

Multiprofessionelle Kooperation als Gelingensbedingung schulischer Inklusion: Zusammenarbeit von Klinikschule, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Jugendforensik. Eine theoretische Analyse der Praxis

Stefanie Elbracht, Robert Langnickel, Claudia Born,
Marion Lehrer, Pierre-Carl Link

Zusammenfassung: Im Zusammenspiel mit inklusionsorientierten Anpassungen im Bildungssystem wird die Diskussion über die Existenzberechtigung spezifischer Institutionen – wie Klinikschulen – intensiviert, wodurch diese ihre inklusiven Merkmale besser nach außen vertreten müssen. Klinikschulen können dahingehend – aufgrund ihrer Konzeption als »Schulen im Krankenhaus« – auf umfangreiche Erfahrungen in der multiprofessionellen Kooperation zurückgreifen, die als Gelingensbedingung erfolgreicher inklusiver Bildung gilt. Es wird anhand von Erfahrungsberichten von Schulleitungen skizziert und fallbezogen analysiert, wie multiprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Klinik, Klinikschule und Forensik gelingen kann.

Schlüsselwörter: Pädagogik bei Krankheit, Klinikschule, multiprofessionelle Kooperation, Inklusive Bildung

Abstract: In conjunction with inclusion-oriented adjustments in the education system, the discussion about the *raison d'être* of specific institutions – such as hospital schools – is intensified, which means that they have to better represent their inclusive characteristics to the outside world. In this respect, hospital schools – due to their conception as «schools in hospitals» – can draw on extensive experience in multi-professional cooperation, which is considered a condition for the success of inclusive education. On the basis of reports from school administrators, it is outlined and analysed how multiprofessional cooperation between hospital, hospital school and forensics can succeed.

Keywords: Pedagogy for Illness, Hospital School, Multiprofessional Cooperation, Inclusive Education

1. Klinikschulen im Kontext »Inklusiver Bildung«

Klinikschulen müssen sich im Inklusionsdiskurs oftmals fragen, welche inklusiven Kriterien sie erfüllen und welche zukünftigen Anpassungen sie vornehmen können und sollten (vgl. unter anderem Piegsda, Link, Rossmann, Kötzl, 2020). Demgegenüber wird argumentiert, dass gerade diese Schulform als »Schule eigener Art« (Oelsner, 2013, S. 274) besonders und in langer Tradition inklusiv arbeitet und somit nicht als Hindernis, sondern als Vorreiter inklusiver Bildung betrachtet werden kann (vgl. ebd.; VDS,

2014). Welcher Argumentation man sich hier anschließt, hängt dabei von der zugrundeliegenden Definition von Inklusion ab: Die schwer zu greifenden und vielfach diffus verwendeten Begriffe (schulische) *Inklusion*, *Integration* oder *inklusive Bildung* werden für den vorliegenden Artikel synonym verwendet, ohne den Gesamtdiskurs (siehe hierzu beispielsweise Felder, 2022; Hinz, 2013; Norwich, 2008; Wocken, 2020) zu missachten.

Auf struktureller Ebene wird Inklusion »als schulreformerisches Projekt« (Moser, 2017, S. 15) aufgefasst. Die Herausbildung spezifischer, separierender Institutionen halten manche diesbezüglich für einen Ursprung von Exklusion (vgl. Kriwert, 2005; Ianes, 2009) und es liegt nahe, dass die Position vertreten wird, beispielsweise Förder- und Klinikschulen abzuschaffen und Inklusion als »die Beibehaltung nur einer einzigen Schulform bei vollständiger Abschaffung eines vielgliedrigen Schulsystems« (Grosche, 2015, S. 34) zu verstehen. Damit einhergehen würde – gemäß der UN-BRK (Bundesgesetzblatt, 2008, S. 1437) durch Etablierung inklusiver Bildungssysteme – eine Vollinklusion, welche wir als Idealvorstellung, als *Nordstern* (Hinz, 2006), oder *Utopie* (Langnickel, Link, 2019) mit richtungsweisendem Charakter ansehen.

Inklusive Bildung verstehen wir aber vielmehr als einen kontinuierlichen Prozess, der sich in verschiedenen Phasen und vielfältigen Organisationsformen schrittweise manifestieren kann und nicht ausschließlich *ganz oder gar nicht* verwirklicht wird (siehe hierzu auch Felder, 2022; Wocken, 2020). Inklusive Bildung wird demnach auch – angelehnt an die von Grosche (2015) vorgeschlagene Outcome-Definition – von uns als »die Erreichung von Lernzielen bei allen Kindern und Jugendlichen gemäß ihre[n] jeweiligen Lernvoraussetzungen [...]« (Grosche, 2015, S. 33) ausgelegt. Dieser Ansatz findet sich auch im Verständnis einer Pädagogik bei Krankheit (PbK) wieder, wo Aufgaben und Zuständigkeiten in der Passung zwischen Angebot und Bedürfnis, speziell in der »Individualisierung des Unterrichts« (Elbracht, Langnickel, Lieberherr, Hoanzl, Gingelmaier, 2023, S. 61), gesehen werden. Zudem legen wir dem Artikel einen *weiten* Inklusionsbegriff zugrunde, wonach Inklusion kein Spezifikum für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bedeutet, sondern »alle erdenklichen Heterogenitätsdimensionen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Sprache, Kultur, Soziale Schicht u. a.)« (Wocken, 2020, S. 7; vgl. hierzu auch Felder, 2022) einschließt. Schüler:innen (S:S) an Klinikschulen weisen beispielsweise hohe Heterogenität hinsichtlich ihrer Bildungsgänge, Alter, Geschlecht, sozialen Schicht und Krankheitsbilder auf und der Zugang zur Institution ergibt sich unabhängig eines zugewiesenen schulischen Förderschwerpunkts aus einer (teil-)stationären klinischen Behandlung (vgl. KMK, 1998; VDS, 2014).

2. Multiprofessionelle Kooperation an Klinikschulen

Eine gute interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit wird in Bildungs- und Erziehungswissenschaften vielfach – neben unter anderem einer positiven Einstellung der Beteiligten gegenüber Inklusion, Zugänglichkeit und Adaptivität von Unterricht – übereinstimmend als Voraussetzung und Gelingensbedingung inklusiver Bildungsprozesse angesehen (vgl. unter anderem Hartmann, Richter, Gräsel, 2020; Lütje-Klose,

Urban, 2014; Wocken, 2020). Zudem wird diese als Teil inklusiver Professionalität verstanden (Wocken, 2020). Allerdings sind trotz der Bedeutung der Thematik und Forschungsbestrebungen weiterhin »weder die theoretischen Wirkmechanismen noch die empirische Wirksamkeit geklärt« (Grosche, Moser-Opitz, 2023, o. S.).

