

Kommunale Entwicklungen an Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige
Entwicklung (FZgE) in Ostbayern

Transformationsprozesse im Kontext schulischer Inklusion

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Fakultät für Humanwissenschaften der Universität Regensburg

vorgelegt von

Alexander Gotthardt
aus Regensburg

2023

Gutachter (Betreuer): Prof. Dr. Wolfgang Dworschak

Gutachter: Prof. Dr. Markus Gebhardt

Zusammenfassung

Die erste Dekade seit Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention markiert den Betrachtungszeitraum der vorliegenden Studie. Sechs Förderzentren (Geistige Entwicklung / FZgE) in Ostbayern werden vor dem Hintergrund der Fragestellung untersucht, ob (1.) mögliche qualitative Transformationsmerkmale empirisch belegt werden können, wenn ja, (2.) welche Effekte sich dadurch auf die organisationale Ausgangslage ergeben und ob (3.) daraus konkrete Handlungsempfehlungen für die pädagogische Praxis ableitbar sind. Die Studie ist im Mixed-Methods-Design angelegt. Einer indikatorenbasierten quantitativen Erhebung im retrospektiven Trenddesign zur Beschreibung der Schülerklientel an FZgEs folgen zwei qualitative Forschungsschritte in Form von Experteninterviews und moderierten Gruppendiskussionen, so dass abstrakte quantitative Ergebnisse in der Präsentation und Diskussion der Erkenntnisse handlungsorientiert mit der pädagogischen Praxis kontextualisiert und dadurch graduell konkretisiert werden. Die quantitative Untersuchung stellt forschungsrelevante Veränderungen hinsichtlich der Entwicklung der Schülerzahlen, der Anzahl und Verteilung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen sowie die fortschreitende Internationalisierung innerhalb der Schülerschaft heraus. Statistische Referenzgrößen auf Bundes- und Landesebene erweisen sich mit den regionalen Entwicklungen der Schülerzahlen kongruent und werden erläuternd um regionale Spezifika angereichert. Die zahlenmäßige Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen vollzieht sich in einem multifaktoriellen Wirkungsgefüge. Diagnostische Indikatoren und ihre Aussagekraft zur Beschreibung qualitativer Veränderungen der Schülerklientel werden im Spannungsfeld zugrundeliegender operationalisierter Definitionen und bestehender systembedingter Effekte kritisch diskutiert. Mögliche konstruktive Beiträge zur und interdisziplinäre Synergieeffekte bei der Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungen bei geistiger Behinderung durch Kooperation zwischen sonderpädagogischen und medizinisch-psychiatrischen Institutionen werden praxisrelevant pointiert. Auf der Grundlage der qualitativen Ergebnisse zur belegten sukzessiven Nationalitätendiversifizierung innerhalb der Schülerschaft lassen sich konkrete Handlungsdesiderata für die interdisziplinäre pädagogische Praxis formulieren.

| | | |
|-----------|--|----|
| 1. | Hinführung und Kontextualisierung | 10 |
| 1.1 | Artikel 24 - Systemstrukturelle Konsequenzen..... | 11 |
| 1.2 | Forschungsinteresse und übergeordnete Fragestellungen..... | 13 |
| 1.3 | Forschungsdesign und Methodik..... | 13 |
| 2. | Theoretische Grundlegung und Forschungsstand | 15 |
| 2.1 | Historische Aspekte der Pädagogik bei geistiger Behinderung | 15 |
| 2.1.1 | Historischer Abriss der Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung bis 1945 | 15 |
| 2.1.2 | Die legislative Wende der Schulgesetzgebung in Westdeutschland | 18 |
| 2.1.3 | Zur Entwicklung der FZgEs in Bayern | 19 |
| 2.1.4 | Entwicklungen in Ostbayern | 23 |
| 2.2 | Ausgangslage und aktuelle Entwicklungen | 25 |
| 2.2.1 | Aktuelle Gesetzliche Grundlagen – der „bayerische Weg“ zur Inklusion | 25 |
| 2.2.2 | Bildungsstatistische Analysen zu Inklusion- und Exklusion | 27 |
| 2.2.3 | Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an Förderzentren | 37 |
| 2.2.4 | Entwicklungen in Ostbayern | 40 |
| 2.2.4.1 | Schülerzahlentwicklung und Bevölkerungswachstum..... | 40 |
| 2.2.4.2 | Anteil ausländischer Bevölkerung nach Altersgruppen | 47 |
| 2.3 | Beschreibung der Schülerschaft an FZgEs | 49 |
| 2.3.1 | Epidemiologie, Prävalenz und Ätiologie geistiger Behinderung | 50 |
| 2.3.2 | Medizinisch-psychiatrische und psychologische Annäherungen | 53 |
| 2.3.2.1 | Medizinisch-psychiatrische Definition von geistiger Behinderung..... | 53 |
| 2.3.2.2 | Zur Komorbidität psychischer Störungen | 58 |
| 2.3.2.3 | Häufige komorbide psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10..... | 60 |
| 2.3.2.2.1 | F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) | 60 |
| 2.3.2.2.2 | F84 – Autismusspektrumstörungen (ASS) | 61 |
| 2.3.2.2.3 | F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen (VES)..... | 62 |
| 2.3.2.2.4 | F90 – Hyperkinetische Störungen (ADHS)..... | 64 |
| 2.3.3 | Pädagogische Annäherungen | 65 |
| 2.3.4 | Soziologische Annäherungen..... | 69 |
| 2.4 | Aktueller Stand der empirischen Forschung zur Schülerschaft FZgEs in Bayern | 73 |
| 2.4.1 | SFGE I | 73 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 2.4.2 | SFGE II | 75 |
| 2.5 | Konkretisierung der Fragestellung..... | 77 |
| 3. | Methode – quantitative Studie | 79 |
| 3.1 | Studiendesign der quantitativen Untersuchung..... | 79 |
| 3.2 | Stichprobe..... | 79 |
| 3.2.1 | Erläuterungen zur Trägerschaft der Stichprobenschulen..... | 80 |
| 3.2.2 | Siedlungsstrukturelle Kreis- und Regionstypen..... | 81 |
| 3.2.3 | Instrument und Erhebungsmethode | 84 |
| 3.2.5 | Deskriptive Darstellung der Ergebnisse | 86 |
| 3.3 | Auswahl und Begründung der Indikatoren | 86 |
| 3.3.1 | Herangezogene soziostrukturelle Indikatoren | 86 |
| 3.3.1.1 | Schülerzahlen | 86 |
| 3.3.1.2 | Geschlechterverhältnis | 87 |
| 3.3.1.3 | Nationalität..... | 87 |
| 3.3.2 | Herangezogene diagnostische Indikatoren | 88 |
| 3.3.2.1 | Intelligenzniveaus | 88 |
| 3.3.2.2 | Zum Indikator kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen | 89 |
| 3.3.2.3 | F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) | 91 |
| 3.3.2.4 | F84 – Autismusspektrumstörung (ASS) | 91 |
| 3.3.2.5 | F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen (VES)..... | 91 |
| 3.3.2.6 | F90 – Hyperkinetische Störungen (ADHS)..... | 91 |
| 3.3.2.7 | Sonstige psychische Störungen | 92 |
| 4. | Ergebnisdarstellung – quantitative Studie | 93 |
| 4.1 | Soziostrukturelle Indikatoren | 93 |
| 4.1.1 | Schülerzahlentwicklung | 93 |
| 4.1.2 | Nationalitäten..... | 94 |
| 4.1.3 | Geschlechterverhältnis | 97 |
| 4.2 | Diagnostische Indikatoren | 97 |
| 4.2.1 | Intelligenzniveaus | 97 |
| 4.2.2 | Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen | 99 |
| 4.2.3 | Anzahl psychiatrischer Diagnosen | 101 |
| 4.2.4 | Mehrfachdiagnosen | 101 |

| | | |
|---------|---|-----|
| 4.2.5 | Verteilung der Diagnosearten | 102 |
| 4.2.5.1 | F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen | 103 |
| 4.2.5.2 | F84 – Autismusspektrumstörungen (ASS) | 104 |
| 4.2.5.3 | F9 - Verhaltens- und emotionale Störungen | 105 |
| 4.2.5.4 | F90 – Hyperkinetische Störungen | 109 |
| 4.2.5.5 | Sonstige Störungen | 110 |
| 5. | Diskussion – quantitative Studie | 113 |
| 5.1 | Soziostrukturelle Indikatoren | 113 |
| 5.1.1 | Schülerzahlentwicklung | 113 |
| 5.1.2 | Nationalitäten | 114 |
| 5.1.3 | Geschlechterverhältnis | 119 |
| 5.2 | Diagnostische Indikatoren | 120 |
| 5.2.1 | Intelligenzniveaus | 120 |
| 5.2.2 | Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen | 121 |
| 5.2.3 | Anzahl psychiatrischer Diagnosen | 122 |
| 5.2.4 | Mehrfachdiagnosen | 123 |
| 5.2.5 | Verteilung der Diagnosearten | 123 |
| 5.2.5.1 | F8 | 124 |
| 5.2.5.2 | F84 | 126 |
| 5.2.5.3 | F9 | 127 |
| 5.2.5.4 | F90 | 129 |
| 5.2.5.5 | Sonstige Störungen | 130 |
| 5.3 | Zusammenfassung | 131 |
| 5.3.1 | Zusammenfassung soziostruktureller Indikatoren | 132 |
| 5.3.2 | Zusammenfassung diagnostischer Indikatoren | 133 |
| 6. | Theoretische Vertiefungen forschungsrelevanter Themenkomplexe | 136 |
| 6.1 | Vertiefung – kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung | 136 |
| 6.1.1 | Historische Zusammenhänge | 137 |
| 6.1.2 | Zur psychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung | 141 |
| 6.1.3 | Kooperation und Beiträge der Disziplinen | 145 |
| 6.1.4 | Zur Versorgungslage in Bayern unter besonderer Berücksichtigung Ostbayerns | 147 |
| 6.1.4.1 | Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken | 147 |

| | | |
|---------|--|-----|
| 6.1.4.2 | Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater..... | 147 |
| 6.1.4.3 | Sozialpädiatrische Zentren | 150 |
| 6.1.5 | Zusammenfassung | 151 |
| 6.2 | Vertiefung – Migration und Behinderung im Kontext der Heil- und Sonderpädagogik..... | 153 |
| 6.2.1 | Zu empirischen Belegen der Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an Förderschulen | 154 |
| 6.2.2 | Zu Erklärungsansätzen der Überrepräsentanz | 157 |
| 6.2.3 | Normative Aspekte | 160 |
| 6.2.4 | Zur Situation an FZgEs – qualitative Zugänge | 161 |
| 6.2.5 | Subjektbezogene Aspekte | 163 |
| 6.2.6 | Testverfahren im Zuge der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Kontext Migration und Behinderung | 163 |
| 6.2.7 | Zusammenfassung | 166 |
| 7. | Methode – qualitative Studie | 169 |
| 7.1 | Experteninterviews | 169 |
| 7.1.1 | Leitfaden Experteninterview I – psychiatrische Diagnosen | 172 |
| 7.1.2 | Leitfaden Experteninterview II – Internationalisierung..... | 174 |
| 7.2 | Gruppendiskussionen..... | 177 |
| 7.2.1 | Stichprobe / Sample | 178 |
| 7.2.2 | Entwicklung der Rahmenkategorien und des Diskussionsleitfadens | 179 |
| 7.2.3 | Leitfaden Gruppendiskussionen | 181 |
| 7.2.4 | Methodische Umsetzung der Gruppendiskussionen..... | 182 |
| 7.2.5 | Inhaltsanalytische Auswertung | 183 |
| 8. | Ergebnisdarstellung – qualitative Studie | 184 |
| 8.1 | Auswertung Experteninterview I | 184 |
| 8.1.1 | Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen / Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 184 |
| 8.1.2 | Mehrfachdiagnosen | 187 |
| 8.1.3 | Verteilung der Diagnosearten..... | 187 |
| 8.1.3.1 | F8..... | 187 |
| 8.1.3.2 | F84..... | 189 |
| 8.1.3.3 | F9..... | 191 |
| 8.1.3.4 | F90..... | 192 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 8.1.3.5 | Sonstige Störungen | 194 |
| 8.1.4 | Psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung | 195 |
| 8.1.5 | Kooperation und Beiträge der Disziplinen (Psychiatrie / Pädagogik)..... | 197 |
| 8.1.6 | Psychiatrische Versorgungslage | 198 |
| 8.1.7 | Zusammenfassung Experteninterview I | 202 |
| 8.2 | Auswertung Experteninterview II | 205 |
| 8.2.1 | Erklärungsansätze der Überrepräsentanz..... | 205 |
| 8.2.2 | Zur unterschiedlichen Bewertung von Herkunftsregionen | 212 |
| 8.2.3 | Zur regionalen Ungleichverteilung ausländischer Kinder und Jugendlicher an den Stichprobenschulen | 214 |
| 8.2.4 | Zu aktuellen Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen | 215 |
| 8.2.4.1 | Normative Aspekte | 216 |
| 8.2.4.2 | Impulse für die Aus- und Weiterbildung in sozialen Professionen | 217 |
| 8.2.4.3 | Netzwerkressourcen und Bedeutung des Sozialraums | 219 |
| 8.2.5 | Weiterführende Forschungsfragen und Ausblick | 222 |
| 8.2.6 | Zusammenfassung Experteninterview II | 224 |
| 8.3 | Moderierte Gruppendiskussion..... | 227 |
| 8.3.1 | Gruppendiskussion Schule I..... | 227 |
| 8.3.1.1 | Schülerzahlentwicklung | 227 |
| 8.3.1.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 228 |
| 8.3.1.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 228 |
| 8.3.1.4 | Bewertung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 229 |
| 8.3.1.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 230 |
| 8.3.1.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 231 |
| 8.3.1.7 | Weiterführende Aspekte zu Rahmenkategorie I..... | 232 |
| 8.3.1.8 | Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze..... | 232 |
| 8.3.1.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 233 |
| 8.3.1.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 234 |
| 8.3.1.11 | Integratives Potential heil- und sonderpädagogischer Settings | 235 |
| 8.3.1.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE.. | 236 |
| 8.3.1.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 237 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 8.3.1.14 | Weiterführende Aspekte - Rahmenkategorie II | 237 |
| 8.3.2 | Gruppendiskussion Schule II..... | 237 |
| 8.3.2.1 | Schülerzahlentwicklung | 238 |
| 8.3.2.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 238 |
| 8.3.2.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 239 |
| 8.3.2.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 241 |
| 8.3.2.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 241 |
| 8.3.2.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 242 |
| 8.3.2.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 242 |
| 8.3.2.8 | Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze..... | 243 |
| 8.3.2.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 244 |
| 8.3.2.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 245 |
| 8.3.2.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 245 |
| 8.3.2.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE.. | 245 |
| 8.3.2.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 246 |
| 8.3.2.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 247 |
| 8.3.3 | Gruppendiskussion Schule III..... | 247 |
| 8.3.3.1 | Schülerzahlentwicklung | 247 |
| 8.3.3.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 248 |
| 8.3.3.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 249 |
| 8.3.3.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 250 |
| 8.3.3.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 251 |
| 8.3.3.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 251 |
| 8.3.3.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 252 |
| 8.3.3.8 | Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze..... | 252 |
| 8.3.3.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 253 |
| 8.3.3.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 253 |
| 8.3.3.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 254 |
| 8.3.3.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE.. | 254 |
| 8.3.3.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 255 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 8.3.3.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 255 |
| 8.3.4 | Gruppendiskussion Schule IV | 255 |
| 8.3.4.1 | Schülerzahlentwicklung | 255 |
| 8.3.4.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 256 |
| 8.3.4.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 256 |
| 8.3.4.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 257 |
| 8.3.4.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 258 |
| 8.3.4.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 259 |
| 8.3.4.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 259 |
| 8.3.4.8 | Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze..... | 260 |
| 8.3.4.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 261 |
| 8.3.4.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 261 |
| 8.3.4.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 262 |
| 8.3.4.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE.. | 262 |
| 8.3.4.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 262 |
| 8.3.4.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 262 |
| 8.3.5 | Gruppendiskussion Schule V | 263 |
| 8.3.5.1 | Schülerzahlentwicklung | 263 |
| 8.3.5.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 263 |
| 8.3.5.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 264 |
| 8.3.5.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 265 |
| 8.3.5.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 266 |
| 8.3.5.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 266 |
| 8.3.5.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 267 |
| 8.3.5.8 | Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze..... | 268 |
| 8.3.5.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 269 |
| 8.3.5.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 269 |
| 8.3.5.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 269 |
| 8.3.5.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven..... | 270 |
| 8.3.5.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 271 |
| 8.3.5.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 271 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 8.3.6 | Gruppendiskussion Schule VI | 272 |
| 8.3.6.1 | Schülerzahlentwicklung | 272 |
| 8.3.6.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 273 |
| 8.3.6.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 274 |
| 8.3.6.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 275 |
| 8.3.6.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 276 |
| 8.3.6.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 277 |
| 8.3.6.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 277 |
| 8.3.6.8 | Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze..... | 277 |
| 8.3.6.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 279 |
| 8.3.6.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 280 |
| 8.3.6.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 280 |
| 8.3.6.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven..... | 280 |
| 8.3.6.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 281 |
| 8.3.6.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 281 |
| 8.3.7 | Vergleichende Gesamtanalyse Schule I – VI | 281 |
| 8.3.7.1 | Schülerzahlentwicklung | 281 |
| 8.3.7.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 282 |
| 8.3.7.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 284 |
| 8.3.7.4 | Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 284 |
| 8.3.7.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 285 |
| 8.3.7.6 | Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 286 |
| 8.3.7.7 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I | 287 |
| 8.3.7.8 | Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze..... | 288 |
| 8.3.7.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 289 |
| 8.3.7.10 | Aspekte interkultureller Pädagogik | 290 |
| 8.3.7.11 | Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik | 290 |
| 8.3.7.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven..... | 291 |
| 8.3.7.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 292 |
| 8.3.7.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 293 |
| 9. | Diskussion – qualitative Studie | 294 |
| 9.1 | Schülerzahlentwicklung | 294 |

| | | |
|------|--|-----|
| 9.2 | Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen | 296 |
| 9.3 | Aussagen zu spezifischen Störungsbildern..... | 298 |
| 9.4 | Bewertung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungslage | 299 |
| 9.5 | Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze | 300 |
| 9.6 | Subjektive Bewertung zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten | 302 |
| 9.7 | Weiterführende Aspekte - Rahmenkategorie I | 303 |
| 9.8 | Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze..... | 304 |
| 9.9 | Interkulturelle Elternarbeit..... | 306 |
| 9.11 | Integratives Potential heil- und sonderpädagogischer Settings | 308 |
| 9.12 | Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven..... | 308 |
| 9.13 | Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung..... | 310 |
| 9.14 | Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II | 311 |
| 10. | Ausblick und systemstrukturelle Ableitungen | 311 |
| | Literaturverzeichnis | 314 |
| | Tabellenverzeichnis | 337 |
| | Abbildungsverzeichnis | 339 |

1. Hinführung und Kontextualisierung

Die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention¹ durch die deutsche Bundesregierung im Jahr 2009 war in der vergangenen Dekade Ausgangspunkt vielfältiger Transformationsprozesse in allen Dimensionen gesellschaftlichen Lebens. Die Konvention expliziert erstmals elementare Menschenrechte für die Gruppe von Menschen mit Behinderung. Neben Themen wie *Barrierefreiheit*, *Partizipation* und *Selbstbestimmung* erhält die Debatte zum komplexen Thema *schulische Inklusion* sowohl medial, in der öffentlichen Wahrnehmung, als auch im politischen und fachlichen Diskurs besondere Aufmerksamkeit. Speck (2010, S. 32 f.) legt mit der beginnenden rechtlichen Verpflichtung der deutschen Bundesländer zum Aufbau eines inklusiven Schulsystems „unbefriedigende Zahlen“ (ebd., S. 32) vor und verweist damit bereits zum Zeitpunkt der Ratifizierung der Konvention auf die im europäischen Vergleich höchste Förderschulbesuchsquote (F-Quote)² in Deutschland. Das vergangene erste Jahrzehnt der *Inklusion*, nach dem Verständnis der UN-BRK, begann in Deutschland also trotz „fast vier Jahrzehnten Bemühen und Kampf um ‚Integration‘“ (ebd.) mit einem hohen Schülerzahlniveau an Förderschulen. Ebenfalls hat sich der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf schulartunabhängig im Vergleich zur Gesamtheit aller schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen von 1.6 % im Jahr 1955 hin zu 7 % im Jahr 2018 mehr als vervierfacht (Ebenbeck et al. 2023, S. 1). Die rechtlich verpflichtende *inklusive* Umgestaltung des Bildungssystems intendiert sukzessive immer mehr Kinder und Jugendliche mit Förderbedarf inklusiv im Regelsystem zu beschulen, weshalb nach zehn Jahren trotz des höheren Anteils von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf grundsätzlich ein Rückgang der Anzahl von Kindern und Jugendlichen an Förderschulen zu erwarten sein dürfte. Derzeit ist dies allerdings nicht in allen deutschen Bundesländern oder darin, sofern vorhanden, auch in den einzelnen schulischen Förderschwerpunkten entsprechend oder vergleichbar festzustellen – im Gegenteil zeigen makrostatistische Analysen gegensätzliche oder zumindest andersgestaltete Entwicklungen. Das erste Jahrzehnt nach Ratifizierung der Konvention (2009–2019) bietet eine prädestinierte zeitliche Markierung zur wissenschaftlichen Beleuchtung und Evaluation einer gesamtgesellschaftlichen Transformationsverpflichtung – aufgrund ihrer exponierten Austragung, im Besonderen die Debatte um schulische Inklusion, obwohl sie, betrachtet man die Tragweite der UN-BRK und ihre vermeintlichen Konsequenzen auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens, nur auf einen spezifischen Teilbereich inklusiver Strukturen und Bestrebungen rekurriert.

Die vorliegende Arbeit wählt den Weg einer empirischen Retrospektive auf die erste Dekade seit Ratifizierung der Konvention und trägt damit der wissenschaftlichen Evaluation einer Transformationsverpflichtung paradigmatischen Ausmaßes bei, ohne sich auf das Thema Inklusion zu fixieren. Vielmehr unternimmt sie den Versuch, die Wirklichkeit an ostbayerischen Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung³ durch systematische Analyse und methodisch verschränkte Forschungszugänge im weiten Kontext der Inklusion zu beschreiben. Da Bayern sich schulrechtlich wie politisch zu den FZgEs bekennt, werden sie als faktisches Phänomen innerhalb des bayerischen Schulsystems behandelt, ihre Rechtmäßigkeit und Koventionskonformität zwar thematisch aufgegriffen, jedoch nicht

¹ Im weiteren Textverlauf als ‚UN-BRK‘ oder ‚die Konvention‘ bezeichnet

² F-Quote = „Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf an Förderschulen“ (Speck 2010, S. 32)

³ Im weiteren Textverlauf im Singular als FZgE im Plural (trotz linguistisch formfalscher Verwendung des Plural - „s“ aufgrund der leichteren Lesbarkeit) als FZgEs bezeichnet.

zum Kernobjekt der Studie – FZgEs sind *Aspekte der Wirklichkeit*, deren detaillierte wissenschaftliche Betrachtung der zukünftigen Diskussion über Inklusion dienlich sein kann.

1.1 Artikel 24 - Systemstrukturelle Konsequenzen

Artikel 24⁴ der Konvention behandelt das Recht auf Bildung und wirkt seit 2009 in allen deutschen Bundesländern in Form von Gesetzesnovellen oder Änderungen im Verordnungsrecht substantiell sowohl auf die Rechte von Kindern und Erwachsenen mit Behinderungen als auch die länderspezifischen Bildungssysteme (Mißling und Ückert 2015, S. 68 ff.). Der bildungspolitische Diskurs und die, durch den bundesdeutschen Föderalismus von einzelnen Bundesländern gewählten Umsetzungs- und Anpassungsversuche (vgl. ebd.), bewegen sich facettenreich zwischen radikalen Standpunkten zur Abschaffung des Förderschulwesens, hin zum Festhalten an Förderschulen als inklusions-spezialisierter Bestandteil des allgemeinen Bildungssystems (Speck 2010, S. 86).

Als Wissenschaftler, der um Objektivität und Realitätsanalyse bemüht sein muss, bewegt man sich bei diesem Thema quasi auf einem ideologischen *Minenfeld*. (ebd., S. 7)

Das Solidaritätsrecht auf *Bildung* betrifft hinsichtlich seiner legislativen Grundlegung zwar ausschließlich gesetzgebende Instanzen (Degener 2009, S. 34 ff.), durchdringt aber bereits im laufenden Implementierungsprozess eines inklusiven Schulsystems unmittelbar die Arbeitsrealität von Lehrkräften und angrenzenden Professionen in pädagogischen Arbeitsfeldern.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind sowohl für den akademischen als auch außerakademischen Diskurs unterschiedliche Auslegungen und Begriffsdefinitionen, divergierende Interessenlagen, konfligierende sozioethische Ansprüche, unterschiedliches Selbstverständnis von Schularten, Schultraditionen der einzelnen Bundesländer sowie systemimmanente Hürden als Gründe für eine teils ideologisch wie auch apodiktisch geführte Diskussion zu nennen, die bis heute keinen definitorischen Endstand erreicht hat (Ahrbeck 2011; Speck 2010, 2019). Zum zehnten Jahrestag der Implementierung der UN-BRK wurden diverse retrospektiv evaluative Studien veröffentlicht (Hess et al. 2019; Hollenbach-Biele et al. 2020; Klemm 2013, 2015, 2018), die methodisch unterschiedlich angeregte Transformationen und bisherige Erfolge der Inklusionsbemühungen in Deutschland darstellen und retro- wie prospektiv bewerten. Hollenbach-Biele und Klemm (2020) stellen in ihrer kritischen Betrachtung der statistischen Entwicklungen nüchtern fest, einige Bundesländer ‚entfernten‘ sich sowohl in der vergangenen Dekade als auch zukünftig von den inklusiven Zielen der UN-BRK, während andere die Bestrebungen zu einem neustrukturierten inklusiven Schulsystem weiterführten (Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 11).

Einschränkend erschwert sich die Vergleichbarkeit der Inklusionserfolge zwischen den Ländern unter anderem durch eine abweichende Praxis bei der Diagnostik des Sonderpädagogischen Förderbedarfs, divergente Definitionen und vielfältige schulrechtliche Auslegungen *inklusive* Beschulung, die sich vor allem in den gewichtigen bildungsstatistischen Metaanalysen (Klemm 2013, 2018) verzerrend auswirken.

⁴ Artikel 24 – Bildung: [...] (2) Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass

a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden;

b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben;

c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden;

Quantitative bildungsstatistische Analysen vermögen metaperspektivische Hinweise auf Makrotendenzen, als solche auf konkrete pädagogische Herausforderungen im Zusammenhang mit Inklusion zu geben und skizzieren die bisher angeregten Transformationsprozesse stark abstrahiert; dringend notwendige, handlungsleitende Ideen für die pädagogische und organisatorische Praxis an den einzelnen Bildungseinrichtungen verschiedener Schularten bieten sie nicht, was Klemm (2018) der Darstellung seiner Forschungsergebnisse bereits deutlich voranstellt:

Auf die Frage, ob die eingeforderten Vorkehrungen für die Bedürfnisse der Einzelnen, ob deren notwendige Unterstützung sowie die individuell angepassten Unterstützungsmaßnahmen tatsächlich geboten werden, kann eine bildungsstatistische Analyse keine Antworten finden. (Klemm 2018, S. 6)

Eine Betrachtung des Schulsystems, die handlungsleitende Aussagen über sich vollziehende Transformationsprozesse und konkrete strukturelle Systemmerkmale sowie notwendige Anpassungsbedarfe treffen möchte, gelingt aktuell nur im engen Bezugsrahmen der einzelnen Bundesländer und, der Realität eines traditionell mehrgliedrigen Schulsystems in Deutschland geschuldet, ebenfalls nur durch explizite Betrachtung einer spezifischen Schulform.

Die vorliegende Dissertation fokussiert im Rahmen der vorangestellten Überlegungen die Entwicklungen in Bayern und den Schultyp *Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (FZgEs)* mit der Absicht, Veränderungen in der pädagogischen Ausgangslage an FZgEs indikatorenbasiert zu beschreiben, mögliche (Neben-)Wirkungen inklusiver Bestrebungen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung zu konkretisieren und der Diskussion um veränderte pädagogische wie strukturelle Ausgangslagen Impulse aus organisationstheoretischer Perspektive beizutragen.

Konstituierend für das Forschungsinteresse ist die übergeordnete Frage, welche Konsequenzen sich im Bereich der Förderschulen abzeichnen, wenn die bildungspolitische Maxime die Inklusion von Kindern- und Jugendlichen mit Behinderungen in das Regelschulwesen ist. Ausgehend von der Annahme, ein bestimmter Anteil von Schülern und Schülerinnen aus dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung würde entsprechend einer inklusiven Umgestaltung des Schulsystems in Regelklassen oder zumindest inklusiven Schulmodellen unterrichtet, wäre nach einer Dekade UN-BRK mit tendenziell sinkenden Schülerzahlen an den Förderzentren zu rechnen.

Sukzessive Umstrukturierung und die systematische Herausstellung inklusiver Potentiale im Regelschulwesen dürften vor allem Kindern und Jugendlichen mit sozial weitgehend akzeptierten Verhaltensweisen und/oder Störungssymptomen die wohnortnahe Beschulung in Regelschulen ermöglichen.

Da sich die Schülerschaft der FZgEs sowohl hinsichtlich der Schwere der Behinderung, als auch der behinderungs- und/oder störungsbedingten Symptomatologie als extrem heterogen beschreiben lässt, drängt sich weiter die Frage auf, welche Schüler und Schülerinnen aufgrund verschiedenartiger Gründe aktuell im *vermeintlich separierenden* System der FZgEs verbleiben. Somit nimmt die vorliegende Dissertation die empirische und quantitative Beschreibung einer Qualität der FZgEs, der Schülerschaft, anhand einer indikatorenbasierten Analyse vor, welche in methodischer Verschränkung mit weiteren qualitativen Schritten einen hohen Praxisbezug anstrebt, um handlungsleitende Impulse für die konzeptionelle und organisationsstrukturelle Weiterentwicklung der Schulform zu formulieren.

1.2 Forschungsinteresse und übergeordnete Fragestellungen

Die detaillierte Betrachtung der Schulart *FZgE* im bayerischen Schulsystem erfolgt auf der Grundlage einer quantitativen Erhebung, die durch Ergebnisse qualitativer Forschung flankiert wird. Lassen sich durch die Ergebnisse empirisch begründete Transformationsprozesse darstellen, bemüht sich die Diskussion, konkrete Impulse und Desiderata herauszuarbeiten. Die eingangs skizzierte Problemstellung und Forschungsabsicht lassen sich durch folgende überspannende Forschungsfragen weiter verdeutlichen:

- Wie verändern sich verschiedene Parameter (Schülerzahlen, soziostrukturelle und diagnostische Aspekte der Schülerschaft) der FZgEs seit der Ratifizierung der UN-BRK (2009) und der Reform des BayEUG⁵ (2011)?
- Sind konkrete strukturelle, personelle, methodische Konsequenzen für eine interdisziplinäre und zeitgemäße Organisationsentwicklung abzuleiten und operationalisierbar?

Die Analyse ist ein wissenschaftlicher Beitrag zur kritischen Diskussion vorhandener pädagogisch-therapeutischer Infrastrukturen an FZgEs in Bayern und folgt den Impulsen der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft zum Thema Inklusion (Budde 2017), „aus wissenschaftlicher Perspektive Stellung zu den bildungspolitischen, konzeptionellen und praktischen Fragen zu beziehen, die sich im Kontext von Inklusion stellen“ (ebd., S. 2).

Vorhandene heil- und sonderpädagogische, psycho- und medizinisch therapeutische sowie infrastrukturelle Potentiale, die individualisierte und qualitativ hochwertige Bildungssettings für *alle* Schüler*innen ermöglichen, können nicht professionsisoliert erfasst werden, vielmehr bedingt sich ihre hohe Qualität in der Summe multiprofessioneller Beiträge. In diesem Geiste wird auf der Grundlage fachspezifischer Forschungsergebnisse ein Beitrag zu interdisziplinärer Kommunikation, Kooperation und der Optimierung von bestehenden und potentiellen Synergieeffekten angestrebt. Additiv zu bestehenden Studien (z. B. Dworschak 2012) liegt das Bereicherungspotential dieser Forschung in den Ergebnissen einer mikroskopischen Betrachtung der multiprofessionellen Praxis an FZgEs durch die Verschränkung quantitativer und qualitativer Forschungszugänge. Das gesamte Forschungsvorhaben leistet einen konkreten wissenschaftlichen Beitrag zur Verjüngung der Lücke zwischen den Ergebnissen makroskopisch angelegter, empirischer Studien, die das inklusive Potential eines Schulsystems maßgeblich an statistischer Erkenntnis festmacht, und der Praxisrealität der bayerischen FZgEs.

1.3 Forschungsdesign und Methodik

Die Forschungsarbeit ist im *sequential explanatory Design* angelegt. Einem ersten quantitativen Schritt folgen zwei qualitative, so dass vorerst abstrakte quantitative Ergebnisse thematisch expliziert und durch qualitative Forschungszugänge praxisrelevant konkretisiert werden.

Im ersten, quantitativen Teil der Arbeit, werden die Ergebnisse einer indikatorengestützten Untersuchung dargestellt, die ggf. transformierende pädagogische Ausgangslagen an FzGEs im Verlauf einer

⁵ Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 31. Mai 2000 (GVBl. S. 414, 632, BayRS 2230-1-1-K), das zuletzt durch § 5 Abs. 16 des Gesetzes vom 23. Dezember 2019 (GVBl. S. 737) geändert worden ist.

Dekade empirisch belegen und im Untersuchungsprozess der Tendenzanalyse und Explikation forschungsrelevanter Themengebiete dienen. Die ausgewählten Indikatoren zielen auf die Darstellung der Schülerschaft an FZgEs hinsichtlich aussagekräftiger diagnostischer und soziostruktureller Aspekte. Einige Indikatoren stehen in komplexen Verbindungen zu weiteren ermittelten Kennzahlen und können im Zuge der Interpretation in Querbezüge gesetzt werden. Relevant für den quantitativen Datensatz sind die Schuljahre 2009/10 (Jahr der Ratifizierung der UN-BRK), 2014/15 (als Verlaufspunkt) und das Schuljahr 2019/20. Folgend auf die theoretische Einbettung, die Begründung und theoretische Fundierung der Indikatorenauswahl sowie die Darstellung der aktuellen Forschungslage, werden die Ergebnisse deskriptiv dargestellt und diskutiert. Die Diskussion ermöglicht die Kontextualisierung der Ergebnisse mit theoretischen Hintergründen und exponiert die, für die qualitative Untersuchung forschungsrelevanten Transformationsaspekte.

Der Themenfokus der qualitativen Forschungsschritte leitet sich direkt aus den Ergebnissen der vorausgehenden quantitativen Studie und den theoretischen Zugängen ab. Die theoretische Einbettung erfolgt gegliedert nach Themenbereichen und versucht multifaktorielle Bedingungsvektoren anhand fundierter wissenschaftlicher Kenntnisse und entsprechender Fachliteratur umfänglich darzustellen und in ihrer Komplexität analytisch zu durchdringen. Die Theoriekapitel erläutern aktuelle Ausgangslagen auf der Grundlage ihrer historischen Bedingungen und verknüpfen die Erkenntnisse handlungsbezogen mit der Praxisrealität. Zudem bildet der Theoriediskurs die wissenschaftliche Grundlage für die anschließenden, qualitativen Forschungsbeiträge. Die qualitativen Beiträge fokussieren Themenbereiche, deren wissenschaftliche und praktische Relevanz durch die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung pointiert wird, was nach der Darstellung der quantitativen Studie die Einstreuung theoretischer Vertiefungen zu den als forschungsrelevant bewerteten Themengebieten erfordert. Die erste methodisch qualitative Praxisverschränkung der Ergebnisse erfolgt durch Experteninterviews, die theoretische Zugänge durch fachliche Metaperspektiven operationalisieren und mit Praxiswissen verschränken.

Im zweiten, qualitativ angelegten Schritt der Untersuchung, werden auf der Grundlage der Ergebnisse der empirisch, theoretisch und qualitativ gewonnenen Erkenntnisse mit Vertretern ausgewählter Professionsgruppen, die in den untersuchten Institutionen involviert sind, moderierte, problemzentrierte Gruppendiskussionen geführt und systematisch nach aktuellen Kriterien qualitativer Sozialforschung transkribiert, evaluiert und interpretiert. Ein methodischer Zugang, der dem unmittelbaren Dialog zwischen Wissenschaft und Praxis und der bestmöglichen Ertraggewinnung im Transfer wissenschaftlicher Ergebnisse auf die Praxis Beitrag leisten will. Ausblickend werden komprimiert die Ergebnisse hinsichtlich ihrer Bedeutung für die konkrete Ausgestaltung des Systems FZgE in den untersuchten regionalen Bezugsräumen vorgelegt.

2. Theoretische Grundlegung und Forschungsstand

Kapitel 2 stellt im ersten Schritt die historische Entwicklung der schulischen Geistigbehindertenpädagogik und der Schulform FZgE in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Bundeslandes Bayern und der Entwicklungen in Ostbayern dar. Die aktuellen bildungspolitischen Rahmenbedingungen werden durch Erläuterungen zu legislativen Veränderungen in Bayern, wie sie als Reaktion auf die gesetzliche Verpflichtung zu einer inklusiven Ausrichtung des Schulsystems resultierten, dargelegt.

Im zweiten Schritt werden verfügbare statistische Analysen zur Entwicklung des Förderschulwesens in Deutschland, ebenfalls unter besonderer Hervorhebung der Situation in Bayern und im Speziellen in Ostbayern, vorgelegt, um quantifizierbare Effekte der Inklusionspolitik grundlegend in den Analyse Rahmen der Studie miteinzubeziehen. Zur Beschreibung der Entwicklung des bayerischen Schulsystems, werden statistische Aussagen bezüglich der Häufigkeiten und Verteilung der Schüler und Schülerinnen mit sonderpädagogischem Förderbedarf auf verschiedene Schulformen in Bayern herangezogen, um den schulischen Inklusionsprozess des vergangenen Jahrzehnts in Bayern zu beleuchten. Neben der quantitativ nachvollziehbaren Entwicklung finden verfügbare soziostrukturelle Informationen zur Schülerschaft an Förderzentren Beachtung. Die Entwicklungen an FZgEs und möglichen Effekte auf die Schülerschaft sind in den Ausführungen von zentralem Interesse.

Zur Konkretisierung charakteristischer Eigenschaften der Schülerschaft folgt im dritten Schritt eine multiperspektivische Annäherung an den Personenkreis der Kinder- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, die durch Ergebnisse aktueller empirischer Studien zur Schülerschaft an FZgEs in Bayern abgerundet wird.

Zusammenfassend folgt im vierten Schritt die theoretische Annäherung an mögliche Transformationsprozesse an FZgEs in Bayern und die Begründung des thematischen Schwerpunkts der Studie.

2.1 Historische Aspekte der Pädagogik bei geistiger Behinderung

Trotzdem die Geschichte der Heilpädagogik bereits von vielen Autoren detailliert beschrieben wurde (z. B. Speck 1979; Meyer 1983; Möckel 1988) erfordert das Verständnis der Entwicklung der FZgEs in Bayern eine historische Einbettung, die an dieser Stelle keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Sie erläutert vielmehr die erschwerte Entstehungsgeschichte der jüngsten Schulart in Bayern, den FZgEs.

2.1.1 Historischer Abriss der Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung bis 1945

In den letzten Jahrzehnten des 18. Jahrhunderts entstand erstes wissenschaftliches Interesse am *Kretinismus* und „gegenüber den Blödsinnigen“ (Meyer 1983, S. 96), das aufgrund des geringen akademischen Ansehens der Pädagogik, hauptsächlich medizinisch intendiert war. Gstach (2015) greift zum Beleg die Veröffentlichungen des französischen Arztes und Gerichtsmediziners Fodère (1764–1835) auf, der bereits im ausgehenden 18. Jahrhundert der Auffassung war:

Durch genaue Beobachtung bzw. durch eine diagnostische Prüfung sollte herausgefunden werden, wo ihre [Anm. A.G.: der zur Zeit der Veröffentlichung noch als „blödsinnig“ beschriebene Personenkreis] – zumeist handwerklichen – Fähigkeiten liegen, die dann geschult werden könnten. Auf diese Weise würde man sie in die Lage versetzen, ihre eigene Lage durch den Verkauf von Waren zu verbessern, aber auch die 'tödliche Langeweile' (Fodère 1796, S. 230) bekämpfen, in der sie lebten. (Gstach 2015, S. 287)

Kinder und Jugendliche, welchen heute geistige Behinderungen zugeschrieben würden, galten trotz erster pädagogischer, medizinischer sowie methodischer Erkenntnisse (z. B. Pestalozzi 1746–1827; Itard 1774–1838) im ausgehenden 18. Jahrhundert weitverbreitet als *bildungsunfähig*. Die Sorge um sie bewegte sich im Spannungsfeld zwischen unbedingten, christlich-altruistischen Motiven einerseits und utilitaristischen Auffassungen, die nach dem Kriterium der *Brauchbarkeit* den Wert einer Person für die Gesamtgesellschaft bestimmten, andererseits.

Gotthard Guggenmoos (1775–1838), ein österreichischer Privatlehrer, der sich ausgehend von einzelnen Erfahrungswerten mit *schwachsinnigen* Kindern, vollständig deren Unterrichtung zuwandte, gründete 1816 die erste spezielle „Unterrichtsanstalt“ für *schwachsinnige Kinder* im deutschsprachigen Raum im österreichischen Hallein (Meyer 1983, S. 96). Als erste Institution zur Bildung von *kretinen* Kindern in Deutschland nennt Meyer (1988, S. 96) die 1835 gegründete „Rettungsanstalt“ im württembergischen Wildberg, die sich der Zielsetzung verschrieb, die ihr anvertrauten Kinder „zur Kommunion oder Konfirmation zu führen und möglichst arbeitsfähig werden zu lassen“ (ebd.). Aufgrund ökonomischer Zwänge und fehlender finanzieller Unterstützung aus der öffentlichen Hand musste die Anstalt bereits 1847 wieder geschlossen werden. Die Bildung, Betreuung und Pflege von *kretinen* Kindern und Jugendlichen war zu dieser Zeit fast ausschließlich karitativ motiviert und von den Kirchen getragen, während der Staat sich weitgehend der Verantwortung für die Sorge entzog.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts entstanden trotz der sukzessiven Entwicklung behinderungsspezifischer Lehrdisziplinen, dazugehöriger Didaktiken (z. B. Schwerhörigenpädagogik, Sehschwachenpädagogik, Sprachheilpädagogik (Möckel 1988, S. 121 ff.)) sowie Institutionen (z. B. erste Heimschule für Körperbehinderte „Krüppelanstalt“ München 1832, Anstaltsschule für Blinde ab 1855, erste öffentliche Klasse für schwerhörige Kinder in Berlin 1902 etc.) nur sehr zögerlich spezielle Bildungseinrichtungen für die damals als *Idioten*, *Schwachsinnige* oder auch *Kretinen* bezeichneten Kinder und Jugendlichen (Möckel 1988, S. 126 ff.; Dietze 2019, S. 28 ff.).

Trotzdem die *Heilpädagogik* ihre akademische Verankerung im deutschsprachigen Raum bereits 1861 durch die Veröffentlichung des Lehrbuchs „Die Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten“ (2 Bde. 1861, 1863) von Georgens und Deinhardt erfuhr, vollzogen sich erste Ansätze systematischer Bildung geistig behinderter Kinder in Deutschland bis weit über die Mitte des 19. Jahrhunderts – wenn überhaupt – in medizinisch ausgerichteten *Idiotenanstalten* und den größtenteils kirchlich getragenen *Schwachsinnigenanstalten* (Speck 1979, S. 57 ff.).

Erst in der späteren zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts konnte durch die Gründung erster öffentlicher Hilfsschulen sukzessive organisierte Bildungshilfe für Kinder mit Lernschwierigkeiten etabliert werden. Ihr weiterer Ausbau beförderte allerdings zugleich eine pädagogische Abgrenzung nach „unten“ (Speck 2018, S. 28), also eine leistungs- und funktionsniveaubezogene Differenzierung zwischen *Debilen* und *Imbezillen*, *Bildungsfähigen* und *Bildungsunfähigen*, *Schwachsinnigen* und *Blödsinnigen*, da die Heterogenität innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Lernbehinderungen respektive sogenannten geistigen Behinderungen diesbezüglich traditionell sehr groß war.

Imbezille, Bildungsunfähige oder auch Blödsinnige, was heute in etwa der Gruppe von Kindern mit geistigen oder auch Mehrfachbehinderungen entsprechen dürfte (Bundschuh 2010, S. 23), wurden beispielsweise in Berlin in *Sammelklassen* unterrichtet, die der Hilfsschule angegliedert und als Tageseinrichtungen konzipiert waren (Speck 1979, S. 65), also zu Beginn der Entstehungsgeschichte der Sonderpädagogik aufgrund der Annahme der *Bildungsunfähigkeit* bereits aus dem Bildungssystem exkludiert.

Ohne Zweifel rückten die geistigbehinderten Kinder an den Rand der Hilfsschulen, da sie nicht zu den Zielen der Hilfsschulen zu fördern waren (Fuchs 1922). Sie werden in den Hilfsschulklassen zum gleichen ‚Ballast‘, wie ihn die Hilfsschüler vorher in den Volksschulklassen gebildet hatten. (Speck 1979, S. 65)

Sozialdarwinistische und rassenhygienische Ideen, die Behinderung als „Signum individueller ‚Minderwertigkeit‘“ (Kastl 2017, S. 42) verstanden, durchdrangen ab der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zunehmend alle gesellschaftlichen Teilbereiche und Institutionen. Sie wurden zur unüberwindbaren Gegenbewegung zu den im Grunde zukunftsweisenden und fruchtbaren Anfängen der Heilpädagogik und der Geistigbehindertenhilfe. Ihre menschenverachtende Vollstreckung fanden die eugenischen Ideen unter anderem in Form der rechtlich verankerten *Ausschulung* von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen durch § 11 des Reichsschulpflichtgesetzes von 1938⁶ sowie der Selektion unwerten Lebens, die in grausamster Weise in die systematische Tötung geistig und körperlich behinderter Menschen im Zuge der Euthanasie-Aktionen des NS-Regimes mündete. Speck (1979) konstatiert als Folge der NS-Zeit in Deutschland „nahezu geleerte Anstalten und ein fast völlig aufgelöstes Hilfsschulwesen“ (ebd., S. 68).

In den ersten Jahren nach Kriegsende wurden in den Bundesländern die vor 1933 bestehenden Hilfsschulstrukturen weitgehend unverändert wieder aufgegriffen, womit auch § 11 des Reichsschulpflichtgesetzes Einzug in die Schulgesetze fand (Speck 1979, S. 69 ff.; Mühl 2008, S. 48; Dietze 2019, S. 61 ff.). Ellger-Rüttgardt (2008) verweist auf die Folgen der „weitgehenden Tabuisierung des ‚Dritten Reichs‘ durch die westdeutschen Heilpädagogen der Nachkriegsära“, die nicht zuletzt in der „Kontinuität ihrer führenden Repräsentanten“ Ausdruck fand, die zum Teil sowohl durch ihr Handeln als auch ihre Funktionen während des NS-Regimes belastet waren (Ellger-Rüttgardt 2008, S. 294). Stellvertretend für dieses, mit enormer Verzögerung und Vorsicht aufgearbeitete Kapitel der Geschichte der deutschen Heil- und Sonderpädagogik, steht unter anderem Gustav Lesemann, letzter Vorsitzender des Hilfsschulverbandes vor dessen Auflösung 1933. Lesemann wurde 1947 im Zuge des Entnazifizierungsprogramms des Dienstes enthoben, bereits 1948 nach seiner Einstufung als „Mitläufer“ allerdings rehabilitiert, so dass er von 1949 bis 1967 als Schriftleiter der *Zeitschrift für Heilpädagogik*⁷ tätig sein konnte (ebd., 294 f.). Jantzen (2020) behandelt die historischen Entwicklungen in der Heilpädagogik zwar mit Verzögerung doch weit weniger Vorsicht:

⁶ „§ 11. Befreiung von der Schulpflicht. Bildungsunfähige Kinder und Jugendliche sind von der Schulpflicht befreit. Als bildungsunfähig sind solche Kinder anzusehen, die körperlich, geistig oder seelisch so beschaffen sind, daß sie auch mit den vorhandenen Sonderschuleinrichtungen nicht gefördert werden können.“

⁷ Die Zeitschrift für Heilpädagogik wird vom Verband Sonderpädagogik e. V. seit 1949 publiziert und zählt zu den „auflagenstärksten Fachpublikationen“ Verband Sonderpädagogik e.V.

„[...] dass Bleidick das Werk des Faschisten Heinrichs in besonderer Weise als kühnen Entwurf des Faches [Anm. A.G.: Heilpädagogik] würdigt, aber erst jetzt wurde mir klar, dass Bleidick, Geburtsjahr 1930, Teil der Flakhelfergeneration ist, und ersichtlich sein Leben lang in der Nachfolge von Gustav Lesemann als Schriftleiter bemüht war, das weiß zu streichen, was braun an unserem Fach ist.“ (Jantzen 2020, S. 18)

Eine völlige ideologische Wende im Sinne einer transparenten Entnazifizierung wurde im Westen Deutschlands nicht konsequent vollzogen, was Klehmet (2009) zusätzlich am Beispiel des „ehemaligen T4⁸-Mitarbeiters Villinger [...], der 1946 Professor für Psychiatrie an der Universität Marburg [war] und später Gründungsmitglied der Lebenshilfe e. V. wurde“ (Klehmet 2009, S. 86), verdeutlicht.

Sowohl die personelle als auch die schulrechtlich und organisatorisch weitgehend unveränderte Weiterführung des deutschen Förderschulwesens der Nachkriegszeit bedingten die reaktionäre Ausgestaltung ab 1945. Der Wiederaufbau des Hilfsschulwesens lässt sich eher als Versuch „die Arbeit [...] dort fortzusetzen, wo man sie 1933 unterbrach bzw. teilweise bis 1945 weiterführte“ (ebd., S. 87) beschreiben. Vorsichtige, dennoch aber wegweisende Veränderungen, wurden erst ein knappes Jahrzehnt später möglich.

2.1.2 Die legislative Wende der Schulgesetzgebung in Westdeutschland

Trotzdem eine „Denkschrift zu einem Gesetz über das heilpädagogische Sonderschulwesen“ noch 1954 den Leistungsanspruch der Hilfsschulen hervorhebt und dadurch die „Ausschulung bildungsunfähiger Kinder“ legitimiert (Bundschuh 2010, S. 29), markiert das *Düsseldorfer Abkommen* von 1955 einen legislativen Wendepunkt.

Alle westdeutschen Bundesländer verständigten sich darin auf die Errichtung eines dreigliedrigen Schulsystems. Ebenfalls wurde die Bezeichnung *Sonderschule* bundesweit für alle *Schulen für Behinderte* verbindlich. „Somit wurden erstmals auf Bundesebene und im Rahmen eines Staatsabkommens die Sonderschulen als eine selbstständige Schulart erwähnt und damit ihr Stand im Schulsystem als Sondersystem zementiert.“ (Dietze 2019, S. 62). Noch 1960 anerkennt ein *Gutachten der Ständigen Konferenz der Kultusministerkonferenz der Länder zur Ordnung des Sonderschulwesens* zwar grundsätzlich die Bildbarkeit von Kindern mit geistiger Behinderung, jedoch als „so gering“, „dass der angesprochene Personenkreis 'weder in Schulen noch in Heilpädagogischen Kindergärten gefördert werden' kann (S. 39)“ (Speck 1979, S. 70).

Die Gründung der Elternvereinigung *Lebenshilfe für geistig Behinderte* im Jahre 1958 in Marburg, wird in der Literatur kongruent als zentraler Impuls zur Weiterentwicklung der Pädagogik bei geistiger Behinderung bewertet und stellt das Initialmoment der Emanzipation und Konsolidierung der Geistigbehindertenpädagogik in Deutschland dar (Speck 1979, S. 70; Möckel 1988, S. 235; Speck 2018, S. 35; Dietze 2019, S. 76; Meyer 1973, S. 7). War in der Gründungszeit aufgrund rechtlicher Hürden auch nur die Gründung von Horten und Tageseinrichtungen ohne schulische Strukturen möglich, belebte der Zusammenschluss der Eltern die Fachdiskussion um die Beschulung von Kindern mit geistiger Behinderung; nicht zuletzt aufgrund zahlreicher erfolgreicher Vorbilder aus dem europäischen Ausland, wo die Beschulung geistig Behinderter zum Teil schon seit Anfang des 20. Jahrhunderts Tradition hatte [Norwegen seit 1881, Niederlande seit 1901 etc.], war die These der *Bildungsunfähigkeit* politisch nicht

⁸ „Aktion T4“ wird nach 1945 weitgehend synonym mit den »Euthanasie« Morden verstanden und meint die „nationalsozialistischen Massenverbrechen an Kranken und an Menschen mit Behinderungen“ in der NS-Zeit, die in die institutionelle Zuständigkeit der Organisationszentrale in der Berliner Tiergartenstraße 4 fielen (Loose).

mehr länger haltbar, so dass auch in Deutschland mit dem Sonderschulgesetz von 1965 das Schulrecht für geistig behinderte Kinder verankert wurde (Dietze 2019, S. 76 ff.). Nach dem Gesetzeserlass konnten deutschlandweit die ersten selbstständigen Schulen für geistig Behinderte entstehen und in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts „festverankerter“ Bestandteil des Schulwesens werden (ebd., S. 37). Das Bildungsrecht und die Schulpflicht für schwer(st)-mehrfachbehinderte Kinder, die bisher entweder in psychiatrischen Einrichtungen oder rein institutionell betreut und versorgt waren, wurde allerdings erst weitere 15 Jahre später 1979/80 durch die „Empfehlungen für den Unterricht in der Schule für Geistigbehinderte“ etabliert (Schuppener et al. 2021, S. 51 f.; Schuppener 2007, S. 127).

Somit konnte sich in etwa 20 Jahren nach dem Zweiten Weltkrieg analog zu den systemstrukturellen Entwicklungen auch die Geistigbehindertenpädagogik als eigenständiges akademisches heilpädagogisches Fachgebiet in Deutschland ausdifferenzieren, vorerst vorwiegend auf den Bereich der schulischen Pädagogik fokussiert (Speck 2018, S. 38 f.). Die Ausbildung von Sonderschullehrern war in der Nachkriegszeit an Staatsinstituten organisiert, so dass die Begründung des ersten deutschen Lehrstuhls für Geistigbehindertenpädagogik im Jahre 1972 an der Ludwigs-Maximilians-Universität München (LMU), als Initialmoment der (Re-)Akademisierung der Sonderpädagogik bei geistiger Behinderung in Deutschland betrachtet werden kann. Im Verlauf des Jahrzehnts entstanden in allen Bundesländern Lehrstühle für Geistigbehindertenpädagogik. Die Akademisierung beschleunigte die inhaltlichen Diskussionen und veränderte paradigmatische Auffassungen und Ausrichtungen der Disziplin von einem defektorientierten medizinischen Ansatz (Bach 1974) hin zu gesellschaftskritischen, sozialetischen und menschenrechtlichen, die sich aktuell unter dem Terminus *Inklusion* subsumieren.

Der historische Abriss skizziert die junge Entwicklung des Fachbereichs *Pädagogik bei geistiger Behinderung* sowie die relativ kurze Geschichte der schulischen Sonderpädagogik bei geistiger Behinderung. Die, im europäischen Vergleich relativ späte Entwicklung in Deutschland, ist zu einem großen Teil der kriegs- und regimebedingt entstandenen Zäsur in der fachlichen und akademischen Weiterentwicklung als auch der menschenverachtenden Selektionsprozesse des NS-Regimes geschuldet. Im Gegensatz zum Wiederaufbau des Regelschulsystems, dessen bestehende dreigliedrige Struktur in der Nachkriegszeit nur wenig systemischen Veränderungs- und Legitimationszwängen unterlag, war der Aufbau von *Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* (FZgE) nach 1945 von definitiver Diskussion um ihr Bestehensrecht und ihre professionelle Ausgestaltung einerseits geprägt, andererseits in hohem Maße von gesellschaftlichen Umbewertungsprozessen und sozialetischen Entwicklungen abhängig. Somit sind FZgEs bis heute die „jüngste Schulart“ (Ratz und Dworschak 2012, S. 9) in den Bildungssystemen der deutschen Bundesländer und zum heutigen Zeitpunkt wenig mehr als ein halbes Jahrhundert fester Bestandteil des allgemeinen Bildungssystems.

2.1.3 Zur Entwicklung der FZgEs in Bayern

Trotzdem die „Geschichte der schulischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Störungen und Behinderungen“ in Bayern analog zu den bundesweiten Entwicklungen weit ins 19. Jahrhundert zurückreicht (Speck 1997, S. 914), waren Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung vom Bildungssystem weitgehend vernachlässigt und exkludiert. Die frühesten Belege für bayerische Hilfsschulklassen gehen zurück auf zwei 1894 errichtete Hilfsschulklassen in Nürnberg (Schmaderer 1997, S. 507). Das bayerische Schulpflichtgesetz von 1903 vollzog deutlich die Bildungsexklusion von Kindern mit

geistiger Behinderung durch die Kategorie der Bildungsunfähigkeit, so dass „beschränkt bildungsfähige oder nichtbildungsfähige Kinder [...] in einer passenden Anstalt untergebracht oder sonst wie erzieherisch versorgt werden“ (Mühl 1969, S. 127). In der „Blütezeit der Reformpädagogik“ und im Zuge der „Entdeckung einer neuen Schularart [Anm.: Der Hilfsschulen]“ (Schmaderer 1997, S. 507), gründete sich 1918 in München der *Hilfsschullehrerverband*, woraufhin München in den 1920er Jahren mehrfach zum Austragungsort wissenschaftlicher Kongresse für Hilfsschulpädagogik wurde (ebd.). Speck (1997) hebt ebenfalls die Bedeutung Münchens als Gründungsort der „Gesellschaft für Heilpädagogik“ in den 1920er Jahren hervor. Bereits 1925 traten der *Bayerische Hilfsschulverband* und die *Gesellschaft für Heilpädagogik* „mit einer Eingabe an den Landtag heran, ein Hilfsschulgesetz zu schaffen.“ (Schmaderer 1997, S. 507), das insbesondere die Eigenständigkeit der Hilfsschulen im bayerischen Schulsystem, eine gesetzliche Schulpflicht als auch die staatliche „Fürsorge für Anormale“ gesetzlich regeln sollte (ebd.). Ein deutliches Beispiel für innovative Entwicklungen, die durch die NS-Verbrechen an Menschen mit Behinderung und den Folgen des Krieges eine Zäsur erlebten oder zunichtegemacht wurden. Um 1950 existierten in Bayern insgesamt 55 Hilfs- und Sonderschulklassen, wobei Kinder mit geistiger Behinderung, entsprechend des § 11 des Reichschulgesetzes (siehe 2.1.1), nach wie vor als bildungsunfähig betrachtet waren, so dass nur ein sehr geringer Anteil in bayerischen Anstaltsschulen unterrichtet wurde (Speck 1997, S. 914 ff.).

In Bayern zeichneten sich erst in den ausgehenden 1950er Jahren die ersten Schritte zur organisierten Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ab. Die Münchner Oberschulrätin Mathilde Eller (1902–1999) begann, als *bildungsunfähig* eingestufte Kinder „entsprechend ihren individuellen Begabungen zu fördern und zu unterrichten“ (Förderverein Mathilde-Eller e.V.). Vorerst war die Unterrichtsgruppe, unter Mitwirkung von Eltern, als *Abendkurs* für Kinder mit geistiger Behinderung organisiert, bis sie 1959, nach dem Entschluss des Kultusministeriums zur Errichtung von „Hilfsschulsonderklassen für geistig behinderte Kinder“, mit schulamtlicher Genehmigung als offizielle „Versuchsklasse der Hilfsschule“ anerkannt wurde. Bereits 1960 konnte die Versuchsklasse in die ersten beiden öffentlichen „Sonderklassen für Geistigbehinderte“ in Bayern aufgeteilt werden (Speck 2018, S. 37).

Ausgehend von diesem Ergebnis und der intensiven Arbeit der „Lebenshilfe“ entstanden bayernweit ähnliche Versuche, die die Bildsamkeit von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung belegten, was dazu führte, dass die Aus-schulung der sog. „Bildungsunfähigen“ nicht mehr tragbar zu sein schien. (Klehmert 2009, S. 99 f.)

Vier Jahre nach der Gründung des Bundesverbandes in Marburg gründete sich 1962 der bayerische Landesverband *Lebenshilfe für geistig Behinderte*⁹ (Lebenshilfe Landesverband Bayern) und etablierte auch hier eine Elternlobby, die engagiert und mit konkreten Forderungen zum Schulrecht und der Schulpflicht von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung auf politische Entscheidungsträger einwirkte. Nachdem das deutsche Sonderschulgesetz 1965 die Grundlage für die Reform und offizielle Etablierung der Sonderschulen als eigenständige Einrichtungen neben den Volksschulen (Speck 1997, S. 917) in den Bildungssystemen der Länder bildete, beschloss der bayerische Landtag im Juni 1965 das *Gesetz über die Errichtung und den Betrieb von Sonderschulen*, das in Art.1 (1) den Sonderschulen „einen besonderen Bildungsauftrag für körperlich und geistig behinderte *Schulpflichtige*“ zuspricht. Artikel 2 gliedert die Sonderschulen in Bayern 1965 in folgende vier Förderbereiche:

⁹ Heute: Lebenshilfe (Landesverband Bayern)

- a) Schulen für Blinde, Gehörlose und Körperbehinderte
- b) Schulen für Sehbehinderte, Schwerhörige, Sprachbehinderte
- c) Schulen für Lernbehinderte und geistig Behinderte
- d) Schulen für Erziehungsschwierige (Bayerische Staatskanzlei 1965, S. 94)

Somit wurde die grundsätzliche Schulpflicht aller Kinder und Jugendlichen auch auf Landesebene Gesetz. In Bayern begann der Aufbau von selbstständigen staatlichen wie privaten FZgEs nicht nur in den städtischen Metropolen, sondern auch in den Landkreisen (Speck 1997, S. 917), wenn auch unter wechselnden Bezeichnungen von *Schulen für geistig Behinderte* zu *Schulen zur individuellen Lebensbewältigung* hin zu *Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung*, wie sie seit den KMK-Empfehlungen von 1994 in Bayern bezeichnet werden (Ratz und Dworschak 2012, S. 9). Neben der systemischen und organisationalen Verankerung der FZgEs im bayerischen Schulsystem stellt die Entwicklung spezifischer und verbindlicher Lehrpläne für den Förderschwerpunkt gE die zweite Linie der Professionalisierung dar (ebd., S. 10). Der erste Bayerische *Lehrplan für den Unterricht in der Schule für geistig Behinderte* wurde 1982 auf der rechtlichen Grundlage der KMK-Empfehlungen von 1980 erstellt und 20 Jahre später nach der Novellierung des BayEUGs 2003 vom modernisierten *Lehrplan Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“* abgelöst (ISB 2003). Mit dem Schuljahr 2019/20 trat mit dem *LehrplanPLUS für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung* ein novellierter Lehrplan in Kraft, der neben den inhaltlichen und fachdidaktischen Rahmenbedingungen normative professionsethische Ansprüche und Grundhaltungen formuliert (ISB 2019).

In der Nachkriegszeit wurden Hilfs- und Sonderschullehrkräfte durch jährliche Ausbildungsgänge im Staatsinstitut des *Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus* ausgebildet. Durch den sukzessiv steigenden Bedarf an Sonderschullehrkräften wurde die Ausbildung von sonderpädagogischem Lehrpersonal in Bayern akademisiert und 1970 vom Staatsinstitut an die pädagogische Hochschule München verlagert, die 1972 in die Universität München integriert wurde. Die erste Professur für Geistigbehindertenpädagogik besetzte 1972 Otto Speck (heute: Pädagogik bei geistiger Behinderung) in München, ihr folgte zum Wintersemester 1974/75 ein weiterer bayerischer Lehrstuhl an der Julius-Maximilian-Universität in Würzburg (Speck 1997, S. 918 f.). Erst 2020 wurde ein dritter bayerischer Lehrstuhl für Pädagogik bei geistiger Behinderung an der Universität Regensburg errichtet, um dem aktuellen Bedarfen an sonderpädagogischem Lehrpersonal zukünftig adäquat zu begegnen (Dworschak et al. 2021, S. 12 ff.).

Mitte der 1970er Jahre entwickelte sich durch die bundesweite Diskussion und diverse integrative Schulversuche in anderen Bundesländern auch in Bayern ein steigendes Bewusstsein für die paradigmatische Idee der Integration von Schülern und Schülerinnen mit Behinderungen. „Die schulrechtliche Situation hatte sich zwar nicht grundlegend geändert“ und die in Einzelfällen vollzogene Beschulung von beispielsweise blinden, gehörlosen oder geistig behinderten Kindern an Regelschulen, setzte die „offizielle Errichtung eines 'Schulversuchs' voraus“ (Speck 1997, S. 922), dennoch entstanden durch das veränderte Bewusstsein Mitte der 1970er Jahre innovative integrative Schulversuche.

Die bereits in den „Allgemeinen Richtlinien für Erziehung und Unterricht in der Schule für geistig Behinderte“ explizit verankerte *Sollverpflichtung* der Schulen für geistig Behinderte, jährlich mindestens drei Kooperationsprojekte mit Regelschulen durchzuführen, kann als Initialmoment des *bayerischen Wegs*

zur Inklusion bezeichnet werden, der den Fortbestand der Förderschulen auf der Idee der Inklusion durch Kooperation zwischen Förder- und Regelschulsystem einerseits, andererseits auf dem „Wahlrecht der Eltern aus einer Vielzahl schulischer Angebote“ (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2013) begründet.

Eine strukturelle Besonderheit im Vergleich zu anderen deutschen Bundesländern stellen an bayerischen FZgEs die *heilpädagogischen Tagesstätten* dar (Ratz und Dworschak 2012, S. 10). Die rechtlichen Grundlagen für Heilpädagogische Tagesstätten (HPTs) bilden vor allem das SGB IX¹⁰, das SGB VIII¹¹ und das SGB XII¹². Die HPTs sind „teilstationäre Einrichtungen zur Erziehung, individuellen Förderung und Bildung, Pflege und Betreuung von Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen mit Behinderung im Alter von 3 bis zum Ende der Schulzeit“ (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales). HPTs sind in städtischer oder privater Trägerschaft, deren Betrieb unter strengen Qualitätsstandards durch die zuständige Bezirksregierung erlaubt werden muss. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die jeweilige Heimaufsicht. Ziele der HPT sind in weitestem Sinne die außerschulische individuelle Förderung sämtlicher Kompetenzbereiche von Schülern und Schülerinnen im Sinne bestmöglicher Teilhabe. In die HPTs an den FZgEs können vorwiegend Kinder aufgenommen werden, „die einen Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe nach SGB XII haben [...] unter bestimmten konzeptionellen Voraussetzungen und in geringen Zahlen [...] auch Kinder und Jugendliche [...] die Leistungen nach SGB VIII erhalten“ (ebd.). Im Rahmen der HPTs werden neben erzieherischen und heilpädagogischen auch spezifische medizinisch-therapeutische Leistungen durch gruppenübergreifende Fachdienste erbracht. Medizinisch-therapeutische Angebote umfassen in der Regel Ergo- und Physiotherapie wie auch Logopädie. Innerhalb der Sonderpädagogik beschreibt Borchert (1996) Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen pädagogischen und therapeutischen Interventionen, da sie sich sowohl in ihrer Form gegenseitig zueinander wandeln können, als auch in ihrem Selbstverständnis keine klare Trennlinie auszumachen ist. Die strukturelle Nähe medizinisch-therapeutischer, psychologischer, heilpädagogischer und sonderpädagogischer Professionssysteme, wie sie Organisationsmodelle von Schule und HPT anbieten, birgt die Möglichkeit einer fließenden, multiprofessionellen Kooperation und umfassenden pädagogischen wie therapeutischen Versorgung der anvertrauten Klientel. Zusätzliche therapeutische, psychologische und heilpädagogische Angebote sind in Fällen erhöhten körperlichen, sozialen oder psychischen Hilfebedarfs indiziert (Schuppener 2007, S. 133). Durch die häufig räumlich sehr enge Anbindung der HPTs an die FZgEs entstehen komplexe Organisations- und interdisziplinäre Kooperationsstrukturen. Grundsätzlich birgt die Koexistenz pädagogisches wie therapeutisches Potential, jedoch durch fehlende legislative und organisatorische Verbindung und jeweils unterschiedliche charakteristische Systemlogiken sowie pädagogisch – therapeutischer Intentionen durchaus auch organisationstheoretische Herausforderungen.

Durch die Zuständigkeit unterschiedlicher Aufsichtsbehörden und Kostenträger (Schulaufsicht, Heimaufsicht, Krankenkassen), eigenständige Organisation und gesetzliche Richtlinien (BaySchO, BayEUG, Heimrichtlinien, Rahmenverträge der Krankenkassen etc.) kann die Konstellation an den FZgEs als ein

¹⁰ Sozialgesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

¹¹ Sozialgesetzbuch VIII - Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe

¹² Sozialgesetzbuch XII – Recht auf Eingliederungshilfe

multiprofessionelles Konstrukt fachlich wie rechtlich autonom agierender Subsysteme beschrieben werden, deren pädagogische Qualität und Effektivität in höchstem Maße von gelingender interdisziplinärer Kooperation abhängt, die nicht legislativ und verbindlich grundgelegt ist. Hingegen der Schulpflicht besteht keine Verpflichtung zum Besuch einer HPT.

