

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche im Schulkontext – eine empirische Analyse schulischer Problemlagen anhand von Schulakten einer Klinikschule



Judith Janschewski



Philipp Berens



Christoph Käppler

Zusammenfassung

Obwohl die Beschulung psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher eine große Herausforderung für inklusive Schulentwicklungsprozesse darstellt, liegen bisher wenig empirische Forschungsbefunde hierüber vor – insbesondere, wenn die betroffenen Schülerinnen und Schüler nicht unter den Begriff „verhaltensauffällig“ zu subsumieren sind. Die vorliegende Studie zeigt, dass psychisch belastete Schüler und Schülerinnen aller Schularten schwerwiegende schulische Probleme aufweisen. Mittels quantitativer Inhaltsanalyse wurden 100 Schulakten einer Klinikschule untersucht und statistisch nach Art der schulischen Belastung und unter Kontrolle von Alter und Geschlecht ausgewertet. Demzufolge enthalten 90% der untersuchten Schulakten Hinweise auf schulische Probleme. Zur Erklärung geschlechtsspezifischer Ausprägungen von schulischen Problemlagen werden Aspekte der sozialen Konstruktion von Geschlecht diskutiert.

Einleitung

Für psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter weisen nationale und internationale Gesundheitsstudien übereinstimmend hohe Prävalenzraten auf (z. B. KiGGS-Studie: Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007; Health Behaviour in School-aged Children Studie: HBSC-Team Deutschland, 2011). Demzufolge liegen bei ungefähr jedem fünften Kind oder Jugendlichen Indikatoren für psychische Auffälligkeiten vor, bei ca. jedem zehnten sind psychische Auffälligkeiten sehr wahrscheinlich (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge & Erhart, 2007). In gleicher Weise wird über zunehmend verhaltensschwierige Schülerinnen und Schüler berichtet – u. a. steigende Fallzahlen im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung (Ständige Konferenz der Kultusminister, 2012) – und ein Viertel der Jugendlichen selbst erlebt die Schule als belastend oder sehr belastend (HBSC-Team Deutschland, 2011).

Bisher liegen im deutschsprachigen Raum jedoch kaum spezifische Untersuchungen zum Zusammenhang von psychischen Auffälligkeiten und schulischen Belastungen vor. Häßler und Bohne (2006) untersuchten an einer Stichprobe von 21 Mädchen und Jungen mit diagnostizierter Schizophrenie explizit die Beeinträchtigung schulischer Funktions-

niveaus und konnten zeigen, dass 60% der Betroffenen durch Leistungsstörungen, 50% durch Kontaktstörungen und 20% durch Schulverweigerung oder Schulangst auffallen. Erste Untersuchungen zum Zusammenhang von Schule einerseits und Ängsten, Depressionen und psychosomatischen Beschwerden andererseits zeigen umgekehrt die Auswirkung von schulischen Bedingungen auf die psychische Gesundheit von Schülerinnen und Schülern. So konnte Bilz (2008) die Bedeutung des Klassenklimas im Hinblick auf die Prävalenz von internalisierenden Auffälligkeiten nachweisen.

In der Praxis scheint es unstrittig, dass psychische Belastungen und Erkrankungen oftmals mit erheblichen schulischen Problemen sowohl im Leistungsbereich als auch im sozialen Miteinander einhergehen, die bis zur völligen Schulverweigerung reichen können (z. B. Wertgen, 2012; Hoanzl, Baur, Bleher, Thümmel & Käppler, 2009; Beekmann-Knörr, 2006). Um die Wechselwirkungen von psychischer Gesundheit und Schule besser verstehen zu können und Lehrkräften zu ermöglichen, ihre Schüler und Schülerinnen in ihrer Entwicklung umfassend zu unterstützen, scheinen weitere Forschungsstudien in diesem Bereich erforderlich.

Im Folgenden untersuchen wir, wie häufig bei psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen im Fremdurteil schulische Probleme zu verzeichnen sind. Hierzu wurden Schulakten von Schülerinnen und Schülern ausgewertet, die während ihrer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie an einer Schule für Kranke in Baden-Württemberg beschult wurden. Der Fokus wurde darauf gelegt, inwieweit schulische Probleme vor dem Klinikaufenthalt dokumentiert sind. Neben der Einschätzung, wie viele psychisch belastete Kinder und Jugendliche von schulischen Problemen betroffen sind, erfassten wir unter Kontrolle von Alter und Geschlecht, in welchen schulischen Bereichen von Problemen berichtet wird.

Methodisches Vorgehen

Zur Operationalisierung psychischer Belastung wurden nach ICD-10 diagnostizierte psychische Störungen zugrunde gelegt. Mit Erlaubnis der Schulleitung konnten wir an drei kinder- und jugendpsychiatrischen Schulstellen einer Schule für Kranke sämtliche im Archiv verfügbaren Schulakten eines Schuljahrs mittels quantitativer Inhaltsanalyse darauf

hin untersuchen, inwiefern schulische Probleme vor dem jeweiligen Klinikaufenthalt beschrieben wurden.

Die Inhaltsanalyse wertet Material interpretierend aus, das emotionale und kognitive Befindlichkeiten sowie Verhaltensweisen oder Handlungen repräsentiert (Lamnek, 2005, S. 441). Im Unterschied zur qualitativen werden bei der quantitativen Inhaltsanalyse ausschließlich manifeste Inhalte in den zugrunde gelegten Dokumenten analysiert (ebd., S. 448 ff.). Insofern wurden lediglich diejenigen sprachlichen Äußerungen aus den Akten als positives Indiz für schulische Probleme gewertet, die sich eindeutig (mindestens) einer der unten genannten Kategorien zuweisen ließen. Auf diese Weise wurde versucht, weitestmögliche Objektivität zu wahren. Die Original-Zitate aus den Schulakten, die wir den Kategorien zugeordnet haben, sind auf Anfrage erhältlich. Sämtliche Daten wurden anonym erfasst.

Als Kernfragestellung der vorliegenden Untersuchung lässt sich formulieren: „Wie häufig treten bei psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern schulische Probleme welcher Art auf?“ Dementsprechend wurden sechs Kategorien (Erläuterungen s. unten) gebildet, die jeweils mit „vorhanden/nicht vorhanden“ bewertet wurden:

- Schul-/Klassenwechsel nach dem Klinikaufenthalt
- Schul-/Klassenwechsel vor dem Klinikaufenthalt
- Hohe Frequenz von Fehltagen
- Mobbing/Erfahrungen als Außenseiter/Außenseiterin
- Beeinträchtigungen im Lern-/Arbeitsverhalten
- Konflikte/Gruppenunfähigkeit.

Auf diese Weise ergibt sich für jeden Schüler bzw. jede Schülerin ein Summenscore im Wertebereich von null bis sechs. Sofern in mindestens einem Bereich schulische Probleme dokumentiert waren (Score ≥ 1), wird vom Vorliegen einer schulischen Problematik ausgegangen. Ein höherer Score deutet auf schulische Probleme in unterschiedlichen Bereichen, jedoch nicht zwangsläufig auf die Zunahme der subjektiv empfundenen Belastung hin.

Zusätzlich wurden von allen Schülerinnen und Schülern Alter, Geschlecht und Schulart vor und nach dem Klinikaufenthalt erhoben. Somit konnte untersucht werden, inwiefern bestimmte Teilgruppen psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher von unterschiedlichen schulischen Problemen betroffen sind. Die psychiatrische Diagnose der Schüler und Schülerinnen wurde ebenfalls erfasst. Aufgrund der geringen Fallzahlen bzw. Zellenbesetzungen in einzelnen Bereichen wurde aber auf statistische Analysen zum Zusammenhang zwischen Diagnose und schulischen Belastungen verzichtet.

Die Kategorien

Zunächst legten wir die Kategorien anhand vorhandener Praxiserfahrungen aus der Arbeit mit Schülerinnen und Schülern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie fest. Darauf aufbauend präzisierten wir sie anhand der vorgefundenen Formulierungen in den Akten. Sie spiegeln die Bereiche Schulbiographie, Lern-/Leistungsverhalten und soziales Miteinander wider. Die langjährige Klinikschullehrerin

Beekmann-Knörr (2006) berichtet hierzu: „Es ist schon seit Jahrzehnten auffallend, welcher großer Teil unserer Schüler massive Probleme in ihren Schulen und Klassen hat, sowohl im Hinblick auf schulische Leistungen, aber vor allem auch im Hinblick auf ihre soziale Integration; bei ungewöhnlich vielen von ihnen stellt sich die Frage nach einem Wechsel der Schule oder Klasse“ (ebd., S. 3).

