

# Schulabsentismus

## Konzepte und Lösungsansätze für ein vielschichtiges Problem

Oberstes therapeutisches und pädagogisches Anliegen ist es, durch frühes interdisziplinäres Vorgehen einer Chronifizierung des Schulabsentismus entgegenzuwirken. Da die Eltern oft als Erstes den Kinder- oder Hausarzt aufsuchen, kommt ihm sowohl zu Beginn der Behandlung eine zentrale Rolle bei der Verhinderung einer Chronifizierung zu als auch im weiteren Verlauf als Vertrauensperson für die Familie.

Von Suzanne Erb

**S**chulabsentismus wird von Fachpersonen zunehmend als Herausforderung erlebt. Mit der Zunahme des Phänomens ist auch das Bewusstsein für die damit einhergehenden Entwicklungsgefährdungen und für seine erhebliche gesellschaftliche Relevanz gewachsen. «Schulabsentismus und unentschuldigtes Fernbleiben vom Unterricht hat oftmals gravierende Folgen für die Gesamtentwicklung des Kindes. Schulabschlüsse, Lebensperspektiven und auch die gesellschaftliche Integration sind dadurch gefährdet. Schulabsentismus ist eine gesellschaftliche Herausforderung, da sie nicht nur die Lebensperspektiven der Einzelnen einschränkt, sondern auch erhebliche volkswirtschaftliche Kosten verursacht», so formulierte es die Arbeitsgruppe Schulabsentismus St. Gallen in ihren Informationen für Schulen, Eltern, Haus- und Kinderärzte (1).

Wenn von der zunehmenden gesellschaftlichen und fachlichen Herausforderung durch Schulabsentismus die Rede ist, so bezieht sich diese, nebst der quantitativen Zunahme, meist auf die vermehrte Konfrontation der Fachpersonen mit langjährigen, chronifizierten Verläufen und der damit einhergehenden Ohnmacht im Helfersystem. Letztere ist umso störender, als Schulabsentismus nicht nur ein psychologisches Problem, sondern zunächst ein Verstoss gegen die gesetzliche Schulpflicht bedeutet.

Die Häufigkeit der chronifizierenden Verläufe bei Patienten mit Schulabsentismus kann leider epidemiologisch nicht belegt werden (2).

Aus kinder- und jugendpsychiatrischer Perspektive muss es oberstes therapeutisches und pädagogisches Anliegen sein, durch frühes interdisziplinäres Vorgehen eine Rückkehr zur Schule zu ermöglichen und einem chronischen Verlauf entgegenzuwirken. Da die Eltern oft als Erstes den Kinder- oder Hausarzt aufsuchen, kommt ihm sowohl zu Beginn der Behandlung eine zentrale Rolle bei der Verhinderung einer Chronifizierung zu als auch im weiteren Verlauf als Vertrauensperson für die Familie.

### Schulabsentismus – was heisst das?

Es werden diverse Begriffe für das nicht primär somatisch begründete Fernbleiben von der Schule verwendet. Unter dem Begriff «Schulabsentismus» werden alle gängigen Beschreibungen der Schulabwesenheit, ergänzt um die «Aspekte gravierender Fehlzeiten bei Erkrankungen und Zurückhaltung durch die Familie», zusammengefasst (3). «Schulabsentismus» bezeichnet ein Phänomen respektive ein Symptom, jedoch keine psychiatrische Diagnose. «Schulverweigerung» steht für die häufig mit internalisierenden Symptomen einhergehende Vermeidung des Schulbesuchs. Di-

Tabelle 1:

#### Gründe für Schulvermeidung

Kinder und Jugendliche bleiben aus unterschiedlichen Gründen bis zu mehreren Monaten pro Jahr der Schule fern:

<b>Schulangst</b>	Bezeichnet die Angst vor der Schule oder den Kontextfaktoren. Typisch sind Prüfungsangst, soziale Angst, Mobbing und Viktimisierung oder Leistungsängste. Letztere können bei nicht erkannten (Teil-)Leistungsstörungen chronifizieren.
<b>Schulphobie</b>	Ein anderes Wort für Trennungsangst im Zusammenhang mit dem Schulbesuch, oft kombiniert mit einem ängstlichen Elternteil.
<b>Schulschwänzen</b>	Aktives und gezieltes Fernbleiben der Schule, in der Regel ohne Wissen der Eltern.
<b>Fernhalten</b>	Eltern verweigern aktiv, ihre Kinder in die Schule gehen zu lassen, zum Beispiel bei Konflikten mit der Lehrperson, eigenen psychischen Problemen oder wenn Kinder zu Hause Aufgaben zu erfüllen haben.

