

Elbracht, Stefanie; Langnickel, Robert; Lieberherr, Bianca; Hoanzl, Martina; Gingelmaier, Stephan
Pädagogik bei Krankheit (PbK) als Handlungsfeld der ESE-Pädagogik?
Eine wissenssoziologische Diskursanalyse der Pädagogik bei Krankheit
Emotionale und soziale Entwicklung in der Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen
: ESE 5 (2023) 5, S. 50-69



Quellenangabe/ Reference:

Elbracht, Stefanie; Langnickel, Robert; Lieberherr, Bianca; Hoanzl, Martina; Gingelmaier, Stephan:
Pädagogik bei Krankheit (PbK) als Handlungsfeld der ESE-Pädagogik? Eine wissenssoziologische
Diskursanalyse der Pädagogik bei Krankheit - In: Emotionale und soziale Entwicklung in der
Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen : ESE 5 (2023) 5, S. 50-69 - URN:
urn:nbn:de:0111-pedocs-269039 - DOI: 10.25656/01:26903; 10.35468/6021-04

<https://doi.org/10.25656/01:26903>

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

Pädagogik bei Krankheit (PbK) als Handlungsfeld der ESE-Pädagogik? Eine wissenssoziologische Diskursanalyse der Pädagogik bei Krankheit

Stefanie Elbracht^{1,A}, Robert Langnickel^{2,3,A}, Bianca Lieberherr³, Martina Hoanzl³, Stephan Gingelmaier³*

¹Universität zu Köln

²Pädagogische Hochschule Luzern

³Pädagogische Hochschule Ludwigsburg

^AGeteilte Erstautorenschaft

***Korrespondenz:**

Stefanie Elbracht
stefanie.elbracht@uni-koeln.de

Beitrag eingegangen: 15.12.2022
Beitrag angenommen: 05.04.2023
Onlineveröffentlichung: 19.06.2023

ORCID

Stefanie Elbracht
<https://orcid.org/0000-0002-7877-3877>

Robert Langnickel
<https://orcid.org/0000-0002-4265-0103>

Stephan Gingelmaier
<https://orcid.org/0009-0001-0025-9405>

Abstract

Dieser Beitrag untersucht, wie sich das Diskursfeld Pädagogik bei Krankheit (PbK) am Beispiel der Schule für Kranke an Kinder- und Jugendpsychiatrien darstellt. Dazu wurde das Diskursfeld analysiert und die dem Verständnis der PbK zugrundeliegenden Wissensformen um Notwendigkeiten und Unterstützungsleistungen am Beispiel der Klinikschulen an Kinder und Jugendpsychiatrien herausgearbeitet. Für diese Analysen wurde eine wissenssoziologische Diskursanalyse (WDA) von Beiträgen der Zeitschrift für Heilpädagogik (ZfH) zwischen 1980 und 2022 durchgeführt. Abschließend wurden Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen zwischen PbK und der Pädagogik im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung skizziert.

Keywords

Pädagogik bei Krankheit, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schule für Kranke, Wissenssoziologische Diskursanalyse

1 Theoretische Hinführung und Ableitung von Fragestellungen

1.1 „Krankheit“ als vielschichtiger Begriff

Das schwer zu bestimmende Feld von Krankheit (Hurrelmann & Richter, 2013; Franzkowiak, 2022) erweist sich in pädagogischen Kontexten als bedeutsam, da Schule vielfach als Bildungs- und Entwicklungschance für (psychisch) erkrankte, schulpflichtige Kinder gedeutet wird (Hoanzl et al., 2009; Hanisch & Hennemann, 2021). Krankheit und Gesundheit sind dabei Dimensionen, die verschieden diskursiv hervorgebracht werden. Während Krankheit häufig z. B. als Störung im körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden, Einschränkungen der Arbeits-, Leistungs-, Rollenerfüllungsfähigkeit, besonders aber auch als Bedarf an professioneller Unterstützung gedeutet wird, wird Gesundheit konträr dazu mit Wohlbefinden, Ausgeglichenheit, Anpassungs- und Leistungsfähigkeit assoziiert (Hurrelmann & Richter, 2013). Im dichotomen Konzept wird Krankheit dabei rein pathologisch und als Gegensatz von Gesundheit gedeutet, während im „interdisziplinären“ Konzept der Salutogenese nach Antonovsky (1979), Krankheit als Teil einer menschlichen Normalität (an)erkannt und Gesundheit sowie Krankheit als Pole eines gemeinsamen Kontinuums beschrieben werden (Hurrelmann & Richter, 2013; Franzkowiak, 2022).

Die Begriffe sind auch deshalb schwer greifbar, weil es eine große Diskrepanz zwischen Befund und Befinden gibt. Neben einer Abgrenzungsproblematik zwischen Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie einerseits und dem subjektiven Erleben bzw. den individuellen Umgangsweisen mit „Verwundungen“ andererseits zeigt sich auch, dass Bewertungen und Zuschreibungen äußerst bedeutsam sind. Gerade in pädagogischen Kontexten erweist sich dies als relevant. Denn es macht – nicht nur in schulischen und außerschulischen Arbeitsfeldern – einen fundamentalen Unterschied, ob pädagogisch Verantwortliche in als krank gelassenen (Schüler*innen) S*S neben den genuin menschlichen, kranken Anteilen zugleich auch gesunde Anteile suchen und finden, oder ob Kinder und Jugendliche (un)bewusst auf pathologische Anteile fixiert oder gar reduziert werden. Deutungsmuster von Krankheit stiften dabei für den jeweiligen Diskurs Sinn und können individuelle sowie kollektive Erfahrungen organisieren und implizieren Ausgangspunkte (Modelle) angemessenen Handelns (Keller, 2011a, S. 240). Krankheit und Gesundheit, insbesondere auch psychische Auffälligkeiten, werden somit gesellschafts-, interessen-, zeit- und kultursensibel (Hurrelmann & Richter, 2013; Herring, 2016; Franzkowiak, 2022), kurz: diskursabhängig, hervorgebracht.

1.2 Pädagogik bei psychischer Krankheit

Um einerseits eine Eingrenzung zu schaffen und andererseits einen ersten Bezug zur ESE-Pädagogik herzustellen, fokussiert dieser Beitrag im Weiteren auf die Pädagogik bei Krankheit (PbK) im Kontext der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). So weisen der Förderschwerpunkt (FSP) Emotionale und soziale Entwicklung (ESE) und die KJP in ihrer definierten Zielgruppe ein hohes Maß an Überschneidung auf, ohne jedoch deckungsgleich zu sein (Schmid et al., 2007; Hennemann et al., 2020).

Die Relevanz der Fokussierung auf das Handlungsfeld PbK an KJP ergibt sich *zum einen* aus einer Vielzahl medizinisch diagnostizierter Störungen. So wurden im Jahr 2021 deutschlandweit 60 044 Patient*innen in KJP stationär versorgt, wobei tagesklinische Behandlungen darin noch nicht eingeschlossen sind (Statistisches Bundesamt, 2022). Der Anteil von Kindern und Jugendlichen bis 18 Jahren, die mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten, lag 2017 bei 28 % (Steffen et al., 2018). Ergänzend dazu ist auch der Blick auf Zahlen psychischer Auffälligkeiten wichtig, da sich aus diesen klinisch relevante psychi-

sche Erkrankungen ergeben können (Casale & Hennemann, 2016). Hier zeigten insgesamt 17,2 % der Kinder und Jugendlichen zwischen drei und 17 Jahren bedeutsame Hinweise auf psychische Auffälligkeiten (Klasen et al., 2017).

Zum anderen hat Schule als pädagogischer und sozialer Ort Einfluss auf die psychische Gesundheit (Hillenbrand, 2012). So können schulische Faktoren, z. B. schulischer Misserfolg, potentiell die Entstehung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen begünstigen (Nelson & Harwood, 2011; Steinhausen, 2014; Kölch & Nolkemper, 2017; Hanisch & Hennemann, 2021). Demgegenüber kann Schule aber auch als soziale Ressource fungieren, die eine protektive Wirkung mit sich bringt (Hillenbrand, 2012). Als Schutzfaktoren wirken insbesondere das Schulklima, soziale Unterstützung, positive Peerkontakte sowie die Zusammenarbeit mit Erziehungsberechtigten und außerschulischen Institutionen in Form von multi-professioneller Kooperation (Laucht et al., 2000; Holtmann & Schmidt, 2004; Serke, 2019). Wie Schule Bildungs- und Entwicklungschancen für erkrankte S*S in stationärer Behandlung bereithalten soll, ist nicht erst seit 1998 in den „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ (Kultusministerkonferenz [KMK], 1998) benannt. So wurde bspw. Unterricht für erkrankte S*S, die stationär behandelt wurden, bereits im 19. Jahrhundert in Krankenhäusern mit somatischem Schwerpunkt angeboten - mit aktueller Tendenz zunehmend in KJP - und Schulen für Kranke (SfK) fanden erste Erwähnungen im Gutachten der KMK (1960) zur Ordnung des Sonderschulwesens (Dietze, 2019). Trotz dieser langen Tradition bilden weiterhin vorrangig die KMK-Empfehlungen den Ausgangspunkt pädagogisch-didaktischer Handlungen an SfK. Landespolitisch variiert deren Ausgestaltung jedoch stark, sodass Kliniklehrkräfte kaum Standards haben, auf denen sie ihre Praxis stützen können (Bakels, 2020, S. 62f.).

