

70| Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen Martina Hoanzl, Werner Baur, Werner Bleher, Ramona Thümmler und Christoph Käßler

Im Titel *Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen* zeigt sich eine inhaltliche Verdichtung, die im Kern auf drei bedeutsame Themenbereiche verweist. Erstens auf *psychische Erkrankungen* von Kindern und Jugendlichen im Schulalter, zweitens auf deren *klinische*, das heißt deren medizinische und therapeutische *Behandlung* im stationären beziehungsweise teilstationären Bereich sowie drittens auf die *Unterrichtspraxis* mit eben diesen psychisch kranken Schülerinnen und Schülern. *Psychische Erkrankungen*, *Klinik* und *Schule* – konkret *Klinikschule* – sind auf das engste miteinander verwoben, sollen in diesem Beitrag aber zunächst einzeln in den Blick genommen werden, um deren Zusammenwirken besser verstehen zu können.

Psychische Erkrankungen

Die Definition und Klassifikation des Begriffs *psychische Erkrankungen* impliziert eine Trennschärfe zwischen *psychisch gesund* und *psychisch krank*, die es jedoch nur geben kann, wenn man aufhört, die Widersprüche und fließenden Übergänge zwischen *Gesundheit* und *Krankheit* wahrzunehmen. Was ist *gestört*, was *normal*? „Im psychiatrischen Bereich kann bis heute kein einfacher und allgemein akzeptierter Krankheitsbegriff unterstellt werden“ (Knölker u.a. 2007, 23). Auch mit der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) sind die „begrifflichen und methodischen Grundprobleme des Faches nicht gelöst“ (ebd.). In Anlehnung an Beekmann-Knörr (2006, 6) ein Formulierungsversuch, der auf Friedrich Nietzsche zurückgeht: „Gesundheit ist nicht Abwesenheit von Krankheit, sondern eher definiert durch das Maß an Leiden, mit dem ich leben kann.“

Die Häufigkeitsangaben zu psychischen Erkrankungen, ihre Erscheinungsformen und Symptombilder unterliegen Wandlungen, die neben fachlich-methodischen auch in veränderten gesellschaftlichen Kontexten zu reflektieren sind (vgl. Lempp 2003). So zeigt sich beispielsweise, dass „in den letzten Jahrzehnten immer mehr Merkmale der kindlichen Lebensumwelt als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Probleme und Störungen identifiziert wurden“ (Barkmann, Schulte-Markwort 2006, 444). Oelsner (2007) veranschaulicht diese Entwicklungen am konkreten Beispiel, indem er darauf verweist, dass die Universitätsklinik Köln vor 18 Jahren etwa 130 somatische Betten und circa 20 psychiatrische Betten belegt hat, während sich das Bild 2007 völlig umkehrt. Aktuell sind nun circa 130 Betten in der psychiatrischen Klinik belegt, während auf den somatischen Stationen lediglich circa 30 Betten für Kinder und Jugendliche verfügbar sind. Allerdings sind die Gründe für die nachweislich steigende Prävalenz psychischer Belastungen von Kindern und Jugendlichen nicht nur äußerst vielschichtig, sondern auch wenig erforscht (vgl. Schmid u.a. 2007; Hantel-Quitmann, Kastner 2002).

Klinikschulen unter allgemeinen und unter psychiatrischen Gesichtspunkten

Klinikschulen beziehungsweise Schulen für Kranke sind (Sonder-) Schulen in staatlicher Trägerschaft, die im stationären und im teilstationären Bereich (z.B. Tageskliniken) von Krankenhäu-

sern angesiedelt sind. Darin werden schulpflichtige Kinder und Jugendliche jeden Alters und jeder Schulform für die Dauer ihres Klinikaufenthaltes beschult. Der Charakter einer *echten Gesamtschule auf Umwegen* ist nicht zu verkennen. Denn auch Schüler aus dem Gymnasium können psychisch erkranken und werden dann – zusammen mit allen anderen kranken Kindern – in der Klinikschule unterrichtet. Auffallend ist der hohe Anteil von Schülern aus den höheren Bildungsgängen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. „Gut 30 Prozent der Jugendlichen, mit denen wir in der Schule der Kinder- und Jugendpsychiatrie [...] arbeiteten, kamen aus Realschulen. Von denen war die Hälfte ursprünglich im Gymnasium. Rund 20 Prozent kamen (direkt) vom Gymnasium. Wenn man [...] von der Schulform ausgeht, in der Patienten in der Sekundarstufe I starten, dann ist das Gymnasium in der Jugendpsychiatrie überrepräsentiert“, belegt Oelsner detailliert (2006, 6) beispielsweise für die Kölner Universitätsklinik. Das Recht aller Kinder auf Bildung, wie es spätestens seit Veröffentlichung der Kinderrechtskonvention (1989) zentral verankert ist, wird in der Klinikschule – anders als im gegliederten Schulsystem – im Kontext von höchstmöglicher innerer Differenzierung und nicht durch äußere Differenzierung umgesetzt. Zu fragen bleibt, ob psychiatrische Klinikschulen im Kern zunehmend die Aufgabe eines krisenhaften *Schullaufbahnmanagements* (Oelsner 2007) misslingender Schulbiographien (vgl. Oelsner 2003, 429) übernehmen?