2.1.4 Entwicklungen in Ostbayern

Die Entwicklungen in Ostbayern verliefen im Grunde analog zu den landesweiten. Zur regionalen Konkretisierung liegen wenige zugängliche Daten vor. Während, verglichen mit anderen Schularten des allgemeinen Bildungssystems, die *Sonderschulen* zwischen 1918 und 1933 „den größten Aufschwung im niederbayerischen Bildungswesen“ (Buchinger 1997a, S. 92) erlebten¹³, veranschaulichen Schulschließungen und die fast gänzliche Auflösung des niederbayerischen Hilfsschulwesens während der NS-Diktatur die tragische Zäsur in der Entwicklung des Förderschulwesens. Während 1933 noch zwei Hilfsschulklassen in Zwiesel und Vilshofen neu gegründet wurden, mussten ab 1939 sechs von acht Hilfsschulen des Bezirks geschlossen werden (Buchinger 1997d, S. 257). Erhalten blieben lediglich die Hilfsschule Passau sowie die bereits 1835 gegründete *Taubstummschule in Straubing* (Buchinger 1997c, S. 156).

In der strukturschwachen Oberpfalz bildete Regensburg das Zentrum der Entwicklung der *Sonderschulen*. Seit 1812 bestand, als erste Anstalt dieser Art in Bayern, die *Blindenschule*. Zwischen 1839 und 1936 bestand eine Taubstummenanstalt, die ab 1928 „zusätzlich mit Sprachheilkursen versehen war“ (Flierl und Gschwendner 1997, S. 105). Die erste *Hilfsschule für Schwachbefähigte*, deren Errichtung der Regensburger Stadtmagistrat per Petition bei der königlichen Regierung einforderte, wurde 1903 eröffnet und wuchs bis zum Jahr 1924 zu einer sechsklassigen Schule an, nach deren Vorbild 1920 auch in Amberg eine Hilfsschule mit vier Klassen errichtet wurde. Während der NS-Diktatur wurde die Anzahl der Klassen an allen Hilfsschulen im Regierungsbezirk Regensburg, also in Niederbayern und der Oberpfalz (Buchinger 1997b, S. 253) deutlich reduziert (Flierl und Gschwendner 1997, S. 105 f.).

Folgende tabellarische Übersicht zu den FZgEs in Niederbayern und der Oberpfalz beruht auf Angaben der Regierung von Niederbayern und persönlichen Mitteilungen. Sie zeigt analog zu den bundes- und landesweiten Entwicklungen auch für die Region den relativ späten Aufbau des organisierten und flächendeckenden Bildungswesens für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Alle FZgEs in Niederbayern und der Oberpfalz befinden sich in privater Trägerschaft.

¹³ Hilfsschulgründungen in Landshut 1919, Passau 1920, Straubing 1921, Zwiesel 1923, Vilshofen 1924, Deggendorf und Plattling 1925, Regensburg 1930 (Buchinger 1997a, S. 92)

Tabelle 1.

Tabellarische Übersicht der FZgEs in Ostbayern mit Angabe der Gründungsjahre

| <i>FZgEs Niederbayern</i> | <i>Gründungsjahr¹⁴</i> | <i>FZgEs Oberpfalz</i> | <i>Gründungsjahr</i> |
|---|-----------------------------------|---|----------------------|
| Cabrini-Schule Offenstetten KJF-Regensburg | 1960 | Privates Förderzentrum Neumarkt Lebenshilfe e. V. | 1969 ¹⁵ |
| Pestalozzischule Landshut Lebenshilfe e. V. | 1964 | Rupert-Egenberger-Schule Amberg Lebenshilfe e. V. | 1970 |
| St. Elisabeth Freyung Caritas | 1969 | Bischof-Wittmann-Schule Regensburg Seit 1967 KJF-Regensburg | 1965 ¹⁶ |
| FZgE Landau Lebenshilfe | 1970 | Bildungsstätte St. Gunther Cham Seit 1976 KJF Regensburg | 1971 |
| St. Wolfgang Schule Straubing KJF-Regensburg | 1971 | Privates Förderzentrum Mitterteich 1997 - 2019 Wiesau, Lebenshilfe e. V. | 1997 ¹⁷ |
| St. Ulrich Schule Pocking Caritas | 1971 | HPZ-Förderzentrum Irchenrieth Lebenshilfe e. V. | 1972 ¹⁸ |
| St. Notker Schule Deggendorf Lebenshilfe | 1971 | | |
| Christophorus Schule Regen Lebenshilfe | 1972 | | |
| St. Severin Schule Passau Caritas | 1975 | | |
| St. Rupert Schule Eggenfelden KJF-Regensburg | 1978 | | |

Anmerkung 1 KJF: Katholische Jugendfürsorge der Diözese Regensburg e. V.

¹⁴ Persönliche Mitteilung Rainer Fauser, Regierung von Niederbayern via Mail am 10.09.2021

¹⁵ Information aus dem Sekretariat des FZ Neumarkt auf der Grundlage einer Festschrift zum Jubiläum der Lebenshilfe Neumarkt, telefonisch am 24.10.2021 (ebenfalls Gründungsjahr des FZ Amberg)

¹⁶ Persönliche Mitteilung Roman Moosbauer vom 13.10.2021, KJF Regensburg interne Dokumente KJF Regensburg (ebenfalls Gründungsjahr St. Gunther Cham)

¹⁷ Persönliche Mitteilung Klaus Jahn, Schulleiter FZ Mitterteich am 22.10.2021 via Mail

¹⁸ Persönliche Mitteilung Petra Rothmund, Schulleiterin HPZ Irchenrieth am 25.10.2021 via Mail

2.2 Ausgangslage und aktuelle Entwicklungen

2.2.1 Aktuelle Gesetzliche Grundlagen – der „bayerische Weg“ zur Inklusion

In Bayern bildet aktuell das in Folge der Ratifizierung der UN-BRK reformierte BayEUG die gesetzliche Grundlage für alle Schularten. Im Zuge einer Reform des Gesetzestextes im Jahr 2003, folgte die Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf noch dem Ansatz der *Integration*, der folgend von der Idee der *Inklusion* – zumindest terminologisch – abgelöst wurde. Der *bayerische Weg*¹⁹ kontrastiert zum verbreiteten Inklusionsverständnis alleine die Regelschule als Ort der Inklusion auszumachen (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2015). Neben inklusiven Angeboten an Regelschulen leisten auch die Förderschulen mit ihrer hohen und spezifischen Kompetenz weiterhin einen wichtigen Beitrag zur „bestmöglichen Förderung und Teilhabe“ (ebd.) von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Somit sind Förderschulen bis heute integraler Bestandteil des bayerischen Schulsystems, trotzdem sie von der unabhängigen Monitoringstelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte wiederholt als separierende Institutionen und somit nicht UN-BRK-konform bewertet werden:

[...] dass die Aufrechterhaltung separierender Strukturen nicht UN-BRK-konform ist, hat der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen bereits 2015 in seinen Abschließenden Bemerkungen anlässlich der Staatenberichtsprüfung Deutschlands deutlich gemacht und 2016 in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 45 erneut klargestellt. (Deutsches Institut für Menschenrechte 2017, S. 3)

Bezüglich der inklusiven Schulbildung konstatiert die Monitoringstelle für Deutschland „eine nicht nachvollziehbare Abweichung von den international anerkannten Interpretationsstandards und dem Verkennen zentraler Inhalte“ (Schuppener et al. 2021, S. 55). Hingegen dieser Auffassung pointiert die Bayerische Staatsregierung den Prozesscharakter systemischer Transformationen und bekennt sich zum jetzigen Stand der Entwicklung eines inklusiven Schulsystems klar zum Erhalt der Förderzentren, die als „Kompetenzzentren für sonderpädagogische Expertise“ (Wissenschaftlicher Beirat "Inklusion" 2012) die Regelschulen *auf dem Weg* zur inklusiven Bildung begleiten. Ein Standpunkt, der die zukünftige Abkehr vom Förderschulwesen zwar nicht zwingend ausschließt sich durch seinen Pragmatismus aber auch der teils ideologisch geführten Inklusionsdebatte weitgehend entzieht.

Die Förderschulen in Bayern sind, entsprechend der Empfehlung der deutschen Kultusministerkonferenz (Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 1994), nach wie vor in Förderschwerpunkte gegliedert. Die unter 2.1.3 beschriebenen vier Förderschwerpunkte wurden weiter differenziert, so dass aktuell neben dem hier fokussierten Förderschwerpunkt *geistige Entwicklung* (gE) die Förderschwerpunkte *Hören, Sehen, Sprache, Lernen, sozial-emotionale Entwicklung, körperliche und motorische Entwicklung* sowie der *Förderschwerpunkt bei lang andauernder Erkrankung*, den die *Schule für Kranke* erfüllt, bestehen. Diese Empfehlung der Kultusministerkonferenz hat bis heute Bestand und wurde 2011 durch einen Beschluss zur *inkluisiven Bildung* entsprechend der Anforderungen durch die UN-BRK spezifiziert (Kultusministerkonferenz 20.10.2011).

¹⁹ Eine Begrifflichkeit die das bayerische Kultusministerium im Zuge der Diskussion um Inklusion und Art. 24 UN-BRK unter dem damaligen Kultusminister Dr. Ludwig Spaenle in die Diskussion einführte (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2015.).

Im Zuge einer ersten Novellierung des BayEUG im Jahr 2003 wurden innovative Bildungssettings mit inklusiver Ausrichtung wie *Kooperations- und Außenklassen*²⁰ ermöglicht (StMUK 2015, S. 146 f.). Ein Gesetzesentwurf vom 28.03.2011, der nach einstimmiger Verabschiedung durch den Bayerischen Landtag am 01.08.2011 in Kraft trat (Wissenschaftlicher Beirat "Inklusion" 2012), mündete in eine weitere Änderung des BayEUG, die sich der „Umsetzung der UN-BRK im bayerischen Schulwesen (Inklusion)“ aus systemischer Perspektive widmet und neben dem Fortbestand der bereits bestehenden Möglichkeiten kooperativen Lernens (vgl. Art. 30a BayEUG) neue Formen inklusiver Beschulung anbietet (vgl. Art. 30b BayEUG). Seither wird Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf grundsätzlich der gleichberechtigte Zugang zu allen Schularten gewährt²¹. Hinsichtlich der enormen Heterogenität der Gruppe von Menschen mit Behinderungen und des unstrittigen Anspruchs *aller* Lernenden auf qualitativ hochwertige Bildung in inklusiven Settings, stärkte die Bayerische Landesregierung das Wahlrecht der Eltern innerhalb der Vielfalt schulischer Angebote zur Umsetzung der Inklusion, was sich systemisch im Festhalten am mehrgliedrigen Schulsystem spiegelt.

Die gesetzlichen Neuerungen bewirken in der schulischen Praxis an allen Schularten umfassende Veränderungen und Effekte. Mit dem Leitfaden „Profilbildung inklusive Schule“ (Wissenschaftlicher Beirat "Inklusion" 2012) wurden schulartübergreifende Qualitätsstandards inklusiver Schulen beschrieben und der inklusiven Schulentwicklung ein 'Mehrebenenmodell' (Heimlich et al. 2016, S. 132 ff.) zugrunde gelegt, welches um die zentralen individuellen Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen die Handlungsebenen *Unterricht, Multiprofessionalität, Inklusives Schulkonzept* sowie *externe Unterstützungssysteme* definiert (Wissenschaftlicher Beirat "Inklusion" 2012). Die Transformationen betreffen einerseits Lehrkräfte wie andere pädagogische Fachkräfte hinsichtlich neuartiger fachlicher Anforderungen, andererseits wirken sie auf die Zusammensetzung und Merkmale der Schülerklientel an allen Schularten. So stehen Lehrkräfte an Regelschulen durch eine zunehmend heterogene Schülerschaft vor neuen didaktischen Herausforderungen und veränderten Professionskonstellationen, die sich neben der Kooperation mit Sonderpädagog*innen der mobilen Dienste oder in Lehrerteams (Heimlich et al. 2016, S. 136 f.) beispielsweise auch durch die Inanspruchnahme und fachliche Einbindung von Schulbegleitungen²² bei Schülerinnen und Schülern mit besonderem Förderbedarf oder auch medizinisch-therapeutischer und heilpädagogisch-psychologischer Dienste ergeben. Zur Multiplikation spezifischer sonderpädagogischer Expertise erlangen Förderzentren mit ihrer inklusionsspezifischen Fachkompetenz eine Aufwertung auf dem Weg zu einem inklusiven Schulsystem in Bayern (ISB).

²⁰ „Eine Kooperationsklasse ist eine Klasse einer Volksschule, die eine Gruppe von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf aufnimmt. [...] Auch die Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf nehmen am gemeinsamen stundenplanmäßigen Unterricht teil, sie erhalten jedoch zusätzliche [...] Fördermaßnahmen in der Gruppe. Eine Außenklasse ist entweder eine Klasse einer Förderschule, die räumlich in einem Gebäude einer Volksschule untergebracht ist oder umgekehrt eine Klasse einer Volksschule, die räumlich in einer Förderschule besteht. [...] Außenklassen haben in der Regel konkrete Partnerklassen in der Gastschule.“ Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2006

²¹ „Ein sonderpädagogischer Förderbedarf begründet nicht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Schulart.“ (Art. 30a BayEUG, Abs. 5)

²² Die Schulbegleitung ist eine Einzelfallmaßnahme der Eingliederungshilfe, die für Kinder mit seelischer Behinderung nach dem SGB VIII (§ 35a) und für Kinder mit körperlicher und geistiger Behinderung auf der Grundlage des SGB XII (§ 54) finanziert wird. Dworschak 2015, S. 57.

2.2.2 Bildungsstatistische Analysen zu Inklusion- und Exklusion

Sowohl auf Länder- als auch Bundesebene liegen umfassende schulstatistische Auswertungen vor, die unter anderem Aussagen über die Kriterien *Entwicklung der Schülerzahlen*, *Anteil ausländischer Schüler* sowie den *Anteil von Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung an Regelschulen und Förderzentren* geben. Die folgenden Ausführungen stellen die Bundesergebnisse erläuternd dar und gleichen sie mit den Entwicklungen in Bayern ab. Die detaillierte Darstellung bezieht sich auf die ostbayerischen Bezirke Oberpfalz und Niederbayern um eine theoretische Grundlegung zur Diskussion der untersuchten Schulen anzubieten.

Auf den schulstatistischen Auswertungen der Kultusministerien der Länder basierend, legt Klemm im Auftrag der Bertelsmann Stiftung mit seinen bildungsstatistischen Analysen (Klemm 2013, 2015, 2018) Daten zur Schülerzahlentwicklung²³ im Hinblick auf das Verhältnis *inkludierter* und *exkludierter* Schüler und Schülerinnen aus den verschiedenen Förderschwerpunkten vor. Die von Klemm herangezogenen Indikatoren werden in der kritischen Fachdiskussion als terminologisch unscharf bis irreführend (Dworschak, 2017a) bewertet, da eine Abbildung des Phänomens *Inklusion* in einem binären System untauglich sei um differenzierte und vielfältige Modelle der Kooperation zwischen Förder- und Regelschule darzustellen (vgl. ebd.). Im Kontext der vorliegenden Analysen werden sie als tendenzgebende Ergebnisse behandelt. Den ermittelten Kennzahlen wie *Inklusions-* und *Exklusionsquote*²⁴ (Klemm, 2018) respektive durch Dworschak fachsemantisch bereinigt *Integrations-* und *Separationsquote*²⁵, werden in der bildungspolitischen Diskussion hohe Aussagekraft zugesprochen (Dworschak 2017a, 2017b), bisweilen bilden sie die Gradmesser für die inklusiven Entwicklungen der Bildungssysteme der Länder. Scheer und Melzer (2020) berufen sich in ihrer Trendanalyse der KMK-Statistiken auf Hillenbrand (2013), der „Rückgriff auf die Bildungsstatistik“ sei „für eine Berichterstattung über quantitative Entwicklungstrends [...] bisher die einzige mögliche Form einer Generierung von näherungsweise zuverlässigen Daten“ (Scheer und Melzer 2020, S. 575).

²³ Klemms Analysen stützen sich auch die Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Die Zahlen beziehen sich „auf die Gesamtheit aller Schülerinnen und Schüler, die der Schulpflicht in allgemeinbildenden Schulen unterliegen, die also die Jahrgangsstufen 1–9 der allgemeinen Schulen [...] ohne Förderschulen, Abendhaupt- und Abendrealschulen [...] besuchen sowie die Gesamtheit [...] bei denen ein sonderpädagogischer Förderbedarf diagnostiziert wurde [...] in allgemeinen bzw. in Förderschulen [...]“ (Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 9)

²⁴ Die Inklusionsquote/Integrationsquote gibt „[...] den Anteil der Schüler*innen mit Förderbedarf, die inklusiv in allgemeinen Schulen unterrichtet werden, an allen Schüler*innen mit Vollzeitschulpflicht in allgemeinbildenden Schulen der Primar- und Sekundarstufe I an.“ Die Exklusionsquote / Separationsquote hingegen „[...] den Anteil der Schüler*innen mit Förderbedarf, die separiert in Förderschulen unterrichtet werden.“ (Klemm 2018, S. 7) Schüler*innen der Schule für Kranke werden nicht in die Berechnung der Quoten einbezogen (Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 10)

²⁵ Dworschak (2017a) legt in seiner Kritik an der Aussagekraft der Bildungsstatistik über die inklusive Realität an deutschen Schulen die Verwendung der Begriffe Integrations- und Separationsquote bzw. -anteil nahe, da bildungsstatistische Werte unter Auslassung qualitativer Aspekte nicht den Grad der Inklusion zu beschreiben vermögen und eine inflationäre Verwendung des Inklusionsbegriffs Gefahr läuft: „[...] dass der Begriff Inklusion zu einer Leerformel ohne inhaltlichen Kern verkommt.“ (Dworschak 2017a, S.32). Im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit folgt die Quotenbezeichnung der Auffassung Dworschaks.

Trotz ihrer Unschärfe und zum Teil eingeschränkten Aussagekraft, die beispielsweise durch landesspezifisch unterschiedliche Definitionen von *schulischer Inklusion* oder unterschiedliche Praktiken bei der

| Jahr | Förderquote | Exklusionsquote | Inklusionsquote | Inklusionsanteil |
|---------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2008/09 | 5,9 | 4,8 | 1,1 | 18,8 |
| 2018/19 | 7,4 | 4,2 | 3,2 | 43,1 |

Werte in Prozent
Quelle: vgl. Tabelle A1

| BertelsmannStiftung

| Förderschwerpunkt | 2008/09 | 2018/19 |
|------------------------------------|---------|---------|
| Insgesamt* | 4,80 | 4,20 |
| Lernen | 2,14 | 1,16 |
| Emotionale und soziale Entwicklung | 0,44 | 0,56 |
| Sprache | 0,47 | 0,39 |
| Geistige Entwicklung | 0,94 | 1,11 |
| Körperlich-motorische Entwicklung | 0,31 | 0,32 |
| Hören | 0,14 | 0,14 |
| Sehen | 0,06 | 0,06 |
| übergreifend/ohne Zuordnung | 0,30 | 0,46 |

*bei der Summenbildung Abweichungen durch Rundungseffekte
Werte in Prozent
Quelle: Vgl. Anhang, Tabelle A6

| BertelsmannStiftung

Abbildung 1. Quoten bzw. Anteile im Zeitverlauf (Hollenbach-Biele; Klemm et al. 2020, S. 10). Entwicklung der Exklusionsquoten in Deutschland - nach Förderschwerpunkten. (Hollenbach-Biele; Klemm et al. 2020, S. 12)

Diagnose eines sonderpädagogischen Förderbedarfs bedingt sind, verweisen die Veröffentlichungen Klemms auf eine *paradox* anmutende statistische Entwicklung der *Integrations-* und *Separationsquote*. Bei einem deutschlandweiten Rückgang der *Separationsquote* (in Abbildung 2 'Exklusionsquote') um nur 0.6 % seit dem Schuljahr 2008/09, stieg die *Integrationsquote* (in Abbildung 1 'Inklusionsquote') zum Schuljahr 2018/19 um 2.1 %, was sich durch den bundesweiten Anstieg der *Förderquote*, also der Grundgesamtheit der Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf unabhängig von der Schulart erklärt (Klemm 2018, S. 9 f.; Dworschak 2017b, S. 407; Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 10). Die bundesweiten Entwicklungen zeigen, dass trotz inklusiver Bemühungen und veränderter schulrechtlicher Voraussetzungen in allen Bundesländern zur Beschulung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf, wenn überhaupt, im Großteil der Förderschwerpunkte nur von marginal sinkenden Schülerzahlen auszugehen ist. Ebenfalls verweist der bildungsstatistische Lagebericht von Klemm (2018) auf den verhältnismäßig großen Anteil *inkludierter* Schüler aus dem Förderbereich *Lernen*, während er

für andere Förderbereiche wie *Sehen*, *Hören*, *körperlich-motorische Entwicklung*, *Emotion und Verhalten* wie auch *Geistige Entwicklung* weit niedrigere Zahlen und Hinweise auf geringe bis stagnierte Inklusionserfolge vorlegt. Abbildung 1 zeigt bei der Entwicklung der Exklusionsquoten eine deutschlandweite Steigerung in den Förderschwerpunkten Emotionale und soziale (+0.12 %) und geistige Entwicklung (+0.17 %). Der Bereich *Förderschwerpunkt übergreifend* erlebt einen Zuwachs von 0.16 %, während die Entwicklung im Bereich Hören (+/-0), Sehen (+/-0) und körperlich-motorische Entwicklung (+0.01 %) stagniert.

Fasst man den Betrachtungsrahmen enger auf die Entwicklung der *Separations- und Integrationsquoten*, die Bayern zu verzeichnen hatte, wird die paradoxe statistische Entwicklung noch deutlicher. Zwischen den Schuljahren 2008/09 und 2018/19 stieg in Bayern die *Separationsquote* von 4.5 % um 0.2 Prozentpunkte²⁶ auf 4.7 %²⁷ (Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 11), bei zeitgleich steigender *Integrationsquote* um 0.81 % von 0.89 % im Schuljahr 2008/09 auf 1.70 % im Schuljahr 2016/17 (Klemm 2018,

²⁶ Absolute Wertsteigerungen bei Prozentangaben werden im weiteren Textverlauf mit dem mathematischen Kürzel %P angegeben

²⁷ Bei den Angaben zu den einzelnen Bundesländern erfolgt in Klemms (2018) Veröffentlichung keine Differenzierung der Förderschulen nach Förderschwerpunkten. Hierzu werden Zahlen der Bayerischen Schulstatistik herangezogen.

S. 19). Hollenbach-Biele (2020) unterstellt Bayern, es hätte „sich von dem in der UN-Konvention formulierten Ziel in den Jahren seit 2008/09 [...] tendenziell entfernt“ (ebd., S. 11). Dementgegen stellt

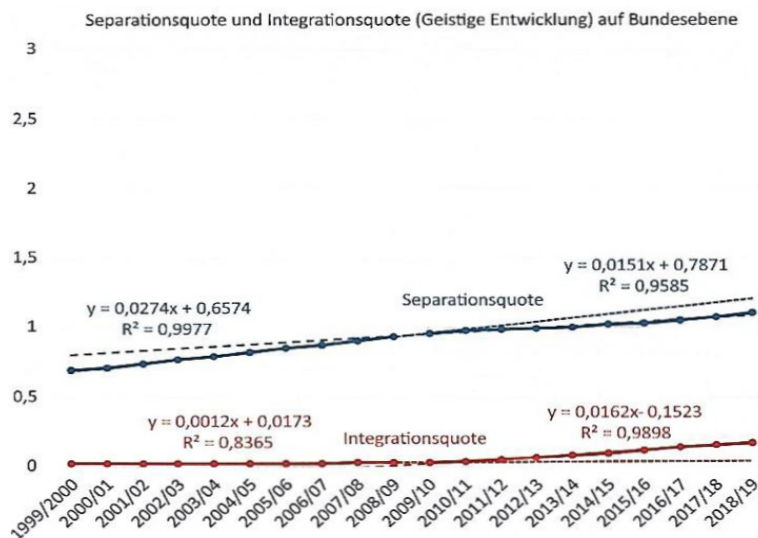


Abbildung 2. (Scheer; Melzer 2020, S. 583)

Dworschak (2017a) für den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung das Argument, Schüler und Schülerinnen in kooperativen Lernformen würden in der KMK Statistik der Separationsquote zugerechnet, da sie, unabhängig vom tatsächlichen Schulort (der zumeist an der Regelschule ist), schulrechtlich Schüler der Förderzentren bleiben. Hierbei handelte es sich in Bayern im Schuljahr 2016/17 um 14 % der Schülerschaft an FZgEs. Die tiefer-

gehende, kritische Bearbeitung der großangelegten bildungsstatistischen Analysen würde den Rahmen der hier möglichen wie notwendigen Ausführungen sprengen. Komprimiert wiedergegeben scheitern die Ergebnisse Klemms (2010; 2013; 2014; 2018) und Hollenbach-Bieles (2020) an der mangelnden Vergleichbarkeit der föderalistisch organisierten Bildungssysteme und an Definitionsproblemen innerhalb der dichotom angelegten Semantik von Exklusion und Inklusion. Die binäre Form der Kategorien ist nicht in der Lage das komplexe und responsive Schulsystem der Länder ausreichend hinsichtlich seiner inklusiven Potentiale abzubilden, weshalb eine reißerische Verwendung der Zahlen bildungsstatistischer Analysen nicht zielführend, geschweige denn aussagekräftig bezüglich der tatsächlichen Inklusionspotenz eines Schulsystems ist (Dworschak 2017a, S. 39).

Ein differenzierteres Bild bieten die Trendanalysen von 1994 bis 2019 (Scheer und Melzer 2020), die über den gesamten Untersuchungszeitraum einen „bisweilen sehr deutlichen Zuwachs“ der Förderquote in allen Förderschwerpunkten außer dem Förderschwerpunkt *Lernen* belegen.

Die Förderquote im Bereich geistige Entwicklung weist von 1999 bis 2019 durchgängig einen linear zunehmenden Trend von 0.03 %²⁸ auf, während sowohl Separationsquote als auch Integrationsquote steigende Trendlinien verzeichnen (siehe Abbildung 2). Neben, soweit statistisch bewertbaren Inklusionserfolgen (Anstieg der Integrationsquote ab 2009), belegen die Untersuchungen ebenfalls die bundesweit steigende Anzahl von Schülern und Schülerinnen mit einem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung sowie die weiterhin steigende Anzahl von Schülern und Schülerinnen, die der Separationsquote zugerechnet in FZgEs unterrichtet werden. Gerade im Bereich geistige Entwicklung, dessen Schülerschaft sich originär durch schwere bis schwerste Funktionseinschränkungen charakterisiert, verwundert bei der Annahme einer stabilen Prävalenz von geistiger Behinderung in der Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen, die kontinuierliche Wachstumstendenz. Möglicherweise bedingen

²⁸ Die Trendberechnung erfolgte nach der Methode der kleinsten Quadrate (Method of Least Squares, MLS) mit der Formel $y = \beta \cdot x + \alpha$. β = Steigung / α = Ausgangspunkt. Der Wert R2 ist das Bestimmtheitsmaß, d. h. je näher er an 1 liegt, umso linearer ist die Trendentwicklung, je näher an 0 um so weniger linear (0,02 niedrig / 0,13 moderat / 0,26 hoch) (Scheer und Melzer 2020, S. 578 f.)

zusätzlich die von Ratz und Dworschak „vielfältigen anderen Gründe“ zur Beschulung in dieser Schulart die wachsenden Schülerzahlen (Ratz und Dworschak 2012, S. 14). In der Diskussion stehen verschiedene Erklärungsansätze, die von der These zunehmender Überforderung von Schüler*innen an Regelschulen, der These Wockens (1996, S. 34), die Meldung Sonderpädagogischen Förderbedarfs hätte „die Funktion eines Berechtigungsscheins für Lehrerstunden“ (Hollenbach-Biele et al. 2020, S. 14) über die Annahme erhöhter diagnostischer Kompetenz und Sensibilität bei Lehrkräften bei gleichzeitig abnehmenden Stigmatisierungseffekten durch Diagnosen in Zeiten der Inklusion reichen (ebd. 13 f.). Hinsichtlich der Klientel, bei welcher die Beschulung im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung diagnostisch indiziert ist, wirken die herangezogenen Erklärungsansätze eher unstimmig. Mag die These zunehmender Überforderung an Regelschulen bei Kindern an der Grenze oder im kognitiven Leistungsbereich einer Lernbehinderung nachvollziehbar sein, legt das Vorliegen einer diagnostizierten geistigen oder syndromalen (Schwer-Mehrfach-)Behinderung nahe, es handle sich in der Regel um Kinder und Jugendliche, deren soziale und/oder kognitive Überforderung in einer Regelschule ohne zusätzliche sonderpädagogische Expertise augenscheinlich werden. Fragwürdig bleibt ebenfalls, ob der stigmatisierende Effekt der Diagnose *geistige Behinderung* durch steigendes gesellschaftliches Inklusionsbewusstsein abgemildert werden konnte und die Diagnose dahingehend an Akzeptanz oder gar Attraktivität gewonnen hat. Folgt man den vielfältigen wissenschaftlichen Erkenntnissen, stellt die Diagnose einer (geistigen) Behinderung nach wie vor biographisch und familienhistorisch einen krisenhaften Einschnitt mit äußerst schweren emotionalen, sozialen und teils auch ökonomischen Belastungen dar. Bükker (2008) verweist neben den erheblichen emotionalen Belastungen der betroffenen Familien zusätzlich auf die drohende „Verschärfung der ökonomischen Problemlage“, „Verschärfung der Belastungen der Hauptpflegeperson“, „Verstärkung von Zugangsproblematiken“ sowie den drohenden Verlust tragfähiger sozialer Netze (Bükker 2008, S. 290 ff.). Auf die enorme Belastung wird kongruent in nahezu allen Standardwerken erläuternd eingegangen (Speck 2003, S. 465 ff.; Ziemer 2008, S. 398 ff., 2019, S. 360 ff.). Die erhebliche Wirkung einer Behinderungsdiagnose dürfte im Bereich der geistigen Behinderung, unabhängig von der Inklusionsdiskussion, nach wie vor ähnlich aversive und unsichere Reaktionen auslösen als noch vor 2009. Die Studie SFGE²⁹ (2012) belegt, „die Wahl der Förderschule nimmt [...] mit steigendem Schweregrad der Behinderung deutlich zu.“ (Dworschak, S. 73), was darauf hindeutet, dass im Bereich gE eher die Notwendigkeit der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen das Movens und nicht die veränderte Akzeptanz durch inklusive Bewusstseinsentwicklungen in der Gesellschaft sind. Unabhängig von ihrer Aussagekraft zu inklusiven Potentialen eines Bildungssystems, zeigen die schulstatistischen Veröffentlichungen der Länder eine steigende Tendenz hinsichtlich der Nachfrage nach sonderpädagogischen Bildungsangeboten, die multifaktoriell begründet ist. Scheer und Melzer (2020) schlagen zur fundierten wissenschaftlichen Erklärung der bundesweit linear steigenden Schülerzahlrends in den meisten Förderschwerpunkten zur aussagekräftigen Interpretation der Ergebnisse andere methodische Zugänge wie beispielsweise „inhaltsanalytische Gutachtenanalysen in Schulämtern“ (2020, S. 588) vor. Eine „Aneinanderreihung von Querschnittdaten ohne Berücksichtigung individueller Längsschnittdaten“ (ebd.), wie sie die KMK-Analysen anbieten, vermag überdies keine Aussage über

²⁹ Siehe 2.1.5.2

mögliche Prozesse der Umetikettierung von Schülern und Schülerinnen von einem Förderschwerpunkt in einen anderen zu treffen, der von Scheer und Melzer vermutet wird (ebd., S. 588).

Durch die Heranziehung der im zweijährigen Turnus veröffentlichten Analysen der *Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder zur Sonderpädagogischen Förderung in Förderschulen* lässt sich die dekadische Entwicklung an den Förderzentren in Bayern retrospektiv beleuchten. Tabelle 2 führt die bayerischen Schülerzahlen³⁰ gesamt und förderschwerpunktspezifisch auf. Die letzte Spalte (Dek. Diff. %) setzt die Zahlen der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in Verbindung um die dekadische Differenz prozentual darzustellen:

Tabelle 2.

Dekadische Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen in Bayern nach Förderschwerpunkten

| | 09/10 | 11/12 | 13/14 | 15/16 | 17/18 | 19/20 | Dek. Diff. % |
|------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------|
| N_{Ges} | 58.573 | 55.973 | 54.373 | 54.079 | 55.283 | 56.355 | -3.79 % |
| N_{Lernen} | 12.933 | 12.148 | 10.406 | 8.539 | 1.278 | 1.300 | -89.95 % |
| N_{Sehen} | 762 | 627 | 604 | 637 | 628 | 584 | -23.36 % |
| $N_{\text{Hören}}$ | 1.873 | 1.942 | 1.841 | 1.936 | 1.968 | 1.939 | +3.52 % |
| N_{Sprache} | 2.834 | 2.548 | 2.283 | 1.769 | 1.232 | 1.198 | -57.73 % |
| N_{kmE} | 2.272 | 2.309 | 2.203 | 2.120 | 1.907 | 1.729 | -23.99 % |
| N_{gE} | 11.075 | 10.964 | 10.484 | 10.302 | 10.762 | 11.245 | +1.53 % |
| N_{eus} | 2.554 | 2703 | 2.900 | 2.978 | 2.834 | 2.637 | +3.25 % |
| $N_{\text{überg.}}$ | 10.630 | 10.324 | 1.871 | 2.000 | 2.128 | 2.162 | -79.66 % |
| N_{LSE} | - | - | 9.867 | 11.814 | 19.755 | 20.086 | +103.57 % ³¹ |
| $N_{\text{n.n.}}$ | 11.525 | 10.267 | 9.309 | 9.401 | 10.053 | 10.407 | -9.70 % |
| N_{Kranke} | 2.115 | 2.141 | 2.405 | 2.583 | 2.738 | 3.068 | +45.06 % |

Anmerkung 2. N_{Ges} : Gesamtzahl Bayern, N_{kmE} : Anzahl der Schüler*innen im Förderschwerpunkt (FS) körperlich-motorische Entwicklung, N_{eus} : FS emotionale und soziale Entwicklung, N_{LSE} : FS Lernen – Sprache – Emotionen, Dek. Diff.: dekadische Differenz – prozentuale Differenz der Werte der Schuljahre 09/10 und 19/20, eigene Berechnungen auf der Grundlage der KMK-Analysen zur sonderpädagogischen Förderung an Förderschulen (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2010, 2012, 2014, 2016, 2020, 2021)

Zieht man die Zahlen der statistischen KMK - Auswertungen der Förderschulen (Tabelle 2) heran, beläuft sich der Rückgang der Gesamtschülerzahlen an Förderzentren im dekadischen Vergleich auf 3.79 %. Laut der bayerischen Staatsregierung ist die Schülerzahl an allen Schulen in Bayern seit dem Schuljahr 2004/05 bis 2019/20 konstant rückläufig und wird für die folgenden beiden Schuljahre weiterhin rückläufig vorausberechnet (Bayerische Staatsregierung 2020a).

Tabelle 3 greift auf die Eckdaten der amtlichen Schulstatistik Bayerns zurück und stellt die Entwicklung der Gesamtschülerzahl, den prozentualen Anteil von Schülern und Schülerinnen an Förderzentren sowie die dekadische Differenz zur näheren Erläuterung dar. Die zu Tabelle 2 abweichende Schülerzahl

³⁰ Inklusive der Schüler und Schülerinnen an Schulen für Kranke

³¹ Wert berechnet von 2013/14 bis 2019/20. Die Kategorie LSE wird erst seit SJ 13/14 in der bayerischen KMK Analyse angewendet. Ein deutlicher Hinweis auf eine statistische „Umetikettierung“, die die Wachstums- und Regressionswerte der anderen Förderschwerpunkte verzerrt, v. a. Lernen, Sprache und übergreifend.

an Förderzentren im Herbst 2019 ist den unterschiedlichen Erhebungszeitpunkten der Veröffentlichungen geschuldet. Während die KMK-Analysen retrospektiv veröffentlicht werden, stützen sich die statistischen Berichte des bayerischen Landesamtes auf die von den einzelnen Schulen jeweils im Oktober nach Schuljahresbeginn übermittelten Daten. Aufgrund der Transparenz und Datenkonsistenz werden in Tabelle 3 beide Datensätze zur Berechnung herangezogen und gegenübergestellt:

Tabelle 3.

Schülerzahlentwicklung in Bayern mit anteiliger Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen

| | Herbst 2010 | | Herbst 2019 | | Dek. Diff. % |
|---|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------------|--------------|
| Gesamtschülerzahl Bayern | 1.369.677 | | 1.234.852 | | - 9.84 % |
| N_{ges} | | | | | |
| Schüler an Förderschulen (bayerisches Landesamt für Statistik) | 56.561 | 4.13 % von N _{ges} | 55.499 | 4.49 % von N _{ges} | - 1.87 % |
| Schüler an Förderschulen (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der BRD) | 57.326 | 4.19 % von N _{ges} | 56.355 | 4.56 % von N _{ges} | - 1.69 % |

Anmerkung 3. N_{ges}: Gesamtschülerzahl Bayern aller Schularten bis Sekundarstufe II, Dek.Diff.: dekadische Differenz – prozentuale Differenz der absoluten Werte von 2010 und 2019. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2011a; Bayerische Staatsregierung 2020b; Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2020b; Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2021)

Bei einer regressiven dekadischen Entwicklung der bayerischen Gesamtschülerzahlen von -9.84 % sank die Schülerzahl an Förderzentren auf der Datengrundlage des bayerischen Landesamtes für Statistik um 1.87 %P während sich der Anteil der Förderschüler an der Grundgesamtheit aller Schüler und Schülerinnen um 0.36 %P erhöhte. Zieht man die Daten der KMK-Analysen zur Berechnung heran, erhöht sich einerseits der Anteil der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen an der Grundgesamtheit von 4.19 % um 0.37 %P auf 4.56 %, während der Regressionstrend der Schülerzahlen an Förderzentren in Bayern mit -1.69 % noch geringer ausfällt. Unabhängig von den erhebungspunktbedingten Schwankungen zeigen die Berechnungen die deutlich voneinander abweichenden Entwicklungstendenzen. Der Rückgang der Gesamtschülerzahlen ist mehr als fünf- bis nahezu sechsfach höher als der Rückgang der Anzahl der Förderschüler.

Die Gesamtzahlen in Bayern werden in den Veröffentlichungen des Landesamtes für Statistik nicht nach Förderschwerpunkten differenziert; nachdem sich die Fachliteratur einig über die abweichenden Entwicklungen hinsichtlich inklusiver Beschulung in den einzelnen Förderschwerpunkten ist, gibt Tabelle 4 dahingehend Aufschluss. Die Abweichungen zu den Daten aus den KMK-Analysen bedingen sich wiederum durch die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte. Die Auflistung entstammt einer Mitteilung des MdL Norbert Dünkel an die Mitglieder der *Arbeitsgruppe Inklusion am bayerischen Landtag* und kann hier mit freundlicher Genehmigung des bayerischen Landesamtes für Statistik³² veröffentlicht werden.

³² Persönliche Genehmigung und Erklärung der Unbedenklichkeit der Datensätze durch die Statistikstelle des STMUK / namentlich: Bernhard Puell via Mail vom 23.11.2021.

Tabelle 4.

Schülerzahlentwicklung nach Förderschwerpunkten und Regierungsbezirken von 2016/17 bis 2020/21

| Schuljahr | Region | Schüler an Förderzentren ^a | | | | | | | | | | |
|------------------|---------------|---------------------------------------|--|----------------------------|--------------|-------------------------------|--|--------------|---------------|--------------|--------------------------------|--|
| | | insgesamt | darunter mit sonderpädagogischer Förderung | | | | | | | | | |
| | | | insgesamt | davon im Förderschwerpunkt | | | | | | | Emotion. und soziale Entwickl. | ohne zugeordneten Förderschwerpunkt ^b |
| | | | | Sehen | Hören | Körperl. und motor. Entwickl. | Geistige Entwickl. (einschl. Autismus) | Sprache | Lernen | | | |
| 2016/2017 | Bayern | 53 669 | 50 652 | 874 | 1 473 | 2 980 | 10 534 | 3 033 | 18 106 | 3 972 | 9 680 | |
| 2016/2017 | Oberbayern | 16 976 | 15 630 | 245 | 356 | 1 046 | 3 334 | 1 059 | 4 914 | 1 407 | 3 269 | |
| 2016/2017 | Niederbayern | 5 148 | 4 937 | - | 268 | 326 | 1 096 | 279 | 1 504 | 673 | 791 | |
| 2016/2017 | Oberpfalz | 3 863 | 3 742 | 104 | - | 272 | 723 | 9 | 1 744 | 279 | 611 | |
| 2016/2017 | Oberfranken | 4 104 | 4 032 | - | 149 | 119 | 991 | 206 | 1 592 | 344 | 631 | |
| 2016/2017 | Mittelfranken | 9 222 | 8 821 | 303 | 242 | 370 | 1 632 | 698 | 3 230 | 587 | 1 759 | |
| 2016/2017 | Unterfranken | 6 498 | 6 121 | 222 | 245 | 364 | 1 128 | 692 | 2 074 | 362 | 1 034 | |
| 2016/2017 | Schwaben | 7 858 | 7 369 | - | 213 | 483 | 1 630 | 90 | 3 048 | 320 | 1 585 | |
| 2017/2018 | Bayern | 54 473 | 51 361 | 873 | 1 514 | 2 968 | 10 775 | 2 830 | 18 159 | 4 054 | 10 188 | |
| 2017/2018 | Oberbayern | 17 301 | 15 892 | 256 | 375 | 1 034 | 3 377 | 1 003 | 4 932 | 1 467 | 3 448 | |
| 2017/2018 | Niederbayern | 5 319 | 5 086 | - | 277 | 300 | 1 154 | 270 | 1 479 | 708 | 898 | |
| 2017/2018 | Oberpfalz | 3 919 | 3 808 | 105 | - | 296 | 750 | 5 | 1 649 | 265 | 738 | |
| 2017/2018 | Oberfranken | 4 167 | 4 097 | - | 139 | 117 | 1 002 | 185 | 1 642 | 343 | 669 | |
| 2017/2018 | Mittelfranken | 9 347 | 8 930 | 309 | 223 | 356 | 1 686 | 644 | 3 268 | 578 | 1 866 | |
| 2017/2018 | Unterfranken | 6 509 | 6 136 | 203 | 241 | 369 | 1 145 | 691 | 2 064 | 374 | 1 049 | |
| 2017/2018 | Schwaben | 7 911 | 7 412 | - | 259 | 496 | 1 661 | 32 | 3 125 | 319 | 1 520 | |
| 2018/2019 | Bayern | 55 384 | 52 226 | 866 | 1 490 | 2 958 | 11 025 | 2 826 | 18 319 | 4 198 | 10 544 | |
| 2018/2019 | Oberbayern | 17 626 | 16 216 | 245 | 386 | 1 032 | 3 437 | 978 | 5 103 | 1 485 | 3 550 | |
| 2018/2019 | Niederbayern | 5 387 | 5 143 | - | 271 | 275 | 1 209 | 255 | 1 411 | 798 | 924 | |
| 2018/2019 | Oberpfalz | 4 039 | 3 907 | 105 | - | 306 | 766 | 6 | 1 749 | 272 | 703 | |
| 2018/2019 | Oberfranken | 4 228 | 4 153 | - | 136 | 111 | 1 034 | 189 | 1 649 | 341 | 693 | |
| 2018/2019 | Mittelfranken | 9 386 | 8 965 | 312 | 214 | 359 | 1 749 | 641 | 3 183 | 620 | 1 887 | |
| 2018/2019 | Unterfranken | 6 585 | 6 212 | 204 | 230 | 365 | 1 149 | 712 | 2 076 | 372 | 1 104 | |
| 2018/2019 | Schwaben | 8 133 | 7 630 | - | 253 | 510 | 1 681 | 45 | 3 148 | 310 | 1 683 | |
| 2019/2020 | Bayern | 55 499 | 52 067 | 856 | 1 474 | 2 780 | 11 266 | 2 641 | 18 634 | 3 892 | 10 524 | |
| 2019/2020 | Oberbayern | 17 677 | 15 962 | 249 | 384 | 857 | 3 565 | 823 | 5 327 | 1 205 | 3 552 | |
| 2019/2020 | Niederbayern | 5 422 | 5 208 | - | 281 | 275 | 1 242 | 245 | 1 503 | 725 | 937 | |
| 2019/2020 | Oberpfalz | 4 099 | 3 964 | 101 | - | 298 | 792 | 8 | 1 779 | 268 | 718 | |
| 2019/2020 | Oberfranken | 4 314 | 4 227 | - | 128 | 115 | 1 049 | 185 | 1 692 | 338 | 720 | |
| 2019/2020 | Mittelfranken | 9 317 | 8 889 | 306 | 215 | 352 | 1 796 | 621 | 3 132 | 618 | 1 849 | |
| 2019/2020 | Unterfranken | 6 558 | 6 199 | 200 | 207 | 372 | 1 146 | 708 | 2 041 | 397 | 1 128 | |
| 2019/2020 | Schwaben | 8 112 | 7 618 | - | 259 | 511 | 1 676 | 51 | 3 160 | 341 | 1 620 | |
| 2020/2021 | Bayern | 55 055 | 52 428 | 766 | 1 529 | 2 857 | 11 645 | 3 646 | 23 635 | 4 941 | 3 409 | |
| 2020/2021 | Oberbayern | 17 417 | 16 061 | 231 | 408 | 898 | 3 717 | 1 225 | 6 635 | 1 351 | 1 596 | |
| 2020/2021 | Niederbayern | 5 432 | 5 273 | - | 286 | 286 | 1 280 | 330 | 2 063 | 853 | 175 | |
| 2020/2021 | Oberpfalz | 4 176 | 4 081 | 90 | - | 355 | 833 | 1 | 1 942 | 261 | 599 | |
| 2020/2021 | Oberfranken | 4 301 | 4 218 | 1 | 127 | 110 | 1 039 | 238 | 2 162 | 364 | 177 | |
| 2020/2021 | Mittelfranken | 9 255 | 8 873 | 292 | 218 | 331 | 1 875 | 711 | 4 668 | 778 | - | |
| 2020/2021 | Unterfranken | 6 420 | 6 292 | 151 | 216 | 434 | 1 213 | 862 | 2 554 | 409 | 453 | |
| 2020/2021 | Schwaben | 8 054 | 7 630 | 1 | 274 | 443 | 1 688 | 279 | 3 611 | 925 | 409 | |

Anmerkung 4. Erhebungszeitraum wie verfügbar. ^a Einschließlich Schule für Kranke. ^b u. a. Schüler in sonderpädagogischen Diagnose- und Förderklassen. Datenquelle: Amtliche Schuldaten.

Betrachtet man die Entwicklungen in der Fünf-Jahres-Übersicht in den einzelnen Förderschwerpunkten über alle bayerischen Regierungsbezirke hinweg, bestätigt sich die ungleiche Verteilung der Zunahme der Schülerzahlen in den einzelnen Förderschwerpunkten. Folgende Grafik stellt die bayernweiten Entwicklungen in den einzelnen Förderschwerpunkten anhand der Daten aus Tabelle 4 deskriptiv dar:

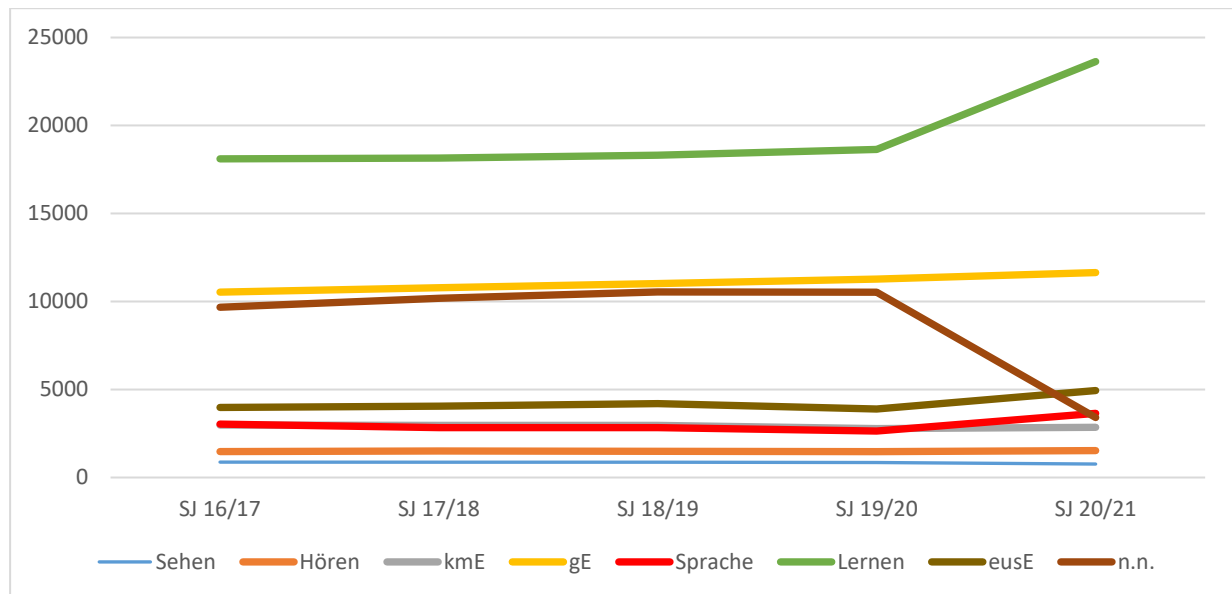


Abbildung 3. Schülerzahlentwicklungen in bayerischen Förderzentren nach Förderschwerpunkten 2016/17 bis 2020/21

Die deskriptive Fünf-Jahres-Darstellung offenbart, wie sich die Zunahme der Gesamtschülerzahl an Förderschulen bis 2019/20 mit nur leicht regressiver Tendenz zum Schuljahr 2020/21 auf die Förderschwerpunkte verteilt. Leichte Regression erleben nur die Förderschwerpunkte Sehen und körperlich-motorische Entwicklung (kmE), während die Schülerzahlen in allen weiteren Bereichen ansteigen. Der Abfall der Zahlen in der Kategorie n.n. (ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt) bedingt gleichzeitig einen erheblichen Anstieg im Förderschwerpunkt Lernen, zeigt also die statistische Folge diagnostischer und/oder statistischer Umetikettierung. Ergänzend bietet Abbildung 4 eine gesonderte Übersicht über die Entwicklungen des Förderschwerpunkts geistige Entwicklung in allen sieben bayerischen Regierungsbezirken:

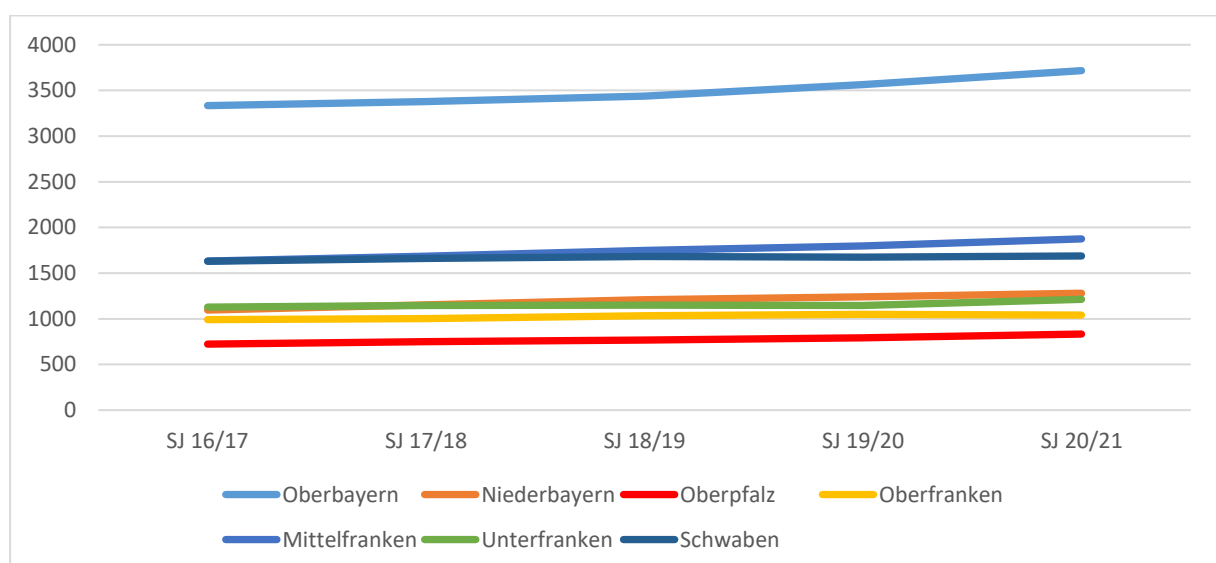


Abbildung 4. Schülerzahlentwicklung im FSgE nach Regierungsbezirken Bayern 2016/17 bis 2020/21

Alle bayerischen Regierungsbezirke verzeichnen im betrachteten Fünfjahreszeitraum steigende Schülerzahlen an den FZgEs. Lediglich in Oberfranken gehen die Zahlen zum Schuljahr 2020/21 in der Vorausberechnung um *zehn* Schüler und Schülerinnen zurück.

Eine analoge Entwicklung an bayerischen FZgEs lässt sich ebenfalls im Zeitraum der ersten Dekade seit Inkrafttreten der UN-BRK belegen. Inklusionserfolge im Förderschwerpunkt gE stellen sich rein bildungsstatistisch als stagniert bis nicht vorhanden dar, was sich durch die Gegenüberstellung der bayernweiten Schülerzahlen im Förderschwerpunkt gE zusätzlich verdeutlicht (Bayerisches Landesamt für Statistik 2011b, 2015a, 2020d).

Tabelle 5.

Dekadische Entwicklung der Schülerzahlen im Förderschwerpunkt gE (bayernweit) nach Sachaufwandsträger

| Träger FZgEs | 2010/11 | 2014/15 | 2019/20 | Dekadische Entwicklung in % |
|-------------------|---------|-----------------|-----------------|-----------------------------|
| Öffentliche FZgEs | 1162 | 1073 (-7.66 %) | 1277 (+19.01 %) | +17.59 % |
| Private FZgEs | 9881 | 9293 (-5.95 %) | 9968 (+7.26 %) | +00.88 % |
| Gesamt | 11043 | 10366 (-5.48 %) | 11245 (+8.48 %) | +02.53 % |

Anmerkung 5. Die prozentualen Angaben in Klammer beziehen sich auf die jeweils vorausgehende Grundgesamtheit der Schüler, die dekadische Entwicklung kontextualisiert die Zahlen der Schuljahre 2010/11 und 2019/20. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2011b, 2015a, 2020d)

Diese positive zahlenmäßige Entwicklung vollzieht sich parallel zu der zunehmenden Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit diagnostiziertem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung an Regelschulen und wirft die Frage auf, welche Schüler und Schülerinnen sich hinter den dargelegten Statistiken verbergen und wie sie in ihrer Qualität genauer zu beschreiben sind? Kann von einer stabilen Prävalenz geistiger Behinderung und Syndromen, die dem Personenkreis originär sind, ausgegangen werden? Inwieweit sind Korrelate zur Entwicklung der gesamten Bevölkerung ein relevanter Einflussfaktor? Über den Indikator der „Inanspruchnahme von Förderangeboten [...], z. B. in Sonderschulen.“ (Sarimski 2005, S. 112) lässt sich die „administrative Prävalenz“ (ebd.) von Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung berechnen, die als annäherndes Äquivalent zur Prävalenz von geistiger Behinderung bei Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter verstanden werden kann. Für schulpflichtige Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung kann somit durch die vorgelegten amtlichen Schuldaten, konkret durch die Förderquoten differenziert nach Förderschwerpunkt, eine *administrative Prävalenz* errechnet werden. Obgleich die Diagnose eines Förderbedarfs im Bereich geistige Entwicklung nicht zwangsläufig mit der medizinischen Diagnose einer Intelligenzminderung/geistigen Behinderung gleichzusetzen ist und auch in manchen Bundesländern der Förderschwerpunkt nur noch beim Besuch einer Förderschule festgeschrieben wird, lässt die Berechnung zumindest eine Annäherung an die aktuelle deutschlandweite Prävalenz von geistiger Behinderung bei Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter zu. Im Kontext der vorliegenden Untersuchung kann die zahlenmäßige Entwicklung der Förderquote im Förderschwerpunkt gE (FSgE_{ges}) unabhängig von der besuchten Schulart bundesweit von 2009 bis 2018 im Verhältnis zur Gesamtschülerzahl (D_{ges}) betrachtet werden:

Tabelle 6.

Prozentualer Anteil der Schüler*innen mit Förderschwerpunkt gE unabhängig von der besuchten Schulart an der bundesweiten Gesamtschülerzahl – administrative Prävalenz

| | 2009 | 2018 |
|-------------------|------------|------------|
| D_{ges} | 11.675.000 | 10.780.000 |
| $FSgE_{ges}$ | 77.907 | 94.192 |
| $FSgE_{ges}$ in % | 0.67 % | 0.87 % |

Anmerkung 6. FSgEges: Schüler*innen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung bundesweit, Dges: Gesamtschülerzahl (alle Schularten bis Sekundarstufe II) bundesweit. Datenquelle: (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2020a, 2020b)

Die deutschlandweite Berechnung der administrativen Prävalenz zeigt (hier unter Heranziehung der Förderquote, nicht der Schülerzahl an FZgEs) eine dekadische Differenz von 0,2 %P.

Zum Vergleich ergeben sich bei der Heranziehung der bayerischen Schülerzahlen von 2009 und 2018 (BY_{ges} / $FSgEBY_{ges}$) vergleichbare Entwicklungen für die Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen:

Tabelle 7.

Anteil der Schüler mit FSgE an FZgEs und allgemeinen Schulen an der bayerischen Gesamtschülerzahl – administrative Prävalenz

| | 2009 | 2018 |
|---------------------|----------------------|----------------------|
| BY_{ges} | 1.413.080 | 1.252.347 |
| $FSgEBY_{ges}$ | 11.327 ³³ | 11.981 ¹⁸ |
| $FSgEBY_{ges}$ in % | 0.80 % | 0.96 % |

Anmerkung 7. BYges: Gesamtschülerzahl Bayern, alle Schulen bis Sekundarstufe II, FSgEBYges: Anzahl der Schüler*innen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an Förderzentren gE und allgemeinen Schulen in Bayern. Datenquelle: (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2020b, 28;56; Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2021b, S. 20)

Die länderspezifischen Berechnungen zu Bayern, zeigen im betrachteten Zeitraum bei grundsätzlich höherer administrativer Prävalenz (+0.13 % in 2009 / +0.09 % in 2018) im Vergleich zur bundesweiten sowohl einen Anstieg um 0.16 % als auch die Annäherung an eine administrative Prävalenz von ca. 1 % in 2018. Hierzu muss einschränkend angefügt werden, dass die Berechnung aufgrund der Datenverfügbarkeit alle Schüler und Schülerinnen mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, die an Förderschulen mit anderen Förderschwerpunkten unterrichtet werden, nicht erfasst, was die errechnete administrative Prävalenzrate niedriger als die reelle ausfallen lässt.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die in den bildungsstatistischen Analysen dargestellten Entwicklungen sich anhand der herangezogenen Daten für das Bundesland Bayern spezifizieren lassen. Aufgrund der eingeschränkten Aussagekraft der Daten zu den Inklusionserfolgen, wird an dieser Stelle von der dahingehenden Interpretation der entsprechenden Daten abgesehen. Festzuhalten bleibt die dargelegte Entwicklung steigender Schülerzahlen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung bei gleichzeitig steigenden Integrationsquoten und Anteilen in Bayern. Vor allem vor dem Hintergrund der

³³ Berechnung aus Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland 2020b, 28; 56; Summe der Schüler mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an Förderschulen und allgemeinen Schulen

sinkenden Gesamtschülerzahlen (alle Schularten) werfen die Entwicklungen die Frage auf, weshalb gerade im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung die Schülerzahlen bei ebenfalls, wenn auch nur leicht steigender Integrationsquote, ansteigen, weist der Personenkreis im Förderschwerpunkt gE laut definitorischer Beschreibung und Indikation beispielsweise entgegen der Schülerklientel im Förderschwerpunkt Lernen doch erhebliche bis schwerste Funktionseinschränkungen auf, die sich charakteristisch von der Klientel an Regelschulen wie Sonderpädagogischen Förderzentren (SFZs) unterscheiden.

2.2.3 Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an Förderzentren

Seit den 1990er Jahren war vor allem das Phänomen der Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an deutschen Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen Objekt erziehungswissenschaftlicher, bildungswissenschaftlicher und soziologischer Forschung (Apitzsch 1994; Uçar 1996; Powell und Wagner 2001; Steinbach und Nauck 2004; Kornmann 2010). Der überzufällig hohe Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an Förderschulen wird seither im Kontext struktureller Bildungsbenachteiligung untersucht und diskutiert. Eine Vielzahl von empirischen Studien attestiert in erster Linie dem Förderschwerpunkt Lernen eine Jahrzehnte persistierende Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher (Brodesser 2015; Bundesamt für Bildung und Forschung 2019; Kölm et al. 2020). Die statistisch belegte ungleiche Verteilung ausländischer Schüler und Schülerinnen auf verschiedene Schularten war und ist Ausgangspunkt von Fragestellungen nach den möglichen Gründen, Zusammenhängen und Konsequenzen von Bildungsbenachteiligung.

Zur Bestandsaufnahme der Entwicklung und statistischen Darstellung eines charakteristischen Unterschieds verglichen mit der Schülerschaft an Regelschulen hinsichtlich des Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen fasst das folgende Kapitel die verfügbaren bildungsstatistischen Daten zusammen. Die Darstellung beschränkt sich auf den Indikator *ausländisch*, da für eine erweiterte Definition wie beispielsweise *Migrationshintergrund*³⁴ nicht in ausreichendem Maße Daten verfügbar sind.

Folgt man den Erhebungen des Bundesministeriums für Bildung und Forschung zum Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an ausgewählten Schularten in Deutschland, wird bereits bei den Regelschularten eine hohe Varianz hinsichtlich des Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen und der Schulart augenscheinlich. Während 2019 der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an Gymnasien bundesweit 5.2 % betrug, lag der Wert für die Haupt- und Mittelschulen bei 26.6 %. Im bundesweiten Vergleich bilden die Realschule mit 9.3 % und die Grundschulen mit 13.1 % Ausländeranteil das Mittelfeld (Bundesamt für Bildung und Forschung 2019). Die Schulstatistik bildet hierbei den Personenkreis mit ausländischer Nationalität ab, d. h. Schüler und Schülerinnen mit nichtdeutschem Pass oder ungeklärter Staatsangehörigkeit. Der Anteil der wesentlich weiter zu fassenden Gruppe von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund fiel deutlich größer aus. Nicht nur abhängig von der Schulart zeigt sich eine enorme Varianz hinsichtlich des Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen; auch das Bundesland, oder darin wiederum die unterschiedlichen Siedlungstypen, weisen hohe

³⁴ In Erhebungen und wissenschaftlichen Studien werden unterschiedliche Definitionen von Migrationshintergrund angewandt. Im weiteren Verlauf der Arbeit wird bei der Darstellung verschiedener Studien auf die jeweilig zu Grunde gelegte Definition mit Fußnotenverweisen eingegangen. Die Definition Migrationshintergrund schließt beispielsweise auch Menschen deutscher Staatsbürgerschaft mit abweichender Verkehrssprache in der Familie oder einem im Ausland geborenen Elternteil mit ein, was die betrachtete Gruppe deutlich vergrößert.

Heterogenität hinsichtlich des Merkmals Ausländeranteil auf. Abbildung 5 zeigt die dekadische Entwicklung des Anteils ausländischer Schüler*innen in ausgewählten Förderschwerpunkten bundesweit.

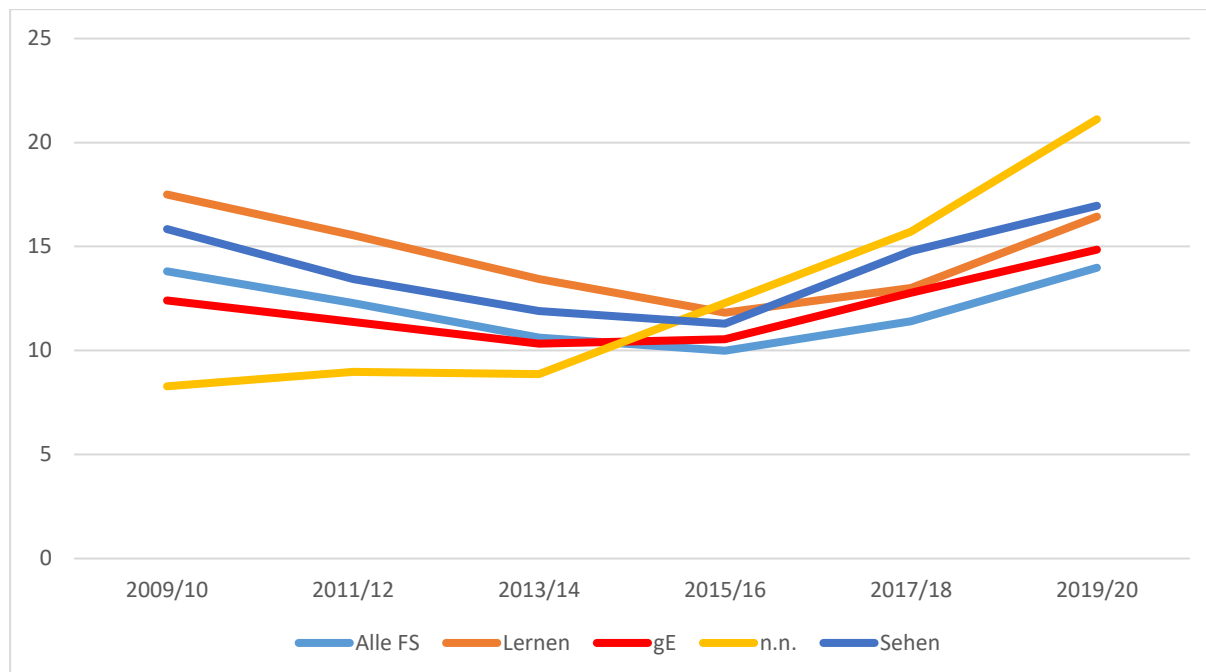


Abbildung 5. Bundesweite Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach FS. FS: Förderschwerpunkt, gE: geistige Entwicklung, n.n. ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2010, 2012, 2014, 2016, 2020, 2021)

Ab der Mitte der vergangenen Dekade ist ein stetiger Zunahmetrend zu beobachten. Innerhalb der Gruppe *ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt* (n.n.) steigt der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen von 8.87 % (2013/14) auf 21.12 % (2019/20), gefolgt von den Förderschwerpunkten Sehen mit 16.96 % (2019/20) und Lernen mit 16.44 %. Der Förderschwerpunkt geistige Entwicklung liegt mit einem deutschlandweiten Anteil von 14.85 % zwar im intranationalen Vergleich leicht über dem Wert der Grundschulen, jedoch weit unter dem Wert der Haupt- und Mittelschulen. Der Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an Gymnasien fällt somit 3–4fach geringer aus als in den betrachteten Förderschwerpunkten. Somit ist nicht nur in dem, bezüglich der Thematik bisher am umfassendsten untersuchten Förderschwerpunkt Lernen eine beständige Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher zu konstatieren – die Überrepräsentanz zeigt sich ebenfalls deutlich in anderen Sonderpädagogischen Förderschwerpunkten und hinsichtlich der Grundgesamtheit ausländischer Schüler und Schülerinnen an deutschen Schulen, die sich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Schuljahr 2019/20 schulartübergreifend auf 11.8 %³⁵ der Gesamtschülerschaft beläuft (Statistisches Bundesamt 2020), überdurchschnittlich hoch.

Aufgrund der ungleichen Verteilung ausländischer Bevölkerung auf die Bundesländer stellt Tabelle 8 die Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen nach zugeordnetem Förderschwerpunkt in Bayern dar und den entsprechenden Anteilen an ausgewählten Regelschulen gegenüber. Die Sortierung erfolgt

³⁵ Die Angaben des Bundesamtes für Statistik zum bundesweiten Gesamtanteil ausländischer Schüler und Schülerinnen 2019/20 beruhen auf der Summe der Schüler an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen sowie an Schulen des Gesundheitswesens. Die Ergebnisse beziehen sich auf Schülerinnen und Schüler, die nur eine ausländische und keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzen. Statistisches Bundesamt 2020.

absteigend, nach dekadischer Zunahme des Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen. Als Referenzwerte sind Mittelschulen, Grundschulen, Realschulen und Gymnasien dargestellt.

Tabelle 8.

*Dekadische Entwicklung Anteil ausländischer Schüler*innen an bayerischen Schulen / Förderschwerpunkte und Regelschulen im Vergleich*

| FS | 2010/11 | 2014/15 | 2019/20 | Dekadische Entwicklung % |
|---------------------------------|---------|---------|---------|--------------------------|
| Keinem FS zugeordnet | 8.38% | 9.46% | 21.65% | +13.27 |
| Sehen | 11.59% | 8.59% | 20.48% | +8.89 |
| Allg. Mittel-/Hauptschule | 15.3% | 15.2% | 22.7% | +7.40 |
| Allg. Grundschule ³⁶ | 5.9% | 7.4% | 13.1% | +7.20 |
| gE | 10.49% | 10.40% | 16.75% | +6.26 |
| Sprache | 9.18% | 7.89% | 15.02% | +5.84 |
| kmE | 6.68% | 6.37% | 11.53% | +4.85 |
| FS übergreifend am SPZ | 13.11% | 11.26% | 16.42% | +3.31 |
| Hören | 9.25% | 7.48% | 11.66% | +2.41 |
| Lernen | 12.57% | 9.44% | 14.84% | +2.27 |
| Emotionale Entw. | 7.37% | 6.28% | 8.69% | +1.32 |
| Kranke | 6.02% | 5.75% | 7.17% | +1.15 |
| Gymnasien | 3.9% | 3.8% | 5.0% | +1.10 |
| Allg. Realschulen | 4.6% | 3.8% | 5.6% | +1.00 |

Anmerkung 8. FS: Förderschwerpunkt, gE: geistige Entwicklung, kmE: körperlich-motorische Entwicklung, SPZ: Sonderpädagogisches Förderzentrum. Anteil der ausländischen Schüler in kreisfreien Städten und Landkreisen Bayerns (Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a).

