

Oskar Jenni.

Das Kind im Brennpunkt: über die notwendige Zusammenarbeit zwischen Medizin und Sonderpädagogik.

In: Riemer-Kafka G. Kinder und Jugendliche mit Behinderungen – Zwischen Sozialversicherung und Sonderpädagogik, Schulthess Juristische Medien AG. 2011. Seiten 105-125. ISBN/ISSN: 978-3-7255-6297-8.

## **Das Kind im Brennpunkt: Über die notwendige Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagogik und Medizin**

Oskar Jenni

### **Inhaltsübersicht**

I.	Einleitung.....	106
II.	Kinder mit sonderpädagogischen Bedürfnissen .....	108
	A. Welche Kinder haben sonderpädagogische Bedürfnisse? .....	108
	B. Wie viele Kinder haben sonderpädagogische Bedürfnisse?.....	110
	1. Fortschritte in der Medizin.....	110
	2. Verbesserte Abklärung und Kompetenz von Fachpersonen .....	111
III.	Spezialitäten und Aufgaben der Medizin.....	111
	A. Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis .....	111
	B. Spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin.....	112
	C. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie .....	113
	D. Gemeinsamkeiten der medizinischen Disziplinen .....	113
IV.	Fallbeispiele .....	115
	A. Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten seit Geburt.....	115
	1. 3-jähriger Knabe mit Trisomie 21 und angeborenem Herzfehler .....	115
	2. 7-jähriges ehemals frühgeborenes Mädchen mit Lähmung der Beine.....	116
	3. 5-jähriger Knabe mit Hörbehinderung .....	117
	B. Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten seit Schuleintritt .....	117
	1. 6-jähriges Mädchen mit sprachlichen Schwierigkeiten .....	118
	2. 5-jähriger Knabe mit auffälligem Sozialverhalten.....	119
	3. 6-jähriger Knabe mit Unruhe und Aggressivität .....	119
	4. 9-jähriger Knabe mit Konzentrationsdefizit und Rechtschreibschwäche ....	120
	5. 15-jähriger Jugendlicher mit Lernbehinderung .....	121
V.	Sonderpädagogische Konzepte: eine kritische Betrachtung.....	122
VI.	Forderung.....	124
VII.	Schlusswort.....	124

## I. Einleitung

### *9-jähriger Schüler mit Konzentrationsdefizit und Rechtschreibschwäche<sup>1</sup>*

Nach unkomplizierter Schwangerschaft musste die Geburt von Jonas wegen eines plötzlichen Herztonabfalls mit einem Kaiserschnitt notfallmässig beendet werden. Die anschliessende Neugeborenenperiode verlief gut. Allerdings war Jonas als Säugling ein Schreikind und später ein ausgesprochen schlechter Schläfer. Als Kleinkind war er immer sehr lebhaft, kletterte über jede Mauer und auf jeden Baum. Harmlose Unfälle liessen sich nicht vermeiden. Erst im Kindergarten wurden seine Schwächen bei fein- und grobmotorischen Aufgaben so auffällig, dass eine Ergotherapie eingeleitet wurde. Jonas galt immer als sehr temperamentvolles Kind. Trotzdem wurde seine Lebhaftigkeit in der Familie und der sehr turbulenten Kindergartenklasse nicht als besonders störend empfunden.

Jonas geht heute in die 3. Klasse. Oft läuft er im Schulzimmer herum und stört die anderen Kinder. Jonas kann sich nur über eine kurze Zeitspanne konzentrieren. Das Schreiben ist besonders schwierig. Er macht viele Fehler, verwechselt oft das «d» und das «b» und zeigt ein sehr langsames Arbeitstempo. Das Schriftbild ist verwackelt, so dass er die eigene Schrift kaum lesen kann. Die Hausaufgaben, an denen Jonas lange sitzt, werden zunehmend zur Qual. Seine grosse Lebhaftigkeit wird immer mehr als störende Unruhe erlebt. Auch zu Hause beim Mittagessen fällt Jonas das Stillsitzen extrem schwer. Er ist leicht ablenkbar, verbale Aufforderungen erreichen ihn oft nicht. Die ganze Familie leidet sehr unter den täglichen Auseinandersetzungen um Alltagsprobleme. Auch Jonas wirkt unglücklich und zeigt oft Stimmungsschwankungen. Er hat nur wenige Freunde. Weil sich die Situation in den letzten Monaten dramatisch zugespitzt hat, sind unterstützende Massnahmen dringend angezeigt.

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz neue Konzepte für die Massnahmen bei Kindern mit besonderen schulischen Bedürfnissen ausgearbeitet. Grund dafür war die Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA). Die NFA hatte zur Folge, dass sich die Invalidenversicherung (IV) aus der Finanzierung und

---

<sup>1</sup> Die Fallbeispiele in diesem Artikel stammen aus der Praxis des Autors (unter verdankenswerter Mitarbeit von Jon Caffisch). Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Regelung der Sonderschulung und der sonderpädagogischen Massnahmen zurückzog und diese Aufgabe den Kantonen übertragen wurde. In einer interkantonalen Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik, dem Sonderpädagogik-Konkordat<sup>2</sup>, legten die Kantone das Grundangebot an sonderpädagogischen Massnahmen und die für diese Massnahmen berechtigten Kinder und Jugendliche fest. Es wurden zudem gemeinsame Instrumente für die Sonderschulung geschaffen (zum Beispiel eine einheitliche Terminologie, standardisierte Abklärungsverfahren und Qualitätsstandards). Bis zum heutigen Zeitpunkt wurde in 12 Kantonen ein Beitritt zum Sonderpädagogik-Konkordat beschlossen und es wurden in 10 Kantonen sonderpädagogische Konzepte genehmigt, welche die konkrete finanzielle, inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Sonderschulung definieren<sup>3</sup>.