Schul-/Klassenwechsel nach dem Klinikaufenthalt

Klassen- oder Schulwechsel, die für den Zeitraum nach dem Klinikaufenthalt angebahnt werden, können einen wichtigen Hinweis auf bereits vor dem Klinikaufenthalt bestehende schulische Probleme darstellen. So fungiert die Klinikschule häufig als Schnittstelle, an der schulisch interveniert wird, nachdem schon lange Leidensdruck auf Seiten des Schülers bzw. der Schülerin bestanden hat. Oft sind es jedoch auch die Stammschulen, die signalisieren, dass sie sich nicht in der Lage fühlen, bestimmte Schüler bzw. Schülerinnen weiter zu beschulen.

Schul-/Klassenwechsel oder Schulausschluss vor dem Klinikaufenthalt

In vielen Schulakten wurden Schulbiographien mit teilweise mehrfachen Schulwechseln dokumentiert – immer wieder mit der Konsequenz einer Beschulung auf einer Sonder- bzw. Förderschule.

Der Zusammenhang von psychischen Problemen mit häufigen Schulwechseln und einer Beschulung auf der Sonder- bzw. Förderschule ist durchaus bekannt. Eine Untersuchung an Schulen für Erziehungshilfe in Baden-Württemberg zeigt sowohl einen stark überproportionalen Anteil von Schülern und Schülerinnen, die als psychisch auffällig eingestuft werden können (82%) als auch eine große Schülerzahl (55%), die zwei oder mehr Schulwechsel erlebt hat (Schmid, Fegert, Schmeck & Kölch, 2007).

Strukturelle Veränderungen wie Schul- und Klassenwechsel werden als Indiz für schulische Probleme und eine mögliche Folge von Problemen im Lern-/Leistungsbereich oder im sozialen Miteinander verstanden. In den untersuchten Schulakten waren sie teilweise zusätzlich zu anderen schulischen Konfliktlagen dokumentiert, teilweise stellten sie den einzigen Hinweis auf vorhandene Probleme dar.

Hohe Frequenz von Fehltagen

Fehlzeiten sind im Kontext psychischer Belastung als zentrale Kategorie für schulische Probleme zu erachten. Sie können entweder durch eine Form von Schulabsentismus (Schüler/Schülerin bleibt der Schule aus einem gesetzlich nicht vorgesehenen Grund fern; Thimm & Ricking, 2004) oder Krankheitstage zustande kommen. In beiden Fällen kann sich für die betroffene Schülerin oder den betroffenen Schüler das Problem ergeben, dass eine notwendige (sonder-)pädagogische Unterstützung lange unerkannt bleibt.

Diese Kategorie wurde immer dann gescort, wenn explizit von hohen Fehlzeiten berichtet oder konkret eine hohe Anzahl von Fehltagen im vergangenen Schuljahr genannt wurde.

Mobbing/Erfahrungen als Außenseiter/Außenseiterin

Aktuell machen bei leicht rückläufigem Trend 6,1% der Kinder und Jugendlichen Erfahrungen als regelmäßiges Mobbingopfer (ein- bis mehrmals pro Woche; Oertel, Melzer & Ottova, 2013). Mobbing bezeichnet aggressives Verhalten von einem oder mehreren Schülern, welches über mindestens ein halbes Jahr vorsätzlich und wiederholt gegen eine Mitschülerin oder einen Mitschüler gerichtet wird (Olweus, 2006). Dies kann den Selbstwert von Schülerinnen und Schülern stark beeinträchtigen (Alsaker, 2006) und muss somit als ernstzunehmendes schulisches Problem verstanden werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Quellen kann in dieser Untersuchung keine einheitliche Definition von Mobbing als Kriterium angelegt werden. Da darüber hinaus die Grenzen zu sozialem Ausschluss fließend sind, wurde jede Form von subjektiv empfundenem Mobbing als Indiz für ein schulisches Problem gewertet und diese Kategorie dann gescort, wenn in der Akte explizit die Worte „Mobbing“ bzw. „Außenseiter/Außenseiterin“ in Bezug auf die betroffene Schülerin oder den betroffenen Schüler genannt wurden.

Beeinträchtigungen von schulischem Lernen/Arbeiten

Mithilfe dieser Kategorie werden Aussagen über das Lern- und Leistungsverhalten der Schülerinnen und Schüler erfasst. Folglich führten Formulierungen wie „Konzentrations- oder Aufmerksamkeitsmangel“ oder „verminderte Ausdauer/Bereitschaft beim Arbeiten“ hier zu einem Scoring.

Konflikte/Gruppenunfähigkeit

Neben der expliziten Nennung von „Konflikten/Gruppenunfähigkeit“ wurde diese Kategorie dann gekennzeichnet, wenn das Verhalten des Schülers oder der Schülerin als sozial auffällig beschrieben wurde, womit von Konflikten mit Mitschülern und/oder Lehrpersonen auszugehen war (z. B. fremd aggressives oder oppositionelles Verhalten).

Bemerkungen zur Entwicklung des Erhebungsinstruments

Es wurde überprüft, inwiefern die entwickelten Kategorien unkorreliert sind, was in der vorliegenden Stichprobe weitgehend der Fall ist. Signifikante Korrelationen finden sich nur zwischen den Kategorien Konflikte/Wechsel nach der Klinik ($r = 0.23$), Konflikte/Wechsel vor der Klinik ($r = 0.37$), Konflikte/schulisches Arbeiten ($r = 0.26$) und häufige Fehlzeiten/Wechsel vor der Klinik ($r = 0.21$; jeweils $p < 0.05$). Da die gemeinsam auftretenden schulischen Probleme in den genannten Fällen jedoch inhaltlich trennscharf sind, kann die Erfassung von unterschiedlichen Phänomen insgesamt als gegeben betrachtet werden.

Beschreibung der Stichprobe

Im untersuchten Schuljahr wurden 107 Schülerinnen und Schüler an drei Schulstellen unterrichtet. Sieben Schulakten waren im Erhebungszeitraum nicht verfügbar. Somit konnten insgesamt 100 Schulakten ($n = 100$) ausgewertet werden.

Wir untersuchten Schulakten von 57 Mädchen und 43 Jungen. Der Altersdurchschnitt insgesamt betrug 12,6 Jahre

(Standardabweichung $SD = 3.2$). 57 Schülerinnen und Schüler waren jünger als 14 Jahre und somit dem Kindesalter zugehörig, 43 Schülerinnen und Schüler 14 Jahre und älter, also Jugendliche.

Die Schülerinnen und Schüler stammten aus sämtlichen Schularten: 28 besuchten eine Grundschule, 17 eine Hauptschule, acht eine Realschule, 16 ein Gymnasium und 20 eine Sonder- bzw. Förderschule. Außerdem besuchten vier Schülerinnen und Schüler eine Berufsschule, eine Schülerin eine Sonder-Berufsfachschule und sechs Schülerinnen und Schüler hatten zum Zeitpunkt ihres Klinikaufenthalts keine Stammschule.

Die Auswertung aller Schulakten eines ganzen Schuljahrs soll einer einseitigen Stichprobenauswahl entgegentreten. Da kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken jedoch ein bestimmtes Behandlungsprofil aufweisen (können), kann keine Repräsentativität der Befunde in Anspruch genommen werden. Ein Überblick über die in der Stichprobe laut Schulakten vertretenen Diagnosen, die in mindestens fünf Prozent der Fälle genannt wurden, findet sich in Tabelle 1.

Diagnosen (Angaben in Schulakten)	Häufigkeiten in %
Störung des Sozialverhaltens	40
Schulverweigerung/Schulphobie/	
Schulabsentismus	13
Emotionale Störungen	12
AD(H)S	10
Depression	9
Anorexie	8
Angststörungen	8
Borderline Symptomatik/	
Selbstverletzendes Verhalten (SVV)	6
Lernprobleme	6
Suizidalität	6

Tab. 1: Überblick über die in der Stichprobe vorhandenen Diagnosen gemäß Schulakte (Häufigkeit > 5%)

Statistische Methoden

Wir berechneten die relative Häufigkeit, mit denen die Kinder und Jugendlichen der erhobenen Stichprobe von schulischen Problemen allgemein oder von spezifischen schulischen Problemen betroffen waren. Darüber hinaus werteten wir die relativen Häufigkeiten für bestimmte schulische Probleme nach den Faktoren Geschlecht, Alter und Schulart aus. Die in den Ergebnisdigrammen zusätzlich dargestellten Fehlerbalken zeigen den Standardfehler für relative Häufigkeiten, an und geben somit die Präzision der Schätzung der relativen Häufigkeiten wieder (Samuels, Witmer & Schaffner, 2010, S. 206).

