Anliegen war es, eine mehrdimensionale Sichtweise auf die Wiedereingliederung zu erlangen, weshalb die Einbeziehung dreier verschiedener Perspektiven die Grundlage für das vorliegende Fallbeispiel bildet. Die Ergebnisse der empirischen Forschung zeigen die verbreitete Anwendung des von Schroeder et al. (1996) entwickelten Konzepts zur „*schulischen Begleitung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen*“ in der Praxis auf. Am Fallbeispiel kristallisierte sich jedoch heraus, dass der Reintegrationsvorgang zusätzlich von zahlreichen anderen Faktoren beeinflusst wird, weshalb jede Rückführung als ein individuell zu gestaltender Prozess zu betrachten ist.

The master thesis deals with the reintegration process after a cerebral tumour at elementary school age. In the course of the research project two biographic-narrative interviews with an affected child and his mother as well as a problem-centered interview with his teacher were conducted. The aim was to provide a multidimensional perspective on the school reintegration program, why three different perspectives on the case example were considered. The empirical findings show the wide-spread practice of the draft written by Schroeder et al. (1996) „*Konzept zur schulischen Begleitung von lebensbedrohlich erkrankten Kindern und Jugendlichen*“. The case example has shown that the process of reintegration depends on several different factors, why each single reinstatement has to be arranged individually.