

Bakels, Elena

Unterricht im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Therapie. Zur Professionalisierung von Kliniklehrpersonen an Kinder- und Jugendpsychiatrien

Bohnsack, Ralf [Hrsg.]; Bonnet, Andreas [Hrsg.]; Hericks, Uwe [Hrsg.]:
Praxeologisch-wissenssoziologische Professionsforschung. Perspektiven aus Früh- und Schulpädagogik, Fachdidaktik und Sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2022, S. 175-202



Quellenangabe/ Reference:

Bakels, Elena: Unterricht im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Therapie. Zur Professionalisierung von Kliniklehrpersonen an Kinder- und Jugendpsychiatrien - In: Bohnsack, Ralf [Hrsg.]; Bonnet, Andreas [Hrsg.]; Hericks, Uwe [Hrsg.]: Praxeologisch-wissenssoziologische Professionsforschung. Perspektiven aus Früh- und Schulpädagogik, Fachdidaktik und Sozialer Arbeit. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2022, S. 175-202 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-256460 - DOI: 10.25656/01:25646

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-256460>

<https://doi.org/10.25656/01:25646>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt unter folgenden Bedingungen vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen. Dieses Werk bzw. dieser Inhalt darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden und es darf nicht bearbeitet, abgewandelt oder in anderer Weise verändert werden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work or its contents. You are not allowed to alter, transform, or change this work in any other way.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Elena Bakels

Unterricht im Spannungsfeld von Fachlichkeit und Therapie. Zur Professionalisierung von Kliniklehrpersonen an Kinder- und Jugendpsychiatrien

Abstract

In diesem Beitrag geht es um die berufliche Praxis von Kliniklehrpersonen an Kinder- und Jugendpsychiatrien: Welche handlungsleitenden Orientierungen dokumentieren sich im Umgang mit psychisch erkrankten Schüler:innen und welches berufliche Selbstverständnis zeichnet sich ab? Es wurden 24 offene leitfadengestützte Interviews durchgeführt, wovon 12 mit der Dokumentarischen Methode ausgewertet wurden. Als zentrales geteiltes Orientierungsproblem der Lehrpersonen ließ sich eine Spannung zwischen pädagogisch-fachlicher und pädagogisch-therapeutischer Funktion identifizieren, wobei hinsichtlich des Umgangs mit dieser Spannung drei Typen identifiziert werden konnten: eine primäre pädagogisch-fachliche Rahmung, wobei die psychischen Erkrankungen tendenziell ausgeklammert werden; eine primäre pädagogisch-therapeutische Rahmung, d. h. eine Fokussierung auf die Erkrankung und eine Rücksichtnahme darauf; eine primäre kompensatorische Fürsorglichkeit, wobei eine familienersetzende Beziehungsorientierung und eine Hilfsfunktion dominieren. Die Ergebnisse werden unter anderem vor dem Hintergrund praxeologischer professionstheoretischer Überlegungen diskutiert.

Schlagworte

Klinikschule, Kliniklehrkraft, Professionalisierung, beruflicher Habitus, Dokumentarische Methode

1 Einleitung

Wenn Kinder und Jugendliche psychisch erkranken, dann ist in vielen Fällen auch ihre Bildungsbiografie gefährdet, da eine psychische Störung unter anderem häufig mit Konzentrationsschwächen im Unterricht, Klassenwiederholungen und Schulabsentismus sowie -abbruch einhergeht (vgl. Schulte-Körne 2016). Ist ein

Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie indiziert, können die Kinder und Jugendlichen zudem in der Regel ihre Schule für mehrere Wochen nicht besuchen, was die Tendenz der Desintegration noch verstärkt. An dieser Stelle tritt die Klinikschule auf den Plan – eine Schule, die an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie angeschlossen ist und für die Dauer des Aufenthaltes die Beschulung der Kinder und Jugendlichen übernimmt und somit einen wichtigen Beitrag zur späteren schulischen Reintegration leisten kann. Da „das Misslingen der schulischen Integration mit einem hohen Risiko für dauerhafte seelische Behinderung“ (Schmitt 2002, 34) und einer späteren Abhängigkeit vom Sozialsystem verbunden ist, nimmt die Klinikschule eine tragende Rolle hinsichtlich des Ziels einer erfolgreichen (gesellschaftlichen) Reintegration der betroffenen Kinder und Jugendlichen ein.

Sowohl in der Literatur (vgl. Hirsch-Herzogenrath & Schleider 2010) als auch im praktischen Feld ist entsprechend unumstritten, dass Klinikschulen zur Reintegration beitragen sollen. Wie nun aber dieses übergreifende Ziel verfolgt werden, d. h. auf welchen untergeordneten Funktionen dabei der Schwerpunkt liegen soll, darüber scheint weniger Klarheit zu herrschen. Frey & Wertgen (2012, 16) konstatieren, dass sich die Erwartungen an die Funktionen der Klinikschulen so stark unterscheiden, dass sie einander sogar zu widersprechen scheinen: Sollen Klinikschulen in erster Linie die Funktion der schulischen Wissensvermittlung erfüllen, damit die Kinder und Jugendlichen nicht in einen Leistungsrückstand geraten? Oder sollen im Unterricht primär medizinisch-therapeutische Ziele unterstützt werden? Während diese Diskussion weitgehend ohne Ertrag geblieben sei, finde die Praxis jeden Tag in zahlreichen Klinikschulen statt und habe eine Form der „Krankenpädagogik“ hervorgebracht (ebd.). Der Sonderschuldirektor Schmitt (1999b) drückt es pointiert aus:

„Während auf der wissenschaftlichen und politischen Ebene die sonderpädagogischen Vorstellungen von Krankenpädagogik diffus blieben, wurde von der Basis her immer deutlicher eine sonderpädagogische Profilierung schulischer Krankenpädagogik erkennbar“ (Schmitt 1999b, 182).

Hinsichtlich der Diskussion darüber, was „Krankenpädagogik“ eigentlich sei, falle auf, dass die Praktiker:innen selbst sich „verhältnismäßig selten zu Wort melden“ (Frey & Wertgen 2012, 16) bzw. selten zu Wort kämen. Die Autoren verweisen damit auf zweierlei: Zum einen scheine aus der besonderen institutionellen Nähe zur Klinik eine Unsicherheit hinsichtlich der Funktion der Klinikschule zu entstehen. Der vom Schulsystem klar vorgegebene primäre Auftrag der Wissensvermittlung werde vor dem Hintergrund der psychischen Erkrankungen bzw. der örtlichen Nähe zur Psychiatrie in Form eines medizinisch-therapeutischen Auftrages ‚aufgeweicht‘. Der Klinikalltag schwappe – zumindest suggeriert dies der Diskurs – in die Klinikschulen über. Zum anderen verweisen die Autoren implizit darauf,

dass die Diskussion über dieses Dilemma losgelöst von der Praxis stattfindet, es also nicht klar sei, ob sich dieses Dilemma auch in der Praxis findet und wie die Kliniklehrpersonen es lösen.

Es wurde bisher nicht empirisch betrachtet, wie sich diese von der ‚Basis‘, also den Kliniklehrpersonen, täglich praktizierte „Krankenpädagogik“ konkret gestaltet. An dieses Desiderat knüpft meine bereits abgeschlossene Dissertation an und lässt folgerichtig die Kliniklehrpersonen selbst über ihre Praxis zu Wort kommen. Dies soll erste Annahmen dahingehend generieren, wo Handlungsprobleme liegen, und darüber hinaus eine Reflexion über die Professionalisierung von Kliniklehrpersonen ermöglichen.

In der Klinik werden die Kinder aufgrund von Krankheit behandelt und in diesem Zuge im Sinne eines medizinischen Blicks bzw. mittels Diagnose pathologisiert. In der Literatur zum Thema wird daher das Potenzial eines pädagogischen Blicks in den Klinikschulen diskutiert, welcher den Kindern ihren Subjektstatus erhält (vgl. Jantzen 2002). Schmitt (2002, 33) verweist in eine ähnliche Richtung, wenn er von der Aufgabe der „Entpsychiatisierung“ der Biografien im Kindes- und Jugendalter spricht. An anderer Stelle fordert er, dass den Kindern ihre „Ganzheitlichkeit bewahrt“ (Schmitt 1998, 186) werden solle, sie also nicht auf ihre pathologisierte Identität reduziert werden sollten. Ein Merkmal des Unterrichts an Klinikschulen sei die besondere Berücksichtigung der Beziehungsebene (vgl. auch Oelsner 2011, 11). Eben hier liegt die große Chance, die Kinder und Jugendlichen darin zu unterstützen, ein ganzheitliches Bild von sich selbst zu erhalten. Um diesen pädagogischen Blick wiederum leisten zu können, müsste die Schule primär eine Erziehungs- und Bildungsinstitution sein.

Doch bleibt sie dies, wenn sie sich im selben Gebäude mit einer Klinik befindet? Kobi (2002) äußert dazu eine eindeutig nüchterne Position. So diene schon das Pflege- und Therapiepersonal vor allem der Ärzteschaft und ebenso ergehe es dem pädagogischen Personal bzw. der Klinikschule: Sie werde einer „Medizinierung unterworfen und ideologisch und lebenspraktisch – im Sinne einer *unité de doctrine* – in das herrschende therapeutische Setting implantiert“ (Kobi 2002, 18). Auch hierbei handelt es sich zunächst um eine Behauptung, die es empirisch zu prüfen gilt. Kommt es, wie es Combe & Helsper (1996) auf Grundlage des Beitrages von Müller (1996) in ihrem Sammelband formulieren, durch die Arbeit der Pädagog:innen im medizinisch-therapeutischen Feld zu dem „oft unaufgeklärten Fallencharakter eines pädagogischen Handelns, das sich – ohne therapeutische Professionalisierung – an Therapie orientiert und damit zugleich pädagogisches Handeln deprofessionalisiert“ (Combe & Helsper 1996, 39)?

Die vorliegende Studie knüpft an diese Diskussionen an und versucht ein wenig mehr Licht ins Dunkel zu bringen, indem sie den folgenden Forschungsfragen nachgeht:

- Worin bestehen die pädagogischen Herausforderungen an Klinikschulen der Kinder- und Jugendpsychiatrien?
- Welche handlungsleitenden Orientierungen von Kliniklehrpersonen lassen sich im Umgang mit psychisch erkrankten Schüler:innen identifizieren und welche Aussagen über ihre Professionalität lassen sich daraus ableiten?
- Welches berufliche Selbstverständnis der Kliniklehrpersonen lässt sich identifizieren?
- Welches Bild haben Klinikschullehrpersonen von psychisch erkrankten Schüler:innen bzw. wie werden diese adressiert?

Im Folgenden soll zunächst knapp in den Forschungsstand zum Thema Klinikschulen und Kliniklehrpersonen eingeführt werden, um auf zentrale Forschungsdesiderate aufmerksam zu machen (2). Anschließend werden zentrale, für die Untersuchung relevante Theorien zum professionellen Handeln (von Lehrpersonen) resp. Professionstheorien skizziert (3). Es folgt eine methodologische Verortung der Studie sowie eine Beschreibung des methodischen Vorgehens (4). Dies mündet in eine Darstellung und Rekapitulation der Ergebnisse der vorliegenden Studie (5). Schließlich sollen die Ergebnisse in den Kontext professionstheoretischer Überlegungen zum beruflichen Handeln von Lehrpersonen gestellt werden (6).

2 Forschungsstand zum Thema Klinikschulen an Kinder- und Jugendpsychiatrien und zu Kliniklehrpersonen

Es kann vorangestellt werden, dass der Stand der Forschung zum Thema Klinikschulen äußerst defizitär ist – von einem eigenen Forschungsbereich kann gar nicht gesprochen werden. Im Folgenden wird die Literatur in Bezug auf zwei Themen gesichtet und kategorisiert: Zuerst werden die strukturellen und funktionalen Merkmale von Klinikschulen dargestellt (2.1); Forschungen zum Unterricht an Klinikschulen und zur Klinikschullehrperson (2.2) schließen sich an. Auf die einzelnen Studien kann hier nur sehr knapp eingegangen werden.¹ Es geht primär darum, ein Bild von Klinikschulen zu vermitteln und auf Desiderata in der Forschung hinzuweisen.