Die Faktoren Alter und Geschlecht sind in unserer Stichprobe nicht unabhängig voneinander ($r = 0.38$, $p < 0.001$), was für kinder- und jugendpsychiatrische Samples jedoch üblich ist. Um den Einfluss der beiden Faktoren voneinander abzugrenzen, nutzten wir ein Generalisiertes Lineares Modell (GLM; ebd.). Es modelliert die Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein einer Problemkategorie als Funktion der Fak-

toren Alter (≥ 14 Jahre und < 14 Jahre) und Geschlecht einschließlich ihrer Interaktion. Wenn bei einer Kategorie das Modell für Faktoren und Interaktion jeweils ohne Signifikanz ($p < 0.05$; χ^2 -Statistik) bessere Vorhersagen verglichen mit einem konstanten Modell erlaubt, kann von keinem wesentlichen Einfluss von Alter und Geschlecht auf diese Kategorie ausgegangen werden. Zur Analyse der Korrelation der Problemkategorien wurden lineare Korrelationskoeffizienten und entsprechende p-Werte berechnet. Alle statistischen Analysen wurden mit dem Softwarepaket MATLAB auf Basis der Statistik-Toolbox (Version 2012b) durchgeführt.

Ergebnisse

Um unsere Daten vergleichend einordnen zu können, erfragten wir beim Statistischen Landesamt Baden-Württemberg zunächst die Behandlungsfälle in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken sowie die Schülerzahlen an Schulen für Kranke im zeitlichen Verlauf. Wie die Ergebnisse der o. g. Gesundheitsstudien erwarten lassen, zeigt sich eine kontinuierliche Zunahme der Fallzahlen: Die stationären Behandlungen von psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben sich zwischen 1990 und 2009 mehr als verdreifacht (s. Abb. 1). Gleichzeitig verdreifachten sich die Schülerzahlen an Schulen für Kranke im Zeitraum von 1975 bis 2009 (s. Abb. 2).

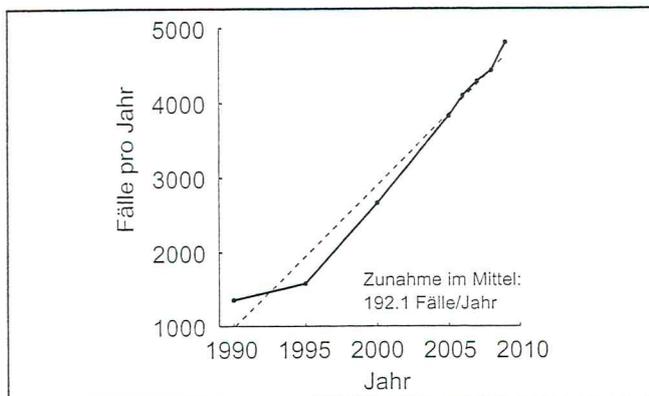


Abb. 1A: Behandlungsfälle in der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Zeitraum von 1990-2009; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011.

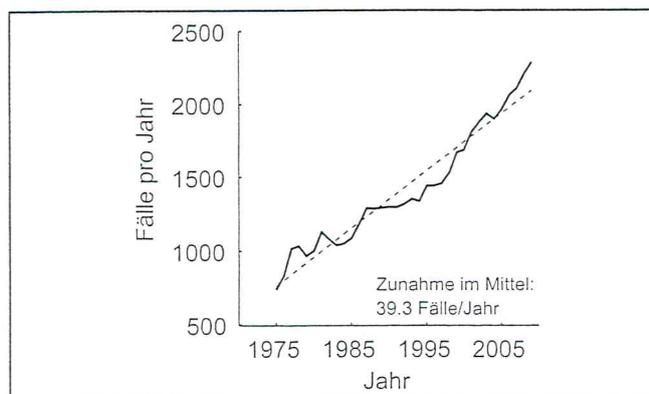


Abb. 1B: Anzahl Schülerinnen und Schüler in Schulen für Kranke im Zeitraum von 1975-2009; Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011.

Schulische Belastung von Schülerinnen und Schülern der Klinikschule

In unserer Studie wurden die Schulakten aller Kinder und Jugendlichen, die in einem gesamten Schuljahr an den Schulstellen für psychisch erkrankte Schülerinnen und Schüler einer Klinikschule unterrichtet wurden ($n = 100$), daraufhin untersucht, ob Hinweise auf schulische Probleme der Betroffenen gefunden werden konnten. Bei unseren Analysen fanden wir in 90% der Schulakten Hinweise auf schulische Probleme in mindestens einer der sechs möglichen Kategorien. Im Mittel waren 2,4 schulische Bereiche betroffen (s. Abb. 2A), in knapp der Hälfte aller Fälle (48%) fanden wir Hinweise auf schulische Probleme in drei oder mehr Bereichen.

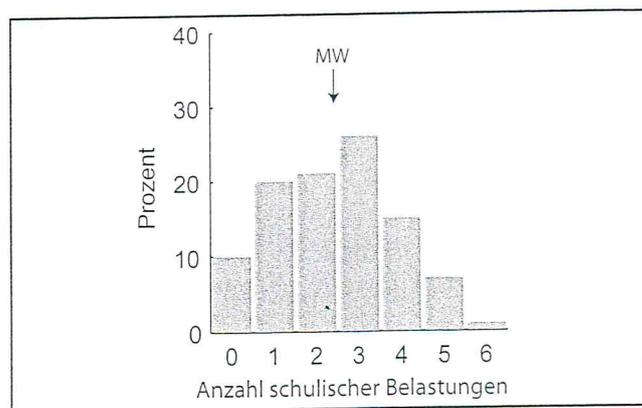


Abbildung 2A: Anzahl der in den Schulakten gefundenen Hinweise auf schulische Probleme (der Pfeil markiert den Mittelwert)

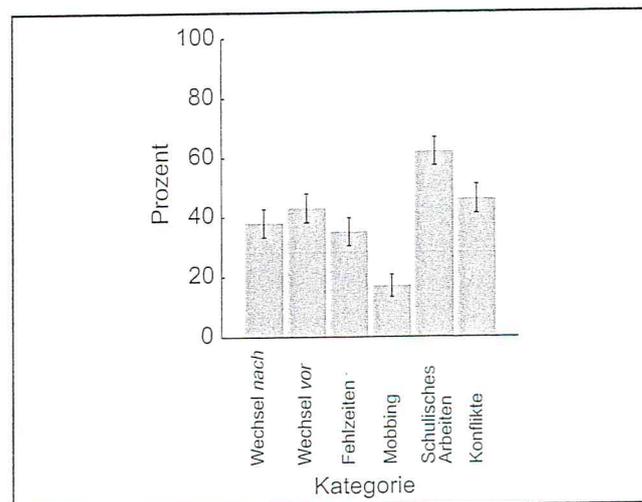


Abbildung 2B: Aufschlüsselung der schulischen Belastungen auf unterschiedliche schulische Bereiche

Nähere Aussagen über das Ausmaß der jeweiligen Belastung lassen sich anhand der vorliegenden Daten nicht treffen. D. h. ein höherer Score muss nicht unbedingt eine stärkere Belastung bedeuten. Wie die folgenden Fallvignetten zeigen, kann es sich bereits um eine ausgeprägte schulische Belastung handeln, wenn sich lediglich in einem Bereich Probleme festmachen lassen. Im Allgemeinen ist jedoch anzunehmen, dass die schulische Problematik zunimmt, je mehr Bereiche betroffen sind.

Fallvignetten

Die folgenden Auszüge aus den untersuchten Schulakten sollen exemplarisch verdeutlichen, wie sich die schulische Situation darstellen kann und einen konkreten Eindruck vermitteln, mit welchen Problemen die betroffenen Schülerinnen und Schüler und zugleich ihre Schulen konfrontiert sind. Die Formulierungen, die als Hinweise auf schulische Probleme gewertet wurden, sind kursiv gedruckt.