Quelle: Merkblatt für Kinderärzte, Arbeitsgruppe Schulabsentismus St. Gallen, 2015 (1)

verse Autoren weisen allerdings auf die im Grunde fehlende Abgrenzbarkeit dieser Erscheinungsformen hin, zumal manche Kinder Mischformen zeigen. Insbesondere beim gleichzeitigen Vorliegen somatischer Symptome sei die Unterscheidung zwischen «entschuldigtem» und «unentschuldigtem» Fernbleiben oft schwierig und einzig im subjektiven Urteil und individuellen Vorgehen von Eltern und Ärzten begründet. Eine einheitliche Definition, ab wann schulische Fehlzeiten als problematisch anzusehen sind, existiert nicht (2). Hier besteht ein dringender Forschungs- und Definitionsbedarf, zumal Richtwerte für die Einschätzung der Ernsthaftigkeit der Symptome bei der Früherfassung zentral sind.

Verlässliche Prävalenzzahlen existieren nicht aufgrund der mangelhaften Erfassung in den Schulen und fehlender Vergleichbarkeit der Forschungsergebnisse, bedingt durch die uneinheitliche Operationalisierung der Begriffe Schulabsentismus beziehungsweise Schulvermeidung und fehlende Grenzwerte.

### Verschiedene Ausprägungen des Schulabsentismus

In der Fachliteratur werden verschiedene ätiologisch und psycho- respektive familiendynamisch relevante Unterscheidungen des Phänomens Schulabsentismus vorgenommen (4) (Tabelle 1):

**Schulangst:** Eine auf die Schule gerichtete Angst des Kindes; es kann sich dabei um eine Angst vor Leistungsanforderung, vor Blossstellung, Mobbing oder einer Lehrperson handeln sowie um Überforderung, Prüfungsängste oder eine soziale Ängstlichkeit (Letztere nicht selten als posttraumatische Folge einer sozialen Blossstellung oder von Mobbing Erfahrungen). Aus kinderpsychiatrischer Sicht kann der Schulangst eine soziale Phobie zugrunde liegen.

**Schulphobie:** Eine nicht primär auf die Schule, sondern auf die Trennung vom Elternhaus oder von einem Elternteil gerichtete Angst; diese kann sich vor dem Hintergrund einer schweren psychischen oder sozialen Belastung eines Elternteils mit entsprechender inadäquater Verantwortungsübernahme durch das Kind, einer eigenen Angststörung beim Kind, einer Überbehütung sowie als Reaktion auf belastende außerschulische Lebens- und Trennungserfahrungen entwickeln; anamnestisch ist eine Angststörung oder eine andere psychiatrische Erkrankung bei einem Elternteil gehäuft. Der Begriff ist insofern verwirrend, als er nicht eine eigentliche Phobie bezeichnet.

**Schulschwänzen:** Das bewusste, häufig geheime Fernbleiben des Kindes vom Schulunterricht als Ausdruck seines Widerstands gegen erzieherische Einflussnahme und Regeln; es geht häufig einher mit oppositionellem, trotzigem oder aufsässigem Verhalten und kann Ausdruck einer (beginnenden) dissozialen Entwicklung sein; die Eltern sind typischerweise nicht informiert oder stehen der Situation hilflos gegenüber, was das Schwänzen naheliegenderweise zusätzlich begünstigt; die Symptomatik nimmt mit dem Beginn der Adoleszenz zu; der Entwicklung voraus gehen häufig negative Erfahrungen mit Lehrpersonen oder Mitschülern, schulische Misserfolge und ein Grundgefühl von Frustration in Bezug auf die eigene Lebenssituation und Perspektive. Von pädagogischer Seite wird umgekehrt auf den prognostisch schlechten Einfluss von häufigem Schwänzen auf die weitere berufliche und soziale Integration hingewiesen. Liegt als Grunderkrankung eine Störung des Sozialverhaltens vor, so bestimmt diese die (zumeist ungünstige) Prognose.