2.1 Strukturelle und funktionale Merkmale von Klinikschulen

Was können wir der Literatur und Forschung zum Thema Klinikschulen über die strukturellen und funktionalen Merkmale² von Klinikschulen entnehmen?

1 In meiner Dissertation (Bakels 2020) gehe ich ausführlicher auf die einzelnen Studien zum Thema Klinikschulen ein: u. a. Kollmar-Masuch (1987); Ertle (2000); Volk-Moser (2001); Harter-Meyer (2000a); Teschner (2012).

2 Diese Bezeichnung/Kategorisierung von Merkmalen wurde von Schleider & Hirsch-Herzogenrath (2009) übernommen.

In Klinikschulen – in der Literatur zum Thema auch Schulen für Kranke und Krankenhausschulen genannt – wird Schüler:innen, die erkrankt sind und für längere Zeit eine Klinik besuchen müssen, Unterricht erteilt. Es existieren sehr unterschiedliche Organisationsformen von Klinikschulen, bspw. auf dem Klinikgelände sich befindliche oder eigenständige für mehrere Kliniken zuständige Schulen, Schulen für somatisch oder psychisch erkrankte Kinder etc. In dieser Studie geht es primär um Klinikschulen, in welchen psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche unterrichtet werden. Die strukturelle Situation von Klinikschulen in der BRD kann hinsichtlich Rechtsstellung, Bezeichnung und Organisation als heterogen charakterisiert werden (vgl. Frey & Wertgen 2012; Oelsner 2013; Fesch & Müller 2014). Schulverordnungen sind häufig veraltet, viele Schulen besitzen auch kein schriftlich festgehaltenes Schulprogramm (vgl. Fesch & Müller 2014; Schleider & Hirsch-Herzogenrath 2009). Beides führt dazu, dass Kliniklehrpersonen wenig klar fixierte Normen haben, auf welche sie ihre Praxis stützen können. Insgesamt erscheint das System Klinikschulen wenig standardisiert. Es kann vermutet werden, dass dieses Fehlen von Normen auf staatlicher und teilweise organisationaler Ebene Einfluss auf das berufliche Selbstverständnis der Kliniklehrpersonen hat, d. h. Normen aus anderen Quellen wie bspw. dem Studium, dem Referendariat oder der beruflichen Sozialisation bezogen werden, so dass das berufliche Selbstverständnis zwischen den Kliniklehrpersonen innerhalb der Schulen stark variieren dürfte.

Praktiker:innen sind sich einig, dass eine bedeutende Funktion der Klinikschule die Reintegration der Schüler:innen darstellt (vgl. Wertgen 2012; Hillenbrand 2012). Zusätzlich erfüllen Kliniklehrpersonen eine schuldiagnostische Funktion. Ein besonderes Merkmal der Klinikschulen sei, dass sie über den Unterricht und durch das Ansprechen der Kinder und Jugendlichen in ihrer Schülerrolle eine Verbindung zur Normalität herstellen. Ob Lehrpersonen diese vorerst nur postulierte Funktion tatsächlich erfüllen oder, wie Wertgen (2012) es ausdrückt, einen „quasitherapeutischen“ Habitus aufweisen, soll in dieser Studie untersucht werden.

Hinsichtlich der Funktionen der Klinikschule fällt auf, dass in der Literatur zwar auf den Unterricht als zentral hingewiesen wird, dies aber immer wieder durch an den medizinisch-therapeutischen Bereich grenzende Funktionen überlagert wird, wie bspw. die Wahrnehmung der Schüler:innen in ihrer Krise, die Anpassung der Unterrichtsinhalte an die Erkrankung bis hin zur Forderung eines therapeutischen Blickes (vgl. Oelsner 2013; Wertgen 2012). Es wird nicht näher erläutert, wie diese Aufgaben pädagogisch integriert werden können bzw. wie eine auf Krankheit bezogene Pädagogik, die keine Therapie ist, sich gestaltet. Auch die Erklärung der KMK (1998) hilft hier nicht weiter, da sie vom gleichen Dilemma gekennzeichnet ist: Zwar wird die Funktion Unterricht hervorgehoben, jedoch sogleich um psychosoziale Funktionen, wie die „physische und psychische Situation der Schüler zu erleichtern“ (KMK 1998, 1), ergänzt. Es stellt sich die Frage, ob und wie sich

dieses Dilemma zwischen dem Auftrag des Unterrichtens bzw. der Wissensvermittlung und den psychosozialen Aufgaben in der Praxis zeigt.

2.2 Forschungen zum Unterricht an Klinikschiulen und zur Kliniklehrperson

Ein Großteil der vorhandenen Studien zum Thema folgt einer quantitativen Forschungslogik und bietet einen Überblick über die strukturelle Situation von Klinikschiulen in der BRD und über Merkmale des Unterrichts an Klinikschiulen (vgl. Volk-Moser 2001). Eine der ersten Studien, die sich mit dem Unterricht an Klinikschiulen befasst hat, ist diejenige von Kollmar-Masuch (1987). Es wurden 284 Kliniklehrpersonen aus 40 kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen in Deutschland mittels Fragbogen und ausschließlich geschlossenen Fragen untersucht. Eine deskriptive statistische Analyse zeigt: Belastende Faktoren bei der Arbeit seien die Aggressivität der Schüler:innen, die Fluktuation, die Heterogenität der Gruppen sowie ungeklärte Fragen zur Organisation und Durchführung des Unterrichts, zur Reintegration, zur Kooperation und zur Aus- und Weiterbildung (vgl. Masuch 1987, 92f.).

Volk-Moser (2001) hat den Unterricht mittels Fragebögen aus Sicht der Schüler:innen (257f.) und aus Sicht der Lehrpersonen (324f.) untersucht: Die Schüler:innen würden den Unterricht überwiegend positiv einschätzen und betrachteten ihn v. a. pragmatisch als Möglichkeit, den Anschluss an die Regelschule nicht zu verlieren. Das Schulfach Mathematik stelle sich als besonders beliebt heraus, während Deutsch eher abgelehnt werde. Ein Charakteristikum des Unterrichts seien thematische Brüche, etwa spontan geäußerte Meinungen und Gefühle. Von Lehrpersonen erwarteten die Schüler:innen Struktur, Disziplin und fachliche Kompetenz. Aus Sicht der Lehrpersonen kennzeichneten den Unterricht besondere Sozialformen wie Gruppen- oder Einzelunterricht. Darüber hinaus charakterisierten den Unterricht mit erkrankten Kindern und Jugendlichen variierende Lernebenen, d. h. solche altersgemäßer, progressiver und regressiver Art. Es finde keine Verbindung zwischen der Art der Erkrankung und dem Unterrichtsthema statt.

Der Nachteil derartiger Studien ist, dass wir nur wenig über die alltägliche Praxis erfahren. Zudem geraten evtl. wichtige Charakteristika des Unterrichts und der Wahrnehmung der Lehrpersonen aus dem Blick, da die Antwortkategorien vorgegeben wurden und sich das Relevanzsystem der Befragten dadurch nicht entfalten konnte. Auch die stärker qualitativen Studien bieten zwar erste Hinweise auf Charakteristika des Unterrichts und Herausforderungen, bspw. die Balancierung von Nähe und Distanz oder die Abgrenzung zur Therapie (vgl. Harter-Meyer 2000a) sowie emotionale Belastungen (vgl. Teschner 2012). Die Untersuchungen bleiben dabei jedoch auf der Ebene expliziten Wissens, so dass nicht erfasst werden kann, wie die Kliniklehrpersonen mit den identifizierten Herausforderungen umgehen.

Auch bleibt ein systematischer Vergleich der Interviews aus, wodurch die Fallergebnisse mehr oder weniger nebeneinanderstehen und keine Typen identifiziert werden können.

An diese methodischen Grenzen knüpft die vorliegende Studie an: Indem zusätzlich zu den expliziten Wissensstrukturen das implizite Wissen herausgearbeitet wird, können nicht nur die Herausforderungen der Praxis, sondern darüberhinausgehend auch der Umgang mit ihnen, erfasst werden. Durch den systematischen Vergleich der Interviews vollzieht sich zum einen eine Distanzierung von der Standortgebundenheit der Forscherin; zum anderen erlaubt das Verfahren, Typen von Lehrpersonen zu identifizieren, die für das Feld der Klinikschulen charakteristisch sind.

3 Professionstheorien

Als Professionen im Sinne einer besonderen oder abgrenzbaren Form beruflichen Handelns galten in den klassisch zu nennenden soziologischen Professionstheorien – referiert wird hier auf Namen wie Parsons, Marshall oder Hughes (vgl. Oevermann 1996, 70) – die traditionellen Berufe des Arztes, des Juristen und des Geistlichen (vgl. Terhart 2011, 203). (Normative) Kriterien bilden hier insbesondere die wissenschaftliche Ausbildung, die gesellschaftliche Anerkennung bzw. der soziale Status und die Autonomie in der Ausübung des Berufes (vgl. Tenorth 2006, 582). Dieses klassische Professionsverständnis wurde vielfach kritisiert und gilt im wissenschaftlichen Diskurs als veraltet (vgl. Combe & Kolbe 2008, 857). Die Berufsstrukturen von ‚klassischen‘ Professionen hätten sich geändert, so dass ihre Vertreter:innen längst nicht mehr so unabhängig arbeiten, wie dies noch vor einigen Jahrzehnten der Fall war – siehe die Situation des Ärztstandes unter dem Druck der Bürokratisierung. Die Grenzen eines allein normativen Verständnisses von Profession anerkennend, „stehen zunehmend die Binnenstrukturen und die typischen Handlungsprobleme [des Berufs der Lehrperson]“ (Combe & Kolbe 2008, 857) bzw. die Logik oder „Strukturvariante beruflichen Handelns“ (Helsper, Krüger & Rabe-Kleberg 2000, 6) anstelle von vorab normativ festgelegten Merkmalskatalogen im Zentrum der Forschung zu (pädagogischer) Professionalität.

Schwerpunktmäßig wird es im Folgenden zum einen um den interaktionistischen (Schütze 1992; Schütze 1996; Schütze 2000), zum anderen den strukturtheoretischen Ansatz (Oevermann 1996; Helsper 1996; Helsper 2002) zum Beruf der Lehrperson gehen (3.1). Auf dieser Basis wird schließlich eine praxeologische Perspektive auf Professionalität resp. Professionalisierung entwickelt, an welche die vorliegende Studie anknüpft (3.2).