A: Eine Hauptschülerin, die aufgrund ihrer Schulphobie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt wurde. Schulisch auffällig wurde die Schülerin laut Schulakte wegen massiver Fehlzeiten, die sogar einen Bußgeldbescheid gegen die Eltern nach sich zogen. (Score: 1)

Weitere schulische Probleme sind in diesem Fall nicht dokumentiert. Dennoch scheint die Situation ein Ausmaß angenommen zu haben, welches die Schule mit der Einleitung eines Bußgeldverfahrens bereits an den Rand ihrer (rechtlichen) Möglichkeiten brachte.

B: Ein Realschüler, der vor seinem Klinikaufenthalt die Schule nicht mehr regelmäßig besuchen konnte (40 Fehltagen). Sein schulisches Arbeiten war durch ausgeprägte Angst vor der Klasse zu reden beeinträchtigt. Nach dem Klinikaufenthalt wiederholt er die Klasse. (Score: 3)

Am häufigsten fanden wir Hinweise, dass das schulische Arbeiten der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt war.

C: Eine Gymnasiastin, die vor ihrem Klinikaufenthalt manchmal die Klasse verlassen musste, weil sie es in größeren Gruppen schlecht aushielt. In den vergangenen Monaten besuchte sie die Schule gar nicht mehr. Nach der Rückkehr an ihre Heimatschule wiederholt sie die Klasse. (Score: 3)

D: Ein Förderschüler besuchte nach einer Rückstellung des Schulbesuchs zunächst die Grundschule. Bereits nach dem ersten Schuljahr wechselte er auf die Förderschule und wiederholt dort die Klasse. Die Beziehungen an der derzeitigen Heimatschule werden als belastet bezeichnet, daher wechselt der Schüler nach dem Klinikaufenthalt auf eine andere Schule. (Score: 3)

E: Eine Grundschülerin, die bereits nach der ersten Klasse die Schule wechselte und dort das erste Schuljahr wiederholte. Vor dem Klinikaufenthalt ist die Versetzung zum zweiten Mal gefährdet. Sie habe viele Fehlzeiten und komme häufig zu spät zum Unterricht. Schulisch mache sie kaum Fortschritte, habe eine geringen Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne. Sie habe wenig Sozialkontakte, schlage und schubse ihre Mitschüler. (Score: 4)

Verteilung der schulischen Problematik psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher auf unterschiedliche schulische Bereiche

Schulische Probleme äußern sich auf unterschiedliche Art und Weise. Am häufigsten fanden wir Hinweise, dass das schulische Arbeiten der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen beeinträchtigt war (62 % der Fälle; s. Abb. 2B). Von Konflikten mit Mitschülern/Lehrkräften oder Gruppenunfähigkeit wurde in knapp der Hälfte der Fälle (46 %) berichtet, und in 43 % der Fälle fanden wir Hinweise auf belastete Schulbiographien durch Klassen-/Schulwechsel oder Schulausschluss vor dem Klinikaufenthalt. In mehr als einem Drittel der Fälle (37 %) wurde ein Schul-/Klassenwechsel nach dem Klinikaufenthalt veranlasst (s. Abb. 2B). 65 % der psychisch belasteten Kinder und Jugendlichen verzeichneten vor oder nach dem Klinikaufenthalt einen oder mehrere Schul- oder Klassenwechsel (der Übergang von Grund- auf Sekundarschule wurde hierbei nicht berücksichtigt).

Verteilung der schulischen Problematik aufgeschlüsselt nach Alter und Geschlecht

Da psychische Gesundheit und subjektives Wohlbefinden bereits im Kindesalter stark von den Faktoren Alter und Geschlecht beeinflusst ist (z. B. Ottova, Hillebrandt, Bilz & Ravens-Sieberer, 2013), waren wir interessiert daran, ob sich bei schulischen Problemen von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen ebenfalls Effekte von Alter und Geschlecht zeigen.

In unserer Untersuchung wurden Jungen signifikant häufiger als Mädchen als schulisch belastet eingeschätzt (96,4 % vs. 81,4 % Score ≥ 1 ; $p = 0.0249$; Generalisiertes Lineares Modell). Zugleich waren Jungen durchschnittlich in signifikant mehr schulischen Bereichen von Schwierigkeiten betroffen als Mädchen (Mittelwert 2,72 vs. Mittelwert 2,0; $p = 0.018$; Wilcoxon-Rangsummen-Test).

Im Kindesalter (<14 Jahre) wurden deutlich mehr Jungen als Mädchen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt (Anteil ♂:♀ = 2,8 : 1), im Jugendalter (≥ 14 Jahre) zeigte sich dann ein umgekehrtes Bild (Anteil ♂:♀ = 1 : 2,1), was dem Verhältnis zu Prävalenzraten für psychische Auffälligkeiten in anderen Untersuchungen und dem bereits berichteten Zusammenhang dieser beiden soziodemographischen Faktoren entspricht. Im Alter von elf bis 13 Jahren sind Jungen mit 11,2 % doppelt so oft wie Mädchen betroffen (5,7 %), im Alter von 14 bis 17 Jahren weisen Mädchen auf der SDQ-Skala „emotionale Probleme“ deutlich häufiger auffällige Werte auf als Jungen (10,8 % vs. 6,6 %) (Ottova et al., 2013). Insgesamt zeigt sich eine ähnliche Ausprägung für Kinder und Jugendliche: Kinder sind in 93 % der Fälle schulisch belastet, Jugendliche in 86 % ($p = 0.26$, Generalisiertes Lineares Modell); Kinder weisen durchschnittlich in 2,46 schulischen Bereichen Probleme auf, Jugendliche in 2,37 ($p = 0.64$, Wilcoxon-Rangsummen-Test).

Um zwischen den Effekten von Alter und Geschlecht auf das Vorliegen einer schulischen Problemkategorie differenzieren zu können, verwendeten wir ein Generalisiertes Lineares Modell (s. Methodenbeschreibung sowie Abb. 3).

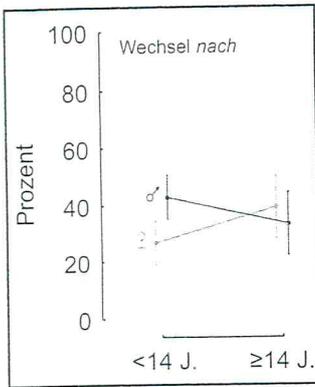


Abb. 3A: Effekte von Alter und Geschlecht auf Schul- oder Klassenwechsel nach dem Klinikaufenthalt

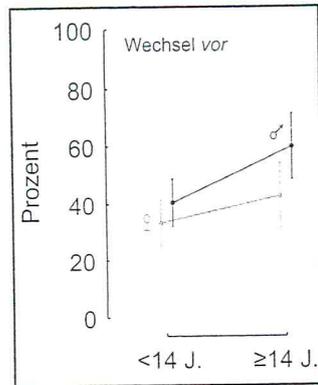


Abb. 3B: Effekte von Alter und Geschlecht auf Schul- oder Klassenwechsel vor dem Klinikaufenthalt

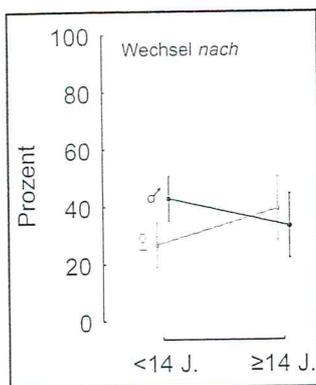


Abb. 3C: Effekte von Alter und Geschlecht auf Fehlzeiten

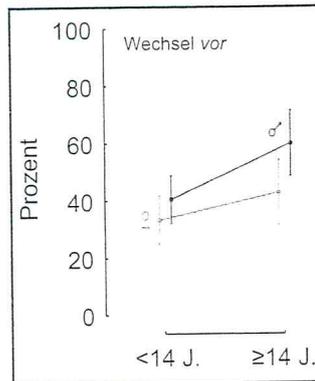


Abb. 3D: Effekte von Alter und Geschlecht auf Beschreibungen als Mobbingopfer oder Außenseiter/Außenseiterin

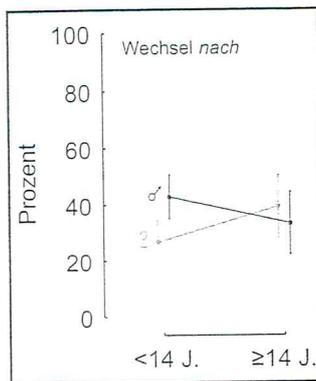


Abb. 3E: Effekte von Alter und Geschlecht auf Beeinträchtigungen von schulischem Lernen/Arbeiten