1.2.1 Verständnis der PbK

Das übergreifende (Selbst-)Verständnis eines Fachgebietes und damit dessen Identität ergibt sich aus dem (wissenschaftlichen) Disziplinverständnis und dem (handlungspraktischen) Professionsverständnis und geht einher mit der Institutionalisierungsgeschichte an Hochschulen und Universitäten einerseits und der Institutionalisierung (außer)schulischer Handlungsfelder andererseits. Die historische Entwicklung der Sonderpädagogik (u. a. Moser, 2000) zeugt, wie die der Allgemeinen Pädagogik (u. a. Weiß, 2013), von einer fortwährenden Suche nach einem gemeinsamen Verständnis und der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Zugängen zum eigenen Fachbereich.

Innerhalb der wissenschaftlichen Disziplin an Hochschulen und Universitäten zeigt sich, dass es für alle Förderschwerpunkte, die von der KMK empfohlen werden, eigene Studiengänge und Arbeitsbereiche gibt - für eine PbK jedoch nicht. Diese wird teilweise im FSP ESE oder Körperliche und motorische Entwicklung integriert, während es SfK als „Schulen eigener Art“ (z. B. NRW und Bayern) gibt. Hier zeigen sich deutliche Unterschiede der schulischen Institutionalisierung zwischen den Bundesländern, bspw. in Niedersachsen gibt es keine SfK mit schulrechtlicher Anerkennung, es sind vielmehr Unterrichtsstandorte an Kliniken, wohin Lehrkräfte zeitweise abgeordnet werden. Bakels (2020) stellt zudem heraus, „dass (...) bezüglich der Funktionen der Klinikschule zwar auf den Unterricht als Kerngeschäft hingewiesen wird, dies aber immer wieder durch an den medizinisch-therapeutischen Bereich grenzende Funktionen überlagert wird“ (Bakels, 2020, S. 63).

Letztlich bleibt unklar, „wie (...) Aufgaben pädagogisch integriert werden können bzw. wie sich eine auf Krankheit bezogene Pädagogik, die keine Therapie ist, gestaltet“ (Bakels, 2020, S. 63). So tun sich Kliniklehrkräfte nicht ohne Grund schwer, „ein eigenes Selbstverständnis

zu entwickeln“ (Myschker & Stein, 2018, S. 423). Auf Grundlage dieser Vorüberlegungen stellen wir die folgenden Fragen im Kontext der Wissenssoziologischen Diskursanalyse, wobei Frage zwei und drei unsere erste Frage spezifizieren:

- 1) Wie konstituiert sich das Diskursfeld PbK – am Beispiel der KJP?
- 2) Welches (Selbst-)Verständnis einer PbK - am Beispiel der KJP – hat sich diskursiv herausgebildet?
- 3) Welche Wissensformen über Notwendigkeiten und Unterstützungsleistungen haben sich im Kontext des Diskursfeldes herausgebildet?

1.2.2 *Verständnis der ESE-Pädagogik*

Angesichts der Komplexität der Thematik ist es ein Wagnis, „das Verständnis einer ESE-Pädagogik“ beschreiben zu wollen. Vielmehr soll hier entlang des intensiv diskutierten und gemeinsam verabschiedeten Positionspapiers der deutschsprachigen ESE-Forschenden und Lehrenden (Bleher & Gingelmaier, 2019), unter Einbezug von Fachliteratur und KMK-Empfehlungen, ein erster Zugang grob skizziert werden. Ein zentraler Aspekt des FSP ESE findet sich, wie auch in anderen sonderpädagogischen Disziplinen, im „Stellvertreterhabitus“ (Moser, 2005, S. 88), indem man sich für „psycho-sozial hoch belastete Kinder und Jugendliche“ (Bleher & Gingelmaier, 2019, S. 98) einsetzt und deren emotionale und soziale Kompetenzen zu stärken versucht (Bleher & Gingelmaier, 2019). Zentrales Ziel des professionellen Handelns sei demnach, den S*S das Recht auf Bildung, also eine „bestmögliche schulische, berufliche und soziale Eingliederung“ (KMK, 2000, S. 3), durch eine gleichberechtigt-partizipative, nicht-stigmatisierende, individualisierte sonderpädagogische Förderung zu ermöglichen (KMK, 2000; Bleher & Gingelmaier, 2019). Voraussetzung zur Erreichung dieser Ziele werden in einer spezifischen sonderpädagogischen Expertise und Ausbildung gesehen (Bleher & Gingelmaier, 2019), also einer fundierten fachdisziplinären Ausbildung, wie sie an deutschen Hochschulen im genannten FSP ESE vielfach angeboten wird. Arbeitsfelder des FSP ESE werden u. a. in Förderschulen, allgemeinen Schulen sowie an Kinder- und Jugendpsychiatrischen Einrichtungen beschrieben (Myschker & Stein, 2018; Bleher & Gingelmaier, 2019). Die KJP wird dabei als Nachbardisziplin und Kooperationspartnerin beschrieben. Hier schließt unsere letzte Forschungsfrage an, welche nicht Teil der Wissenssoziologischen Diskursanalyse ist, sondern zur Kontextualisierung unserer Ergebnisse dienen soll und daher primär theoretisch bearbeitet wird:

- 4) Welche Überschneidungen und Abgrenzungen finden sich zwischen dem Verständnis der PbK und ESE-Pädagogik?

2 Methodik: Wissenssoziologische Diskursanalyse

Zur Beantwortung der Forschungsfragen 1-3 wurde die Wissenssoziologische Diskursanalyse von Keller (2011a, 2013) herangezogen. Dieser Ansatz wird in der sozialwissenschaftlichen Diskursforschung als theoretischer und methodischer Zugang eingesetzt (Keller & Truschkat, 2013, S. 9) und wird wie folgt bestimmt: „Wissenssoziologische Diskursanalyse“ (WDA) bezeichnet ein sozialwissenschaftliches Forschungsprogramm zur Analyse gesellschaftlicher Wissensverhältnisse und Wissenspolitiken“ (Keller, 2013, S. 27). Die WDA adaptiert Methoden des qualitativen Forschungsansatzes der *Grounded-Theory-Methodologie (GTM)* nach Strauss und Corbin (1996) und verbindet diese mit der Diskurstheorie Michel Foucaults (Keller, 2011a; Keller 2011b). Als Diskurs definiert Keller (2011a) somit eine

„nach unterschiedlichen Kriterien abgrenzbare Aussagepraxis (...), die im Hinblick auf institutionell stabilisierte gemeinsame Strukturmuster, Praktiken, Regeln und Ressourcen der Bedeutungserzeugung“ untersucht werden kann (S. 234). Diskurse können dabei, abhängig von der jeweiligen Fragestellung, auf verschiedenen Ebenen in variierender Tiefenschärfe hinsichtlich Formationsregeln und Strukturen oder innerhalb derselben Formation bezogen auf konkurrierende Diskurspositionen, analysiert werden (Abbildung 1) (Keller, 2011a). Wenn Diskursen eine allgemeine Teilnahme- und Publikumsorientierung unterliegt, wird dabei von öffentlichen Diskursen gesprochen, in Unterscheidung zu Spezialdiskursen, an denen nur spezifische Teilnehmende partizipieren (können). Im vorliegenden Beitrag untersuchten wir einen Diskurs innerhalb einer Teilöffentlichkeit zwischen Praktiker*innen und Wissenschaftler*innen. Dabei akzentuierten wir gemeinsame Strukturen und weniger inhaltliche Konkurrenzen oder Gegensätzlichkeiten zwischen verschiedenen Positionen eines Diskurses, mit dem Vorteil einer stärkeren Systematisierung und Durchdringung der Konstitution (Keller, 2011a). So war es mittels WDA möglich, den Forschungsfragen explorativ und nah am Material orientiert zu begegnen und dadurch in dieser Arbeit die Konstruktion von Deutungsmustern und sich daraus ergebenden Wissens- und Handlungsstrukturen des *Spezialdiskurses* zu erforschen.

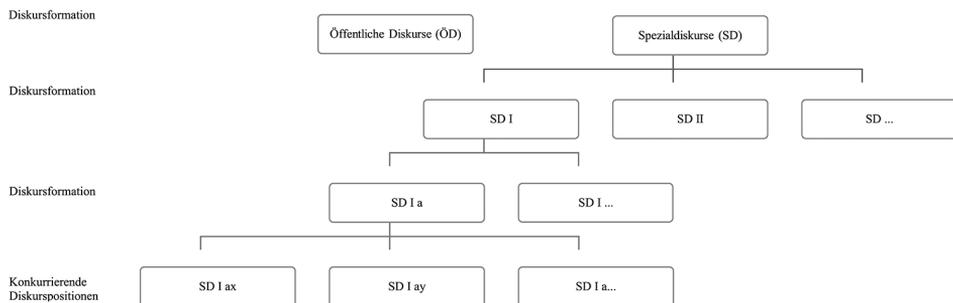


Abb. 1: Diskursformationen – Fokus: Spezialdiskurse. Eigene Darstellung in Anlehnung an Keller, 2011a, S. 231

Innerhalb unseres Forschungszugangs verstehen wir Deutungsmuster als zugrundeliegende Elemente eines Diskurses. So werden in Diskursen „unterschiedliche Deutungsmuster für weltliche Referenzphänomene miteinander in spezifischer Weise verknüpft“ (Keller, 2007, o.S.). Beispielsweise kann ein dichotomes Deutungsmuster von Krankheit (un)bewusster Ausgangspunkt des disziplinären (Selbst-)Verständnisses darstellen, welcher sich in der Aussage- und Handlungspraxis der PbK erkennen ließe.