3.1 Pädagogische Professionalität – interaktionistischer und strukturtheoretischer Ansatz

Der interaktionistische Ansatz fokussiert auf die empirische Rekonstruktion von Handlungsabläufen und -paradoxien. Ein Beispiel für ein solches Paradoxon bildet im Falle der Sozialarbeit das Prinzip der Hilfe zur Selbsthilfe, also die wiederholte Unterstützung (mittels exemplarischen Vorführens) und Ermutigung zur Selbständigkeit zum Erreichen derselben, welche zugleich Abhängigkeit erzeuge (vgl. Schütze 1992, 144). Ein weiteres, innerhalb des interaktionstheoretischen Ansatzes fokussiertes Paradoxon bildet die Subsumierung eines Falles unter eine Kategorie bei gleichzeitiger Notwendigkeit der Betrachtung des je individuellen Falles (vgl. Schütze 2000). Hier könne es nach Schütze zu Vereinfachungstendenzen kommen, wobei die Spezifik des Einzelfalles verloren gehe oder sogar Stigmatisierungsprozesse in Gang kommen könnten (vgl. Schütze 2000, 89). Durch das Zurückgreifen auf Theorien fremder Gegenstandsbereiche entstehe in der Arbeit von Sozialarbeiter:innen zudem eine höhere Diskrepanz zur Handlungspraxis, wodurch die Fehlertendenzen in der Praxis stiegen (vgl. Schütze 1992, 146ff.). Die Konsequenz eines Umgangs mit dieser Diskrepanz könnte sein, den Einzelfall unterkomplex zu betrachten und zu etikettieren (vgl. ebd.). In meiner Studie gehe ich von der These aus, dass die von Schütze normativ so genannten Gefahren für professionelles Handeln auch für Kliniklehrpersonen gelten. So greifen Kliniklehrpersonen vermutlich auf Wissen zurück, das für sie fachfremd ist, wie z. B. medizinisches oder therapeutisches Wissen. Die Frage ist, wie sich diese Bezugnahme auf ‚fremde‘ Theorien auf den pädagogischen Blick (auf ‚die‘ Schülerin oder ‚den‘ Schüler) auswirkt. Führt sie, wie von Schütze befürchtet, zur Vereinfachung oder Entkontextualisierung und Etikettierung des Einzelfalls?

Beim strukturtheoretischen Ansatz steht die Strukturlogik professionellen Handelns im Zentrum des Blickes. Zentrale Punkte von Oevermanns Ansatz (1996, 2002) bilden die stellvertretende Deutung bzw. Krisenbewältigung sowie die Strukturelemente der Gleichzeitigkeit von „diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen“ (Spannung zwischen ganzer Person und Rolle) sowie von Autonomie und Abhängigkeit im Klientenkontakt. Eine weitere Spannung besteht zwischen Theorie und Praxis. Pädagogisches Handeln ordnet Oevermann einer prophylaktischen therapeutischen Funktion zu, da die Lehrperson das Kind oder den Jugendlichen auch als ganze Person adressiere und dadurch die Persönlichkeitsentwicklung bzw. die Gesundheit des Kindes beeinflusse: Es komme der pädagogischen Praxis

„also objektiv eine neben die Funktion der Wissens- und Normenvermittlung tretende therapeutische Funktion zu, die zwar nicht sich auf die Intervention zur Wiederherstellung einer manifesten Beschädigung richtet, die aber dennoch potenziell krank machend oder – der Chance nach – potenziell pathogene Wirkungen der familialen Sozialisation aufhebend wirken kann“ (Oevermann 2002, 38).

Zwar stimme ich Oevermann darin zu, dass pädagogische Praxis in Bezug auf die psychische Gesundheit der Schüler:innen gesundheitsgefährdend oder schützend wirken kann (bspw. in Bezug auf den Selbstwert). Jedoch erscheint mir der Terminus der („latenten“) „therapeutischen Funktion“ (ebd., 39) ungünstig gewählt, da eben diese verwendete Begrifflichkeit bzw. die unklare sprachliche Abgrenzung zum medizinisch-therapeutischen Bereich dazu führt, dass die Grenzen zwischen einem manifest auf die Pathologie bezogenen therapeutischen Handeln und einem pädagogischen Handeln, das die psychische Gesundheit (eher implizit) fördert oder gefährdet, verschwimmen. Eine Möglichkeit wäre, die „therapeutische Funktion im Modus der Prophylaxe“ (ebd.) als psychosoziale Funktion pädagogischer Praxis zu bezeichnen.

Ein weiterer bedeutsamer Aspekt aus Oevermanns Ansatz für die vorliegende Studie ist die bereits oben erwähnte Spannung zwischen ganzer Person und Rolle: So dürfe die Lehrperson die Schülerin oder den Schüler weder ausschließlich als ganze Person noch nur in ihrer bzw. seiner Rolle adressieren, denn ersteres führe zum ‚Bemuttern‘ bzw. zur Distanzlosigkeit und letzteres stelle eine Überforderung dar (vgl. Oevermann 1996, 155). Anschließend an Oevermanns Überlegungen kann auf eine weitere Gefahr der Adressierung der ganzen Person in der pädagogischen Praxis hingewiesen werden: Im Rahmen der Adressierung der ganzen Person kann es zu einem Übergreifen von Attributen der Person in ihrer Rolle (als Schüler:in) auf ihre ganze Person kommen – die:der leistungsschwache Schüler:in wird dann in jeglicher Hinsicht generalisierend als inkompetent betrachtet und abgewertet (vgl. Bohnsack 2020).

Noch deutlicher als Oevermann fokussiert Helsper (1996; 2002) auf Spannungen im pädagogischen Handeln und identifiziert eine ganze Reihe zentraler *Antinomien*, u. a. Distanz vs. Nähe, Subsumtion vs. Rekonstruktion, Autonomie vs. Heteronomie, Subsumtion vs. Fallrekonstruktion, um nur einige zu nennen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Schütze, Oevermann und Helsper in ähnlicher Weise auf Spannungen im pädagogischen Handeln fokussieren.

3.2 Eine praxeologische Perspektive auf (pädagogische) Professionalität

Die hier vorgestellte Studie knüpft im Sinne der Praxeologischen Wissenssoziologie an ein Verständnis von Professionalität an, welches dieses aus der beruflichen resp. sozialen Handlungsstruktur der Praxis selbst herleiten möchte, genauer gesagt: aus Rekonstruktionen des impliziten Wissens der Professionellen. Dabei sollen v. a. Spannungen zwischen verschiedenen Handlungsanforderungen bzw. zwischen Orientierungsschemata und -rahmen bzw. zwischen Normen und Habitus ins Zentrum rücken.

Als zentrale Bedingung für Professionalität nennt Bohnsack (2020) die Entstehung einer „konstituierenden Rahmung“, d. h. vereinfacht ausgedrückt, die Herstellung einer routinierten/verlässlichen Praxis, bei welcher sowohl organisationale

Erwartungen als auch der Habitus der Schüler:innen berücksichtigt werden (vgl. hierzu den einleitenden Beitrag von Bohnsack und den Überblicksbeitrag von Bonnet & Hericks in diesem Band). Die vorliegende Studie knüpft an diesen Entwurf einer praxeologischen Perspektive auf Professionalität an. Neue Perspektiven ergeben sich dadurch nicht nur in Bezug auf pädagogische Professionalität, sondern auch durch den hier gewählten, in den Erziehungswissenschaften eher ‚exotischen‘ Gegenstandsbereich; denn bisher existieren keine Studien mit professionstheoretischem Bezug, die auf Kliniklehrpersonen fokussieren.

4 Methodologie und Methoden

Die Studie ist dem rekonstruktiv-praxeologischen Forschungsprozess verpflichtet, da zwei Ebenen sozialen Sinns, jene des kommunikativ geteilten Wissens und jene des in konjunktiven Erfahrungsräumen zu verortenden impliziten Handlungswissens, erfasst werden sollen. Es wird nun zunächst in die methodologischen Grundlagen der Studie eingeführt (4.1). Es folgt eine Darstellung der Erhebungs- und der Auswertungsmethode (4.2) sowie eine Beschreibung des Samplings (4.3).

4.1 Methodologische Grundlagen

Da der Analyseblick von den Begriffen berufliches Selbstverständnis auf der einen Seite und beruflichem Habitus auf der anderen Seite geleitet wird, werden diese Begriffe im Rahmen der Dokumentarischen Methode, d. h. mit Bezug auf die Grundbegriffe Orientierungsmuster, Orientierungsschema und Orientierungsrahmen skizziert (vgl. Bohnsack 2011b): Die beruflichen Habitus werden empirisch im Sinne impliziter handlungsleitender Orientierungen in erzählenden bzw. beschreibenden Textpassagen erfasst. Im Sinne von Orientierungsrahmen (im weiteren Sinne) werden die beruflichen Habitus zusätzlich in ein (Spannungs-) Verhältnis zum beruflichen Selbstverständnis der Kliniklehrpersonen gesetzt. Für eine Fundierung des Begriffes berufliches Selbstverständnis resp. Identität wird auf die Begrifflichkeiten von Goffman (1963/2012) zurückgegriffen, bei dem hinsichtlich des Konzeptes der Identität Fremdzuschreibungen bzw. -identifikationen und die Auseinandersetzung mit denselben im Zentrum stehen. Im Rahmen theoretisch-reflexiver Passagen im Interview kommt es zu einer Beschäftigung mit Fremdidentifizierungen („virtuale soziale Identität“) oder auch „Identitätsnormen“ und auch zu Selbstidentifikationen im Sinne einer Auseinandersetzung mit diesen Fremdidentifikationen (vgl. Bohnsack 2013, 11), welche im Sinne von Orientierungsschemata erfassbar sind. Den Orientierungsschemata als kleinere Einheit sind neben den genannten „Identitätsnormen“ auch die in den „*Common-Sense-Theorien explizierten* Motivkonstruktionen“ zuzuordnen (Bohnsack 2017, 54) – auch diese wurden bei der Analyse miteinbezogen. Mit der metatheoretischen Differenzierung von beruflichem Selbstverständnis (Orientierungsschema)

und Habitus (Orientierungsrahmen) kann herausgearbeitet werden, ob und inwiefern die normativen Vorstellungen der Kliniklehrpersonen davon, wer sie als Lehrpersonen sind und wie sie als solche handeln müssen bzw. möchten, in einem Spannungsverhältnis zu ihrer beruflichen Handlungspraxis stehen.

4.2 Erhebungs- und Auswertungsmethode

Das offene leitfadengestützte Interview wurde als Interviewform gewählt, da es Offenheit mit Struktur verbindet.³ Den Kliniklehrpersonen wurde im Rahmen des Interviews ermöglicht, zunächst innerhalb ihres Relevanzsystems zu antworten, anschließend konnten aber auch (wenn nötig) für die Forscherin wichtige Themen erfragt werden. Die Interviews waren so aufgebaut, dass sie sich vom Allgemeinen zum Spezifischen bewegten (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014, 127ff.). Die Kliniklehrpersonen wurden am Anfang in einer offenen Fragestellung gebeten, von Erfahrungen aus ihrer Arbeit, die ihnen wichtig sind, zu erzählen – am Anfang des Interviews stand also eine narrationsgenerierende Frage. Im weiteren Verlauf des Interviews wurden dann von den Kliniklehrpersonen selbst genannte Aspekte aufgegriffen und nach (spezifischeren) Detaillierungen gefragt, um möglichst dichte Erzählungen und Beschreibungen zu erhalten. Anschließend wurden, sofern sie nicht schon vorher angesprochen wurden, die folgenden Themen initiiert: Herausforderungen der Arbeit, der Unterricht mit psychisch erkrankten Schüler:innen, das Bild von den Schüler:innen, Zusammenarbeit mit der Klinik, Reintegration und Inklusion, pädagogisches Selbstverständnis. Neben der Gliederung des Interviews nach Art eines Trichters vom Allgemeinen zum Spezifischen innerhalb von Themenkomplexen wurde das Interview darüber hinaus in Anlehnung an das narrative (biografische) Interview nach Kallmeyer & Schütze (1977) in einen narrativen und einen theoretischen Teil gegliedert. Nach dem Interview wurde den Lehrpersonen ein Fragebogen zum Ausfüllen gegeben, in welchem Aspekte wie Alter, Studium und Unterrichtsfächer erfragt wurden.⁴ Diese Fragebögen dienten nicht einer späteren statistischen Auswertung, sondern lieferten Hintergrundwissen zu den Interviewten, auf dessen Grundlage im Rahmen der Typenbildung soziogenetische Vermutungen formuliert werden konnten. Die Dokumentarische Methode (vgl. Bohnsack 2011a) wurde vor allem deshalb als Auswertungsmethode gewählt, weil sie nicht nur einen Zugang zum theore-

3 Im Rahmen der Dissertation (Bakels 2020) wurden zusätzlich Teilnehmende Beobachtungen durchgeführt, um Kontextwissen zu den Klinikschulen zu generieren und um Interviewpartner zu gewinnen. Da dieses Material nicht dokumentarisch ausgewertet, sondern vor allem als Kontextwissen genutzt wurde und eine Darstellung den Rahmen des Beitrags sprengen würde, wird an dieser Stelle auf eine Wiedergabe der Beobachtungen verzichtet.