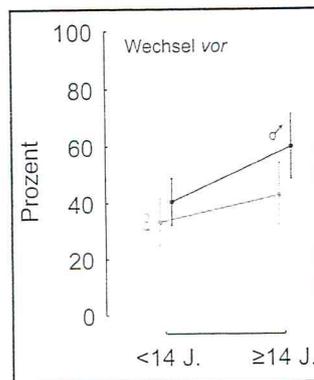


Abb. 3F: Effekte von Alter und Geschlecht auf Konflikte und Gruppenunfähigkeit

Abbildungen 3: Effekte von Alter und Geschlecht auf das Vorhandensein von schulischen Problemen bei psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen – signifikante Effekte ergaben sich für die Kategorien Fehlzeiten (Abb. 3C), Schulisches Arbeiten (Abb. 3E) und Konflikte (Abb. 3F)

Für das Vorliegen von Fehlzeiten, Beeinträchtigungen im schulischen Arbeiten und Konflikte zeigen unsere Modelle einen signifikanten Einfluss von Alter und/oder Geschlecht (Modell mit Faktoren und Interaktion vs. Konstantes Modell: alle $p < 0.001$; χ^2 -Statistik; s. Abb. 3C, E und F). Für die Kategorien Schulwechsel (vor und nach der Klinik) sowie

Mobbing liefert das Modell keine besseren Vorhersage als ein konstantes Modell ($p = 0.68$; $p = 0.48$; $p = 0.41$; s. Abb. 3A, B und D).

Im Detail zeigt die Analyse, dass das Vorliegen von Fehlzeiten sowohl auf einen Geschlechterunterschied als auch das Alter der Schüler und Schülerinnen zurückzuführen ist. Mädchen sind häufiger von Fehlzeiten betroffen als Jungen und Jugendliche häufiger als Kinder. Da sich jedoch ebenfalls eine negative Interaktion von Alter und Geschlecht zeigt (s. Abb. 3C), sind diese Effekte hierbei nicht additiv zu verstehen. D. h. ein jungliches Mädchen ist nicht stärker von Fehlzeiten betroffen als ein junglicher Junge oder ein Mädchen im Kindesalter. Jungen im Kindesalter sind jedoch vergleichsweise selten betroffen (s. Abb. 3C).

Für das Vorliegen von Problemen beim schulischen Arbeiten ist Geschlecht der einzig signifikante Faktor (s. Abb. 3E). Demzufolge sind Jungen stärker von Problemen beim schulischen Arbeiten betroffen als Mädchen, ohne dass Alter einen darüber hinausgehenden Effekt aufweist.

Schulische Probleme äußern sich bei psychisch belasteten Jungen häufiger in Form von Konflikten als bei Mädchen, Kinder sind eher betroffen als Jugendliche.

Konflikte mit Mitschülern oder Lehrkräften sind für Jungen und Mädchen ebenfalls unterschiedlich wahrscheinlich (s. Abb. 3F). Der Einfluss des Alters zeigt sich marginal signifikant ($p = 0.08$). Schulische Probleme äußern sich bei psychisch belasteten Jungen häufiger in Form von Konflikten als bei Mädchen, Kinder sind eher betroffen als Jugendliche. Insgesamt ist das Auftreten von Konflikten also bei Jungen im Kindesalter am wahrscheinlichsten.

Verteilung der schulischen Problematik aufgeschlüsselt nach Schulart

Die aktuellen Ergebnisse der 'Health Behaviour in School-aged Children'-Studie (HBSC-Team Deutschland, 2011) zeigen einen deutlichen Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und psychischer Gesundheit. Verhaltensauffälligkeiten steigen mit sinkendem Bildungsniveau an (Bilz, Ottova & Ravens-Sieberer, 2013) und auch psychosomatische Beschwerden werden in höheren Schularten weniger häufig berichtet (Moor & Richter, 2013). In unserer Untersuchung war der Anteil psychisch belasteter Schülerinnen und Schüler mit schulischen Problemen an allen Schularten hoch. Bei 81% der Gymnasiasten ($M = 1,63$; Mittelwert der Anzahl betroffener Kategorien), 88% der Realschüler ($M = 2,13$), 82% der Hauptschüler ($M = 1,88$), allen (100%) Sonder- bzw. Förderschülern ($M = 3,33$) und 92% der Grundschüler ($M = 2,43$) fanden wir Hinweise auf schulische Probleme in mindestens einem der sechs möglichen Bereiche. Wir können also keine kontinuierliche Zunahme schulischer Problematik mit geringerem Bildungsniveau feststellen, finden jedoch eine schulartspezifische Ausprägung (s. Abb. 4A).

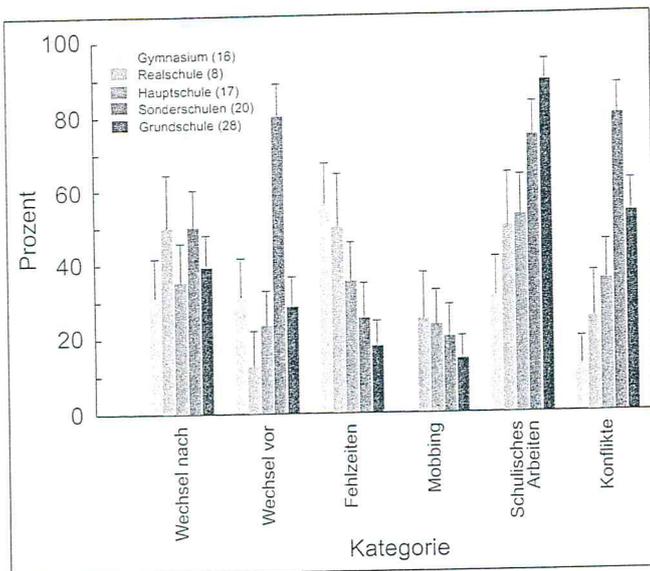


Abbildung 4A: Aufschlüsselung schulischer Probleme psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher nach Schularten

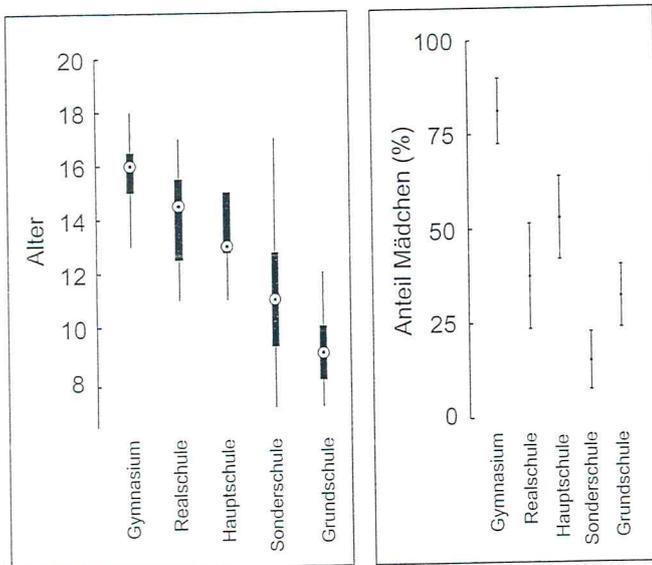


Abbildung 4B: Durchschnittsalter der Schülerinnen und Schüler, aufgeschlüsselt nach Schularten

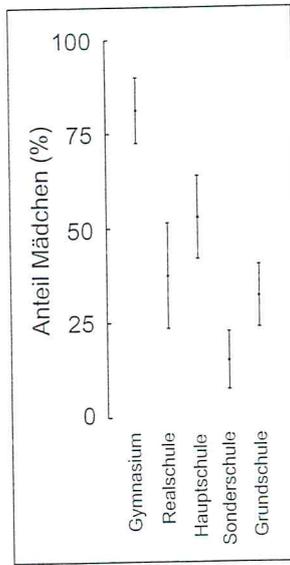


Abbildung 4C: Geschlechterverhältnis der Schülerinnen und Schüler, aufgeschlüsselt nach Schularten

So weisen Gymnasiasten die höchsten Raten bei Fehlzeiten (56%) auf, jedoch die niedrigsten bei Problemen bezogen auf schulisches Arbeiten und Konflikte. Grundschüler wiederum weisen sehr hohe Prävalenzraten bei Problemen bei schulischem Arbeiten (89%) und Konflikten (53%) auf, aber vergleichsweise geringe bei Fehlzeiten (17%). Bei Sonder-, bzw. Förderschülern wird insgesamt von den meisten schulischen Problemen berichtet. Konfliktreiches Verhalten und Schul-/ Klassenwechsel vor dem Klinikaufenthalt (je 80%) werden am häufigsten beschrieben, gefolgt von Problemen im schulischem Arbeiten (75%).