In Bayern liegt der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen *ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt* (n.n.) im Schuljahr 2019/20 bei 21.65 % und erlebt mit +13.27 % den größten dekadischen Zuwachs. Enormen dekadischen Zuwachs an ausländischen Schüler und Schülerinnen zeigen ebenfalls die Förderschwerpunkte *Sehen* (+8.89 %) und *geistige Entwicklung* (+6.26 %). Deutlich wird ein durchweg überdurchschnittlicher *hoher* Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler im Bereich der Förderschulen; lediglich die Förderschwerpunkte *Krankheit* (SfK) und der dezidiert zugeordnete Förderschwerpunkt *emotionale Entwicklung*, weisen über die betrachtete Dekade hinweg einen unterdurchschnittlichen Anteil zwischen sechs und zehn Prozent auf. Die Zahlen im Schuljahr 2019/20 in den Förderschwerpunkten *körperlich und motorische Entwicklung* (11.53 %) sowie *Hören* (11.66 %) entsprechen annähernd dem bundesdeutschen Mittel aller Schularten (11.8 %). Die höchste Zunahme des Ausländeranteils ist in der statistischen Kategorie *keinem Förderschwerpunkt zugeordnet* zu beobachten, des Weiteren im Förderschwerpunkt *Sehen* im dekadischen Verlauf fast eine prozentuale Verdoppelung. Innerhalb der Förderschwerpunkte zeigt der Schwerpunkt geistige Entwicklung sowohl den dritthöchsten Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2019/20 als auch dekadischen Anstieg.

³⁶Werte errechnet aus den Angaben des Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a.

Der Förderschwerpunkt gE weist mit 16.75 % somit in Bayern im Schuljahr 2019/20 den vierthöchsten Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler im allgemeinen Bildungssystem auf – ein höherer Wert als in den Förderschwerpunkten *Lernen* (14.84 %) und *übergreifend an SPZs* (16.42 %).

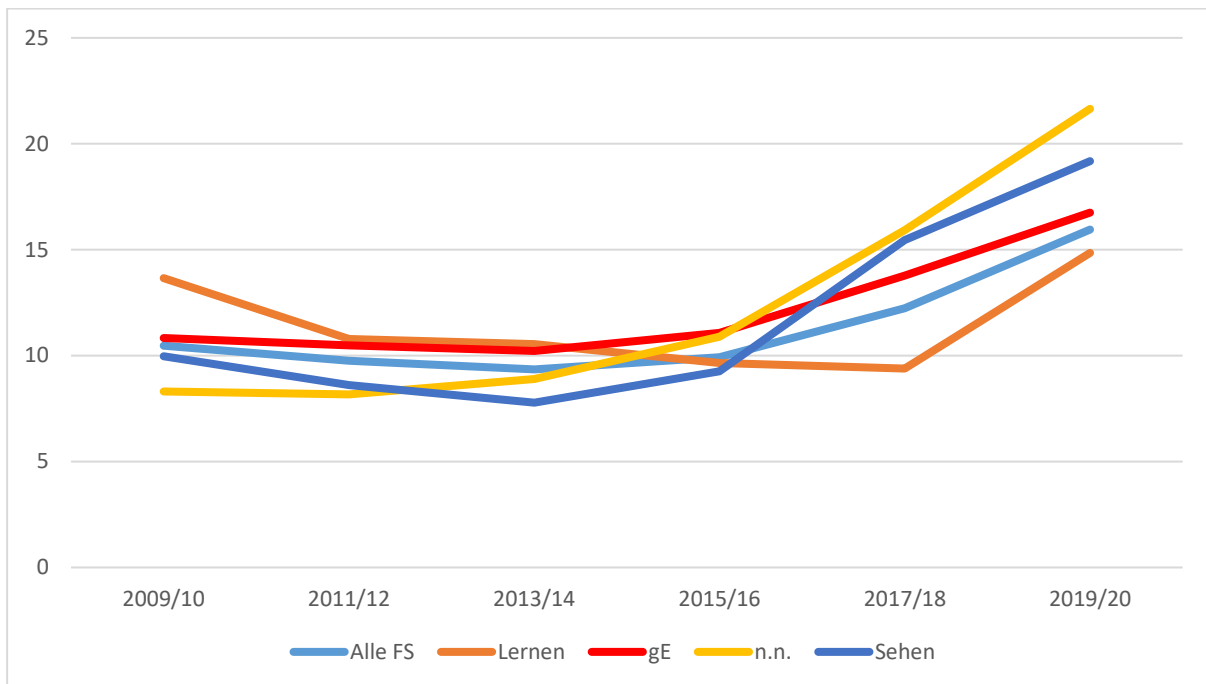


Abbildung 6. Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach FS in Bayern. (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2010, 2012, 2014, 2016, 2020, 2021)

2.2.4 Entwicklungen in Ostbayern

Die im Rahmen der Dissertation vorgenommene Untersuchung von FZgEs beschränkt sich auf Schulen aus dem ostbayerischen Raum, bezieht sich also auf die Entwicklungen in den Regierungsbezirken Oberpfalz (OPF) und Niederbayern (NB). Zur theoretischen Einbettung nehmen die folgenden Ausführungen die verfügbaren statistischen Berichte zu den beiden ostbayerischen Regierungsbezirken in den Fokus und kontextualisieren die schulamtlichen mit verfügbaren demographischen Daten. Infrastrukturelle Gründe und weitere Faktoren der Raumentwicklung wie Zuwanderung, Bevölkerungswachstum und Anteil der ausländischen Bevölkerung werden auf der Basis verfügb- und belastbarer statistischer Daten erläutert.

2.2.4.1 Schülerzahlentwicklung und Bevölkerungswachstum

Die ostbayerischen Kreise in Niederbayern und der Oberpfalz werden auf der Grundlage der Kategorisierungen der BBSR³⁷ beschrieben. In Ostbayern findet sich eine überwiegend ländliche und dünn besiedelte Siedlungsstruktur, insgesamt existieren 16 Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt gE ($N_{OPF} = 6 / N_{NB} = 10$).

³⁷ Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

Die Ergebnisse des BBSR (2018) zur Bevölkerungsentwicklung zeigen im ostbayerischen Raum flächendeckend *überdurchschnittlich wachsende* bis *wachsende* Tendenzen, ausgenommen dem Landkreis Regen, der keine eindeutige Entwicklungsrichtung aufweist. Die Positiventwicklung der Bevölkerung bildet hinsichtlich der steigenden Schülerzahlen an den FZgEs einen möglicherweise korrelierenden Referenzwert. Abbildung 7 zeigt die von der BBSR ermittelten Tendenzen für die beiden Regierungsbezirke OPF und NB (rot markiert):

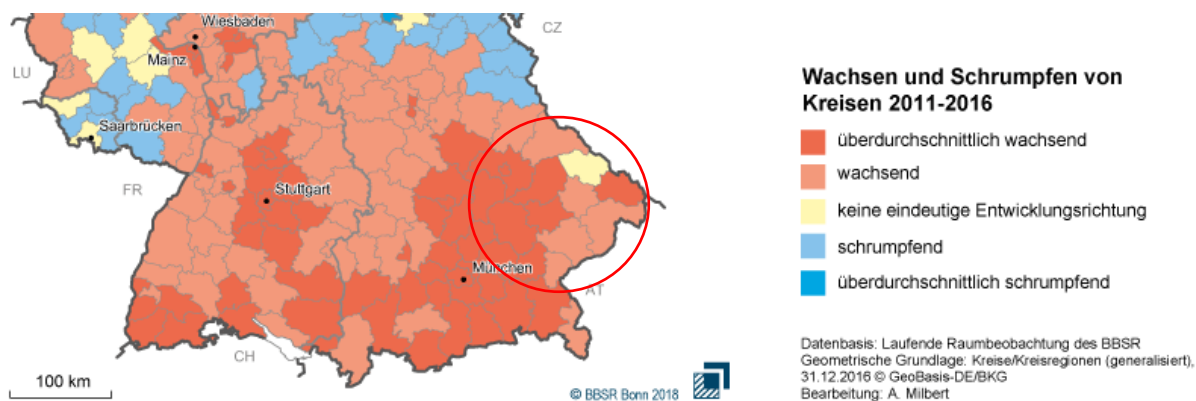


Abbildung 7. karte-kreise-wachsend-schrumpfend-2017.gif (Wachsen und Schrumpfen von Kreisen 2011-2016 2018)

Eine positive Bevölkerungsentwicklung, wie sie sich im ostbayerischen Raum vorfinden lässt, könnte sich in der Schülerzahlentwicklung der beiden Regierungsbezirke ebenfalls positiv niederschlagen und im Zusammenhang mit der positiven Entwicklungstendenz der Schülerzahlen an FZgEs stehen. Tabelle 9 zeigt die Entwicklung der Gesamtschülerzahlen in den beiden Regierungsbezirken im Verhältnis zur anteiligen Entwicklung der Kinder und Jugendlichen, die im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an FZgEs unterrichtet werden im verfügbaren Zeitraum zwischen 2016/17 und 2019/20.

Tabelle 9.

Anteil der Schüler und Schülerinnen an FZgEs an der Gesamtschülerzahl und der Gesamtzahl der Schüler und Schülerinnen an Förderschulen in der Oberpfalz und Niederbayern

| SJ | 2016/17 | | 2017/18 | | 2018/19 | | 2019/20 | |
|---------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Bezirk | OPF | NB | OPF | NB | OPF | NB | OPF | NB |
| N_{ges} | 102.104 | 117.715 | 100.224 | 116.275 | 99.407 | 115.429 | 98.972 | 115.064 |
| N_{FS} | 3.863 | 5.148 | 3.919 | 5.319 | 4.039 | 5.387 | 4.099 | 5.422 |
| N_{gE} | 723 | 1.096 | 750 | 1.154 | 766 | 1.209 | 792 | 1.242 |
| $N_{gE\%FS}$ | 18.72 | 21.29 | 19.14 | 21.70 | 18.97 | 22.44 | 19.32 | 22.91 |
| | | | (+0.42) | (+0.41) | (-0.17) | (+0.74) | (+0.35) | (+0.47) |
| $N_{ge\%ges}$ | 0.71 | 0.93 | 0.75 | 0.99 | 0.77 | 1.05 | 0.80 | 1.08 |
| | | | (+0.4) | (+0.6) | (+0.2) | (+0.06) | (+0.03) | (+0.03) |

Anmerkung 9. SJ: Schuljahr, OPF: Oberpfalz, NB: Niederbayern, N_{ges} : Gesamtschülerzahl allgemeinbildender Schulen, N_{FS} : Schülerzahl an Förderzentren aller Förderschwerpunkte, N_{gE} : Schülerzahl an FZgEs, $N_{gE\%FS}$: Prozentualer Anteil Schüler FZgE an der Gesamtzahl der Förderschüler, $N_{ge\%ges}$: Prozentualer Anteil Schüler FZgE an der Gesamtschülerzahl, Klammerangaben beziehen sich auf die jeweilige Vorjahreszahl. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2017, 2018, 2019, 2020e)

Tabelle 9 weist eine gegenläufige Tendenz abnehmender Gesamtschülerzahlen bei zunehmenden Schülerzahlen im Bereich der Förderschulen auf. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen der FZgEs an der Gesamtzahl derer an Förderschulen steigt im betrachteten Zeitraum fast durchgängig, ebenso der Anteil der Schüler und Schülerinnen der FZgEs in Relation zur Gesamtschülerzahl.

Betrachtet man die Anteile der Schülerschaft FZgE an der Gesamtschülerzahl der Bezirke, bewegt sich die dadurch darstellbare *administrative Prävalenz* (siehe 2.2.2) in Ostbayern 2019/20 zwischen 0.8 % (OPF) und 1.08 % (NB) der Gesamtpopulation schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher. Sowohl die Schwierigkeiten der Prävalenzforschung als auch die wenig eindeutige Studienlage werden unter 2.3.1 genauer beleuchtet, jedoch überrascht bereits an dieser Stelle der Wert der administrativen Prävalenz in der Oberpfalz und Niederbayern, da er die bis heute zitierte Prävalenzannahme geistiger Behinderung bei Kindern und Jugendlichen (Neuhäuser und Steinhausen 1990, S. 13) des deutschen Bildungsrats (1973) von 0.6 % übertrifft, wobei derartige Differenzen forschungsmethodisch bedingt sein können. Setzt die Untersuchung, auf die sich der Deutsche Bildungsrat 1973 beruft, einen IQ < 55 als Kriterium voraus, definiert sich heute ein sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung weit differenzierter und unter Beachtung weiterer diagnostischer Kriterien als der intellektuellen Leistungsfähigkeit laut normiertem IQ-Test. Des Weiteren verweist Neuhäuser (1990) auf die tendenziell erhöhten Prävalenzraten, wenn Erhebungen in „Institutionen für geistig behinderte Kinder vorgenommen“ (Neuhäuser und Steinhausen 1990, S. 16) werden. Zusätzlich einschränkend ist die Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Teil der Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung auch in anderen Förderschwerpunkten wie beispielsweise Sehen oder körperlich-motorische Entwicklung beschult wird und somit in der amtlichen Schulstatistik zum Teil trotz ihres diagnostizierten Förderschwerpunkts gE (neben einem anderen primären Förderschwerpunkt) als Schüler der Förderschwerpunkte der tatsächlich besuchten Schule geführt werden³⁸. Somit liegen die hier berechneten Annäherungswerte unter der tatsächlich anzunehmenden Prävalenz. Trotzdem *administrative Prävalenzen* aufgrund den ihnen vorausgestellten diagnostischen Kriterien nur als annäherndes Äquivalent zu interpretieren sind, generieren sie Hinweise auf regionale Bedarfe. Prävalenzberechnungen in regionalen Bezugsräumen „tragen den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten besser Rechnung und ermöglichen somit die Entwicklung gezielter versorgungsrelevanter Maßnahmen“ (Fornefeld 2020, S. 79). Eine Aussage, die hinsichtlich der dekadisch konstanten Differenz der *administrativen Prävalenz* von ≈ 0.2 % zwischen der Oberpfalz und Niederbayern nicht unbeachtet bleiben darf.

Im Hinblick auf die Gesamtschülerzahlen werden, bei laut BBSR deutlichem Bevölkerungswachstum in der untersuchten Region, die abnehmenden Gesamtschülerzahlen und somit eine regressive Entwicklung der Anzahl der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen in den ostbayerischen Bezirken augenscheinlich.

³⁸ Die Angaben des statistischen Bundesamtes beziehen sich immer auf den Hauptförderschwerpunkt. Laut Angaben des Auskunftsdienstes des Landesamtes ist den Statistikern den Daten zwar das Vorhandensein mehrerer Förderschwerpunkte bei einem Schüler/einer Schülerin zu entnehmen, dann jedoch nicht mehr die Information, welcher davon der Hauptförderschwerpunkt ist – somit werden Schüler*innen mit mehreren Förderschwerpunkten statistisch dem Förderschwerpunkt der besuchten Schule zugeordnet (persönliche Mitteilung Holger Eisen via Mail vom 01.02.2022)

Zur näheren Betrachtung wird im Folgenden das Bevölkerungswachstum im ostbayerischen Raum als mögliche Einflussvariable auf der Grundlage aktueller Daten des Bayerischen Landesamtes für Statistik (BLFS) zu den Regierungsbezirken Oberpfalz und Niederbayern dargestellt. Die vom BLFS differenzierten Altersgruppierungen (6 bis unter 15; 15 bis unter 18) ermöglichen die altersspezifische Darstellung der Bevölkerungsentwicklung. Die Gruppe der 6- bis 18-jährigen (N_{6-18}), also der größte Teil der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen der Regionen, kann auf der Datengrundlage ab dem Zeitpunkt des letzten Mikrozensus vom Mai 2011 expliziert werden, was eine nahezu dekadische Betrachtung der demografischen Entwicklung ermöglicht.

Tabelle 10.

Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen

| Bevölkerung (N) | 2011 (Zensus 9.05.) | | 2018 | | Wachsen / schrumpfen | |
|----------------------------------|---------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------|--------------------|
| | Opf. | NB | Opf. | NB | Opf. | NB |
| $N_{ges.}$ | 1 070 966 | 1 172 834 | 1 109 269 | 1 238 528 | +38 303 +3.58 % | +65 694 +5.60 % |
| N_{6-18} | 131 283 | 146 933 | 116 727 | 133 562 | -14 556 -11.08 % | -13 371 -9.10 % |
| $N_{6-18} / N_{ges.} \triangleq$ | 12.3 % | 12.5 % | 10.5 % | 10,8 % | -1.8 % | -1.7 % |

Anmerkung 10. Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen. Opf.: Oberpfalz, NB: Niederbayern, $N_{ges.}$: Gesamtbevölkerung der Bezirke, N_{6-18} : Bevölkerung im Alter von 6 bis 18 Jahren, $N_{6-18}/N_{ges.}$: Prozentualer Anteil der 6- bis 18-Jährigen an der Gesamtbevölkerung. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2020b, 2020c)

Die Bevölkerungsentwicklung der beiden ostbayerischen Regierungsbezirke weist bei positiver Entwicklung der Gesamtbevölkerung eine regressive Entwicklung des Anteils der 6- bis 18-Jährigen auf. Die Datengrundlage lässt keine Differenzierung in Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen oder hinsichtlich der besuchten Schulart zu. In beiden Regierungsbezirken beläuft sich der dekadische zahlenmäßige Rückgang der 6- bis 18-Jährigen auf $\approx 10\%$ (11.08 % Opf. / 9.1 % NB) was in Relation zur Gesamtbevölkerung in der Oberpfalz eine Abnahme der 6- bis 18-Jährigen von 1.8 und in Niederbayern von 1.7 %P bedeutet. Die beschriebene Entwicklung spricht sachlogisch gegen die Annahme, die grundsätzliche Wachstumstendenz der Region sei ein belastbarer Erklärungsansatz für eine Zunahme der Schülerzahlen an FZgEs. Im Gegenteil verweist die regressive Entwicklung der Gruppe der schulpflichtigen Kinder zusätzlich auf eine tatsächliche anteilige Erhöhung der Kinder und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung in beiden Bezirken.

Eine differenziertere Bewertung der Einflussgröße Bevölkerungswachstum bieten die Daten der Genesis Datenbank, die eine Aufstellung der Entwicklung nach Kreisen und Altersgruppen ermöglichen. Entsprechend der Alterskategorien kann die Zahl der 5- bis 20-jährigen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Vergleich der zeitlichen Erhebungspunkte ermittelt werden, die annähernd die Anzahl schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher abzubilden vermag. Zur Vervollständigung wird zusätzlich der angrenzende Landkreis Schwandorf dargestellt, der über kein eigenes FZgE verfügt, so dass betroffene Kinder in den angrenzenden Kreisen Cham, Straubing und Regensburg Stadt mitversorgt werden:

Tabelle 11.

Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 5 und 20 Jahren in untersuchten Kreisen und Städten sowie dem Landkreis Schwandorf

| Kreis | 31.12.2009 | 31.12.2014 | 31.12.2019 | Dek. Entw. Abs. | Dek Entw. % |
|------------|------------|------------|------------|-----------------|-------------|
| SR (Stadt) | 5.717 | 5.673 | 5.841 | +124 | +2.17 % |
| SR (Lkr.) | 16.860 | 15.296 | 14.624 | -2.236 | -13.26 % |
| ROT (Lkr.) | 19.714 | 17.826 | 16.717 | -2.997 | -15.20 % |
| KEH (Lkr.) | 19.523 | 18.237 | 18.217 | -1.306 | -6.69 % |
| R (Stadt) | 15.731 | 16.583 | 18.057 | +2.326 | +14.79 % |
| R (Lkr.) | 30.822 | 28.578 | 27.933 | -2.889 | -9.37 % |
| CHA (Lkr.) | 20.592 | 18.190 | 17.101 | -3.491 | -16.95 % |
| SAD (Lkr.) | 23.475 | 20.851 | 20.026 | -3.449 | -14.69 % |

Anmerkung 11. SR: Straubing, ROT: Rottal-Inn, KEH: Kelheim, R: Regensburg, CHA: Cham, SAD: Schwandorf, Lkr. Landkreis, Dek. Entw.: Dekadische Entwicklung. Zur Berechnung der dekadischen Entwicklung werden jeweils die Zahlen aus 2019 mit den aus 2009 in rechnerische Verbindung gesetzt. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2023)

In der kreisbezogenen Berechnung verdeutlicht sich neben den regionalen Unterschieden eine umfassende Regressionstendenz bei der Anzahl der Kinder und Jugendlichen zwischen fünf und 20 Jahren. Lediglich das Stadtgebiet Regensburg weist gegenläufig eine deutliche zahlenmäßig positive Entwicklung der Population schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher auf. Die marginale Positiventwicklung in der Stadt Straubing belegt hingegen eher die relative dekadische Stabilität der Anzahl schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher. Alle weiteren Einzugslandkreise der untersuchten Schulen zeigen zum Teil eklatante Regressionstendenzen zwischen -6.69 % und -16.95 %. Die kreisbezogenen Zahlen stützen die Annahme, dass das Bevölkerungswachstum in den untersuchten Einzugsregionen (außer Stadt Regensburg) nicht in direktem Zusammenhang mit der steigenden Schülerzahlentwicklung steht, zusätzlich. Die Strukturen des Förderschulwesens in Ostbayern werden in Tabelle 12 anhand ausgewählter Daten der amtlichen Schulstatistik näher erläutert. Vor allem hinsichtlich des Verhältnisses der staatlichen gegenüber der subsidiären Übernahme des sonderpädagogischen Bildungsauftrags ist eine Zusammenschau der Förderschullandschaft in den Bezirken Oberpfalz und Niederbayern zum tieferen Verständnis der gewachsenen Strukturen im Kontext der Arbeit von Bedeutung.

Tabelle 12.

Anzahl der Förderschulen aller Förderschwerpunkte und dekadische Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen in Ostbayern

| Jahr | 2010 | | | | 2014 | | | | 2019 | | | | Dek. Entwicklung % | | | |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|-------|-------|-------|
| Bezirk | OPF | | NB | | OPF | | NB | | OPF | | NB | | OPF | | NB | |
| N_{FS} | 32 | | 38 | | 32 | | 38 | | 32 | | 38 | | +/-0 | | +/-0 | |
| N_p / N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o | N_p | N_o |
| | 10 | 22 | 14 | 24 | 10 | 22 | 14 | 24 | 10 | 22 | 14 | 24 | +/-0 | +/-0 | +/-0 | +/-0 |
| $N_{Schüler*innen}$ | 1379 | 2884 | 1841 | 3633 | 1287 | 2526 | 1799 | 3455 | 1408 | 2691 | 1910 | 3512 | +2.1 | -6.7 | +3.7 | -3.3 |
| $N_{Schüler*innen}$ gesamt | 4263 | | 5474 | | 3813 | | 5254 | | 4099 | | 5422 | | -3.85 | | -0.95 | |

Anmerkung 12. Dek.: dekadische, N_{FS} : Anzahl der Förderschulen, OPF: Oberpfalz, NB: Niederbayern, N_p : Anzahl der Schulen in privater Trägerschaft, N_o : Anzahl öffentlicher (staatlicher) Schulen. (Bayerisches Landesamt für Statistik 2011a, 2015b, 2020d, 2011b, 2015a)

Sowohl die Grundgesamtheit der staatlichen als auch der privaten Förderschulen blieb in der betrachteten Dekade stabil. Tabelle 12 zeigt für die Grundgesamtheit der Förderschulen aller Förderschwerpunkte in der Oberpfalz und Niederbayern eine dekadische Gesamttendenz sinkender Schülerzahlen (OPF \triangleq -3.85 % / NB \triangleq -0.95 %), die sich, blickt man auf die Differenzierung zwischen privaten und öffentlichen Sachaufwandsträgern, aus der Summe steigender Schülerzahlen an privaten und sinkender an staatlichen Förderzentren ergibt. Die dekadisch rückläufige Schülerzahlentwicklung an öffentlichen Förderschulen zeigt sich somit maßgeblich an den 42 staatlichen Sonderpädagogischen Förderzentren (SFZ), deren Schülerschaft aus den Förderschwerpunkten Lernen, Sprache sowie emotionale und soziale Entwicklung zahlenmäßig auch in Ostbayern mehr von inklusiven Entwicklungen des Schulsystems profitiert als Schüler und Schülerinnen anderer Förderschwerpunkte (vgl. 2.2.2). Tabelle 13 stellt die 68 Förderschulen der untersuchten Regierungsbezirke mit einer Zuordnung zur Trägerschaft und zum jeweiligen Förderschwerpunkt dar:

Tabelle 13.

Zuordnung privater und öffentlicher Förderschulen in der Oberpfalz und Niederbayern nach Förderschwerpunkten

| Förderschulart | öffentlich (staatlich/kommunal) | | privat | |
|----------------|---------------------------------|-------|--------|----|
| | OPF | NB | OPF | NB |
| SFZ | 21 | 21 | | 2 |
| SfK | 1 | 1 | | |
| FZgE | | | 6 | 10 |
| EH | | | 2 | |
| FZkmE | | | 1 | 2 |
| FZSehen | | | 1 | |
| IfH | | 1 (2) | | |

Anmerkung 13. OPF: Oberpfalz, NB: Niederbayern, SFZ: Sonderpädagogisches Förderzentrum, SfK: Schule für Kranke, FZgE: Förderzentrum geistige Entwicklung, EH: Schulen zur Erziehungshilfe, FZkmE: Förderzentrum körperlich-motorische Entwicklung, FZSehen: Förderzentrum mit Förderschwerpunkt Sehen, IfH: Institut für Hören. Während das Landesamt für Statistik 24 staatliche und kommunale Förderschulen führt, gibt die Regierung Niederbayern im Förderschulverzeichnis lediglich 23 Schulen an (Regierung von Niederbayern 2020b), die Abweichung erklärt sich durch die gesonderte statistische Berücksichtigung der Grund- und Mittelschule des Instituts für Hören (IfH) in Straubing als zwei Schulen (Dr. Markus Wolfer 2021), (Regierung der Oberpfalz 2021; Regierung von Niederbayern 2020b).

Ostbayern verfügt über insgesamt 42 Sonderpädagogische Förderzentren und zwei Schulen für Kranke in staatlicher, sowie das Institut für Hören in kommunaler Trägerschaft. Das Angebot der weiteren Förderschwerpunkte wird subsidiär durch private Sachaufwandsträger erfüllt. Bayernweite Zahlen der amtlichen Schulstatistik bilden ein erhebliches Wachstum der Schülerschaft im Förderschwerpunkt Pädagogik bei Krankheit ab, der dekadische Anstieg beläuft sich auf 45.54 % von insgesamt 2108 Schüler*innen im Schuljahr 2010/11 auf 3068 Schüler*innen im Schuljahr 2019/20 (Bayerisches Landesamt für Statistik 2011b, 2020d). Die Schülerzahlen im Förderschwerpunkt Hören differieren dahingegen unwesentlich zwischen 1426 Schüler*innen 2010/11, 1418 Schüler*innen 2014/15 (\triangleq -0.56 %) und 1424 Schüler*innen 2019/20 (\triangleq -0.14 %). Der Trend steigender Schülerzahlen verteilt sich weiter auf die insgesamt 25 privaten Förderschulen, wovon 16 Förderzentren, also zwei Drittel der privaten, Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung sind.

Da das Landesamt für Statistik in den jährlichen schulstatistischen Veröffentlichungen keine Differenzierung nach Förderschwerpunkten der Schulen in den einzelnen Regierungsbezirken vorlegt, können Abbildung 9 und Abbildung 10, auf der Grundlage der Daten aus Tabelle 4 (siehe 2.2.2), die Entwicklungen der Schülerzahlen nach Förderschwerpunkten in der Oberpfalz (Abbildung 8) und Niederbayern (Abbildung 9) nur im Fünfjahreszeitraum zwischen 2016/17 und 2020/21 darstellen:

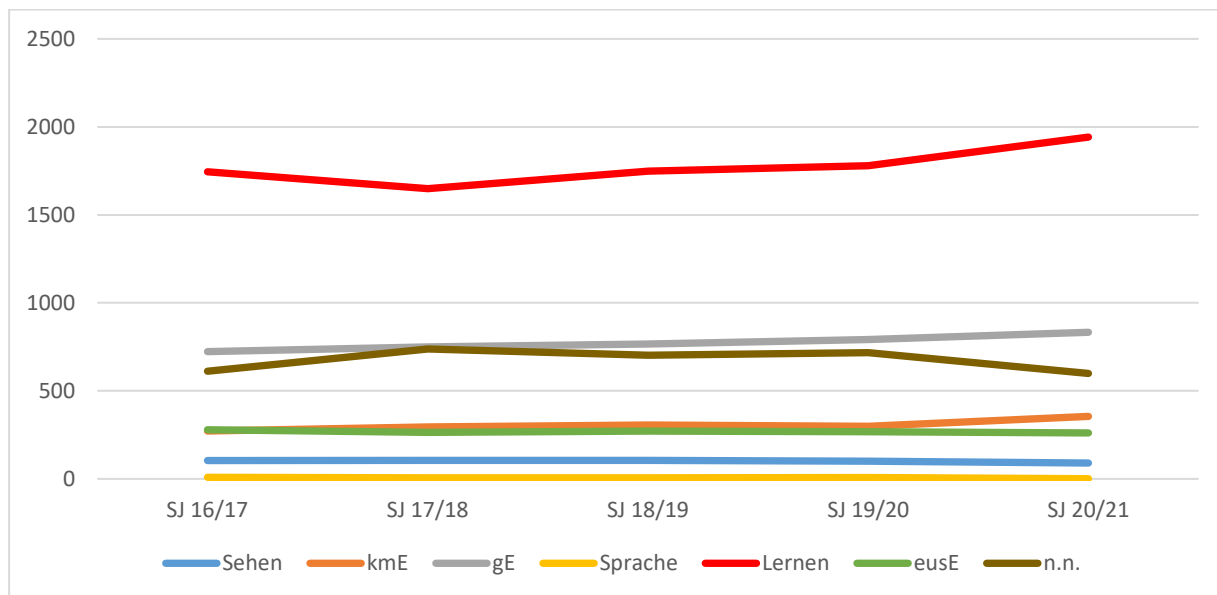


Abbildung 8. Entwicklung der Schülerzahlen an den Förderschulen in der **Oberpfalz** differenziert nach Förderschwerpunkten. kmE: körperlich motorische Entwicklung, gE: geistige Entwicklung, eusE: emotionale und soziale Entwicklung, n.n.: ohne zugeordneten Förderschwerpunkt. (Datengrundlage: Bayerisches Landesamt für Statistik. Sonderübermittlung der Auswertung durch Herrn MDL Norbert Dünkel)

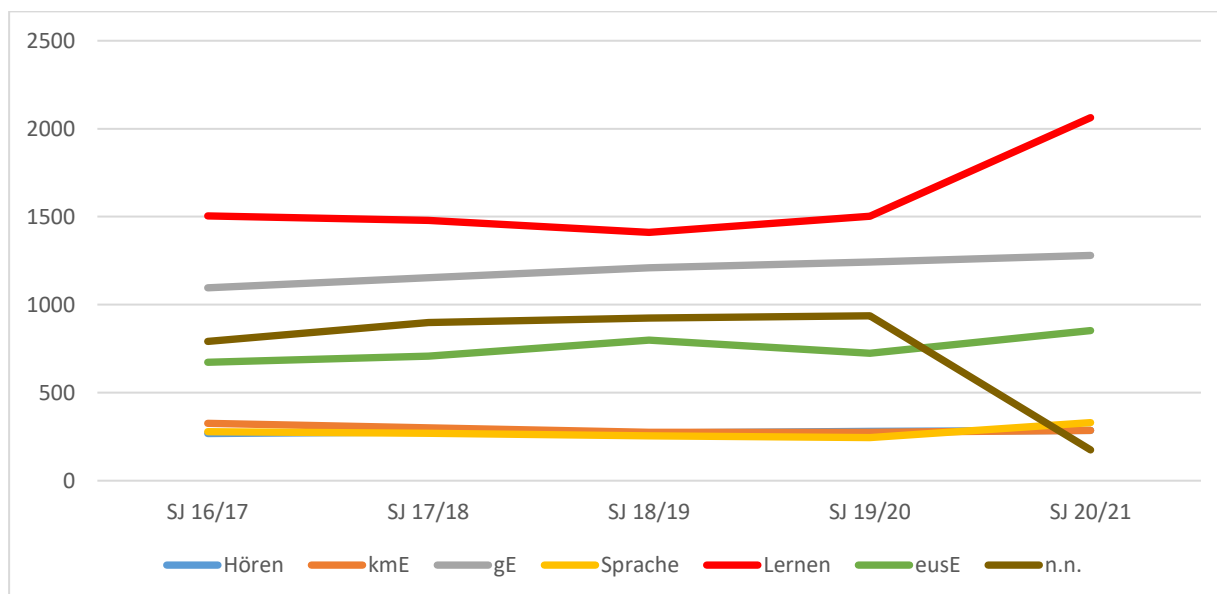


Abbildung 9. Entwicklung der Schülerzahlen an den Förderschulen in **Niederbayern** differenziert nach Förderschwerpunkten. kmE: körperlich motorische Entwicklung, gE: geistige Entwicklung, eusE: emotionale und soziale Entwicklung, n.n.: ohne zugeordneten Förderschwerpunkt. (Datengrundlage: Bayerisches Landesamt für Statistik. Sonderübermittlung der Auswertung durch Herrn MDL Norbert Dünkel)

Die Entwicklungen in Ostbayern stellen sich weitgehend analog zu den gesamt-bayerischen dar (Abbildung 5). Vor allem die Änderung der diagnostischen Praxis und die reduzierte Schülergruppe *ohne zugeordneten Förderschwerpunkt* (n.n.) zeigen sich ab dem Schuljahr 2020/21 durch die Reduktion in n.n. und einem quasi analogen Anstieg im Förderschwerpunkt Lernen. In der Oberpfalz reduzierte sich die Schülergruppe n.n. von 718 um 119 auf 599 Schüler und Schülerinnen, während die Anzahl der Schüler und Schülerinnen im Förderschwerpunkt Lernen um 163 zunahm – hier trat also ein tatsächlicher Anstieg der Schülerzahlen im Förderschwerpunkt Lernen ein. In Niederbayern verringerte sich die gleiche Schülergruppe von 937 um 762 auf nur noch 175 Schüler und Schülerinnen ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt, während die Anzahl im Förderschwerpunkt Lernen um 560 anstieg. Somit ist neben dem Effekt leicht steigender Gesamtzahlen von Schülern und Schülerinnen an Förderzentren in beiden Regierungsbezirken in Niederbayern eine Umverteilung der Differenz von 202 Schülern und Schülerinnen aus der Gruppe n.n. auch auf weitere Förderschwerpunkte anzunehmen, die die zahlenmäßig positiven Entwicklungstrends mitbedingt. Die Schülerzahlentwicklung im betrachteten Fünfjahreszeitraum im Förderschwerpunkt *geistige Entwicklung* ist in beiden Bezirken prozentual erheblich (OPF +15.2 % / NB +10.9 %) und verläuft hingegen der Entwicklungen in anderen Förderschwerpunkten nahezu linear. Zusammenfassend können die statistischen Beiträge den zahlenmäßigen Anstieg der Schülerschaft deutlich belegen. Vor allem im Korrelat der Schülerzahlentwicklungen zur altersdifferenzierten Bevölkerungsentwicklung bestätigt sich eine tatsächliche Zunahme der Förderquote im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

2.2.4.2 Anteil ausländischer Bevölkerung nach Altersgruppen

Neben den Angaben zur demographischen Entwicklung der Bevölkerung auf Bezirksebene liegen zur Darstellung der Bevölkerungsstrukturen umfassende Daten zum Anteil ausländischer Mitbürger und Mitbürgerinnen auf Bezirks-, Kreis- und Stadtebene vor, die das statistische Profil als Diskussionsbasis für die quantitative Untersuchung konkretisieren. Die Themen *Migration und Flucht* erlangten einerseits durch innereuropäische Freizügigkeit und novellierte Arbeitsrechte im Europäischen Schengen-Raum, andererseits als Folge globaler politischer Krisen, kriegerischer Konflikte, Naturkatastrophen, mangelhafter medizinischer Versorgungs- und Sicherungssysteme etc. vor allem ab der Mitte der zurückliegenden Dekade hohe mediale, politische wie öffentliche Aufmerksamkeit. Diversität und Multikulturalität sind nicht nur zentrale Aspekte des weltweiten Inklusionsdiskurses, sie sind zu einer gesellschaftlichen Wirklichkeit geworden, die neue gesamtgesellschaftliche Herausforderungen, aber auch im sehr engen Bezugsrahmen des Schulsystems konkrete pädagogische Anforderungen mit sich bringt. Zur Darstellung und theoretischen Einordnung des sozialen Transformationsaspekts *Multinationalität*, wird die dekadische Entwicklung der Anzahl ausländischer Bürgerinnen und Bürger der Städte und Einzugskreise der quantitativ untersuchten Schulen in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14.

Anteil der ausländischen Bevölkerung und der Population der 5- bis 20-Jährigen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in den Einzugsgebieten der untersuchten Schulen

| Kreis / Stadt | | Anteil ausländische Bevölkerung absolut und in % | | | | | |
|------------------|-------|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|-------------------|
| | | 31.12.2010 | | 31.12.2014 | | 31.12.2019 | |
| | | N _{ges.} | N ₅₋₂₀ | N _{ges.} | N ₅₋₂₀ | N _{ges.} | N ₅₋₂₀ |
| R (Stadt) | Ausl. | 14.762 | 1358 | 17.212 | 1872 | 25.862 | 2879 |
| | In % | (10.89 %) | (8.62 %) | (12.09 %) | (11.29 %) | (16.89 %) ³⁹ | (15.94 %) |
| | Ges. | 135.520 | 15.754 | 142.292 | 16.583 | 153.094 | 18.057 |
| R (Lkr.) | Ausl. | 7680 | 797 | 10.629 | 1288 | 17.353 | 2238 |
| | In % | (4.18 %) | (2.65 %) | (5.68 %) | (4.51 %) | (8.94 %) | (8.01 %) |
| | Ges. | 183.796 | 30.114 | 187.205 | 28.578 | 194.070 | 27.933 |
| CHA (Lkr.) | Ausl. | 4138 | 347 | 4355 | 523 | 7905 | 1102 |
| | In % | (3.22 %) | (1.72 %) | (3.46 %) | (2.88 %) | (6.18 %) | (6.44 %) |
| | Ges. | 128.322 | 20.116 | 125.844 | 18.190 | 127.998 | 17.101 |
| SR (Stadt) | Ausl. | 4684 | 435 | 5081 | 618 | 8244 | 1076 |
| | In % | (10.54 %) | (7.73 %) | (11.04 %) | (10.89 %) | (17.25 %) | (18.42 %) |
| | Ges. | 44.450 | 5625 | 46.027 | 5673 | 47.791 | 5841 |
| SR (Lkr.) | Ausl. | 3587 | 275 | 4730 | 451 | 7732 | 1074 |
| | In % | (3.68 %) | (1.68 %) | (4.83 %) | (2.95 %) | (7.65 %) | (7.34 %) |
| | Ges. | 97.591 | 16.394 | 97.967 | 15.296 | 101.120 | 14.624 |
| KEH (Lkr.) | Ausl. | 7086 | 982 | 9647 | 1274 | 15790 | 2095 |
| | In % | (6.26 %) | (5.14 %) | (8.28 %) | (6.99 %) | (12.83 %) | (11.50 %) |
| | Ges. | 113.147 | 19.102 | 116.495 | 18.237 | 123.058 | 18.217 |
| ROT (Lkr.) | Ausl. | 5792 | 652 | 8326 | 987 | 12.881 | 1614 |
| | In % | (4.91 %) | (3.39 %) | (7.05 %) | (5.54 %) | (10.60 %) | (9.65 %) |
| | Ges. | 117.952 | 19.254 | 118.164 | 17.826 | 121.502 | 16.717 |

Anmerkung 14. N_{ges.}: Gesamtzahl alle Altersgruppen, N₅₋₂₀: Summe der drei erfassten Altersgruppen des Bayerischen Landesamtes für Statistik (5 bis unter 10, 10 bis unter 15, 15 bis unter 20) – eigene Berechnung, Ausl.: ausländische Bevölkerung, Ges.: Gesamtbevölkerung, R: Regensburg, CHA: Cham, SR: Straubing, KEH: Kelheim, ROT: Rottal-Inn, Lkr.: Landkreis, Prozentangaben in Klammern beschreiben den Anteil *Ausl.* an *Ges.* Datengrundlage: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes der Genesis-Online Datenbank des Bayerischen Landesamtes für Statistik (Destatis).

Sowohl die ausländische Bevölkerung aller Altersgruppen als auch die Anzahl ausländischer Kinder und Jugendlicher zwischen 5 und 20 Jahren erfahren im betrachteten Zeitraum erheblichen Zuwachs, der in allen untersuchten Gebieten bei steigenden Gesamtbevölkerungszahlen (außer Lkr. CHA mit leicht sinkender Gesamtpopulation) nahezu eine anteilige Verdopplung ergibt. Abweichend zeigt sich nur die Situation in den Kreisfreien Städten, deren anteiliges Wachstum ausländischer Bevölkerung bei grundsätzlich höherem Anteilsniveau geringer ausfällt. Während die Gesamtpopulation der 5- bis 20-Jährigen lediglich in den kreisfreien Städten (R/SR) wächst, nimmt sie in allen Landkreisen ab, so dass die Zunahme der Anzahl von Kindern und Jugendlichen nicht deutscher Nationalität prozentual gewichtiger wird.

³⁹ Die Berechnungen des Anteils ausländischer Mitbürger*innen aus den Angaben der Genesis Online Datenbank des Bayerischen Landesamtes für Statistik weichen von den Angaben der Abteilung Statistik der Stadt Regensburg ab. Im Sinne konsistenter Rechengrundlagen werden in den weiteren Ausführungen die Angaben der Genesis Online Datenbank verwendet.

Der Anteil der ausländischen Bevölkerung in den Kreisfreien Städten Straubing (17.25 %) und Regensburg (16.89 %) ist annähernd doppelt so hoch als in den jeweils zugehörigen Landkreisen (SR = 7.65 % / R = 8.94 %). Durch den dekadischen Vergleich wird die rasante Positiventwicklung des Anteils von Kindern und Jugendlichen ausländischer Nationalität deutlich.

2.3 Beschreibung der Schülerschaft an FZgEs

Beschreibungen des Personenkreises von Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung durchliefen in der Geschichte der Pädagogik bei geistiger Behinderung einen stetigen Entwicklungs- und Adaptionsprozess. Ihre zeitgeistige wie sozialetische Anpassung meandert zwischen Momenten altruistisch-caritativer Aufmerksamkeits- und Schutzbekundung und radikal formulierter Exklusionslegitimation. Die Beschreibung des Personenkreises unterlag immer gesellschaftlichen und moralethischen Bewertungskriterien und erlebte im Laufe der vergangenen Jahrhunderte vielfache terminologische wie paradigmatische Neuausrichtungen. So wirken historische Begrifflichkeiten wie *Imbezille*, *Blödsinnige* oder *Idioten*, die noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts zur Beschreibung des Personenkreises der als *bildungsunfähig* verkannten Menschen mit geistiger Behinderung herangezogen wurden, aus heutiger Sicht despektierlich und abwertend (siehe 2.1.1). Auch wenn diese Termini im Zeitgeist ihrer Verwendung in der Fachsprache nicht das negative Konnotat führten, das ihnen aus heutiger Sicht zuzuschreiben ist (Biewer und Koenig 2019, S. 35 ff.), fokussieren sie als deskriptive Begriffe den Defekt und die Insuffizienz des Geistes ohne Hinweis auf bestehende Fähigkeiten oder Ressourcen. In der Fachsprache etablierten sich bis zum aktuellen Zeitpunkt die deskriptiven Termini *geistige Behinderung* und *geistig behindert*, die als Wortschöpfungen der 1950er Jahre (Meyer 1983, S. 85) gelten und bis dahin „nur selten nachweisbar“ (Kastl 2017, S. 36) waren. Erst ab den 1960er Jahren finden sich erste ressourcenorientierte Beschreibungen wie beispielsweise *praktisch Bildbare* (Meyer 1983, S. 115).

Das folgende Kapitel referiert eingangs Eckdaten zur Epidemiologie, Prävalenz und Ätiologie geistiger Behinderung und möchte darauf folgend durch die Dar- und Gegenüberstellung ausgewählter Zugänge zur Beschreibung des Personenkreises sowohl die definitorischen Hindernisse und Hemmnisse anhand multiprofessioneller Perspektiven aufzeigen als auch innerhalb der diversen Zugänge Gemeinsamkeiten herausstellen. Ebenfalls sollen somit sowohl interprofessionelle als auch gesellschaftliche Zusammenhänge skizziert werden, die bestimmte Sichtweisen und Definitionen mitbegründen.

Je nach zeitgeistiger Prägung variieren Begrifflichkeiten zur Bezeichnung des Phänomens *geistige Behinderung* und somit die Grundlage zur Beschreibung des Personenkreises. Die stichhaltige Beschreibung dieser extrem heterogenen Gruppe stellt sich seit jeher als komplexe Herausforderung dar. Form und Inhalt einer Definition zur Beschreibung eines Personenkreises sind abhängig von der jeweiligen Professionsperspektive. In der Literatur findet sich überdauernd zumeist eine mindestens dreigliedrige Kategorisierung von Definitionsansätzen (Bach 1974; Fischer 2008; Speck 2018), die medizinisch-psychologische, pädagogische und soziologische Aspekte aufgreift. Zur Definition des Begriffs *geistige Behinderung*, die der Annäherung an die originäre Schülerschaft an FZgEs dient, werden im Folgenden entsprechend dreigliedrig exemplarische Definitionen, die in der Fachliteratur häufig wiederkehren, aufgegriffen und aufeinander bezogen.

Der bestehenden Heterogenität der zu beschreibenden Gruppe sowie der konstitutiven Individualität menschlichen Daseins geschuldet, vermag die Summe der hier referierten Sichtweisen keine plastische Beschreibung der Schülerklientel an FZgEs zu leisten. Die Darlegungen der definitorischen Annäherungen zeichnen sowohl die Komplexität des Phänomens *geistige Behinderung* als auch die extreme Heterogenität innerhalb der Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung nach und bilden den theoretischen Verständniszugang zum Versuch der Indikatoren basierten Beschreibung der Schülerschaft an FZgEs. Die Ausführungen folgen somit der Idee einer „Verstehensordnung“ (Speck 2018, S. 50), die im Bewusstsein über ihre verkürzende Aussagekraft notwendige Klassifizierungen und Kategorisierungen vornimmt und den Personenkreis *Schüler und Schülerinnen mit geistiger Behinderung* durch das Referat fachwissenschaftlicher Perspektiven in seiner historischen Bedingtheit und Entwicklung beschreibt. Trotz der inhärenten Gefahr der Realitätsverkürzung und unzulässiger Generalisierung sind formale Kategorien mehrfach notwendig für die wissenschaftliche wie handlungsorientierte Auseinandersetzung mit dem Phänomen *geistige Behinderung*. In konkreten gesellschaftlichen Handlungsbezügen sichern Kategorien den überprüfbaren Zugang zu den Hilfssystemen einer „modernen, sozialrechtlich geordneten Gesellschaft“ (ebd.) – es bedarf also formaler Kategorien zur Einschätzung der Hilfsbedürftigkeit um die Zugangsberechtigung zu Leistungen zu bewerten und zu legitimieren. Zusätzlich erfordert die wissenschaftliche Auseinandersetzung in ihrer Selbstverpflichtung, sich auf *Aspekte der Wirklichkeit* zu beziehen und begriffliche Klarheit um den jeweils untersuchten Aspekt der Realität zu definieren (Speck 2018, S. 50 f.); aller berechtigten Kritik entgegen braucht auch die Forschung im Feld der Pädagogik bei geistiger Behinderung eine, wie auch immer festgesetzte, kategoriale Abgrenzung des untersuchten Materialobjekts.

2.3.1 Epidemiologie, Prävalenz und Ätiologie geistiger Behinderung

Bundesweit existieren keine verlässlichen Zahlen zur Anzahl von Menschen mit geistiger Behinderung (Sarimski und Steinhausen 2008, S. 2). Neuhäuser und Steinhausen (1990) legen einen tabellarischen Vergleich von Prävalenzangaben internationaler Studien vor, in welchem die Prävalenzraten für geistige Behinderung in unterschiedlichen Bevölkerungspopulationen und unterschieden nach *leichter* und *schwerer geistiger Behinderung* abhängig vom Studienaufbau erhebliche Abweichungen zwischen 0.28 % (leichte geistige Behinderung im Alter zwischen 11 und 16 Jahren 1977 in Schweden / Gustavson) und 5.76 % (leichte geistige Behinderung im Alter von 19 Jahren 1967 in den Niederlanden / Stein) zeigen. Eine Metaanalyse internationaler Studien geht aktuell von einer weltweiten Prävalenz von 1 % der Gesamtpopulation aus (Maulik et al. 2013, S. 9), stößt aber ebenfalls auf Abweichungen zwischen 1 und 3 %:

King et al. (2009) found that the prevalence of intellectual disability varies between 1 and 3 % and identified some reasons for this variation. First, ID as determined using only IQ levels shows 3 % prevalence, but prevalence decreases when adaptive behaviours are also used for diagnosis. Second, a 3 % prevalence is plausible if the correlation between IQ and age is constant. However, for some medical conditions, IQ level changes with age. (Maulik et al. 2013, S. 13)

Gaese (2008) geht hingegen von einer Prävalenz von insgesamt ca. 3–4 % aus, mittelgradige bis schwerste Intelligenzminderungen träten in einer Prävalenz von 0.3–0.4 %, während leichte Intelligenzminderungen mit ca. 3 % an der Gesamtbevölkerung den weitaus größten Anteil bilden (Roeleveld et al. 1997). 3–4 % der Grundgesamtheit aller Kinder und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren in

Deutschland weisen demnach das klinische Bild einer Intelligenzminderung (geistige Behinderung) auf. Der Anteil der Kinder und Jugendlichen innerhalb der Gruppe der Betroffenen mit einer leichten Intelligenzminderung beläuft sich auf 80–90 % (Gaese 2008, S. 132). Personen männlichen Geschlechts und Zugehörige sozial prekärer Milieus sind in der betroffenen Population überrepräsentiert (Gaese 2008, S. 132; Neuhäuser und Steinhausen 1990, S. 13).

Die Ergebnisse internationaler Studien ergeben Prävalenzraten zwischen 1–4 %, die WHO geht von einer Häufigkeit von 1–3 % aus (Schanze 2008b, S. 17; Seidel 2008, S. 5). Die zugrunde gelegte diagnostische Definition einer geistigen Behinderung führt bei der Bestimmung der Prävalenzraten zu erheblichen Unterschieden:

[...] in terms of having an IQ below 70 [...] then one would expect that 3 % of the population would have an intellectual disability. If an additional criterion, of having additional deficits in adaptive function, [...] then one would expect there to be 1 % of the population [...] (Whitaker und Read 2006, S. 331)

Die Abweichungen im internationalen Vergleich sind zum Teil auch dem rechnerischen Einbezug der Population Lernbehinderter geschuldet, die in Deutschland sowohl medizinisch als auch statistisch nicht als Intelligenzgemindert bzw. geistig behindert erfasst werden, da Lernbehinderung nicht als separate psychiatrische Kategorie der ICD-10⁴⁰ geführt, sondern als umschriebene Entwicklungsstörung unter F8 kodiert wird (Gaese 2008, S. 131 f.).

Allerdings führen zum Teil auch pragmatische Notwendigkeiten wie der Zugang zu spezifischen Hilfesystemen und Leistungen zu diagnostischen Artefakten, die verzerrend auf die Prävalenzraten wirken:

Anstatt Lernbehinderte jedoch getrennt von geistiger Behinderung zu betrachten und zu diagnostizieren, werden diese Menschen in Deutschland [...] unter der Kategorie „leichte Intelligenzminderung“ subsumiert. Diese Tendenz wird dadurch verstärkt, dass aus sozialrechtlichen Gründen Einrichtungen der Behindertenhilfe geistig behinderten Menschen vorbehalten sind. Da Lernbehinderte v. a. mit Intelligenz im Grenzbereich zur geistigen Behinderung, meist nicht zu einer völlig eigenständigen Lebensführung in der Lage sind und Hilfe und Unterstützung benötigen, wird aus ihrer eigentlichen Lernbehinderung diagnostisch eine „leichte geistige Behinderung“ gemacht, um ihnen den Zugang zu Einrichtungen der Behindertenhilfe zu ermöglichen. Auf diese Weise entsteht in Deutschland ein systematischer, diagnostischer Artefakt [sic!].“ (Schanze 2007, S.17)

Die „ursprünglich vom Deutschen Bildungsrat (1973) angenommene Schätzquote von 0.6 %“ (Neuhäuser und Steinhausen 1990, S. 13) geistig behinderter Kinder und Jugendlicher im Schulalter sei in Deutschland weiterhin realistisch. Diese Annahme bestätigt sich unter 2.2.2 bei der Berechnung der administrativen Prävalenz zwar noch im Jahr 2009 (Tabelle 6), jedoch zeigt die Berechnung einen bundesweiten Anstieg des Anteils von Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung an allen Schularten bis 2018 um 0.2 %P auf 0.8 %. Sowohl die bundesweiten (Tabelle 6) Berechnungen als auch die bayernbezogenen (Tabelle 7), deuten tendenziell auf eine höhere Prävalenzrate von ca. 1 % hin, wie sie Mauliks (2013) Ergebnis nahelegt.

Wallners (1984) Untersuchung in Schweden legt altersspezifische Prävalenzen von geistiger Behinderung vor, die in der Kindheit und Jugend kontinuierlich steigen, die höchste Prävalenzrate ist der Studie zu Folge mit 0,84 (1973) und 0,77 (1982) bei der Gruppe der 17- bis 21-Jährigen auszumachen, während mit zunehmenden Lebensalter die Raten wieder deutlich absinken (Neuhäuser 2013, S. 16).

⁴⁰ International Classification of Mental and behavioral disorders – Internationale Klassifikation psychischer Störungen der WHO ist ein international anerkanntes Diagnosemanual

Die Ätiologie geistiger Behinderung kann nicht universell ohne Binnendifferenzierung hinsichtlich der Ausprägungsform erläutert werden, so unterscheiden sich die ätiologischen Kenntnisse zu geistiger Behinderung zwischen *schwerer* und *leichter* geistiger Behinderung deutlich:

Prinzipiell ist davon auszugehen, daß bei der Ätiologie der *schweren geistigen Behinderung* (IQ unter 50) *biologische Faktoren* (Genmutationen, Chromosomenanomalien, exogene Läsionen) überwiegen, während bei *leichter geistiger Behinderung bzw. Lernbehinderung* (IQ 50 bis 70 bzw. 85) vor allem *soziokulturelle Einflüsse* in der Pathogenese meist die entscheidende Rolle spielen. (Neuhäuser und Steinhausen 1990, S. 17)

Die im Zitat formulierte Annahme ist, eingeschränkt durch individuell komplexe multikausale und wenig generalisierbare Bedingungsbeziehungen von „biologisch-genetischen und exogenen“ (ebd.) Faktoren, in der Literatur weitgehend unumstritten. Gaese (2008) verweist auf die relativ hohe Zahl idiopathischer Fälle, also Behinderungen die 'aus sich selbst heraus' entstanden und somit nicht ätiologisch geklärt sind (S.136 f.) von 30–60 %, was vor allem in vielen Fällen *leichter* geistiger Behinderung gilt, da es sich bei diesen „um ein komplexes Wechselgeschehen von soziokulturellen und organischen Faktoren handelt“ (ebd.).

Während die ätiologischen Studien zur geistigen Behinderung vor allem bei leichter geistiger Behinderung deutliche Korrelate zur sozialen Herkunft der Betroffenen belegen, sind bei der Gruppe der schweren Intelligenzminderungen empirisch keine familiären Häufungen nachzuweisen. Alle sozioökonomischen Schichten sind laut Forschungslage gleichermaßen betroffen, was den Zusammenhang zu überwiegend organischen Schädigungen nahelegt, die Fällen schwerer Intelligenzminderung zu Grunde liegen. Die männliche Überrepräsentanz in der Gruppe der Betroffenen erklärt sich durch X-chromosomale Erbgänge (Gaese 2008, S. 136 f.; Sarimski und Steinhausen 2008, S. 2 f.)

Luckasson (2002) stellt mögliche Risikofaktoren in einer tabellarischen Übersicht dar (siehe Tabelle 15) und fasst damit die allgemein anerkannten Kategorien Prä-, Peri- und Postnataler Schädigungen in den Faktorkategorien biologisch, sozial, verhaltensabhängig und erziehungsbedingt zusammen. Die tabellarische Darstellung zeigt in besonders komprimierter Form die Spannweite organisch-genetischer Faktoren hin zu sozialen Einflussfaktoren und verdeutlicht die Multidimensionalität und komplexen Zusammenhänge, die für sich alleinstehend oder in Wechselwirkung die Ätiologie einer geistigen Behinderung mitbeeinflussen.

Tabelle 15.

Risikofaktoren für die Entwicklung geistiger Behinderungen nach Luckasson

| <i>Zeitpunkt</i> | <i>Biologisch / genetisch</i> | <i>Soziale Faktoren</i> | <i>verhaltensabhängig</i> | <i>erziehungsbedingt</i> |
|------------------|--|--|---|--|
| <i>Pränatal</i> | 1. Chromosomenstörungen (z.B. Trisomie 21) 2. Gendefekte 3. Syndrome 4. Stoffwechselerkrankungen 5. Gehirnfehlbildungen 6. Erkrankungen der Mutter 7. Gebäralter | 1. Armut 2. Mangelernährung der Mutter 3. Häusliche Gewalt 4. Fehlender oder erschwerter Zugang zu medizinischer Versorgung während der Schwangerschaft | 1. Mütterlicher / elterlicher Drogenkonsum 2. Alkoholkonsum während der Schwangerschaft 3. Rauchen während der Schwangerschaft 4. Elterliche Unreife / sehr frühe Elternschaft | 1. Elterliche Intelligenzminderung / Lernbehinderung ohne entsprechende Hilfesysteme 2. Mangel an Vorbereitung auf die elterliche Rolle und Verantwortung |

| | | | | |
|------------------|---|---|--|---|
| <i>Perinatal</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Frühgeburt 2. Geburtsschädigungen (z. B. Sauerstoffmangel) 3. Neonatale Erkrankungen | <ol style="list-style-type: none"> 1. Erschwerter oder fehlender Zugang zur Hebammenversorgung und Geburtshilfe | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mangelnde bis fehlende elterliche Fürsorge 2. Ablehnung des Kindes / der Elternverantwortung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mangelnde medizinische Einweisung zum Umgang mit dem Kind bei der Entlassung aus dem Krankenhaus |
| <i>Postnatal</i> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Schädel-Hirn-Trauma 2. Mangelernährung 3. Meningoenzephalitis (Gehirnhautentzündung) 4. Epilepsie 5. Degenerative Erkrankungen | <ol style="list-style-type: none"> 1. [Anm. A.G.: sozial / kognitiv / emotional] beeinträchtigte Bezugsperson des Kindes 2. Mangel an angemessener Stimulation und Förderung 3. Familienarmut 4. Chronische Erkrankungen in der Familie 5. Institutionalisierung | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kindsmisbrauch und emotionale Ablehnung 2. Häusliche Gewalt 3. Unangemessene Sicherheits- und Risikomaßstäbe / Einschätzungsvermögen 4. Deprivation 5. Schwierige Verhaltensweisen des Kindes | <ol style="list-style-type: none"> 1. Beeinträchtigte / mangelnde Erziehungskompetenz der Eltern 2. Verspätete Diagnosestellung 3. Unangemessene frühe Hilfen 4. Unangemessene heil-/sonderpädagogische Förderung 5. Unangemessene Familienunterstützung |

Anmerkung 15. In Anlehnung an: Risk Factors for Mental Retardation (American Association on Mental Retardation 2002, S. 127). Deutsche Übersetzung durch den Autor.

2.3.2 Medizinisch-psychiatrische und psychologische Annäherungen

Ein Großteil spezifischer Betreuungs- und Bildungseinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wurde vom 19. bis „weit ins 20. Jahrhundert hinein von Medizinern geleitet“, weshalb medizinische Klassifikationen des Phänomens *geistige Behinderung* historisch eng mit der Entwicklung der Pädagogik bei geistiger Behinderung verknüpft sind (Biewer und Koenig 2019, S. 36). Medizinische Klassifikationen beruhen auf der Diagnostik und Behandlung prä-, peri-, oder postnataler organischer oder auch genetischer Schädigungen, welche geistige Behinderungen ätiologisch überwiegend bedingen.

2.3.2.1 Medizinisch-psychiatrische Definition von geistiger Behinderung

In der Medizin hat sich die bereits von John Langdon Down⁴¹ (1828–1896) postulierte Sicht, „die psychopathologischen Symptome und die zugrundeliegende organische Störung als untrennbare Phänomene zu betrachten“ (Gontard 2013, S. 30), im Laufe des 20. Jahrhunderts durchgesetzt. Hodapp und Dykens (1994) kritisieren die mangelnde Verknüpfung und gegenseitige Bezugnahme der verschiedenen medizinischen Forschungszugänge zum Phänomen. Die Auseinandersetzung mit psychometrischen Aussagen und einhergehendem maladaptiven Verhalten auf der einen und die Ätiologieforschung auf der anderen Seite, stellten in kombinatorischer Forschung immer mehr die Interdependenz biologisch-genetischer Ursachen mit den speziellen psychopathologischen Zusammenhängen geistiger Behinderung heraus (Gontard 2013, S. 30). Zum Beispiel wird der sogenannte *Verhaltensphänotyp* vor allem durch Forschung in den drei Bereichen Psychopathologie, familiärer Kontext und der entwicklungspezifischen Sicht herausgearbeitet und nähert sich der Idee eines empirisch begründeten biopsychosozialen Zugangs zum Phänomen geistiger Behinderung an (Dykens und Hodapp 2001, S. 49).

⁴¹ John Langdon Down war der Erstbeschreiber des nach ihm benannten Down-Syndroms

Durch häufig komorbide neurologische Schädigungen, ist nicht nur die intellektuelle Leistung einer Person, „sondern die ganze Person mehr oder weniger stark beeinträchtigt“ (Höss 1979, S. 91). Internationale Klassifikationssysteme (ICD-10 oder auch DSM-IV⁴²) ziehen zur Einteilung *geistiger Behinderung* nach Schweregraden (leicht, mittelgradig, schwer, schwerst) den IQ-Wert in Verbindung mit einer diagnostischen Einschätzung der Anpassungsleistungen einer Person heran. Die ICD-10 beschreibt das Phänomen *geistige Behinderung* im Kapitel V in der Kodierungsgruppe F7. Unter der Bezeichnung *Intelligenzminderung* wird „eine sich in der Entwicklung manifestierende, stehen gebliebene oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten“ beschrieben, die beispielsweise Fertigkeiten wie „Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ sowie das „Anpassungsverhalten“ einer Person betrifft (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 308 f.).

Rein psychometrische Zugänge werden zur Diagnose einer Intelligenzminderung als unzureichend bewertet, die kognitive Konstitution muss im Kontext der vorhandenen Kompetenzen betrachtet werden, „die für die jeweilige Entwicklungsstufe spezifischen Anforderungen zu bewältigen“ (Mehler-Wex und Warnke 2008, S. 169). Begründet durch die komplexen Zusammenhänge zwischen kognitiver Begabung und Anpassungsleistung verweisen die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 auf die Notwendigkeit aller verfügbaren Informationen zur Einschätzung der Schwere einer geistigen Behinderung. Neben dem „klinischen Eindruck“ einer Person wird somit das „Anpassungsverhalten, gemessen am kulturellen Hintergrund des Individuums“ (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 308) als Bewertungsindikator mit berücksichtigt und die Diagnose an die resultierende „erschwerzte Anpassung an die Anforderungen des alltäglichen Lebens“ gebunden (ebd., S. 309). Normen zur Einschätzung von Reifegrad und Anpassungsleistung unterscheiden sich zum einen in unterschiedlichen Entwicklungsstufen, zum anderen sind sie in hohem Maße gesellschafts- und kulturkreisabhängig.

Die psychometrische Diagnostik bei Schülern und Schülerinnen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, mit dem Ziel der Ermittlung eines Intelligenzquotienten durch ein reliables Instrument, erfolgt in der Regel im Zuge der sonderpädagogischen oder einer vorausgehenden ärztlich-psychologischen Diagnostik; ein Intelligenzquotient im Bereich der Intelligenzminderung nach ICD-10 ist im Grunde bei all diesen Schülern und Schülerinnen anzunehmen, da im Falle höherer Ergebnisse bei der Leistungstestung die Indikation des Förderschwerpunkts gE nicht per se gegeben ist. Bach (1974) empfahl in seinem Beitrag zu den Gutachten und Studien des Deutschen Bildungsrates zur Unterscheidung zwischen Lernbehinderten und Geistigbehinderten den IQ-Wert als Kriterium. Während allerdings der Bildungsrat die psychometrische Grenze zur geistigen Behinderung bei einem IQ-Mittelwert von <55 ansetzte, wurde beim Sonderschulüberweisungsverfahren in der Praxis ein Grenzwert zwischen 60 und 65 IQ-Punkten herangezogen (Lindmeier und Lindmeier 2019, S. 31). Weitere Grenzsetzungen erfolgten beispielsweise durch Egg (1966, S.76) mit der IQ-Grenze 70 bis hin zu einer Grenzpunktzahl von 50 (Williams et al. 1971, S. 10). Anhand der abweichenden Grenzannahmen wird deutlich, „dass es sich bei der Grenzziehung [...] weniger um eine wissenschaftlich verifizierbare klassifikatorische [...], denn eine schulpolitisch handhabbare Abgrenzung handelte“ (Lindmeier und Lindmeier 2019, S. 31).

⁴² Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders – findet vor allem im amerikanischen Sprachraum vielfach Verwendung

Heute gilt die Kategorisierung der ICD-10, die die Grenze zur Intelligenzminderung im IQ-Wertbereich <70 festlegt, allgemein anerkannt; sie ist noch immer ein klassifizierendes Kriterium sowohl des Personenkreises als auch der schulischen Einschätzung und Zuweisung. Ausgehend von einer rein psychometrischen Indikation, kann seit den 1970er Jahren hinsichtlich der psychometrischen Bewertung eine gewisse Homogenität innerhalb der Schülerschaft an FZgEs angenommen werden. Tatsächlich aber findet sich eine weite Streubreite kognitiver Funktionsniveaus, die äußerste Heterogenität hinsichtlich der schulischen und sozialen Fertigkeiten bedeutet:

Bei Schülern im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung handelt es sich um eine höchst heterogene Gruppe, hier sind auf der einen Seite Schüler mit schweren und mehrfachen Behinderungen betroffen, auf der anderen Seite Schüler, die keine kognitive Einschränkung aufweisen, sondern aus verschiedenen anderen Gründen in diese Schulen überwiesen wurden. (Ratz und Dworschak 2012, S. 14)

Die *Multiaxiale Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (MAS)* ist ein, der ICD-10 folgendes Klassifikationsschema, das seit seiner Erstveröffentlichung im Jahre 1977 im deutschen Sprachraum allgemein anerkannt ist (Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO 2012, S. 2). Das MAS unterteilt, zur weiteren Differenzierung des Qualitätsmerkmals *Intelligenzquotient*, das gesamte messbare Intelligenzspektrum in Intelligenzniveauebenen (ebd.). Um die Wirkungs- und Ursachenbeziehungen psychiatrischer Störungen des Kindes- und Jugendalters differenziert kategorial abzubilden, ordnet das MAS diagnostische Aspekte sechs *Achsen* zu. Berücksichtigt werden komorbide psychiatrische Syndrome (Achse I), umschriebene Entwicklungsstörungen der Diagnosegruppe F8 der ICD-10 (Achse II), das Intelligenzniveau (Achse III), physische Symptome (Achse IV), „abnorme psychosoziale Umstände“ (Achse V) sowie die „Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung“ (ebd.) (Achse VI). Die Subkategorisierungen der IQ-Wertgruppen in der MAS folgt den Einstufungen der ICD-10 (Tabelle 16).

Geistige Behinderung wird in dem im amerikanischen Sprachraum verbreiteten und üblicherweise herangezogenen DSM-5⁴³ mit der Bezeichnung *Intellectual Disability (Intellectual Development Disorder)* beschrieben; für die geplante ICD-11 wird anlehnend an die anglo-amerikanische Terminologie „ebenfalls die Änderung der Störungsbezeichnung in *Intellektuelle Entwicklungsstörung* diskutiert“ (Macha und Petermann 2021). Gemein bleibt beiden Diagnosemanualen die Voraussetzung des Beginns der Störung in der frühen Kindheit; später im Leben erworbene kognitive Einschränkungen würden mit dem Zusatz *Neurokognitive Störung* kodiert. In der DSM-5 werden neben den bestehenden intellektuellen Einschränkungen ebenfalls „Defizite im adaptiven Funktionsniveau“ (Ehret und Berking 2013, S. 260) betont. Bis zum DSM-4 spezifizierte Cut-Off Kriterien wie ein IQ kleiner 70 und das Eintrittsalter der Störung werden nicht mehr expliziert, stattdessen auf den Entwicklungszeitraum verwiesen. „Die Schweregradeinstufung basiert fortan [A.G.: im DSM-5] nicht mehr auf IQ-Punkten, sondern der Einschätzung des adaptiven Funktionsniveaus im konzeptuellen, sozialen und praktischen Bereich.“ (Ehret und Berking 2013, S. 260). In der ICD-10 erfolgt die Abgrenzung zur intellektuellen Normalbegabung und die Einteilung der *Intelligenzminderung* nach Schweregrad nach verschiedenen IQ-Wert Gruppen:

⁴³ Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (Falkai und Wittchen 2020). Herausgegeben von der American Psychiatric Association. Das DSM-5 löste 2020 die Vorgängerversion DSM-4 ab.

Tabelle 16.

