Fachhochschule Nordwestschweiz
Pädagogische Hochschule

# Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule

## Brandverletzte Kinder und Jugendliche in der Schule – praktische Hilfen und Anregungen für die pädagogische Praxis

Eine Masterarbeit von:

Ariane Schweizer

Musterleestrasse 14
5442 Fislisbach

ariane.schweizer@kispi.uzh.ch

Dozentin:

Dr. Johanna Hersberger

Pädagogische Hochschule FHNW
Institut Spezielle Pädagogik und Psychologie
Steinentorstrasse 30
4051 Basel

Eingereicht am 30. April 2016

Es liegt nicht an den Kindern, den Normen der Schule zu entsprechen, es ist Aufgabe der Schule, der Verschiedenheit der Kinder Rechnung zu tragen.

*Célestin Freinet (1896 – 1966)*

# Abstract

Die meisten brandverletzten Kinder und Jugendliche können nach einer abgeschlossenen Therapie in einem Spital in ihre Herkunftsklasse zurückkehren. Diese Reintegration muss sorgfältig vorbereitet werden.

Anhand qualitativer Interviews werden drei brandverletzte Kinder oder Jugendliche, drei Mütter von brandverletzten Kindern sowie eine Lehrperson eines brandverletzten Schülers über förderliche respektive hemmende Faktoren bei der Reintegration in die Herkunftsklasse nach einer Brandverletzung befragt. Ziel der Arbeit ist das Herausarbeiten unterstützender Massnahmen, die in einen Informationsflyer für Lehrpersonen einfliessen.

Die Datenauswertung der durchgeführten Interviews erfolgt durch eine qualitative Analyse.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Herkunftsschule durch unterschiedliche Massnahmen dazu beitragen kann, dass brandverletzte Kinder und Jugendliche den Wiedereinstieg in die Herkunftsschule erfolgreich erleben. Es sind dies die frühe Kontaktpflege zu brandverletzten Kindern und Jugendlichen bereits während der Hospitalisation, eine gute und enge Zusammenarbeit von Spital und Herkunftsschule, die Sensibilisierung und Aufklärung der Klasse über die Brandverletzung, individuell angepasste Leistungsanforderungen, das Wissen über eventuelle Einschränkungen sowie Ermutigung und Unterstützung der Eltern.

# INHALTSVERZEICHNIS

**ABSTRACT** 3

**1 EINLEITUNG** 6

**1.1 Intention** 6
**1.2 Zielsetzung und Fragestellungen** 7
**1.3 Methodische Vorgehensweise** 7

**2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN** 8

**2.1 Die Spitalschule des Kinderspitals Zürich** 8
2.1.1 Ziele der Spitalschule 9
2.1.2 Anforderungen an Spitallehrpersonen 10
2.1.3 Wechselbeziehung zwischen Eltern und Spitallehrpersonen 11
2.1.4 Standortbestimmung und Beurteilungsformen 11
2.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit 12
**2.2 Krankheitsbilder und Abteilungen des Kinderspitals Zürich** 12
**2.3 Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche** 15
**2.4 Medizinische Grundlagen: Brandverletzungen und deren Folgen** 17
2.4.1 Definition, Ursachen und Häufigkeit einer Brandverletzung 17
2.4.2 Verbrühung 17
2.4.3 Verbrennung 18
2.4.4 Ausdehnung in die Tiefe (Gradeinteilung) 18
**2.5 Therapiemassnahmen** 20
**2.6 Psychosoziale Aspekte** 22
2.6.1 Krankheit als existenzielle Krise 23
2.6.2 Belastungen von brandverletzten Kindern und Jugendlichen 26
**2.7 Definition von Funktionsfähigkeit** 27
**2.8 Pädagogische Aspekte im Hinblick auf die Reintegration** 28
2.8.1 Hilfen für (chronisch) erkrankte Kinder und Jugendliche in der Schule 29
2.8.2 Herausforderungen und Problemfelder einer Erkrankung im Schulalltag 31
2.8.3 Europäische Charta 31
2.8.4 Schulische Reintegration (chronisch) kranker Kinder und Jugendlichen 32
2.8.5 Schulisches Standortgespräch (SSG) vor der Reintegration 34
**2.9 Psychologische Aspekte im Hinblick auf die Reintegration** 35
2.9.1 Unfalltrauma 35
2.9.2 Schmerzhafte Behandlung 35
2.9.3 Lange Hospitalisation 36
2.9.4 Schuldgefühle 36
2.9.5 Aufwändige Rehabilitation 37
2.9.6 Bleibende funktionelle und kosmetische Folgen 37
2.9.7 Stigmatisierung bei sichtbaren Narben 38
**2.10 Lebensqualität von brandverletzten Kindern und Jugendlichen** 39

**3 FORSCHUNGSDESIGN** 41

**3.1 Qualitative Datenerhebung mittels Interview** 41
**3.2 Leitfadeninterview** 43
3.2.1 Strukturierung des Interviewleitfadens 43
3.2.2 Fragen formulieren 44
**3.3 Datenerhebung** 44
3.3.1 Schweigepflicht und Datenschutz 44

3.3.2 Stichprobe 45
3.3.3 Triangulation 45
3.3.4 Gewinnung der Interviewpartner 46
3.3.5 Kurzportraits der Interviewpartner 46
3.3.6 Gestaltung der Interviews 47
**3.4 Transkription 47**
**3.5 Zusammenfassende Inhaltsanalyse 48**
**3.6 Kategorisierung 50**
**3.7 Gütekriterien 51**

**4 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE 52**

**4.1 Kategorie 1: Fördernde Aspekte bei der Reintegration 52**
**4.2 Kategorie 2: Hemmende Aspekte bei der Reintegration 57**
**4.3 Kategorie 3: Auswirkung auf das heutige Leben 59**
**4.4 Kategorie 4: Kurz- und mittelfristige Folgen nach Brandverletzung 61**
**4.5 Kategorie 5: Hilfreiche Unterstützungsangebote 65**

**5 INTERPRETATION UND DISKUSSION 67**

**5.1 Beantwortung der Fragestellungen 67**
5.1.1 Beantwortung der Hauptfragestellungen 67
5.1.2 Beantwortung der Nebenfragen 68
**5.2 Zusammenfassende Schlussfolgerungen für die Praxis 70**

**6 INFORMATIONEN FÜR LEHRPERSONEN 72**

**6.1 Informationsflyer 72**
**6.2 Fachliche Bedeutung 76**
**6.3 Erprobung 76**
**6.4 Evaluation 76**

**7 REFLEXION 77**

**7.1 Reflexion des Forschungsprozesses anhand der Gütekriterien 77**
**7.2 Reflexion des methodischen Vorgehens 78**
**7.3 Reflexion der Datenanalyse 78**
**7.4 Forschungsbedarf 79**

**8 SCHLUSSWORT 80**

**8.1 Danksagung 80**
**8.2 Redlichkeitserklärung 81**

**9 VERZEICHNISSE 82**

**9.1 Literaturverzeichnis 82**
**9.2 Abkürzungsverzeichnis 86**

**ANHANG 87**

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Intention

Seit Juli 2012 arbeite ich[1] als Lehrperson in der Spitalschule des Kinderspitals Zürich, unter anderem in der Abteilung des Zentrums für brandverletzte Kinder und Jugendliche. Gemäss des Rahmenkonzeptes der Spitalschule des Kinderspitals Zürich (Trechslin, 2014) existieren sowohl in der onkologischen als auch nephrologischen[2] Abteilung seitens der Spitalschule des Kinderspitals Zürich (siehe Anhang H) eine pädagogische Informationsmappe, in welchen erläutert wird, wie Lehrpersonen von betroffenen Kindern und Jugendlichen auf die jeweilige Erkrankung professionell reagieren können. Die Hinweise beschreiben die Möglichkeiten einer erleichterten Zusammenarbeit zwischen Spitalschule und öffentlicher Schule und thematisieren die Bedeutung, welche die Erkrankung für Kinder und Jugendliche hat. Des Weiteren werden kurz die Therapien sowie Nebenwirkungen formuliert und schulische Entlastungsmöglichkeiten aufgezeigt. Ergänzt werden die Unterlagen um eine Literaturliste zum Thema und Informationen zum Einzelunterricht. Diese Informationsmappen erhalten die zuständigen Lehrpersonen in Absprache mit den Eltern beim Eintritt in das Kinderspital.

Da solche bzw. adäquate Informationen für Lehrpersonen des Zentrums für brandverletzte Kinder und Jugendliche bisher nicht existieren, werden diese im Rahmen der vorliegenden Arbeit explizit für diese Abteilung aufbereitet. Diese Informationen helfen Lehrpersonen, den Wiedereinstieg ihrer brandverletzten Schülerinnen und Schülern in die Herkunftsklasse zu unterstützen.

Die Literaturrecherche zur Thematik des Wiedereinstieges in die Schule nach einer Brandverletzung zeigt, dass zum Thema „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schule“ zwar Fachliteratur existiert, eine Brandverletzung in diesem Zusammenhang jedoch nicht ausreichend berücksichtigt wird, obwohl die Hospitalisation, die anschliessende Rehabilitation sowie Narbenkorrekturen aufwändig und zeitintensiv sein können und die Teilnahme dieser Kinder und Jugendlichen am Unterricht beeinträchtigen. Diese Hintergründe haben mich dazu motiviert, mein Forschungsvorhaben gezielt auf die brandverletzten Kinder und Jugendlichen auszurichten, die für eine unbestimmte Zeit hospitalisiert sind/waren. Im Vordergrund steht dabei die Frage, wie der Wiedereinstieg nach dem Spitalaufenthalt sinnvoll vorbereitet und langfristig begleitet werden kann.

---

[1] Die weiteren Erläuterungen zur Vorgehensweise werden von der Autorin der vorliegenden Arbeit im Sinne der Untersuchungsgenauigkeit und Authentizität bewusst in der Ich-Form dargestellt.

[2] onkologisch = die Krebsheilkunde betreffend ; nephrologisch = die Nierenheilkunde betreffend

## 1.2 Zielsetzung und Fragestellungen

Niemand kann besser über Erlebnisse, Gefühle, über Ängste und Folgen, aber auch über bereits existierende hilfreiche pädagogische Massnahmen Auskunft geben als die Betroffenen selbst. Die vorliegende Masterarbeit basiert u.a. auf den Erkenntnissen aus Interviews mit ehemaligen brandverletzten Kindern und Jugendlichen, deren Eltern respektive involvierten Lehrpersonen und wertet diese aus, um Informationen für Lehrpersonen einer brandverletzten Schülerin/eines brandverletzten Schülers zusammenzustellen, die einen erfolgreich verlaufenden Reintegrationsprozess in die Herkunftsklasse (auch Heimat- oder Stammschule genannt) unterstützen sollen. Das Ziel dieser Masterarbeit ist die Erstellung einer informativen und handhabbaren Übersicht hilfreicher Massnahmen, die Lehrpersonen in ihrem Schulalltag zielorientiert verwenden können.

Folgende Hauptfragestellungen sind in diesem Sinne zielführend:

- ***Welche Faktoren erweisen sich als förderlich für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?***
- ***Welche Faktoren erweisen sich als hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?***

An die Hauptfragestellungen schliessen sich weitere Nebenfragen an:

1. ***Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene seitens der Lehrperson oder anderer Personen rückblickend gewünscht?***
2. ***Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?***
3. ***Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben der befragten Personen?***

## 1.3 Methodische Vorgehensweise

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in acht Kapitel (ohne Verzeichnisse). In der Einleitung werden neben der Begründung der Relevanz des Themas die Zielsetzung, die Forschungsfragen und die methodische Vorgehensweise formuliert. Das Kapitel 2 beinhaltet die theoretischen Grundlagen wie den Beschrieb der Spitalschule, der Krankheitsbilder und einen detaillierten Beschrieb des Zentrums für brandverletzte Kinder und Jugendliche im Kinderspital Zürich. Weiter werden medizinische, pädagogische und psychologische Themen nach einer Brandverletzung beschrieben. Im darauffolgenden Kapitel 3 werden das Forschungsdesign sowie die Datenerhebung mittels Leitfadeninterviews thematisiert. Im Kapitel 4 werden die gewonnenen Daten und Ergebnisse der Inhaltsanalyse zusammenfassend dargestellt. Das Kapitel 5 interpretiert, bewertet und diskutiert die Daten und Ergebnisse. Das Kapitel 6 widmet sich dem aus der Forschungsarbeit resultierenden Informationsflyer für Lehrpersonen. Im Kapitel 7 erfolgt die Reflexion des Forschungsprozesses. Das Schlusswort und die anschliessende Danksagung runden diese Arbeit ab.

# 2 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden Aspekte der Bildung und Pädagogik bei Krankheit und in diesem Zusammenhang insbesondere sowie die Voraussetzungen der Spitalschule des Kinderspitals Zürich erläutert. Es werden hierbei auf die Erfahrungen der dort tätigen Autorin (als Lehrperson in der Spitalschule) zurückgegriffen und die Struktur sowie die Aufgaben der Abteilungen des Kinderspitals Zürich aufgezeigt. Neben der Vorstellung der Rahmenbedingungen der Spitalschule (in Deutschland auch Klinikschule oder Schule für Kranke genannt) des Kinderspitals Zürich wird in einem Unterkapitel die interdisziplinäre Zusammenarbeit beschrieben. Ausserdem werden die Abteilungen des Kinderspitals Zürich vorgestellt, insbesondere die Abteilung für brandverletzte Kinder und Jugendliche. Weiter werden die Beeinträchtigungen bei einer Brandverletzung und medizinische Grundlagen erläutert.
Zudem werden die Belastungsfaktoren der brandverletzten Kinder und Jugendlichen formuliert und pädagogische, psychologische und soziale Aspekte herausgearbeitet, die sich auf ihren schulischen Alltag auswirken können beziehungsweise für diesen zu berücksichtigen sind.

## 2.1 Die Spitalschule des Kinderspitals Zürich

Die Spitalschule des Kinderspitals Zürich ist eine vielfältige Schule: In ihr werden viele unterschiedliche Kinder und Jugendliche aller Schulformen vom Kindergarten bis Gymnasialstufe und sonderpädagogischen Schulen aus unterschiedlichen Kantonen und Ländern unterrichtet. Die Lerninhalte basieren auf den Lehrplänen der jeweiligen Kantone respektive der Herkunftsschule aus dem Ausland.
Der Grund für die Einweisung in das Kinderspital und den Schulbesuch in der Spitalschule ist grundsätzlich eine medizinische und/oder psychiatrische Erkrankung des Kindes/des Jugendlichen.[3] Die Spitalschule ist ein integrierter Bestandteil eines multiprofessionellen interdisziplinären Behandlungskonzeptes. Jede/r Schüler/in weist einen individuellen Krankheits- und Genesungsverlauf auf. Die Aufnahme erfolgt unabhängig von Bildungsniveau oder Lernfähigkeiten. Die meisten Schülerinnen und Schüler (SuS) haben vor ihrer Erkrankung bereits eine Schule besucht und werden nach ihrem Spitalaufenthalt erneut in dieselbe oder in eine andere Schule übertreten. SuS,[4] die aus medizinischen, pädagogischen oder psychischen Gründen ihre Abteilung nicht verlassen können, erhalten vorwiegend Einzelunterricht am Bett der Patientinnen und Patienten (Trechslin, 2014).
Sobald die betroffenen Kinder und Jugendliche das Krankenzimmer verlassen dürfen und es

[3] Die vorliegende Arbeit verzichtet teilweise aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf geschlechterdifferente Formulierungen. Im Sinne der Gleichbehandlung sind jedoch grundsätzlich bei Verwendung der maskulinen Form beide Geschlechter gemeint.

[4] Abkürzungen werden im Abkürzungsverzeichnis im Kapitel 9.2 erläutert.

medizinisch vertretbar ist, können sie den Werk- und/oder Gruppenunterricht besuchen. Diese heterogene Schülerschaft einerseits und die unterschiedlichen Erkrankungen andererseits machen einen auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichteten Unterricht erforderlich. Konkret heisst dies, dass Kinder und Jugendliche zwar gemeinsam im Schul- oder Werkzimmer der Spitalschule unterrichtet werden, jede/r Schüler/in aber an den eigenen Lerninhalten arbeitet.
Unvorhersehbare Krankheitsverläufe und unterschiedliche Aufenthaltsdauer bedeuten für die Lehrpersonen eine wesentliche Einschränkung in der Planung von Unterricht.
Die Einbeziehung der Spitalschule in das Behandlungskonzept des Kinderspitals macht eine interdisziplinäre Zusammenarbeit auf allen Ebenen (medizinisch, therapeutisch, pflegerisch) unverzichtbar (siehe Kapitel 2.1.5).
Die Spitalschule des Kinderspitals Zürich betreut und fördert Patientinnen und Patienten, die im Akutspital in Behandlung sind. Das Angebot richtet sich an akut oder chronisch erkrankte Kinder und Jugendliche bei einer längeren Hospitalisation oder bei wiederholten Spitalaufenthalten. Älteren Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die sich in einer Lehre befinden oder eine weiterführende Schule besuchen, wird auf Wunsch eine Lernbegleitung angeboten. Priorität haben Kinder und Jugendliche, die durch eine lange Abwesenheit oder häufige Absenzen von der Schule und wegen der komplexen belastenden Situation durch die Krankheit eine individuelle pädagogische Betreuung benötigen. Die Spitalschule ist neben den medizinischen, pflegerischen, psychologischen und therapeutischen Disziplinen eine weitere Vertreterin des Kinderspitals Zürich. Bei interdisziplinären Rapporten werden Abläufe besprochen und Aufgaben verteilt (Trechslin, 2011).

### 2.1.1 Ziele der Spitalschule

Das Ziel der Spitalschule ist für Trechslin (2011), dass Kinder und Jugendliche trotz ihrer Krankheit oder Behinderung möglichst selbstständig, selbstbestimmt und eigenverantwortlich ihr Leben in der Gesellschaft führen können.
Die Spitallehrpersonen stellen einen schnellen und unkomplizierten Erstkontakt mit dem hospitalisierten Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern her und lernen das nähere Bezugsnetz kennen. Ziel des Unterrichtes ist es einerseits, „den Anschluss bei längeren oder wiederkehrend kurzen Spitalaufenthalten an die angestammte Schule so weit wie möglich sicherzustellen“ (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2014). Andererseits befinden sich die Patientinnen und Patienten in einer äusserst schwierigen Situation. Sie sind krankheitsbedingt eingeschränkt, müssen einem fremdbestimmten Tagesablauf folgen, strenge Therapiepläne einhalten und möglicherweise auch schwer zu akzeptierende medizinische Massnahmen ertragen.
In solchen Situationen bietet die Spitalschule gemäss der über sie beschriebenen Broschüre (Kinderspital Zürich, 2014) musisch-kreative oder spielerische Tätigkeiten an, die den Alltag rhythmisieren und zeitlich strukturieren und die SuS aktivieren, sodass sie sich bewähren, Lei-

stung zeigen, Erfolge erzielen, sich als selbstwirksam erleben und an persönlichen Zukunftsperspektiven sowie an der Reintegration in ihre angestammte Schule arbeiten (Wertgen, 2009). Da die Spitallehrperson das Kind oder den Jugendlichen häufig im Einzelunterricht oder in einer Kleingruppe betreut und so auch schwierige medizinische und/oder psychologische Verfassungen miterlebt, ist eine vertiefte Beziehungsarbeit entscheidend (Trechslin, 2011).

### 2.1.2 Anforderungen an Spitallehrpersonen

Der Spitalschulunterricht findet meist in Einzel- oder Kleingruppenförderung im Rahmen einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit statt. Dabei sind ein schneller Beziehungsaufbau, eine intensive Therapiephase und ein festgelegtes Ende der therapeutisch-pädagogischen Beziehung kennzeichnend. Unabdingbar ist somit die Bereitschaft von Seiten der Lehrpersonen und Heilpädagoginnen und Heilpädagogen, sich auf manchmal kurze und intensive Beziehungen einzulassen, diese wieder loszulassen und wiederum offen für neue SuS zu sein (Ruthardt, 1997).

Die Erfahrung zeigt, dass Lehrpersonen häufig auf komplexe und belastende Situationen treffen. Die Hospitalisierung eines Kindes bzw. Jugendlichen wird auch für Familien zur Geduldsprobe und führt zu Stresssituationen. Daraus lässt sich ableiten, dass trotz der interdisziplinären Unterstützung komplexe familiäre Probleme für Spitallehrpersonen belastend sein können. Häufig wechselnde Stundenpläne, Unterbrechungen durch Pflegemassnahmen oder Arztvisiten und ein hohes Mass an administrativem Aufwand gehören ebenso zum Schulalltag.

Daher fordert Polzer (2002, S. 29) von den Lehrpersonen einer Spitalschule „eine hohe Belastbarkeit, hohe pädagogische Motivation und Flexibilität sowie ein hohes Mass an Beziehungsfähigkeit“.

Für Lienhard-Tuggener, Joller-Graf und Mettauer Szaday (2011, S. 82) sind Beziehungen als Fundament aller Lernprozesse: „Die Beziehungen zu anderen Menschen, zu Dingen und zu sich selbst bildet gewissermassen die Grundstruktur zu Kompetenztriade mit der Sozial-, Selbst- und der Sachkompetenz“.

Weiter sind für Frey (2008, S. 147) Gesprächskompetenz, Lebensfreude, Zukunftsoffenheit und Zuversicht gefragt:

„Der schnelle Wechsel der Schülergruppen auf einzelnen Stationen erfordert eine ständige Bereitschaft zur Fort- und Weiterbildung bezüglich Lerninhalte, der Kenntnis von Krankheitsbildern, der Kenntnis des allgemeinen Schulsystems und der beruflichen Ausbildung sowie ein ausgeprägtes „Know-how“ in Beratung und Gesprächsführung“.

Im Idealfall sind Spitallehrpersonen Generalisten, das heisst, sie unterrichten vom Primar- bis zum Gymnasialniveau. Dazu arbeiten im Kinderspital Zürich Kindergartenlehrpersonen sowie eine Werklehrperson. Ausserdem ist eine heilpädagogische Zusatzausbildung erwünscht (Trechslin, 2014).

Als wichtigsten Punkt betont Frey (2008, S. 147–148) jedoch, „dass eine Spitallehrperson bereit sein muss, sich stets von Neuem auf ein erkranktes Kind respektive einen erkrankten Jugendlichen einzulassen, Freude über (gemeinsame) Erfolge zu zeigen und zu motivieren". Da die Stimmungen der SuS oft nicht vorhersehbar und wechselhaft sind, wird von den Lehrpersonen verlangt, mit extremen Stimmungsschwankungen, nicht erklärbaren Reaktionen, Ablehnung oder Verweigerung professionell umzugehen.

Es ist festzustellen, dass zuweilen auch der Gesundheitszustand eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen eine Belastung für Spitallehrpersonen darstellen kann. Die Einbindung in eine palliative[5] Begleitung ist vermutlich eine der grössten Herausforderungen für Spitallehrpersonen, da dies unweigerlich zu existenziellen Fragen führt. „Krankenhauspädagogen müssen im Ernstfall das Paradox aushalten, zukunftsorientierte Pädagogik im Angesicht der Endlichkeit zu gestalten" (Polzer, 2002, S. 28).

Abschied zu nehmen, wenn ein Kind oder ein Jugendlicher stirbt, gehört ebenfalls zum Alltag der Lehrperson (Trechslin, 2011).

### 2.1.3 Wechselbeziehung zwischen Eltern und Spitallehrpersonen

Die Zusammenarbeit zwischen einer Spitallehrperson mit den Eltern eines erkrankten Kindes/Jugendlichen ist mit vielfältigen Zielen verbunden.

Sie kann für Atrott und Gärtner (2014, S. 231–232):

- „den Eltern in Zeiten einer akuten Betreuungsphase helfen;
- die Eltern bei der Vermittlung zwischen Herkunftsschule und Kind entlasten;
- die Eltern befähigen, sich aktiv für die schulischen Interessen ihrer Kinder einzusetzen;
- die Eltern im Umgang mit ihren Kindern und den dabei auftretenden Krisensituationen unterstützen;
- die Eltern ermutigen, an Schulbesuchen aktiv teilzunehmen und die Krankheitsproblematik aus ihrer Sicht darzustellen;
- den Eltern Unterstützung bieten, indem sie ihnen als Ansprechpartner während und nach dem Spitalaufenthalt zur Verfügung stehen".

### 2.1.4 Standortbestimmung und Beurteilungsformen

In Zusammenarbeit mit dem Kind oder Jugendlichen, den Eltern und der Lehrperson der Herkunftsklasse eine Förderplanung erstellt. In diesem Zusammenhang wird vor allem die Krankheit, welche für die aktuelle Verfassung des Kindes/Jugendlichen entscheidend ist, berücksichtigt und die Lernziele werden laufend angepasst.

Die Zusammenarbeit mit der Herkunftsschule beginnt nach Rücksprache mit der Schülerin/dem Schüler und seinen Erziehungsberechtigten sowie nach der Entbindung von der Schweige-

[5] palliativ = therapeutische Massnahmen, die nicht auf die Heilung einer Erkrankung, sondern auf die Linderung der durch sie ausgelösten Beschwerden (Symptome) ausgerichtet sind.

pflicht durch die Kontaktaufnahme durch die Lehrpersonen der Spitalschule. Angesichts der krankheitsbedingt eingeschränkten schulischen Leistungsfähigkeit muss in der Regel der Unterrichtsstoff der Kernfächer auf zentrale Inhalte reduziert werden. Ebenso wie die didaktische Reduktion des Unterrichtsstoffes werden sowohl Fragen der Organisation des Einzelunterrichtes, der Leistungskontrollen als auch möglicherweise Fragen zur weiteren Schullaufbahn erörtert.

In der Spitalschule werden keine Noten gegeben und keine Zeugnisse ausgestellt. Eine Leistungsbeurteilung während einer Hospitalisation wäre nicht fair und nicht aussagekräftig, denn es handelt sich um eine extreme Ausnahmesituation. Im Fall von Promotionen, Übertritten oder sonderpädagogischen Massnahmen bei chronisch kranken Kindern und Jugendlichen stehen die Spitallehrpersonen den Eltern und Lehrpersonen der Herkunftsklassen beratend zur Seite und beteiligen sich auf Wunsch auch an schulischen Standortgesprächen (siehe Kapitel 2.8.5).

Beim Austritt aus der Spitalschule erfolgt mit Einverständnis der Eltern eine mündliche und schriftliche Übergabe an die weiterführende Institution. Je nach Krankheitssituation können beim Kind/Jugendlichen deutliche Einschränkungen (z. B. verminderte Konzentrationsfähigkeit, rasches Ermüden, eingeschränkte Mobilität etc.) auftreten, die im Rahmen der weiteren schulischen Betreuung berücksichtigt werden müssen (Trechslin, 2011).

### 2.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Damit sich alle Fachpersonen möglichst ganzheitlich und umfassend über die seelische und körperliche Verfassung sowie über die Lernmöglichkeiten und Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten informieren können, sind multiprofessionelle Gespräche unabdingbar. Aus diesem Grunde finden in der Regel einmal wöchentlich interdisziplinäre Rapporte mit Fachpersonen aus Medizin, Pflege, Psychologie, Psychiatrie, Sozialberatung, Ernährungsberatung, Ergotherapie, Logopädie und Schule/Kindergarten statt. Besprochen werden Fragen nach der Diagnose, der Prognose, zum weiteren Procedere sowie zu Auffälligkeiten aus den einzelnen Disziplinen. Nach Bedarf können separate Fallbesprechungen, Ethikgespräche, Konsultationsauskünfte bei Kinderschutzfällen und/oder Nachbesprechungen bei einem Todesfall stattfinden (Trechslin, 2014).

Die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen, die die Patientinnen und Patienten kennen, gewährleistet für Steins (2008) eine individuelle, situationsangepasste Förderung.

## 2.2 Krankheitsbilder und Abteilungen des Kinderspitals Zürich

Kinder und Jugendliche werden häufig durch schwerwiegende, teilweise auch chronische Krankheiten oder Unfälle zu Langzeitpatientinnen und Langzeitpatienten und den folgend beschriebenen Abteilungen im Kinderspital zugewiesen. Sie können somit SuS der Spitalschule werden. Ihnen gemeinsam ist eine meist längere und zumeist schwere Krankheit.

Hinsichtlich der zeitlichen Erstreckung unterscheidet Kösler (1997) drei Gruppen:

Krankheit als einmaliger Einschnitt:

> „Hiermit sind Erkrankungen gemeint, zu deren Behandlung oder Therapie ein einmaliger, möglicherweise auch längerer Krankenhausaufenthalt sowie ggf. eine einmalige Rekonvaleszenzzeit notwendig ist. Danach kann der Alltag normal weitergeführt werden“ (Kösler, 1997, S. 188).

Chronische Krankheit:

> „Hierbei handelt es sich um Krankheiten, die den Alltag und die Lebensführung der Betroffenen auf Dauer prägen. Die Krankheit bleibt kein aussergewöhnliches Ereignis. Sie wird zum Zustand, der zu Einschränkungen (z. B. Diät, Dauerschmerz, Abhängigkeit von Maschinen), dem Verlust von Fähigkeiten und zum Teil erheblichen sozialen und emotionalen Problemen in der Folge führen kann. Zu diesen Krankheiten gehören z. B. Diabetes, Nierenerkrankungen, Asthma, Morbus Crohn, Epilepsien, Hämophilie, Herzleiden, aber auch psychische Krankheiten wie Psychosen. (...) Diese Krankheiten sind derzeit unheilbar. Manche verlaufen progredient[6], schränken also zunehmend die Handlungsmöglichkeiten ein und beeinträchtigen dadurch die Lebensqualität“ (Kösler, 1997, S. 188).

Lebensbedrohende Krankheit:

> „Krankheiten wie z.B. progressive Muskeldystrophie, neurogene Muskelatrophie, Mukoviszidose, onkologische Erkrankungen (...) mit der Möglichkeit des frühen Sterbens von Kindern und Jugendlichen (...) verursachen Leiden sowie das Gefühl, sich nicht mehr auf den Körper verlassen zu können. (...) Das Erleben zunehmend sich einschränkender Handlungsmöglichkeiten und Abhängigkeit wirken sich ungünstig auf das Selbstkonzept der Betroffenen aus. In besonderem Masse führt jedoch die latente Bedrohung des Lebens zu tiefgreifenden Identitätskrisen. (...) Diese Prozesse können zu extremen Veränderungen im Lernverhalten der Betroffenen führen“ (Kösler, 1997, S. 188).

Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche (siehe dazu auch Kap. 2.3):
Kinder und Jugendliche mit schweren Verbrennungen oder Verbrühungen, grossflächigen Wunden und Narbenkorrekturen durchlaufen eine schwierige Zeit mit vielen Operationen, Therapien, unbequemen Lagerungen und langwierigen Behandlungen. Die Aufgabe der Spitalschule ist es, sie in dieser Zeit pädagogisch zu unterstützen. Der Therapie- und Tagesplan der Patientinnen und Patienten ist dicht gedrängt. Die Planung wird in einem wöchentlichen, interdisziplinären Teamgespräch mit Therapeutinnen und Therapeuten, Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten und Mitarbeitenden der Spitalschule besprochen und für die Patientinnen und Patienten sinnvoll gestaltet sowie in einem Stundenplan festgehalten (Trechslin, 2011).

Chirurgie / Traumatologie
Für Kinder und Jugendliche, die in schwere Unfälle verwickelt waren, steht am Anfang der Betreuung oft die Verarbeitung des Erlebten. Bei Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird der psychologische Dienst des Kinderspitals hinzugezogen. Für Kinder mit traumatischen Hirnverletzungen steht ein spezielles interdisziplinäres Team zur Verfügung. Geht es den Kindern und Jugendlichen nach einer Operation besser, sind sie oft sehr motiviert und fähig, an den Lerninhalten der Herkunftsklasse zu arbeiten (Trechslin, 2011).

[6] progredient = fortschreitend

Nephrologische Abteilung / Dialysestation

Patientinnen und Patienten mit Nierenkrankheiten sind durch ihre chronische Krankheit meist geschwächt. Häufige medizinische Kontrollen, Spitalaufenthalte, Dialysen und fast immer eine Nierentransplantation beeinflussen ihre Spitalsituation. Daher ist es wichtig, auch präventiv zu arbeiten, um Schulschwierigkeiten möglichst zu vermeiden beziehungsweise um eine sinnvolle, realistische Schullaufbahn zu ermöglichen. SuS, die regelmässig zur Hämodialyse müssen (meistens drei Mal pro Woche für drei bis vier Stunden), erhalten eine Lektion Einzelförderung, um die in der Schule verpassten Lerninhalte aufarbeiten zu können. Kinder und Jugendliche nach Nierentransplantation werden gemäss einem separaten Konzept betreut (Trechslin, 2011).

Kardiologische Abteilung[7]

Trotz ihrer chronischen Erkrankung können Kinder und Jugendliche mit Herzfehlern oft die Regelschule besuchen und sind häufig nicht lange hospitalisiert. Schulunterricht findet in der Regel nur bei einer Verlängerung des Spitalaufenthalts infolge von Komplikationen statt (Trechslin, 2011).

Onkologische Abteilung

Der Unterricht findet stets am Krankenbett statt, da die Patientinnen und Patienten während der Chemotherapie die Station aus Sicherheitsgründen nicht verlassen dürfen. Oft sind sie isoliert und es muss mit Schürze und Mundschutz unterrichtet werden. Der Gesundheitszustand der betroffenen Kinder und Jugendlichen kann sich stündlich ändern. Deshalb müssen die Schulzeiten und die Lernangebote flexibel gehandhabt werden. Bei schwer kranken Kindern und Jugendlichen kann die Spitalschule in die palliative Betreuung eingebunden werden (Trechslin, 2011).

Stammzellen-Transplantation (SZT)

Für diese Behandlung stehen dem Kinderspital Zürich fünf sterile Kabinen zur Verfügung. Die Patientinnen und Patienten dürfen ihre Kabine nicht verlassen. Es findet zusätzlich eine weitere Person in der Kabine Platz. Die Kabine darf nur mit desinfizierten Händen, Mundschutz und Schürze betreten werden; ein hoher hygienischer Standard muss gewährleistet sein. Auch das mitgebrachte Material muss im Voraus desinfiziert werden. Der Gesundheitszustand der Betroffenen kann sich stündlich ändern, daher ist ein flexibles Schulangebot notwendig, das sich in den strengen Pflege- und Therapieplan eingliedern lässt. Die Kinder und Jugendlichen bleiben mindestens sechs Wochen und bis zu mehreren Monaten in der Kabine. Anschliessend müssen sie etwa ein halbes Jahr lang Menschenansammlungen meiden und dürfen auch den Unterricht an einer öffentlichen Schule nicht besuchen. Aus diesem Grund erhalten sie zu Hause Einzelunterricht (Trechslin, 2011).

[7] kardiologisch = Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems

Infektiologische Abteilung[8]
Die Kinder und Jugendlichen sind isoliert, oft lange hospitalisiert und brauchen eine regelmässige, umfassende Betreuung. Der Unterricht findet stets im Krankenzimmer statt; es sind besondere hygienische Massnahmen wichtig (Trechslin, 2011).

Intensivstationen
Trotz intensivster Behandlung und Überwachung ist in Ausnahmefällen eine pädagogische Betreuung angebracht. Kinder und Jugendliche, die physisch und psychisch fit sind, aber für lange Zeit auf eine intensivmedizinische Behandlung (z. B. Kunstherz, Sauerstoffgerät etc.) angewiesen sind, werden von den Spitallehrpersonen unterrichtet. Das bedeutet Schul- oder Kindergartenunterricht in einer Extremsituation zwischen Monitoren und Maschinen und in akut lebensbedrohenden Situationen (Trechslin, 2011).

Psychosomatische Abteilung
Patientinnen und Patienten mit schweren psychosomatischen Störungen (z. B. Essstörungen), mit chronischen Erkrankungen (z. B. CF, Diabetes) oder solche, die aus sozialen Gründen (z. B. Misshandlungen) hospitalisiert sind, können meistens am Gruppenunterricht im Schulzimmer, im Kindergarten- oder im Werkraum teilnehmen (Trechslin, 2011).

Tagesklinik
In manchen Fällen ist der Unterricht durch die Spitalschule sinnvoll. Die meist chronisch kranken Kinder und Jugendlichen besuchen den Kindergarten oder die Schule zu Hause und kommen nur stundenweise zu einer Behandlung in das Kinderspital. Wenn sie aber regelmässig für mehrere Stunden an einem Schultag aufgrund ihrer Behandlung fehlen, werden diese SuS auch von der Spitalschule unterstützt (Trechslin, 2011).

## 2.3 Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche

Im Jahr 1977 wurde das Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie als Spezialeinheit innerhalb der Chirurgischen Klinik am Universitäts-Kinderspital Zürich eröffnet. Zum ersten Mal war es möglich, Kinder und Jugendliche mit Verbrühungen und Verbrennungen in einer Abteilung mit einem speziell ausgebildeten, multidisziplinären Team zu behandeln. Es war das erste Zentrum dieser Art in Europa. Aus dem Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche heraus haben sich in den letzten 40 Jahren schrittweise die Plastische und Rekonstruktive Chirurgie im Kinderspital entwickelt. Im Laufe der Jahre wurden zunehmend auch Kinder und Jugendliche wegen anderer Hautprobleme (z. B. riesige Muttermale, Epidermolysen, grossflächige Weichteiltraumata und andere Hauterkrankungen) behandelt (Kinderspital Zürich, Zentrum für brandverletzte Kinder, 2014).

[8] infektiologisch = Behandlung von Infektionskrankheiten durch Mikroorganismen

1990 wurde zum ersten Mal eine im Labor hergestellte Haut zur Behandlung einer schweren Verbrennung mit Erfolg angewandt. Im Jahr 1999 kam bei einem Patienten zum ersten Mal eine in den USA entwickelte Kunsthaut zur Anwendung. Heute zählt diese innovative Spezialbehandlung zu den Standardverfahren des Klinikums. Seit dem Jahr 2001 arbeitet ein Forscherteam unter der Leitung eines Zellbiologen an der Entwicklung einer mehrschichtigen Zuchthaut. Das Ziel ist nicht nur, einen möglichst natürlichen Hautersatz im Labor herzustellen, sondern auch die Narbenbildung nach Hautverpflanzungen zu minimieren (Kinderspital Zürich, Zentrum für brandverletzte Kinder, 2014).