**Fernhalten des Kindes vom Schulbesuch,** ausgehend von einer Bezugsperson des Kindes, die das Kind vor dem Hintergrund einer eigenen Erkrankung, der Angst vor dem Alleinsein, der (scheinbaren) Notwendigkeit zur kindlichen Mithilfe in Haushalt oder Betrieb, ideologischer oder religiöser Überzeugungen oder zum Verbergen von Misshandlungsspuren be-

Tabelle 2:

#### «Red Flags» bei Schulabsentismus

<b>Kind/Jugendlicher</b>	Ängste, Mobbing, Viktimisierung, Traumatisierung, Leistungen in der Schule
<b>Eltern bzw. Familie</b>	Angststörung, andere psychische Störungen oder weitere gesundheitliche Belastungen, soziale (finanzielle) Belastungen, Leistungsansprüche der Eltern an ihre Kinder, Eltern-(Paar-)Konflikte.

In folgenden Situationen sollte es zu einem Gespräch mit den betroffenen Schülern und ihren Familien, gegebenenfalls auch mit der Schule, dem Schulpsychologischen Dienst oder einer anderen involvierten Institution kommen:

- Kind ist länger als zwei Wochen zu Hause bei unauffälligem körperlichem Untersuchungsbefund.
- Familie kommt wegen Unzufriedenheit mit einem anderen Arzt zu Ihnen.
- Sie erleben die Eltern als drängend und überlegen sich entgegen Ihrer ursprünglichen Einschätzung, eine weitere Untersuchung zu starten.
- Die Eltern wirken hilflos. Es entsteht der Eindruck, dass das Kind/der Jugendliche im Hinblick auf den Schulbesuch meinungsbildend ist und die Situation in der Familie kontrolliert.
- Das Kind entwickelt bzw. die Eltern präsentieren immer wieder neue Symptome (Symptomshift).
- Das Verhalten von Kindern und Jugendlichen wirkt häufig demonstrativ oder theatralisch. Es existiert ein Missverhältnis zwischen Klage und Auftreten (kein spürbarer Leidensdruck).

Quelle: Merkblatt für Kinderärzte, Arbeitsgruppe Schulabsentismus St. Gallen, 2015 (1)

Tabelle 3:

#### Massnahmen und Leitfragen

##### Massnahmen

- Vernetzung.
- Sehen Sie möglichst beide Eltern und das Kind gemeinsam.
- Nehmen Sie sich Zeit für eine psychosoziale Anamnese.
- Erfragen Sie betreffend beklagter Symptome das subjektive Krankheitskonzept von Kind und Eltern.
- Holen Sie sich die Erlaubnis, mit Schulsozialarbeiter, Lehrperson, Schulpsychologin, vorangehend behandelndem Arzt etc. Kontakt aufzunehmen.
- Stellen Sie wiederholte Atteste nur unter der Bedingung der Vernetzung aus (z.B. Anbindung KJPD oder Kinderspital; Einschaltung Schulpsychologie, Schularzt und/oder Schulleitung).
- Bestellen Sie die Familie vorsorglich und kurzfristig wieder ein.

##### Fragen, die fallabhängig mit anderen Helfern zu klären sind

- Was ist meine (hausärztliche) Aufgabe?
- Wer hat die Fallführung?
- Wer kontrolliert (entscheidet)?
- Wer therapiert?
- Wem muss ich was mitteilen?
- Mit wem muss ich im Austausch bleiben?
- Muss ich eine Gefährdungsmeldung bei der KES-Behörde machen, und wie positioniere ich mich betreffend ärztlicher Schweigepflicht?

