

Wienhues, Jens

## **Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 31 (1982) 8, S. 313-318*

urn:nbn:de:bsz-psydok-29446

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)

Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

<p>Zum 65. Geburtstag von Annemarie Dührssen . . . . . 1            In Memoriam Hermann Stutte . . . . . 285</p> <p><b>Aus Praxis und Forschung</b></p> <p>W. Bettschart: Zehnjährige Arbeit an der Tagesklinik mit psychotischen Kindern und ihren Familien (Ten Years of Experience at a Day Clinic with Psychotic Children and Their Parents) . . . . . 87            E. J. Brunner: Zur Analyse von Interaktionsstrukturen im Familiensystem (Interaction Analysis in the Field of Family Therapy) . . . . . 300            C. u. B. Buddeberg: Familienkonflikte als Kollusion – eine psychodynamische Perspektive für die Familientherapie (Family Conflicts as Collusion – a Psychodynamik View vor Family Therapy) . . . . . 143            W. Dacheneder: Zur Diagnose von Wahrnehmungsstörungen mit den Coloured Progressive Matrices (Diagnosis of Perceptual Dysfunction by Means of Raven's Coloured Progresse Matrices) . . . . . 180            G. Deegener: Ödipale Konstellationen bei Anorexia nervosa (Oedipus Complex in Patients with Anorexia nervosa) . . . . . 291            H. Dellisch: Schlafstörungen und Angst (Sleep Disturbances and Anxiety) . . . . . 298            H. Dietrich: Zur Gruppentherapie bei Kindern (Group Therapy with Children) . . . . . 9            R. W. Dittmann: „Feriendialyse“ – Ein Ferienaufenthalt für chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter Berücksichtigung psychosozialer Probleme. Erfahrungen mit Planungsanspruch und Realisierungsmöglichkeiten („Holiday Dialysis“ – A Summer Camp of Children and Juveniles with Chronic Renal Disease with Regard to Psychosocial Problems. Experiences in Planning and Realisation) . . . . . 103            R. Frank u. H. Eysel: Psychosomatische Störung und Autonomieentwicklung: ein Fallbeispiel zu einem kombinierten verhaltenstherapeutisch und systemtheoretisch begründeten Behandlungsvorgehen (Psychosomatic Disorder and the Development of Autonomy) . . . . . 19            B. Gassner: Psychodrama mit körperbehinderten Jugendlichen und Heranwachsenden (Psychodrama with Physically Disabled Teenagers and Grown up Teenagers) . . . . . 98            B. Geisel, H. G. Eisert, M. H. Schmidt, H. Schwarzbach: Entwicklung und Erprobung eines Screening-Verfahrens für kinderpsychiatrisch auffällige Achtjährige (SKA 8) (Parent-teacher Ratings as a Screening Instrument (SKA 8) for Eight-year old Psychiatrically Disturbed Children) . . . . . 173            Th. Hess: Einzelpsychotherapie von Kindern und Jugendlichen und Familientherapie: Kombinierbar oder sich ausschließend? (Individual or Family Therapy?) . . . . . 253            G. Horn: Anwendungsmöglichkeiten des Katathymen Bilderlebens (KB) bei Kindern im Rahmen der Erziehungsberatung (Applicability of Guided Affective Imagery to Chirdlren in Connection with Educational Councelling) . . . . . 56            A. Kitamura: Eine vergleichende Untersuchung der Suizidversuche deutscher und japanischer Jugendlicher (A Comparative Study of Attempted Suicides among German and Japanese Adolescents) . . . . . 191            M. Kögler: Integrierte Psychotherapie in der stationären Kinderpsychiatrie (Integrative Psychotherapy in Inpatient Child Psychiatry) . . . . . 41            K. Krisch: Enkopresis als Schutz vor homosexuellen Belästigungen (Encopresis as a Defense against Homosexual Approaches) . . . . . 260            P. J. Lensing: Gesichtabwenden und Stereotypien – Zwei Verhaltensweisen im Dienste der Stimulation in normaler Entwicklung und bei frühkindlichem Autismus (Facial With-</p>	<p>drawal and Stereotypes: Two Behavioral Patterns in Service of Stimulation) . . . . . 25            B. Mangold: Psychosomatik und Familientherapie. Theorie und Klinische Praxis (Psychosomatic Disease and Family-therapy) . . . . . 207            M. Martin, R. Walter: Körperselbstbild und Neurotizismus bei Kindern und Jugendlichen (Body-satisfaction and Neuroticism in Children and Adolescents) . . . . . 213            H.-U. Nievergelt: Legasthenie? ein Fall nichtdeutender Kinderanalyse, der diese Frage stellt (Dyslexia? A case of Noninterpretative Child Analysis in Which This Question Arose) . . . . . 93            M. Nowak-Vogl: Die „Pseudodemenz“ (The „Pseudodementia“) . . . . . 266            E. Obermann: Förderung eines behinderten Jungen durch Rollenbeispiele unter besonderer Berücksichtigung der kognitiven Entwicklungstheorie (The Furtherance of an Impede Boy by Role-games with Spezial Attention to the Cognitive Theory of Development) . . . . . 231            A. Overbeck, E. Brähler u. H. Klein: Der Zusammenhang von Sprechverhalten und Kommunikationserleben im familientherapeutischen Interview (The Connection between Verbal Behavior and Experience of Communication in the Family Therapy Interview) . . . . . 125            W. Pittner u. M. Kögler: Stationäre Psychotherapie eines schwer verhaltensgestörten Mädchens (Inpatient Psychotherapy of a Girl Suffering from Severe Behaviour Disorder) . . . . . 308            A. Polender: Entspannungs-Übungen – Eine Modifikation des Autogenen Trainings für Kleinkinder (Autogenes Training in Modification to Small Children) . . . . . 15            A. Polender: Entspannungs-Übungen (Relaxation Exercises) . . . . . 50            T. Reinelt, E. Friedler: Therapie einer kindlichen Eß-Störung (Therapy of an Infantile Eating Disorder) . . . . . 223            H. Remschmidt: Suizidhandlungen im Kindes- und Jugendalter – Therapie und Prävention (Suicidal Acts in Childhood and Adolescence – Therapy and Prevention) . . . . . 35            R. Schneider: Gibt es eine „Problemkinderkurve“ im HAWIK? Zur Geschichte von Intelligenztestergebnissen (Is there a „Problem Child Curve“ in HAWIK? . . . . . 286            H.-Ch. Steinhausen u. D. Göbel: Die Symptomatik in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population – II. Zusammenhanges- und Bedingungsanalysen (Symptoms in a Child and Adolescent Psychiatric Population – II. Analysis of Determinants and Correlation) . . . . . 3            G. Süßenbacher: Die Verwendung eines Märchentwurfes zur Auflösung einer pathogenen Doppelbindung: Fallberichte zur Behandlung ein Windphobie (The Use of a Fairy-Tale-Design in the Modification to a Pathogenic Double Bind: Report on a Therapy of a Wind Phobia) . . . . . 185            A. Wille: Der Familienskulptur-Test (Family Sculpting Test) . . . . .            P. Zech: Konflikte und Konfliktdiagnostik in der stationären Kinderpsychotherapie (Conflicts and Conflict Diagnosis in Inpatient Child Psychotherapy) . . . . . 47            P. Zech: Stationsgruppen in der stationären Kinderpsychotherapie (Ward Groups in In-patient Child Psychotherapy) . . . . . 218</p> <p><b>Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge</b></p> <p>B. Bron: Drogenabusus und Sexualität (Drug Abuse and Sexuality) . . . . . 64            G. Gutezeit: Linkshändigkeit und Lernstörungen? (Lefthandedness and Learning Disorders) . . . . . 277            R. Honegger: Kasuistischer Diskussionsbeitrag zur Einweisung Jugendlicher in geschlossene Erziehungsinstitutionen (Case Study as Contribution to the Discussion on Referring Juvenile Delinquents in Closed Educational Establishments) . . . . . 110</p>
--	--

