

Tobias Hensel

Von der Schule in die Kinder- und Jugendpsychiatrie – und zurück?

Bildungs- und Übergangsverläufe
im Spannungsfeld von Kontinuität
und Diskontinuität

Bildung und Erziehung im Abseits

Herausgegeben von
Marcel Schweder

Diese Reihe ist ein Versuch. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Sie ist das Experiment, einen Einblick in die Vielfalt an Organisationen und Programmen zu geben, die sich »neben« dem Regelschulsystem etabliert haben, aber seltener im Mittelpunkt von erziehungs- und/oder sozial wissenschaftlichen Diskursen stehen. Dabei unterliegt das dezidiert multiperspektivisch ausgerichtete Buchprojekt dem Paradox. Organisationen und Programme zusammenführen zu wollen, die sich in ihrer Form teilweise konträr gegenüberstehen und für ihre Vertreter*innen ggf. unvereinbar scheinen. Demgegenüber vereint all diese Lehr- und Lernorte bzw. Maßnahmen, dass sie trotz ihrer »Verborgenheit« nicht weniger bedeutsam für die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltungen, Überzeugungen usw. sind. Im Gegenteil, sie leisten einen in seiner Gewichtigkeit bisher nicht oder unvollständig herausgearbeiteten Beitrag zur Formung des Lebenslaufs von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In der Reihe werden daher insbesondere die (System-)Strukturen, die Strategien der beteiligten Personen sowie die Ansätze und Methoden der Bildung und Erziehung im Abseits in den Blick genommen.

Der Autor

Tobias Hensel, Dr., ist Sonderpädagoge an einer Schwerpunktgrundschule in Hamburg. Zuvor arbeitete er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Hamburg.

Diese Arbeit wurde als Dissertation an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Hamburg im Jahr 2022 angenommen und ist im Kontext des Kooperativen Graduiertenkollegs „Qualitätsmerkmale Sozialer Bildungsarbeit“ der Universität Hamburg und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (2015–2017) entstanden. Das Kooperative Graduiertenkolleg wurde aus Mitteln der Behörde für Wissenschaft und Forschung der Freien und Hansestadt Hamburg gefördert. Der vorliegende Text ist eine gekürzte Fassung.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.

Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-8567-9 Print

ISBN 978-3-7799-8568-6 E-Book (PDF)

ISBN 978-3-7799-8569-3 E-Book (ePub)

1. Auflage 2025

© 2025 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim, service@belitz.de

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Myriam Frericks

Satz: xerif, le-tex

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag

(ID 15985-2104-1001)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.belitz.de

Inhalt

Hinweise zu Vorliegendem	9
Tabellenverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	11
Abkürzungsverzeichnis	12
1 Einleitung	15
1.1 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen – eine der größten gesundheitsbezogenen Herausforderungen dieses Jahrhunderts	17
1.2 Psychisch erkrankte Schüler:innen und Klinikschulen – ein nicht gesehenes schulisches Handlungsfeld	21
1.3 Der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule – ein ungewohnter Übergang als zentraler Untersuchungsgegenstand	27
1.4 Diffusität und Unübersichtlichkeit des Forschungsfelds als methodologische Rahmenbedingung	35
1.5 Ablauf des Forschungsprozesses dieser Arbeit	41
1.6 Aufbau der Arbeit	44
2 Forschungsdesign der Untersuchungen	47
2.1 Beschreibung des Forschungsfelds: Hamburgs Klinikschulen, Schullandschaft und umliegende Bildungsangebote	49
2.2 Forschungsethik	57
2.3 Explorative Forschung	60
2.4 Methodisches Vorgehen bei der explorativen Voruntersuchung und der Hauptuntersuchung	64
2.5 Reflexion des Forschungsprozesses	99
3 Empirische Annäherung I – Ergebnisse der explorativen Voruntersuchung	112
3.1 Aufschließung des Forschungsfelds	112

3.2 Der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule als dominante Problemstellung des Praxisfelds der Klinikschulen	132
3.3 Ergebnisse der explorativen Voruntersuchung zum Übergang von der KJP in die allgemeine Schule	151
3.4 Schlussfolgerungen aus der explorativen Voruntersuchung für die Hauptuntersuchung	177
4 Theoretische Annäherung	180
4.1 Der Übergang von der KJP in die Schule – ein kaum beforschter Themenbereich	180
4.2 Der institutionalisierte Normallebenslauf als Ausgangspunkt für die Bewertung von (Dis-)Kontinuität in schulischen Bildungsverläufen	184
4.3 Übergänge und (Dis-)Kontinuität im Schulsystem	209
5 Empirische Annäherung II – Ergebnisse der Hauptuntersuchung	225
5.1 Die schulischen Bildungsverläufe der interviewten Jugendlichen	225
5.2 Institutionelle Handlungsabläufe vor, während und nach dem ersten (teil)stationären KJP-Aufenthalt	257
5.3 Die institutionellen Strukturen als wirkmächtige Rahmenbedingungen des Übergangs von der KJP in die allgemeine Schule	320
6 Schlussbetrachtung: Ansatz einer theoretischen Perspektivenerweiterung für die Analyse von schulischen Übergängen und Bildungsverläufen	381
6.1 Ergebnisse aus der theoretischen und den empirischen Annäherungen I und II als Ausgangspunkt für die Perspektivenerweiterung	381
6.2 Kontinuität und Diskontinuität als begriffliche Werkzeuge für die Analyse von Übergängen und Bildungsverläufen	394
6.3 Anwendung der theoretischen Perspektivenerweiterung auf die Analyse des Übergangs von der KJP in die allgemeine Schule	397
6.4 Erweiterung von Übergangspädagogik und -forschung durch den (Dis-)Kontinuitätsbegriff	417
Literaturverzeichnis	432
Graue Literatur	460

Anhang	461
Erläuterungen zu den Tabellen	461
Erläuterungen zu den Abbildungen	467

Hinweise zu Vorliegendem

Diese Reihe ist ein Versuch. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Sie ist das Experiment, einen Einblick in die Vielfalt an Organisationen und Programmen zu geben, die sich „neben“ dem Regelschulsystem etabliert haben, aber seltener im Mittelpunkt von erziehungs- und/oder sozialwissenschaftlichen Diskursen stehen. Dabei unterliegt das dezidiert multiperspektivisch ausgerichtete Buchprojekt dem Paradox, Organisationen und Programme zusammenführen zu wollen, die sich in ihrer Form teilweise konträr gegenüberstehen und für ihre Vertreter:innen ggf. unvereinbar scheinen. Demgegenüber vereint all diese Lehr- und Lernorte bzw. Maßnahmen, dass sie trotz ihrer Verborgenheit nicht weniger bedeutsam für die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Haltungen, Überzeugungen usw. sind. Im Gegenteil, sie leisten einen in seiner Gewichtigkeit bisher nicht oder unvollständig herausgearbeiteten Beitrag zur Formung des Lebenslaufs von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. In der Reihe werden daher insbesondere die (System-)Strukturen, die Strategien der beteiligten Personen sowie die Ansätze und Methoden der Bildung und Erziehung im Abseits in den Blick genommen.

Werden schulpflichtige Kinder oder Jugendliche (teil)stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt, dann resultiert hieraus in aller Regel ein Ausscheiden aus der bisher besuchten Schule und zugleich die Eingliederung in eine Klinikschule. Nach Beendigung der Behandlung gehen die Kinder und/oder Jugendlichen nicht zwangsläufig zurück in ihre bisherigen Lerngruppen, sondern wechseln häufig die Klassen, Schule oder Schulform. Die Gestaltung und Bewältigung der Übergänge enthält sowohl für die Schüler:innen als auch die beteiligten Institutionen und deren Mitarbeiter:innen eine Vielzahl von Herausforderungen. Dieser Gemengelage widmet sich die vorliegende Arbeit. Dabei wird nicht nur das pädagogische Handlungsfeld der Klinikschulen in Hamburg offengelegt, sondern vor allem die Wahrnehmung, d. h. das Erleben und Bewerten des Reintegrationsprozesses durch die Kinder und Jugendlichen sowie die beteiligten schulischen Fachkräfte mittels problemzentrierter Interviews herausgearbeitet. Im Ergebnis werden sowohl die organisationalen Differenzen zwischen dem medizinisch-therapeutischen Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem pädagogischen der allgemeinen Schule deutlich, als auch die resultierenden und sich verfestigenden Diskontinuitäten.

Leipzig im Frühjahr 2024
Marcel Schweder

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Übersicht explorativ interviewte Fachkräfte	89
Tabelle 2:	Übersicht der am Übergang beteiligten schulischen Fachkräfte	91
Tabelle 3:	Inhaltliche und zeitliche Ausdifferenzierung der Hauptkategorien	98
Tabelle 4:	Schulformzugehörigkeit vor dem KJP-Aufenthalt und Anteil der Klinikschüler:innen im Vergleich mit den Hamburger Gesamtschüler:innen und pro Schulform	113
Tabelle 5:	Größe der Schüler:innengruppen mit speziellen sonderpädagogischen Förderbedarfen und an Klinikschulen im Schuljahr 2014/15 (und 2015/16) im Vergleich	115
Tabelle 6:	Einträge in den Schüler:innendateien der Klinikschulen mit keiner Angabe bei Klassenstufe und/oder Schulform	134
Tabelle 7:	Schulabsenzen nach einem (teil)stationären KJP-Aufenthalt bei durch die bts-Nachsorge beratenen Schüler:innen	137
Tabelle 8:	Mehrfachaufenthalte innerhalb der Schüler:innendateien der Klinikschulen	153
Tabelle 9:	Zeitlicher Abstand zwischen den KJP-Aufenthalten bei Wiederaufnahmen	154
Tabelle 10:	Klinikschüler:innen im mobilen Unterricht (mobile Klassen und Hausunterricht) des BBZ	157
Tabelle 11:	Mögliche am Übergang beteiligte Akteur:innen	162
Tabelle 12:	Beobachtungen zu Unterbrechungen des Unterrichts an einer Klinikschule durch die Organisationsstruktur der KJP	170

1 Einleitung

Für Schüler:innen, die (teil)stationär in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) behandelt werden, ist der Besuch ihrer Schule aufgrund der Erkrankung und der Organisationsstruktur der KJP häufig nicht möglich. Während ihres Klinikaufenthalts werden sie daher in Klinikschulen unterrichtet, deren formale Zuständigkeit mit der Entlassung aus der KJP endet. Der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule zurück in die allgemeine¹ Schule² ist daher und durch die Schulpflicht strukturell prädisponiert. Allerdings gehen nicht alle Kinder und Jugendlichen nach der Entlassung zurück in ihre vorherige Klasse. Mit dem Übergang können auch Klassen-, Schul(form)wechsel oder die Unterbringung in Sondereinrichtungen einhergehen. Zudem stellt der Übergang für viele Schüler:innen aufgrund von Ängsten, Auswirkungen der Erkrankung, den schulischen Anforderungen oder den Reaktionen des schulischen oder sozialen Umfelds eine große Herausforderung dar. Auch nach der Entlassung können daher einige von ihnen die Schule nur unregelmäßig oder gar nicht besuchen. Wird der Übergang jedoch nicht bewältigt, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von diskontinuierlichen Bildungsverläufen und damit einhergehend die Gefahr, ins soziale Abseits zu geraten, ein Leben mit geringer gesellschaftlicher Teilhabe führen zu müssen und den

-
- 1 Die Bezeichnung ‚allgemeine Schule‘ bzw. ‚allgemeines Schulsystem‘ umfasst in dieser Arbeit alle Schulformen des allgemeinbildenden Schulwesens, also auch die Sonderschulen. Neben den Grundschulen sind das in den dreigliedrigen Schulsystemen einiger Bundesländer (z. B. Hamburg) die Sonder-, Gesamtschulen und Gymnasien sowie in den viergliedrigen Schulsystemen der anderen Bundesländer die Sonder-, Haupt-, Realschulen und Gymnasien. Die jeweiligen Bezeichnungen der einzelnen Schulformen variieren zwischen den Bundesländern. Grund hierfür ist, dass Sonderschulen zwar weiterhin bestehen, sich in den letzten Jahren u. a. durch das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) im Jahr 2009 jedoch die bestehende Dichotomie von Sonder- und Regelschulen zugunsten einer sonderpädagogischen Förderung an Regelschulen zunehmend aufgelöst hat. Somit sind „die bestehenden sonderpädagogischen Fördersysteme [...] Teil des allgemeinen Bildungswesens (Powell/Pfahl 2012, S. 723). Die Bezeichnung ‚Regelschulen‘ meint alle Schulformen des allgemeinbildenden Schulsystems außer Sonderschulen.“
 - 2 Der besseren Lesbarkeit halber verwende ich im Folgenden die Formulierung ‚Übergang von der KJP in die allgemeine Schule‘. Grund hierfür ist, dass der Anlass für KJP-Aufenthalt und Klinikschulbesuch medizinisch-therapeutisch und nicht bildungsbezogen ist und sich damit auf die Institution KJP und nicht auf die Institution Klinikschule bezieht. Die Formulierung ‚Übergang von der Klinikschule in die allgemeine Schule‘ würde zudem der Komplexität dieses Übergangs nicht gerecht werden, weil sie nur die schulische Seite, nicht aber die Seite der KJP mit ihren den Übergang beeinflussenden Strukturen und Praktiken, einbezieht. Ironischerweise führt dies dazu, dass die Klinikschule nicht nur in der Schulpraxis und in der öffentlichen Wahrnehmung (s. nächstes Kapitel), sondern auch durch diese Schreibweise im Schatten der KJP steht.

strukturellen Zwängen des sozialstaatlichen bzw. psychiatrischen Versorgungssystems ausgesetzt zu sein.