Nachfolgend wird übergreifend der Begriff »multiprofessionelle Kooperation« genutzt, worunter wir die Zusammenarbeit verschiedener Lehrkräfte sowie verschiedener weiterer Berufsgruppen subsumieren. Damit soll ein reduzierter Arbeitsbegriff gefunden werden, ohne zu verkennen, dass sich die Bedingungen in unterschiedlichen Settings aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen, Einstellungen und berufsbezogener Kulturen unterscheiden können (vgl. Lütje-Klose, Urban, 2014), so auch in verschiedenen Teamkonstellationen.

Im Kontext der Klinikschule liegen weder theoretische Modelle noch empirische Befunde zu Umsetzung und Inhalten der multiprofessionellen Kooperation vor. Gute Kooperation zwischen den Stakeholdern (vorrangig Klinik und Klinikschule) wird jedoch wiederkehrend als Kernaufgabe der Kliniklehrkräfte sowie gleichzeitig als Chance und Herausforderung im Transitionsprozess (Re-Inklusion) beschrieben (unter anderem Elbracht et al., 2023; KMK, 1998; Schwanenberg, 2020; Tougas, Rassy, Frenette-Bergeron, Marcil, 2019; VDS, 2014). So stellten auch Pülschen und Castello (2019) in einer Befragung von Kliniklehrkräften fest: »Die größte berufliche Herausforderung stellt für die Befragten das Arbeiten in multiprofessionellen Teams (61,5 %) dar« (ebd., S. 78). Dies deckt sich mit Ergebnissen älterer Interviewstudien (vgl. Harter-Meyer, 2000) und theoretischen Ausführungen zum Thema (vgl. Schmitt, 1997). Aufgrund fehlender Details bleibt jedoch unklar, worin genau die Herausforderungen und Belastungen in diesen multiprofessionellen Teams bestehen. Angenommen werden können strukturelle Rahmenbedingungen wie fehlende Zeit- und Personalressourcen oder politisch ungeklärte Verantwortungen zu Schwierigkeiten (vgl. Oelsner, 2013; Meister, 2017). Besonders im Kontext der Inklusion können unterschiedliche fachliche und berufliche Selbstverständnisse und Interessen der beteiligten Akteure bestehen, die die Kooperationsbereitschaft verringern (vgl. Kiel, Heimlich, Markowetz, Weiß, 2015; Urton, Wilbert, Grosche, Hennemann, 2016). So können Rollenkonflikte auf personeller Ebene vorliegen, die mit fehlender Wertschätzung einhergehen (vgl. Pollitt, Thümmel, Adam, 2020; Schmitt, 1997). Hier zeichnet sich jedoch punktuell bereits ein Wandel ab und Kliniklehrkräfte werden seitens der Kinder- und Jugendpsychiater:innen zunehmend als notwendige und wertvolle Kooperationspartner:innen anerkannt (vgl. Adam, o. J.; Pollitt et al., 2020).

2.1 Definition und Modell

Disziplinübergreifend wird oftmals die organisationspsychologische Definition von Spieß (2004, 2021) rezipiert: Demnach ist multiprofessionelle Kooperation die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Stakeholdern (Personen, Gruppen oder Institutionen), die sich durch bewusstes, freiwilliges, reziprokes und planvolles sowie kommunikatives Handeln zur Erreichung eines gemeinsamen Ziels auszeichnet. Kooperation kann

dabei schrittweise auf verschiedenen Niveaustufen umgesetzt werden (vgl. Lütje-Klose, Urban, 2014). Konzeptionell kann sodann außerunterrichtliche Kooperation (zum Beispiel zur Teamentwicklung oder Behandlungsplanung) von unterrichtlicher Kooperation (zum Beispiel co-teaching) unterschieden werden (vgl. Grosche, Moser-Opitz, 2023).

Verschiedene theoretische Modelle strukturieren die Kooperation in Stufen mit zunehmender Intensität und Tiefe, die jedoch unterschiedlich benannt und ausdifferenziert werden (siehe beispielsweise Gräsel, Fussangel, Pröbstel, 2006; Little, 1990). Mithilfe des am breitesten rezipierten Modells der Kokonstruktiven Kooperation von Gräsel et al. (2006), das von Grosche, Fussangel und Gräsel (2020) revidiert wurde, soll die hier skizzierte Praxis theoretisch analysiert und systematisiert werden. Die zugrunde liegende Theorie des Modells weist eine hohe Aktualität auf, spezifiziert Kokonstruktion und ihre Funktionen genauer, zeigt Möglichkeiten empirisch prüfbarer Elemente der Kooperation auf und liefert Hinweise für die Förderung kokonstruktiver Praktiken in der Zusammenarbeit (vgl. Grosche et al., 2020).

Die Zusammenarbeit wird dabei in drei funktionale Stufen eingeteilt – *Austausch* (Abstimmung allgemeiner Ziele), *arbeitsteilige Kooperation* (klare, vertrauensvolle Zuteilung von Verantwortung) und *Kokonstruktion* (gemeinsame Professionalisierung und Innovation), die sich aber nicht strikt ausschließen (vgl. Hartmann et al., 2020; Grosche et al., 2020). Weitergehend wird die Kokonstruktion in sechs Komponenten unterteilt (siehe Abb. 1): Die *Rahmenbedingungen (1)* spielen eine fördernde Rolle für die Kooperation, darunter fallen beispielsweise personelle und räumliche Ressourcen, kooperationsfreundliches Leitungshandeln, Reflexionsfähigkeit auf persönlicher Ebene und bisherige Einstellungen und Erfahrungen gegenüber Kooperation. Intra- und interpersonale *soziale Vorbedingungen (2)* sind beispielsweise Zielinterdependenzen der Kooperationspartner:innen und Deprivatisierung von unterrichtlichem Handeln. Die *kokonstruktiven Handlungen (3)* bilden den operativen Kern der Kokonstruktionstheorie: »Sie bezeichnen fortwährende und zyklische Aushandlungen und Reflexionen von Konkretisierungen einer Innovation« (Grosche et al., 2020, S. 471). Inhalte sind dabei Probleme und Fragestellungen des Arbeitsalltags, die bezüglich der umzusetzenden Neuerung durchdacht und überprüft werden, wodurch die Beteiligten ihr individuelles Wissen erweitern. Die *proximalen (unmittelbaren) Ergebnisse (4)* entstehen aus der Kokonstruktion selbst, während die *distalen (langfristigen) Folgen (5)* außerhalb der kokonstruktiven Kooperation liegen. Kurzfristig soll so durch Kokonstruktion beispielsweise ein gemeinsames Verständnis neuer Ideen entstehen (gemeinsame Wissensbasis) und langfristig kann es dann zu zeitlicher und emotionaler Entlastung der Beteiligten und zu Effekten auf Ebene der S:S kommen. Es wird angenommen, dass bewusste *Reflexion (6)* sich dann auch auf Rahmenbedingungen und Vorbedingungen auswirkt, was wiederum die kokonstruktive Zusammenarbeit weiterentwickelt (vgl. Grosche et al., 2020).