H. E. Kehrer u. E. Temme-Meickmann: Negativismus bei frühkindlichem Autismus (Negativism in Early Childhood Autism) . . . . .	60
B. Langenkamp, I. Steinacker, B. Kröner: Autogenes Training bei 10jährigen Kindern – Beschreibung des Kursprogramms und des kindlichen Verhaltens während der Übungsstunden (Autogenic Training Programme for Ten-year-old Children) . . . . .	238
B. Meile u. M.-H. Frey: Educational Therapy: ein ganzheitliches Modell für die Erziehungsberatung (Educational Therapy: A Model for Educational Counselling) . . . . .	160
C. Rössler: Möglichkeiten einer wirksamen Konflikterziehung in der Grundschule (Possibilities of an Effective Education of Conflicts in Elementary School) . . . . .	243
R. Schleiffer: Zur Psychodynamik von Stieffamilien mit einem psychisch gestörten Kind (Psychodynamics in Step-families with a Psychically Disturbed Child) . . . . .	155
F. Specht: Erziehungsberatung – Familie – Autonomie (Child Guidance – Family – Autonomy) . . . . .	201
A. Stiksrud, J. Markgraf: Familien mit drogenabhängigen Jugendlichen (Drug-addict Adolescents and their Families) . . . . .	271
J. Wienhues: Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents) . . . . .	313

#### Bericht aus dem Ausland

C. Odag: Über einige Erfahrungen mit Gruppen von Jugendlichen in der psychiatrischen Klinik der Universität Ankara (Experiences with Groups of Adolescents in the Psychiatric Clinic, University of Ankara) . . . . .	75
---	----