Vordergründig haben die sonderpädagogischen Konzepte zu einer Regelung der Kompetenzen im Sonderschulbereich geführt. Bei näherer Betrachtung stellen sich allerdings erhebliche Abgrenzungsfragen zu auserschulischen Fachstellen, besonders zu denjenigen der Medizin. Die Pädiatrie und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sind seit jeher Partner der Sonderschulung. Ärztinnen und Ärzte stellen häufig als Erste eine Entwicklungsbehinderung oder eine Verhaltensstörung fest und die Eltern wenden sich in der Folge auch mit Fragen zum Entwicklungs- und Bildungsbedarf an diese Fachpersonen. Sie geniessen in der Regel als Experten für die körperliche und psychische Gesundheit und Entwicklung von Kindern ein hohes Vertrauen und Glaubwürdigkeit bei Eltern und Erziehungsberechtigten. Ärztliche Berichte, Diagnosen und Gutachten sind ausserdem eine Grundlage für die Indikation von medizinischen Therapien und bilden häufig eine Voraussetzung für die Bewilligung von sonderpädagogischen Massnahmen.

In den aktuellen sonderpädagogischen Konzepten sind die Schnittstellen zwischen schulischen und medizinischen Fachpersonen allerdings ungenügend geklärt und Synergien zwischen den Bildungs- und Gesundheitssystemen werden kaum genutzt. Es ist erstaunlich, dass den schulischen

<sup>2</sup> Siehe dazu [www.edk.ch/dyn/12917.php](http://www.edk.ch/dyn/12917.php) (zuletzt besucht am 28. Januar 2011).

<sup>3</sup> Siehe dazu [www.csps-szh.ch/heil-und-sonderpaedagogik/konzepte.html](http://www.csps-szh.ch/heil-und-sonderpaedagogik/konzepte.html) (zuletzt besucht am 28. Januar 2011).

Fachstellen weitgehend die alleinige Verantwortung für sonderpädagogische Massnahmen bei Kindern mit besonderen Bedürfnissen übertragen wird, obwohl das Gesundheitssystem seit jeher wesentlich zur Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen beiträgt.

Dieser Artikel behandelt weder die inhaltlichen Belange der sonderpädagogischen Konzepte noch die finanzielle Abgeltung von Leistungsansprüchen zwischen Bildungswesen und Versicherungen, sondern präsentiert die Sicht eines Mediziners auf die organisatorische Ausgestaltung der Konzepte. Ausserdem werden Kinder mit sonderpädagogischen Bedürfnissen in Fallbeispielen näher beschrieben, die Aufgaben der Medizin beleuchtet und schliesslich die Forderung gestellt, dass die Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagogik und Medizin auch in Zukunft gesichert werden muss.

## **II. Kinder mit sonderpädagogischen Bedürfnissen**

### **A. Welche Kinder haben sonderpädagogische Bedürfnisse?**

Die Sonderpädagogik beschäftigt sich mit Kindern, die einen besonderen schulischen Förderbedarf aufweisen. Durch sonderpädagogische Förderung soll Kindern und Jugendlichen mit einer Behinderung, Verhaltensstörung oder Teilleistungsschwäche eine ihren Bedürfnissen und Kompetenzen entsprechende schulische Bildung ermöglicht werden. Die Entstehungsgeschichte und Definitionen der Sonderpädagogik sind seit jeher eng verknüpft mit der Medizin (zum Teil als Vermischung und zum Teil in Abgrenzung<sup>4</sup>). Tatsächlich können Kinder mit sonderpädagogischen Bedürfnissen fast immer einer medizinischen Diagnose nach ICD-

---

<sup>4</sup> SASSENROTH in: Werning, Sonderpädagogik: Lernen, Verhalten, Sprache, Bewegung und Wahrnehmung, Hand- und Lehrbücher der Pädagogik, Oldenbourg 2002.

10<sup>5</sup> oder DSM-IV<sup>6</sup> zugeordnet werden (vgl. Tabelle mit einigen schulrelevanten ICD-10 Diagnosen, unvollständig).

ICD-10 Diagnose	Code
Intelligenzminderung (IQ<70, geistige Behinderung)	F70–73
Kombinierte Entwicklungsstörung (IQ 70–85, Entwicklungsrückstand, Lernbehinderung)	F83
Schulische Teilleistungsstörung (Lesen, Schreiben, Rechnen)	F81
Entwicklungsstörung motorischer Funktionen	F82
Spracherwerbsstörung (Artikulationsstörung, rezeptive und expressive Sprachstörung)	F80
Zerebralparese	G80
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	F90
Störung des Sozialverhaltens	F91
Emotionale Störung des Kindesalters	F93
Autismus Spektrum Störung	F84
Emotionale Störung des Kindesalters	F93
Hörbehinderung	H91
Sehbehinderung	H54
Epilepsie	G40

Die Ursachen für diese Störungen sind sehr vielfältig und können in diesem Artikel nicht im Detail behandelt werden. Sie reichen von einer pränatalen (zum Beispiel durch Rauchen oder Alkohol während der Schwangerschaft) oder perinatalen Schädigung des Gehirns (zum Beispiel durch Frühgeburtlichkeit<sup>7</sup> oder Geburtskomplikationen) bis hin zu einer postnatalen Grunderkrankung (zum Beispiel durch eine schwere chronische Krankheit, Stoffwechselstörung, schwere Infektion oder Hirnverletzung). Genetische Ursachen einer Störung mit schulischen Auswirkungen kommen ebenfalls häufig vor (zum Beispiel Trisomie 21, fragiles X-Syndrom

<sup>5</sup> Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), ICD-10, Version 2006, <http://www.who.int/classifications/icd/en/> (zuletzt besucht am 28. Januar 2011).

<sup>6</sup> Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), American Psychiatric Association (2000), 4th Edition Text Revision.

<sup>7</sup> LATAL, Prediction of neurodevelopmental outcome after preterm birth, *Pediatr Neurol*, 2009; 40(6):413-9.

oder verschiedene Mikrodeletionssyndrome<sup>8</sup>). Die Umweltbedingungen (zum Beispiel Bildungsstand und sozioökonomischer Status der Eltern) beeinflussen zusätzlich, wie ausgeprägt eine Störung ist.