IQ-Wert Gruppen zur Diagnose von Intelligenzminderungen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 2015)

| <i>ICD-10 Code</i> | <i>Bezeichnung</i> | <i>IQ-Wertbereich</i> |
|--|---|-----------------------|
| - | Normvariante Durchschnittliche Intelligenz | 85 - 114 |
| <i>Kodierung durch um- schriebene Entwick- lungsstörungen (F8)</i> | Niedrige Intelligenz Unterdurchschnittliche Intelligenz («Lernbehinderung») | 70 – 84 |
| <i>F70</i> | ICD-10: Leichte Intelligenzminderung / Debilität Leichte intellektuelle Behinderung | 50 – 69 |
| <i>F71</i> | ICD-10: mittelgradige Intelligenzminderung / Imbezillität mäßige intellektuelle Behinderung | 35 – 49 |
| <i>F72</i> | ICD-10: schwere Intelligenzminderung / ausgeprägte Imbezillität schwere intellektuelle Behinderung | 20 - 34 |

Anmerkung 16. Der IQ-Bereich oberhalb der Normvariante wird in der Übersichtsdarstellung vernachlässigt, da er im Themenkontext keine Bedeutung erlangt.

Eine strikte Zuschreibung von Intelligenzminderungsdiagnosen anhand von IQ-Werten wird in der ICD-10 ebenfalls ausgeschlossen, indem „die angegebenen IQ-Werte [...] als Richtlinien gemeint“ sind und vor allem „im Hinblick auf die Problematik der transkulturellen Vergleichbarkeit nicht zu starr angewendet werden“ sollen (Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 309). Das Heranziehen psychometrischer Kategorien wird vor allem in der pädagogischen Diskussion um die Klassifikation des Phänomens *geistige Behinderung*, aber auch hinsichtlich der Beschreibung des Personenkreises „Menschen mit geistiger Behinderung“ durchgängig kritisch bewertet. Schäfer (2019) attestiert der Einteilung in IQ-Wertgruppen „traditionelle medizinische Sichtweisen [...], die für die pädagogische Arbeit kaum Hilfe“ (S. 36) geben. Überdies verweist Speck (2018) auf weitere Probleme der Klassifizierung nach IQ-Werten aus pädagogischer Perspektive:

Eine solche auf statistischen Messungen beruhende Einteilung ist natürlich eine willkürliche. [...] Intelligenzen unterhalb eines IQ von 50 sind statistisch nicht mehr verlässlich differenzierbar; Messwerte in diesem Bereich haben deshalb wenig Aussagekraft. Im Übrigen stellt sich die Frage nach der Testbarkeit an sich und nach dem Inhalt dessen, was unter Intelligenz dann noch verstanden werden soll. (Speck 2018, S. 61)

Intelligenzniveaus halten dem Anspruch, ein komplexes Phänomen wie *geistige Behinderung* vollständig zu beschreiben, nicht stand. Die ICD versucht hierzu die Einschränkung der Anpassungsfähigkeiten als Kontextfaktor ausgleichend heranzuziehen und begegnet damit ein Stück weit der oft formulierten pädagogischen Kritik, „negative Merkmalsbeschreibung 'kognitiver Inkompetenz als Leitsymptom' (Theunissen 1997, S.18) die Vielfalt, Komplexität und Wechselwirkung von anderen [...] Bedingungen [...]“ (Fischer 2008, S. 22) würden in ihrer Bedeutung nicht miteinbezogen. Die Verteilung von Intelligenzniveaus innerhalb der Schülerschaft als definitorischer Teilaspekt bietet dennoch bedeutsame Hinweise auf mögliche, durch Heterogenität bedingte Herausforderungen im schulischen Bereich.

Zur Versachlichung der Diskussion um Transformationsprozesse innerhalb der Schülerschaft im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, kann die medizinisch-psychiatrische Klassifikation gerade aufgrund ihres statistischen und kategorialen Charakters einen Beitrag als Kontextfaktor leisten, auch wenn

sie unumstritten nicht den Personenkreis in seiner Vielfalt und Lebensrealität zu beschreiben vermag. Mögliche Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit einer geistigen Behinderung können durch die vierte Stelle (F7x.x) des Diagnosekodes angegeben werden, wobei die Verhaltensstörung „nicht auf eine andere psychische Störung oder auf eine somatische Erkrankung“ zurückzuführen sein darf (Schanze 2008a, S. 147). Die American Association of Mental Retardation (AAMR) legt in der zehnten Auflage von „Mental Retardation: Definition, Classification and System Supports“ (American Association on Mental Retardation 2002) fünf zentrale Dimensionen der erschwerten Anpassungsleistung bei geistiger Behinderung vor und konkretisiert die Beschreibungen beeinträchtigter Anpassungsfertigkeiten in den Bereichen „konzeptionelle, soziale und praktische Fertigkeiten“. Trotzdem die AAMR auch aus medizinischer Sicht „ausgereifte Kategorien“ vorlegt, vollzieht sie keine Einteilung in Schweregrade der geistigen Behinderung. Für „klinische Zwecke, bei denen sich eine Einordnung nach Schweregraden durchgesetzt hat, [bleibt sie daher] ungeeignet“ (Gaese 2008, S. 133). Gaese legt aus diesem Grund 2008 folgende Zuordnung vor:

Tabelle 17.

Auszüge aus der Übersicht beeinträchtigter Anpassungsfertigkeiten nach der zehnten Auflage der AAMR

| | <i>F70 (IQ 50–69)</i> | <i>F71 (IQ 35–49)</i> |
|---|--|--|
| Konzeptionelle Fertigkeiten | | |
| <i>Sprachverständnis</i> | Verzögerter Spracherwerb, alltagstaugliches passives und aktives Sprachverständnis (im Erwachsenenalter) | Verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und -gebrauch, begrenzte, sehr variable Fähigkeit, aktiv verbal od. nonverbal |
| <i>Lesen und Schreiben</i> | Hauptschwierigkeiten in der Schule, Probleme beim Lesen und Schreiben | Grundlegende Fertigkeiten möglich, variabel |
| <i>Selbstbestimmung</i> | Einschränkungen durch Konsequenzen emotionaler und sozialer Unreife, Sprachprobleme können Selbstständigkeit behindern | Vollständig unabhängiges Leben im Erwachsenenalter wird selten erreicht, einige benötigen lebenslange Beaufsichtigung |
| Soziale Fertigkeiten | | |
| <i>Interpersonell</i> | Geringe Probleme im soziokulturellen Umfeld, das wenig Wert auf schulische Ausbildung legt | Fähigkeiten mit anderen Kontakt aufzunehmen, zu kommunizieren, einfache soziale Aktivitäten |
| <i>Leichtgläubigkeit</i> | Erhöhtes Risiko ausgenutzt sowie körperlich und sexuell missbraucht zu werden | |
| <i>Einhaltung von Regeln</i> | Schwierigkeiten, sich an kulturelle Überlieferungen und Erwartungen anzupassen | |
| Praktische Fertigkeiten | | |
| <i>Aktivitäten des alltäglichen Lebens</i> | Verlangsamtes Entwicklungstempo, aber bis zur vollen Unabhängigkeit: Essen, Hygiene, Anziehen, Darm- und Blasenkontrolle | Verzögertes Erlernen und verzögerte Motorik, kontinuierlicher Bedarf an Unterstützung möglich |
| <i>Aufrechterhaltung eines sicheren Umfelds</i> | Benötigen Unterstützung, erhalten größte Hilfe durch Ausbildung von Fertigkeiten | Einige benötigen lebenslange Beaufsichtigung. |

Anmerkung 17. Übereinstimmend mit der Kritik, IQ-Werte im Bereich kleiner 50 seien nicht mehr verlässlich messbar (Speck 2018, S. 61) und im „sogenannten unteren Grenzbereich [A.G.: <30]“ mit „Nachdruck abzulehnen“ (Höss 1979, S. 92), stellt Tabelle 17 exemplarisch die konkreten Beschreibungen der AAMR nur zu den beiden Klassifikationen F70 (leichte Intelligenzminderung) und F71 (mittelgradige Intelligenzminderung) vor und vernachlässigt den Bereich der schweren geistigen Behinderung (F72 / IQ < 35). (Gaese 2008, S. 134 f.)

Auch wenn es sich bei der Klassifikation nach ICD-10 um eine Diagnosekodierung aus der Gruppe *F / psychische Störungen* handelt, ist geistige Behinderung aus medizinischer Perspektive keine Krankheit oder Störung (Gaese 2008; Neuhäuser 2013; Sarimski 2006etc.), sondern eine spezifische menschliche Konstitution. Die Beschreibungen der AAMR in Tabelle 17 sind also als subklinische Besonderheiten dieser spezifischen Konstitution grundgelegt, was vor allem im Kontext erhöhter Vulnerabilität für vergesellschaftete psychiatrische Störungen mit ihren jeweils additiv abweichenden Verhaltensweisen von Bedeutung ist und zumindest einen Eindruck grundsätzlich bestehender Erschwernisse vermittelt. Trotz der operationalisierten Form und dreidimensionalen Grundgliederung zeichnet auch eine weiter gefasste medizinisch – kategoriale Herangehensweise kein umfassendes Bild einer Person mit geistiger Behinderung, die extreme Heterogenität der Schülerschaft an FZgEs vermag sie ebenfalls nicht zu beschreiben.

Aus pädagogischer Perspektive bietet die medizinische-kategoriale Annäherung an das Phänomen trotz aller Kritik dennoch Orientierung; so bewertet Bach (1974) den Sinn und Wert psychometrischer Aussagen als einen Beitrag zur pädagogischen Prognose „über das vorab zu erwartende Lernverhalten“ (Bach 1979, S. 4; Bach und Muth 1974, S. 19) einer Person.

2.3.2.2 Zur Komorbidität psychischer Störungen

Ein weiterer relevanter Aspekt der psychiatrischen Forschung im Zusammenhang mit geistiger Behinderung ist ihr Auftreten in massiv erhöhter Komorbidität mit psychischen Störungen. Die ICD verweist in ihren diagnostischen Leitlinien auf eine drei- bis vierfach erhöhte Vulnerabilität von Menschen mit geistiger Behinderung gegenüber der Gesamtbevölkerung, an psychiatrischen Störungen zu erkranken (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 308). Warnke (2003) beziffert die Prävalenz von behandlungsbedürftigen und ärztlich diagnostizierten psychischen Störungen innerhalb der gesamten Gruppe von Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren in Deutschland auf (mindestens) 5 %, „bei weiteren 10 bis 13 % sind aufgrund von auffälligem Verhalten diagnostische Maßnahmen und Beratungsangebote angezeigt.“ (Warnke et al. 2003, S. 13)

Ein Aspekt, der für die gesamte Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung Gültigkeit hat, jedoch im Zusammenhang mit einer Charakterisierung der Schülerschaft im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung besonders zu berücksichtigen ist, da die Komorbiditäten häufig in Zusammenhang mit herausfordernden Verhaltensweisen stehen.

Demnach können bei zehn bis elf Prozent der Schüler klinisch signifikante Probleme der psychischen Gesundheit festgestellt werden (Ravens-Sieberer et al. 2015, 657 ff.). Noch darüber liegen die Werte im FgE. Laut Steinhausen/Häßler/Sarimski (2013, S. 144) ist bei 'Kindern mit geistiger Behinderung [...] im Vergleich zu normal begabten Kindern die Prävalenzrate für psychische Störungen erhöht. Die Raten variieren zwischen 17.9 und 23.6 Prozent.' (Schäfer und Mohr 2018, S. 10)

Hinsichtlich der Prävalenzen psychischer Störungen bei geistiger Behinderung finden sich in der Literatur unterschiedliche und wesentlich höhere Angaben. Sarimski (2008) verweist auf die „erhöhte Störanfälligkeit infolge ungünstiger biologischer Dispositionen, beeinträchtigter Verarbeitungsprozesse, emotional belasteter Beziehungen, eingeschränkter Entwicklungsmöglichkeiten und ungünstiger Lernerfahrungen“ (S. 3), die zu einer drei- bis vierfach erhöhten Prävalenzrate (Sarimski 2011, S. 513) für komor-

bide psychische Störungen führt. Whitaker und Read (2006) legen mit ihrer Literaturanalyse zur Prävalenz psychischer Störungen bei geistiger Behinderung eine Zusammenschau internationaler Studien mit der Absicht vor, die erhöhte Prävalenzrate für psychische Störungen innerhalb der Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung zu belegen und herauszustellen, ob die erhöhte Vulnerabilität für psychische Erkrankungen generell oder nur auf bestimmte Individuen innerhalb der Gruppe zutrifft (S. 330). Unterschiedliche forschungsmethodische Grundbedingungen erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse internationaler Studien, so finden sich beispielsweise Abweichungen in den diagnostischen Kriterien (z. B.: IQ unter 70 und Adaptionsprobleme oder rein IQ-bezogene Definition sowie unterschiedliche IQ-Grenzwerte) und in der Samplezusammensetzung (z. B.: unterschiedliche Altersgruppen und zufällige/nicht zufällige Auswahl der untersuchten Gruppe). Die Ergebnisse zur Prävalenz psychiatrischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei geistiger Behinderung variieren in den insgesamt zehn verglichenen Studien zwischen 23.6 und 54.3 %. Sinzig (2006) legt Differenzierungen zum Korrelat der Prävalenzraten für psychische Störungen und der Ausprägungsform geistiger Behinderung vor: „[...]“, dass bei leicht behinderten Jugendlichen die Prävalenz von psychischen Störungen bei $20 \pm 35 \%$, bei mittlerer Ausprägung bei $30 \pm 40 \%$ und bei schwer geistig Behinderten bei $60 \pm 70 \%$ liegt“ (Sinzig und Lehmkuhl 2006, S. 473). Obgleich die Ergebnisse eine hohe Streubreite aufweisen, verdeutlichen sie die massiv erhöhte Prävalenz psychischer Störungen innerhalb der Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung gegenüber der nicht-behinderter Kinder eindrücklich. Zur Prävalenz psychischer Störungen in der Gesamtpopulation von Kindern und Jugendlichen legen Fuchs und Karwautz (2017) mit einer Übersichtsarbeit zu internationalen Studien demgegenüber eine Rate von 13.4 % nahe, wobei sich diese nur auf die vier häufigsten Gruppen psychiatrischer Störungen im Kindes und Jugendalter bezieht (Angststörungen, externalisierte Verhaltensstörungen, ADHS, emotionale Störungen) (Fuchs und Karwautz 2017, S. 97). Aussagen über die Häufigkeit bestimmter psychiatrischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei geistiger Behinderung konkretisieren das Phänomen erhöhter Prävalenz und lassen Ableitungen zu möglichen Verhaltensspezifika der zu beschreibenden Schülerklientel zu. Die Metaanalysen können aufgrund unterschiedlicher Bezeichnung und Definition von Störungskategorien wiederum lediglich Tendenzen zur Häufigkeit bestimmter psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung aufzeigen. So scheinen vor allem Angst- und Verhaltensstörungen signifikant häufiger als in der Population nicht behinderter Kinder aufzutreten (Whitaker und Read 2006, S. 338 ff.). Sarimski (2008) führt als häufigste psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters bei geistiger Behinderung „oppositionelle und soziale Verhaltensstörungen (13.3 %), emotionale Störungen (9.5 %), hyperkinetische Störungen (8.7 %), tiefgreifende Entwicklungsstörungen (Autismusspektrum, 8.7 %) und verschiedene Angststörungen (8.7 %)“ (Sarimski und Steinhausen 2008, S. 5) auf. Die Bezugnahme auf eine repräsentative Studie von Emerson (2003) verweist auf einen Anteil von 39 % der untersuchten Kinder mit geistiger Behinderung, die eine psychiatrische Störung aufwiesen, 7,3-mal häufiger als in der untersuchten Kontrollgruppe von Kindern ohne Behinderung (Sarimski 2006, S. 120), wobei dem hohen Anteil von Störungen des Verhaltens und der Emotionen (ICD-10 Kategorie F9) bei 25 % der Kinder mit Behinderungen besondere Beachtung gebührt. Schlussfolgernd ist von einer Prävalenz psychischer Auffälligkeiten bei Kindern- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung von „mindestens 30 %“ (Sarimski 2005, S. 125) auszugehen.

Die medizinische Sichtweise auf das Phänomen Intelligenzminderung / geistige Behinderung scheint aufgrund ihres nosologischen Charakters zwar zu starr zur umfassenden Beschreibung der Komplexität, kann aber als operationalisierte und symptombezogene Beschreibungen relevanter Teilaspekte ein quantifizier- und belastbarer Indikator zur Annäherung an die Schülerschaft im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung sein.

Zusammenfassend bieten die medizinisch-kategorialen Zugänge zur Schülerschaft im Förderschwerpunkt gE hinsichtlich der kognitiven Niveaus Orientierung über mögliche Leistungsfähigkeiten und im Falle vorliegender aktueller Diagnosen nach MAS zusätzlich Informationen über anamnestische Besonderheiten, psychischen wie physischen Gesundheitszustand, die aktuelle Lebenssituation sowie abstrakt und global formulierte Einschätzungen der Anpassungsleistung. Eine Aussage über typische Verhaltensäußerungen oder phänomenologische Aspekte wie Charaktereigenschaften und Temperament einer Person im Kontext ihrer beschriebenen (psychophysischen) Grundkonstitution ist im Rahmen medizinischer Diagnostik nur ansatzweise möglich, so dass diese zwangsläufig um weitere Klassifikationsansätze ergänzt werden muss, um einer Beschreibung der Schülerschaft näher zu kommen.

2.3.2.3 Häufige komorbide psychiatrische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10

Im Folgenden werden vertiefende Begründungen und Erläuterungen zur Praxisrelevanz der ausgewählten Störungsbilder und Diagnosen vorgelegt.

2.3.2.2.1 F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES)

Unter der Kodierung F8 beschreibt die ICD-10 *Entwicklungsstörungen*, die zum einen „ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit“ ihren Anfang finden und eine „Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen, die eng mit der biologischen Reifung des Zentralnervensystems verknüpft sind“ betreffen. Gemein bleibt *Entwicklungsstörungen* weiterhin ein „stetiger Verlauf ohne Remissionen und Rezidive“, sie zeigen sich also chronisch und konstant. Zumeist bestanden die *Störungen* „vom frühestmöglichen Erkennungszeitpunkt an“ und vermindern sich mit zunehmendem Alter sukzessive, so dass im Erwachsenenalter „geringe Defizite“ zurückbleiben (Weltgesundheitsorganisation 2014). Die Gruppe der *umschriebenen Entwicklungsstörungen* umfasst solche der *Sprache und des Sprechens* (F80), der *schulischen Fertigkeiten* (F81), der *motorischen Funktionen* (F82), *kombinierte* (F83) sowie *andere* (F88) und *nicht näher bezeichnete* (F89).

Die *umschriebenen Entwicklungsstörungen* sind in der Lage verzögerte Aspekte der kindlichen Entwicklung darzustellen und stellen gerade im Bereich der Förderzentren kein ungewöhnliches Phänomen dar, da das Bemerkte verzögerter Entwicklungen in den Biographien der Schülerinnen und Schüler zumeist Initialmoment zur sonderpädagogischen Förderung sowie Ausgangspunkt sonderpädagogischer Diagnostik ist. Alle umschriebenen Entwicklungsstörungen (ausgenommen des gesondert betrachteten Autismus-Spektrums F84 als tiefgreifende Entwicklungsstörung) stehen unter dem diagnostischen Ausschlussvorbehalt eines nonverbalen IQ-Wertes unter 70 in einem standardisierten Test (vgl. ebd.).

2.3.2.2.2 F84 – Autismspektrumstörungen (ASS)

In der Gruppe F84 der ICD-10 werden Störungen beschrieben, deren gemeine Symptomtrias „qualitative Abweichungen und Beeinträchtigungen“ in den Bereichen (1.) *gegenseitige soziale Interaktion*, (2.) *Kommunikation* sowie ein (3.) *eingeschränktes, stereotypes und sich wiederholendes Repertoire von Interessen und Aktivitäten* umfasst. Die störungsrelevanten Abweichungen sind persistent und weitestgehend situationsunabhängig (Weltgesundheitsorganisation 2014). Speck (2018) bewertet die Autismspektrumstörung als 'Spezialfall' (Speck 2018), da sie als „[...] Komplex individuell verschiedener Ausprägungsformen mit einer *kaum eingrenzbarer Vielfalt* und einer *großen graduellen Unterschiedlichkeit*“ (ebd., S. 154) verstanden werden muss. Die in der ICD-10 bislang vorgenommene Unterscheidung zwischen *frühkindlichem Autismus* und *Asperger-Syndrom* entstammt der zeitlich nah beieinanderliegenden Erstbeschreibungen durch den austro-amerikanischen Kinder- und Jugendpsychiater Leo Kanner (1943) und den österreichischen Kinderarzt und Heilpädagogen Hans Asperger (1944).

Bei genauerer Betrachtung ihrer Texte ist allerdings festzustellen, dass es mehr Gemeinsamkeiten und fließende Übergänge als Unterschiede zwischen den von ihnen beschriebenen Bildern gibt [...] So stoßen wir bis heute immer wieder auf autistische Personen, die im Laufe ihres Lebens mehrfach unterschiedliche Autismus Diagnosen erhielten. (Theunissen und Sagrauske 2019, S. 35)

Das wissenschaftliche Interesse am Thema Autismus wuchs in den vergangenen 15 Jahren erheblich und mit ihm die Anzahl der weltweiten Veröffentlichungen aus Medizin, Psychologie und Pädagogik zum Störungsbild. Die fachliche Diskussion über die hohe Varianz der Symptomausprägung und die wenig trennscharfe Zuordnung des Störungsbildes zu den *klassischen* Diagnosen (F84.0 / F84.1 / F84.5) der ICD-10 führt voraussichtlich zur Aufgabe der traditionellen Einteilung der Störung in verschiedene abgrenzbare klinische Bilder in der geplanten ICD-11 (vgl. ebd. S.35 ff.). Im amerikanischen Diagnosemanual psychiatrischer Störungen DSM-V (Falkai und Wittchen 2020) wurden bereits 2013 die einzelnen Autismus Diagnosen vom 'Konzept' des 'Autismus-Spektrums' abgelöst (Freitag et al. 2017, S. 1 f.). Baxter (2015) legt eine Metaanalyse weltweiter Prävalenzstudien vor und beziffert die Prävalenz von ASS zwischen 0.6 % und 0.76 % (Baxter et al. 2015, S. 601 ff.), wobei vor allem Prävalenzstudien ab 2010 wesentlich erhöhte Raten von 1–2 % vorlegen, im Gegensatz zu Studien aus dem ausgehenden 20. Jahrhundert, die eine Prävalenz von 0.05 % annahmen (Freitag et al. 2017, S. 14 f.). Zur Komorbidität von ASS mit Intelligenzminderungen liegen ebenfalls sehr unterschiedliche Studienergebnisse vor. Während sich Speck (2018) noch auf Angaben von DeMyer (1988) beruft, die die Komorbidität von Intelligenzminderung bei Autismus auf über 90 % taxiert (Speck 2018, S. 153) ergeben aktuelle Studien eine Komorbidität von 45 % bezogen auf alle ASS Diagnosen, wobei Personen mit der Diagnose *frühkindlicher Autismus* deutlich höher (60 %) von Intelligenzminderungen betroffen sind (Baio et al. 2018). Sowohl die steigenden Prävalenzannahmen als auch der geringer bewertete Anteil von Personen mit Intelligenzminderung werden in der Literatur zum einen durch eine erhöhte diagnostische Sensibilität für *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* im Allgemeinen als auch durch einen enormen Anstieg der Diagnosezahlen im Bereich der Normalbegabung erklärt (Freitag et al. 2017, S. 14 f.). Neben dem weltweiten Anstieg der Fallzahlen innerhalb der vergangenen Dekade ist die erhöhte Komorbidität mit anderen psychiatrischen Störungen im Kontext der Untersuchung von Bedeutung, die Freitag (2017) folgendermaßen darlegt:

Etwa 45 % der von Autismus-Spektrum-Störung Betroffenen weisen demnach eine intellektuelle Behinderung auf. Angststörungen (42 bis 56 %), Depressive Störungen (12 bis 70 %), Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (28 bis 44 %), Tic-Störungen (14 bis 38 %), oppositionelle Sozialverhaltensstörung (16 bis 28 %), Zwangsstörungen (7 bis 24 %) und psychotische Erkrankungen (12 bis 17 %) kommen am häufigsten vor [...]. (Freitag et al. 2017, S. 13)

Theunissen (2019) konkretisiert die Aussagen zu autistischen Schülerinnen und Schülern im untersuchten Förderschwerpunkt *geistige Entwicklung* dahingehend, dass Schüler und Schülerinnen mit dem „so genannten frühkindlichen [...] oder atypischen Autismus [...] zu etwa 80 % in einer Schule mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung unterrichtet werden (vgl. Trost 2012, 122 f.)“ und verweist auf eine „sehr große Dunkelziffer“, die bisweilen „unentdeckt“ und „gleichfalls (z. B. als geistig behindert) fehldiagnostiziert“ seien (Theunissen und Sagrauske 2019, S. 124–125).

2.3.2.2.3 F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen (VES)

Störungen des Sozialverhaltens (F91/F92) bedeuten „größte Verletzungen altersentsprechender sozialer Erwartungen“ und „sind durch ein sich wiederholendes und andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens charakterisiert.“ (Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 363)

Die diagnostischen Leitlinien trennen derartige Verhaltensweisen klar von nur vereinzelt auftretenden dissozialen und/oder kriminellen Handlungen ab, vielmehr ist für die Diagnose ein persistent negativ abweichendes Sozialverhalten grundlegend. Die Symptome können sich beschränkt auf den familiären Rahmen zeigen (F91.0) und sowohl bei fehlenden (F91.1) als auch bei vorhandenen (F91.2) sozialen Bindungen entwickeln. Spezifiziert sich die Diagnose zu F91.3, treten die Symptome charakteristischer Weise mit „deutlich aufsässigem, ungehorsamen und trotzigem Verhalten bei Fehlen schwerer dissozialer oder aggressiver Handlungen“ (ebd.) auf. Weiter betonen die äquivalenten DSM-IV Kriterien „negativistisches, feindliches, ungehorsames Verhalten mit Wutausbrüchen, Konflikte mit anderen Menschen, Reizbarkeit, Bössartigkeit und Rachsucht.“ (Hennicke und Seidel 2010, S. 274). Eine F91.3 Diagnose trifft in der Regel bei Kindern unter neun oder zehn Jahren zu, weshalb sie in ihrer Form dem Entwicklungsalter vieler Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung mehr entspricht als die extremeren Formen (F91.1/91.2). Dôsen (1989) untersuchte an 146 Kindern mit Intelligenzminderung die Häufigkeit *negativ-destruktiven Verhaltens*, was vergleichbar mit der Kernindikation für eine F91 Diagnose sei und der Störung F91.3 zugeordnet würde. In der Beobachtungssituation zeigten 20 % der Kinder *oppositionell-aufsässige Verhaltensweisen*, von welchen wiederum 62 % eine Intelligenzminderung aufwiesen. Die flankierende Elternbefragung ergab bei den störungsrelevanten Kindern häufige Hinweise auf problematische Erziehungsumstände, häufige Erkrankungen des Kindes oder der Eltern, ein wenig kompetentes erzieherisches Umfeld oder auch konstanten Mangel an affektiver Zuwendung zum Kind (Hennicke und Seidel 2010, S. 277 f.). Des Weiteren ergaben sich deutliche Hinweise auf *Symptomunterschiede* zwischen Kindern mit und ohne geistiger Behinderung, die Dôsen wie folgt auflistet:

[...] restlessness and hyperactivity; constant attempts to attract the attention of an important adult; aggression toward other children; obstinacy and negativism; lack of social interest in peers; deficit in language development; eating and sleeping disorders; lack of bowel and bladder control; inability to play alone; material destruction; dysphoric mood. (Dosen 1989, S. 78)

Anhand der Auflistung deuten sich bereits Zuordnungsprobleme von Verhaltensausdruck und Emotion von Kindern mit geistiger Behinderung an, sowie eine große Schnittmengentendenz zu anderen psychiatrischen Störungsbildern.

Unter F92 werden *Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* kategorisiert, d. h. zusätzlich zu den externalisierten und dissozialen Verhaltensweisen bestehen gravierende Merkmale von internalisierten Störungen wie Depressionen oder Angst. Ebenfalls verweist die ICD-10 auf das Korrelat derartiger Störungen zu *schwierigen psychosozialen Umständen*, z. B. unzureichender familiärer Beziehungen oder anderen psychosozialen Belastungsmomenten. Alleine die Tatsache einer (geistigen) Behinderung oder chronischen Erkrankung birgt mannigfaltige Gefahr psychosozialer Belastungen für die Betroffenen und deren familiäres Umfeld. Ohne weitere Vertiefung sei hier exemplarisch auf Studien verwiesen, die sich der Belastungssituation von Familien mit behinderten und/oder chronisch kranken Kindern erkenntnisreich widmen (Eckert 2012; Bachmann 2012; Wiedebusch und Seelhorst 2014).

Vor dem Hintergrund des ungleichgewichteten Geschlechterverhältnisses innerhalb der Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist ebenfalls die Tatsache des häufigeren Auftretens von *Störungen des Sozialverhaltens* bei Angehörigen des männlichen Geschlechts relevant (Weltgesundheitsorganisation 2015).

Unter F93 subsumieren sich *emotionale Störungen des Kindesalters*, die sich mit *Trennungängsten* (F93.0), *Phobien* (F93.1), *sozialer Ängstlichkeit* (F93.2) oder auch spezifisch mit *Geschwisterrivalität* (F93.3) zeigen und spezifizieren lassen.

F94 umfasst weiterhin *Störungen sozialer Funktionen*, deren Spezifizierungen unterschiedliche Auffälligkeiten sozialer Funktionen wie *elektiven Mutismus* (F94.0), *reaktive Bindungsstörungen* (F94.1), *Bindungsstörungen mit Enthemmung* (F94.2) oder auch weiter gefasst, *sonstige* (F94.8) und *nicht näher bezeichnete* (F94.9) Störungen sozialer Funktionen kategorisieren. Unter F94.2 wird ein anklammerndes, diffuses und nicht selektives Bindungsverhalten beschrieben, das sich aufmerksamkeitsuchend tendenziell an Erwachsene im Umfeld richtet und eine adäquate Peerinteraktion häufig massiv erschwert.

„Das Syndrom wurde am deutlichsten bei Kindern identifiziert, die vom Kleinkindalter an in Institutionen aufgezogen wurden [...]. Es wird angenommen, dass es teilweise durch einen andauernden Mangel an Gelegenheit, selektive Bindungen zu entwickeln, bedingt ist, das heißt, Konsequenz eines extrem häufigen Wechsels der Bezugspersonen ist.“
(Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 383)

Der im Zitat erwähnte *extrem* häufige Wechsel von Bezugspersonen stellt eine Realitätsbedingung vieler Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung dar. Trotzdem nur eine kleine Anzahl von frühster Kindheit an stationär untergebracht ist, nimmt die institutionelle Anbindung dieser Kinder häufig sehr früh einen beträchtlichen Teil des Alltags ein; Behandlungs- und Therapiesituationen als auch pädagogische Prozesse haben selbstverpflichtend einen hohen Anspruch an intensive Beziehungsgestaltung. Häufige Wechsel von pädagogischen, therapeutischen und medizinischen Bezugspersonen sind systemimmanenter Nebeneffekt der frühen Anbindung an ein hochspezifiziertes Hilffsystem.

Die Kategorie F95 umfasst sämtliche Formen von Tic-Störungen, also dem kontinuierlichen Wiederkehren „unwillkürlicher, rascher, nicht-rhythmischer“ (ebd. S. 384) motorischer oder vokaler Tics, die passager oder chronisch auftreten können.

Die Kategorie F98 fasst *andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend* zusammen. Neben *Enuresis* (F98.0) und *nichtorganischer Enkopresis* (F98.1), Störungen die überwiegend in jüngeren Entwicklungsjahren, also im Bereich der SVE und der Primarstufe kumulieren, werden hier *Fütterstörungen* (F98.2), *Pica* (F98.3)⁴⁴, *stereotype Bewegungsstörungen* (F98.4), *Stottern* (F98.5), *Poltern* (F98.6) sowie *sonstige näher bezeichnete* (F98.8 – z. B. exzessives Daumenlutschen, Masturbation oder Nägelkaugen) als auch *nicht näher bezeichnete Störungen* (F98.9) beschrieben.

2.3.2.2.4 F90 – Hyperkinetische Störungen (ADHS)

Hyperkinetische Störungen kennzeichnen „situationsunabhängige und zeitstabile Verhaltenscharakteristika“ (Weltgesundheitsorganisation 2014) und der Beginn der Störung in der frühen Kindheit, wobei dieser in Komorbidität mit einer Intelligenzminderung häufig schwer festzustellen ist (Stawski 2008, S. 171 ff.). Kinder und Jugendliche, die klinische Bilder hyperkinetischer Störungen zeigen, sind in ihrer Verhaltensmodulation und Kontrolle stark eingeschränkt, sie neigen zu Achtlosigkeit und Impulsivität, was zu selbst- und fremdgefährdenden Unfällen führen kann, die weniger vorsätzlich als als Nebeneffekt der Störung zu verstehen sind. Charakteristisch sind des Weiteren "deutliche Unaufmerksamkeit und der Mangel an Ausdauer bei Aufgabenstellungen" (Dilling und Freyberger 2019, S. 308). Das Beziehungsverhalten zu Erwachsenen wird in der ICD als oft distanzlos und geprägt von einem "Mangel an normaler Vorsicht und Zurückhaltung" (Weltgesundheitsorganisation 2015) beschrieben. Kinder und Jugendliche mit hyperkinetischen Störungsbildern sind häufig aufgrund ihres Sozialverhaltens im Klassenverband wenig beliebt, was für Betroffene zu zusätzlichen psychosozialen Belastungssituationen und einer Spirale der Ablehnung und Misserfolgserfahrung im sozialen wie schulischen Bereich führen kann. Die Verhaltenscharakteristika überschneiden sich deutlich mit Symptomatologie anderer Störungen wie z. B. F91.1 (Weltgesundheitsorganisation 2014, S. 358–359). Stawski (2008) geht bei hyperkinetischen Störungen von einer Prävalenz von „3–5 % aller Kinder im Grundschulalter“ aus, von welchen drei Viertel männlich sind (Stawski 2008, S. 172). Dôsen (Hennicke und Seidel 2010, S. 372) zieht hierzu Volkmar (2003) Untersuchungsergebnisse heran, die eine Prävalenzspanne von 2–17 % nahelegen. Xenitidis (2013) legt eine zusammenfassende Betrachtung der Prävalenzstudien zu ADHS bei geistiger Behinderung vor und beziffert diese zwischen 4 und 42 %, abweichend durch die ausgewählte Population, die Forschungsmethode, den Schweregrad der Behinderung sowie den Kontext, in welchem die Studien durchgeführt wurden (Xenitidis et al. 2013, S. 228 f.).

Epidemiologischen Studien zufolge ist ADHS wahrscheinlich bei geistig behinderten rund dreimal so häufig wie bei nicht behinderten Kindern. [...] Die Störung wird bei Kindern dieser Gruppe oft nicht erkannt und daher nicht behandelt. (Stawski 2008, S. 174)

Die Diagnose einer hyperkinetischen Störung ist im Kontext einer Intelligenzminderung wesentlich an eine multiprofessionelle Abschätzung des Entwicklungsniveaus eines Kindes oder Jugendlichen gebunden. Defizite in Ausdauer und Aufmerksamkeit müssen also in Relation zum geschätzten Entwicklungs-

⁴⁴ „Der anhaltende Verzehr nicht essbarer Substanzen [...]. Sie kann als eines von vielen Symptomen einer umfassenden psychiatrischen Störung (wie Autismus) auftreten, oder [...] sich als relativ isolierte psychopathologische Auffälligkeit manifestieren.“ Weltgesundheitsorganisation 2015., S. 392

alter des Kindes oder Jugendlichen bewertet werden und dahingehend auffällig abweichend sein. Häufig liegen hyperkinetische Störungen in Kombination mit anderen Verhaltens- oder emotionalen Störungen vor und sind als Sekundärreaktionen auf außergewöhnliche familiäre und soziale Belastungen zu bewerten (Stawski 2008, S. 175).

„Bis vor einigen Jahren wurden von Kinderpsychiatern und Neuropädiatern hyperkinetische Störungen bei geistig behinderten Kindern nicht diagnostiziert. [...] In den letzten 15 Jahren haben Studien gezeigt, dass geistig behinderte Kinder [...] auf Behandlung mit Stimulanzien ansprechen [...]. Die Rate der positiven Reaktion auf Methylphenidat scheint allerdings niedriger als bei nichtbehinderten Kindern zu sein.“ (ebd.)

In der international steigenden Anzahl von Publikationen zu ADHS wurden Kinder mit Intelligenzminderung bisher nicht ausreichend wissenschaftlich berücksichtigt (Hennicke und Seidel 2010, S. 372). Trotzdem der Zusammenhang zwischen hyperkinetischen Störungen und Intelligenzminderung sowie eine überdurchschnittliche Prävalenz der Störung bei geistiger Behinderung seit den 1990er Jahren diskutiert werden (Xenitidis et al. 2013), existieren wenige Studien, die sich mit der unterschiedlichen Symptomausprägung von ADHS bei Kindern mit und ohne geistiger Behinderung befassen. Aman (Aman et al. 1996) beschreibt bei Kindern mit geistiger Behinderung das häufigere und massivere Auftreten von Stereotypien, Ängsten, depressiven Verhaltens- und Erlebensweisen sowie oppositionell-aufsässigem Verhalten und Störungen des Sozialverhaltens. Aufgrund einer bestehenden Abgrenzungsproblematik von Hyperaktivität im Sinne einer hyperkinetischen Störung und einer behinderungs- und konstitutionsbedingten „unspezifischen Hyperaktivität bei Kindern mit einer intellektuellen Behinderung“ (Hennicke und Seidel 2010, S. 373), gestaltet sich eine eindeutige und valide Diagnostik bei geistiger Behinderung schwierig. Dösen verweist des Weiteren auf die Möglichkeit, Hyperaktivität könne als „Folge dysfunktionaler Copingstrategien im Umgang mit Anforderungen und Belastungen“ (ebd.) entstehen und/oder ebenfalls ein Symptom anderer psychischer Störungen sowie genetischer Syndrome sein, was eine klare diagnostische Aussage zusätzlich erschwert. Unstrittig bleibt jedoch die überdurchschnittliche hohe Auftretenswahrscheinlichkeit hyperkinetischer Symptome bei geistiger Behinderung sowie eine erhöhte Vulnerabilität.

2.3.3 Pädagogische Annäherungen

Im Zuge der Diskussion und bildungspolitischen Bemühungen um die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung, entstand ein gewisser Definitions-, zumindest aber ein politischer Auseinandersetzungszwang zur Abgrenzung und Beschreibung des betroffenen Personenkreises. Der deutsche Bildungsrat veröffentlichte ab 1973 *Gutachten und Studien*, „die im Auftrag der Bildungskommission erstellt wurden und in den Beratungen [Anm. A.G.: hier zur Ausgestaltung des Sonderschulwesens] als Materialien dienen.“ (Bach und Muth 1974, S. 2). Die Veröffentlichung *Sonderpädagogik 3* befasst sich durch einen Beitrag Bachs mit dem Titel „Geistigbehinderte unter pädagogischem Aspekt“ mit der grundlegenden Beschreibung des Personenkreises. Bach (1977) legte später im Grundlagenwerk *Sonderpädagogik im Grundriß* eine pädagogische Definition vor, die inhaltlich auf seinen Beiträgen zur Beschreibung des Personenkreises von 1974 aufbaut und die in einer Vielzahl von Standardwerken des Fachgebiets der Pädagogik bei geistiger Behinderung bis heute zitiert wird (Biewer und Koenig 2019, S. 37):

Als geistig behindert gelten Personen, deren Lernverhalten wesentlich hinter der auf das Lebensalter bezogenen Erwartung zurückbleibt und durch ein dauerndes Vorherrschen des anschauend vollziehenden Aufnehmens, Verarbeitens und Speicherns von Lerninhalten und eine Konzentration des Lernfeldes auf direkte Bedürfnisbefriedigung gekennzeichnet ist, was sich in der Regel bei einem Intelligenzquotienten von unter 55/60 findet. Geistigbehinderte sind zugleich im sprachlichen, emotionalen und motorischen Bereich beeinträchtigt und bedürfen dauernd umfangreicher pädagogischer Maßnahmen. Auch extrem Behinderte gehören – ohne untere Grenze – zum Personenkreis (Bach 1977, S. 92)

Die Definition geistiger Behinderung Bachs weist deutliche schulpädagogische Prägungen auf und bezieht sich in der Nennung des IQ-Bereichs auf die medizinische wie psychologische Sichtweise des Phänomens. Definitorisch problematisch ist die Komplexität des Phänomens *geistige Behinderung*, die sich ja nicht nur auf einen Bereich sondern auf die Person als Ganzes bezieht und auswirkt (Höss 1979, S. 91; Speck 2018, S. 45). Normative Aspekte zeigen sich im Verweis auf die Notwendigkeit „dauernder umfangreicher pädagogischer Unterstützung“. Wenn sich die Formulierung „extrem Behinderte“ auch nicht mehr zeitgemäß liest, so birgt die pädagogische Definition Bachs einen hohen bildungspolitischen Anspruch auf ein *Schulrecht für Alle*, zu einer Zeit in der die Ausschulung schwer-mehrfachbehinderter Kinder noch in der fachlichen Diskussion nachhallte und „in einigen Ländern der BRD noch fast bis zur Gegenwart [Anm. A.G.: 1974] Geistigbehinderte als 'bildungsunfähig' erklärt und von der Schulpflicht ‚befreit‘ wurden.“ (Bach und Muth 1974, S. 85). Der Einbezug von Kindern und Jugendlichen mit „schwerster geistiger Behinderung“, der zum Zeitpunkt der Veröffentlichungen noch keine Selbstverständlichkeit darstellte, wird explizit in der normativen Verpflichtung formuliert keine „sogenannte ‚untere Grenze‘ der geistigen Behinderung“ (Bach und Muth 1974, S. 21) zu statuieren, um „die abermalige Bildung einer Restgruppe zu vermeiden, die als Sammlung 'bloßer Pflegefälle' nur zu leicht pädagogisch abgeschrieben wird.“ (ebd.). Der Begriff der *Bildungsfähigkeit* wird zu dieser Zeit fachlich entschieden abgelehnt, da seine Verwendung die Möglichkeit bestehender *Bildungsunfähigkeit* impliziert und anstelle dieser historischen Fehlannahme konsequent die grundsätzliche *Bildungsfähigkeit* jeder Person rücken sollte (Mühl 1969, S. 129 ff.). Pädagogische Definitionsversuche von geistiger Behinderung waren sich selbstreflexiv ihrer Unvollständigkeit und der immanenten Gefahr kategorialer Zuschreibungen bewusst. Notwendig wurden sie in erster Linie durch politische Aspekte, da die Artikulation von Bedürfnissen einer Gruppe in der Regel einer Bezeichnung und somit Definition dieser Gruppe und ihrer Zugehörigen bedarf (Bach und Muth 1974, S. 27).

In ähnlicher Weise legt Speck (2018) einen „heilpädagogischen Klassifizierungsversuch“ vor, der Bachs Definition um den ätiologischen Aspekt der *bio-organischen Schädigung* erweitert:

Unter „geistiger Behinderung“ lässt sich eine Erscheinungsform menschlicher Eigenart verstehen, bei der als Folge bio-organischer Schädigungen lebenslang ein erheblicher Rückstand der mentalen (geistigen oder intellektuellen) Entwicklung zu beobachten ist. Dieser wirkt sich verschiedenartig auf das Verhalten aus und manifestiert sich in einer erheblich beeinträchtigten Lernfähigkeit, so dass eine spezialisierte pädagogische Förderung notwendig wird. (Speck 2018, S. 51)

Beiden Definitionen gemein bleibt die wesentlich beeinträchtigte Lernfähigkeit, der Bedarf pädagogischer Förderung sowie der temporale Aspekt des *Andauerns* oder *lebenslangen Bestehens* im Sinne eines konstitutiven Vorhandenseins. Speck (2018) schließt durch die Formulierung der geistigen Behinderung als „Erscheinungsform menschlicher Eigenart“ anthropologische wie phänomenologische Zugänge mit ein. Behinderung ist, worin Konsens mit der medizinischen Perspektive besteht, auch im

anthropologischen Sinne keine Störung (Nußbeck 2008, S. 6), sondern eine konstitutive Besonderheit menschlichen Daseins. Auf die Zuordnung von IQ-Bereichen wird unter dem Hinweis auf erhebliche Rückstände der intellektuellen Entwicklung verzichtet. Die pädagogischen Definitionsversuche sind in ihrer schulischen Verankerung von lern- und entwicklungspsychologischen Bezügen nicht zu trennen. Hingegen früherer Beschreibungen personenbezogener Definitionskriterien konstatiert Schuppener (2021) weitgehenden fachlichen Konsens hinsichtlich der definitorischen Annäherung an das Phänomen *geistige Behinderung* als Beschreibung der „Situation eines Individuums“ (Schuppener et al. 2021, S. 29) und zieht die Definition Feusers aus dem Jahr 1976 als frühes Beispiel eines *sozialen Modells* von Behinderung heran:

[...] als geistig behindert gilt, wer aufgrund organisch-genetischer Defekte und der infolge davon auftretenden Störungen oder aufgrund andersweitiger Schädigungen, insbesondere durch Beeinträchtigung infolge sozioökonomischer Benachteiligung und sozialer Isolation, in seinen Aufnahme- und Verarbeitungskapazitäten, die sich besonders im Zusammenhang von Wahrnehmung, Denken und Handeln sowie in der Sensomotorik zeigen, derart beeinträchtigt ist, daß (sic!) er angesichts der vorliegenden Lernfähigkeit zur Befriedigung seines besonderen Erziehungs- und Bildungsbedarfs voraussichtlich lebenslanger spezielle pädagogischer und sozialer Hilfen bedarf. (Schuppener et al. 2021, S. 29)

Feusers definitorische Annäherung erweitert die bisher aufgeführten um die sozialen Aspekte der benachteiligenden sozioökonomischen Lage und der erhöhten Gefahr sozialer Isolation, und legt damit früh eine moderne bio-psycho-soziale Definition von geistiger Behinderung vor. Im selben Zeitgeist wurde zwischen 1972 und 1980 die ICIDH⁴⁵ erarbeitet und publiziert. Jedoch stand vor allem das „zugrundeliegende Krankheitsfolgemodell [...], demzufolge Behinderung linear aus Krankheiten [...] hervorgeht“ (Seidel 2005, S. 80) in vielfältiger fachlicher Kritik, da sowohl soziale Interdependenzen in ihrer Wirkung auf eine *Behinderung*, als auch die Rückwirkungen von Funktionseinschränkungen auf deren ätiologischen Ausgangspunkt unberücksichtigt blieben (ebd.).

Die kritische Diskussion der vergangenen Jahrzehnte veränderte den Verständniszugang zum komplexen Phänomen *Behinderung*, maßgeblich unterstützt durch die Implementierung der ICF⁴⁶, deren Klassifikationsansatz in der Fachwelt weitgehenden Konsens findet. Die Wechselwirkung zwischen Funktionseinschränkungen und differenzierten sozialen Variablen gilt aktuell unumstritten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2002, S. 222), wobei Jantzen (2002) das von der WHO sukzessive entwickelte *Ebenenmodell* dahingehend kritisiert, dass „die Wechselwirkungen der verschiedenen Ebenen völlig unklar“ (Jantzen 2002, S. 321) bleiben und „der Begriff der Behinderung an den sozialrechtlichen Zusammenhang eines 'regelwidrigen körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands' gebunden“ (ebd.) bleibt.

In jüngster Vergangenheit entwickelte sich in der Heil- und Sonderpädagogik aufgrund der definitorischen Probleme ein Trend zur sukzessiven Abkehr von konkreten Beschreibungsversuchen (Fischer und Markowetz 2016, S. 79 ff.; Schuppener et al. 2021, S. 30 ff.), da die definitorische Setzung „negativ

⁴⁵ International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps der WHO – sie kann als Vorgänger der aktuellen ICF verstanden werden und wurde 1980 erstveröffentlicht, ab 1993 revidiert und überarbeitet und 2001 vorerst noch als ICIDH-2 neu aufgelegt. Mit ihrer endgültigen Verabschiedung am 22.05.2001 wurde sie in ICF umbenannt (Seidel 2005, S. 80)

⁴⁶ International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) ist ein Diagnosemanual aus der Family of International Classifications (FIC), das die bestehende ICD um kontextuelle Querbezüge bei der Bewertung von Funktionseinschränkungen erweitert und sowohl individuelle subjektbezogene Faktoren wie auch Umgebungsvariablen in ihrer Bedeutung für das Ausmaß einer Behinderung systematisch berücksichtigt. WHO.

konnotierter Differenzmarkierungen“ (Schuppener et al. 2021, S. 30) per se eine stigmatisierende Zuschreibung darstellt. Jantzen (2002) attestiert der Behindertenpädagogik bereits zur Jahrtausendwende einen paradigmatischen „Übergang zu einer relationalen, konstruktivistischen Sichtweise, welche zunehmend auf die Einführung absoluter Größen (z. B. 'regelwidriger Zustand') verzichtet“ (S. 321 f.). Markowetz (2016) vermeidet beispielsweise sowohl die Kategorisierung von Schülern und Schülerinnen mit Behinderung als auch die Beschreibung von Förderbedarfslagen um die von Hinz (Hinz 2002, S. 357) zur Diskussion gestellte *Zweigruppentheorie* zu überwinden, welche sich auf die Unterscheidung der Gruppe von Schülern und Schülerinnen mit sonderpädagogischem von der ohne sonderpädagogischen Förderbedarf bezieht und die Gefahr einer offenen Separierung anhand formaler und nicht fachlich begründeter Kriterien anmahnt.

Um der Gefahr stigmatisierender Zuschreibungen und der „Einführung absoluter Größen“ (Jantzen 2002, S. 322) zu entgehen, schlägt Schuppener (2007) auf der Basis des bio-psycho-sozialen Ansatzes, mit dem „Triangulären Grundverständnis von Geistiger Behinderung“ anstelle einer *Neudefinition* ein Modell zur Beschreibung konstituierender Aspekte des Phänomens *geistige Behinderung* vor:

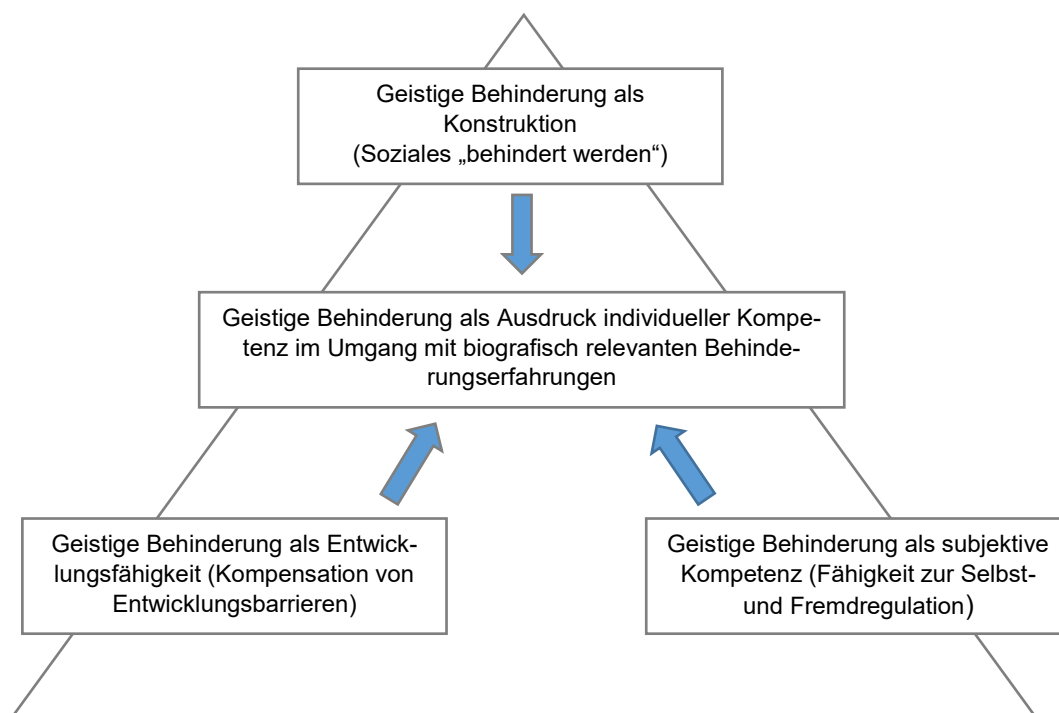


Abbildung 10. Trianguläres Grundverständnis von geistiger Behinderung (Schuppener 2007, S. 115) Die drei dargestellten Aspekte sind für Geistige Behinderungen konstitutiv.

Während die „soziale Determiniertheit externe Einflüsse“ in Form eines gesellschaftlichen „Behindert werdens“ (Schuppener 2007) darzustellen sucht, ist der Aspekt der Entwicklungsfähigkeit Ergebnis interner wie externen Faktoren. Der dritte Aspekt des subjektiven Kompetenzausdrucks bezieht sich ausschließlich auf interne Faktoren, die das Empfinden von Behinderung mitprägen. Das Modell der Triangulierung unterscheidet sich gegenüber den tradierten Definitionen, die explizit auf die Hilfsbedürftigkeit Betroffener in Form überdauernd notwendiger pädagogischer Hilfe verweisen, dahingehend, dass der Mensch mit geistiger Behinderung darin als grundlegend kompetenter „Akteur seiner Entwicklung“ (ebd.) verstanden wird, was die paradigmatische Abkehr von defizitorientierten Beschreibungen und Definitionen spiegelt.

Zusammenfassend beschreiben die herangezogenen pädagogischen Definitionsversuche metaperspektivisch zunehmend abstrakte Merkmale von geistiger Behinderung. Hingegen der schulpädagogisch geprägten Ansätze der 1970er Jahre ist eine deutliche Abkehr von Zuschreibungen erkennbar. Eine Entwicklung, die die Perspektive auf Behinderung als eine im Einzelfall zu prüfende Systembetrachtung und Analyse spezifischer und individueller Wechselwirkungen der relevanten Ebenen individualisiert und subjektiviert. Diese professionsethisch notwendige Abstraktionsebene lässt allerdings wenig plastische Vorstellung von Verhaltensäußerungen, Wesensarten und individuellen Situationen, wie beispielsweise das Behinderungserleben, zu – sie gibt eher eine Schablone zur Analyse individueller Konstitutionen und Einflussvektoren. Abzuleiten sind somit charakteristische Vektoren, die eine Behinderung bedingen respektive dazu führen, *behindert zu werden*. Unabhängig von IQ bezogenen Klassifizierungen liegt jeder geistigen Behinderung eine von der *erwarteten Norm* abweichende intellektuelle Funktion zu Grunde, die sowohl Lernen als auch soziale Anpassung und somit die gesamte Entwicklung einer Person mit beeinflusst. Je nach Schwere der Behinderung und ggf. weiterer vergesellschafteter physischer und psychischer Funktionseinschränkungen, besteht beim betroffenen Subjekt ein fortdauernder Unterstützungsbedarf zur autonomen Lebensführung und sozialen Partizipation, deren Gelingen von individuellen Kompetenzen und der sozialen Reaktion auf die zugeschriebene *Behinderung* abhängt. Die pädagogisch definitorischen Annäherungen geben somit eine Verstehensordnung des komplexen Phänomens *geistige Behinderung* vor, die eine Einordnung relevanter Forschungsgebiete zur empirischen Beschreibung anbieten. Eine Aussage über die Zusammensetzung oder Qualitäten der Gruppe von Schülerinnen und Schülern an FZgEs ist auf der definitorischen Abstraktionsebene nicht abzuleiten, auch wenn der Begriff *Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (FgE)* „eine pädagogische Aufgabenstellung und nicht eine spezifische Personengruppe“ (Biewer und Koenig 2019, S. 35) beschreibt, findet er „nur Anwendung in Bezug auf einen bestimmten Personenkreis“ (ebd.), was zusätzlich zu den sozialetisch und systemisch geprägten Definitionen die Notwendigkeit empirischer Befunde zur Beschreibung des Personenkreises verdeutlicht – möge ihnen auch aus der professionsethischen Warte einer zuschreibungs-freien definitorischen Annäherung die berechtigte Kritik entgegenhalten, sie betreibe defektologische Askription einer marginalisierten Gruppe. Die Darlegung und Entwicklung der definitorischen Zugänge und Personenkreisbeschreibungen verdeutlicht ein Dilemma der Heil- und Sonderpädagogik auf dem schmalen Grat zwischen Versachlichung systemischer und struktureller Problembeschreibungen bei hohem, notwendigem und berechtigtem menschenrechtlichen Anspruch.

2.3.4 Soziologische Annäherungen

Trotzdem erst in den ausgehenden 1960er Jahren „soziologische Denkansätze [...] in das Bewusstsein der Heilpädagogik“ (Markowetz 2008, S. 239) kamen, stellen sowohl die definitorische Indikation der Einschätzung des Anpassungsverhaltens von geistiger Behinderung als auch der Verweis auf den kulturellen Kontext einer Person, die sich sowohl in medizinischen als auch pädagogischen Klassifizierungsversuchen wiederfinden, den *sozialen* Aspekt geistiger Behinderung deutlich heraus. Der biopsychosoziale Ansatz greift die soziale Umgebung als gleichberechtigte Dimension im Erklärungs- und Klassifikationsversuch auf, während die gesamte Idee der Inklusion auf der Annahme einer solidarischen Sozialgemeinschaft baut, in welcher Stigmatisierungs- und Exklusionsprozesse als soziale Variable veränderbar sind, da sie aus Haltungen und Handlungen der Majorität gegenüber Minoritäten als

auch systemimmanenten Strukturen resultieren. Des Weiteren ist die Sozialabhängigkeit (Potenzialität) von Intelligenzentwicklung ein Vektor in der Ätiologie geistiger Behinderung. Im Falle schwerer sozialer Deprivation kann die Variable sogar „primäre soziale Kausalität für die Entstehung“ einer geistigen Behinderung sein (Speck 2018, S. 65).

Mögliche Korrelate zwischen soziostrukturellen Merkmalen und geistiger Behinderung wurden bereits in den 1970er Jahren Objekt wissenschaftlicher Forschung (Cloerkes et al. 2007, S. 90). Wenn auch forschungsmethodische Einschränkungen die Interpretationen der Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen eher vorsichtig ausfallen ließen, konnten damals bereits Tendenzen einer erhöhten Inzidenz von Lernbehinderung und leichter geistiger Behinderung in unteren sozialen Schichten gezeigt werden. Wocken (2000) bestätigte ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die Gruppe von Schülern und Schülerinnen mit Lernbehinderungen (Cloerkes et al. 2007, S. 95). Cloerkes (2007) konstatiert weiter, der „Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Bedingungen und Behinderung“ sei zwar im Bereich der Lernbehinderung „besonders eindrucksvoll“ belegt, gelte „aber prinzipiell und entgegen einer häufig geäußerten Ansicht für alle Formen von Behinderung“ (ebd., S. 95). Das vermehrte Auftreten von Lern- und leichten geistigen Behinderungen in Familien aus sozial prekären Verhältnissen, ergibt sich aus einem komplexen Bedingungsgefüge, in welchem einerseits sozialmedizinische Faktoren wie beispielsweise der Lebenswandel, der Zugang zu und die Hemmung der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen Gewicht erlangen und andererseits auch lerntheoretische Aspekte wie ein möglicher Mangel an intellektueller Anregung in Entwicklungsphasen, die für die kognitive Entwicklung elementar sind, wirken.

Thimm (1999) verweist am Beispiel der geistigen Behinderung auf den kumulativen Effekt, der dadurch entsteht, dass nicht nur die prä-, peri- und postnatalen Schädigungsausgangslagen, die zu einer geistigen Behinderung führen können, in unteren Sozialschichten überrepräsentiert sind, sondern sich aufgrund der soziokulturell, -ökonomisch und ökologisch benachteiligten Lage die Folgen aufgrund fehlender oder unzureichender Inanspruchnahmen von Hilfen usw. gravierender darstellen. (Beck 2002, S. 232)

Eine Erhebung aus dem Jahr 1979 an einer bayerischen Sonderschule ergab bei einer Grundgesamtheit von 133 Schüler*innen, bei 75 % die Zugehörigkeit zur *Unterschicht* (Speck 2018, S. 67). Hinsichtlich der Personenkreisbeschreibung vervollständigen empirische Ergebnisse zum Korrelat und der überzufälligen Kumulation erschwerter soziostruktureller Einflüsse wie beispielsweise mangelnde finanzielle Ressourcen, prekäre soziale Lage, Bildungsferne der Eltern, Erziehungsprobleme etc. die systemische Perspektive. Individuell konstitutive und subjektorientierte Faktoren können vertiefte Zusammenhänge und Rückbezüge generieren, stehen aber unbedingt im Kontext soziobiographischer Besonderheiten. Sie sind ebenfalls in der ICF als eigenständige Dimension berücksichtigt.

Neben dem sozialen Aspekt der Ätiologie geistiger Behinderung erlangen in der heilpädagogischen Subdisziplin der *Soziologie der Behinderten* (Cloerkes et al. 2007) zunehmend Fragen nach der sozialen Schädigung als Folge der Behinderung Bedeutung (Markowetz 2008, S. 240). Behinderungssoziologische Betrachtungen lassen sich übergeordnet kategorisch in 'mikroperspektivische' und 'makroperspektivische' unterscheiden. Während sich die Mikroperspektive auf sämtliche interpersonellen Kommunikations- und Interaktionsprozesse sowie die Kommunikation *über* Behinderung und Betroffene beschränkt, bezieht sich eine makroperspektivische Betrachtung des Phänomens auf die organisatorische

und sozio-strukturelle Ebene in ihrer Wirkung „auf und für als behindert klassifizierte Menschen“ (Wacker 2008, S. 116 f.). Die aufgeführte Unterscheidung verdeutlicht die umfassende Wirkung von Behinderung in komplexen individuellen sozialen Bezugsräumen und unterstützt die systematische Auseinandersetzung mit *behinderungsbedingten* und *behinderungsbedingenden* Wechselbeziehungen zwischen Individuum und Umwelt, die reflexiv aber unabdingbar die Grundlage zur organisationalen und fachlichen Ausgestaltung aller Ebenen des Hilfs- und Unterstützungssystems darstellen:

Im hochspezialisierten [...] deutschen Rehabilitationssystem [...], kommt der soziologischen Perspektive insofern eine integrierende Funktion zu, als sie Behinderung multiperspektivisch, relativ und relational begreift als biologischen Faktor, als psychische Wahrnehmungs- und Bewältigungsleistung, als soziales Ereignis mit folgenreicher Bedeutung und als Movens zur Ausbildung und -gestaltung spezifischer Organisationen und Institutionen zu ihrer Bewältigung. (Wacker 2008, S. 115)

Die vorangestellten Ausführungen verdeutlichen die umfassende soziologische Dimension von Behinderung und somit auch der Heil- und Sonderpädagogik. Neben dem Korrelat sozioökonomischer und bildungsbiographischer Faktoren kann die Ausbildung und Professionalisierung eines spezialisierten Sondersystems der Behindertenhilfe als ein originär soziologisches Phänomen verstanden werden, das Behinderung nicht nur bewältigend begegnet, sondern sie gleichzeitig auch mitbedingt. Cloerkes (2007) soziologischer Definitionsansatz bereichert die bisher aufgeführten Annäherungen um interaktionistische Aspekte der sozialen Reaktion auf eine vorliegende Behinderung:

Behinderung [...] als eine dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein ausgeprägt negativer Wert zugeschrieben wird. Ein Mensch ist 'behindert' wenn erstens eine solche Abweichung von wie auch immer definierten gesellschaftlichen Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb negativ auf ihn reagiert wird. Es kommt also auf die 'soziale Reaktion' an, sie 'schafft' Behinderung und Behinderte. (Cloerkes et al. 2007, S. 103)

In späteren Veröffentlichungen verweist Cloerkes (2014) weiterführend auf die kulturelle Dimension von Behinderung, beruhend auf der Annahme, dass „negativ bewertete Abweichung von gesellschaftlichen Standards oder Werten“ (Kastl und Felkendorff 2014, S. 123) nicht transkulturell vergleichbar sind und „in unserem Kulturkreis [...] Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Tüchtigkeit, Schönheit, Mobilität, Intelligenz usw.“ (ebd.) allgemein anerkannte Werte darstellen. Ein originär soziologischer Aspekt, der sich ebenfalls in den medizinischen Klassifikationssystemen wiederfindet, die die Anpassungsleistung von Menschen mit geistiger Behinderung in den Kontext der kulturellen Zugehörigkeit und Erwartung setzen. Neben den Zusammenhängen sozioökonomischer Faktoren und der Ätiologie leichter geistiger Behinderung verweist bereits Feuser (1976) in seiner Definition von geistiger Behinderung (siehe 2.1.4.3) auf den Aspekt der „Beeinträchtigung infolge sozioökonomischer Benachteiligung und sozialer Isolation“ (S. 708) und hebt Behinderung als ein klares Gefährdungsmerkmal für soziale Ungleichheit hervor. Ein Thema, das rechtlich erst im Jahr 2002 durch die Verabschiedung des Gleichstellungsgesetzes entsprechende Beachtung fand, das „die Rechte behinderter Menschen erstmals umfassend gesetzlich“ (Maschke 2003, S. 165) festlegt. Das soziologische Interesse am Thema Behinderung und ihrer sozialen wie sozioökonomischen Aspekte wuchs seit den 1980er Jahren stetig. Maschke (2003) hebt hier vor allem die „Studien zur bundesweiten Situation von behinderten Frauen (Eiermann/Häussler/Helfferich 2000; Niehaus 1994; 1996) sowie die [...] Studie zur Lebenssituation von Familien mit behinderten Kin-

dem in den neuen Bundesländern (Häussler/Bormann 1997)“ (ebd. S.166) hervor. Vor allem die Situation der Familien spielt im schulischen Kontext der FZgEs eine bedeutsame Rolle, da die enge und vertrauensvolle Kooperation mit Erziehungsberechtigten einen Grundpfeiler heil- und sonderpädagogischer Arbeit darstellt und empirische Befunde über die Situation und Charakteristika dieser Gruppe den fachlichen Diskurs und die strukturelle wie inhaltliche Ausgestaltung der Hilfen mitprägen. Aufgrund der hohen „Binnenheterogenität innerhalb der Gruppe behinderter Menschen“ (ebd.) besteht die Notwendigkeit enger Forschungsfragen und detaillierter Definition der zu untersuchenden Gruppe.

Ein weiteres zeitgenössisches Feld soziologischer Forschung im Bereich der Behindertenhilfe und der Heil- und Sonderpädagogik bildet das übergeordnete Thema Migration und Behinderung. Wagner und Powell (2003) pointieren bereits um die Jahrtausendwende die „Ethnizität als ursächlich für Benachteiligungen im Bildungserwerb“ (Wagner und Powell 2003, S. 185). Ethnizität sei eine sozial konstruierte Zuschreibung und in soziologischem Sinne der Konstruktion von Behinderungen als „negativ bewertete Abweichungen von körperlichen, funktionalen oder Verhaltensnormen und Erwartungen“ (ebd.) wesensgleich. Die sozialkonstruktivistischen Strömungen der *Disability Studies* der 1990er Jahre befassten sich intensiv mit den „askriptiven Merkmalen Rasse/Ethnizität, Geschlecht, sexuelle Orientierung und Behinderung“ (ebd.):

Diese meist von Vorurteilen und negativen Stereotypen behafteten, stigmatisierten Kategorien von Personen zeigen ähnliche Wirkungsweisen: Die Personen in jeder Kategorie werden (1) benannt und etikettiert, (2) aggregiert und disaggregiert, (3) dichotomisiert und stigmatisiert und letztlich (4) werden ihnen in der Kultur hochbewertete Merkmale vorenthalten. (Wagner und Powell 2003, S. 186)

Die Untersuchung zur „Überrepräsentanz von Migrantenjugendlichen an Sonderschulen“ (2003) stellt heraus, dass „ethnisch-kulturelle Differenzen in 'Behinderungen' bzw. 'sonderpädagogischen Förderbedarf' umdefiniert werden“ (Wagner und Powell 2003, S. 186) und somit schulische Systemstrukturen soziale Ungleichheiten generieren. „Auch jüngere Publikationen bestätigen die fortbestehende Überrepräsentanz“ (Brodesser 2015, S. 93) von Kindern und Jugendlichen mit Zuwanderungsbiographien an Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen, die zumeist im Kontext von Bildungsbenachteiligungen und der These institutioneller Diskriminierung von zugewanderten Kindern und Jugendlichen untersucht wird. Das Merkmal *Ethnizität* wird im Zusammenhang einer häufiger niedrigen sozioökonomischen Lage von Zuwanderungsfamilien und somit von Kumulationseffekten askriptiver Merkmale bei der Diagnose von sonderpädagogischem Förderbedarf diskutiert (ebd. S.83 ff).

Wie bereits unter 2.2.3 und 2.2.4.2 anhand demographischer und schulstatistischer Daten dargelegt, ist die vergangene Dekade von gravierenden Diversifizierungsprozessen und zunehmender Internationalisierung geprägt, die sich verschiedenartig auf alle Bereiche des öffentlichen Lebens auswirken. Der askriptive und stigmatisierende Gehalt von Kategorien wie *behindert* oder *ausländisch* unterliegt zwar zeitgenössischen Veränderungen, ist jedoch nicht automatisch durch das Vorhandensein von mehr Diversität aufgelöst. Das Thema Migration und Behinderung stellt vor allem auf der Handlungsebene in den Institutionen und in den angeschlossenen Hilfsnetzwerken (EUTB etc.) Mitarbeiter vor neue Herausforderungen, auf die bisher nur in wenigen Forschungsarbeiten eingegangen wird. Gerade im Kontext der FZgEs ist der Aspekt sich stetig steigernder Heterogenitätsdimensionen durch eine Vielzahl an Ethnizitäten innerhalb der Schülerschaft nicht ausreichend empirisch beleuchtet. Eine vertiefte quanti-

tative Analyse der Situation im regionalen Bezugsrahmen Ostbayerns kann der Nachzeichnung der Entwicklungen in der vergangenen Dekade Beitrag leisten und eine belastbare Grundlage für die dringend notwendige qualitative Erforschung der möglicherweise veränderten pädagogischen Ausgangslagen anbieten.