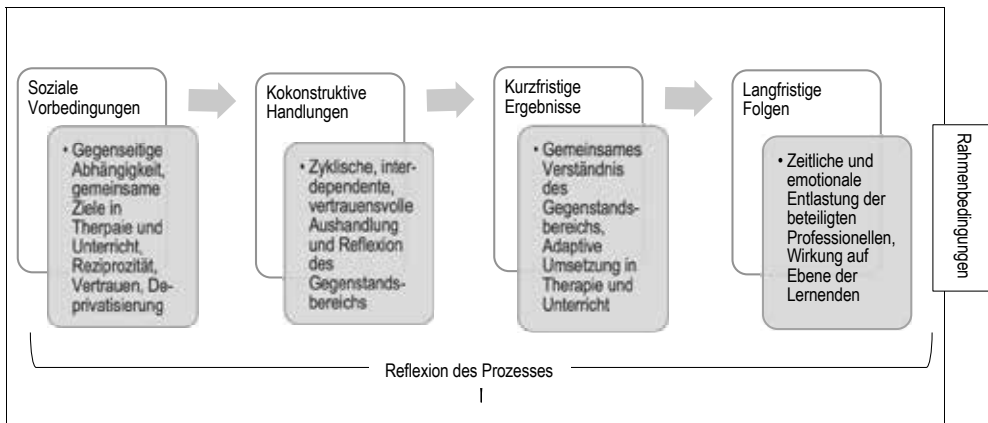


Abb. 1: Zyklisches Wirkmodell der kokonstruktiven Kooperation in Anlehnung an Grosche et al. (2020, S. 467) – eigene Darstellung

2.2 Die Klinikschule Regensburg: Praxisbericht und theoretische Einordnung

Die *Schule für Kranke Regensburg des Bezirks Oberpfalz* (nachfolgend als Klinikschule Regensburg abgekürzt) arbeitet an insgesamt sechs Standorten mit unterschiedlichen Kliniken bzw. Klinikbereichen und der Jugendforensik zusammen. Tabelle 1 gibt einen Überblick der Arbeitsorganisation der Schule.

Tab. 1: Arbeitsorganisation der Schule

Standorte	<p><i>Haupthaus:</i> sieben Klassen angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP); tagesklinisch, vollstationär oder Krisenintervention; Schulgebäude befindet sich auf dem Klinikgelände</p> <p><i>Standorte Amberg, Cham und Weiden:</i> jeweils zwei Klassen angegliedert an die tagesklinischen Stationen der KJPP; räumliche Einbindung der Klassenräume in die Klinikgebäude</p> <p><i>Kinderuniversitätsklinik Ostbayern (KUNO):</i> Unterricht am Krankenbett in der Hepato-Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie oder Stammzellentransplantation</p> <p><i>Maßregelvollzug Regensburg:</i> Einzel- und Kleingruppenunterricht in der Jugendforensik für psychisch kranke, verurteilte jugendliche Straftäter</p>
Schüler:innen	ca. 450 pro Jahr vorrangig angegliedert an KJPP, teilweise Somatik alle Schularten und Jahrgangsstufen
Verweildauer	Verweildauer variiert stark, von wenigen Tagen und Wochen bis zu etwa einem halben Jahr, teilweise wiederkehrend
Schulverhältnis zur Heimatschule	bleibt bestehen (»Durchgangsschule«)

Lehrkräfte	Lehrkräfte aller Lehrämter; Unterricht der Klassenleitung wird – je nach Ressourcen und Bedarf – ergänzt durch parallelen stundenweisen Einsatz von Fachlehrkräften
Konzeptionelle Eckpunkte	<p><i>Ziel:</i> soziale und emotionale Stabilisierung sowie schulische Re-Inklusion</p> <p><i>Multiprofessionelle Kooperation:</i> Zusammenarbeit mit Klinik, Erziehungsberechtigten und Stammschulen</p> <p><i>Unterrichtsorganisation:</i> Klassenleitungsprinzip je Klinikstation; heterogene Lerngruppen; Einzel- und Gruppenunterricht</p> <p><i>Unterrichtsinhalte und curriculare Orientierung:</i> Vermittlung von fachlichen und sozialen Kompetenzen; Verordnungen des jeweiligen Bildungsgangs, dem die S:S angehören, als Basis; adaptiv und individualisiert</p> <p><i>Leistungsnachweise und Schulabschlüsse:</i> Klinikschule fungiert als Schutzraum, in dem S:S sich als erfolgreich und sicher vor negativen sozialen Erfahrungen wie auch vor Leistungsdruck fühlen dürfen und sollen; Leistungsnachweise abhängig vom Belastungspotential; Anforderungen steigern sich schrittweise abhängig vom Zustand der S:S; bayerische Schulabschlüsse sind möglich</p>

Nachfolgend beschreiben und systematisieren wir die Praxis entlang der sechs Komponenten des Modells der Kokonstruktion (siehe Abb. 1) sowie entlang der funktionalen Stufen. Tabelle 2 (siehe S. 400) illustriert in vier Fallvignetten mögliche Abläufe. Der betrachtete Standort bietet sich als Beispiel an, da das Schulleitungsteam und Lehrkräfte verschiedene Aspekte der Zusammenarbeit mit Klinik und Forensik als wertschätzend und arbeitsförderlich erleben. So wird beispielsweise das Konzept der *Zuordnung von Klassenleitung und Station* im Rahmen der Zusammenarbeit mit allen anderen Professionen der Klinik als effizient beschrieben. *Feste Teampartner* auf Klinik- und Schulebene werden als sinnvoll erlebt, weil zunächst investierte Zeitressourcen (vgl. Grosche et al., 2020) und bereits aufgebautes Vertrauen (vgl. Grosche et al., 2020) langfristig genutzt werden können. Dies ist bei ständig wechselnden Teamkonstellationen als weniger ausgeprägt anzunehmen.

Zudem gibt es am Beispielstandort *gemeinsame Zielsetzungen*, die als Voraussetzung guter Zusammenarbeit gelten (vgl. Grosche et al., 2020). Sowohl der Klinik ist an einer sozial-emotionalen und gesundheitlichen Rehabilitation sowie einer Re-Inklusion ins Bildungssystem gelegen als auch der Schule. Im Behandlungsverlauf stellt die Klinikschule ein erstes Erprobungsfeld von Therapieinhalten dar. Es wird hier also gemäß einer Outcome-Definition (vgl. Grosche, 2015) angestrebt, die S:S zu stabilisieren und entlang ihrer jeweiligen Lern- und Gesundheitsvoraussetzungen individuell und bedürfnisorientiert zu fördern. Diese Zielsetzungen werden in verschiedenen fest etablierten Prozessen ausgehandelt: *wöchentliche Visiten, Schulbesprechungen, pädagogische Besprechungen, Fallbesprechungen und Supervisionen*. Basis für diese Besprechungen ist die *Deprivatisierung* der jeweiligen Zuständigkeitsbereiche (vgl. Grosche et al., 2020) und rechtliche Absicherung dieser, was eine wichtige *organisatorische und auch persönliche Vorbedingung* der Zusammenarbeit ist (vgl. Grosche et al., 2020). Entgegen einem isolierten Unterrichten und Therapieren sind so die Reflexion und Innovation gemeinsamer Prozesse (vgl. Grosche et al., 2020) im Behandlungsverlauf möglich. Der oftmals problematische Bereich des Datenschutzes wurde hier bereits kooperativ zwischen Klinik- und Schullei-

tung geklärt: Sobald die datenschutzrechtliche Abklärung und Zustimmung seitens der Sorgeberechtigten vorliegen, können Klinik- und Schulpersonal sich stets über wichtige diagnostische Informationen austauschen:

- In der *wöchentlichen Visite*, die die zentrale Zusammenkunft aller Beteiligten innerhalb des multiprofessionellen Teams darstellt, werden aktuelle Informationen aus beispielsweise medizinischer, psychologischer und schulleistungsbezogener Diagnostik, Therapie, Elternarbeit und Stammschulkontakt gleichwertig zusammengetragen. Zudem werden Zielsetzungen für alle Bereiche miteinander diskutiert und abgestimmt. Einschätzungen aus der Schule beeinflussen so unmittelbar die Behandlungsinterventionen im medizinisch-therapeutischen System (siehe auch Oelsner, 2013) und vice versa. Gerade wenn sich Behandlungsverläufe als besonders komplex erweisen, werden hier auch konkrete Fragestellungen aufgeworfen, miteinander beantwortet und gemeinsame Handlungsmöglichkeiten ausgelotet.
- In regelmäßigen *Schulbesprechungen* mit den behandelnden Therapeuten, Ärzten und der Stationsleitung gibt es die Möglichkeit zum gezielten schulbezogenen Austausch, insbesondere erfolgt hier auch eine Konkretisierung der in der Visite vereinbarten Zielsetzungen. Dies können beispielsweise ein verhaltenstherapeutisches »Schulprogramm« sein, das mit Hilfe eines Tokensystems umgesetzt werden soll, die Abstimmung über das Vorgehen bei Hausaufgaben, die Vorbereitung eines Elterngesprächs zur schulischen Perspektivenplanung oder auch die Detailplanung eines externen Schulversuchs zur Wiedereingliederung.
- Ein flexibles Element stellt die wöchentliche *pädagogische Besprechung* von Erziehungs- und Pflegedienst mit dem Therapeutenteam dar, an der die Lehrkraft bei Bedarf teilnimmt. Diese Besprechung ist besonders geeignet, um pädagogisch-therapeutische Maßnahmen zu beschließen, die sowohl in der Schule als auch im Stationsalltag integriert werden sollen.
- In regelmäßigen, stationsübergreifenden *Fallbesprechungen*, die der Qualitätssicherung und internen Weiterbildung dienen, können neue oder vertiefende Erkenntnisse für die eigene Arbeit mit den jeweiligen S:S gewonnen werden. Lehrkräfte des jeweiligen »Falles« können daran teilnehmen.
- *Supervisionen* dienen der Selbstreflexion und Neuorientierung bezüglich des eigenen Handelns, aber auch der Reflexion von Kooperationsprozessen und deren Weiterentwicklung.

Auf Basis dieser intensiven kokonstruktiven Aushandlungen (beispielsweise in Visiten) findet dann auch im Routinebetrieb *Austausch* statt:

- In Form von *Tür- und Angelgesprächen* zwischen beteiligten Akteur:innen – meist für ein tagesaktuelles Update bei morgendlicher *Übergabe* oder am Mittag. Diese Gespräche ergeben sich oft, wenn Patient:innen in die Schule gebracht oder abgeholt werden oder die Lehrkraft vor oder nach dem Unterricht auf der Station vorbeischaute (beispielsweise Fall A).
- Teilweise gibt es *ritualisierte Morgenbesprechungen* mit Stationspersonal und Patient:innen im Wohnzimmer der Station, um anstehende Termine und Wünsche gemeinsam abzustimmen.

- Mehrmals täglich kann es zudem zu *telefonischen Absprachen* zwischen Stationspersonal und Lehrkräften kommen, um Besonderheiten, Ereignisse, Therapien oder die emotionale Verfassung der S:S zu erfahren oder auch kurzfristige Absprachen zur Arbeitsteilung zu treffen.

Übergreifend hilft die Schaffung vorteilhafter *struktureller Rahmenbedingungen* (vgl. Grosche et al., 2020) – wie die Etablierung und Nutzung eines digitalen Krankenhausinformationssystems (KIS) – dabei, Informationen und Innovationen ökonomisch miteinander zu teilen, was bisher selten aus Klinikschulen berichtet wird. Diese *digitale Ressource* wurde seitens der Klinikleitung auch für die Klinikschule Regensburg bereitgestellt. KIS ist ein informationsverarbeitendes System der Informationstechnik, das speziell entwickelt wurde, um medizinische und administrative Daten im Kontext eines Krankenhauses zu erfassen, zu verarbeiten und zu übertragen. Innerhalb des Konzepts des KIS sind verschiedene Funktionen integriert, darunter Serverfunktionen und mobile Funktionen zur Bereitstellung von Daten. Dokumentiert werden hier der allgemeine Behandlungsverlauf sowie therapeutische und schulische Ziele. Die Fallbeteiligten verschriftlichen ihre aktuellen Beobachtungen, tägliche oder wöchentliche Berichte sowie besondere Ereignisse und Absprachen. So ist es möglich, zeitlich flexibel wichtige Informationen und neueste Entwicklungen einzubringen oder nachzulesen.

Insgesamt berichtet das Schulleitungsteam der Klinikschule Regensburg von einer gegenseitigen *Wertschätzung* der Arbeit von Klinik und Klinikschule, was förderlich für den Gesamtprozess ist. So wird zwischen Klinikschule und Klinik in zyklischen, interdependenten und vertrauensvollen Aushandlungen gemeinsam reflektiert und entschieden (Grosche et al., 2020), welche Förder- und Behandlungsziele vorliegen, wie diese ineinandergreifen und wann wie viele Unterrichtsstunden ein Kind die Schule besucht. Als ausschlaggebend dafür berichtet das Schulleitungsteam von einer kooperationsförderlichen Haltung der Klinikleitung und Schulleitung, die für eine erfolgreiche Zusammenarbeit im Sinne kokonstruktiver Kooperation wichtig ist (vgl. Grosche et al., 2020). Zwar passen sich die Kommunikation und Kooperation vielfach den originären Strukturen der Klinik an, die Lehrkräfte der Klinikschulen werden hier jedoch nicht nur als »Exoten« (Pollitt et al., 2020, S. 331) passiv einbezogen, sondern sind aktiver Teil der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Auf *individueller Ebene* haben sich die Stakeholder mit einer positiven Einstellung und der Bereitschaft zur Kooperation der Zusammenarbeit verschrieben, es werden gleichermaßen Zeit und Raum für Gespräche zur Verfügung gestellt und wechselseitige Wertschätzung und Anerkennung der jeweils anderen Profession (vor-)gelebt (Lütje-Klose, Urban, 2014). Alles in allem erscheint es den Schulleitungen, dass das hier gezeigte kooperative Arbeiten nicht nur *kurzfristige Ergebnisse* wie ein gemeinsames Verständnis erzeugt, sondern bereits zu einer Zeitersparnis und weniger Belastung der beteiligten Professionen vor Ort führt. Dies bedarf jedoch noch einer empirischen Überprüfung.

