
Ambulanz für Schulabsentismus – Projekt der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Klinikum Nürnberg

Dr. med. Sven Lienert
Oberarzt
Kinder- und Jugendpsychiater
Kinder- und Jugendarzt
Psychotherapeut
sven.lienert@klinikum-nuernberg.de

*Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik
u. Psychotherapie im Kindes u. Jugendalter, Nürnberg
Chefarzt Dr. med. P. Nonell*



Pilotprojekt Schulabsentismus – Entwicklung eines interprofessionellen Konzept zur multimodalen Behandlung

Lienert, Sven; Braun-Scharm, Hellmuth; Nonell, Patrick

Fragestellung

Schulabsentismus ist ein wenig untersuchtes, kinder- und jugendpsychiatrisch uneinheitliches Krankheitsbild [1]. Daten zur Prävalenz liegen auch international eingeschränkt vor. Schätzwerte gehen von ca. 5% der Schüler aus [1]. In der englischsprachigen Literatur werden überwiegend die Begriffe „school refusal behavior“ und „school absenteeism“ [2, 3] verwendet. Im DSM-5 [4] findet sich unter dem Diagnosecode 309.21 „Separation Anxiety Disorder“ [5] der Verweis, dass dies häufig die Vorstufe zu Schulabsentismus sei. In der ICD-10 [6] findet sich keine Einteilung zur Differenzialdiagnose von Schulabsentismus. Dennoch scheint Schulabsentismus entsprechend aktueller Literatur als Oberbegriff geeignet [1], wobei auch der Begriff Schulvermeidung Verwendung findet [7]. Für die Praxis relevante Fachbegriffe und Diagnosen bei Schulabsentismus umfassen [8] „Schulverweigerung“ (Störung des Sozialverhaltens, SSV, ICD-10 F90.1, F91.1f, F92.1f), „Schulschwänzen“ (keine Entsprechung im ICD-10), „Schulangst“ (die Symptomatik entspricht letztlich der einer sozialen Phobie mit Ängsten unter prüfender Betrachtung, ICD-10 F40.1) und „Schulphobie“ (Emotionale Störung mit Trennungsangst, ICD-10 F93.0).

Methoden

Im Rahmen der Institutsambulanz der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter im Klinikum Nürnberg erfolgt der Aufbau einer Ambulanz für Schulabsentismus. Fokus liegt auf internalisierenden Störungsbildern, wenngleich auch externalisierende Erkrankungen diagnostiziert werden. Die Evaluation erfolgt mittels klinischer Einschätzung und Diagnostik [9]. Eine Kooperation mit der Kooperationsstelle Polizei-Jugendhilfe-Schule (PJS), die aus der 2. Chance hervorgegangen ist [10], ist initiiert [11]. Wünschenswert bezüglich der wissenschaftlichen Begleitung wäre die Zusammenarbeit mit Hochschulen vor Ort. Die Implementierung einer niederschweligen Beratungsstelle als Clearingstelle „Schulabsentismus und Schulvermeidung“ ist in Diskussion.

Ergebnisse

Bislang liegen noch keine Ergebnisse vor. Elementar scheint eine umfassende Aufklärung von Schülern, Eltern, Jugendhilfe, niedergelassenen Behandlern. Vermieden werden sollte eine Schulbefreiung ohne medizinisch objektivierbaren Grund. Zielführend scheint zudem eine enge Vernetzung von Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kinder- und Jugendmedizin. Der Kinder- und Jugendarzt oder Hausarzt ist oft erster Ansprechpartner bei wiederkehrenden somatischen Beschwerden, die zur Schulbefreiung führen.

Schlussfolgerungen

Folgen von Schulabsentismus für die Betroffenen sowie die Gesellschaft werden derzeit nicht ausreichend gewürdigt. Aus der klinischen Erfahrung ist von Wechselwirkungen auf bio-psycho-sozialer Ebene auszugehen. Dies führt zu individueller, schulischer, familiärer und letztlich auch einer Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, häufig gemäß Sozialgesetzbuch VIII § 35a. Erschwerend kommt hinzu, dass Untersuchungen zu Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren im bio-psycho-sozialem Umfeld sowie Angaben zu Vorläufersymptomen fehlen.