Zur Auswertung und Interpretation wurden Elemente der *GTM* genutzt. In einem zirkulären Prozess wurde entlang einer theoretischen Textauswahl (*theoretical sampling*) der Korpus gebildet und analysiert. Zur Analyse wurden *Kodiermethoden* des permanenten Vergleichs und das Schreiben von *Memos* und *Kommentaren* (Keller, 2011b; Döring & Bortz, 2016) genutzt. Diese wurden durch eine Sequenzanalyse ergänzt, um Deutungsmuster zu rekonstruieren (Keller, 2011b).

2.1 Korpusbildung

Das *theoretical sampling* (Strauss & Corbin, 1996) wurde zur Korpusgenerierung und -reduktion angewandt (Keller, 2011a). Da das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, einen wissenschaftlichen und auf die Schulpraxis bezogenen Diskurs innerhalb einer gesellschaftlichen Teilöffentlichkeit zu analysieren, handelt es sich um einen *Spezialdiskurs* (Keller, 2011a, S. 235). Dementsprechend wurde die WDA auf die spezifische *Diskursarena* (Keller, 2011a, S. 235) der (Fach-) Zeitschrift für Heilpädagogik (ZfH) eingegrenzt. Diese Auswahl begründet sich durch Auflagenhöhe (aktuell ca. 9.000, bei monatlicher Erscheinung), die Multiprofessionalität der Autor*innen und Rezipient*innen sowie durch das langjährige Bestehen der Zeitschrift (seit 1949) und damit einhergehend deren Relevanz im soziohistorischen Kontext bis heute.

Basierend auf einer Vorrecherche einschlägiger Publikationen im Kontext SfK und KJP (u. a. Krüger & Romer, 2003; Bakels, 2020) wurden Suchbegriffe generiert, die im zirkulären Auswertungsprozess überprüft und ergänzt wurden (*krank, klinik, hospital, Bett, Haus, KJP, chronisch, dauer, lang, anhaltend, progredient, mediz, pädiat, psych, Reintegration, Rückführung, Arzt, Ärzt, stationär, akut, pathol und gesund*). Mit diesen wurde die Online-Bibliografie der ZfH sukzessive bis 16.09.2022 durchsucht. Parallel wurde die öffentlich zugängliche Bibliografietabelle des VDS gesichtet. Diese Recherchen ergaben insgesamt 324 Treffer (ohne Dopplungen). Suchen zu spezifischen Störungsbildern (bspw. *Depress, Neuro, ADHS, Angst, Trauma, hyperkinet*) wurden zur Überprüfung *theoretischer Sättigung* punktuell durchgeführt, mündeten jedoch häufig in hoch spezifizierten Förderangeboten außerhalb von KJP oder SfK und wurden daher von der weiteren Recherche ausgeschlossen.

Durch Lesen von Titeln und Abstracts wurden Studien, Theorie-, Tagungs- und Diskussionsbeiträge mit Bezug zu *Kindern und Jugendlichen mit diagnostizierten psychischen Erkrankungen im Kontext Schule, KJP in Verbindung mit schulbezogenen Fragestellungen* und konkreten Nennungen von *Klinikschulen oder PbK / Krankenpädagogik im Kontext KJP* eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Beiträge, die entweder keinen Bezug zur KJP oder zur Pädagogik hatten. Buchbesprechungen wurden ebenfalls ausgeschlossen. Der Ausgangskorpus umfasste letztlich 111 Artikel.

2.2 Analysen

Ausgehend von einem zufällig ausgewählten Beitrag von Oelsner (2013) wurden sukzessive Korpus-Artikel kodiert (Keller, 2011b; Strauss & Corbin, 1996). Die Art des Kodierens orientierte sich dabei am *offenen, axialen* und *selektiven Kodieren* (exemplarisch in Tabelle 1) der *GTM* und wurde durch *Memos* ergänzt (Strauss & Corbin, 1996; Döring & Bortz, 2016): Beim *offenen Kodieren* wurden die Texte in kleine Sinneinheiten segmentiert und W-Fragen an diese herangetragen, um erste theoretische Konzepte und induktive Kodes zu generieren. Das selektive und offene Kodieren wurde bei Erreichung *Theoretischer Sättigung* beendet (Döring & Bortz, 2016). Beim *axialen Kodieren* wurden die gebildeten Kategorien textübergreifend in Relation gesetzt und nach Gemeinsamkeiten sowie Unterschieden hinsichtlich Bedingungen, Handlungskontext und Konsequenzen weiter verdichtet. Beim selektiven Kodieren wurden die Kodes zu Dimensionen verdichtet, indem axiale Kodierungen verschiedener Texte miteinander verglichen, interpretiert, abgegrenzt und spezifiziert wurden.

Tab. 1: Beispiel zum Kodierprozess der Dimension „Herausforderungen“

	Offenes Kodieren	Axiales Kodieren	Selektives Kodieren
Kodierleitfragen (reduziert nach Keller, 2011b, S.106)	W-Fragen	„Welche Bedingungen gibt es für die (...) Ereignisse?“	„Welche Phänomene werden wieder und wieder in den Daten gespiegelt?“
„Der Beanspruchungszunahme stationärer jugendpsychiatrischer Behandlungen steht eine gegenläufige Entwicklung bei den somatisch begründeten Klinikaufenthalten gegenüber.“ (T09)	Veränderung der Klientel	Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen	Herausforderungen im Kontext SfK - KJP
„Dabei haben Lehrer einen sehr mächtigen Gegner: Mehr als biologisch orientierte Psychiater sind Krankenkassen an Kriseninterventionen und kurzen Belegungszeiten interessiert.“ (T15)	Verringerte Aufenthaltsdauer (durch Ambulantisierung)		
„Beispielsweise wird die pauschale Etikettierung „Verhaltensauffälligkeit“ zur Leerformel, wenn jugendpsychiatrische Differentialdiagnostik mehrere Krankheitsbilder in Betracht kommen lässt (...) Jede der Diagnosen erfordert didaktisch ein spezifisches, mitunter konträres Vorgehen.“ (T09)	Ausdifferenzierung Krankheitsbilder (und neue Diagnosesysteme)		
„Vor dem Hintergrund der UN-Konvention (...) muss sich auch die Schule für Kranke fragen, welche Anpassungen nötig sind, um in einer sich verändernden Bildungswelt nicht den Anschluss zu verlieren.“ (T10)	Inklusionsbedingungen	Politische Rahmenbedingungen	
„(...)werden die Empfehlungen der Kultusministerkonferenz entweder nicht oder inhaltlich recht unterschiedlich umgesetzt. Die Schulen unterscheiden sich deutschlandweit hinsichtlich ihrer Bezeichnungen und Organisationsformen.“ (T02)	Umsetzungsunterschiede wegen fehlender Verordnungen		
Textstelle / Äußerung		→ Verdichtung hin zu Dimension	

Abschließend wurden Deutungsmuster entlang der jeweiligen Dimensionen rekonstruiert. Dabei wurden Textstellen der gefundenen Dimensionen einer Sequenzanalyse unterzogen, indem im Hinblick auf die Untersuchungsfragen Interpretationshypothesen aufgestellt, anhand weiterer Textstellen und Memos und unter Einbezug von Theorien überprüft und schließlich verworfen oder präzisiert wurden (Keller, 2011b, S. 109f.).

Zur Schaffung von Intrakoderreliabilität wurden Kodierungen mit zeitlichem Abstand mehrfach geprüft. Zur Erhöhung der Interkoderreliabilität wurden alle Schritte jeweils von zwei Kodierer*innen durchgearbeitet. Bei Differenzen wurden diese diskutiert und gemeinsam entschieden (Döring & Bortz, 2016).