Tab. 2: Fallvignetten multiprofessioneller Kooperation der Klinikschule

<p>Vignette A: Aufnahme</p>	<p>Eine neue Schüler:in wird in der Klinik aufgenommen. Die Schule erhält sodann einen Bescheid. Sobald datenschutzrechtliche Bögen unterschrieben sind, tauschen sich fallführende Therapeut:in und zuständige Lehrkraft über erste schulrelevante diagnostische Informationen aus. In einem Einzelgespräch mit der Lehrkraft außerhalb des Unterrichts lernen sich Schüler:in und Lehrkraft kennen. Erst dann erfolgt eine Integration in die Klasse.</p>
<p>Vignette B: Fallbesprechung</p>	<p>Eine Schülerin zeigt wiederholt stark appellatives suizidales Verhalten. Solches Verhalten weist eine hohe Aktualität auf und verlangt nach konstanter Anpassung durch Austausch und intensive Fallbesprechungen. Fallbesprechungen werden durch die Klinik einberufen. Zunächst stellen fallführender Therapeut und die Station aktuelle Informationen vor, dann die Schule. In einer offenen Diskussion werden Möglichkeiten der Therapie und Beschulung gemeinsam eruiert und potentielle Herausforderungen und Chancen diskutiert. Auch in kurzfristig angelegten Gesprächssituationen, wie der Übergabe, werden in den folgenden Tagen schwierige Situationen gemeinsam reflektiert und Maßnahmen stetig angepasst.</p>
<p>Vignette C: Schulbesprechung</p>	<p>Ein Schüler mit chronifizierter Schulvermeidung äußert regelmäßig morgens somatische Beschwerden. Nach einer anfänglich positiven Eingewöhnung in der Klinikschule kommt es auch hier zur Vermeidung. Um den Schulbesuch wieder anzubahnen, diskutieren Therapeut, Stationspersonal und Lehrkraft in der Schulbesprechung Unterstützungsmöglichkeiten: Entschieden wird, dass nach morgendlicher Abklärung durch den Arzt – bei negativem somatischem Befund – immer ein Schulbesuch erfolgen soll. Eine Erarbeitung von eigenen Handlungsstrategien des Schülers in der Therapie wird dann auch in die Schule übertragen. Zudem erfolgen Anpassungen der Leistungsanforderungen und individuelle Rhythmisierung im Unterricht, was schließlich zu einer Verbesserung der Beschwerden führt.</p>
<p>Vignette D: kontinuierlicher Austausch und Anpassungen</p>	<p>Eine Schülerin ist durch Ereignisse in der Familie hoch belastet, was in Schule und auf Station auffällt. In täglichen Absprachen zwischen Erziehungs- und Pflegedienst sowie Lehrkraft werden Tagesziele flexibel angepasst. So gelingt es, das Mädchen auch an krisenhaften Tagen zum Schulbesuch zu motivieren. Handlungsmöglichkeiten werden kontinuierlich gemeinsam abgestimmt. So werden beispielsweise die zur Förderung von Selbstkompetenz schrittweise zunehmenden Anforderungen im Gruppensetting auf der Station auch für den Unterricht adaptiert und erreichen so eine größere Wirksamkeit.</p>

3. Zusammenfassende Reflexion und Perspektiven

Im vorliegenden Beitrag wurden Erfahrungsberichte, ergänzt durch reflektierende Gespräche, als niederschwelliger Feldzugang genutzt und so ein Dialog zwischen Theorie und Praxis ermöglicht. Dabei konnte die Dignität der Theorie und die Dignität der Praxis erhalten bleiben (vgl. hierzu auch Neuweg, 2015). Der Beitrag ist dabei subjektiv geprägt und weist eine geringe Objektivität auf. Um diese fehlende Beurteilungsdistanz zu überbrücken, wurde die Innenperspektive der Schulleitungen in der Praxis in gemeinsamen Diskussionen mit wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen entlang der Theorie analysiert

und reflektiert. Das konkrete Erleben der Stakeholder und Ergebnisse der Kooperation wurden bisher jedoch nicht wissenschaftlich erhoben.

Es wurde die Spezifität der Klinikschule in Regensburg illustriert. Dabei handelt es sich um einen Einzelfall aus dem heterogenen Feld der PbK (vgl. hierzu zu einem anderen bayerischen Standort Piegsda et al., 2020). Die theoriegeleitete und kasuistische Einordnung zeigte auf, dass die multiprofessionelle Kooperation ein wichtiges Element in der Beschulung (teil-)stationär untergebrachter S:S in Regensburg darstellt und gewinnbringend umgesetzt werden kann. In ihrer diskursiven Verortung zwischen Bildungs- und Gesundheitsauftrag hat die Klinikschule hier Erfahrungen und bietet Möglichkeiten inklusiver systemübergreifender Bildung und Teilhabe für besonders vulnerable Subjekte (vgl. Holtmann, Link, Fischer, 2018). Dennoch müssen sich die Klinikschulen und Kliniken fragen, inwiefern sie alle Heterogenitätsdimensionen einschließen und damit wirklich inklusiv sind. So wurde Intersektionalität in der Psychologie und Psychotherapie bislang wenig beachtet, und manche Personen haben keinen Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und somit auch keine Beschulung an der Klinikschule. Möglich ist es auch, dass sie dort eine ungleiche Behandlung erfahren könnten. Dies betrifft die Dimensionen »nationale Herkunft und Ethnie, sexuelle Orientierung und Geschlecht, körperliche und geistige Behinderung, soziale Herkunft und sozioökonomischer Status sowie Alter« (Eller, Berg, 2023, S. 5). Auch muss reflektiert werden, inwiefern ein Psychiatrieaufenthalt und Besuch der Klinikschule zu einer Minorisierung des Individuums beitragen können. Nur in begründeten Fällen ist damit der Besuch der Klinikschule anzustreben. Für manche S:S kann es sinnvoll sein, beispielsweise an der eigenen Schule zu verbleiben: »Es gilt, einen – ungewollten – exkludierenden Automatismus zu vermeiden, wonach jeder formal zugangsberechtigte Patient auch durch die Schule für Kranke unterrichtet werden muss« (Oelsner, 2013, S. 278). Bislang ist jedoch nicht erforscht, für welche Individuen der Klinikschulbesuch wie förderlich ist und in welchem Zusammenhang dann auch die multiprofessionelle Kooperation steht.