Der *Übergang von der KJP in die allgemeine Schule* ist daher und mit Blick auf die weitere schulische (und auch berufliche) Laufbahn für (teil)stationär behandelte Schüler:innen von zentraler Bedeutung – und stellt den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit dar. Mit voranschreitendem Forschungsprozess sind auch *schulische Bildungsverläufe von Schüler:innen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung (teil)stationär in einer KJP behandelt wurden*, ins Zentrum der Untersuchung gerückt.³

Bislang liegen kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Übergang vor und auch das pädagogische Handlungsfeld der Klinikschulen ist nur wenig erforscht. Aus diesem Grund ist die vorliegende Studie in eine explorative Voruntersuchung und eine Hauptuntersuchung unterteilt. Die explorative Voruntersuchung erschließt das unübersichtlich und diffus erscheinende Forschungsfeld mittels Dokumentenanalysen, unstrukturierter teilnehmender Beobachtungen, Feldgesprächen und explorativen Interviews empirisch und identifiziert den Übergang als zentrale Problemstellung des Praxisfelds der Klinikschulen. Die explorativen Ergebnisse bilden zudem die Grundlage für das Forschungsdesign der Hauptuntersuchung und die forschungsleitende Fragestellung. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden problemzentrierte Interviews mit am Übergang beteiligten schulischen Fachkräften und mit ehemals (teil)stationär behandelten Jugendlichen geführt und nach dem Verfahren der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Untersuchung bezieht sich auf die Schullandschaft von Hamburg. Die dortigen Klinikschulen sind alle Teil des *Bildungs- und Beratungszentrums Pädagogik bei Krankheit/Autismus (BBZ)* und unterstehen seiner Leitung.⁴ Das BBZ verfügte zum Zeitpunkt der Untersuchung über eine institutionalisierte Übergangsunterstützung, was in Deutschland sehr selten, in dieser Form wahrscheinlich einmalig ist. Daher eignete sich das Praxisfeld der Hamburger Klinikschulen für diese Untersuchung besonders gut.

Die Vorbereitung und Organisation der schulischen Reintegration nach dem Klinikaufenthalt wird i. d. R. von Klinikschulen übernommen und somit vornehmlich als pädagogische Aufgabe verstanden (vgl. Wertgen 2012c, S. 189). Zudem verlassen die Schüler:innen mit der Entlassung das medizinisch-

3 Das Forschungsinteresse fokussierte zunehmend problembehaftete und für Schüler:innen oder beteiligte Fachkräfte herausfordernde Übergangs- und Bildungsverläufe. Da durch die Arbeit jedoch nicht der Eindruck entstehen soll, dass alle (teil)stationär behandelten Schüler:innen große Schwierigkeiten bei der Bewältigung des Übergangs haben, ist an dieser Stelle zu betonen, dass viele von ihnen den Übergang auch ohne größere Schwierigkeiten durchlaufen.

4 Klinikschulen unterrichten auch somatisch erkrankte Schüler:innen. Diese machen einen deutlich kleineren Anteil der Klinikschüler:innenschaft aus als psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche (vgl. Wertgen 2012d, S. 224) und werden in dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

therapeutische Setting der KJP und kehren in das pädagogische Umfeld der Schule zurück. Es ist daher notwendig, den Untersuchungsgegenstand und die forschungsleitende Fragestellung in dieser Arbeit aus (sonder)pädagogischer Perspektive zu bearbeiten.

Aus eben dieser Perspektive wird der Störungsbegriff etwa von Stein (2011) interaktionistisch als „Störungen eines Funktionsgleichgewichts des Person-Umwelt-Bezugs“ (ebd., S. 324) verstanden. Ursachen von psychischen ‚Störungen‘ liegen demnach nicht ausschließlich in der Person, sondern auch u. a. in belastenden Umweltbedingungen. Das Bedingungsgefüge eines ‚gestörten‘ Person-Umwelt-Bezugs setzt sich demnach aus Beiträgen der Person (i. S. v. einer auffälligen Persönlichkeit), der aktuellen Situation, des Interaktionsgeschehens sowie der Außenwahrnehmung anderer Personen zusammen (vgl. ebd., S. 324 f.). Der Störungsbegriff hat dennoch nach wie vor eine personenzentrierte Konnotation inne und bedarf solchen Erläuterungen wie der von Stein, damit die Perspektive auf die Beziehung zwischen Person und Umwelt überhaupt erst geweitet wird und nicht ausschließlich die betroffene Person und ihre Persönlichkeit umfasst. Daher und um dies anzudeuten, werde ich den Begriff der ‚Störung‘ durch ‚sogenannte‘ und einfache Anführungszeichen markieren.

1.1 Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen – eine der größten gesundheitsbezogenen Herausforderungen dieses Jahrhunderts

Psychische Erkrankungen gehören derzeit zu den häufigsten Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter (vgl. Klasen et al. 2017b, S. 55). In Deutschland liegen bei knapp 20 Prozent der drei- bis siebzehnjährigen Kinder und Jugendlichen klinisch oder diagnostisch bedeutsame Anzeichen auf psychische Auffälligkeiten vor. Dabei sind nur ca. 20 Prozent von ihnen innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal in Kontakt mit einer fachärztlichen Versorgung gewesen (vgl. Klasen et al. 2017a, S. 402 ff.). Zudem chronifiziert sich die Erkrankung bei ca. 66 bis 78 Prozent der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter (vgl. Böge/Schepker/Fegert 2019, S. 195).

Angesichts dieser hohen Prävalenz unter allen für die 1. bis 13. Schulkasse relevanten Altersstufen kann mit einer hohen Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sämtliche schulischen Bildungsinstitutionen auf Schüler:innen mit (zum Teil unbehandelten) psychischen Auffälligkeiten treffen (vgl. Stein/Müller 2014, S. 237). Stein (2011) resümiert: „Angesichts der hohen Prävalenz- und Persistenzraten gilt, dass psychisch kranke Kinder in Allgemeinen Schulen sowohl Realität als auch Normalität sind“ (ebd., S. 327).

Daten von Krankenkassen und Belegungsraten von Kliniken deuten zunächst darauf hin, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat. So zeigt bspw. eine Auswertung der Krankenversicherungsdaten von fast 27.000 Kindern und Jugendlichen, dass zwischen den Jahren 2007 und 2017 bei Dreizehn- bis Achtzehnjährigen u. a. Depressionen um 119 Prozent, sog. „Angststörungen“ um 76 Prozent und Burnout um 114 Prozent gestiegen sind. Bei Burnout ist bei Sechs- bis Zwölfjährigen ein ähnlich hoher Anstieg von 101 Prozent zu verzeichnen (vgl. KKH 2018, 5, 10). Darüber hinaus ist nicht abzusehen, ob und in welcher Größenordnung aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen zu einer höheren Prävalenzrate bei psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen führen können. Die Studie „WhatsApp, Instagram und Co. – so süchtig macht Social Media“ (DAK – Gesundheit 2017) weist bspw. auf einen ‚problematischen Gebrauch‘ von sozialen Medien bei 2,6 Prozent der 1001 befragten Zwölf- bis Siebzehnjährigen hin (vgl. ebd., S. 30). Auf alle Kinder und Jugendlichen dieser Altersgruppe hochgerechnet entspricht dies etwa 100.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Zudem besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der problematischen Nutzung sozialer Medien und einer depressiven Symptomatik (vgl. ebd., S. 31f.; DAK – Gesundheit 2018, S. 2).⁵

Im Gegensatz zu den steigenden Fallzahlen der Krankenkassen zeigen epidemiologische Langzeitstudien hingegen eine relativ konstante Prävalenzrate von etwa 20 Prozent in den letzten Jahrzehnten an (vgl. Barkmann/Schulte-Markwort 2012, S. 200). Der von schulischen Akteur:innen und Medienberichten schon fast regelmäßig zum Ausdruck gebrachte Eindruck, dass psychische Auffälligkeiten in den letzten Jahren zugenommen haben, wird daher „eher auf eine verstärkte Sichtbarkeit bzw. gesamtgesellschaftliche Aufmerksamkeit zurückgeführt“ (Klassen et al. 2017a, S. 403).

Innerhalb der gesamtgesellschaftlichen Wahrnehmung mag eine verstärkte Sichtbarkeit psychischer Erkrankungen zwar zutreffen, hinsichtlich der konzeptionellen Auseinandersetzung mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen an Schulen (vgl. Castello/Keune 2016, S. 189), der Thematisierung von Benachteiligung psychisch erkrankter Schüler:innen (Göllner 2014) und des Übergangs von der KJP zurück in die allgemeine Schule (Hensel 2019) ist eine verstärkte Aufmerksamkeit jedoch nicht zu beobachten.

5 Einschränkend muss an dieser Stelle jedoch erwähnt werden, dass der bisherige Forschungsstand über den Zusammenhang von psychischen Auffälligkeiten und der Nutzung von sozialen Medien noch sehr gering ist. Auch wenn die exzessive Nutzung von sozialen Medien zu Symptomen führen kann, die auch bei Substanzabhängigkeiten auftreten, gibt es in der medizinisch-psychologischen Forschung derzeit noch keine Einigkeit darüber, ob die unkontrollierte, exzessive Nutzung sozialer Netzwerke als sog. „Verhaltenssucht“ aufgefasst werden kann (vgl. DAK – Gesundheit 2017, S. 31f.).

Für die Untersuchung dieses Übergangs ist zusätzlich zu der Prävalenzrate auch die Anzahl der (teil)stationären Behandlungen in einer KJP relevant, da sich der Übergang bei Vorliegen der Schulpflicht an jede (teil)stationäre Behandlung anschließt (s. u.). Bundesweit ist die Inanspruchnahme von kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung zwischen den Jahren 2000 und 2012 von ca. 30.000 auf über 55.000 stationäre Behandlungen von minderjährigen Personen angestiegen – bei gleichzeitiger Abnahme des Anteils junger Menschen innerhalb der Gesamtbevölkerung um knapp 3 Millionen (vgl. Warnke 2015, S. 232 f.). In Hamburg hat sich die Anzahl der in einer KJP vollstationär versorgten Kinder und Jugendlichen zwischen den Jahren 2011 und 2014 um rund 37 Prozent auf ca. 1.900 Patient:innen erhöht (vgl. BGVH-HH 2016, S. 30). In der einschlägigen Literatur wird darüber hinaus von einem zunehmenden Bedarf an Plätzen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen ausgegangen (vgl. Schmidt-Zadel 2011, S. 14; Myschker/Stein 2018, S. 422). Dies würde zugleich eine Zunahme von Schüler:innen, die den Übergang von der KJP in die allgemeine Schule durchlaufen müssen, bedeuten. Warnke (2015) spricht daher von einer „Invasion von Patienten“ (ebd., S. 232). Und in der Epidemiologie geht man davon aus, dass psychische Erkrankungen in diesem Jahrhundert eine der größten Herausforderungen im Gesundheitsbereich darstellen werden (vgl. Klasen et al. 2017a, S. 402). Für das Kindes- und Jugendalter wird dies mit dem Phänomen der ‚neuen Morbidität‘ beschrieben, nach dem sich im letzten Jahrhundert die vorherrschenden Krankheitsschwerpunkte in diesem Altersspektrum von somatischen und akuten hin zu psychischen und chronifizierten Erkrankungen verschoben haben (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2007, S. 871). Dementsprechend ist inzwischen auch die Mehrheit der in einer Klinikschule unterrichteten Schüler:innen psychisch und nicht somatisch erkrankt (vgl. Wertgen 2012d, S. 224). Auf gesamtgesellschaftliche Ebene bezogen konstatierte Han bereits im Jahr 2010:

„Jedes Zeitalter hat seine Leitkrankheiten. [...] Das beginnende 21. Jahrhundert ist, pathologisch gesehen, weder bakteriell noch viral, sondern neuronal bestimmt. Neuronale Erkrankungen wie Depression, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS), Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) oder Burnout-Syndrom (BS) bestimmen die pathologische Landschaft des beginnenden 21. Jahrhunderts“ (ebd., S. 5).

Diese Einschätzung hat Han freilich vor der zum Ende des Jahres 2019 beginnenden COVID-19-Pandemie (Coronavirus SARS-CoV-2) abgegeben und muss angesichts von weltweit ca. 234 Millionen Infizierten (vgl. WHO 2021, Stand 04.10.2021) in gewissem Umfang revidiert werden. Wie erste Untersuchungen zu den Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und -Maßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zeigen, besitzt Hans Einschätzung dennoch Aktualität. So stellt das Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB) (2021) fest, „dass die Herausforderungen der Pandemie die

Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen verringert und gleichzeitig das Risiko für psychische Auffälligkeiten erhöht haben“ (ebd., S. 30). Schon im Jahr 2020 deuteten nicht-repräsentative Untersuchungen aus China, Indien, Brasilien, den USA und Europa auf „a significant increase in mental health problems in children during the pandemic, which may lead to manifest disorders over time“ (Ravens-Sieberer et al. 2021, o.S.) hin. Etwas später zeigte die repräsentative Copsy-Studie (Corona und Psyche), dass in Deutschland das Risiko für psychische Auffälligkeiten während der Pandemie bei Kindern und Jugendlichen im Alter von elf bis siebzehn Jahren von rund 18 Prozent auf 30 Prozent gestiegen ist. Auch der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Beschwerden hat sich während der Pandemie vergrößert. So haben im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie u. a. Gereiztheit (von 40 Prozent auf 54 Prozent), Kopfschmerzen (von 28 Prozent auf 40 Prozent), Niedergeschlagenheit (von 23 Prozent auf 34 Prozent) und Bauchschmerzen (von 21 Prozent auf 31 Prozent) zugenommen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2020, S. 828). Auch beim Risiko für Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Probleme, Hyperaktivität sowie bei Problemen im sozialen Umgang mit Freund:innen ist während der Pandemie im Vergleich zu der Zeit vor der Pandemie ein Anstieg zu verzeichnen (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2021). Hieran schließen die Ergebnisse der JuCo-Studie (Jugend und Corona) an, wonach sich 64,1 Prozent der befragten Fünfzehn- bis Dreißigjährigen deutlich psychisch belastet fühlen. 60,7 Prozent von ihnen geben an, sich zum Teil oder sehr einsam zu fühlen (vgl. Andresen et al. 2021, S. 33). Und das deutsche Familienpanel pairfam (Panel Analysis of Intimate Relationships and Family Dynamics) kommt zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz klinisch relevanter, depressiver Symptome von Jugendlichen im Vergleich von 10,2 Prozent vor Pandemiebeginn (Jahr 2018/19) auf 25,2 Prozent nach Einsetzen des Lockdowns (Frühjahr 2020) anstieg. Der vorläufigen Einschätzung des BiB zufolge entspricht dies einer Zunahme von 477.000 Jugendlichen allein in Deutschland mit klinisch relevanten depressiven Symptomen (vgl. BiB 2021, S. 26, 33 f.).⁶

Gerade vor dem Hintergrund der hohen Anzahl an schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen stehen Bildungsinstitutionen und -politik sowie die (sonder)pädagogische Schulforschung in der Verantwortung, die Teilhabe an schulischer Bildung durch qualifiziertes Personal in

6 Die Verfasser:innen der pairfam- und Copsy-Studien weisen jedoch darauf hin, dass es sich bei den erhobenen Daten um Selbsteinschätzungen von Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen oder Fremdeinschätzungen von Erziehungsberechtigten handelt. Selbst- oder fremdberichtete Symptome stellen zwar noch keine Diagnose oder Erkrankung dar, können aber dennoch ein Bild über die Auswirkungen von Pandemie und Maßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vermitteln. Die Daten von Pairfam lassen zudem einen direkten Vergleich zwischen der Lebenssituation dieser Personengruppe vor und während der Pandemie zu (vgl. Ravens-Sieberer et al. 2020, S. 828; BiB 2021, S. 35).