Das Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche ist in dieser Form das einzige in der Schweiz. Ein speziell ausgebildetes, multidisziplinäres und erfahrenes Team behandelt Kinder mit Verbrühungen und Verbrennungen in einer modern eingerichteten Abteilung. Daneben werden im Rahmen der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie auch Kinder und Jugendliche mit anderen Hautproblemen behandelt.

Ziel der Behandlungskonzepte ist nicht nur die Akutbehandlung, sondern – bei Notwendigkeit – die umfassende Betreuung der Patientinnen und Patienten und seiner Familie vom Tag des Unfalles bis in das Erwachsenenalter.

In dem Zentrum für brandverletzte Kinder und Jugendliche werden jährlich rund 30 Kinder und Jugendliche mit starken Verbrennungen oder Verbrühungen behandelt sowie über 400 verbrennungschirurgische Eingriffe durchgeführt (Kinderspital Zürich, Zentrum für brandverletzte Kinder, 2014). Das Zentrum verfügt über einen integrierten und modern ausgestatteten Operationssaal, in dem jährlich mehr als 100 Operationen im Rahmen der plastischen und rekonstruktiven Chirurgie durchgeführt werden.

Hauptsächlich handelt es sich dabei um die chirurgische Behandlung von (Kinderspital Zürich, Zentrum für brandverletzte Kinder, 2014):

- grossflächigen angeborenen Muttermalen;
- kleinen auffälligen Muttermalen;
- Korrekturen grosser und kleiner Narben;
- angeborene Fehlbildungen der Haut;
- Hämangiome und Gefässmalformationen im Bereich der Haut;
- Hauttumoren;
- abstehenden Ohren;
- Trichterbrust

Die moderne Behandlung von brandverletzten Kindern und Jugendlichen und die Lösung komplexer plastisch-rekonstruktiver Probleme erfordert ein erfahrenes und eingespieltes Team. Das Team ist eingebettet in die personelle und materielle Infrastruktur des universitären Kinderspitals. Experten aus allen Fachrichtungen können jederzeit beigezogen werden.

Das Team besteht aus Kinderchirurgen/-innen, Physiotherapeuten/-innen, Psychologen/-innen, Sozialarbeiter/-innen, Pflegefachpersonal, Ergotherapeuten/-innen, Diätassistenten/-innen, Lehrer/-innen, Kindergärtner/-innen und Bandagisten/-innen (Kinderspital Zürich, Zentrum für brandverletzte Kinder, 2014).

## 2.4 Medizinische Grundlagen: Brandverletzungen und deren Folgen

In den folgenden Abschnitten werden die für die vorliegende Arbeit relevanten medizinischen Grundlagen zu Brandverletzungen und deren Folgen zusammengetragen. Die Ausführungen beschränken sich bewusst auf die Aspekte der Brandverletzung, da von dieser Verletzungsart die Kinder und Jugendlichen betroffen sind, die im Rahmen des Forschungsvorhabens nach ihrer Rehabilitation in die Schule reintegriert werden sollen und somit den Forschungsschwerpunkt bilden. Das Wissen über die medizinische Therapie von Verbrennungswunden und das Verständnis bei der ersten Hilfe im Falle einer Verbrennung ist für das Verstehen dieser Arbeit nicht zwingend notwendig, wird jedoch dennoch in die Untersuchung einbezogen, da dieses Grundlagenwissen dazu dient, ein differenziertes Bild zu erhalten.

### 2.4.1 Definition, Ursachen und Häufigkeit einer Brandverletzung

Die medizinische Versorgung hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. So sterben erheblich weniger Betroffene nach einem Verbrennungsunfall. War es 1968 die Hälfte der brandverletzten Kinder und Jugendlichen, die an einer Verbrennung von 30 Prozent ihrer Körperoberfläche starben, ist es heute die Hälfte, die aufgrund einer Verbrennung von 70 Prozent ihrer Körperoberfläche ihr Leben lassen muss (Constable, 1994).

Als thermische Verletzung wird eine Schädigung des Gewebes durch Hitzeeinwirkung bezeichnet. Es kann sich dabei um eine Verbrennung (Flamme), eine Verbrühung (heisse Flüssigkeit und Dämpfe) und ein Elektrotrauma (Unfall mit Stromeinfluss) oder um ein Kontakttrauma (berühren heisser Gegenstände) handeln. In der Umgangssprache wird allerdings das Wort „Verbrennung“ oft als Oberbegriff im Sinne von Gewebsschädigung durch Hitze verwendet (Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, 2011–2012).

Das Alter der Patientinnen und Patienten spielt eine grosse Rolle bei der Art der Verletzung. Es ist festzustellen, „dass vor allem männliche Kleinkinder und Knaben bis etwa 5 Jahren aus den unteren soziökonomischen Schichten durch selbstverschuldetes Handeln im Haushalt von Verbrennungen betroffen sind. Sie stellen die grösste Risikogruppe dar. Eine weitere Gruppe von Gefährdeten sind die Schulknaben, die ausserhalb des Hauses mit Feuer experimentieren und spielen“ (Grubenmann, 2000).

### 2.4.2 Verbrühung

Darunter fallen gemäss Krause-Wloch (2004) alle Unfälle mit heissem oder kochendem Wasser sowie mit Wasserdampf. Entscheidend ist die Dauer der Wärmeeinwirkung, die den Grad und

die Tiefe der Schädigung bestimmt. Gewebsschädigungen treten bereits bei Temperaturen über 52 ºC auf. Die Tiefe der Gewebeschädigung wird bei Verbrühungen meist unterschätzt. Verbrühungen zeigen typischerweise das Bild einer Verbrennung zweiten Grades (siehe dazu auch Kapitel 2.4.4). Erst nach Ablauf von 48 Stunden, gerechnet ab dem Unfallzeitpunkt, ist das eigentliche Ausmass der Verletzung in die Tiefe bestimmbar (Krause-Wloch, 2004).

### 2.4.3 Verbrennung

Verbrennungen oder Verbrühungen führen zu unmittelbaren Gewebeschäden. Diese erlauben nicht nur eine einfache Diagnose, sondern oft bereits eine Prognose, wenn ihre Flächenausdehnung abgeschätzt wird. So schreibt Krause-Wloch (2004), dass Temperaturen von 70 ºC an der Hautoberfläche bereits bei einer Einwirkzeit von weniger als einer Sekunde zur epidermalen Nekrose (blasige Ablösungen der Epidermis der Haut) führen. Höhere Temperaturen führen graduell zu fortschreitender Austrocknung, tief reichender Gewebekoagulation (schrumpfendes Gewebe) oder im Extremfall zur Verkohlung (Krause-Wloch, 2004).

> „Das thermische Trauma löst ganz bestimmte patho-physiologische[9] Vorgänge aus, die bei schweren Verbrennungen alle Organe in Mitleidenschaft ziehen können und so zur so genannten „Verbrennungskrankheit“ führen. Im Vordergrund steht, neben der direkten Schädigung des Gewebes durch die Koagulationsnekrose[10] in den ersten 24-48 Stunden, der Verlust enormer Mengen von Flüssigkeit. Dies führt zu einer Verminderung des zirkulierenden Volumens (...). Ursache des fast unvorstellbar grossen Flüssigkeitsverlustes ist eine für die Verbrennung charakteristische Kapillarwandschädigung. Diese tritt nicht nur im Verbrennungsgebiet selbst auf, sondern bei schweren Verbrennungen (über 20-25% der Körperoberfläche) auch im gesamten Körper“ (Krause-Wloch, 2004, S. 21).

### 2.4.4 Ausdehnung in die Tiefe (Gradeinteilung)

Die Einwirkzeit ist für die Tiefe einer Verletzung von Bedeutung. Bedingt durch die Einwirkzeit entwickelt sich eine massive Schädigung an den Organen. Die Hitze an der Körperoberfläche wird über das Blut zu den Organen geleitet, so dass diese Zellstrukturen genauso zugrunde gehen können wie die Hautzellen. Die Schädigung der Haut lässt sich in unterschiedliche Tiefen einteilen.

Bis Ende der 1970-Jahre wurde die Verbrennungswunde klassischerweise in drei Grade eingeteilt. In der neueren Literatur wird die Verbrennung zweiten Grades sinnvollerweise nochmals unterteilt in oberflächlich- und tiefdermale[11] Verletzung. Die Verbrennung zweiten Grades wurde deshalb unterteilt, weil sich ein unterschiedliches Abheilungsergebnis entwickelt. Während die oberflächliche Verletzung zweiten Grades, wie die Verletzung ersten Grades, komplikationslos und ohne Narben abheilt, hinterlassen tiefe Verletzungen zweiten Grades eine typische Narbenbildung (Krause-Wloch, 2004).

---

[9] patho-physiologisch = krankhaft veränderte Körperfunktionen

[10] Nekrose = Tod einer Zelle durch Schädigung der Zellstruktur

[11] tiefdermal = > 10–15 % der gesamten Körperoberfläche (KOF) beim Kind

Entsprechend den beteiligten Hautschichten erfolgt die Einteilung der Tiefe einer Verbrennung in:

1. Grad (I°)

Eine erstgradige Verletzung betrifft nur die oberste Schicht, also die Oberhaut oder Epidermis. Je nach Grösse und Lokalisation werden diese Verbrennungen gar nicht oder überwiegend in hausärztlichen Praxen versorgt und haben für die Behandlung in Brandverletztenzentren keine Relevanz (Ripper, 2015).

2. Grad (II°)

Bei einer zweitgradigen Verbrennung ist die darunterliegende Oberhaut (Epidermis) und Lederhaut (Dermis) mitbetroffen. Die entstehende Rötung ist schmerzhaft und nicht mehr wegdrückbar. Die Verbrennungen II° werden in zwei Schweregrade unterteilt: Bei einer oberflächlicheren zweitgradigen Verbrennung (II a°) kommt es meist innerhalb von 2 Wochen zu einer vollständigen Abheilung ohne Narben. Eine tiefere Verbrennung zweiten Grades (II b°) mit tiefer Beteiligung der Lederhaut hingegen heilt meist nur über einen sehr langen Zeitraum und hinterlässt häufig Narben. In vielen Fällen ist eine operative Behandlung notwendig. Ob es sich um eine oberflächliche oder eine tiefe II°-Verletzung handelt, kann man häufig erst 7-10 Tagen nach dem Unfall feststellen (Hautstigma, 2015).

3. Grad (III°)

Bei einer drittgradigen Verletzung ist die Dermis soweit geschädigt, dass die weiter unten liegende Unterhaut (Subcutis) sowie teilweise auch Muskeln und Sehnen in Mitleidenschaft gezogen sind. Diese Verletzungen sind weniger schmerzhaft, weil auch die Nerven beschädigt sind. Hierdurch wird die eigentliche Schwere der Verletzung vom Betroffenen selbst häufig unterschätzt. Die Schädigung ist so tief, dass immer eine operative Behandlung notwendig ist (Ripper, 2015; Hautstigma, 2015).

4. Grad (IIII°)

Viertgradige Verbrennungen betreffen darüber hinaus die darunterliegenden Gewebeschichten, wie Unterhautfettgewebe, Muskeln, Sehnen bis hin zum Knochen. In diesen Fällen ist häufig eine Amputation der betreffenden Gliedmassen erforderlich (Ripper, 2015, S. 7).

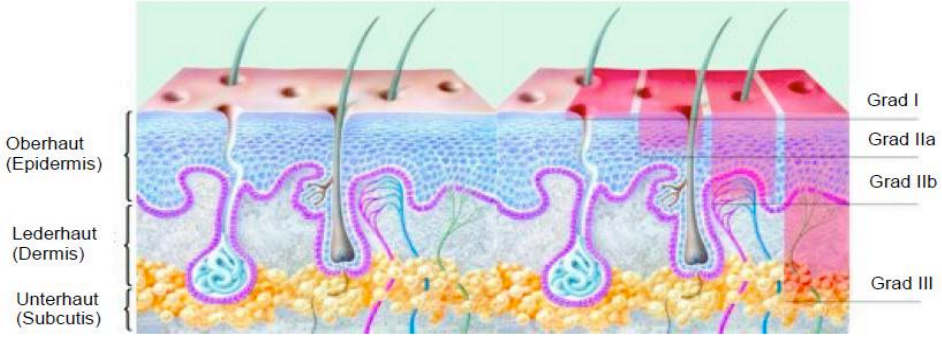



*Abbildung 1: Schweregrade der Hautverbrennung (Ripper, 2015, S. 6)*

Verbrennungen und Verbrühungen werden nach folgenden Diagnosekriterien beurteilt (Meuli, 1992, in Grubenmann, 1999): Ausdehnung, Tiefe, Lokalisation und Alter der Patientin oder des Patienten. Die Ausdehnung spielt eine entscheidende Rolle und es wird in Prozenten der gesamten Körperoberfläche (KOF) angegeben. Dazu existieren alterspezifische Schemata, nach denen die ungefähre Angabe des verbrannten KOF-Anteiles bestimmt werden kann. Ab 10 Prozent der betroffenen KOF gilt ein Kind oder Jugendlicher als schwer verletzt. Je nach Alter besteht heute für Kinder und Jugendliche ab 30–50 Prozent KOF Lebensgefahr. Die klassischen Hospitalisationsindikationen können nach Meuli (1992, in Grubenmann, 1999, S. 5) wie folgt zusammengestellt werden:

- „Ausdehnung von mehr als 10 % KOF (bei Säuglingen mehr als 5 % KOF)
- Tiefe zweitgradige oder drittgradige Verbrennungen
- Verbrennung an Händen, Gesicht, Augen, Ohren, Füssen oder Genitalbereich
- Spezielle Situationen wie Elektrotrauma, Inhalationstrauma, weitere assoziierte Traumata, vorbestehende schwere Erkrankungen, soziale Indikationen oder Verdacht auf Missbrauch“.

Die Dauer der Hospitalisation ist abhängig vom Schweregrad der Verletzung. Sie kann zwischen wenigen Tagen bis einigen Monaten dauern (Grubenmann, 1999).

## 2.5 Therapiemassnahmen

Da die Therapie der schweren Verbrennungskrankheit aufwändig und schwierig ist, sind nur wenige kinderspezifische Therapiezentren auf die Behandlung spezialisiert. In einem Unterkapitel wird zunächst die Erste Hilfe bei Verbrennungen oder Verbrühungen thematisiert, um im Anschluss die wichtigsten Therapiemassnahmen aufzuzeigen. Diese Übersicht zeigt auf, welchen Behandlungen sich brandverletzte Kinder und Jugendliche möglicherweise unterziehen müssen.

Erste Hilfe bei Verbrennungen oder Verbrühungen

Primär geht es um das Entfernen der Hitzequelle, indem das Kind mit Decken, durch Wälzen am Boden oder mit Wasser gelöscht wird. Kleinflächige Verbrennungen sollten unmittelbar nach Entfernen der Hitzequelle für 2 Minuten (grossflächige Verbrennungen für 10–15 Minuten) gekühlt werden, um die Schmerzen des Betroffenen zu lindern und ein Ausbreiten des betroffenen Areals durch heisse Gewebeteile zu vermeiden. Zur Kühlung von Verbrennungen wird kühles (≈ 20 °C), nicht jedoch kaltes Leitungswasser verwendet. Das Kühlen mit Eis birgt das Risiko, schwere Unterkühlungen zu verursachen. Auch sollte keimarmes Wasser (ideal: Leitungswasser) Verwendung finden, um Infektionen vorzubeugen. Bei Verbrennungen im Gesicht sollte das Kühlen mit feuchten Tüchern erfolgen (Hautstigma, 2015).

Verbrannte Kleidung oder sonstige auf der Haut eingebrannte Gegenstände werden in Fachkli-

niken entfernt und bleiben bis dahin am Betroffenen. Sollte der Betroffene bewusstlos werden, gelten die Basismassnahmen der Ersten Hilfe (stabile Seitenlage, Wiederbelebung). Die Brandwunde sollte nach dem Kühlen mit einer sterilen, wenn möglich nicht flusenden Wundauflage abgedeckt und der Ärztin oder dem Arzt vorgestellt werden. Auf die Brandwunde dürfen weder Öl noch Mehl oder andere Hausmittel aufgebracht werden. Spezielle Gel- oder Salbenversorgungen sind nur von Ärztinnen und Ärzten aufzutragen und sind nicht Bestandteil der Ersten Hilfe bei Verbrennungen (Hautstigma, 2015).

Hauttransplantation

Tiefe thermische Verletzungen bedürfen häufig einer Hauttransplantation zur Deckung von offenen Hautarealen. Bei einer Hauttransplantation wird im Rahmen einer Operation unter Narkose an einer gesunden Körperstelle Haut entnommen, um damit eine Wunde an einer anderen Körperstelle zu decken. Je nach Grösse und Lokalisation der Wunden, nimmt man dazu Vollhaut (Haut in ihrer ganzen Dicke) (Vollhauttransplantation) oder wie nach grossflächigen Hautverletzungen üblich, Spalthaut (Spalthauttransplantation). Bei der Spalthautentnahme werden nur die oberflächigen Hautschichten entnommen, um damit die offene Wunde zu decken. Dadurch wird die Heilungsdauer der Wunde wesentlich verkürzt und das funktionelle und kosmetische Resultat verbessert. Sichtbare Narben können aber auch durch eine Hauttransplantation nicht vermieden, sondern nur vermindert werden. Die am besten geeignete Entnahmestelle für Spalthaut ist beim Kind oder Jugendlichen die behaarte Kopfhaut, da sie eine relativ grosse Fläche einnimmt. Zudem wird die Entnahmestelle schon Wochen später durch die nachgewachsenen Haare vollkommen verdeckt sein, so dass sie nicht mehr sichtbar sein wird. Zur Entnahme der Spalthaut vom Kopf müssen meist alle Haare abrasiert werden. Danach wird in Narkose die benötigte Spalthaut hauchdünn entnommen, ohne dass die Haarwurzeln beschädigt werden. Die Entnahmestelle entspricht einer Schürfung und heilt in der Regel innerhalb von 7-10 Tagen komplett ab. Nach wenigen Tagen wachsen die neuen Haarstoppel. Am 10. Tag ist die Kopfhaut für eine eventuelle zweite Hautentnahme bereit.

Nach einer Hauttransplantation muss die transplantierte Stelle ruhig gelagert werden, damit nichts verrutscht und die transplantierte Haut gut anwachsen kann. Daher muss das Kind ungefähr 5 Tage möglichst ruhig im Bett liegen. Stellen, die durch eventuelle Bewegungen besonders stark gefährdet sind, werden mit einem Gips oder Schaumstoffschienen ruhig gestellt. Eine Hauttransplantation wird je nach Ausdehnung der Verletzung in einem oder mehreren Schritten durchgeführt. Erfolgt die Operation in einem Schritt, wird die geschädigte Haut entfernt und durch eine Hautverpflanzung ersetzt. Ist es nicht möglich, das ganze verletzte Areal mit eigener Haut zu schliessen, erfolgt eine vorübergehende Deckung mit Spenderhaut oder künstlichem Hautersatz. Diese Stellen müssen dann später in einem oder mehreren Eingriffen durch Hautverpflanzung ersetzt werden (Hautstigma, 2015).

Hautexpansion

Expansionsverfahren eignen sich besonders zur Korrektur von grossflächigen Narben und zur Entfernung von grossen Geburtsmalen. Hierzu wird im Bereich der gesunden Haut ein Wasserkissen eingepflanzt. Dieses Wasserkissen wird dann regelmässig über mehrere Wochen über ein spezielles Füllventil gefüllt. Dabei entsteht ein Hautüberschuss, der dann, wenn er sich in unmittelbarer Nähe zur Hautläsion[12] befindet, zur Deckung der betroffenen Körperstelle benutzt werden kann. Der Vorteil dieser Methode ist, dass der entstandene Hautdefekt mit einer eigenen, zweischichtigen Haut gedeckt wird, welche die Eigenschaften (Dehnbarkeit, Farbe, Behaarung, etc.) einer gesunden Haut hat (Hautstigma, 2015).

Hautersatz-Techniken

Die moderne Technik des Tissue-Engineerings[13] hat in den letzten 20 Jahren erhebliche Fortschritte gemacht. Es ist heute möglich, eine Unterhaut vollständig zu ersetzen. Bei diesem Verfahren, wird durch Umbau einer künstlichen Unterhaut in eine körpereigene Unterhaut die optimale Unterlage für eine dünne Hauttransplantation geschaffen. Die durch Hautersatzverfahren gebildete Haut ist wesentlich elastischer und der normalen Haut im Aussehen viel ähnlicher als eine alleinige dünne Hautverpflanzung.

Diese Technik hat ein grosses Potenzial für die Zukunft. Im Forschungslabor des Kinderspitals Zürich wird bereits eine vollständige Haut aus wenigen Zellen gebildet. Diese neue Methode wird im Moment im Rahmen von Studien bereits eingesetzt (Hautstigma, 2015).

Lappen-Technik

Durch Verschieben der Haut können strangförmige Narben oder schmale Hautveränderungen so korrigiert werden, dass nur eine strichförmige Narbe übrig bleibt. Es können aber auch mit freien Hautlappen grosse Hautdefekte verschlossen werden, in dem Hautlappen mit oder ohne Muskulatur von einer Körperstelle zur anderen verpflanzt wird. Hierbei werden jedoch die Blutgefässe, welche den Haut- oder Muskellappen versorgen, mittransplantiert und direkt an die Blutgefässe der Empfängerstelle angeschlossen (Hautstigma, 2015).

## 2.6 Psychosoziale Aspekte

Ein Verbrennungsunfall in der frühen Kindheit mit chronischen Folgen, wie beispielsweise bleibenden Narben, zieht sich durch die gesamte Kinder- und Jugendphase. Während die Narben im Kindesalter vielleicht nicht so sehr belasten, kann die Pubertät mit dem Erwachen der Sexualität und den damit verbundenen Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf das körperliche Erscheinungsbild eine erneute Belastungsreaktion auslösen.

[12] Läsion = medizinischer Fachbegriff für Schädigung, Verletzung

[13] Tissue-Engineering = englisch für Gewebekonstruktion bzw. Gewebezüchtung, ist der Überbegriff für die künstliche Herstellung biologischer Gewebe

Die psychologische Begleitung durch das interdisziplinäre Team ist insofern notwendig, weil eine lebensbedrohliche Situation – wie sie durch eine Brandverletzung durchaus hervorgerufen werden kann – im Leben eines Kindes oder Jugendlichen eine tiefe existenzielle Krise (siehe Kapitel 2.6.1) bedeutet. Dabei kommt dem Coping[14] und der Compliance[15] als psychologische Aspekte in Bezug auf die Krisenverarbeitung angesichts einer schweren Brandverletzung eine besondere Bedeutung zu. So sind Coping-Strategien, eigene Ressourcen und Compliance wichtige Bestandteile. Das Krisenverarbeitungsmodell nach Schuchardt (2006) ist eines von verschiedenen Coping-Modellen, das in Folge genauer vorgestellt wird. Dieses Modell wurde ausgewählt, da anhand der Ausführungen Schuchardts (2006) sowohl der Umgang mit einer Krise aufgezeigt als auch ein positiver Bewältigungsverlauf veranschaulicht werden kann.

### 2.6.1 Krankheit als existenzielle Krise

Peter und Scheid (2014) beschreiben eine Gesundheitsstörung als Verlusterfahrung bzw. Schock, da diese ein Abschiednehmen von der Normalität beinhaltet. Aus Sicht der Eltern vollzieht sich dieser Abschied schmerzhaft und in Stimmungswechseln. Es schliesst sich eine Phase der Transformation an, in der unter den neuen Bedingungen eine andere Art von Normalität erzeugt wird. Diese Revisionsphasen tragen gemäss Peter und Scheid (2014) den Charakter von Krisen. „Krisen sind Wendepunkte in einem Entwicklungsprozess, die sich in ein Vorher und Nachher unterscheiden lassen (…) Werden Krisen erfolgreich gemeistert, wird oft eine neue Entwicklungsstufe, eine höhere Komplexität erreicht“ (Peter & Scheid, 2014, S. 27). Aus bisherigen empirischen Studien zur familialen Bewältigung von schweren Gesundheitsbeeinträchtigungen ist bekannt, dass die kindlichen Erkrankungen sowohl eine Entwicklungschance für das Kind sein können, in anderen Fällen – verbunden mit bestimmten elterlichen Handlungspräferenzen – aber auch zu Entwicklungsstagnation und Überbehütung des kranken Kindes führen (Peter & Scheid, 2014). Auch für Geschwister eines erkrankten Kindes oder Jugendlichen können diese Erkrankungen einerseits Sozialisationschancen bieten, indem Geschwisterkinder beispielsweise über ein grösseres Selbstvertrauen und mehr Selbstständigkeit verfügen. Da sich jedoch das elterliche Interesse oftmals auf ihr erkranktes Kind mit all seinen Bedürfnissen fokussiert, kann das gesunde Kind ins Abseits geraten (Peter & Scheid, 2014).
Für Hülsoff (2005) hängt die Bewältigung von Krankheit massgeblich vom sozialen Umfeld ab.
Dem Begriff „Coping“ kommt dabei eine besondere Bedeutung zu:

- Aktive Beschäftigung mit der Krankheit und die konstruktive Begegnung mit der individuellen Situation und der Bewältigung;

[14] Coping = (englisch: to cope with = "bewältigen", "überwinden") bezeichnet das Bewältigungsverhalten einer als bedeutsam oder belastend empfundenen Situation oder einer Lebensphase.

[15] Compliance = Akzeptanz der zur Heilung oder Rehabilitation notwendigen Massnahmen sowie das eigenverantwortliche Mittragen derselben

- Orientierung zu anderen Aktivitäten, Einstellungen und Werten;
- Knüpfen von anderen sozialen Kontakten (Ärzte, Kontakt zu anderen Betroffenen, ev. Selbsthilfegruppen).

Die Krisenverarbeitung als Lernprozess wird von Schuchardt (2006) in acht Spiralphasen dargestellt. Das Besondere an der Spiralphase ist, dass die einzelne Phase nicht abgeschlossen ist, sondern in andere Phasen übergehen kann. Schuchardt geht davon aus, dass die Bewältigung einer Krise in Phasen verläuft, die immer wiederkehren und die vollständig durchlaufen werden müssen. Gemäss Schuchardt ist eine Krisenbewältigung nie ganz abgeschlossen, daher sind die Phasen als Teil einer Spirale zu betrachten, auf der sie sich auf einem immer höheren Niveau wiederholen können. In der Aufarbeitung von Biografien hat sich gezeigt, dass Krisenabläufe generell nach diesen Spiralphasen ablaufen. Das Modell bezieht sich primär auf Erwachsene, lässt sich aber unter Berücksichtigung des Entwicklungsniveaus auch auf betroffene Kinder übertragen. Zudem kann mit dem folgenden Modell aufgezeigt werden, welche Phasen die Eltern und weitere Angehörige durchlaufen.

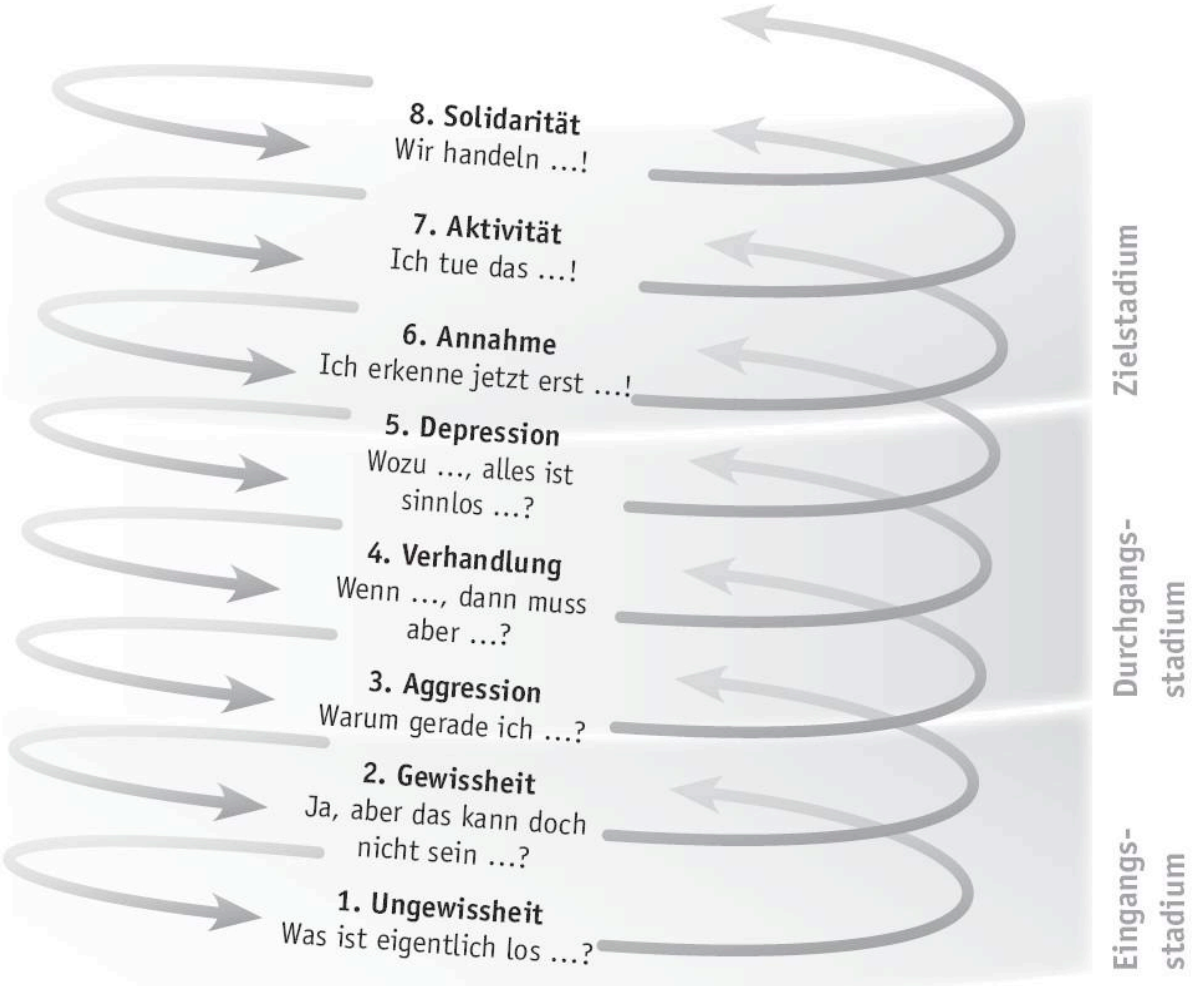



*Abbildung 2: Krisenverarbeitung als Lernprozess (Schlieper-Damrich, 2014)*

Spiralphase 1: Ungewissheit
Der Krisenauslöser ist für die/den Betroffene/n ein tiefer Schock, der ein geordnetes Leben zerstören kann. Die/Der Betroffene ist in einer Panik, und versucht, das Problem zu verdrängen, da sie/er nicht damit umgehen kann.

Spiralphase 2: Gewissheit
In dieser Phase sind die Betroffenen in der Lage, die Wahrheit zu erkennen, allerdings leben sie weiterhin in der Hoffnung, dass sich für sie noch alles zum Guten wendet. Diese Gespaltenheit ist ein wesentliches Merkmal dieser Phase.

Spiralphase 3: Aggression
Jetzt kann es zu schweren Gefühlsausbrüchen kommen, da der/m Betroffenen hier das Problem erst richtig ins Bewusstsein gelangt. Die Person ist sehr erschüttert und kann nicht verstehen, warum gerade sie betroffen ist. In diesem Schmerz kann die Person verletzend gegen sich selbst und andere sein, da sie versucht, den Schmerz zu verarbeiten.

Spiralphase 4: Verhandlung
In dieser Situation versucht die/der Betroffene, sich mit aller Macht aus ihrer/seiner Not zu befreien, indem sie/er alle Möglichkeiten ausnutzt (z. B. Konsultation vieler Ärzte/-innen, Heilpraktiker/-innen, Wallfahrten, Gottesdienste). Dies ist eine emotionale Phase, die nicht beeinflussbar ist, sie ist für die/den Betroffene/n der letzte Funke Hoffnung.

Spiralphase 5: Depression
In dieser Phase stellt die/der Betroffene fest, dass die Situation endgültig ist. Sie/Er ist zutiefst deprimiert und sieht keinen Sinn mehr. Sie/Er erkennt emotional und rational den Verlust, damit ist automatisch das Aufgeben der Wunschvorstellung verbunden. Diese Trauerarbeit ist die Vorstufe für die Annahme der Situation.

Spiralphase 6: Annahme
Die/Der Betroffene hat in dieser Situation alle Kampfphasen durchlitten, sie/er ist befreit von Leugnung, Aggression, Verhandlung und Depression. In diesem Moment kommt es zur eigenen Erkenntnis und sie/er versucht, die Situation bzw. die Probleme und Eigenarten anzunehmen.

Spiralphase 7: Aktivität
Durch die Annahme des Problems werden im Menschen Kräfte frei, die bisher in Leugnung, Aggression, Verhandlung und Depression zum Ausdruck kamen. Die/Der Betroffene lernt nun, mit ihrer/seiner speziellen Situation zu leben; sie/er versucht, das Beste daraus zu machen. Sie/Er muss erkennen, dass ihr/sein Problem ein lebenslängliches Problem ist, das nicht im eigentlichen Sinne zu lösen ist, sondern mit dem sie/er zu leben lernen muss.

Spiralphase 8: Solidarität
Nachdem die/der Betroffene die Spiralphasen durchlebt hat, kommt es bei entsprechender Prozessbegleitung zu der Bereitschaft, gesellschaftlich tätig zu werden, um als Gruppe etwas zu

erreichen. Dieses gemeinsame Handeln zeigt, dass die Krisenverarbeitung erfolgreich war; allerdings wird diese Stufe nur von wenigen Betroffenen erreicht. Im Spiralphasenmodell ist die Solidarität die letzte Stufe des Lernprozesses Krisenverarbeitung. Es ist wichtig für den Einzelnen, zu erkennen, dass man nicht im Widerstand zu dem Problem leben soll, sondern in der Zustimmung und Annahme. Dies kann vom Einzelnen als Glück bzw. Sinn erlebt werden.

Die Spirale zur Krisenverarbeitung (siehe Abbildung 2) versteht Schuchardt (2006) als Bild, das einerseits die Unabgeschlossenheit innerer Vorgänge darstellt, andererseits die Überlagerungen der Windungen im Leben und im gemeinsamen Handeln verdeutlicht. Lebenslang bleibt es bei diesem Ablauf und ist auch angesichts einer Lebenskrise Sinnbild für den Prozess des Sich-Durchringens zu einem lebensbejahenden Sinn, dass das Leben lebenswert ist (Schuchardt, 2006).
Eine so beschriebene Krisensituation kann auch eine schwere Brandverletzung darstellen. Betroffene Kinder oder Jugendliche und deren Familien durchlaufen diese Spiralen individuell und nicht alle Familienmitglieder befinden sich zur selben Zeit in derselben Phase. Die Phasen sind nicht starr und abgeschlossen, sondern nach oben und unten durchlässig und einzelne Phasen können auch übersprungen werden.
Als Fachperson in der Begleitung von kranken Kindern oder Jugendlichen und deren Familien ist es daher bedeutsam, Kenntnisse zur Krisenbewältigung zu besitzen, um eine angemessene Unterstützung gewährleisten und eine erfolgreiche Massnahme initiieren zu können.

### 2.6.2 Belastungen von brandverletzten Kindern und Jugendlichen

Brandverletzte Kinder und Jugendliche legen bis zu ihrer Genesung einen langen, mühsamen und für alle Beteiligten einschneidenden Weg zurück. Frühe Erfahrungen von grossem Stress und Traumata können die neuro-biologischen Systeme von Kindern verändern und zu Zuständen von chronischer Angst, aggressivem Verhalten, Hyperaktivität, Bindungsstörungen, Schlafproblemen, Lernschwierigkeiten und depressiven Zuständen führen (Trechslin, 2011).
Eine schwere thermische Verletzung ist ein traumatisches Erlebnis von besonderer Schwere, welches mit Gefühlen von Ohnmacht und evtl. Todesangst einhergeht. Es gilt, oben genannte Sekundärfolgen durch den Einsatz von professionellen Therapien, die Begleitung der Familie und einen guten Schulunterricht zu vermeiden. Steinhausen (2000) erwähnt in seinem Lehrbuch, dass psychische Störungen ungewöhnlich häufig in Zusammenhang mit chronischen körperlichen Krankheiten oder Behinderungen stehen. Die Rate psychischer Störungen gegenüber gesunden Kindern ist bei chronisch körperlich kranken Kindern um das 2- bis 4-Fache erhöht.
Grubenmann (1999) schreibt in Bezug auf die Lebensqualität und das psychische Befinden von Kindern und Jugendlichen nach Brandverletzungen, dass die Ergebnisse der bisherigen Forschung ein widersprüchliches Bild liefern. Während einige Resultate auf eine schlechtere Schul- bzw. Berufskarriere nach Brandverletzungen hinweisen, widerlegen andere Studien diese The-

se. Bezüglich der sozialen Anpassung im Allgemeinen, vor allem aber in der Beziehung zu Gleichaltrigen, stellen einige Autorinnen und Autoren bei ehemals Brandverletzten eine erhöhte Schwierigkeit fest. Andere jedoch können aufgrund ihrer Resultate keinen Unterschied zwischen ehemals Brandverletzten und gesunden Vergleichsgruppen feststellen. Ausserdem zeigen sich in einigen Studien erhöhte Depressivität, sozialer Rückzug, Delinquenz und Aggressivität, während in anderen Studien bei Brandverletzten keine psychopathologischen Symptome zu beobachten sind. Ein ähnlich widersprüchliches Bild stellt Grubenmann (1999) auch bei den Einflussfaktoren auf das psychische Befinden fest. Übereinstimmung kann lediglich bei den Variablen des Schweregrades der Verbrennung, einigen soziodemografischen Variablen und der familiären bzw. sozialen Unterstützung festgestellt werden. Während der Schweregrad der Verbrennung und die Mehrheit der soziodemografischen Variablen keinen bedeutenden Einfluss auf das psychische Befinden aufweisen, wirkt sich die familiäre und soziale Unterstützung positiv auf das Befinden der betroffenen Kinder und Jugendlichen aus. Keine Einigkeit herrscht über die Auswirkungen der Lokalisation von Narben. Während einige Autorinnen und Autoren bei Narben an heiklen Stellen, wie beispielsweise am Gesäss, den Genitalien oder sichtbaren Stellen, eine erhöhte Depression, eine weniger erfolgreiche Karriere und psychopathologische Symptome feststellen, zeigt sich in anderen Studien kein Zusammenhang zwischen der Lokalisation der Narben und dem psychischen Wohlbefinden (Grubenmann, 1999).