Wie bereits dargelegt, werden schulische Probleme psychisch belasteter Kinder und Jugendlicher von Geschlecht und Alter moderiert. Das Alter der Schülerinnen und Schüler steigt mit höherem Bildungsniveau (s. Abb. 4B) und auch das Geschlecht ist schulartspezifisch unterschiedlich verteilt.

Aus Gymnasien befanden sich überwiegend Mädchen in der Schule für Kranke (81%), aus Sonder-/Förderschulen hauptsächlich Jungen (85%) (s. Abb. 4C). Eine multivariate Analyse von Geschlecht, Alter und Schulart für die Prävalenz von schulischen Problemen bei psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen ist aufgrund der geringen Fallzahlen bzw. Zellenbesetzungen jedoch nicht möglich.

Psychisch belastete Kinder und Jugendliche an Sonder-/Förderschulen

Schülerinnen und Schüler der Sonder- bzw. Förderschule nehmen einen Anteil von 21% der untersuchten Stichprobe ein und sind somit weit überproportional vertreten (verglichen mit der baden-württembergischen Sonderschulquote von 4,9%; Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder, 2010). Weitere sechs Prozent hatten bei Aufnahme in die Klinikschule keine zuständige Stammschule. Somit wurde mindestens jeder vierte Schüler/jede vierte Schülerin mit einer psychischen Erkrankung nicht im Allgemeinen Schulsystem beschult.

Diese Wahrscheinlichkeit erhöht sich sogar auf 33% nach dem Klinikaufenthalt: 27% der Kinder und Jugendlichen wurden auf Sonder-/Förderschulen entlassen, sechs Prozent verließen die Klinik ohne Stammschule. Am häufigsten sind mit zwölf Prozent Schüler und Schülerinnen der Schule für Erziehungshilfe vertreten. Sie weisen mit durchschnittlich 3,75 gescoreten Kategorien in besonders vielen schulischen Bereichen Schwierigkeiten auf.

Verteilung der schulischen Problematik aufgeschlüsselt nach psychiatrischen Diagnosen

Die Art der psychischen Belastung, in unserem Fall klassifiziert durch psychiatrische Diagnosen, ist als weitere Einflussgröße für schulische Probleme zu berücksichtigen. Hierzu muss angemerkt werden, dass Diagnosen in der Regel entsprechend der ICD-10 Klassifikation für psychische Störungen dokumentiert waren, sich teilweise aber auch Formulierungen fanden, die der ICD-10 nicht zuzuordnen sind (z. B. „Schulverweigerung“, „Lernprobleme“, „Gewalterfahrungen“ etc.). Einige Schülerinnen bzw. Schüler erhielten mehrere Diagnosen. Aufgrund der geringen Fallzahlen haben wir an dieser Stelle auf statistische Analysen verzichtet und stellen die Aufschlüsselung nach Diagnosen rein deskriptiv vor (s. Tab. 1).

Die mit Abstand häufigste Diagnose in der Stichprobe ist eine „Störung des Sozialverhaltens“ (40% der Fälle), gefolgt von den Kategorien „Schulverweigerung“ (13%) und „Emotionale Störungen“ (12%).

Bei einigen diagnostischen Kategorien – bspw. bei „Lernproblemen“, „Schulverweigerung“ oder „AD(H)S“ – ist inhärent davon auszugehen, dass sie mit der Nennung schulischer Probleme verbunden sind. Jedoch auch in Verbindung mit anderen Diagnosen zeigen sich umfassende schulische Probleme: So wurden bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (acht Fälle) in durchschnittlich mehr als drei schulischen Feldern Probleme beschrieben. Fünf von sechs

Jugendlichen, die als suizidal galten, verließen nach ihrem Klinikaufenthalt ihre Stammschule und kehrten nicht in ihr schulisches Umfeld zurück. Auch bei Kindern und Jugendlichen mit einer Anorexia nervosa (acht Fälle), die in der Regel als gute und sehr leistungsorientierte Schüler bzw. Schülerinnen gelten (Scheper, 1993), waren häufiger als erwartet schulische Probleme dokumentiert. 36% von ihnen fielen durch häufige Fehlzeiten auf, 25% wechselten nach dem Klinikaufenthalt die Klasse/Schule und ebenfalls 25% hatten Probleme bei schulischem Arbeiten.

Zusammenfassung und Diskussion

Die vorliegende Untersuchung dokumentiert, dass – zumindest im Falle einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – psychische Belastungen im Kindes- und Jugendalter in der überwiegenden Mehrheit mit schulischen Problemen einhergehen. In 90% der Schulakten fanden wir Hinweise auf Probleme in mindestens einem schulischen Bereich. Oft (70% der Fälle) erstreckt sich die Problematik jedoch auf mehrere schulische Bereiche. Somit konnten die Erfahrungen von Klinikschullehrkräften, die immer wieder über massive schulische Beeinträchtigung von psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern berichteten (Schmitt, 1999; Beekmann-Knörr, 2006; Wertgen, 2012), empirisch bestätigt werden.

Diese Befundlage bezieht sich auf Schülerinnen und Schüler aller Schularten. Unabhängig davon, welche Schulart der betroffene Schüler oder die betroffene Schülerin besuchte, fanden wir in mindestens 80% der Fälle Hinweise auf schulische Probleme. Die Tatsache, dass 65% der Betroffenen mindestens einen Klassen-/Schulwechsel spätestens nach dem Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebt haben, wirft die Frage auf, in welchen Fällen diese schulischen Veränderungen einen positiven Effekt auf das schulische Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Schüler haben und in welchen Fällen sie Ausdruck von Überforderung des Schulsystems sind, den Bedürfnissen von psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern gerecht zu werden.

Die Stichprobenauswahl von stationär behandelten Kindern und Jugendlichen zur Untersuchung von schulischen Problemen stellt dabei eine methodische Einschränkung dar, da in der Schule die pädagogische Diagnostik und nicht die medizinische Diagnose die Handlungsgrundlage darstellt. Eine Erkrankung aus medizinischer Sicht bedeutet nicht zwangsläufig auch einen schulischen Unterstützungsbedarf; umgekehrt werden schulische Probleme aufgrund psychischer Belastung auch dann auftreten, wenn die Kriterien der ICD-10 für eine psychische Störung nicht erfüllt sind und/oder aus verschiedenen Gründen keine (stationäre) Therapie in Anspruch genommen wird.

Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter zeigen konstant geschlechtsspezifische Muster (Ihle & Esser, 2002; Glücks & Kolip, 2013). Die eigene Untersuchung zeigt darüber hinaus, dass auch schulische Probleme, die sich im Kontext von psychischer Belastung finden, teilweise eine geschlechtsspezifische Ausprägung

aufweisen. Psychisch belastete Jungen äußern schulische Probleme häufiger als Mädchen in Form von Konflikten oder durch Beeinträchtigungen im Lern- und Arbeitsverhalten, Mädchen hingegen fallen schulisch häufiger durch Fehlzeiten auf als Jungen. In unserer Studie sind Jungen insgesamt häufiger und auch in mehr schulischen Bereichen als Mädchen von Problemen betroffen.

Ob die gefundenen Geschlechterunterschiede eine Auswirkung auf das subjektive schulische Belastungserleben der Schülerinnen und Schüler haben, lässt sich anhand der für die vorliegende Untersuchung herangezogenen Daten nicht beurteilen. Aufgrund bisheriger Studien ist davon auszugehen, dass es keine nennenswerten Unterschiede in Bezug auf schulisches Belastungserleben gibt (HBSC-Team Deutschland, 2011). Unterschiede existieren jedoch in der Wahrnehmung von psychischen Belastungen. Die Übereinstimmung von Selbst- und Fremdurteil von Schülerinnen und Schülern und ihren Lehrkräften ist bei Verhaltensproblemen höher als bei Emotionalen Problemen (Bilz, 2014). Da Mädchen eher von Emotionalen Problemen und Jungen eher von

Die vorliegende Untersuchung dokumentiert, dass – zumindest im Falle einer Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – psychische Belastungen im Kindes- und Jugendalter in der überwiegenden Mehrheit mit schulischen Problemen einhergehen.