Schulen, Kompetenzzentren (Beratung und Unterstützung), Schulaufsicht und Einrichtungen der Lehrer:innenausbildung zu ermöglichen (vgl. Lebherz 2011, S. 291). Diese Verantwortung wurde durch die Kultusministerkonferenz (KMK) bereits 1998 in ihren „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ bestätigt und durch die UN-BRK mit ihrer Forderung nach inklusiver schulischer Förderung, die auch Menschen mit sog. „seelischen Behinderungen“ einschließt, erneuert (vgl. UN-BRK, Art. 1, 24; KMK 1998). „Der ‚besondere pädagogische Förderbedarf‘ überführte die Folgen von Krankheit auch in den Verantwortungsbereich der allgemeinen Schule“ (Lebherz 2011, S. 287f.).

Ein Blick auf das aktuelle erziehungswissenschaftliche Forschungs- und Publikationsgeschehen, auf die derzeitigen fachlichen, öffentlichen und bildungspolitischen Diskurse über schulische Bildung, auf die bestehende bundesdeutsche Schullandschaft sowie auf die (sonderpädagogische) Lehramtsausbildung zeigt jedoch, dass sich Bildungsinstitutionen, -politik und -forschung dieser Thematik bisher nur zögerlich zuwenden.

1.2 Psychisch erkrankte Schüler:innen und Klinikschulen – ein nicht gesehenes schulisches Handlungsfeld

Obwohl Klinikschulen Bestandteil der schulischen Bildungslandschaft sind, wird in behördlichen Dokumenten und Statistiken des Bildungswesens zumeist nicht über sie berichtet. In den Bildungsberichten für die gesamte Bundesrepublik aus den Jahren 2020 und 2016 werden die Gruppe der psychisch erkrankten bzw. in Klinikschulen unterrichteten Schüler:innen sowie die Klinikschulen nicht erwähnt (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020; 2016). In den Bildungsberichten aus den Jahren 2018 und 2014 ist zumindest in einer Tabelle aller sonderpädagogischen Förderbedarfe auch der sonderpädagogische Förderbedarf ‚Unterricht bei Krankheit‘ enthalten. Weiterführende Informationen z. B. über die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland an Klinikschulen unterrichtet werden, sind jedoch nicht aufgeführt⁷ (vgl. Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2018, S. 103; 2014, S. 163). Auch dem aktuellen Hamburger Bildungsbericht (BSB-HH 2020) sowie dessen Vorgänger (BSB-HH 2017b) sind keine Informationen über Klinikschulen und -schüler:innen bzw. psychisch erkrankte Schüler:innen zu entnehmen. In der Hamburger Schulpraxis führen die Klinikschulen bzw. das BBZ ebenfalls ein Nischendasein (s. Kap 1.4).

⁷ Da nicht alle Bundesländer (z. B. Hamburg) den sonderpädagogischen Förderschwerpunkt Unterricht bei Krankheit vergeben, unterscheidet sich die Anzahl der Schüler:innen, denen dieser Förderbedarf zugewiesen wurde, von der Anzahl der Schüler:innen, die in Klinikschulen unterrichtet werden.

Laut Schwanenberg (2020), die in ihrer Studie Qualitätskriterien für die Bewertung von Klinikschulen entwickelt hat, handelt es dabei sogar um „ein in ganz Deutschland verbreitetes Phänomen“ (ebd., S. 123). Ertle (2006), der ebenfalls Klinikschulen erforscht hat, bezeichnetet ihr öffentliches Erscheinungsbild als „unsichtbar“ (ebd., S. 13) und die Klinikschule selbst als „Randerscheinung“ (ebd.), da diesem Schultypus kaum Aufmerksamkeit entgegengebracht wird. Und Bakels (2020) bescheinigt den Klinikschulen in ihrer Untersuchung über die Handlungspraxis von Kliniklehrkräften ein „Schattendasein. Sowohl in bildungspolitischen Debatten als auch in der wissenschaftlichen sonder- bzw. schulpädagogischen Forschung wird diese Schulform weitestgehend ausgeklammert“ (ebd., S. 9). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Schroeder (2012), der Klinikschulen den „Schulen am Rande“⁸ (ebd., S. 14) zuordnet, die in der Wissenschaft bisher nur selten – und wenn, dann lediglich in Form von konzeptionellen Selbstdarstellungen oder anwendungsorientierten Evaluationen – Beachtung finden (vgl. ebd., S. 17). Als Gründe vermutet er u. a. die „diffuse disziplinäre Zuordnung“ (ebd.) der Klientel zu einzelnen wissenschaftlichen Fachbereichen:

„Die Schulpädagogik interessiert sich kaum für schulische Spezialeinrichtungen, sie beforscht nahezu ausschließlich das Regelsystem. Die Sonderpädagogik tut sich schwer mit einer Klientel, die nicht mit Bezugnahme auf die Kategorie der Behinderung^[9] reflektiert werden kann. In der Sozialpädagogik hat sich bislang [...] ein eigenes Feld der Schulforschung nicht etabliert“ (Schroeder 2012, S. 17 f.).

Tatsächlich wird in der Sonderpädagogik gestritten, ob und inwiefern Klinikschulen als Teil der sonderpädagogischen Bildungsinstitutionen begriffen werden können (vgl. Hensel 2019, S. 138 ff.). Auf der einen Seite werden Klinikschulen durch verschiedene Vertreter:innen der Sonderpädagogik in dieses Handlungsfeld mit einbezogen (vgl. Ertle 2006, 4, 7; Hoanzl et al. 2009, S. 404). Auch die KMK (1998) hat in ihren Empfehlungen zu sonderpädagogischen Förderbedarfen die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler“ mit aufgenommen. Aus der Klinikschulpraxis ist zudem zu vernehmen, dass sich das Selbstverständnis der Klinikschulen sukzessive von einer erweiterten Nachhilfeorganisation hin zu einer Bildungseinrichtung

8 Unter diesem Begriff fasst Schroeder (2012, S. 14) Schulen für diejenigen jungen Menschen, die u. a. aufgrund sozialer oder rechtlicher Bedingungen einen erschwerten Zugang zum Bildungssystem haben, darin gescheitert sind oder sich dem entziehen, oder die trotz Schulpflicht von den Behörden abgeschult worden sind.

9 Den schulgesetzlichen Regelungen in Deutschland zufolge sind hiermit alle Personen mit sonderpädagogischem Förderbedarf bzw. alle Personen, die mit zusätzlicher sonderpädagogischer Förderung an Sonder- oder Regelschulen unterrichtet werden, gemeint (vgl. Preuss-Lausitz 2013, S. 174). U. a. im Hamburgischen Schulgesetz (HmbSG) wird Krankheit jedoch nicht als Behinderung im Sinne der sonderpädagogischen Förderbedarfe eingeordnet (vgl. HmbSG, §12).

mit sonderpädagogischen Aufgaben und Zielen entwickelt hat (vgl. Schmitt 1999, S. 182). Auf der anderen Seite ergibt die Sichtung sonderpädagogischer Handbücher ein uneinheitliches Bild. So orientiert sich eine Vielzahl der Handbücher an der traditionellen Einteilung sonderpädagogischer Fachrichtungen¹⁰, die den sonderpädagogischen Förderbedarf ‚Unterricht bei Krankheit‘ nicht mit einschließt (Leonhardt/Wember 2003; Biermann/Goetze 2005b; Borchert 2007; Bleidick/Ellger-Rüttgärt 2008). Dem stehen einige sonderpädagogische Handbücher entgegen, die diesen Förderbedarf aufführen (vgl. Antor/Bleidick 2006; Opp/Theunissen 2009; Dederich/Jantzen/Walthes 2011). Wertgen (2012b) resümiert daher treffend:

„Trotz jahrzehntelanger pädagogischer Praxis^[11] mit kranken Kindern und Jugendlichen und einiger Initiativen [...] haben sich bislang weder schulische [...] noch außerschulische Pädagogik bei Krankheit [...] als sonderpädagogische Fachrichtung bzw. als erziehungswissenschaftlicher Forschungsschwerpunkt etablieren können“ (ebd., S. 60).

Klinikschulen und psychisch erkrankte Schüler:innen sind jedoch nicht nur in den behördlichen Dokumenten, wissenschaftlichen Disziplinen und Fachdiskursen ungesesehen. Auch der Unterricht an Klinikschulen für (teil)stationär behandelte Schüler:innen findet i. d. R. abseits von Öffentlichkeit und administrativen Kontrollorganen des Bildungssystems (z. B. Schulinspektion) im Verborgenen der KJP statt (vgl. Hensel 2020). Denn während eines Klinikaufenthalts ist Bildung der Genesung nachgeordnet und durch institutionelle Strukturen und Logiken der KJP begrenzt. Pädagogische Konzepte und Handlungsmöglichkeiten von Klinikschulen sind dementsprechend von Vorgaben durch Medizin und Therapie abhängig und die Lehrplanbindung ist – richtigerweise – aufgehoben (vgl. Schroeder 2008, S. 333; Thiele 2009, S. 414; Hensel 2019, 138 f., 146 ff.).

Angesichts dessen sowie der Randständigkeit von Klinikschulen in der fachlichen und öffentlichen Diskussion verwundert es nicht, dass viele Regelschullehrkräfte über die Existenz von Klinikschulen erst dann erfahren, wenn eine/einer ihrer eigenen Schüler:innen längere Zeit (teil)stationär behandelt wird. Ertles Feststellung von vor über 20 Jahren ist also weiterhin aktuell:

10 Diese umfasst die sieben Förderschwerpunkte Lernen, Sprache, emotionale und soziale Entwicklung, körperliche und motorische Entwicklung, Hören und Kommunikation, Sehen und geistige Entwicklung (vgl. Bos/Müller/Stubbe 2010, S. 382; Leonhardt/Wember 2003).

11 Der konsequente Ausbau von Klinikschulen begann in den 1970er Jahren. Seitdem hat sich die damalige Krankenhauspädagogik zu einer sog. „Pädagogik bei Krankheit“ weiterentwickelt (vgl. Lebherz 2011, S. 287).

„Auch innerhalb schulischer Strukturen und im Meinungsbild der Lehrerschaft war und ist schulische Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen, ganz zu schweigen von einem Grundwissen über diese spezielle Schularbeit, weithin unbekannt“ (Ertle 2000, S. 2 zit. n. Bakels 2020, S. 29).

Hinzu kommt, dass es in der gesamten Bundesrepublik weder in der ersten noch in der zweiten Phase der staatlichen Lehrer:innenausbildung einen eigenständigen Ausbildungsgang für Kliniklehrkräfte gibt (vgl. Oelsner 2013, S. 273; Wertgen 2012b, S. 60; Hoanzl 2016, S. 91; Bakels 2020, S. 43 f.). Über die Notwendigkeit eines speziellen Studiengangs gilt es noch zu diskutieren, verbindliche krankenpädagogische Inhalte in den fachspezifischen Bestimmungen der Lehramtsstudiengänge sind jedoch längst erforderlich.

Werden Bildungsinstitutionen nicht gesehen, so bleibt häufig auch die durch die Institution adressierte Personengruppe ungesehen. In der Sonderpädagogik besteht nach wie vor Uneinigkeit darüber, ob und welche psychischen Erkrankungen bei Schüler:innen zum sonderpädagogischen Handlungsfeld gehören.¹² Am ehesten können psychische Erkrankungen dem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung zugeordnet werden, da sich in diesem Förderschwerpunkt zum einen die Handlungsfelder von Sonderpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie (sowie Kinder- und Jugendhilfe) besonders häufig überschneiden. Zum anderen wird von einer beträchtlichen Schnittmenge zwischen „psychische[n] Erkrankungen und massive[n] schulische[n] Verhaltensstörungen“ (Ahrbeck/Fickler-Stang 2015, S. 256) ausgegangen, die Ahrbeck und Fickler-Stang zufolge „sehr viel größer [...] [ist,] als gemeinhin im pädagogischen Diskurs angenommen wird“ (ebd.). Der eingangs dargelegten Prävalenzrate psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von knapp 20 Prozent steht jedoch eine Quote im Förderschwerpunkt der emotional-sozialen Entwicklung von 1,3 Prozent im Jahr 2018 gegenüber (vgl. KMK 2020, XVI). Diese Diskrepanz ist auch unter Berücksichtigung regionaler und schulformspezifischer Differenzen erheblich (vgl. Ahrbeck/Fickler-Stang 2015, S. 256). Hövel/Mehlmann (2019) haben für das Bundesland Nordrhein-Westfalen eine ähnlich hohe Differenz zwischen Förderquote und Prävalenzrate dargelegt. Auf Grundlage dessen vermuten sie, „dass Kinder mit internalisierenden^[13]

12 Meine Position, nach der Schüler:innen mit psychischen Erkrankungen Teil des sonderpädagogischen Handlungsfelds sein sollten, begründet sich durch die erhöhten Exklusionsrisiken bei dieser Personengruppe und wird in Kap. 3.1 ausführlich dargelegt.

13 Psychische Erkrankungen werden in differentialdiagnostischen Systemen wie dem ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) oder dem DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) klassifiziert und in externalisierende und internalisierende Erkrankungen unterteilt. Externalisierende Erkrankungen zeichnet unterkontrolliertes Verhalten aus, das im Wesentlichen in drei Verhaltensarten unterschieden wird: sog. „oppositionelles Trotzverhalten“, sog. „Störung“ des Sozialverhaltens und die sog.