Quelle: Merkblatt für Kinderärzte, Arbeitsgruppe Schulabsentismus St. Gallen, 2015 (1)

wusst vom Schulbesuch abhält oder nicht aktiv dazu anhält. Übergänge zur Schulphobie sind fließend.

### Somatisch und/oder psychiatrische Ursachen – ein fließender Übergang

Die Autorin schlägt vor, zusätzlich differenzialdiagnostisch die Unfähigkeit zum Schulbesuch vor dem Hintergrund einer primären psychiatrischen oder somatischen Erkrankung in Erwägung zu ziehen.

Selbstverständlich ist ein körperlich krankes Kind, je nach Allgemeinzustand, nicht oder nur eingeschränkt in der Lage, dem Unterricht zu folgen. Bei chronischen ebenso wie bei akuten Erkrankungen finden sich allerdings oft Wechselwirkungen zwischen körperlicher und psychischer oder sozialer Überforderung beim Schulbesuch. Nicht selten ist bei chronisch kranken Kindern die schulische und soziale Integration aufgrund häufiger Abwesenheiten oder spezieller Sozialisierungserfahrungen erschwert. Bei 20 Prozent der schulabsenten Kinder findet sich im Vorfeld eine körperliche Erkrankung (5).

Wichtig ist die Erkenntnis, dass somatische Erkrankungen oft fließend in eine emotional bedingte Schulverweigerung mit begleitenden körperlichen Symptomen übergehen, die dann aber nicht als solche erkannt wird.

Bei psychiatrisch bedingter Schulunfähigkeit sind Kinder oder Jugendliche beispielsweise aufgrund der mit ihrer depressiven Grunderkrankung verbundenen Adynamie, Erschöpfung und Konzentrationsschwäche ausserstande, die Schule zu besuchen. Da, ebenso wie bei sozialer Ängstlichkeit und bei Trennungsangst, oft psychosomatische Beschwerden und allgemeine Überforderung vorliegen, ist die Abgrenzung gelegentlich schwierig bis unmöglich.

Für die Interventionen und insbesondere für die Entscheidung über einen ärztlichen Schuldispens kann jedoch bedeutungsvoll sein, dass ein depressiver Patient krankheitsbedingt tatsächlich nicht in der Lage sein kann, die Schule zu besuchen. Hingegen kann ein sozial- oder trennungsängstliches Kind mit entsprechender Unterstützung vom fortgesetzten Schulbesuch stark profitieren, weil er ihm positive soziale Erfahrungen ermöglicht und der Chronifizierung der Symptomatik entgegenwirkt. Unterscheidungskriterien sind beispielsweise das Vorliegen von Erschöpfung, allgemeiner Verlangsamung und/oder vegetativen Symptomen als Ausdruck einer manifesten depressiven Symptomatik. Bei weiteren, schwereren psychiatrischen Erkrankungen (Psychose, Zwangsstörung) kann der Schulbesuch symptombedingt, aber von aussen kaum sichtbar, massiv erschwert oder sinnlos sein, was häufig eine Indikationsstellung für eine stationäre kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung bedeutet.

### Vier Einflussbereiche

Die Ursachen, Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren für schulabsentes Verhalten sind vielfältig und komplex. Vereinfachend können Wechselwirkungen des Schulabsentismus mit vier Bereichen beschrieben werden, nämlich:

Stufe	Wer?	Was?
I	Klassenlehrperson	Absenzen dokumentieren, Elterngespräch, konsequente, wohlwollende Haltung
II	Schulleitung	Schulpflicht klarstellen, Konsequenzen aufzeigen
	Schulsozialarbeit	Unterstützung für Schüler/in, Abholen zu Hause, Gspänli aktivieren
III	Schulpsychologischer Dienst	Beurteilung, Empfehlungen, Elternberatung, Beratung KLP, Koordination schulischer und ausserschulischer Massnahmen, Unterstützung bei Rückführung in Schule, Fallführung, Zuweisung zu «Time Out»
IV	Arzt/Ärztin, Kinderspital	somatische Abklärungen, Behandlung, Arztzeugnis
	KJPD, Kinder-/Jugendpsychiater/in, Psychosomatik Kinderspital	psychiatrische, psychosomatische Abklärung, ambulante Therapie, Behandlung, Überweisung, Elternberatung, Arztzeugnis
V	Kliniken	stationäre Behandlung, vertiefte psychiatrische, somatische und psychosomatische Abklärung, Planung Nachbehandlung
VI	Längerfristige Platzierung	Pflegefamilie, Heim, Sonderschule, besondere Unterrichts- und Betreuungsstätte