## **B. Wie viele Kinder haben sonderpädagogische Bedürfnisse?**

Epidemiologische Studien zeigen, dass medizinische Störungen mit schulischen Auswirkungen und sonderpädagogischem Förderbedarf häufig sind. Etwa 5% aller Kinder leiden zum Beispiel an einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)<sup>9</sup>. Andere Störungen wie die Entwicklungsstörung motorischer Funktionen sind ebenfalls weit verbreitet<sup>10</sup>. Die Schweiz hat zudem eine der höchsten Frühgeborenenraten in Europa (7,5% aller Geburten<sup>11</sup>).

Es kann zuverlässig vorausgesagt werden, dass die Häufigkeitsrate von medizinischen Störungen mit schulischen Auswirkungen im zweistelligen Prozentbereich liegt. Mit anderen Worten: In jeder Schulklasse gibt es mindestens zwei Kinder mit besonderen schulischen Bedürfnissen aufgrund einer medizinischen Diagnose. Insgesamt hat die Anzahl der Kinder mit besonderem Förderbedarf in den letzten Jahren zugenommen. Neben der Erweiterung des Angebots an sonderpädagogischen Massnahmen in den einzelnen Kantonen haben zwei Umstände dazu beigetragen: der medizinische Fortschritt und die bessere Kompetenz der Fachleute.

### **1. Fortschritte in der Medizin**

Medizinische Fortschritte haben zu einem Anstieg der Überlebensrate von Kindern mit akuten und chronischen Erkrankungen geführt. Wissenschaftliche Studien haben ergeben, dass über 10% aller Kinder an Früh-

<sup>8</sup> SARIMSKI, Lernstörungen bei genetischen Krankheiten, Monatschr Kinderheilkunde, 2005; 153:623–629.

<sup>9</sup> POLANCZYK & ROHDE, Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan, Curr Opin Psychiatry, 2007; 20(4):386-92.

<sup>10</sup> BLANK/BECKER/JENNI et al., Interdisciplinary Clinical Practice Guideline for Definition, Diagnosis, Assessment and Intervention of Developmental Coordination Disorder (DCD), im Druck.

<sup>11</sup> Siehe [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/press.Document.129850.pdf](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/22/press.Document.129850.pdf) (zuletzt besucht am 28. Januar 2011).

geburtlichkeit, angeborenen Missbildungen oder schweren Krankheiten leiden<sup>12</sup>. Viele dieser Kinder zeigen als eine Folge der Grunderkrankung Entwicklungsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen, welche sonderpädagogische Massnahmen in der Vorschul- oder Schulzeit nötig machen. Wir müssen davon ausgehen, dass der Anteil dieser Kinder mit erhöhtem sonderpädagogischen Bedarf in Zukunft nicht abnehmen wird.

## **2. *Verbesserte Abklärung und Kompetenz von Fachpersonen***

Die Verfahren der Abklärung und Erfassung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen sowie die Kompetenz von Fachpersonen aller Professionen haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Darum werden Kinder früher und zuverlässiger erfasst und darum eher sonderpädagogischen Massnahmen zugeführt.

## **III. Spezialitäten und Aufgaben der Medizin**

Oft wenden sich Eltern zuerst an Ärztinnen und Ärzte oder an Fachpersonen von medizinischen Beratungs- und Therapiestellen, bevor schulische Abklärungsstellen involviert werden. Im Folgenden werden die Spezialitäten, Aufgaben und Kompetenzen von medizinischen Fachstellen sowie Ärztinnen und Ärzten genauer beschrieben.

### **A. Kinder- und Jugendmedizin in der Praxis**

Kinderärztinnen und Kinderärzte in der Praxis sorgen dafür, dass Kinder mit Entwicklungs- oder Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der pädiatrischen Vorsorgeuntersuchungen (VSU) frühzeitig erfasst werden. Die kinderärztlichen VSU sind eine etablierte präventive Leistung der Gesundheitssysteme vieler Länder und werden von den meisten Familien in Anspruch genommen<sup>13</sup>. In der Schweiz wurden die pädiatrischen VSU

<sup>12</sup> BUCHER, Neonatologie: Immer mehr kranke Neugeborene in der Schweiz bringen das Fass zum Überlaufen, Schweiz Med Forum, 2009; 9(1-2): 19-20.

<sup>13</sup> CHUNG/LEE/MORRISON/SCHUSTER, Preventive care for children in the United States: quality and barriers, Annu. Rev. Public Health, 2006; 27: 491-515.

1988 eingeführt und finden in den folgenden Alter statt: 1, 2, 4, 6, 12, 18 und 24 Monate sowie mit 4, 6, 10, 12 und 14 Jahren<sup>14</sup>. Die VSU bis zum 6. Altersjahr gehören zum Pflichtleistungskatalog der Krankenkassen. Kinderärztinnen und Kinderärzte in der Praxis sind auch für die Abklärung, Therapie und Beratung von Kindern mit Entwicklungsvarianten, -störungen oder Verhaltensauffälligkeiten (zum Beispiel Schlafstörungen, Spracherwerbsverzögerungen, motorische Ungeschicklichkeiten oder Defiziten in der Aufmerksamkeit) zuständig. Die pädiatrischen Fachärztinnen und Fachärzte kennen das Kind und dessen Familie meist seit Geburt und geniessen bei Eltern grosses Vertrauen und Glaubwürdigkeit. Deshalb kommt bei der Indikation von medizinischen und sonderpädagogischen Massnahmen den Kinderärztinnen und Kinderärzten eine Schlüsselfunktion zu, besonders im Frühbereich, in welchem es auch sinnvoll ist, wenn sie die Fallführung übernehmen. Es gibt in der Schweiz 836 Titelträger für Kinder- und Jugendmedizin FMH mit Praxistätigkeit (FMH Ärztestatistik 2009<sup>15</sup>).