Grundsätzlich darf davon ausgegangen werden, dass erfolgreiche Interventionsmaßnahmen multimodal sowie individualisiert ausgerichtet sein und die Lebensrealität des Betroffenen einbeziehen sollten. Gemäß Essener Modell nach Knollmann und Hebebrandt et al. [7, 9] sollte erstes Ziel immer die Wiederaufnahme eines vollumfänglichen Schulbesuchs sein. Dies erfordert eine strukturierte Vernetzung des ambulanten und stationären Helfersystems unter Einbeziehung der Eltern. Nach bereits initial multimodaler Behandlung im interprofessionellen Team sollte die Behandlung bei weiter ausbleibendem Schulbesuch stationär fortgeführt werden. Dabei scheint trotz hohem Belegungsdruck die rasche Aufnahme der Patienten entscheidend, primär mit deren Einverständnis, bei Persistenz oder fehlender Kooperation aber auch gegen deren Willen mittels Beschluss nach §163b Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Damit kann eine Chronifizierung verhindert werden. Als Grundlage für die Therapieplanung bieten sich nach [25] auf Basis der vorher genannten Verhaltensanalyse vier Kategorien im Hinblick auf das individuelle Erklärungsmodell an: Vermeidung spezifischer angstbesetzter Situationen, Vermeidung aversiv erlebter sozialer Situation, aufmerksamkeitsuchendes Verhalten und mit Trennungsangst in Verbindung stehendes Verhalten, positiv verstärkende Erfahrungen, die außerhalb der Schule geboten werden.

Danksagung

Danken möchten wir den Kollegen der LVR-Klinikum Essen, Kliniken und Institut der Universität Duisburg-Essen, vor allem Hr. Dr. Knollmann und Prof. Dr. Hebebrandt für deren freundlichen Einblick in ein etabliertes und funktionierendes Behandlungsmodell.

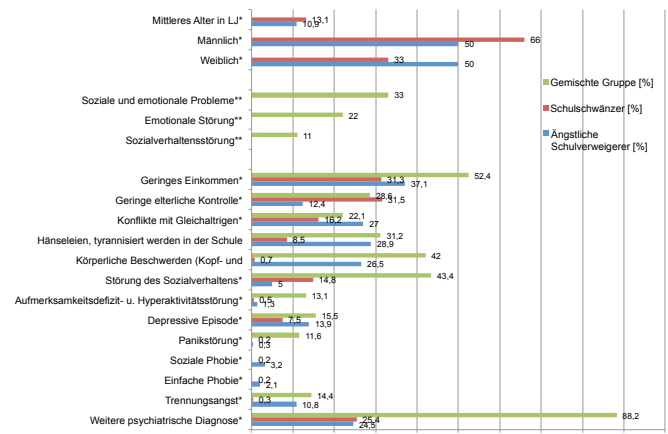
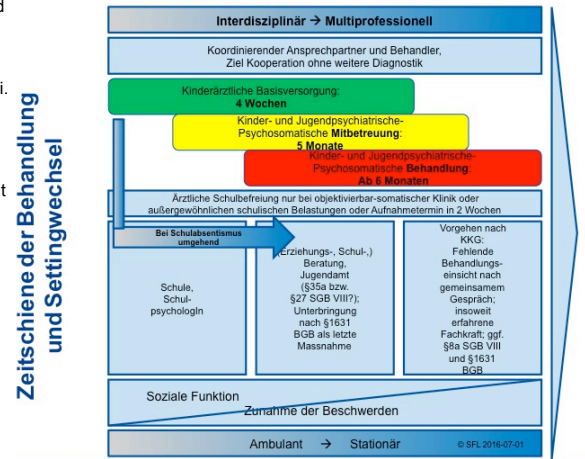