3 Ergebnisse

Im Forschungsprozess wurden drei, sich teilweise überschneidende Diskurse identifiziert, die die grundlegende Konstitution des Diskursfeldes PbK in der ZfH darstellen (Forschungsfrage 1) (Abbildung 2):

- *Diskurs A: „(Selbst-)Verständnis der PbK auf Basis der Begründung der Existenz der Schulen für Kranke“ (am Beispiel der KJP),*
- *Diskurs B: „Pädagogische Ausbildung im Kontext von psychischen Erkrankungen“ und*
- *Diskurs C: „Hegemonialer Diskurs zwischen Sonderpädagogik und Psychiatrie“*

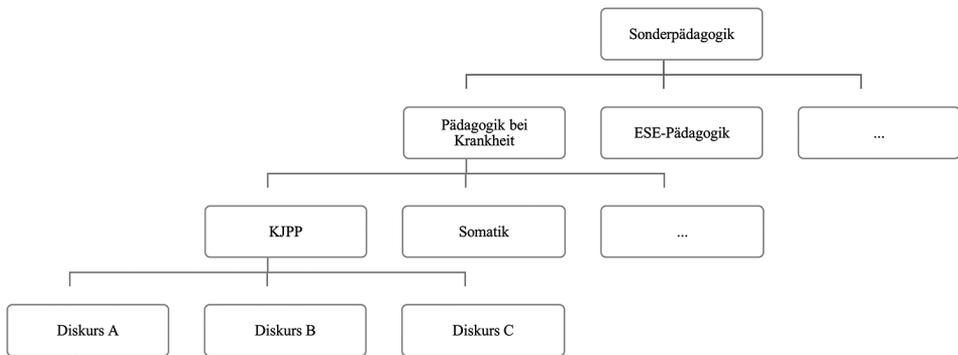


Abb. 2: Ergebnisse: Diskurs A, B, C im Feld der PbK. Eigene Darstellung

Die Grobanalyse zeigte, dass alle drei Diskurse Aspekte eines Verständnisses (Forschungsfrage 2) von PbK beinhalten. Diskurs A fokussiert dabei vorrangig die Existenz der Institution „SfK“, welche mit der Relevanz der Bildungsteilhabe erkrankter Kinder und Jugendlicher und daraus abgeleiteter Aufgaben und Ziele begründet wird. Diskurs B umfasst Elemente der Qualifizierung und Professionalisierung für PbK mit dem Kernpunkt der Existenz der SfK, indem vorrangig die unzureichende Ausbildung für dort tätige Lehrkräfte thematisiert wird. In Diskurs C werden disziplinäre Abgrenzungen zwischen Sonderpädagogik und Psychiatrie aufgegriffen, wobei hier die Ko-Existenz von SfK und KJP Kernthema ist.

Aufgrund starker Überschneidungen der Diskurse B und C mit Diskurs A (hinsichtlich der Existenz der SfK), wird die Feinanalyse der Tiefenstruktur von Diskurs A anhand von 20 Artikeln (Tab. 2) im vorliegenden Artikel fokussiert. Dies gründet zudem darin, dass sich in Diskurs A auch Antworten auf Forschungsfrage (3) – nach zugrundeliegenden Wissensformen über Notwendigkeiten und Unterstützungsleistungen – finden. Diese konnten sowohl aus den Subjektpositionen, als auch den Dimensionen Herausforderungen, Aufgaben und Zuständigkeiten sowie Handlungsimplicationen herausgearbeitet werden. Diskurse B und C werden an anderer Stelle von den Autor*innen weiter bearbeitet.

Tab. 2: In die Feinanalyse „Diskurs A“ einbezogene Artikel

	Titel in der Zeitschrift für Heilpädagogik
T01	Castello, A. & Pülschen, S. (2018). <i>Unterricht an Klinikschulen in Schleswig-Holstein</i>
T02	Fesch, K. & Müller, T. (2014). <i>Schule für Kranke in Deutschland – zur heterogenen Situation der Bundesländer im Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen</i>
T03	Haep, A., Weber, P.A., Steins, G. & Brendgen, A. (2010). <i>Eine Evaluation von Unterricht mit kranken Kindern und Jugendlichen und ihre Implikationen</i>
T04	Hirsch-Herzogenrath, S. & Schleider, K. (2010). <i>Reintegration psychisch kranker Schülerinnen und Schüler in die Allgemeine Schule aus Sicht der Schulen für Kranke – empirische Befunde</i>
T05	Huber, A. (2014). <i>Inklusiver Unterricht bei drogenabhängigen Schulabbrechern in einer Klasse für Kranke während einer stationären Langzeittherapie</i>
T06	Janschewski, J., Berens, P. & Käppler, C. (2014). <i>Psychisch belastete Kinder und Jugendliche im Schulkontext – eine empirische Analyse schulischer Problemlagen anhand von Schulakten einer Klinikschule</i>
T07	Lange, J.M. (1982). <i>Krankenpädagogik</i>
T08	Lange, J.M. (1984). <i>Die Schule für Kranke</i>
T09	Oelsner, W. (2013). <i>Die Schule für Kranke: Wie sie wurde, was sie ist – und was sie sein könnte, wenn sie es sein dürfte</i>
T10	Piegsda, F., Link, P.-C. & Rossmannith, K. (2020). <i>Eine Schule für besondere Lebenslagen auf Zeit – Schulische Zentren für Pädagogik bei Krankheit im Kontext von Transitions- und Inklusionsprozessen</i>
T11	Rohde, S. & Reb, L. (2011). <i>Essgestörte Patienten in der Schule für Kranke</i>
T12	Schleider, K. & Hirsch-Herzogenrath, S. (2009). <i>Strukturelle und funktionale Merkmale der Schulen für Kranke unter besonderer Berücksichtigung der Beschulung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher – eine empirische Untersuchung</i>
T13	Schmidt-Kob, A. & Falkenroth, U. (1995). <i>Aus dem Alltag einer Schule für Kranke</i>
T14	Schmidt-Kob, A. & Schöllchen, TU. (1991). <i>Esther – Schülerin einer Schule für Kranke</i>
T15	Schmitt, F. (1997). <i>Schule für Kranke. Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Merkmal professioneller Handlungsfähigkeit von Lehrern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie</i>
T16	Seebach, B. (2008). <i>„Ist ja irre?!“ - Psychisch kranke Kinder und Jugendliche in der Schule</i>
T17	Welling, V., Weber, P.A. & Steins, G. (2011). <i>Ein Reintegrationskonzept für Kinder und Jugendliche mit schulischen Problemen oder Schulvermeidung aus der Psychiatrie in die Schule</i>
T18	Wertgen, A. (2009). <i>Auf den Übergang kommt es an! Pädagogisch begleitete Schulrückführung als Angebot der Schule für Kranke für Schüler nach einem Psychiatrieaufenthalt</i>
T19	Wertgen, A. (2012a). <i>Schule als Chance. Kinder und Jugendliche mit schulvermeidendem Verhalten in der Schule für Kranke</i>
T20	Wertgen, A. (2012b). <i>Welchen Beitrag können Schulen für Kranke zur schulischen Reintegration von Kindern und Jugendlichen mit schulvermeidendem Verhalten leisten?</i>

In *Diskurs A*: „(Selbst-)Verständnis der PbK auf Basis der Begründung der Existenz der Schulen für Kranke“ fungieren, wie die Diskursarena bereits vermuten ließ, Wissenschaftler*innen aus Pädagogik, Sonderpädagogik, Psychologie und Medizin sowie Praktiker*innen aus SfK und KJP als Sprecher*innen, dabei liegt der Anteil der pädagogischen Wissenschaftler*innen

etwas höher. Lediglich in einem analysierten Artikel kommen S*S oder Eltern indirekt durch Befragungen zu Wort (T03).

Während in den 1980er und 1990er-Jahren der Diskurs noch geprägt ist durch Fall- und Alltagsbeschreibungen der SfK (T07, T08, T13, T14), verändert sich die Materialität des Diskurses dahingehend, dass empirische Studien durchgeführt werden (T01, T03, T17). Diskurs A hat sich inhaltlich kaum, lediglich gemäß Veränderungen im Gesundheitssystem, weiterentwickelt. So lag der Arbeitsschwerpunkt der SfK in den 1980ern noch in der Somatik, heutzutage rückt die Zusammenarbeit mit der KJP in den Hauptfokus.

3.1 Phänomenstruktur

Die inhaltliche Analyse der Äußerungen zeigt die Anlage des Diskurses in Form einer *Phänomenstruktur* (Keller, 2011a). Dieses Konzept bezieht ein, dass Diskurse in der Anordnung ihres Themas die gefundenen Dimensionen (Schlüsselkategorien) „zu einer spezifischen Gestalt, einer Phänomenkonstellation verbinden“ (S. 248). Tabelle 3 gibt einen Überblick über die aufgefundenen Dimensionen und deren inhaltliche Ausdifferenzierung. Nachfolgend werden zentrale Ergebnisse exemplarisch beschrieben und erläutert. Sich daraus ergebende Deutungsmuster werden im darauffolgenden Kapitel diskutiert.