Problemen massiv benachteiligt werden“ (Hövel 2021, S. 185), da eine Zuweisung des sonderpädagogischen Förderbedarfs emotionale und soziale Entwicklung vornehmlich auf die Diagnose von externalisierenden Erkrankungen erfolgt. Hinzu kommt, dass der Unterstützungsbedarf von Schüler:innen mit internalisierenden Erkrankungen von Lehrkräften häufig falsch wahrgenommen oder gar nicht gesehen wird (vgl. Hövel/Mehlmann 2019, S. 242 ff.). Dabei ist das „differenzierte Erkennen der Problematiken“ (Stein 2018, S. 22) bei Schüler:innen, die dem Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung zugeordnet werden, oder denen droht ihm zukünftig zugeordnet zu werden, „unverzichtbar für eine gezielte pädagogische Unterstützung“ (ebd.).

Beim Vergleich verschiedener Handbücher des sonderpädagogischen Förderschwerpunkts zeigt sich jedoch, dass die Personengruppe ‚emotionale und soziale Entwicklung‘ nicht klar umrissen ist. Während Gasteiger-Klicpera/Julius/Klicpera (2008) zehn verschiedene „Störungsbilder“ (z. B. ‚Störungen‘ des Sozialverhaltens, ‚Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen‘, Depression, ‚Essstörungen‘) auflisten, unterscheiden Ahrbeck/Willmann (2010) in ihrer Systematik zwischen drei Großgruppen (externalisierende ‚Störungen‘, ‚Störung‘ der Person und ihrer Beziehungen, ‚Gefühls- und Verhaltensstörungen‘). Feuser/Herz/Jantzen (2014) hingegen zählen keine sog. „Störungen“, sondern ‚Einzelprobleme‘ auf, unter denen sie sowohl Beiträge über Verhaltensweisen (z. B. Selbstverletzungen) und Erkrankungen (z. B. Psychosen) als auch gesellschaftliche Phänomene (z. B. soziale Ungleichheit) und Institutionen (z. B. Kinder- und Jugendpsychiatrie) summieren. Wember/Stein/Heimlich (2014) wiederum haben in ihrem Handbuch die sonderpädagogischen Förderbedarfe emotionale und soziale Entwicklung sowie Lernen zusammengeführt und listen unter „Förderschwerpunkte und Störungsbilder“ u. a. Krankheitsbilder bzw. -symptome (ähnlich wie Gasteiger-Klicpera/Julius/Klicpera 2008), spezifische Unterstützungsbedarfe (z. B. Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten) und theoretische Konzepte (z. B. Identität und Selbstkonzept) auf, ohne sie eindeutig einem Schwerpunkt zuzuordnen. Hieran wird deutlich, wie schwierig es ist, aus Krankheitssymptomen resultierende spezielle Unterstützungsbedarfe (z. B. Konzentrationsmangel, sozialer Rückzug), eindeutig einem sonderpädagogischen Förderschwerpunkt zuzuordnen (vgl. ausführlich Ricking 2005).

Ein weiterer Grund für die große Diskrepanz zwischen Prävalenzrate und Förderquote sowie für die uneinheitliche Zuordnung von psychischen Erkrankungen in den Handbüchern sind die je nach Bezugssystem unterschiedlichen herangezogenen Kategorien, die oftmals verschiedene „Denk-, Handlungs- und Kommunikationssysteme“ (Bleher/Hoanzl/Ramminger 2014, S. 290) reprä-

„Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung“. Internalisierende Erkrankungen werden mit überkontrolliertem Verhalten beschrieben. Dazu zählen u. a. Angsterkrankungen und Depressionen (vgl. Linderkamp/Grünke 2007, S. 21 ff.).

sentieren. Während die Kategorie ‚sonderpädagogischer Förderbedarf in der emotionalen und sozialen Entwicklung‘ eine durch die KMK-Empfehlungen geprägte Kategorie ist, die für das Schulsystem gilt, operiert das System der KJP mit der Kategorie der ‚psychischen Störung‘. Die Kinder- und Jugendhilfe hingegen verwendet häufig die Kategorie der ‚seelischen Behinderung‘, die auch im Sozialrecht z. B. bei der Eingliederungshilfe (SGB XII) angewendet wird (vgl. Stein 2018, S. 19; Tera 2013, S. 201). Daher sind „psychische Erkrankungen und massive schulische Verhaltensstörungen nicht deckungsgleich“ (Ahrbeck/Fickler-Stang 2015, S. 256). Somit erfolgt in der Schule nicht automatisch die Zuweisung des sonderpädagogischen Förderbedarfs in der emotionalen und sozialen Entwicklung, wenn in der KJP eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird. Mit Verweis auf die „Empfehlungen zum Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung“ (KMK 2000) argumentiert bspw. das Land Brandenburg, dass psychisch erkrankte Schüler:innen zwar „sehr häufig sonderpädagogische Unterstützung im Bereich emotionale und soziale Entwicklung [benötigen]“ (LISUM 2010, S. 55), ein vorhandener Unterstützungsbedarf sowie eine psychiatrische Diagnose jedoch nicht ausreichen würden, um Unterstützung zu bekommen. Vielmehr müssen die erkrankten Schüler:innen zusätzlich in ihren Bildungs-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten so sehr beeinträchtigt sein, dass sie auch mit Unterstützung durch andere Dienste im Regelschulunterricht nicht hinreichend gefördert werden können (vgl. ebd.). Dies ist insofern bedeutsam, als dass auch der sonderpädagogische Förderbedarf Unterricht bei Krankheit nur in einigen Bundesländern vergeben und z. B. in Hamburg und eben auch in Brandenburg (vgl. ebd., S. 82; MBJS-BB 2018, S. 21) gar nicht geführt wird. Dabei stellen psychische Erkrankungen nicht nur ein großes Risiko für die Bewältigung notwendiger Entwicklungsaufgaben von Kindern und Jugendlichen dar, aus denen im Erwachsenenalter umfangreiche Beeinträchtigungen resultieren können (vgl. Vloet/Konrad/Herpertz-Dahlmann 2009, S. 199; Hillenbrand 2010, S. 35). Sie können darüber hinaus eben auch erhebliche Beeinträchtigungen im Lernen und der schulischen Teilhabe mit sich bringen und sich dauerhaft negativ auf die individuellen schulischen Bildungsverläufe auswirken. Diverse Publikationen weisen auf den Zusammenhang von internalisierenden wie externalisierenden psychischen Erkrankungen und Schulabsenz hin (u. a. Knollmann/Al-Mouh-tasseb/Hebebrand 2009; Weber/Welling/Steins 2012b; Oelsner 2003). Schmitt (2002) stellt aufgrund seiner Praxiserfahrungen in der Arbeit mit psychisch erkrankten Klinikschüler:innen jedoch fest:

„Die Bedeutung von Krankheit als Indikator eines besonderen individuellen Förderbedürfnisses wird nicht wahrgenommen. Die psychosoziale Irritation der betroffenen Kinder einerseits und gesellschaftliche Tabuisierungs- und Ausgrenzungsprozesse andererseits geraten ebenso wenig in den Blick wie die schlichte Feststellung, dass der Ort, an dem Krankheit und Kranksein auftreten, sich im Zuge

veränderter medizinischer Behandlungsformen immer mehr in die allgemeinen Schulen verlagert“ (ebd., S. 32).

Aus der bisherigen Darlegung wird die Inkonsistenz der sonderpädagogischen Unterstützungszuweisung offenkundig. Daraus sollte aber nicht geschlussfolgert werden, bereits bei geringen Norm- oder Verhaltensabweichungen vorschnelle sonderpädagogische Etikettierungen vorzunehmen. Denn diese können weitreichende negative Folgen für die Schüler:innen haben (vgl. Ahrbeck / Fickler-Stang 2015, S. 256; Hövel / Mehlmann 2019). Mit Bezug auf das Thema dieser Arbeit geht es hier vielmehr darum, aufzuzeigen, dass psychisch erkrankte Schüler:innen bei der Zuweisung sonderpädagogischer Unterstützung oftmals übersehen werden – obwohl deren Unterstützungsbedarf im schulischen Alltag in vielen Fällen unbestritten ist. Zumal viele Kinder und Jugendliche mit selbst- und fremdschädigenden Verhaltensmustern, erkennbaren Nöten und psychischen Problemlagen „sich besonders gehäuft in Schulen für Erziehungshilfe und in Psychiatrischen Klinikschulen [finden] und [...] damit ein bedeutsames Thema der Sonderpädagogik [sind]“ (Bleher / Hoanzl / Ramminger 2014, S. 274).

Aus den vorangegangenen Ausführungen geht hervor, dass Klinikschule und psychisch erkrankte Schüler:innen einem ungewöhnlichen schulischen Handlungsfeld angehören. Damit reihen sie sich ein in eine Randgruppe von Bildungseinrichtungen und Schüler:innen im Abseits (vgl. Schweder 2019a). Dies scheint nicht nur angesichts der von psychischen Erkrankungen ausgehenden Beeinträchtigungen und Herausforderungen sowohl seitens der erkrankten Schüler:innen und ihren Angehörigen als auch seitens der Schule und ihren pädagogischen Fachkräften paradox, sondern auch in Anbetracht der großen medialen Präsenz einiger psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein Ziel dieser Arbeit ist es daher, den Diskurs um Inklusion und Bildungsteilhabe auf die Gruppe der psychisch erkrankten Schüler:innen zu erweitern und damit die schulische Situation psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sichtbarer zu machen.

1.3 Der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule – ein ungewohnter Übergang als zentraler Untersuchungsgegenstand

Der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule stellt den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit dar. Die Festsetzung des Übergangs als Untersuchungsgegenstand erfolgte nicht zu Beginn dieser Untersuchung, sondern ist ein Ergebnis der explorativen Voruntersuchung (Kap. 3), die der Hauptuntersuchung (Kap. 5) vorangegangen ist. Die Notwendigkeit der explorativen Voruntersuchung begründet sich durch die Ausgangslage dieser Arbeit.

Diese setzt sich zusammen aus *erstens* der im bundesweiten Vergleich zerfasert erscheinenden schulorganisatorischen Anbindung und Struktur der Klinikschulen (s. Kap. 1.4), *zweitens* den lokalspezifischen, zum Teil unübersichtlichen Gegebenheiten des Forschungsfelds der Hamburger Klinikschulen (s. Kap. 1.4), *drittens* der ‚Unsichtbarkeit‘ von Klinikschulen in behördlichen Dokumenten, öffentlichen Diskursen und der Schulpraxis (s. Kap. 1.2) sowie *viertens* aus dem sehr geringen Forschungstand (s. Kap. 1.3 und 4.1). Die explorative Voruntersuchung diente zum einen der Aufschließung des diffusen und unübersichtlichen Forschungsfelds (s. Kap. 3.1) und zum anderen der Identifikation der im Praxisfeld der Hamburger Klinikschulen dominanten Problemstellung. Durch die explorative Voruntersuchung wurde die im Folgenden in Grundzügen dargelegte Problemstellung sozusagen aus dem Forschungsfeld der Klinikschulen heraus empirisch entwickelt und geschärft (s. Kap. 3.2).

Psychische Erkrankungen sind für die betroffenen Kinder und Jugendlichen selbst, aber auch für ihre Familien einschneidende biografische Ereignisse, die oftmals nachhaltige negative Auswirkungen auf ihre Lebenssituationen mit sich bringen. Die einschränkenden Begleiterscheinungen sind je nach Individualfall und Krankheitsbild unterschiedlich. Krankheitsbildübergreifend kann davon ausgegangen werden, dass psychische Erkrankungen häufig Einschränkungen im Sozialverhalten, in der Leistungsfähigkeit oder emotionale Veränderungen (z. B. Antriebslosigkeit, Aggression, Ängste, geringere Motivation und Selbstwerteleben) bewirken. Viele psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche ziehen sich aus ihren sozialen Bezügen zurück oder erfahren Ausgrenzung durch ihre soziale Umwelt. Psychische Erkrankungen können zu geringerer Konzentrationsfähigkeit und Leistungsfreude führen, das Lernverhalten beeinträchtigen und so individuelle schulische Bildungsverläufe nachhaltig negativ beeinflussen. Beeinträchtigungen im familiären, erweiterten sozialen und schulischen Umfeld und eine Verminderung der Lebensqualität sind daher häufige Begleiterscheinungen von psychischen Erkrankungen (vgl. Bilz 2008, S. 10; Wertgen 2009, S. 308; Broxtermann et al. 2013, S. 38; Hölling et al. 2014, S. 807).

Biographien sind jedoch nicht gesellschaftlich losgelöst, sondern in Strukturen eingebunden, die durch die Institutionen der Bildung und des Sozialstaats sowie wirtschaftliche, kulturelle und soziale Bedingungen geschaffen und aufrechterhalten werden. Diese rahmen den Lebensverlauf eines:r jeden Einzelnen (vgl. Tillmann 2013, S. 23; Heinz 2012, S. 60 ff.). Im Falle des psychischen Erkrankens verläuft das Leben der Kinder und Jugendlichen nicht nur als Kranke:r bzw. Patient:in, sondern parallel dazu wie bisher auch als Schüler:in, Familienmitglied, Freund:in etc. weiter. Denn die rahmenden Bedingungen nehmen weiterhin Einfluss auf den Lebensverlauf. Durch die Schulpflicht müssen bspw. alle Kinder und Jugendlichen eines bestimmten Alters zur Schule gehen.

Psychische Erkrankungen können allerdings dazu führen, dass die rahmenden Strukturen von den Individuen nicht eingehalten werden können. Aus

der schulischen (vgl. Hilff 1997; Ramminger 2010; Wertgen 2012a; Adams et al. 2014), therapeutischen (vgl. Fegert 2011) und auch sozialpsychologischen (vgl. Steins/Weber/Welling 2013) Praxis wird regelmäßig von sich häufenden diskontinuierlichen und „von Scheitern bedrohten“ (Fegert 2011, S. 53) schulischen Bildungsverläufen bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen berichtet. Ähnliche Ergebnisse finden sich in der einschlägigen internationalen Literatur (vgl. u. a. Clemens/Welfare/Williams 2010, S. 245, 251 f.). In einem offenen Brief aus dem Jahr 2013 wiesen Kinder- und Jugendärzt:innen sowie -psychiater:innen aus Schleswig-Holstein auf die Zunahme der Erstvorstellung von Grundschüler:innen in kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen hin, die häufig aufgrund sog. „Entwicklungsverzögerungen“, Verhaltensauffälligkeiten und ‚Anpassungsstörungen‘ den Anforderungen des Regelschulunterrichts nicht gewachsen sind. Die daraus häufig resultierende Abwärtsspirale beschreiben die Ärzt:innen und Psychiater:innen folgendermaßen:

„Die Schüler entwickeln Ängste und psychosomatische Symptome, die sich in einem negativen Kreis bis hin zur Schulangst/Schulvermeidung oder drohendem Schulausschluss steigern und nur durch intensive pädagogische und therapeutische Maßnahmen behandeln lassen. Häufig verbringen diese überforderten Kinder drei Jahre im Eingangsbereich der Grundschule, was in den meisten Fällen mit einem Wechsel der Klasse und des sozialen Bezugssystems verbunden ist. So prägen Misserfolg, Überforderung und Verlust von sozialen Bindungen sowie mangelnde Integration das Hineinwachsen in die Regelbeschulung“ (Broxtermann et al. 2013, S. 38).