Fallführung, Vernetzung (in der Regel)

ambulant: schulpsychologischer Dienst  
stationär: jeweilige Klinik  
Einbezug KESB, falls Eltern nicht kooperativ oder überfordert

Abbildung: Stufenmodell der Interventionen und Zuständigkeiten (nach [1])

- mit individuellen Faktoren
- mit dem Einfluss der Familien
- mit dem Schulsystem und
- mit gesellschaftlichen Faktoren (2).

Eine überproportionale Zahl der Schulverweigerer mit internalisierenden Störungen kommt aus Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil. Schulschwänzen und Schulabbruch (Drop-out) werden in beeindruckender Weise durch die Schulen über ihre Struktur und Organisation beeinflusst. Gelebte Schulkultur, Beziehungsangebote und Fürsorglichkeit der Lehrpersonen wie auch gezielte schulische Programme stärken dagegen die Haltekraft der Schule (6).

### Ausgangspunkt Anamnese

Häufig ist der Kinderarzt die erste Fachperson im System, die durch die Eltern involviert wird. Die somatische Abklärung durch den Kinderarzt ist dann die erste wichtige Massnahme. Ausgangspunkt ist eine sorgfältige Anamnese zur Erfassung der Lebensumstände.

Die Anamnese sollte die aktuelle Symptomatik und sowohl die familiäre als auch die individuelle Situation eruieren. Bezüglich des Schulabsentismus sind Dauer, Häufigkeit, Auslöser, Belastungen, Begleitsymptome, schulische Situation, bisherige Massnahmen (Entscheidenheit, Effekt, Wirkung auf die Beteiligten) und insbesondere die Motivation zur Veränderung zu erfragen.

## Warnzeichen!

Der Kinderarzt wird häufig in einem frühen Stadium wegen körperlicher Beschwerden mit der Frage nach ärztlicher Diagnose mit dem Schulabsentismus konfrontiert. Wichtig ist, die Warnzeichen für das Vorliegen von Schulabsentismus zu suchen und zu erkennen (*Tabelle 2*).

Der Kinderarzt sollte sich nicht drängen lassen, Krankenschreibungen vermeiden oder, falls vorübergehend angebracht, gut abstützen und mit den Eltern besprechen. Er hat eine entscheidende Rolle darin, dass er schon zu Beginn die sozial-emotionale Situation des Kindes mit den Beteiligten thematisieren kann, um der Fixierung auf medizinische Erklärungsmodelle entgegenzuwirken – nicht zuletzt im Wissen, dass Schulabsentismus mit fortgesetzten funktionalen Symptomen einhergeht (7). Als zentrales Problem kann beispielsweise die «Angst vor dem Schulbesuch, die dem Kind Bauchweh macht», anstelle der Bauchschmerzen an sich benannt werden. Damit können rascher gezielte Interventionen erfolgen und dem Ärztehopping, wie es bei Schulabsentismus häufig beobachtet wird, der hilflosen Passivität und der Chronifizierung entgegenge wirkt werden.

## Wo ist das Kind bei Schulabsentismus?

Wichtig ist auch die Frage nach Verhalten, Aufenthaltsort und Befinden des Kindes in den Zeiten der Schulabwesenheit. Wenn dem Kind angenehme Situationen statt Schule angeboten werden, wirkt die damit verbundene Entlastung stark symptom erhaltend. Ein «Krankheitsgewinn» der Betreuenden beim Zuhausebleiben des Kindes kann ein wichtiger Hinweis auf die systemischen Wechselwirkungen liefern. Bei Andauern von Schulverweigerung wie auch beim Schulschwänzen entsteht ein Leidensdruck bei Kind oder Umgebung oft erst, wenn der Schulbesuch von aussen gefordert und das Fernbleiben mit unangenehmen Folgen verknüpft wird.