Im Rahmen des Forschungsprojektes *Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der allgemeinen Schule* (Ertle 2006) kommt Beekmann-Knörr (2006, 3) zu vergleichbaren Ergebnissen: „Es ist schon seit Jahrzehnten sehr auffallend, welch' großer Teil unserer Schüler massive Probleme in ihren Schulen und Klassen hat, sowohl in Hinsicht auf die schulischen Leistungen, aber vor allem auch in Hinblick auf soziale Integration; bei ungewöhnlich vielen stellt sich die Frage nach einem Wechsel der Schule oder der Klasse“. Kann man demnach die beschriebenen Entwicklungen ausschließlich an der *unglücklichen Biographie* einzelner Schüler festmachen, oder liegt ist es nicht vielmehr nahe, die Bildungsinstitutionen in den Blick zu nehmen, in denen sich die Probleme auffällig häufen? Könnte das mehrgliedrige Schulsystem mit seinem großen Zuordnungszwang in unterschiedliche Schultypen derartige Entwicklungen begünstigen? In den oben angeführten Beiträgen von Oelsner und Beekmann-Knörr wird deutlich, dass psychiatrisch erkrankte Kinder und Jugendliche Schule als einen Ort erleben, an dem sie nach unten durchgereicht werden. Dass das bestehende Bildungssystem auch im Erleben der Eltern als massive Belastung wahrgenommen wird, die bereits mit dem Eintritt in den Kindergarten beginnt, weisen Barkmann und Schulte-Markwort (2006) in ihrer Untersuchung nach. Diese punktuellen Erhebungen – umfangreiche Studien fehlen auch an dieser Stelle – sollten vermehrt zum Gegenstand interdisziplinärer Forschungsprojekte werden, um dringend benötigte quantitative und qualitative Befunde bereit zu stellen.

Die psychiatrische Klinikschule ist jedenfalls in besonderer Weise mit kindlichen und jugendlichen Schulbiographien konfrontiert, die Schule als einen Ort kennen gelernt haben, den sie wieder verlieren und der sie nicht selten im Erleben zu Verlierern macht. „Krankheiten können Signale dafür sein, dass Menschen in kränkenden Umständen leben“ (Singer 1993, 1). Welche Kränkungen und krankmachenden Umstände spiegeln sich demnach besonders in den Schulerfahrungen psychisch kranker Kinder? Neben diesen beschriebenen Entwicklungen, zeigen sich weitere Charakteristika von Klinikschulen, die auch für die Unterrichtspraxis in psychiatrischen Klinikschulen bedeutsam sind:

Erstens: Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an den Klinikschulen können nicht losgelöst von ihrem gesamten Lebensumfeld (Käppler 2005) und damit auch nicht losgelöst von ihren bisherigen Schullaufbahnerfahrungen gesehen werden. *Konkret: Krankheit und schulische*

Schwierigkeiten können nie allein am Kind selbst festgemacht werden, sondern nur an der Situation, in der das Kind lebt. Deshalb ist auch „die enge Zusammenarbeit und der regelmäßige Austausch mit dem jeweiligen Lebensumfeld der Schüler von entscheidender Bedeutung, um ihre gesamte Entwicklung im Blick behalten zu können“ (Lamatsch u.a. 2007, 116). Insofern müssen neben den Eltern zwingend auch die *Heimat*- beziehungsweise *Stammsschule*, aus der die Schüler kommen, wie auch jene Schule, in welche die Schüler nach ihrem Klinikaufenthalt wieder entlassen werden, in die schulische Arbeit miteinbezogen sein. Im speziellen Kontext von psychiatrischen Klinikschulen zeigt sich, dass gerade die *Heimatschule* oftmals nicht zur *Heimat* für die erkrankten Schülerinnen und Schüler werden konnte, sondern im Erleben der Kinder und Jugendlichen *verbrannte Erde* ist; mit der Konsequenz, dass die Rückkehr oftmals nicht sinnvoll erscheint und die Anbahnung von schulischen *Neuanfängen* zur besonderen Aufgabe von Kliniklehrern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wird (vgl. Beekmann-Knörr 2006).

Zweitens: „Schüler an Klinikschulen sind zunächst Patienten, deren Heilung und Gesundheit allererster Zweck des Klinikaufenthaltes ist. Die schulischen Maßnahmen haben sich den medizinisch-therapeutischen unterzuordnen.“ (Volk-Moser 1995, 218) Das Primat der therapeutischen Behandlung zeigt bereits die buchstäbliche *Not-Wendigkeit* der engen Abstimmung und Kooperation mit anderen Berufsgruppen, zum Beispiel Ärzten, Psychologen, (Psycho-) Therapeuten und anderen. Jedoch gelingt multiprofessionelle Kooperation nicht durch den Versuch der Beugung einer Disziplin, indem Klinikunterricht zum Beispiel als Therapieanhängsel betrachtet wird, sondern nur durch die unablässige professionelle Reflexion und Prüfung gegenseitiger Erwartungen beziehungsweise Kompetenzen im interdisziplinären Team.

Anmerkungen zum Verhältnis von (Psycho-) Therapie und Pädagogik. Der Versuch, Zusammenhänge zwischen dem Erleben des Kindes und seinem Verhalten zu *verstehen*, zeigt sich sowohl in therapeutischen wie auch in pädagogischen Prozessen. Jedoch besteht neben der gemeinsamen Intention auch ein entscheidender Unterschied (vgl. Setting, Arbeitsauftrag etc.). Aus Sicht des (Psycho-) Therapeuten bedeutet dies: „Ich verstehe Dich, *weil* – aus Sicht des Pädagogen bedeutet dies: Ich verstehe Dich, *aber ...*“. (Hoanzl 2002, 47). Das *Weil* ist Ausdruck der Bewusstwerdung und Deutung im Therapieprozess, indem das eigene Erleben des Kindes in das Zentrum der Betrachtungen rückt. Das *Aber* verweist jedoch auf den gesetzlich verankerten *Bildungsauftrag*, der immer auch das eigene Erleben des Kindes an *Bildungsinhalte* zu binden versucht. Konkret: Der Therapeut fragt beispielsweise: „Bist Du heute traurig, *weil* Du Deine Mutter vermisst?“ Im *Aber* liegen hingegen perspektivische Forderungen verborgen. „Ich sehe, dass Du heute traurig bist, *aber* vielleicht interessiert Dich ja, was ich für die heutige Stunde vorbereitet habe.“ Auch wenn Unterricht nicht frei sein darf von psychodynamischen Erwägungen – und das in besonderer Weise in der psychiatrischen Klinikschule – so bedarf es einer professionellen Profilbildung und Abgrenzung zwischen Unterricht und Therapie (vgl. Schmitt 1997).