Leistungseinbrüche und unregelmäßige Schulbesuche von psychisch erkrankten Schüler:innen sind jedoch keineswegs einseitig durch die Krankheitssymptomatik begründet, sondern auch auf die schulischen Organisationsstrukturen und darin enthaltene, wirkmächtige Normalitätserwartungen zurückzuführen. Auch für diejenigen psychisch erkrankten Schüler:innen, die in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie (teil)stationär behandelt werden, ist der Besuch ihrer Stammschule¹⁴ in vielen Fällen aufgrund ihrer Erkrankung und des institutionellen Settings der KJP nicht möglich. Damit sie dennoch ihr Recht auf Bildung wahrnehmen bzw. ihre Schulpflicht erfüllen können und um eine Kontinuität in ihrer Bildungsbiographie zu gewährleisten, muss neben einer

14 Als Stammschule wird die Schule bezeichnet, bei der ein/eine Schüler:in angemeldet ist. Klinikschulen fungieren nicht als Stammschule, da die Teilnahme am Klinikschulunterricht auf die Dauer der (teil)stationären Behandlung begrenzt ist und nach der Entlassung die Rückkehr in die Stammschule erfolgen soll. Die Stammschule ist zugleich die Herkunftsschule, sofern während des KJP-Aufenthalts kein Wechsel der allgemeinen Schule stattfindet. Im Falle eines Wechsels, ist die Schule, an der der/die Schüler:in neu angemeldet ist, die neue Stammschule. Die ehemalige Stammschule ist Herkunftsschule.

medizinisch-therapeutischen auch eine schulische Versorgung sichergestellt werden. Entsprechende Bildungsangebote werden i. d. R. durch Klinikschulen bereitgestellt.

Für diejenigen Schüler:innen, die bereits vor der Aufnahme in eine KJP aufgrund ihrer gesundheitlichen Situationen und strukturellen Barrieren (vgl. Basendowski/Hensel/Meyer 2017) für mehrere Wochen, teilweise auch Monate, nicht oder nur unregelmäßig in der Schule gewesen sind, stellen Klinikschulen mitunter den ersten Kontakt mit dem Schulsystem nach längerer Unterbrechung dar. Dadurch füllen sie „eine derzeit gravierende Versorgungslücke“ (Wertgen 2012d, S. 225) für psychisch erkrankte Schüler:innen mit erhöhtem Drop-Out Risiko.

Mit der Aufnahme in eine KJP ist der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule strukturell prädisponiert. Denn zum einen besteht die Schulpflicht auch nach der Entlassung weiterhin. Sofern keine Krankschreibung vorliegt, müssen die Schüler:innen daher im Anschluss an ihre (teil)stationäre Behandlung eine Schule besuchen. Zum anderen endet mit der Entlassung aus der KJP auch die formale Zuständigkeit der Klinikschule für die bis dahin in der KJP behandelten Schüler:innen. Diese liegt nun wieder bei deren Stammschulen. Darüber hinaus zeigen Untersuchungsergebnisse der Drop-Out-Forschung¹⁵, dass bei Schüler:innen, bei denen auch drei Jahre nach einem Schulabbruch keine Reintegration in Schule gelingt, ein hohes Risiko besteht, arbeitslos und von Sozialhilfe abhängig zu werden (vgl. Stamm 2012, S. 143). Angesichts dieser prekären Zukunftsvision für Kinder und Jugendliche, die den Übergang nicht bewältigen, ist davon auszugehen, dass die Wiedereingliederung in die Schule nicht nur von gesellschaftlichem und wirtschaftlichem, sondern in den meisten Fällen auch von persönlichem Interesse ist. Hinzu kommt, dass KJP-Aufenthalte zum Teil nicht nur wegen einer Erkrankung an sich, sondern auch wegen drohender oder fortgeschritten er sozialer und schulischer Desintegration veranlasst werden (vgl. Krüger/Romer 2003, S. 251). Nicht nur, aber gerade für diese Kinder und Jugendlichen gilt das

„Maß des Gelingens der Reintegration [...] als wesentlicher prognostischer Faktor für eine Wiedereingliederung in den gesamten Prozess sozialer Bezüge. Andererseits ist das Misslingen der schulischen Integration mit einem hohen Risiko für dauerhafte seelische Behinderung und damit einhergehender Abhängigkeit von Rehabilitationsmaßnahmen im Erwachsenenalter belastet“ (Schmitt 2002, S. 32).

15 Der Drop-out-Begriff umfasst laut Stamm (2012) alle Schüler:innen, die „noch vor Vollendung der Schulpflicht ohne Abschluss die Schule verlassen“ (ebd., S. 31) und somit „aus dem Bildungssystem herausfallen“ (ebd., S. 25) (drop-out).

Der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule ist für den weiteren schulischen und Lebensverlauf der entlassenen Kinder und Jugendlichen somit von zentraler Bedeutung. Gleichzeitig stellt der Übergang jedoch viele dieser Schüler:innen vor große Herausforderungen. In der Literatur wird bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen von einer erhöhten Vulnerabilität¹⁶ aufgrund niedrigerer Belastungsschwellen ausgegangen. Hinzu kommt, dass die meisten von ihnen nach ihrem Klinikaufenthalt noch nicht vollständig genesen sind (vgl. Harter-Meyer 2000, S. 7), mit der Entlassung aber ein für psychische Erkrankungen sensibilisiertes und sie rund um die Uhr umgebendes therapeutisches und pädagogisches Hilfesystem wegfällt. Durch verschiedene Stressoren aus ihrer schulischen sowie familiären und sozialen Lebenswelt kann es daher schnell zu erneuten Belastungsreaktionen oder psychischen Krisen kommen. Das Wieder-zur-Schule-Gehen nach dem Klinikaufenthalt ist daher für viele ehemalige Patient:innen mit Ängsten z. B. vor Überforderung durch schulische und soziale Anforderungen, vor Stigmatisierung durch Lehrkräfte und Mitschüler:innen oder vor dem Zurückfallen in alte Verhaltensmuster verknüpft (vgl. Wertgen 2009, S. 308 ff.; Weber/Welling/Steins 2010, S. 74). „In manchen Fällen sind Angst- und Vermeidungsverhalten so chronifiziert, dass die Schüler/-innen ohne externe Unterstützung keinen Wiedereinstieg schaffen“ (ebd.). Der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule stellt für einen Teil der Kinder und Jugendlichen somit eine große Hürde dar, bei der die Gefahr diskontinuierlicher schulischer Bildungsverläufe nicht nur nach Einsetzen der Krankheit vor dem KJP-Aufenthalt, sondern auch nach der Entlassung aus der Klinik weiterhin besteht (vgl. Hensel 2017, S. 189 f.).

Das von diesen Schüler:innen benötigte unterstützende Umfeld kann in der Schule angesichts ihrer von Lehrplänen und Leistungsanforderungen dominierten und selektiven Organisationsstruktur nur schwer geschaffen und dauerhaft erhalten werden. Zumal es in den allgemeinen Schulen bisher nicht selbstverständlich zu sein scheint, auf psychische Erkrankungen und davon ausgehende (schulische) Belastungen sensibel und rücksichtsvoll zu reagieren. So schreibt Lebherz (2011):

„Es liegt die Vermutung nahe, dass es bei psychischen Erkrankungen zu einer weitreichenden Nichtzuständigkeit der Pädagogen kommt und der Kontakt mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie als bedrohlich erlebt wird [...]. Häufig erfahren sich psychisch Erkrankte in der allgemeinen Schule nicht verstanden und aufgehoben“ (ebd., S. 289).

Dies deutet bereits darauf hin, dass die Reintegration in die allgemeine Schule nicht nur für die Schüler:innen und ihre Angehörigen mit großen Anstrengun-

16 Eine kritische Auseinandersetzung mit dem Vulnerabilitätsbegriff u. a. im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen erfolgt in Kap. 2.5.2.

gen verbunden ist. Auch für die Schulen und ihre pädagogischen Fachkräfte ist der Umgang mit psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen – sowohl vor, als auch nach einem Klinikaufenthalt – mitunter eine große Herausforderung. Zwar werden Interaktionen und Kommunikation zwischen Lehrkräften und Schüler:innen grundsätzlich von Emotionen beeinflusst (vgl. Herz 2013b, S. 53), in ihrer Untersuchung über Erfahrung von Lehrkräften mit Schüler:innen, die in einer KJP (teil)stationär behandelt wurden, kommt Harter-Meyer (2000) jedoch zu dem Ergebnis, dass Lehrkräfte

„in der Beziehung zu ihren seelisch kranken Kindern und Jugendlichen besonders stark belastet [werden]. Sie sind kaum oder nur begrenzt darauf vorbereitet, die mit seelischer Krankheit verbundenen ambivalenten Gefühle von Liebe und Haß, Allmacht und Ohnmacht, Abwertung und Zuneigung sowie das ständige Wechselbad von Distanz und Nähe zu verstehen und auszuhalten“ (ebd., S. 5).

Ein Grund hierfür ist, dass Schule weder in ihrem traditionellen Verständnis als Institution der Bildung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen, noch in ihren gesetzlichen Vorgaben oder gesellschaftlichen Funktionszuschreibungen (Fend 1980) die Aufgabe der Unterstützung bei krisenhaften Ereignissen zugeordnet wird. Dementsprechend sind zumindest Regelschullehrkräfte für Interaktionen mit psychisch erkrankten Schüler:innen, die häufig von intensiven Gefühlen wie Angst und Unsicherheit begleitet sind und selbst bei medizinisch-therapeutischen Fachkräften kraftaufwendige Abgrenzungsstrategien erfordern, nicht ausgebildet. Darüber hinaus lösen psychische Erkrankungen bei vielen Menschen bewusst und unbewusst Ängste aus, die auch die eigene Person betreffen können (vgl. Harter-Meyer 2000, 28, 33). In Kombination mit geringem Wissen über psychische Erkrankungen sowie die Schwierigkeit, Krankheitssymptome nicht mit Charaktereigenschaften zu verwechseln, können solche Ängste häufig dazu führen,

„dass bei allen kognitiven Anstrengungen, Akzeptanz für psychische Erkrankungen einzufordern, die soziale Repräsentation weiterhin mit sozialer Auffälligkeit, gefährlicher Gewalttätigkeit und unkontrollierbarer Sexualität verknüpft ist“ (Harter-Meyer/Orts 2002, S. 69).

Die beschriebene Situation beider Gruppen – der psychisch erkrankten Schüler:innen, die nach ihrer (teil)stationären Behandlung den Übergang von der KJP in die allgemeine Schule durchlaufen müssen, und der Lehrkräfte, die die entlassenen Kinder und Jugendlichen aufnehmen – zeigen, dass der Übergang für alle Beteiligten eine Belastungsprobe darstellen kann. Zugleich ist er für den weiteren schulischen Bildungsverlauf der Schüler:innen von weichenstellender Bedeutung. Es besteht daher die dringende Notwendigkeit, den Übergang von

der KJP in die allgemeine Schule zu erforschen. Die Relevanz dessen wird vor dem Hintergrund des „äußerst defizitären“ (Bakels 2020, S. 28) Forschungsstandes zusätzlich erhöht. Denn wie die dargestellte Randständigkeit von Klinikschulen und psychisch erkrankten Schüler:innen in der schulischen Praxis und öffentlichen Wahrnehmung vermuten lässt, ist auch der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule ein größtenteils ungesehener Übergang (s. Kap. 4.1). Hinzu kommt, dass der Übergang auch in den Verordnungen der einzelnen Bundesländer für Klinikschulen, in denen die Rahmenbedingungen für deren Ausgestaltung sowie die spezifischen Aufgaben dieses Schultyps beschrieben sind, „allenfalls eine Nebenrolle“ (Fesch/Müller 2014, S. 50) einnimmt.¹⁷ In ihrer Analyse der jeweiligen Verordnungen kommen Fesch/Müller zu dem fatalen wie bezeichnenden Ergebnis:

„Auffallend ist, dass in nahezu allen Verordnungen die Unterstützung bzw. die Begleitung der Schüler während der Reintegration in ihre alte oder eine neue Schule gänzlich fehlt [...]. Aus sonderpädagogischer Sicht wäre dies jedoch eine der wichtigsten Aufgaben, die eine Schule für Kranke^[18] gemeinsam mit der Stammschule zu bewältigen hätte und die in Hinblick auf die Umsetzung eines inklusiven Schulsystems an Bedeutung gewinnen müsste“ (ebd., S. 53).¹⁹

Der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule wird also sowohl in der Wissenschaft als auch in Bildungsinstitutionen, -administration und -politik bisher kaum gesehen. Angesicht dessen wird der schon länger anhaltende Ruf nach Forschung bspw. über „eine bedarfsgerecht gestufte Nachsorge und Beratung“ (Stein 2011, S. 328) zunehmend lauter (vgl. u. a. Harter-Meyer 2000, S. 8; Ertle 2002, S. 373; Krüger/Romer 2003, S. 253; Weber/Welling/Steins 2012a, S. 113; Oelsner 2013, S. 271; Stein/Stein 2014, S. 77f.; Ostkämper 2014, S. 140; Wäckers 2020, S. 221ff.). Die zwei Jahrzehnte alte Feststellung von Ertle (2002) gilt demnach weiterhin: „Derzeit kann noch nicht auf kontinuierliche Anstrengungen in der Forschung und deren Ergebnisse verwiesen werden, wohl aber auf dringende Desiderate der Forschung. Was bereits vorliegt, sind Einzelberichte“ (ebd., S. 377).