4 An Klinikschulen arbeiten Lehrpersonen mit einem absolvierten Studium zum Unterrichten an der Grundschule, an der Sekundarschule – mit diversen Fächerkombinationen – sowie studierte Sonderpädagog:innen. Es existiert kein spezifischer Studien- oder Ausbildungsgang für Kliniklehrpersonen.

tischen und reflexiv zugänglichen Wissen der Interviewten, sondern auch zu ihrem handlungsleitenden Wissen erlaubt, welches wiederum Rückschlüsse auf die Handlungspraxis ermöglicht. Im Unterschied zu anderen Auswertungsverfahren und Ansätzen, wie bspw. der Objektiven Hermeneutik oder der Grounded Theory, erlaubt die Dokumentarische Methode es somit, die beiden Ebenen der hier zentralen Fragestellungen in Bezug zueinander zu setzen: In dem in Erzählungen und Beschreibungen vermittelten atheoretischen oder handlungsleitenden Wissen dokumentieren sich Herausforderungen der alltäglichen Arbeit und der Umgang mit ihnen, wobei insbesondere handlungsleitende Orientierungen im Umgang mit den Schüler:innen im Zentrum des Blickes stehen. Dagegen dokumentiert sich das berufliche Selbstverständnis der Kliniklehrpersonen vor allem in den theoretisch-argumentierenden Passagen und dem darin vermittelten theoretischen Wissen.⁵

4.3 Sampling

Es wurden vier Schulen in das Sampling aufgenommen, drei davon Klinikschulen (*Santa-Klinikschule*, *Tayrona-Klinikschule*, *Andes-Klinikschule*) und eine Nachsorgeschule (*Amazonas-Klinikschule*), die ehemals eine Klinikschule war. Insgesamt wurden 24 Interviews mit Kliniklehrpersonen durchgeführt: mit Frauen und Männern im Alter zwischen 30 und 60 Jahren, die über unterschiedliche Ausbildungshintergründe verfügen (Sonderpädagogik, Sekundarstufe und Grundschule, diverse Fächerkombinationen). Es wurde also auf eine große Varianz unter den Fällen geachtet. Für die Interpretation wurden die Fälle zunächst nach dem Prinzip des minimalen Kontrastes ausgewählt, um herausgearbeitete Orientierungen auch in anderen Fällen finden zu können und auf diesem Wege zu ersten Hinweisen auf einen Typus zu gelangen. Im Anschluss wurden auch (vermutete) maximale Kontraste hinzugezogen, um verschiedene Typen herauszuarbeiten und bereits herausgearbeitete Typen klarer zu konturieren und zu validieren. Weitere Auswahlkriterien bildeten Ausbildungshintergründe und Unterrichtsfächer der Kliniklehrpersonen sowie der Anteil erzählend-beschreibender Passagen im Interview. Insgesamt wurden zwölf Interviews ausgewertet, wobei alle Daten, wie bspw. Namen, anonymisiert wurden.

5 Eine Typologie zum beruflichen Habitus von Kliniklehrpersonen

Im Zuge der Analyse der Interviews zeigte sich als zentrales Orientierungsproblem aller Kliniklehrpersonen – als „Basistypik“ im Sinne der Dokumentarischen Methode – die Bearbeitung der Spannung zwischen der pädagogisch-fachlichen und

⁵ Zum Vorgehen bei der Interpretation von Interviews mit der Dokumentarischen Methode siehe bspw.: Bohnsack (2003); Nohl (2009); Przyborski & Wohlrab-Sahr (2014).

der pädagogisch-therapeutischen Funktion des beruflichen Handelns von Kliniklehrpersonen. Die pädagogisch fachliche Funktion fokussiert auf die Vermittlung fachlicher Inhalte, die pädagogisch-therapeutische Funktion auf die psychische Erkrankung und deren Behandlung. Es konnten drei Formen bzw. Typen des Umgangs mit dieser Spannung herausgearbeitet werden: (1) primäre pädagogisch-fachliche Rahmung, (2) primäre pädagogisch-therapeutische Rahmung und (3) primäre Rahmung kompensatorischer Fürsorglichkeit. Die drei Typen werden im Folgenden anhand von zentralen Textstellen jeweils eines Falls vorgestellt, der den jeweiligen Typus repräsentiert.⁶

5.1 Primäre pädagogisch-fachliche Rahmung

Herr *Jaspis*, welcher zum Zeitpunkt der Erhebung Anfang Dreißig ist, hat gerade das Referendariat beendet. Studiert hat er Sonderpädagogik. Er unterrichtet Hauptfächer in der Sekundarstufe.

Wie auch andere Fälle dieses Typs geht Herr *Jaspis* in seinen Reflexionen über sein berufliches Handeln auf Leistungsnormen der Schule ein:

ansonsten empfinde ich es als positiv äh in der Erfahrung hier zu arbeiten in dieser kurzen Zeit die ich jetzt habe dass ich äh nicht nach nem Rahmenlehrplan unterrichten muss also ich bin durchaus daran orientiert aber aufgrund dieser ganzen Tatsachen die vorliegen mit diesen ganzen Krankheiten dass ich daran orientiert arbeite aber dass es jetzt nich meine feste Grundlage is und ich muss dieses Ziel erreichen und so dass ich einfach so Druck rausnehmen kann das is schon sozusagen dieser zweite positive Aspekt.

(Herr *Jaspis*, Auszug aus der „Eingangspassage“).

Herr *Jaspis* reflektiert hier auf kommunikativ-generalisierter Ebene seinen Umgang mit dem Rahmenlehrplan: Er setzt sich mit der Vereinbarkeit des Leistungsanspruchs von Schule mit den Einschränkungen durch die Erkrankungen der Schüler:innen auseinander. Herr *Jaspis* bewertet es als positiv, dass er nicht nach dem „Rahmenlehrplan unterrichten muss“. Er sieht sich also normativ, durch die Vorgaben der Organisation, vom Anspruch des Erbringens einer bestimmten Leistungsnorm befreit. Dennoch sei er am Lehrplan „orientiert“ – für sein berufliches Selbstverständnis bleibt die Norm der Wissensvermittlung wichtig. Doch erneut schränkt er ein, wegen der „ganzen Krankheiten“ – hier dokumentiert sich in der Vagheit eine Distanz zu den Erkrankungen – bilde der Rahmenlehrplan keine „feste Grundlage“, denn er müsse die darin festgelegten Ziele nicht erreichen und könne den „Druck rausnehmen“. Es deutet sich hier bereits am Anfang

⁶ Die folgenden drei Fälle sind ausschließlich männlichen Geschlechts, obwohl das Sampling mehrheitlich aus Frauen bestand. Die drei folgenden männlichen Fälle stellten sich am geeignetsten für die (knappe) exemplarische Darstellung der Typen heraus. Die dadurch entstehende einseitige Vertretung der Geschlechter erscheint mir unproblematisch, da sich in der Analyse keine geschlechtstypischen habituellen Unterschiede in Bezug auf die Forschungsfragen dokumentierten.

die Spannung zwischen pädagogisch-fachlicher und pädagogisch-therapeutischer Funktion an.

In der folgenden Sequenz zeigt sich dann auch auf handlungspraktischer Ebene Herrn *Jaspis*' starke Orientierung an den organisationalen Normen der Schule bzw. den „Vorgaben“:

Ein Schüler (.) äh der hat Drogen genommen gehabt der war dreizehn Jahre alt ähm (.) ich weiß nich was in dem sein Leben vorgefallen oder nich vorgefallen is ich hab einfach nur gedacht so hier ich bin stabil; ich hab meine Vorgaben und er macht mit und wenn der fünfundvierzig Minuten da sitzt und nichts machen will dann macht der das und ich werde immer wieder den Finger in die Wunde legen und sagen beginn deine Arbeit du kannst das du schaffst das und das hab ich einfach durchgezogen und das hat sich am Ende für mich als sehr positiv äh herausgestellt weil er am Ende auch meinte ja Sie sind schon n=echt guter Lehrer; (.) und das sind so die Sachen wo ich immer denke bei allen Sachen wo man manchmal nich weiß macht man=s richtig macht man=s falsch dass man sich einfach selber treu bleibt und das hab ich in dem Fall auch gemacht und das zieh ich sowieso immer durch aber da war=s mir so ganz bewusst.

(Herr *Jaspis*, Auszug aus der Passage „Eingangspassage“).

In dieser Sequenz zeigt sich, dass sich Herr *Jaspis* in der Praxis mit dem Balanceakt zwischen pädagogisch-therapeutischer Funktion und pädagogisch-fachlicher Funktion konfrontiert sieht. In der Erzählung geht es um einen Jungen, welcher Drogen genommen habe. Der Junge wird als Schüler adressiert bzw. identifiziert. Entsprechend ist es für Herrn *Jaspis* sekundär, „was in dem sein Leben vorgefallen oder nich vorgefallen is“ – dies „weiß“ er nicht. Diese Marginalisierung der psychosozialen Situation des Schülers steht in einem maximalen Kontrast zu *Typ 2* und *3* und ist wiederum charakteristisch für *Typ 1*, bei welchem tendenziell eine Ausklammerung der psychischen Erkrankungen im Unterricht stattfindet. Interessant ist die sequenziell daran anschließende Formulierung „ich bin stabil“ – evtl. im Gegensatz zu den durch Krankheit destabilisierten Schüler:innen, was eine Distanzierung darstellen würde. Im Anschluss wird deutlich, was Herr *Jaspis* implizit darunter versteht, „stabil“ zu sein: Er habe seine „Vorgaben“ „und wenn der fünfundvierzig Minuten da sitzt und nichts machen will dann macht der das und ich werde immer wieder den Finger in die Wunde legen und sagen beginn deine Arbeit du kannst das du schaffst das“. Mit anderen Worten: „stabil“ sein bedeutet implizit im pädagogischen Rahmen zu bleiben und seine pädagogische Funktion, Wissen zu vermitteln, auch vor dem Hintergrund von Erkrankungen bzw. Verweigerung beizubehalten. Dabei geht Herr *Jaspis* insofern auf die Befindlichkeit des Schülers ein, dass dieser nicht gezwungen wird, aktiv teilzunehmen, bzw. dass ein verweigerndes Verhalten nicht sanktioniert wird. Auffallend ist auch Herrn *Jaspis*' Betrachtung des Schülers als kompetent („du schaffst das“). Herr *Jaspis* ist bereit, seine Schüler:innen stark zu fordern („Finger in die Wunde“) und nimmt dabei wenig Rücksicht auf deren Befinden („zieh ich sowieso immer durch“),

worin sich die Ausklammerung der Erkrankungen aus der pädagogischen Praxis dokumentiert.

Genauso wie Herr *Jaspis* versucht, „stabil“ zu sein, versucht er, sich auch „treu“ zu bleiben (Orientierungstheorie). Dahinter verbirgt sich das gleiche Prinzip – sich als Lehrer „treu“ zu bleiben heißt implizit, die Erkrankungen der Schüler:innen auszuklammern und auf Arbeitsprozesse im Unterricht zu fokussieren.

Charakteristisch für *Typ 1* sind sogenannte partikulare Entlastungs-Pathologisierungen, d. h. in Momenten, in welchen die pädagogisch-fachliche Vermittlung an Grenzen stößt, werden die Schüler:innen situativ oder episodisch pathologisiert:

Ich hatte am Anfang einen ich hab in meinem Leben noch nie damit zu tun gehabt es war die Frage is es ADHS is es ADS is es Autismus is es was alles zusammen sind es Erziehungsaspekte die reinfallen oder andre Sachen und ich konnte damit nich umgehen, (.) sofort war der da ich war am ersten Tag und äh das fiel mir sehr schwer negativ is dass ich damit so nich wirklich umgehen kann und keine Kompetenz habe positiv auf der andren Seite dass ich daraus lernen kann.