Dennoch können die beschriebenen Prozesse zwischen Klinikschule und Klinik Anregungen für andere Standorte und Institutionen geben, um Zusammenarbeit in inklusiven Settings neu zu denken und auf inklusive Transformation anzuwenden. Außerdem kann die hier reflektierte berufliche Praxis für Professionalisierungsprozesse (zukünftiger) Fachkräfte nutzbar werden. Nichtsdestotrotz müssen Grenzen der Übertragbarkeit der Befunde auf andere Klinikschulen beachtet werden. Klinikschulen sind sehr heterogene Organisationen, die sich regional unterscheiden, weshalb die Spezifika des Ortes Klinikschule (im Sinne eines Andersortes nach Foucault; siehe Link, 2020) theoretisch, fallbezogen und empirisch herausgearbeitet werden sollten.

Forschungsperspektive: Das zur Systematisierung genutzte Modell von Grosche et al. (2020) beschreibt in seinem Ursprung die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Sonderpädagog:innen und allgemeinbildenden Lehrkräften, nicht die Zusammenarbeit mit außerschulischen Stakeholdern. In diesem Beitrag wurde dieses zum ersten Mal auf außerschulische Kooperationspartner:innen übertragen und es zeigte sich, dass relevante Aspekte auch in der Praxis zwischen Klinik, Klinikschule und Forensik wiederzufinden sind und sich das Modell zur Reflexion der Praxis anbietet.

Denkbar wäre es, dieses Modell zu erweitern oder zukünftig eigene Modelle für das Feld der PbK zu erarbeiten und zu überprüfen. Erste relevante Aspekte im Feld der PbK konnten hier bereits mittels des Modells von Grosche et al. (2020) herausgestellt werden, bedürfen jedoch einer empirischen Überprüfung. Außerdem sollten zukünftige Modelle und Konzepte den aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen des Gesundheitssystems angemessen erarbeitet werden und nicht anachronistisch auf ein stationäres Setting begrenzt bleiben, denn hier kommt es immer mehr zur Regionalisierung und Ambulantisierung des Behandlungssystems (vgl. unter anderem Oelsner, 2013).

Spannend wäre es, den Ist-Stand der Kooperation und weiterer Aufgaben und Bedarfe an Klinikschulen und von den Stakeholdern empirisch zu erfassen (vgl. Langnickel et al., 2023, in diesem Heft¹). Aber auch Diskursanalysen (beispielsweise Elbracht et al., 2023) sind ein erster grundlegender und theoriebildender Feldzugang der PbK. Forschungsmethodisch herausfordernd wird es sein, zum einen die Heterogenität hinsichtlich der unterschiedlichen Professionen und deren Rollenverständnissen, die Kooperations- und Kollaborationsdynamiken, -strukturen und -prozesse zu erfassen und zu reflektieren. Zum anderen muss Kooperation auch auf verschiedenen Niveaustufen und Inhaltsbereichen operationalisiert werden, um prüfbar zu werden (siehe hierzu auch Hartmann et al., 2020). Ebenfalls muss bedacht sein, dass Kooperationsaktivitäten in den spezifischen Inhaltsbereichen der Unterrichts- oder Schul- und gegebenenfalls Klinikentwicklung situiert sind, in denen jeweils Austausch- sowie Kokonstruktionsformen parallel existieren können, aber nicht müssen. Grosche und Moser-Opitz (2023) schlagen bezüglich der Überprüfung auch vor, die »Bedingungen, Umsetzung und Wirkungen jeweils differenziert« (o. S.) zu erfassen.

Wünschenswert wären auch weitere gegenstandsbezogenen Illustrationen von Klinikschulen in Zusammenarbeit mit Forschenden und Praktiker:innen, um das Vorgehen an anderen Standorten kennenzulernen. Darüber hinaus bedarf es empirischer Forschung hinsichtlich kurz-, mittel- und langfristiger Effekte konkret auf der Ebene der S:S. Für den Einbezug von S:S-Befragungen bräuchte es zunächst eine solide forschungsethische Auseinandersetzung, die sich mit der Komplexität und den Herausforderungen einer Beteiligung der betroffenen S:S – auch im Sinne des Paradigmas der partizipativen Forschung in der Inklusions- und Sonderpädagogik – beschäftigt. Die Stimmen besonders vulnerabler Subjekte sind wichtig, ihre Erhebung nicht trivial und ethisch eine Herausforderung – sie ist mitunter nur retrospektiv ethisch vertretbar und ihr sind Grenzen gesetzt (Link, 2021).

Praxisperspektive: Wie an der Klinikschule in Regensburg geschehen, bedarf es der Klärung und Ermöglichung von Informationsaustausch über die Systeme hinweg, beispielsweise über digitale Plattformen (wie das KIS in Regensburg). Hier bedarf es des Willens, bürokratische Herausforderungen wie den Datenschutz gemeinsam lösungsorientiert anzugehen. So könnten dann auch weitere Kooperationspartner:innen (sie-

1 Diese Beiträge sind im Rahmen des von Movetia geförderten Projekts »Pädagogik bei Krankheit und Spitalschulpädagogik« (Pb-KuS) an der PH Luzern und der HfH Zürich entstanden (Movetia-Projektnummer: 2023-1-CH01-IP-0055).

he hierzu Piegsda et al., 2020) in den Behandlungs- und Beschulungsverlauf integriert werden. Ein interessantes Konzept könnte ein virtuelles Schulboard (VSB) sein. Das VSB ist eine browserbasierte, digitale Plattform, in der eine sonderpädagogische Förderung individuell, fortlaufend, interdisziplinär und kokonstruktiv umgesetzt werden kann (vgl. Imhäuser, 2012; Hövel, Hennemann, 2019).

Weitere praktikable Ansätze lassen sich im Kontext Case-Management finden und schließen die bisherigen Überlegungen nicht aus. Aufgrund vielfacher Kooperationspartner:innen erscheint es sinnvoll, einen Case-Manager oder, wie von Farmer et al. (2016) vorgeschlagen, einen »intervention specialist coordinator« zu etablieren. Vielfach übernehmen Kliniklehrkräfte diese Aufgaben bereits, ohne jedoch unterrichtliche Entlastung dafür zu erfahren. Selbst bei stattfindender Kokonstruktion gilt es auf Schul- und Klinikenebene günstige Rahmenbedingungen wie Anrechnungsstunden zu schaffen, die eine Verstetigung und Reflexion von Kooperation ermöglichen (siehe auch Oelsner, 2013).

Zudem wären Angebote und Maßnahmen des Teambuildings zu integrieren, denn wenn man die hohe Belastung von Kliniklehrkräften in den Blick nimmt, dann sind es nach Pülschen und Castello (2019) »am ehesten teambildende Maßnahmen, eine Anleitung zur Arbeit im Team und Supervisionsangebote, die man Klinikschulen zur Gesunderhaltung ihrer Fachkräfte ans Herz legen sollte« (S. 82).