Diese Untersuchung soll einen Beitrag dazu leisten, dieses Desiderat zu schließen. Somit bildet der Übergang von der KJP bzw. Klinikschule in die allgemeine Schule den Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit. Angesichts der

17 Dies gilt im Übrigen auch für Fragen zur Qualifikation von Klinikschullehrkräften (vgl. Fesch/Müller 2014, S. 50).

18 Ich verwende in dieser Arbeit die Bezeichnung ‚Klinikschule‘ (s. Kap. 1.4). Sofern ich Aussagen mit der Bezeichnung ‚Schule für Kranke‘ (SfK) zitiere, so sind beide Bezeichnungen synonym zu verstehen.

19 In Hamburg finden die Klinikschulen lediglich in den Empfehlungen zum Nachteilsausgleich Erwähnung (vgl. BSB-HH 2013a, S. 56).

aufgezeigten unterschiedlichen Ausgangslagen und Perspektiven von aufnehmenden Schulen und Schüler:innen, die den Übergang zu bewältigen haben, lautet die forschungsleitende Fragestellung der Untersuchung:

Wie wird der Übergang von der Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Klinikschule in das allgemeine Schulsystem von den daran beteiligten schulischen Fachkräften sowie Jugendlichen, die den Übergang durchlaufen haben, erlebt und bewertet?

Aufgrund der eingangs beschriebenen Ausgangslage hat diese Arbeit das Ziel, den Übergang von der KJP in die allgemeine Schule ausführlich „in seiner Breite“ zu analysieren. Denn auch die allgemeinen Schulen müssen nicht mit einzelnen Krankheitsbildern, sondern „mit der ‚Breite‘ der [...] [psychischen Erkrankungen, Anm. T.H.] umgehen“ (Stein 2011, S. 327). Von Einzelfallanalysen „in die Tiefe“, die bspw. individuelle Bewältigungsstrategien oder subjektive Deutungsmuster auf der Mikroebene fokussieren, habe ich daher abgesehen, zugunsten eines breiten Samples, bestehend aus verschiedenen am Übergang beteiligten Akteur:innen des Schulwesens sowie jugendlichen Schüler:innen, die den Übergang bereits durchlaufen haben. Dementsprechend ist auch die o. g. Fragestellung der Hauptuntersuchung zunächst bewusst relativ offen formuliert. Wie in qualitativen Untersuchungen üblich (vgl. Maxwell 2013, S. 73 ff.; Flick 2016, S. 132 ff.) wurde diese durch die fortlaufende, zirkuläre empirische Annäherung an den Untersuchungsgegenstand durch weitere Aspekte ergänzt. So rückten im weiteren Forschungsverlauf zusätzlich auch die schulischen Bildungsverläufe von psychisch erkrankten und (teil)stationär behandelten Schüler:innen in das Erkenntnisinteresse. Dabei werden Übergänge theoretisch als Teilverläufe eines größeren Verlaufs (z. B. der Schullaufbahn) verstanden, die von Ereignissen vor dem Übergang sowie den institutionell vorstrukturierten Verlaufspfaden, innerhalb dessen sich Schüler:innen bewegen müssen, nicht losgelöst sind (vgl. Elder 1985, S. 31). Für die Analyse des Übergangs wird daher eine Verlaufsperspektive eingenommen, bei der das Begriffspaar ‚Kontinuität und Diskontinuität‘ als analytische Kategorie herangezogen wird. Gemäß der Problemstellung soll der Fokus auf Einflussfaktoren gelegt werden, die Diskontinuitäten in schulischen Bildungsverläufen von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, insbesondere nach einem KJP-Aufenthalt, begünstigen. Dies macht die Beschreibung und Analyse von Problemen im Übergang erforderlich. Ziel dieser Arbeit ist es, aus den Forschungsergebnissen heraus theoriegeleitete und empirisch gesättigte Überlegungen anzustellen, wie das Übergangssystem gestaltet werden müsste, damit Unterbrechungen und Absenzen in schulischen Bildungsverläufen vermieden werden können. Darüber hinaus soll unter Rückgriff auf den Kontinuitäts- und Diskontinuitätsbegriff eine analytische Kategorie entwickelt werden, auf deren Grundlage Unterbrechungen, Wiedereinstiege und Abbrüche, aber auch

Übergänge innerhalb von (schulischen) Bildungsverläufen untersucht werden können.

1.4 Diffusität und Unübersichtlichkeit des Forschungsfelds als methodologische Rahmenbedingung

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Untersuchung. In der qualitativen Forschung werden Problemstellungen, die den Ausgangspunkt für die Konzipierung von Fragestellung und Untersuchungsdesign bilden (vgl. Lamnek/Krell 2016, S. 37), neben u. a. Beobachtungen und Gesprächen im Forschungsfeld mit Hilfe von Forschungsliteratur identifiziert, verdichtet und in Feldzusammenhänge eingeordnet (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014a, S. 121). Der Forschungsstand über Klinikschulen im Allgemeinen und über den Übergang von der KJP in die allgemeine Schule im Speziellen ist jedoch sowohl in der (sonder)pädagogischen Bildungs- und Schulforschung als auch in der Übergangsforschung sehr gering (s. Kap. 1.2 und 4.1). Auch wenn die Sichtung der Forschungsliteratur prinzipiell keine gründliche Erschließung des Untersuchungsfelds ersetzen kann (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014b, S. 40), so macht es der geringe Forschungsstand umso erforderlicher, das Feld zu Beginn der Untersuchung genau zu erkunden. Einen weiteren Grund für eine ausführliche Felderkundungsphase stellt die Diffusität und Unübersichtlichkeit des Praxisfelds der Klinikschulen sowohl in der gesamten Bundesrepublik als auch speziell in Hamburg dar, die ich folgend genauer darlege.

Auf bundesdeutscher Ebene resultiert die Unübersichtlichkeit und Diffusität hauptsächlich aus drei Feldmerkmalen:

1. Der strukturelle Aufbau und die inhaltliche Konzeption von Klinikschulen sind stark von dem Setting der Klinik, an der die einzelnen Klinikschulen angebunden sind, abhängig (s. Kap. 3.3.3). In den vergangenen Jahren sind kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken hinsichtlich ihrer Funktionsbereiche jedoch erheblich ausdifferenziert worden, sodass neben traditionellen stationären Einrichtungen u. a. heilpädagogisch-therapeutische Ambulanzen und Tageskliniken geschaffen wurden (vgl. Myschker/Stein 2018, S. 422). Aufgrund dieser strukturellen Vielfalt konnten sich ebenso vielfältige Gestaltungs- und Organisationsformen von Bildungsangeboten für Klinikschüler:innen entwickeln. Die verschiedenen klinischen Settings, Schulstandorte und Kooperationspartner:innen führen zu solch unterschiedlichen Bildungs- und Unterstützungsprofilen, Netzwerken sowie inhaltlichen Aufgaben und Bildungsangeboten, dass Klinikschulen untereinander nur schwer vergleichbar sind (vgl. Frey/Wertgen 2012, S. 12). Hinzu kommt, dass Klinikschulen nicht nur an Kinder- und Jugendpsychiatrien angebunden sind, sondern

auch an verschiedenen medizinischen Einrichtungen für somatisch erkrankte Kinder und Jugendliche (Kurkliniken, (spezialisierte) Krankenhäuser, etc.). Heidenreich (2012) stellt daher treffend fest: „Keine Schule für Kranke gleicht einer anderen“ (ebd., S. 9).

2. In Deutschland verfügen die sechzehn Bundesländer über die jeweilige strukturelle Ausgestaltung und Durchführung schulischer Bildung innerhalb ihrer Landesgrenzen. Zwar enthalten alle Schulgesetze der Bundesländer Regelungen zur Beschulung erkrankter Schüler:innen (Meister 2011, S. 309), die Empfehlungen der KMK zum Unterricht bei Krankheit werden dabei jedoch „nicht oder inhaltlich recht unterschiedlich umgesetzt“ (Fesch / Müller 2014, S. 52). In ihrer Untersuchung über die Verordnungen der einzelnen Bundesländer für Klinikschulen stellen Fesch / Müller (2014) zudem fest, dass sieben der sechzehn Bundesländer über keine eigenständige Verordnung für Klinikschulen verfügen. Aussagen über Klinikschulen und -unterricht finden sich in einigen dieser Bundesländer in sonderpädagogischen Förderrichtlinien, in anderen werden sie überhaupt nicht erwähnt (vgl. ebd., S. 52).

Bundesweit ergibt die Klinikschullandschaft daher ein noch vielfältigeres Bild, als dies bei den Regel- und Sonderschulformen schon der Fall ist. Die Bandbreite reicht von Schulen, die als „Institution in der Institution“ (Ertle 1997, S. 228) an Kliniken angegliedert sind, bis hin zu externen Einrichtungen, die für ein großes Einzugsgebiet zuständig sind oder die an mehreren Standorten in einem Stadtgebiet medizinisch-therapeutische Krankenhäuser mit Unterrichtsangeboten versorgen (vgl. Frey / Wertgen 2012, S. 12). Entsprechend differieren Klinikschulen auch in ihrer schulorganisatorischen Anbindung und werden in einzelnen Bundesländern als Sonderschulen, im Verbund mit Förderzentren, als eigene Schulform, als zwischen den Schulformen eingegliedert, als Schulstellen ohne Schulstatus oder als Filialen von Grund- und Sonderschulen geführt. Daneben existieren Abordnungsmodelle von Lehrkräften aus Regel- oder Sonderschulen zu den erkrankten Schüler:innen in den medizinisch-therapeutischen Einrichtungen (vgl. Heidenreich 2012, S. 9; Thiele 2009, S. 413). Hinzu kommt, dass Klinikschulen bundesweit sehr unregelmäßig verteilt sind, selbst unter Berücksichtigung der unterschiedlich großen Flächen und Bevölkerungszahlen der Bundesländer. Fesch / Müller (2014) werfen in diesen Zusammenhang die Frage auf, ob aus der sich stark unterscheidenden Anzahl an Klinikschulen pro Bundesland Rückschlüsse über die regionale Wertigkeit dieses Schultyps gezogen werden können (vgl. ebd., S. 52).

3. Bundesweit werden Klinikschulen nicht einheitlich benannt, sondern es werden verschiedene Bezeichnungen verwendet (vgl. ebd., S. 50). In der einschlägigen Fachliteratur dominiert die in den 1980er Jahren eingeführte Bezeichnung der ‚Schule für Kranke‘, die auch in den Empfehlungen der KMK verwendet wird (vgl. Oelsner 2013, S. 271). Dieser Begriff ist jedoch aus

mehreren Gründen problematisch: Zum einen leitet sich so die Benennung dieses Schultyps aus einem vermeintlichen und z. T. normativ festgelegten Defizit (krank) der Schüler:innen ab. Daraus entsteht eine institutionelle Stigmatisierung, wonach alle Schüler:innen dieses Schultyps krank und somit abnorm sind (vgl. Bakels 2020, S. 10; Oelsner 2013, S. 277). Zum anderen ist das Merkmal ‚krank‘ für die Beschulung durch eine Klinikschule nicht entscheidend.²⁰ Auch Kinder und Jugendliche, die zu präventiven oder Nachsorgebehandlungen (teil)stationär in Kliniken behandelt werden, besuchen in dieser Zeit die Klinikschule. Hinzu kommen Schüler:innen, bei denen zum Zeitpunkt der Aufnahme noch keine Diagnose vorliegt und der Klinikaufenthalt zunächst nicht der Behandlung, sondern der Diagnostik dient. Darüber hinaus sind aus der KJP entlassene Kinder und Jugendliche häufig nicht völlig genesen (vgl. Schleider/Hirsch-Herzogenrath 2009, S. 154). Mit der Entlassung endet jedoch zugleich der Bildungsauftrag der Klinikschule für das entlassene Kind. Die Zuständigkeit der Klinikschulen beschränkt sich also auf die Dauer des (teil)stationären Aufenthalts und nicht auf die Dauer der Erkrankung. Die Bezeichnung ‚Schule für Kranke‘ ist also auch vor diesem Hintergrund irreführend.

In dieser Arbeit verwende ich die Bezeichnung ‚Klinikschule‘, weil sie darauf hinweist, dass für die Beschulung in diesem Schultyp nicht die psychische oder physische Konstitution der Schüler:innen entscheidend ist, sondern der (teil)stationäre Aufenthalt in einer medizinisch-therapeutischen Einrichtung, der den Besuch der Stammschule verhindert. Darüber hinaus soll so der Fokus auf die institutionellen Strukturen gelegt werden, die den in dieser Arbeit untersuchten Übergang rahmen.

Zusätzlich zu der dargestellten Unsichtbarkeit von Klinikschulen in der schulischen Praxis und der (fachlichen) Öffentlichkeit vermittelt also auch die bundesweit strukturelle Vielfältigkeit der Klinikschulen einen diffusen und unübersichtlichen Eindruck. Oelsner (2013) schreibt dazu passend: „Die Verschiedenheit ihrer Rechtsstellung, Bezeichnung und Existenzgrundlage in den Bundesländern vermehrt noch die Fragezeichen hinter dieser Schulform“ (ebd., S. 271).

Die dargestellte *bundesweite* Unübersichtlichkeit und Diffusität des Praxisfelds der Klinikschulen führt sich auch im Praxisfeld der Klinikschulen des BBZ im *Bundesland Hamburg* fort. Letzteres ist jedoch zugleich das Forschungsfeld dieser Untersuchung. Um den Kontext, in dem die von mir untersuchten Übergänge ablaufen, sichtbar sowie Untersuchungsgegenstand und -design dieser Arbeit intersubjektiv nachvollziehbar (vgl. Steinke 2012, S. 324 f.) zu machen, ist es somit

²⁰ Ausnahmen bilden prä- und poststationäre Bildungsangebote von Klinikschulen, die aber nicht flächendeckend verbreitet sind und von den Schulbehörden eher geduldet als flächendeckend installiert werden (s. Kap. 2.1.2) (vgl. Oelsner 2010, S. 112).

notwendig, die Gegebenheiten des Forschungsfelds im Folgenden kurz nachzuzeichnen.²¹

Der besseren Übersichtlichkeit halber unterteile ich das Forschungsfeld für die folgende Darstellung in zwei Ausschnitte. Der *Feldausschnitt, BBZ'* umfasst alle dem BBZ zugehörigen Einrichtungen, Bildungs- und Unterstützungsangebote. Dazu zählen die einzelnen an den Krankhäusern und Psychiatrien angebundenen Klinikschulen, die Angebote des Mobilen Unterrichts (Hausunterricht, mobile Klassen für Schüler:innen kurz vor oder nach einer (teil)stationären Behandlung) sowie die Abteilungen der Übergangsberatung und -begleitung, *back to school'* (eine Ausführliche Darstellung des BBZ sowie der Hamburger Schullandschaft insgesamt erfolgt in Kapitel 2.1). Der *Feldausschnitt, 'schulische Anschlussmöglichkeiten nach der Entlassung'* umfasst temporäre wie dauerhafte Bildungsangebote und -einrichtungen, die von Schüler:innen nach ihrer Entlassung besucht werden können.