2.4 Aktueller Stand der empirischen Forschung zur Schülerschaft FZgEs in Bayern

Während sich die vorausgehend angeführten Beschreibungen des Personenkreises *Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung* um fachspezifische, übergeordnete, allgemeingültige, zeitgenössische und professionsethisch vertretbare Definitionen bemühen, bedarf es im Rahmen der hier formulierten Forschungsabsicht konkreterer Beschreibungen des Personenkreises um Aussagen zur Praxis zu treffen und gegebenenfalls Transformationsprozesse zu beschreiben. Nachvollziehbarer Weise wurden und werden in der Inklusionsdebatte (und auch schon wesentlich früher) professionelle Standpunkte vertreten, die jede Form der Kategorisierung von Behinderungsformen aufgrund der Gefahr askriptiver Stigmatisierung entschieden ablehnen, jedoch sind sowohl für die Analyse als auch für die Anpassung der aktuellen pädagogischen Praxis an veränderte Bedarfe und zur Versachlichung der Diskussion über subjektiv empfundene Veränderungsprozesse Beschreibungen konkreter Merkmale unabdingbar. Diese verfolgen im wissenschaftlichen Kontext keine askriptive, sondern sachlich deskriptive Absichten. Fischer (2016) konstatiert wiederkehrende Veränderungen und „überraschende Entwicklungen“ (S. 79) an FZgEs bezüglich qualitativer Aspekte der Schülerschaft. Exemplarisch führt er „Verschiebungen eines Teils der Schülerschaft zwischen den Sonderschulformen“ vor allem bei Schülern und Schülerinnen im Grenzbereich der geistigen Behinderung zur Lernbehinderung oder „die Zunahme oder Abnahme von bestimmten Behinderungsformen und -graden“ an (Fischer 2016, S. 79).

2.4.1 SFGE I

Mit SFGE I⁴⁷ legen Dworschak et al. (2012) die erste empirische Studie vor, die sich explizit der empirisch-quantitativen Beschreibung der Schülerschaft im Förderschwerpunkt gE in Bayern widmet und einen „ersten Schritt zur Beantwortung“ (S. 165) der Frage macht, ob und wenn ja welchen Veränderungen die Schülerschaft im FSgE unterliegt. Vorausgehend befassten sich eine Studie von Wehr-Herbst (1997) mit der „Prävalenz schwermehrfachbehinderter Schüler an der Schule für Körperbehinderte“ in Deutschland (Ratz und Dworschak 2012, S. 12), die vor allem aufgrund des an den Schulen teilweise hohen Anteils von Schülern und Schülerinnen aus dem Förderschwerpunkt gE im Kontext erwähnenswert ist und eine bundesweite epidemiologische Analyse von Holtz/Nassal (1999) zur „Zusammensetzung der Schülerschaft an Schulen für Geistigbehinderte“ (Ratz und Dworschak 2012, S. 12). Ratz und Dworschak (2012) geben ihrer Untersuchung durch die bereits im Bildungsbericht der Bundesregierung (2010) beschriebene Tatsache einer nahezu verdoppelten 'Förderquote' im Förderschwerpunkt gE zwischen 1992 und 2008 zusätzlich Gewicht. Die beschriebene Zuwachstendenz wird unter anderem auch durch Scheer und Melzer (2020) bis in die Gegenwart bestätigt (siehe 2.2.2). Der Anstieg der Förderquote unabhängig von der besuchten Schulart unterstreicht auch aktuell die Notwendigkeit detaillierter und empirischer Beschreibungsversuche der Schülerschaft im Förderschwerpunkt

⁴⁷ Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE)

gE. Die Datenerhebung in SFGE I erfolgte über Einschätzungen von Lehrkräften zu verschiedenen Qualitätsaspekten ihrer Schüler und Schülerinnen in Form von hauptsächlich geschlossenen Fragestellungen, gegliedert in die Kategorien sozio- und bildungsbiographische Aspekte, medizinische Diagnosen die ursächlich für die geistige Behinderung sind, Einschätzungen der Schwere der Behinderung und des Verhaltens sowie Aussagen zu kommunikativen, verbalen, schriftsprachlichen und mathematischen Fähigkeiten.

Die soziostrukturellen Einschätzungen zu 1629 Schülern und Schülerinnen im Förderschwerpunkt gE ergeben eine Überrepräsentanz von Schülern gegenüber Schülerinnen im Verhältnis 62.3 % zu 37.7 %. Schüler und Schülerinnen im Alter zwischen 7 und 18 Jahren sind relativ gleichmäßig an den Schulen vertreten, geringer hingegen 6-jährige (1.3 %) als auch 19- bis 21-jährige (4.8–0.8 %). Der Anteil von Schülern und Schülerinnen ausländischer Staatsbürgerschaft wird kongruent zu den schulamtlichen Statistiken in SFGE auf 10.2 % beziffert von welchen der Großteil aus dem europäischen Ausland stammt, während der Anteil von Schülern mit Migrationshintergrund⁴⁸ deutlich höher bei 18.3 % anzusiedeln ist, was in etwa dem Anteil von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund in allen Förderschulen aller Förderschwerpunkte entspricht. Einschätzungen der Lehrkräfte zum familiären Wohlstand der Herkunftsfamilien der Kinder und Jugendlichen ergeben bei einer Grundgesamtheit von 864 Schülern und Schülerinnen einen Anteil von 40.4 % der Familien einen niedrigen und bei 41.7 % (rund fünfmal mehr als im Bereich der Regelschule!) einen mittleren Wohlstand. Innerhalb der Gruppe der Einelternfamilien zeigt sich das Risiko niedrigen Wohlstands mit dem Ergebnis von 62.9 % (N = 219 von 864) deutlich drastischer. Ebenfalls zeigt die Studie ein signifikant erhöhtes Auftreten niedrigen sozioökonomischen Wohlstands der Herkunftsfamilie innerhalb der Gruppe der Kinder und Jugendlichen, die als *nicht* (51.9 %) oder *leicht geistig* (50.7 %) *behindert eingestuft* wurden. Noch deutlicher stellt sich das Verhältnis bei Familien mit Migrationshintergrund dar, von welchen 65 % nach der Einschätzung der Lehrkräfte einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, woraus die Autoren ein klares Forschungsdesiderat zur sozialen Ungleichheit im Bereich der Schülerschaft im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung ableiten (Dworschak und Ratz 2012, S. 27 ff.).

Die Untersuchungen zu den Bildungsbiographien ergaben eine hohe Akzeptanz vorschulischer, institutionalisierter Betreuungsangebote. Knapp 77 % der untersuchten Stichprobe besuchten schulvorbereitende Einrichtungen (SVE), während 21.1 % integrative bzw. (Regel-)Kindergärten besuchten (Dworschak und Selmayr 2021, S. 71). Des Weiteren wurden nur 2.3 % der Kinder und Jugendlichen der Stichprobe im Vorschulalter zu Hause betreut. Ebenfalls verweisen die Ergebnisse auf eine hohe Akzeptanz und Inanspruchnahme der Heilpädagogischen Tagesstätten an den FZgEs von über 80 % und eine weitgehende Kontinuität hinsichtlich der Beschulung im FSgE.

Bezüglich der medizinischen Diagnosen kommen Kannewischer und Wagner (2012) zu dem Ergebnis, dass bei der untersuchten Stichprobe bei 62.1 % der Kinder eine medizinische Diagnose vorliegt. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Down-Syndrom beläuft sich auf 11.7 % und derjenigen mit der Diagnose Autismus auf 5 %, bezogen auf die Grundgesamtheit. Die Prävalenzraten sind jedoch nur schwer mit großangelegten Prävalenzstudien zu vergleichen, da sie in einer Stichprobe mit der spezifischen Vorbedingung Förderschwerpunkt gE erhoben wurden, während andere Prävalenzstudien sich

⁴⁸ SFGE bezieht sich auf die Definition eines Migrationshintergrunds nach dem Vorbild der amtlichen Statistik „hinsichtlich der Aspekte Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer und Muttersprache“ Dworschak und Ratz 2012, S. 34.

auf Geburtenjahrgänge beziehen. Psychiatrische Komorbiditäten auf der Grundlage valider medizinischer Diagnosen wurden nicht explizit ausgewertet (Kannewischer und Wagner, S. 77 ff.). Eine weitere Befragung hinsichtlich der Einschätzungen des Schweregrads der geistigen Behinderung der Schülerinnen durch die Lehrkräfte ergab ca. eine Drittelung der Anteile *leichte* (33.2 %), *mittelgradige* (36.3 %) sowie *schwere* (16.3 %) und *schwerste* (13.2 %) geistige Behinderung mit zusammen 29.5 %. Ebenfalls korrelieren die Schwere der Behinderung und die Höhe des Pflegegrades (Wagner und Kannewischer 2012, S. 87 ff.). Die Ausführungen zu Kommunikation und Sprache, den schriftsprachlichen und mathematischen Fähigkeiten werden aufgrund des Themenfokus der vorliegenden Arbeit in den Ausführungen respektvoll vernachlässigt.

Vor dem Hintergrund subjektiv empfundener Veränderungen der Schülerschaft im FSgE hinsichtlich auffälligen Verhaltens oder Verhaltensstörungen, geht Dworschak (2012) der Auftretens Häufigkeit und Ausprägung von Verhaltensstörungen durch die Einschätzung von Lehrkräften mithilfe des *Verhaltensfragebogens bei Entwicklungsstörungen (VFE)* nach. Die Auswertung der Fragebögen ergibt bei 52.1 % der Schüler und Schülerinnen deutliche Verhaltensauffälligkeiten, während die relationale Auswertung der Subskalenergebnisse Hinweise auf eine relativ ähnliche Ausprägung von Phänomenen wie „Angst, Depression, Autismus und dissozialem Verhalten“ (Dworschak 2012, S. 157) beim verhaltensauffälligen Teil der Schülerschaft gibt, sind beim Phänomen Psychosen geringere Ausprägungen, bei Hyperaktivität deutlich höhere zu beobachten. Eine geschlechtsspezifische Betrachtung der Ausprägung von Verhaltensstörungen ergibt bei 44 % der Schülerinnen und bei 58 % der Schüler ausgeprägte Probleme des Verhaltens. Zudem zeigen sich bei Schülern deutlich häufiger externalisierende Symptome als bei Schülerinnen, während die internalisierenden Symptome auf beide Geschlechter nahezu gleich verteilt sind. Mit der Schwere der Behinderung nimmt in der Untersuchung ebenfalls die Häufigkeit von Verhaltensstörungen zu (Dworschak 2012, S. 150 ff.).

2.4.2 SFGE II

SFGE II ermöglicht als Nachfolgestudie mit ähnlichem, wenn auch leicht modifiziertem Forschungsdesign eine Entwicklungsbeschreibung der bereits in SFGE I untersuchten Qualitäten der Schülerschaft an FZgEs in Bayern, indem die Ergebnisse beider Studien verglichen werden. Modifiziert wurde die methodische Herangehensweise zur Erhebung mathematischer und kommunikativer Kompetenzen auf der Grundlage weiterentwickelter theoretischer Kenntnisse sowie der Einbezug der Eltern in die Befragung zum sozioökonomischen Hintergrund der Schülerinnen und Schüler.

Die Untersuchung des Geschlechterverhältnisses an bayerischen FZgEs im Schuljahr 2018/19 stimmen mit den Ergebnissen der Erstuntersuchung SFGE „ziemlich exakt überein“ (Selmayr und Dworschak 2021, S. 35), was im Kontext der Ergebnisse aus SFGE auf eine stabile Überrepräsentanz von Jungen gegenüber Mädchen hindeutet.

Der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen liegt 2018/19 bei der untersuchten Stichprobe (N = 970) bei 13.6 %, was „im Einklang mit dem aktuellen Ausländer:innenanteil [...] in Bayern (13.2 %)“ (ebd., S. 49) steht, im Vergleich zum Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an anderen Schulformen dennoch eine Überrepräsentanz bedeutet. Hinsichtlich des soziostrukturellen Merkmals *Migrationshintergrund* stellt die Erhebung auch einen leichten Zuwachs an Schülern und Schülerinnen fest, so stieg dieser Anteil leicht auf 21.6 % gegenüber den Ergebnissen aus SFGE I von 18.3 % um 3.3 %P.

Selmayr und Dworschak (2021, S. 50) konstatieren „keine starken Veränderungen“ und bewerten die generierten Daten als „nicht geeignet, eine Veränderung der Schülerschaft hinsichtlich soziobiographischer Merkmale im Kontext Zuwanderungsgeschichte zu dokumentieren“ (ebd.). Im Kontext scheint die Feststellung, die Geburtsländer von ca. einem Viertel aller Kinder und Jugendlichen ausländischer Nationalität (26.5 %) gäben „Hinweis darauf, dass sie als Schutzsuchende nach Deutschland fluchtmigriert sind“ (ebd., S. 49).

Ebenfalls stellen sich die Ergebnisse zum sozioökonomischen Status der Familien in SFGE II „sehr ähnlich [zu den Ergebnissen aus SFGE I] dar“ (ebd., S. 51), auch wenn sie sich aufgrund methodischer Unterschiede nicht zum direkten Vergleich eignen. Herausgestellt wird jedoch ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen *Einelternfamilie*, *Zweielternfamilie*, *Familien mit und ohne Migrationshintergrund* der verglichen mit den Ergebnissen aus SFGE I als „stabil“ bewertet wird (ebd., S. 51 f.). Nach wie vor ist innerhalb der Schülerschaft eine Disparität hinsichtlich des sozioökonomischen Status nachweisbar, der vor allem die Gruppe der Einelternfamilie als auch die der Familien mit Migrationshintergrund als benachteiligungsgefährdet darstellt. Ergebnisse, die wichtige Hinweise auf eine bestehende Gefahr „doppelter Benachteiligung“ (ebd., S. 51) betroffener Kinder und Jugendlicher geben und zu dem klaren Wunsch nach „weiteren Untersuchungen zu sozialer Ungleichheit“ (ebd.) innerhalb der Schülerschaft an FZgEs in Bayern führt.

Hinsichtlich der Bildungsbiographien ist die erfreuliche Entwicklung einer erhöhten Anzahl der Kinder zu bemerken, die 2019 im Vorschulalter einen integrativen bzw. (Regel-)Kindergarten besuchten. Zwar war die SVE „mit fast 60 % immer noch das am häufigsten in Anspruch genommene Angebot“ (Dworschak und Selmayr 2021, S. 71), jedoch wurden zum Zeitpunkt der SFGE II Studie bereits von ca. 40 % der Kinder ein integrativer bzw. (Regel-)Kindergarten besucht (ebd.), was von den Autor*innen als „Erfolg im Hinblick auf die Bereitstellung und die Inanspruchnahme allgemeiner und inklusiver Angebote“ (ebd.) bewertet wird. Die Inanspruchnahme der Heilpädagogischen Tagesstätten (HPTs) an den FZgEs erweist sich mit nach wie vor 80 % im dekadischen Vergleich als konstant (ebd., S. 73). Im Kontext der HPTs stellen Dworschak und Selmayr (2021, S. 73) einen erheblichen Forschungsbedarf fest, da es zum Bildungsauftrag der HPTs „kaum aktuelle Beiträge“ (ebd.) gebe.

Lediglich bei 10 % der untersuchten Stichprobe von Schülerinnen und Schülern gaben die befragten Lehrkräfte an, es seien keine medizinischen Diagnosen bekannt, was im Vergleich zu den Ergebnissen aus SFGE I (37.9 % – Rechnerischer Rückschluss aus der Angabe, bei 62.1 % der Schüler und Schülerinnen läge eine medizinische Diagnose vor – siehe 2.4.1) eine deutliche Abnahme der Kinder und Jugendlichen *ohne* medizinische Diagnose darstellt. Der Anteil der Schüler und Schülerinnen mit Down-Syndrom erlebte einen leichten Anstieg von 11.7 % (SFGE I) auf 12.9 % (SFGE II). Erheblich verändert stellen sich die Angaben zu Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose Autismusspektrumstörung (ASS) dar, die sich von 5 % (SFGE I) auf 17.7 % (SFGE II), bezogen auf die Grundgesamtheit, entwickelten. Diese Ergebnisse lassen sich laut Wagner (2021a, S. 86) aufgrund unterschiedlich konstruierter „Items zum Themenbereich Diagnosen [...] nur sehr bedingt vergleichen“ (ebd.). Als schlussfolgernden Erklärungsansatz für die erhebliche Zunahme der ASS Diagnosen wird auf den Hinweis von Noterdaeme (2011) verwiesen, die „Zunahme der Prävalenzrate [...] [sei] durch veränderte Definitionen in den Klassifikationen und durch eine frühere und bessere Diagnostik zu erklären, nicht durch eine tatsächliche Zunahme der der Erkrankungen“ (Noterdaeme, 2011, S. 11)“ (Wagner 2021a, S. 86). Psychiatrische

Komorbiditäten auf der Grundlage valider medizinischer Diagnosen wurden auch in SFGE II nicht explizit ausgewertet (Kannevischer und Wagner, S. 77 ff.). Die Einschätzungen zum Schweregrad der geistigen Behinderung durch die Lehrkräfte wird differenziert im Kontext der Angaben zur, der Intelligenzminderung zu Grunde liegenden, medizinischen Diagnose dargestellt. Bemerkenswert scheint hier die Erkenntnis, dass der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit *leichter Intelligenzminderung* in allen ausgewerteten Diagnosegruppen (unklare Genese und leichte Intelligenzminderung (IIM) 65.6 %, Autismusspektrumstörung (+IIM) 49.4 %, Down-Syndrom (+IIM) 55.7 %) der deutlich höchste ist (Wagner 2021a, S. 84 f.). Betrachtet man die Verteilung der vier Kategorien von Intelligenzminderung (keine IM, leichte IM, mittelgradige IM, schwere und schwerste IM), so stellt sich verglichen mit den Ergebnissen aus SFGE I eine deutliche Verschiebung hin zu der Kategorie *leichte Intelligenzminderung* heraus. Die vormals bestehende annähernde *Drittelung* (auf die Kategorien leicht 33.2 % / mittelgradig 36.3 % / schwere und schwerste 29.5 %) in SFGE I verschiebt sich durch eine enorme Zunahme der Schüler und Schülerinnen im Bereich der leichten Intelligenzminderung, deren Anteil in SFGE II bei 59.0 % liegt, was eine deutliche Abnahme innerhalb der Kategorien mittelgradige IM 23.0 % und schwere und schwerste IM 12.6 % bewirkt. Ebenfalls verfünffachte sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen in der Kategorie *keine* Intelligenzminderung von 1.0 % auf 5.4 % (Wagner 2021b, S. 166). Wagner (2021b) legt auf der Grundlage der Ergebnisse eine „tatsächliche Veränderung in der Schülerschaft“ (ebd., S. 167) nahe, für die auf der Datengrundlage allerdings keine direkten Ursachen ableitbar sind.

2.5 Konkretisierung der Fragestellung

Die Konkretisierung der übergeordneten Fragestellungen (siehe 1.2) schärft Forschungsfokus durch inhaltlich anschließende Detailfragen, die die Studie zu beantworten sucht. Den vorangestellten Fragestellungen (kursiv) folgen somit auf der Grundlage der theoretischen Erkenntnisse differenzierte Frageformulierungen (Aufzählung):

Wie verändern sich verschiedene Parameter (Schülerzahlen, soziostrukturelle und diagnostische Aspekte der Schülerschaft) der FZgEs seit der Ratifizierung der UN-BRK (2009) und der Reform des BayEUG (2011)?

- Steht eine ggf. veränderte Schülerzahlentwicklung im Untersuchungszeitraum in Zusammenhang mit Möglichkeiten inklusiver Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf im Bereich gE an Regelschulen?
- Zeigen die Schülerzahlentwicklungen der untersuchten FZgEs analoge Tendenzen zur zunehmenden Schülerzahl an FZgEs, wie sie statistisch belegt sind? Wenn ja, können mögliche (regionale) Zusammenhänge eruiert werden?
- Generiert der Indikator *Nationalität* auch an den untersuchten FZgEs Hinweise auf eine Überrepräsentanz ausländischer Schülerinnen und Schüler, wie sie bisher vorwiegend im FS Lernen diskutiert wurde?

- Liegen Hinweise auf Kumulation bestimmter Nationalitäten vor?
- Lassen etwaige veränderte Parameter (Intelligenzniveau, Nationalität, Anzahl und Häufigkeit bestimmter psychiatrischer Diagnosen etc.) Rückschlüsse auf eine Veränderung der pädagogischen Ausgangslagen sowie eine erhöhte Anforderung an die Praxis zu?
- Können diagnostische Indikatoren als Hinweise auf eine qualitative Veränderung der Schülerklientel hinsichtlich psychiatrisch relevanter Symptomatik herangezogen werden?
- Haben Schüler und Schülerinnen an FZgEs adäquat und ausreichend Zugang zu kinder- und jugendpsychiatrischen Unterstützungsleistungen?
- Bilden kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen eine handlungsleitende Orientierung für pädagogische Intervention?
- Existieren funktionale Kooperationssysteme zwischen den Schulen und dem System der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung?
- Wirken Vektoren schulischer Diskriminierung aufgrund des Attributs *ausländisch*, wie sie im Bereich Lernen formuliert wurden, auch im FS gE?

Sind konkrete strukturelle, personelle, methodische Konsequenzen für eine interdisziplinäre Organisationsentwicklung abzuleiten und operationalisierbar?

- Bestehen durch veränderte Herausforderungen personelle Mehrbedarfe oder systemische Anpassungsanforderungen?
- Sind pädagogische Antworten auf zeitgenössische Entwicklungen theoretisch begründet und konzeptualisiert?
- Bestehen konkrete systemische Lösungsansätze zur Bewältigung zeitgenössischer Herausforderungen?

3. Methode – quantitative Studie

Der erste empirisch-quantitative Forschungsteil der vorliegenden Arbeit verfolgt das Ziel einer aussagekräftigen indikatorenbasierten Darstellung der Schülerschaft der untersuchten FZgEs in Form einer retrospektiven Trendstudie. Die zu Grunde liegenden Datensätze wurden im Jahr 2020 vom Autor der vorliegenden Dissertation erhoben. Die folgende Methodenbeschreibung greift eingangs die technischen und forschungsmethodischen Aspekte der Arbeit auf und erläutert im zweiten Schritt die ausgewählten Indikatoren, die im Kontext der theoretischen Ausführungen begründet und hinsichtlich ihrer grundlegenden Aussagekraft kritisch beleuchtet werden. Im Zeitraum zwischen Mai 2020 und November 2020 wurden Datensätze zu jeweils drei Erhebungszeitpunkten an sechs Förderzentren in den Bezirken Oberpfalz und Niederbayern erhoben.

3.1 Studiendesign der quantitativen Untersuchung

Bei der vorliegenden quantitativen Studie handelt es sich um eine Indikatoren gestützte Untersuchung der Schülerschaft an FZgEs in retrospektivem Trenddesign. Döbert und Klieme (2010) beschreiben drei zentrale Ansätze der indikatoren gestützten Forschung. Während der „system modelling“-Ansatz Leistungen des Gesamtsystems zu beschreiben versucht, dienen der „problem finding“ und „target setting“-Ansatz dem frühzeitigen Gewährwerden elementarer Veränderungen und der daraus folgenden operativen Formulierung organisations- und bildungspolitischer Zielsetzungen. Die hier beschriebene quantitative Untersuchung folgt einem hybriden Selbstverständnis zwischen „problem finding“- und „target setting“-Ansatz (ebd.). Studien im Trenddesign erheben „(a) die Werte der gleichen Variablen (b) zu mehreren Zeitpunkten mit (c) jeweils unterschiedlichen Stichproben“ (Diekmann 2007, S. 305). So wurden im Kontext der vorliegenden Arbeit (a) sozialstatistische und diagnostische Indikatoren an FZgEs (b) zu den Schuljahren 2009/10, 2014/15 und 2019/20 (c) zur jeweiligen Gesamtschülerschaft der untersuchten Schuljahre erhoben.

Als retrospektive Trendstudie angelegt, dient die quantitative Untersuchung der Tendenzanalyse und Theoriebildung hinsichtlich transformierender pädagogischer Ausgangslagen an FZgEs im Verlauf einer Dekade. Soziostrukturelle und diagnostische Indikatoren ermöglichen eine quantitative Beschreibung der Schülerschaft an FZgEs. Zur retrospektiven Untersuchung, welche Entwicklungen die ausgewählten Indikatoren im zehn Jahreszeitraum nahmen, wurden Datensätze unterschiedlicher Grundgesamtheiten von Schülern und Schülerinnen an FZgEs zu je drei Zeitpunkten erhoben. Beginnend mit dem Schuljahr 2009/10, vor dessen Beginn die UN-BRK am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft trat, sollen mögliche dekadische Transformationen dargestellt werden. Als Verlaufspunkt wurde das Schuljahr 2014/15 gewählt. Um Trendbewegungen in der vergangenen ersten Dekade der UN-BRK so genau wie möglich zu erfassen, bildet das Schuljahr 2019/20 den Endpunkt der Trendstudie.

3.2 Stichprobe

Untersucht werden Sonderpädagogische Förderzentren (N = 6). Davon fünf Förderzentren für geistige Entwicklung (FZgEs) in den Bezirken Oberpfalz und Niederbayern (N = 5) und der Anteil von Schülerin-

nen und Schülern eines Förderzentrums mit dem Förderschwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung⁴⁹ (N = 1), die dort in homogenen Klassenverbänden nach dem Lehrplan für geistige Entwicklung unterrichtet werden⁵⁰. Die Stichprobenschulen befinden sich, wie alle FZgEs im ostbayerischen Raum, in privater Trägerschaft.

3.2.1 Erläuterungen zur Trägerschaft der Stichprobenschulen

Die vertiefte Begründung der Stichprobenauswahl möchte dem berechtigten kritischen Einwand einer möglicherweise wissenschaftlich verzerrenden Trägergebundenheit frühzeitig erläuternd begegnen. In den Regierungsbezirken Niederbayern und Oberpfalz existieren derzeit 16 Förderzentren mit dem Schwerpunkt geistige Entwicklung ($N_{\text{Oberpfalz}} = 6 / N_{\text{Niederbayern}} = 10$), die sich alle in privater Trägerschaft befinden (siehe 2.1.4). Der Zugang zu detaillierten und aussagekräftigen Daten setzt neben grundsätzlichen datenschutzrechtlichen Aspekten die Bereitschaft der Sachaufwandsträger der Schulen voraus, sich an wissenschaftlichen Untersuchungen zu beteiligen. Aufgrund des engen datenschutzrechtlichen Rahmens der DSGVO⁵¹ (im Bereich kirchlicher Träger analog das KDG⁵²) ist der Zugang zu schulinternen personenbezogenen Daten ausschließlich berechtigten Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der jeweiligen Schule vorbehalten. Hierbei stellen nicht die wissenschaftliche und vollständig anonymisierte Darstellung und Interpretation des erhobenen Datenmaterials, sondern der Erhebungsvorgang selbst das datenschutzprekäre Moment dar. Somit ist eine in ihrer Informationstiefe vergleichbare Datenanalyse auf Organisationsebene ebenfalls unmittelbar an Schulträger sowie die rechtliche Stellung als entsprechend befugter Mitarbeiter der Förderzentren gebunden. Alle Stichprobenschulen erfüllen in privater Trägerschaft subsidiär den staatlichen Auftrag als *Versorgungsschulen* und unterliegen nach § 34 BaySchFG⁵³ hinsichtlich der Aufnahme von Schülern und Schülerinnen denselben Bedingungen wie Schulen in staatlicher Trägerschaft. Die Querschnitte und Ergebnisse der Untersuchung können auf dieser Grundlage als belast- und vergleichbar eingestuft werden. Davon unabhängig steht im Ostbayerischen Raum kein staatliches FZgE als mögliche Vergleichsschule zur Verfügung. Alle Ergebnisse werden im Sinne höchstmöglicher Objektivierung durch die voranstehenden theoretischen Ausführungen mit Daten der amtlichen Schulstatistik auf Bundes-, Landes- und Bezirksebene in Verbindung gesetzt, um schulspezifische Abgleiche mit Makrotendenzen vorzunehmen und das Aussagegewicht der Ergebnisse zu erhöhen.

⁴⁹ Im weiteren Textverlauf als SFZkmE bezeichnet

⁵⁰ „Vor allem mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung gibt es seither [Anm. A.G.: KMK Empfehlungen 1994] eine immer stärkere Überschneidung; es gibt Schulen dieses Förderschwerpunkts, in denen ein großer Anteil der Schüler ebenfalls dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung zugeordnet wird.“ Dworschak et al. 2012, 9 f.

⁵¹ Datenschutz-Grundverordnung

⁵² Kirchliches Datenschutzgesetz auf der Grundlage von Art. 91 der DSGVO: „(1) Wendet eine Kirche [...] zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Verordnung umfassende Regeln zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung an, so dürfen diese Regeln weiter angewandt werden, sofern sie mit dieser Verordnung in Einklang gebracht werden.“ intersoft consulting.

⁵³ Art.34a BaySchFG, Abs. 2: in Abweichung von Art. 34 Satz 1 für den notwendigen Schulaufwand einheitlich einen Zuschuss in Höhe von 100 v. H. ² Voraussetzung ist, dass der Träger 1. [...] 2. für alle Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf oder im Sinn des § 2 der Krankenhausschulordnung

- a) den unentgeltlichen Besuch des Pflicht- und Wahlpflichtunterrichts sowie die unentgeltliche Teilnahme am schulischen Ganztagsangebot ermöglicht,
- b) bei der Aufnahme und der Entlassung die für entsprechende öffentliche Schulen geltenden Vorschriften anwendet,
- c) auf den Zustimmungsvorbehalt nach Art. 43 Abs. 4 Satz 2 Halbsatz 2 BayEUG verzichtet und
- d) eine vorzeitige Entlassung des Schülers nur im Einvernehmen mit der Schulaufsichtsbehörde ausspricht.

3.2.2 Siedlungsstrukturelle Kreis- und Regionstypen

Um infrastrukturelle und regionale Wirkfaktoren und / oder Begründungszusammenhänge in die Interpretation der Daten mit einzubeziehen, werden die ausgewählten Schulen den Typisierungen des Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR⁵⁴) zugeordnet, deren 'siedlungsstrukturelle Kreis- und Regionstypen' zu den aussagekräftigsten Kategorien „für die Darstellung und Erklärung von regionalen Disparitäten und Entwicklungen“ (Milbert 2015, S. 175) gelten. Die Typisierung ist aufgrund der *polyzentralen Struktur* Deutschlands eine zusätzliche Interpretationsgröße. Das BBSR grenzt in der Kategorie 'Siedlungstyp' kreisfreie Großstädte⁵⁵, städtische Kreise⁵⁶ sowie ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen⁵⁷ und dünn besiedelte ländliche Kreise⁵⁸ anhand aussagekräftiger Indikatoren voneinander ab (BBSR). Siedlungstypen finden ihre Anwendung zu analytischen und komparativen Zwecken, da sich „in der Mehrheit der Indikatoren [...] signifikante Unterschiede zwischen den kreisfreien Großstädten, den städtischen und den ländlichen Kreisen feststellen lassen.“ (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2012, S. 51). Die Kassenärztliche Bundesvereinigung nutzt beispielsweise den Siedlungstyp zur Berechnung der Anzahl von Kassenärzten in Städten und Landkreisen (ebd.). Die Lagetypik (*zentral, peripher, sehr peripher*) bestimmt sich „über die potentiell erreichbare Tagesbevölkerung“ (Milbert 2015, S. 175) und „ergänzt damit die siedlungsstrukturellen Typen“ (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2012, S. 54). Wachstum respektive Schrumpfung von Regionen werden aus einem komplexen Indikatorenmodell heraus berechnet, das neben der Bevölkerungsentwicklung der letzten fünf Jahre sowohl das Gesamtwanderungssaldo je 1000 Einwohner, die Arbeitsplatzentwicklung und Arbeitslosenquote sowie die Realsteuerkraft und Kaufkraft in Euro je Einwohner miteinbezieht (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2012, S. 56 f.). Durch die Lagetypik werden charakteristische Merkmale des ostbayerischen Raums deutlich, der mit Ausnahme der Stadt Regensburg, ländlich geprägt und ohne verdichtete Metropolregion beschrieben werden kann. Merkmale der Peripherisierung betreffen einen Großteil der untersuchten Region:

Zu den [...] Voraussetzungen, die eine Peripherisierung in Gang setzen, gehören eine ökonomische Strukturschwäche und eine geringe Bevölkerungsdichte (verbunden mit einer zunehmend ungünstigen Alters- und Geschlechtsgruppenrelation). Regionen, in denen beide Bedingungen zusammentreffen, geraten immer häufiger in eine Abwärtsspirale kumulierender negativer Entwicklungen. Bei den betroffenen Räumen handelt es sich typischerweise um Regionen in relativ entfernter räumlicher Lage zu den Zentren der wirtschaftlichen Entwicklung, grenz- oder küstennahe Regionen [...] bzw. Mittelgebirgslagen ohne funktionale Kompensationsmöglichkeiten [...] sowie alt-touristische Gebiete in Westdeutschland. (Dünkel et al., S. 110)

Die Konstellation der Stichprobe repräsentiert die charakteristischen Typisierungsmerkmale Ostbayerns. Untersucht wurden drei FZgEs je Regierungsbezirk. Zur anteiligen Berücksichtigung der Entwicklungen im städtischen Raum wurden zwei Schulen in Regensburg untersucht.

⁵⁴ BBSR = Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung

⁵⁵ Kreisfreie Großstädte über 100.000 Einwohner (Milbert 2015, S. 174.)

⁵⁶ Kreisregionen mit mehr als 50 % Einwohner in Groß- und Mittelstädten und Einwohnerdichte mindestens 150 E./km² oder Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte mindestens 150 E./km² (ebd.)

⁵⁷ Kreisregionen mit mehr als 50 % Einwohner in Groß- und Mittelstädten aber Einwohnerdichte unter 150 E/ km² oder weniger als 50 % Einwohner in Groß- und Mittelstädten und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte mindestens 100 E/ km² (ebd.)

⁵⁸ Kreisregionen mit weniger als 50 % Einwohner in Groß- und Mittelstädten und Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte weniger als 100 E./ km² (ebd.)

Die, für Ostbayern charakterisierende ländliche Typisierung wird durch die Untersuchung von vier Schulen in *peripherem bis sehr peripherem ländlichen Raum* repräsentiert. Tabelle 18 zeigt die Stichprobenauswahl in der Übersicht:

Tabelle 18.

Stichprobenauswahl mit Zuordnung zu Kreistypisierungen BBSR

| <i>FZ</i> | <i>Bezirk</i> | <i>Kreis</i> | <i>Schülerzahl</i> <i>2019/20</i> | <i>Siedlungstyp</i> | <i>Raumtyp</i> | <i>Siedlungsstruktureller Re-</i> <i>gionstyp / Wachstum</i> | <i>Lage</i> |
|------------|---------------|--------------|--------------------------------------|-------------------------|---------------------|--|------------------|
| <i>I</i> | OPF | R | 225 | Kreisfreie Großstadt | Städtischer Raum | Region mit Verstädterung / Überdurchschnittlich wachsend | zentral |
| <i>II</i> | OPF | R | 147 | Kreisfreie Großstadt | Städtischer Raum | Region mit Verstädterung / Überdurchschnittlich wachsend | zentral |
| <i>III</i> | NB | SR | 254 | Kreisfreie Stadt | Ländlicher Raum | Dünn besiedelter ländlicher Kreis / Überdurchschnittlich wachsend | peripher |
| <i>IV</i> | OPF | CHA | 132 | Landkreis | Ländlicher Raum | Region mit Verstädterung / wachsend | Sehr peripher |
| <i>V</i> | NB | KEH | 194 | Landkreis | Ländlicher Raum | Ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen / Überdurchschnittlich wachsend | peripher |
| <i>VI</i> | NB | ROT | 114 | Landkreis | Ländlicher Raum | Dünn besiedelter ländlicher Kreis / wachsend | peripher |

Anmerkung 18. FZgE: Förderzentrum geistige Entwicklung, OPF: Oberpfalz, NB: Niederbayern, R: Regensburg, SR: Straubing, CHA: Cham, KEH: Kelheim, ROT: Rottal-Inn. (BBSR 2019)

Als weitere Bewertungskategorie der Raumentwicklung bietet das BBSR Forschungsdaten zu Wachstums- respektive Schrumpfungprozessen von Kreisregionen an. Der Raumtyp „wachsende und schrumpfende Kreise“ ist insbesondere im Kontext zu anderen Kreisinformationen von hoher Aussagekraft, „somit kann mit Hilfe dieses Typs der Einfluss von Strukturschwächen auf die Entwicklung von Kreisen“ (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung 2012, S. 56) diskutiert und bewertet werden. Kreisregionen mit *stabiler* Bevölkerungsentwicklung (keine eindeutige Tendenz) weisen in der BBSR Erhebung von 2009 die geringsten Arbeitslosenquoten auf, während diese vor allem in den Peripherien des Typs, also in Kreisen, die als *überdurchschnittlich wachsend*, *wachsend* oder *überdurchschnittlich schrumpfend*, *schrumpfend* deutlich höher liegen (ebd.). Sowohl das *verfügbare Einkommen der Haushalte* als auch die *Mietpreise* steigen von *überdurchschnittlich schrumpfenden* hin zu *überdurchschnittlich wachsenden* Kreisregionen erheblich. So zeigt die laufende Raumbesichtigung des BBSR von 2009 beispielsweise in *überdurchschnittlich wachsenden* Kreisregionen im Mittelwert nahezu doppelt so hohe Mietpreise wie in *überdurchschnittlich schrumpfenden* Regionen (ebd., S. 56). Der Wachstums- und Schrumpfung Indikator kann also additive Hinweise auf sozioökonomische Strukturen der betrachteten Kreisregionen generieren und dient in der Analyse und Diskussion des Datenmaterials

als Kontextfaktor. Die Zuordnung der Schulen zu den Schrumpf- und Wachstumsverhältnissen der Regionen nach BBSR kann beispielsweise der Einschätzung, inwieweit das allgemeine Bevölkerungswachstum einer Region mit zur Erklärung der Entwicklung herangezogen werden kann, dienlich sein.

Tabelle 19.

Typisierung der Stichprobenkreise als wachsende / schrumpfende Kreisregionen nach BBSR

| <i>Kreisregion</i> | <i>Wachsen und schrumpfen von Kreisen nach BBSR</i> | <i>Ø Entwicklung per anno 2011-16</i> |
|--------------------|---|---------------------------------------|
| <i>I</i> | Überdurchschnittlich wachsend | +1,74 % |
| <i>II</i> | Überdurchschnittlich wachsend | +1,74 % |
| <i>III</i> | Überdurchschnittlich wachsend | +0,78 % |
| <i>IV</i> | Wachsend | +0,22 % |
| <i>V</i> | Überdurchschnittlich wachsend | +1,17 % |
| <i>VI</i> | Wachsend | +0,47 % |

Anmerkung 19. I = R, II = R, III = SR, IV = CHA, V = KEH, VI = ROT. Quelle: (BBSR 2017)

Zur Verdeutlichung der Lagebedingungen der Stichprobe werden die Schulstandorte und das ungefähre Einzugsgebiet im Folgenden kartografisch dargestellt. Da es sich bei allen FzGEs in den Bezirken Oberpfalz und Niederbayern um private Förderzentren handelt, unterliegen diese nicht dem Prinzip von der Regierung zugewiesener Schulsprengel⁵⁹ wie öffentliche Schulen. Die Darstellung der Einzugsgebiete nutzt als verfügbares Äquivalent sowohl Trägervereinbarungen mit den Bezirken als auch Informationen aus den Vereinbarungen zur Schülerbeförderung mit den ausführenden Personentransportunternehmen. Zur Verdeutlichung der gesamten Versorgungslage und ggf. bestehender fließender Einzugs Grenzen der FZGEs in Ostbayern, werden in Abbildung 11 alle weiteren FZGEs in der kartografischen Übersicht mit dargestellt.

⁵⁹ Art. 33 BayEUG Förderschulen und Schulen für Kranke: (1) [...] Von der Errichtung einer öffentlichen Förderschule soll abgesehen werden, wenn die ausreichende Unterrichtung und Erziehung der Schulpflichtigen mit sonderpädagogischem Förderbedarf durch eine private, auf gemeinnütziger Grundlage betriebene Förderschule gewährleistet ist [...], sofern die private Schule die heimatnächste Einrichtung für die Schülerinnen und Schüler mit entsprechendem sonderpädagogischem Förderbedarf ist.

(3) ¹Die Schulsprengel werden gebildet für öffentliche
1.[...] 2.Förderzentren mit den Förderschwerpunkten [...] geistige Entwicklung [...]

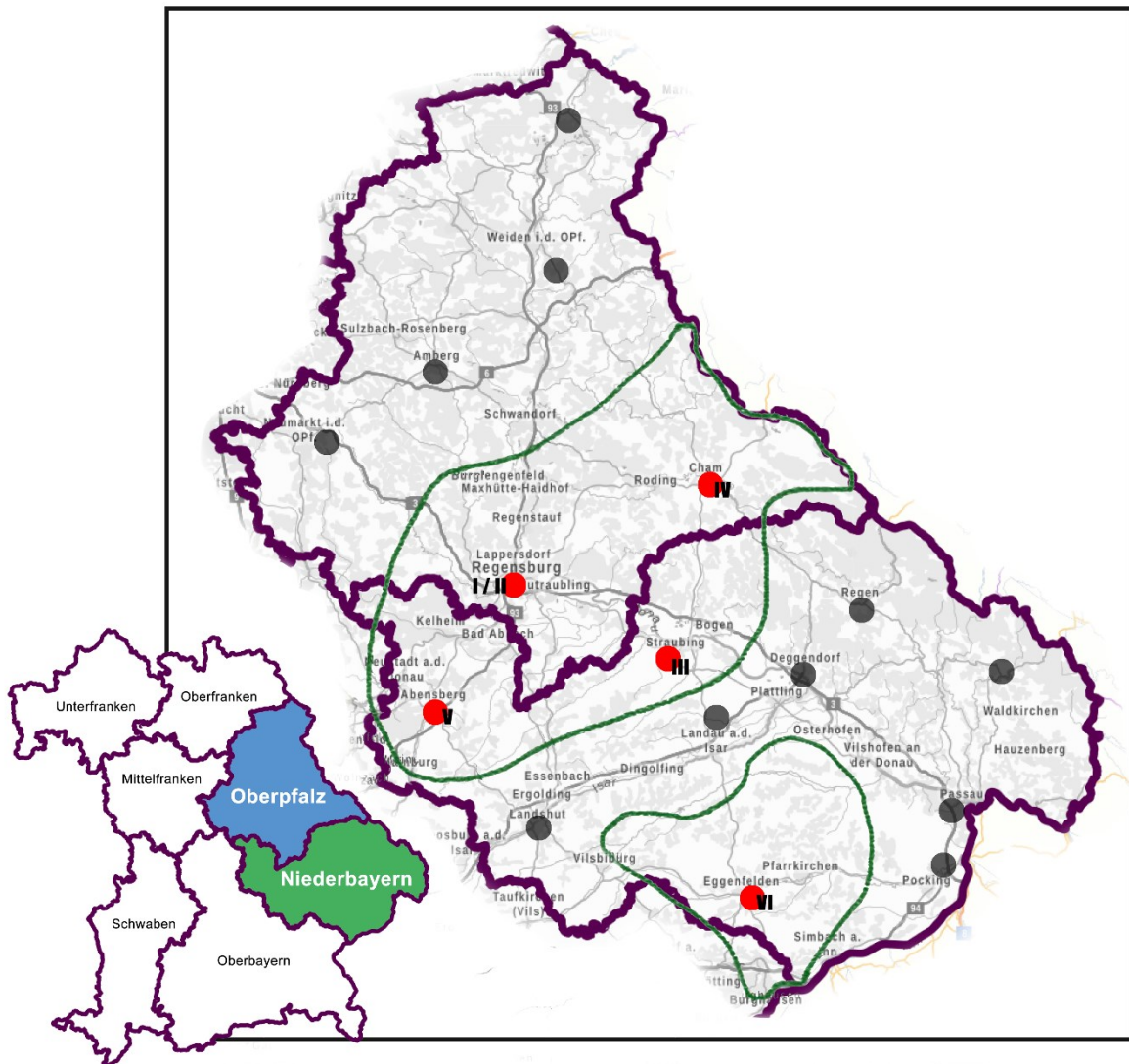


Abbildung 11. Bayern nach Regierungsbezirken und Kartografische Detailübersicht der FZgE Standorte in Ostbayern (● Standorte der Stichprobenschulen; ● Standorte der weiteren FZgEs; — Einzugsgebiete der Stichprobenschulen); Quelle Kartenmaterial: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung Nr. 2305-007710

Die Einzugsgebiete können somit nur als Annäherung verstanden werden und beziehen sich auf das Schuljahr 2019/20. Somit ist die Aussagekraft der Kreisregion, in dem ein FZgE verortet ist, nicht vollständig, da auch Schüler*innen aus angrenzenden Kreisen beschult werden. Somit finden sich in den beiden Schulen im städtischen Raum ein Großteil der Schüler und Schülerinnen aus dem umgebenden ländlichen Raum und den entsprechenden Siedlungsmerkmalen.

3.2.3 Instrument und Erhebungsmethode

Zur computergestützten Erhebung der Datensätze wurde ein Erhebungsinstrument (Excel) erstellt, das sowohl die Erfassung der Daten nach drei Erhebungspunkten, als auch die rechnerische Auswertung der umfassenden Datensätze mittels Verknüpfungen und Pivotfunktionen ermöglicht. Das Instrument verfügt über Eingabezeilen für jeden Indikator, WENN-Funktionen sichern die richtige Berechnung der Eingaben.

Die Datenerhebung erfolgte mittels Durchsicht archivierter Schülerakten, Sonderpädagogischer Gutachten, Arztberichte und schulstatistischer Datensätze an den ausgewählten Schulen nach dem Vier-Augen-Prinzip durch den Autor und einer unterstützenden Person mit entsprechender Datenzugangs-berechtigung (z. B. Mitarbeiter*innen aus den psychologischen/heilpädagogischen Fachdiensten) der jeweiligen Schule. Soziostrukturelle Daten der ASV bzw. deren Vorgängerversion WinSD wurden von den jeweils Verantwortlichen der Schulen als Datensätze anonymisiert ausgegeben. Aktuelle und archivierte Schülerakten ermöglichen eine außergewöhnlich detaillierte und tiefgehende indikatoren-gestützte Beschreibung der Schülerklientel.

Zu allen drei Erhebungspunkten wurde die jeweilige Grundgesamtheit aller Schüler und Schülerinnen der Bereiche SVE (Schulvorbereitende Einrichtungen) und der Jahrgangsstufen 1–12 erhoben. Zur Zuordnung und systematischen Vorgehensweise bei der Erhebung dienten die Klassenlisten der untersuchten Schuljahre. Die Schülernamen wurden aus datenschutzrechtlichen Aspekten nicht mit in das Exceldokument übertragen, so dass zu keinem Zeitpunkt eine elektronische Verarbeitung der Namen erfolgte und die Datensätze nicht rückwirkend realen Personen zugeordnet werden können. Diese Vorgehensweise sicherte aus forschungsethischen und datenschutzrechtlichen Verpflichtungen heraus die vollständige Anonymisierung des Datenmaterials zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

3.2.4 Grundgesamtheit

Tabelle 20.

Tabellarische Darstellung der Grundgesamtheiten nach Schulen und Erhebungspunkten

| FZgE | N 2009/10 | N 2014/15 | N 2019/20 |
|------------------------|------------|------------|-------------|
| I | 188 | 197 | 225 |
| II | 121 | 133 | 147 |
| III | 197 | 226 | 254 |
| IV | 108 | 107 | 132 |
| V | 194 | 166 | 194 |
| VI | 132 | 108 | 114 |
| N_{Ges} | 940 | 937 | 1066 |

Anmerkung 20. FZgE: Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung; N: Anzahl der untersuchten Datensätze von Schülern und Schülerinnen; N_{ges}: Summe der untersuchten Datensätze des jeweiligen Erhebungspunktes.

Im Schuljahr 2019/20 wurde bayernweit 11.245 Schüler und Schülerinnen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung unterrichtet, in den Bezirken Oberpfalz und Niederbayern (Ostbayern) insgesamt 1.975, so dass die untersuchte Stichprobe von 1.066 einem Anteil 9.48 % der bayerischen und 53.98 % der ostbayerischen Schülerschaft an FZgEs darstellt. Zu den beiden vorausgehenden Erhebungspunkten werden in der allgemeinen Veröffentlichung der amtlichen Schulstatistik keine Differenzierungen nach Förderschwerpunkt und Bezirk vorgenommen, wobei von annähernd ähnlichen Verhältnissen auszugehen ist.

3.2.5 Deskriptive Darstellung der Ergebnisse

Die Auswertung der auf Ordinalskalen Niveau vorliegenden Daten erfolgt nach relativen (%) und absoluten (Anzahl) Häufigkeiten. Die Ergebnisse werden in Form deskriptiver Tabellen vorgelegt und schriftlich zusammenfassend erläutert. Abkürzungen und erklärende Hinweise zur Lesart finden sich in den Anmerkungen zu den Tabellen. Die Ergebnisse der quantitativen Erhebung werden sowohl auf Einzelschulebene als auch in der Gesamtsumme tabellarisch dargelegt um sowohl schulbezogene Mikro- als auch regionale Makrotendenzen herauszustellen.

3.3 Auswahl und Begründung der Indikatoren

Zur Darstellung der Veränderungen innerhalb der Schülerklientel im Rahmen der quantitativen Erhebung wurde zur empirischen Annäherung an komplexe Ursache-Wirkungs-Ketten eine Indikatorisierung vorgenommen, die neben einzelschulischen Spezifika ebenfalls Fragen der Systemebene aufwirft. Die *Transformationsindikatoren* wurden nach Relevanz und Verfügbarkeit der Daten für die Beschreibung einer sich verändernden pädagogischen Ausgangslage und Schülerklientel gewählt.

Die Indikatoren dienen der Entwicklung konkreter Fragestellungen zu Merkmalen des Systems, zu regionalen Besonderheiten sowie individuellen Eigenschaften der ausgewählten Bildungseinrichtungen. Durch ihre retrospektive Richtung steuern sie Informationen zum Monitoring bei und können sowohl unter bildungspolitischen als auch gesamtgesellschaftlichen Aspekten analysiert und bewertet werden. Einige Indikatoren stehen in komplexen Verbindungen zu weiteren ermittelten Kennzahlen und werden im Zuge der Diskussion der Ergebnisse in Querbezüge gesetzt. In der einschlägigen Literatur werden drei Kernkategorien von Indikatoren benannt (Fitz-Gibbon und Tymms 2002; Tegge 2020), Input-, Prozess- und Outputindikatoren. Während *Outputindikatoren* schulische Wirkungen (z.B. Lernerfolg, Leistungssteigerung etc.) beschreiben, dienen die hier gewählten *Inputindikatoren* der Darstellung struktureller Vorbedingungen und Entwicklungen, die die pädagogische Ausgangslage empirisch begründet skizziert.

3.3.1 Herangezogene soziostrukturelle Indikatoren

Unter den *soziostrukturellen Indikatoren* wurden relevante Daten der amtlichen Schulstatistiken auf Einzelschulebene erhoben. Hierzu zählen neben den *Gesamtschülerzahlen* der ausgewählten Erhebungspunkte jeder untersuchten Schule die *Geschlechterverteilung* sowie Informationen über die *Nationalität* der Schüler*innen. Zur Objektivierung werden im Rahmen der Diskussion der Ergebnisse relevante soziostrukturelle Daten in Querbezüge zu den theoretischen Ausführungen zur Situation auf Bezirks-, Landes- und Bundesebene gestellt.

3.3.1.1 Schülerzahlen

Die Entwicklung der Schülerzahlen auf Einzelschulebene steuert Informationen über lokale wie regionale Entwicklungen auf einer Auswertungsebene bei, die so nicht von der amtlichen Schulstatistik durchgeführt wird. Die Zahlen ermöglichen im Zuge der Diskussion eine Kontextualisierung mit statistischen Daten der Bevölkerungsentwicklung aus den regionalen Bezugsräumen der untersuchten Schulen und somit Interpretationszugänge, die spezifische Entwicklungen in Ostbayern detailliert zu beschreiben

versuchen. Die Entwicklung der Schülerzahlen steht in thematischer Querverbindung zu den Themengebieten Inklusion an Regelschulen im Förderschwerpunkt gE, Zunahme der Förderquote im Bereich gE und möglicherweise regional bedingter demographischer Entwicklungen.

Durch die Analyse der Stichprobenschulen konnten die Gesamtschülerzahlen der Erhebungspunkte realistisch abgebildet werden, da sie hingegen der Zahlen der amtlichen Schulstatistik nicht den Stand der Schülerzahlen zum 01.10. des jeweiligen Schuljahres spiegeln, sondern die realen Schülerzahlen anhand der gültigen Klassenlisten der Schuljahre, was als positiver Nebeneffekt der forschungsmethodischen Herangehensweise bei der Datenerhebung zu bewerten ist, jedoch zu marginalen Abweichungen zu den von den Schulen im Zuge der amtlichen Schulstatistik gemeldeten Zahlen führt.

3.3.1.2 Geschlechterverhältnis

Der Indikator Geschlechterverhältnis steht in vielerlei Verbindungen zu den theoretischen Ausführungen. Aufgrund der Überrepräsentanz maskuliner Personen innerhalb der Gruppe von Menschen mit geistiger Behinderung, ist ebenfalls an den untersuchten Schulen von einem entsprechenden Ungleichgewicht auszugehen. Die Geschlechterkonstellation steht im Kontext möglicher geschlechtsspezifischer Prävalenz oder auch Symptomatik bei psychischen Störungen und ist somit ggf. als Kontextfaktor zu den diagnostischen Indikatoren analytisch fruchtbar.

3.3.1.3 Nationalität

Obwohl eine differenzierte Betrachtung der Migrationsbiographien innerhalb der Schülerschaft aus soziologischer Perspektive vermeintlich aussagekräftiger wäre, wurde aus forschungsmethodischen Gründen hier der Indikator *Nationalität* dem weitergefassten Indikator *Migrationshintergrund*⁶⁰ vorgezogen. Die Betrachtung des Kriteriums *Nationalität* repräsentiert somit „nur einen Teil des Phänomens Migrationshintergrund“ (Dworschak 2019, S. 30). Durch das retrospektive Studiendesign konnte die Feststellung eines Migrationshintergrunds nach den Kriterien der elterlichen Herkunft oder der Verkehrssprache in der Familie nicht über den gesamten Untersuchungszeitraum vollzogen werden, da derart detaillierte Angaben in den archivierten Akten nicht systematisch gesichert werden.

Die Anzahl von Schülerinnen und Schülern deutscher Staatsbürgerschaft mit Migrationshintergrund wird somit aus der Darstellung ausgeklammert, wodurch nicht die tatsächliche Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit ausländischem soziokulturellen Hintergrund abgebildet wird. Eine Beschränkung, die andererseits eine Annäherung an die realistische Anzahl derjenigen Schüler und Schülerinnen erlaubt, die mit ihrer Familie in erster Generation aus dem Ausland nach Deutschland eingewandert sind. So kann annähernd die Menge an Schülerinnen und Schülern identifiziert werden, deren Eltern nicht eingebürgerte Zugewanderte oder deren Nachkommen, sondern zum Zeitpunkt der Erhebung Einwanderer respektive Asylsuchende sind, was vor allem vor dem gesamtgesellschaftlichen Transformationsmoment zunehmender Immigration ab der Mitte der betrachteten Dekade eine aussagekräftige Beschreibung beisteuert und auf konkrete Veränderungen der pädagogischen Ausgangslage in vielerlei Hinsicht verweist. Der Indikator *Staatsangehörigkeit* wird als Zugang zu möglichen Transformationsprozessen im Kontext Diversität und Multinationalität berücksichtigt. Die Darstellung erfolgt im ersten Schritt

⁶⁰ Das Statistische Bundesamt definiert im Zuge des Mikrozensus im Jahre 2005 den Migrationshintergrund einer Person, "wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt." Bundeszentrale für politische Bildung.

ohne Differenzierung der Herkunftsstaaten der Schülerinnen und Schüler. Neben dem Gesamtanteil ausländischer Schüler und Schülerinnen wurde im Zuge der Erhebung ebenfalls die Nationalität erfasst, um Hinweise auf Transformationen hinsichtlich der Wanderungsbewegung in der vergangenen Dekade und Aussagen über etwaige Kumulationen von Nationalitäten zu generieren. Die Herkunftsländer werden bei der Ergebnisdarstellung nicht in politischen, sondern geographisch, kontinentalen Clustern zusammengefasst. Geographisch europäische Staaten werden zusätzlich nach Mitgliedsstatus im Schengenraum unterschieden.

3.3.2 Herangezogene diagnostische Indikatoren

Ergänzend zu den soziostrukturellen Informationen wurden als *diagnostische Indikatoren* Daten erhoben, die die zusammenfassende deskriptive Darstellung und Interpretation spezifischer Informationen über die individuelle Konstitution der untersuchten Schülerinnen und Schüler ermöglichen und konkrete Hinweise auf die Erhöhung der Arbeitsbelastung durch veränderte pädagogische Herausforderungen in verschiedenen Dimensionen geben können. Im Folgenden werden die entsprechenden diagnostischen Indikatoren fachlich begründet, in Ihrer Bedeutung für die Ergebnisdiskussion beleuchtet und kontextualisiert.

3.3.2.1 Intelligenzniveaus

Die Kategorisierung des Erhebungsinstruments fasst alle Intelligenzniveaus im und oberhalb der Normalbegabung als eine Kategorie (>84) zusammen, da die Differenzierung in höheren Intelligenzbereichen im Kontext der FZgEs aufgrund ihres Sonderfallcharakters zu vernachlässigen ist. Zusätzlich zur Kategorie *keine Angabe* (k.A.) wird die Kategorie *nicht messbar* (n.m.) herangezogen, um ebenfalls Kinder und Jugendliche zu erfassen, deren Testungen nicht zu einem aussagekräftigen IQ-Wert führten. Der IQ-Bereich der schweren Intelligenzminderung wird in der tabellarischen Auswertung vernachlässigt, da die Eingruppierung von Kindern in dieser Kategorie per standardisiert erhobenem IQ-Wert an keiner der untersuchten Schulen erfolgte. Kinder und Jugendliche mit derart schwerer Symptomatologie werden aufgrund der angewandten Testverfahren in der Gruppe *nicht messbar* (n.m.) subsumiert. Als „nicht messbar“ werden Kinder- und Jugendliche kategorisiert, deren Testung entweder über Verfahren erfolgte, die kein IQ-Wert Ergebnis beabsichtigen (z. B. Kiphard Entwicklungsgitter⁶¹, ET 6-6⁶² etc.) oder bei welchen nachweislich aus individuellen Gründen ein Test abgebrochen wurde. Somit handelt es sich hinsichtlich des zu erwartenden IQ-Wertes bei *n.m.* um eine heterogene Gruppe. Entwicklungstests ohne standardisiertem IQ-Wert Ergebnis wurden tendenziell eher in den Fällen schwerster Behinderungsformen zur Diagnostik angewandt, während die Gründe für die Testabbrüche häufig in herausfordernden Verhaltensweisen und kognitiver oder sozialer Überforderung respektive Überreizung während der Testsituation lagen, was manchen Notizen auf unvollständig ausgefüllten Testbögen zu entnehmen

⁶¹ Das Entwicklungsgitter nach Kiphard ist ein nicht normiertes Verfahren, das einen einfachen Zugang zur Entwicklungsbeurteilung von Kindern beabsichtigt. Aufgrund methodischer Schwächen und mangelnder Interpretationssicherheit der Ergebnisse ist es heutzutage nur noch bedingt zu empfehlen. Vgl. Macha et al. 2005

⁶² „Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre (ET6-6)“: Das Verfahren wurde in manchen Fällen außerhalb des Altersspektrum angewandt, um im Rahmen der Diagnostik Aussagen über ein behinderungsbedingtes „Entwicklungsalter“ zu machen. Der ET 6-6 ergibt in der Auswertung keinen standardisierten IQ-Wert sondern beschreibt Entwicklungsniveaus zwischen sechs Monaten und sechs Jahren in den Bereichen Körpermotorik, Handmotorik, kognitive Entwicklung, Sprachentwicklung, Sozialentwicklung und emotionale Entwicklung. Vgl. Macha 2010.

war. Im Falle mehrfacher Testung eines Kindes bzw. Jugendlichen und ggf. divergierender Testergebnisse wurde das zeitlich jüngste Ergebnis erfasst. Mit dem Vorliegen eines IQ-Wertes durch eine sonderpädagogische oder psychologische Testung geht nicht zwangsläufig eine medizinische Diagnose in der Gruppe F7 (Intelligenzminderung) einher. Das Intelligenzniveau in Form des Ergebnisses eines validen Testverfahrens ist trotz berechtigter Kritik untrennbar von der Diagnose der geistigen Behinderung zu sehen. Die Verteilung der Intelligenzniveaus trifft Aussagen über die Relation der unterschiedlichen Ausprägungen geistiger Behinderung, welche wiederum Interpretationen hinsichtlich der Ausprägung psychiatrischer Störungen, der Belastungen der Familien, der Herausforderung im pädagogischen Setting und ggf. auch der zu erwartenden Häufung soziökonomischer Probleme der Familien zulassen. Im Kontext der Inklusionserfolge im Förderschwerpunkt gE steuern die Intelligenzniveau-Profile der Schülerschaft ggf. wertvolle Informationen bei, da sie die jeweiligen Anteile von Kindern und Jugendlichen mit mittelgradigen und schweren geistigen Behinderungen abbilden, die aus verschiedenen Gründen nachweislich am wenigsten von der Inklusion in Regelschulen profitieren.

3.3.2.2 Zum Indikator kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen

Die Auswahl des Indikators kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen intendiert die belastbare Darstellung von Qualitätstransformationen der Schülerschaft an FZgEs und folgt dem „Wunsch nach einer Versachlichung“ (Dworschak et al. 2012) subjektiv erlebter Veränderungen innerhalb der Schülerschaft an FZgEs wie sie „Kollegen und Verantwortliche aus der Praxis“ (ebd.) bereits nach der Jahrtausendwende äußerten (vgl. ebd.). Anhand der Untersuchung der Prävalenz und möglicher Kumulation ausgewählter psychiatrischer Diagnosen bei Schüler*innen an den Stichprobenschulen, soll eine empirisch begründete Aussage über gegebenenfalls erhöhte pädagogische Anforderungen in der Praxis möglich werden. Die dargestellten Kategorien wurden nach Prävalenz und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die schulische Praxis auf der Grundlage von Fachliteratur ausgewählt. Zur übergeordneten Kategorisierung innerhalb der zehn Unterabschnitte des Kapitels V der ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 2014), wurde bei der Indikatorisierung die tabellarisch dargestellte Subkategorisierung und Abgrenzung der Diagnosearten innerhalb der Kodierungsgruppe F (psychische und Verhaltensstörungen) vorgenommen.

Tabelle 21.

Subkategorisierung der Indikatorengruppe psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter

| <i>ICD-Code</i> | <i>Bezeichnung</i> | <i>In der Kategorie erfasste Kodierungen nach ICD-10</i> |
|----------------------|---|---|
| <i>F8 (ohne ASS)</i> | Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) ohne F84 (tiefgreifende Entwicklungsstörungen) | Umschriebene Entwicklungsstörung der <i>Sprache und des Sprechens</i> (F80), der <i>schulischen Fertigkeiten</i> (F81), der <i>motorischen Funktionen</i> (F82), <i>kombinierte</i> (F83) sowie <i>andere</i> (F88) und <i>nicht näher bezeichnete</i> (F89). |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| <i>F84</i> | Tiefgreifende Entwicklungsstörungen (ab ICD-11 ASS) | Als „Autismusspektrum“ wird die gesamte diagnostische Spanne der Kategorie F84 erfasst: F84.0 (frühkindlicher Autismus), F84.1 (Atypischer Autismus), F84.2 (Rett-Syndrom), F84.3 (andere desintegrative Störung des Kindesalters), F84.4 (Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungstereotypien), F84.5 (Asperger-Syndrom), F84.8 (sonstige tiefgreifende Entwicklungsstörungen), F84.9 Tiefgreifenden Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet) |
| <i>F9 (ohne ADHS)</i> | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend | F91 - Störungen des Sozialverhaltens: F91.0 (auf den familiären Raum beschränkt), F91.1 (bei fehlenden sozialen Bindungen), F91.2 (bei vorhandenen sozialen Bindungen), F91.3 (mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten), F91.8 (sonstige Störungen des Sozialverhaltens), F91.9 (nicht näher bezeichnet) F92 - Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen: F92.0 (mit depressiver Störung), F92.8 (sonstige kombinierte), F92.9 (nicht näher bezeichnet) F93 – Emotionale Störung des Kindesalters: F93.0 (mit Trennungsangst), F93.1 (Phobische Störung des Kindesalters), F93.2 (mit sozialer Ängstlichkeit), F93.3 (mit Geschwisterrivalität), F93.8 (sonstige emotionale Störung), F93.9 (nicht näher bezeichnet) F94 – Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend: F94.0 (elektiver Mutismus), F94.1 (Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters), F94.2 (Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung), F94.8 (sonstige Störung sozialer Funktionen), F94.9 (nicht näher bezeichnet) F95 – Tic-Störungen: F95.0 (vorübergehende Tic-Störung), F95.1 (chronische motorische oder vokale), F95.2 (kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]), F95.8 (sonstige Ticstörungen), F95.9 (nicht näher bezeichnet) F98 – Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend: F98.0 (nichtorganische Enuresis), F98.1 (nichtorganische Enkopresis), F98.2 (Futterstörung im frühen Kindesalter), F98.3 (Pica im Kindesalter), F98.4 (Stereotype Bewegungsstörungen), F98.5 (Stottern), F98.6 (Poltern), F98.8 (sonstige näher bezeichnete), F98.9 (nicht näher bezeichnete) |
| <i>F90 (ADHS)</i> | Hyperkinetische Störungen (ADHS) | F90 – Hyperkinetische Störungen: F90.0 (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung), F90.1 (Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens), F90.8 (sonstige hyperkinetische Störung), F90.9 (nicht näher bezeichnete) |
| <i>Sonstige</i> | | Diagnosen aus den Kategorien F0; F1; F2; F3; F4; F5; F6; |
| <i>k.A.</i> | | Wurde gewählt, wenn keinerlei ärztliche Unterlagen oder Behandlungsverordnungen der Krankenkassen in den Akten vorlagen. |

Anmerkung 21. ICD: International Classification of Disease, ASS: Autismusspektrumstörung. ADHS: Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung – In der ICD-10 als hyperkinetische Störungen bezeichnet und kodiert (Weltgesundheitsorganisation 2015)

3.3.2.3 F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES)

Diagnosen umschriebener Entwicklungsstörungen werden gesondert dargestellt, da sie häufig in der frühen Kindheit neben dem Intelligenzniveau eines Kindes oder Jugendlichen die Zugangsindikation zum Förderschwerpunkt bilden und ein heil- und sonderpädagogischer Rahmen gerade auf das Vorliegen von Entwicklungsstörungen spezialisiert ist. Analog zum Schema der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird die Gruppe F84 (tiefgreifende Entwicklungsstörungen), die in den vergangenen Jahren sukzessive in der Fachwelt als «Autismusspektrumstörung (ASS)» bezeichnet wird, gesondert als klinisch-psychiatrisches Syndrom dargestellt. Störungen der Codierungsgruppe F8 werden auch in der multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht als klinisch-psychiatrische Syndrome der Achse I, sondern gesondert auf Achse II (Umschriebene Entwicklungsstörungen) geführt. Die Umschriebenen Entwicklungsstörungen werden aufgrund ihrer Häufigkeit gesondert dargestellt, finden jedoch bei der Ergebnisdarstellung im Kontext von Mehrfachdiagnosen ($F \geq 2$) Berücksichtigung.

3.3.2.4 F84 – Autismusspektrumstörung (ASS)

Unter den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen summieren sich alle Störungsbilder des autistischen Spektrums. Die statistische Abkopplung dieses spezifischen Störungsbildes mit hohem aktuellem pädagogischen Interesse begründet sich zum einen aus dem System der multiaxialen Klassifikation, da die Kategorie F84, anders als die weiteren Entwicklungsstörungen der Kategorie F8, den klinisch-psychiatrischen Syndromen zugerechnet wird und somit im multiaxialen Klassifikationssystem auf der ersten und nicht wie die umschriebenen Entwicklungsstörungen (F8/UES) auf der zweiten Achse angegeben wird. Zum anderen begründet sich die isolierte Darstellung des Phänomens ASS durch konkretere Interpretationszugänge des Datenmaterials, da die Störungsbilder aus der Gruppe F84 in der pädagogischen Praxis sehr spezifische Anforderungen, intensive Interventionsstrategien und hohe fachliche, personelle wie zeitliche Herausforderungen bedeuten.

3.3.2.5 F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen (VES)

Die Gruppe F9 umfasst sowohl externalisierte Verhaltensstörungen als auch internalisierte Empfindensstörungen von Kindern und Jugendlichen. Diagnosen aus dem Spektrum F9 verweisen auf einen deutlich erhöhten Unterstützungsbedarf in Schule und Ganztagssettings. Die detaillierte Erhebung der Daten ermöglicht die tabellarische Darstellung der Häufigkeiten von Diagnosen aller in der Kategorie F9 subsumierten Diagnosen. Die Darstellung erfolgt auf Einzelschulebene und in der Summe der Ergebnisse zu allen drei Erhebungspunkten um ggf. Aussagen über zeitliche Veränderungen hinsichtlich der Häufigkeiten bestimmter Störungen treffen zu können.

3.3.2.6 F90 – Hyperkinetische Störungen (ADHS)

Hyperkinetische Störungen (ADHS) werden aufgrund ihrer Häufigkeit, des hohen pädagogischen Interesses am Störungsbild in den vergangenen Jahrzehnten sowie den spezifischen Anforderungen, die mit ihnen einhergehen, gesondert dargestellt. ADHS erfordert sehr intensive und spezifische pädagogische Handlungs- und Interventionskonzepte bei häufig stark externalisiert ausgeprägter Symptomatik.