## **B. Spezialisierte Kinder- und Jugendmedizin**

Zahlreiche Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin verfügen über eine Zusatzweiterbildung, zum Beispiel in Entwicklungspädiatrie, Rehabilitationsmedizin oder Neuropädiatrie. Diese Fachärzte arbeiten in Institutionen (zum Beispiel Kinderkliniken) oder in spezialärztlichen Praxen. Komplexe Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen im Kindesalter erfordern eine umfassende und vertiefte medizinische Abklärung, welche durch diese Spezialisten sichergestellt wird. Sie untersuchen die Kinder und Jugendlichen bezüglich der Körperfunktionen, Sinnesorgane, Wachstum, Motorik und Neurologie, Sprache, kognitiver Entwicklung und Sozialverhalten, veranlassen bei Bedarf weitergehende diagnostische Abklärungen in Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Spezialitäten (zum Beispiel der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Genetik,

---

<sup>14</sup> BAUMANN und «Arbeitsgruppe Checklisten» der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie (SGP), Neue Checklisten der SGP für die Vorsorgeuntersuchungen, *Paediatrica*, 2010; 21(3): 39–40.

<sup>15</sup> FMH Ärztestatistik ([www.fmh.ch/themen/aerztedemographie/aerztestatistik.html](http://www.fmh.ch/themen/aerztedemographie/aerztestatistik.html), zuletzt besucht am 28. Januar 2011).

Neuroradiologie etc.), leiten medizinisch-therapeutische, aber auch sonderpädagogische Massnahmen ein und koordinieren diese in enger Zusammenarbeit mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Diensten. Es gibt in der Schweiz etwa 60 Titelträger für Entwicklungs- oder Neuropädiatrie und Fachärzte für Kinderrehabilitation.

### **C. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Neben der Pädiatrie ist die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein wichtiges medizinisches Fachgebiet, das sich mit Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsauffälligkeiten und Verhaltensstörungen befasst. Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD) in den Kantonen oder psychiatrische Fachärzte in der Praxis sind Anlaufstellen bei emotionalen und sozialen Störungen, Wahrnehmungs-, Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten, Angstzuständen, Pubertätskrisen, Aggressivität, Zwängen, Suizidalität, Essstörungen, Folgen von sexueller Gewalt und weiteren psychiatrischen oder psychosomatischen Krankheiten. Es existieren ambulante und stationäre Dienste für Abklärung, Beratung und Therapie in der ganzen Schweiz. Es gibt 596 Titelträger für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie<sup>15</sup>.

### **D. Gemeinsamkeiten der medizinischen Disziplinen**

Die fachlichen Kompetenzen der medizinischen Spezialitäten im Kinder- und Jugendbereich sind durch strukturierte Weiterbildungsprogramme des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) gesichert<sup>16</sup>. Eine Zusammenarbeit mit anderen Spezialitäten der Medizin (z. B. der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Augenheilkunde und medizinischen Genetik) und mit nicht-ärztlichen Fachbereichen (zum Beispiel der klinischen Psychologie, Schulpsychologie, Sonder- und Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Ergo- und Physiotherapie, Logopädie, Audiopädagogik und anderen) ist die Regel und findet häufig unter einem

<sup>16</sup> Die Weiterbildungsprogramme können auf der FMH Website eingesehen werden: [www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung\\_allgemein/weiterbildungsprogramme.html](http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung_allgemein/weiterbildungsprogramme.html) (zuletzt besucht am 5. Januar 2011).

Dach statt (einige Beispiele im Kanton Zürich<sup>17</sup>). Die Fachstellen untersuchen die verschiedenen Entwicklungsbereiche des Kindes und Jugendlichen mit seinen Stärken und Schwächen<sup>18</sup>, erfassen dessen familiäres und psychosoziales Umfeld, stellen medizinische Diagnosen nach ICD-10 oder DSM-IV im Rahmen des multiaxialen Diagnosesystems, suchen nach Ursachen für die Störungen und indizieren den Bedarf für medizinisch-therapeutische (Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Medikamente etc.) und sonderpädagogische Massnahmen.

Die Identifizierung von Diagnosen und Störungsursachen ist nicht nur für die Kinder von Bedeutung, sondern auch für ihre Eltern. Für die Bewältigung von elterlichen Schuldgefühlen oder für die Einschätzung von Prognosen sind Kenntnisse über die Störungsursachen notwendig. Gesicherte Diagnosen können zudem oft unnötige weitere Untersuchungen vermeiden, erlauben die Anpassung von Unterstützungsmethoden und Therapien und ermöglichen den Eltern einen Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien.

Die Medizin orientiert sich aber nicht nur an Diagnosen und Defiziten, sondern auch an den Ressourcen und Potentialen der Kinder und Jugendlichen. In den letzten Jahren hat zum Beispiel neben den krankheitsbezogenen Klassifikationen auch die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) an Bedeutung zugenommen. Die ICF beruht auf der Funktionsfähigkeit eines Menschen (trotz Erkrankung) und wird zum Beispiel in der Rehabilitationsmedizin für Diagnostik, Interventionen und Evaluation von Therapien standardmässig angewendet<sup>19</sup>.

---

<sup>17</sup> Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Abteilungen Entwicklungspädiatrie und Logopädie des Kinderspitals Zürich, Rehabilitationszentrum Affoltern am Albis, sozialpädiatrisches Zentrum am Kantonsspital Winterthur, Kinderpraxen Oerlikon, Wollishofen, Uster usw.

<sup>18</sup> Siehe über das Entwicklungsprofil im Kindesalter: JENNI/BENZ/LATAL, Pädiatrie Up2date, 2011, im Druck.

<sup>19</sup> STUCKI/EWERT/CIEZA, Value and application of the ICF in rehabilitation medicine, *Disabil Rehabil*, 2003; 25(11–12): 628–634.

## IV. Fallbeispiele

Das folgende Kapitel präsentiert einige Fallbeispiele aus der Praxis, erläutert die Aufgaben und Rollen der Medizin und beschreibt die Zusammenarbeit mit nicht-ärztlichen Fachpersonen. Diese Fallbeispiele sollen zeigen, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Diensten sowie zwischen schulischen und ausser-schulischen Fachpersonen notwendig ist, damit das Entwicklungs- und Bildungspotential von Jugendlichen mit Behinderungen gesichert werden kann.

### A. Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten seit Geburt

Das Kind ist dem praktizierenden Kinderarzt seit Geburt bekannt. Entwicklungsauffälligkeiten oder Risiken wurden im Rahmen der pädiatrischen VSU früh erfasst. Medizinische und sonderpädagogische Massnahmen wurden bereits im Vorschulalter eingeleitet.