Drittens: „Als nichtmedizinische Bezugspersonen haben Kliniklehrer oft eine wichtige Brückenfunktion zwischen Krankenteam, Eltern und Herkunftsschulen. Unter Berücksichtigung der Schweigepflicht tragen sie mit Informationen zur Erstellung der Anamnese und/oder Diagnose bei.“ (Schierer 2005, 158) Das Erscheinungsbild kranker Kinder unterliegt oftmals erstaunlichen Veränderungen, die auch durch das Zusammenspiel mit der Umgebung wesentlich bestimmt sind. Das Kind in der Familie wandelt sich zum Patienten in der Klinik und wird durch die Schule zum Schüler. Gerade diese unterschiedlichen und kontextabhängigen Facetten einer Person, wie sie beispielsweise im Unterricht in Erscheinung treten, können auf der Krankenstation völlig anders sein. *Im Kontext einer reflexiven Kind-Umfeldanalyse können sich klinische und schulische Diagnostik entscheidend ergänzen.*

Viertens: Die Schüler kommen nicht in die Schule, sondern der Kliniklehrer kommt zu den kranken Schülern. Klinikschule ist in diesem Sinne nicht ein in sich geschlossener Ort unter einem Dach, sondern ein äußerst flexibler Raum unter vielen Dächern, der auch gelingende innere Abstimmungsprozesse im Kollegium, Flexibilität und im besonderen Maße auch Teamfähigkeit voraussetzt.

Fünftens: Klinikschulen bekommen im Kontext von Erkrankungen beziehungsweise Pathologien besondere Zusatzfunktionen. Schule ist dann die „Nabelschnur zur Normalität“ (Hilff 1997, 164). Diese Bedeutung steigert sich im Feld der Kinder- und Jugendpsychiatrie in besonderer Weise. *In der Klapse* zu sein, bedeutet auch, weiteren Stigmatisierungen ausgesetzt zu sein. Therapeutische Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen wie Therapeuten) vertreten per se den Anspruch auf *Gesundung*. Vor ihnen steht das Kind immer als Patient und damit implizit als *krankes Wesen*, während das Kind dem Lehrer als potenziell *normaler Schüler* gegenüber tritt. Vielleicht liegt gerade in dieser institutionell bestimmten Beziehungsstruktur die besondere Chance von Schule. Anhaltspunkte dafür finden sich auch in den Untersuchungen zur Resilienz von Kindern bei Opp und Fingerle (2007). Auch das spricht für die weitere pädagogische Profilierung der Schule im Klinikum.

Unterricht in der Klinikschule verheißt zugleich auch „Zukunft“ (Knab 1998, 195); Zukunft, die angesichts vitaler Gefährdungen, existentieller Bedrohungen und massiver Einschränkungen in altersspezifischen Lebensvollzügen im Erleben der erkrankten Schülerinnen und Schüler oftmals verloren scheint.

Sechstens: „Was wir vermissen und keine Erklärung dafür haben, ist die Tatsache, dass es Länder in der Bundesrepublik gibt, die zwar die Zahl der [...] kranken Kinder und Jugendlichen im Schulalter [...] zur Kenntnis nehmen, für die Lehrerbildung und Lehrerfortbildung daraus aber keine Konsequenzen ziehen“ (Ertle 2005). Konkret bedeutet dies, dass Klinikschullehrer die gesteigerte Bedeutung von Schule ohne entsprechende Aus- beziehungsweise Fortbildung zu meistern haben. Das unterscheidet die Lehrerbildung in der Bundesrepublik Deutschland beispielsweise erheblich von der Lehrerbildung in Österreich (vgl. Schierer 2005, 159).

Siebtens: Die Form und die Intensität der Erkrankung bestimmt die schulische Arbeit. Das hat Auswirkungen auf die *Leistungsbeurteilung* (Nachteilsausgleich), auf die *Unterrichtsformen* (Gruppenunterricht, Einzelunterricht, Hausunterricht etc.), auf das *Unterrichtsgeschehen* (Nähe-Distanz-Brüche etc.; vgl. Hilff 1997) und auf die Wahl beziehungsweise Bedeutung der *Unterrichtsthemen*.

Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen

Schule ist jener soziale Ort, an dem organisiertes und planvolles Lernen geschieht. Das gilt auch für die Klinikschule. Doch nicht nur die Feststellung, *dass* Lernen geschieht, sondern auch die Frage, *wie* dieses Lernen geschieht, ist von zentraler Bedeutung. Anders formuliert: Wie lernen Kinder beziehungsweise kranke Kinder? Wenn Lernen nicht lediglich in behavioristischen Reiz-Reaktions-Schemata und Kognitionstheorien angesiedelt wird, tritt das *Erleben* von Kindern in den Vordergrund. Dabei ist die subjektive Bedeutungszuschreibung entscheidend wichtig, die nicht ohne Miteinbezug der Emotionen denkbar ist. Lernen muss subjektiv Sinn machen. Folgt man nun den neueren Forschungen im Feld der Neuropsychologie (Hüther, Gebauer 2003) und der Pädagogik der frühen Kindheit, wird deutlich, dass „Emotionen die Architekten des Geistes“ (Greenspan, Benderly 2001, 13) sind. Kurz: *Ich kann nur denken, was ich auch fühle. Emotionen stehen also im Zentrum von Lernprozessen* und passen die Außenwelt sinnstiftend in die Innenwelt der Kinder ein. Die Grenzen zwischen dem, was auf Kinder *einwirkt* und dem, wie sich das

kindliche Erleben in Form von handelnder Erfahrung wieder auf die Umwelt *zurückwirkt*, sind fließend. Die Differenzierung und Reflexion der Emotionen, die in bedeutsamen Beziehungen und Spiegelungsprozessen *ge-bildet* und modelliert werden, sind die unverzichtbare Basis gelingender Lernprozesse. Deshalb liegt auch eine Kernaufgabe von Schule darin begründet, da Lernprozesse in mehrfacher Hinsicht zugleich Beziehungsprozesse sind.