3.3.2.7 Sonstige psychische Störungen

Neben den aufgeführten und zahlenmäßigen *Hauptkategorien* psychiatrischer Störungen im Kindes und Jugendalter wurden mit dem Indikator *sonstige psychische Störungen* die Störungsbilder der weiteren Diagnosegruppen erfasst. Unter den sonstigen Störungen werden sämtliche psychiatrischen Störungen tabellarisch und mit Nennung der konkreten Störungsbezeichnung dargestellt. In der deskriptiven Auswertung subsumieren sich unter *sonstige psychische Störungen* die Diagnosekategorien F0 (*organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen*), F1 (*psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen*), F2 (*Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen*), F3 (*Affektive Störungen*), F4 (*Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen*), F5 (*Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren*) sowie F6 (*Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen*). Bei den sonstigen psychischen Störungen handelt es sich in der Regel um spezifische Störungen, bei welchen der Diagnosestellung eine intensive psychiatrische Diagnostik und Behandlung vorausgeht. Die Ergebnisse stellen die Vielfalt der Störungsbilder und die möglicherweise daraus resultierenden pädagogischen Anforderungen in der Alltagspraxis dar und komplettieren die Ergebnisdarstellung mit dem Anspruch der vollständigen Erfassung.

Aufgrund der geringen absoluten Häufigkeiten von Störungen aus den bezeichneten Codierungsgruppen, werden diese zusammengefasst und im Rahmen der Auswertung mit genauen Bezeichnungen tabellarisch nach Häufigkeit dargestellt.

4. Ergebnisdarstellung – quantitative Studie

Die Ergebnisdarstellung folgt der Reihenfolge der Indikatoren Erläuterungen. Die Ergebnisse werden in tabellarischer Form deskriptiv aufgearbeitet.

4.1 Soziostrukturelle Indikatoren

Die Daten der Indikatoren Kategorie *soziostrukturelle Indikatoren* entstammen den Meldungen der untersuchten Schulen zur amtlichen Schulstatistik und werden in der Darstellung sowohl schulgenau als auch in der Gesamtsumme der Stichproben jedes Erhebungszeitpunkts dargestellt.

4.1.1 Schülerzahlentwicklung

Tabelle 22.

Entwicklung der Schülerzahlen an den Stichprobenschulen im Erhebungszeitraum

| <i>n / SFZgE</i> | <i>2009/10</i> | <i>2014/15</i> | <i>2019/20</i> | <i>Dek. Entwicklung %</i> |
|------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|
| <i>n / I</i> | 188 | 197 (+04.78 %) | 225 (+14.21 %) | +19.68 % |
| <i>n / II</i> | 121 | 133 (+09.91 %) | 147 (+10.52 %) | +21.49 % |
| <i>n / III</i> | 197 | 226 (+14.72 %) | 254 (+12.39 %) | +28.93 % |
| <i>n / IV</i> | 108 | 107 (-00.92 %) | 132 (+23.36 %) | +22.22 % |
| <i>n / V</i> | 194 | 166 (-14.43 %) | 194 (+16.87 %) | +/-0 % |
| <i>n / VI</i> | 132 | 108 (-18.18 %) | 114 (+05.55 %) | -13.63 % |
| <i>N_{Ges}</i> | 940 | 937 | 1066 | +8.82 % |

Anmerkung 22. n / I-VI: Anzahl der Schülerinnen und Schüler der Schulen I-VI im jeweiligen Schuljahr (Stand laut Klassenlisten), N_{Ges}: Grundgesamtheit aller Schüler und Schülerinnen zum jeweiligen Erhebungszeitraum, Dek. Entwicklung %: dekadische Entwicklung in Prozent - zur Berechnung der prozentualen Entwicklung wurden die Erhebungsjahre 2009/10 und 2019/20 in Relation gesetzt. Die Klammerangaben in den Jahren 2014/15 und 2019/20 beziehen sich auf den Wert des jeweils vorausgehenden Erhebungspunkts.

Die Ergebnisse zeigen im dekadischen Verlauf in vier der untersuchten Schulen (I, II, III, IV) einen enormen Anstieg der Schülerzahlen zwischen 19.68 % und 28.93 %. Schule V zeigt keine Tendenz, während nur an Schule VI ein dekadischer Rückgang der Schülerzahl um -13.63 % vorliegt, was in absoluten Werten einer Anzahl von 18 Schülern und Schülerinnen entspricht. In der Summe aller Stichprobenschulen ist eine positive Entwicklungstendenz der Schülerzahlen von 8.82 % festzustellen.

4.1.2 Nationalitäten

Tabelle 23.

Anteil der Schüler und Schülerinnen nicht deutscher Staatsbürgerschaft an den Stichprobenschulen

| FZgE | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. | |
|------|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|--------------------|------------|---------|
| | n _{ges} | n _{aus} | n _{aus} % | n _{ges} | n _{aus} | n _{aus} % | n _{ges} | n _{aus} | n _{aus} % | In % | absolut |
| I | 188 | 8 | 4.26 % | 197 | 27 | 13.71 % | 225 | 54 | 24 % | +19.74 % | +46 |
| II | 121 | 12 | 9.92 % | 133 | 9 | 6.77 % | 147 | 20 | 13.61 % | +3.69 % | +8 |
| III | 197 | 8 | 4.06 % | 226 | 7 | 3.10 % | 254 | 30 | 11.81 % | +7.75 % | +22 |
| IV | 108 | 0 | 0.00 % | 107 | 4 | 3.74 % | 132 | 13 | 9.85 % | +9.85 % | +13 |
| V | 194 | 10 | 5.15 % | 166 | 13 | 7.83 % | 194 | 42 | 21.65 % | +16.50 % | +32 |
| VI | 132 | 6 | 4.55 % | 108 | 9 | 8.33 % | 114 | 24 | 21.05 % | +16.50 % | +18 |

Anmerkung 23. n_{ges}: Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler des jeweiligen Schuljahres, n_{aus}: Anzahl ausländischer Schüler und Schülerinnen in absoluten Zahlen, n_{aus} %: prozentualer Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen, Dek. Entw.: dekadische Entwicklung in Prozent und absoluten Zahlen setzt die Werte von 2009/10 und 2019/20 in Bezug.

Eine erhebliche Zunahme des Anteils von Schülerinnen und Schülern ausländischer Staatsbürgerschaft ist für alle untersuchten Schulen zu konstatieren. Die Ergebnisse zeigen deutliche regionale Unterschiede in der Zusammensetzung der Schülerklientel hinsichtlich des Merkmals Nationalität. Während die Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen an den Schulen I, V und VI zum zeitlich jüngsten Erhebungspunkt zwischen 21.05 und 24 % liegen, bewegen sich die Anteile an den Schulen III und II zwischen 11.81 und 13.61 %. Mit 9.85 % zeigt Schule IV im Schuljahr 2019/20 den niedrigsten Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler, wobei hier ebenfalls der Anteil von 0.00 % ausländischer Schüler und Schülerinnen im Schuljahr 2009/10 zu bemerken ist. Am Förderzentrum I, dem FZgE in städtischer Siedlungsstruktur (Regensburg) zeichnet sich bereits zum Erhebungspunkt 2014/15 ein erheblicher Anstieg der Anzahl ausländischer Schülerinnen und Schüler ab (+9.24 %P von 2009/10 auf 2014/15), während Schule II in diesem Zeitraum eine regressive Tendenz aufweist. Die Diversifizierungstendenz an den weiteren Schulen wird vor allem in der zweiten Hälfte der betrachteten Dekade deutlich. Der Anstieg des prozentualen Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen zwischen den Erhebungspunkten 2014/15 und 2019/20 liegt bei den Schulen I (+10.29 %P), V (+13.82 %P) und VI (+12.72 %P) über und den Schulen II (+6.77 %P), III (+8.71 %P) und IV (+6.11 %P) unter zehn Prozent. Im Folgenden werden die ausländischen Schüler und Schülerinnen nach Nationalität und in geographisch, kontinentaler Zuordnung differenziert dargestellt:

Tabelle 24.

Dekadische Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an den untersuchten FZgEs in geographisch, kontinentaler Zuordnung

| Schuljahr | 2009/10 | | | | | | | 2014/15 | | | | | | | 2019/20 | | | | | | | |
|--|---------|---|----|-----|----|---|----|---------|---|----|-----|----|---|----|---------|---|----|-----|----|---|----|----|
| | FZgE | I | II | III | IV | V | VI | N | I | II | III | IV | V | VI | N | I | II | III | IV | V | VI | N |
| Europa (geographisch) – Schengen Raum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Belgien (BE) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | | 1 |
| Griechenland (GR) | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | 1 | 2 | 1 | | | | | 1 | 4 |
| Italien (IT) | 1 | | 2 | | | | 3 | 2 | 1 | | | | | 3 | 2 | | 2 | | 3 | 1 | | 8 |
| Niederlande (NL) | | | | | | | 0 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | 0 |
| Österreich (AT) | | 1 | | | | | 3 | | | | | | | 2 | | | | | | | 5 | 5 |
| Polen (PL) | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | | 2 | 3 | | | 1 | | 5 | 3 | | 9 |
| Portugal (PT) | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | 0 | | | | | | | | 0 |
| Slowakei (SK) | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | | 2 |
| Spanien (ES) | | | | | | | 0 | 3 | | | | | | 3 | 2 | | | | | | | 2 |
| Tschechien (CZ) | | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 5 | 3 | | 1 | 1 | | | | 5 |
| Ungarn (HU) | | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 2 | 1 | 5 | 3 | | 2 | | 3 | 1 | | 9 |
| Gesamt: | | | | | | | 10 | | | | | | | 23 | | | | | | | | 45 |
| Europa (geographisch) – außerhalb Schengen Raum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Albanien (AL) | | 1 | | | 1 | | 2 | 1 | | | | | | 2 | 2 | | | | | | | 2 |
| Bosnien (BO) | 1 | | 1 | | | | 2 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | | 3 |
| Bulgarien (BG) | | | | | | | 0 | 3 | | | | 1 | | 4 | 9 | 1 | 1 | 1 | 6 | | | 18 |
| Kosovo (XK) | 1 | | | | 1 | | 2 | 2 | | | | | 1 | 3 | 3 | 1 | | 2 | 3 | 2 | | 11 |
| Kroatien (HR) | | 1 | | | | 1 | 2 | | | | | | | 0 | | | 1 | | 1 | 3 | | 5 |
| Mazedonien (MK) | | 1 | | | 1 | | 2 | | | | | | 1 | 1 | | | | | | | | 0 |
| Rumänien (RO) | | 2 | | | | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 2 | 1 | 1 | 11 | 5 | 3 | 10 | 2 | 4 | 3 | | 27 |
| Serbien (RS/CS his.) | | 1 | | | | | 1 | | 2 | | | | | 2 | | | 1 | | | | | 1 |
| Ukraine (UA) | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | | | | 2 | 1 | | | | | | | 1 |
| Gesamt: | | | | | | | 15 | | | | | | | 26 | | | | | | | | 68 |
| Asien | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Georgien (GE) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | 1 |
| Indien (IN) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | 1 | 2 |
| Irak (IQ) | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | | | 12 |
| Russland (RU) | | | | | | 2 | 2 | 2 | | | | | 3 | 5 | | 1 | | | | | | 1 |
| Thailand (TH) | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | 1 | 2 | | | | | | | 2 |
| Vietnam (VN) | 3 | | 1 | | | | 4 | 4 | | | | | | 4 | 2 | | | | | | | 2 |
| Gesamt: | | | | | | | 7 | | | | | | | 11 | | | | | | | | 20 |
| Nahe/Mittlerer Osten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Afghanistan (AF) | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | 1 | 2 | | 1 | | 3 | | | 6 |
| Algerien (DZ) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | 1 |
| Aserbaidshjan (AZ) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | 1 | 2 | 1 | 1 | | | | 5 |
| Pakistan (PK) | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | 0 | | | 1 | | | | | 1 |
| Syrien (SY) | | | | | | | 0 | | 1 | | 1 | | | 2 | 7 | 1 | 2 | 3 | 9 | 3 | | 25 |
| Türkei (TR) | 3 | 3 | 1 | | 6 | | 13 | 1 | 1 | 1 | | 4 | | 7 | | 1 | 1 | | 1 | | | 3 |
| Gesamt: | | | | | | | 14 | | | | | | | 10 | | | | | | | | 41 |
| Afrika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eritrea (ER) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | | 1 |
| Nigeria (NG) | | | | | | | 0 | 1 | | | | | | 1 | 1 | 1 | | | | | | 2 |
| Südafrika (ZA) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | | 1 |
| Gesamt: | | | | | | | 0 | | | | | | | 1 | | | | | | | | 4 |
| Amerika - Südamerika | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Amerika (US) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | | 1 |
| Kolumbien (CO) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | | | | | | 1 | 1 |
| Mexiko (MX) | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | | 1 |
| Gesamt: | | | | | | | 0 | | | | | | | 0 | | | | | | | | 3 |

Anmerkung 24. Die Tabelle zeigt schulgenau die Verteilung der ausländischen Schüler und Schülerinnen nach Nationalität. Spalte N: Summe je Nationalität je Schuljahr. Gesamt: Summe der kontinentalen Zugehörigkeit je Schuljahr.

Tabelle 24 zeigt einen Anstieg der Anzahl ausländischer Schülerinnen und Schülern in allen geographisch-kontinentalen Kategorien. Schüler und Schülerinnen aus europäischen Ländern außerhalb des Schengen Raums stellen zu allen drei Erhebungszeitpunkten (15-26-68) die größte Gruppe dar; innerhalb derer sich die Anzahl von Kindern und Jugendlichen aus Rumänien (3-11-27) dekadisch verneunfacht. Die zweitgrößte Gruppe bilden Schülerinnen und Schüler aus dem Europäischen Schengen Raum, deren zahlenmäßige Entwicklung vor allem in der zweiten Hälfte der Dekade einen nahezu exponentiellen Verlauf aufweist und im betrachteten Jahrzehnt mehr als eine Vervielfachung (10-23-45) erlebt. Im Schuljahr 2019/20 bilden Schülerinnen und Schüler mit ungarischer (9), polnischer (9) und italienischer (8) Staatsangehörigkeit darin die größten Subgruppen. Anteilig fast gleichwertig vertreten sind Schüler und Schülerinnen aus dem Nahen und Mittleren Osten, deren zahlenmäßige Entwicklung sich zum Zeitpunkt 2014/15 regressiv zeigt und 2019/20 nahezu verdreifacht (14-10-41). Bilden zum Schuljahr 2009/10 türkische Schülerinnen und Schüler mit 93 % innerhalb der Population aus dem Mittleren und Nahen Osten die größte Gruppe, sind es 2019/20 mit 61 % syrische Kinder und Jugendliche, während der Anteil türkischstämmiger auf 7.3 % regrediert. Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler aus dem geographischen Asien (7-11-20) steigt zwischen 2014/15 und 2019/20 maßgeblich durch irakische Kinder und Jugendliche, die zwölf Schüler und Schülerinnen machen 2019/20 60 % des Nationalitätenclusters aus. Schüler und Schülerinnen aus Afrika, Amerika und Südamerika sind erst zum jüngsten Erhebungszeitpunkt in einem prozentualen Anteil von 3.8 % der Gruppe ausländischer Schülerinnen und Schüler im Jahr 2019/20 ausmachbar. Die folgende Abbildung bietet einen zusammenfassenden Überblick in geographischer, kontinentaler Zuordnung der ausländischen Schüler*innen an den untersuchten FZgEs:

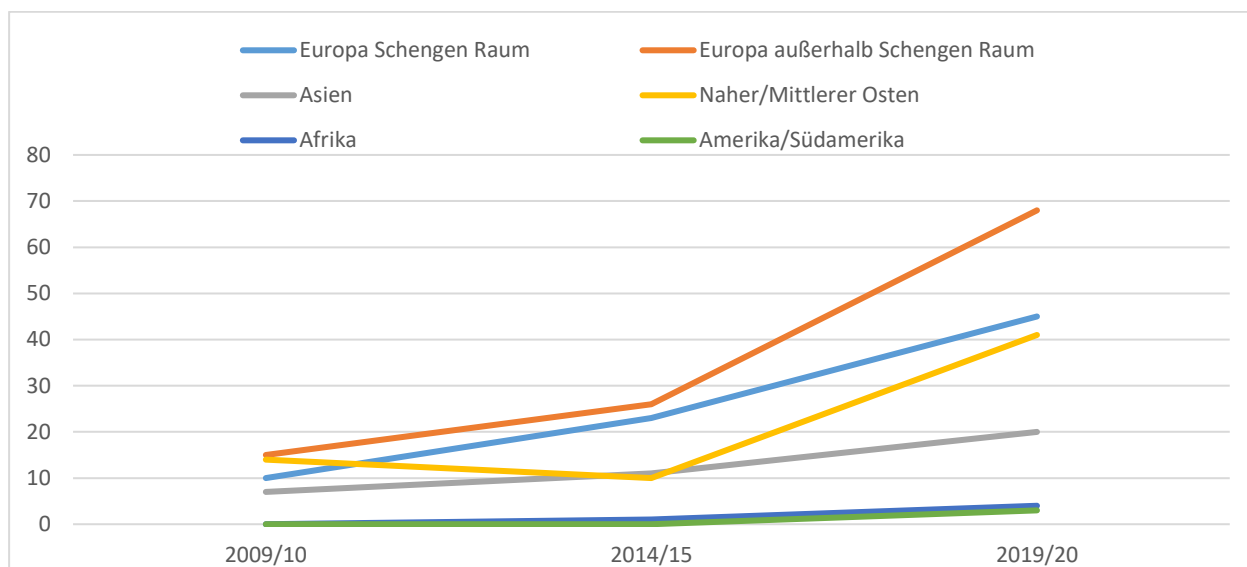


Abbildung 12. Grafische Überblicksdarstellung der dekadischen Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler (Summer aller Stichprobenschulen) in geographischer, kontinentaler Zuordnung.

4.1.3 Geschlechterverhältnis

Tabelle 25.

Geschlechterverhältnis schulgenau und in Gesamtsumme der Stichprobe nach Erhebungspunkten

| FZgE | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | |
|--------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------|----------------|----------------|--------------------|
| | N _m | N _f | m : f in % | N _m | N _f | m : f in % | N _m | N _f | m : f in % |
| I | 129 | 59 | 68.6 : 31.4 | 135 | 62 | 68.5 : 31.5 | 156 | 69 | 69.3 : 30.7 |
| II | 74 | 47 | 61.2 : 38.8 | 78 | 55 | 58.6 : 41.4 | 88 | 59 | 59.9 : 40.1 |
| III | 129 | 68 | 65.5 : 34.5 | 145 | 81 | 64.2 : 35.8 | 144 | 110 | 56.7 : 43.3 |
| IV | 57 | 51 | 52.8 : 47.2 | 54 | 53 | 50.5 : 49.5 | 80 | 52 | 60.6 : 39.4 |
| V | 123 | 71 | 63.4 : 36.6 | 106 | 60 | 63.9 : 36.1 | 123 | 71 | 63.4 : 36.6 |
| VI | 86 | 46 | 65.2 : 34.8 | 64 | 44 | 59.3 : 40.7 | 80 | 34 | 70.2 : 29.8 |
| Ges.: | 598 | 342 | 63.6 : 36.4 | 582 | 355 | 62.1 : 37.9 | 642 | 424 | 60.2 : 39.8 |

Anmerkung 25. N_m: Anzahl Schüler, N_f: Anzahl Schülerinnen, m : f in %: Verhältnisdarstellung maskulin/feminin in Prozent.

Die Geschlechterverhältnisse entsprechen in der Gesamtsumme mit marginalen Abweichungen, dem bundesweiten Verhältnis in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen mit Behinderung von ca. 60 % maskulin zu 40 % feminin⁶³. Die Geschlechterverhältnisse an den Einzelschulen zeigen sowohl innerhalb als auch zwischen den Erhebungspunkten erhebliche Schwankungen deren äußere Werte bei fast paritätischen Geschlechterverhältnissen von 50.5 % (m) zu 49.5 % (f) (Schule IV / Schuljahr 2014/15) und deutlicher maskuliner Überrepräsentanz von 70.2 % (m) zu 29.8 % (f) (Schule VI / Schuljahr 2019/20) liegen, während das Geschlechterverhältnis der Gesamtsumme der jeweiligen Stichproben unauffällig kongruent mit den Aussagen der Bundesstatistik ist. Die Varianz der Verhältnisse zeigt sich ebenfalls in regionalen Diskontinuitäten (z. B. Schule VI 59.3 : 40.7 in 2014/15 und 70.2 : 29.8 in 2019/20).

4.2 Diagnostische Indikatoren

Während die herangezogenen soziostrukturellen Indikatoren Teil der Datenerhebung im Rahmen der amtlichen Schulstatistik sind, die an jeder Schule systematisch erfasst werden und vollständig verfügbar sind, bleiben diagnostische Aspekte zur Beschreibung der Schülerschaft ohne überblickende amtliche statistische Auswertung. Die tabellarischen und grafischen Auswertungen fassen die Ergebnisse aller Schulen unter Darstellung der dekadischen Entwicklung zusammen.

4.2.1 Intelligenzniveaus

Intelligenzniveauprofile der Schülerklientel an FZgEs sind durch die Diagnostik des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich der geistigen Entwicklung relativ verlässlich erstellbar, auch wenn nicht im Zuge jeder Diagnostik ein IQ-Wert ermittelt werden kann. Die Profile können einerseits Hinweise auf bestehende Heterogenität hinsichtlich der Schweregrade der Intelligenzminderung, andererseits auf sich verändernde Qualitätsmerkmale der Schülerklientel verweisen.

⁶³ Der Anteil maskuliner, unter 18-jähriger Kinder und Jugendlicher mit Behinderung beläuft sich nach eigener Berechnungen auf der Grundlage der Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2009 auf 59,12 % und im Jahr 2019 auf 61,23 %. Statistisches Bundesamt - Zweigstelle Bonn 2021.

Tabelle 26.

Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2009/10

| FZgE | I | II | III | IV | V | VI | Abs. / % |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| >84 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 / 0.5 |
| 70-84 | 6 | 11 | 6 | 6 | 10 | 4 | 43 / 4.6 |
| 50-69 | 73 | 68 | 46 | 29 | 87 | 49 | 352 / 37.4 |
| 35-49 | 12 | 4 | 14 | 9 | 35 | 13 | 87 / 9.3 |
| <i>n.m.</i> | 60 | 7 | 32 | 50 | 35 | 53 | 237 / 25.2 |
| <i>k.A.</i> | 37 | 27 | 99 | 14 | 27 | 12 | 216 / 23 |
| <i>N_{Ges}</i> | 188 | 121 | 197 | 108 | 194 | 132 | 940 / 100 |

Anmerkung 26. *n.m.*: nicht messbar, *k.A.*: keine Angabe, Abs. / %: Angabe der Summe in absoluten Zahlen und Prozent (Anteil an der Gesamtsumme des jeweiligen Erhebungspunktes).

Tabelle 27.

Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2014/15

| FZgE | I | II | III | IV | V | VI | Abs. / % |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| >84 | 0 | 4 | 1 | 0 | 1 | 0 | 6 / 0.6 |
| 70-84 | 6 | 10 | 15 | 4 | 7 | 10 | 52 / 5.5 |
| 50-69 | 85 | 86 | 55 | 31 | 88 | 37 | 382 / 40.8 |
| 35-49 | 6 | 4 | 7 | 5 | 20 | 8 | 50 / 5.3 |
| <i>n.m.</i> | 70 | 7 | 57 | 43 | 28 | 41 | 246 / 26.3 |
| <i>k.A.</i> | 30 | 22 | 91 | 24 | 22 | 12 | 201 / 21.5 |
| <i>N_{Ges}</i> | 197 | 133 | 226 | 107 | 166 | 108 | 937 / 100 |

Anmerkung 27. *n.m.*: nicht messbar, *k.A.*: keine Angabe, Abs. / %: Angabe der Summe in absoluten Zahlen und Prozent (Anteil an der Gesamtsumme des jeweiligen Erhebungspunktes).

Tabelle 28.

Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2019/20

| FZgE | I | II | III | IV | V | VI | Abs. / % |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------------|
| >84 | 0 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 6 / 0.6 |
| 70-84 | 4 | 12 | 25 | 4 | 17 | 8 | 70 / 6.6 |
| 50-69 | 93 | 92 | 116 | 60 | 117 | 37 | 515 / 48.3 |
| 35-49 | 13 | 8 | 17 | 4 | 7 | 6 | 55 / 5.2 |
| <i>n.m.</i> | 86 | 8 | 43 | 51 | 42 | 21 | 251 / 23.5 |
| <i>k.A.</i> | 29 | 25 | 50 | 13 | 11 | 41 | 169 / 15.9 |
| <i>N_{Ges}</i> | 225 | 147 | 254 | 132 | 194 | 114 | 1066 / 100 |

Anmerkung 28. *n.m.*: nicht messbar, *k.A.*: keine Angabe, Abs. / %: Angabe der Summe in absoluten Zahlen und Prozent (Anteil an der Gesamtsumme des jeweiligen Erhebungspunktes).

Die Anteile der Kategorien *nicht messbar*, *keine Angabe* sowie *>84* zeigen sich über den gesamten Untersuchungszeitraum relativ konstant. Innerhalb der Schülerschaft ist im dekadischen Verlauf eine relative Zunahme der Anzahl der IQ-Werte im Bereich der *leichten Intelligenzminderung (IQ 50–69)* um 10.9 % zu beobachten, während der ohnehin sehr geringe Anteil der IQ-Werte im Bereich der *mittelgradigen Intelligenzminderung (IQ 35–49)* im dekadischen Verlauf nahezu eine Halbierung erlebt. Im Bereich der *Lernbehinderung (IQ 70–84)* ist eine leichte Anstiegstendenz zu verzeichnen. Abbildung 13 stellt die Entwicklungen im Verlauf dar. So zeichnet sich die Zunahme der Intelligenzdiagnostik in Form von IQ-Werten vor allem in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen im Bereich der leichten geistigen Behinderung ab, während die Zahl der Kinder ohne Angaben (k.A.) im dekadischen Verlauf abnimmt. Die Gruppe der Schüler und Schülerinnen im IQ-Bereich der Lernbehinderung (70–84) vergrößert sich in absoluten Zahlen deutlich (43 in 2009/10 zu 70 in 2019/20), was sich in der Summe als geringfügige anteilige Zunahme von 2 % ausdrückt.

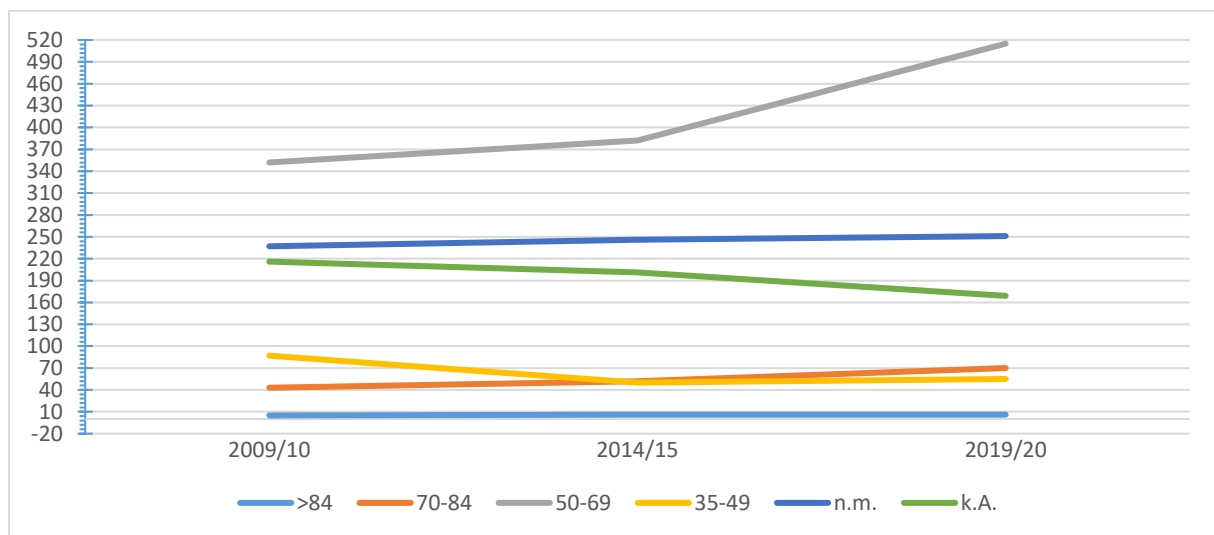


Abbildung 13. Entwicklungen der Intelligenzniveaus in der Stichprobensumme. N.m.: nicht messbar, k.A.: keine Angabe.

4.2.2 Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen

Zur Abbildung der Makrotendenzen hinsichtlich der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen (Kategorie F nach ICD-10), fasst die folgende Tabelle die Anzahl psychiatrisch diagnostizierter Schülerinnen und Schüler in absoluten und prozentualen Angaben zusammen. Der einleitende Überblick zu diagnostizierten Schülern und Schülerinnen nimmt keine Differenzierung nach Diagnosekategorien vor. Diagnosen der Kodierungsgruppe F7 (Intelligenzminderung) wurden zwar erhoben, werden aber in Anlehnung an den „breiten Konsens, geistige Behinderung als menschliche Existenzweise [...] und nicht als klinische Störung“ (Sarimski und Steinhausen 2008) zu verstehen und der medizinischen Perspektive, Intelligenzminderung sei „keine Krankheit“ (Gaese 2008, S. 131 f.), nicht den *psychiatrischen Störungsbildern* zugerechnet und bleiben in der deskriptiven Darstellung unberücksichtigt.

Tabelle 29.

Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit F-Diagnosen (außer F7)

| FZgE | I | | II | | III | | IV | | V | | VI | | Ges. | |
|------------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| $N_{ges. 09/10}$ | 188 | | 121 | | 197 | | 108 | | 194 | | 132 | | 940 | |
| 2009/10 | 94 | 50 | 66 | 55 | 124 | 63 | 55 | 51 | 70 | 36 | 66 | 50 | 475 | 51 |
| $N_{ges. 14/15}$ | 197 | | 133 | | 226 | | 107 | | 166 | | 108 | | 937 | |
| 2014/15 | 134 | 68 | 65 | 49 | 157 | 70 | 91 | 85 | 72 | 43 | 52 | 48 | 571 | 61 |
| $N_{ges. 19/20}$ | 225 | | 147 | | 254 | | 132 | | 194 | | 114 | | 1066 | |
| 2019/20 | 194 | 86 | 55 | 37 | 188 | 74 | 110 | 83 | 118 | 61 | 68 | 60 | 733 | 69 |
| Dek. Entw. | +100 | +36 | -11 | -18 | +64 | +11 | +55 | +32 | +48 | +25 | +2 | +10 | +258 | +18 |

Anmerkung 29. $N_{ges. xx/xx}$: Gesamtzahl der Schüler und Schülerinnen des Erhebungspunktes, Dek. Entw.: die dekadische Entwicklung vergleicht die Werte aus den Schuljahren 2009/10 und 2019/20, Abs.: Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit mindestens einer F-Diagnose (außer F7) in absoluten Zahlen, %.: Anteil der Schüler und Schülerinnen mit mindestens einer F-Diagnose an $N_{ges. xx/xx}$ in Prozent. Ges.: in der Spalte Ges. wird die Summe aller Stichprobenschulen ausgewertet.

Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler mit mindestens einer F-Diagnose (außer F7) nimmt in der dekadischen Entwicklung an fünf von sechs Stichprobenschulen in unterschiedlichem Umfang zu. Während sich an Schule VI eine dekadisch prozentuale Zunahme psychiatrisch diagnostizierter Kinder um 10 % zeigt, beläuft sich die Zunahme einschlägig diagnostizierter Schüler und Schülerinnen an Schule I auf 36 %. Sowohl in den prozentualen Entwicklungen als auch hinsichtlich der absoluten Fallzahlen sind erhebliche Unterschiede zwischen den Stichprobenschulen auszumachen. Eine negative Entwicklung der absoluten Fallzahlen (-11) als auch des prozentualen Anteils (-18 %P) ist lediglich an Schule II zu belegen, während sich die Zunahme der Anzahl diagnostizierter Kinder und Jugendlicher in der Auswertung der Gesamtsumme aller Stichprobenschulen auf 18 %P beläuft.

Aufgrund der naheliegenden Annahme, Kinder und Jugendliche, die in der Kategorie *keine Angabe* (k.A.) gelistet sind, führen zu einer Verzerrung der Ergebnisse, zeigt Tabelle 30 zur Vervollständigung der Angaben die Anteile dieser Gruppe von Schülerinnen und Schülern. Sie bilden zusammen mit der Gruppe der Kinder und Jugendlichen *ohne psychiatrische Diagnose* den Rest der Grundgesamtheiten:

Tabelle 30.

Übersicht der Kategorie k.A.

| FZgE | I | | II | | III | | IV | | V | | VI | | Ges. | |
|------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| $N_{ges. 09/10}$ | 188 | | 121 | | 197 | | 108 | | 194 | | 132 | | 940 | |
| 2009/10 | 20 | 11 % | 9 | 7 % | 19 | 10 % | 36 | 33 % | 39 | 20 % | 14 | 11 % | 137 | 15 % |
| $N_{ges. 14/15}$ | 197 | | 133 | | 226 | | 107 | | 166 | | 108 | | 937 | |
| 2014/15 | 12 | 6 % | 13 | 10 % | 30 | 13 % | 6 | 6 % | 44 | 27 % | 9 | 8 % | 114 | 12 % |
| $N_{ges. 19/20}$ | 225 | | 147 | | 254 | | 132 | | 194 | | 114 | | 1066 | |
| 2019/20 | 11 | 5 % | 13 | 9 % | 22 | 9 % | 0 | 0 % | 28 | 14 % | 6 | 5 % | 80 | 8 % |

Anmerkung 30. $N_{ges. xx/xx}$: Gesamtzahl der Schüler und Schülerinnen des Erhebungspunktes, Abs.: Anzahl der Schüler und Schülerinnen in der Kategorie k.A. in absoluten Zahlen, %.: Anteil der Schüler und Schülerinnen in der Kategorie k.A. an $N_{ges. xx/xx}$ in Prozent. Ges.: in der Spalte Ges. wird die Summe aller Stichprobenschulen ausgewertet.

Der Umfang der Kategorie *k.A.* bewegt sich im Durchschnitt aller Schulen von 15 % im Schuljahr 2009/10 hin zu 8 % im Schuljahr 2019/20.

4.2.3 Anzahl psychiatrischer Diagnosen

Als deskriptiver Annäherungsversuch an die Bedeutung der Entwicklung der Diagnosezahlen und als Tendenzbetrachtung hinsichtlich des Auftretens von psychiatrischen Mehrfachdiagnosen, stellt Tabelle 31 das *pro Kopf Verhältnis* Diagnosen zur Grundgesamtheit dar. Die Darstellung wird bewusst plakativ gewählt und entspricht selbstredend nicht der diagnostischen Wirklichkeit, da sie fiktional von einer gleichmäßigen Verteilung der Diagnosen auf *alle* Schülerinnen und Schüler ausgeht.

Tabelle 31.

Verhältnis der Anzahl psychiatrischer Diagnosen zur Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen

| <i>FZgE</i> | <i>I</i> | <i>II</i> | <i>III</i> | <i>IV</i> | <i>V</i> | <i>VI</i> | <i>Ges.</i> | $\frac{N_{Diag.}}{N_{ges.}}$ |
|-------------------|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|-------------|------------------------------|
| $N_{ges. 09/10}$ | 188 | 121 | 197 | 108 | 194 | 132 | 940 | |
| $N_{Diag. 09/10}$ | 188 | 103 | 192 | 96 | 120 | 115 | 814 | 0.9 : 1 |
| $N_{ges. 14/15}$ | 197 | 133 | 226 | 107 | 166 | 108 | 937 | |
| $N_{Diag. 14/15}$ | 330 | 99 | 277 | 150 | 143 | 89 | 1088 | 1.2 : 1 |
| $N_{ges. 19/20}$ | 225 | 147 | 254 | 132 | 194 | 114 | 1066 | |
| $N_{Diag. 19/20}$ | 565 | 93 | 339 | 180 | 219 | 134 | 1530 | 1.4 : 1 |

Anmerkung 31. $N_{Diag.}$: absolute Anzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen, $N_{ges. xx/xx}$: Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt, $N_{Diag.} / N_{ges.}$: Verhältnis der Gesamtzahl der Diagnosen zur Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen (x Diagnosen pro Kopf – experimentell, ohne Berücksichtigung von Mehrfachdiagnosen).

Das *pro Kopf Verhältnis* zeigt in der Gesamtsumme eine positive Entwicklung um 0.5 Diagnosen von 0.9 Diagnosen hin zu 1.4 Diagnosen pro Schüler oder Schülerin.

4.2.4 Mehrfachdiagnosen

Auf der Grundlage des Anstiegs der *pro Kopf Diagnosen*, nimmt Tabelle 32 die Darstellung *mehrfachdiagnostizierter Kinder und Jugendlicher* vor. Als *mehrfachdiagnostiziert* gelten Kinder und Jugendliche, die mindestens zwei F-Diagnosen aufweisen ($F \geq 2$). Sämtliche Diagnosen der Kodierungsgruppe F 7 (Intelligenzminderung) bleiben in der Berechnung weiterhin unberücksichtigt. Die prozentualen Werte der Einzelschulen beziehen sich auf die Grundgesamtheit aller Schülerinnen und Schüler der jeweiligen Schule und des untersuchten Schuljahres:

Tabelle 32.

Anteil der Schüler und Schülerinnen mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen ($F \geq 2$) an der Grundgesamtheit

| FZgE | I | | II | | III | | IV | | V | | VI | | Ges. | |
|--------------------|-------------|------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|------------|
| | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % | Abs. | % |
| $N_{ges. 09/10}$ | 188 | | 121 | | 197 | | 108 | | 194 | | 132 | | 940 | |
| $N_{mehr 09/10}$ | 55 | 29 | 32 | 26 | 46 | 23 | 28 | 26 | 30 | 15 | 35 | 27 | 226 | 24 |
| $N_{ein 09/10}$ | 37 | 20 | 34 | 28 | 78 | 40 | 26 | 24 | 40 | 21 | 31 | 23 | 246 | 26 |
| $N_{ges. 14/15}$ | 197 | | 133 | | 226 | | 107 | | 166 | | 108 | | 937 | |
| $N_{mehr 14/15}$ | 94 | 48 | 27 | 21 | 84 | 37 | 46 | 43 | 37 | 22 | 35 | 32 | 323 | 34 |
| $N_{ein 14/15}$ | 40 | 20 | 38 | 30 | 72 | 31 | 45 | 42 | 35 | 21 | 18 | 17 | 248 | 26 |
| $N_{ges. 19/20}$ | 225 | | 147 | | 254 | | 132 | | 194 | | 114 | | 1066 | |
| $N_{mehr 19/20}$ | 162 | 72 | 27 | 18 | 107 | 42 | 57 | 43 | 55 | 28 | 41 | 36 | 449 | 42 |
| $N_{ein 19/20}$ | 31 | 14 | 28 | 19 | 81 | 32 | 54 | 41 | 63 | 32 | 27 | 24 | 284 | 27 |
| Dekadische | +107 | +43 | -5 | -8 | +61 | +19 | +29 | +17 | +25 | +13 | +6 | +9 | +223 | +18 |
| Entwicklung | -6 | -6 | -6 | -9 | +3 | -8 | +28 | +17 | +23 | +11 | -4 | +1 | +38 | +1 |

Anmerkung 32. Abs.: Absolute Anzahl Schüler und Schülerinnen, %: Prozentualer Anteil Schüler und Schülerinnen an der Grundgesamtheit aller Schüler und Schülerinnen des jeweiligen Erhebungszeitpunktes, $N_{ges. xx/xx}$: Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen zum jeweiligen Erhebungszeitpunkt, $N_{mehr xx/xx}$: Absolute Anzahl / prozentualer Anteil der Schüler und Schülerinnen mit kinder und jugendpsychiatrischer Mehrfachdiagnose, $N_{ein xx/xx}$: Absolute Anzahl / prozentualer Anteil von Schülern und Schülerinnen mit einfacher kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnose, Ges.: Auswertung der Summe aller Schülerinnen und Schüler aller Stichprobenschulen.

Die dekadische Gesamtentwicklung zeigt einen Anstieg der Menge der psychiatrisch mehrfach diagnostizierten Kinder und Jugendlichen um 18 %P, der in absoluten Zahlen einer dekadischen Verdoppelung entspricht (+223). Hinsichtlich der Zunahme der Zahl mehrfachdiagnostizierter Schülerinnen und Schüler auf Einzelschulebene (I, III, IV, V, VI) bilden Schule VI mit 9 %P und Schule I mit 43 %P die äußersten Werte in der dekadischen Entwicklung. Schulen III, IV und V weisen einen Anstieg der Gruppe mehrfachdiagnostizierter Schülerinnen und Schüler zwischen 13 und 19 %P auf. Analog zu den Entwicklungen der Diagnosezahlen (Tabelle 29), ist lediglich an Schule II eine leichte Regressionstendenz von -8 %P festzustellen. Die Anzahl einfach psychiatrisch diagnostizierter Kinder und Jugendlicher in der Gesamtsumme der Stichprobenschulen stieg im dekadischen Verlauf um lediglich 1 %P, was absolut 38 Schülerinnen und Schülern entspricht. Schule I und II verzeichnen hier einen Rückgang sowohl der prozentualen, als auch der absoluten Werte, während an Schule VI die absolute Fallzahl bei marginalem prozentualen Anstieg um 4 Fälle sinkt.

4.2.5 Verteilung der Diagnosearten

Da die bloße Betrachtung der Fall- und Diagnosezahlen noch keine detaillierte Bewertung zulässt, werden die unter 4.2.1 bis 4.2.4 dargestellten Ergebnisse durch die folgenden tieferen Aufschlüsselungen des Datenmaterials hinsichtlich der Verteilung und Häufigkeit bestimmter Diagnosearten ergänzt. Tabelle 33 bietet eine kursorische Gesamtdarstellung der Kategorien und absoluten Fallzahlen aus der Summe aller Stichprobenschulen. Die schulgenaue Darstellung erfolgt unter den einzelnen Störungskategorien.

Tabelle 33.

Dekadische Entwicklung der Diagnosezahlen nach Störungskategorie

| <i>SJ</i> | <i>2009/10</i> | <i>2014/15</i> | <i>2019/20</i> | <i>Dek. Entwicklung %</i> |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|---------------------------|
| <i>F 90</i> | 97 | 115 | 111 | +14.43 |
| <i>F 9</i> | 80 | 93 | 143 | +78.75 |
| <i>F84</i> | 85 | 109 | 146 | +71.76 |
| <i>F8</i> | 524 | 733 | 1074 | +104.96 |
| <i>Sonstige</i> | 28 | 38 | 56 | +100.00 |
| Ges.: | 814 | 1088 | 1530 | +87.96 |

Anmerkung 33. Dek. Entwicklung %: Bei der prozentualen dekadischen Entwicklung werden die Diagnosezahlen der jeweiligen Kategorie ohne Bezugnahme auf die Gesamtschülerzahlen aus den Schuljahren 2009/10 und 2019/20 in Relation gesetzt und eine prozentuale Entwicklung errechnet.

In allen Störungskategorien ist eine dekadische Zunahme der Diagnosezahlen zu verzeichnen. Die Gesamtanzahl psychiatrischer Diagnosen steigt im dekadischen Verlauf um 87.96 %P von 814 zu 1530 Diagnosen. Während sich die Entwicklung der Fallzahlen F90 (hyperkinetische Störungen/ADHS) mit +14.43 %P im Vergleich zu den weiteren erhobenen Störungskategorien zwar groß aber am wenigsten ausgeprägt zeigt, erfahren die Fallzahlen der Kategorien F9 (Verhaltens und emotionale Störungen) und F84 (ASS) verglichen mit den Zahlen des Schuljahrs 2009/10 einen Zuwachs um ca. drei Viertel (F9 = +78.75 %P / F84 = +71.76 %P). Die Anzahl von Diagnosen der Kategorien F8 (umschriebene Entwicklungsstörungen) und *Sonstige*, erlebt in der dekadischen Entwicklung eine Verdopplung. Die detaillierte Betrachtung der Diagnosezahlentwicklung im Verhältnis zur Grundgesamtheit respektive zur Gesamtzahl der psychiatrischen Diagnosen erfolgt im Zuge der Detailauswertungen der einzelnen Störungskategorien.

4.2.5.1 F8 – Umschriebene Entwicklungsstörungen

Umschriebene Entwicklungsstörungen bilden innerhalb der F-Diagnosen der untersuchten Schülerschaft die größte Gruppe. Gerade in frühen kindlichen Entwicklungsphasen zeigen Kinder mit geistiger Behinderung verzögerte Entwicklungen, die noch nicht als globale Entwicklungsstörung im Sinne einer Behinderung eingestuft werden. Das Vorliegen einer oder mehrerer F8 Diagnosen bildet häufig die Zugangsindikation zum medizinischen, therapeutischen und pädagogischen Hilfssystem. Die Darstellung der Häufigkeit erfolgt in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen (außer F7), eine Zuordnung im Sinne einer administrativen Prävalenz ist aufgrund der häufigen Mehrfachdiagnosen in der Kategorie F8 rechnerisch nicht aussagekräftig.

Tabelle 34.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F8 – umschriebene Entwicklungsstörungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|--------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------------|--------------|
| | <i>N</i> _{Ges.} | F8 | F8 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F8 | F8 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F8 | F8 an <i>N</i> _{Ges.} | |
| I | 188 | 130 | 69.15 | 330 | 244 | 73.94 | 565 | 442 | 78.23 | +9.08 |
| II | 103 | 61 | 59.22 | 99 | 55 | 55.55 | 93 | 43 | 46.24 | -12.98 |
| III | 192 | 131 | 68.23 | 277 | 190 | 68.59 | 339 | 235 | 69.32 | +1.09 |
| IV | 96 | 71 | 73.96 | 150 | 122 | 81.33 | 180 | 151 | 83.89 | +9.93 |
| V | 120 | 60 | 50.00 | 143 | 73 | 51.05 | 219 | 123 | 56.16 | +6.16 |
| VI | 115 | 71 | 61.74 | 89 | 49 | 55.06 | 134 | 80 | 59.70 | -2.04 |
| Ges.: | 814 | 524 | 64.37 | 1088 | 733 | 67.37 | 1530 | 1074 | 70.20 | +5.83 |

Anmerkung 34. *N*_{Ges.}: Absolute Zahl der F-Diagnosen (außer F7), F8: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F8, F8 an *N*_{Ges.}: Prozentualer Anteil F8 Diagnosen an der Summe aller F-Diagnosen (außer F7), Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Im Schuljahr 2009/10 machen F8 Diagnosen 64.37 %, 2014/15 67.37 % und 2019/20 70.20 % der Gesamtanzahl der Diagnosen aus, also zu allen Erhebungspunkten annähernd ein Drittel aller Diagnosen mit dekadisch prozentual leicht steigender Tendenz und einer nahezu verdoppelten Anzahl in absoluten Zahlen.

4.2.5.2 F84 – Autismusspektrumstörungen (ASS)

Diagnosen aus dem *Autismus-Spektrum*, das in der ICD-10 unter F84 – *tiefgreifende Entwicklungsstörungen* - abgebildet wird, stellen sich im Gesamtergebnis nach den *umschriebenen Entwicklungsstörungen* (F8) als zweitgrößte Diagnosegruppe an den untersuchten Schulen heraus.

Tabelle 35.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F84 – Autismusspektrumstörungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|--------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|--------------|
| | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | |
| I | 188 | 19 | 10.11 | 330 | 29 | 8.79 | 565 | 50 | 8.85 | -1.26 |
| II | 103 | 10 | 9.71 | 99 | 14 | 14.14 | 93 | 18 | 19.35 | +9.64 |
| III | 192 | 29 | 15.10 | 277 | 32 | 11.55 | 339 | 32 | 9.44 | -5.66 |
| IV | 96 | 7 | 7.29 | 150 | 13 | 8.67 | 180 | 11 | 6.11 | -1.18 |
| V | 120 | 12 | 10.00 | 143 | 14 | 9.79 | 219 | 20 | 9.13 | -0.87 |
| VI | 115 | 8 | 6.96 | 89 | 7 | 7.87 | 134 | 15 | 11.19 | +4.23 |
| Ges.: | 814 | 85 | 9.58 | 1088 | 109 | 10.02 | 1530 | 146 | 9.54 | -0.04 |

Anmerkung 35. *N*_{Ges.}: Absolute Zahl der F-Diagnosen (außer F7), F84: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F84, F84 an *N*_{Ges.}: Prozentualer Anteil F84 Diagnosen an der Summe aller F-Diagnosen (außer F7), Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Diagnosen der Kategorie Autismusspektrumstörungen (ASS – F84) zeigen hinsichtlich ihres prozentualen Anteils an der Gesamtheit aller F-Diagnosen über die betrachtete Dekade einen sehr stabilen Wert von $\approx 10\%$ mit maximaler Streubreite von $\pm 0.48\%$ (zwischen 2014/15 und 2019/20). Um dieser stabilen Entwicklung vor dem Hintergrund der steigenden Schülerzahlen nachzugehen, nimmt Tabelle 36 die Darstellung der absoluten Fallzahlen und prozentualer Anteile bezogen auf die jeweiligen Grundgesamtheiten der Schülerinnen und Schüler zu den Erhebungspunkten vor. Im Falle von ASS-Diagnosen liegen in der Regel keine Doppeldiagnosen bei einer Person vor, so dass in dieser Kategorie die Berechnung der Prävalenz innerhalb der untersuchten Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler möglich ist.

Tabelle 36.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F84 – Autismusspektrumstörungen in Relation zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|--------------------------|-----------|---------------------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|--------------------------|------------|---------------------------------|--------------|
| | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F84 | F84 an <i>N</i> _{Ges.} | |
| I | 188 | 19 | 10.11 | 197 | 29 | 14.72 | 225 | 50 | 22.22 | +12.11 |
| II | 121 | 10 | 8.26 | 133 | 14 | 10.53 | 147 | 18 | 12.24 | +3.98 |
| III | 197 | 29 | 14.72 | 226 | 32 | 14.16 | 254 | 32 | 12.60 | -2.12 |
| IV | 108 | 7 | 6.48 | 107 | 13 | 12.15 | 132 | 11 | 8.33 | +1.85 |
| V | 194 | 12 | 6.19 | 166 | 14 | 8.43 | 194 | 20 | 10.31 | +4.12 |
| VI | 132 | 8 | 6.06 | 108 | 7 | 6.48 | 114 | 15 | 13.16 | +7.10 |
| Ges.: | 940 | 85 | 9.04 | 937 | 109 | 11.63 | 1066 | 146 | 13.70 | +4.66 |

Anmerkung 36. *N*_{Ges.}: Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler, F84: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F84, F84 an *N*_{Ges.}: Prozentualer Anteil F84 Diagnosen an der Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler, Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Der prozentuale Anteil von Kindern mit *Autismusdiagnosen* entwickelte sich von 9.04 % / 85 Fälle 2009/10 über 11.63 % / 109 Fälle 2014/15 hin zu einem prozentualen Anteil von 13.70 % / 146 Fälle an der Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler aller Schulen. Die Schulen I und VI erleben im dekadischen Verlauf einen drastischen Anstieg der anteiligen Fallzahlen um +12.11 %P und +7.10 %P, während lediglich Schule III bei einem stabil hohen Niveau des Anteils autistischer Kinder und Jugendlicher im dekadischen Verlauf eine leicht regressive Tendenz von -2.12 %P aufweist. Die positive Entwicklung hinsichtlich der Prävalenz von ASS in der Summe der Grundgesamtheiten der einzelnen Schulen beläuft sich im dekadischen Verlauf auf +4.66 %P.

4.2.5.3 F9 - Verhaltens- und emotionale Störungen

Die Gruppe F9 beschreibt *Störungen des Sozialverhaltens* (F91), *kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen* (F92), *emotionale Störungen* (F93), *Störungen sozialer Funktionen* (F94), *Ticstörungen* (F95) sowie *andere Verhaltens- und emotionale Störungen* (F98) mit Beginn in der Kindheit und Jugend (Weltgesundheitsorganisation 2015, S. 355–356).

Tabelle 37.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|--------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------|--------------------------|------------|--------------------------------|--------------|
| | <i>N</i> _{Ges.} | F9 | F9 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F9 | F9 an <i>N</i> _{Ges.} | <i>N</i> _{Ges.} | F9 | F9 an <i>N</i> _{Ges.} | |
| I | 188 | 8 | 4.25 | 330 | 14 | 4.24 | 565 | 27 | 4.78 | +0.53 |
| II | 103 | 10 | 9.71 | 99 | 8 | 8.08 | 93 | 8 | 8.60 | -1.11 |
| III | 192 | 13 | 6.77 | 277 | 23 | 8.30 | 339 | 39 | 11.50 | +4.73 |
| IV | 96 | 10 | 10.42 | 150 | 7 | 4.67 | 180 | 12 | 6.67 | -3.75 |
| V | 120 | 19 | 15.83 | 143 | 25 | 17.48 | 219 | 30 | 13.70 | -2.13 |
| VI | 115 | 20 | 17.39 | 89 | 16 | 17.98 | 134 | 27 | 20.15 | +2.76 |
| Ges.: | 814 | 80 | 9.83 | 1088 | 93 | 8.55 | 1530 | 143 | 9.35 | -0.48 |

Anmerkung 37. *N*_{Ges.}: Absolute Zahl der F-Diagnosen (außer F7), F9: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F9, F9 an *N*_{Ges.}: Prozentualer Anteil F9 Diagnosen an der Summe aller F-Diagnosen (außer F7), Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Der prozentuale Anteil von Störungsbildern der Kodierungskategorie F9 erweist sich bei erheblichem Anstieg der Gesamtzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen im dekadischen Verlauf mit $\approx 9\%$ als stabil, wobei deutliche Kumulationen von F9 Diagnosen an einzelnen Stichprobenschulen zu erkennen sind, die die sich ebenfalls im dekadischen Verlauf relativ stabil darstellen. Schule I bildet im gesamten Betrachtungszeitraum die untere (4.25–4.24–4.78 %), Schule VI die obere (17.39–17.98–20.15 %) Grenze des Anteils von F9 Diagnosen an der Gesamtanzahl psychiatrischer Diagnosen. Zur Verdeutlichung der Kategorien und möglicher Symptomatik, welchen im pädagogischen Alltag begegnet werden muss, ordnet Tabelle 38 die Diagnosen den jeweiligen diagnostischen Subkategorien zu:

Tabelle 38.

Detailauflistung der absoluten Häufigkeiten der Subkategorien Diagnosegruppe F9

| SJ | 2009/10 | | | | | | 2014/15 | | | | | | 2019/20 | | | | | | | | |
|----------------|----------|----------|-----------|-----------|----------|----------|-----------|----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|-----------|----------|----------|-----------|------------|-----------|
| | I | II | III | IV | V | VI | I | II | III | IV | V | VI | I | II | III | IV | V | VI | | | |
| FZgE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| F91.0 | 1 | 1 | 2 | | 1 | 2 | 7 | 2 | 1 | | 2 | 1 | 6 | 2 | 1 | 1 | 5 | 1 | 10 | | |
| F91.1 | | | | | | | 0 | | | | | | 0 | | | 1 | | | 1 | | |
| F91.2 | | | | | | | 0 | | | | | 1 | 1 | | | | | | 0 | | |
| F91.3 | 1 | 3 | 2 | | 1 | 2 | 9 | 1 | 2 | 3 | | 2 | 3 | 11 | | 2 | 3 | 1 | 6 | 12 | |
| F91.4 | | | | | | | 0 | | | | | | 1 | 1 | | | | | | 0 | |
| F91.8 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | 2 | | | | 2 | | |
| F91.9 | 1 | | 3 | | | | 4 | 2 | | 4 | | 1 | 7 | 2 | | 2 | 1 | 2 | 1 | 8 | |
| F91 ges | 4 | 4 | 7 | | 2 | 4 | 21 | 5 | 3 | 8 | | 4 | 7 | 27 | 4 | 3 | 8 | 2 | 8 | 8 | 33 |
| F92 | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | 2 | 2 | 1 | | | | | 3 | |
| F92.2 | | | | | | | | 5 | | | | | 5 | 12 | | | | 1 | | 13 | |
| F92.8 | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | |
| F92.9 | | 1 | | | | | 1 | | 2 | 2 | | | 4 | | 5 | | | | | 5 | |
| F92 ges | 1 | | | | | 1 | 2 | 5 | 3 | 2 | | 2 | 12 | 14 | 1 | 5 | 1 | 1 | | 22 | |
| F93 | | | 1 | | 1 | | 2 | 1 | | | | | 1 | 2 | 1 | | 2 | 1 | | 6 | |
| F93.1 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | | 1 | 1 | 2 | | | | | 1 | 1 | |
| F93.2 | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | 2 | | | | | 2 | |
| F93.3 | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | 1 | |
| F93.8 | | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | 2 | | 2 | | 2 | | | 4 | |
| F93.9 | | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 3 | | 4 | | 1 | | | 3 | | 4 | |
| F93 ges | | | 2 | | 2 | 3 | 7 | 2 | | 2 | | 5 | 2 | 11 | 2 | | 7 | | 4 | 5 | 18 |
| F94.0 | 1 | | 1 | | 1 | | 3 | | 1 | | 2 | | 3 | | 1 | | | | | 1 | |
| F94.1 | 1 | | | | 1 | 1 | 3 | 1 | | | 3 | | 4 | | | | | | 1 | 1 | |
| F94.2 | 1 | | 1 | | 3 | 1 | 6 | | 1 | 3 | | 3 | 2 | 9 | | 1 | | 3 | 1 | | 5 |
| F94.4 | | | | | | 2 | 2 | | | | | | | | 1 | | 2 | | | 3 | |
| F94.8 | | | | | | | | | | | 2 | | 2 | | | | 1 | 1 | | 2 | |
| F94.9 | 1 | | 1 | | 1 | | 3 | 1 | | 1 | | | 2 | | 1 | | | | | 0 | |
| F94 ges | 4 | | 3 | | 5 | 5 | 17 | 2 | 1 | 5 | | 10 | 2 | 20 | | 1 | 2 | | 6 | 3 | 12 |
| F95 | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | | | 1 | 3 | 2 | | | 2 | | 7 | |
| F95.2 | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | |
| F95.9 | | 1 | | | | | 1 | | | | | | | | | | | | | 0 | |
| F95 ges | 3 | | | | | | 3 | | 1 | | | | 1 | 3 | 2 | | | 1 | 2 | 8 | |
| F98.0 | | 1 | | 1 | 5 | 2 | 9 | | 2 | | 2 | 1 | 5 | 1 | 1 | 4 | 1 | 5 | 2 | 14 | |
| F98.1 | | | | 1 | 2 | | 3 | | 1 | | 1 | | 2 | 1 | | 2 | | 1 | 2 | 6 | |
| F98.2 | | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | 1 | |
| F98.3 | | | | | | | | | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 1 | |
| F98.4 | | | 1 | 7 | 2 | | 10 | | | 5 | | | 5 | 1 | | 2 | 1 | | | 4 | |
| F98.5 | | | | 1 | | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| F98.6 | | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | | 1 | | | | 1 | |
| F98.8 | | 1 | | 1 | 1 | 2 | 5 | | 3 | 2 | 2 | 2 | 9 | | 8 | 5 | 2 | 7 | | 22 | |
| F98.9 | | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 1 | |
| F98 ges | 2 | 1 | 10 | 10 | 7 | | 30 | | 6 | 7 | 6 | 3 | 22 | 4 | 1 | 17 | 8 | 9 | 11 | 50 | |
| Ges.: | | | | | | | 80 | | | | | | 93 | | | | | | | 143 | |

Anmerkung 38. F9x ges: Gesamtzahl der Diagnosen der jeweiligen Subkategorie auf Einzelschulebene und per Schuljahr, Ges.: Summe aller F9 Diagnosen per Schuljahr.

Aufgrund möglicher mehrfacher Diagnosen von F9-Störungen wird im Kontext der deskriptiven Darstellung von der Auswertung hinsichtlich des Verhältnisses der F9-Diagnosen zur Gesamtschülerzahl abgesehen.

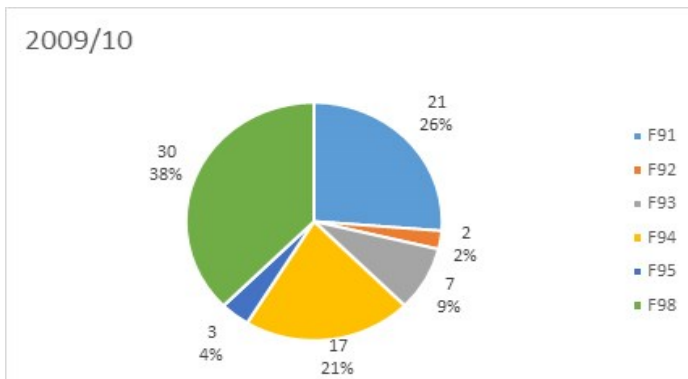


Abbildung 15. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2009/10.

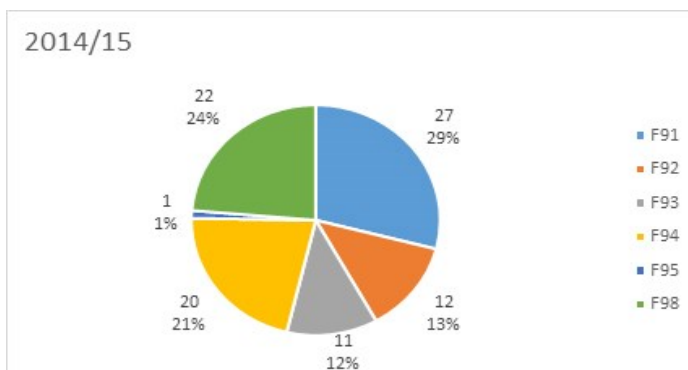


Abbildung 14. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2014/15.

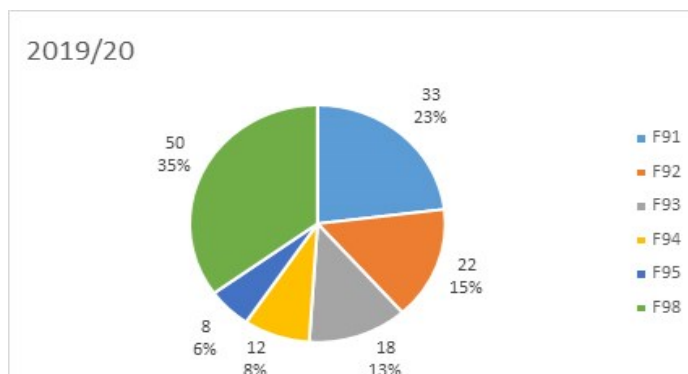


Abbildung 16. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2019/20.

Die detaillierte Aufschlüsselung der Diagnosen innerhalb der Gruppe F9 zeigt in absoluten Zahlen einen deutlichen Anstieg innerhalb der Kategorien F91, F92, F93, F95 und F98. Regressiv stellt sich die Entwicklung in der Kategorie F94 dar. Die prozentuale Verteilung der Subkategorien der Gruppe F9 in Relation zur Grundgesamtheit der F9-Diagnosen des jeweiligen Erhebungspunktes zeigt eine relativ stabile Verteilung der Störungsbilder F91 (26 %–29 %–23 %). Ebenfalls weichen die Anteile von F93 Diagnosen relativ gering ab (9 %–12 %–13 %). Während im Schuljahr 2009/10 lediglich zwei Prozent der Diagnosen einer Störung aus der Kategorie F92 zugeordnet sind, sind es zu den folgenden Erhebungspunkten 13 und 15 % (2 %–13 %–15 %), was einer prozentualen Verachtfachung nahekommt. Diagnosen der Kategorie F98 bilden in den Schuljahren 2009/10 und 2019/20 mit 38 % und 35 % die größte Subgruppe in der Kategorie F9 während sie 2014/15 mit 24 % nur noch knapp ein Viertel ausmachen. Ticstörungen (F95) bilden durchweg den kleinsten Anteil (4 %–1 %–6 %).

4.2.5.4 F90 – Hyperkinetische Störungen

Tabelle 39.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F90 – hyperkinetische Störungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|-------------------|-----------|--------------------------|-------------------|------------|--------------------------|-------------------|------------|--------------------------|--------------|
| | N _{Ges.} | F90 | F90 an N _{Ges.} | N _{Ges.} | F90 | F90 an N _{Ges.} | N _{Ges.} | F90 | F90 an N _{Ges.} | |
| I | 188 | 27 | 14.36 | 330 | 37 | 11.21 | 565 | 39 | 6.90 | -7.46 |
| II | 103 | 17 | 16.50 | 99 | 15 | 15.15 | 93 | 15 | 16.13 | -0.37 |
| III | 192 | 15 | 7.81 | 277 | 23 | 8.30 | 339 | 18 | 5.31 | -2.50 |
| IV | 96 | 7 | 7.29 | 150 | 7 | 4.67 | 180 | 1 | 0.56 | -6.73 |
| V | 120 | 18 | 15.00 | 143 | 21 | 14.69 | 219 | 26 | 11.87 | -3.13 |
| VI | 115 | 13 | 11.30 | 89 | 12 | 13.48 | 134 | 12 | 8.96 | -2.34 |
| Ges.: | 814 | 97 | 11.92 | 1088 | 115 | 10.57 | 1530 | 111 | 7.25 | -4.67 |

Anmerkung 39. N_{Ges.}: Absolute Zahl der F-Diagnosen (außer F7), F90: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F90, F90 an N_{Ges.}: Prozentualer Anteil F90 Diagnosen an der Summe aller F-Diagnosen (außer F7), Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Diagnosestellungen in der Kategorie F90 (hyperkinetische Störungen/ADHS) erleben im prozentualen Anteil an der Grundgesamtheit aller F-Diagnosen im dekadischen Verlauf an allen Schulen zum Schuljahr 2019/20 eine prozentuale Regression sehr unterschiedlicher Ausprägung. Die äußeren Grenzen der Regression bilden hierbei die Werte an Schule II (-0.37 %) und Schule I (-7.46 %).

Tabelle 40.

Anzahl der Diagnosen Kategorie F90 – hyperkinetische Störungen in Relation zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|--------------|-------------------|-----------|--------------|-------------------|------------|--------------|-------------------|------------|--------------|--------------|
| | N _{Ges.} | F90 | F90 in % | N _{Ges.} | F90 | F90 in % | N _{Ges.} | F90 | F90 in % | |
| I | 188 | 27 | 14.37 | 197 | 37 | 18.78 | 225 | 39 | 17.33 | +2.96 |
| II | 121 | 17 | 14.05 | 133 | 15 | 11.28 | 147 | 15 | 10.20 | -3.85 |
| III | 197 | 15 | 7.61 | 226 | 23 | 10.18 | 254 | 18 | 7.09 | -0.52 |
| IV | 108 | 7 | 6.48 | 107 | 7 | 6.54 | 132 | 1 | 0.76 | -6.24 |
| V | 194 | 18 | 9.28 | 166 | 21 | 12.65 | 194 | 26 | 13.40 | +4.12 |
| VI | 132 | 13 | 9.85 | 108 | 12 | 11.11 | 114 | 12 | 10.53 | +0.68 |
| Ges.: | 940 | 97 | 10.32 | 937 | 115 | 12.27 | 1066 | 111 | 10.41 | +0.09 |

Anmerkung 40. N_{Ges.}: Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler, F90: Anzahl der Diagnosen der Kategorie F90, F90 an N_{Ges.}: Prozentualer Anteil F90 Diagnosen an der Grundgesamtheit der Schülerinnen und Schüler, Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Die dekadische Entwicklung erweist sich sowohl hinsichtlich der absoluten Fallzahlen (97–111) als auch der prozentualen Anteile ($\approx 10\%$) von Kindern mit F90 Diagnosen an der gesamten Schülerschaft als stabil. Die Auftretenshäufigkeit des Störungsbilds liegt an den untersuchten Schulen zwischen 6.48 % und 18.78 %, im Schuljahr 2019/20 an fünf von sechs Schulen (I, II, III, V, VI) zwischen 7.09 % und 17.33%. Trotz der stabilen Entwicklung der Fallzahlen als auch der prozentualen Anteile an der Grundgesamtheit der Summe aller Schülerinnen und Schüler (Ges.) sind erhebliche Schwankungen und regionale wie temporale Unterschiede in der Diagnosehäufigkeit zu konstatieren, deren äußere Grenzen der Wert 0.76 % (Schule IV 2019/20) und der Wert 18.78 % (Schule I 2014/15) bilden.

4.2.5.5 Sonstige Störungen

Der Subindikator *sonstige Störungen* fasst Diagnosen der restlichen Störungskategorien psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters (F0, F1, F2, F3, F4, F5, F6 – siehe 3.3.2.7) zusammen.

Tabelle 41.

Anzahl der Diagnosen Kategorie Fso – sonstige kinder- und jugendpsychiatrische Störungen (außer F7) in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen

| SJ | 2009/10 | | | 2014/15 | | | 2019/20 | | | Dek. Entw. |
|-------|------------|-----|-------------------|------------|-----|-------------------|------------|-----|-------------------|--------------|
| | $N_{Ges.}$ | Fso | Fso an $N_{Ges.}$ | $N_{Ges.}$ | Fso | Fso an $N_{Ges.}$ | $N_{Ges.}$ | Fso | Fso an $N_{Ges.}$ | |
| I | 188 | 4 | 2.13 | 330 | 5 | 1.52 | 565 | 7 | 1.24 | -0.89 |
| II | 103 | 5 | 4.85 | 99 | 7 | 7.07 | 93 | 9 | 9.68 | +4.83 |
| III | 192 | 4 | 2.08 | 277 | 9 | 3.25 | 339 | 14 | 4.13 | +2.05 |
| IV | 96 | 1 | 1.04 | 150 | 1 | 0.67 | 180 | 5 | 2.78 | +1.74 |
| V | 120 | 11 | 9.17 | 143 | 12 | 8.39 | 219 | 16 | 7.31 | -1.86 |
| VI | 115 | 3 | 2.61 | 89 | 4 | 4.49 | 134 | 5 | 3.73 | -1.12 |
| Ges.: | 814 | 28 | 3.44 | 1088 | 38 | 3.49 | 1530 | 56 | 3.66 | +0.22 |

Anmerkung 41. $N_{Ges.}$: Absolute Zahl der F-Diagnosen (außer F7), Fso: Anzahl der Diagnosen der Kategorie Fso, Fso an $N_{Ges.}$: Prozentualer Anteil Fso Diagnosen an der Summe aller F-Diagnosen (außer F7), Dek. Entw.: Die dekadische Entwicklung setzt die Werte der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 in rechnerischen Bezug und gibt die prozentuale Entwicklung wieder.