Feldausschnitt ,BBZ'

Wie im ganzen Bundesgebiet richten sich die Strukturen und alltäglichen Abläufe der einzelnen Klinikschulen auch in Hamburg vornehmlich nach den Settings der jeweiligen medizinischen und therapeutischen Einrichtungen, an denen sie angebunden sind. Die Settings der KJP unterscheiden sich u. a. in den medizinisch-therapeutischen Schwerpunkten oder der Tagesstruktur. So verfügt z. B. eine Hamburger KJP über eine auf Suchterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen spezialisierte Station, eine andere Klinik hat eine für sog. „Essstörungen“ spezialisierte Station eingerichtet. Die Behandlungstermine der ersten Klinik erstrecken sich über den ganzen Tag, wohingegen an der zweiten Klinik der Vormittag für den Besuch der Klinikschule geblockt ist und medizinisch-therapeutische Termine erst im Anschluss stattfinden. Durch die standortbezogenen klinischen Settings wird somit u. a. der Rahmen für den Unterricht und für die Vorbereitung der Kinder und Jugendlichen auf den Übergang mitbestimmt.

Hinzu kommt, dass die an die KJP angebundenen Hamburger Klinikschulen zum Zeitpunkt meines Feldeintritts konzeptionell unterschiedlich aufgestellt waren. Während eine Klinikschule bereits seit längerem mit einer Abteilung zur Übergangsberatung und -begleitung (*back to school*) ausgestattet war, befand sich eine solche Abteilung an einer zweiten Klinikschule gerade im Aufbau. An der dritten Klinikschule wiederum war die Installation von *back to school* erst in einigen Jahren vorgesehen.

Sowohl die unterschiedlichen klinischen Settings als auch die verschiedenen konzeptionellen Ausrichtungen der Klinikschulen wirken sich ganz erheblich auf Art und Umfang der Betreuung und Begleitung der Kinder und Jugendlichen vor und während des Übergangs aus und führen innerhalb der verschiedenen Klinikschulstandorte des BBZ zu unterschiedlichen strukturellen wie pädagogisch-therapeutischen Bedingungen für die Rückführung in die allgemeinen Schulen. Zusätzlich war zu Beginn meiner Untersuchung die konzeptionelle Aus-

21 Die folgende Darstellung bildet die Gegebenheiten des Forschungsfeldes bis zum Ende meiner Felderkundung im Jahr 2019 ab. Spätere Entwicklungen werden nicht berücksichtigt.

richtung der mobilen Klassen des BBZ, die im Übergang teilweise als Zwischenstation nach der Entlassung vor der Rückkehr in das allgemeine Schulsystem fungieren, noch nicht abgeschlossen und wurde während meiner Feldexploration weiter vorangetrieben. Diese strukturell unterschiedlichen Konstellationen und fortlaufenden Veränderungsprozesse führten dazu, dass sich nur wenige einheitliche Handlungsabläufe beobachten ließen.

Das BBZ führt nicht nur in der Hamburger Schullandschaft und -praxis ein Nischendasein, es wird auch in öffentlichen Dokumenten der Hamburger Bürgerschaft (z. B. Drucksachen, Landesaktionsplan Inklusion) oder der Hamburger Behörde für Schule und Berufsbildung (BSB) (z. B. Hamburger Bildungsberichte, Informationsbroschüren) wenig erwähnt. Auf der Homepage des BBZ (BSB-HH o. J.c) und in einigen Beiträgen aus Praxiszeitschriften (u. a. Kraft 2014; Zierahn 2016a; Zierahn 2016b) finden sich zwar Angaben über das Unterrichts- und Beratungsangebot des BBZ, Informationen zum Umgang des Hamburger Bildungssystems mit psychischen erkrankten Schüler:innen oder speziell zum Übergang gehen daraus jedoch kaum hervor.

Auch im BBZ intern war nur wenig dokumentiert, was den Zugang zu Informationen über die Gegebenheiten des Forschungsfelds erschwerte. Relevante Informationen musste ich daher durch zahlreiche informelle Feldgespräche und Beobachtungen sowie die wenigen internen Dokumente (Schüler:innendateien der Klinikschulen und mobilen Klassen, Akten-einträge der Übergangberatung) selbst zusammentragen.

Feldausschnitt ‚schulische Anschlussmöglichkeiten nach der Entlassung‘:

Doch nicht nur im ‚Feldausschnitt BBZ‘, sondern auch im ‚Feldausschnitt der schulischen Anschlussmöglichkeiten nach der Entlassung‘ blieben strukturelle Zusammenhänge des Übergangs trotz längerem Aufenthalt im Feld zunächst noch undurchsichtig. So bestehen z. B. Überschneidungen hinsichtlich der Zuständigkeit für die Übergangsbegleitung zwischen dem BBZ und den Regionalen Bildungs- und Beratungszentren (ReBBZ). Unter welchen Voraussetzungen die ReBBZ am Übergangsprozess aktiv unterstützend, lediglich formell-bürokratisch oder gar nicht beteiligt sind, ließ sich nicht erkennen und konnte mir auf Nachfrage auch nicht beantwortet werden. Eine diese Ausgangslage ordnende Kooperationsvereinbarung zwischen dem BBZ und den ReBBZ bestand zum Zeitpunkt meiner Felderkundung und empirischen Datenerhebung nicht. Auch die Bildungsangebote der ReBBZ sind nicht einheitlich: einige verfügen über spezielle Bildungsangebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die eine Anschlussmöglichkeit nach der Entlassung sein können, andere hingegen nicht. Übergangsgestaltung und -begleitung sind demnach in Abhängigkeit von zuständigem ReBBZ, Klinikschule und KJP verschieden. Dies machte es mir schwer möglich, eine Übersicht an vorhandenen Anschlussmöglichkeiten zu erlangen. Der diffuse und unübersichtliche Eindruck dieses Feldausschnitts wurde zusätzlich dadurch verstärkt, dass im Verlauf meiner Untersuchung in der Hamburger Schullandschaft auf formeller wie informeller Ebene immer wieder neue Bildungsangebote für die steigende Anzahl von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen geschaffen wurden. Hinzu kommen ambulante wie stationäre Bildungsangebote in den umliegenden Bundesländern, die für Schüler:innen mit psychischen Erkrankungen Alternativen zu den in der Hamburger Schullandschaft vorhandenen Bildungsmöglichkeiten darstellen und die das BBZ bzw.

die KJP bei entsprechender Bedarfslage empfiehlt. Die Entwicklung dieser verschiedenen Bildungsangebote in und um Hamburg geschieht jedoch nicht zentral gesteuert, zumal sich die Bildungssysteme der verschiedenen Bundesländer unterschiedlich zusammensetzen. Dadurch werden die Anschlussmöglichkeiten nach der Entlassung aus einer KJP erweitert, was die ohnehin bereits vorhandene Unübersichtlichkeit des Felds vergrößert und auch für Akteur:innen des Felds schwer erfassbar macht (s. u.).

Die in diesen beiden Teilausschnitten des Forschungsfelds beobachtete Diffusität und Unübersichtlichkeit ist nicht per se als negativ auszulegen, sondern innerhalb des jeweiligen Ausschnitts kontextualisiert zu betrachten. Es ist begrüßenswert, wenn das BBZ versucht, sich strukturell und konzeptionell weiterzuentwickeln, um den Bedarfslagen der Kinder und Jugendlichen gerecht zu werden. Ebenso ist die Entwicklung von Bildungsangeboten für Schüler:innen mit spezifischen Lernausgangslagen aufgrund einer psychischen Erkrankung zunächst einmal positiv zu bewerten, falls so verhindert werden kann, dass diese Kinder und Jugendlichen vorzeitig, ohne Abschluss und mit prekären Aussichten auf berufliche und gesellschaftliche Teilhabe aus dem Bildungssystem ausscheiden.

Die Unübersichtlichkeit und Diffusität des Forschungsfelds bildet zugleich jedoch auch die Rahmenbedingungen dieser Arbeit. Für die Erforschung von Handlungs- und Ablaufmustern des Übergangs von der KJP in die allgemeine Schule stellen sie Hürden dar, die zunächst überwunden werden müssen (s. folgendes Kapitel). Feldbedingungen, die sich maßgeblich auf die Konzipierung und Durchführung der Untersuchung auswirken, sind jedoch nicht nur aus methodologischen Zwecken abzubilden, sondern auch, weil diese als Erkenntnisquelle dienen können, um im Feld befindliche Problemlagen ausfindig zu machen (vgl. Wolff 2012b, S. 336). Anhand folgender Interviewaussage einer Kliniklehrkraft über die Suche nach Beschulungsmöglichkeiten bei einem bevorstehenden Übergang wird deutlich, dass die Diffusität und Unübersichtlichkeit nicht nur Bedingungen des Felds sind, sondern gleichzeitig auch Teil der im Feld vorhandenen Problemlagen:

„Wir haben so viele Vereinzelungen und man muss dann immer wieder ganz findig sein, um die Hilfsgeschichten rauszufinden, was noch geht, und das kostet sehr sehr viel Arbeit [...]. Oftmals, wie gesagt, fühlen wir uns wie Forscher, die versuchen müssen eben in diesem Dschungel die richtigen Wege und Schneisen freizuschlagen und es wäre schön, wenn [...] wir dann praktisch in einem Rahmen uns bewegen, der wirklich überschaubar und klar strukturiert ist. Und das fehlt eigentlich“ (Kliniklehrkraft Müller, Pos. 151).²²

22 Das Zitat wird an dieser Stelle lediglich zur Verdeutlichung der Diffusität und Unübersichtlichkeit im Feld herangezogen und erneut in Hinblick auf die institutionell-strukturellen Rahmenbedingungen, innerhalb derer sich der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule vollzieht, aufgegriffen (s. Kap. 5.2.4).

Die vorhandenen diffusen und unübersichtlichen Strukturen stellen also nicht nur für mich als ‚tatsächlichen‘ „Forscher“ eine Hürde dar, sondern auch für die Akteur:innen der Übergangsvorbereitung und -gestaltung. Diese Hürden gilt es genauer zu analysieren. Denn wenn das Praxisfeld der Klinikschulen selbst für Kliniklehrkräfte, die sich beruflich mit der Hamburger Schullandschaft auseinandersetzen, einen schwer durchschaubaren „Dschungel“ darstellt, wie muss es dann erst Schüler:innen und ihren Familien gehen, die i. d. R. nicht über professionelles Expert:innenwissen bzgl. des Schulsystems verfügen? Die Beschreibung der Rahmenbedingungen und inneren Gesetzmäßigkeiten des Felds sind daher nicht nur für die Nachvollziehbarkeit der methodologischen Ausrichtung dieser Arbeit, sondern auch für die Einordnung der Forschungsergebnisse in den Kontext der in der Praxis vorfindbaren Gegebenheiten notwendig.

1.5 Ablauf des Forschungsprozesses dieser Arbeit

Bei Untersuchungen, deren Forschungsfeld schwer zu fassen und zu durchschauen ist, empfiehlt sich eine progressive Feldzugangsstrategie, nach der sich an den aus dem Handlungsrahmen des Forschungsfelds hervorgehenden Möglichkeiten orientiert wird und ggf. die Fragestellung und einzelne Untersuchungsschritte an den „gegebenen praktischen Umstände[n]“ (ebd., S. 348) ausgerichtet werden.

Aus diesem Grund war eine lange Felderkundungsphase notwendig, um sich den Gegebenheiten und vielfältigen Abläufen der Praxis tentativ zu nähern und das Forschungsfeld systematisch und methodengeleitet aufzuschließen. Dafür führte ich zunächst eine explorative Voruntersuchung durch, in der ich mittels informeller Feldgespräche, unstrukturierter teilnehmender Beobachtungen und Analysen der wenigen internen Dokumente des BBZ Informationen über das Feld zusammentrug, um „von einer anfänglichen [diffusen und unübersichtlichen, Anm. T.H.] Außenperspektive eine möglichst wirklichkeitsnahe Innensicht“ (Ellinger 2015, S. 229) zu erlangen.

Explorative Untersuchungen, wie bspw. die explorative Feldforschung, werden oft eingesetzt, wenn der bisherige Forschungsstand für die Formulierung von präzisen forschungsleitenden Fragestellungen und Beschreibungsdimensionen noch zu gering ist und/oder wenn über soziale Strukturen und Regelmäßigkeiten von sozialen Handlungen im erforschten Wirklichkeitsbereich nur wenige bis keine Vermutungen vorhanden sind. Demgemäß werden explorative Forschungsverfahren auch als gegenstandserkundende Verfahren bezeichnet (vgl. Bortz / Döring 2006, S. 354), deren Grundgedanke es ist, das Forschungsfeld zu erschließen und sich dem Untersuchungsgegenstand soweit anzunähern, dass auf Grundlage von dabei entstehenden dichten Beschreibungen (Geertz 1983) forschungsleitende Fragestellungen gebildet und ausdifferenziert werden können. Wie auch in dieser Arbeit bilden explorative Studien daher oftmals eine Grundlage für wei-

tere, darauf aufbauende Untersuchungen (vgl. Diekmann 2016, S. 33 f.; Mayring 2010, S. 231 f.).