## 2.7 Definition von Funktionsfähigkeit

Gesellschaftliche Wertvorstellungen zur körperlichen Intaktheit, Funktionalität und Leistungsfähigkeit stehen im grossen Widerspruch zur tatsächlich erlebten Lebensqualität der brandverletzten Kindern und Jugendlichen nach ihrem Trauma, die geprägt ist von weitreichenden Einschränkungen an körperlicher Unversehrtheit, an funktionellen Fähigkeiten und an sozialer Integrität. Besonderer Beachtung bedarf die psychische Belastung sowohl für die Betroffenen selbst als auch für das soziale Umfeld, die durch das Unfallereignis als solches, durch die Zeit der Intensivbehandlung sowie durch die eingetretenen Einschränkungen und veränderten Lebensumstände hervorgerufen wird. (Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin, 2015).

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist das wichtigste, weltweit anerkannte Diagnoseklassifikationssystem der Medizin. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist ICD-10 (WHO, World Health Organization, 2015).

Die ICD-10 neben der DSM-IV ist ein besonders relevantes Klassifikationssystem, um medizinische Diagnosen zu stellen und die Basis für einen Austausch unter Fachleuten zu schaffen. Die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision dieser Klassifikation. Nachfolgend werden diejenigen Kapitel aufgeführt, die den Rahmen bei einer Brandverletzung abstecken (DMDI, 2001):

Kapitel XIX

T20-T25
*Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äusserer Ursachen, Verbrennungen oder Verätzungen*

T26-T28
*Verbrennungen oder Verätzungen, die auf das Auge und auf innere Organe begrenzt sind*

T29-T32
*Verbrennungen oder Verätzungen mehrerer und nicht näher bezeichneter Körperregionen*

Schwere Brandverletzungen ziehen typischerweise diverse komplexe physische und psychische Folgeerkrankungen nach sich, die sich zum Teil erst nach Jahren oder Jahrzehnten zeigen. In einer explorativen Studie (Landolt, 2004) zeigte sich bei 50% der Kinder, welche sechs bis acht Wochen zuvor einen Verbrennungsunfall erlitten haben, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Es ist festzustellen, dass eine psychotherapeutische Hilfe bei der Verarbeitung des Verbrennungstraumas notwendig ist, um eine Chronifizierung der Belastungsreaktion und die Ausbildung einer PTBS zu verhindern (Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin, 2015).

## 2.8 Pädagogische Aspekte im Hinblick auf die Reintegration

(Chronisch) kranke Kinder und Jugendliche erleben und verarbeiten Krankheit je nach Art, Schwere und Verlauf individuell verschieden. Dabei können physische, psychische, soziale, kognitive, willentliche und affektive Lebensfunktionen beeinträchtigt werden. Erkrankungen sind meist mit den folgenden Begleiterscheinungen verbunden (Trechslin, 2011):

- Einschränkung der Mobilität;
- schnelle Ermüdbarkeit und Konzentrationsmangel;
- Störungen des Selbstwertgefühls und der Motivation;
- emotionale Veränderungen;
- Erschwerung der sozialen Integration;
- Einschränkungen bei der Kontaktaufnahme;
- Schwierigkeiten bei der Erledigung schulischer Aufgaben.

In den folgenden Unterkapiteln wird erläutert, wie Lehrpersonen mit erkrankten Kindern und Jugendlichen umgehen können und welche Fragen sich für Lehrpersonen ergeben können, die sich der Aufgabe widmen, insbesondere brandverletzte Kinder und Jugendliche in den Schulalltag zu reintegrieren. Dabei werden zunächst die Herausforderungen für (chronisch) kranke Kinder und Jugendliche beschrieben, um später Schlussfolgerungen für die Reintegration in den Schulalltag bei brandverletzten Kindern und Jugendlichen zu ziehen.

2.8.1 Hilfen für (chronisch) erkrankte Kinder und Jugendliche in der Schule

Kimmig (2014, S. 191–193) beschreibt in ihrer Beantwortung der Frage, was chronisch kranken Kindern und Jugendlichen in den Schulen hilft, anlässlich der im Jahr 2003 erschienenen deutschen Jugendgesundheitssurvey im Auftrag der WHO, dass „11,5 Prozent der 10- bis 17-Jährigen in Deutschland andauernd oder schwerwiegend gesundheitlich beeinträchtigt sind". Thematisiert wird auch die Bedeutung, die die Lebenswelt Schule auf Kinder und Jugendliche im Allgemeinen hat. Die aus der Schule resultierende Belastung wird als hoch, die Unterstützung durch Lehrpersonen als gering eingeschätzt. Die Befunde der Studie zeigen, dass es für (chronisch) kranke SuS besonders wichtig ist, im Lebensraum Schule integriert zu sein. Sie wünschen sich eine normale Behandlung als Mitschülerin oder Mitschüler. So leiden sie besonders, wenn sie von Gemeinschaftsveranstaltungen ausgeschlossen werden.

Die Untersuchungen zeigen ausserdem, dass eine zu grosse Rücksichtsnahme zur Ausgrenzung aus der sozialen Klasse führen kann und von den betroffenen SuS nicht erwünscht ist.

Des Weiteren sind für eine förderliche Praxis Offenheit und Sensibilität für die Thematik seitens der Schule bedeutsam. Da brandverletzte SuS aufgrund von wiederkehrenden Hospitalisationen (z. B. Narbenkorrekturen) in der Schule immer wieder fehlen, gilt es, die Integration in der Klasse zu pflegen. Für akut erkrankte Kinder und Jugendliche ist es ein wichtiger Gedanke, ihren festen Sitzplatz in der Schule reserviert zu wissen. Der feste Sitzplatz symbolisiert, dass die Klasse sie nicht vergisst und vermittelt Aussicht auf Rückkehr. Regelmässiger Kontakt zu Mitschülerinnen und Mitschülern – telefonisch, durch Briefe, E-Mails, Besuche – festigen diesen Platz in der Klasse und erhalten die Integration für beide Seiten (Kimmig, 2014).

Wenn die SuS von mehreren Lehrpersonen unterrichtet werden, empfiehlt Kimmig (2014) eine innerschulische Informationsstruktur, sodass alle Lehrpersonen die notwendigen Informationen zur Erkrankung des Kindes besitzen. Bei einem Lehrpersonen- oder Schulwechsel sollten diese weitergegeben werden. Selbstverständlich müssen diese Informationen zwingend mit den Eltern und den Betroffenen besprochen und deren Einverständnis dafür eingeholt werden.

In Deutschland finden vor der Reintegration in die angestammte Schule teilweise sogenannte Heimatschulbesuche statt. Dort werden vor allem krebskranke Kinder durch Klinikpersonen und/oder Ärztinnen und Ärzte begleitet.

Sowohl in der Schweiz als auch in der Spitalschule des Kinderspitals Zürich sind diese nicht üblich.

Mersch (2015): „Ich habe immer wieder die Erfahrung gemacht, dass ein persönliches Gespräch und ein Schulbesuch vor Ort in der betreffenden Heimatschule ausschlaggebend für eine erfolgreiche Wiedereingliederung der erkrankten Schüler waren".

Das Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (2015) beschreibt auf ihrer Homepage die Ziele eines solchen Besuches:

- Wissen über die Funktionsweise der betroffenen gesunden Organe zu vermitteln;
- Altersentsprechend über die (frühere) Krankheit der Klassenkameradin/des Klassenkameraden aufzuklären;
- Unsicherheiten und Ängste, die mit der Krankheit sowie dem Umgang mit der Klassenkameradin/dem Klassenkameraden verbunden sind, abzubauen;
- Aktiven Kontakt zwischen den (ehemaligen) Patientinnen und Patienten und ihrer Klasse (mittels persönlicher Fragen) herzustellen;
- Fehlinformationen (Vererbbarkeit, Ansteckung, Schuldzuweisung) abzubauen;
- Soziales Interesse, Empathie und mitmenschliche Verantwortung zu stärken;
- Die Re-Integration der (ehemaligen) Patientinnen und Patienten als Genesende (d. h. mit ihrer ganzen Krankheitserfahrung) zu fördern.

Steins (2008) beschreibt die sozialen Prozesse in der Schule, die entscheidend für den Grad der Sicherheit, der empfundenen Gerechtigkeit und somit die Qualität der Unterstützungsfunktion sind. „Es ist eine Frage der Führung einer solchen Institution, ob Schüler lernen, sich gegenseitig zu respektieren, auch trotz ihrer Unterschiedlichkeiten, zu denen auch somatische und psychische Auffälligkeiten gehören können, oder ob sie konkurrenzorientiert nur auf den Output ihrer eigenen Leistung schauen“ (Steins, 2008, S. 51).

Das folgende Modell veranschaulicht den Zusammenhang zwischen Schule und Wohlbefinden, zu welchem auch gesundheitliche Aspekte wie beispielsweise chronische oder andere Krankheiten aufgeführt sind.

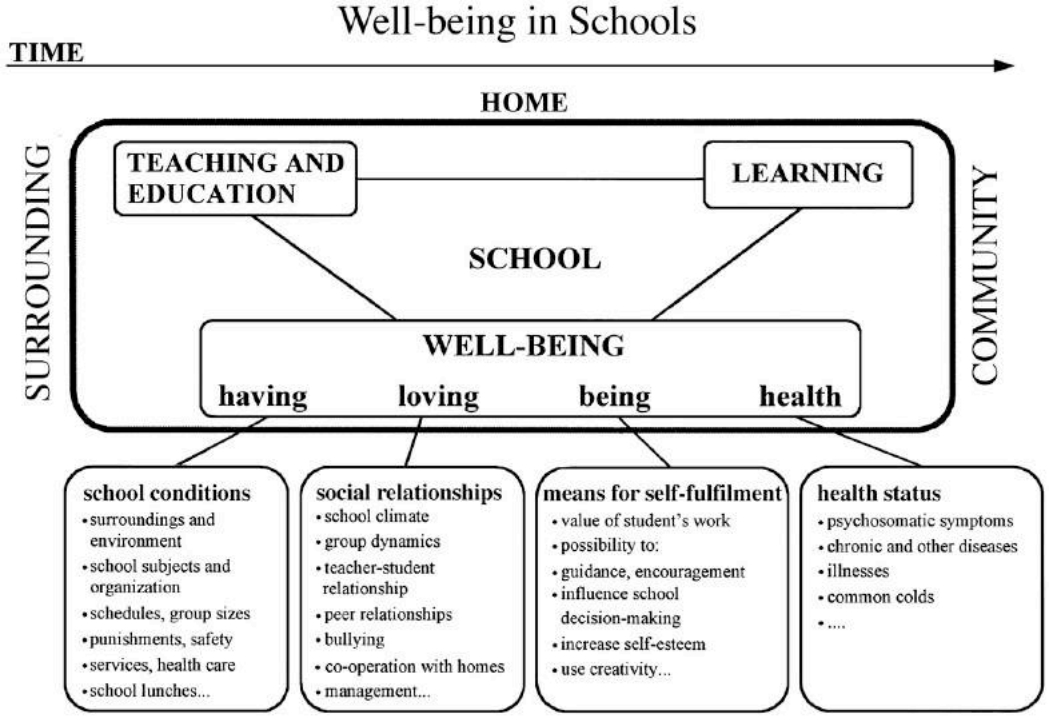



*Abbildung 3: The School Well-being Model (Konu & Rimpelä, 2002)*

### 2.8.2 Herausforderungen und Problemfelder einer Erkrankung im Schulalltag

Erkrankungen der SuS beeinflussen den Schulalltag in vielfältiger Weise und es entstehen bei den Lehrpersonen Unsicherheiten, wie sie mit den SuS umgehen sollten (Kösters, 1999) und wie sie zuverlässige Informationen zur Krankheit bekommen können (Steins, 2008).

Kösters (1999) hat einen Fragebogen zum Thema „Chronisch kranke Kinder in der Schule – Informationen und pädagogische Anregungen für Lehrerinnen und Lehrer" entwickelt, der die Bereiche eigene Erfahrungen mit chronisch erkrankten SuS, die Beeinflussung des Schulalltags, Umgang mit dem Thema, Informationsbedarf und Wünsche nach Fortbildungsangeboten umfasste. Zusammenfassend kann aus diesem Projekt folgendes Fazit gezogen werden: Die (chronischen) Erkrankungen der SuS stellen die Lehrpersonen vor besondere Herausforderungen und damit verbundene vielfältige Probleme.

Diese Herausforderungen und Problemfelder werden nachfolgend mit Beispielen aufgeführt:

| Herausforderungen und Problemfelder | Beispiele |
|---|---|
| Information der Lehrpersonen | • Ursache, Verlauf der Krankheit<br>• Unsicherheiten im Umgang<br>• Fehlendes medizinisches Wissen<br>• Angst vor Fehlinformation der Eltern |
| Anforderungen an den Unterricht | • Anbieten alternativer Unterrichtssituationen |
| Auswirkung auf das Leistungsvermögen der SuS | • Einfluss auf das Leistungsvermögen<br>• Schwierigkeit, dass der Anschluss an die Klasse nicht verpasst wird |
| Klassenfahrten/Schulausflüge | • Treffen von Vorsichtsmassnahmen<br>• Evt. Planungs- und Durchführungshemmnisse (Wahl des Zieles, Rahmenbedingungen) |
| Auswirkungen auf den Klassenverband | • Probleme bei der Integration in den Klassenverband<br>• Ausgrenzung |
| Elternarbeit/Elternkontakt | • Intensiver Elternkontakt<br>• Krankheitsbedingte Besorgnis der Eltern führt nicht selten zu erzieherischer Inkonsequenz |
| Unterrichtsablauf | • Aufmerksamkeitsfokus auf die betroffenen Kinder unterbricht<br>• Fachspezifische Schwierigkeiten, z.B. mit Materialien |
| Raumklima/Einrichtung | • Anpassung des Mobiliars |

*Abbildung 4: Herausforderungen und Problemfelder der Erkrankung im Schulalltag (Kösters, 1999, S. 58, eigene Darstellung)*

Diese Zusammenstellung ist relevant für das Forschungsvorhaben, perspektivische Empfehlungen für brandverletzte Kinder und Jugendliche zu erarbeiten und die Ergebnisse werden für den Informationsflyer an Lehrpersonen aufgegriffen.

### 2.8.3 Europäische Charta

Die Generalversammlung der Europäischen Vereinigung der Krankenhauspädagoginnen und -pädagogen, die „Hospital Organisation of Pedagogues in Europe" (H.O.P.E.), hat am 20. Mai 2000 in Barcelona die „Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern

und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause“ verabschiedet.

Die Charta ist von Pädagoginnen und Pädagogen mehrerer europäischer Staaten verfasst worden und bezieht sich auf zentrale Aspekte der Praxis schulischer Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen. In der Europäischen Charta (Wertgen, 2009) sind folgende Punkte festgehalten, die Perspektiven zur Weiterentwicklung der Pädagogik bei Krankheit aufzeigen:

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-, Gruppen- 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 der 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 Pflegeteams. 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 Arztgeheimnis und den Respekt vor der Privatsphäre und dem religiösen Bekenntnis ein“.

### 2.8.4 Schulische Reintegration (chronisch) kranker Kinder und Jugendlichen

Eine Reintegration in die Herkunftsschule ist ein Prozess, der nicht kontinuierlich, sondern in Phasen verläuft und dementsprechend Hilfe und Unterstützung benötigt:

> „In der ersten Phase (...) der **Antizipation** macht sich der Schüler Gedanken, wie es nach seiner Rückkehr weitergeht sowie darüber, wie es ihm am neuen Ort ergehen wird. In der Phase der **Akkomodation** muss er dann in den meisten Fällen feststellen, dass das, was er sich (...) vorgestellt hat, nicht ganz mit der Wirklichkeit übereinstimmt. Es werden daher in dieser Phase der Reintegration erste Korrekturen in Richtung Anpassung und Wiedereingliederung gemacht.
>
> In der dritten und letzten Phase, der Phase der **Adaption**, kommt es zur Anpassung (...), so

dass ein positives Einleben möglich wird. Probleme im Rahmen der Integration entstehen für den Schüler besonders dann, wenn er unter einen zu starken Leistungsdruck gerät, sich bestimmte Erwartungen nicht erfüllen (...). Diese Faktoren führen zu Unsicherheiten, die es zu überwinden gilt. (...) Um die Reintegration möglichst positiv zu bewältigen, ist nicht nur der Wille des Schülers, sondern auch das gesamte Umfeld gefragt" (Thuering, 2010).

Aus empirischen Befunden für die schulische Reintegration von (psychisch) kranken Kindern und Jugendlichen lassen sich Empfehlungen für die Optimierung des Reintegrationsprozesses in den Schulalltag wie folgt in drei Phasen ableiten, welche angepasst als hilfreiche Strukturierung für den Informationsflyer für Lehrpersonen von brandverletzten Kindern und Jugendlichen herangezogen werden (Hirsch-Herzogenrath & Schleider, 2014, S. 186):

| |
|---|
| *Phase 0: Schaffung günstiger Voraussetzungen* |
| • Aus- und Weiterbildung der Lehrpersonen<br>• Förderung eines günstigen Klassenklimas (z. B. gegenseitige Toleranz)<br>• Schaffung günstiger struktureller und schulorganisatorischer Voraussetzung (Bestimmung von Ansprechpartnern, Abläufe klären) |
| *Phase 1: Planung und Vorbereitung der Rückführung in eine aufnehmende Schule* |
| • Beratung der Erziehungsberechtigten über alle Massnahmen und Konsequenzen, die eine Reintegration ihres Kindes in die Stammschule mit sich bringen.<br>• Vorbereitung und Beratung des betroffenen Kindes bzw. des Jugendlichen durch z. B. Probeunterricht und Stammschulbesuche sowie begleitende Einzelberatungen<br>• Kooperation mit allen am Reintegrationsprozess beteiligten Fachkräften (Runder Tisch) |
| *Phase 2: Durchführung der Rückführung* |
| • Weiterführung der Kooperation aller am Reintegrationsprozess beteiligten Fachkräfte<br>• Engmaschige Weiterführung der Beratung von Reintegrationsschülerinnen und -schülern sowie Erziehungsberechtigten |
| *Phase 3: Nachsorge, Follow-up und Evaluation* |
| • Weiterführung der Kontakte zwischen der Schule für Kranke und der Stammschule in grösseren Zeitabständen, z. B. in Form von beratender Unterstützung<br>• Empirische Evaluation des durchgeführten Reintegrationsprozesses im Hinblick auf den Erfolg sowie auf mögliche Probleme mit entsprechenden Konsequenzen für die Planung zukünftiger Reintegrationen |

*Abbildung 5: Phasenmodell des Reintegrationsprozesses (Hirsch-Herzogenrath & Schleider, 2014, S. 186)*

Einer Empfehlungsbroschüre (Schönekerl, 2007) ist zu entnehmen, dass der Umgang mit (chronisch) kranken SuS sowohl von Mitschülerinnen und Mitschülern als auch von Lehrpersonen gelernt werden muss. Denn die Reintegration bedeutet mehr als einfach nur die Rückkehr in die Stammschule:

„Je nach Krankheitsbild sind langfristige und intensive Bemühungen notwendig. Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Beratung der Eltern und der Stammschulen durch die Klinik- und Krankenhausschulen sowie die Koordination von Hilfesystemen (z. B. Jugendhilfe und rehabilitative Einrichtungen) sind dafür unerlässlich“ (Schönekerl, 2007, S. 2).

### 2.8.5 Schulisches Standortgespräch (SSG) vor der Reintegration

Damit eine schulische Reintegration in die Herkunftsklasse erfolgreich gestaltet werden kann, sind Gespräche mit allen Beteiligten empfehlenswert. Dabei geht es vor allem um Offenheit und Transparenz in Bezug auf die Brandverletzung und deren Auswirkungen (z. B. verändertes Aussehen, Tragen des Kompressionsanzuges, etc.), denn nur so können optimale Förderziele und Unterstützungsmassnahmen erarbeitet werden.

Eine mögliche Form eines solchen Gespräches bietet das SSG (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2007), das sich an die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) anlehnt und von der Generalversammlung der WHO verabschiedet wurde.

Im Unterschied zur ICD-10 (siehe Kapitel 2.7) beschreibt die ICF nicht Krankheiten, sondern definiert Komponenten und Zusammenhänge von Gesundheit. Die Klassifikation nach ICF hat zudem den Vorteil, dass sie in einer für alle Beteiligten (Lehrpersonen, Eltern, sonderpädagogische und therapeutische Fachkräfte, Schulpsychologinnen und Schulpsychologen, Schulärztinnen und Schulärzte) verständlichen Sprache abgefasst ist, wobei die Stärken und die Schwächen der betroffenen Kinder und Jugendlichen gleichermassen berücksichtigt werden. Die Beobachtungen aller Beteiligten werden dabei in den Bereichen Gesundheitszustand, Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren festgehalten und zueinander in Verbindung gebracht:

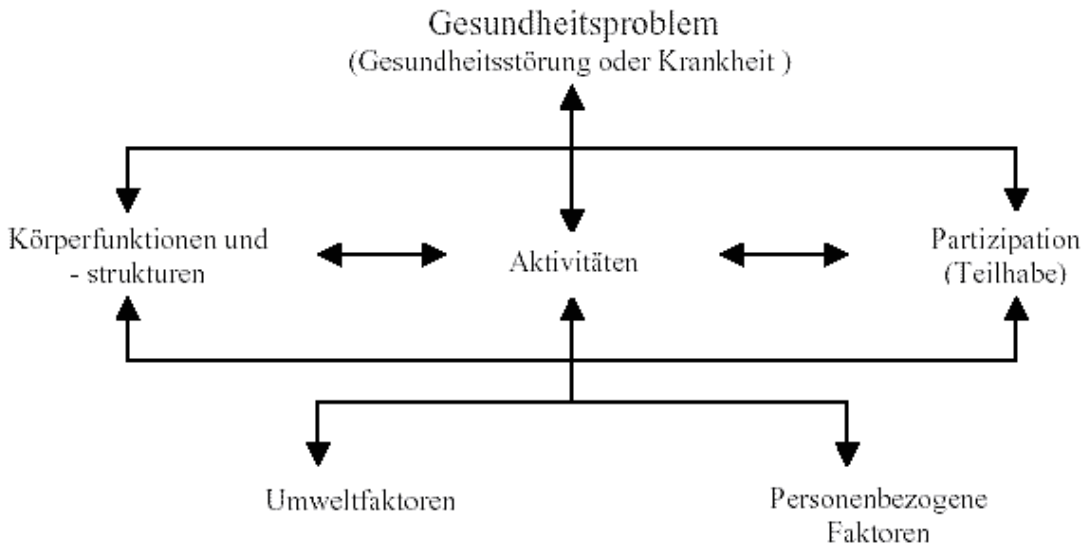



*Abbildung 6: Biopsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten (WHO, 2005)*

## 2.9 Psychologische Aspekte im Hinblick auf die Reintegration

Schwere Brandverletzungen und deren Behandlung gehören zu den schlimmsten Erfahrungen, die Kinder oder Jugendliche machen können. Sie sind nicht nur schmerzhaft, sondern auch bedrohlich. Brandverletzte Kinder/Jugendliche und ihr Umfeld müssen eine Vielzahl von Belastungen bewältigen (Landolt, 2008).

Die folgenden Kapitel beziehen die Erfahrungen von Landolt, Psychologe im Zentrum für brandverletzte Kinder im Kinderspital Zürich, in die Betrachtung ein und formulieren die wichtigsten psychologischen Aspekte nach einer Brandverletzung eines Kindes oder Jugendlichen, welche im Hinblick auf die Reintegration in die Herkunftsschule wichtig sein können.

### 2.9.1 Unfalltrauma

> „Verbrennungs- oder Verbrühungsunfälle sind meist dramatische Ereignisse, besonders wenn sie durch Explosionen oder Brände verursacht wurden. Manchmal sind andere Personen involviert, gelegentlich werden mehrere Leute verletzt. Solche Unfälle sind für das Kind nebst der Verbrennung immer mit grosser Hektik verbunden, was einerseits ängstigend sein kann und andererseits auch dazu führt, dass insbesondere jüngere Kinder oft nicht verstehen, was überhaupt genau passiert ist. Das verletzte Kind muss sofort gekühlt werden, was schmerzhaft sein kann und von jüngeren Kindern manchmal nicht nachvollziehbar ist. Brandverletzte Kinder haben – anders als beispielsweise Kinder mit Schädelhirnverletzungen – nur äusserst selten eine Amnesie über den Unfallhergang. Die Erinnerung ans Geschehene stellt deshalb für fast alle Kinder immer einen wesentlichen Belastungsfaktor dar, besonders in den ersten Wochen nach dem Ereignis“ (Landolt, 2008, S. 49–50).

### 2.9.2 Schmerzhafte Behandlung

> „Die Behandlung von Brandverletzungen ist trotz adäquater Analgetikagabe[16] schmerzhaft. Kinder reagieren sehr unterschiedlich auf Schmerzen und es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die das Schmerzerleben und das Schmerzverhalten beeinflussen. Insbesondere Verbandwechsel und allfällig nötige Umlagerungen des Körpers werden von den Kindern gefürchtet. Aber auch die Entnahmestellen der Hautransplantate und die in Physio- und Ergotherapie notwendigen rehabilitativen Übungen können Schmerzen bereiten. Die Erfahrung zeigt, dass sich Kinder nicht an die mit belastenden Verrichtungen verbundenen Schmerzen gewöhnen. Es ist vielmehr so, dass sich im Laufe der Hospitalisation bei vielen Kindern das Schmerzverhalten intensiviert. Durch die Schmerzen des Kindes werden auch die Eltern belastet. Diese hatten bisher eine fast vollständige Kontrolle über das Wohlergehen ihrer Kinder und müssen nun plötzlich zulassen, dass ihnen Schmerzen zugefügt werden, vor denen sie sie nicht schützen können und die für die Genesung nötig sind. Durch diesen Kontrollverlust entsteht für die Eltern ein Dilemma, das schwierig auszuhalten ist und immer wieder zu Ohnmachtsgefühlen führt“ (Landolt, 2008, S. 50).

[16] Analgetika = Medikamente, die eine schmerzstillende oder schmerzlindernde Wirkung besitzen

### 2.9.3 Lange Hospitalisation

„Die Behandlung von schweren Brandverletzungen ist ausgesprochen aufwändig und geht mit langen Spitalaufenthalten einher, die für Kinder belastend sind. Die Trennung von Familie, Freunden und vertrauter Umgebung macht Kindern sehr zu schaffen. Sie befinden sich plötzlich in einer fremden, besonders für jüngere Kinder manchmal angsteinflössenden Umgebung mit vielen unbekannten Personen, die ihnen im Zusammenhang mit Behandlungsmassnahmen immer wieder Schmerzen zufügen.

Jüngere Kinder geben häufig zu verstehen, dass sie die Behandlung als Bestrafung erleben, was mit ihrem entwicklungsbedingt noch mangelhaften Verständnis der Verbrennungstherapie zusammenhängt. Eine lange Hospitalisation ist auch für die Eltern und die Geschwister belastend. Ein normales Familienleben ist meistens über längere Zeit nicht mehr möglich: Die Mutter ist in der Regel tagsüber und oft auch nachts im Spital beim verletzten Kind, der Vater muss arbeiten, und die Geschwister sind in der Obhut von Verwandten oder Bekannten“ (Landolt, 2008, S. 50).

### 2.9.4 Schuldgefühle

„Erschwerend für den Bewältigungsprozess und sehr typisch für Verbrennungsunfälle sind die Schuldgefühle, die praktisch alle Eltern quälen. Auch Eltern, die nicht direkt in den Unfall involviert waren, haben das Gefühl, als Beschützer ihres Kindes versagt zu haben, weil sie den Unfall nicht verhindern konnten. Schuldgefühle haben naturgemäss weitreichende Folgen für das psychische Befinden. Mütter und Väter machen sich massive Vorwürfe und entwickeln manchmal sogar depressive Störungen. Diese Schuldgefühle währen bei schweren Verbrennungen manchmal ein ganzes Leben lang, gerade auch, weil die bei der Verbrennung entstandenen Narben die Eltern immer wieder von Neuem an einen kurzen Moment der Unachtsamkeit erinnern. Eine häufige Art der Schuldbewältigung von Eltern besteht darin, sich nach dem Unfall manchmal über Jahre hinweg für ihr Kind aufzuopfern. Dabei stellen sie auf der einen Seite ihre eigenen Bedürfnisse vollständig zurück, was zur Folge hat, dass es ihnen noch schlechter geht und sie ihrem Kind noch weniger helfen können. Auf der anderen Seite werfen Eltern mit Schuldgefühlen auch oft ihre erzieherischen Grundsätze über den Haufen und setzen dem verletzten Kind kaum mehr Grenzen, erfüllen ihm aus falsch verstandenem Mitleid jeden Wunsch. Dies führt dann naturgemäss sehr oft zu grossen erzieherischen Problemen (»Paschaverhalten«) sowie zu Ungerechtigkeiten zwischen den Geschwistern. Natürlich können auch die verunglückten Kinder und Jugendlichen selbst Schuldgefühle empfinden; diese betreffen nicht nur die oft lebenslangen Konsequenzen für sich selbst. Vielfach haben Kinder auch Schuldgefühle, wenn sie sehen, wie sehr ihre Mutter, ihr Vater oder ihre Geschwister durch den Unfall, den Spitalaufenthalt und die langjährige Rehabilitation belastet sind. Auch bei Kindern können Schuldgefühle zu längerfristigen psychischen Belastungen und sogar psychischen Störungen (z. B. Depression) führen“ (Landolt, 2008, S. 50–51).

### 2.9.5 Aufwändige Rehabilitation

„Nach Abschluss der chirurgischen Akutbehandlung mit Deckung der verletzten Haut ist die Behandlung einer Brandverletzung nicht zu Ende. Nun beginnt die oft langwierige, manchmal viele Jahre dauernde Rehabilitation. Das Kind muss im ersten Jahr nach dem Unfall rund um die Uhr einen Kompressionsanzug und bei Verbrennungen des Gesichts manchmal eine Maske aus Silikon oder Kunststoff tragen. Nachts muss es unter Umständen Lagerungsschienen tragen oder in einer Liegeschale festgebunden überstreckt liegen und so zu schlafen versuchen. Es erstaunt daher nicht, dass Schlafstörungen in dieser Phase sehr häufig sind. Es ist auch normal, dass jüngere Kinder oft Schwierigkeiten mit der Einhaltung der für die Rehabilitation notwendigen Massnahmen zeigen. Diese sind manchmal schmerzhaft, meist unangenehm und hindern das Kind zudem an alterstypischen, für seine Entwicklung wichtigen Aktivitäten (Schulbesuch, Freizeitkontakte usw.). Der Umgang mit diesen Schwierigkeiten stellt eine grosse Herausforderung für die Eltern und das Behandlungsteam dar. Unsere Erfahrung zeigt, dass die kindliche Motivation (sogenannte Compliance), besonders im jüngeren Alter, mit der konsequenten und kompromisslosen Unterstützung der Rehabilitation durch die Eltern steht und fällt. Bei älteren Kindern und Jugendlichen verbergen sich hinter Complianceproblemen häufig Zukunftsängste, verdrängte Schuldgefühle oder Schuldzuweisungen sowie eine blockierte und noch nicht erfolgte Auseinandersetzung mit dem versehrten Körper“ (Landolt, 2008, S. 51).

### 2.9.6 Bleibende funktionelle und kosmetische Folgen

„Tiefe Verbrennungen führen immer zu sichtbaren und bleibenden Narben. Kinder entwickeln, ebenso wie ihre Eltern, schon bald nach dem Unfall grosse Sorgen und Ängste betreffend ihrer äusseren Erscheinung. Es stellt sich in der Praxis oft die Frage, wie rasch und wie intensiv die Kinder mit ihren verbrannten Körperstellen konfrontiert werden sollen. In aller Regel sind die Wunden zunächst unter dicken Verbänden eingepackt, die anfänglich nur unter Narkose gewechselt werden. Die Kinder sehen deshalb die versehrten Körperteile über längere Zeit nicht. In der Regel äussern die Patienten den Wunsch, ihre verletzten Stellen zu betrachten, wenn sie psychologisch dazu bereit sind. Man sollte sie nicht dazu zwingen. Bei Gesichtsverletzungen oder Verletzungen von Körperteilen, die der Patient nicht direkt sehen kann, ist der Einsatz von Spiegeln oder Fotos sinnvoll. Den Patienten soll auf ihren Wunsch ein Spiegel zur Verfügung gestellt werden. Insbesondere dann, wenn die Versehrtheit weniger ausgeprägt ist, als das Kind in seinen angstbeladenen Phantasien zu befürchten scheint, sollte eine gut vorbereitete Konfrontation mit den versehrten Körperstellen beizeiten erfolgen. Eine frühe Auseinandersetzung hat auch den Vorteil, dass das Kind den Heilungsverlauf besser mitverfolgen kann. Es gibt allerdings auch Kinder, die etwas mehr Zeit benötigen und sich anfänglich vor dem Anblick ihrer verletzten Körperteile scheuen. Hier ist Geduld und Unterstützung nötig, damit das Kind schliesslich seinen veränderten Körper wieder akzeptieren lernt“ (Landolt, 2008, S. 52).

2.9.7 Stigmatisierung bei sichtbaren Narben

Mit „Stigma“ bezeichnet der amerikanische Soziologe Erving Goffman „die Situation des Individuums, das von vollständiger sozialer Akzeptierung ausgeschlossen ist“ (Goffman, 1975, in Wertgen, 2013, S. 16). Es entsteht, wenn sich jemand durch ein unerwünschtes Merkmal, z. B. eine körperliche Auffälligkeit oder ein bestimmtes Verhalten, von anderen Menschen unterscheidet.

Stigmatisierungserfahrungen stellen für viele SuS mit einer Behinderung, einer Krankheit oder einer anderen Beeinträchtigung einen deutlichen Belastungsfaktor dar, den sie zusätzlich zu ihren krankheits- und behandlungsbedingten Einschränkungen und als deren Folge ähnlich einer zweiten Krankheit (Flitner, Ostkämpfer & Scheid, 2014) zu tragen haben.

> „Ein weiterer, psychologisch oft belastender Aspekt von Brandverletzungen sind die Reaktionen anderer Menschen auf die Narben und auf die Rehabilitationshilfsmittel (Kompressionsanzug, Gesichtsmaske). Die manchmal einschneidenden sozialen Konsequenzen von Verbrennungsverletzungen zeigen sich oft erst nach Spitalaustritt. Dank chirurgischer Kunst überleben heute immer mehr Kinder und Jugendliche auch schwerste Verbrennungen und sind deshalb manchmal deutlich entstellt. Für Kinder, Jugendliche und Eltern ist das leider allzu häufige Angestarrt- und Ausgefragt werden durch andere Personen sehr belastend. Dies geschieht besonders häufig, wenn die Verletzungen und Behelfe gut sichtbar sind oder wenn das Kind deutliche funktionelle Einschränkungen hat. Die Gefahr der Stigmatisierung ist hoch, gerade weil in unserer heutigen Gesellschaft einem attraktiven Körper ein grosser Stellenwert zugemessen wird“ (Landolt, 2008, S. 53).

Englische Studien zeigen (Horridge et al., 2010), dass sich Kinder/Jugendliche und deren Familien oft ängstlich darüber äussern, wie Mitmenschen auf das veränderte Aussehen der Betroffenen reagieren. Sie zeigen Fälle, bei denen Betroffene in der Schule ausgelacht wurden und in eine soziale Isolation geführt haben. Dies kann das Selbstwertgefühl des betroffenen Kindes negativ beeinflussen und auch zu weiteren Schwierigkeiten führen.

Von Hagen und Schwarz (2009, S. 50) rücken in diesem Zusammenhang die veränderte Selbstwahrnehmung in den Fokus:

> „Besonders schwer zu verkraften ist, wenn Symptome äusserlich sichtbar oder sogar entstellend sind. (...) Im Extremfall kann es zu Körperentfremdung oder Ablehnung des eigenen Körpers kommen. Das Selbstwertgefühl kann vor eventuellen Abwertungen geschützt werden, indem körperliche Defizite durch besondere Fähigkeiten in anderen Bereichen kompensiert werden. Frustrationen sind zu erwarten, wenn die betroffenen Jugendlichen mit ihren Peers nicht mithalten können und sich ausgegrenzt fühlen. Bei sozial gut integrierten Jugendlichen können Freunde eine zentrale Entlastungs- oder Unterstützungsfunktion im Bewältigungsprozess übernehmen.“

Entsprechend sind Bemühungen zur sozialen Integration und zum Abbau von Stigmatisierungsprozessen von grosser Bedeutung:

„Eine koordinierte, interdisziplinäre Entlassungsvorbereitung mit sorgfältiger Information von Schule und sozialem Umfeld hat in diesem Zusammenhang nachweislich positive Auswirkungen“ (Landolt, 2008, S. 55).