#### Tagungsberichte

H. Moschtaghi: Bericht über das Jubiläum Symposium der ISSP am 5. und 6.9. 1981 in Zürich (Report on the Anniversary Symposium of the ISSP, September 5 and 6, 1981, in Zürich) . . . . .	116
H. Remschmidt: Bericht über ein Symposium des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe „Kinder- und Jugendpsychiatrie. Geschichtliche Entwicklung – jetziger Stand – aktuelle Probleme – Zukunftsperspektiven“ am 20. u. 21. 10. 1981 in Marl-Sinsen (Report on an Symposium held bei the Regional Association of Westfalen-Lippe on „Child and Adolescent Psychiatry“) . . . . .	81
H. Remschmidt: Bericht über das 2. Internationale Symposium zum Thema „Epidemiology in Child and Adolescent Psychiatry – Research Concepts and Results“ (Report on the 2nd International Symposium in „Epidemiology Adolescent Psychiatry-Research Concepts and Results“) . . . . .	118
H. Remschmidt: Bericht über den 10. Internationalen Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions vom 25.–30.7.1982 in Dublin . . . . .	318

#### Literaturberichte: Buchbesprechungen (Bookreviews)

Biermann, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie . . . . .	249
Herzka, H. S.: Kinderpsychopathologie, ein Lehrgang mit tabellarischen Übersichten . . . . .	171
Hoffmann, Sven Olaf: Charakter und Neurose . . . . .	171
Jochmus, I., Schmidt, G. M., Lohmar, L. und Lohmar, W.: Die Adoleszenz dysmelter Jugendlicher . . . . .	250

Mitteilungen (Announcements) 33, 84, 120, 172, 206, 251, 284, 320	
---	--

## Schulen für Kranke in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen

Von Jens Wienhues

### Zusammenfassung

Eine Analyse der Unterrichtsbedingungen von Krankenhausschulen an kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen läßt eine große Heterogenität sichtbar werden. Die Schulen an den großen Langzeiteinrichtungen sind Sonderschulen für Geistigbehinderte oder für Erziehungshilfe ähnlicher als denen an kleineren Therapieeinheiten. Letztere sind eindeutig als Schulen für Kranke zu klassifizieren. Die Diskussion zwischen Medizin und Pädagogik über die Erziehung und Bildung von Schülern in psychiatrischen Einrichtungen muß zukünftig formale und topologische Gegebenheiten stärker berücksichtigen.

---

Schulpflichtige Kinder und Jugendliche in Institutionen der Kinder- und Jugendpsychiatrie benötigen Schulunterricht, sei es in einer dort ansässigen Sonderschule oder durch Sonderunterricht. Eine eindeutig auf diese Spezialaufgabe ausgerichtete Sonderschulform und für dieses Arbeitsfeld adäquat ausgebildete Lehrer gibt es bisher nicht. Je nach Schwerpunktsetzung der kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung sind in einer solchen Sonderschulen

für Geistigbehinderte, Lernbehinderte, Erziehungsschwierige oder für Kranke eingerichtet.

In den Ausbildungsgängen für die drei erstgenannten sonderpädagogischen Fachrichtungen liegt der Schwerpunkt in der Zuriüstung auf die Arbeit in den Schulen, die außerhalb der klinischen Versorgung liegen. Die Anstalts- oder Heimsituation wird nur randständig erfaßt. Außerdem beschränkt sich das Patientengut einer Klinik gewöhnlich nicht auf eine einzelne Behinderungsart. Die Aufnahmekriterien einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung unterscheiden sich oft wesentlich von denen der Sonderschulen. Spezielle Betreuungs- und Therapieprobleme, die die Teamarbeit von Pädagogen mit dem medizinisch-psychologischen Personal notwendig machen, können in der Aus- und Weiterbildung der Lehrer oft überhaupt nicht angesprochen werden.

Ähnliche Probleme entstehen, wenn Krankenhausschulen in diesen Einrichtungen errichtet werden oder schon bestehende Schulen zu Schulen für Kranke umfunktioniert werden, wie es in den sechziger Jahren in Nordrhein-Westfalen mit den ‚Heilpädagogischen Heimsonderschulen‘ geschehen ist. Krankenhausschulen sind zwar speziell auf die Situation des hospitalisierten Schülers und engste Kooperation mit dem medizinischen Personal hin ausgerichtet;