#### 1. *3-jähriger Knabe mit Trisomie 21 und angeborenem Herzfehler*

Der 3-jährige Felix ist seiner Kinderärztin bereits seit Geburt bekannt. Die Diagnose einer Trisomie 21 war vorgeburtlich gestellt worden, ebenso der Herzfehler, der im ersten Lebensjahr operiert werden musste. Zusammen mit den verantwortlichen Herzspezialisten betreute die Kinderärztin Felix und seine Eltern vor und nach der Operation. Im Rahmen der VSU mit 12 Monaten wurde die bereits dann manifeste geistige Entwicklungsverzögerung in einem Gespräch mit den Eltern thematisiert und zusammen mit ihnen beschlossen, den Jungen für eine heilpädagogische Frühförderung anzumelden. Anlässlich der VSU mit 24 Monaten wurde von der Kinderärztin eine logopädische Abklärung veranlasst, welche die verzögerte Sprachentwicklung bestätigte. Die Sprachstörung war durch den Entwicklungsrückstand und die für Kinder mit Trisomie 21 typische erniedrigte Muskelspannung bedingt. Die Untersuchung des Gehörs war unauffällig. Im Folgenden begann eine in Gebärden-unterstützter Kommunikation spezialisierte Logopädin eine Therapie. Die Kinderärztin wird Felix im Rahmen der VSU im Alter von 4 Jahren erneut eingehend untersuchen, um dann zusammen mit Eltern, Heilpädagogin und Logopädin zu

beraten, welcher Kindergarten für Felix am besten geeignet ist und welche begleitenden therapeutischen Massnahmen notwendig sind.

## **2. 7-jähriges ehemals frühgeborenes Mädchen mit Lähmung der Beine**

Franziska kam nach einer stark belasteten Schwangerschaft 12 Wochen zu früh mit einem Geburtsgewicht von nur 1000 Gramm zur Welt. Die ersten 8 Wochen verbrachte sie in der Kinderklinik, anfänglich auf der Neugeborenen-Intensivstation, später auf der Neugeborenenabteilung. Diese für alle traumatische und belastende Zeit ist immer noch regelmässig ein Thema für Gespräche der Eltern bei ihrer Kinderärztin. Franziska hat sich trotz sehr schwierigem Start erfreulich entwickelt, obwohl bereits bei der VSU im Alter von 4 Monaten von der Kinderärztin festgestellt wurde, dass sie die Beine nicht gut bewegt. Die Diagnose einer beinbetonten spastischen Bewegungsstörung wurde gestellt. Trotz intensiver Physiotherapie blieben ihre unteren Extremitäten schwach und konnten von Franziska nur beschränkt bewegt werden. Die ersten Schritte gelangen ihr unter Anleitung der Physiotherapeutin mit 3 Jahren und 9 Monaten. Heute kann das Mädchen kurze Strecken frei gehen. Sie trägt zur Unterstützung Gehschiene an beiden Beinen. Die Kinderärztin, die Physiotherapeutin und der Spezialarzt für Kinderrehabilitation tauschen sich regelmässig aus, damit Therapien und Hilfsmittel optimal an Franziskas Bedürfnisse angepasst sind. Die regelmässigen VSU bei der Kinderärztin bestätigten, dass Franziskas kognitive und sprachliche Entwicklung normal verläuft und keine Sehstörung vorliegt, die bei Frühgeborenen häufig vorkommt. Die beteiligten Fachpersonen entschieden sich zusammen mit den Eltern für eine Einschulung in den regulären Kindergarten. Die Zusammenarbeit mit der Kindergärtnerin verlief für Franziska und ihre Eltern optimal. Franziska besucht jetzt die erste Regelklasse. Kinderärztin und Physiotherapeutin bemühen sich, dass Franziska einen (von der IV finanzierten) Spezialstuhl erhält, der es ihr ermöglicht, stabil zu sitzen. Die Lehrerin meldet sich bei Bedarf bei der Kinderärztin, so zum Beispiel wenn es darum geht, zu klären, wie stark Franziska körperlich belastet werden soll oder welche Vorkehrungen getroffen werden müssen, damit Franziska bei der Schulreise im Frühling dabei sein kann.

### **3. 5-jähriger Knabe mit Hörbehinderung**

Pascals frühe Entwicklung verlief in allen Bereichen normal. Die Kontrollen des Gehörs im Rahmen der VSU waren immer unauffällig. Im Alter von 18 Monaten erkrankte Pascal akut. Die Kinderärztin wies den Knaben mit Verdacht auf Hirnhautentzündung ins Spital ein. Durch die sofort eingeleitete Intensivtherapie konnte die Krankheit erfolgreich behandelt werden. Leider liess sich eine schwere Innenohrschädigung als Komplikation der Hirnhautentzündung nicht vermeiden. Pascal war nach der Erkrankung gehörlos und die bereits begonnene Sprachentwicklung nahm ein abruptes Ende. Bereits einen Monat später wurden dem Jungen zwei Cochleaimplantate eingesetzt. Diese elektronischen Geräte wandeln die von einem hinter dem Ohr liegenden Mikrophon aufgefangenen Schallwellen direkt in elektronische Signale um und werden ins Innenohr eingeführt, was ein teilweises Hören über die Hörnerven ermöglicht. Eine Audiopädagogin begleitet Pascal seit seiner schweren Erkrankung in Zusammenarbeit mit der Kinderärztin und weiteren Fachpersonen an der Universitätsklinik. Audiologische, logopädische und entwicklungspädiatrische Spezialisten an der Klinik untersuchen den Knaben in regelmässigen Abständen im Rahmen eines wissenschaftlichen multizentrischen Nachsorgeprogramms. Für den Eintritt in den Regelkindergarten wird die betreuende Audiopädagogin zusammen mit der Kinderärztin alle für einen erfolgreichen Schulstart notwendigen Informationen an die schulischen Fachpersonen weiterleiten.