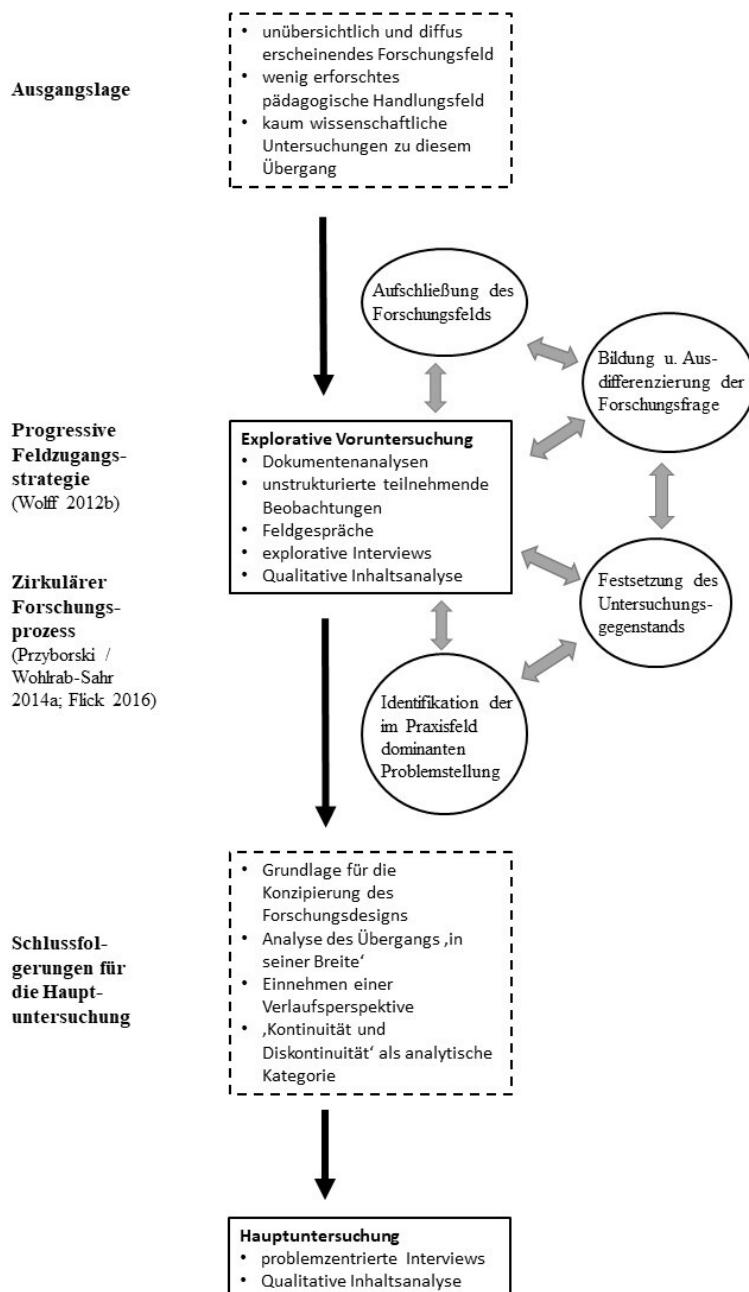
Die ausführliche Felderkundungsphase diente somit nicht nur dem für empirische Forschungsprojekte üblichen Herstellen von Vertrauen, um über sog. „Gatekeeper-Zugang“ zu relevanten Institutionen zu erhalten und Untersuchungspersonen rekrutieren zu können (vgl. Wolff 2012b, S. 339). Ihr ging zusätzlich auch ein Verstehensprozess darüber einher, wie sich das Forschungsfeld zusammensetzt und was der Untersuchungsgegenstand alles umfasst (vgl. Przyborski/Wohlrab-Sahr 2014b, S. 39). So war es zu Beginn bspw. aufgrund der verschiedenen schulischen Anschlussmöglichkeiten nach der Entlassung schwierig abzuschätzen, was das Feld alles einschließt bzw. welche Feldausschnitte für meine Untersuchung relevant waren. Für eine präzise Fallauswahl bei den Kliniklehrkräften war es wichtig, die o. g. verschiedenen strukturellen und konzeptionellen Stadien der einzelnen Standorte des BBZ zu kennen. Anstelle mit komplexen Erhebungsinstrumenten begann ich die explorative Voruntersuchung daher mit einer offenen, „einigermaßen diffusen“ (Wolff 2012b, S. 348) Fragestellung und einer offenen Haltung gegenüber Neuem. Diese kann am besten mit der häufig zitierten wie auch plakativen Aussage „What the hell is going on here?“ umschrieben werden, die Geertz (1983, zit. n. Amann/Hirschauer 1997, S. 20) zugeschrieben wird und auch Goffman (1974, S. 8) in abgewandelter Form ins Zentrum seiner Forschung rückte. Ziel der explorativen Voruntersuchung war es, das Forschungsfeld aufzuschließen, z. B.:

- Um wie viele Klinikschüler:innen handelt es sich?
- Aus welchen Klassenstufen und Schulformen kommen die Klinikschüler:innen?
- Wie lange besuchen die Schüler:innen Klinikschulen anstelle allgemeiner Schulen?
- Welche Institutionen und Akteur:innen sind am Übergang beteiligt?
- Welche Übergangsverläufe gibt es?

So sollte die Diffusität und Unübersichtlichkeit verringert und die im Forschungsfeld dominante Problemstellung identifiziert werden. Durch die fortlaufende Interaktion mit dem Feld ergab sich schließlich ein schärferes Bild. Dabei machten es mir die zusammengetragenen Informationen erst möglich, den Untersuchungsgegenstand einzugrenzen sowie die forschungsleitende Fragestellung zu formulieren (s. Kap. 1.3). Darauf aufbauend konnte ich ein Untersuchungsdesign für die anschließende Hauptuntersuchung konzipieren, das nicht nur den Untersuchungsgegenstand, sondern auch die rahmenden Feldbedingungen einbezieht (Flick 2016, S. 190 ff.). Die Hauptuntersuchung bildet den Kern dieser Arbeit.

Der Kontakt mit dem Forschungsfeld ging über die Phasen der Felderkundung, Datenerhebungen und -auswertungen hinaus und erstreckte sich über et-

Abbildung 1: Ablauf des Forschungsprozesses



wa vier Jahre. So konnten schulpolitische Neuerungen in Erfahrung gebracht und im Forschungsprozess aufkommende Fragen diskutiert werden.

1.6 Aufbau der Arbeit

Die Rahmenbedingungen des Forschungsfelds haben den Forschungsprozess in verschiedenen Phasen geprägt. Sie haben nicht nur zu der Entscheidung geführt, eine explorative Voruntersuchung durchzuführen, sondern schlagen sich auch im Aufbau dieser Arbeit nieder. Dieser unterscheidet sich von dem üblichen Aufbau wissenschaftlicher Arbeiten. So war es bspw. notwendig, bereits in den vorangegangenen Kapiteln Eigenheiten des Forschungsfelds dazulegen und allgemeine Aussagen zum geringen Forschungsstand über das Praxisfeld der Klinikschulen zu treffen, um die Gründe für die explorative Voruntersuchung und den Aufbau dieser Arbeit herleiten zu können. Die Darlegung des Forschungsfelds, die zu Beginn der Erläuterung des Forschungsdesigns im nächsten Kapitel fortgeführt wird, ist zugleich ein erstes Teilergebnis der explorativen Voruntersuchung, da dieses kaum aus behördlichen Dokumenten, Praxis- oder Fachbeiträgen, sondern größtenteils durch die explorative Feldforschung erschlossen werden konnte. Die spezifischen Bedingungen des Forschungsfelds machten es also erforderlich, Teilergebnisse schon vor der eigentlichen Darstellung der Ergebnisse abzubilden. Denn so wird die Entscheidung für eine explorative Voruntersuchung intersubjektiv nachvollziehbar. Hinzu kommt, dass der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule erst durch die explorative Voruntersuchung als dominante Problemstellung des Praxisfelds der Klinikschulen identifiziert werden konnte. Untersuchungsgegenstand und forschungsleitende Fragestellung dieser Arbeit sind somit auf Grundlage der explorativen Ergebnisse entwickelt und ausdifferenziert worden. Darauf aufbauend konnten zunächst der theoretische Rahmen und schließlich auch die Hauptuntersuchung dieser Arbeit konzipiert werden.

Im Sinne der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit als Gütekriterium qualitativer Forschung²³, ist es daher sinnvoll, vorab die explorative Voruntersuchung mit ihren Schlussfolgerungen für die Hauptuntersuchung darzulegen, bevor der untersuchte Übergang theoretisch eingeordnet und in der daran anschließenden Hauptuntersuchung genauer analysiert wird. Bevor die Ergebnisse der explorativen Voruntersuchung erläutert werden können, ist es jedoch notwendig, das Forschungsdesign vorzustellen. Da sich Methodologie und Forschungsmethoden beider Untersuchungen ähneln – es wurden z. B. jeweils qualitative Interviews

23 Das Gütekriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit verlangt, das methodische Vorgehen und relevante Einzelschritte des Forschungsprozesses, wie bspw. die Konzipierung des Samples, offen zu legen, um sie auf ihre Angemessenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand hin beurteilen zu können (vgl. Steinke 2012, S. 324).

geführt und die qualitative Inhaltsanalyse herangezogen – sind die Forschungsdesigns beider Untersuchungen in einem Kapitel zusammengeführt. So konnten Doppelungen und das Überstrapazieren des Umfangs dieser Arbeit vermieden werden. Vor diesem Hintergrund ist die Arbeit folgendermaßen aufgebaut:

Im hieran anknüpfenden *Kapitel 2* wird zunächst das Forschungsfeld dargelegt, aufgeteilt in den Feldausschnitt der Hamburger Klinikschulen mit ihren zugehörigen Bildungs- und Beratungsangeboten sowie in den Feldausschnitt der schulischen Anschlussmöglichkeiten von Hamburger Schüler:innen, die aus einer KJP entlassen werden. Im Anschluss erfolgen forschungsethische Abwägungen sowie die Grundzüge explorativer Forschung. Darauffolgend werden die qualitativen Methoden der explorativen Vor- und der Hauptuntersuchung (Datenerhebung und -auswertung) sowie das Sample vorgestellt. Das Kapitel schließt mit einer Reflexion des Forschungsprozesses der Hauptuntersuchung, die sich vornehmlich mit der Entwicklung und Umsetzung der Fallauswahl sowie forschungsethischen Abwägungen in Hinblick auf die Befragung psychisch erkrankter und (teil)stationär behandelter Jugendlicher auseinandersetzt.

Im weiteren Verlauf ist die Arbeit in zwei empirische und eine theoretische Annäherung unterteilt. Die empirische Annäherung I umfasst die explorative Voruntersuchung in *Kapitel 3*. Diese beginnt mit der Darstellung relevanter Ergebnisse zur Aufschließung des Forschungsfelds. Im Anschluss wird empirisch der Übergang von der KJP in die allgemeine Schule als dominante Problemstellung des Praxisfelds der Klinikschulen herausgearbeitet. In den darauffolgenden Kapiteln wird sich unter Rückgriff auf die explorativen Daten empirisch an den Übergang angenähert. Die explorative Voruntersuchung endet mit mehreren Schlussfolgerungen für die Hauptuntersuchung. Auf Grundlage bisheriger Erkenntnisse wird empfohlen, für die Analyse des Übergangs eine Verlauperspektive einzunehmen, durch die der Übergang mit Geschehnissen aus den Phasen vor, während und längere Zeit nach dem KJP-Aufenthalt in Verbindung gebracht werden kann. Dabei wird vorgeschlagen, die theoretische Perspektive des Begriffspaares ‚Kontinuität und Diskontinuität‘ heranzuziehen.

In der sich anschließenden theoretischen Annäherung an den Übergang in *Kapitel 4* werden daher Erkenntnisse der aktuellen Übergangsforschung mit der Perspektive von Kontinuität und Diskontinuität verknüpft. Zunächst wird der aktuelle Forschungsstand zum Übergang von der KJP in die allgemeine Schule referiert. Vor dem Hintergrund der Schlussfolgerungen aus der explorativen Voruntersuchung wird anschließend der institutionalisierte Lebenslauf als Ausgangspunkt für die Bewertung von schulischen Bildungs- und Übergangsverläufen dargestellt. Dabei wird herausgearbeitet, dass Kontinuität eine Normalitätsannahme für individuelle Verläufe durch die verschiedenen Teilsysteme des Lebenslaufs darstellt. Darauf aufbauend wird analysiert, wie soziale Benachteiligung angesichts von Kontinuität als Normalitätsvorstellung entsteht. Die dadurch gewonnenen Erkenntnisse werden auf das Teilsystem der schulischen Bildung und der

darin enthaltenen Übergänge übertragen und dabei das Konzept des ‚schulischen Normallebenslaufs‘ ausgearbeitet, das die schulischen Bildungsverläufe von Kindern und Jugendlichen vorstrukturiert. Das Konzept dient als Interpretationsfolie für die empirische Annäherung II, welche die Hauptuntersuchung umfasst.

Deren Ergebnisse werden in *Kapitel 5* abgebildet. Im Zentrum der Hauptuntersuchung steht die Analyse von Interviews mit Jugendlichen, die den Übergang von der KJP in die allgemeine Schule bereits durchlaufen haben. Diese wird durch die ausgewerteten Erfahrungen und Perspektiven der interviewten Fachkräfte ergänzt. Nach einer Beschreibung der schulischen Bildungsverläufe unter dem Einfluss von psychischer Erkrankung und (teil)stationärem KJP-Aufenthalt von acht Jugendlichen, werden fallübergreifende Verlaufsmerkmale aufgezeigt. Anschließend werden institutionelle Handlungsabläufe in den Phasen vor, während und nach dem KJP-Aufenthalt rekonstruiert und hinsichtlich förderlicher Bedingungen für Diskontinuitäten in schulischen Bildungslaufbahnen (teil)stationär behandelter Schüler:innen untersucht. Da sich der Übergang zwischen der KJP und der Schule vollzieht, werden daran anknüpfend die von beiden Institutionen erzeugten strukturellen Rahmenbedingungen des Übergangs analysiert.

Kapitel 6 führt die Erkenntnisse aus den beiden empirischen und der theoretischen Annäherung zusammen. Daraus wird ein Ansatz entwickelt, der die Analyse von schulischen Übergängen und Bildungsverläufen durch die theoretische Perspektive von Kontinuität und Diskontinuität ergänzt. Mithilfe dessen wird herausgearbeitet, dass Kontinuität ein strukturgebendes und handlungsleitendes Merkmal des Schulsystems darstellt und zu erklären versucht, wie diskontinuierliche Bildungsverläufe bei psychisch erkrankten und (teil)stationär in einer KJP behandelten Schüler:innen entstehen können. Ziel ist es, die Übergangspädagogik und -forschung durch ‚Kontinuität und Diskontinuität‘ als analytische Kategorie zu erweitern.