Verhaltensproblemen berichten (Ottova et al., 2013) ist zu vermuten, dass Jungen in der Fremdwahrnehmung als auffälliger erlebt und schulische Probleme daher häufiger dokumentiert werden. Der sehr hohe Anteil männlicher Kinder und Jugendlicher auf Schulen für Erziehungshilfe (84%, Landesinstitut für Schulentwicklung und Statistisches Landesamt Baden-Württemberg, 2011) unterstützt diese Hypothese.

Unklar bleibt an dieser Stelle auch, warum bestimmte Verhaltensweisen eher bei Mädchen respektive eher bei Jungen auftreten. Dies gilt beispielsweise für die Frage, warum Jungen im Kindesalter vergleichsweise selten von Fehlzeiten betroffen sind, aber schulische Probleme besonders häufig in Form von Konflikten äußern (s. Abb. 3). Solche Phänomene lassen sich nicht allein durch das unterschiedliche biologische Geschlecht erklären. Um die geschlechtsspezifische Ausprägung schulischer Probleme von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen nachvollziehen zu können, ist der Faktor Geschlecht über die biologischen Aspekte hinaus als soziale Konstruktion zu verstehen, was in pädagogischen Kontexten bisher häufig vernachlässigt wird (Rentdorff, 2009, S. 116 ff.). Im Sinne der sozialkonstruktivistischen Theorie des ‚Doing Gender‘ (Gildemeister, 2010) kann geschlechtsspezifisches schulisches Handeln als Ausdruck von eigenen und fremden Rollenerwartungen gesehen

werden. Zwischen impliziten und expliziten Einstellungen und Verhaltensweisen von Eltern, Peers und Lehrkräften (u. a. Entschuldigung von Fehlzeiten, Bewertung von Aggression, Wahrnehmung von Unterrichtsstörungen, Bewertung von Hilfsbedürftigkeit) und einem betroffenen Individuum (Selbstbild, Körperwahrnehmung, Leistungsvermögen, Umgang mit Krankheit u. a.) bestehen Wechselwirkungen, die an der Ausgestaltung von geschlechtsspezifischen Verhaltensmustern beteiligt sind. Die dieser Sichtweise immanenten Aspekte einer sozialen Konstruktion von Geschlecht können als Chance gesehen werden, Mädchen und Jungen in ihrem Entwicklungsprozess geschlechtersensibel begleiten zu können.

Methodisch einschränkend wirkt sich in der vorliegenden Untersuchung die aufgrund der geringen Fallzahlen nicht mögliche Kontrolle der Art der psychischen Störungen aus. Da Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, wie auch in der vorliegenden Studie, sowohl alters- als auch geschlechtsspezifisch variieren, müssen diese als mögliche Einflussgrößen auf schulische Probleme zukünftig systematisch(er) berücksichtigt werden.

Abschließend sei bemerkt, dass im Rahmen einer inklusiven Schulentwicklung zu klären ist, wie Allgemeinen Schulen den Bedürfnissen von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen bestmöglich gerecht werden können. Bisher wechselt ein bemerkenswert hoher Anteil, teilweise mehrfach – zusätzlich zu notwendig werdenden Klinikaufenthalten – ihr gewohntes Lernumfeld. Häufig (33%) werden diese Kinder und Jugendlichen bisher auf Sonder-/Förderschulen

Für die Zukunft stellt die Frage nach geeigneten Unterstützungssystemen für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler somit eine entscheidende Herausforderung dar.

beschult. Schulische Probleme, die im Kontext von psychischen Belastungen entstehen, können ein Format annehmen, dass sie sowohl die betroffenen Schülerinnen bzw. Schüler als auch ihre Schulen an den Rand ihrer Bewältigungsmöglichkeiten bringen. Dies dokumentieren auch die dargestellten Fallskizzen. Für die Zukunft stellt die Frage nach geeigneten Unterstützungssystemen für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler somit eine entscheidende Herausforderung dar.

Sonderpädagogische Hilfen, wie sie beispielsweise über den Sonderpädagogischen Dienst für andere Fachbereiche verfügbar sind, existieren für (psychisch) kranke Kinder und Jugendliche an Allgemeinen Schulen bisher kaum oder nicht. Psychische Belastungen werden im Bereich der Sonderpädagogik als spezielle Form von Verhaltensstörungen klassifiziert (z. B. Myschker, 2009, S. 435 ff.) und sind somit im Fachbereich Soziale und Emotionale Entwicklung ange-

siedelt. Doch der Vergleich von Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter – laut einer Metaanalyse von 22 Studien im Bereich zwischen 15 und 22% (Ihle & Esser, 2002) – auf der einen Seite und Förderquoten im Förderschwerpunkt Emotionale und Soziale Entwicklung (0,82%; Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder, 2012) auf der anderen Seite zeigt eine bemerkenswerte Diskrepanz (Willmann, 2008; mit aktualisierten Daten). Darüber hinaus werden Unterstützungsleistungen bisher erst dann gewährt, wenn Probleme manifest und in Bezug auf eine sonderpädagogische Unterstützung auch diagnostiziert worden sind. Dies stellt im Bereich der psychischen Belastung sicherlich eine besonders sensible Thematik dar – nicht nur aufgrund der notwendigen Unterscheidung zwischen pädagogischem Unterstützungsbedarf und medizinischer/psychologischer/therapeutischer Behandlung. Eine „sonderpädagogische Grundversorgung“ (Willmann, 2007) ohne eine Kopplung von Ressourcen an Diagnosen könnte eine niederschwellige Angebotsebene etablieren.

Ausblick

Zukünftig gilt es zu klären, ob sich die vorgestellten Befunde in weiteren Untersuchungen bestätigen lassen. So könnte eine Vergleichsstudie an Allgemeinen Schulen klären, ob psychisch belastete Schülerinnen und Schüler generell stärker von schulischen Problemen betroffen sind als andere Schüler und Schülerinnen. Ob schulische Maßnahmen notwendig werden und ob es sich um einen pädagogischen oder sonderpädagogischen Bedarf handelt, wird im Einzelfall zu klären sein. Hierbei können auch qualitative Studien, die die unterschiedlichen Perspektiven von Lehrkräften, Eltern und Schülern berücksichtigen, Erkenntnisse liefern, wie Hilfen konkret beschaffen sein sollten.

Der Bereich der Schule wird als bedeutsamer Bedingungsfaktor für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in den großen Kinder- und Jugendgesundheitsstudien (Health Behaviour in School-aged Children-Studie; Kinder- und Jugendgesundheitsurvey) bereits auf unterschiedliche Weise abgebildet. Eine spezifische Analyse solcher Datenpools im Hinblick auf die Implikationen von schulbezogenen Faktoren (z. B. Klassenklima, schulische Belastung) für die Schulfriedenheit und die Schullaufbahn von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen, könnte zu einer gezielte(n) Förderung von psychisch belasteten Schülerinnen und Schülern beitragen.

Um Präventions- und Interventionsmaßnahmen für psychisch belastete Schülerinnen und Schüler gendersensibel gestalten zu können, wäre interessant zu untersuchen, ob auch in Langzeituntersuchungen Geschlechterdifferenzen im Verlauf der Bildungsbiographien von psychisch belasteten Kindern und Jugendlichen festzustellen sind.

Schlüsselwörter

Psychische Belastungen bei Kindern und Jugendlichen, schulische Probleme, Gender, Inklusion, Schule für Kranke

Abstract

Despite the fact that the schooling of children and adolescents with mental health problems presents a major challenge for inclusive school development, little empirical data is available about this issue, in particular, if the children do not display major behavioral difficulties. The present study shows that children with mental disorders experience major problems in school. Using quantitative content analysis we studied 100 individual case files from a hospital school. The different types of problems that affect such children in school were statistically evaluated controlling for age and sex. Indicators for school problems were found in more than 90% of the files studied. The social construction of gender theory was used as conceptual framework to explain differences in the prevalence of diverse types of problems.