## 2.10 Lebensqualität von brandverletzten Kindern und Jugendlichen

Die Lebensqualitätsforschung in der Pädiatrie bezog sich bis anhin vor allem auf die Bereiche der Onkologie, Organ- bzw. Knochenmarktransplantationen, Epilepsie und Diabetes. Grubenmann (1999) untersuchte brandverletzte Kinder/Jugendliche und ihre Lebensqualität. Die Studie konnte aufzeigen, dass ihre Lebensqualität nur geringfügig eingeschränkt war: Die untersuchten Brandopfer erlebten gemäss Grubenmann (1999) weniger positive Emotionen und hatten gewisse Einschränkungen im motorischen Bereich (Geschicklichkeit, Ausdauer, Gehen, Laufen).

Je nach Krankheitsphase können die Belastungen die psychischen, physischen und materiellen Ressourcen einer Familie übersteigen (Walser, 2014). Wenn Kinder oder Jugendliche in dieser belastenden Zeit auf verständnisvolle und unterstützende Menschen treffen, ist das von grossem Wert. Es ist wichtig, diese Kinder und Jugendlichen beim Umsetzen ihrer Pläne zu unterstützen, ihnen Freude und Zuversicht zu vermitteln, sie in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstständigkeit zu stärken (Walser, 2014).

Diese unterstützende Haltung gilt besonders auch für Lehrpersonen (Horridge et al., 2010, S. 635): „The largest factor that determined how quickly children went back to school after their burn-injuries was concerned with how receptive and supportive the school were during the child’s period of absence“.

Gemäss Fitzgerald Miller (2003), die Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins aufzeigt, hängt die Lebensqualität der (chronisch kranken) Kinder und Jugendlichen von den Veränderungen ab, die die Erkrankung mit sich bringt.

Dazu gehören für Fitzgerald Miller (2003, S. 278) einerseits die Krankheitserscheinungen, andererseits auch Veränderungen hinsichtlich Selbstwahrnehmung, funktioneller Kapazität und persönlicher Ressourcen:

- *„Krankheitserscheinungen* sind die durch die Erkrankung ausgelösten Befindlichkeitszustände zu verstehen, d. h., das, was dieser in Verlauf der Krankheit erlebt.
- *Selbstwahrnehmung* steht für den individuell geprägten Eindruck, den der Betroffene von seinem Gesundheitszustand, seiner Funktionstüchtigkeit, seinem Wohlbefinden und seiner Lebensqualität gewonnen hat.
- Mit *funktioneller Kapazität* ist die Fähigkeit gemeint, physische, emotionale und soziale Anforderungen des Alltags zu meistern.
- Die *persönlichen Ressourcen* sind die physischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und finanziellen Reserven, auf die der Kranke zurückgreifen kann.“

Grubenmann (1999) schreibt in ihrer Forschungsarbeit, dass im Leben von ehemals brandverletzten Kindern Unterschiede bzw. Einschränkungen in der Lebensqualität feststellbar sind, die aber nicht mit psychischen Beeinträchtigungen einhergehen. Kinder und Jugendliche erleben nach Brandverletzungen eine Familie, die oft einen höheren Familienzusammenhalt zeigt und so können sich durch Brandverletzungen auch Ressourcen entfalten: Je besser das familiäre Klima ist, desto weniger psychopathologische Auffälligkeiten (z. B. Ängstlichkeit, Depression, sozialer Rückzug) und Einschränkungen der Lebensqualität werden festgestellt (Grubenmann, 1999).

# 3 Forschungsdesign

In diesem Kapitel wird aufgezeigt, auf welchen Grundlagen das Forschungsdesign beruht und worauf die vorliegende Studie aufgebaut wurde. Weiter werden die Gründe und Verfahren für die qualitative Datenerhebung und sowie der Transkription erläutert. Die Beschreibung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit der dazugehörenden Kategorisierung bildet einen weiteren Schwerpunkt. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Auseinandersetzung mit den Gütekriterien der qualitativen Forschung.

## 3.1 Qualitative Datenerhebung mittels Interview

Das Interview ist nach Altrichter und Posch (2007) eine Weiterentwicklung des alltäglichen Gespräches, dessen Hauptzweck es ist, Gedanken und Haltungen der Interviewpartnerin/des Interviewpartners zu erschliessen, um das eigene Verständnis einer Situation zu verbessern. Interviews können sich vor allem in der Gestaltungsfreiheit, welche dem/der Interviewpartner/-in bei der Beantwortung der Antworten gelassen wird, unterscheiden. Im Gegensatz zu „strukturierten“ Interviews lassen „offene“ Interviewformen den Befragten Spielraum zur freien Darstellung ihrer Situation und ihrer Überlegungen (Altrichter & Posch, 2007, S. 153).

In der vorliegenden Arbeit wird mit einer Kombination der zwei Formen offener Interviews gearbeitet. Im ersten Teil des Interviews wird den Befragten die Möglichkeit zur freien Schilderung ihrer Erfahrungen gegeben. An diese Form des narrativen Interviews schliesst im zweiten Teil des Interviews die fokussierte Form an.

Narrative Interviews sind besonders hilfreich im Zusammenhang mit lebensgeschichtlich bezogenen Fragestellungen und stellen als Erhebungs- und Analyseverfahren eine besonders einfühlsame und behutsame Form des offenen Interviews dar. Dabei wird der Begriff des „narrativen Interviews“ in der Forschungspraxis zum Teil recht weit gefasst und mitunter auch als Kürzel für teilstandardisierte biografische Interviews verwendet (Hopf, 2012, S. 355).

Im Rahmen dieser Interviewform wird der Informant dazu aufgefordert, „die Geschichte des in Frage stehenden Gegenstandsbereichs als eine zusammenhängende Geschichte aller relevanten Ereignisse von Anfang bis Ende zu erzählen“ (Hermanns, 1995, S. 183). Eröffnet wird das narrative Interview durch die dem Thema der Untersuchung entsprechende Eingangsfrage („Erzählaufforderung“), die der Haupterzählung des Interviewten stimulieren soll (Flick, 2011, S. 228). Die Interviewerin erhält somit einen ersten Eindruck über die Erfahrungen nach einer Brandverletzung der Befragten, insbesondere bei der Reintegration brandverletzter Kinder und Jugendlicher in die Herkunftsschule. Ein wichtiges Prinzip bei narrativen Interviews ist, dass die Erzählung von den Befragten autonom gestaltet wird. Zudem soll zunächst nicht interveniert werden, sondern die Interviewerin hört in dieser Phase aufmerksam zu und trägt durch unter-

stützende Gesten und nicht-direktive Kurzkommentare zur Aufrechterhaltung der Erzählung bei (Hopf, 2012).

Im darauffolgenden fokussierten Interview wird ein flexibel eingesetzter Gesprächsleitfaden verwendet. Zentral für diese Interviewform ist die Fokussierung auf eine bestimmte soziale Situation, an der die Befragten teilhatten. Zu den Vorteilen fokussierter Interviews gehört die Möglichkeit, eine zurückhaltende, nicht-direktive Gesprächsführung mit dem Interesse an spezifischen Informationen und der Möglichkeit zur gegenstandsbezogenen Explikation von Bedeutungen zu verbinden (Hopf, 1995). Das Ziel eines fokussierten Interviews ist es, die Themenreichweite zu maximieren und den Befragten die Chance zu geben, auch nicht antizipierte Gesichtspunkte zur Geltung zu bringen (Hopf, 2012; Flick, 2011).

Die Leitfadengestaltung und die Interviewdurchführung sollen für Merton und Kendall (1979) vier Kriterien erfüllen:

- *Nichtbeeinflussung* der Interviewpartner (→ verschiedene Fragestellungen: unstrukturierte und halbstrukturierte Fragen stellen);
- *Spezifität* der Sichtweise und Situationsdefinition aus deren Sicht (→ konkrete Bestandteile herausarbeiten, damit das Interview nicht auf allgemein gehaltene Aussagen beschränkt wird);
- *Erfassung eines breiten Spektrums* an Bedeutungen (→ alle relevanten Aspekte und Themen ansprechen);
- *Tiefgründigkeit und personaler Bezugsrahmen* auf Seiten des Interviewten (→ Höchstmass an selbstenthüllenden Kommentaren erreichen).

Die Kombination aus narrativem und fokussiertem Interview eignet sich aus folgenden Gründen zur Datenerhebung:

- Das narrative Interview überlässt dem Befragten die Strukturierung. Er wird daher nicht von Anfang an in eine bestimmte Richtung gelenkt und ist frei in der Entscheidung über Inhalt und Ablauf. So können interessante, nicht vorhersehbare Informationen thematisiert werden.
- Die Offenheit dieser Interviewform soll dem Interviewten das Gefühl vermitteln, dass alles, was dem Interviewten wichtig erscheint, interessant ist. Dies ermutigt zu detaillierten Schilderungen, was für die Auswertung von Vorteil ist. Das Interview wird nicht unterbrochen. Die Interviewerin versucht, sich in die Geschichte „hineinzuhören“, die Perspektive des Befragten zu verstehen und dieses Verstehen auch durch Zeichen zu signalisieren *(„Hm“)* (Hermanns, 1995, S. 184).

- Mittels des fokussierten Interviews können gezielte Fragen zum Thema gestellt werden. Dadurch gelingt es, das Gespräch auf bestimmte Inhalte, die wichtig für den Untersuchungsgegenstand sind, zu lenken.

Alle Interviews werden aufgenommen und anschliessend schriftlich transkribiert.

## 3.2 Leitfadeninterview

Für die Datenerhebung wird die Form des Leitfadeninterviews gewählt. Die Arbeit mit einem Leitfaden bietet folgende Möglichkeiten:

- Auf dem Hintergrund der Theorie und im Hinblick auf die Beantwortung der Fragestellungen können im Leitfadeninterview Themenkomplexe erarbeitet werden.
- In der Gesprächssituation dient der Interviewleitfaden als strukturierendes Element sowie als Checkliste, um abzuklären, ob alle relevanten Themen zur Sprache gebracht werden.
- Der Leitfaden gibt Sicherheit und gewährleistet trotzdem Offenheit und Flexibilität während des Gespräches.
- Die Anwendung des Leitfadens bei allen Interviews sichert die Vergleichbarkeit der Aussagen.

### 3.2.1 Strukturierung des Interviewleitfadens

„Der Interviewleitfaden sollte nicht mit der ersten Frage beginnen“ (Gläser & Laudel, 2010, S.144). Gemäss Gläser und Laudel gilt das Prinzip der informierten Einwilligung, das fordert, dass der/die Interviewpartner/-innen vor Interviewbeginn über das Ziel der Untersuchung und die Rolle, die das Interview für die Erreichung des Zieles spielt, unterrichtet werden. Auch müssen die Interviewpartner/-innen über den Datenschutz und die Anonymität der Untersuchung aufgeklärt werden. Eine ausdrückliche Genehmigung zur Datenaufzeichnung (z. B. Tonaufnahme) muss unbedingt eingeholt werden (Gläser & Laudel, 2010).

Dem Einstieg kommt bei der Konstruktion eines Interviewleitfadens eine hohe Bedeutung zu. „Diese Phase ist besonders wichtig, weil sich zu Beginn das Klima des Interviews herausbildet, die Rollen der Gesprächspartner definiert werden und sich ein bestimmtes Niveau der Kommunikation einstellt“ (Gläser & Laudel, 2010, S.147). Auch für Altricher und Posch (2007, S. 155) ist der Anfang für den Interviewverlauf wichtig, weil er eine instabile Situation darstellt, die „wahren Intentionen“ herauskristallisiert und durch diesen eine Beziehung aufgebaut wird. Dementsprechend wird beim Einstieg mit einer herzlichen Begrüssung und einem ersten Dank begonnen. Anschliessend wird das Ziel des Interviews erläutert und es folgt eine Information bezüglich der Aufnahmequelle, des Datenschutzes, der Anonymität und der voraussichtlich benötigten Zeit für das Interview sowie einer Erklärung, dass unangenehme Fragen nicht beantwortet werden müssen. Anschliessend wird der Interviewaufbau dargelegt, d. h., dass der/die Interviewpartner/-in narrativ über die Erfahrungen nach einer Brandverletzung erzählt. So kann sich

der/die Interviewpartner/-in an die ungewohnte Situation assimilieren und Vertrauen gewinnen. Bei diesem offenen Einstieg wird den Interviewten einen Spielraum bei der Gestaltung ihrer Antwort gegeben und ihnen die Verantwortung übertragen, den Inhalt, über den sie berichten, selber zu strukturieren (Altrichter & Posch, S. 156).

Durch diese Schilderung der Erfahrungen wird ein erster Überblick über die damit verbundenen Gefühle und den individuellen Umgang mit den beschriebenen Situationen geschaffen. Dies erleichtert den Einstieg in die fokussierten Fragestellungen und hilft, die Fragen dem/der jeweiligen Interviewpartner/-in und den Erlebnissen angepasst zu formulieren.

### 3.2.2 Fragen formulieren

Bei der Formulierung der Fragen wurden die folgenden Grundsätze von Gläser und Laudel berücksichtigt (2010):

- Klare, leicht verständliche, einfache Fragen in der Alltagssprache stellen.
- Erzählanregungen sind wichtiger als Detailfragen. Sie sollten zuerst gestellt werden, in der Hoffnung, dass sich Detailfragen erübrigen.
- Faktenfragen sollen als Erzählanregungen beziehungsweise als offene Fragen gestellt werden.
- Die Klarheit der Frage ist wichtiger als ihre Offenheit. Der Interviewpartner muss der Frage entnehmen können, was der Interviewer wissen will.
- Provokationen sind für spezielle Zwecke nützlich, sollten jedoch wegen ihrer Risiken eingespart werden.

## 3.3 Datenerhebung

Die folgenden Kapitel beschreiben die Vorgehensweise bei der Datenerhebung und der Datenaufbereitung. Thematisiert werden die Schweigepflicht und der Datenschutz, die Stichproben werden begründet sowie auf die Triangulation hingewiesen. Weiter wird die Gewinnung der Interviewpartner beschrieben sowie Kurzportraits der Interviewten aufgeführt. Dieses Kapitel wird mit der Beschreibung zur Interviewgestaltung abgerundet.

### 3.3.1 Schweigepflicht und Datenschutz

„Die Anonymität der untersuchten Personen ist zu wahren“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 55). Bereits in den vorinformierenden Anfragen (via E-Mails und Telefonaten) wurde dem/der Interviewpartner/-in absolute Diskretion im Umgang mit persönlichen Angaben und Daten zugesichert, die Rückschlüsse auf die jeweilige Person verunmöglichen. Der/die Interviewpartner/-in wurde ausserdem um ihr Einverständnis gebeten, das Interview auf einen Tonträger aufzunehmen, um es anschliessend transkribieren zu können. Für die Transkription und die Verschriftung der Forschungsergebnisse wurde mit den Befragten vereinbart, dass weder Namen noch

Wohnort dem/der Interviewpartner/-in erwähnt werden. Die Forschungsarbeit unterliegt folgendem ethischen Code (Flick, 2011, S. 64ff.):

- Die interviewten Personen werden angemessen informiert, bevor sie einwilligen (informierte Einwilligung).
- Die Einwilligung erfolgt freiwillig.
- Die interviewten Personen werden geschützt und es dürfen sich keine negativen Folgen durch die Teilnahme ergeben.
- Die Interpretationen der Aussagen sind in den Daten begründet.
- Die Daten werden vertraulich behandelt und in der Darstellung anonymisiert.
- Es sind keine Rückschlüsse aufgrund des Kontextes möglich.

### 3.3.2 Stichprobe

Die Zielgruppe besteht aus brandverletzten Kindern und Jugendlichen, deren Eltern und Lehrpersonen, die diese SuS betreuen oder betreut haben. Somit wird ein vielschichtiges Erfahrungswissen untersucht, das aufgrund der verschiedenen Perspektiven teilweise auch unterschiedliche Leitfragen benötigt. Die Fragen in den jeweiligen Interviews sind inhaltlich sehr ähnlich, damit die Aussagen aus den verschiedenen Perspektiven vergleichbar sind. Die Schilderungen der ausgewählten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner vermitteln daher ein ziemlich breites Spektrum an Informationen in Bezug auf die Fragestellungen (siehe Kapitel 1.2) der vorliegenden Arbeit.

### 3.3.3 Triangulation

„Es ist ratsam, Informationen über einen Sachverhalt von mehreren Interviewpartnern einzuholen, also zu triangulieren“ (Gläser & Laudel, 2010, S. 117). Durch die Triangulation wird in der qualitativen Forschung ein höheres Mass an Validität erreicht. Das Prinzip der Triangulation geht davon aus, dass verschiedene qualitative Methoden miteinander verknüpft werden, aber auch, dass gezielt Forschungsperspektiven und Methoden miteinander kombiniert werden, die geeignet sind, möglichst unterschiedliche Aspekte eines Problems zu berücksichtigen (Flick, 2011).

Die folgende Abbildung 7 zeigt die für die Datenerhebung relevante Triangulation der unterschiedlichen Interviewpartnern (betroffene Kinder und Jugendliche, Lehrpersonen, Eltern), welche eine differenzierte Sichtweise auf die Reintegration von brandverletzten Kindern und Jugendlichen in die Herkunftsklasse ermöglichen soll.

*Abbildung 7: Perspektiven - Datentriangulation (eigene Umsetzung der Autorin)*

### 3.3.4 Gewinnung der Interviewpartner

Da die Autorin, wie weiter oben erwähnt, als Lehrerin in der Spitalschule des Kinderspitals Zürich arbeitet und insbesondere im Zentrum für brandverletzte Kinder tätig ist, war eine Kontaktaufnahme zu möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern naheliegend.

Im August 2015 wurde schriftlich (per E-Mail oder per Post) Kontakt zu den möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern aufgenommen. Diese wurden in einem Brief (siehe Anhang B, C) über das Forschungsvorhaben informiert, verbunden mit der Frage, ob sie Interesse an der Befragung haben und sich eine freiwillige Teilnahme vorstellen können.

Nach der Zusage zur Teilnahme erfolgten Terminvorschläge zum Leitfadeninterview (per E-Mail oder Telefon). Gleichzeitig wurden Wünsche zum Durchführungsort eingeholt. Ebenso erfolgte auch die Zustellung der Unterlagen (ggf. Einverständniserklärung der Eltern, Einsicht in das Leitfadeninterview), damit sich die befragten Personen vorgängig informieren und Einblick in das Leitfadeninterview verschaffen konnten.

Die Befragungen fanden im Zeitraum August – Oktober 2015 statt.

### 3.3.5 Kurzportraits der Interviewpartner

Alle Namen in den folgenden Kurzportraits wurden anonymisiert. In den Transkriptionsprotokollen (siehe beigelegte CD) wurden weitere wichtige Kontextinformationen zusammengefasst (Flick, 2011).

**Schüler A1 (männlich, 14 Jahre)**

Der Schüler wurde bei einer Freizeitbeschäftigung schwer brandverletzt. Er hat durch mehrere Klassenwechsel verschiedene Reintegrationen erlebt. Heute geht es ihm in seiner neuen Klassenumgebung gut.

**Mutter A2**

Die betroffene Frau ist die Mutter des Schülers A3. Sie erlebte die schulische Reintegration ihres Sohnes in seine Herkunftsklasse als positiv und die Lehrpersonen waren ausgesprochen unterstützend.

**Schüler A3 (männlich, 9 Jahre)**

Der Schüler wurde in einer Freizeitveranstaltung schwer brandverletzt und sein Oberkörper ist gezeichnet von dieser Verbrennung. Heute kann der Schüler wieder in die angestammte Klasse gehen und ist in seinem Dorf gut integriert.

**Mutter A4**

Die betroffene Frau ist die Mutter des Schülers A1. Die Reintegration ihres Sohnes in das schulische Umfeld erlebte sie als grosse Belastung und fühlte sich hilflos. Eine Repetition hat sich im Nachhinein als richtige Entscheidung erwiesen.

**Schülerin A5 (weiblich, 18 Jahre)**

Die Schülerin wurde in einer Freizeitveranstaltung schwer brandverletzt. Heute sind Gesicht und Oberkörper gezeichnet von dieser Verbrennung. Sie hat infolge mehrerer Klassenwechsel verschiedene Reintegrationen erlebt.

**Lehrperson A6**

Die Klassenlehrperson arbeitet sein über 20 Jahren als Lehrer und hat den Schüler A3 bereits vor seinem Unfall unterrichtet. Er hatte im Reintegrationsprozess eine tragende Rolle. Heute besucht der Junge wieder seine angestammte Klasse.

**Mutter A7**

Die alleinerziehende Mutter eines brandverletzten Jungen (11 Jahre) hat wegen der belastenden Schulsituation den Wohnkanton gewechselt, damit ihr Kind eine Kleinklasse am Wohnort besuchen kann.

### 3.3.6 Gestaltung der Interviews

Einige Wochen vor dem Interviewtermin wurden der Interviewleitfaden (siehe Anhang E, F, G) sowie die Einverständniserklärung für Minderjährige (siehe Anhang D) per E-Mail an alle Probanden verschickt. Der Interviewleitfaden diente ihnen als Vorbereitungsmaterial für das Gespräch. Alle Interviews konnten termingerecht in den Monaten August 2015 – Ende Oktober 2015 durchgeführt werden. Die Interviews fanden an den unterschiedlichsten Orten statt: Im Schulzimmer der Spitalschule des Kinderspital Zürich, in der Stube der Elternwohnung oder im Klassenzimmer der Lehrperson. Ruhe und Wohlbefinden konnten an allen Orten gewährleistet werden. Die Interviews wurden in schweizerdeutscher Sprache geführt.

## 3.4 Transkription

Wenn Daten mit technischen Medien aufgezeichnet werden, steht ihre Verschriftung als notwendiger Zwischenschritt vor der Interpretation. Transkription (lat. transcribere = umschreiben) bedeutet das Übertragen einer Audio- oder Videoaufnahme in eine schriftliche Form. Hierfür gibt es verschiedene Transkriptionssysteme, jedoch keine allgemein akzeptierten Regeln.

Das Interesse einer Transkription besteht darin, ein Höchstmass an erzielbarer Genauigkeit bei der Klassifikation von Äusserungen, Pausen und in ihrer Darstellung zu erzielen (Flick, 2011).
Es ist nicht einfach, eine Tonbandaufnahme situations- und inhaltsgetreu zu verschriftlichen, da in Alltagsgesprächen Silben „verschluckt", Sätze abgebrochen und umgangssprachliche Redewendungen sowie Füllwörter verwendet werden (Kittl-Satran, 2012, S. 293).

Folgende Transkriptionsregeln wurden verwendet (Gläser & Laudel, 2009):

- Es wird in der Standardorthographie verschriftet;
- Nichtverbale Äusserungen (z. B. Lachen, Räuspern, Husten, Stottern) werden nur dann transkribiert, wenn sie einer Aussage eine andere Bedeutung geben;
- Besonderheiten der Antwort mit „ja" oder „nein" (z. B. zögernd, gedehnt, lachend) werden vermerkt;
- Unterbrechungen im Gespräch werden vermerkt;
- Unverständliche Passagen werden gekennzeichnet.

Mittels der Transkription konnte die Basis für die zusammenfassende Inhaltsanalyse gelegt werden. Für die Transkription wurde das Programm f5 (Audiotranskription, 2015) eingesetzt, das die Transkriptionsarbeit durch eine flexible Anpassung der Abspielgeschwindigkeit, die Steuerung mit Tasten oder Fussschaltern (statt mit der Maus), einen automatischen Rücksprung bei jeder Pause und das Einfügen von Zeitmarken und Textbausteinen mittels erstellbaren Tastenkürzeln erleichtert.

Die Volltranskriptionen der Interviews liegen dieser Arbeit auf einer CD bei oder können bei der Autorin eingesehen werden.

## 3.5 Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Aufgrund der gewählten Interviewform und den unterschiedlichen Interviewpersonen (siehe Kapitel 3.2 und 3.3) kam es zu einer grossen Menge an Aussagen, nicht zuletzt auch deshalb, weil sich die beteiligten Personen aus verschiedenen Blickwinkeln zum Thema Reintegration äusserten.
Das Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist, dass die jeweilige Abstraktionsebene der Zusammenfassung genau festgelegt und auf das Material transformiert wird (Mayring, 2010).
Die Materialfülle, die aus den sieben durchgeführten Interviews entstanden ist, soll reduziert und generalisiert werden. Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse werden die Kategorien induktiv gebildet, was bedeutet, dass Kategorien nicht an das Material herangetragen, sondern schrittweise daraus entwickelt werden. Induktives Vorgehen hat eine grosse Bedeutung innerhalb qualitativer Ansätze. Es strebt nach einer möglichst naturalistischen, gegenstandsnahen Abbildung des Materials ohne Verzerrungen durch Vorannahmen des Forschers (Mayring,

2015). In der Logik der Inhaltsanalyse muss vorab das Thema der Kategorienbildung theoriegeleitet bestimmt werden, also ein Selektionskriterium eingeführt werden, das bestimmt, welches Material Ausgangspunkt der Kategoriendefinition sein soll. Dadurch wird Unwesentliches und vom Thema Abweichendes ausgeschlossen. Ebenso muss das Abstraktionsniveau der zu bildenden Kategorien festgelegt werden. Nach dieser Festlegung wird das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wenn das erste Mal das Selektionskriterium im Material erfüllt ist, wird möglichst nahe an der Textformulierung unter Beachtung des Abstraktionsniveaus die erste Kategorie als Begriff oder Kurzsatz formuliert. Wenn das nächste Mal das Selektionskriterium erfüllt ist, wird entschieden, ob die Textstelle unter die bereits gebildete Kategorie fällt (Subsumption) oder eine neue Kategorie zu bilden ist.

Wenn auf diese Weise ein grosser Teil des Materials durchgearbeitet wurde und nur wenig neue Kategorien gebildet werden müssen, ist dies der Moment für eine Revision des Kategoriensystems. Es muss überprüft werden, ob die Kategorien dem Ziel der Analyse nahekommen und ob das Selektionskriterium und das Abstraktionsniveau vernünftig gewählt worden sind. Wenn sich hier Veränderungen ergeben, muss mit der Analyse des Materials nochmals begonnen werden; ansonsten wird weitergegangen und es kommen noch neue Kategorien hinzu (Mayring, 2015).

Das Ergebnis bildet ein Kategoriensystem zu einem bestimmten Thema, verbunden mit konkreten Textpassagen.

Die Kategorien werden sowohl induktiv (im Sinne zusammenfassender Inhaltsanalyse) als auch deduktiv (mit Hilfe theoretischer Erwägungen) gebildet. Weiter wird angestrebt, quantitative Aussagen (z. B. Häufigkeiten der Kategorien) anzufügen.

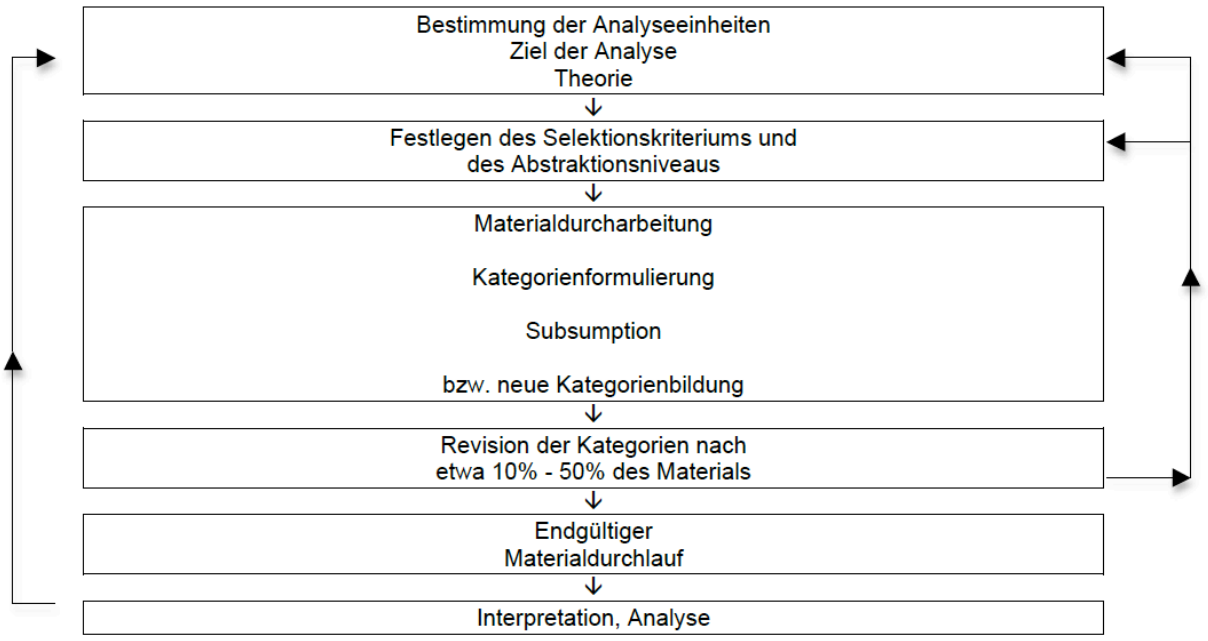



*Abbildung 8: Prozessmodell induktiver Kategorienbildung (Mayring, 2015, S. 86)*

## 3.6 Kategorisierung

Die Kategorienbildung steht in engem Zusammenhang mit den Forschungsfragen. Um den Fokus auf die Fragestellungen dauerhaft zu gewährleisten, wurde vor der Kategorienbildung das gesamte Material systematisch im Hinblick auf die Forschungsfragen durchgearbeitet:

- Welche Faktoren erweisen sich als förderlich für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?
- Welche Faktoren erweisen sich als hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?
- Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene seitens der Lehrperson oder anderer Personen rückblickend gewünscht?
- Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?
- Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben der befragten Personen?

Für die Analyse wurde das Programm f4 (Audiotranskription, 2015) eingesetzt, das folgende Schritte erleichterte: Transkripte importieren, Memos und Kommentare erstellen, Codesystem entwickeln, Textpassagen codieren, Zusammenfassungen erstellen und Zitate extrahieren.

Nach mehreren Revisionen des Kategoriensystems ergaben sich folgende Über- und Unterkategorien (siehe Abbildung 9):

*Abbildung 9: Überkategorien zum Thema „Reintegration in die Herkunftsschule nach einer Brandverletzung“ (eigene Darstellung)*

*Abbildung 10: Kategoriensystem: Über- und Unterkategorien (Kodes) zum Thema „Reintegration in die Herkunftsschule nach einer Brandverletzung“ (eigene Darstellung)*

## 3.7 Gütekriterien

Um empirische Untersuchungen zu einem sinnvollen Abschluss zu bringen, wird die Qualität der Forschungsergebnisse in qualitativ angelegten Forschungsprojekten mittels Gütekriterien abgesichert. Bei der Aufbereitung und Auswertung der Interviews wurden die Gütekriterien gemäss Mayring (2002, S. 140) berücksichtigt. Dabei wird die Qualität der Forschungsergebnisse gemessen, indem Verfahren durchführt werden, anhand derer die Ergebnisse zu überprüfen sind. Dabei kommen sechs allgemeine Gütekriterien zum Einsatz: Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation (Mayring, 2002).

Die Analyse wurde systematisch nach dem Prozessmodell der induktiven Kategorienbildung der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) bearbeitet. Die exakte Festlegung des methodischen Ablaufs und die strukturierte Ergebnisgewinnung gewährleisten so eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit.

# 4 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel wird das strukturierte Datenmaterial der Interviews dargestellt. Die Ergebnisdarstellung wird ausführlich mit Zitaten illustriert. Laut Gläser und Laudel (2009) enthalten Zitate nicht nur Informationen zum Forschungsgegenstand selbst, sondern auch eine Fülle von Details, die über die Illustration eines Arguments hinaus zur Illustration des gesamten Falles beitragen können. Die Zitate sind den Volltranskriptionen der Interviews entnommen.
Im Folgenden werden die Aussagen der verschiedenen Interviewpersonen nach den Kategorien gegliedert, dargestellt und miteinander in Beziehung gesetzt. Es folgt am Ende jeder Darstellung eine Tabelle, die die prozentuale Verteilung aller Kodierungen sowie deren Anzahl Nennungen in den Interviews aufzeigt.
Auf die Prozentdarstellung der Personen wurde bewusst verzichtet, da unterschiedliche Fragebögen verwendet wurden und so ein Vergleich schwierig ist.

## 4.1 Kategorie 1: Fördernde Aspekte bei der Reintegration

Fördernde Aspekte bei der Reintegration in die Herkunftsschule sind vielfältig und variieren deutlich je nach betroffenem Kind/Jugendlichen, Schweregrad der Verletzungen sowie schulischem und familiärem Umfeld. Es darf daher auf keinen Fall eine Bewertung nach Wichtigkeitsstufen vorgenommen werden, da das Erleben in jedem Falle subjektiv ist.
Aus Sicht der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist es wichtig, dass die/der Betroffene jederzeit weiss, wo sie/er hingehört. Dazu gehört eine Kontaktpflege der betroffenen Klasse und Lehrpersonen bereits während der Hospitalisation mittels Briefen, Zeichnungen, CD-Aufnahmen, Telefonaten etc., aber vor allem auch das Wissen darum, dass die/der Betroffene nicht vergessen geht. Dazu meint eine Lehrperson:

*„Förderlich ist sicher, dass er in der Klasse weiterhin seinen Platz hat. Dass er nicht vergessen geht. Dass er kein Phantom-Kind wird und wie gar kein Thema mehr ist in der Klasse“* (Interview A6, Absatz 48).
*„Der Junge hatte ja schon einen Platz in der 1. Klasse. Als wir dann eine neue Sitzordnung gemacht haben, ist die Frage aufgetaucht, was ist mit dem brandverletzten Jungen? Ich weiss nicht mehr, wer diese Frage gestellt hat. (...) Am Anfang wussten wir auch nicht genau, wann er zurückkommt. Es waren verschiedene Daten genannt worden. Darum wussten wir es auch nie genau. Wir haben gesagt, dass wir ihm einfach einen Platz reservieren müssen und wir haben ihm dann auch gesagt, dass er jetzt neben dem oder dem sitzt. Wir haben ihm immer gesagt, dass er einen Platz hat. Das wurde ihm auf der CD so gesagt oder auch, wenn wir ihn besucht haben. Die Kinder haben ihm auch geschrieben, dass er neben ihnen sitzt“* (Interview A6, Absatz 40).

8,5 Prozent der Nennungen beziehen sich darauf, dass vor allem das schulische Umfeld vor der eigentlichen Reintegration auf das allenfalls veränderte Aussehen vorbereitet ist. Einerseits kann das ganz natürlich erfolgen, indem das betroffene Kind, die/der betroffene Jugendliche während der Hospitalisations- oder Rehabilitationsphase von Klassenkolleginnen und Klassen-

kollegen besucht wird. Dies ist besonders wichtig, wenn sichtbare Stellen (wie z. B. das Gesicht) stark verändert sind und das Kind noch Krusten und Verbände hat. Weiter ist zu empfehlen, dass die betroffene Klasse über die Brandverletzung und allenfalls über das veränderte Aussehen informiert ist und alle das gleiche Wissen haben. Der Klasse gibt es so die nötige Sicherheit, was sie erwartet. Dies muss in Absprache mit den Eltern gut vorbereitet sein. Ein Mädchen drückt es folgendermassen aus, wie entscheidend die Information sei:

*„Eine gewisse Information an die Klasse ist schon wichtig, sonst würde es mehr Blicke geben und Kommentare geben. Von dem her ist eine Aufklärung gut, aber so, dass das Thema dann abgeschlossen ist und die Person normal behandelt wird“* (Interview A5, Absatz 71).

Bei schwerwiegenderen Verbrennungen oder Verbrühungen ist im Vorfeld der Reintegration nicht nur die betroffene Klasse gefordert, sondern auch die Schule. Insbesondere ist die jeweilige Klassenlehrperson gefordert, die in der Regel den gesamten Informationsaustausch koordiniert:

*„Das war einerseits eine Information an die anderen Klassen, dass der Junge nun bald zurückkehren wird und man bitte vorsichtig und rücksichtsvoll sein soll. Ausserdem sollen die Lehrpersonen informiert werden, wenn etwas gehört wird, dann bitte melden“* (Interview A6, Absatz 42).

Bevor jedoch der erste Schultag ansteht, muss dieser gut geplant werden. Dazu ist nach Absprache mit den Betroffenen auch möglich, dass die Lehrperson das Kind und deren Eltern im Spital oder allenfalls zu Hause besucht. Es empfiehlt sich weiter ein vorgängiger Schulbesuch des betroffenen Kindes/Jugendlichen, der Eltern und ev. anderer Fachkräfte aus dem Umfeld in der Herkunftsklasse. Eine Lehrperson beschreibt dies wie folgt:

*„Was ich auch wichtig finde, ist, dass vor dem Zurückkommen ein Besuch in der Klasse stattfand“* (Interview A6, Absatz 88).

Dort können sowohl von den SuS als auch von Lehrpersonen wichtige Fragen geklärt werden. Dazu meint eine Lehrperson:

*„Das Gespräch mit den Fachleuten, wie wir den Jungen aufnehmen sollen, auf was wir achten sollen, was er kann, worauf wir Rücksicht nehmen sollen, mit unseren vielen vorbereiteten Fragen, wurden alle geklärt. Das Gespräch war mit den Erwachsenen, die Klasse wurde von der SHP[17] betreut. Ich habe dann fast noch eine Stunde mit den Fachleuten gesprochen, eine gute Diskussion geführt, wie man es am besten macht. Das fand ich sehr wertvoll“* (Interview A6, Absatz 88).

Entscheidend ist beim ersten Schultag nach der Hospitalisations- bzw. Rehabilitationsphase, dass die/der Brandverletzte willkommen geheissen wird, damit der Start gut gelingt. Dazu sagt eine Mutter:

[17] SHP = Schulische Heilpädagogin, Schulischer Heilpädagoge

*„Er wurde nach seinem Spitalaufenthalt gut aufgenommen, die Kinder nahmen Anteil an seinem „Schicksal", er wurde nicht gehänselt, ausgelacht"* (Interview A4, Absatz 56).