Lernprozesse sind Beziehungsprozesse

Beziehung zwischen Lehrer und Schüler

Zum einen geht es hierbei um die *Beziehung zwischen Lehrer und Schüler, die als emotionale Basis im Zentrum von Lernprozessen steht*. Diese Beziehung ist geprägt vom Bildungsauftrag, den Hartmut von Hentig (1985) so formuliert hat: *Die Menschen stärken, die Sachen klären*. Das unterscheidet die Beziehung zwischen Patient und Therapeut von der Beziehung zwischen Lehrer und Schüler. Die *Rolle oder Funktion* der Erwachsenen wird durch den Arbeitsauftrag institutionell bestimmt und wird zum Dreh- und Angelpunkt des Beziehungsgeschehens. Der Therapeut hat den Auftrag, das Kind zu *heilen*, der Lehrer hat den Auftrag, das Kind zu *bilden*. In beiden Fällen kann dies nur gelingen, wenn im Kind Kräfte geweckt werden, die *Selbstheilung* und *Selbstbildung* ermöglichen. Wer nur von außen etwas an das Kind heranträgt und es nicht innerlich berührt beziehungsweise *ansteckt*, wird dieses Geschehen nicht anstoßen können. Deshalb kann im Kontext interdisziplinärer Kooperation der Unterricht an der psychiatrischen Klinik wohl Therapie *unterstützend*, nicht aber therapeutisch sein (vgl. Hilff 1997). Selbst wenn die Intention eine ähnliche sein mag, die im gemeinsamen Nenner das Kind stärken will, die Institution und der damit verbundene Auftrag erfordert eine Differenzierung. Der Lehrer sieht nicht das Kind alleine, sondern das Kind *und* die Sache, die er dem Kind anzubieten hat. Er sieht sich aber auch selbst in seiner Beziehung zum Kind und dem, was er für das Kind bereithält. Darum ist auch bei ihm Selbstreflexion, die Reflexion der schulischen Lernprozesse sowie die Reflexion der Beziehungsprozesse von entscheidender Bedeutung, um gelingenden Unterricht zu ermöglichen.

Therapie und Unterricht an der psychiatrischen Klinikschule sollen und können einander ergänzen, jedoch nicht einfach unreflektiert vermischt werden. Neben Übereinstimmungen in der Intention, der Beziehungsbasis als Voraussetzung und verwandten Zugängen zum Kind sind jedoch auch konzeptuelle und Rollendifferenzierungen zwischen Unterrichts- und Therapiegeschehen notwendig.

Die Beziehung des Lehrers zum Schüler ist äußerst vielschichtig, denn sie hat „ja nicht nur eine den Schülern zugekehrte *Vorderseite*, sondern auch eine dem Schulleiter, vor allem aber dem Schulrat als dem Vertreter der staatlichen Schulaufsicht zugekehrte *Rückseite*. Als Beamter hat der Lehrer immer auch eine Beziehung zu Vorgesetzten.“ (Fürstenau 1964, 270) Neben dem beschriebenen Bildungsauftrag prägt auch die Schulbehörde die Beziehung zwischen Lehrer und Schüler. So ist der Lehrer zum Beispiel auch gezwungen, die Leistungen seiner Schüler zu bewerten. Die Notengebung aber entscheidet über die weitere Schullaufbahn und über die Zukunftsoptionen der Schüler. Eine bloße *Therapeutisierung* des Unterrichts verkennt diese bedeutsame Dimension, die den Schüler immer auch fragen lässt: „Wem vertraue ich mich an, dem Lehrer als Gefährten oder dem *potenziellen Schullaufbahnrichter*?“ Die emotionale Beziehung zwischen Lehrer und Schüler ist demnach nicht nur eine Voraussetzung für gelingendes Lernen, sondern auch ein Risikofaktor in der verpflichtenden *objektiven* Leistungsbeurteilung.

Beziehung zur Sache

Zum anderen geht es um die *Beziehung zur Sache*. Der *Lernstoff* wird gewissermaßen zum *Dritten im Bunde* (vgl. Hoanzl 2000). Erst wenn die Sache subjektiv bedeutsam wird, kann Lernen stattfinden. Kinder müssen von der Sache *ergriffen* werden. Darum ist die Ansteckungskraft des Lehrers von größter Bedeutung, die unter anderem auch im Zusammenhang mit Identifikationsprozessen in der Lehrer-Schüler-Beziehung zu sehen sind. *Die Beziehung zur Sache und nicht allein die Sache selbst rückt in den pädagogischen Blick*. Deshalb ist es wichtig, zwei Bedeutungsebenen zu unterscheiden: Die *Sachdimension* selbst (z.B. nach welchen Gesetzmäßigkeiten funktioniert eine Sache, wie ist sie beschaffen und aufgebaut etc.) sowie die *subjektive Bedeutung*, die von den Lernenden (aber auch von den Lehrenden) oftmals unmerklich (nicht bewusst) in die Sache selbst hineingelegt wird. Gerade an dieser Stelle des Unterrichtsgeschehens wird es besonders spannend. Wenn ein Jugendlicher wie Selim (15 Jahre alt) an der psychiatrischen Klinikschule kein gleichschenkeliges Dreieck zeichnen kann, trotz vielfältiger Hilfestellungen diese geometrische Figur nicht zu *seiner (!) Figur* machen kann, ist es lohnend, nicht nur in zeichentechnischen Anleitungen stecken zu bleiben. Was verbindet der Schüler mit dieser geometrischen Figur? Welche subjektive Bedeutung könnte er dem gleichschenkeligen Dreieck unausgesprochener Weise verleihen? Der junge extrem abgemagerte Mann musste aufgrund seiner ausgeprägten, vital bedrohlichen Anorexie, die phasenweise durch Ess- und Brechattacken gerahmt wurde, stationär in die Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen werden. Viele Wochen später kommt dem Lehrer ein möglicher Zusammenhang zwischen der Ablehnung des gleichschenkeligen Dreiecks und einer Bemerkung von Selim in den Sinn. Selim hat sich bei seinem Lehrer über den Druck der therapeutisch angestrebten Gewichtszunahme durch die Klinik beschwert. Dabei machte Selim deutlich, dass er keine *fetten Schenkel* wolle. Hat der Schüler die Sachdimension derart emotional eingefärbt, dass diese nur noch in seiner *Psycho-Logik* und nicht mehr im Kontext der Sachlogik das Unterrichtsgeschehen prägt (vgl. Hoanzl 2008)? Der Lehrer versucht, sich dem Erleben des Kindes anzunähern, jedoch ohne Deutung und Heilungsanspruch, vielmehr um das Kind und die Sache zusammenzubringen. In der Aneignung der Welt, die das Kind umgibt, liegt die pädagogische Arbeit begründet. „Die Lehrkräfte bleiben damit Anwälte für Erziehung und Bildung und sie verkörpern leibhaftig das Fortbestehen der Lebenswelt draußen vor der Tür“ (Ertle 2002, 371).