Keywords

mental disorders in children and adolescents, school problems, gender, inclusive education, hospital school

Literatur

- Alsaker, F. D. (2006). *Psychische Folgen von Mobbing*. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen* (S. 38-51). Stuttgart: Kohlhammer.
- Beekmann-Knörr, B. (2006). *Klinikschule – allgemeine Schule. Erfinderisches Miteinander in gemeinsamer Praxis für psychisch kranke Schüler*. In C. Ertle (Hrsg.), *Abschlussbericht zum interdisziplinären Forschungsprojekt „Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in den allgemeinen Schulen“*. Verfügbar unter http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/Abschlussbericht_Interklinikschule_-_Sachsen_2.8.06.pdf [15.01.2014]
- Bilz, L. (2008). *Schule und psychische Gesundheit. Risikobedingungen für emotionale Auffälligkeiten von Schülerinnen und Schülern*. Wiesbaden: VS.
- Bilz, L. (2014). *Werden Ängste und depressive Symptome bei Kindern und Jugendlichen in der Schule übersehen?* *Zeitschrift für Pädagogische Psychologie*, 28 (1-2), S. 57-62.
- Bilz, L., Ottova, V. & Ravens-Sieberer, U. (2013). *Psychische Auffälligkeiten bei Schülerinnen und Schülern: Prävention und Früherkennung*. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 168-189). Weinheim: Beltz Juventa.
- Gildemeister, R. (2010). *Doing Gender: Soziale Praktiken der Geschlechterunterscheidung*. In R. Becker & B. Kortendiek (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie* (S. 137-145). Wiesbaden: VS.
- Glücks, S.-C. & Kolip, P. (2013). *Geschlecht und Gesundheit im Jugendalter*. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 8-24). Weinheim: Beltz Juventa.
- Häßler, F. & Bohne, S. (2006). *Schizophrene Psychosen*. In H.-C. Steinhausen (Hrsg.), *Schule und psychische Störungen* (S. 147-162). Stuttgart: Kohlhammer.
- HBSC-Team Deutschland: Kolip, P., Melzer, W., Klocke, A., Ravens-Sieberer, U., u. a. (2011). *Health Behaviour in School-aged Children – Faktenblatt „Schulische Belastung von Kindern und Jugendlichen“*. Bielefeld: WHO Collaborating Centre for Child and Adolescent Health Promotion.
- Hoanzl, M., Baur, W., Bleher, W., Thümmel, R. & Käßler, C. (2009). *Unterricht in psychiatrischen Klinikschulen*. In G. Opp & G. Theunissen (Hrsg.), *Handbuch schulische Sonderpädagogik* (S. 404-411). Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Ihle, W. & Esser, G. (2002). *Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechterunterschiede*. *Psychologische Rundschau*, 53, S. 159-169.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch* (S. 478-500). Weinheim: Beltz.
- Landesinstitut für Schulentwicklung und Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (2011). *Bildungsberichterstattung 2011*. Verfügbar unter <http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/veroeffentl/000011001.pdf> [29.10.2012]
- Moor, I. & Richter, M. (2013). *Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten im Jugendalter. Welche Rolle spielt das Gesundheitsverhalten?* In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 209-228). Weinheim: Beltz Juventa.
- Myschker N. (2009). *Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen – Ursachen – Hilfreiche Maßnahmen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oertel, L., Melzer, W. & Ottova, V. (2013). *Mobbing und Gewalt in der Schule – Unterschiede im Handeln von Jungen und Mädchen*. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 145-165). Weinheim: Beltz Juventa.
- Olweus, D. (2006). *Gewalt in der Schule. Was Lehrer und Eltern wissen sollten – und tun können*. Bern: Hans Huber.
- Ottova, V., Hillebrandt, D., Bilz, L. & Ravens-Sieberer, U. (2013). *Psychische Gesundheit und Wohlbefinden bei Kindern und Jugendlichen aus geschlechtsspezifischer Sicht*. In P. Kolip, A. Klocke, W. Melzer & U. Ravens-Sieberer (Hrsg.), *Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Geschlechtervergleich. Ergebnisse des WHO-Jugendgesundheitsurvey „Health Behaviour in School-aged Children“* (S. 38-57). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50 (5/6), S. 871-878.
- Rendtorff, B. (2011). *Bildung der Geschlechter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Samuels, M. L., Witmer, J. A. & Schaffner, A. A. (2010). *Statistics for the Life Science: International Edition 4(e)*. Pearson Higher Ed USA.
- Schepker, R. (1993). *Die Bedeutung der Schulleistungen bei*

- Jugendlichen mit anorektischen Störungen. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 42 (1), S. 8-14.
- Schmid, M., Fegert, J. M., Schmeck, K. & Kölch, M. (2007). *Psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Schulen für Erziehungshilfe*. Zeitschrift für Heilpädagogik, S. 282-290.
- Schmitt, F. (1999). *Förderschwerpunkt Unterricht kranker Schüler*. Zeitschrift für Heilpädagogik, S. 182-186.
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2010). *Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen) 2009/10*. Verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Aus_Sopae_2009.pdf [10.08.2011]
- Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) (2012). *Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2001 bis 2010*. Verfügbar unter http://www.kmk.org/fileadmin/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dokumentation_SoPaeFoe_2010.pdf [29.10.2012]
- Thimm, K. & Ricking, H. (2004). *Begriffe und Wirkungsräume*. In B. Herz, K. Puhr & H. Ricking (Hrsg.), *Problem Schulabsentismus. Wege zurück in die Schule*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Wertgen, A. (2012). *Charakteristika des Unterrichts an der Schule für Kranke – Versuch einer Verallgemeinerung*. In H. Frey & A. Wertgen (Hrsg.), *Pädagogik bei Krankheit. Konzeptionen, Methodik, Didaktik, Best-Practice-Beispiele* (S. 60-73). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Willmann, M. (2007). *Steigerung der erzieherischen Kompetenzen von Lehrern durch sonderpädagogische Konsultation*. Zeitschrift für Heilpädagogik, S. 214-222.
- Willmann, M. (2008). *Grenzen der schulischen Integration von Schülern mit Gefühls- und Verhaltensstörungen in den USA*. Zeitschrift für Heilpädagogik, S. 162-173.

Judith Janschewski
Sonderpädagogin, Doktorandin
Lehrstuhl für Soziale und Emotionale Entwicklung
in Rehabilitation und Pädagogik,
Fakultät Rehabilitationswissenschaften
Technische Universität Dortmund
Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund
judith.janschewski@uni-dortmund.de

Dr. Philipp Berens
Dr. rer. nat., Dipl.-Bioinformatiker, Philosoph (BA)
Bernstein Center for Computational Neuroscience,
Center for Integrative Neuroscience, Universität Tübingen
Ottfried-Müller-Straße 25, 72076 Tübingen
philipp.berens@uni-tuebingen.de

Univ.-Prof. Dr. phil. Dipl.-Psychologe Christoph Käßler
Psychotherapeut, Master in Children's Rights
Lehrstuhl für Soziale und Emotionale Entwicklung
in Rehabilitation und Pädagogik,
Fakultät für Rehabilitationswissenschaften,
Technische Universität Dortmund
Emil-Figge-Straße 50, 44227 Dortmund
christoph.kaessler@uni-dortmund.de

Verband Sonderpädagogik e.V.



Mitglied werden – Mitglied werben, es lohnt sich!

Als Mitglied unseres Verbands wissen Sie es längst zu schätzen: Bei Tagungen und Kongressen zahlen Sie nur die Hälfte der Eintrittskosten, das Abonnement der Zeitschrift für Heilpädagogik allein ist teurer als eine Mitgliedschaft im Verband Sonderpädagogik, die den Bezug der Zeitschrift beinhaltet und Ihnen zudem noch die Zustellung der jeweiligen Landesmitteilungen garantiert, sonderpädagogische Materialien und Unterrichtshilfen bekommen Sie zu extrem günstigen Preisen.

Wenn Sie ein neues Mitglied werben, dann bieten wir Ihnen noch ein ganz besonderes Bonbon:

Sie können aus drei attraktiven Prämien eine auswählen:

- Sie erhalten einen Gutschein im Wert von 25 Euro für Materialien des Verbands.
- Wir schenken Ihnen die CD mit den Zeitschriften für Heilpädagogik von 1997 bis 2005 im Wert von 28 Euro.
- Sie bekommen einen Buchgutschein in Höhe von 20 Euro, der in vielen Buchhandlungen eingelöst werden kann.

Sollten Sie selbst noch nicht Mitglied im Verband Sonderpädagogik sein, dies jetzt aber beabsichtigen, dann gelten die oben genannten Prämien selbstverständlich auch für Ihren Beitritt.

Es lohnt sich, Mitglied im Verband Sonderpädagogik zu werden, denn Sie sind immer aktuell informiert und fachlich auf dem Laufenden.

Das Anmeldeformular finden Sie unter www.verband-sonderpaedagogik.de

Verband Sonderpädagogik e.V.



vds Bundesgeschäftsstelle
Ohmstraße 7, 97076 Würzburg,
Tel.: 0931 24020

E-Mail: post@verband-sonderpaedagogik.de