Tab. 3: Phänomenstruktur Diskurs A

Dimension	Unterkategorie	Ausdifferenzierung
Subjektpositionen (3.1)	S*S als	Opfer ihrer Krankheit
		Hilfsbedürftige
	Eltern als	Kooperationspartner*innen
		Beratungsbedürftige
	Peers an SfK als	mitfühlende Genesungsbeteiligte
	Lehrkräfte der „Heimatschulen“ als	Kooperationspartner*innen
Beratungsbedürftige		
Klinikpersonal als	Kooperationspartner*innen	
Herausforderungen (3.2)	Reintegration	für S*S
		für beteiligte Stakeholder
	Unterricht	für LK an SfK bezüglich Didaktisierung, Adaption bzgl. Krankheitsbild
	Politische Rahmenbedingungen	Inklusionsbestrebungen
		Heterogene Verordnungen und Klassifikationen
		Ressourcenknappheit
	Empirische Rahmenbedingungen	Fehlende Systematisierung und Evaluation
Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen	Veränderung der Klientel	
	Verringerte Aufenthaltsdauer (durch Ambulantisierung)	
	Ausdifferenzierung Krankheitsbilder (und neue Diagnosesysteme)	

Aufgaben und Zuständigkeiten (3.3)	Passung zwischen Angebot und Bedürfnis	Individualisierung des Unterrichts
		Sicherheit, Stabilität, „Normalität“
		SEL (auch L-S-B)
	Umsetzung des Rechts auf Bildung	Separierend
		Inklusiv
		Ziel: Reintegration
Ergänzung der KJP	Pädagogische Diagnostik	
	Kooperation	
Handlungsimplicationen (3.4)	Erweiterte Zuständigkeit	Prä- und Poststationäre Beschulung
		Beratungszentrum
	Prozessstrukturierung	Systematisierung und Evaluation
		Rückschulung
		Qualitätsstandards

3.1.1 Subjektpositionen

Ein zentrales Element der Phänomenstruktur stellen Subjektpositionen dar. Dies sind Positionierungen sozialer Akteur*innen durch die Sprecher*innen (Autor*innen) im Diskursfeld (Keller, 2011a).

Psychisch erkrankte S*S werden im vorliegenden Diskurs häufig defizitorientiert als Opfer ihrer Krankheit, die „sich in einer erschwerten Lebenssituation befinden“ (T08, S. 36) und sich „als besonders verletzlich“ (T18, S. 310) erleben fremdpositioniert (Keller, 2011a). Darüber hinaus werden sie als hilfs- und förderbedürftige Personen dargestellt, die „ihren Alltag nicht mehr ohne Hilfe gestalten“ (T02, S. 55) können. Zudem wird häufig wiederholt, dass die Reintegration nach dem Besuch der SfK für die S*S „eine hohe Belastung“ (T10, S. 68) darstellt, in der sie unterstützungsbedürftig sind. Die Belastungen sind dabei weitreichend und gehen „in der überwiegenden Mehrheit mit schulischen Problemen“ (T10, S. 375) einher oder zeigen sich auch darin, „der Schule zeitweise oder dauerhaft fern zu bleiben“ (T20, S. 224).

Gemäß der Positionierung der S*S werden weitere Akteur*innen im Diskursfeld als Unterstützer*innen der S*S positioniert.

Anderen Akteur*innen, wie den Peers an der SfK, wird eine wichtige Position im Genesungsprozess und bei der „Erfahrung, mit der eigenen Erkrankung nicht allein zu stehen“ (T02, S. 57), zugeteilt. Sowohl den Eltern als auch den Lehrkräften der (Re-) Integrations-schulen wird die Position der Kooperationspartner*innen der SfK zugewiesen (T01; T18), die aber auch Beratung benötigen (T04; T18). Auch die Fachkräfte der Klinik werden als Kooperationspartner*innen im Unterstützungsprozess beschrieben (T15).

3.1.2 Herausforderungen

Als Herausforderungen (Problembereiche) im Diskursfeld finden sich Reintegration (synonym zu Rückschulung oder Transition verwendet), Unterricht, politische, empirische und gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen. Die Reintegration der S*S nach Klinikentlassung stellt dabei einen wesentlichen Problembereich dar, da diese „insgesamt häufig problematisch verläuft“ (T04, S. 352) und für befragte S*S und ihre Eltern teilweise „nicht gut vorbereitet“ (T03, S. 411) erscheint. Diese Ausdifferenzierung der Herausforderung ist eng verwoben mit der Hilfsbedürftigkeit der S*S, so heißt es bspw.: „Der Übergang aus

der psychiatrischen Klinik und der Schule für Kranke in die Stammschule (...) stellt einige Schüler vor Herausforderungen, die sie ohne pädagogische Unterstützung kaum bewältigen können“ (T19, S. 308).

Der Unterricht stellt für Lehrkräfte eine didaktische Herausforderung dar, da spezifische Krankheitsbilder spezifische pädagogische Maßnahmen erforderlich machten (T05, T11, T20). „Lernziele, methodische Variationen und Unterrichtsinhalte sollen so gewählt werden, dass die krankheitsbedingte, individuelle Lernsituation (...) berücksichtigt wird.“ (T01, S. 328).

Hinsichtlich gesundheitsökonomischer Rahmenbedingungen werden die „wesentlich frühere[n] Klinikentlassungen“ (T09, S. 272) als große Herausforderung für SfK und ihre S*S angesehen, da gerade im Bereich der psychischen Erkrankungen „die Belastungsfähigkeit zum Besuch der Allgemeinen Schule keineswegs immer mit dem Datum der stationären Entlassung identisch“ ist (T09, S. 276). Zudem verändere sich die Klientel von Somatik hin zu KJP, und somit die Anforderungen durch die Patient*innen (u.a. T10).

Auch Unklarheiten bezüglich politischer Rahmenbedingungen der SfK werden problematisiert. Dazu gehört beispielsweise „die erhebliche Heterogenität der bestehenden Verordnungen für diese Schulart“ (T02, S. 50), die „(i)m Schnitt ... etwa zehn Jahre alt“ (T02, S. 52) sind. Aber auch unterschiedliche Klassifikationen der SfK als „Sonderschule“ (T08, S. 38), als „Schule eigener Art“ (T09, S. 277), als „Durchgangsschule“ (T18, S. 310) halten Unklarheiten aufrecht. Im Hinblick auf die Begleitung der (Re-) Integration sowie auch die Beratung und Nachsorge werden außerdem zu wenige Ressourcen an SfK bemängelt (T10; T20). Auch die aktuellen Inklusionsentwicklungen, wie die politischen Vorgaben zur Inklusion und die geforderte Abschaffung der Förderschwerpunkte stellen eine Herausforderung für die Existenz der (separierenden) SfK dar (T02; T10), auf die die Sprecher*innen vorwiegend mit einer Rechtfertigungshaltung reagieren.

Hinsichtlich des Verständnisses von PbK und der Begründung der Relevanz des eigenen Handelns wird das Problem fehlender Empirie im Handlungsfeld thematisiert, so heißt es: „Ohne wissenschaftliche Fundierung gehen in den Schulen für Kranke gesammelte Erfahrungen (...) verloren“ (T10, S. 60).

3.1.3 Aufgaben und Zuständigkeiten

Für Aufgaben und Zuständigkeiten der SfK werden insbesondere die Passung zwischen pädagogischem Angebot und Bedürfnis der S*S, der Ergänzung der KJP und der Therapien sowie – alle Handlungen umfassend – die Umsetzung des Rechts auf Bildung trotz/bei Krankheit verstanden. Hierbei werden im Diskurs auf jegliche Problemdimensionen Antworten und mögliche Lösungen durch die SfK bereitgehalten. So wird unter Bezugnahme der Fremdpositionierung der S*S als Opfer ihrer Krankheit die SfK als die geeignete Möglichkeit präsentiert, diese S*S „gemäß der individuellen gesundheitlichen Situation“ (T01, S. 328) „in einem geschützten Rahmen und in ihrem eigenen Tempo ... individueller, differenzierter, schulartübergreifend“ (T10, S. 62) zu unterrichten. Neben Individualisierung wird die Passung der SfK zur Situation der S*S auch durch die „überschaubare Gruppengröße“ (T02, S. 57), durch Unterstützung in der „Entwicklung sozial-emotionaler Kompetenzen“ (T02, S. 54) und durch die „Berücksichtigung der Beziehungsebene“ (T09, S. 274) sowie durch das Bieten von „Sicherheit und Stabilität und ... Normalität“ (T02, S. 57) begründet. Die sich wiederholende Beschreibung einer geeigneten Passung der SfK zu den Bedürfnissen der S*S, „die an einer Allgemeinen Schule nicht ermöglicht werden kann“ (T02, S. 56), kann als eine zentrale Begründung der Existenz der SfK im Kontext der KJP herausgearbeitet werden.

Ergänzend zu den inhaltlichen und methodischen Passungen wird auch die räumliche Passung immer wieder genannt. Demnach stellt die SfK eine „alternative Möglichkeit dar, welche durch Verlegung an eine weit entfernte Spezialklinik unentbehrlich“ (T10, S. 61) wird.

Die Umsetzung des Rechts auf Bildung und Erziehung und damit der Erhalt einer „Kontinuität in der Bildungsbiografie“ (T04, S. 351) stellt einen zentralen Punkt im (Selbst-)Verständnis der SfK dar. Die Ermöglichung schulischer Teilhabe ist hierbei zentral, indem die SfK einen „Wiedereinstieg in schulisches Lernen“ (T20, S. 228) ermöglicht und schulische wie soziale Reintegration als zentrales Ziel gilt (T08). Hinsichtlich der Inklusionsentwicklungen wird stetig das Wissen reproduziert, dass es hilfreich sein kann, „für eine bestimmte Zeit separiert zu werden, um später bessere Chancen auf eine erfolgreiche Reintegration“ (T10, S. 68) zu haben und, dass die SfK eine gute Möglichkeit bietet, „Teilhabe an einer kleineren Gemeinschaft zu ermöglichen, um auf das Leben in größerer Gemeinschaft vorzubereiten“ (T02, S. 56).