Selbstbeziehung

Nicht zuletzt geht es auch um die *Beziehung, die der Schüler zu sich selbst entwickelt*. Das geschieht nicht im *luftleeren Raum*, sondern über einen hoch emotionalen und bedeutsamen Austausch mit der Welt, die das Kind umgibt, und die das Kind in sich aufnimmt. Kurz: „Was ich bin, wird dadurch gesteigert, was ich für Andere bin“ (v. Hentig 2007). Das Bild, das ein Kind von sich selbst entwickelt, ist entscheidend wichtig, wenn es um Lernen geht. Erst wenn Lernende Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten (Selbstwirksamkeitsüberzeugungen) gewinnen, kann Entwicklung gelingen. In Verschränkung mit dem *potenziellen Können* bildet sich auch das *subjektive Wollen*. Beide brauchen einen pädagogischen Entfaltungsraum, in dem sich der Lernende selbst erproben darf. Wie Kahl es formuliert: „Gelingen kann nur, was auch misslingen darf“ (Kahl 2003). Die Trias von *Können, Wollen* und *Dürfen* konstituiert sich gegenseitig und spiegelt sich auch in schulischen Lernprozessen wieder. Oftmals werden diese grundlegenden Dimensionen jedoch durch Krankheit eingeschränkt, blockiert oder gar verschüttet. Klingner (1994, 37) verdeutlicht, dass „Unlust meist ein Zeichen dafür ist, dass sich der Schüler das Erreichen des Ziels nicht vorstellen kann und einen Misserfolg befürchtet. [...] [Erst] durch Erreichen der Aufgabenziele wird das Selbstbewusstsein (wieder) gestärkt und das Vertrauen in

die eigene Leistungsfähigkeit zurück gewonnen.“ Das erfolgreiche Erfüllen von Aufgaben ist unlösbar auch mit der Frage verbunden, wie und durch wen Aufgaben gestellt werden. Denn Lernen ist nicht denkbar ohne die entsprechenden Abstimmungsprozesse im fachlichen und emotionalen Bereich zwischen Schüler und Lehrer. Kurz: *Was der Schüler ist, wird auch dadurch gesteigert, was er für den Lehrer ist.*

Fazit

Erkrankte Kinder lernen in gleicher Weise wie gesunde Kinder auch, nämlich über emotional eingebettete und sinnstiftende Beziehungsprozesse. Hierbei ist eine Beziehungsbasis gemeint, die jedenfalls im Kern vom Lehrenden, den Lernenden und dem Unterrichtsstoff mit seiner immanenten Sachlogik und seiner subjektiv zugeschriebenen *Psycho-Logik* bestimmt wird. Was den Unterricht an der psychiatrischen Klinikschule zum Beispiel vom Unterricht an der allgemeinen Schule unterscheidet, ist nicht die Art der beziehungsbasierten Lernprozesse, sondern deren gesteigerte Bedeutung. Entscheidend wichtig ist dabei die Reflexion der pädagogischen Blickrichtung. Wir fragen nicht mehr nur, *warum* lernen Schüler, sondern vor allem *wozu* lernen sie? Das *Warum* wendet den Blick zurück und sieht nach der *Motivation* des Schülers, das *Wozu* wendet den Blick nach vorn und fragt nach der *Intention* des Schülers. Wozu lernen Schüler also? Für das Zukünftige, für das, was vor ihnen liegt! Was aber, wenn diese Zukunft durch existentielle Bedrohungen beziehungsweise Erkrankungen massiv gefährdet wird? Hier zeigt sich eine enge Verwandtschaft der Pädagogik bei Krankheit zur Sonderpädagogik. Auch Kinder in schwierigen Lebenslagen (z.B. soziale Benachteiligung) erleben die eigene Zukunft und die Zukunft bedeutsamer Menschen als bedroht. Schule ist gerade im Kontext von Benachteiligung, Beeinträchtigung und Erkrankung nicht nur die *Nabelschnur zur Normalität*, sondern zugleich auch die *Nabelschnur zur Zukunft*. Hält man sich zusätzlich vor Augen, dass Emotionen im Zentrum von Lernprozessen stehen, wird deutlich, welche inneren Schief lagen gerade im Bereich von psychischen Erkrankungen entstehen können. Wen wundert es, dass im möglichen Erleben von *verlorener Zukunft* und *emotionaler Überbürdung* Lernprozesse wie Wasserquellen versiegen oder *rätselhafte Verläufe* ausbilden? Umso wichtiger ist es, sich auf die Kernaufgabe von Schule nach Hartmut von Hentig (1985) zu besinnen: *Die Menschen stärken, die Sachen klären.*