Ist das Kind nach der Hospitalisation in einer Rehabilitationsklinik, wurde von drei betroffenen Personen (Kind, Mutter, Lehrperson) der dortige Besuch mit der ganzen Klasse als hilfreich bewertet. Ist ein solcher Besuch nicht möglich, wird vor von einer betroffenen Jugendlichen eine alternative Kontaktaufnahme der Lehrperson geschätzt:

*„Der neue Klassenlehrer kam dann vorgängig mal zu mir nach Hause und hat sich ein bisschen über mich informiert"* (Interview A5, Absatz 29).

Knapp in 30 Prozent der Aussagen lassen sich unter „Natürliches Verhalten" zusammenfassen. Gerade für die betroffenen SuS ist es wichtig, dass sie normal behandelt werden. Auch eine Mutter eines brandverletzten Kindes äussert sich dahingehend folgendermassen:

*„Ich habe versucht, ihn so normal wie möglich zu behandeln. Ich glaube, das will er auch. Er möchte ganz normal behandelt werde."* (Interview A6, Absatz 68).

Auch die Offenheit mit knapp 16 Prozent sowohl der brandverletzten Kinder oder Jugendlichen, der Lehrpersonen und der Klasse nimmt einen entscheidenden Stellenwert ein. Dabei ist es einerseits wichtig, dass auf die Bedürfnisse der betroffenen Kinder/Jugendlichen eingegangen wird, andererseits ist jedoch auch die persönliche Einstellung dieser Betroffenen entscheidend. Eine Jugendliche stellt dabei die eigene Offenheit eindrücklich dar:

„*Man muss auch selber etwas mitbringen. Es können nicht alles die anderen machen. Man muss auch selber offen sein. Vielleicht kommt der eine oder andere Blick, das ist ja klar. Dazu muss man auch stehen und akzeptieren, dass das jetzt halt so ist mit dem neuen Aussehen. Das muss man lernen. Akzeptanz ist ja auch wie eine Strategie"* (Interview A5, Absatz 75).

Dass sich die anderen Klassenmitglieder für die sichtbaren Veränderungen interessieren und auch nachfragen, wird vor allem von zwei Müttern angesprochen:

*„Als er sich am Anfang im Turnunterricht auszog, haben sie gesehen, dass er Narben hat, sie sind alle zu ihm hingegangen und haben ihn gefragt, was passiert ist und was er da hat. Der Junge hat es ihnen erzählt und die Kinder haben es so aufgenommen und akzeptiert"* (Interview A7, Absatz 86).

Gerade im Turn- und Sportunterricht zeigt sich, dass auch das Vertrauen in die eigene Klasse aus Sicht der brandverletzten Kinder und Jugendlichen eine wichtige Rolle spielt. Ein betroffener Junge mit auffälligen Narben zieht sich nur in diesem geschützten Umfeld um. Andere öffentliche Plätze, wie beispielsweise Schwimmbäder, meidet er, weil er sich nicht den Blicken der ihm fremden Personen aussetzen möchte.

Neben dem Vertrauen in die eigene Klasse wird auch die Hilfsbereitschaft der Schulkolleginnen und Schulkollegen positiv erwähnt:

*„Und auch wenn ich anfänglich immer nur am Dienstag und Donnerstag in die Schule gegangen bin, haben mir alle immer mega lieb geholfen und Sachen erzählt, was sie an den anderen Ta-*

*gen gemacht haben und haben geholfen, Stühle hochzustellen, und gefragt, ob sie Sachen rumtragen sollen. Also wirklich sehr hilfsbereit"* (Interview A5, Absatz 21).

Diese Hilfsbereitschaft zeigt sich ebenfalls, indem sich die Klasse auch ausserhalb des Klassenzimmers für die rückkehrenden Klassenkameradinnen und Kameraden einsetzten, wie es eine Lehrperson schildert:

*„Sie beschützen ihn auch auf dem Pausenplatz und kümmern sich sehr um ihn. Mädchen wie Knaben. Manchmal nehmen sie Rücksicht auf ihn und stellen ihre eigene Befindlichkeit zurück"* (Interview A6, Absatz 74).

17 Prozent der codierten Aussagen beziehen sich auf die Art und Weise, wie kommuniziert wird. Regelmässige Gespräche aller Beteiligten sind unabdingbar und tragen wesentlich zu einer erfolgreichen Reintegration bei. In einer ersten Phase ist es wichtig, dass die Herkunftsschule, insbesondere die betroffene Lehrperson des/r Schüler/-in, von Anfang an durch die Eltern informiert wird, dass das Schulkind längere Zeit fehlen wird und sich im Gegenzug auch bei ihnen und dem/r betroffenen Schüler/-in meldet. Diese regelmässige Kontaktpflege wurde von allen Interviewten positiv eingestuft. Wie diese Kontaktpflege aus Sicht einer Lehrperson aussehen kann, zeigt folgende Interviewpassage:

*„Ich glaube, das Wichtigste ist, dass der Kontakt zum Kind ständig da ist, mit Skype, mit Schreiben, mit Filmchen, mit CDs, Tonaufnahmen, was auch immer. Auf irgendeine Art und Weise diesen Kontakt aufrechterhalten. Evtl. auch mal einen Besuch machen, soweit das geht"* (Interview A6, Absatz 48).

Es ist anschliessend zu besprechen, wie die Klasse informiert wird, allenfalls auch deren Eltern und möglicherweise das erweiterte Schulumfeld. Weiter ist zu klären, an wen allfällige Fragen gerichtet werden. Hier variieren die Aussagen deutlich aufgrund des Schweregrades der Verletzungen sowie des schulischen und familiären Umfeldes. Vor der eigentlichen Reintegration braucht es Absprachen über die schulische Förderung des betroffenen Kindes, der/des betroffenen Jugendlichen:

*„Die Schule muss gut vorbereitet sein auf das Kind, wenn es zurückkommt. Dass man weiss, wo das Kind schulisch steht und wie weit es gekommen ist"* (Interview A7, Absatz 104).

Mit fast 25 Prozent der codierten Aussagen spielt die Unterstützung des Umfeldes eine entscheidende Rolle bei einer erfolgreichen Reintegration. Grundlegend dabei ist die Unterstützung der Eltern und des sozialen Umfeldes des betroffenen Kindes, der/s betroffenen Jugendliche/n. Zwei Jugendliche schildern das folgendermassen:

*„Mir hat geholfen, dass alle an mich geglaubt haben, die Unterstützung meiner Eltern war mir sehr wichtig"* (Interview A1, Absatz 90).
*„Die Kolleginnen kamen mich auch schon in Zürich besuchen und wussten, wie ich aussehe und was meine Schwierigkeiten sind. Von daher hatte ich gar keine Probleme, weil mich in der Schule alle sehr herzlich empfangen haben"* (Interview A5, Absatz 29).

Nebst der wichtigen Unterstützung aus dem sozialen Umfeld kann auch die Schule, insbesondere die betroffene Lehrperson, massgeblich zu einer erfolgreichen Reintegration beitragen. Einerseits sind die schulische Förderung in der Aufarbeitung des verpassten Lernstoffes sowie die dazu benötigten Ressourcen entscheidend (7,3 %):

*„Ich glaube, wichtig ist wirklich, dass die Schulen bei der Reintegration Ressourcen zur Verfügung stellen. Das heisst, dass eine Assistenz kommt, eventuell sogar eine Heilpädagogin. Wenigstens für eine Weile. Dass wenigstens während der Reintegration noch jemand da ist, mit der das Verpasste nachgeholt werden kann und eventuell Sorgen besprochen werden können“* (Interview A6, Absatz 82).

Andererseits wird in zwei codierten Aussagen (2,5 %) die Haltung der Lehrperson angesprochen und Verständnis für die Situation der Betroffenen zeigen:

*„Wichtig ist, dass sich die Lehrer einer solchen Situation stellen können und wollen, Interesse und Einfühlungsvermögen für den Menschen zeigen und sein Umfeld“* (Interview A4, Absatz 62).
*„Wahrscheinlich kommt es auch sehr auf die betroffene Lehrperson an. Wie kann sie damit umgehen? Hat sie Empathie, um sich in das Kind zu versetzen und sich überlegen, was passieren könnte, wenn das Kind zurückkommt? Auf was müsste ich dann achten?“* (Interview A6, Absatz 94).

Vier codierte Aussagen (4,8 %) beziehen sich auf das direkte Ansprechen gegenüber den betroffenen SuS seitens der Lehrpersonen zur Brandverletzung. Dazu ein Beispiel:

*„Mir war es wichtig, dass mich die Lehrpersonen direkt angesprochen haben, was passiert ist“* (Interview A1, Absatz 50).

| Fördernde Aspekte bei der Reintegration: Unterkategorie (Kodes) | Anzahl Kodes | % aller K |
|---|---|---|
| ***Platz haben in der Klasse*** | ***2*** | ***2,5 %*** |
| ***Umfeld vorzeitig mit verändertem Aussehen konfrontieren*** | ***7*** | ***8,5 %*** |
| ***Schulstart gut planen*** | ***14*** | ***17 %*** |
| Betroffene Kinder/Jugendliche bei Reintegration willkommen heissen | 4 | 4,8 % |
| Schulbesuch vor Reintegration in Herkunftsklasse/-schule | 4 | 4,8 % |
| Schulausflug in die Rehabilitationsklinik | 2 | 2,5 % |
| Besuch der Lehrperson vor Reintegration | 2 | 2,5 % |
| ***Natürliches Verhalten*** | ***23*** | ***28 %*** |
| Offenheit | 13 | 15,8 % |
| Hilfsbereitschaft der Klasse | 1 | 1,2 % |
| Auf die Bedürfnisse eingehen | 1 | 1,2 % |
| Vertrauen | 1 | 1,2 % |

| | | |
|---|---|---|
| ***Gute Kommunikation*** | ***16*** | ***19,5 %*** |
| Ständige Kontaktpflege | 2 | 2,5 % |
| ***Unterstützung des Umfeldes*** | ***20*** | ***24,3 %*** |
| Fachliche Unterstützung beim Aufarbeiten des verpassten Lernstoffes | 6 | 7,3 % |
| Haltung der Lehrperson | 2 | 2,5 % |
| Unterstützung der Lehrperson (Coaching) | 1 | 1,2 % |
| Interesse zeigen | 1 | 1,2 % |
| Direktes Ansprechen | 4 | 4,8 % |
| Einfühlungsvermögen | 3 | 3,6 % |
| ***Summe*** | ***82*** | ***100 %*** |

*Abbildung 11: Prozentuale Verteilung der Unterkategorien (Kodes) zur Kategorie 1 „Fördernde Aspekte bei der Reintegration“ (eigene Darstellung)*

## 4.2 Kategorie 2: Hemmende Aspekte bei der Reintegration

Eine codierte Aussage (6,6 %) bezieht sich auf das Verhalten der betroffenen Kinder/Jugendlichen bei der Rückkehr in die eigene Klasse, insbesondere dem fehlenden Interesse der eigenen Klasse gegenüber. Zu diesem Abschotten meint ein betroffenes Kind:

„*Hemmend ist, wenn das Kind die ganze Zeit für sich ist und nichts mit anderen macht“* (Interview A1, Absatz 42).

Das fehlende Interesse in den 20 Prozent der codierten Aussagen bezieht sich aus Sicht der Eltern auf die Lehrpersonen der brandverletzten SuS, wie die folgende Aussage zeigt:

*„Die Lehrperson hat sich gar nicht für den Jungen interessiert. Während all dieser Zeit hat sie nicht einmal nach ihm gefragt, wie es ihm geht, nichts, nichts“* (Interview A7, Absatz 54).

33,3 Prozent der codierten Aussagen beziehen sich auf das fehlende Verständnis der betroffenen Lehrpersonen dem brandverletzten Kind/Jugendlichen und dessen Familie gegenüber. Manchmal können andere Überlegungen im Zentrum stehen anstatt das brandverletzte Kind oder der/die Jugendliche (z. B. finanzielle Anreize, Stoffvermittlung):

*„Da habe ich den Lehrer sehr negativ erlebt, anstatt ihn aufzustellen und zu fördern, hat er gesagt, er solle nicht so viele Aufgaben lösen, dies würde ihm nur Arbeit geben. Der Lehrer hat mir gesagt, er käme nicht aus Mitgefühl, er würde bezahlt von der Schule ...“* (Interview A4, Absatz 35).
*„Das Kind muss im Zentrum stehen. Nicht der Stoff. Der Stoff ist in einer solchen Situation wirklich sekundär. Es gibt sicherlich auch Lehrpersonen, die Angst davor haben, den Stoff nicht zu schaffen. Das ist im Prinzip nichts im Vergleich zu seinem Leben“* (Interview A6, Absatz 100).
*„Diese Lehrerin hatte kein Verständnis für unsere Situation, für sie war es mehr eine Last, den Jungen in ihrer Klasse zu haben“* (Interview A7, Absatz 54).

Betroffene Kinder/Jugendliche wünschen sich einen natürlichen Umgang für ihre Situation (siehe Kapitel 4.1) und so zeigen 13,3 Prozent der codierten Aussagen, dass hemmend sein kann, wenn das Kind, der/die Jugendliche (zu) sehr ins Zentrum gestellt wird, wie ein Mädchen dies folgendermassen ausdrückt:

*„Vielleicht kann ich es auch verallgemeinern, also bei mir war es so, dass man ja schon auffällt. Dann will man sich nicht noch mehr ins Zentrum stellen. Ich sagte mir immer, wenn mich die Leute ansprechen, dann erzähle ich es gerne und sage, was passiert ist. Aber ich will nicht herkommen und grad sagen, hey, da bin ich, ich habe im Fall Verbrennungen. Das finde ich ein bisschen blöd. Dann stellt man es noch mehr ins Zentrum“* (Interview A5, Absatz 51).

Eltern sprechen in ihren Aussagen (26,6 %) sowohl die Themen Überforderung als auch Ängste seitens der Lehrpersonen an, die hemmend für eine Reintegration sein können. Einerseits erinnert sich eine betroffene Mutter an Lehrpersonen, die sich dem Schicksal des brandverletzten Kindes/Jugendlichen nicht stellen konnten oder wollten und im Umgang mit ihm überfordert waren. Andererseits stellt vor allem für die brandverletzten Kinder/Jugendlichen die Angst einer Klassenwiederholung (6,6 % der codierten Aussagen) ein Hemmnis bei der Reintegration dar.
Seitens der betroffenen Kinder/Jugendlichen zeigt sich mit 20 Prozent der codierten Aussagen, dass eine hohe Erwartungshaltung der Lehrpersonen einen hemmenden Effekt bei der Reintegration einnehmen kann. Ein Junge äussert sich so auf die Frage, worauf Lehrpersonen bei der Reintegration achten sollen, folgendermassen:

*„Nicht grad alles wieder erwarten“* (Interview A1, Absatz 40).

| **Hemmende Aspekte bei der Reintegration: Unterkategorie (Kodes)** | Anzahl Kodes | % aller K |
|---|---|---|
| ***Fehlendes Interesse*** | ***3*** | ***20 %*** |
| Sich abschotten | 1 | 6,6 % |
| ***Fehlendes Verständnis*** | ***5*** | ***33,3 %*** |
| Kind/Jugendliche/r nicht ins Zentrum stellen | 2 | 13,3 % |
| ***Überforderung*** | ***4*** | ***26,6 %*** |
| Ängste (z. B. vor Klassenrepetition) | 1 | 6,6 % |
| ***Druck*** | ***3*** | ***20 %*** |
| Hohe Erwartungen | 3 | 20 % |
| ***Summe*** | ***15*** | ***100 %*** |

*Abbildung 12: Prozentuale Verteilung der Unterkategorien (Kodes) zur Kategorie 2 „Hemmende Aspekte bei der Reintegration“ (eigene Darstellung)*

## 4.3 Kategorie 3: Auswirkung auf das heutige Leben

Das veränderte Aussehen der betroffenen Kinder und Jugendlichen sowie die Reaktion des Umfeldes und der Gesellschaft darauf nimmt mit 28 Prozent der codierten Aussagen den grössten Stellenwert im Hinblick auf die Frage, welche Auswirkung eine Brandverletzung auf ihr heutiges Leben haben kann, ein. Eine betroffene Mutter spricht auch ihre Zukunftssorgen an:

*„Es beschäftigt mich, wie es in der Zukunft geht, in der Pubertät, mit Freundinnen, Arbeit ... Wie lange es noch geht im Spital?“* (Interview A2, Absatz 46).

Eine andere Mutter sorgt sich um die Nebenwirkungen der zahlreichen Operationen, die ihrer Meinung nach grosse Auswirkungen auf das heutige Leben haben, insbesondere bezüglich der Konzentrationsprobleme und häufiger Müdigkeit:

*„Schon rein die Tatsache von all diesen Narkosen, alle Medikamente - beim letzten Aufenthalt war er dauernd unter Morphin. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das spurlos an ihm vorbeigehen wird für sein zukünftiges Leben. Auch wenn die Anästhesie sagt, nein, es hat keine Nebenwirkungen. Der Knabe hatte schon über 100 Narkosen in seinem Leben, das hat sicher Nebenwirkungen“* (Interview A7, Absatz 36).

Es ist individuell verschieden, wie Betroffene mit ihren Narben umgehen. Einige Betroffene versuchen, die Narben beispielsweise hinter Kleidern zu verbergen, andere wiederum zeigen diese offen. Oft steckt dahinter ein langer Prozess, bis die Betroffenen die Narben sowie das Zeigen dieser akzeptieren. Dazu eine Betroffene:

*„Ich trug auch immer ein Halstuch, als ich im Dorf zur Schule ging. Als ich die Schule wechselte und ins Gymnasium ging, habe ich gesagt, dass ich am ersten Schultag das Halstuch nun nicht mehr tragen werde. Das werde ich sonst nicht mehr los. Wenn ich immer mit dem Halstuch rumlaufe, kennen mich sonst alle nur mit dem Halstuch. Das ist dann viel schwieriger, dieses dann irgendwann abzulegen, also wenn sie mich von Anfang an ohne Halstuch kennen lernen. Ich denke, das war ein sehr wichtiger Schritt, um das Verstecken loszuwerden. Das hat mich anschliessend noch ein wenig offener gemacht, weil ich das Halstuch vorher immer getragen habe, um meinen Hals und Dekolleté zu verstecken“* (Interview A5, Absatz 63).

Auch das Alter des betroffenen Kindes spielt eine Rolle, wie es eine Mutter schildert:

*„Es wird aber schon immer mehr ein Thema, je älter er wird. Ein Arzt hat ihm auch gesagt, dass wenn er erwachsen ist, dass er die Narben weglasern lassen kann, wenn er möchte. Und ein Kollege hat ihm davon erzählt (...). Manchmal sagt er, dass er sie gar nicht weghaben möchte, weil die Narben zu ihm gehören und seinem Leben. Und manchmal sagt er wieder, dass er die Narben nicht will. Aber das passiert mehr in Situationen, wenn es ihm auch sonst nicht so gut geht. Dann kommt das dazu“* (Interview A7, Absatz 90).

Den negativen Auswirkungen einer Brandverletzung auf das heutige Leben können 32 Prozent der codierten Aussagen zugeordnet werden. Belastend in Bezug auf das veränderte Aussehen sind verletzende Bemerkungen und das Auslachen von Kindern und Erwachsenen sowie neugierige Blicke, wie folgende Beispiele zeigen:

*„Die Kinder sind gemein, er hört auch hin und wieder einen Spruch. Das eine Kind sagt ihm immer wieder: "Du verbranntes Riesenbaby!""* (Interview A7, Absatz 44).

*„Ein Junge, der eine Bratwurst grillierte, sagte zu ihm: "Ha, diese Bratwurst sieht ja aus wie du!""* (Interview A6, Absatz 46).

*„Er war am Schülerfussballturnier und als die Kinder zurückgekommen sind, berichteten sie, dass ein anderer Junge den brandverletzten Jungen angesprochen hat und ihm sagte, dass er wie ein Zombie aussehe“* (Interview A6, Absatz 46).

Kinder und Jugendliche müssen sich mit solchen Erlebnissen auseinandersetzen und Eltern erwähnten, dass sie teilweise intervenieren, wenn ihr Kind wegen den Narben ausgelacht wird:

*„Wenn sie ihn auslachen, gehe ich schon auf sie zu und sage, dass sie jetzt aufhören müssen. So lustig ist das gar nicht. Auslachen ist gar nicht akzeptabel“* (Interview A2, Absatz 58).
*„Mittlerweile habe ich mich daran gewöhnt und so lange sie keine blöden Sachen sagen oder auslachen, mit den Fingern auf ihn zeigen und tuscheln "Muesch luege", dann habe ich schon eher das Bedürfnis, etwas zu sagen“* (Interview A2, Absatz 54).

Auch die Strategien, die die Betroffenen zu ihrem Aussehen einsetzen, sind ebenfalls individuell und reichen von offenem Zeigen und Reagieren bis zur Vermeidung der Betrachtung des eigenen Spiegelbildes oder keiner Reaktion bei verbalen Verletzungen. Eine Lehrperson beschreibt eine solche Strategie wie folgt:

*„Der Schüler überspielt solche Szenen, geht nicht darauf ein, überhört es, wenn es Bemerkungen gibt“* (Interview A6, Absatz 78).

*„Er tut jedoch immer so, als ob nichts wäre. Ich weiss nicht, ob das in ihm drinnen frisst und irgendwann mal rauskommt“* (Interview A6, Absatz 46).

Eine Mutter berichtet, dass ihr Kind nach solchen Rückschlägen nach Möglichkeit den Aussenkontakt vermeidet. Ein gutes Umfeld mit verständnisvollen Eltern und Freunden hilft dabei, sich mit diesen Situationen auseinanderzusetzen:
*„Ich habe die Bedeutung eines guten Umfeldes richtig schätzen gelernt. Dass ich gute Kollegen habe und dass ich wirklich eine sehr gute Familie habe“* (Interview A5, Absatz 55).

Dass dies nicht nur schwierige Aspekte haben kann, sondern durchaus auch einen Effekt auf beispielsweise eine veränderte persönliche Sichtweise hat, zeigt die folgende Aussage einer betroffenen Jugendlichen:

*„Logisch, das kann ich jetzt sagen, weil ich nicht "schön" aussehe, weil aber mein Objektives verändert wurde und ich schon begonnen habe, das Innere der Menschen mehr zu schätzen“* (Interview A5, Absatz 55).

28 Prozent der codierten Aussagen konnten unter die Kategorie „positive Auswirkungen“ zusammengefasst werden. Dabei wurden einerseits die gewonnene Offenheit und Reife der betroffenen Kinder und Jugendlichen genannt. Stellvertretend dazu eine Aussage einer Jugendlichen:

*„Ich habe das Gefühl, dass ich andere Sachen mehr schätze. Meine Schwester sagt mir immer, dass sie es schön findet, wie ich mein Leben geniesse. Das finde ich herzig und ich probiere das auch“* (Interview A5, Absatz 79).

Andererseits weisen insbesondere Eltern darauf hin, dass sie gelernt haben, auf sich selber zu achten und wenn nötig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen (z. B. Traumatherapie).

| Kurz- und mittelfristige Folgen: Unterkategorie (Kodes) | Anzahl Kodes | % aller K |
|---|---|---|
| ***Veränderte Weltanschauung*** | ***2*** | ***8 %*** |
| Andere Prioritäten | 1 | 4 % |
| ***Verändertes Aussehen*** | ***7*** | ***28 %*** |
| ***Zukunftssorgen*** | ***1*** | ***4 %*** |
| ***Positive Auswirkungen*** | ***7*** | ***28 %*** |
| Offenheit | 2 | 8 % |
| Reife | 2 | 8 % |
| Leben geniessen | 1 | 4 % |
| Auf eigene Bedürfnisse achten | 2 | 8 % |
| ***Negative Auswirkungen*** | ***8*** | ***32 %*** |
| Auslachen, Bemerkungen zum Aussehen | 5 | 20 % |
| Konzentrationsprobleme, Müdigkeit | 2 | 8 % |
| Konfrontation mit eigenem Aussehen | 1 | 4 % |
| ***Summe*** | ***25*** | ***100 %*** |

*Abbildung 13: Prozentuale Verteilung der Unterkategorien (Kodes) zur Kategorie 3 „Kurz- und mittelfristige Folgen“ (eigene Darstellung)*

## 4.4 Kategorie 4: Kurz- und mittelfristige Folgen nach Brandverletzung

Funktionelle Einschränkungen sind diejenigen kurz- und mittelfristigen Folgen, die mit knapp 20 Prozent der codierten Aussagen ins Gewicht fallen. Diese Einschränkungen bewirken, dass betroffene Kinder und Jugendliche (länger) nicht oder nur teilweise den Sportunterricht besuchen können und/oder die Teilnahme an sportlichen Veranstaltungen unter Umständen nicht möglich ist. Eine Jugendliche beschreibt dies so:

*„Am Anfang durfte ich gar keinen Sport machen, da hatte ich eine Dispens. Da hatte ich noch offene Wunden, Narben, die wieder aufreissen konnten und dann hatte ich teilweise auch noch Einschränkungen“* (Interview A5, Absatz 67).

Je nach Art der Verbrennung muss während einer längeren Zeit entweder ein Jobst[18] getragen

[18] Jobst = enganliegender Kompressionsanzug, übt kontinuierlich Druck auf die Narbenzone aus und wirkt so der Narbenbildung entgegen

und in einer Hartschale geschlafen werden. Da der Jobstanzug auch tagsüber getragen wird, werden auch Schulkolleginnen und Schulkollegen damit konfrontiert. 1,8 Prozent der codierten Aussagen beziehen sich auf diese Tatsache.

Weitere Aussagen beziehen sich auf die eingeschränkte Selbstständigkeit und Mobilität (8,8 % der codierten Aussagen), die für eine/n Brandverletzte/n nebst der funktionellen Einschränkung zusätzlich belastend sein können. Auch Lehrpersonen können unter Umständen damit konfrontiert werden, wie folgendes Beispiel zeigt:

*„Und da der Schüler damals den Jobst noch nicht so gut aus- und anziehen konnte, haben wir ihm dabei geholfen“* (Interview A6, Absatz 44).

22,8 Prozent der codierten Aussagen befassen sich mit einer möglichen Wesensveränderung der betroffenen Kindern und Jugendlichen, die als Folge einer Brandverletzung beschrieben wird. Dabei wird deutlich, dass Betroffene mit anderen Mitmenschen einen veränderten Umgang an den Tag legen können, wie folgende Beispiele aus Sicht einer Lehrperson zeigen:

*„Zu seinen drei besten Freunden ist der Kontakt eher zurückgegangen. Er ist feiner geworden. Die Knaben, mit denen er zusammen war, sind eher laut und tonangebend. Jetzt ist es ihm vielleicht fast zu viel. Er wird vielleicht auch nicht mehr so angenommen, das wissen wir noch nicht richtig. Es ist vielleicht beides“* (Interview A6, Absatz 44).
*„Er ist heute nicht mehr so dabei, wenn andere geärgert werden“* (Interview A6, Absatz 46).

Weitere Aspekte einer möglichen Wesensveränderung sind das auffällige Verhalten (1,8 %), Konzentrationsprobleme (8,8 %) und Müdigkeit (1,8 %). Vor allem Eltern und Lehrpersonen sprechen diese Veränderungen an:

*„Er ist verhaltensauffällig, Konzentrationsprobleme (...) Eben, es gibt Zeiten, da ist er ein völlig normales Kind, dann gibt es Zeiten, wo er völlig spinnt“* (Interview A7, Absatz 94).
*„Seine Ausdauer, seine Konzentration waren im Vergleich zu vorher weniger geworden“* (Interview A6, Absatz 44).

Eine Mutter weist auch einen möglichen Zusammenhang der Narkosen auf die Konzentrationsfähigkeit hin:

*„Der Knabe hatte schon über 100 Narkosen in seinem Leben, das hat sicher Nebenwirkungen. Ich glaube auch, dass die Konzentrationsfähigkeit mit diesen Narkosen zu tun haben“* (Interview A7, Absatz 36).

Ein Aspekt für die Reintegration in die Herkunftsschule ist weiter die Frage nach der Belastbarkeit der SuS, die eine Lehrperson wie folgt beschreibt:

*„Die Diskussion war auch, ob er überhaupt einen ganzen Schultag durchsteht, ist er sehr schnell müde? Kann er das alles bewältigen, auch in grossen, lärmigen Gruppen? Denn er wurde ja 9 Monate mehr oder weniger einzeln betreut und hatte immer Ruhe“* (Interview A6, Absatz 44).

Korrekturoperationen sind weitere Folgen (17,5 % der codierten Aussagen), die für viele brandverletzte Kinder/Jugendliche unumgänglich und dennoch schwierig sind. Für einige Betroffene sind diese Operationen vor und nach der Hospitalisation schwierig, weil es teilweise auch ungewiss ist, wie lange diese dauern wird, welche Schmerzen daraus resultieren können und wie der Wundheilungsprozess verlaufen wird. Eine Mutter beschreibt ihre Erfahrungen folgendermassen:

*„Es ist die Ungewissheit, wenn man wüsste, es sind zwei Monate, drei oder auch sechs Monate, wenn man weiss, dass es so lange geht, dann kann man das so organisieren. Aber es ist halt so, wir gehen ins Spital, er wird operiert, wir haben keine Ahnung, was passiert“* (Interview A7, Absatz 52).

7 Prozent der codierten Aussagen beziehen sich auf die Angst der Kinder/Jugendlichen und Eltern vor der Korrekturoperation und der daraus resultierenden Schulabsenz. Eine Mutter beschreibt diese Angst wie folgt:

*„Aber meine Angst ist halt immer wieder, dass zu viel Schule ausfällt, denn er musste ja schon die Klasse wiederholen wegen dem und dass das immer wieder passieren kann“* (Interview A7, Absatz 14).
*„Er hat sich vom letzten Aufenthalt langsam erholt, es ging besser und dann musste er wieder ins Spital gehen. Man kommt so nicht vorwärts im Leben“* (Interview A7, Absatz 52).

Eltern und Lehrpersonen sprechen weiter den Aspekt an, welchen emotionalen Schock (7 % der codierten Aussagen) die Brandverletzung des Kindes/Jugendlichen bei deren Anblick kurz nach der Verbrennung ausgelöst hat. Eine Lehrperson findet dazu folgende Worte:

*„Es war natürlich ein grauenhafter Schock. Er lag völlig eingepackt dort, man sah mehr oder weniger nur die Augen. Es war ganz schwierig, wenn man gesehen hat, wie er vorher ein aufgestellter und fröhlicher Junge war. Das war ein Schock“* (Interview A6, Absatz 26).

33,3 Prozent der Codierungen lassen sich unter die Kategorie „Lernrückstände“ zusammenfassen. Dabei werden die Themen Schulwechsel (1,8 %), monatelange und durch Korrekturoperationen wiederkehrende Schulabsenzen (14 %) mit den daraus resultierenden stofflichen Lücken sowie mögliche oder erfolgte Klassenrepetitionen (10,5 %) genannt. Wie wichtig das nötige Verständnis der Herkunftsschule für diese Schwierigkeiten sein kann, zeigt folgende Aussage einer betroffenen Lehrperson:

*„Im Moment packt er es recht gut, aber er hat gewisse Defizite, für die wir ihm ein halbes Jahr Zeit geben müssen und schauen, wo er dann steht und das dann mit den betroffenen Leuten besprechen, wie man es einschätzt und was Sinn macht. Ich finde, es geht schlussendlich auch darum, was Sinn macht, auch, was für den Jungen Sinn macht, auch psychisch“* (Interview A6, Absatz 66).

Vor allem Eltern und die Kinder/Jugendlichen äussern sich zur Thematik der Klassenwiederholung und haben diesbezüglich unterschiedliche Erfahrungen sowie Gründe dazu. Folgende Ausschnitte zeigen diese Vielfalt auf:

*„Aber ich habe dann ein Jahr wiederholt, weil ich ein halbes Jahr in der Schule verpasst habe. Man fand es so besser, nicht unbedingt wegen den Leistungen, aber halt auch, weil in meinem Dorf mehr Verständnis da war, wenn ich fehlen musste. Der verpasste Schulstoff war eigentlich nie das Problem. Die Wiederholung war vor allem, um Zeit zu gewinnen, weil man es nicht so gewusst hat. Es war ein bisschen eine schwierige Situation. Zwischendurch nervt es mich, dass ich ein Jahr verloren habe. Aber dann denke ich wieder, ein Jahr auf das Leben spielt überhaupt keine Rolle“* (Interview A5, Absatz 65).
*„Vielleicht braucht es eine erneute Repetition. Weil es immer so ungewiss ist. Und wenn er wieder 6 Monate im Spital ist, dann kann man beim besten Willen nichts machen. Dann muss er eine Klasse wiederholen. Das ist so viel Stoff, den er verliert“* (Interview A7, Absatz 14).

| **Auswirkung auf das heutige Leben: Unterkategorie (Kodes)** | Anzahl Kodes | % aller K |
|---|---|---|
| ***Funktionelle Einschränkungen*** | ***11*** | ***19,3 %*** |
| Sportdispens | 4 | 7,0 % |
| Schlafen in der Hartschale | 1 | 1,8 % |
| Jobst | 1 | 1,8 % |
| Einschränkungen in Selbstständigkeit und Mobilität | 5 | 8,8 % |
| ***Wesensveränderung*** | ***13*** | ***22,8 %*** |
| Auffälliges Verhalten | 1 | 1,8 % |
| Konzentrationsprobleme | 5 | 8,8 % |
| Müdigkeit | 1 | 1,8 % |
| ***Korrekturoperationen*** | ***10*** | ***17,5 %*** |
| Ungewissheit | 1 | 1,8 % |
| Schmerzen | 1 | 1,8 % |
| Ängste | 4 | 7,0 % |
| Wundheilungsstörungen | 1 | 1,8 % |
| ***Emotionaler Schock*** | ***4*** | ***7,0 %*** |
| ***Lernrückstände*** | ***19*** | ***33,3 %*** |
| Schulwechsel | 1 | 1,8 % |
| Klassenrepetition | 6 | 10,5 % |
| Lange Schulabsenz | 8 | 14,0 % |
| ***Summe*** | ***57*** | ***100 %*** |

*Abbildung 14: Prozentuale Verteilung der Unterkategorien (Kodes) zur Kategorie 4 „Auswirkung auf das heutige Leben“ (eigene Darstellung)*

## 4.5 Kategorie 5: Hilfreiche Unterstützungsangebote

Die Reintegration brandverletzter Kinder und Jugendlicher in die Herkunftsschule kann durch hilfreiche Unterstützungsangebote erleichtert werden. Diese Angebote sind vielfältig und, wie in anderen Kategorien beschrieben, individuell zu gestalten. Dabei sind mit 25,5 Prozent der codierten Aussagen Unterstützung diverser Fachstellen oder Fachpersonen zu nennen: Die Angebote des Kinderspitals Zürich (Ärzteschaft, Psychologie, Pflegeberatung, Ergotherapie, Spitalschule), schulische Unterstützung der Herkunftsschule (SHP, Klassenassistenz, Schulsozialarbeit) oder externe Fachunterstützung wie die Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD) oder weitere Stellen (Nachhilfe, Lerncoach). Dazu einige Wortnennungen:

*„Die Spitalschule hat sehr geholfen, als es darum ging, dass der Schüler Unterricht zu Hause bekommen sollte und beim Übertritt in die Oberstufe“* (Interview A4, Absatz 67).
*„Vom Spital aus habe ich mit dem Psychologen der Abteilung darüber gesprochen, mehr allgemein darüber, wie es ist, in die Öffentlichkeit zu gehen, weil ich lange im Spital war. Wie ich so auf Blicke reagieren soll und wie es sein wird“* (Interview A5, Absatz 29).
*„Auch die Schulische Heilpädagogin hat mit ihm ab und zu Themen besprochen und bei ihm nachgefragt und die Assistentin hat mit ihm die Reihen nachbearbeitet“* (Interview A6, Absatz 70 und Absatz 62).

44,7 Prozent der codierten Aussagen zeigen auf, wie wichtig die Kontaktpflege mit Briefen, Telefonanrufen etc. oder Besuchen während der Hospitalisation seitens der Herkunftsschule ist:

*„Während meines Spitalaufenthalts bekam ich von der Klasse Briefe ins Spital. Das war nett“* (Interview A1, Absatz 58).
*„Klassenkollegen haben Sachen gebastelt, geschrieben, gesungen, aufgenommen und vorbeigebracht“* (Interview A2, Absatz 12).
*„Meine Klasse hat sogar eine CD gemacht. Darauf war vieles. Sie haben Geschichten vorgelesen und für meinen Geburtstag gesungen. (...) Sie haben viele CDs gemacht“* (Interview A3, Absatz 93).
*„Wir haben ziemlich schnell gemerkt, dass wir als Schule versuchen müssen, den Kontakt zum Jungen zu behalten“* (Interview A6, Absatz 28).

Weiter werden brandverletzte Kinder und Jugendliche indirekt unterstützt, wenn bei einer Brandverletzung die betroffene Klasse und allenfalls Schule angemessen und in Absprache mit den Eltern informiert werden, um unerwünschte Reaktionen gegenüber den Betroffenen zu vermindern. Dazu eine Lehrperson:

*„Wir mussten auch den anderen Kindern der Klasse darüber erzählen. Sie waren betroffen, hatten viele Fragen. Wir haben lange darüber gesprochen“* (Interview A6, Absatz 28).

Dies kann auch der Verbreitung von Gerüchten entgegenwirken:

*„Der Klassenlehrer hat die ganze Klasse sehr gut informiert, sodass alle das gleiche Wissen haben, nicht, dass jemand mehr weiss, oder jemand weniger. Oder jemand ungenaue Sachen weiss“* (Interview A5, Absatz 31).