Die *sonstigen Störungen* bilden mit 3.44 % (2009/10), 3.49 % (2014/15) sowie 3.66 % (2019/20) der jeweiligen Grundgesamtheit aller kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen über alle Erhebungspunkte die kleinste erfasste Störungskategorie und erweisen sich im dekadischen Verlauf mit einer marginalen prozentualen Positiventwicklung von +0.22 % anteilig als äußerst stabil. Erhöhte Kumulationen (>5 %) sonstiger Störungen zeigen sich in Schule II in den Schuljahren 2014/15 und 2019/20 und in Schule V über den gesamten Erhebungszeitraum. An den weiteren Stichprobenschulen variieren die Anteile sonstiger Störungen an der Gesamtzahl der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen zwischen 0.67 % Schule IV – 2014/15) und 4.85 % (Schule II – 2009/10).

Sonstige Störungen können im Sinne einer Mehrfachdiagnose bei einer Person vorkommen, so dass auch im Kontext der Kategorie Fso die Darstellung der Relation Diagnosezahl zu Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen nicht aussagekräftig angewandt werden kann.

Aufgrund der hohen Varietät der unter F_{so} subsumierten Störungsbilder, führt die folgende tabellarische Aufstellung alle unter F_{so} im Rahmen der Erhebung erfassten Diagnosen mit Bezeichnung und Häufigkeit in den jeweiligen Schuljahren auf. Auf eine detaillierte Auswertung auf Einzelschulebene wird aufgrund der durchgängig geringen Fallzahlen verzichtet; die Ergebnisse aller Stichprobenschulen werden summiert dargestellt.

Tabelle 42.

Detailübersicht Sonstige Störungen mit Kodierung, Bezeichnung und absoluten Fallzahlen

| Code | Bezeichnung der Störung | 09/10 | 14/15 | 19/20 | Ges.: |
|--------|--|-------|-------|-------|-------|
| F06 | Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit | | 1 | 1 | 2 |
| F06.3 | Organische affektive Störung | | 1 | | 1 |
| F06.8 | Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit | 1 | 1 | | 2 |
| F07.0 | Organische Persönlichkeitsstörung | | 1 | 2 | 3 |
| F07.8 | Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns | 1 | | 1 | 2 |
| F20 | Schizophrenie | 2 | | 2 | 4 |
| F20.1 | Hebephrene Schizophrenie | | | 1 | 1 |
| F25.1 | Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv | 1 | | | 1 |
| F25.9 | Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet | | | 1 | 1 |
| F29 | Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose | | | 1 | 1 |
| F32.1 | Mittelgradige depressive Episode | 1 | 1 | 1 | 3 |
| F32.2 | Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome | 1 | | | 1 |
| F32.3 | Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen | | | 1 | 1 |
| F34.1 | Dysthymia (chronische depressive Verstimmung) | 1 | | 1 | 2 |
| F34.9 | Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet | | 1 | | 1 |
| F39.0 | Nicht näher bezeichnete affektive Störung | | | 1 | 1 |
| F40.01 | Agoraphobie mit Panikstörung | | 1 | | 1 |
| F40.2 | Spezifische (isolierte) Phobien | 1 | | 1 | 2 |
| F41.1 | Generalisierte Angsstörung | 3 | 5 | 2 | 10 |
| F41.9 | Angststörung, nicht näher bezeichnet | 1 | 3 | | 4 |
| F42.0 | Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang | 1 | | | 1 |
| F42.1 | Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale) | | 1 | 3 | 4 |
| F42.2 | Zwangsgedanken und Handlungen, gemischt | | | 1 | 1 |
| F43 | Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen | 1 | 2 | 1 | 4 |
| F43.1 | Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) | 1 | | 1 | 2 |
| F43.2 | Anpassungsstörung | 2 | 9 | 16 | 27 |
| F43.21 | Anpassungsstörung bei längerer depressiver Reaktion | | | 1 | 1 |
| F43.23 | Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen | 1 | 2 | 3 | 6 |
| F43.24 | Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens | | | 1 | 1 |
| F43.25 | Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten | 1 | 1 | 2 | 4 |
| F44.9 | Dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet | 1 | 1 | | 2 |
| F45.8 | Sonstige somatoforme Störung | 1 | | | 1 |
| F48.0 | Neurasthenie | | 1 | 1 | 2 |

| | | | | | |
|-------|---|-----------|-----------|-----------|------------|
| F50.8 | Sonstige Essstörung | 2 | | | 2 |
| F50.9 | Essstörung, nicht näher bezeichnet | | 1 | | 1 |
| F51.0 | Nichtorganische Insomnie | 1 | 1 | | 2 |
| F51.3 | Schlafwandeln (Somnambulismus) | | 1 | | 1 |
| F51.4 | Pavor nocturnus | | 1 | | 1 |
| F51.8 | Sonstige nichtorganische Schlafstörungen | | 2 | | 2 |
| F51.9 | Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet | | 1 | | 1 |
| F60.3 | Emotional instabile Persönlichkeitsstörung | 1 | | | 1 |
| F64.0 | Transsexualismus | | 1 | | 1 |
| F66.0 | Sexuelle Reifungskrise | | 1 | | 1 |
| F66.9 | Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet | | 1 | 1 | 2 |
| F69 | Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung | 2 | 3 | 2 | 7 |
| Ges.: | | 28 | 38 | 56 | 122 |

Anmerkung 42. Code: Kodierung der jeweiligen Störung nach ICD-10, Ge.: absolute Fallzahlen nach Schuljahren und dekadische Gesamtzahl in der Spalte Ges.

Innerhalb der Kategorie *Sonstige* bilden die Kodierungsgruppen F 41 – *Angststörungen* mit insgesamt 14 Fällen (11.48 % von F_{so}) im gesamten untersuchten Zeitraum als auch die Gruppe F 43 – *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* mit 45 Fällen (36.89 % von F_{so}) die anteilig größten Diagnosegruppen. Im dekadischen Vergleich der Schuljahre 2009/10 und 2019/20 ist in absoluten Fallzahlen eine Verdopplung der Diagnosestellungen zu konstatieren (28–38–56).

5. Diskussion – quantitative Studie

Die Diskussion der Ergebnisse folgt der Gliederungsstruktur der Ergebnisdarstellung und schließt mit einer zusammenfassenden Darstellung der zentralen Diskussionspunkte, Interpretationszugänge und resultierenden Fragestellungen.

5.1 Soziostrukturelle Indikatoren

Die Ergebnisse werden erläuternd und argumentativ im Zuge der Diskussion zum Teil mit weiteren, allgemein verfügbaren Daten kontextualisiert.

5.1.1 Schülerzahlentwicklung

Verknüpft man zur Diskussion die Ergebnisse der statistischen Analyse zur Schülerzahlentwicklung in den Bezirken Niederbayern und Oberpfalz (siehe 2.2.4.1) mit den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung auf Schulebene in Ostbayern, bestätigt sich in der Summe deutlich die beschriebene Tendenz steigender Schülerzahlen an FzGEs in unterschiedlicher regionaler Ausprägung. Die naheliegende Hypothese, der Anstieg der Schülerzahlen an den FZgEs stünde maßgeblich in Verbindung zu den Wachstumstendenzen der Regionen, wie sie das BBSR vorlegt, kann statistisch widerlegt werden. Der Anteil der Gruppe der 6- bis 18-Jährigen (nahezu Äquivalent zur Gruppe der schulpflichtigen Kinder) geht in beiden Regierungsbezirken (siehe 2.2.4.1 / Tabelle 10) im Untersuchungszeitraum leicht zurück (-1.8 % Opf. / -1.7 % NB). Auf Kreisebene zeigt die Gruppe der 5- bis 20-Jährigen in allen Einzugslandkreisen (außer den städtischen Regionen Regensburg und Straubing) der Stichprobenschulen deutlicher regrediente Entwicklungen, die zwischen -6.69 % im Landkreis Kelheim und -16.95 % im Landkreis Cham rangieren (siehe 2.2.4.1 / Tabelle 11). Weiter belegt der steigende Anteil von Schülern und Schülerinnen an FZgEs in Relation zur konstant sinkenden Gesamtschülerzahl aller allgemeinbildenden Schulen (siehe 2.2.4.1 / Tabelle 9) zusätzlich die positive Entwicklung der Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen mit Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung. Vier der Schulen (I, II, III, V) haben ihren Standort und somit auch ihr maßgebliches Einzugsgebiet in Kreisregionen mit überdurchschnittlichem Bevölkerungswachstum, zwei (IV, VI) in wachsenden Kreisen, in welchen durchgängig die Population schulpflichtiger Kinder- und Jugendlicher abnimmt.

Die beiden Schulen in der Kreisstadt Regensburg (Schule I, II) verbuchen mit dem FZgE in Cham (Schule IV) in der dekadischen Entwicklung relative positive Schülerzahlentwicklungen von $\approx 20\%$, während die Anzahl der Schüler am FZgE in Straubing (Schule III) relativ sogar um $\approx 30\%$ zunimmt. Derart hohe Positiventwicklungen der Schülerzahlen geben Hinweise auf eine regional überdurchschnittlich hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung. Zum Vergleich nahm die Schülerzahl an allen FZgEs in ganz Bayern zwischen 2009/10 und 2019/20 um 1.53 %P zu (siehe 2.2.2 / Tabelle 2), die Anzahl der Schüler mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung um 2.53 %P (siehe 2.2.2 / Tabelle 5). Die erhebliche Diskrepanz der Ergebnisse auf Einzelschulebene gegenüber den Makrotendenzen auf Landesebene, verweist auf regional überdurchschnittlich erhöhte Problemkonzentrationen, die in der makroskopischen statistischen Darstellung nicht ausgedrückt werden können. Dennoch bieten sie Orientierung für schulpolitische Entscheidungen wie real notwendige strukturelle Anpassungsbedarfe, z. B. im Hinblick auf die personelle wie professio-

nelle Ausstattung der Schulen und Tagesstätten. Beispielsweise suggeriert die makroskopische Aussage, die Anzahl der Kinder und Jugendlichen mit einem sonderpädagogischen Förderbedarf, die an Förderzentren beschult werden, sinke (OPF \triangleq -3.85 % / NB \triangleq -0.95 %; siehe 2.2.4.1 / Tabelle 12) oder zeige sich in der vergangenen Dekade relativ stabil, Inklusionserfolge oder mindestens eine aus inklusionsorientierter Perspektive beruhigende Stagnation, während sie die drastisch gegenteiligen regionalen Entwicklungen in manchen Schultypen aufgrund ihrer statistischen Breite nicht beleuchten kann. Die dargestellten Entwicklungen zeigen deutlich abweichende Tendenzen für die untersuchten FZgEs im ostbayerischen Raum und geben belastbare Hinweise auf gegenläufige Entwicklungstendenzen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Die statistische Makrotendenz sinkender Schülerzahlen, die in der öffentlichen Wahrnehmung als Zeichen für Inklusionserfolge gedeutet werden könnte, beschränkt sich auf einzelne Förderschularten, vor allem auf SFZs und darin, aufgrund des übergewichteten Anteils, fast ausschließlich auf den Förderschwerpunkt Lernen.

Die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung ist in den untersuchten Regierungsbezirken bei regressiver Entwicklung des Anteils von Kindern und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung größer geworden, was zu einem Anstieg der Schülerzahlen an vier von sechs Schulen führt. Die Ergebnisse verweisen auf einen enormen Anstieg der Anzahl schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in der Oberpfalz und Niederbayern.

5.1.2 Nationalitäten

Alle untersuchten FZgEs erleben einen Anstieg der Anzahl ausländischer Schüler*innen innerhalb des vergangenen Jahrzehnts. Der Anstieg akzeleriert in der zweiten Dekadenhälfte evident.

Zieht man zur vergleichenden Berechnung die Zahlen der amtlichen Schulstatistik (Bayerisches Landesamt für Statistik 2020d) heran, lag der bayernweite Durchschnitt des Anteils ausländischer Schüler*innen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung im Schuljahr 2019/20 bei 16.75 % (siehe 2.2.3). In Referenz zum landesweiten Durchschnitt weisen 2019/20 drei der Stichprobenschulen (I mit 24 %, V mit 21.65 %, VI mit 21.05 %) überdurchschnittliche Werte auf, während ausländische Schüler*innen an den drei weiteren Schulen (II mit 13.61 %, III mit 11.81 %, IV mit 9.85 %) in Relation zum bayernweiten Durchschnitt an FZgEs leicht bis mäßig unterrepräsentiert sind.

Die an drei von sechs Schulen deutlich überdurchschnittlichen Zahlen lassen sich, ähnlich der Entwicklung der Schülerzahlen, nicht alleine durch den Faktor Bevölkerungsentwicklung hinsichtlich der Population ausländischer Kinder und Jugendlicher im schulpflichtigen Alter erklären. Neben den belegbaren regionalen Unterschieden in der Verteilung ausländischer Schüler*innen in den Einzugskreisen (siehe 2.2.4.2 / Tabelle 14) ist eine erhöhte Verdichtung an drei der untersuchten Schulen zu konstatieren, die Hinweise auf regional erhöhte sowie regional deutlich unterschiedliche Anzahl ausländischer Schüler*innen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung gibt. SFGE I beziffert im Jahr 2012 den bayernweit durchschnittlichen Anteil ausländischer Schüler*innen an FZgEs mit 10.2 % (siehe 2.4.1), was die rasante Transformation in Ostbayern innerhalb der zweiten Hälfte der untersuchten Dekade verdeutlicht. So lagen die durchschnittlichen Anteile ausländischer Kinder und Jugendlicher an den untersuchten FZgEs 2014/15 bei fünf Schulen (II, III, IV, V, VI) mit einer Streuung zwischen 3.10 % und 8.33 % zum

Teil noch weit unter dem 2012 errechneten Durchschnitt und lediglich bei einer Schule (I) im städtischen Raum Regensburg mit 13.71 % leicht darüber.

Die Zusammensetzung der Gruppe ausländischer Schüler*innen an den FZgEs hinsichtlich der Varianz der Nationalitäten verändert sich im dekadischen Verlauf grundlegend. Als relevant für diese Veränderungen können die im Laufe der untersuchten Dekade zunehmenden Migrationsbewegungen innerhalb des europäischen Schengen Raums (v. a. Ungarn, Polen und Italien) nach dem Recht innereuropäischer Freizügigkeit sowie krisenhafte respektive wirtschaftliche nationale Entwicklungen in den Herkunftsländern aus Südosteuropa (v. a. Rumänien und Bulgarien), Ländern im Nahen Osten (v. a. Syrien) und Asien (v. a. Irak) betrachtet werden. Für das Phänomen deutlicher Unterschiede der Anteile einzelner Nationalitäten werden als Referenzwerte die Daten der *Fortschreibung des Bevölkerungsstandes* des Bayerischen Landesamtes für Statistik von 2019 (Stichtag 31.12.2019) herangezogen, die auf Landesebene die Bevölkerung nach Staatsangehörigkeiten erfasst (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022a). Auf Bezirks- oder Kreisebene liegen leider keine derart detaillierten Daten vor. Die folgende Tabelle zeigt die 15 größten Gruppen mit ausländischer Staatsangehörigkeit der bayerischen Bevölkerung zum 31.12.2019 unter besonderer Darstellung der unter 18-Jährigen absteigend in Referenz zum Anteil der jeweiligen Staatsangehörigengruppen an der Schülerschaft der Stichprobenschulen im Schuljahr 2019/20. Die Gruppe der unter 18-Jährigen (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022b) wird als Annäherung an die Gruppe schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher gewählt, eine detailliertere Altersstufenaufteilung wird vom BLfS im Kontext des Merkmals Staatsangehörigkeit nicht bereit gestellt:

Tabelle 43.

Ausgewählte Nationalitäten nach Anzahl unter besonderer Berücksichtigung des Anteils der unter 18-Jährigen an der Gesamtpopulation unter 18-Jähriger in Bayern sowie der Gesamtschülerschaft der untersuchten Schulen im Schuljahr 2019/20

| Staatsangehörigkeit | N _{Staat. Ges.} | N _{Staat. <18} | an N _{Ges. <18} in % | Anteil an Schulen I-VI im SJ 19/20 in % |
|-------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------------|---|
| Türkei | 176210 | 4082 | 0.19 | 0.28 |
| Rumänien | 169412 | 30548 | 1.41 | 2.53 |
| Kroatien | 115294 | 15557 | 0.72 | 0.47 |
| Polen | 105199 | 13182 | 0.61 | 0.84 |
| Italien | 95764 | 8764 | 0.41 | 0.75 |
| Österreich | 76092 | 3113 | 0.14 | 0.47 |
| Syrien | 75582 | 28947 | 1.34 | 2.35 |
| Griechenland | 69590 | 8953 | 0.41 | 0.38 |
| Ungarn | 68766 | 9861 | 0.46 | 0.84 |
| Bosnien und Herzegowina | 56147 | 6100 | 0.28 | 0.28 |
| Bulgarien | 52038 | 10908 | 0.50 | 1.69 |
| Kosovo | 42644 | 9009 | 0.42 | 1.03 |
| Russische Föderation | 37178 | 4868 | 0.23 | 0.09 |
| Irak | 34843 | 11099 | 0.51 | 1.13 |
| Afghanistan | 33731 | 9870 | 0.46 | 0.56 |

*Anmerkung 43. Staatsangehörigkeit: Dargestellt werden die 15 größten Gruppen ausländischer Staatsbürger*innen innerhalb der bayerischen Bevölkerung zum 31.12.2018, N_{Staat. Ges.}: Gesamtheit der Bevölkerung der jeweiligen Staatsangehörigkeit in Bayern, N_{Staat. <18}: Anzahl der <18-Jährigen nach Staatsangehörigkeit, an N_{Ges. <18} in %: Anteil der jeweiligen Staatsangehörigkeiten an der Gesamtzahl der unter 18-Jährigen in Bayern zum 31.12.2019 von 2.161.362 (Bayerisches Landesamt für Statistik 2022a), Anteil an Schulen I-VI im SJ 19/20: Bezogen auf die Gesamtschülerzahl aller Stichprobenschulen von 1066 im SJ 2019/20.*

Die Aufstellung zeigt deutliche Unterschiede des Anteils der als Annäherung an die Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen ausgewählten Gruppe der unter 18-Jährigen an der Gesamtpopulation der unter 18-Jährigen und der gesamten Schülerschaft der Stichprobenschulen zum Schuljahr 2019/20. Deutlich höher als im gesamtgesellschaftlichen Durchschnitt erweisen sich die Anteile bulgarischer (+1.19 % $\hat{=}$ 3.4-mal höher als an $N_{Ges. <18}$ in %), rumänischer (+1.12 % $\hat{=}$ 1.8-mal höher als an $N_{Ges. <18}$ in %) sowie syrischer (+1.01 % $\hat{=}$ 1.75-mal höher als an $N_{Ges. <18}$ in %) Schülerinnen und Schüler an den Stichprobenschulen, während der Anteil kosovarischer um 0.61 % ($\hat{=}$ 2.5-mal höher als an $N_{Ges. <18}$ in %) und der irakischer um 0.62 % ($\hat{=}$ 2.2-mal höher als an $N_{Ges. <18}$ in %) ebenfalls noch weit höher liegen als die positiv wie negative Differenz der weiteren ausgewählten Nationalitäten, deren positive Differenzen unter 0.5 % liegen. Unterschreitungen des Anteils an den untersuchten FZgEs sind bei der Gruppe russischer (-0.14 %), griechischer (-0.03 %) und kroatischer (-0.25 %) Kinder und Jugendlicher festzustellen, während sich lediglich der Anteil bosnischer Schüler und Schülerinnen (± 0) identisch mit dem Anteil der unter 18-Jährigen an deren Gesamtpopulation in Bayern zeigt.

Der Referenzwert gibt weiterführende Hinweise auf nationalitätenspezifisch unterschiedliche Repräsentanz von ausländischen Kindern und Jugendlichen an den untersuchten FZgEs. Die Gruppen bulgarischer, rumänischer sowie syrischer Schüler und Schülerinnen stellen sich in absoluten Werten, aber auch in der prozentualen Überrepräsentanz gegenüber ihrem Anteil an der bayerischen Gesamtpopulation der unter 18-Jährigen besonders heraus. Die beschriebenen Entwicklungen können nur eingeschränkt zugrundeliegende Zusammenhänge abbilden, da die statistische Auswertung auf Bezirks- respektive Kreisebene notwendig wäre. Eventuelle Einflussfaktoren für die regionalspezifischen Entwicklungen werden deshalb im qualitativen Teil der Arbeit vertieft untersucht. Insgesamt drängen die deutlichen Hinweise auf eine überdurchschnittliche Population ausländischer Schüler*innen an den untersuchten FZgEs weiterführende Forschungsfragen auf, da die Gründe hierfür nur bedingt in regionaler Ungleichverteilung ausländischer Bevölkerung liegen können, womit sich Fragen zum Korrelat von Migration und Behinderung anschließen lassen, die ebenfalls in den qualitativen Forschungsschritten erneut aufgegriffen und vertieft werden.

Nicht nur die Population ausländischer Kinder und Jugendlicher hat sich bei tendenziell regressiver Entwicklung der Gruppe der 5- bis 20-Jährigen in den untersuchten Kreisregionen und Schulen prozentual deutlich erhöht (siehe 2.2.4.2 / Tabelle 14) sondern auch die Pluralität von Nationalitäten und somit ethnisch-kulturellen Sozialisationsaspekten. Ein Prozess rasanter Internationalisierung und ethnischer Diversifizierung ist keine Zukunftsherausforderung, sie ist an den untersuchten FZgEs soziale und pädagogische Realität.

Im Zuge der Diskussion werden die Ergebnisse der Stichprobenschulen zur Einordnung um verfügbare demographische Aussagen auf Kreisregionsebene ergänzt. Tabelle 44 verbindet die Einzelschulergenergebnisse zusammenfassend mit Daten zur Bevölkerungsentwicklung in den Kreisregionen der Stichprobe.

Tabelle 44.

*Anteil der ausländischen Bevölkerung im Jahr 2019 in den Kreisregionen der untersuchten Schulen in Gegenüberstellung zum prozentualen Anteil ausländischer Schüler*innen im Schuljahr 2019/20*

| <i>FZgE</i> | <i>Kreis</i> | <i>Anteil ausländische Bevölkerung 2019 Kreisfreie Stadt</i> | <i>Anteil ausländische Bevölkerung 2019 im Einzugslandkreis</i> | <i>Anteil ausländischer Schüler*innen am FZgE SJ 2019/20</i> |
|-------------|--------------|--|---|--|
| <i>I</i> | R | 16.56 % ⁶⁴ | 8.6 % (Lkr. Regensburg) | 24 % |
| <i>II</i> | R | 16.56 % | 8.6 % (Lkr. Regensburg) | 13.60 % |
| <i>III</i> | SR | 17.25 % ⁶⁵ | 7.64 % (Lkr. Straubing-Bogen) | 11.81 % |
| <i>IV</i> | CHA | | 6.18 % ⁶⁶ (Lkr. Cham) | 9.84 % |
| <i>V</i> | KEH | | 12.83 % (Lkr. Kelheim) | 21.64 % |
| <i>VI</i> | ROT | | 10.60 % (Lkr. Rottal-Inn) | 21.05 % |

Anmerkung 44. FZgE: Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, SJ: Schuljahr. Quelle, wenn nicht abweichend gekennzeichnet: Destatis.

An vier Schulen (I, IV, V, VI) ist der prozentuale Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2019/20 verglichen mit dem durchschnittlichen Anteil ausländischer Bevölkerung im jeweiligen Einzugsgebiet überproportional hoch. Die Anteilswerte weichen in einer positiven Varianz von 3.5 % (IV) bis 10.45 % (VI) vom durchschnittlichen Anteil ausländischer Bevölkerung der zugehörigen Einzugsgebiete ab. Da keine Daten zu der Herkunft der Schüler hinsichtlich des Wohnorts in der kreisfreien Stadt oder dem umliegenden Einzugslandkreis erhoben wurden, können die stark abweichenden Durchschnittswerte ausländischer Bevölkerung der Städte Regensburg und Straubing und ihren umliegenden Einzugslandkreisen nicht aussagekräftig rechnerisch interpretiert werden. Zieht man die Durchschnittswerte der kreisfreien Städte und jeweils umgebenden Landkreise heran, aus welchen ein beträchtlicher Teil der Schülerschaft der städtischen Schulen stammt, übertreffen diese bei allen untersuchten Schulen den Durchschnitt in der Gesamtbevölkerung.

⁶⁴ Stadt Regensburg - Abteilung Statistik 2020.

⁶⁵ Berechnet aus Angaben in Regierung von Niederbayern 2020a., S. 6

⁶⁶ Berechnet aus Angaben von Destatis.

Abbildung 17 stellt die anteilige Entwicklung der Anzahl ausländischer Kinder und Jugendlicher im Alter zwischen fünf und 20 Jahren prozentual im Verhältnis zum Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an den Stichprobenschulen im Verlauf der untersuchten Dekade dar:

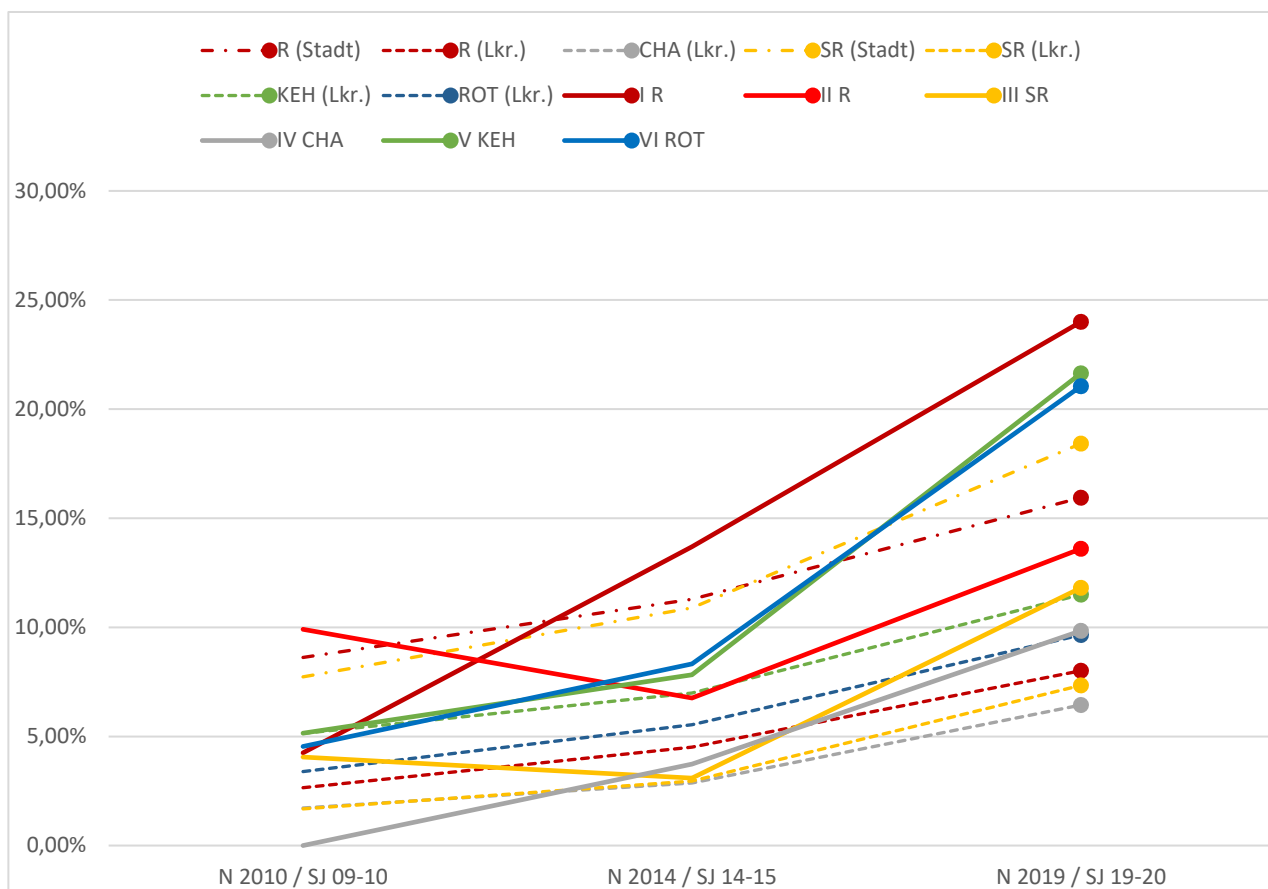


Abbildung 17. Ausländische Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 20 Jahren im Vergleich zum Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an den Stichprobenschulen. Die durchgezogenen Linien zeichnen die Entwicklung der Anzahl ausländischer Schüler*innen an den untersuchten Schulen nach, die gestrichelten Linien die Entwicklung des Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher ($\hat{=}$ N₅₋₂₀/Tabelle 14) in den Kreisfreien Städten und Einzugslandkreisen.

Die Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen übertreffen bei den Schulen I, IV, V und VI deutlich den Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher zwischen 5 und 20 Jahren an der Allgemeinbevölkerung. Unterschreitungen finden sich bei Schule II und III, hier wird jeweils der Wert der städtischen Anteile ausländischer Bevölkerung unter-, der Wert der Einzugslandkreise jedoch deutlich überschritten. Mittelt man die Stadt und Landkreiswerte der kreisfreien Städte Regensburg ($\hat{=}$ Ø12.92 %) und Straubing ($\hat{=}$ Ø12.45 %) mit den Werten ihrer zugehörigen Landkreise, überschreitet Schule II ebenfalls leicht den Referenzwert (+0.68 %), während Schule III ihn marginal unterschreitet (-0.64 %).

Deutlich zu erkennen ist die Akzeleration der Diversifizierung hinsichtlich Nationalitätszugehörigkeit der Schülerklientel in der zweiten Hälfte der untersuchten Dekade, die sich in ihrer Überproportionalität analog zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung in den Kreisfreien Städten und Kreisen zeigt.

Das Bayerische Landesamt für Statistik (BLfS) veröffentlicht zum Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an allen Schularten eine Übersichtskarte aller bayerischen Kreise, beruhend auf den durchschnittlichen Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an allen Schulen wie er durch die amtliche Schulstatistik erhoben wird. Die Übersichtskarte bildet fünf Kategorien (siehe Anmerkung 45)

ab. Die folgende Darstellung zeigt die durchschnittlichen Werte ausländischer Schülerinnen und Schüler 2019/20 im Mittel aller Schularten entsprechend der Veröffentlichung des Landesamtes den Kreisregionen zugeordnet und den Ergebnissen aus den untersuchten Schulen gegenübergestellt:

Tabelle 45.

Durchschnittlicher Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen nach den Kategorien des bayerischen Landesamtes für Statistik (BLfS) in Gegenüberstellung der Ergebnisse der jeweiligen Stichprobenschulen der Einzugsgebiete

| Stadt / Lkr. | R (Stadt) | R (Lkr.) | SR (Stadt) | SR (Lkr.) | CHA (Lkr.) | KEH (Lkr.) | ROT (Lkr.) |
|--------------|-------------|-------------|---------------|---------------|-------------|-------------|--------------|
| Kategorien | >12 % | 8-10 % | 10-12 % | 8-10 % | 6-8 % | >12 % | 10-12 % |
| BLfS | | | | | | | |
| Zugehöriges | I (24 %) | I (24 %) | III (11.81 %) | III (11.81 %) | IV (9.84 %) | V (21.64 %) | VI (21.05 %) |
| FZgE | II (13.6 %) | II (13.6 %) | | | | | |

Anmerkung 45. Kategorien des BLfS: 1. Unter 6 % (sehr niedrig), 2. 6-8 %, 3. 8-10 %, 4. 10-12 %, 5. 12 oder mehr % (sehr hoher Anteil). Quelle: (Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a), eigene Ergebnisse.

Kongruent mit den Kategorien durchschnittlicher Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen an allen Schularten zeigen sich die Werte der Schulen I, II, III und V. Bei den Schulen I, II, III werden die durchschnittlichen Werte der Einzugslandkreise zwischen 1.81 % (III) und 14 % (I) übertroffen. Schule V erweist sich zwar als kongruent mit der BLfS Kategorie >12 des Landkreises (KEH), übertrifft den Grenzwert eines hohen Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler jedoch deutlich um 9.64 %. Schule VI liegt bei einem nahezu doppelt so hohen Anteil als der BLfS-Durchschnittswert der Kreisregion (ROT).

Zusammenfassend verweisen die Ergebnisse auf eine deutliche Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen an drei der untersuchten Schulen, die sich sowohl durch den Referenzwert des durchschnittlichen Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen an allen Schularten belegen lässt, als auch am Referenzwert *Anteil der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen ausländischer Nationalität* an der Gesamtbevölkerung. Auch an Schulen, deren Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen unter dem bayernweiten Durchschnitt für FZgEs liegt, liegt der Anteil höher als der *Anteil der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen ausländischer Nationalität* an der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Kreisregionen. Die Gründe für den quantitativ beschriebenen Anstieg des Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher sind komplex und variantenreich, obgleich sie sich zum Teil intuitiv durch globale Entwicklungen wie politische, kriegerische und wirtschaftliche Krisensituationen erklären. Das Themengebiet wird im qualitativen Teil der vorliegenden Arbeit in einer theoretischen Betrachtung vertieft und mittels der Analyse eines Experteninterviews erneut aufgegriffen um erklärende Annäherungen an das Phänomen zu eruieren.

5.1.3 Geschlechterverhältnis

Die Ergebnisse zum Geschlechterverhältnis der Schülerschaft zeigen unterschiedliche Verteilungen an den Einzelschulen. In der Summe entspricht das Verhältnis den grundsätzlichen theoretischen Annahmen und statistischen Belegen einer 60 : 40 Ungleichverteilung von Schülern gegenüber Schülerinnen. Die Auswertungen auf Einzelschulebene können sowohl im schulischen als auch außerschulischen Rahmen der Heilpädagogischen Tagesstätten der gezielten Bedarfsanalyse und Planung genderspezifischer pädagogischer Angebote Beitrag leisten. Weiter erhalten die Ergebnisse Gewicht im Kontext der

genderspezifischen Symptomatologie externalisierter psychiatrischer Störungen oder deren geschlechtsspezifischer Prävalenz und generieren auf Einzelschulebene im Kontext der Verteilung spezifischer Störungsbilder Anforderungsprofile. So erkrankten laut Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2020) Jungen „viereinhalbmal so häufig an ADHS, [...] neigen stärker zu aggressivem und oppositionellem Verhalten“ während psychosomatische Beschwerden und Essstörungen überwiegend bei Mädchen auftreten. Diese leiden in ihrer Jugend „doppelt so häufig wie Jungen unter Depressionen, Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit.“ (Bundes Psychotherapeuten Kammer 2020, S. 1 f.) In einzelnen Jahrgängen besteht eine drastische Überrepräsentanz von Schülern gegenüber Schülerinnen, die auf Einzelschulebene wichtige Hinweise für pädagogische Fragestellung und inhaltliche Planungen geben kann. Da die Ergebnisse sowohl innerhalb der Jahrgänge an den Stichprobenschulen als auch zwischen den untersuchten Schulen und den Erhebungspunkten stark variieren, eignen sie sich nicht zur Ableitung generalisierbarer Tendenzen.

5.2 Diagnostische Indikatoren

Unabhängig von diagnostischen Erschwernissen psychiatrischer Störungen bei geistiger Behinderung, die sich mitunter aus individuellen und schwer normierbaren Verhaltensrepertoires der Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ergeben, stellen psychiatrische Diagnosen medizinisch-kategoriale Einordnungen von Störungsbildern dar, die systematisch und anhand operationalisierter diagnostischer Kriterien gestellt werden. Jede Diagnosestellung aus der ICD Gruppe F beschreibt *abweichendes* Verhalten und/oder Erleben, mit hohem intra- wie interpersonellen psychosozialen Konflikt- und Belastungspotential.

Selbst hinter kategorialen Diagnosen, deren Validität und Treffsicherheit im Fachdiskurs im Bereich geistige Behinderung in der Kritik stehen, verbergen sich Leiden von Kindern- und Jugendlichen, Sorgen von Eltern und Bezugspersonen sowie außergewöhnliche Herausforderungen für Pädagogen und Therapeuten. Die Gruppe der psychiatrisch diagnostizierten Kinder bildet die – hinsichtlich psychosozialer Verhaltensauffälligkeiten – *Spitze des Eisbergs* innerhalb der Gruppe von Schüler*innen mit geistiger Behinderung, da *herausfordernde Verhaltensweisen* i. d. R. sowohl seitens des familiären als auch des therapeutischen und pädagogischen Umfelds mit hoher Toleranz begegnet wird – die Notwendigkeit einer Diagnose ergibt sich zum einen aus dem individuellen Leidensdruck der betroffenen Person und dessen alltäglichen Umfelds, zum anderen sind Diagnosen häufig Initialmoment zur Aktivierung spezifischer Hilfssysteme.

5.2.1 Intelligenzniveaus

Der Indikator *Intelligenzniveau* ist in der Lage Hinweise auf transformierende Heterogenität hinsichtlich der kognitiven Potentiale von Kindern und Jugendlichen an FZgEs zu geben. Einen deutlichen Zuwachs von 10.9 % erlebt die Gruppe von Kindern und Jugendlichen im IQ-Bereich der *leichten Intelligenzminderung* (IQ 50–69), während in der Kategorie *mittelgradige Intelligenzminderung* (IQ 35–49) eine regressive dekadische Tendenz von -4.1 % augenscheinlich wird. Ebenfalls regrediert die Anzahl der Kinder und Jugendlichen innerhalb der Kategorie *k.A.* im betrachteten Jahrzehnt um -7.1 %. Die positive Tendenz in der Kategorie *leichte Intelligenzminderung* könnte somit hypothetisch im Zusammenhang mit einer tatsächlichen qualitativen Veränderung der Schülerschaft, hin zu höheren kognitiven Niveaus

zu sehen sein, da auch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen mit Lernbehinderung einen leichten dekadischen Anstieg aufweist (+2 %) obwohl diese nicht per se die Indikation zur Beschulung an einem FZgE erfüllen und sich ihre Aufnahme aus verschiedenen anderen Gründen wie beispielsweise mangelnder Adaptionsleistung, sozialer wie alltäglicher Überforderung oder (störungs- respektive behinderungsbedingter) Verhaltensauffälligkeiten rechtfertigt. Dies stellte einen Hinweis auf veränderte und möglicherweise gestiegene pädagogische Herausforderungen dar. Nicht zu vernachlässigen ist jedoch auch die regressive dekadische Entwicklung innerhalb der Kategorie *k.A.* (-7.1 %), die sich verschiedenartig hypothetisieren lässt und einerseits ihre Begründung in der Aktenarchivierung und der zwischenzeitlichen Weitergabe von Akten an nachfolgende Bildungseinrichtungen oder datenschutzrechtlich notwendiger Vernichtung von Akten findet, andererseits auch Verweis auf eine veränderte pädagogische Praxis der IQ-Testungen und der Erstellung der sonderpädagogischen Gutachten an den Schulen sein kann. Somit kann der relative Zuwachs der Kinder und Jugendlichen im Bereich der *leichten Intelligenzminderung* auch durch die Regressionstendenzen in der Kategorie *k.A.* bedingt sein.

5.2.2 Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen

Der prozentuale Anteil von Schülern und Schülerinnen mit mindestens einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose (\cong der „Gesamtheit aller psychischen Störungen“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018, S. 1) Fx außer F7) steigt in der dekadischen Betrachtung in der Gesamtsumme aller Schüler und Schülerinnen der Stichprobenschulen zwischen 2009/10 und 2019/20 von 51 % auf 69 %. Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung beziffert den „Anteil der Kinder und Jugendlichen, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose einer psychischen Störung erhielten“ (ebd.) im Jahr 2009 inklusive der Diagnosen der Kategorie F7, die hier in der Ergebnisdarstellung bewusst und begründet in der Berechnung vernachlässigt wurde, deutschlandweit auf 23 % und ermittelte einen Anstieg auf 28 % im Jahr 2017 (letzter verfügbarer Erhebungszeitpunkt). Somit wird eine deutliche Kumulation kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen (sogar unter Vernachlässigung der F7 Diagnosen) innerhalb der Schülerschaft an den untersuchten Stichprobenschulen belegt, die sich in mehr als doppelt so hohen Anteilen von Kindern und Jugendlichen mit F-Diagnosen als in der Allgemeinbevölkerung darstellt. Ein Ergebnis, das vorerst weder vor dem Hintergrund der Annahme, Diagnosen aus dem Bereich F8 (umschriebene Entwicklungsstörungen) seien häufig formale Zugangsindikation zu Therapien und sekundär auch zu sonderpädagogischer Förderung, noch anhand der Annahme der WHO, Menschen mit Intelligenzminderungen seien drei bis viermal häufiger von psychiatrischen Störungen betroffen als die Allgemeinbevölkerung, verwundert. Allerdings folgert das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (2018) aus ihrer Forschung „eine insgesamt hohe und in der zurückliegenden Dekade angestiegene Belastung der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Störungen“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018, S. 2)

Hinter der Anzahl an Schülern und Schülerinnen die in der Kategorie *k.A.* gelistet wurden, verbirgt sich eventuell eine Dunkelziffer an psychiatrischen Diagnosen, die nicht mehr nachvollziehbar erfasst werden können. Diese methodische Grenze könnte sich sowohl in einer Vergrößerung der Gruppe der Schüler*innen *ohne F-Diagnose*, als auch in einem der Gruppe der Schüler*innen *mit psychiatrischer Diagnose* niederschlagen. Durch die fehlenden Daten würden jedoch weder die Anzahl der diagnostizierten Kinder und die Anzahl der Diagnosen, noch der prozentuale Anteil psychiatrisch diagnostizierter

Kinder und Jugendlicher an der Grundgesamtheit geringer ausfallen. Die Gründe für das Fehlen medizinischer Angaben sind unterschiedlich und stehen mit der einzelschulischen Praxis der Archivierung von Schülerakten in Zusammenhang. Gründe können unter anderem die Weitergabe der Unterlagen an Folgeeinrichtungen, die therapeutische Behandlung von Schülerinnen und Schülern bei externen Therapeuten sowie der datenschutzrechtliche Anspruch auf Rückforderung der Unterlagen durch Sorgeberechtigte oder erwachsene Betroffene nach dem Schulaustritt sein.

Um eine Annäherung an die (zumindest formal diagnostische) Realität psychischer Belastung und möglicherweise damit einhergehenden veränderten pädagogischen Anforderungen im Bereich der FZgEs zu ermöglichen, bedarf es der folgenden differenzierten Betrachtung der Indikatorkategorie *psychiatrische Störungen*, da die bloße Darstellung der Anzahl betroffener Kinder noch keine Aussage über erhöhte psychische Belastungen der Schülerinnen und Schüler oder konkrete Veränderungen der pädagogischen Ausgangslage in der Praxis beisteuern.

5.2.3 Anzahl psychiatrischer Diagnosen

Neben der Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit mindestens einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose bildet die Anzahl psychiatrischer Diagnosen eine weitere interpretierbare Kennzahl. In vielen Fällen handelt es sich um mehrfachdiagnostizierte ($F \geq 2$) Kinder und Jugendliche, so dass zur Darstellung der Entwicklung eine rechnerisches „Pro-Kopf“ Verhältnis gewählt wurde. Das Verhältnis Diagnose zu Schüler entwickelt sich im dekadischen Verlauf um +0.5 Diagnosen pro Kopf, was selbst beim maximalen Anteil diagnostizierter Schüler von 86 % (Tabelle 28: Schule I, SJ 2019/20) als Hinweis auf eine deutliche Zunahme psychiatrischer Mehrfachdiagnosen zu bewerten ist.

Der Anstieg der Diagnosezahlen ist kein isoliertes Phänomen der FZgEs, es ist ein gesamtgesellschaftliches. Eine Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in Kooperation mit dem Bundesverband der Kinder und Jugendärzte (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2020) stellt zwischen 2010 und 2017 einen deutlichen Anstieg der „Zahl der Heranwachsenden“ mit mindestens einer F-Diagnose fest. Die Studie verweist weiter auf eine Zunahme von Anpassungsstörungen (+57 %), Entwicklungsstörungen (+37 %) und Störungen des Sozialverhaltens (+22 %) (vgl. ebd.). Wobei die Begründung des zahlenmäßigen Anstiegs nicht zwingend eine Verschlechterung der allgemeinen psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen bedeutet:

Die hohen Zahlen von Patienten, die zu uns wegen psychischer Störungen kommen, bedeuten nicht zwingend, dass es unter Kindern und Jugendlichen generell einen Anstieg psychischer Erkrankungen gibt [...] Die Entwicklung geht sicher auch auf einen offeneren Umgang mit psychischen Erkrankungen zurück. Sie sind erfreulicherweise kein Tabu mehr. Kinder und Jugendliche sowie Eltern reden heute offen beim Arztbesuch über psychische Probleme (ebd.).

Der zitierte Verweis auf die sukzessive Enttabuisierung psychischer Erkrankungen bildet die Grundlage einer kritischen und differenzierten Diskussion über den Anstieg der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Diagnosen an den Stichprobenschulen. Neben dem „offeneren Umgang“ tragen weitere Faktoren wie die Verfügbarkeit medizinisch-psychiatrischer Angebote im Sinne einer flächendeckenden Versorgung, aber auch die erhöhte Sensibilität von Ärzten, Lehrkräften und nicht zuletzt Eltern und Angehörigen für psychische Auffälligkeiten einer formellen Diagnostik bei. Der Anstieg der Diagnosezahlen ist multifaktoriell bedingt und soll durch die differenzierte Diskussion der folgenden Indikatoren nachvollziehbar dargelegt werden.

5.2.4 Mehrfachdiagnosen

Die Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen steigt in der betrachteten Dekade deutlich. Mehrfachdiagnosen werfen in der Forschung die Frage nach Bedingungsgefügen und Kausalzusammenhängen bei Komorbiditätskonzepten auf, welche die zentralen Annahmen „ätiologischer Komorbiditätsmodelle“ (Legenbauer 2020) darstellen. So entstanden vier zentrale Bedingungsmodelle, die das Auftreten einer weiteren psychischen Erkrankung bei einer bereits bestehenden erhöhen.

- „Störung A verursacht Störung B
- Störung A setzt die Schwelle für das Auftreten von Störung B herab
- Störung A und B stellen Manifestationen ein und derselben Ursache dar
- Störung A und B stellen verschiedene Stufen derselben Erkrankung dar.“ (Legenbauer 2020)

Legenbauer (2020) verweist auf den Mangel an systematischen Studien zur Komorbidität psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, konstatiert jedoch „die Befundlage [sei] dahingehend eindeutig, dass Komorbidität unabhängig von der Art der Primärerkrankung [...] mit einer höheren psychosozialen Belastung und stärkeren Funktionseinschränkungen [...] und schlechterem Behandlungserfolg einhergeht.“ Im Rekurs auf die ohnehin sehr komplexe und multidimensionale Belastung von Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung als auch deren familiärem Umfeld, wie sie unter 2.3 im Zuge der Personenkreisbeschreibung multiperspektivisch dargelegt wurden, ist bei bestehender Mehrfachdiagnostik von einer Multiplikation der Belastungsmomente auszugehen. Intelligenzminderungen werden in der Untersuchung nicht als psychiatrische Diagnose bewertet und rechnerisch vernachlässigt. Somit besteht in vielen Fällen auch bei psychiatrischer Einfachdiagnostik (mindestens eine F-Diagnose ohne F7) eine ähnlich erhöhte Vulnerabilität, erhöhte psychosoziale Belastung etc., da auch diese bei der untersuchten Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen in der Regel additiv zu einer vulnerablen Konstitution der Intelligenzminderung entstehen.

Der enorme Anstieg der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen von 24 % der Gesamtschülerschaft im Schuljahr 2009/10 auf 42 % im Schuljahr 2019/20, der in absoluten Zahlen einer Verdopplung entspricht (226 in 2009/10; 449 in 2019/20), kann als Hinweis auf komplexe ätiologische Zusammenhänge psychiatrischer Störungen verstanden werden. Inwieweit der Anstieg den bereits oben beschriebenen diagnostischen Entwicklungen oder einer tatsächlichen qualitativen Veränderung der Schülerklientel geschuldet ist, lässt sich auf der bloßen quantitativen Grundlage nicht beantworten, weshalb dieses Phänomen in der flankierenden qualitativen Forschung der vorliegenden Dissertation explizite Berücksichtigung findet.

5.2.5 Verteilung der Diagnosearten

Der Aussagewert des Indikators *Verteilung der Diagnosearten* liegt in der Möglichkeit spezifische Störungsbilder in ihrer isolierten dekadischen Entwicklung differenziert zu betrachten und das Gewicht der einzelnen Störungskategorien innerhalb der Gesamtheit aller kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen zu bewerten. Ergebnissen des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (KV) (2018) folgend, bilden Entwicklungsstörungen (F8) in der Gesamtbevölkerung der Kinder und Jugendlichen in

Deutschland die größte Gruppe (45 % in 2009 / 49 % in 2017). Ebenso stellen sie in der Summe der Stichprobenschulen mit 64.4 % in 2009/10, 67.4 % in 2014/15 und 70.2 % im Schuljahr 2019/20 die größte Diagnosekategorie, wobei sie die Werte der KV-Studie deutlich überschreiten. Der Abgleich der Verteilung der Diagnosearten (prozentualer Anteil der Kategorie an der Gesamtzahl der psychiatrischen Diagnosen) mit den Studienergebnissen der KV (2020) erfolgt tabellarisch.

Aufgrund der verfügbaren Kategorien der KV F8, ohne differenzierte Darstellung von F84 (ASS) und F9 ohne differenzierte Darstellung von F90 (ADHS), wird aus den Zahlen der Stichprobenschulen an dieser Stelle ebenfalls die Summe der entsprechenden Kategorien gebildet⁶⁷:

Tabelle 46.

Anteilige Häufigkeiten psychiatrischer Störungskategorien bei Kindern und Jugendlichen an der Gesamtzahl psychiatrischer Störungen

| <i>SJ</i> | <i>KV 2009</i> | <i>2009/10</i> | <i>KV 2017</i> | <i>2019/20</i> |
|-----------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>F9</i> | 34 % | 22 % | 34 % | 17 % |
| <i>F8</i> | 45 % | 75 % | 49 % | 80 % |

Anmerkung 46. SJ: Schuljahr; KV 20xx: Ergebnisse der Studie des Zentralinstituts der kassenärztlichen Vereinigung. 20xx/xx: Prozentualer Anteil der Störungskategorien in der Grundgesamtheit der psychiatrischen Diagnosen aller untersuchten Stichprobenschulen zum jeweiligen Schuljahr (siehe Tabelle 33).

Verglichen mit der Gesamtpopulation aller Kinder und Jugendlichen in Deutschland ist somit an den untersuchten FZgEs eine hohe Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen (F8) zu konstatieren wohingegen der Anteil an Störungsbildern der Kategorie Verhaltens- und emotionale Störungen (F9) anteilig an der Summe aller psychiatrischer Diagnosen durch den extrem hohen Anteil an Entwicklungsstörungen innerhalb der Stichprobe geringer ausfällt. Die extreme Kumulation von Entwicklungsstörungen senkt prozentual den Anteil von Störungen aus F9. Die Zusammenhänge werden unter den Ausführungen zu den einzelnen Störungskategorien weiter beleuchtet.

5.2.5.1 F8

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018) stellt mit dem Onlineangebot *Versorgungsatlas.de* zusätzliche Analysen zur Prävalenz psychiatrischer Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen auf Kreisebene zur Verfügung, die zur differenzierten Betrachtung als Referenzwerte herangezogen werden. Dargestellt wird die Diagnoseprävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen (F8) bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre, die im Jahr der Erhebung „mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten“⁶⁸ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018).

⁶⁷ Die Prozentangaben der Stichprobenschulen für F8 und F9 berechnen sich aus den Angaben aus Tabelle 33 „Dekadische Entwicklung der Diagnosezahlen nach Störungskategorie“ folgendermaßen: F9 = F90+F9 in Prozent an Ges. / F8=F8+F84 in Prozent an Ges.

⁶⁸ Der Bezugsrahmen ergibt sich bei der Studie der KV aus dem verfügbaren Datenmaterial, da „Datengrundlage [...] die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre“ (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018) waren. Vernachlässigt werden demnach die Anzahl der Kinder und Jugendlichen ohne Arztvorstellung in den ausgewählten Erhebungsjahren.

Die verfügbaren Erhebungspunkte der Versorgungsanalyse der KV sind das Jahr 2009 und als jüngster Erhebungspunkt das Jahr 2017. Bei den Schulen in kreisfreien Städten (I,II,III) wurde aufgrund der weit gefassten Einzugsgebiete der Mittelwert aus dem Wert der kreisfreien Stadt und dem Einzugslandkreis gebildet⁶⁹.

Tabelle 47.

Diagnoseprävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung differenziert auf Einzugskreise der Stichprobenschulen

| KV Daten 2009 | | | | | | | | KV Daten 2017 | | | | | | | |
|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|---------------|--------|--------|---------|--------|--------|------------------|--|
| FZgE | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} | |
| Ø Kreis % | 6.9 | 6.9 | 7.4 | 5.4 | 6.4 | 4.7 | 6.3* | 9.8 | 9.8 | 8.3 | 7.7 | 8.9 | 5.5 | 8.3* | |
| F8 | | | | | | | | (+2.9) | (+2.9) | (+0.9) | (+2.,3) | (+2.5) | (+0.8) | (+0.5) | |

Anmerkung 47. Die römischen Ziffern beziehen sich auf die Standorte (Städte und Einzugslandkreise) der untersuchten Schulen. Ø Kreis %: Ergebnisse der KV Untersuchung in den schulzugehörigen Landkreisen und kreisfreien Städten. Ø_{ges}: Durchschnittswert aller Stichprobeneinzugsgebiete, eigene Berechnung. Quelle: (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018), eigene Berechnung.

Betrachtet man die Entwicklungen im, auf der verfügbaren Datengrundlage nachvollziehbaren Zeitraum, ist eine Zunahme der Diagnoseprävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen in allen Stichprobenkreisen auszumachen, die von einer positiven dekadischen Entwicklung zwischen +2.9 und +0.8 %P rangiert, während 2017 die Prävalenzdifferenz zwischen Kreisregion I (städtischer Raum Regensburg = 9.8 %) und der Kreisregion VI (peripherer ländlicher Raum Rottal-Inn = 5.5 %) mit 4.3 %P erheblich ausfällt. Die Prävalenzgefälle können methodologisch bedingt sein, da in der Methodenbeschreibung der KV Daten nicht geklärt wird, ob die Diagnosestellung in der Herkunftsregion der Diagnostizierten oder in der Region des Sitzes der diagnostizierenden Stelle (Kinder- und Jugendmediziner*innen, KJP, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen etc.) verbucht wird. Somit würde sich die Versorgungsdichte an diagnostizierenden Stellen auch in den errechneten Diagnoseprävalenzen widerspiegeln.

Umschriebene Entwicklungsstörungen bilden wie beschrieben häufig die Zugangsindikation zu heil- und sonderpädagogischen Unterstützungssystemen. Der prozentuale Anteil von F8-Diagnosen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen an den Stichprobenschulen bewegt sich zu allen drei Erhebungspunkten auf ca. ein Drittel. Die Relation der Diagnosezahl zu den Schülerzahlen ist aufgrund häufiger Mehrfachdiagnosen im Bereich F8 nicht aussagekräftig, des Weiteren führt die Berechnung der KV Autismusspektrumstörungen (F84) nicht gesondert.

Dennoch ist die deutliche Kumulation und Überrepräsentanz von UES Diagnosen (F8) im Bereich FZgE aufgrund der in der ICD-10 beschriebenen diagnostischen Kriterien verwunderlich. Zwar herrscht in manchen Entwicklungsbereichen auch diagnostische Unsicherheit, „wann z. B. welche Ausprägung einer Intelligenzminderung ausreichend ist“ (Amorosa 2006, S. 189) um verzögerte Entwicklung oder Störung bestimmter Teilleistungen hinreichend kausal zu erklären, jedoch ist das Vorliegen einer Intelli-

⁶⁹ **Kategorie F8:** 2009 bei Schule I und II 6,9 % (6,8 Regensburg Stadt / 7 Regensburg Land) und Schule III 7,4 % (7,1 Straubing Stadt / 7,7 Lkr. Straubing Bogen). 2017 bei Schule I und II 9,8 % (10,5 Regensburg Stadt / 9,1 Lkr. Regensburg) und Schule III 8,3 % (8,5 Straubing Stadt / 8,1 Lkr. Straubing-Bogen).

genzminderung eine der Kernindikationen zur Beschulung an einem FZgE, womit der Indikator Intelligenzniveaus hier zu einem wertvollen und aussagekräftigen Kontextindikator avanciert. Teilleistungsstörungen zeigen sich sinngemäß in einem heterogenen Fertigungs- und Leistungsprofil, nicht in einem homogen und global verminderten, wie es im Falle einer Intelligenzminderung vorliegt. Ein standardisiert erhobener IQ-Wert <70 wird in der ICD als Ausschlusskriterium für umschriebene Entwicklungsstörungen geführt (siehe 2.3.2.2.1). Trotz dieser diagnostischen Grundannahme bilden Entwicklungsstörungen der Gruppe F8 den größten und hinsichtlich der Verteilung der Diagnosearten deutlich überrepräsentierten Anteil an F-Diagnosen an den untersuchten FZgEs.

Die Ergebnisse der Untersuchung werfen Fragen nach Intention von Diagnostik, der Praxis einer altersentsprechenden Überprüfung und ggf. diagnostischen Korrektur sowie Fragen nach Funktion von Diagnosen für die pädagogische und therapeutische Arbeit im Rahmen von sonderpädagogischen Förderzentren auf.

Folgt man den Ausschlussvorbehalten der ICD-10, müssten F8 Diagnosen spätestens bei der Diagnose einer Intelligenzminderung entsprechend revidiert werden und dürften nicht über ganze Schulbiografien beispielsweise in Behandlungsplänen der Krankenkassen die Grundlage für die medizinisch-therapeutische Versorgung und vor allem die Indikation für die methodische Ausrichtung oder auch Art der Therapie bilden.

Ohne an dieser Stelle der Untersuchung die Gründe für derartige Kumulationen unzulässig zu interpretieren, verweisen die Ergebnisse auf Unschärfe in der ärztlichen Diagnostik bei geistiger Behinderung und stellen fachlich den Orientierungssinn medizinischer Diagnosen für angrenzende pädagogische wie therapeutische Disziplinen in Frage. Diagnosen, die zu einem großen Teil den klaren, kategorialen Vorgaben der Diagnostik widersprechen, können nur schwer zur pädagogischen oder therapeutischen Ausrichtung individueller Förderung, Intervention und Behandlung dienen und verfehlen somit auch ihren Sinn, wissenschaftlich fundierte und medizinisch-kategoriale Grundlage für die bestmögliche Förderung und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu sein.

5.2.5.2 F84

Folgt man den Angaben der KV (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018, S. 9) hinsichtlich der Diagnoseprävalenz von ASS, so spielen diese in der Gesamtheit aller diagnostizierten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen mit einem prozentualen Anteil von 0.94 % an der Gesamtheit aller psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland „eine untergeordnete Rolle“ (ebd.). In den untersuchten FZgEs hingegen bilden die ASS-Diagnosen (F84) nach den restlichen F8-Diagnosen die zweitgrößte Diagnosegruppe (siehe 4.2.5.2). Sie bilden mit einem dekadisch stabilen ≈ 10 % Anteil an der Gesamtheit der kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen eine hoch relevante Störungsgruppe zur Beschreibung der pädagogischen Ausgangslage. Der Anteil von Schülern und Schülerinnen mit ASS-Diagnosen an den Stichprobenschulen ist im Vergleich zum Anteil der ASS-Diagnosen an der Gesamtheit aller kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen in der Gesamtbevölkerung in etwa zehnmal so hoch (0.94 % in der Gesamtheit aller Diagnosen der Allgemeinbevölkerung der Kinder und Jugendlichen – ≈ 10 % an den Stichprobenschulen). Ebenfalls ist die berechnete administrative Prävalenz von ASS-Diagnosen von 13.70 % in 2019/20 in der Stichprobe, selbst wenn man die höchsten Prävalenzannahmen von 1–2 % (siehe 2.3.2.2.2) heranzieht, ca. 7- bis 13-fach erhöht.

Die Werte verweisen darauf, dass FZgEs die Schulen des bayerischen Bildungssystems sind, in welchen der überwiegende Anteil autistischer Schüler und Schülerinnen unterrichtet wird. Des Weiteren belegt die hohe Abweichung der Ergebnisse der Stichprobe von den Ergebnissen der Gesamtpopulation sowohl die dekadisch enorm gestiegenen Fallzahlen als auch den hohen prozentualen Anteil von Schüler*innen aus dem autistischen Spektrum, was die in der Literatur beschriebenen Entwicklungen am konkreten Beispiel ostbayerischer FZgEs widerspiegelt. Die klinischen Bilder der ASS, welchen an FZgEs begegnet werden muss, entsprechen tendenziell schwerer Symptomatik in Kombination mit Intelligenzminderungen, was vor dem Hintergrund der erheblich erhöhten Komorbidität mit weiteren psychiatrischen Störungsbildern (siehe 2.3.2.2.2) und der pädagogischen Notwendigkeit hoch individualisierter didaktischer wie pädagogischer Konzepte einen belastbaren Hinweis auf die pädagogischen Herausforderungen sowohl im Unterricht als auch im Rahmen der Heilpädagogischen Tagesstätten geben kann.

5.2.5.3 F9

Gerade die Gruppe der *Verhaltens- und emotionalen Störungen* beschreibt Kinder und Jugendliche, deren psychosoziale Funktionalität in spezifischem und hohem Maße eingeschränkt ist. Zu der Diagnosekategorie F9 stellt die KV ebenfalls Analysen zur Diagnoseprävalenz bei Kindern und Jugendlichen bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre, die in den Erhebungsjahren mindestens einen Arzt- oder Psychotherapeutenkontakt hatten (siehe 3.3.2.3), auf Kreisebene zur Verfügung. Untenstehend wird die Diagnoseprävalenz der Kodierungsgruppe F9 in den Einzugskreisen der Stichprobenschulen zu den verfügbaren Erhebungspunkten der Versorgungsanalyse der KV 2009 und 2017 dargestellt. Bei den Schulen in kreisfreien Städten (I,II,III) wird der Mittelwert aus dem Wert der kreisfreien Stadt und dem Einzugslandkreis gebildet⁷⁰.

Tabelle 48.

Diagnoseprävalenz Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend bezogen auf die Gesamtbevölkerung differenziert auf Einzugskreise der Stichprobenschulen

| SFZgE | KV Daten 2009 | | | | | | | KV Daten 2017 | | | | | | |
|-----------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|---------------|------|------|------|------|------|------------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} |
| Ø Kreis % | 6.2 | 6.2 | 5.8 | 4.3 | 6.2 | 3.4 | 5.4 | 6.7 | 6.7 | 5.8 | 4.3 | 6.4 | 4.2 | 5.5 |
| F9 | | | | | | | | +0.5 | +0.5 | ±0.0 | ±0.0 | +0.2 | +0.8 | +0.1 |

Anmerkung 48. Die römischen Ziffern beziehen sich auf die Standorte (Städte und Einzugslandkreise) der untersuchten Schulen. Ø_{ges}: Durchschnittswert aller Stichprobeneinzugsgebiete, eigene Berechnung. Quelle: (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018), eigene Berechnung.

⁷⁰ **Kategorie F9:** 2009 bei Schule I und II 6,2 % (6,16 Regensburg Stadt / 6,18 Regensburg Land) und Schule III 5,8 % (5,56 Straubing Stadt / 5,95 Lkr. Straubing Bogen). 2017 bei Schule I und II 6,7 (7,07 Regensburg Stadt / 6,25 Lkr. Regensburg) und Schule III 5,8 % (6,12 Straubing Stadt / 5,5 Lkr. Straubing-Bogen).

Kategorie F8: 2009 bei Schule I und II 6,9 % (6,8 Regensburg Stadt / 7 Regensburg Land) und Schule III 7,4 % (7,1 Straubing Stadt / 7,7 Lkr. Straubing Bogen). 2017 bei Schule I und II 9,8 % (10,5 Regensburg Stadt / 9,1 Lkr. Regensburg) und Schule III 8,3 % (8,5 Straubing Stadt / 8,1 Lkr. Straubing-Bogen).

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend zeigen sich hinsichtlich ihrer Diagnoseprävalenz im betrachteten acht Jahreszeitraum relativ stabil. Der maximal positive Trend in Kreisregion VI (peripherer ländlicher Raum Rottal-Inn) beläuft sich auf +0.8 %, die durchschnittliche Zunahme auf +0.1 %P. Blickt man auf die Differenz der Prävalenzwerte in den Stichprobenkreisen im Jahr 2017, zeigt sich die maximale Abweichung von 2.5 bzw. 2.4 %P zwischen der Kreisregion I (städtischer Raum Regensburg = 6.7 %) und der Kreisregion VI (peripherer ländlicher Raum Rottal-Inn = 4.2 %) und IV (sehr peripherer ländlicher Raum Cham = 4.3 %). Der maximale Anstieg der Diagnosen von 0.8 % im betrachteten Zeitraum ist in Kreisregion VI zu verzeichnen.

Vergleicht man nun die Diagnoseprävalenzen der KV Untersuchung mit den Ergebnissen der Stichprobe, treten Störungen der Gruppe F9 mit ≈ 9 –10 % deutlich überrepräsentiert als in der Gesamtpopulation auf. Beim Vergleich der Werte ist vor allem die Störungskategorie F90 (ADHS) zu berücksichtigen, da sie in den Prävalenzannahmen der KV in der Kategorie F9 subsumiert wird, während sie in der vorliegenden Untersuchung aufgrund ihrer Häufigkeit gesondert dargestellt und berechnet wird.

Die Aufschlüsselung der Subkategorien der Kodierungsgruppe F9 (Tabelle 37) zeigt erhebliche Diagnosekumulationen innerhalb der Kodierungsgruppe an Einzelschulen (z. B. 14 von insgesamt 22 Diagnosen F92 im SJ 2019/20 an Schule I / 10 von 20 Diagnosen F93 im SJ 2014/15 an Schule V), die eventuell im Zusammenhang mit der diagnostischen Praxis der regional konsultierten Ärzte, Kinder- und Jugendpsychiatrien oder niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater stehen.

Im Schuljahr 2019/20 bilden Diagnosen der Kodierungsgruppe F98 mit 3.3 % an der Gesamtheit der F-Diagnosen den bei weitem größten Teil der F9-Störungen an den Stichprobenschulen; sie beschreiben entwicklungspezifisches jedoch andauerndes abweichendes Sozialverhalten im Rahmen der geistigen Behinderung. Auffällig sind die geringen oder fehlenden Fallzahlen an einzelnen Schulen (z. B. Schule I und II im Schuljahr 2014/15), da gerade bei der Breite der Kategorie F98 an allen Schulen Fälle zu erwarten wären.

Die Untersuchung der KV stimmt darin überein, dass F98 (Andere Verhaltens- und emotionale Störungen) Diagnosen mit 4.28 % (in 2017) ebenfalls die größte Gruppe der F9er Diagnosen in der Gesamtheit der psychiatrischen Diagnosen der Gesamtpopulation bilden, gefolgt von emotionalen Störungen F93 (Emotionale Störungen des Kindesalters) mit 2.86 %. F93-Störungen fallen hingegen an den Stichprobenschulen im Schuljahr 2019/20 mit 1.8 % der Gesamtheit der Diagnosen unterdurchschnittlich ins Gewicht, wohingegen Störungen der Kodierungsgruppe F91 (Störungen des Sozialverhaltens) mit 2.16 % als zweitgrößte Menge im Vergleich zu der KV-Untersuchung (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) 2018, S. 29) etwas häufiger (+0.13 %) auftreten.

Zusammenfassend und wenig überraschend ist eine erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von F9 Diagnosen an FZgEs im Vergleich mit der Gesamtpopulation Kinder und Jugendlicher zu konstatieren. Die relative Stabilität der Anteile ist vor allem vor dem enormen Anstieg der F8er Diagnosen statistisch verzerrend. Festzustellen ist ein deutlicher Anstieg von Störungen des Verhaltens und der Emotionen an den FZgEs. Inwieweit der Anstieg der Diagnosen beispielsweise auf veränderte diagnostische Praxis und Sensibilität des Umfelds für mögliche psychiatrische Störungen zurückzuführen ist oder auch darin eine tatsächlich veränderte Qualität der Schülerschaft an FZgEs, hin zu zunehmenden Verhaltensauffälligkeiten und vermehrtem, klinisch gesichertem Auftreten herausfordernder Verhaltensweisen, dargestellt werden kann, muss auf der verfügbaren Datenlage offenbleiben.

5.2.5.4 F90

Auf der Datengrundlage des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung von 2018 (Manas K. Akmatov et al. 2018) lassen sich die Prävalenzraten von *Hyperkinetischen Störungen* auf Kreisebene abbilden. Die folgende Tabelle ordnet die Prävalenzraten bezogen auf die Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen bis 18 Jahre, die in den erhobenen Jahren mindestens einmal bei einem Arzt oder Psychotherapeuten vorstellig wurden, aus dem Jahr 2009 und dem der aktuellsten Erhebung 2016, den Kreisregionen der Schulen zu. Bei den Schulen in kreisfreien Städten (I,II,III) wurde das Mittel aus der Prävalenzrate der Stadt und der des dazugehörigen Einzugslandkreises gebildet⁷¹.

Tabelle 49.