Darüber hinaus wird als Aufgabenfeld die Ergänzung der KJP argumentiert. So wird beschrieben, dass die SfK durch ihre pädagogische Sichtweise und pädagogische Diagnostik „zur Ergänzung der medizinischen und psychologischen Befunde“ (T01, S. 328) beiträgt. Die SfK wird als „protektives Erprobungsfeld“ (T09, S. 273) für die KJP beschrieben, wobei vielfach eine enge „interdisziplinäre Kooperation als ein geradezu konstitutionelles Merkmal“ (T15, S. 447) der SfK beschrieben wird. Dieses Verhältnis zur KJP wird dabei unterschiedlich gewertet, so kann dies zu verstärkter Abhängigkeit und Medizinalisierung der Pädagogik beitragen, indem Lehrkräfte an SfK ihren Aufgabenbereich auch im therapeutischen Bereich sehen (T04), aber „nicht primär therapeutische Ziele“ (T09, S. 275) verfolgen sollten.

3.1.4 Handlungsimplicationen

Für bisher nicht gelöste Probleme können im Diskurs Handlungsimplicationen auf Ebene von Prozessoptimierung und Erweiterung der Zuständigkeiten gefunden werden. Als Lösung für die problematische Reintegration aufgrund frühzeitiger Klinikentlassungen werden systematisierte Vorgehensweisen verstanden (T04; T17; T18). Außerdem wird ein Auftrag der SfK für eine Nachsorge im Anschluss an den Besuch der SfK (T10) gefordert. Im Diskurs wird zudem die Erweiterung der SfK zu Beratungszentren als Lösung zur Nachsorge verstanden (T09; T10). Zudem wird betont, dass für ein besseres Verständnis die „Vorschriften hinsichtlich spezieller Fragestellungen ... differenzierter ausgearbeitet werden“ (T02, S. 57) und eine „sukzessive Entwicklung störungsspezifischer Standards“ (T01, S. 332) vorangetrieben werden sollte.

3.2 Deutungsmuster

Die diskursanalytische Auswertung von Memos, Kommentaren, unter Ergänzung von Sequenzanalysen von Textabschnitten (Keller, 2011b) zeigt, dass dem (*Selbst-*) *Verständnis der PbK auf Basis der Begründung der Existenz der Schulen für Kranke* (Diskurs A) drei Deutungsmuster zugrunde liegen, welche in der Diskussion (Kap. 4.1) eingeordnet werden:

- Krankheit als Bürde
- Einzigartigkeit des Menschen
- Unumgänglichkeit von Bildung

Diese ließen sich auch innerhalb der Phänomenstruktur erkennen. So konnte hinsichtlich der Positionierung der S*S als Opfer ihrer Krankheit und Hilfsbedürftige das Deutungsmuster *Krankheit als Bürde* rekonstruiert werden. Krankheit wird im Diskurs vorrangig pathologisch, als Not und Dürftigkeit sowie dichotom als Gegenpol der Gesundheit gedeutet, mit

der Konsequenz, der eigenen Rolle als S*S nicht mehr gerecht zu werden (Hurrelmann & Richter, 2013), sodass Hilfestellungen durch die besondere Schultart SfK notwendig werden. Lediglich ein Text nimmt eine Gegenposition zu dieser Deutung ein, indem betont wird, dass „Erkrankung aus medizinischer Sicht (...) nicht zwangsläufig auch einen schulischen Unterstützungsbedarf“ bedeutet (T06, S. 375).

Die besondere Unterstützung der S*S ist eng verzahnt mit einem zweiten Deutungsmuster, der *Einzigartigkeit des Menschen*. Hier zeichnet sich eine oftmals in der Sonderpädagogik vertretene Deutungsweise ab, der die Auffassung zugrunde liegt, dass Anpassung des Unterrichtsgegenstandes – gerade in Bezug auf Heterogenität – grundsätzlich eine passende Lösung darstellt (Hänsel & Schwager, 2003). Dieses Deutungsmuster zeigte sich vorrangig in der Argumentation der Individualisierung als Lösungsformel zur Wendung der Not, derer die SfK in besonderem Maße gerecht werden könne.

Ein weiteres Deutungsmuster ist die *Unumgänglichkeit von Bildung*, welches auch gesellschaftliche und fachwissenschaftliche Diskurse zu Erziehung und Pädagogik innehaben und so im Artikel 24 der UN-Behindertenrechtskonvention als Recht behinderter Menschen auf Bildung festgeschrieben ist. So soll den S*S trotz ihrer Erkrankung und stationären Behandlung das Recht auf Bildung und Teilhabe ermöglicht werden, was sich besonders aus Aufgaben und Zuständigkeiten sowie Handlungsimplicationen der SfK ableiten ließ.

4 Diskussion

Nachfolgend werden die Deutungsmuster, die sich aus der Struktur des Diskurses ableiten ließen, nochmals kritisch eingeordnet und Forschungsfrage 4 theoretisch bearbeitet.

4.1 Einordnung der Deutungsmuster

Krankheit als Bürde: Aus diesem Deutungsmuster ist eine Wissensform der Sprecher*innen (und vice versa) in den Texten erkennbar, dass S*S durch die Krankheit stark belastet sind und ihrer Rolle als S*S im Regelsystem nicht mehr gerecht werden (Hurrelmann & Richter, 2013). Fraglich bleibt, ob möglicherweise S*S hierdurch auf das Pathologische und auf die Rolle als Patient*innen reduziert werden. Dies scheint eng damit verknüpft, dass die SfK Schwierigkeiten hat, unabhängig von der KJP ein Selbstverständnis zu entwickeln und sich gar als „Ergänzung“ dieser verstehen (Bakels, 2020; Myschker & Stein, 2018). Als die beste Möglichkeit zur Wendung der Not dieser S*S wird sodann eine Beschulung und Unterstützung durch die SfK argumentiert. Konkret würde diese durch die SfK vor allem durch die Adaptivität des Unterrichts unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes umgesetzt. Hier weist die sich wiederholende Beschreibung einer geeigneten Beschulung an der SfK der S*S und die Betonung der Nicht-Passung der Allgemeinen Schule zu deren Bedürfnissen auf einen machtvollen und normativen Diskurs hin, welche Profession für „kranke“ S*S zuständig sei.

Adaptivität und Individualisierung des Unterrichts sind auch eng verknüpft mit dem Deutungsmuster der *Einzigartigkeit des Menschen*: Dieser sonderpädagogischen Deutungsweise liegt der Gedanke zugrunde, dass Anpassung des Unterrichtsgegenstandes eine passende Lösung darstellt (Hänsel & Schwager, 2003). Neben dieser positiven Würdigung von Heterogenität und der Lösung der Individualisierung stellt sich die Frage, ob Individualisierung tatsächlich für alle S*S in jeder Situation die geeignete Lösung darstellt, oder ob für die Vorbereitung auf die gesellschaftliche Realität und das Leben in Gemeinschaft nicht möglicherweise auch andere Maßnahmen zielführender sein könnten (Klomfaß & Moldenhauer,

2018). Für die Entwicklung sozio-emotionaler Kompetenzen von S*S ist auch in die Interaktion in Gruppen bedeutsam, weshalb eine Erweiterung des Einzelunterrichts um kooperative Lernformen sinnvoll sein könnte. Zur Unterstützung einer erfolgreichen Reintegration könnte möglicherweise die Stärkung der Fähigkeit, wieder an Klassenunterricht teilzunehmen, beitragen – erprobte Konzepte dazu sind jedoch noch wenig dokumentiert.

Unumgänglichkeit von Bildung: Dieses Deutungsmuster hat sich bereits in Konventionen (BRK) stabilisiert und findet sich nicht ausschließlich im vorliegenden Diskurs. Hinter diesem Deutungsmuster können jedoch verschiedene Ausprägungen liegen. Einerseits kann hier die Bedeutung von Bildung als Chance und als „Normalität“ sowie Teil des Genesungsprozesses zugrunde liegen, da Bildungsprozesse des Subjekts auch ein emanzipatorisches Potenzial zukommt (Langnickel, 2022). Es widerspricht jedoch der vorgefundenen dichotomen Deutungsweise von Krankheit im Diskurs. Gleichzeitig zeigt es das Dilemma im Bereich der PbK auf, denn andererseits können mit Bildung vorrangig gesellschaftliche Interessen verfolgt werden. So bestehen beispielsweise laut der strukturfunktionalistischen Schultheorie nach Parsons und Fend zentrale Ziele von Schule darin, das Berufs-, Beschäftigungs- und politische System einer Gesellschaft zu reproduzieren (zit. n. Blömeke & Herzig, 2009, S. 17–18), würde bezogen auf das Ziel der SfK - eine schnellst- und bestmöglichen Reintegration der S*S ins allgemeine Schulsystem bedeuten. Wichtig bliebe hier der Blick auf die Bedürfnisse der S*S und das Kindeswohl mit einem flexiblen Beschulungskonzept entlang eines Gesundheits-Krankheitskontinuums (bspw. gemäß Antonovsky).