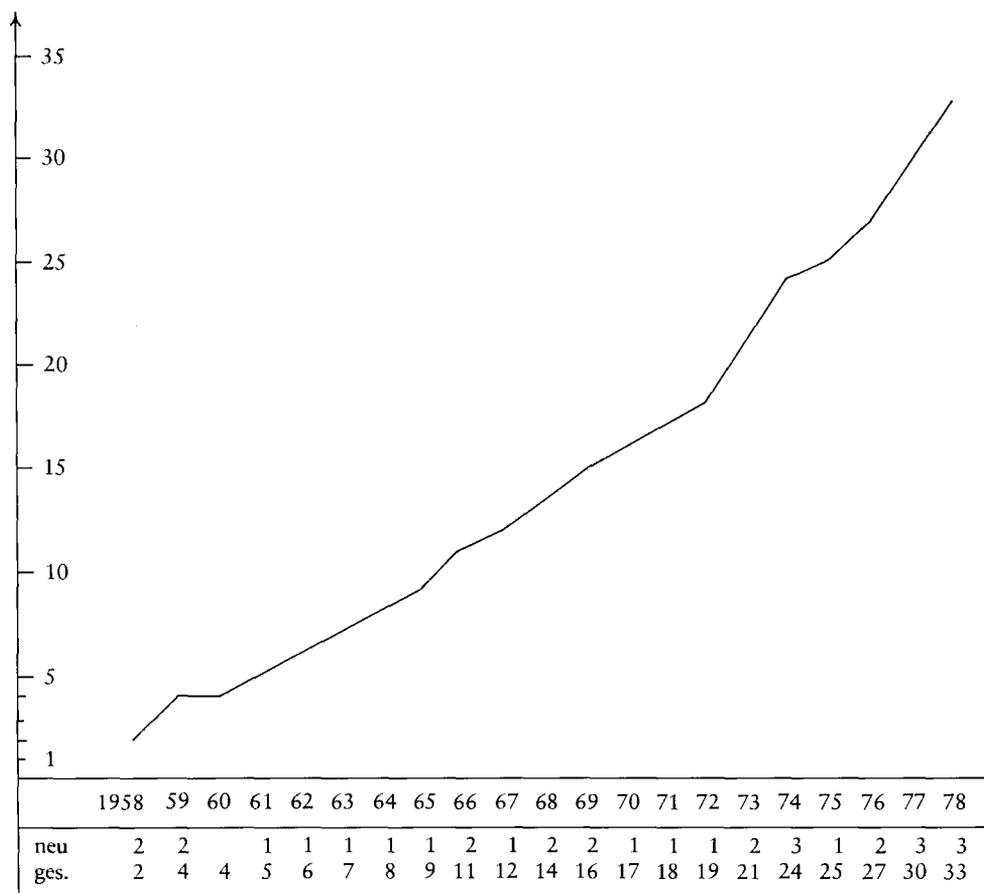


Abbildung 1: Neugründungen und Gesamtzahl von Krankenhausschulen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie 1958–1978

dennoch steht immer noch der somatisch erkrankte Schüler und seine Situation im Mittelpunkt des Interesses.

Wie Abbildung 1 zeigt, besteht seit über 20 Jahren ein fast gradliniger Trend zur Einrichtung von Krankenhausschulen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Jährlich wurden 1–2 neue Schulen eröffnet. Bezogen auf die Schüler- und Lehrerzahl, aber auch auf die Unterrichtsräume und die Ausstattung, machen diese Schulen in manchen Bundesländern einen Großteil des gesamten Krankenhausschulwesens aus.

Innerhalb dieser Gruppe lassen sich aber, wie in den folgenden Tabellen und Abbildungen zu sehen, zwei deutlich voneinander zu unterscheidende Formen ausmachen.

Gruppe I (größere Einrichtungen und Anstalten, die als Abteilungen psychiatrischer Landeskrankenhäuser oder als selbständige klinische Institutionen geführt werden) ist durch eine größere Patientenzahl und längere Hospitalisierungsdauer gekennzeichnet. Gruppe II setzt sich aus kleineren Einheiten, besonders kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen von Universitäts- und Allgemeinkliniken, aber auch selbständigen Einheiten einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung zusammen.

Bezüglich der Trägerschaft unterscheiden sich die Krankenhausschulen beider Gruppen vor allem dadurch, daß bei den großen Einrichtungen (Gruppe I) sich 6 in privater und nur eine in städtischer Trägerschaft befinden, wogegen

bei den kleineren (Gruppe II) sich 4 in städtischer und nur eine in privater Trägerschaft befinden. Die Lage vieler psychiatrischer Großeinrichtungen weitab von Ballungsgebieten bietet sich hier als Erklärung an.

Tabelle 1: Trägerschaft kinder- und jugendpsychiatrischer Krankenhausschulen

Träger	I	II	gesamt
Land	6	5	11
Landschaftsverb./LWV	6	4	10
Stadt	1	4	5
privat	6	1	7
gesamt	19	14	33

Die Krankenhausschulen an Einrichtungen der Gruppe I verfügen zum großen Teil über eigene Schulgebäude oder doch zumindest über größere Gebäudeteile. Eine westfälische Krankenhausschule in privater Trägerschaft mit über 200 Schülern und 40 Lehrern hat z.B. neben 26 Gruppenräumen 11 Fachräume, darunter verschiedene Werkstätten, Web- und Bastelräume zur Verfügung. Schwimmbad, Reithalle, Turnhalle und Gymnastikraum, Musiksaal und

Tabelle 2: Gegenüberstellung der Unterrichtsräume von Gruppe I und II

	I		II		gesamt	
	ges.	Ø	ges.	Ø	ges.	Ø
Gruppenräume	196	10,3	36	2,6	232	7
Fachräume	47	2,5	1		48	1,5
gesamt	243		37		280	

entliche Therapieräume runden das Angebot an Unterrichtsräumen ab.

Weniger gut bestückt sind die Schulen für Kranke der Gruppe II. Meist stellen die Kliniken die Unterrichtsräume aus ihrem ohnehin nicht übergroßen Raumangebot zur Verfügung. Gemessen an Gruppe I ist es wenig, im Vergleich zu anderen Krankenhausschulen immer noch überdurchschnittlich. Oft werden die Unterrichtsräume nachmittags für Einzel-, Gruppen- oder Beschäftigungstherapie mitbenutzt.