Insgesamt bedarf es der Anerkennung, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit, Zuständigkeiten, Rollen und Delegation wichtige Elemente einer PbK darstellen. Gemäß einer Inklusiven Professionalität (Wocken, 2020) bedarf es daher einer adäquaten hochschulischen und universitären Ausbildung im Bereich PbK, in der Wissen über und Kompetenzen für multiprofessionelle Kooperation erworben werden (siehe hierzu auch Meiners, Krull, Leidig, 2023, S. 166), was bisher nicht der Fall ist.

Literatur

- Adam, H. (o. J.): Kooperation als eine wesentliche Aufgabe von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. <https://www.trio-tjbz.de/Verein/fachtag-2020.html> [24.11.2023].
- Bundesgesetzblatt (2008): Gesetz zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. (Teil II Nr. 35, 1419–1457). Bonn. www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=/*%5B@attr_id=%27bgbl208s1419.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl208s1419.pdf%27%5D__1683117479669 [02.08.2023].
- Elbracht, S.; Langnickel, R.; Lieberherr, B.; Hoanzl, M.; Gingelmaier, S. (2023): Pädagogik bei Krankheit (PbK) als Handlungsfeld der ESE-Pädagogik? Eine wissenssoziologische Diskursanalyse der Pädagogik bei Krankheit. *Emotionale und Soziale Entwicklung (ESE)*, 2023 (5), S. 50–69.
- Eller, N.; Berg, M. (2023): Schwer erreichbare psychisch erkrankte Menschen und deren psychotherapeutische Versorgung. Möglichkeiten der Psychotherapieausbildung im Abbau von Zugangsbarrieren zur ambulanten Psychotherapie von hard to reach Klient:innen. *Psychotherapie Forum*, 27, S. 3–8.

- Farmer, T. W.; Sutherland, K. S.; Talbott, E.; Brooks, D. S.; Norwalk, K.; Huneke, M. (2016): Special Educators as Intervention Specialists: Dynamic Systems and the Complexity of Intensifying Intervention for Students With Emotional and Behavioral Disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 24 (3), S. 173–185.
- Felder, F. (2022): Die Ethik inklusiver Bildung, Anmerkungen zu einem zentralen bildungswissenschaftlichen Begriff. Berlin: Metzler.
- Gräsel, C.; Fussangel, K.; Pröbstel, C. (2006): Lehrkräfte zur Kooperation anregen – eine Aufgabe für Sisyphos? *Zeitschrift für Pädagogik*, 52 (2), S. 205–219.
- Grosche, M. (2015): Was ist Inklusion? Ein Diskussions- und Positionsartikel zur Definition von Inklusion aus Sicht der empirischen Bildungsforschung. In: Kuhl, P.; Stanat, P.; Lütje-Klose, B.; Gresch, C.; Pant, H. A.; Prenzel, M. (Hrsg.): *Inklusion von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen* (S. 17–39). Wiesbaden: Springer.
- Grosche, M.; Fussangel, K.; Gräsel, C. (2020): Kokonstruktive Kooperation zwischen Lehrkräften. *Zeitschrift für Pädagogik*, 2020 (4), S. 461–479.
- Grosche, M.; Moser-Opitz, E. (2023): Kooperation von Lehrkräften zur Umsetzung von inklusivem Unterricht – notwendige Bedingung, zu einfach gedacht oder überbewerteter Faktor? *Unterrichtswissenschaft*, 51, S. 245–263.
- Harter-Meyer, R. (2000): »Wer hier nur Wissen vermitteln will geht baden«. Unterricht an Schulen für Kranke in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Münster: LIT Verlag.
- Hartmann, U.; Richter, D.; Gräsel, C. (2020): Same Same But Different? Analysen zur Struktur kollegialer Kooperation unter Lehrkräften im Kontext von Schul- und Unterrichtsentwicklung. *Unterrichtswissenschaft*, 49 (3), S. 325–344.
- Hinz, A. (2006). Kanada – ein »Nordstern« in Sachen Inklusion. In Platte, A.; Seitz, S.; Terfloth, K. (Hrsg.): *Inklusive Bildungsprozesse* (S. 149–158). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hinz, A. (2013): Inklusion – von der Unkenntnis zur Unkenntlichkeit!? – Kritische Anmerkungen zu einem Jahrzehnt Diskurs über schulische Inklusion in Deutschland. *Zeitschrift für Inklusion*. (1). <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/26> [13.03.2023].
- Holtmann, S. C.; Link, P. C.; Fischer, M. L. (2018). Psychiatrien als temporäre Übergangsorte für besonders vulnerable Subjekte einer inklusiven und exklusiven Gesellschaft: Wider inklusive Dekategorisierungsbemühungen: Plädoyer für die Notwendigkeit wissenschaftlicher Begrifflichkeiten im Inklusionsdiskurs. *Zeitschrift für Inklusion*, (3). <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/464> [15.08.2023].
- Hövel, D.; Hennemann, T. (2019): Kooperative Dokumentation der erweiterten individuellen Förderung. Das virtuelle Schulboard. In: Schuhmacher, A.; Adelt, E. (Hrsg.): *Von der Förderplanung zur Lern- und Entwicklungsplanung* (S. 203–218). Münster: Waxmann.
- Ianes, D. (2009): Die besondere Normalität. Inklusion von SchülerInnen mit Behinderung. München, Basel: Reinhardt.
- Imhäuser, K. H. (2012): Das Virtuelle Schulboard als Umsetzungsrahmen. In: Reich, K. (Hrsg.): *Inklusion und Bildungsgerechtigkeit. Standards und Regeln zur Umsetzung einer inklusiven Schule* (S. 125–144). Weinheim, Basel: Beltz.
- Kiel, E.; Heimlich, U.; Markowetz, R.; Weiß, S. (2015): Gemeinsam und doch unterschiedlich – Ein Vergleich der Berufswahlmotive von Studierenden der verschiedenen sonderpädagogischen Fachrichtungen und der Regelschularten. *Empirische Sonderpädagogik*, 2015, 7 (4), S. 300–319.
- Kriwert, I. (2005): Zum historischen Wandel theoretischer Ansätze in der Sonderpädagogik: von der Separation zur Inklusion. In: Horster, D., Hoyningen-Süess, U., Liesen, C. (Hrsg.): *Sonderpädagogische Professionalität. Beiträge zur Entwicklung der Sonderpädagogik als Disziplin und Profession* (S. 187–206). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kultusministerkonferenz (KMK) (1998). Empfehlungen zum Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schülerinnen und Schüler. Beschluß der Kultusministerkonferenz vom 20.03.1998.