10,6 Prozent der codierten Aussagen sprechen diese für sie notwendige Information an, teilweise auch in Bezug auf die geplante Reintegration, wie die folgende Aussage einer Lehrperson zeigt:

*„Und mussten wir auch die anderen Klassen informieren, vor allem seine Rückkehr vorbereiten. Wir haben dafür die Lehrperson im Voraus informiert, die Schulpflege. Dann haben wir eine Information in der ganzen Stufe vorgenommen, dass der Knabe zurückkommt mit Hinweisen, wie man mit ihm umgehen sollte“* (Interview A6, Absatz 30).

Spezielle Abmachungen (oft auch seitens der Schule) mit knapp 30 Prozent der codierten Aussagen gehören ebenfalls zu den hilfreichen Unterstützungsangeboten. Diese sind individuell verschieden – genannt werden beispielsweise Prüfungen verschieben oder erlassen, Auszeit oder kurze Pausen ermöglichen (6,4 % der codierten Aussagen), während des Schulunterrichts für z. B. Hinlegen, Buch lesen, spezielle Ecke für das Kind zur Erholung einrichten, während den Lektionen essen (wegen erhöhtem Energiebedarf) und 6,4 Prozent der codierten Aussagen betreffen die Anpassung der Lernziele. Diese Abmachungen sind sehr flexibel zu gestalten und idealerweise mit der Schülerin oder des Schülers zu besprechen, denn meistens wollen sie möglichst wie die anderen Klassenmitglieder behandelt werden:

*„Ich habe den Lehrpersonen immer gesagt, dass ich gleich behandelt werden möchte. Möglichst normal, nicht noch spezieller machen, als man eh schon ist“* (Interview A5, Absatz 57).

Eine Lehrperson beschreibt die Thematik zur Lernzielanpassung folgendermassen:

*„Ein bisschen angepasst haben wir die Lernziele natürlich automatisch, einfach von der Menge, von Themen, die er noch nicht hatte, dass man gesagt hat, er solle das so machen, wie er es könne. Unsere Haltung war immer, dass wir versuchen, ihn zurückkommen zu lassen, dass er zurück in die Klasse kommt, in sein Nest. Das war immer unsere erste Aufgabe, die wir in den Vordergrund stellten. Der Stoff ist völlig zweitrangig. Er bleibt jetzt einfach bis in die 3. Klasse bei uns, egal, ob er die Lernziele erfüllt oder nicht. Dann schauen wir weiter, ob er allenfalls repetiert, da es sowieso eine Aufteilung der Klasse gibt“* (Interview A6, Absatz 66).

| **Hilfreiche Unterstützung: Unterkategorie (Kodes)** | Anzahl Kodes | % aller K |
|---|---|---|
| ***Fachliche Unterstützung*** | ***12*** | ***25,5 %*** |
| Kinderspital, KJPD, Spitalschule, SHP, Schulsozialarbeit, Nachhilfe, Coach, Assistenz | 12 | 25,5 % |
| ***Kontaktpflege während der Hospitalisation*** | ***21*** | ***44,7 %*** |
| Regelmässige Besuche im Spital | 1 | 2,1 % |
| Information (an Klasse, ev. ganze Schule) | 5 | 10,6 % |
| ***Spezielle Abmachungen*** | ***14*** | ***29,8 %*** |
| Lernziele anpassen | 3 | 6,4 % |
| Mehr Pausen während Schulunterricht | 3 | 6,4 % |
| ***Summe*** | ***47*** | ***100 %*** |

*Abbildung 15: Prozentuale Verteilung der Unterkategorien (Kodes) zur Kategorie 5 „Hilfreiche Unterstützung“ (eigene Darstellung)*

# 5 Interpretation und Diskussion

Aufgrund der Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews werden in diesem Kapitel die Forschungsfragen beantwortet, indem für jede Fragestellung jeweils eine Rangliste mit den Faktoren dargestellt wird, die für die Beantwortung aufschlussreich ist. Des Weiteren wird eine zusammenfassende Darstellung der erzielten Ergebnisse vollzogen, die die mit der vorhandenen Literatur und den Erfahrungen in Bezug gesetzt wird.

## 5.1 Beantwortung der Fragestellungen

Die beiden Hauptfragen beschäftigen sich mit den Faktoren, die sich förderlich respektive hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung erweisen. Zur Beantwortung dieser Fragen sind auch die Nebenfragen relevant.
Im Folgenden werden die Haupt- sowie die Nebenfragen nochmals wiederholt.

- *Welche Faktoren erweisen sich als förderlich für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?*
- *Welche Faktoren erweisen sich als hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung?*

1. **Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene seitens der Lehrperson oder anderer Personen rückblickend gewünscht?**
2. **Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?**
3. **Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben der befragten Personen?**

### 5.1.1 Beantwortung der Hauptfragestellungen

Die Fragen verlangen nach einer Auflistung der förderlichen respektive hemmenden Aspekten, die für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung relevant sind. Demnach wird im Folgenden eine Rangliste mit den Faktoren dargestellt, die von den Befragten als förderlich respektive hemmend bewertet wurden. Die beiden Ranglisten beginnen jeweils mit dem Faktor, der den höchsten Prozentsatz aufweist und somit als am förderlichsten respektive hemmendsten für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung erachtet wird.

Für die Reintegration nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule ist es förderlich, ...

1. *... wenn die Klasse und die Lehrpersonen einen natürlichen und offenen Umgang und Einfühlungsvermögen zeigen.*
2. *... wenn das Umfeld das betroffene Kind, den/die betroffene/n Jugendliche/n unterstützt.*

3. *… wenn die betroffenen Lehrpersonen mit den Eltern und der/dem betroffenen Schüler/-in eine gute Kommunikation pflegen.*

4. *... wenn der Schulstart gut geplant ist (vorgängiger Besuch, Fragen klären etc.).*

5. *... wenn das (schulische) Umfeld frühzeitig mit dem veränderten Aussehen des betroffenen Kindes, der/des betroffenen Jugendlichen konfrontiert wird.*

6. *... wenn gegebenenfalls eine fachliche Unterstützung beim Aufarbeiten des verpassten Lernstoffes installiert wird.*

7. *... die/den Schüler/-in herzlich willkommen zu heissen.*

8. *... dass der/die Schüler/-in einen Platz in der Klasse hat (auch während Abwesenheit).*

9. *... wenn auf die Bedürfnisse des betroffenen Kindes, der/des betroffenen Jugendlichen eingegangen wird.*

10. *... wenn die Klasse und Lehrpersonen hilfsbereit und verständnisvoll sind.*

11. *... wenn dem betroffenen Kind, der/dem betroffenen Jugendlichen und deren Eltern Interesse entgegengebracht wird.*

Für die Reintegration nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule ist es hemmend, ....

1. *... wenn das (schulische) Umfeld für das betroffene Kind, die/den betroffene/n Jugendliche/n kein Verständnis zeigt.*

2. *… wenn das betroffene Kind, die/der betroffene Jugendliche bei der Reintegration überfordert wird (verpasster Lernstoff aufarbeiten, Prüfungen nachholen, hohe Erwartungshaltung der Lehrpersonen).*

3. *... wenn die Lehrpersonen kein Verständnis für allfällige Veränderungen zeigen (z. B. Konzentrationsprobleme).*

4. *... wenn die Lehrpersonen Druck wegen des verpassten Lernstoffes ausüben.*

5. *... wenn das betroffene Kind, die/der betroffene Jugendliche Angst vor der Reintegration in die Herkunftsklasse hat.*

### 5.1.2 Beantwortung der Nebenfragen

1. Nebenfrage:

**Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene seitens der Lehrperson oder anderer Personen rückblickend gewünscht?**

Diese Nebenfrage wurde in den Leitfadeninterviews zu wenig repräsentativ beantwortet, da sich viele Betroffene entweder positiv über die Reintegration in die Herkunftsschule geäussert haben, respektive die leicht veränderte Frage nach hilfreichen Unterstützungsangeboten eine differenziertere Sichtweise vermitteln kann. Daher wurde diese Nebenfrage leicht umgestellt.
Im Folgenden wird wiederum eine Rangliste mit den Faktoren dargestellt, die von den Befragten als „hilfreiche Unterstützungsangebote“ bewertet wurden. Die Rangliste beginnt jeweils mit dem Faktor, der den höchsten Prozentsatz aufweist und somit als das hilfreichste Unterstützungsangebot erachtet wird.

Für die Reintegration nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule war es für ehemalige Betroffene rückblickend hilfreich, …

1. *... wenn während der Hospitalisation Kontakt von der Klasse/Lehrpersonen zu dem betroffenen Kind, der/dem betroffenen Jugendlichen und den Eltern aufgenommen und dieser gepflegt wird (z. B. Besuche im Spital, Briefe, E-Mails, Information an die Klasse).*
2. *… wenn für das betroffene Kind, die/den betroffene/n Jugendliche/n nach der Reintegration in die Klasse bei Bedarf spezielle Abmachungen mit den Lehrpersonen vereinbart werden (z. B. Lernziele anpassen, vermehrte Pausen, Prüfungen erlassen).*
3. *… wenn das betroffene Kind, die/der betroffene Jugendliche bei Bedarf fachliche Unterstützung erhält (im Kinderspital durch interdisziplinäres Team, extern durch z. B. KJPD, Schulische/r Heilpädagoge/-in, Schulsozialarbeit, Nachhilfe, Coach, Klassenassistenz).*

2. Nebenfrage:

**Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?**

Mit „unmittelbaren“ Auswirkungen werden hier die kurz- und mittelfristigen Auswirkungen einer Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen bezeichnet. Im Folgenden wird wiederum eine Rangliste mit den Faktoren dargestellt, die von den Befragten bei „Kurz- und mittelfristige Folgen nach Brandverletzung“ genannt wurden. Die Rangliste beginnt jeweils mit dem Faktor, der den höchsten Prozentsatz aufweist und somit am häufigsten genannt wurde.

Für das damalige Leben der ehemaligen Betroffenen einer Brandverletzung war es möglich, dass …

1. *… durch den verpassten Lernstoff infolge der langen Hospitalisation Massnahmen ergriffen wurden (z. B. Schulwechsel, Klassenrepetition).*
2. *… sie/er sich persönlich verändert hat (z. B. auffälliges Verhalten, Konzentrationsprobleme, häufige Müdigkeit).*
3. *… sich funktionelle Einschränkungen auf die Selbstständigkeit und Mobilität ausgewirkt haben (z. B. Sportdispens, Schlafen in der Hartschale, Tragen des Jobst).*
4. *… Korrekturoperationen eine (wiederkehrende) Belastung darstellen (z. B. Ungewissheit der Hospitalisationsdauer, Schmerzen, Ängste, ev. Wundheilungsstörungen).*
5. *… der emotionale Schock der Brandverletzung sehr belastend war.*

3. Nebenfrage:

**Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben der befragten Personen?**

Im Folgenden wird wiederum eine Rangliste mit den Faktoren dargestellt, die von den Befragten bei den Auswirkungen auf das heutige Leben am häufigsten genannt wurden. Die Rangliste

beginnt jeweils mit dem Faktor, der den höchsten Prozentsatz aufweist und somit am häufigsten genannt wurde.

Für das heutige Leben der Kinder oder Jugendlichen einer Brandverletzung oder deren Eltern ist es möglich, dass …

1. *… sie durch negative Auswirkungen, wie z. B. Auslachen, Bemerkungen zum veränderten Aussehen, Konzentrationsprobleme, Müdigkeit sowie durch die Konfrontation mit dem eigenen Aussehen, belastet sein können.*
2. *… sie offener und reifer geworden sind und gelernt haben, das Leben zu geniessen sowie auf eigene Bedürfnisse zu achten.*
3. *… sie eine veränderte Weltanschauung aufweisen und Prioritäten anders setzen.*
4. *… betroffene Eltern Zukunftssorgen um ihre brandverletzten Kinder und Jugendliche haben können.*

## 5.2 Zusammenfassende Schlussfolgerungen für die Praxis

Zusammenfassend scheinen für eine gelingende Reintegration die frühe Kontaktpflege zum brandverletzten Kind/Jugendlichen bereits während der Hospitalisation sowie eine gute und enge Zusammenarbeit von Spital und Herkunftsschule unabdingbar zu sein. Dabei gilt es, die Phase des Wiedereinstiegs in die Herkunftsschule, die häufig mehrere Wochen und Monate umfasst, mit den Leistungsanforderungen der Schule und den Bedürfnissen der SuS gut in Einklang zu bringen.

Die Information über die Reintegration brandverletzter SuS in die Herkunftsschule sollte wenn möglich über die Klassenlehrperson geschehen. Dies bedingt aber, dass diese für die Brandverletzung sensibilisiert und aufgeklärt ist. Das Wissen über eventuelle Einschränkungen ist ebenso eine Voraussetzung für den förderlichen Umgang mit den wiederkehrenden SuS. Die Reintegration soll durch eine wohlwollende Begegnung erfolgen, bei der das brandverletzte Kind resp. die/der Jugendliche so weit wie möglich wie alle anderen SuS behandelt wird. Bei der Reintegration braucht es möglicherweise unterstützende Absprachen und Massnahmen, die den brandverletzten SuS die Reintegration in die Herkunftsklasse erleichtern. Diese sind im Sinne eines Nachteilsausgleichs gedacht, die sich auf die Leistungsanforderungen (verpasster Unterrichtsstoff, Leistungsbeurteilung) beziehen.

Grundsätzlich ist es hilfreich, wenn die Klassenlehrperson kontinuierlich in Kontakt mit den betroffenen SuS und deren Eltern steht, damit eine mögliche Überforderung und andere Schwierigkeiten frühzeitig erkannt und rechtzeitig angesprochen werden können.

Wilson et al. (2014) führen in einer Studie aus, in der Lehrpersonen zu ihren Erfahrungen zur schulischen Reintegration für Kinder nach einer Brandverletzung befragt wurden, dass die Reintegration in die Herkunftsschule folgenden Schlüsselprinzipien zugrunde liegt (Wilson, 2014):

- Die Planung für die Wiedereingliederung soll baldmöglichst nach der Verletzung erfolgen.
- Die Eltern benötigen fortwährende Ermutigung und Unterstützung.
- Jede Reintegration muss individuell geplant werden.
- Mit Einschränkungen und notwendigen Fördermassnahmen muss gerechnet werden.
- Das Spezialistenteam im Brandverletztenzentrum kann für Fragen beigezogen werden.

Horridge et al. (2010) zeigen in einer Studie auf, dass der Prozess der Rückkehr zur Schule bei Verbrennungsopfern nicht linear verläuft. Sie beschreiben fünf sich beeinflussende Faktoren (siehe Abbildung 16): Diese sind die emotionalen Reaktionen der Eltern, das Wiedergewinnen des Vertrauens, Rollenadaptionen, die physischen und psychischen Funktionen des Kindes sowie die Unterstützung der Schule.

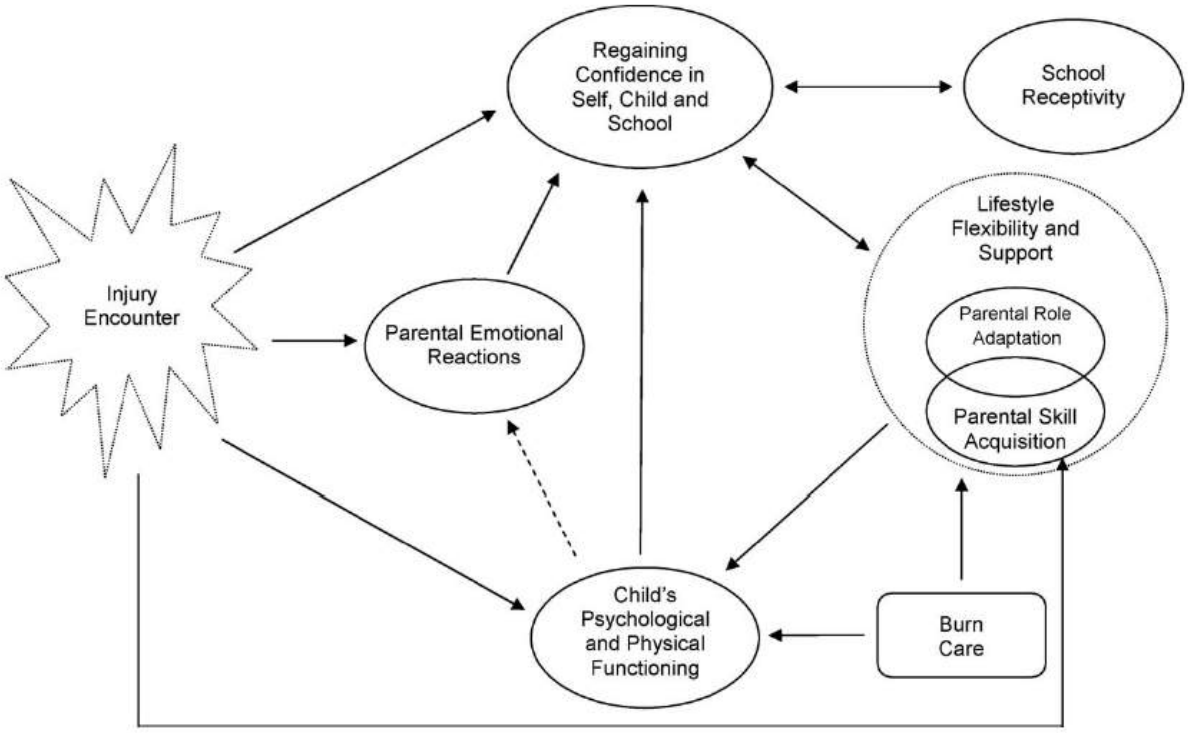



Fig. 1 – Factors contributing to the return to school process.

*Abbildung 16: Faktoren für den Reintegrationsprozess (Horridge, 2010, S. 633)*

Die Brandverletzung von SuS beeinflusst den Schulalltag in vielfältiger Weise. Damit Unsicherheiten bei den Lehrpersonen möglichst gering sind, werden im nachfolgenden Kapitel Hinweise gegeben, welche Verhaltensweisen den Umgang erleichtern können.

# 6 Informationen für Lehrpersonen

Dieses Kapitel hat zum Ziel, die gewonnenen Erkenntnisse in eine übersichtliche und informative Form zu bringen, damit diese in der Praxis angewendet werden können. Sie sollen die Reintegration der betroffenen SuS (Kinder und Jugendliche mit Brandverletzungen) in Form eines Leitfadens thematisieren und handhabbar erleichtern. Dieser ist für Lehrpersonen aller Schulstufen gedacht. Weiter wird die fachliche Bedeutung des erstellten Flyers diskutiert, die Erprobung beschrieben sowie die Evaluation thematisiert.

## 6.1 Informationsflyer

Nachfolgend wird der Inhalt des Informationsflyers für Klassenlehrpersonen, Fachlehrpersonen, Schulische Heilpädagoginnen und Heilpädagogen (SHP), Schulleitungen und weiter involvierte Personen, die ein brandverletztes Kind oder eine/n brandverletzte/n Jugendliche/n nach einem Spitalaufenthalt unterrichten oder betreuen, in einer geschlechterdifferenten Formulierung wiedergegeben. Mit diesem Flyer wird beabsichtigt, den oben genannten Personen eine Unterstützung zu bieten, damit diese einen wichtigen Beitrag zu einem erfolgreichen Wiedereinstieg von brandverletzten Kindern und Jugendlichen in die Schule leisten können.
Der Flyer liegt der vorliegenden Arbeit (siehe Anhang I) bei. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden dort maskuline Formen für beide Geschlechter verwendet, was den Gepflogenheiten des Kinderspitals Zürich entspricht.

**Titel**

Leitfaden für die Schule zur Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung

**Einführung**

Liebe Lehrpersonen

Dieser Leitfaden dient dazu, die Reintegration von Schülerinnen und Schülern mit einer Brandverletzung nach einem Spitalaufenthalt möglichst erfolgreich zu gestalten. Dabei sind Sie als Klassenlehrperson, Fachlehrperson, Schulleiter/-in oder Schulische/r Heilpädagoge/-in (SHP) eine der wichtigsten Personen, die mit dem/der Schüler/in nach dem Spitalaufenthalt regelmässig in Kontakt stehen. Neben den wichtigsten Informationen zu Brandverletzungen werden praktische Handlungsmöglichkeiten, nützliche Kontaktadressen sowie Literaturangaben aufgeführt.

Der Leitfaden basiert auf Ergebnissen einer qualitativen Forschungsstudie, bei der betroffene Kinder und Jugendliche, Eltern und Lehrpersonen befragt wurden.

**Informationen zu Brandverletzungen bei Kindern und Jugendlichen**

Als thermische Verletzung wird eine Schädigung des Gewebes durch Hitzeeinwirkung bezeichnet. Es kann sich dabei um eine Verbrennung (Flamme), eine Verbrühung (heisse Flüssigkeit), ein Kontakttrauma (Berühren eines heissen Gegenstandes) oder ein Elektrotrauma (Unfall mit Stromeinfluss) handeln.

Die Flächenausdehnung einer Verbrennung wird in Prozenten der gesamten Körperoberfläche angegeben. Durch die Schädigung der Haut verliert der Körper Flüssigkeit, Salze und Eiweisse. Der Organismus reagiert meistens mit Fieber und Anschwellen verletzter sowie nicht verletzter Körperareale. Diese Reaktionen gehören zur sogenannten „Verbrennungskrankheit“, mit der man ab ca. 15 % der Körperoberfläche rechnen muss. Dann braucht das Kind neben der lokalen Wundbehandlung weitere spezifische Therapien, wie z. B. Infusionen, eine angereicherte (hochkalorische) Nahrung und eventuell zusätzliche medikamentöse Unterstützung. Sind bei einer Brandverletzung mehr als 50 % der Körperhülle betroffen, sind die Folgen lebensbedrohend. Dann kann auch eine Hospitalisation auf der Intensivstation notwendig sein.

Nach einer Brandverletzung muss zunächst die zerstörte Haut entfernt werden, um den Körper vor Infektionen zu schützen. Der Grad (1, 2a, 2b, 3), das heisst, die Tiefe und die Ausdehnung der Verbrennung in Bezug auf die Körperoberfläche werden festgestellt. Der Flüssigkeitsverlust des Körpers durch die Wundflächen wird berechnet und mit Infusionen ausgeglichen. Bei den Verbrennungsgraden 2b und 3 muss operiert werden, da die Haut nicht mehr von sich aus heilen kann. In den ersten Tagen werden die Verbände in der Regel täglich gewechselt und die Wunden gereinigt. Die Kinder und Jugendlichen erhalten dazu starke Schmerzmittel. Die Tiefe einer thermischen Verletzung kann erst 7 bis 10 Tage nach dem Unfall definitiv festgelegt werden. Deshalb kann auch die längerfristige Behandlung erst ab diesem Zeitpunkt bestimmt werden.

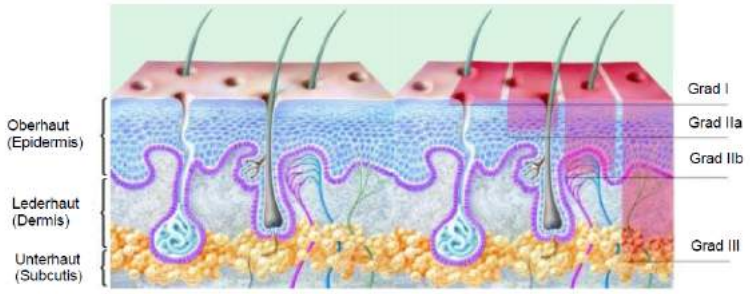



*Abbildung 17: Schweregrade der Hautverbrennung (Ripper, 2015, S. 6)*

Eine Deckung der hautlosen Fläche wird mit eigener hauchdünn entnommener Spalthaut (vom Oberschenkel bzw. Kopfhaut), gezüchteten Hautzellen oder Hautersatzmaterialien erreicht. Die Heilungsdauer wird dadurch wesentlich verkürzt und das funktionelle und kosmetische Resultat günstig beeinflusst. Sichtbare Vernarbungen können jedoch auch durch eine Hauttransplantation nicht vermieden, sondern nur vermindert werden. Die verpflanzte Haut heilt in wenigen Tagen ein, sofern der Heilungsprozess nicht durch eine Infektion oder durch zu viel Bewegung des Kindes oder der/s Jugendlichen gestört wird.

Brandverletzte Kinder und Jugendliche legen während ihrer Rehabilitation einen langen, mühsamen, für alle Beteiligten einschneidenden Weg zurück. Dieser Prozess der Narbenreifung dauert ungefähr 1 Jahr. Juckreiz, Spannungsgefühl, trockene Haut, Ausschläge, Rötungen, Licht-, Kälte- und Hitzeempfindlichkeit können den Ausreifungsprozess der Narben über Jahre begleiten. Ausserdem ist es sehr wichtig, dass Narben während des Reifungsprozesses besonders gut vor Sonne geschützt werden, da diese in dieser Zeit selber keinen UV-Schutz bilden kann. Eine konsequente Kompressionstherapie (eng anliegender, individuell angefertigter Kompressionsanzug, auch Jobst genannt) unterstützt das Erreichen eines optimalen Narbenbildes. Er sorgt durch kontinuierlichen Druck auf die Narbe, dass diese weniger in die Höhe wachsen kann („hypertroph“). Meistens wird die Reifung der Narbe durch eine Silikontherapie mit entsprechenden Pflastern und Gels unterstützt. Die Schwere der Narbenbildung ist unterschiedlich.

Thermische Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen können zu einer lebenslangen Stigmatisierung durch Narbenbildung führen. Infolge eventuell funktioneller Einschränkungen (z. B.

Bewegungseinschränkungen an Gelenken) oder aufgrund des ästhetischen Erscheinungsbildes (z. B. Gesicht und Dekolleté) folgen oft mehrfache Korrekturoperationen bis ins Erwachsenenalter.

Schwere Brandverletzungen können diverse komplexe physische und psychische Folgeerkrankungen nach sich ziehen. Eine therapeutische Hilfe bei der Verarbeitung des Verbrennungstraumas ist sinnvoll, um eine Chronifizierung einer Belastungsreaktion sowie die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu verhindern.

**Stationärer Spitalaufenthalt**

Kinder und Jugendliche sowie deren Familien werden nach einer thermischen Verletzung bestmöglich unterstützt. Nebst der medizinischen Therapie durch Ärzteschaft und Pflege sowie bei Bedarf durch die Physio- und Ergotherapie kümmert sich die Sozialberatung um versicherungstechnische, organisatorische und soziale Fragen und für eine psychologische und schulische Unterstützung wird gesorgt.
Damit Sie sich mit der Brandverletzung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin auseinandersetzen können, ist es unerlässlich, dass Sie zuvor von den Erziehungsberechtigten Informationen erhalten. Ein Gespräch über die Verletzung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin sollte auf Ihre Initiative stattfinden, wenn Sie von der Brandverletzung erfahren. Dabei ist eine aufrichtige Anteilnahme selbstverständlich. Fragen nach dem Gesundheitszustand sind wichtig und die Eltern werden selbst entscheiden, wie ausführlich sie antworten möchten. Weiter soll auch besprochen werden, wie und in welchem Umfang die Klasse und das weitere Umfeld informiert werden.

**Empfehlungen zur Reintegration**

Die Herkunftsschule leistet für eine gelingende Reintegration von brandverletzten Kindern und Jugendlichen einen wertvollen Beitrag. Massgebend für die erfolgreiche Reintegration sind vor allem auch die Familie, das soziale Umfeld der Betroffenen sowie der aktuelle Gesundheitszustand.
Brandverletzte Kinder und Jugendliche wünschen sich eine normale Behandlung als Mitschüler/-in. Eine zu grosse Rücksichtnahme kann zur Ausgrenzung aus der Klasse führen und ist von den betroffenen Schülerinnen und Schülern nicht erwünscht.
Offenheit, Geduld, Wertschätzung und das nötige Feingefühl seitens der Lehrpersonen der Herkunftsschule sind zentral. Da brandverletzte Schülerinnen und Schüler aufgrund von wiederkehrenden Hospitalisationen (z. B. Narbenkorrekturen) in der Schule immer wieder fehlen, gilt es, die Integration in der Klasse zu pflegen. Für brandverletzte Kinder und Jugendliche ist es ein wichtiger Gedanke, ihren festen Sitzplatz in der Schule reserviert zu wissen. Der feste Sitzplatz symbolisiert ihnen, dass die Klasse sie nicht vergisst und vermittelt Aussicht auf Rückkehr. Regelmässiger Kontakt zu Mitschülerinnen und Mitschülern – telefonisch, durch Briefe, E-Mails, ev. Spitalbesuche (in Absprache mit den Eltern) – festigt diesen Platz in der Klasse und erleichtert die Reintegration für beide Seiten.
Wenn die Schülerinnen und Schüler von mehreren Lehrpersonen unterrichtet werden, empfiehlt sich eine innerschulische Informationsstruktur, sodass alle Lehrpersonen die notwendigen Informationen besitzen. Bei einem Lehrpersonen- oder Schulwechsel sollten diese weitergegeben werden. Selbstverständlich müssen diese Informationen zwingend mit den Eltern und den Betroffenen besprochen und deren Einverständnis dafür eingeholt werden.

**Vor der Reintegration:**

- Die Klasse der Schülerin/dem Schüler wird in Absprache mit den Eltern mit z. B. Fotos und Gesprächen auf das veränderte Aussehen des Kindes oder der/des Jugendlichen vorbereitet.

- Schülerinnen und Schüler, die längere Zeit ihre Herkunftsschule nicht besuchen können, gehen vor dem geplanten Wiedereinstieg z. B. mit der/dem Pflegeberater/-in oder einer

Fachperson, den Eltern oder eventuell mit einer Spitallehrperson in ihre angestammte Klasse. Ziel dieses Besuches ist, dem/der Schüler/-in die Angst zu nehmen und ihm/ihr Mut zu machen. Der Besuch wird von der Klassenlehrperson mit der Klasse vorbereitet. Fragen werden gesammelt und vor dem Besuch an die/den betroffene/n Schüler/-in geschickt. Auch die Spitallehrperson oder eine andere Fachperson bereitet mit der/dem betroffenen Schüler/-in den Besuch vor. Die zugesandten Fragen der Klasse werden besprochen und es wird geklärt, welche Themen in der Klasse nicht angesprochen werden sollen. In ein bis zwei Schulstunden werden den Mitschülerinnen und Mitschülern im Gespräch die Verletzung, ihre Behandlung und deren Folgen erklärt. Die Erklärung erfolgt durch die/den betroffene/n Schüler/-in, die Eltern und/oder die Begleitperson/en. Die Klasse kann die vorbereiteten Fragen stellen. Idealerweise findet anschliessend eine Klassenkonferenz mit allen beteiligten Fachlehrpersonen statt, in der die Lehrpersonen ihre Fragen zum Umgang mit der/dem betroffenen Schüler/-in stellen können. Dabei werden wichtige Themen und Fragen zur individuellen Belastbarkeit und zu speziellen Regelungen beim Sportunterricht und Klassenausflügen geklärt.

**Ablauf der schulischen Begleitung eines brandverletzten Kindes oder Jugendlichen**

**1. Phase: Kontaktpflege während des Spitalaufenthaltes**

- Beginn des Spitalunterrichts nach Absprache mit Ärztinnen, Ärzte/Pflege/Eltern
- Schriftliche/telefonische Kontaktaufnahme Spitalschule-Herkunftsschule-Eltern (siehe Anhang A)
- Klassenkontakt-Schüler/-in durch Briefe, Zeichnungen, CD-Aufnahmen, Skype, Facebook, Telefon, E-Mail etc.
- Regelmässiger Austausch Spitallehrperson-Lehrperson Herkunftsschule (per E-Mail, Telefon) über Lerninhalte im Spitalunterricht
- Evtl. Besuch der Lehrperson/Klasse (einzelne Schüler/-innen) der Herkunftsschule im Spital (in Absprache mit Eltern, Spitallehrperson, Pflege)
- Evtl. Vorbereitung Schulbesuch Herkunftsschule (Fragen zusammenstellen; Klassenkonferenz)

**2. Phase: Schulbesuch in der Herkunftsklasse**

- Unterrichtsgespräch mit der Klasse (mit brandverletztem Kind, Eltern, evtl. Pflegeberatung, evtl. Spitallehrperson)
- Evtl. Klassenkonferenz (mit Fachlehrpersonen, evtl. Schulleitung)

**3. Phase: Reintegration in die Herkunftsschule**

- Regelmässiger Austausch aller Beteiligten (z. B. Schulisches Standortgespräch)
- Evtl. Schulische Unterstützung installieren (SHP, Nachhilfe…)
- Evtl. Nachteilsausgleich (bei funktionellen Einschränkungen)
- Nachbetreuung durch Schulsozialarbeit und/oder andere Fachpersonen
- Bei Korrekturoperationen Schulmaterial in das Spital mitgeben

**Fragen**

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

| | | | |
|---|---|---|---|
| • | Kindergarten: | kindergarten@kispi.uzh.ch | Tel. 044 266 72 96 |
| • | Schule: | spitalschule@kispi.uzh.ch | Tel. 044 266 72 94 |
| • | Schulleitung: | barbara.trechslin@kispi.uzh.ch | Tel. 044 266 32 51 |
| • | Pflegeberatung: | liv.mahrer@kispi.uzh.ch | Tel. 044 266 33 06 |

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihr Engagement.

Ariane Schweizer, Spitalschule für Patientinnen und Patienten Kinderspital Zürich, April 2016

**Literaturhinweise**

Empfohlene Literatur zum Thema Brandverletzungen für Lehrpersonen, Schulleitungen und SHPs:

Flitner, E., Ostkämpfer, F., & Scheid, C. W. (2014). *Chronisch kranke Kinder in der Schule.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Kägi, M. (2016). *Brandmal – Gezeichnet fürs Leben*. Zürich: SRF (Dok). www.srf.ch

Kinderspital Zürich (Zentrum für brandverletzte Kinder). https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/zentrumfuerbrandverletztekinder

Kinderspital Zürich. (Hautstigma) www.hautstigma.ch

Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V. (2013).: Alex - ein Ratgeber für brandverletzte Jugendliche. Frankfurt: brandbook.de. www.paulinchen.de

Schiestl, C., Schlüer, A.-B., Zikos-Pfenninger, I., & Landolt, M. (2008). *Schaut mich ruhig an: Wie brandverletzte Kinder und Jugendliche ihr Leben meistern*. Zürich: Rüffer & Rub.

## 6.2 Fachliche Bedeutung

Die vorliegende Forschungsarbeit erlaubt einen vertieften Einblick in das subjektive Erleben der Reintegration brandverletzter SuS in die Herkunftsschule nach einer Brandverletzung. Wichtige Erkenntnisse der Forschungsarbeit konnten durch die Erstellung des Flyers, der Informationen zu Brandverletzungen und praxisorientierte Handlungsansätze beinhaltet, für Lehrpersonen nutzbar gemacht werden.

## 6.3 Erprobung

In Absprache mit den zuständigen Personen des Kinderspitals Zürich (Schulleitung Spitalschule, Leitung Plastische Chirurgie, Verantwortliche Homepage Hautstigma und Kommunikation) werden der Flyer für Lehrpersonen sowie die erworbenen Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit im Spitalalltag eingesetzt. Konkret wird der Flyer künftig an Lehrpersonen durch die jeweilige Spitallehrperson abgegeben, deren SuS im Kinderspital Zürich hospitalisiert sind. Damit diese Informationen auch der (interessierten) Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden können, wird der Flyer auch auf der Homepage (www.hautstigma.ch) zum Download zur Verfügung gestellt.

## 6.4 Evaluation

Der Inhalt des Flyers wurde vor Abgabetermin der vorliegenden Masterarbeit ausgewählten Lehrpersonen sowie den zuständigen Personen des Kinderspitals Zürich (Schulleitung Spitalschule, Leitung Plastische Chirurgie, Medienverantwortliche der Kommunikation) zugestellt, damit diese das Ergebnis kritisch überprüfen und ggf. Hinweise zurückmelden konnten. Das Layout des Flyers wurde von der spitalinternen Grafikerin gestaltet.

# 7 Reflexion

In diesem Kapitel wird die vorliegende Arbeit evaluiert. Der Forschungsprozess, die Vorgehensmethode und der Arbeitsprozess werden reflektiert und weiterführende Fragestellungen (resultierend aus der empirischen Arbeit) werden aufgeworfen.

## 7.1 Reflexion des Forschungsprozesses anhand der Gütekriterien

Für die qualitative Forschung lassen sich gemäss Mayring (2002) sechs allgemeine Gütekriterien ableiten: Verfahrensdokumentation, Argumentative Interpretationsabsicherung, Nähe zum Gegenstand, Regelgeleitetheit, kommunikative Validierung und Triangulation.

Das Vorgehen beim Forschungsprozess, die Beschreibung und Begründung der Methoden sowie die argumentativ begründete Interpretation der Ergebnisse wurden dargelegt, damit der Forschungsprozess für Aussenstehende nachvollziehbar ist. Somit wurde das Gütekriterium *Verfahrensdokumentation* erfüllt.

Interpretationen spielen in qualitativ orientierten Ansätzen eine entscheidende Rolle. Für das Gütekriterium *Argumentative Interpretationsabsicherung* gilt die Regel, dass Interpretationen begründet werden müssen. Dieser Anspruch wurde erfüllt, indem die Aussagen in den Interviews argumentativ begründet wurden.

Das Gütekriterium der *Regelgeleitetheit* ist durch das forschungsmethodische und theoriegeleitete Vorgehen ebenfalls abgesichert. Für die Analyse wurden einzelne Analyseeinheiten festgelegt, die systematisch und schrittweise bearbeitet wurden. Die *Nähe zum Gegenstand* wurde angestrebt und spiegelt sich in Form der Interviews wider. Für die Interviews begab sich die Forscherin selbst vor Ort in das natürliche Lebensfeld der Personen. Damit niemandem zu nahe getreten wurde und doch die Möglichkeit der Lebensnähe bestand, durften die Interviewpartnerinnen und -partner jeweils selber den Ort für ein Treffen bestimmen. Damit wurde die Forderung nach einer Interessenübereinstimmung erfüllt, was einen zentralen Aspekt bei der qualitativen Forschung darstellt.