Gruppe I umfaßt 58% der Schulen, aber jeweils 86% der Schüler und Lehrer. Mit durchschnittlich 107 Schülern und 16 Lehrern sind diese Schulen viermal so groß wie die von Gruppe II mit durchschnittlich 25 Schülern und 4 Lehrern. Auch in der Unterrichtsdurchführung unterscheiden sich beide Gruppen voneinander. Während in den großen Einrichtungen nur 10% Einzelunterricht erteilt wird, beträgt dessen Anteil in Gruppe II fast ein Drittel. Tabelle 3 stellt die Schüler-, Lehrer- und Unterrichtsrelationen von Gruppe I und II einander gegenüber.

Die Schüler-Lehrer Relation unterscheidet sich nicht wesentlich zwischen den beiden Gruppen. Sie liegt mit ca. 7:1 nahe der für Krankenhausschulen geforderten (NRW

6:1; Hessen 6,7:1). Außer dem höheren Anteil von Einzelunterricht fällt aber in Gruppe II der mehr als dreimal größere Durchschnittswert von Schülern pro Jahr auf. Beides hängt mit der höheren Fluktuationsrate und anderer Spezialisierung der Einrichtungen von Gruppe II zusammen, wie man an der Gegenüberstellung der Extremwerte der Beschuldungsdauer (Tab.4) und der durchschnittlichen Beschuldungsdauer (Abb.2) ersehen kann.

Tabelle 4: Extremwerte der Beschuldungsdauer in Gruppe I und II

Extremwerte der Beschuldungsdauer in der Krankenhausschule				
Minimum		Ø	Maximum	
I	1 Tag	134,5 Tg = 4,48 Mon	13 Jahre	57,85 Mon = 4,82 J
II	1 Tag	5,6 Tg	5 Jahre	16,68 Mon = 1,39 J

Die Lehrer in Krankenhausschulen der Gruppe I können damit rechnen, daß sie ihre Schüler viereinhalb Monate bis fast fünf Jahre unterrichten können, die der Gruppe II dagegen sechs Tage bis höchstens anderthalb Jahre, von wenigen Ausnahmen jeweils abgesehen. Für die Unterrichts- und Therapieplanung bedeutet das einen Unterschied insofern, als Langzeitprojekte in Gruppe II nur schwerlich zu realisieren sind. Verglichen mit anderen Krankenhausschulen, deren Fluktuationsrate um ein vielfaches höher ist und bei denen meist der Entlassungszeitpunkt und die künftige Befindlichkeit der Schüler viel schwerer vorhersehbar sind, ist die Situation bezüglich der Unterrichtsplanung und -durchführung aber immer noch um Einiges leichter zu bewältigen.

Auch bezüglich der Schülerschaft und der Ausbildung der Lehrer zeigen sich stärkere Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Zwar sind auch in Gruppe II die Sonderschüler

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Schüler- und Lehrerzahlen an den Krankenhausschulen der Gruppen I und II

	I		II		gesamt	
	ges.	Ø	ges.	Ø	ges.	Ø
Schüler	2030	106,8	346	24,7	2376	72
Gruppenunterricht	1838(90,5%)	96,7	235(67,9%)	16,8	2073(87,2%)	62,8
Einzelunterricht	192( 9,5%)	10,1	111(32,1%)	7,9	303(22,8%)	9,2
Schüler pro Jahr	3293	173,7	1788	127,7	5081	154
Lehrer	311	16,4	49	3,5	360	10,9
Schüler pro Lehrer	6,53		7,06		6,6	
Schüler pro Jahr pro Lehrer	10,59		36,49		14,11	