(Herr *Jaspis*, Auszug aus der Passage „Eingangspassage“).

In diesem Abschnitt wird Herrn *Jaspis*' anfängliche Orientierungslosigkeit im Kontakt mit einem Schüler deutlich („fiel mir schwer“; „nich wirklich umgehen“). Auffallend ist, dass Herr *Jaspis* diesen Schüler mit seinen möglichen Diagnosen einführt, was im Moment der Orientierungslosigkeit als eine Entlastungs-Pathologisierung betrachtet werden kann. Die Zuschreibung der Pathologie hilft Herrn *Jaspis*, seine momentane pädagogische Handlungskrise resp. Orientierungslosigkeit zu erklären und fremdzuattributionieren, was zunächst entlastend sein kann.

In einer folgenden Erzählung zu diesem Jungen dokumentiert sich erneut, dass Herr *Jaspis* sich in der Praxis mit dem Balanceakt zwischen pädagogisch-fachlichem und pädagogisch-therapeutischem Auftrag konfrontiert sieht. Darin, dass die Praxis für Herrn *Jaspis* problematisch wird, wenn die Jugendlichen ihre Arbeit verweigern, zeigt sich hinsichtlich seines beruflichen Habitus eine primäre pädagogisch-fachliche Rahmung – dabei meint pädagogisch bei Herrn *Jaspis* eine Fokussierung auf (Wissens-)Vermittlung. In diesem Falle klammert der Pädagoge die Erkrankung aus und verweist klar auf den Unterrichtsraum als Arbeitsraum:

Und das war da ein Schüler gerade da der mir nämlich auch sehr im Gedächtnis geblieben is der war autistisch (...) ich hab so verschiedene Sachen vorbereitet das hat auch meistens gut hingehauen bei ihm, (.) wenn er ne Krise hatte hat er sich immer unterm Tisch versteckt und hat sozusagen seine Schuhe zugebunden auch da war ich strikt und hart und hab gesagt so setzt dich gerade hin warum das muss ich nich machen setz dich einfach gerade hin es is gut für deinen Rücken er wird=s dir danken. (...) und dann hat er eben auch einmal ein Arztgespräch gehabt mit seiner Mutter zusammen (.) kam rüber zu mir und heulte heulte heulte ich wusste nich was los war (...) ähm und hab gesagt so wir beide gehen raus und klären das draußen hab mit ihm das draußen geklärt hab

gesagt oke pass auf was is los und er musste sich untersuchen lassen und so weiter eine ganz lange Geschichte hab ihm zwei drei zwei Handlungsmöglichkeiten vorgeschlagen was er machen könnte (.) ja aber und was nein das und das sind die Handlungsmöglichkeiten die du in der Situation anwenden kannst; so. mehr gibt=s nich; //mhm// Punkt Nummer Zwei was willst du machen entweder du kommst jetzt rein in den Unterricht arbeitest weiter oder du gehst auf Station; aber und das nein entweder in den Unterricht oder rüber auf Station; eine andere Wahl hast du jetzt nich; er kam mit hier rein hat weiter gearbeitet.

(Herr *Jaspis*, Auszug aus der Passage „Schüler der ‚autistisch‘ war).

Wie schon in anderen Passagen wird die Geschichte von einer evaluativen Stellungnahme hinsichtlich des Gelingens der Wissensvermittlung begleitet: „ich hab so verschiedene Sachen vorbereitet das hat auch meistens gut hingehauen bei ihm“. Auch darin dokumentiert sich Herr *Jaspis* Orientierung an pädagogisch-fachlicher Vermittlung und am ‚Funktionieren‘. Die ‚Krise‘ des Jungen wird nicht etwa toleriert und es wird auch nicht auf sie eingegangen, sondern der Junge soll sich an die für einen Schüler geltenden Normen im Unterricht halten und „gerade“ am Tisch sitzen. Die Erkrankung wird also handlungspraktisch ausgeklammert. Zudem wird auch in dieser Passage ein Schüler, mit welchem sich der Unterricht krisenhaft gestaltet, zusammen mit seiner Diagnose eingeführt, so dass auch hier von einer Entlastungs-Pathologisierung gesprochen werden kann.

Was kennzeichnet diese Erzählung zu einer Unterrichtssituation? Es war in den Augen des Lehrers nicht möglich, den Unterricht durchzuführen, da der Junge sich verweigert habe. Es wird also für Herrn *Jaspis* problematisch bzw. es wird zur Herausforderung, wenn er aufgrund einer Problematik keinen Unterricht (in seinen Augen primär Wissensvermittlung) durchführen kann. Wie ist Herr *Jaspis* nun mit dieser Herausforderung umgegangen? Mit dem Jungen sei er nach draußen gegangen und er habe sich angehört, was der Junge gerade für ein Problem hat. Diese Problematik erscheint in der Geschichte, wie sie von Herrn *Jaspis* erzählt wird, jedoch sekundär. Sie wird einfach als „ganz lange Geschichte“ abgehandelt, bevor Herr *Jaspis* rasch dazu übergeht zu erzählen, wie er den Jungen wieder dazu bekommen habe, zu arbeiten. Nicht die Problematik bzw. die psychische Verfassung des Jungen ist für Herrn *Jaspis* bedeutsam, sondern das Verbleiben im pädagogisch-fachlichen Rahmen auch in der erzählten Krise.

5.2 Primäre pädagogisch-therapeutische Rahmung

Herr *Turmalin* ist zum Zeitpunkt der Erhebung rund fünfzig Jahre alt. Er hat ein Studium zum Sekundarschullehrer für die Fächer Mathematik und Physik absolviert und unterrichtet entsprechend die Oberstufenschüler:innen an der Klinikschule.

Herr *Turmalin* orientiert sich auf theoretisierender Ebene uneingeschränkt an einer Rücksichtnahme auf die Erkrankungen:

diese Rücksichtnahme besteht bei mir eigentlich mehr darin dass ich akzeptiere dass sie krank sind und nich die Bedingungen so erfüllen können wie man sie in ner normalen Schule erwartet. ich war früher (.) also in den ((Husten)) in den ersten Dienstjahren äh sehr korrekt sehr sehr streng und das musste gemacht werden und wenn das nich gemacht wurde bin bin ich eben (.) entsprechend von der Sicht des Schülers aus äh (.) ja wie formulier ich das ordentlich äh @(.).@ äh sehr vorlaut geworden also hab ich Druck gemacht. dass sie die Aufgaben erfüllen. wenn die Schüler jetzt hier nich weiterkommen dann weiß ich genau Druck bringt gar nichts im Gegenteil dann kann es zu ner Eskalation kommen und das is genau das was ich auf keinen Fall hier will. //mhm// also müssen dann (.) akzeptier ich dass sie nich weiter können und lass sie einfach mit ihrer momentanen Situation n=Moment schwimmen und probiere dann nochmal ranzukommen. //mhm// ja was soll man sonst machen Rücksicht auf Krankheit nehmen die Kinder haben ein Problem sie sind krank sie sind nich normal belastbar (.) In dieser Arbeit das is das Schöne was ich im Moment habe ich muss keinen Lehrplan erfüllen es is nich so dass die am Ende das und das können müssen.

(Herr *Turmalin*, Auszug aus der Passage „Rücksicht darauf dass die Kinder ‚krank‘ sind“).

Da die Kinder „krank“ seien, könnten sie keine ‚normalen‘ Arbeitsanforderungen erfüllen. Die Erkrankungen gehen also für ihn mit einer eingeschränkten schulischen Leistungsfähigkeit einher. Dass die eigene Praxis vom Regelschulbetrieb abgegrenzt werden muss, dessen Normen also nicht mehr für das eigene pädagogische Handeln gelten, wird auf die Kinder – unabhängig von deren individuellen Fähigkeiten – fremdattribuiert. Die Erkrankungen der Kinder machen einen ‚normalen‘ Unterricht unmöglich, sodass als Orientierungstheorie eine Rücksichtnahme auf die Erkrankungen ins Zentrum rückt.

Aufgrund der kurzen Beschreibung seines Beginns an der Klinikschule kann vermutet werden, dass Herr *Turmalin* sich der Spannung zwischen pädagogisch-fachlicher und pädagogisch-therapeutischer Funktion ausgesetzt sah und zur Bewältigung dieser Krise auf die Erkrankungen der Schüler:innen fokussiert und eine primäre pädagogisch-therapeutische Orientierung entwickelt hat.

Herr *Turmalin* lasse die Schüler:innen zunächst in Ruhe und „probiere dann nochmal ranzukommen“. Auffallend ist die daran anschließende Frage: „ja was soll man sonst machen?“. Herr *Turmalin* macht damit deutlich, dass in seinen Augen keine alternative Handlungsoption möglich ist bzw. dass er keine sieht. Im Anschluss folgt erneut die Fremdidentifikation, dass die Kinder „krank“ (generalisierende Pathologisierung) und daher nicht „normal belastbar“ seien. In dieser sequenziellen Abfolge wird aufs Neue deutlich, dass diese Orientierungstheorie auch eine Antwort bzw. eine Bewältigungsformel für Herrn *Turmalin* im Umgang mit den Schüler:innen darstellt. Am Ende grenzt er sich nochmals von schulischen Normen, dem Lehrplan, ab.

Herr *Turmalins* Umgang mit der Spannung zwischen dem Anspruch der pädagogisch-fachlichen Vermittlung und den von ihm wahrgenommenen Einschränkungen durch die Erkrankungen der Jugendlichen besteht darin, fachliche Ansprüche partikular aufzugeben.

Herr *Turmalin* zeigt eine Orientierung an einem emotionalen Verhältnis zu den Schüler:innen und einer Involvierung in die psychische Erkrankung und Lebensproblematik (bis hin zum Versuch der Intervention) – die pädagogisch-fachliche Vermittlung tritt darüber in den Hintergrund:

der Fall den ich habe ist M. äh M. war Kind äh von Eltern einer die in einer Sekte warn sie is aus der Sekte raus hat sich mit Ämtern rumgeschlagen man hat ihr erst nich geglaubt und dann äh für verrückt erklärt und dann kam sie in Kliniken und dann die Selbstmorde (.) sollte eigentlich weit weit weg von X-Stadt so dass also keiner weiß wo sie sich befindet //mhm// und dann kam man auf den dummen Gedanken man hat sie wieder in die Heimatschule geschickt von den Eltern zwar weg die Eltern durften nich wissen wo se is aber man schickt se wieder in die Schule wo se vorher war, die Eltern ham se natürlich wiedergefunden das sind so ne Sachen die ärgern mich die störn mich kann ich hab ich keinen Einfluss drauf aber das kriegt man ja alles mit //mhm// ja das is (.) und äh wenn die Schüler dann auch noch äh (.) sympathisch sind und Vertrauen zu einem haben dann kann man nich nein sagen dann muss man zuhören. //mhm// und versuchen was man machen kann.

(Herr *Turmalin*, Auszug aus der Passage „hab ich keinen Einfluss drauf aber das kriegt man ja alles mit“).