### **B. Kinder mit Entwicklungsauffälligkeiten seit Schuleintritt**

Ein Kind wird im Kindergarten oder in der Schule erstmalig auffällig und zur weiteren Abklärung einer medizinischen Fachperson zugewiesen. Der Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater in der Praxis oder in der Institution untersucht das Kind, holt Informationen über das Umfeld des Kindes und seiner Familie ein, führt weitere Untersuchungen durch und koordiniert die notwendigen ausserschulischen und schulischen Massnahmen.

### **1. 6-jähriges Mädchen mit sprachlichen Schwierigkeiten**

Arbnora ist die Älteste von drei Geschwistern. Zu Hause wird albanisch gesprochen. Mit der deutschen Sprache kam sie erst seit Kindergarteneintritt vor einem Jahr in Kontakt. Der Kindergärtnerin fällt auf, dass das Mädchen sehr still ist und sich wenig am Spiel beteiligt. Bei der logopädischen Reihenuntersuchung macht Arbnora nicht recht mit. Die Schulpsychologin empfiehlt darauf eine kinderärztliche Beurteilung. Der Kinderarzt, an welchen sich die Familie wendet, hat den Verdacht auf eine Spracherwerbsstörung, insbesondere weil nach Angaben der Eltern Arbnora auch in der Muttersprache noch viele Fehler mache und die um ein Jahr jüngere Schwester besser Albanisch spreche. Mit einer Audiometrie kann der Kinderarzt eine Hörstörung als mögliche Ursache für die Spracherwerbsstörung ausschliessen. Zur vertieften Abklärung weist er das Mädchen in die entwicklungspädiatrische Poliklinik der Kinderklinik ein. Mit einem sprachfreien Entwicklungstest stellt seine Fachkollegin fest, dass bei Arbnora ein leichter Entwicklungsrückstand vorliegt, welcher – wie in vielen Fällen typisch – im sprachlichen Bereich betont ist. Die neurologische Untersuchung ist unauffällig. Auf ihre Empfehlung hin erhält Arbnora in der Folge eine integrierte Einzelförderung durch eine schulische Heilpädagogin sowie eine logopädische Therapie. Seit die Entwicklungsverzögerung erkannt ist und sich die Kindergärtnerin mit Unterstützung der Therapeutinnen besser auf Arbnoras Bedürfnisse einstellen kann, ist das Mädchen offener geworden, beteiligt sich mehr am Spiel und beginnt zaghaft, sich in einfachem Deutsch auszudrücken. Der Kinderarzt, zu welchem die Familie inzwischen eine vertrauensvolle Beziehung hat, wird mit den Eltern und den schulischen Fachpersonen die Frage der Einschulung im kommenden Jahr eingehend erörtern. Dabei geht es im Besonderen darum, ob Arbnora integriert in einer Regelklasse gefördert werden kann oder die heilpädagogische Schule die bessere Lösung für sie darstellt. Er wird mit den Eltern – unabhängig von den sonderpädagogischen Entscheiden – ebenfalls besprechen, welche weiteren medizinischen Abklärungen notwendig sind, um die Ursache für Arbnoras Entwicklungsstörung zu klären. In der klinischen Untersuchung sind ihm Hinweise auf ein mögliches genetisches Syndrom aufgefallen.

## **2. 5-jähriger Knabe mit auffälligem Sozialverhalten**

Elias geht seit 2 Monaten in den Kindergarten. Die Trennung von der Mutter gestaltet sich jeweils sehr schwierig. Bei gemeinsamen Aktivitäten in der Gruppe macht er nicht mit, spielt wenig mit anderen Kindern und sucht von sich aus kaum den Kontakt zu diesen oder der Kindergärtnerin. Die Eltern werden auf Elias spezielles Verhalten aufmerksam gemacht. Besorgt wenden sie sich an ihren Hausarzt. Dieser weist den Knaben zu einem in Entwicklungsfragen spezialisierten Kinderarzt weiter. Die Abklärung gestaltet sich schwierig. Elias lässt sich kaum auf gemeinsame Aktivitäten ein, vermeidet den Blickkontakt und interessiert sich mehr für die Einrichtung des Untersuchungszimmers als für sein Gegenüber. Dem Kinderarzt gelingt es mittels eines Entwicklungstests, eine knapp altersentsprechende kognitive Entwicklung nachzuweisen. Auch Elias Motorik und Neurologie sind normal. Die Angaben der Eltern und die Beobachtungen während der Untersuchung ergeben den dringenden Verdacht, dass Elias an einer Autismus Spektrum Störung leidet. Zur Bestätigung dieser Vermutung wird er an den Autismusspezialisten des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes weitergewiesen. Dieser berät die Eltern bezüglich der Diagnose und möglicher Therapien. Die weiteren medizinischen und genetischen Abklärungen zum Ausschluss einer vererbten Autismusform führt der Kinderarzt durch. Auch organisiert er ein Rundtischgespräch mit Kindergärtnerin, schulischer Heilpädagogin, Schulleitung, Schulpsychologin sowie Kinder- und Jugendpsychiater, um die notwendigen integrativen Unterstützungsmassnahmen zu planen.

## **3. 6-jähriger Knabe mit Unruhe und Aggressivität**

Kevin geht seit einem Jahr in den Kindergarten. Dort ist er unruhig, im Spiel oder im Turnen oftmals aggressiv gegenüber anderen Kindern, beim Basteln und Zeichnen unkonzentriert und ablenkbar. Die Kindergärtnerin vermutet ein ADHS und sie empfiehlt den Eltern eine Abklärung beim Kinderarzt. Die Eltern berichten, dass Kevin sich zu Hause ganz anders verhalte und diese Schwierigkeiten erst mit dem Kindergarteneintritt begonnen hätten. Kevin könne sich sehr lange beschäftigen und konzentrieren, am liebsten beim Bücher anschauen oder Geschichten hören. Die Untersuchung ergibt, dass Kevin motorisch sehr ungeschickt ist. Im

standardisierten Neuromotoriktest liegen seine Leistungen in allen geprüften Bereichen weit unter der Norm. Die Diagnose einer Entwicklungsstörung der Motorik wird gestellt. Die Kindergärtnerin bestätigt auf gezielte Nachfrage, dass Kevin tatsächlich vor allem bei motorischen Aktivitäten unruhig und unkontrolliert sei. Der Kinderarzt meldet Kevin darauf in der Ergotherapie an. Die Kosten werden auf seinen Antrag hin von der Krankenkasse übernommen. Für eine Psychomotoriktherapie ist Kevin auf der Warteliste. Die Wartezeit beträgt ein halbes Jahr. Kevin geht gerne in die Ergotherapie. Die Therapeutin und die Kindergärtnerin sind miteinander in Kontakt. Schon nach wenigen Wochen erhalten die Eltern die Bestätigung, dass es viel besser gehe.