Literatur

- Beekmann-Knörr, B.: Klinikschule – allgemeine Schule. Erfindungsreiches Miteinander in gemeinsamer Praxis für psychisch kranke Schüler. In: Projekt Interklinikschule. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen. Abschlussberichte. Reutlingen 2006, 213-252 [verfügbar unter: <http://www.interklinikschule.de/de/docs/abschlussbericht.pdf>, 12.02.2008]. – Barkmann, C., Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland. In: Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2006, 55 (6), 444-458. – Ertle, C.: Allgemeine Information über das interdisziplinäre Forschungsprojekt Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen. Informationsstand August 2004. 2005 [verfügbar unter: <http://www.interklinikschule.de/de/index.php?seite=ueber&titel=Das%20Projekt>, 12.02.2008]. – Ertle, C.: Abschlussbericht des Projektleiters. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen. Interdisziplinäres Forschungsprojekt. In: Projekt Interklinikschule. Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen. Abschlussberichte. Reutlingen 2006, 5-64 [verfügbar unter: <http://www.interklinikschule.de/de/docs/abschlussbericht.pdf>, 12.02.2008]. – Ertle, C.: Kranke Kinder und Jugendliche zwischen Klinikschule und allgemeiner Schule. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 2002, 53 (9), 371-377. – Fürstenau, P.: Zur Psychoanalyse der Schule als Institution. In: Fürstenau, P. (Hrsg.): Der Psychoanalytische Beitrag zur Erziehungswissenschaft. Darmstadt 1974, 264-283. – Greenspan, S.I., Benderly, B.L.: Die bedrohte Intelligenz. Die Bedeutung der Emotionen für unsere geistige Entwicklung. München 2001. – Hantel-Quitmann, W., Kastner, P. (Hrsg.): Die Globalisierung der Intimität. Die Zukunft

intimer Beziehungen im Zeitalter der Globalisierung. Gießen 2002. – Hentig, von H.: Die Menschen stärken, die Sachen klären. Stuttgart 1985. – Hentig, von H.: Bildung ist mehr als Pisa. Über den angeblichen Wandel des Bildungsbegriffes. Unveröffentlichter Vortrag vom 22.09.2007: Erstes Treffen der Schulerneuerer: Treibhäuser und CO. vom 21.-23.09.2007 in der Hochschule für Musik und Theater, Hamburg. Veranstaltet vom Archiv der Zukunft. Hamburg 2007. – Hilff, G.: Zwischen Distanz und Nähe – aus der Arbeit mit Schülern der Sekundarstufe in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. In: Ertle, C. (Hrsg.): Schule bei kranken Kindern und Jugendlichen. Bad Heilbrunn 1997, 161-180. – Hoanzl, M.: Ambivalenz als Herausforderung in der schulischen Arbeit mit schwierigen Kindern und Jugendlichen – Paradigmenwechsel im pädagogischen Denken: Vom *entweder – oder* zum *und*. In: Ertle, C., Hoanzl, M. (Hrsg.): Entdeckende Schulpraxis mit Problemkindern. Bad Heilbrunn 2002, 25-50. – Hoanzl, M.: Befremdliches, Erstaunliches und Rätselhaftes – schulische Lernprozesse bei *Problemkindern*. In: Datler, W., Finger-Trescher, U., Gstach, J., Steinhardt, K. (Hrsg.): Annäherungen an das Fremde – Ethnographisches Forschen und Arbeiten im psychoanalytisch-pädagogischen Kontext. Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik. 16, Gießen 2008, 16-35. – Hüther, G., Gebauer, K. (Hrsg.): Kinder suchen Orientierung. Düsseldorf, Zürich 2003. – Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10). ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.): 6., vollst. überarb. Aufl., Bern 2008. – Käppler, C.: Familienbeziehungen bei hyperaktiven Kindern im Behandlungsverlauf. In: Kindheit und Entwicklung. 2005, 14 (1), 21-29. – Kahl, R.: Schule kann gelingen. (4). Südwestrundfunk Sendung: 25.10.2003, 08.30 Uhr, SWR 2, SWR2 Wissen – Manuskriptdienst. 2003 [verfügbar unter: <http://www.reinhardt-kahl.de/se17suchemisslingen.html>, 06.04.2008]. – Klingner, B.: *Ich bin ein klein wild Vögelein und niemand kann mich zwingen!* Schularbeit im klinischen Jugendheim Tübingen. In: Ertle, C., Neidhardt, W. (Hrsg.): Unterricht mit Kindern in Not. Bad Heilbrunn 1994, 31-54. – Knab, D.: Schule und Krankheit. In: Pfeiffer, U., Knab, D., Häcker, W., Klemm, M., Böpple, E.: Klinik macht Schule. Tübingen 1998, 191-198. – Knölker, U., Mattejat, F., Schulte-Markwart, M. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. 4. Aufl., Bremen 2007. – Lamatsch, R., Nielebock, F., Ramminger, E., Kaschek, M., Rahn, H., Steger, S.: Alles oder nichts; genau richtig ist es nie. In: Verein für psychoanalytische Sozialarbeit Rottenburg und Tübingen (Hrsg.): Narcissus und sein Gegenüber. Tübingen 2007, 114-132. – Lempp, R.: Psychische Krankheit, Fehlentwicklung oder normale Persönlichkeitsentwicklung. In: Färber, H.-P., Lipps, W., Seyfarth, T. (Hrsg.): Besonderheiten seelischer Entwicklung. Störung – Krankheit – Chance. Tübingen 2003. – Oelsner, W.: Analytische Kinder- und Jugendpsychotherapie bei Schulverweigerung. In: Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. 2003, 52 (6), 425-439. – Oelsner, W.: Möglichkeiten der Arbeit mit *schwierigen Kindern* in der offenen Ganztagschule. Landesjugendamt Westfalen-Lippe, Münster 25.08.2006 [verfügbar unter: www.lwl.org/lja-download/pdf/A_Oelsner.pdf, 12.02.2008]. – Oelsner, W.: Pädagogik bei Krankheit zwischen Unterricht und Schullaufbahnmanagement. Vortrag vom 30.06.2007 bei der 4. Tübinger Tagung: Pädagogik bei Krankheit – Forderungen und Herausforderungen. Tübingen 2007. – Opp, G., Fingerle, M. (Hrsg.): Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, Basel 2007. – Schierer, I.: Unterricht für Kinder und Jugendliche in Wiener Spitälern – Pädagogik bei Krankheit. In: Tuschl, G., Felsleitner, R.: Miteinander – Integrative Modelle im Wiener Schulwesen. Wien 2005, 155-160. – Schmid, M., Fegert, J.M., Schmeck, K., Kölch, M.: Psychische Belastung von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 2007, 58 (8), 282-290. – Schmitt, F.: Schule für Kranke. Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Merkmal professioneller Handlungsfähigkeit von Lehrern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Zeitschrift für Heilpädagogik. 1997, 48 (11), 447-450. – Singer, K.: Kränkung und Kranksein. München 1993. – Volk-Moser, A.: Zwischen Zukunftshoffnung und Resignation – Zur Brückenfunktion des Unterrichts am Krankenbett. In: Sonderpädagogik. 1995, 25 (4), 218-225.