## Kontakt mit Lehrperson und Schulpsychologen aufnehmen

Wir empfehlen dringend, nach Möglichkeit schon zu Beginn die Erlaubnis zur Rücksprache mit der Lehrperson einzuholen, um deren Beobachtungen und Sichtweise miteinbeziehen zu können. Sollten die Eltern dies nicht erlauben, kann der Kinderarzt zwar keine unter das Arztgeheimnis fallenden Auskünfte erteilen, aber dennoch allfällige Anrufe der Schule entgegennehmen.

Eine Testdiagnostik von schulpsychologischer Seite zur Erfassung von Unter- oder Überforderung, Teilleistungsschwächen und Konzentrations-/Aufmerksamkeitsschwächen ist grundlegend. Deshalb sollte die Zusammenarbeit mit dem Schulpsychologischen Dienst, wenn immer möglich, frühzeitig angeregt und aktiv eingeleitet werden. So können schulische Entscheidungen rechtzeitig getroffen, die oft sehr geforderten Lehrpersonen optimal unterstützt und das Vorgehen von schulischer Seite koordiniert werden.

## Interdisziplinäres Vorgehen und Rolle des Kinderarztes

Interventionen bei Schulabsentismus sollten sich an den beschriebenen vier oben genannten wesentlichen Einflussbereichen ausrichten und entsprechend multimodal und interdisziplinär erfolgen. Gewisse Autoren plädieren für definierte multiprofessionelle Netzwerke, die ihre Hilfestellungen einem zirkulären Prozess der kontinuierlichen Evaluation unterziehen und dabei explizit Wertschätzung für die Arbeit aller Berufsgruppen und besonders für die Lehrer pflegen (8). Aufgrund der Zunahme von Schulabsentismus mit oft unbefriedigenden Verläufen haben im Kanton St. Gallen die involvierten Fachstellen gemeinsam ein Modell eines abgestuften, koordinierten multiprofessionellen Vorgehens bei Schulabsentismus entwickelt (1) (*Abbildung*). Entscheidend ist die frühzeitige, koordinierte Intervention auf den verschiedenen Ebenen, mit der Möglichkeit, bei zunehmender Eskalation der Symptomatik mit einer Intensivierung der Massnahmen zu reagieren.

Erstes und vorrangiges Ziel ist die Wiederaufnahme des Schulbesuchs – am besten schon am Morgen nach der ersten Konsultation.

Ein ambulantes, koordiniertes, interdisziplinäres Vorgehen sollte bei allen Formen des Schulabsentismus (mit Ausnahme der im engeren Sinne krankheitsbedingten) unverzüglich aufgegleist werden. Dieses bedingt die Vernetzung und den regelmässigen Kontakt zwischen den involvierten Fachleuten von Schule, Schulpsychologie und Schulsozialarbeit, Pädiatrie und Psychiatrie respektive Psychotherapie.

Der Kinderarzt als Erstanlaufstelle kann mit der aktiven Vernetzungsarbeit die frühzeitige interdisziplinäre Behandlung ins Rollen bringen. Der Zeitaufwand mag relativ gross erscheinen, durch die rasche Normalisierung der Problematik dürfte er aber mehr als belohnt werden.

## Wer macht was?

Wie bereits dargelegt, ist die koordinierte interdisziplinäre Zusammenarbeit ein zentraler Baustein für eine gelingende Intervention. In *Tabelle 3* sind die wichtigen möglichen Kooperationspartner sowie Leitfragen zusammengestellt, die als Unterstützung dienen können. Jeder Fachperson kommt eine andere, spezifische und die übrigen ergänzende Funktion zu.