- Langnickel, R.; Link, P. C. (2019): Um nicht blind einen wilden »Hunger nach neuen Ideologien zu stillen«. Inklusion als bernfeldsches großes Wort und Phantasma? In: Zimmermann, D.; Rauh, B.; Trunkenpolz, K.; Wininger, M. (Hrsg.): Sozialer Ort und Professionalisierung. Geschichte und Aktualität psychoanalytisch-pädagogischer Konzeptualisierungen (S. 151–166). Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Link, P.-C. D. (2020): Andersorte als »gesprengte Institutionen«? Befreiungstheologische Lesarten der Pädagogik bei psychosozialen Beeinträchtigungen. In: ESE Emotionale und soziale Entwicklung in der Pädagogik der Erziehungshilfe und bei Verhaltensstörungen, 2 (2), S. 46–59.
- Link, P. C. (2021): Zur Un-/Über-/Hörbarkeit des vulnerablen Subjekts im sonderpädagogischen Diskurs. Inklusionspädagogik und Pädagogik der Befreiung. In: Behindertenpädagogik, 60 (3), S. 277–288.
- Little, J. W. (1990): The persistence of privacy: Autonomy and initiative in teachers' professional relations. In: Teachers College Record, 91, S. 509–536.
- Lütje-Klose, B.; Urban, M. (2014): Professionelle Kooperation als wesentliche Bedingung inklusiver Schul- und Unterrichtsentwicklung. Teil 1: Grundlagen und Modelle inklusiver Kooperation. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 83 (2), S. 112–123.
- Meiners, J.; Krull, J.; Leidig, T. (2023): Spezifische Ausbildung im Arbeitsfeld »Pädagogik bei Krankheit«? Eine qualitative Interviewstudie mit Lehrkräften an Schulen für Kranke. Zeitschrift für Heilpädagogik, 74 (4), S. 156–168.
- Meister, M. (2017): Vom BEM zum SEM. BEM – Betriebliches Eingliederungs Management als Vorbild für die Rechte von erkrankten Schülerinnen und Schülern bezüglich Regelungen des Nachteilsausgleichs. SEM = Schulisches Eingliederungs Management. Hamburger Mitteilungen. VDS: Hamburg.
- Moser, V. (2017): Inklusion und Organisationsentwicklung. In: Moser, V.; Egger, M. (Hrsg.): Inklusion und Schulentwicklung. Konzepte, Instrumente, Befunde (S. 15–30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuweg, G. H. (2015): Das Schweigen der Könner. Gesammelte Schriften zum impliziten Wissen. Münster: Waxmann.
- Norwich, B. (2008): Dilemma of Difference, Inclusion and Disability. International perspectives and future directions. London, New York: Routledge.
- Oelsner, W. (2013): Die Schule für Kranke: Wie sie wurde, was sie ist – und was sie sein könnte, wenn sie es sein dürfte. Zeitschrift für Heilpädagogik, 64 (7), S. 271–280.
- Piegsda, F.; Link, P. C.; Rossmann, S.; Kötzel, A. (2020): Eine Schule für besondere Lebenslagen auf Zeit. Schulische Zentren für Pädagogik bei Krankheit im Kontext von Transitions- und Inklusionsprozessen. Zeitschrift für Heilpädagogik, 71 (2), S. 58–71.
- Pollitt, B.; Thümmel, I.; Adam, H. (2020): Wenn die Klinikschule fehlt: Die Folgen der Pandemie in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 48 (4), S. 331–334.
- Pülschen, S.; Castello, A. (2019): Fachkräfte in Klinikschulen: berufliche Herausforderungen und gesundheitliches Befinden. Zeitschrift für Heilpädagogik, 70 (2), S. 76–83.
- Schmitt, F. (1997): Schule für Kranke. Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Merkmal professioneller Handlungsfähigkeit von Lehrern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Zeitschrift für Heilpädagogik, 48 (11), S. 447–450.
- Schwabenberg, M. (2020): Qualitätskriterien für die Bewertung von Schulen für Kranke in NRW im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Berlin: LIT Verlag.
- Spieß, E. (2004): Kooperation und Konflikt. In: Schuler, H. (Hrsg.): Enzyklopädie der Psychologie: Organisationspsychologie: Organisationspsychologie – Gruppe und Organisation (Bd. 2, S. 193–250). Göttingen: Hogrefe.
- Spieß, E. (2021): Kooperation. In: Wirtz, M. A. (Hrsg.): Dorsch Lexikon der Psychologie. Bern: Hogrefe. <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/kooperation> [10.08.2023].

- Tougas, A.-M.; Rassy, J.; Frenette-Bergeron, É.; Marcil, K. (2019): «Lost in Transition»: A Systematic Mixed Studies Review of Problems and Needs Associated with School Reintegration After Psychiatric Hospitalization. *School Mental Health*, 11(4), S. 629–649.
- Urban, M.; Lütje-Klose, B. (2014): Professionelle Kooperation als wesentliche Bedingung inklusiver Schul- und Unterrichtsentwicklung, Teil 2: Forschungsergebnisse zu intra- und interprofessioneller Kooperation. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*, 83 (4), S. 283–294.
- Urton, K.; Wilbert, J.; Grosche, M.; Hennemann, T. (2016): Vergleich der beruflichen Interessenstruktur von Studierenden der Sonderpädagogik mit den Anforderungen des sonderpädagogischen Lehrberufs. *Zeitschrift für Bildungsforschung*, 6 (2), S. 325–343.
- Verband Sonderpädagogik – Landesverband NRW e.V. (VDS) (Hrsg.) (2014): *Schule für Kranke im Umbruch. Auf dem Weg zu einem schulischen Zentrum für Pädagogik bei Krankheit*. Essen.
- Wocken, H. (2020): *Inklusive Bildung. Annäherungen an den Begriff der Inklusion und Forderungen an die Inklusionsforschung*. In: Wocken, H.: *Die ZÄHMUNG der Inklusion. Separation integriert Inklusion* (S. 9–52). Hamburg: Feldhaus.

Anschrift der Verfasser:innen:

WM Stefanie Elbracht,
Arbeitsbereich Didaktik des inklusiven Unterrichts,
Universität zu Köln,
stefanie.elbracht@uni-koeln.de

WM Dr. Robert Langnickel
Pädagogik und Didaktik im Förderschwerpunkt soziale und emotionale Entwicklung
PH Ludwigsburg
Institut für Diversität und inklusive Bildung (IDB)
PH Luzern
robert.langnickel@ph-ludwigsburg.de
robert.langnickel@phlu.ch

SoRin Claudia Born
Schule für Kranke Regensburg
claudia.born@medbo.de

SoKrin Marion Lehrer
Schule für Kranke Regensburg
sfk-info@medbo.de

Prof. Pierre-Carl Link
Professor für Erziehung und Bildung im Feld sozio-emotionaler und psychomotorischer Entwicklung
Institut für Verhalten, sozio-emotionale und psychomotorische Entwicklungsförderung,
Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH)
pierre-carl.link@hfh.ch