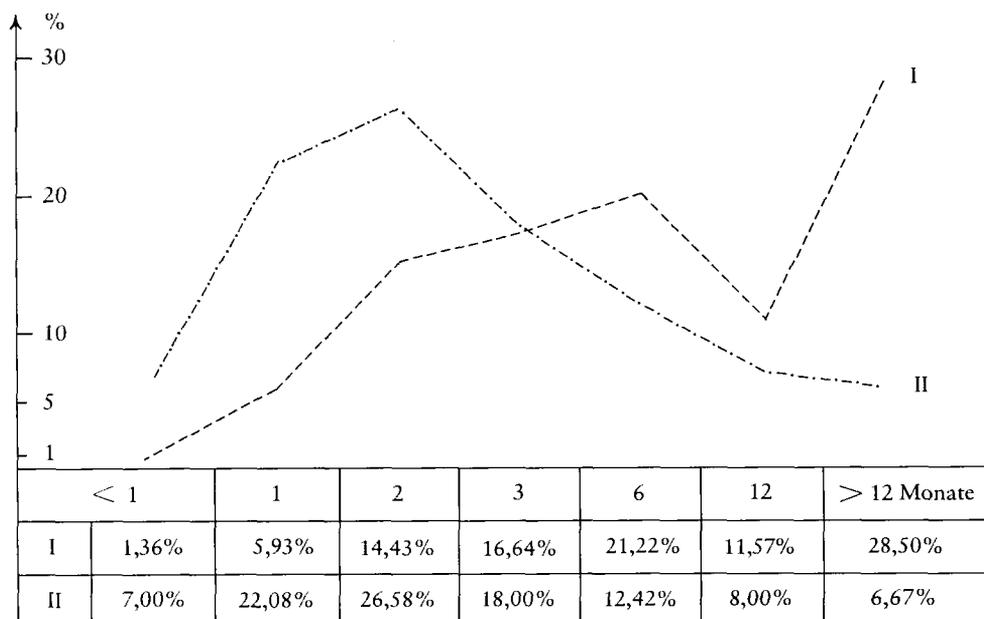


Abbildung 2: Vergleich der durchschnittlichen Beschuldungsdauer in Krankenhauschulen der Gruppe I und II

überrepräsentiert, bleiben aber mit ca. 10% in der Minderheit, wogegen sie in Gruppe I mit 63% fast  $\frac{2}{3}$  der Schülerpopulation ausmachen (Tab.5 und Abb.3). Die Lehrer von

Gruppe II sind je zur Hälfte Grund- und Hauptschul- und Sonderschullehrer. In Gruppe I sind zur Hälfte Erzieher (Tab.6 u. Abb.4).

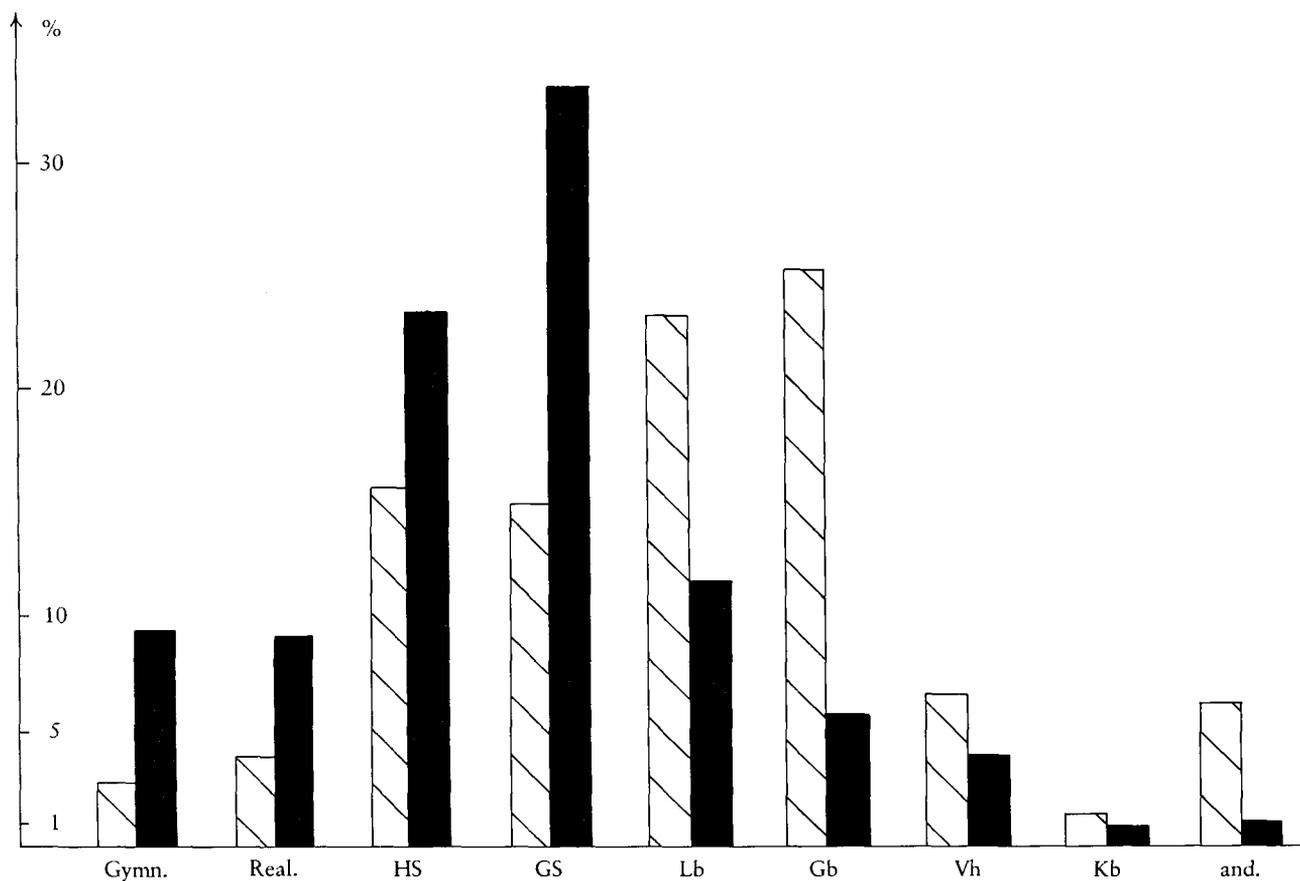


Abbildung 3: Vergleich der Schülerschaft von Gruppe I und II

Tabelle 5: Schülerpopulation in kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausschulen der Gruppe I und II