Auffallend ist zunächst, dass Herr *Turmalin* von einem „Fall“ spricht und nicht von einer Schülerin – die Bezeichnung „Fall“ kann dem klinischen Bereich zugeordnet werden. Herr *Turmalin* erzählt von einer ehemaligen Schülerin, die entsprechend nur mit ihrer Fallgeschichte kontextualisiert wird. Wir erfahren nichts über ihre Rolle als Schülerin. Dies kann als typisch für Lehrpersonen mit einer pädagogisch-therapeutischen Handlungsorientierung festgehalten werden. Auch die Adressierung als „Kind“ oder mittels psychiatrischer Diagnose ist typisch, während eine Adressierung als Schüler:innen nicht bzw. selten erfolgt. Aufgrund der Fokussierung auf die Lebensgeschichte des Mädchens kommt es bei Herrn *Turmalin* zu Ohnmachtserfahrungen („hab ich keinen Einfluss drauf aber das kriegt man ja alles mit“). Im Rahmen einer impliziten Reflexion wird deutlich, dass Herr *Turmalin* um die Möglichkeit der Abgrenzung weiß, diese aber nicht leisten kann („dann kann man nich nein sagen dann muss man zuhören“). Das Wahrnehmen der Probleme der Kinder führt bei Herrn *Turmalin* dann auch zu einem Handlungsimpuls („und versuchen was man machen kann“). Der Handlungsimpuls im Sinne einer Unterstützung des Kindes bleibt allerdings diffus, was auf Herrn *Turmalins* mangelnde Handlungsmöglichkeiten zur Unterstützung im schulischen Kontext verweist.

Hier ist auch ein Vergleich mit Herrn *Jaspis* erhellend, der dem (autistischen) Schüler gegenüber immer wieder auf den Unterricht als Arbeitsraum verweist und die Pathologie bzw. die Probleme des Schülers zwar in Rechnung stellt, in seinem Handeln aber ausklammert.

Auch im weiteren Verlauf werden Herrn *Turmalins* Schüler:innen vor allem im Kontext ihrer Störungen relevant:

naja (.) oder na jetzt hier die T. die eher gegangen is //mhm// anorektisch da fehlen anderthalb Kilo noch und ich krieg die einfach nicht dazu dass die @irgendwann@ mal n=Stück Zucker oder sowas nimmt das is (.) die is sehr fleißig sehr umsichtig //mhm// ich krieg se schon dazu dass se schon lächelt hier dass se aufmerksam is dass se nicht nur arbeitet //mhm// das bewegt schon was //mhm// man hat ja mit ihnen zu tun man kann se ja nicht als als Maschine behandeln. //mhm// nö doch ich häng an meinen Schülern //mhm// und sind se noch so gemein.

(Herr *Turmalin*, Auszug aus der Passage „hab ich keinen Einfluss drauf aber das kriegt man ja alles mit“).

Dieser Interviewabschnitt ist besonders spannend, da Herr *Turmalin* ganz aktuell von seiner Handlungspraxis erzählt. Die Schülerin wird wiederum mit ihrer Erkrankung („anorektisch“) kontextualisiert. In seinem Handeln fokussiert Herr *Turmalin* auf eine therapeutische Funktion, d. h. das Mädchen zum Essen zu bringen und ihre Stimmung zu verbessern. Das fachliche Arbeiten und eine Orientierung daran erscheint sogar als negativer Horizont in Herrn *Turmalins* Beschreibung („dass se nicht nur arbeitet“; „man kann se ja nicht als als Maschine behandeln“). In den evaluativen Stellungnahmen wird deutlich, dass Herr *Turmalin* eine geringe Distanz zu seinen Schüler:innen aufweist. Implizit reflektiert Herr *Turmalin* hier die andere Möglichkeit einer emotionalen Distanzierung und schließt diese für sich aus.

5.3 Primäre Rahmung kompensatorischer Fürsorglichkeit

Herr *Karneol* hat Sonderpädagogik studiert und unterrichtet die Fächer Deutsch und Englisch in den Grundschulgruppen der Klinikschule.

Der Lehrer setzt sich zu Beginn des Interviews mit seinen ersten „Berührungängsten“ zu der Zeit auseinander, als er als Kliniklehrer zu arbeiten begonnen hat:

und ich hatte erstmal Berührungängste auch weil ich dachte ja die Arbeit muss ja super schwer sein das kann man gar nicht so leisten ohne Zusatzausbildung wobei ich auch gar nicht gewusst hätte was es da für ne Ausbildung gegeben hätte also //mhm// Sonderpädagoge bin ich ja jetzt aber nicht für ähm psychisch Kranke ja Emsoz auch nicht. (...) mh dass es nicht eskaliert oder so (.) aber ähm (2) da bin ich froh dass das sehr selten vorkommt dass jetzt n=Schüler (2) nicht reagiert nicht anspricht auf meine Art. //mhm// ihm helfen zu wollen ne?

(Herr *Karneol*, Auszug aus der Passage „Eingangspassage“).

Am Anfang sei Herr *Karneol* verunsichert gewesen, da er empfand, er habe trotz seiner Ausbildung als Sonderpädagoge kein ausreichendes theoretisches Wissen für die Arbeit mit psychisch erkrankten Kindern. In der Sequenzfolge wird dann deutlich, warum sich diese Sorge in Herrn *Karneols* Augen nicht bewahrheitet

hat: In der Praxis sieht er seine „Art“, den Schüler:innen helfen zu wollen, als für den Umgang mit den Schüler:innen in der Klinikschule relevanter an. Die theoretische Ausbildung hat für ihn also an Bedeutung verloren. Stattdessen fußt sein pädagogisches Selbstverständnis nun auf seiner „Art“, der von ihm entwickelten Praxis bzw. seinen ‚menschlichen Qualitäten‘, was für *Typ 3* als typisch gelten kann.

Das Zeigen seiner „Art“ beinhaltet dann auch – ebenfalls typisch für *Typ 3* – das unreflektierte Ausagieren von Gefühlen:

oder dass man sich auch mal entschuldigen kann wenn äh wenn man zu barsch reagiert hat ne? (.) und ich hab auch gemerkt dass die Kinder das (.) immer auch annehmen also wenn se auch merken man is selbst auch nur n=Mensch und man hat da vielleicht mal überreagiert oder so. //mhm// dass die das auf jeden Fall akzeptieren.

(Herr *Karneol*, Auszug aus der Passage „väterliche Autorität“).

Als Orientierungstheorie und somit hinsichtlich des beruflichen Selbstverständnisses zeigt sich hier, dass Herr *Karneol* daran orientiert ist, im Kontakt zu den Kindern zu zeigen, auch nur ‚ein Mensch‘ zu sein (hier im Sinne unreflektierter emotionaler Ausbrüche, für die er sich dann entschuldigt), was im Kontrast zu einer reflektiert-distanzierten Orientierung steht.

Herr *Karneol* weist eine Beziehungsorientierung, u. a. zum Zweck einer Vermeidung von Konflikten, auf. Zudem kennzeichnet Herrn *Karneols* Habitus eine ausbleibende Reflexion und Explikation der beruflichen Verfahrensweisen, bspw. der für die Schüler:innen gesetzten „Strukturen“ und der Gestaltung von „emotionale(n) Beziehung(en)“ zu den Schüler:innen. Sein pädagogisches Handeln bleibt dadurch diffus:

und dann hab ich aber auch sofort gemerkt dass ne emotionale Beziehung da war das fand ich dann sehr schön dass ich so dachte ich kann den Kindern (2) irgendwie was geben also so es is was Wichtiges. (...) ja das war dann eigentlich n=ganz großes Erfolgserlebnis ((räusper)) wo ich gemerkt hab ich kann das und das macht mir Spaß und die Kinder nehmen mich so an also die glauben mir dass ich sie mag oder so. also war irgendwie so ne emotionale Bindung da mh das fand ich sehr schön. (...) insgesamt gab=s jetzt vielleicht zwei bis drei Schüler (.) wo ich nich so=n Verhältnis aufbauen konnte (.) die die waren dann sozusagen neben mir und ich hatte das Gefühl ich erreiche die nich; das fand ich schwierig. mh dass es nich eskaliert oder so (...) und in den meisten Fällen und das find ich auch am schönsten habe ich dann so das Gefühl (.) bei L. zum Beispiel dass ich sie irgendwie erreiche (.) die hat dann Erfolg und dann lacht se mal ich find die lachen auch so selten die Kinder hier (.) wenn se=s dann tun dann das find ich den größten Erfolg oder wenn ich sie dann so erreiche irgendwie.

(Herr *Karneol*, Auszug aus der Passage „Eingangspassage“).

Die „emotionale Beziehung“ (und das wiederholte Sprechen von „Kindern“ anstelle der Verwendung des rollenförmigen Begriffes Schülerin bzw. Schüler) deuten auf eine geringe berufliche Distanz zu den Schüler:innen hin. Zudem ist diese

„emotionale Beziehung“ keiner Reflexion zugänglich – Herr *Karneol* kann nicht beschreiben, worin diese „emotionale Beziehung“ besteht.

Den Beginn seiner Arbeit bewertet Herr *Karneol* schließlich als ein „großes Erfolgserlebnis“: Er habe gemerkt, er könne das und es mache ihm „Spaß“, und „die Kinder nehmen mich so an also die glauben mir dass ich sie mag oder so“. Es dokumentiert sich hier auch wieder eine Unsicherheit hinsichtlich der eigenen Kompetenzen, denn Herr *Karneol* war erleichtert, das zu ‚können‘. Außerdem bemisst er seinen ‚Erfolg‘ primär an der emotionalen Nähe bzw. einer erfolgreichen Interaktion mit den Kindern, die in einer ‚erfolgreichen‘ „emotionalen Beziehung“ gründet. Es kann hinsichtlich seines beruflichen Habitus also eine primäre Beziehungsorientierung identifiziert werden. Die ‚erfolgreiche‘ (evtl. im Sinne einer konfliktfreien) Interaktion auf Basis einer „emotionalen Beziehung“ bildet den positiven Horizont. Anzumerken ist, dass der fachliche Bezug bisher keine Rolle gespielt hat.

Schließlich benennt Herr *Karneol* seine Funktion: Er wolle den Kindern „helfen“. Inwiefern er ihnen helfen möchte, bleibt jedoch unklar. Da ein fachlicher Bezug weiterhin ausbleibt, kann vermutet werden, dass es nicht um eine Leistungssteigerung geht. Im Anschluss nennt Herr *Karneol* auch eine Schülerin als Beispiel: Auch hier geht es nicht um eine erfolgreiche Wissensvermittlung, sondern darum, die Stimmungslage des Kindes zu verbessern, die allerdings dem Eindruck nach schon mit einem schulischen „Erfolg“ verbunden ist. Dieser ist jedoch sekundär und dient primär der emotionalen Stabilisierung. Interessant ist auch die wiederholte Aussage, dass er die Kinder „irgendwie erreiche“. Auch dies bezieht sich auf das „Verhältnis“ bzw. die Beziehung zu den Kindern. Doch bleibt die Form des Verhältnisses und somit die professionelle Beziehung zu den Schüler:innen unklar und unreflektiert.

Im Folgenden dokumentiert sich, dass Herr *Karneol* sich im Umgang mit den Schüler:innen als Vaterfigur konzeptualisiert:

sie auch ganz schnell wieder ab und sind nicht aufmerksam und verweigern sich auch teilweise (.) sind so entmutigt dass se das nich können oder nich glauben zu können //mh// und das is vielleicht doch noch ne Herausforderung dass man dann schnell reagiert und meinerwegen von ner Art autoritären Haltung auch schnell wieder übergeht in ne in so ne fast väterliche Autorität dass man die dann fast an die Hand nimmt dann wieder zwei Schritte zurück geht und lobt und so ich glaub das man flexibel bleibt einmal so einmal ja so dieses Fordernde und dann auch wieder in so=ne fürsorgliche Haltung ja das man ja das find ich wichtig.

(Herr *Karneol*, Auszug aus der Passage „väterliche Autorität“).

Erneut steht hier das eigene Beziehungsverhalten bzw. die -haltung den Kindern gegenüber im Zentrum. Auffallend ist der Begriff der „väterlichen Autorität“, der die Vermutung zulässt, dass Herr *Karneol*, ebenso wie andere Fälle des Typs, eine kompensatorische Fürsorglichkeit in Form des Anbietens der Vaterrolle aufweist.