#### **4. 9-jähriger Knabe mit Konzentrationsdefizit und Rechtschreibschwäche<sup>20</sup>**

Jonas geht in die 3. Klasse. Er zeigt eine motorische Unruhe, ein Konzentrationsdefizit, ein langsames Arbeitstempo und eine Schreibschwäche. Zuhause zeigt er oft Stimmungsschwankungen. Die ganze Familie leidet sehr unter den täglichen Auseinandersetzungen um Alltagsprobleme. Weil sich die Situation in den letzten Monaten dramatisch zugespitzt hat, sind unterstützende Massnahmen dringend angezeigt.

Die Lehrerin bespricht sich zuerst mit der schulischen Heilpädagogin und dann mit der zuständigen Schulpsychologin. Alle drei Fachpersonen haben den starken Verdacht auf ein ADHS und empfehlen den Eltern während des schulischen Standortgesprächs eine weitere Abklärung. Die Zuweisung erfolgt über die betreuende Kinderärztin an die entwicklungspädiatrische Poliklinik, wo die Diagnose eines ADHS mit zusätzlicher Lese-Rechtschreibstörung formal durch eine ausführliche Entwicklungsuntersuchung bestätigt wird. Die pädiatrische Spezialistin bespricht die Problematik mit den Eltern und leitet eine Psychotherapie bei einer Kinderpsychiaterin ein. Jonas soll lernen, sein Verhalten besser zu kontrollieren und sein reduziertes Selbstvertrauen wieder aufzubauen. Zusätzlich wird eine medikamentöse Therapie mit Methylphenidat (Ritalin) eingeleitet. Nach übereinstimmender Einschätzung von Eltern und Lehrpersonen

---

<sup>20</sup> Fallbeispiel aus der Einleitung (siehe vorne Abschnitt I).

gelingt es Jonas bereits nach kurzer Zeit viel besser, sich zu konzentrieren und nach wenigen Monaten haben sich unter der kombinierten Therapie auch die schulischen Leistungen stabilisiert. Allerdings bleibt die Rechtschreibung nach wie vor sehr auffällig, auch wenn sich das Schriftbild deutlich verbessert hat. Die Schulpsychologin beantragt darum eine zusätzliche integrierte schulische Förderung in der Schriftsprache durch eine Heilpädagogin. Die Lehrpersonen schätzen den Austausch mit der Kinderpsychiaterin. Die Sicherstellung der Kostenübernahme für die Therapien ist für die betreuende Kinderärztin aufwändig. Auf Grund der medizinischen Abklärungen liegt bei Kevin kein Geburtsgebrechen im Sinne der IV vor. Die Kosten werden von der Krankenkasse übernommen.

##### **5. 15-jähriger Jugendlicher mit Lernbehinderung**

Peter ist jetzt 15-jährig. Im nächsten Sommer wird seine obligatorische Schulzeit zu Ende sein. Diese absolvierte er wegen grossen Schwierigkeiten im Rechnen und in der Schriftsprache in einer Kleinklasse. Im Kindergarten erhielt er ein Jahr Psychomotoriktherapie und in der Primarschule während zweier Jahre Legasthenietherapie. Die Eltern machen sich Sorgen, ob Peter eine ihm entsprechende Berufsausbildungsstelle finden wird. Der Kleinklassenlehrer macht die Eltern auf die Möglichkeit einer IV-Berufsberatung aufmerksam. Die Eltern besprechen diesen Vorschlag mit ihrem Kinderarzt. Sie kommen gemeinsam zum Schluss, dass eine umfassende Standortbestimmung der Entwicklung zusammen mit den Schulabschlussberichten die Voraussetzungen schaffen würde, dass die Berufsfindung möglichst gut an Peters Stärken und Schwächen angepasst erfolgen kann. Die entwicklungspsychiatrische Abklärung bestätigt die bekannten Schwächen im sprachlichen und rechnerischen Bereich, zeigt aber auch Peters Stärken bei visuell-räumlichen Aufgaben auf. Seine feinmotorischen Leistungen sind gut, während die grobmotorische Koordination weiterhin unterdurchschnittlich ist. Sie ist zwar nicht therapiebedürftig, hat aber einen Einfluss auf Peters Leistungsfähigkeit und Ausdauer. Peters Sehvermögen ist nicht optimal, kann aber durch eine Brillenkorrektur verbessert werden, was in die Wege geleitet wird. Mit den differenzierten schulischen und ausserschulischen Informationen gelingt es der Berufsberatungsstelle, für Peter eine geeignete Ausbildungsstelle in einer Schreinerei zu finden. Die IV finanziert nach einem fachärztlichen Gut-

achten die zusätzlichen Kosten der Lehre im Rahmen der erstmaligen beruflichen Ausbildung. Peter ist hoch motiviert und freut sich auf seinen ersten Arbeitstag.

## V. Sonderpädagogische Konzepte: eine kritische Betrachtung

Die sonderpädagogischen Konzepte der Kantone beschreiben die konkrete finanzielle, inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der Sonderschulung.

Um es vorwegzunehmen: Die Bestrebungen für eine Integration von Kindern mit besonderen Bedürfnissen in die Regelschule, die Durchlässigkeit zwischen Regel- und Sonderschulbereich und das koordinierte Grundangebot an sonderpädagogischen Massnahmen sind sinnvolle Aspekte der neuen Konzepte und werden darum hier nicht weiter behandelt. Eine kritische Betrachtung der organisatorischen Prozesse in der Sonderpädagogik ist aus Sicht der Medizin aber notwendig.