	I	II	gesamt
Gymnasium	2,69%	9,30%	5,66%
Realschule	3,94%	8,85%	6,14%
Hauptschule	15,63%	23,46%	19,14%
Grundschule	14,81%	33,30%	23,10%
Sonderschule für Lernbehinderte	23,25%	11,77%	18,10%
Geistigbeh.	25,50%	5,77%	16,66%
Verhaltensgest.	6,75%	3,92%	5,48%
Körperbeh.	1,19%	0,92%	1,07%
andere oder keine Schule	6,25%	1,23%	4,00%

Diskussion der Ergebnisse

Die ständig steigende Zahl von Schulen für Kranke im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie läßt die Frage nach der Zuordnung zu einem bestimmten Schultyp oder die Einführung eines neuen, auf dieses Arbeitsfeld spezialisierten Sonderschultyps dringlicher werden. Durch eine Erhebung der Ist-Lage und eine Analyse der Daten auf dem Stand Sommer 1981 sollten Kriterien für eine mögliche Entscheidung gefunden werden:

Die Analyse der Daten ließ eine große Heterogenität der Unterrichtssituation in diesem Bereich sichtbar werden, was zu der Frage veranlaßt, ob es sich eigentlich um einen einheitlichen Schultypus handle oder nicht. Eine Differenzierung zwischen den großen und kleineren psychiatrischen Einrichtungen ergab innerhalb dieser Gruppen, besonders innerhalb Gruppe I ein größeres Maß an Homogenität. Die relativ großen Schulen dieser Gruppe stehen in gleicher Relation zu Sonderschulen für Geistigbehinderte oder Erziehungsschwierige wie zu solchen für Kranke. Mit der letzteren hat sie die Hospitalisierung der Schüler und die formale und topologische Zuordnung zum System der medizinischen Versorgung gemeinsam, mit den erstgenannten den überwiegenden Teil der Schülerpopulation. Da bei fast allen Patienten eine kausale medizinische Therapie unmöglich oder doch zumindest wenig erfolgversprechend ist, die Hospitalisierung meist aus sozialen, nicht selten aus kriminologischen Gründen erfolgt, sei hier einmal die Frage nach dem Sinn der Zuordnung dieser Heime und Schulen zum Medizinalsystem aufgeworfen.

Bezüglich der „Liegezeiten“, der Herkunft der Schüler, der Ausbildung und Arbeitsbedingungen der Lehrer sind die Schulen der Gruppe II eindeutig den Krankenhausschu-

Tabelle 6: Ausbildung der Lehrer in kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhausschulen

	I	II	gesamt
Gymnasium	9 (2,9%)	3 (6,1%)	12 (3,3%)
Realschule	8 (2,5%)	4 (8,2%)	12 (3,3%)
Grund- u. Hauptschule	40 (12,9%)	21 (42,9%)	61 (16,9%)
Sonder- schule	78 (25,1%)	21 (42,9%)	99 (27,5%)
andere	176 (56,6%)		176 (48,9%)
männlich	164 (52,7%)	21 (42,9%)	185 (51,4%)
weiblich	147 (47,3%)	28 (57,1%)	175 (48,6%)
gesamt	311 (86,4%)	49 (13,6%)	360