Günther Opp
Georg Theunissen (Hrsg.)
Handbuch schulische
Sonderpädagogik

Klinkhardt

UTB

UTB

Erziehungswissenschaften
Sonderpädagogik

Das Handbuch gibt einen Überblick über die Schulische Sonderpädagogik in ihren aktuellen Entwicklungstendenzen.

Teil I widmet sich Grundlagen wie historischen Aspekten, der Integration und Inklusion, ethischen Überlegungen, Armutsfragen, der Profession.

Teil II umfasst die zentralen Handlungsfelder und beschreibt die Fachrichtungen hinsichtlich der Terminologie, des Assessments, der vorschulischen Bildung und Erziehung sowie des Unterrichts in Förder- und Allgemeinen Schulen.

Teil III behandelt Fragestellungen wie Schulkultur, Elternarbeit, Gewaltprävention, Schulverweigerung.

Teil IV zeichnet Perspektiven schulischer Sonderpädagogik zu Empowerment, Positiver Peerkultur, nachschulischer Inklusion, Gender und Migration.

Der Band richtet sich an pädagogische und therapeutische Berufsgruppen, die an der Erziehung, Bildung oder Förderung der Schülerinnen und Schüler beteiligt sind, zudem an Lehrkräfte in Allgemeinen Schulen, schulpsychologische Dienste, Schulsozialarbeiter, Erziehungswissenschaftler und insbesondere Studierende der verschiedenen Lehrämter.

www.utb.de

ISBN 978-3-8252-8426-8



9 783825 284268

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-7815-1702-8 (Klinkhardt)

ISBN 978-3-8252-8426-8 (UTB)

2009.10.Ik. © by Julius Klinkhardt.

Das Werk ist einschließlich aller seiner Teile urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck und Bindung: Friedrich Pustet, Regensburg.

Printed in Germany 2009.

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem alterungsbeständigem Papier.

UTB-Bestellnummer: 978-3-8252-8426-8

Einleitung

Schulische Sonderpädagogik: Chancen, Grenzen und Dilemmata	11
--	----

Grundlagen

1 Geschichte der schulischen Sonderpädagogik im 19. und 20. Jahrhundert	21
<i>Sieglinde Ellger-Rüttgart</i>	
2 Integration und Inklusion als Leitbegriffe der schulischen Sonderpädagogik.....	29
<i>Ines Boban und Andreas Hinz</i>	
3 Kindheit und Jugend in der Moderne.....	36
<i>Heinz-Hermann Krüger</i>	
4 Bildung	44
<i>Alfred Schäfer</i>	
5 Schulische Sonderpädagogik im internationalen Raum.....	54
<i>Ines Boban und Andreas Hinz</i>	
6 Anthropologische und ethische Grundlagen schulischer Sonderpädagogik	60
<i>Otto Speck</i>	
7 Erfahrung als Grundlage kindlicher Entwicklung.....	66
<i>Gerald Hütber</i>	
8 Moderne didaktische Handlungs- und Unterrichtskonzepte.....	73
<i>Hartmut Wenzel</i>	
9 Armut und soziale Benachteiligung: Bedingungen einer kontextorientierten Sonderpädagogik	85
<i>Hans Weiß</i>	
10 Sonderpädagogische Profession und Professionstheorie.....	92
<i>Andrea Dlugosch und Helmut Reiser</i>	

Handlungsfelder der schulischen Sonderpädagogik

1 Geistige, physische und sensorische Behinderung

1.1 Geistige Behinderung – intellektuelle Beeinträchtigungen

11 Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz.....	101
<i>Georg Theunissen und Wolfram Kulig</i>	
12 Assessment	105
<i>Annette Britting und Melitta Stuchling</i>	
13 Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	110
<i>Maria Kron</i>	
14 Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule.....	115
<i>Erhard Fischer</i>	
15 Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	120
<i>Wolfram Kulig</i>	

16	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule.....	125
	<i>Erhard Fischer</i>	
17	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	129
	<i>Georg Theunissen</i>	

1.2 Körperbehinderung

18	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen und Prävalenz	133
	<i>Annett Thiele</i>	
19	Assessment	138
	<i>Hilla Iskenius-Emmler</i>	
20	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	141
	<i>Hans Weiß</i>	
21	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule.....	145
	<i>Annett Thiele</i>	
22	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	149
	<i>Annett Thiele</i>	
23	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule.....	153
	<i>Annett Thiele</i>	
24	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	157
	<i>Annett Thiele</i>	

1.3 Schwerhörigkeit und Gehörlosigkeit

25	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen und Prävalenz	162
	<i>Annette Leonhardt</i>	
26	Assessment	167
	<i>Gottfried Diller</i>	
27	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	173
	<i>Ursula Horsch</i>	
28	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule.....	177
	<i>Klaus-Dietrich Große</i>	
29	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	181
	<i>Annette Leonhardt</i>	
30	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule.....	185
	<i>Thomas Kaul</i>	
31	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	188
	<i>Jürgen Wessel</i>	

1.4 Sehbehinderung und Blindheit

32	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen und Prävalenz	193
	<i>Friederike Beyer</i>	
33	Assessment	197
	<i>Renate Walthes</i>	
34	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	201
	<i>Markus Lang</i>	
35	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule	206
	<i>Markus Lang</i>	
36	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	210
	<i>Klaus Wißmann</i>	
37	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule	214
	<i>Markus Lang</i>	
38	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	219
	<i>Klaus Wißmann</i>	