Wir empfehlen die Einsetzung einer koordinierenden fallführenden Instanz mit gutem Kontakt sowohl zur Familie als auch zur Schule, welche in den meisten Fällen der Schulpsychologie ist. Er wird zum einen die schulnahe Diagnostik durchführen, zum andern vor allem Lehrpersonen und Schulleitung im weiteren Vorgehen beraten. Die Klassenlehrperson kann, oft gemeinsam mit dem Schulsozialarbeiter, das Kind und seine Familie bei der Rückkehr und dem Verbleib in der Schule persönlich unterstützen und motivieren sowie geeignete Massnahmen im Schul- und Klassengeschehen einleiten. Die Schulleitung sollte sehr frühzeitig von der Lehrperson involviert werden.

## Massnahmen bei Schulverweigerung

Wenn die Schulverweigerung als Symptomatik relativ neu ist und motivierte, zur Zusammenarbeit befähigte Eltern vorhanden sind, gelingt die Überwindung der Symptomatik mit gemeinsamem Vorgehen oft gut.

Bei Eltern mit einer eigenen Angststörung oder starker Involvierung in die Schulvermeidung sowie grösseren persönlichen Belastungen ist die Kooperation oft erschwert. Sie leiden zwar einerseits unter der Situation, sind aber andererseits durch das Daheimbleiben des Kindes unmittelbar entlastet und nicht in der Lage, eine Verhaltensänderung konsequent umzusetzen. Aufgrund des meist mit der Angstsymptomatik verbundenen Widerstands gegen den Schulbesuch ist es deshalb zentral, dass die Pflicht zum Schulbesuch vertreten und dieser von offizieller Seite eingefordert wird.

Diese Rolle kommt naturgemäss der Schulleitung zu. Sie sollte bei wiederholtem, längerem Fehlen den Erziehungsberechtigten nebst der schulischen Unterstützung auch die Konsequenzen aufzeigen und, wenn die Kooperation des Elternhauses nicht gegeben und die Entwicklung des Kindes gefährdet ist, die Kinderschutzhilfe hinzuziehen. Der Leidensdruck der Familie kann dadurch vorerst zunehmen.

Lehrperson und Kinderarzt können Kind und Eltern in dieser Situation stärken und bei der Überwindung der Ängste unterstützen. Der Kinderarzt oder der Schulpsychologe können den Kinder- und Jugendpsychiater oder -psychotherapeuten einbeziehen. Aufgrund der Beschäftigung mit der interaktionellen Dynamik ist es am ehesten dessen Rolle, die Zusammenhänge zwischen Symptomatik, Familiendynamik (9) und Geschehen im schulischen und im Helfersystem zu erhellen, zu zeigen, wie mit dem Druck bei Familie und Helfenden umgegangen und wie er für die interdisziplinäre Problemlösung genutzt werden kann.

Bei anhaltender schwerer Schulverweigerung mit internalisierenden Symptomen ist eine stationäre kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung oft unumgänglich, wenngleich die hauptsächliche Herausforderung anschliessend nach wie vor bei der Reintegration in die angestammte oder neue, externe Schule liegt.

## Massnahmen bei Schulschwänzen

Die Behandlung der zugrunde liegenden Problematik, verbunden mit dem konsequenten Einfordern und Überprüfen des Schulbesuchs, ist auch beim Schulschwänzen das primäre Vorgehen. Bei Vernachlässigung und mangelnder Aufsicht seitens des Umfeldes ist eine intensive Erziehungsberatung der Eltern oder eine sozialpädagogische Familienbegleitung die Massnahme der Wahl. Die Emotionalität und das Beziehungserleben des Kindes oder Jugendlichen sollte man dabei stets im Auge behalten. Im Falle einer reaktiven affektiven Symptomatik (Niedergeschlagenheit, Depressivität) sollte ihm eine psychotherapeutische Begleitung ermöglicht werden.

Multisystemische Therapie (MST) bietet sich als eine intensive, sehr effektive Behandlung bei schwereren Formen des Schulabsentismus, besonders bei Schulschwänzen mit externalisierendem Verhalten, an (10). Allerdings ist MST aufwendig und begrenzt verfügbar. In schwerwiegenden Fällen mit fortgeschrittener Störung des Sozialverhaltens und erschöpften familiären Ressourcen ist eine Platzierung im Interesse der weiteren kindlichen Entwicklung häufig angezeigt.