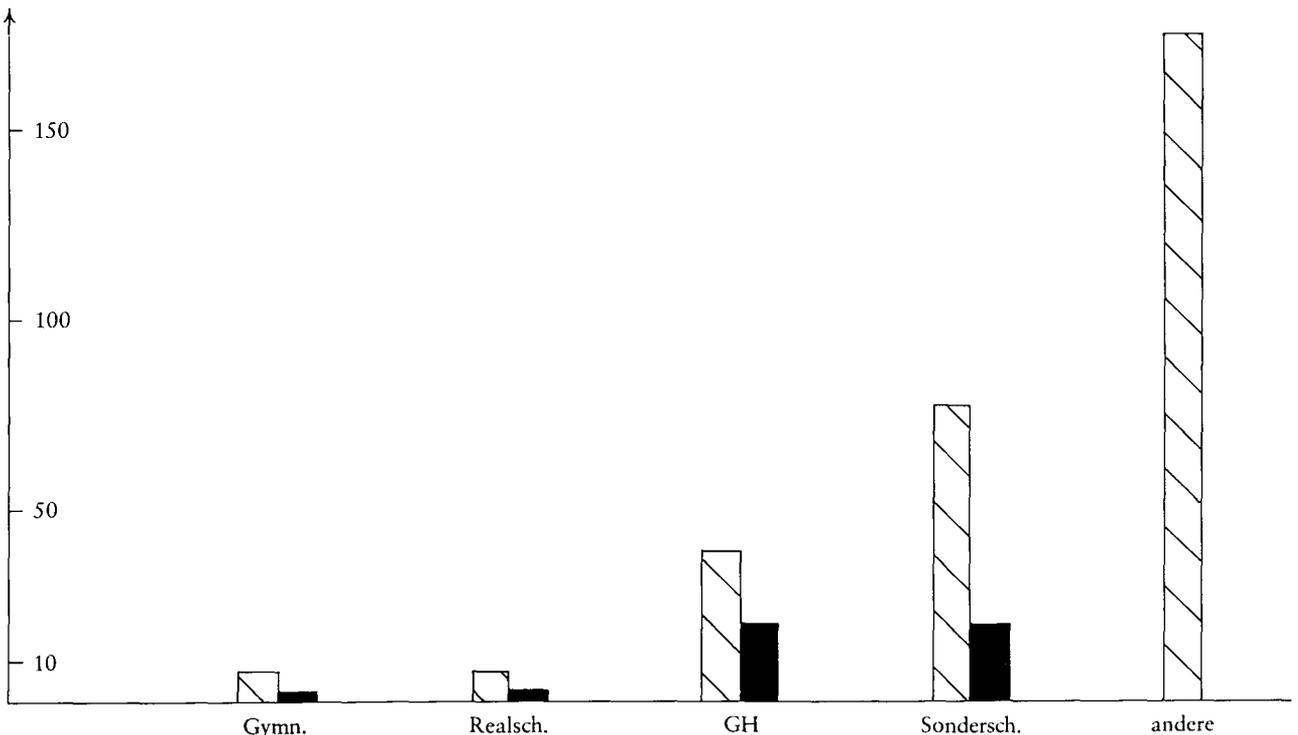


Abbildung 4: Gegenüberstellung von Zahl und Ausbildung der Lehrer in Gruppe I und II

len zuzuordnen. Innerhalb dieser Schulform sind sie zwar insofern noch als Sondergruppe anzusehen, als die Schüler gewöhnlich keine körperlichen Beschwerden und keine Bewegungseinschränkungen haben und die Therapiedauer relativ gut vorhersehbar ist. Die Tatsache, daß es sich meist um zeitlich eng begrenzte Therapiemaßnahmen an Patienten handelt, die zum größten Teil nicht den Behinderten zuzurechnen sind, verweist eindeutig auf die Krankenpädagogik.

Mit Ausnahme der hier unter Gruppe I zusammengefaßten Schulen hat sich im Bereich der Krankenhausschulen in den letzten Jahren durch die drastische Verkürzung der Krankenhausaufenthaltszeiten auch im orthopädischen Bereich eine stärkere Homogenisierung bezüglich der Unterrichtsbedingungen ergeben. Waren Anfang der siebziger Jahre die Schulen an allgemeinen, orthopädischen und jugendpsychiatrischen Kliniken bezüglich ihres Schülergutes, der Beschuldungsdauer und der Ausbildung der Lehrer deutlich voneinander zu unterscheiden und die Ausbildung der in diesen Bereichen eingesetzten Lehrer als Grund- und Hauptschullehrer bzw. als Sonderschullehrer für Körperbehinderte, Geistigbehinderte oder Erziehungsschwierige noch sinnvoll, so ist der Schwerpunkt der Arbeit in den Krankenhausschulen heute auf andere Bereiche verlegt, für die eine adäquate Ausbildung bisher noch nicht angeboten wird. Einzig die Schulen der Gruppe I fallen bisher aus diesem Bedingungsrahmen heraus. Sollte der Trend zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung in den kommenden Jahren auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sich stärker durchsetzen, ergeben sich zukünftig vielleicht neue Perspektiven. Ansonsten ist die Frage zu stellen, ob längerfristig das Behinderungsklassifikationschema der Sonderschulen auf die kinder- und jugend-

psychiatrischen Langzeiteinrichtungen übertragen oder für diese Einrichtungen ein eigener Sonderschultyp geschaffen werden sollte.

### Summary

#### *Schools for Patients in Psychiatric Institutions for Children and Adolescents*

An analysis of the conditions for teaching in hospital schools inside psychiatric institutions for children and adolescents reveals great heterogeneity. The schools in large long-term institutions are more like specific schools for the mentally retarded or child guidance schools than those in smaller therapeutic units. The latter are to be classified unmistakably as hospital schools. In the future the discussion between medical men and pedagogues concerning the education of children in psychiatric institutions must more closely refer to formal and topological conditions than has hitherto been the case.

### Literatur

*Friemelt, A.* (Hrsg.): Bestandsaufnahme in der Krankenhauspädagogik. Bonn 1981. – *Heinz, G.*: Das Berufsbild des Lehrers. Die Schwester/Der Pfleger, 19, 178–181 (1980). – *Wienbues, J.*: Die Schule für Kranke, Rheinstetten 1979. – *Ders.*: Die Schule für Kranke (Sonderschule): Aufgabe und Stand der Realisierung, Sozialpädiatrie, 2, 398–393 (1980).

Anshr. d. Verf.: Dr. Jens Wienbues, Neukircher Mühle 37, Essen 16.