4.2 Verständnis von PbK und ESE

Bezogen auf unsere vierte Forschungsfrage „Welche Überschneidungen und Abgrenzungen finden sich zwischen PbK und ESE-Pädagogik?“ sollen hier die Ergebnisse der WDA (Kap 3) und Skizzierungen (1.2.2) in Verbindung zueinander betrachtet werden. Sowohl das hier skizzierte Verständnis der ESE-Pädagogik, als auch das Herausgearbeitete der PbK fußen im Kern auf dem sonderpädagogischen Dilemma, dass „(d)ie immer schon vorweggenommene eingeschränkte Autonomie der Klientel (...) auf der Seite der Professionellen den Stellvertreterhabitus“ verstärkt (Moser, 2005, S. 88). Hier zeigt sich eine zentrale Überschneidung innerhalb beider Verständnisse hinsichtlich einer Bedürftigkeit der S*S und sich daraus ergebender Wissensstrukturen, Handlungsformen und Institutionalisierungen. Diesbezüglich weisen historische Forschungen im übergreifenden sonderpädagogischen Diskurs bereits nach, dass die Bestimmung der jeweiligen Klientel immer auch Voraussetzung für die Hervorbringungen neuer (außer)schulischer Institutionen und somit der Etablierung der eigenen wissenschaftlichen Disziplinen und Profession war. Der FSP ESE konnte dabei länderübergreifend auf das Hervorgehen eigenständiger Schulstandorte und Hochschulinstitutionen verweisen, wobei hinsichtlich der PbK schulisch stets ein Flickenteppich bestand (und bis heute besteht) und bisher noch keine Schärfung der wissenschaftlichen Disziplin und Ausbildung stattgefunden hat.

Das Fehlen (wissenschaftlich evaluierter) pädagogischer Maßnahmen konnte im Verständnis der PbK (Kap. 3.1.2) als eine Herausforderung herausgearbeitet werden. Der Argumentation folgend, dass die Klientel der ESE-Pädagogik eine Überschneidung mit der der KJP habe, jedoch nicht deckungsgleich sei, könnte es sein, dass die ESE-Pädagogik durch wissenschaftliche Forschung bereits eine Vielzahl gut evaluierter sonderpädagogischer Interventionen und didaktischer Maßnahmen für die PbK vorhalten könnte. Nichtsdestotrotz bleibt der Bedarf der Schärfung des Profils der PbK, beispielsweise durch die Schaffung eigener

Systematisierungen von Wissen und damit einhergehend eigener Qualifikationen, auch wegen der Abgrenzungsproblematik zur KJP (Kap. 3.1.3) bestehen. Durch Systematisierung des eigenen Wissens könnten Akteur*innen der PbK noch besser ihre Expertise hinsichtlich der Beschulung diagnostizierter psychischer Erkrankungen in Akutphasen, und damit einhergehend fundiertes Wissen um einzelne Krankheitsbilder, für die ESE- aber auch die Allgemeine Pädagogik bereithalten.

Weitere Verzweigungen der Verständnisse zeigen sich in den Zielen des pädagogischen Handelns „Individualisierung“ und „Unumgänglichkeit von Bildung“. In beiden Professionsverständnissen scheint Individualisierung als grundsätzliche, im Unterricht mit psychisch belasteten S*S zu erfüllende Aufgabe angesehen zu werden. Zudem ist die *Unumgänglichkeit von* und das Recht auf *Bildung*, darüber hinaus auch Teilhabe in beiden Verständnissen zentral. Dieses Recht soll den S*S durch die SfK ermöglicht werden, indem sie zeitweise separiert und nach dem Besuch der SfK wieder erfolgreich in eine andere Schule (re-) integriert werden. Auch Schulen des FSP ESE sollen, wie SfK, als Durchgangsinstitutionen fungieren (KMK, 2000).

5 Limitationen und Ausblick

Die durchgeführte WDA beschränkte sich auf Beiträge aus der ZfH. Dadurch fällt der Datenkorpus verhältnismäßig klein aus, was die Übertragbarkeit (externe Validität) einschränkt. Die Auswahl dieser Diskursarena verlief jedoch kriteriengeleitet aufgrund von Reichweite (hohen Auflagezahlen), ihrer Verbindung zwischen Theorie und Praxis in der Heilpädagogik sowie der großen Zeitspanne, über die sie bereits besteht, was eine Übertragbarkeit im sonderpädagogischen Kontext erhöhen könnte. In zukünftigen Studien könnten die Ergebnisse anhand von Beiträgen in anderen Zeitschriften überprüft werden.

Hinsichtlich des Forschungsprogramms der WDA ist zu beachten, dass diese Art der Methodik keineswegs außerhalb der kollektiven Wissensordnung stattfindet. Ergebnisse der Diskursanalysen lassen sich selbst wieder als Aussagen eines Diskurses untersuchen und deuten, da sie selbst Teil spezifischer Wissensordnungen sind (Keller 2011b). Darüber hinaus stellen WDA und GTM interpretative Vorgehen dar. Um die Bestätigbarkeit sowie die Vertrauenswürdigkeit (interne Validität) und Zuverlässigkeit im Sinne einer Reliabilität zu erhöhen, wurden die Forschungsschritte dicht dokumentiert und jeweils mehrfach und von mehreren Forschenden (Intra- und Interkoderreliabilität) durchgeführt (Lincoln & Guba, 1985 zit. n. Döring & Bortz, 2016).

Insgesamt wird deutlich, dass im Diskurs vorrangig Wissenschaftler*innen und Praktiker*innen S*S an SfK fremdpositionieren. Sie selbst kommen dabei, auch der Materialität des Diskurses geschuldet, nicht oder nur indirekt zu Wort. Diesbezüglich könnten zukünftig Schüleräußerungen, z. B. über Schülerzeitungen, diskursiv untersucht werden, um die Perspektive der S*S einzubeziehen. Außerdem sollten zukünftige Forschungsprojekte im Kontext PbK partizipativ gestaltet werden, um S*S zu Sprecher*innen werden zu lassen.

Aufgrund der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, des Paradigmenwechsels in der PbK von Somatik hin zu KJP und komplexer Psychosomatik sowie der Überschneidungen hinsichtlich der Klientel (ESE – KJP) beschränkt sich die durchgeführte WDA auf die PbK an KJP. Eine umfassendere Analyse, in die auch Beiträge zu somatischen Erkrankungen einbezogen werden, wird aktuell von der Projektgruppe geplant. Ebenfalls stehen ausführliche Analysen von Diskurs B (*Ausbildung von Lehrkräften der Schule*

für Kranke) und Diskurs C (*Hegemonieansprüche von (Sonder-) Pädagogik und Psychiatriel/ Medizin*) aus, die dem Gesamtdiskurs um ein „Verständnis“ von PbK zuträglich sind. Dabei könnten auch historische Veränderungen im Diskursfeld und Bedarfe einer eigenen Hochschuldisziplin PbK fokussiert werden.

Wenngleich ein aktuelles Positionspapier aus der Fachrichtung Pädagogik bei Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung zur Beantwortung der vierten Fragen im Theorieteil und der Diskussion einbezogen worden ist, so handelt es sich erstens dabei um eben nur ein Positionspapier und es stellt sich die Frage, ob dieses ausreichend die Pädagogik bei Beeinträchtigungen der emotionalen und sozialen Entwicklung repräsentiert, da es zweitens eine Vertretung bestimmter Interessen und die Zusammenführung von Argumenten und normativen Setzungen der ESE-Dozierenden an Hochschulen darstellt.

6 Fazit

Erstens ist deutlich geworden, dass der PbK-Diskurs in der ZfH im Verständnis, basierend auf der Begründung der Existenz SfK (A), wurzelt und sich zudem in die Diskurse (B) Professionalisierung im Kontext PbK und (C) Disziplinäre Abgrenzung von Sonderpädagogik und KJP aufgliedert. Die Wissensformen und Handlungsstrukturen haben sich dabei in der SfK institutionalisiert, mit je landestypischen Unterschieden hinsichtlich des Rechtsstatus und der praktischen Ausgestaltung. Notwendigkeiten, Herausforderungen und Wissensformen basieren auf Praxisberichten dieser Schulform, gleichzeitig werden Handlungsimplicationen abgeleitet, die wieder eine Begründung der Aufrechterhaltung und Existenz der SfK darstellen. So entwickeln sich *zweitens* neue Wissens- und Handlungsmuster ebenfalls vorrangig aus der Institution SfK heraus.

Hier ist *drittens* festzuhalten, dass es auf Hochschulebene noch keine Form der Institutionalisierung der PbK gibt. Die Identität und das Verständnis des Fachgebiets fußen in allen drei gefundenen Diskursen vorrangig auf der Praxis an SfK. Möglicherweise ist dieses Fehlen einer wissenschaftlichen Fachrichtung der Grund dafür, dass das disziplinäre Verständnis der PbK noch vage bleibt. So war der Diskurs in den 1980er und 1990er-Jahren geprägt durch Fall- und Alltagsbeschreibungen der SfK und verändert sich nur langsam dahingehend, dass empirische Studien durchgeführt werden. So gibt es auf die Herausforderungen und Notwendigkeiten der PbK wie bspw. die Reintegration, Transition oder die pädagogische Umsetzung der KMK-Empfehlungen nicht immer systematisierte und evaluierte Antworten.