Das Gütekriterium der *kommunikativen Validierung* wurde erfüllt, indem die Forschungsarbeit vor Abgabetermin den sieben Interviewpersonen zugestellt wurde und sie so die Ergebnisse und Interpretationen überprüfen konnten.

Das Gütekriterium der *Triangulation* wurde durch die Auswahl der Interviewpersonen (unterschiedliches Alter, Kinder/Jugendliche, Lehrpersonen, Eltern) erfüllt. In dieser Arbeit wurde auf einer Triangulation von theoretisch erarbeitetem und empirisch erforschtem Material aufgebaut: Die Ergebnisse der sieben Interviews wurden untereinander und mit der Theorie verglichen und somit konnten die Fragestellungen beantwortet werden.

## 7.2 Reflexion des methodischen Vorgehens

Die Interviews verliefen allesamt sehr angeregt und dank der Transparenz in Form eines Leitfadens, den die Interviewten zur Vorbereitung erhielten, auch strukturiert und zielgerichtet. Auch wurde der Gesprächsverlauf durch die Vorstrukturierung der Interviews mittels Leitfaden gelenkt. Der natürliche Gesprächsfluss wurde dadurch nicht negativ beeinflusst, da die Interviewpartnerinnen und -partner kaum unterbrochen wurden und ihnen durch offene Fragestellungen Freiraum gewährt wurde. Einige Interviewpartnerinnen und -partner erzählten spontan sehr viel, andere mussten immer wieder zu Konkretisierungen aufgefordert werden. Bei interessanten Aspekten wurden spontan zusätzliche Fragen gestellt, die manchmal etwas eng formuliert waren. Die Interviews mit Kindern im Volksschulalter erwiesen sich als anspruchsvoll, da sie Fragen oft sehr kurz und eher knapp beantworteten und darauf geachtet werden musste, dass beim Versuch, der Person bei der Beantwortung einer Frage zu helfen, kein dominierender Kommunikationsstil entstand. Mit Geduld und teilweise vereinfachten Fragen konnten sie zum Sprechen animiert werden. Im Allgemeinen antworteten die Interviewten offen und detailliert, was auf gegenseitiges Vertrauen schliessen lässt. Teilweise haben die Interviewfragen emotional schwierige Themen tangiert und es kam vor, dass diese zu Tränen (bei zwei interviewten Personen) geführt haben. Dabei tauchte die Frage auf, das Interview zu unterbrechen respektive mit der nötigen Empathie fanden die Betroffenen zum Redefluss zurück und das Interview konnte in beiden Fällen weitergeführt werden.

Die Fragen aus dem Interviewleitfaden wurden teilweise nicht der Reihe nach gestellt, leicht abgeändert oder aber es kamen auch neue Fragen dazu. Dies führte dazu, dass manchmal das Thema verlassen wurde und Teile des Gespräches bei der Analyse gestrichen werden mussten, weil sie mit dem Thema nichts mehr zu tun hatten.

Als Herausforderung bei der Transkription der Interviews erwies sich vor allem die Umformulierung der Antworten von der Mundart in die Schriftsprache, da sich gewisse Ausdrücke nicht direkt in die Schriftsprache übersetzen liessen. Deshalb sind die Transkriptionen auch durch die unterschiedlichen Dialekte gefärbt und einige Antworten wurden zum besseren Verständnis in der Originalsprache belassen. Möglicherweise wäre das Führen der Interviews in der Schriftsprache für die Transkription einfacher gewesen, hätte sich jedoch hinderlich auf die Offenheit und die Vertrautheit im Gespräch ausgewirkt und ggf. für die jüngeren Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer unnatürlich gewirkt.

## 7.3 Reflexion der Datenanalyse

Bei der Auswertung der Interviews wurde das Grundprinzip einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse verwendet (Mayring, 2010). Das Verständnis für die Methode und die Anpassung an die vorliegende Forschungsarbeit konnte im Verlauf der Analyse erarbeitet werden. Rückblic-

kend war die Zusammenstellung und Überarbeitung des Kategoriensystems komplex und zeitintensiv. Die riesige Materialfülle hiess es zu reduzieren, ohne dabei wichtige Inhalte zu verlieren. Das Fallenlassen irrelevanter Textpassagen erwies sich als übungsbedürftig. Die Zuordnung einzelner Textpassagen in das erarbeitete Kategoriensystem war ebenfalls schwierig. Dabei waren die beiden Programme f4 und f5 (siehe Kapitel 3.4 und 3.6) eine grosse Unterstützung und sehr empfehlenswert. So gelang es, die Forschungsarbeit mit konstruktiven Ergebnissen abschliessen zu können.

## 7.4 Forschungsbedarf

Die Aussagen sowie Einschätzungen der Interviewpersonen zu den in dieser Arbeit beantworteten Forschungsfragen werfen weiterführende Fragestellungen auf.

Der Forschungsbedarf wird darin gesehen, den entwickelten Informationsflyer hinsichtlich der gewünschten Unterstützung zu überprüfen und herauszufinden, ob und wie er in den Herkunftsschulen eingesetzt wird. Als weiterführende Fragestellung könnte überprüft werden, inwiefern Erlebnisse mit einer Brandverletzung Auswirkungen auf partnerschaftliche Beziehungen haben. Als weitere Vertiefung wäre denkbar, der Frage nachzugehen, welche Erfahrungen ehemals Brandverletzte bei der Berufswahl haben und ob es aufgrund ihres veränderten Aussehens diesbezüglich Stigmatisierungserlebnisse gibt oder gab. Weiter könnte diesbezüglich die Situation der Lehrpersonen thematisiert werden, ob und wie das Thema „Kranke Kinder und Jugendliche in der Schule“ in ihren Ausbildungslehrplänen respektive Schulen aufgegriffen wird oder wurde und welche Weiterbildungsangebote es hierzu gibt.

# 8 Schlusswort

Für den Abschluss meiner Ausbildung am ISP Basel wollte ich[19] mich intensiv in ein Thema vertiefen, das mir für meine Arbeit als Schulische Heilpädagogin in der Spitalschule des Kinderspitals Zürich bedeutsam schien. Meine im Studium erworbenen Kenntnisse und meine langjährige Praxiserfahrung sollten sich mit dieser Forschungsarbeit verbinden und weiterentwickeln.
Mit meiner Forschungsarbeit stiess ich auf grosses Interesse in meinem Umfeld und die Motivation, einen praktischen Leitfaden für betroffene Lehrpersonen zur erarbeiten, die auf meine Forschungsergebnisse abgestützt sind, blieb bis zum Ende der Arbeit erhalten. Der angefertigte Zeitplan konnte dank eigener Disziplin und des Entgegenkommens meines Arbeitgebers eingehalten werden. Die Begegnungen mit den sieben Interviewpersonen waren für mich spannende Erfahrungen.
Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik der Reintegration hat mir gezeigt, dass es fördernde Faktoren gibt, die von der Herkunftsschule beachtet werden können, um brandverletzten Kindern und Jugendlichen den Wiedereinstieg zu erleichtern. Grundsätzlich ist ein planvoller und bewusster Umgang mit der Thematik erforderlich, damit die SuS bestmöglich unterstützt und begleitet werden können.
Als Instrument kann der Informationsflyer, der im Zuge dieser Masterarbeit entstanden ist, eingesetzt werden.
Zum Abschluss soll den Lehrpersonen Mut gemacht werden, in Kontakt mit den betroffenen SuS und deren Eltern zu treten, sich ihrer anzunehmen, um sie auf ihrem Weg zu begleiten.

## 8.1 Danksagung

Ich danke Frau Dr. Johanna Hersberger für die Betreuung und Unterstützung bei der Anfertigung dieser Arbeit. Weiter danke ich Herrn Prof. Dr. Clemens Schiestl für sein Engagement für Brandverletzte, in deren Kontext die vorliegende Arbeit verfasst wurde. Darum auch an ihn meinen herzlichen Dank. Mein Dank gilt auch Liv Mahrer (Pflegeberaterin) und Dr. Ornella Masnari (Psychologin) für ihre wertvolle Unterstützung. Meiner Schulleiterin Barbara Trechslin sowie meinen Kolleginnen der Spitalschule des Kinderspitals Zürich danke ich für die hilfreichen Rückmeldungen und Ermunterungen. Schliesslich danke ich all den brandverletzten Patientinnen und Patienten, deren Eltern und Lehrpersonen, die mit ihrer Bereitschaft zur Interviewteilnahme sowie mit ihrem Wissen und ihren Erfahrungen das eigentliche Fundament dieser Arbeit geschaffen haben.

[19] Die weiteren Erläuterungen im Schlusswort werden von der Autorin der vorliegenden Arbeit im Sinne der Authentizität bewusst in der Ich-Form dargestellt

## 8.2 Redlichkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, **Ariane Schweizer**, dass ich die Arbeit mit dem Titel

**Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule**

**Brandverletzte Kinder und Jugendliche in der Schule – praktische Hilfen und Anregungen für die pädagogische Praxis**

selbstständig und nur mit den angegebenen Quellen und erlaubten Hilfsmitteln geschrieben habe und dass alle Zitate kenntlich gemacht sind. Zudem bestätige ich, dass die Arbeit in der physischen und der elektronischen Version textidentisch ist.

| Ort, Datum | Unterschrift |
|---|---|
| Fislisbach, 30. April 2016 | A. Schweizer |

# 9 Verzeichnisse

## 9.1 Literaturverzeichnis

Altrichter, H., & Posch, P. (2007). *Lehrerinnen und Lehrer erforschen ihren Unterricht.* Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Atrott, K., & Gärtner, K. (2014). Informationen und Hilfestellungen für Familien mit chronisch kranken, schulpflichtigen Kindern aus Sicht einer engen Verbindung zwischen Kliniklehrpersonen und Elternvereinen. In E. Flitner, F. Ostkämpfer, C. Scheid, & A. Wertgen, *Chronisch kranke Kinder in der Schule* (S. 224-232). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Audiotranskription. (2015). *https://www.audiotranskription.de*. Abgerufen am 1. November 2015

Bildungsdirektion Kanton Zürich. (2007). *Schulische Standortgespräche (SSG)*. Abgerufen am 27. Juli 2015 von http://www.vsa.zh.ch/internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpaedagogisches0/ssg.html

Bildungsdirektion Kanton Zürich. (2014). *Spital- und Klinikschulen*. Abgerufen am 28. Juni 2015 von internet/bildungsdirektion/vsa/de/schulbetrieb_und_unterricht/sonderpaedagogisches0/spitalschulen.html

Constable, J. (1994). The state of burn care: Past, present and future. *Burns* , 316 - 324.

Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen. (2009). *Thermische Verletzungen im Kindesalter (Verbrennung, Verbrühung)*. Abgerufen am 17. Juli 2015 von http://www.dgpraec.de/fileadmin/user_upload/Login/Leitlinien/S2_Leitlinie_Verbrennung_Kind.pdf

Deutsche Gesellschaft für Verbrennungsmedizin. (2015). *Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Verbrennungsmedizin e.V. zur Rehabilitation Brandverletzter*. Abgerufen am 18. Juli 2015 von http://www.verbrennungsmedizin.de/leitlinien-rehabilitation-brandverletzter.php

DMDI. (2001). *Institut für medizinische Dokumentation, Information und Medizinwissen*. Abgerufen am 9. März 2016 von http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlsgbv20/index.htm?gt29.htm+.

Fitzgerald Miller, J. (2003). *Coping fördern - Machtlosigkeit überwinden. Hilfen zur Bewältigung chronischen Krankseins.* Bern/Göttingen: Hans Huber.

Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flitner, E., Ostkämpfer, F., & Scheid, C. W. (2014). *Chronisch kranke Kinder in der Schule.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Frey, H. (2008). Was ist eine Schule für Kranke? In G. Steins, *Schule trotz Krankheit. Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kinder und Jugendlichen und Impliaktionen für die allgemeinbildenden Schulen.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Frey, H., & Wertgen, A. (2012). *Pädagogik als Krankheit.* Gross Umstadt: Pabst.

Gläser, J., & Laudel, G. (2010). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Grubenmann, S. (1999). *Lebensqualität und psychisches Befinden von Kindern und Jugendlichen nach Brandverletzungen.* Zürich: Philosophische Fakultät der Universität Zürich.

Hülshoff, T. (2005). *Medizinische Grundlagen der Heilpädagogik.* München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Hermanns, H. (1995). Narratives Interview. In U. Flick, E. Von Kardorff, Keupp, Heiner, L. Von Rosenstiel, & S. Wolff, *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 182-185). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.

Hirsch-Herzogenrath, S., & Schleider, K. (2014). Schulische Reintegration psychisch kranker Kinder und Jugendlicher- ausgewählte empirische Befunde. In E. Flitner, F. Ostkämpfer, C. Scheid, & A. Werten, *Chronisch kranke Kinder in der Schule* (S. 177-188). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Hopf, C. (2012). Qualitative Interviews- ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardoff, & I. Steinke, *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 349-359). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hopf, C. (1995). Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In U. Flick, E. Von Kardorff, Keupp, Heiner, V. Rosenstiel, Lutz, et al., *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (S. 177-181). Weinheim: Beltz PsycholgieVerlagsUnion.

Horridge, G., Cohen, K., & Gaskell, S. (2010). *Burned: Parental, psychological and social factors influencing a burn-injured child's return to education.* Burns.

Kösler, E. (1997). Lernen im Krankenhaus. In C. Steinebach, *Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche* (S. 187-198). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Kösters, W. (1999). *Chronisch kranke Kinder in der Schule - Lehrerbefragung.* Köln: BZgA.

Kinderspital Zürich (Zentrum für brandverletzte Kinder). (2014). Abgerufen am 29. Juni 2015 von https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/zentrumfuerbrandverletztekinder/Seiten/geschichte.aspx

Kinderspital Zürich. (2015). *Hautstigma*. Abgerufen am 28. Juni 2015 von http://www.hautstigma.ch

Kittl-Satran, H. (2012). Aufbereitung qualitativer Daten - Von der Datenerfassung zum Primärtext. In H. Stigler, & H. Reicher, *Praxisbuch Empirische Sozialforschung* (S. 293-303). Innsbruck: StudienVerlag.

Konu, A., & Rimpelä, M. (2002). *Well-being in schools: a conceptual model*. Abgerufen am 27. Juli 2015 von Health Promotion International: http://www.schoolwellbeing.eu/about?sa=X&ved=0CBgQ9QEwAWoVChMIw_vqoun6xgIVChcsCh153Af4

Krause-Wloch, P. (2004). *Brandverletzt - ein Leitfaden.* Idstein: Schulz-Kirchner.

Krimmig, A. (2014). Was hilft chronisch kranken Kindern in den allgemeinen Schulen? In E. Flitner, F. Ostkämpfer, C. Scheid, & A. Wertgen, *Chronisch kranke Kinder in der Schule* (S. 191-195). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Landolt, M. (2004). *Psychotraumatologie des Kindesalters.* Göttingen/Rosdorf: Hogrefe.

Lienhard-Tuggener, P., Klaus, J.-G., & Mettauer Szaday, B. (2011). *Rezeptbuch schulische Integration. Auf dem Weg zu einer inklusiven Schule.* Bern/Stuttgart/Wien: Haupt.

Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mersch, S. (2015). *Praktische Durchführung der Heimatschulbesuche. Kliniklehrer planen Heimatschulbesuche.* Abgerufen am 27. Juli 2015 von http://www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/sonderschultypen/sfk/schulen/mersch1.pdf

Meuli, M. (1992). Verbrennungen. In Stauffer, U.G, Soper, R.T., & P. Rickham, *Kinderchirurgie* (S. 403-411). Stuttgart: Thieme Verlag.

Meuli, M., & Zikos, I. (1997). *Unser Behandlungs- und Pflegekonzept.* Zentrum für brandverletzte Kinder, Kinderspital Zürich.

Paulinchen. (2013). Initiative für brandverletzte Jugendliche e.V. In *Alex - ein Ratgeber für brandverletzte Jugendliche.* Frankfurt: www.paulinchen.de.

Peter, C., & Scheid, C. (2014). Zur Existenzialität von Krankheitserfahrungen. Wie eine schwere andauernde Krankheit des Kindes zur Grenzerfahrung für die Eltern werden kann. In E. Flitner, F. Ostkämpfer, C. Scheid, & A. Wertgen, *Chronisch kranke Kinder in der Schule* (S. 26-52). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Polzer, H.-J. (2002). *Kranke Kinder als pädagogische Herausforderung für alle Schulen.* Würzburg: Verband Deutscher Sonderschulen vds, Fachverband für Behindertenpädagogik.

Ripper, S. (2015). *Brandverletzungen: Psychosoziale Folgen und therapeutische Herausforderungen.* Berlin: Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaften und Psychologie.

Ruthardt, M. (1997). Heilpädagogik mit krebskranken Kindern. In C. Steinebach, *Heilpädagogik für chronisch kranke Kinder und Jugendliche* (S. 143-160). Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Schönekerl, B. (2007). *Chronisch kranke Schüler im Schulalltag. Empfehlungen zur Unterstützung und Förderung*. Abgerufen am 10. August 2015 von http://www.sachsen-macht-schule.de/pdf/br_chronisch_kranke.pdf

Schiestl, C., Schlüer, A.-B., Zikos-Pfenninger, I., & Landolt, M. (2008). *Schaut mich ruhig an: Wie brandverletzte Kinder und Jugendliche ihr Leben meistern.* Zürich: Rüffer & Rub.

Schlieper-Damrich, R. (2014). *Krisencoaching*. Abgerufen am 22. Juni 2015 von http://www.krisenpraxis.de/tag/krisenspirale.

Schuchardt, E. (2006). *Warum gerade ich? Leben lernen in Krisen - Leiden und Glaube. Fazit aus 2000 Lebensgeschichten eines Jahrhunderts.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Spitalschule des Kinderspital des Kinderspital Zürich. (2014). Abgerufen am 21. Juni 2015 von https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/spitalschule/Seiten/default.aspx

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. (2015). *Gesundheit und Schule*. Abgerufen am 26. Juli 2015 von http://www.gesundheit-und-schule.info/index.php?Seite=491

Steinhausen, H.-C. (2000). *Psychische Störungen bei Kinder und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.* München: Urban & Fischer.

Steins, G. (2008). *Schule trotz Krankheit.* Lengerich: Pabst Science Publishers.

Thuering. (2010). *Theoretische Hintergrundsinformationen „Reintegration“*. Abgerufen am 10. August 2015 von http://www.ikkompetenz.thuering.de/reintegration/lehrer/hintergrundinfofort.htm

Trechslin, B. (2011). *Vier für die Heilpädagogik wesentliche Aspekte in der Spitalschule vom Kinderspital Zürich. Das personenorientierte, das interaktionistische, das systemorientierte und das gesellschaftstheoretische Paradigma*. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik.

Trechslin, B. (2014). *Rahmenkonzept Spitalschule Kinderspital Zürich.* Zürich.

Von Hagen, C., & Schwarz, H. P. (2009). *Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter.* Stuttgart: Kohlhammer.

Walser, C. (2014). *Kinder und Jugendliche nach einer Nierentransplantation.* Zürich: Kinderspital Zürich.

Wertgen, A. (2009). *Europäische Charta für Erziehung und Unterricht von kranken Kindern und Jugendlichen im Krankenhaus und zu Hause*. Abgerufen am 25. Juni 2015 von http://www.schuleundkrankheit.de/files/wertgen_h.o.p.e.-charta.pdf

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

WHO, World Health Organization. (2005). *Biopsychosoziales ICF-Modell mit Wechselwirkung der Komponenten*. Abgerufen am 27. Juli 2015 von http://www.kliniken-bad-neuenahr.de/therapie_1217427985

WHO, World Health Organization. (Version 2013). *Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Abgerufen am 18. Juni 2015 von http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/index.html

Wilson, H. M., Gaskell, S. L., & Murray, C. D. (2014). *A qualitative study of teachers' experiences of a school reintegration programm for young children following a burn injury.* Burns.

Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie. (2011-2012). Behandlungs- und Pflegekonzept. *Informationen für Eltern*. Zürich.

**Titelblatt:** Abgerufen am 4. April 2016 von http://science-all.com/puzzle.html

## 9.2 Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| CF | Cystische Fibrose / Mukoviszidose (Stoffwechselerkrankung) |
| DSM-IV | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| ICF | International Classification of Functioning, Disability and Health |
| KJPD | Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste |
| KOF | Körperoberfläche |
| PTBS | Posttraumatische Belastungsstörung |
| SHP | Schulische Heilpädagogin, Schulischer Heilpädagoge |
| SSG | Schulisches Standortgespräch |
| SuS | Schülerinnen und Schüler |
| SZT | Stammzellen-Transplantation |

# ANHANG

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

**Spitalschule**
**für Patientinnen und Patienten**
spitalschule@kispi.uzh.ch
kindergarten@kispi.uzh.ch

Schulleitung: Barbara Trechslin
barbara.trechslin@kispi.uzh.ch

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
www.kispi.uzh.ch
Telefon Schule +41 44 266 72 94
Telefon Kindergarten +41 44 266 72 96

Kinderspital Zürich, Spitalschule, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Zürich, 6. April 2016

**Spitalschulunterricht Ihrer Schülerin / Ihres Schülers**

Liebe Kollegin, lieber Kollege

Von den Eltern Ihrer Schülerin / Ihres Schülers haben Sie erfahren, dass sie / er mit einer Brandverletzung im Kinderspital hospitalisiert ist. Für die Familie stehen viele offene Fragen und Ängste sowie das Wohlbefinden des Kindes oder der / des Jugendlichen im Vordergrund. Die Genesung hat oberste Priorität. Dabei wird die Familie im Kinderspital Zürich von einem interdisziplinären Team unterstützt. Zu diesem Team gehört auch die Spitalschule.
Wenn der Gesundheitszustand es erlaubt, arbeiten wir an Lerninhalten der Herkunftsklasse. Wenn dies nicht möglich ist, suchen wir mit der Schülerin / dem Schüler andere Tätigkeiten, die Entspannung und Ablenkung ermöglichen.
Diejenigen Patientinnen oder Patienten, die das Krankenzimmer nicht verlassen dürfen, erhalten Einzelunterricht am Bett. Wenn die Schülerin / der Schüler mobil ist und das Krankenzimmer verlassen darf, kann sie / er am Gruppen- und Werkunterricht teilnehmen.
Hauptziel unserer Arbeit ist es, den Kindern und Jugendlichen eine individuelle Förderung und Begleitung zukommen zu lassen. Sie soll mut- und hoffnungsbringend sein, den Genesungsprozess unterstützen und den Anschluss in die Klasse nach Möglichkeit gewährleisten.

**Was erleichtert den Kontakt zwischen Herkunftsschule und der Spitalschule?**
Über die Brandverletzung und deren Therapie sollten Sie von den Eltern informiert werden. Nach deren Einwilligung ist es sinnvoll, wenn die Spitallehrpersonen mit Ihnen in Kontakt treten, um Lerninhalte abzusprechen.
Als (Klassen)-Lehrperson sind Sie auch während der Hospitalisation für die Schülerin / den Schüler und die Eltern eine wichtige Bezugsperson. Es ist für den Genesungsprozess wichtig, dass die Patientinnen und Patienten den Kontakt zur Herkunftsschule behalten. So freuen sich die Schülerinnen und Schüler über Post, E-Mails, SMS oder Telefonanrufe, nach Vorabklärung mit den Eltern und / oder der Spitalschule, ob es sinnvoll und erwünscht ist – auch über Besuche der Herkunftsklasse.
Auch betreffend Umfang und Gestaltung der Informationen über die Brandverletzung im Umfeld der Schülerin / des Schülers ist es sinnvoll, wenn Sie die Eltern auf ihre Wünsche ansprechen.

**Weitere Informationen**
Nach Abschluss der stationären Therapie stehen wir Ihnen jederzeit für schulische Fragen zur Verfügung.
Wir freuen uns auf gute Zusammenarbeit und danken Ihnen herzlich für Ihr Engagement.

Freundliche Grüsse
Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung

Die Lehrpersonen der Spitalschule für Patientinnen und Patienten

*Das Spital der Eleonorenstiftung*

1/1

*Anhang A: Standardbrief zur Kontaktaufnahme mit der Herkunftsschule*

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

**Spitalschule**
**Ariane Schweizer**
Primar- und Sek 1 - Lehrperson
Schulische Heilpädagogin i.A.

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
www.kispi.uzh.ch

ariane.schweizer@kispi.uzh.ch

Kinderspital Zürich, Spitalschule, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Zürich, 26. Juli 2015/as

## Leitfrageninterview zur Masterarbeit

Liebe/r....

Als Studierende im letzten Jahr in Sonderpädagogik an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Basel schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule".

Welche Faktoren erweisen sich als förderlich für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung? Welche Faktoren erweisen sich als hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung? Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene rückblickend seitens der Lehrperson oder anderen Personen gewünscht? Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?

Diesen Fragen möchte ich in meiner Arbeit nachgehen. Das Ziel der Arbeit ist es, eine Broschüre für Lehrpersonen zu entwickeln, damit die Reintegration in die Schule für ein brandverletztes Kind erleichtert werden kann.

Um auch die Einschätzung von betroffenen Kindern, deren Eltern und Lehrpersonen eines brandverletzten Kindes in meine Arbeit einfliessen lassen zu können, möchte ich mit dir gerne ein Leitfrageninterview durchführen. Das Interview wird ca. 1 Stunde dauern und kann an einem für dich passenden Ort stattfinden. Die Fragen werde ich dir vorgängig zukommen lassen. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Mir ist es ein grosses Anliegen, dich für eine Teilnahme zu gewinnen. Bei Rückfragen bitte ich dich per Mail Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Kontaktdaten findest du im Briefkopf. Ich bin dir sehr dankbar, wenn du mir bis am **30. September 2015** eine Rückmeldung per Mail oder per Post gibst, damit wir das weitere Procedere (Termin des Interviews, Durchführungsort) besprechen können.

Mit bestem Dank für dein Engagement und freundliche Grüsse

A. Schweizer

Ariane Schweizer

*Das Spital der Eleonorenstiftung*

*Anhang B: Informationsbrief Leitfadeninterview (Du-Form)*

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

**Spitalschule**
**Ariane Schweizer**
Primar- und Sek 1 - Lehrperson
Schulische Heilpädagogin i.A.

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
www.kispi.uzh.ch

ariane.schweizer@kispi.uzh.ch

Kinderspital Zürich, Spitalschule, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Zürich, 27. Juli 2015/as

**Leitfrageninterview zur Masterarbeit**

Liebe/r....

Als Studierende im letzten Jahr in Sonderpädagogik an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Basel schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule".

Welche Faktoren erweisen sich als förderlich für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung? Welche Faktoren erweisen sich als hemmend für die Reintegration von Kindern und Jugendlichen nach einer Brandverletzung? Welche Unterstützungsangebote hätten sich ehemalige Betroffene rückblickend seitens der Lehrperson oder anderen Personen gewünscht? Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben der befragten Betroffenen?

Diesen Fragen möchte ich in meiner Arbeit nachgehen. Das Ziel der Arbeit ist es, eine Broschüre für Lehrpersonen zu entwickeln, damit die Reintegration in die Schule für ein brandverletztes Kind erleichtert werden kann.

Um auch die Einschätzung von betroffenen Kindern, deren Eltern und Lehrpersonen eines brandverletzten Kindes in meine Arbeit einfliessen lassen zu können, möchte ich mit Ihnen gerne ein Leitfrageninterview durchführen. Das Interview wird ca. 1 Stunde dauern und kann an einem für Sie passenden Ort stattfinden. Die Fragen werde ich Ihnen vorgängig zukommen lassen. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonym behandelt.

Mir ist es ein grosses Anliegen, Sie für eine Teilnahme zu gewinnen. Bei Rückfragen bitte ich Sie per Mail Kontakt mit mir aufzunehmen. Die Kontaktdaten finden Sie im Briefkopf. Ich bin Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir bis am **30. September 2015** eine Rückmeldung per Mail oder per Post geben, damit wir das weitere Procedere (Termin des Interviews, Durchführungsort) besprechen können.

Mit bestem Dank für Ihr Engagement und freundliche Grüsse

A. Schweizer

Ariane Schweizer

*Das Spital der Eleonorenstiftung*

*Anhang C: Informationsbrief zum geplanten Leitfadeninterview (Sie-Form)*

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

**Spitalschule**
**Ariane Schweizer**
Primar- und Sek 1 - Lehrperson
Schulische Heilpädagogin i.A.

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
www.kispi.uzh.ch

ariane.schweizer@kispi.uzh.ch

Kinderspital Zürich, Spitalschule, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Zürich, 26. Juli 2015/as

## Einverständniserklärung für das Leitfadeninterview

Liebe Eltern

Als Studierende im letzten Jahr in Sonderpädagogik an der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) in Basel schreibe ich meine Masterarbeit zum Thema „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule".

Um auch die Einschätzung von betroffenen Kindern, deren Eltern und Lehrpersonen eines brandverletzten Kindes in meine Arbeit einfliessen lassen zu können, möchte ich mit Ihrem Kind gerne ein Leitfrageninterview durchführen. Das Interview wird ca. 1 Stunde dauern und kann an einem für Sie und Ihr Kind passenden Ort stattfinden. Die Fragen werden ich Ihnen vorgängig zukommen lassen. Die Daten werden anonym gehalten, das heisst, der Name sowie die detaillierte Persönlichkeits- und Krankheitsangaben erscheinen nicht in der Arbeit.

Bei Rückfragen bitte ich Sie per Mail Kontakt mit mir aufzunehmen.

Mit bestem Dank für Ihre Einverständniserklärung und ich wünsche Ihnen und Ihrer Familie alles Gute.

A. Schweizer

Ariane Schweizer

---

## Einverständniserklärung

Bitte ankreuzen:

☐ Ich/wir erkläre/n mich/uns einverstanden, dass mein/unser Kind das Leitfadeninterview durchführen kann.

Ort, Datum/Unterschrift:_____

**Bitte den Talon bis am 30. September 2015 per Mail oder per Post an Ariane Schweizer retournieren.**

**Besten Dank!**

Das Spital der Eleonorenstiftung

*Anhang D: Einverständniserklärung zur Teilnahme des Leitfadeninterviews*

| Sequenz | Leitfragen |
|---|---|
| Opening | Danke, dass du dich zu diesem Interview bereit erklärt hast. Dieses Interview dient dazu herauszufinden, was für den Wiedereinstieg in die Schule nach einem Spitalaufenthalt hilfreich ist. Mich interessiert, welche Erfahrungen du dabei gemacht hast. Dabei fliessen die Ergebnisse in die Masterarbeit „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule“ ein.<br>Das Gespräch nehme ich mit meinem Smartphone ohne Bild auf. Anschliessend werde ich deine Schilderungen wörtlich transkribieren und für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse benutzen.<br>Natürlich geschieht dies alles diskret und anonym. Das bedeutet, dass in der Masterarbeit weder Namen noch Orte benannt werden.<br>Das Interview dauert zirka eine Stunde. Dies ist jedoch schwierig abzuschätzen, da die Dauer stark mit dem Verlauf des Interviews zusammenhängt.<br>Aufbau des Interviews:<br>1. Narratives Interview: Freie Erzählung des Betroffen<br>2. Leitfadeninterview: Auf die Fragestellung der Masterarbeit fokussierte Fragen |
| Hauptteil | Zuerst stelle ich dir zuerst ein paar allgemeine Fragen über dich:<br>• Wie alt bist du?<br>• Bist du in der Stadt oder auf dem Land aufgewachsen?<br>• Wie lange hast du das Spital oder das Rehabilitationszentrum schon verlassen?<br>• Wie lange warst du insgesamt schon hospitalisiert?<br>• Wie viele Korrekturoperationen hattest du schon?<br>• Wie wurdest du von der Klinik auf den Austritt vorbereitet?<br>• Welche Erinnerungen hast du an deine Spitalaufenthalte?<br><br>Um mir ein erstes Bild über dich und deine Erlebnisse zu machen, bitte ich dich im ersten Teil des Interviews, offen über deine Erfahrungen mit deiner Brandverletzung zu erzählen.<br>Am besten beginnst du beim Zeitpunkt, an welchem alles anfing, erzählst weiter über die verschiedenen Ereignisse bis hin zum Zeitpunkt, als das du wieder in die Schule zurückkehren konntest.<br><br>Nun kommen wir zum zweiten Teil:<br>• Was ist deiner Meinung nach förderlich/hemmend bei der Reintegration in die Herkunftsschule?<br>• Wie hat sich die Brandverletzung auf dein heutiges Leben ausgewirkt?<br>• Hast du spezielle Abmachungen mit deiner Lehrperson getroffen? Wenn ja, welche?<br>• Welche Abmachungen waren gut? Welche weniger?<br>• Was hat dir geholfen, wie deine Lehrpersonen mit dir umgegangen sind?<br>• Inwieweit wurde die Klasse über deine Krankheit informiert?<br>• Wie wurdest du aufgenommen?<br>• Welche Unterstützung konnte dir deine Klasse geben?<br>• Wie bist du auf die anderen Kinder zugegangen?<br>• Wie hat deine Klasse auf dein verändertes Aussehen reagiert?<br>• Wie hast du den verpassten Lernstoff aufgearbeitet?<br>• Hast du seit deinem Spitalaufenthalt eine Klasse wiederholt?<br>• Konntest du in allen Fächern teilnehmen?<br>• Gab es Anlässe, an denen du nicht mitmachen konntest? Wenn ja, wie war das für dich?<br>• Welche Strategien waren für dich hilfreich?<br>• Was hat dir sonst noch geholfen?<br>• Was hätte die Reintegration vereinfacht? |
| Ausklang | Nun sind wir schon fast am Ende des Interviews.<br>• Kannst du jetzt noch zusammenfassen, was für dich persönlich am Wichtigsten beim Wiedereinstieg war?<br><br>Vielen Dank für das Interview, Geschenk überreichen |

| Sequenz | Leitfragen |
|---|---|
| Opening | Danke, dass Sie sich bereit erklärt haben, beim Interview mitzumachen. Mich interessiert, welche Erfahrungen Sie bei der Reintegration Ihres brandverletzten Kindes nach einem Spitalaufenthalt gemacht haben. Dafür bin ich Ihnen für Ihre Einschätzungen dankbar. Die Ergebnisse fliessen in die Masterarbeit „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule“ ein.<br>Das Gespräch nehme ich mit meinem Smartphone ohne Bild auf. Anschliessend werde ich Ihre Schilderungen wörtlich transkribieren und für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse benutzen.<br>Natürlich geschieht dies alles diskret und anonym. Das bedeutet, dass in der Masterarbeit weder Namen noch Orte benannt werden.<br>Das Interview dauert zirka eine Stunde. Dies ist jedoch schwierig abzuschätzen, da die Dauer stark mit dem Verlauf des Interviews zusammenhängt.<br>Aufbau des Interviews:<br>1. Narratives Interview: Freie Erzählung des Betroffen<br>2. Leitfadeninterview: Auf die Fragestellung der Masterarbeit fokussierte Fragen |
| Hauptteil | Um mir ein erstes Bild über Ihre Erlebnisse zu machen, bitte ich Sie im ersten Teil des Interviews, offen über Ihre Erfahrungen mit der Brandverletzung Ihres Kindes zu erzählen. Am besten beginnen Sie beim Zeitpunkt, an welchem alles anfing, erzählen weiter über die verschiedenen Ereignisse bis hin zum Zeitpunkt, als das Kind wieder in die Schule zurückkehren konnte.<br>Jetzt folgen einige allgemeine Fragen:<br>• Wie lange musste das Kind der Schule fern bleiben?<br>• Wie lange liegt die Brandverletzung zurück?<br>• Wie geht es Ihnen und Ihrem Kind heute?<br>• Welche unmittelbaren Auswirkungen hatte die Brandverletzung auf das damalige Leben Ihres Kindes?<br>• Wo ist Ihr Kind aufgewachsen? (Stadt/Land?)<br>• Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben Ihres Kindes?<br>Zweiter Teil:<br>• Was ist Ihrer Meinung nach förderlich/hemmend bei der Reintegration von brandverletzten Kindern?<br>• Wie ist es Ihrem Kind bei der Reintegration ergangen?<br>• Wie sind die Lehrpersonen und die Schulleitung damit umgegangen?<br>• Hatte Ihr Kind spezielle Abmachungen?<br>• Wie wurde Ihr Kind in dieser Zeit unterstützt? Was hat sich bewährt, was weniger?<br>• Musste Ihr Kind nach dem Spitalaufenthalt eine Klasse wiederholen?<br>• Wie hat das schulische Umfeld auf das veränderte Aussehen Ihres Kindes reagiert?<br>• Hat es einen Austausch gegeben, der für Ihr Kind hilfreich gewesen ist?<br>• Inwieweit haben Sie respektive die Lehrperson die Klasse über die Brandverletzung Ihres Kindes informiert? Wie lief diese Information ab?<br>• Welche (schulischen) Einschränkungen gab es?<br>• Welche Fördermassnahmen waren notwendig und weshalb?<br>• Was hat die Klasse zur Reintegration beigetragen?<br>• Welche Strategien konnten Sie bei Ihrem Kind beobachten?<br>• Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen im Zusammenhang mit der Reintegration wichtig erscheint? |
| Ausklang | Nun sind wir schon fast am Ende des Interviews.<br>• Haben Sie sich Hilfe bei Fachpersonen geholt? Wenn ja, wo?<br>• Wie wurde die Reintegration vom Spital (Spitalschule, Schule Rehabilitationszentrum) begleitet? Fand eine Zusammenarbeit statt? In welcher Form?<br>• Was könnte die Spitalschule/Herkunftsschule unternehmen, um die Reintegration zu vereinfachen/verbessern?<br><br>Vielen Dank für das Interview, Geschenk überreichen |

| Sequenz | Leitfragen |
|---|---|
| Opening | Danke, dass Sie sich bereit erklärt haben, beim Interview mitzumachen. Mich interessiert, welche Erfahrungen Sie bei der Reintegration Ihres brandverletzten Schüler/Ihrer brandverletzten Schülerin nach einem Spitalaufenthalt gemacht haben. Daher bin ich froh um Ihre Einschätzungen. Die Ergebnisse fliessen in die Masterarbeit „Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung in die Herkunftsschule“ ein.<br>Das Gespräch nehme ich mit meinem Smartphone ohne Bild auf. Anschliessend werde ich Ihre Schilderungen wörtlich transkribieren und für die Auswertung und Interpretation der Ergebnisse benutzen.<br>Natürlich geschieht dies alles diskret und anonym. Das bedeutet, dass in der Masterarbeit weder Namen noch Orte benannt werden.<br>Das Interview dauert zirka eine Stunde. Dies ist jedoch schwierig abzuschätzen, da die Dauer stark mit dem Verlauf des Interviews zusammenhängt.<br>Aufbau des Interviews:<br>1. Narratives Interview: Freie Erzählung des Betroffen<br>2. Leitfadeninterview: Auf die Fragestellung der Masterarbeit fokussierte Fragen |
| Hauptteil | Zuerst folgen einige allgemeine Fragen:<br>• Wie lange unterrichten Sie schon?<br>• Wie viele brandverletzte Kinder haben Sie schon begleitet?<br>• Wie lange ist die Reintegration dieser begleiteten Fälle her?<br>• Besuchte das betroffene Kind schon vor dem Spitalaufenthalt bei Ihnen die Schule?<br>• Wie lange musste das Kind der Schule fern bleiben?<br>• Wie wurden Sie über die Brandverletzung Ihrer Schülerin/Ihres Schülers informiert?<br>• Wie haben Sie Ihre Klasse über die Brandverletzung Ihrer Schülerin/Ihres Schülers informiert? Wie war die Reaktion der Klasse?<br><br>Um mir ein erstes Bild über Ihre Erlebnisse zu machen, bitte ich Sie im ersten Teil des Interviews, offen über Ihre Erfahrungen mit der Brandverletzung Ihres Schülers/Ihrer Schülerin zu erzählen. Am besten beginnen Sie beim Zeitpunkt, an welchem alles anfing, erzählen weiter über die verschiedenen Ereignisse bis hin zum Zeitpunkt, als das Kind wieder in die Schule zurückkehren konnte.<br><br>Zweiter Teil:<br>• Was ist Ihrer Meinung nach förderlich/hemmend bei der Reintegration von brandverletzten Kindern?<br>• Wie ist es Ihnen mit diesem Kind in der Klasse gegangen?<br>• Wie wurde im Lehrerkollegium damit umgegangen?<br>• Wie wurden Sie von der Schulleitung unterstützt?<br>• Haben Sie z.B. spezielle Abmachungen mit der Schülerin/dem Schüler getroffen?<br>• Welche Einschränkungen gab es?<br>• Welche Fördermassnahmen waren notwendig und weshalb?<br>• Hatten Sie einen anderen Umgang mit der Klasse resp. mit dem betroffenen Kind in dieser Übergangszeit (pushen, loben)?<br>• Welche Unterstützung konnten Sie der Schülerin/dem Schüler (sonst noch) geben?<br>• Hat es einen Austausch gegeben, was für das betroffene Kind hilfreich gewesen ist?<br>• Inwieweit haben Sie die Klasse und eventuell die anderen Eltern über die Brandverletzung des betroffenen Kindes informiert?<br>• Was hat die Klasse zur Reintegration beigetragen?<br>• Welche Erfahrungen gab es auf das veränderte Aussehen des betroffenen Kindes?<br>• Welche Bewältigungsstrategien konnten Sie beim betroffenen Kind beobachten?<br>• Welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf das heutige Leben der Schülerin/des Schülers? Welche Veränderungen konnten Sie feststellen? |

| | |
|---|---|
| | • Gibt es sonst noch etwas, was Ihnen im Zusammenhang mit der Reintegration wichtig erscheint? |
| Ausklang | Nun sind wir schon fast am Ende des Interviews.<br>• Wie wurde die Reintegration vom Spital (Spitalschule, Schule Rehabilitationszentrum) begleitet? Fand eine Zusammenarbeit statt? In welcher Form?<br>• Was könnte die Spitalschule/Herkunftsschule unternehmen, um die Reintegration zu vereinfachen/verbessern?<br>• Haben Sie sich Hilfe bei Fachpersonen geholt? Wenn ja, wo?<br>• Zusammenfassend: Was ist Ihrer Meinung nach hilfreich/hemmend bei der Reintegration von brandverletzten Kindern?<br><br>Vielen Dank für das Interview, Geschenk überreichen |

*Anhang G: Ablauf für das Eltern-Interview*

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

INFORMATIONSBLATT FÜR LEHRPERSONEN

# Kinder und Jugendliche nach einer Nierentransplantation

## Allgemeines

Sie unterrichten eine Schülerin oder einen Schüler mit einer transplantierten Niere. Da die Funktionsfähigkeit der beiden Nieren (wir haben in der Regel ja zwei) Ihrer Schülerin oder Ihres Schülers unter zirka 10 Prozent der normalen Leistung gefallen war, wurde eine Nierentransplantation notwendig. Dieser ging eventuell ein Nierenersatzverfahren voraus (Bauchfell- oder Hämodialyse).