Die Spannung von pädagogisch-fachlicher Vermittlung und einem Eingehen auf das psychische Befinden des Kindes (im weitesten Sinne eine therapeutisch-pädagogische Funktion) drückt sich bei Herrn *Karneol* interessanter Weise in zwei Beziehungsdimensionen aus, worin sich erneut seine Beziehungsorientierung dokumentiert: So müsse er „flexibel“ bleiben zwischen dem „Fordernde[n]“ (evtl. mit dem Ziel der Wissensvermittlung, dies wird nicht deutlich) und einer „fürsorgliche[n] Haltung“.

5.4 Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse

Wo liegt nun zusammenfassend das Gemeinsame, also die Basistypik, wo liegen die Unterschiede zwischen den Typen? Alle Kliniklehrpersonen dieses Samples verhandeln die Spannung zwischen einer (auch normativ an die Lehrpersonen herangetragen) pädagogisch-fachlichen Funktion, im Sinne eines Fokus auf (fachliche) Lernprozesse, und einer (im Feld Klinikschule entstehenden) pädagogisch-therapeutischen Funktion, im Sinne eines Fokus auf die psychische Erkrankung und eine Rücksichtnahme darauf. Dieses Orientierungsproblem besteht also typenübergreifend und bildet somit die Basistypik. Das Orientierungsproblem wird jedoch je nach Typ anders bearbeitet.

Typ 1, welcher eine primäre pädagogisch-fachliche Rahmung aufweist, beschäftigt sich bereits auf expliziter theoretischer Ebene mit der Spannung, welche aus der Norm eines schulisch-fachlichen Auftrages vor dem Hintergrund des praktischen Umgangs mit den Erkrankungen entsteht. Dieser Typ positioniert sich hinsichtlich seines beruflichen Selbstverständnisses dahingehend, weiterhin am Lehrplan orientiert arbeiten zu wollen. Jedoch räumen auch Lehrpersonen dieses Typs ein, den Druck auf die Schüler:innen herausnehmen zu wollen, was eine Rücksichtnahme auf die Erkrankungen impliziert. Wird der berufliche Habitus der Lehrpersonen des *Typs 1* näher betrachtet, so fällt auf, dass die Orientierung an Normen (bspw. dem Rahmenlehrplan) sich auch im Habitus widerspiegelt, da diese Lehrpersonen auch in der von ihnen dargestellten Praxis eine primäre pädagogisch-fachliche Rahmung aufweisen. Teilweise werden dafür die psychischen Erkrankungen der Schüler:innen ausgeklammert; zwei Kliniklehrpersonen integrieren diese jedoch in ihre Vermittlungsaufgaben und arbeiten sekundär, d. h. ohne den schulischen Rahmen zu verlassen, pädagogisch-therapeutisch (bspw. soll sich ein Schüler selbst um die Schulunterlagen bei der Herkunftsschule bemühen, damit er seine sozialen Ängste überwinden lernen kann).

Bei *Typ 2*, der eine primäre pädagogisch-therapeutische Rahmung aufweist, lassen sich die Unterschiede zu *Typ 1* bereits auf der Ebene des beruflichen Selbstverständnisses erkennen. Kliniklehrpersonen dieses Typs setzten sich auf expliziter Ebene ebenfalls mit Normen für Lehrpersonen bzw. Unterricht auseinander, jedoch um sich von diesen abzugrenzen. Zwei Lehrpersonen sprechen dem Lehrplan jegliche Bedeutung ab, eine Lehrperson hält Unterricht wie an der Regel-

schule für unmöglich. Stattdessen orientieren sich diese Lehrpersonen an einem Zurückschrauben der Ansprüche vor dem Hintergrund der Erkrankungen. Auch hier schlagen sich durchaus Homologien zwischen beruflichem Selbstverständnis und der Handlungspraxis nieder: So ist diese nicht mehr auf die Vermittlung von (Fach-)Wissen konzentriert, sondern die Kliniklehrpersonen fokussieren auf die psychische Erkrankung und eine Rücksichtnahme darauf. U. a. findet auch eine starke Assoziierung mit dem therapeutischen Kontext statt, d. h. die Lehrpersonen betrachten sich als Mitglieder des klinischen Teams und/oder involvieren sich in therapeutische Prozesse.

Typ 3 wiederum unterscheidet sich von den anderen beiden Typen insofern, als keine explizite Reflexion schulischer Normen stattfindet und sich auch die Herausforderung einer Spannung zwischen pädagogisch-fachlicher und pädagogisch-therapeutischer Funktion nur gering ausgeprägt zeigt, da sich die Funktionen in einer Fokussierung auf die Beziehung zu den Kindern auflösen. In Bezug auf das berufliche Selbstverständnis definieren sich diese Lehrpersonen im Unterschied zu den Lehrpersonen des *Typs 1* und *2* über ihre „Art“ bzw. das „Menschliche“ im Unterschied zum „Bildungsgrad“. Sich „menschlich“ zu zeigen wird auch zu einer bedeutenden Orientierungstheorie, welche impliziert, den Schüler:innen Gefühle (willkürlich) zu zeigen. Auch hier korrespondiert das berufliche Selbstverständnis durchaus mit dem beruflichen Habitus, denn die in der Orientierungstheorie ausgedrückte Fokussierung auf die Beziehung findet sich auch im Habitus wieder. Alle Kliniklehrpersonen dieses Typs weisen eine (oberflächliche) Beziehungsorientierung auf, wobei familienersetzende kompensatorische Tendenzen zu erkennen sind, die teilweise mit einer Degradierung der Familien einhergehen – daher wird bei diesem Typ von einer primären kompensatorischen Fürsorglichkeit ausgegangen. Weiterhin zeigen Fälle dieses Typs eine diffus bleibende Hilfsfunktion. Anders als bei *Typ 1* und *2* werden berufliche Verfahrensweisen nicht reflektiert oder expliziert.

Komplementär zu den identifizierten Unterschieden bezüglich des beruflichen Selbstverständnisses und des beruflichen Habitus lassen sich auch typenbezogene Unterschiede hinsichtlich der Adressierung der Schüler:innen (Bild von der Schülerin bzw. vom Schüler) feststellen. *Typ 1* adressiert diese primär in der Rolle als Schüler:innen und damit zusammenhängend als schulisch kompetente Gegenüber und meist auch als selbstverantwortliche Subjekte. *Typ 2* adressiert seine Schüler:innen entweder als „Kinder“ oder in der Rolle als Patient:innen, indem pathologisiert oder mit der Leidensgeschichte und mit dem klinischen Hintergrund kontextualisiert wird. Die Schüler:innen werden selten als schulisch kompetente Gegenüber adressiert. Fallübergreifend kommt es nämlich immer wieder zu *generalisierten* (Entlastungs-)Pathologisierungen. Damit sind vom einzelnen Schüler losgelöste verallgemeinernde (meist auf ein Störungsbild bezogene) Pathologisierungen gemeint, die mit einer Attribuierung eingeschränkter schulischer

Kompetenz dieser Gruppe ‚Erkrankter‘ einhergehen und sowohl die Lehrperson als auch die Schülerin oder den Schüler von der Wissensvermittlung befreien. Im Vergleich dazu kommt es bei *Typ 1* lediglich zu *partikularen* Entlastungs-Pathologisierung, welche sich nicht auf Gruppen, sondern auf konkrete Schüler:innen beziehen und welche dann zum Einsatz kommen, wenn die eigene pädagogische Wirksamkeit in einer spezifischen Situation an Grenzen stößt. Insofern wird das ‚Scheitern‘ als Lehrperson im Vermittlungsprozess bei beiden Typen vor dem Hintergrund der Erkrankungen fremdattribuiert. *Typ 3* adressiert seine Schüler:innen weder in der Rolle der Patient:innen noch in der Rolle als Schüler:innen, sondern als „Kinder“. Jegliches für die Schüler:innen mitinstitutionalisiertes Rollenverhalten wird somit aufgelöst, was wiederum mit dem beruflichen Selbstverständnis ‚menschlich‘ zu sein und sich ‚privat‘ zu zeigen, wie man ist, korrespondiert. Da bei diesem Typ auch der fachliche Bezug fehlt, findet sich keine Evidenz für eine Attribuierung schulischer Kompetenz.

6 Diskussion

In der Literatur zum Thema Klinikschulen wird immer wieder betont, dass die Klinikschule für die Schüler:innen eine Verbindung zur Normalität darstelle (siehe bspw. Ertle 1997). Diese Postulate werden ohne empirische Belege als für die Praxis kennzeichnend erhoben. In der vorliegenden Studie konnte dagegen gezeigt werden, dass diese Kennzeichnung der Praxis in der Klinikschule so nicht stehen bleiben kann. Die Klinikschule hat Potential einen normalitätserhaltenden Faktor in der Krise darzustellen, wenn damit gemeint ist, dass Kinder in ihrer Rolle als Schüler:innen wahrgenommen werden und im Unterricht fachliche Vermittlungs- oder weiter gefasst Lernprozesse initiiert werden. Anhand der Typenbildung in dieser Studie konnte gezeigt werden, dass einige Kliniklehrpersonen dieser Norm, „eine Brücke zum ganz normalen Leben“ (Ertle 1997) zu schlagen, nahekommen – *Typ 1*, welcher eine primäre pädagogisch-fachliche Rahmung aufweist, würde diesem Bild der Kliniklehrperson am ehesten entsprechen. Doch es konnte auch gezeigt werden, dass nicht alle Kliniklehrpersonen diesem Wunsch nach einem ‚normalisierenden‘ Unterrichtsalltag entsprechen – *Typ 2* adressiert die Kinder primär in der Patient:innenrolle und fokussiert anstatt auf Lernprozesse auf psychosoziale Defizite, während *Typ 3* eine (familienersetzende) kompensatorische Funktion zu erfüllen versucht, wobei es bei beiden Typen zu Involvierungen in das medizinisch-therapeutische System kommt.

Inwiefern kann auf Basis dieser Ergebnisse ein Bezug zu professionstheoretischen Ansätzen hergestellt werden? Beim strukturtheoretischen Ansatz steht ebenso wie in dieser Arbeit, wenn auch analytisch unterschiedlich definiert, die Strukturlogik des Handelns im Fokus. Wird mit den grundlagentheoretischen Kategorien der Praxeologischen Wissenssoziologie auf die von Helsper (1996) herausgearbeiteten

Antinomien geblickt, so könnte man sagen, dass die bei den Kliniklehrpersonen sich zeigenden Norm-Habitus-Spannungen die Form einer Antinomie annehmen. Dies belegt den prekären Status ihres beruflichen Auftrags. Der Gewinn einer rekonstruktiv-*praxeologischen* Perspektive liegt nun darin, dass die interaktive Praxis betrachtet werden kann, u. a. also, wie die Beforschten mit der identifizierten Spannung umgehen.

Auf der Grundlage empirischer Rekonstruktionen (vgl. Bohnsack 2020 sowie andere Beiträge in diesem Band) hat sich gezeigt, dass die Kategorie der „*konstituierenden Rahmung*“ hier von zentraler Bedeutung ist. Professionell agieren berufliche Akteure, wenn es ihnen gelingt, vor dem Hintergrund der Spannung zwischen Klinik- und Schulnormen einerseits und Klinik- und Schulpraxis andererseits, eine „konstituierende Rahmung“ und ein „professionelles Milieu“ zu etablieren. Das bedeutet mit Bohnsack gesprochen, „Entscheidungen mit Bezug auf eine organisational erwartete (rechtliche, fachliche, pädagogische, therapeutische etc.) Programmatik im Kontext eines komplexen interaktiven und (qua kollektivem performativem Gedächtnis oder Systemgedächtnis) reproduzierbaren Prozesses mit ihrer Klientel im Sinne eines konjunkativen Erfahrungsraums *routinisiert* und *habitualisiert* zu treffen und zu vermitteln“ (Bohnsack 2020, 102; vgl. auch den einleitenden Beitrag von Bohnsack in diesem Band). Hierin sind grundlegende Voraussetzungen für professionalisiertes Handeln zu sehen.