## Fazit

Schulabsentismus hat aus Sicht der Fachleute in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Dies lässt sich aufgrund der Heterogenität der Symptomatik und der schwer vergleichbaren Forschungsarbeiten zum Thema jedoch nicht belegen.

Die Hintergründe des schuldistannten Verhaltens sind vielfältig, die Entstehungsbedingungen und Einflussfaktoren meist komplex. Deren Verständnis im Einzelfall ist jedoch eine Voraussetzung, um wirksam intervenieren zu können. Ausserdem bedarf es eines abgestimmten und strukturierten Vorgehens aller Fachpersonen und damit eines grösseren zeitlichen Engagements und eines langen Atems aller Beteiligten, der Koordination durch eine zentrale Fachperson, grosser therapeutischer Zuversicht und vor allem der Bereitschaft zur gemeinsamen Verantwortungsübernahme. Sowohl Eltern, Schulleitung und Lehrperson als auch die Schulpsychologie, der Kinder- oder Hausarzt, die Schulsozialarbeit und die Kinder- und Jugendpsychiatrie sollen in die Verantwortung mit einbezogen werden.

Die unterschiedlichen professionellen Rollen sollten in einem durchdachten, die Dynamik des Symptoms berücksichtigenden interdisziplinären Vorgehen genutzt werden. Einem raschen Reagieren ist stets der Vorzug zu geben – ein Hin- und Herschieben der Verantwortung ist unbedingt zu vermeiden (1).

Der Kinderarzt hat als häufige erste Anlaufstelle für die Eltern eine wichtige Rolle und Funktion bei der Früherfassung und -intervention und bei der interdisziplinären Begleitung der Familie.

## Korrespondenzadresse:

Dr. med. Suzanne Erb

Ärztliche Direktorin

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St. Gallen

Brühlgasse 35/37, 9004 St. Gallen

E-Mail: [suzanne.erb@kjpd-sg.ch](mailto:suzanne.erb@kjpd-sg.ch)

## Literatur:

1. Arbeitsgruppe Schulabsentismus Kanton St. Gallen: Schulabsentismus. Informationen für Schulen, Eltern, Haus- und Kinderärzte. 2015. Merkblatt für Kinderärzte, Hauptautor: Christian Henkel. Dokumente verfügbar unter: [www.schulpsychologie-sg.ch/4-th-links-pub.html](http://www.schulpsychologie-sg.ch/4-th-links-pub.html) und [www.kjpd-sg.ch](http://www.kjpd-sg.ch).
2. Lenzen C et al.: Schulabsentismus: Entwicklungen und fortbestehende Herausforderungen. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2016; 44 (2):101–111.
3. Kearney CA: School absenteeism and school refusal behavior in youth: a contemporary review. Clin Psychol Rev 2008; 28: 451–471.
4. Lehmkuhl G. et al. (2003): Schulverweigerung: Klassifikation, Entwicklungspsychopathologie, Prognose und therapeutische Ansätze. Praxis Kinderpsychologie und -psychiatrie 2003; 52: 371–383.
5. McShane G et al.: Characteristics of adolescents with school refusal. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2001; 35: 822–826.
6. Stamm M: Zu cool für die Schule. Dossier 13/2. Swiss Institute for Educational Issues, Bern, 2013.
7. Janssens KA et al.: School absenteeism as a perpetuating factor of functional somatic symptoms in adolescents: the TRAILS study. J Pediatr 2011; 159 (6): 988–993.
8. Hebebrand J et al.: Was geht uns Schulvermeidung an? Ein Plädoyer für eine kritische Auseinandersetzung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2016; 44: 89–93.
9. Schweitzer J et al.: Systemische Familientherapie bei schulverweigerndem Verhalten. Praxis Kinderpsychologie und -psychiatrie 2003; 52 (6): 440–455.
10. Fürstenauf U, Rhiner B: (2010): Multisystemische Therapie. Psychotherapie im Dialog 11 (3): 222–225.