2 Gefühls- und Verhaltensstörungen, Sprachstörungen, spezielle Lern- und Entwicklungsstörungen

2.1 Gefühls- und Verhaltensstörungen

39	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz.....	227
	<i>Günther Opp</i>	
40	Assessment	231
	<i>Michael Fingerle</i>	
41	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	235
	<i>Clemens Hillenbrand und Annika Schell</i>	
42	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule	239
	<i>Nicola Unger</i>	
43	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	243
	<i>Ines Budnik</i>	
44	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule	246
	<i>Roland Stein</i>	
45	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	252
	<i>Thomas Hennemann</i>	

2.2 Sprachstörungen

46	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen, Prävalenz.....	258
	<i>Stephan Baumgartner</i>	

47	Assessment	265
	<i>Kartin Otto</i>	
48	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	269
	<i>Katrin Otto</i>	
49	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule	273
	<i>Tatjana Kolberg</i>	
50	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	278
	<i>Tatjana Kolberg</i>	
51	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule	282
	<i>Franziska Schlamp-Diekmann</i>	
52	Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	286
	<i>Christa Schlenker-Schulte</i>	

2.3 Spezielle Lern- und Entwicklungsstörungen unter schulischen Gesichtspunkten

53	Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS)	290
	<i>Günther Opp</i>	
54	Lese-Rechtschreibschwierigkeiten (Leserechtschreibschwäche/Dyslexie)	295
	<i>Ada Sasse</i>	
55	Lernschwierigkeiten als Folge didaktischer und diagnostischer Insuffizienzen heutigen Rechenunterrichts	302
	<i>Dorothea Waniek</i>	
56	Autismus	312
	<i>Georg Theunissen und Melitta Stichling</i>	
57	Affektive Störungen	320
	<i>Franz-Petermann und Ulrike Petermann</i>	
58	Essstörungen	327
	<i>Brunna Tuschen-Caffier und Monika Trentowska</i>	

3 Lernbehinderung, soziale Benachteiligung und Migrationshintergrund

59	Begriffsdiskussion, Erscheinungsformen und Prävalenz	339
	<i>Ute Geiling und Georg Theunissen</i>	
60	Assessment	344
	<i>Rainer Benkmann</i>	
61	Erziehung und Bildung im Vorschulbereich	348
	<i>Hans Weiß</i>	
62	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Förderschule	352
	<i>Ute Geiling und Sabine Karge</i>	
63	Erziehung und Bildung im Grundschulbereich Allgemeine Schule	356
	<i>Irmtraud Schnell</i>	

64 Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Förderschule.....	361
<i>Ute Geiling</i>	
65 Erziehung und Bildung im Sekundarbereich Allgemeine Schule	365
<i>Irmtraud Schnell</i>	

Spezielle Fragestellungen schulischer Sonderpädagogik

1 Schule, Unterricht und Schulentwicklung

66 Schulkultur	373
<i>Günther Opp</i>	
67 Schulsozialarbeit.....	379
<i>Nadja Kulig</i>	
68 Evaluation	389
<i>Günther Opp</i>	
69 Neue Medien im Unterricht bei Kindern mit Lernbeeinträchtigungen.....	396
<i>Jessica M. Löser, Rolf Werning und Ina Rust</i>	
70 Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen	404
<i>Martina Hoanzl, Werner Baur, Werner Bleher, Ramona Thümmler und Christoph Käppler</i>	
71 Unterricht in Krankenhäusern.....	412
<i>Annett Thiele</i>	

2 Prävention

72 Gewaltprävention.....	421
<i>Wilfried Schubarth und Wolfgang Melzer</i>	
73 Gesundheitsförderung.....	428
<i>Klaus Hurrehmann</i>	
74 Suchtprävention	436
<i>Sylvia Helbig-Lang und Franz Petermann</i>	
75 Prävention von Lern- und Schulverweigerung	444
<i>Kirsten Puhr</i>	

3 Beratung

76 Beratung im schulischen Kontext	455
<i>Ines Budnik</i>	
77 Elternarbeit	463
<i>Karl-Theodor Stiller</i>	
78 Lehrer-Kooperation.....	470
<i>Marc Willmann</i>	

4 Intervention und Handlungskonzepte

79 Pädagogisch-therapeutische Ansätze	481
<i>Ines Budnik und Georg Theunissen</i>	
80 Konfliktmediation	487
<i>Jana Teichmann</i>	
81 Unterstützte Kommunikation	495
<i>Jens Boenisch</i>	
82 Positive Verhaltensunterstützung	505
<i>Georg Theunissen</i>	
83 Soziale Kompetenztrainingsprogramme	513
<i>Herbert Scheithauer und Antonia Gottschalk</i>	
84 Ästhetische Erziehung – sonderpädagogisch reflektiert	520
<i>Georg Theunissen</i>	

Perspektiven der Sonderpädagogik im 21. Jahrhundert

85 Empowerment im Zeichen schulischer Sonderpädagogik	531
<i>Georg Theunissen und Wolfram Kulig</i>	
86 Positive Peerkultur	538
<i>Günther Opp</i>	
87 Jungen – Verlierer im modernen Bildungssystem?	546
<i>Ulf Preuss-Lausitz</i>	
88 Mädchen, Mythen, Masculinities und die zweigeschlechtliche Ordnung	554
<i>Isabell Diehm</i>	
89 Migrationsfragen	561
<i>Winfried Kronig</i>	
90 Perspektiven einer gesunden Schule	567
<i>Cornelia Hähne, Nelly Schmechtig und Wolfgang Melzer</i>	
91 Perspektiven nachschulischer Inklusion	576
<i>Kirsten Puhr</i>	

Nachwort

Ein Blick in die Zukunft: Perspektiven schulischer Sonderpädagogik	585
--	-----

Autorinnen und Autoren	591
------------------------------	-----