Stark vereinfacht ausgedrückt geht es darum, dass die Professionellen Entscheidungen mit Bezug auf die normativen Erwartungen der Organisation treffen müssen, an welcher die Klientel beteiligt oder die für sie mindestens nachvollziehbar sind. Das Besondere am professionellen Handeln liegt dann darin, dass diese Entscheidungen routinemäßig getroffen werden – „und zwar im Modus *interaktiver*, also beziehungsmaßiger Routinen“ (Bohnsack 2020, 43). Dieses routinisierte Handeln, welches also in einem Bezug und Spannungsverhältnis zu den Organisationsnormen steht und in einen geteilten konjunkativen Erfahrungsraum mit der Klientel integriert ist, wird als „konstituierende Rahmung“ bezeichnet. Fehlt eine solche habitualisierte „konstituierende Rahmung“, so erlebt die Klientel das Handeln des Professionellen in der Interaktion, so ist zu vermuten, als kaum berechenbar bzw. wenig verlässlich.

Auf dieser Grundlage kann festgestellt werden, dass sich *Typ 1* und *Typ 2* mit der organisational schon angelegten Spannung zwischen pädagogisch-fachlicher und pädagogisch-therapeutischer Funktion in einer Art und Weise auseinandersetzen und ‚Entscheidungen‘ treffen, die für eine Berechenbarkeit seitens der Klientel sorgt „und somit eine Kontinuität zu sichern und ein Systemvertrauen zu schaffen“ (Bohnsack 2020, 33) vermag. *Typ 3* dagegen entzieht sich einer ‚Entscheidung‘ und handelt jenseits der organisationalen Rahmung und folglich ohne eine die Handlungspraxis konstituierende Rahmung. Es kann von einem „organisationalen Rahmungsverlust“ (ebd., 42) und somit von einer De-Professionalisierung

gesprochen werden. Entsprechend wurde in den Analysen vermutet, dass das Handeln der Fälle des *Typs 3* für die Schüler:innen weniger berechenbar erscheint (bspw. werden den Schüler:innen unreflektiert persönliche Emotionen gezeigt). Zudem scheinen berufliche Verfahrensweisen nicht (implizit) reflektiert zu werden, da das eigene Menschenbild ungebrochen zum impliziten Maßstab des Umgangs mit den Schüler:innen genommen wird. Die Studie kann also mit ihren empirischen Ergebnissen zeigen, dass der Begriff der konstituierenden Rahmung zur Analyse (pädagogischen) professionellen Handelns fruchtbar ist und weitergehende praktische Reflexionen anregen kann. So könnten die hier vorliegenden Ergebnisse in beruflichen Supervisionsgruppen aufgegriffen und zu einer Reflexion der eigenen beruflichen Praxis als Kliniklehrperson genutzt werden.

Literatur

- Bakels, E. (2020): Klinikschoolen der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Eine rekonstruktive Studie zum professionellen Habitus von Kliniklehrkräften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bohnsack, R. (2003): Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden (5. Aufl.). Opladen: Leske und Budrich.
- Bohnsack, R. (2011a): Dokumentarische Methode. In: R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung (3. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich, 40-44.
- Bohnsack, R. (2011b): Orientierungsmuster. In: R. Bohnsack, W. Marotzki & M. Meuser (Hrsg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung (3. Aufl.). Opladen: Barbara Budrich, 132-133.
- Bohnsack, R. (2013): Habitus, Norm und Identität. In W. Helsper, R.-T. Kramer & S. Thiersch (Hrsg.): Schülerhabitus. Wiesbaden: VS-Verlag, 1-16.
- Bohnsack, R. (2017): Praxeologische Wissenssoziologie. Opladen: Barbara Budrich.
- Bohnsack, R. (2020): Professionalisierung in praxeologischer Perspektive. Zur Eigenlogik der Praxis in Lehramt, Sozialer Arbeit und Frühpädagogik. Opladen: Barbara Budrich.
- Combe, A. & Helsper, W. (1996): Einleitung: Pädagogische Professionalität. Historische Hypothesen und aktuelle Entwicklungstendenzen. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typ pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 9-48.
- Combe, A. & Kolbe, F.-U. (2011): Lehrerprofessionalität: Wissen, Können, Handeln. In: W. Helsper & J. Böhme (Hrsg.): Handbuch der Schulforschung. Wiesbaden: VS Verlag, 857-877.
- Ertle, C. (1997): Die Schule für Kranke – „eine Brücke zum ganz normalen Leben“. In: C. Ertle (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Wege zu Unterricht und Schulorganisation in Kliniken und Spezialklassen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 11-24.
- Fesch, K. & Müller, T. (2014): Schule für Kranke in Deutschland – zur heterogenen Situation der Bundesländer im Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 65(2), 50-59.
- Frey, H. & Wertgen, A. (2012): Einleitung. In: H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.): Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst Science Publishers, 12-22.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). Online abrufbar: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2029/PT-RL_2019-11-22_iK-2020-01-24.pdf. (Abrufdatum: 23.11.2020).
- Goffman, E. (1963/2012): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

- Harter-Meyer, R. (Hrsg.) (2000a): „Wer hier nur Wissen vermitteln will geht baden“. Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: LIT.
- Helsper, W. (1996): Antinomien des Lehrerhandelns in modernisierten pädagogischen Kulturen. Paradoxe Verwendungsweisen von Autonomie und Selbstverantwortlichkeit. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typ pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 521-569.
- Helsper, W., Krüger, H.-H. & Rabe-Kleberg, U. (2000): Professionstheorie, Professions- und Biographieforschung: Einführung in den Themenschwerpunkt. In: Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung (1)1, 5-19.
- Helsper, W. (2002): Lehrerprofessionalität als antinomische Handlungsstruktur. In: M. Kraul, W. Marotzki & C. Schwepf (Hrsg.): Biographie und Profession. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 64-102.
- Hillenbrand, C. (2012): Psychische Gesundheit als Auftrag der Schule. Perspektiven der Schule für Kranke im inklusiven Bildungssystem. In: H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.): Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele. Lengerich: Pabst Science Publishers, 23-37.
- Hirsch-Herzogenrath, S. & Schleider, K. (2010): Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler in die Allgemeine Schule aus Sicht der Schulen für Kranke – empirische Befunde. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 9, 351-359.
- Jantzen, W. (2002): Krankheit als pädagogische Dimension. In: Verband Deutscher Sonderschulen, Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.): Das chronisch kranke Kind in der Schule. Würzburg: Vds, 12-22.
- Kallmeyer, W. & Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. In: D. Wegner (Hrsg.): Gesprächsanalysen. Hamburg: Buske, 159-274.
- Kobi, E. E. (2002): Kinder im Spannungsfeld: Konflikte als Folge von Systemüberschneidungen zwischen therapeutisch-medizinalen und erzieherisch-pädagogischen Ansprüchen. In: *SchuPs* 18, 14-19.
- Kollmar-Masuch, R. (Hrsg.) (2003): „Ich male meine Gitter bunt“. Bilder, Objekte, Gedichte und Geschichten von Kindern und Jugendlichen aus der Rheinischen Schule für Kranke der Kinder- und Jugendpsychiatrie Viersen. Köln: Kiepenheuer & Witsch.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1998): Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluß der Kultusministerkonferenz. Bonn.
- Müller, H. J. (1996): „Dr. Dehm sagt, wir sind keine Psychotherapeuten“. Suchttherapie zwischen Sozialpädagogik/Sozialarbeit und Psychotherapie. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typ pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 810-841.
- Nohl, A.-M. (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis (3. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Oelsner, W. (2011): Doppelspur, Einbahnstraße oder Sackgasse. Unser Kölner Kollege berichtet auf der *SchuPs*-Tagung in Berlin über Wege der Zusammenarbeit zwischen Regelschule und Schule für Kranke (SfK). In: *SchuPs* 20, 9-17.
- Oelsner, W. (2013): Die Schule für Kranke. Wie sie wurde, was sie ist – und was sie sein könnte, wenn sie es sein dürfte. In: Zeitschrift für Heilpädagogik 07, 271-280. Online abrufbar: <http://hope.hbs.rv.schule-bw.de/index.php/downloads/finish/8-zeitungsberichte/992-die-schule-fuer-krankte-wie-sie-wurde-was-sie-ist-und-was-sie-sein-koennte-wenn-sie-es-sein-duerfte>. (Abrufdatum: 10.09.2013).
- Overmann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typ pädagogischen Handelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 70-183.
- Przyborski, A. & Wohlrab-Sahr, M. (2014): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch (4. Aufl.). Oldenburg: Wissenschaftsverlag.

- Schleider, K. & Hirsch-Herzogenrath, S. (2009): Strukturelle und funktionale Merkmale der Schule für Kranke unter besonderer Berücksichtigung der Beschulung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – eine empirische Untersuchung. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 4, 148-155.
- Schmitt, F. (1998): Schule für Kranke – eine Institution individueller und integrativer Pädagogik. In: U. Pfeiffer, D. Knab, W. Häcker, M. Klemm & E. Böppe (Hrsg.): *Klinik macht Schule. Die Schule für Kranke als Brücke zwischen Klinik und Schule. Darstellung – Analyse – Bewertung des Projekts „Heimatschulbesuche“*. Tübingen: Attempto, 184-190.
- Schmitt, F. (1999b): Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 50(4), 182-186.
- Schmitt, F. (2002): Hilfen zur Integration als Aufgabe der Schule für Kranke. In: *Verband Deutscher Sonderschulen, Fachverband für Behindertenpädagogik (Hrsg.): Das chronisch kranke Kind in der Schule*. Würzburg: Vds, 32-37.
- Schulte-Körne, G. (2016): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen im schulischen Umfeld. In: *Deutsches Ärzteblatt* 113(11), 183-191. Online abrufbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175333/Psychische-Stoerungen-bei-Kindern-und-Jugendlichen-im-schulischen-Umfeld>. (Abrufdatum: 23.11.2020).
- Schütze, F. (1992): Sozialarbeit als „bescheidene Profession“. In: B. Dewe, W. Ferchhoff & F.-O. Radtke (Hrsg.): *Erziehen als Profession. Zur Logik professionellen Handelns in pädagogischen Feldern*. Opladen: Leske und Budrich, 132-170.
- Schütze, F. (1996): Organisationszwänge und hoheitsstaatliche Rahmenbedingungen im Sozialwesen. Ihre Auswirkung auf die Paradoxien des professionellen Handelns. In: A. Combe & W. Helsper (Hrsg.): *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typ pädagogischen Handelns*. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 183-275.
- Schütze, F. (2000): Schwierigkeiten bei der Arbeit und Paradoxien des professionellen Handelns: ein grundlagentheoretischer Aufriß. In: *Zeitschrift für qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 1(1), 49-96. Online abrufbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0168-ssoo-280748>. (Abrufdatum: 12.10.2016).
- Tenorth, H.-E. (2006): Professionalität im Lehrerberuf. Ratlosigkeit der Theorie, gelingende Praxis. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 9(4), 580-597.
- Terhart, E. (2011): Lehrerberuf und Professionalität. Gewandeltes Begriffsverständnis – neue Herausforderungen. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 57 (Beiheft), 202-224.
- Teschner, H. (2012): Schulen für Kranke an Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie als pädagogische Herausforderung. Ausgewählte Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung. In: H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.): *Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 38-59.
- Volk-Moser, A. (2001): *Schule im Klinikum – pädagogischer Ort im medizinischen Feld. Eine empirische Untersuchung*. Hamburg: Kovač.
- Wertgen, A. (2012): Charakteristika des Unterrichts an der Schule für Kranke. Versuch einer Verallgemeinerung. In: H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.): *Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele*. Lengerich: Pabst Science Publishers, 60-73.