Da Kinder und Jugendliche bis zum Alter von 20 Jahren gemäss dem Schweizer Transplantationsgesetz vom 1. Juli 2007 bei der Vergabe von Verstorbenen-Spenden bevorzugt werden, kann es sein, dass ohne vorgängiges Nierenersatzverfahren transplantiert wurde. Es ist auch möglich, dass eine Lebendspende einer Niere eines Elternteiles oder einer anderen (meist verwandten) Person erfolgt ist.

Wenn man sich zuverlässig an einige Punkte hält, kann man mit einer Spenderniere gut leben. Im Durchschnitt erfüllt sie ihren Dienst 15 bis 17 Jahre. Es kann sein, dass sie sofort abgestossen wird oder aber über mehrere Jahrzehnte gut funktioniert.

## Medikamente gegen die Abstossung

Nach einer Organtransplantation muss man strikt alle 12 Stunden Medikamente gegen die Abstossung einnehmen, auch am Wochenende, selbst wenn man ausschlafen möchte und auch in den Ferien. Einige Patientinnen und Patienten müssen zusätzlich noch andere Medikamente, manchmal auch häufiger am Tag, einnehmen. Die Patientinnen und Patienten und ihre Eltern werden dafür geschult und wissen, dass es zu einer Abstossungsreaktion kommen kann, wenn man die Medikamente vergisst oder unregelmässig einnimmt.

Damit die Compliance / Adhärenz (Therapietreue) gesteigert werden kann, stellen unsere Patientinnen und Patienten im Werkunterricht eine Medikamenten-Wochen-Box aus Plexiglas her oder erhalten eine fertige, sodass sie den Überblick über die Medikamenten-Einnahme haben. Wir empfehlen auch, diese gefüllt mit in ein Lager oder in die Ferien zu nehmen.

Gewisse Medikamente (zum Beispiel auch gängige Schmerzmedikamente), die über die Nieren abgebaut werden, dürfen **nicht** eingenommen werden, weshalb bei neuen Medikamenten immer zuerst die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt gefragt werden muss.

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

Einige Medikamente, die man vor allem hoch dosiert im ersten Jahr nach einer Nierentransplantation einnehmen muss, können unerwünschte Nebenwirkungen haben wie:
- Cushing (so genanntes Vollmondgesicht und aufgedunsener Bauch);
- gesteigerter Appetit und Gewichtszunahme;
- Zittern der Hände;
- vermehrte Behaarung (im Gesicht und am Körper störend, vor allem bei Mädchen);
- ausgeprägte Akne;
- vermehrte Warzenbildung, vorwiegend an Händen und Füssen.

## Gesunde Lebensweise / Sport

Damit die Niere gut durchspült wird, müssen Menschen nach der Nierentransplantation in der Regel viel trinken. Sie sollten nicht rauchen, nicht zu viel Alkohol und selbstverständlich keine Drogen zu sich nehmen.

Allgemein gilt nach einer Nierentransplantation die Empfehlung einer ausgewogenen, gesunden Ernährung, im Normalfall ohne diätetische Einschränkungen. Oft besteht das Bedürfnis, die vorher wegen einer Diät verbotenen Lebensmittel wie Schokolade, Pommes-Chips, Pommes frites, Cola, Eistee, Käse oder Fleisch kompensatorisch zu geniessen. Auch wegen der anfänglich höher dosierten Steroide (Medikamente gegen die Abstossung), haben transplantierte Menschen mehr Hunger und legen dann ein bisschen an Gewicht zu, was anfänglich manchmal erwünscht ist, wenn sie vorher untergewichtig waren. Es kann vorkommen, dass das Gewicht dann über das Ziel hinausschiesst, doch es pendelt sich im weiteren Verlauf meist wieder von selbst ein, auch weil die Steroide normalerweise mit der Zeit reduziert und schliesslich gestoppt werden können.

Sport ist nach einer Weile wieder vollumfänglich erlaubt. Einzig von Kampfsportarten, Reiten und Reckturnen ist abzuraten. Weil die transplantierte Niere nicht an den herkömmlichen Platz eingesetzt wird, sondern vorne unter die Bauchdecke, ist sie exponierter. Unsere Patientinnen und Patienten erhalten deshalb einen Nierenschutz, den sie im Sport tragen sollten.

Wegen der Medikamente gegen die Abstossung ist das Immunsystem leicht geschwächt. Es ist deshalb sinnvoll, organtransplantierte Menschen – ganz besonders im ersten Jahr nach Transplantation – vor Infektionskrankheiten ein bisschen zu schützen, etwa indem man erkältete Klassenkameradinnen und -kameraden, solche mit Durchfall oder einer andern ansteckenden Krankheit nicht gerade neben sie setzt, denn eine schwere Infektion könnte eine Abstossung auslösen. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass nierentransplantierte Menschen nicht häufiger krank sind als andere, allerdings geht es manchmal länger, bis sie nach einer Infektion wieder gesund sind.

## Leistungsfähigkeit / Lebensqualität

Vor der Transplantation konnte meist mit abnehmender Funktion der Nieren eine verminderte oder stark schwankende Leistungsfähigkeit beobachtet werden. Diese kam schleichend und wurde von den Patientinnen und Patienten oft nicht bewusst wahrgenommen, eher von den Eltern oder Lehrpersonen. Bei Jugendlichen wurde sie oft als „Lustlosigkeit", „fehlende Motivation" oder „Faulheit" beschrieben und fälschlicherweise der Pubertät oder fehlendem Willen zugeschrieben. Doch gerade in der Pubertät oder während Wachstumsschüben kann sich bei ungenügender Nierenfunktion die Leistungsfähigkeit deutlich vermindern, dann nämlich, wenn die abnehmende Nierenfunktion einem infolge der grösseren Körpermasse steigenden Nierenfunktionsbedarf gegenübersteht.

Die Nierenkrankheit stellt ein Kind oder einen Jugendlichen und dessen Familie vor eine lebenslange Herausforderung. Je nach Krankheitsphase können die Belastungen die psychischen, physischen und materiellen Ressourcen einer Familie übersteigen. Die Zukunft kann ungewiss sein, Ängste und Sorgen können drücken und die Situation mag ausweglos erscheinen.

Im Kinderspital versuchen wir, die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien so gut es geht zu unterstützen. Die spitalinterne Sozialberatung kümmert sich um versicherungstechnische, organisatorische, finanzielle und soziale Fragen und für eine psychologische Unterstützung ist auch gesorgt.

Wenn die Kinder und Jugendlichen in weiteren Lebensbereichen auf verständnisvolle, wohlwollende und humorvolle Menschen treffen, ist das natürlich von unschätzbarem Wert. Ohne die nierenkranken Kinder und Jugendlichen zu verwöhnen oder den Ernst der Lage hinunterzuspielen, ist es wichtig, sie beim Umsetzen ihrer Pläne zu unterstützen, ihnen Freude und Zuversicht zu vermitteln, sie in ihrer Selbstwirksamkeitserwartung und Selbstständigkeit zu stärken und mit ihnen auch unbeschwerte Stunden zu geniessen.

Nach erfolgter Nierentransplantation und einer gewissen Erholungsphase erleben viele unserer Patientinnen und Patienten eine erfreuliche Leistungssteigerung. Sie haben wieder mehr Energie zum Leben und Lernen. Die gesteigerte Lebensqualität und die oft besseren Schulleistungen werden von ihnen sehr geschätzt.

## Besondere Förderbedürfnisse

Eine Nierenkrankheit hat keinen Einfluss auf die Intelligenz. Somit haben nierenkranke Kinder und Jugendliche eigentlich keinen besonderen Förderbedarf, wenn sie nicht noch eine neurologische (Neben-) Erkrankung oder eine systemische Erkrankung mit neurologischer Beteiligung haben. Doch durch viele krankheitsbedingte Absenzen und / oder wegen der eingeschränkten Nierenfunktion kann es zu Schulproblemen gekommen sein. Vielleicht braucht es nach einer akuten Krankheitsphase eine besondere Massnahme.

Am besten besprechen Sie die Situation frühzeitig mit der Schülerin oder dem Schüler und den Eltern, vor allem vor Übertritten oder wenn Sie Lücken bei den Lerninhalten feststellen. In Einzelfällen ist es

sinnvoll, das Kind in Absprache mit den Eltern später einzuschulen, in einem Fach oder sogar mehreren Fächern von den Lehrplan-Lernzielen zu befreien (individuelle Lernziele zu definieren), eine Klasse repetieren zu lassen und / oder die schulische Heilpädagogin oder den schulischen Heilpädagogen vor Ort beizuziehen. Es ist wichtig, auch die Konsequenzen zu besprechen. Mit einer Lehrplan-Lernzielbefreiung (mit individuellen Lernzielen) wird oft der Weg ins Gymnasium oder ins höchste Niveau der Sekundarschule verwehrt.

Tritt eine Nierenerkrankung in der frühen Kindheit auf, haben einige Kinder im Vorschul- und dann auch im Schulalter motorische Probleme, die sich vor allem in der Grafomotorik als hinderlich erweisen. Eine am Kinderspital Zürich durchgeführte und 2008 von J. Falger et al. in der Fachzeitschrift Pediatric Nephrology publizierte Studie (die auf Wunsch in Englisch bei uns bezogen werden kann) bestätigt diese von uns bereits früher gemachte Beobachtung. Es ist deshalb sinnvoll, bei nierenkranken Kindern die Motorik im Auge zu behalten und bei Auffälligkeiten frühzeitig eine genügend lange Psychomotorik-Therapie einzuleiten.

Nach der Nierentransplantation müssen unsere Patientinnen und Patienten dienstags und donnerstags frühmorgens zur Kontrolle kommen. Nach ungefähr zwei Monaten finden diese Kontrollen nur noch einmal wöchentlich, dann jede zweite, später jede dritte Woche und schliesslich nach zirka einem Jahr nur noch einmal pro Monat statt. Anfänglich fallen dadurch viele Schulabsenzen an. Wenn die Patientinnen und Patienten weit vom Kinderspital Zürich entfernt wohnen, fällt jeweils ein ganzer Schulmorgen aus, der von der Spitalschule nicht kompensiert werden kann. Unsere Erfahrung zeigt aber, dass die meisten Schülerinnen und Schüler mit wenig Zusatzunterstützung durch die Lehrperson gut zurechtkommen.

Besteht eine erhebliche Einschränkung aufgrund der Krankheit und / oder eines tiefen Intelligenzquotienten, empfiehlt es sich, anfangs des zweitletzten obligatorischen Schuljahres (8. Klasse, 2. Oberstufenklasse) die IV-Berufsberatung einzuschalten.

Viele unserer Patientinnen und Patienten kommen erfreulicherweise ohne besondere Massnahmen aus und können speziell nach der Rekonvaleszenzphase nach der Transplantation wieder uneingeschränkt dem Schulprogramm folgen.

**Nachteilsausgleich**
Gemäss dem Schweizer Behindertengleichstellungs-Gesetz soll niemand aufgrund einer Krankheit oder Behinderung benachteiligt werden. Daraus erfolgt der Anspruch auf das Ausgleichen des Nachteils. Er kommt in der Schul- und Berufsbildung sowie den entsprechenden Qualifikationsverfahren zur Anwendung.
Die Schulkarriere oder die Lehre kann, wenn nötig, verlängert werden. Das Ziel ist immer, dass die nierenkranken Jugendlichen den Beruf erlernen können, der ihren Wünschen und ihrem Leistungspotenzial entspricht, auch wenn die effektive Leistungsfähigkeit vorübergehend vermindert ist.
Weitere Informationen zum Nachteilsausgleich finden Sie auf der Website der Schweizerischen Zentralstelle für Heilpädagogik (www.szh.ch -> Infoplattform zur Heil- und Sonderpädagogik in der Schweiz -> Nachteilsausgleich) oder auf der Website der Bildungsdirektion Ihres Kantons.

## Spitalschule für Patientinnen und Patienten des Kinderspitals Zürich

Kinder oder Jugendliche aller Schulstufen, die voraussichtlich mindestens eine Woche oder wiederholt im Kinderspital sind, haben Anspruch auf Kindergarten- oder Schulunterricht durch eine Spitallehrperson. Wenn sie mobil sind, keine ansteckende Krankheit oder kein zu schwaches Immunsystem haben und das Zimmer verlassen dürfen, können sie am Gruppenunterricht teilnehmen. Für diese Schulkinder besteht zusätzlich die Möglichkeit, den Werkunterricht zu besuchen.

Diejenigen, die das Zimmer nicht verlassen dürfen, erhalten in der Regel täglich eine Stunde Einzelunterricht im Patientenzimmer. So können die Schülerinnen und Schüler meist in den Hauptfächern einigermassen mit der Klasse mithalten, sofern der Gesundheitszustand dies erlaubt. Wenn dies nicht der Fall ist, bieten wir spielerische oder musisch-kreative Tätigkeiten an.

Wir von der Spitalschule sind sehr froh, wenn Sie als Klassen- oder Fachlehrperson den Schülerinnen und Schülern das Schulmaterial mitgeben, möglichst mit einem Plan der Lerninhalte für die Zeit des geplanten Spitalaufenthaltes. Um Förderziele und Lerninhalte zu besprechen, nehmen wir bei Bedarf Kontakt mit dem Herkunftskindergarten beziehungsweise der Herkunftsschule auf. Uns ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten den Kontakt zum Herkunftskindergarten beziehungsweise zur Herkunftsschule behalten. Auch bei unvorhergesehenen Spitalaufenthalten sind wir froh, wenn wir möglichst schnell das Schulmaterial im Spital zur Verfügung haben. Oft holen es die Eltern in der Schule ab oder kann es ein Geschwister oder Nachbarkind mitnehmen, sodass es nicht geschickt werden muss.

Unsere Patientinnen und Patienten freuen sich immer riesig über Post, E-Mails, SMS oder Telefonanrufe und – nach Vorabklärung, ob es sinnvoll und erwünscht ist – auch über Besuche der Herkunftsschule.

Kinder und Jugendliche sind nach Austritt nach der Nierentransplantation allerdings selten hospitalisiert, meist kommen sie nur für die ambulanten Kontrollen ins Kinderspital, bei denen sie keinen Schulunterricht in der Spitalschule haben.

**Informationsnachmittag für Lehrpersonen**
Jedes zweite Jahr führen wir vom Kinderspital Zürich in der Regel Ende Oktober oder im November an einem Mittwoch einen Informationsnachmittag durch, zu dem alle Lehrpersonen aller Stufen (Klassen- und Fachlehrerinnen und -lehrer), Schulleitenden und Lehrlingsverantwortlichen unserer nierenkranken Kinder und Jugendlichen und jene ihrer Geschwister eingeladen sind. Wegen der Schweigepflicht geben wir die Einladungen den Eltern mit und bitten sie, diese den entsprechenden Fachpersonen weiterzugeben. Es freut uns immer, wenn wir so mit vielen Bezugspersonen möglichst vieler unserer Patientinnen und Patienten in Kontakt kommen. Dies erleichtert die Zusammenarbeit und fördert das gegenseitige Verständnis. Gemäss den vielen positiven Rückmeldungen der bisherigen Teilnehmenden hat es sich für sie jeweils mehr als gelohnt, daran teilzunehmen.

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

## Ferienlager für nierenkranke Kinder und Jugendliche

Jeden Sommer wird von der Abteilung Nephrologie des Kinderspitals Zürich ein Ferienlager für nierenkranke (auch nierentransplantierte) Kinder und Jugendliche und deren Geschwister durchgeführt, das zum Ziel hat, Kinder und Jugendliche mit ähnlichen Krankheiten zusammenzuführen, damit sie merken, dass sie mit ihrer Krankheit nicht alleine sind. Es kommen Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachleute, Diätköche und Ernährungsberaterinnen mit ins Lager, um die medizinische Betreuung sicherzustellen.

Meist wird das Programm von ehemaligen, mittlerweile erwachsenen Patientinnen und Patienten gestaltet. Für die jüngeren Kinder ist es wichtig, ältere Patientinnen und Patienten in Vorbildfunktionen zu erleben. Für die Jugendlichen ab 14 Jahren gibt es einen so genannten Compliance-Nachmittag, an dem wir ihnen helfen, die Krankheit und Therapien besser zu verstehen und an dem sie sich austauschen darüber, wie sie es schaffen, sich an die Behandlungsvorgaben zu halten.

Nicht alle unsere Patientinnen und Patienten mögen am Lager teilnehmen, aber es ist sicher gut, sie dafür zu motivieren.

## Fragen / Unsicherheiten

Falls Sie Fragen haben oder unsicher sind, wie aufgetretene Probleme gelöst werden können, dürfen Sie sich jederzeit gerne an die Spitalschule für Patientinnen und Patienten des Kinderspitals Zürich wenden:

- Kindergarten: Marianne Schmutz, marianne.schmutz@kispi.uzh.ch, Tel. 044 266 72 96
- Schule: Christine Walser, christine.walser@kispi.uzh.ch, Tel. 044 266 72 94
- Schulleitung: Barbara Trechslin, barbara.trechslin@kispi.uzh.ch, Tel. 044 266 32 51

Als (Klassen-) Lehrerin oder -Lehrer erfüllen Sie eine wichtige Aufgabe, und wir erleben immer wieder, dass sich unsere Patientinnen und Patienten in ihrer Schule sehr wohl fühlen. Auch wenn sie oft gefehlt haben, so ist ihre Klasse doch so etwas wie ihr „Heimathafen", in dem sie ihren Platz behalten und sich sicher aufgehoben fühlen.

Wir danken Ihnen ganz herzlich für Ihr Engagement zugunsten unserer Patientin oder unseres Patienten!

Christine Walser
Schulische Heilpädagogin und Lehrerin
Spitalschule für Patientinnen und Patienten Kinderspital Zürich
Januar 2014



*Anhang H: Informationsschriften für Lehrpersonen von Schülerinnen und Schülern nach einer Nierentransplantation*

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

LEITFADEN
FÜR LEHRPERSONEN

# Reintegration nach Brandverletzung

Das Spital der
Eleonorenstiftung

## Leitfaden für die Schule zur Reintegration von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung

Dieser Leitfaden dient dazu, die Reintegration von Schülern mit einer Brandverletzung nach einem Spitalaufenthalt möglichst erfolgreich zu gestalten. Dabei sind Sie als Klassenlehrperson, Fachlehrperson, Schulleiter oder Schulischer Heilpädagoge (SHP) eine der wichtigsten Personen, die mit dem Schüler nach dem Spitalaufenthalt regelmässig in Kontakt stehen. Neben den wichtigsten Informationen zu Brandverletzungen werden praktische Handlungsmöglichkeiten, nützliche Kontaktadressen sowie Literaturangaben aufgeführt.

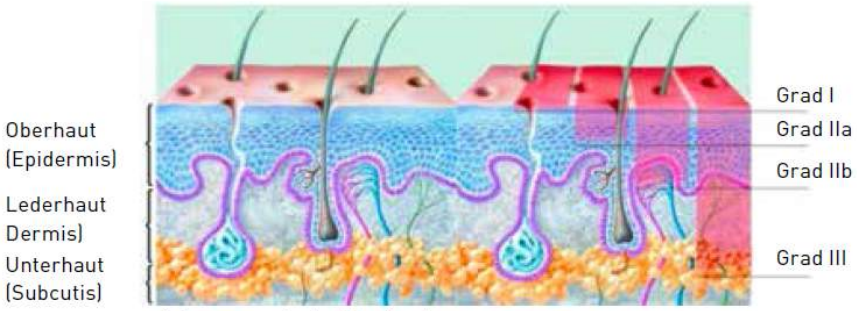
Der Leitfaden basiert auf Ergebnissen einer qualitativen Forschungsstudie, bei der betroffene Kinder und Jugendliche, Eltern und Lehrpersonen befragt wurden.

Personen- und Berufsbezeichnungen gelten stets für beide Geschlechter.

### Kontakt

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:


| | | |
|---|---|---|
| Kindergarten: | kindergarten@kispi.uzh.ch | Telefon +41 44 266 72 96 |
| Schule: | spitalschule@kispi.uzh.ch | Telefon +41 44 266 72 94 |
| Schulleitung: | barbara.trechslin@kispi.uzh.ch | Telefon +41 44 266 32 51 |
| Pflegeberatung: | liv.mahrer@kispi.uzh.ch | Telefon +41 44 266 33 06 |



Schweregrade der Hautverbrennung

## Informationen zu Brandverletzungen bei Kindern und Jugendlichen

Als thermische Verletzung wird eine Schädigung des Gewebes durch Hitzeeinwirkung bezeichnet. Es kann sich dabei um eine Verbrennung (Flamme), eine Verbrühung (heisse Flüssigkeit), ein Kontakttrauma (Berühren eines heissen Gegenstandes) oder ein Elektrotrauma (Unfall mit Stromeinfluss) handeln.
Die Flächenausdehnung einer Verbrennung wird in Prozenten der gesamten Körperoberfläche angegeben. Durch die Schädigung der Haut verliert der Körper Flüssigkeit, Salze und Eiweisse. Der Organismus reagiert meistens mit Fieber und Anschwellen verletzter sowie nicht verletzter Körperareale. Diese Reaktionen gehören zur sogenannten «Verbrennungskrankheit», mit der man ab ca. 15 Prozent verbrannter oder verbrühter Körperoberfläche rechnen muss. Dann braucht das Kind neben der lokalen Wundbehandlung weitere spezifische Therapien wie Infusionen, eine angereicherte (hochkalorische) Nahrung und eventuell zusätzliche medikamentöse Unterstützung. Sind bei einer Brandverletzung mehr als 50 Prozent der Körperhülle betroffen, sind die Folgen lebensbedrohend. Dann kann auch eine Hospitalisation auf der Intensivstation notwendig sein.
Nach einer Brandverletzung muss zunächst die zerstörte Haut entfernt werden, um den Körper vor Infektionen zu schützen. Der Grad (1, 2a, 2b, 3), das heisst, die Tiefe und die Ausdehnung der Verbrennung in Bezug auf die Körperoberfläche, werden festgestellt. Der Flüssigkeitsverlust

des Körpers durch die Wundflächen wird berechnet und mit Infusionen ausgeglichen. Bei den Verbrennungsgraden 2b und 3 muss operiert werden, da die Haut nicht mehr von sich aus heilen kann. In den ersten Tagen werden die Verbände in der Regel täglich gewechselt und die Wunden gereinigt. Die Kinder und Jugendlichen erhalten dazu starke Schmerzmittel. Die Tiefe einer thermischen Verletzung kann erst sieben bis zehn Tage nach dem Unfall definitiv festgelegt werden. Deshalb kann auch die längerfristige Behandlung erst ab diesem Zeitpunkt bestimmt werden. Eine Deckung der hautlosen Fläche wird mit patienteneigener hauchdünn entnommener Spalthaut (vom Oberschenkel bzw. der Kopfhaut)oder im Labor hergestellter Ersatzhaut erreicht. Die Heilungsdauer wird dadurch wesentlich verkürzt und das funktionelle und kosmetische Resultat günstig beeinflusst. Sichtbare Vernarbungen können jedoch auch durch eine Hauttransplantation nicht vermieden, sondern nur vermindert werden. Die verpflanzte Haut heilt in wenigen Tagen ein, sofern der Heilungsprozess nicht durch eine Infektion oder durch zu viel Bewegung des Kindes oder des Jugendlichen gestört wird.

Brandverletzte Kinder und Jugendliche legen während ihrer Rehabilitation einen langen, mühsamen, für alle Beteiligten einschneidenden Weg zurück. Juckreiz, Spannungsgefühl, trockene Haut, Ausschläge, Rötungen, Licht-, Kälte- und Hitzeempfindlichkeit können den Ausreifungsprozess der Narben über Jahre begleiten. Ausserdem ist es sehr wichtig, dass Narben besonders gut vor der Sonne geschützt werden, da sie selber keinen UV-Schutz bilden können. Eine konsequente Kompressionstherapie (eng anliegender, individuell angefertigter Kompressionsanzug, auch Jobst genannt) unterstützt das Erreichen eines optimalen Narbenbildes. Er sorgt durch kontinuierlichen Druck auf die Narben dafür, dass diese weniger in die Höhe wachsen («hypertroph»). Meistens wird die Reifung der Narben durch eine Silikontherapie mit entsprechenden Pflastern und Gels unterstützt. Die Schwere der Narbenbildung ist unterschiedlich.
Thermische Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen können zu einer lebenslangen Stigmatisierung durch Narbenbildung führen. Aufgrund eventuell funktioneller Einschränkungen (z. B. Bewegungseinschränkungen an Gelenken) oder aufgrund des ästhetischen Erscheinungsbildes

(z. B. Gesicht und Dekolleté) folgen oft mehrfache Korrekturoperationen bis ins Erwachsenenalter.
Schwere Brandverletzungen können diverse komplexe physische und psychische Folgekrankheiten nach sich ziehen. Eine therapeutische Hilfe bei der Verarbeitung des Verbrennungstraumas ist sinnvoll, um eine Chronifizierung einer Belastungsreaktion sowie die Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu verhindern.

## Stationärer Spitalaufenthalt

Kinder und Jugendliche sowie deren Familien werden nach einer thermischen Verletzung bestmöglich unterstützt. Neben der medizinischen Therapie durch Ärzteschaft und Pflege sowie bei Bedarf durch die Physio- und Ergotherapie kümmert sich die Sozialberatung um versicherungstechnische, organisatorische und soziale Fragen. Zudem wird für eine psychologische und schulische Unterstützung gesorgt.
Damit Sie sich mit der Brandverletzung Ihres Schülers auseinandersetzen können, ist es unerlässlich, dass Sie zuvor von den Erziehungsberechtigten Informationen erhalten. Ein Gespräch über die Verletzung Ihres Schülers sollte auf Ihre Initiative stattfinden, wenn Sie von der Brandverletzung erfahren. Dabei ist eine aufrichtige Anteilnahme selbstverständlich. Fragen nach dem Gesundheitszustand sind wichtig und die Eltern werden selbst entscheiden, wie ausführlich sie antworten möchten.
Weiter soll auch besprochen werden, wie und in welchem Umfang die Klasse und das weitere Umfeld informiert werden.

# Empfehlungen zur Reintegration

Die Herkunftsschule leistet für eine gelingende Reintegration von brandverletzten Kindern und Jugendlichen einen wertvollen Beitrag. Massgebend für die erfolgreiche Reintegration sind vor allem auch die Familie, das soziale Umfeld der Betroffenen sowie der aktuelle Gesundheitszustand.
Brandverletzte Kinder und Jugendliche wünschen sich eine normale Behandlung als Mitschüler. Eine zu grosse Rücksichtnahme kann zur Ausgrenzung aus der Klasse führen und ist von den betroffenen Schülern nicht erwünscht.
Offenheit, Geduld, Wertschätzung und das nötige Feingefühl seitens der Lehrpersonen der Herkunftsschule sind zentral. Da brandverletzte Schüler aufgrund von wiederkehrenden Hospitalisationen (z. B. Narbenkorrekturen) in der Schule immer wieder fehlen, gilt es, die Integration in der Klasse zu pflegen. Für brandverletzte Kinder und Jugendliche ist es ein wichtiger Gedanke, ihren festen Sitzplatz in der Schule reserviert zu wissen. Der feste Sitzplatz symbolisiert ihnen, dass die Klasse sie nicht vergisst und vermittelt Aussicht auf Rückkehr. Regelmässiger Kontakt zu Mitschülern – telefonisch, durch Briefe, E-Mails, ev. Spitalbesuche (in Absprache mit den Eltern) – festigt diesen Platz in der Klasse und erleichtert die Reintegration für beide Seiten.
Wenn die Schüler von mehreren Lehrpersonen unterrichtet werden, empfiehlt sich eine innerschulische Informationsstruktur, sodass alle Lehrpersonen die notwendigen Informationen besitzen. Bei einem Lehrpersonen- oder Schulwechsel sollten diese weitergegeben werden. Selbstverständlich müssen diese Informationen zwingend mit den Eltern und den Betroffenen besprochen und deren Einverständnis dafür eingeholt werden.

**Vor der Reintegration:**

- Die Klasse des Schülers wird in Absprache mit den Eltern z. B. mit Fotos und Gesprächen auf das veränderte Aussehen des Kindes oder des Jugendlichen vorbereitet.
- Schüler, die längere Zeit ihre Herkunftsschule nicht besuchen

können, gehen vor dem geplanten Wiedereinstieg z.B. mit der Pflegeberaterin oder einer anderen Fachperson, den Eltern oder eventuell mit einer Spitallehrperson in ihre angestammte Klasse. Ziel dieses Besuches ist, dem Schüler die Angst zu nehmen und ihm Mut zu machen. Der Besuch wird von der Klassenlehrperson mit der Klasse vorbereitet. Fragen werden gesammelt und vor dem Besuch an den betroffenen Schüler geschickt. Auch die Spitallehrperson oder eine andere Fachperson bereitet mit dem betroffenen Schüler den Besuch vor. Die zugesandten Fragen der Klasse werden besprochen und es wird geklärt, welche Themen in der Klasse nicht angesprochen werden sollen. In ein bis zwei Schulstunden werden den Mitschülern im Gespräch die Verletzung, ihre Behandlung und deren Folgen erklärt. Die Erklärung erfolgt durch den betroffenen Schüler, die Eltern und/oder die Begleitpersonen. Die Klasse kann die vorbereiteten Fragen stellen. Idealerweise findet anschliessend eine Klassenkonferenz mit allen beteiligten Fachlehrpersonen statt, in der die Lehrpersonen ihre Fragen zum Umgang mit dem betroffenen Schüler stellen können. Dabei werden wichtige Themen und Fragen zur individuellen Belastbarkeit und zu speziellen Regelungen z.B. beim Sportunterricht und Klassenausflügen geklärt.

**Literaturhinweise**

Empfohlene Literatur zum Thema Brandverletzungen für Lehrpersonen, Schulleitungen und SHPs:


- Flitner, E., Ostkämpfer, F., & Scheid, C. W. (2014). Chronisch kranke Kinder in der Schule. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Kägi, M. (2016). Brandmal – Gezeichnet fürs Leben. Zürich: SRF Dok, www.srf.ch
- Kinderspital Zürich (Zentrum für brandverletzte Kinder, Plastische und Rekonstruktive Chirurgie), https://www.kispi.uzh.ch/de/patienten-und-angehoerige/fachbereiche/zentrumfuerbrandverletztekinder
- Initiative «Hautstigma», www.hautstigma.ch
- Paulinchen – Initiative für brandverletzte Kinder e.V. (2013): Alex - ein Ratgeber für brandverletzte Jugendliche. Frankfurt: brandbook.de, www.paulinchen.de
- Schiestl, C., Schlüer, A.-B., Zikos-Pfenninger, I., & Landolt, M. (2008): Schaut mich ruhig an: Wie brandverletzte Kinder und Jugendliche ihr Leben meistern. Zürich: Rüffer & Rub.

## Ablauf der schulischen Begleitung eines brandverletzten Kindes oder Jugendlichen

### 1. Phase: Kontaktpflege während des Spitalaufenthaltes

- Beginn des Spitalunterrichts nach Absprache mit Ärzten/Pflege/Eltern
- Schriftliche/telefonische Kontaktaufnahme Spitalschule-Herkunftsschule-Eltern
- Klassenkontakt-Schüler durch Briefe, Zeichnungen, CD-Aufnahmen, Skype, Facebook, Telefon, E-Mail etc.
- Regelmässiger Austausch Spitallehrperson-Lehrperson Herkunftsschule (per E-Mail, Telefon) über Lerninhalte im Spitalunterricht
- Evtl. Besuch der Lehrperson/Klasse (einzelne Schüler) der Herkunftsschule im Spital (in Absprache mit Eltern, Spitallehrperson, Pflege)
- Evtl. Vorbereitung Schulbesuch Herkunftsschule (Fragen zusammenstellen; Klassenkonferenz)

### 2. Phase: Schulbesuch in der Herkunftsklasse

- Unterrichtsgespräch mit der Klasse (mit brandverletztem Schüler, Eltern, evtl. Pflegeberatung, evtl. Spitallehrperson)
- Evtl. Klassenkonferenz (mit Fachlehrpersonen, evtl. Schulleitung)

### 3. Phase: Reintegration in die Herkunftsschule

- Regelmässiger Austausch aller Beteiligten (z. B. schulisches Standortgespräch)
- Evtl. schulische Unterstützung installieren (SHP, Nachhilfe etc.)
- Evtl. Nachteilsausgleich (bei funktionellen Einschränkungen)
- Nachbetreuung durch Schulsozialarbeit und/oder andere Fachpersonen
- Bei Korrekturoperationen Schulmaterial in das Spital mitgeben

---

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

*Das Spital der Eleonorenstiftung*

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich

www.kispi.uzh.ch
Telefon +41 44 266 71 11

*Anhang I: Informationsflyer für Lehrpersonen von Schülerinnen und Schülern nach einer Brandverletzung*

**Transkriptionen**

Transkribierte (und anonymisierte) Interviews auf der beigelegten CD oder bei der Autorin