Table 1: Komorbidität, assoziierte Symptome und Belastungsfaktoren in Abhängigkeit von der Form der Schulverweigerung, nach **[21] bzw. *[15], adaptiert aus [18, Tab. 1] [die Daten sind erhebungsbedingt nicht direkt vergleichbar]



Nürnberger Ambulanz für Schulabsentismus

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

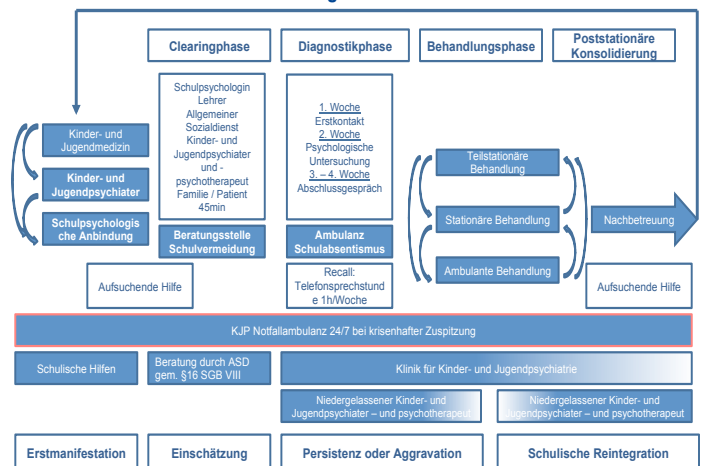


Abbildung 2: Nürnberger Ambulanz für Schulabsentismus der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter [56]

	Schulverweigerung:	Mischung aus Schulverweigerung und Schulschwänzen:	Schulschwänzen:
	Das Fehlen erfolgt mit Wissen der Eltern, dabei hält sich das Kind meist zu Hause auf. Symptome umfassen Angst, insbesondere morgens (Zittern, Schwindel, Herzrasen, Übelkeit, Bauchschmerzen, Erbrechen, Hyperventilation, depressive Symptome) [8, Grafik 1]	Das Fehlen erfolgt mit mit, mal ohne Wissen der Eltern [8, Grafik 1]	Das Fehlen erfolgt ohne Wissen der Eltern, das Kind erhält sich dabei meist nicht zu Hause auf, verlässt häufig plötzlich den häuslichen Rahmen, schwärmt mit anderen [8, Grafik 1]
Praxisrelevante Einteilung (1-8)	Schulangst	Schulphobie	Schulschwänzen
	Soziale Ängste, Leistungs-/ Prüfungsängste (funkt. Anpassungsstörungen) [9, Grafik 1]	Trennungs-ängste	Oppositionelles Verhalten bzw. Störung des Sozialverhaltens
Syndromdiagnosen (30)		Panik- und Somatisierungs-syndrom	
Symptomatik	Angst vor Leistungsanforderungen in Schule (Prüfungsangst), nicht gut genug zu sein, etwas nicht zu können, Angst muss inadäquat zum möglichen Leistungsniveau sein. Hierzu können soziale Ängste oder „Möbbling“ kommen, die sich auch als Anpassungsstörung darstellen können [9, Grafik 1]	Emotionale Störung mit Trennungsangst [30]; Angst vor Trennung von den Eltern	Ausdruck der Antriebs-, Interessen-, Motivations- und Erziehungsmotivations- und sozialer Rückzug [30]
		Somatoforme Störungen: Polysymptomatisches Beschwerdebild	Symptome umfassen die bei den anderen Diagnosen genannter: Externalisierendes und internalisierendes. Symptome umfassen die bei den anderen Diagnosen genannter: Externalisierendes und internalisierendes. Symptome umfassen die bei den anderen Diagnosen genannter: Externalisierendes und internalisierendes. Symptome umfassen die bei den anderen Diagnosen genannter: Externalisierendes und internalisierendes.

Table 2: Praxisrelevante Einteilung von Schulabsentismus, modifiziert nach [1, 6, 8, 9, Grafik 1, 16, 19, 30])