Für die Bedarfsabklärung von sonderpädagogischen Massnahmen wurde im Auftrag der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren ein standardisiertes Abklärungsverfahren ausgearbeitet<sup>21</sup>. Das Verfahren soll besonders für die Zuweisung zu verstärkten oder hochschwelligen sonderpädagogischen Massnahmen und bei offenen Fragen oder Dissens zwischen Eltern und Schule Verwendung finden. Weil das Verfahren auf einem biopsychosozialen Modell beruht, darf es nur durch eine ausgewogene Zusammenstellung von Fachleuten durchgeführt werden. Es ist allerdings erstaunlich, dass in der Ausgestaltung der sonderpädagogischen Konzepte die schulischen Fachstellen weitgehend die alleinige Verantwortung tragen und ausserschulische Fachleute nur «bei Bedarf» hinzugezogen werden sollen. Das standardisierte Abklärungsverfahren beinhaltet eine systematische Einschätzung der Fördersituation, des Umfeldes, der Aktivitäten und Partizipation sowie der Körperfunktionen, allfälliger Krankheiten und Diagnosen. Besonders für die letzteren

<sup>21</sup> HOLLENWEGER und LIENHARD, Das «standardisierte Abklärungsverfahren»: Konzeption und nächste Schritte, Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik, 2009; 16(10): 6-14.

Bereiche verfügen schulische Dienste nicht über ausreichende fachliche Qualifikationen. Bei geplanten oder bereits durchgeführten sonderpädagogischen Massnahmen muss darum eine medizinische Fachperson zwingend in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen werden und nicht erst dann, wenn medizinische Aspekte in Betracht gezogen werden. Die Diagnose entscheidet wesentlich darüber, welche Prognose zu erwarten ist und welche Massnahmen getroffen werden sollten. Die schulischen Abklärungsstellen sind nicht ausreichend kompetent zu entscheiden, ob, wann und welche weiteren Abklärungen für die Beurteilung des besonderen Entwicklungs- und Bildungsbedarfs und die sonderpädagogischen Massnahmen bei Kindern und Jugendlichen notwendig sind.

Eine formalisierte Zusammenarbeit zwischen schulischen Abklärungsstellen und ausserschulischen Fachpersonen ist darum notwendig. Die neue konzeptionelle Ausgestaltung der Sonderschulung vergrössert die Zahl mitwirkender Fachpersonen. Gerade aus diesem Grund müssen die Rollen der verschiedenen Akteure in den sonderpädagogischen Konzepten genügend definiert und weitgehend klar sein. Dazu ist es notwendig, dass die verschiedenen Berufsgruppen voneinander wissen müssen, was ihnen gemeinsam ist, was sie leisten können und was nicht. Ein solches Vorgehen ist besonders darum wichtig, weil die historisch gewachsenen medizinisch-therapeutischen und pädagogisch-therapeutischen Angebote bei Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten viele Berührungsfelder und Überschneidungen haben. Die Psychomotorik-Therapie als Spezialität der Sonderpädagogik zum Beispiel ist eine Behandlungsform, die ebenso wie die Ergotherapie bei Kindern mit einer Entwicklungsstörung der Motorik eingesetzt werden kann.

Das standardisierte Abklärungsverfahren kommt hauptsächlich bei hochschwelligen Massnahmen zur Anwendung. Im niederschwelligen Bereich (bei Kindern mit «leichten» Auffälligkeiten) werden sonderpädagogische Massnahmen meist im Rahmen des schulischen Standortgesprächs mit den beteiligten pädagogischen Fachpersonen und den Eltern festgelegt, oft ohne dass Abklärungen durchgeführt werden. Die Gefahr von Fehldiagnosen mit Über- oder Unterbehandlungen ist dabei nicht zu unterschätzen. Kinder mit Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten haben das Anrecht auf eine Abklärung ihrer Störung und auf angemessene Massnahmen. Dabei sollte eine Abklärung nicht nur in denjenigen Bereichen

durchgeführt werden, in welchen schulische Defizite festgestellt worden sind, sondern eine umfassende Beurteilung aller Entwicklungsbereiche beinhalten. Informationen aus der Krankengeschichte und den kinderärztlichen VSU können für die Wahl von Massnahmen zusätzlich hilfreich sein und sollten darum von den beteiligten Fachpersonen mitberücksichtigt werden.

## **VI. Forderung**

Die Schnittstellen zwischen Bildungs- und Gesundheitswesen sind in den sonderpädagogischen Konzepten unzureichend geklärt. Wann ist eine Abklärung eines Kindes mit besonderem Entwicklungs- und Bildungsbedarf notwendig? Wer klärt ab? Welche Kriterien kommen bei der Zuweisung zu Massnahmen zur Anwendung? Wer trifft den Entscheid für einen besonderen Entwicklungs- und Bildungsbedarf? Die Zusammenarbeit zwischen schulischen und ausserschulischen Fachstellen muss formalisiert werden und die Leistungsansprüche zwischen Bildungs- und Gesundheitswesen müssen geklärt sein.

## **VII. Schlusswort**

Welcher Stellenwert hat Bildung in der Gesellschaft? Erwachsene sehen Bildung unter dem Gesichtspunkt der gesellschaftlichen Partizipation. Eltern wollen für ihr Kind nur das Beste. Arbeitgeber und die Wirtschaft betonen vor allem den Leistungsaspekt. Fachleute sichern mit ihrem Engagement ihre berufliche Identität und Behörden die gesellschaftliche Ordnung. Mit anderen Worten: Partikuläre Interessen stehen in der Diskussion um die Bildung oft im Vordergrund. Die Kinder und Jugendlichen sind es aber, die im Mittelpunkt aller unserer Bemühungen stehen müssen. Sie sind im Brennpunkt.

Dieser Artikel ruft zur Zusammenarbeit zwischen den Fachleuten im Kinder- und Jugendbereich auf. Tragen wir gemeinsam die Verantwortung und Sorge für die Kinder und Jugendlichen in der Schweiz, denn nur wenn sie sich bestmöglich entwickeln können, werden sie, aber auch wir selber

und letztlich unsere gesamte Gesellschaft eine positive Zukunft vor sich haben.