Viertens gibt es somit bis heute keine anerkannte Ausbildung im Feld der PbK (auf Hochschulebene), was unter professionalisierungstheoretischer Perspektive problematisch ist, da so wenig oder kein nachhaltiger Wissenstransfer zwischen theoretischen Erkenntnissen und pädagogischer Praxis erfolgt. Auch die theoriegeleitete Reflexion eigener Deutungsweisen und Handlungen bleibt so für Praktiker*innen lückenhaft.

Fünftens ist als eine elementare Gemeinsamkeit zwischen der PbK und der ESE-Pädagogik, welche auch auf die gemeinsame Historie des sonderpädagogischen Diskurses zurückzuführen ist, festzuhalten, dass beide die S*S wesentlich als primär hilfs- und förderbedürftig fremdpositionieren. Dies ist ein Paradoxon der Sonderpädagogik, da diese eben auch Bildungs- und Erziehungsprozessen ein emanzipatorisches Potenzial zuschreibt und Autonomiewerdung ein erklärtes Ziel ist. *Sechstens* erscheinen damit - aufgrund gemeinsamer Entwicklungen und Zieldimensionen beider Disziplinen - wissenschaftliche und praktische Möglichkeiten für Synergieeffekte.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass Inc.
- Bakels, E. (2020). Klinikschulen der Kinder- und Jugendpsychiatrien. Eine rekonstruktive Studie zum professionellen Habitus von Kliniklehrkräften. Springer.
- Bleher, W., & Gingelmaier, S. (2019). Zum Selbstverständnis einer sonderpädagogischen Fachdisziplin: Das Positionspapier der Forschenden und Lehrenden der „Pädagogik bei Verhaltensstörungen“/ des Förderschwerpunkts „emotionale und soziale Entwicklung“ an bundesdeutschen Hochschulen. *ESE. Emotionale und soziale Entwicklung in der Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen*, 1(1), 92–100.
- Blömeke, S., & Herzig, B. (2009). Schule als gestaltete und zu gestaltende Institution – ein systematischer Überblick über aktuelle und historische Schultheorien. In S. Blömeke, T. Bohl, L. Haag, G. Lang-Wojtasik & W. Sacher (Hrsg.), *Handbuch Schule: Theorie - Organisation - Entwicklung* (S. 15-28). Klinkhardt.
- Casale, G., & Hennemann, T. (2016). Emotionale und soziale Entwicklung - Fachwissenschaftliche Grundlagen, effektive Gelingensbedingungen und Handlungsmöglichkeiten im Kontext inklusiver Prozesse. In MSB NRW (Hrsg.), *Sonderpädagogische Förderschwerpunkte in NRW. Ein Blick aus der Wissenschaft in die Praxis*.
- Dietze, T. (2019). *Die Entwicklung des Sonderschulwesens in den westdeutschen Ländern. Empfehlungen und Organisationsbedingungen*. Klinkhardt.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (5. Aufl.). Springer.
- Franzkowiak, P. (2022). *Gesundheits-Krankheits-Kontinuum*. BZgA Leitbegriffe. [https://doi: 10.17623/BZGA:224-i026-1.0](https://doi.org/10.17623/BZGA:224-i026-1.0)
- Hanisch, C., & Hennemann, T. (2021). Die Rolle der Schule in der kindlichen und jugendlichen Entwicklung. In J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer.
- Hänsel, D., & Schwager, H.J. (2003). *Einführung in die sonderpädagogische Schultheorie*. Beltz.
- Hennemann, T., Casale, G., Leidig, T., Fleskes, T., Döpfner, M., & Hanisch, C. (2020). Psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Emotionale und soziale Entwicklung (PEARL): Ein interdisziplinäres Kooperationsprojekt zur Entwicklung von Handlungsempfehlungen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 71(2), 44–57.
- Herring, J. (2016). Health as Vulnerability; Interdependence and Relationality. *The New Bioethics*, 22 (1), 18-32.
- 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* (S. 23–37). Pabst Science Publishers.
- Hoanzl, M., Baur, W., Bleher, W., Thümmler, R., & Käppler, C. (2009). Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen. In G. Opp & G. Theuvsen (Hrsg.), *Handbuch schulische Sonderpädagogik* (S. 404–411). Klinkhardt.
- Holtmann, M., & Schmidt, M. H. (2004). Resilienz im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie*, 13 (4). 195–200. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.13.4.195>
- Hurrelmann, K., & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie*. Juventa.
- Keller, R. (2007). Diskurse und Dispositive analysieren. Die Wissenssoziologische Diskursanalyse als Beitrag zu einer wissenschaftlichen Profilierung der Diskursforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 8(2), Art. 19 <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0702198>.
- Keller, R. (2011a). *Wissenssoziologische Diskursanalyse: Grundlegung eines Forschungsprogramms. Interdisziplinäre Diskursforschung* (3. Aufl.). VS Verlag.
- Keller, R. (2011b). *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen* (4. Aufl.). VS Verlag.
- Keller, R. (2013). Zur Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. In R. Keller, R. & I. Truschkat (Hrsg.), *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse* (S. 27–68). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Keller, R., & Truschkat, I. (2013). Einleitung. In R. Keller & I. Truschkat (Hrsg.), *Methodologie und Praxis der Wissenssoziologischen Diskursanalyse. Theorie und Praxis der Diskursforschung* (S. 9–23). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Klasen, F., Meyrose, A.-K., Otto, C., Reiß, F., & Ravens-Sieberer, U. (2017). Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Kinderheilkunde*, 165, 402–407. <https://doi.org/10.1007/s00112-017-0270-8>
- Klomfuß, S., & Moldenhauer, A. (2018). Kontrollierte Freisetzung? Eine Diskursanalyse von Darstellungen individualisierten Unterrichts aus der Zeitschrift PÄDAGOGIK. In K. Rabenstein, K. Kunze, M. Martens, T.-S. Idel, M. Prose & S. Strauß (Hrsg.), *Individualisierung von Unterricht: Transformation - Wirkungen - Reflexionen* (S. 214–230). Klinkhardt.
- Kölch, M., & Nolkemper, D. (2017). Schulbesuch psychisch kranker Kinder. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(10), 756–773. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.10.756>

- Krüger, D., & Romer, G. (2003). Schule in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine Herausforderung an die Erziehungswissenschaft. In B. Warzecha (Hrsg.), *Heterogenität macht Schule - Beiträge aus sonderpädagogischer und interkultureller Perspektive* (S. 251–259). Waxmann.
- Kultusministerkonferenz. (1960). *Gutachten zur Ordnung des Sonderschulwesens. Erstattet vom Schulausschuss der Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland*.
- Kultusministerkonferenz. (1998). *Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler: Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998*.
- Kultusministerkonferenz. (2000). *Empfehlungen zum Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung: Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 10.03.2000*.
- Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, MH. (2000). Externalisierende und internalisierende Störungen in der Kindheit: Untersuchungen zur Entwicklungspsychopathologie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 284–292.
- Langnickel, R. (2022). Bildung zwischen der zweckrationalen Logik des Marktes und der Logik des Unbewussten. Wie wird ein sonderpädagogisch-psychoanalytischer Bildungsbegriff greifbar? *Emotionale und soziale Entwicklung in der Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen* 4(4), 28–43. <https://doi.org/10.25656/01:24712>
- Moser, V. (2000). Disziplinäre Verortungen: Zur historischen Ausdifferenzierung von Sonder- und Sozialpädagogik. *Zeitschrift für Pädagogik*, 46(2), 175–192.
- Moser, V. (2005). Professionstheorie im Fokus sonderpädagogischer Disziplinentwicklung. In D. Horster, U. Hoyningen-Süess & C. Liesen (Hrsg.), *Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin* (S. 8–96). Wiesbaden: VS.
- Myschker, N., & Stein, R. (2018). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen - Ursachen - Hilfreiche Maßnahmen* (8. Aufl.). Kohlhammer.
- Nelson, J., & Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: a meta-analysis. *Journal of Learning Disabilities*, 44(1), 3–17.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & Kölch, M. (2007). Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 58(8), 282–290.
- Serke, B. (2019). Zusammenhänge zwischen multiprofessioneller Kooperation und schulischem Wohlbefinden. Ausgewählte Ergebnisse einer empirischen Studie mit Blick auf das Wohlbefinden von Lernenden mit sonderpädagogischem Unterstützungsbedarf Lernen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 70(7), 327–338.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2022). Erweitertes Datenangebot auf Basis einer neuen Statistik für Psychiatrie und Psychosomatik. Abgerufen am 10. Dezember 2022 von <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/krankenhaeuser.html>
- Steffen, A., Akmatov, MK., Holstiege, J., & Bätzing, J. (2018). *Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: eine Analyse bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017*. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. <https://doi:10.20364/VA-18.07>
- Steinhausen, H.-C. (2014). *Schule und psychische Störungen*. Kohlhammer.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Beltz.
- Weiß, E. (2013). Krise der Allgemeinen Pädagogik und allgemeine Krise der Pädagogik. Ein Versuch über Gegenwartssituation und Zukunftsperspektiven der Erziehungs- und Bildungswissenschaft. In D. Salomon & E. Weiß (Hrsg.), *Krisendiskurse* (S. 125–141). Lang.