Prävalenzraten ADHS der Einzugsgebiete der untersuchten Schulen

| Kreisregion | Prävalenz ADHS 2009 | | | | | | | Prävalenz ADHS 2016 | | | | | | |
|-------------|---------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|---------------------|------|------|------|-----|------|------------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} | I | II | III | IV | V | VI | Ø _{ges} |
| F90 | 5.9 | 5.9 | 5.7 | 3.8 | 5.6 | 3.1 | 5.0* | 5.7 | 5.7 | 4.5 | 2.9 | 5.6 | 2.7 | 4.5* |
| | | | | | | | | -0.2 | -0.2 | -1.2 | -0.7 | ±0 | -0.4 | -0.5 |

Anmerkung 49. Die römischen Ziffern beziehen sich auf die Standorte (Städte und Einzugslandkreise) der untersuchten Schulen. Quelle: (Manas K. Akmatov et al. 2018); eigene Berechnung (ØI,II,III)

In der Darstellung des Septenniums zeigt sich im Mittel aller untersuchten Kreisregionen analog zu den Ergebnissen der Stichprobenschulen eine regressive Tendenz. Während die Prävalenzrate in der Summe der Einzugslandkreise im Umfang von -0.5 % zurückgeht, beläuft sich der Rückgang an den Stichprobenschulen auf -4.67 % hinsichtlich des Anteils der F90-Diagnosen an der Gesamtheit der F-Diagnosen. Im Sinne der administrativen Prävalenz (F90 an der Gesamtheit der Schülerschaft) an den Stichprobenschulen ist dagegen eine Stabilität der Rate mit marginal positiver Entwicklung um 0.09 % festzustellen. Hingegen der Regressionstendenz in der Gesamtbevölkerung bleibt also hier die Anzahl der F90-Diagnosen in der untersuchten Dekade an den Stichprobenschulen konstant bei ≈ 10 %.

Des Weiteren stellt die Übersicht der KV Untersuchung (Tabelle 47) deutliche regionale Unterschiede der Prävalenz des Störungsbildes heraus. Die höchsten Prävalenzdifferenzen zeigen sich mit 3 % respektive 2.8 % zwischen Kreisregion I (städtischer Raum Regensburg = 5.7 %) und den Kreisregionen VI (peripherer ländlicher Raum Rottal-Inn = 2.7 %) und IV (sehr peripherer ländlicher Raum Cham = 2.9 %). Während sich die Zahlen in Kreisregion I im betrachteten Septennium nur marginal reduzieren (-0.2 %), erlebt die Prävalenz von ADHS in Kreisregion III (peripherer ländlicher Raum kreisfreie Stadt Straubing) mit -1.2 % einen erheblicheren Rückgang.

Auf der Grundlage der Fachliteratur, die eine sehr hohe Prävalenzvarianz von hyperkinetischen Störungen bei geistiger Behinderung zwischen 2 und 42 % nahelegt (siehe 2.3.2.2.4), lassen sich die prozentual anteiligen Werte nur bedingt hinsichtlich des durchschnittlichen Auftretens der Störungskategorie innerhalb der Schülerschaft der untersuchten Schulen deuten. Zu konstatieren ist dennoch eine überdurchschnittliche Auftretenshäufigkeit der Störung verglichen mit der von Stawski (2008) relativ hoch angenommenen Prävalenz von 3–5 % bei nicht behinderten Kindern.

⁷¹ Prävalenz Kreisregion I und II 2009: Stadt 5,7 % / Lkr. 6,1 % \pm 5,9 %; Kreisregion III 2009: Stadt 5,7 % / Lkr. 5,7 %; Kreisregion I und II 2016: Stadt 5,6 % / Lkr. 5,7 % \pm 5,65 gerundet 5,7 %; Kreisregion III 2016: Stadt 4,7 % / Lkr. 4,3 % \pm 4,5 %

Lediglich Schule IV unterschreitet die Prävalenzannahme im Schuljahr 2019/20 (Wert 1, siehe Tabelle 39) außergewöhnlich. Bezüglich der erschwerten Diagnostik einer hyperkinetischen Störung bei vorliegender geistiger Behinderung wirft vor allem das *Nichtvorhandensein* des Störungsbildes an Schule IV im Schuljahr 2019/20 die Frage nach möglichen Einflussfaktoren auf, wie beispielsweise die sozialraumnahe Verfügbarkeit spezifischer medizinischer Diagnostik für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung. Bei relativ stabiler Entwicklung der Anzahl der Diagnosen an allen weiteren Schulen erklären sich die auffällig niedrigen Werte an Schule IV (6 %; 5 %) in den Schuljahren 2009/10 und 2014/15 der Wert *eins* im Schuljahr 2019/20 nicht durch eine regional ungleiche Verteilung des Störungsbildes. Zusammenfassend ist eine weit erhöhte administrative Prävalenz von F90-Diagnosen in der Schülerschaft der untersuchten Stichprobenschulen belegbar, die mit konstanten ≈ 10 % der Gesamtschülerschaft mehr als doppelt so hoch liegt, wie die durchschnittliche, von Mans (2018) berechnete Prävalenz in den schulzugehörigen Kreisregionen. Dies deckt sich mit der Annahme erhöhter Prävalenz von F90-Diagnosen im Bereich der Intelligenzminderung. Die Tatsache erheblicher regionaler Prävalenzunterschiede bietet Anschlussmöglichkeiten für weitere Forschungsfragen zur psychiatrischen Diagnostik und Versorgungslage für Menschen mit geistiger Behinderung in Ostbayern.

5.2.5.5 Sonstige Störungen

Relevant ist die Störungsgruppe *Sonstige* durch die hohe Varietät innerhalb der Störungsbilder und Symptomatologie, die für jeden Einzelfall spezifische pädagogische Strategien, intensive Kooperation mit externen Stellen, wie den behandelnden Kinder- und Jugendpsychiatrien oder niedergelassenen Ärzten sowie professionelle und hochfrequente Elternarbeit erfordern. Zusätzlich bedarf es spezifischen Fachwissens um adäquate Fördermöglichkeiten interdisziplinär auf einer soliden theoretischen Grundlage zu eruieren.

Die häufigsten Diagnosekategorien verwundern vor den Ergebnissen der unter 2.3.2.2 aufgeführten Studien nicht. So finden sich neben den ohnehin explizierten häufigsten kinder- und jugendpsychiatrischen Störungen Angststörungen und Anpassungsstörungen als größte Diagnosekategorien innerhalb der sonstigen Störungen.

Ausgehend von der aktuellen Definition geistiger Behinderung der WHO, die unter anderem eine „signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen“ (WHO - Regionalbüro für Europa) als definitorisches Merkmal festlegt, verwundert das Auftreten von Ängsten und Unsicherheiten nicht – in wieweit diese kinder- und jugendpsychiatrisch als klinisch relevant bewertet und diagnostiziert werden, hängt stark von der Kompensationswirkung und diagnostischen Kompetenz der sozialen Umgebung einer Person ab. Begreift man das Phänomen *geistige Behinderung* in anderen Worten als einen Zustand kontinuierlich von Orientierungslosigkeit und Überforderung bedroht zu sein, liegt dennoch das Auftreten von Ängsten nahe.

Die Prävalenz von Angststörungen von Kindern zwischen 5 und 17 Jahren lag in Deutschland nach Angaben von *statista* (statista 2019) im Jahr 2017 bei 0.0021 %, nimmt man die administrative Prävalenz der Angststörungen innerhalb der gesamten Stichprobe im Jahre 2019/20, liegt diese mit 0.0019 % leicht unter dem Wert der allgemeinen Population Kinder und Jugendlicher in Deutschland. Die erhöhte Anzahl an Anpassungsstörungen, deren Auftreten die ICD-10 in den Zusammenhang mit „außergewöhnlich belastenden Lebensereignissen, die eine akute Belastungsreaktion hervorrufen, oder

besonderen Veränderungen im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt haben“ (Dilling und Freyberger 2019, S. 316) stellt, verweist sowohl auf die soziologischen Thesen erhöhter soziökonomischer wie familiärer Belastungen im Kontext geistiger Behinderung als auch auf die medizinischen und psychologischen Definitionsansätze grundsätzlich erschwerter Weltaneignung, Adaptionsfähigkeit und Anpassungsfähigkeit auf sich verändernde Lebensbedingungen.

Im Zuge der Fragestellung gibt die hohe Fallzahl der Kategorie F43 deutliche Hinweise auf die pädagogische und therapeutische Notwendigkeit zeitlich begrenzter aber intensiver Krisenintervention in Form von heilpädagogischer Behandlung und/oder psychologischer Begleitung durch außerschulische Kräfte sowie intensive Umfeldarbeit. Bei vorliegender psychiatrischer Unterversorgung und diagnostischer Schwierigkeiten im Zusammenhang mit Intelligenzminderung ist von einer hohen Dunkelziffer ähnlicher Störungsbilder auszugehen.

5.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend bieten die gewählten Indikatoren Gruppen Ergebnisse unterschiedlicher Relevanz für die Forschungsfrage nach möglichen qualitativen Veränderungen innerhalb der untersuchten Schülerklientel an. Während Indikatoren wie Intelligenzniveaus oder Geschlechterverteilung wenig von der Erwartung abweichen, die sowohl die statistische als auch die theoretische Studienlage vermuten lassen, distinguieren sich unter den soziostrukturellen Indikatoren vor allem der Aspekt *steigender Schülerzahlen an FZgEs* sowie die hoch beschleunigte *Internationalisierung der Schülerschaft im Kontext Migration und Behinderung*. Da die Zunahme der Schülerzahlen bisher weitgehend bildungsstatistisch behandelt wurde, wird der Indikator zu einem Kontextindikator für den weiteren Forschungsverlauf, während vor allem der Indikator *Nationalitäten* in der qualitativen Folgestudie die Stellung eines Kernmerkmals der Transformation einnimmt.

Innerhalb der Gruppe der diagnostischen Indikatoren stellen sich vor allem die Aspekte der *psychiatrischen Diagnosen und Diagnostik bei geistiger Behinderung* im Kontext der enormen Zunahme der Diagnosezahlen als auch deren Heterogenität als relevant für die weitere Forschung heraus, während der Indikator *Intelligenzniveaus* aufgrund seiner nur geringen Transformation ebenfalls als Kontextfaktor herangezogen wird.

5.3.1 Zusammenfassung soziostruktureller Indikatoren

Schülerzahlentwicklung:

- Deutliche Belege für dekadisch steigende Schülerzahlen an FZgEs mit unterschiedlicher regionaler Ausprägung
- Steigende Schülerzahlen an FZgEs trotz abnehmenden Anteils der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen an der Gesamtbevölkerung in beiden Regierungsbezirken und den ländlichen Einzugskreisen der Stichprobenschulen
- Steigende Schülerzahlen an FZgEs trotz sinkender Schülerzahlen an allen allgemeinbildenden Schulen
- Hinweise auf regional überdurchschnittlich hohen Anteil von Kindern mit Sonderpädagogischem Förderbedarf im Bereich gE / regional überdurchschnittliche Problemkonzentration
- Statistischer Rückgang der Schüler an Förderschulen (aller Förderschwerpunkte) bestätigt sich nicht im Bereich FZgE – hier gegenläufige Tendenz steigender Schülerzahlen trotz inklusiver Erfolge

Nationalitäten:

- Dekadischer Anstieg des Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen an FZgEs mit regional sehr unterschiedlicher Streuung zwischen Anteilen von 9.85 % (min.) hin zu 24 % (max.) bei einem bayernweiten Durchschnitt von 16.75 % (im Schuljahr 2019/20)
- Erhöhte Anteile nicht monokausal durch demographische Entwicklungen in den Regionen erklärbar – Hinweise auf eine Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen an den FZgEs in Ostbayern
- Enorme Akzeleration der Diversifizierungsentwicklung ab dem Erhebungspunkt 2014/15
- Grundlegende Veränderung der Zusammensetzung der Gruppe ausländischer Schülerinnen und Schüler hinsichtlich des Merkmals geographisch-kontinentale Zuordnung
- Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an vier von sechs untersuchten FZgEs weit über dem Anteil ausländischer Bevölkerung im schulpflichtigen Alter der Einzugsregionen – d. h. überproportionaler Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher werden an FZgEs beschult

Geschlechterverhältnis:

- In der Gesamtsumme kongruent mit Daten des statistischen Bundesamtes, das ein Verhältnis von 60 % (m) / 40 % (f) in der Gesamtheit der Menschen mit Behinderungen annimmt
- Kontextfaktor zur Auftretenshäufigkeit psychiatrischer Störungen und möglichen geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Symptomausprägung (v. a. externalisierte Störungen)
- Zum Teil erhebliche Überrepräsentanz von Schülern gegenüber Schülerinnen in einzelnen Schulen und Erhebungspunkten FZgEs weit über dem Anteil ausländischer Bevölkerung im schulpflichtigen Alter der Einzugsregionen – d. h. überproportionaler Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher werden an FZgEs beschult

5.3.2 Zusammenfassung diagnostischer Indikatoren

Intelligenzniveaus:

- Dekadischer Zuwachs der Gruppe von Schülerinnen und Schülern mit IQ-Werten im Bereich der leichten Intelligenzminderung (+10.9 %) und dekadisch zahlenmäßig regressive Entwicklung der Gruppe der Schülerinnen und Schüler mit IQ-Werten im Bereich der mittelgradigen Intelligenzminderung.
- Keine klaren Ursachen erkennbar. Hypothese 1: Veränderung der Schülerklientel hin zu einer nach wie vor heterogenen Gruppe mit tendenziell höherer kognitiver Leistung. Hypothese 2: Veränderte Diagnosepraxis verringert die Anzahl von Schülerinnen und Schülern in der Kategorie k.A.

Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen:

- Anteil der Schülerinnen und Schüler mit (mindestens einer) F-Diagnose steigt im dekadischen Verlauf von 51 % auf 69 %
- Anteil der Kinder und Jugendlichen mit (mindestens einer) F-Diagnose in der deutschen Gesamtbevölkerung stieg zwischen 2009 und 2017 von 23 % auf 28 %, also weit weniger erheblich als an den untersuchten FZgEs
- Anteil von Kindern und Jugendlichen mit (mindestens einer) F-Diagnose an untersuchten FZgEs weit über doppelt so hoch bei höherer positiver dekadischer Entwicklung (+18 %)

Anzahl psychiatrischer Diagnosen:

- Allgemeiner Anstieg der Diagnosezahlen und des rechnerischen Verhältnisses Diagnose pro Schüler von 0.9 : 1 (in 2009/10) auf 1.4 : 1 (in 2019/20)
- Entwicklung bedeutet nicht zwingend einen generellen Anstieg psychischer Störungen; Gründe für den Anstieg der Diagnosezahlen könnten unter anderem eine sukzessive Enttabuisierung psychischer Störungen und deren Behandlung, die verbesserte Verfügbarkeit psychiatrischer Leistungen sowie eine erhöhte Sensibilität für Symptomatik psychischer Störungen seitens der Eltern, Lehrkräfte und anderen Erziehungspersonen im Umfeld des Kindes oder Jugendlichen sein
- Die Anzahl psychiatrischer Diagnosen stieg im dekadischen Verlauf um 53.7 %, bei einer Zunahme in allen Störungskategorien und regional unterschiedlicher Kumulation respektive sehr unterschiedlicher Auftretens Häufigkeiten bestimmter diagnostizierter Störungsbilder an den einzelnen Schulen

Mehrfachdiagnosen:

- Positive dekadische Entwicklung der Anzahl mehrfachdiagnostizierter Schüler*innen ($F \geq 2$) von 24 % (in 2009/10) zu 42 % (in 2019/20) in Relation zur Grundgesamtheit ($N_{\text{Schüler*innen}}$)
- Derzeit wissenschaftlich unstrittige Erkenntnis, dass in Fällen von Mehrfachdiagnosen von höheren psychosozialen Belastungen, stärkeren Funktionseinschränkungen und schlechterem Behandlungserfolg auszugehen ist – Hinweis auf erhöhte pädagogisch-therapeutische Bedarfe bei Betroffenen
- Multiplikation der Belastungsmomente für Kinder, Familien und pädagogisches Umfeld

Verteilung der Diagnosearten:

- Hinsichtlich der prozentualen Anteile einzelner Störungskategorien in der Summe der Diagnosen besteht eine hohe Überrepräsentanz von Diagnosen der Gruppe Entwicklungsstörungen (F8) bei niedrigerem anteiligem Auftreten von Störungen des Verhaltens und der Emotionen im Vergleich zur Verteilung der Diagnosezahlen in der deutschen Gesamtbevölkerung von Kindern und Jugendlichen
- Psychiatrische Diagnosen könnten grundsätzlich eine valide Basis für die pädagogische und psychologische Einschätzung einer Ausgangslage bieten. Extrem abweichende regionale Unterschiede in der Diagnosestellung bei relativ hoch anzunehmender globaler Prävalenz einzelner Störungsbilder und der ohnehin massiv erhöhten Gefahr psychiatrischer Komorbiditäten zur Intelligenzminderung, werfen zum einen Fragen nach adäquater medizinischer Versorgung und zum anderen nach der Verfügbarkeit von Experten zur psychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung auf
- Das Profil der Störungsbilder gibt tendenziell Hinweise auf gestiegene Herausforderungen bei der qualitativ hochwertigen Beschulung der Schüler*innen sowie auf die Notwendigkeit kooperativ eng vernetzter außerschulischer, interdisziplinärer Unterstützungsleistungen im Rahmen multiprofessioneller Förderzentren

F8 (umschriebene Entwicklungsstörungen):

- Zu allen Erhebungszeitpunkten stellen Diagnosen der Gruppe F8 (hier ohne F84) die anteilig größte Gruppe von Diagnosen (ca. ein Drittel)
- Intelligenzminderung (IQ-Werte < 70) stellt ein diagnostisches Ausschlusskriterium für F8 Diagnosen dar, da von einer global verzögerten und limitierten Entwicklung von Kompetenzen ausgegangen wird und nicht von heterogenen Leistungsprofilen, somit verwundert die extrem hohe Anzahl *umschriebener Entwicklungsstörungen* (F8) vor dem Hintergrund FZgE

F84 (Autismusspektrumstörungen):

- F84-Diagnosen bilden an den Stichprobenschulen mit einem ungefähren Anteil von 10 % aller psychiatrischen Diagnosen zu allen drei Erhebungspunkten und steigender dekadischer Tendenz die zweitgrößte Diagnosegruppe, während die KV von einem untergeordnet großen Anteil von 0.94 % in der Gesamtheit aller Diagnosen der Gesamtbevölkerung Kinder und Jugendlicher in Deutschland ausgeht
- Die prozentuale Stabilität ergibt sich aus einem enormen Anstieg der absoluten Fallzahlen bei zeitgleich steigender Schülerzahl (2009/10 insgesamt 85 F84-Diagnosen / 2019/20 insgesamt 146 F84-Diagnosen)
- Hinweis auf die erhebliche Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Störungen aus dem autistischen Spektrum an den untersuchten FZgEs und dem FZgE als die Schulart, in der ein Großteil autistischer Kinder und Jugendlicher unterrichtet wird – obwohl Autismus bisher keinem Förderschwerpunkt dezidiert zugeordnet wurde
- Verweis auf die pädagogische Notwendigkeit hochspezifizierter Umgebungen und spezialisierter didaktischer und pädagogischer Strategien zum Umgang mit Kindern und Jugendlichen aus dem autistischen Spektrum
- Prozentualer und absoluter Anstieg von Schüler*innen mit ASS-Diagnosen spiegelt eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung wider

F9 (Störungen des Verhaltens und der Emotionen):

- Enormer dekadischer Anstieg diagnostizierter *Störungen des Sozialverhaltens* (F98) bei wiederum regional sehr unterschiedlicher Verteilung
- Deutliche Überrepräsentanz von F9 Diagnosen (ohne ADHS) an den untersuchten Schulen im Vergleich zur Prävalenzrate der untersuchten Kreisregionen
- Hinweise auf eine – zumindest diagnostisch belegbare – Zunahme herausfordernder Verhaltensweisen
- Der hohe Anteil an *Störungen des Sozialverhaltens* (F98) widerspiegelt Korrelate zwischen Behinderung und höherer Vulnerabilität für krisenhafte biographische Erfahrungen sowie daraus resultierende erhöhte pädagogische Anforderungen

F90 (ADHS):

- Zahlenmäßig regressive dekadische Tendenz sowohl in der Gesamtpopulation der Kinder und Jugendlichen (-0.5 %) als auch an den Stichprobenschulen (-4.67 %) mit unterschiedlicher Ausprägung (hier Verhältnis F90/Gesamtzahl der F-Diagnosen)
- Administrative Prävalenz an den Stichprobenschulen (hier F90/Gesamtzahl der Schüler der Stichprobenschulen) äußerst stabil. Also Stabilität bei tendenziell regressiver Entwicklung in der allgemeinen Bevölkerung, was auf einen überhöhten Anteil an Kindern und Jugendlichen mit ADHS an FZgEs verweist

Fx (sonstige Störungen):

- Hohe Varietät innerhalb der sonstigen F-Diagnosen in der Schülerschaft an FZgEs
- Angststörungen im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung leicht unterrepräsentiert / Anpassungsstörungen überrepräsentiert
- Der hohe Anteil von *Reaktionen auf schwere Belastungen / Anpassungsstörungen* innerhalb der Gruppe *Sonstige* verweist ebenfalls auf Korrelate zwischen Behinderung und höherer Vulnerabilität für krisenhafte biographische Erfahrungen sowie daraus resultierende erhöhte pädagogische Anforderungen

6. Theoretische Vertiefungen forschungsrelevanter Themenkomplexe

Die folgenden theoretischen Vertiefungen beleuchten die Themenkomplexe *Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Behandlung bei geistiger Behinderung* sowie die *Internationalisierung der Schülerschaft im Kontext Migration und Behinderung*, wie sie sich auf der Ergebnisgrundlage der quantitativen Untersuchung als forschungsrelevant für die qualitative Studie herausstellen ließen. Im Sinne einer theoretisch begründeten Gestaltung der Leitfragebögen für die qualitative Forschung erfolgt nach wissenschaftlichen Kriterien unter Hinzuziehung einschlägiger Fachliteratur eine vertiefte Auseinandersetzung mit den relevanten Themenkomplexen, die die inhaltliche Vorbereitung auf die weitere forschungsmethodische Auseinandersetzung transparent und zugänglich macht. Die Fragestellungen innerhalb der qualitativen Studie rekurren inhaltlich und strukturell auf die komprimierten theoretischen Darlegungen der relevanten Themengebiete, die einerseits als methodischer Bestandteil der qualitativen Forschung als *Aneignung von Expertenwissen* durch den Interviewer zur Erstellung eines Interviewleitfadens im Vorfeld der Interviewdurchführung verstanden werden wollen, andererseits dem Leser einen Verständniszugang sowie theoretischen Kontext zu den Aussagen der Experten und Teilnehmer*innen der Gruppendiskussionen auf empirischer Basis anbieten.

6.1 Vertiefung – kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung

Der Themenkomplex der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung muss, vor allem im Falle einer pädagogischen Forschung, im Kontext historischer Bedingungen und der fachlichen Beziehungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Heil- und Sonderpädagogik betrachtet werden, da das Phänomen *geistige Behinderung* die Disziplinen Medizin und Pädagogik bereits seit Jahrhunderten in außergewöhnlichem Ausmaß verschränkt.

Pointiert wird die Relevanz des Themengebiets zusätzlich durch den bestehenden menschenrechtlichen Anspruch der aus Artikel 25 der UN-BRK hervorgeht. Im Wortlaut formuliert dieser „[...] das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen Januar 2017, S. 22–23), das sich durch die darunter folgenden Unterpunkte unter anderem hinsichtlich der Verfügbarkeit von spezifischen Gesundheitsleistungen, die weitere Behinderungen möglichst gering zu halten oder zu vermeiden im Stande sind, spezifiziert (vgl. ebd.). Die Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungen bei Menschen mit Intelligenzminderungen können zweifelsohne dieser Verpflichtung zugerechnet werden und rücken durch die Ratifizierung der UN-BRK stärker in den menschenrechtlichen Fokus, der diesbezüglich eine notwendige intensive Fachdiskussion, mit dem Ziel, den Leidensdruck Betroffener zu lindern, pointiert.

Die folgende Vertiefung bietet eine komprimierte Darstellung der historischen Hintergründe, der fachlichen Überschneidungen und Abgrenzungen der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Heil- und Sonderpädagogik. Des Weiteren werden auf der Grundlage einschlägiger Literatur die Spezifika und medizinisch-psychiatrischen Herausforderungen beim Thema *psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung* beschrieben.

Durch das Referat und die kursorische Darstellung der historischen Entwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrer Verbindung und teils konflikthaften Auseinandersetzung mit der Heilpädagogik, wird ein hermeneutischer Rahmen für das themenbezogene Experteninterview vorgelegt, der fachliche

wie strukturelle Entwicklungen im Kontext ihrer historischen Bedingtheit nachvollziehbar macht. Abschließend wird die Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in Bayern unter der besonderen Berücksichtigung Ostbayerns skizziert. Die theoretischen Ausführungen werden durch die Heranziehung und sequentielle Analyse eines Experteninterviews mit einer leitenden Kinder- und Jugendpsychiaterin einer Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bezirk Niederbayern abgerundet und somit durch Experten- und Handlungswissen ergänzt.

6.1.1 Historische Zusammenhänge

Die wissenschaftliche Beschäftigung der Disziplinen Medizin und (Heil-)Pädagogik mit dem Phänomen *Intelligenzminderung* begann, qua Profession der ersten Wissenschaftler die sich dem Thema zuwandten, zeitgleich. In Frankreich forschten neben den Ärzten und Pionieren der modernen Psychiatrie Pinel (1745–1826) und Esquirol (1772–1840) vor allem Itard (1775–1838) als auch sein späterer Schüler Seguin (1812–1880) zum Phänomen 'Idiotie'. Neben ihrer medizinischen Tätigkeit und Forschung waren sowohl Itard als auch Seguin in ihrem Selbstverständnis Pädagogen und verschränkten somit in ihrer Professionsperspektive die damaligen Sichtweisen beider Disziplinen. Itard wandte sich im Jahre 1800 der Untersuchung und Unterrichtung des *Wilden von Aveyron* zu und legte durch seine pädagogische Forschung und den Aufbau einer ersten Bildungsanstalt für Taubstumme in Paris den wissenschaftlichen Grundstein der Behindertenpädagogik. Edward Seguin entwickelte die Ansätze Itards konsequent weiter und begründete erstmals eine wissenschaftlich – systemische Geistigbehindertenpädagogik (Speck 2018, S. 22 ff.).

Insbesondere in Seguins Werk spiegeln sich die fortgeschrittensten Kenntnisse über die Idiotie und deren Behandlung wider; in seinem 1846 vorgelegten Konzept der 'physiologischen Erziehung', das erst 1912 in deutscher Sprache, [...] erscheint, werden Medizin und Pädagogik eng verbunden. (Bradl 1987, S. 128–129)

Das Phänomen Intelligenzminderung bildete also, ungeachtet der auch damals bereits variierenden Ätiologieannahmen (Deprivation bis zu organischer Schädigung), den wissenschaftlichen Ausgangspunkt der Heilpädagogik und zwar aus einer medizinisch-pädagogischen Forschung zweier Pioniere des späten 18. und des 19. Jahrhunderts. Hahn (1987, S. 54) stellt das Verhältnis zwischen Pädagogik und Psychiatrie unter der exemplarischen Aufführung eines relativ offen ausgetragenen Konflikts dar. Er zitiert Helferich (1850), der medizinkritisch die Pädagogik als die helfende Disziplin hervorhebt:

[...], daß [sic!] diesen geistig Armen nur dann geholfen werden wird, wenn sie die Erziehung im weitesten Sinne des Wortes, in ihre Obhut und Pflege nimmt. Es war eine sehr irriige Ansicht, daß [sic!] man meinte, ihre Behandlung sey [sic!] ganz vorzugsweise eine medicinische [sic!]. (Helferich 1850, S. 81 zit. in Hahn 1987, S. 54)

Ebenfalls Mitte des 19. Jahrhunderts ruft Karl Friedrich Kern, ein Taubstummenpädagoge, der aufgrund seines Interesses für die Geistigbehindertenpädagogik Medizin studierte, in seiner Dissertation zur engen Kooperation der Disziplinen auf, indem er die These vertritt: "[...] daß [sic!] sich Medizin und Pädagogik in der Arbeit zum Wohle der 'Geistesschwachen' zu vergesellen hätten (Hahn 1987, S. 55).

Itard und Seguin arbeiteten heilpädagogisch noch bevor der Begriff *Heilpädagogik* im Jahre 1861 durch den Arzt und Pädagogen Jan Daniel Georgens und den Pädagogen Heinrich Marianus Deinhard in ihren Veröffentlichungen „Die Heilpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten“ (Georgens/Deinhardt 1861; 1863) theoretisch begründet wurde. Speck (2003, S. 48 ff.)

charakterisiert die heilpädagogische Theorie und Praxis Georgens und Deinhardts als medizinisch geprägte *Mediko-Pädagogik*, die, obwohl sie auf elementar medizinischen und defektorientierten Sichtweisen aufbaute, ein Selbstverständnis als „Zweig der allgemeinen Pädagogik“ (Georgens und Deinhardt 1861, S. 2) entwickelte und sich wie folgt als eigenständige pädagogische Disziplin abgrenzte: „Hier, auf dem praktischen Gebiete der Heilpädagogik, ist ein Individualisieren, ein Eingehen auf die Individualität, wie es die Gesundheitserziehung nicht erlaubt, geboten, [...]“ (Georgens und Deinhardt 1861, S. 20).

Die heilpädagogische Theoriebildung erlebte im fortschreitenden 19. Jahrhundert elementare Ausrichtungsdebatten, wodurch die Disziplin in der Mitte des 19. Jahrhunderts ihre Definitionsmacht "In Sachen der Idiotenbildung" (Gstach 2015, S. 49) zugunsten medizinischer und psychiatrischer Einflüsse verlor (vgl. ebd., S. 49; Bradl 1987, S. 126). Jantzen (1982, S. 106) konkretisiert das beschriebene Machtgefälle auf die Praxis der Diagnostik von Intelligenzminderung, die um 1920 ausschließlich von Medizinern übernommen wurde,

[...] während die Pädagogen, die innerhalb der Einzelstränge der sozialen Infrastruktur (Heime und Anstalten [...], Hilfsschulen und andere Sonderschulen usw.) arbeiteten, diagnostisch zwischen diesen Institutionen kaum Funktionen hatten, selbst die im Hilfsschulüberweisungsverfahren festgelegten Ansprüche ihnen durchgängig seitens der Psychiatrie strittig gemacht wurden. (Jantzen 1982, S. 106)

Bis weit in das 20. Jahrhundert hinein schienen medizinisch-psychiatrische Sichtweisen auch die Theoriebildung der Heilpädagogik zu dominieren, was sich äußerst eindrucksvoll in der Quelltextsammlung von Bleidick (2009) zeigt. Hierfür exemplarisch ein Zitat von Isserlin aus dem Jahre 1923:

Wir werden [...] vielmehr feststellen müssen, daß [sic!] allein die psychologisch-psychiatrische Auffassung, welche das gesamte Seelenleben als ein einheitliches zusammenhängendes Feld empirischer Erkenntnis betrachtet, der Boden ist, auf welchem sich die Heilpädagogik fruchtbringend entwickeln kann. Es ist und bleibt einmal so, die Grundlage aller heilpädagogischen Praxis ist die psychiatrische Erkenntnis. (Bleidick 2009, S. 70)

Gerade um die Jahrhundertwende, in der die allgemeine Medizin rasante und bahnbrechende wissenschaftliche Fortschritte machte, verpflichtete sich die Disziplin vollständig den Naturwissenschaften, so dass es auch für die Psychiatrie als Subdisziplin nahelag, sich ebenso naturwissenschaftlich zu positionieren und zu entwickeln. Selbst Freud, dessen Idee die Zusammenhänge zwischen psychischen Störungen und frühkindlichen Erlebnissen belegen konnte, war der Auffassung, einst würden auch seine Erkenntnisse auf eine organisch-biologische Grundlage gestellt werden können (Lempp 1987, S. 108 f.). Auf der anderen Seite veröffentlichten der Arzt Czerny mit dem Lehrbuch „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ (Czerny 1908) sowie Asperger mit seinem kinderpsychiatrischen Lehrbuch „Heilpädagogik“ (Asperger 1952) Grundlagenwerke der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit eindeutiger terminologischer Verwebung des Fachs mit der (Heil-)Pädagogik. Durch Neugründungen von Anstalten zu Beginn des 20. Jahrhunderts wie beispielsweise der *heilpädagogischen Beobachtungsstation* an der Wiener Kinderklinik (1911) oder der *kinderpsychiatrischen Abteilung* in Tübingen (1922) und die Veröffentlichung weiterer Lehrbücher erlebte die Kinder- und Jugendpsychiatrie während und nach dem ersten Weltkrieg ihre erste Blütezeit. Eine Epoche, die auch die Heilpädagogik gerne als Hochphase heilpädagogischer Forschung und Praxis für sich beansprucht (Bradl 1987, S. 139 f.). Die medizinisch-psychiatrische Praxis war also zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch relativ eng „mit der Pädagogik verbunden [...] und der [...] im wesentlichen anlagebedingten Charakteranomalie wurde vor allem mit erzieherischen Mitteln

[...] wengleich vorwiegend negativer Art“ (Lempp 1987, S. 110 f.) begegnet. Im Jahr 1924 wurden in Deutschland zur fachlichen Spezifizierung der Ausbildungsrichtungen und Berufsbezeichnungen Facharztstitel eingeführt, wobei die Kinder- und Jugendpsychiatrie vorerst nicht berücksichtigt war, so dass sich deren Tätigkeiten weiterhin auf die medizinischen Bereiche Psychiatrie und Kinderheilkunde und die außermedizinischen Fachdisziplinen Pädagogik und Psychologie verteilten (Fangerau et al. 2017, S. 4).

Zum Verhältnis zwischen Psychiatrie und Heilpädagogik nahmen prominente Heil- und Sonderpädagogen ausführlich Stellung (Feuser 1987a; Speck 2003; Bleidick 2009), weshalb dieses Thema hier theoretisch verdichtet, unter Herausstellung im Kontext der vorliegenden Forschung markanter Aspekte, verhandelt wird.

Jantzen (Jantzen 1982, 1974) beschreibt mit dem umfassenden Einsickern universitärer rassentheoretischer und sozialdarwinistischer Konzepte sowie außeruniversitärer rassenanthropologischer Gedanken in das medizinisch-psychiatrische Denken ab 1871 (Gstach 2015, S. 50) auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die gedankliche und ethische Weichenstellung zum systemkonformen und letztlich systemstabilisierenden Handeln der Vertreter der Disziplin während der NS-Zeit. Die eintretende Abkehr vom aufklärerischen Wert der unbedingten Gleichheit der Menschen und sozialdarwinistische, eugenische und rassistische Konzepte beeinflussten zu Zeiten der Weimarer Republik mehr und mehr auch den heilpädagogischen Theoriediskurs (vgl. Jantzen 1982, S. 64). National besondere, imperialistische Ideologien von negativer Eugenik, Sterilisation, Euthanasie und Sozialhygiene reichten weit in alle Disziplinen hinein und prägten in besonders menschenverachtender Weise „in Deutschland das Denken gegenüber Armen und Behinderten“ (ebd.). Im Hinblick auf die Entwicklungen in der NS-Zeit sei anhand der politisch wie gesellschaftlich erwünschten Kontextualisierung des Psychopathologiebegriffs mit staatlicher Zugriffs- und Sanktionsabsicht (Jantzen 1982, S. 64 ff.) der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie gegenüber der Heilpädagogik eine hegemoniale Stellung zugesprochen worden (Bradl 1987, S. 126 f.; Jantzen 1982, S. 93 f.). Gstach (2015, S. 50) verweist analog dazu auf das große gesellschaftliche Ansehen und die strukturelle Macht der Medizin und Psychiatrie, die der Heilpädagogik fehlten (und bis heute fehlen), was die Forderung der Medizin, die *Idiotenanstalten* zu leiten, legitimierte.

1940 begründete sich in Wien die erste deutsche Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendpsychiater als *Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik* in mitten der Debatten um Euthanasie, Zwangssterilisation und Auslese. Zeitlich kurz darauf folgend begann die Euthanasie „mit einer breit angelegten Tötungsaktion an fast 5000 geistig und körperlich behinderten Kindern“ (Lehmkuhl 2003, S. 94 f.). So war auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie zu Beginn ihrer Entwicklung als eigenständige Fachdisziplin in die Ermordung tausender Kinder und Jugendlicher mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung involviert (Warnke et al. 2003, S. 7), was sogar als konstituierendes Argument zur Emanzipation des medizinischen Fachs herangezogen wurde:

[...] 1940 baute sich die Kinderpsychiatrie als besonderes Fach auf der Argumentationskette auf, dass es 1. für ihre Kompetenz einen breiten Bedarf gebe, 2. dass sie bzw. ihre Vertreter über die notwendige Methodologie der 'charakterkundlichen Frühdiagnostik' verfüge und 3. dass sie letztendlich dem Staat dabei helfen könne zu entscheiden, auf welche als 'wertlos und unziehbar' erkannten Kinder der Staat 'streng(e) und zielbewußt(e)' verzichten könne. (Fangerau et al. 2017, S. 5)

Die Betreuung von Menschen mit Behinderungen in der Nachkriegszeit erfolgte, wenn nicht von Angehörigen in Familienbezügen übernommen, in zentralistischen Großeinrichtungen und in Psychiatrien privater und öffentlicher Trägerschaft (u. a. auch die Psychiatrien / psychiatrische Landeskrankenhäuser / Bezirkskrankenhäuser), die bis in die 1970er und 1980er Jahre eine große Rolle bei der Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung spielten (Seidel 2008).

Erst in den beginnenden 1950er Jahren begann die sukzessive Abspaltung der Kinder- und Jugendpsychiatrie von der Heilpädagogik, so dass sich die ehemalige *Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik* „unter den geänderten gesundheitspolitischen Vorzeichen der Nachkriegszeit [...] ab 1952 öffentlich als [...] ausschließlich ärztliche Fachgesellschaft vor[stellte]“ (Fangerau et al. 2017, S. 5 f.). Durch diesen Emanzipationsprozess wurde die Heilpädagogik als „Referenzgröße ganz aufgegeben“ (ebd.). 1954 wurde das erste Extraordinariat für Jugendpsychiatrie, 1963 der erste Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet und ab 1968 die eigenständige Facharztbezeichnung *Kinder- und Jugendpsychiater*in* eingeführt (vgl. ebd.).

1975 gab der Deutsche Bundestag die *Psychiatrie-Enquête* in Auftrag, die Ausgangspunkt für umfassende Veränderungen sowohl im Psychiatrie- als auch Behindertenhilfesystem Deutschlands war und unter anderem die „breit gefächerte Erforschung der Versorgungssituation im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ (Warnke et al. 2003, S. 12) ermöglichte. In Westdeutschland waren 1973 noch ca. 17.000 Menschen mit Intelligenzminderung ohne akuten stationären Behandlungsbedarf in der Psychiatrie untergebracht (Schanze und Schmitt 2008, S. 261; Seidel 2008). Die Enquete Kommission kam zu dem Schluss, die Psychiatrie sei *kein Ort dauerhaften Lebens* und anerkannte die Haltung, *geistige Behinderung sei keine Erkrankung im psychiatrisch klinischen Sinne* (vgl. Deutscher Bundestag 1975). Politische Entscheidungsträger bewirkten somit sukzessive die Überantwortung der Betreuung von Menschen mit Behinderungen an die Pädagogik, in der Praxis also an die Behindertenhilfe, da die Betreuung von Menschen mit Intelligenzminderungen keine Angelegenheit von Ärzten und Psychiatern sei. Diesem grundlegenden Richtungswechsel folgte eine lange Phase der sukzessiven Enthospitalisierung, die sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich konzipiert und schnell vollzog (Schanze und Schmitt 2008, S. 261). In der Folgezeit bewirkte diese historische Veränderung in der Versorgung und Unterbringung von Menschen mit geistigen Behinderungen allerdings auch eine gewisse „Abwehrreaktion“ der Behindertenhilfe gegenüber psychiatrischen Einflüssen:

Die zumeist unmenschlichen Lebensbedingungen innerhalb der psychiatrischen Langzeit- oder Oligophreniebereiche und die fachliche und menschliche Ignoranz mit der die Psychiatrie vielerorts das Thema „Geistige Behinderung“ behandelt hatte, führten für fast zwei Jahrzehnte [Anm. A.G.: ab 1975] in Deutschland von Seiten der pädagogisch geprägten Behindertenhilfe zu einer Abwehrreaktion gegenüber allem Psychiatrischen. Allerdings wurden durch diese Ausgrenzung vielfach eigentlich psychiatrische Störungsbilder pädagogisiert und damit die Menschen fehlversorgt (Schanze und Schmitt 2008, S. 261).

Noch 1987 formuliert Feuser (1987a, S. 94) fünf Thesen zum Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pädagogik in welchen er der Heil- und Sonderpädagogik eine Mittlerrolle zwischen den beiden Disziplinen zuspricht, den Stand der Kooperation jedoch so beschreibt, dass „von einer Zusammenarbeit [...] derzeit im engeren Sinne nicht gesprochen werden“ (ebd.) kann. Die wesentlichen Unterschiede führt Feuser auf die jeweils den Disziplinen zugrunde gelegten Menschenbilder zurück, ein Ganzheitliches in der Pädagogik und ein Modell von „Pathologie“ und „Defektologie“ auf Seiten der Psychiatrie (ebd.).

Bis zum heutigen Zeitpunkt sichern die fünf Fachverbände der Behindertenhilfe⁷² maßgeblich die Versorgung von Menschen mit Behinderung aller Altersstufen mit einer Vielzahl an Angeboten und Unterstützungsleistungen, die sämtliche Dimensionen sozialen Lebens berühren. Auf stationär psychiatrischem Gebiet hingegen, sind spezialisierte Angebote für Menschen mit Intelligenzminderung zwar mittlerweile vorhanden, aber dennoch sehr ungleichmäßig verteilt (Seidel, S. 4 ff.).

Der historische Abriss verdeutlicht die fachlichen Überschneidungen, die gemeinsamen theoretischen Wurzeln und verwobene Entstehungsgeschichten beider Disziplinen, welche Feuser (1987b, S. 82) folgendermaßen zusammenfasst:

Heil- und Sonderpädagogik (Geistigbehindertenpädagogik) und Psychologie wie auch die Therapie sind historisch gesehen ein Ableger, ein Sproß der Ideologie und des Dogmatismus eben dieser Psychiatrie und sie haben wie diese ihre Geschichte (Feuser 1987b, S. 82).

Die Enthospitalisierung von Kindern- und Jugendlichen mit geistiger Behinderung kann seit der Mitte der 1990er Jahre als vollzogen bewertet werden. Im Hinblick auf die aktuelle Situation bildet die Tatsache, dass Kinder- und Jugendliche entweder bei Ihren Sorgeberechtigten leben oder schulnah in einem Wohnheim respektive Internat untergebracht werden den Ausgangspunkt der weiteren Überlegungen. Die durch die fortschreitende Enthospitalisierung verbreitete Auffassung, Intelligenzminderung sei nicht primär ein psychiatrisches Problem, führte in der Konsequenz allerdings „zur strikten Trennung der Versorgungssysteme für Menschen mit einer intellektuellen Behinderung“ (van Gennep 2010, S. 32) und bedingte nicht zuletzt die fachliche Sichtweise, es gäbe keine Komorbidität dieser beiden völlig unterschiedlichen Störungen – also keinerlei diagnostizierbare psychiatrische Störung im Rahmen einer Intelligenzminderung. Erst in den 1990er Jahren wurden psychiatrische Auffälligkeiten im Erleben und Verhalten von Menschen mit Intelligenzminderung als mögliche und existente Phänomene wahrgenommen. Somit blickt die moderne nosologische (und integrative) Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungen bei Intelligenzminderung auf eine vergleichsweise kurze wissenschaftliche Geschichte zurück.

6.1.2 Zur psychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung

Ausgehend vom hohen Anstieg der psychiatrischen Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen an den untersuchten FZgEs in der letzten Dekade, erlangt die vertiefte Beschreibung und Betrachtung des Themas 'kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung' entsprechendes Gewicht im Kontext der Forschungsfrage.

Zu Beginn der, im Rahmen der vorliegenden Arbeit quantitativ untersuchten Dekade, veröffentlicht Dosen⁷³ mit „Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung“ (Hennicke und Seidel 2010) einen umfassenden integrativen Beitrag zum Thema, der bezeichnenderweise schon im

⁷² Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e. V.; Bundesverband Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.; Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V.; Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e. V.; Verband für anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und soziale Arbeit e. V.

⁷³ „Prof. Dr. Anton Dosen ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie [...] viele Jahre Direktor und Chefarzt des Zentrums für Behandlung psychischer Störungen und Verhaltensprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung [...]. Zusammen mit anderen Experten gründete er 1992 die [...] *European Association in Mental Health in Intellectual Disability (MHID)* [...].“

ersten Satz des Vorworts zur deutschen Ausgabe auf eine „schmerzliche Lücke“ (ebd.) in der Fachöffentlichkeit verweist.

Neben der bereits aufgeführten menschenrechtlichen Verpflichtung verweisen Hennicke und Seidel (2010) auf die „ernstzunehmende fachliche Herausforderung für die psychiatrisch-psychotherapeutischen Disziplinen“ als auch für diejenigen Professionellen „die im Alltag Menschen mit geistiger Behinderung [...] heilpädagogisch betreuen.“ (ebd.), was den direkten Bezug zur Forschungsfrage der vorliegenden Dissertation herstellt und einen deutlichen Hinweis auf die Notwendigkeit funktionaler, kooperativer sowie multiprofessioneller Unterstützungs- und Hilfsysteme impliziert. Hennicke und Klaus (2016, S. 8) stellen die Zunahme des Anteils von „Schüler(inne)n mit Verhaltensauffälligkeiten [...] in allen Schulformen“ fest und konkretisieren für den Bereich der FZgEs die Entwicklung folgendermaßen:

Er [Anm. A.G.: der Anteil an Schüler*innen mit Verhaltensauffälligkeiten] steigt offenbar auch bei Schülerinnen und Schülern im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, von denen nach epidemiologischen Erkenntnissen nahezu die Hälfte Verhaltensauffälligkeiten, Problemverhalten und psychische Störungen zeigen. (Hennicke und Klauß 2016, S. 8)

Im Kontext wird in aller Deutlichkeit auf eine bestehende Unterversorgung an „externen Hilfen und Unterstützungsangebote[n] aus den Bereichen der Medizin (v. a. Kinder- und Jugendpsychiatrie), der Psychologie, Psychotherapie und Jugendhilfe für intelligenzgeminderte Kinder und Jugendliche“ verwiesen, welche weitgehend fehlen würden oder nur schwer zugänglich seien (Hennicke und Klauß 2016, S. 8). Eine drei- bis vierfach erhöhte Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung gegenüber Kindern und Jugendlichen ohne Intelligenzminderung belegen ebenfalls eine Reihe aktueller medizinischer Studien (Klauß et al. 2016, S. 18).

Die psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung wird von Seiten der psychiatrischen Fachwelt als Nischenbereich mit großen fachlichen und methodologischen Herausforderungen beschrieben, die sich aus komplexen Wirkungsgefügen und konstitutionellen Gegebenheiten bei Intelligenzminderung ergeben.

Die Vorstellung von Patienten und Patientinnen mit Intelligenzminderung bei einem Facharzt für (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie erfolgt „selten bis nie eigeninitiativ“ (Schmidt 2008a, S. 25), d. h. das Umfeld muss sich der „Störung“ gewahr werden um eine Intervention oder Diagnose anzuregen. Wenig sozialkonforme und teils maladaptive Verhaltensweisen von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung müssen also vom Umfeld (Familie, Pädagogen etc.) vorerst als krankheitswertig erkannt werden – was einer Suche nach vermeintlicher Abweichung innerhalb einer konstitutionell bestehenden Abweichung entspricht. „Menschen mit Intelligenzminderung verfügen über eine 'höhere Basisrate auffälligen Verhaltens' (Seidel 2000), so dass zum Teil andere psychopathologische Phänomene dem üblichen Verhaltensrepertoire der Person zugeordnet und somit nicht abgegrenzt erkannt werden“ (Schmidt 2008a, S. 25), was in der Literatur auch als *diagnostic overshadowing* bezeichnet wird. In vielen Fällen sind die kommunikativen Möglichkeiten (verminderte expressive und rezeptive Sprachkompetenz, individueller Jargon etc.) der zu diagnostizierenden Person in unterschiedlichem Ausmaß eingeschränkt oder fehlen vollständig. Ein Problem, das vermutlich eine hohe Dunkelziffer milder Störungen bedingt, da diese „[...] unerkant bleiben, weil sie zum einen von den Betroffenen nicht kommuniziert werden können und zum anderen von den betreuenden Personen gleichzeitig nicht erkannt werden“ (Meir und Sabellek 2008, S. 32).

Gerade im Zusammenhang mit dem Befinden einer Person sind die ausreichende Fähigkeit zur Introspektion und zu entsprechender Kommunikation des Erlebten von höchster Bedeutung für den Diagnoseprozess – allerdings ist auch diese Kompetenz beim Großteil der Menschen mit Intelligenzminderungen unterschiedlich stark eingeschränkt, wodurch ihre Aussagen häufig wenig belastbar für die Diagnostik sind. Selbst bei vorhandener aktiver Sprache verzerren in vielen Fällen die Tendenz zur sozial erwünschten Beantwortung von Fragen oder auch die fast echolalische Wiederholung der letzten Wörter einer Frage die Aussagekraft. Somit erhält im diagnostischen Prozess bei Intelligenzminderung die Fremdanamnese hingegen der subjektiven Problemschilderung eine wesentlich höhere Gewichtung. Geringe Kooperationsbereitschaft und Sinnerkennung seitens des Betroffenen stellen bei apparativ-diagnostischen Untersuchungen (EKG, Blutentnahme etc.) ein zusätzliches Problem dar (Schmidt 2008a, S. 25 ff.).

Zur Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung werden im deutschsprachigen Raum maßgeblich die ICD-10 (WHO) respektive das Multiaxiale Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters (MAS), eine Weiterentwicklung des ICD Schemas, das seit 1977 in Deutschland Verwendung findet, angewandt. Das Heranziehen derselben operationalisierten Diagnosekriterien und Symptomkataloge wie bei der allgemeinen Population wird im Fachdiskurs kritisch betrachtet. Lingg und Theunissen (2018, S. 33 ff.) bewerten die ICD-10 als „Grundlage“ zur Diagnostik psychiatrischer Störungen bei geistiger Behinderung – gehen jedoch bei Menschen mit Intelligenzminderung von individueller wie atypischer Symptomatik aus, die in der ICD nur unzureichend abgebildet werden kann. Hinsichtlich der grundsätzlichen Diagnostizierbarkeit stimmen die einschlägigen Autoren dahingehend überein, dass sie bei Menschen mit Lernbehinderungen oder auch leichten geistigen Behinderungen kaum eingeschränkt sei (Dosen 1989; Hennische und Seidel 2010; Lingg und Theunissen 1993; Lingg und Theunissen 2018; Sarimski 2005; Sarimski und Steinhausen 2008), während die Diagnostik sich im Korrelat zur Schwere der Intelligenzminderung erschwert (Schmidt 2008b, S. 28 f.).

Because of the heterogeneity in cognitive abilities and language skills among persons with ID, it is difficult to use the same method for psychiatric assessment across the whole spectrum. Common psychiatric signs and symptoms, such as social withdrawal, lack of concentration, and stereotyped movement disorders, can be due to underlying brain-damage rather than a superimposed psychiatric illness known as 'diagnostic overshadowing' (Alim et al. 2013, S. 27).

Als klinisches Hilfsinstrument zur psychiatrischen Diagnostik bei Intelligenzminderung veröffentlichte die WHO bereits 1996 den *ICD-10 Guide for Mental Retardation*, der ein multi-axiales System, das die komplexen Bedingungsgefüge verschiedener Probleme (z. B. abnorme psychosoziale Umstände, häufige körperlichen Erkrankungen), die im Zusammenhang mit Intelligenzminderung häufig anzunehmen sind, berücksichtigt (Einfeld und Tonge, S. 408 ff.).

Folgende vier Aspekte, die die psychiatrische Diagnostik bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung erschweren, finden sich, zwar leicht unterschiedlich formuliert aber dennoch übereinstimmend, in der Literatur (Hennische und Seidel 2010; Schmidt 2008a, 2008b; Neuhäuser und Steinhausen 1990; Steinhausen et al. 2013; Moss und Hurley 2013):

Durch die begrenzten kognitiven und kommunikativen Möglichkeiten des behinderten Menschen hat der Untersucher Schwierigkeiten, die Gefühle und die Beschwerden der betroffenen Personen zu verstehen. [Anm. A.G.: wird in der Fachliteratur auch als *underreporting* bezeichnet (Fletcher 2008, S. 30)]

Aufgrund der begrenzten psychosozialen Erfahrungsmöglichkeiten kommt es zu einer Verarmung der Symptomatologie. Geistig behinderte Menschen fragen selten danach, was mit ihnen los ist. Die Ausgestaltungen ihrer Wahnideen und Halluzinationen können sehr einfach und kindlich sein und als manipulativ missverstanden werden. [Anm. A.G.: wird in der einschlägigen Literatur auch als *psychosocial masking* beschrieben]

Kognitive Veränderungen: In Stresssituationen können Menschen mit einer geistigen Behinderung in ein niedrigeres Entwicklungsniveau zurückzufallen [sic!] und ein regressives Verhalten zu [sic!] zeigen. [Anm. A.G.: wird in der einschlägigen Literatur als *cognitive disintegration* beschrieben]

Baseline exaggeration: Schon bei geringfügiger Belastung können diese Menschen mit quantitativen oder qualitativen Veränderungen eines bei ihnen schon vorher bestehenden Verhaltens reagieren, so dass ihre Äußerungsformen als 'gestört' missverstanden werden. (Hennicke und Seidel 2010, S. 13)

Ergänzend wird der Effekt des *diagnostic overshadowings* beschrieben, der wiederum durch die obenstehenden vier beeinflussenden Prozesse begünstigt wird: Der grundsätzlichen Tendenz zur Übertreibung, intellektuelle Verzerrung, psychosoziale Maskierung (stark vereinfachte Ausprägung psychiatrischer Störung, die dann nicht als solche erkannt wird) und der kognitiven Desintegration (psychoseähnliche Stressreaktionen) (Fletcher 2008, S. 30; Schmidt 2008a, S. 26). Des Weiteren treten auch im Rahmen stationärer Aufenthalte in Psychiatrien zur Diagnostik spezifische methodologische Probleme, wie beispielsweise vorerst unauffällige Verhaltensweisen von Menschen mit Intelligenzminderung im Falle einer stationären Aufnahme, auf. Schmidt bezieht sich auf Patienten und Patientinnen mit Intelligenzminderung, die sich:

[...] während der ersten Zeit auf einer psychiatrischen Behandlungsstation eher unauffällig [verhalten] und erst nach einer Eingewöhnungsphase (meist mehrere Tage) auch dort diese Verhaltensweisen [zeigen]. Nur zu häufig werden diese eigentlich dringend therapiebedürftigen Menschen vorschnell aus der stationären Behandlung entlassen (Schmidt 2008a, S. 26).

Die aufgezeigten methodologischen Probleme bei der psychiatrischen Diagnostik im Zusammenhang mit der historischen Verbindung, aber auch den historischen Spannungen zwischen Psychiatrie und Pädagogik verdeutlichen die Relevanz des gesamten Themengebiets sowohl für die Medizin als auch für die Heil- und Sonderpädagogik. Einerseits zeichnen sich beispielsweise bezüglich der Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen in der medizinischen Forschung zu den Ergebnissen der quantitativen Studie kongruente Entwicklungen ab, andererseits werfen die enormen methodologischen Probleme Fragen nach den Rollen von Psychiatrie und (Heil- und Sonder-)Pädagogik im Rahmen der Diagnostik und weiteren Versorgung von betroffenen Kindern und Jugendlichen auf, die auf die Notwendigkeit intensiver Kooperationsbemühungen und systemischer Lösungsansätze zur Professionalisierung und Institutionalisierung der psychiatrisch-pädagogischen Kooperation verweisen. Durch die Ausführungen und Hintergründe verdeutlicht sich die Problematik unscharfer Diagnostik bei inhärentem Anspruch beider Disziplinen, die nosologische Diagnostik bilde die Grundlage für zielgerichtete und professionelle medizinische wie pädagogische Intervention.

6.1.3 Kooperation und Beiträge der Disziplinen

Betrachtet man die lange praktische wie theoretische historische Verbindung der Disziplinen, die sich letztlich erst im Zuge der Psychiatrie-Enquête ab 1975 fast radikal trennten, liegt sowohl historisch als auch aus fachlicher Notwendigkeit heraus eine intensive und gegenseitig bereichernde Kooperation bei der Diagnostik, aber auch Therapie respektive pädagogischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen nahe, um für diesen Personenkreis eine adäquate diagnostische, therapeutische und (heil-)pädagogische Versorgung sicherzustellen. So zumindest die Idee um die Jahrtausendwende, die sich allerdings in Deutschland nur in vereinzelt Modellprojekten und bei weitem nicht flächendeckend etablieren konnte. Zwar entstanden im Zuge der fortschreitenden Differenzierung bis zum Jahr 2008 in Deutschland 31 Spezialabteilungen die im Durchschnitt 18 Betten zur Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderungen bereitstellen sowie einzelne Fachkliniken mit dem Schwerpunkt in der Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung, jedoch waren die Einzugsgebiete der Spezialabteilungen im Jahr 2002 zwischen 500 000 und 3 800 000 Personen groß, was deutlicher Ausdruck eines psychiatrischen Versorgungsdefizits für Menschen mit Intelligenzminderung ist, weshalb Schanze (2008, S. 263) den forcierten „Aufbau ambulanter Versorgungsstrukturen“ fordert um die „Versorgungsqualität geistig behinderter Menschen mit psychischen Störungen in den Regionen und Bundesländern insgesamt zu verbessern.“ (ebd. S. 236):

Die multidimensionale und multidisziplinäre Vorgehensweise ermöglicht eine verbesserte Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychisch auffälliger geistig behinderter Menschen. Als notwendige praktische Konsequenz werden Therapeutenteams aus allen Versorgungssystemen gebildet: mit einem Psychiater, mit Psychologen und Pädagogen, mit Personen der allgemeinen und psychiatrischen Krankenpflege sowie der Sozialarbeit. Ein solches Team ist am ehesten in der Lage, aufgrund seiner gemeinsamen Prinzipien den so langwierigen therapeutischen Prozess einzugehen und durchzustehen. Das Ziel des Ganzen ist die Förderung der psychischen Gesundheit geistig behinderter Menschen. (Petry und Bradl 1999, S. 23)

Auch wenn im obenstehenden Zitat die außerschulische Heil- und schulische Sonderpädagogik nicht explizit berücksichtigt werden, stellen sie zweifelsohne bei Kindern und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter den zeitlich größten Anteil deren Versorgungssystems dar. Im schulischen wie außerschulischen Setting, die in Bayern durch die Heilpädagogischen Tagesstätten an den Förderzentren eng personell und systemisch verschränkt sind, bietet die ganzheitliche und intensive pädagogische Arbeit mit betroffenen Kindern und Jugendlichen Erkenntnis- und Verstehens Zugänge die einen wertvollen diagnostischen Beitrag leisten können, der Schmidts (2008a, S. 27) Anregung, „verschiedene im Umgang mit Menschen mit Behinderung erfahrene Mitarbeiter*innen die als multiprofessionelle Teams verschiedenen Berufsgruppen entstammen“ in den diagnostischen und Behandlungsprozess mit einzubeziehen, entspräche.

Gerade die Aspekte der Kontinuität und des zeitlichen Umfangs multiprofessioneller Verhaltensbeobachtung und pädagogischer Beziehung prädestinieren die Komplexeinrichtungen als wichtige Kooperationspartner für Kliniken und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Sarimski (2006, S. 125) spricht der Schule zudem eine „wesentliche Bedeutung bei der Prävention“ psychischer Störungen zu und hebt das dort vorhandene heilpädagogisch-therapeutische Potential hervor, indem er die Schule neben der Familie als „beste Gelegenheit“ betrachtet, „Ressourcen zu fördern und Kinder vor psychischen Störungen [zu] schützen“.

Die angenommene Unterversorgung mit stationären Plätzen für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung lässt an den FZgEs eine hohe Dunkelziffer psychiatrisch relevanter Fälle vermuten, was gewissermaßen und etwas überspitzt formuliert eine *Psychiatisierung der Pädagogik* erfordert, die bislang nicht systematisch und kooperativ vollzogen wird, obwohl auf die fachliche Notwendigkeit intensiver Kooperation zwischen Pädagogik und Psychiatrie in der spezifischen Fachliteratur vielfach und bereits seit Jahrzehnten verwiesen wird. Exemplarisch sei hier ein Zitat von Lempp (1987) herangezogen, dass die unbedingte Verschränkung der Disziplinen in der Versorgungspraxis deutlich herausstellt:

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, daß [sic!] dort, wo psychische Entwicklung stattfindet, auch Erziehung stattfinden muß [sic!] und stattfindet, ob wir wollen oder nicht, und daß damit dort, wo jemand sich helfend dem Kinde zuwendet, sei es gesund oder krank, sei der Helfende Arzt oder Psychologe, daß dort Pädagogik stattfinden muß, ob wir wollen oder nicht, und daß dort, wo der Pädagoge dem gestörten Kinde helfen will, allein oder zusammen mit dem Arzt oder Psychologen, Heilpädagogik stattfindet, ob wir wollen oder nicht" (Lempp 1987, S. 114 f.).

Im Kontext Intelligenzminderung bestehen offenkundig erhebliche methodische Überschneidungen oder gar Kongruenzen zwischen Heil- und Sonderpädagogik, Psychiatrie und Psychotherapie. So lag der Schwerpunkt der Therapie bei psychosozialer Auffälligkeit und geistiger Behinderung auf pädagogischer Struktur und Techniken der Verhaltensmodifikation (Petry und Bradl 1999, S. 56) was nach Kittmanns (2008, S. 243 ff.) Auffassung Dipl.-Pädagogen „mit Kenntnissen in Pädagogik, Psychologie und Soziologie sowie mehrsemestriger Praxiserfahrung“ als „geeignete Berufsgruppe zur Arbeit in der Psychiatrie“ herausstellt, also auf Seiten der psychiatrischen Versorgung umgekehrt auf eine Tendenz zur *Pädagogisierung der Psychiatrie* verweist. Sarimski (2006, S. 125 f.) unterstreicht die Bedeutung pädagogischer Beiträge deutlich, indem er an die Mitverantwortung der Pädagogen für die „seelische Gesundheit“ der Schüler appelliert. Pädagogik dürfe somit „psychische Störungen nicht als ihrem Arbeitsauftrag 'fachfremd' betrachten“ und könne „hier einen entscheidenden Beitrag zu einer Verbesserung der Versorgung leisten“ (Sarimski 2006, S. 126). In der Konsequenz sollen sich "Lehrer und pädagogische Mitarbeiter [...] als unverzichtbarer Partner von Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiatern am Prozess der Diagnostik und Behandlungsplanung bei Schülern mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen verstehen und beteiligen“ (ebd.). Entgegen der offenkundigen Notwendigkeit der Kooperation der Disziplinen konstatiert Dosen (2010) eine noch immer mangelnde Akzeptanz integrativer Modelle auf Seiten der Psychiatrie:

Während Psychologen, Heilpädagogen, Sozialarbeiter und Pflegefachleute das Entwicklungsmodell [Anm. A.G.: hier das entwicklungsdynamische Modell zur Diagnostik psychischer Störungen bei geistiger Behinderung nach Dosen] gut akzeptieren konnten, fand es bei Psychiatern kaum Beachtung. Sie beharrten auf der klassischen, vornehmlich nosologischen und diagnostischen Denkweise, die die Basis der internationalen diagnostischen Systeme [...] DSM [...] und ICD [...] bildet (Hennicke und Seidel 2010, S. 1).

Zusammenfassend scheint eine Diskrepanz zwischen fachlich theoretischem Konsens über die notwendige intensive Kooperation der einzelnen Bereiche des Versorgungssystems, insbesondere aber der Zusammenarbeit zwischen pädagogischem und psychiatrischem System und der tatsächlichen praktischen Ausgestaltung eben dieser, zu bestehen. Eine Entwicklung, die sich zum Teil auf historische Aspekte und grundlegend voneinander abweichende Ausrichtungen der Disziplinen, aber auch deren systemische Ausbildung im Versorgungsnetz zurückführen lässt, wobei diese Begründung in Anbetracht der Komplexität der Systeme und des Nischencharakters der Thematik *psychiatrische Versorgung bei Intelligenzminderung* verkürzt wäre.

6.1.4 Zur Versorgungslage in Bayern unter besonderer Berücksichtigung Ostbayerns

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bei Intelligenzminderung erfolgt in verschiedenen Versorgungsbereichen. Neben niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen belegen die Arztbriefe, die im Zuge der Datenerhebung der vorliegenden quantitativen Studie gesichtet wurden, dass die psychiatrische Diagnostik betroffener Schüler und Schülerinnen ebenfalls in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Sozialpädiatrischen Zentren oder auch durch niedergelassene Kinder- und Jugendmediziner sowie Hausärzte erfolgt. Die Darstellung der Versorgungslage fokussiert deshalb die drei, auf psychische Erkrankungen spezifizierten Versorgungsbereiche: ambulante und stationäre Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrien, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen sowie Sozialpädiatrische Zentren (SPZs), deren diagnostische Kompetenz vor allem im Kontext von Intelligenzminderung von hoher Bedeutung ist.

6.1.4.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken

In Ostbayern beginnt die junge Geschichte der klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung im Jahre 1993 mit der fast zeitgleichen Eröffnung der Kinder- und Jugendpsychiatrien in Regensburg (OPF) und Landshut (NB). Die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) des Bezirks Oberpfalz mit ihrem Hauptsitz in Regensburg wurde später um die Tageskliniken in Weiden (seit 1996), Cham (seit 2006) und die Institutsambulanz Amberg (seit 2009) erweitert (Rexroth 2011a, S. 42). Die Kliniken versorgen die gesamte Oberpfalz, während „in die ambulante Diagnostik und Behandlung auch [...] Kinder und Jugendliche aus angrenzenden Bezirken aufgenommen werden“ (Rexroth 2011b, S. 117). Die Kliniken in Regensburg, Amberg, Weiden und Cham geben auf Ihrer Homepage sowohl Intelligenzminderung, Entwicklungs- und Teilleistungsstörungen (UES) als auch Autismusspektrumstörungen explizit als Behandlungsschwerpunkte mit an. Die vollstationären Behandlungsplätze werden nach Indikation altersgestaffelt in drei Stationen unterteilt (25a 6–12 / 25b 13–18 / 25c 13–18 zur Krisenintervention). Eine Spezialambulanz für Kinder mit Intelligenzminderungen existiert nicht (medbo).

Die niederbayerische KJP mit ihrem Hauptsitz in Landshut wurde um die Außenstellen Passau (seit 2003), Deggendorf (seit 2011) (Rexroth 2011a, S. 42), Zwiesel (seit 2019) und Waldkirchen (seit 2021) erweitert, was laut eigenen Angaben die Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in der Region „deutlich verbessern“ (Bezirk Niederbayern Gesundheitseinrichtungen) konnte. Die niederbayerischen Tageskliniken und Institutsambulanzen formulieren in ihren jeweiligen Flyern unter der Überschrift „Wer kommt zu uns?“ Behandlungsschwerpunkte. Intelligenzminderungen werden nicht selbstverständlich mit aufgeführt. Während die Institutsambulanzen Zwiesel und Deggendorf die Attribute „Intelligenzminderung mit Verhaltensstörung“ aufführen, bleiben Passau und Waldkirchen mit der Beschreibung „Intelligenzminderung“ allgemeiner. Im Flyer der Institutsambulanz Landshut ist kein Hinweis auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zu finden. Es existiert ebenfalls keine Spezialambulanz für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (Bezirk Niederbayern Gesundheitseinrichtungen).

6.1.4.2 Ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendpsychiater

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – KVB (2022) veröffentlicht mit dem „Versorgungsatlas Kinder- und Jugendpsychiater“ eine detaillierte Übersicht der Versorgungslage auf Bezirksebene, so dass

die Versorgungssituation mit ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatern in Ostbayern gut nachvollziehbar wird und zur bewertenden Einschätzung mit anderen bayerischen Bezirken abgeglichen werden kann. Grundsätzlich strebt die von der KVB durchgeführte Bedarfsplanung eine wohnortnahe ärztliche Versorgung an. Facharztgruppen werden nach „Spezialisierungsgrad“ den Kategorien *Hausärzte*⁷⁴, *allgemeine*⁷⁵, *spezialisierte*⁷⁶ und *gesonderte fachärztliche Versorgung*⁷⁷ zugerechnet. Mit steigendem Spezialisierungsgrad des fachärztlichen Angebots wächst das jeweilige Einzugsgebiet. Nach den Kriterien der KVB gehören Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Ebene „spezialisierte fachärztliche Versorgung“ an, die nach der Gruppe von Ärzten der Ebene „gesonderter fachärztlicher Versorgung“ die zweitgrößten Einzugsgebiete versorgen (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) Januar / 2022, S. 4). Zur Bewertung der Versorgungslage berechnet die KVB prozentual ausgedrückte *Versorgungsgrade* aus dem Vergleich „zwischen dem Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses und dem Soll-Niveau der Verhältniszahl“ (KVB 2022), welche im Folgenden zur Bewertung der allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Ostbayern herangezogen werden. Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet eine, den Bedarfskriterien der KVB entsprechende Versorgung, d. h. ein angemessenes Verhältnis von fachärztlichen Angeboten zur Einwohnerzahl⁷⁸. Tabelle 50 stellt die Planungsgebiete der Bezirke mit den jeweiligen Versorgungsgraden auf der Basis der KVB Veröffentlichung von 2022 dar:

Tabelle 50.

Versorgungsgrade der Planungsregionen der KVB nach Regierungsbezirken

| Planungsregion | Versorgungsgrad |
|-------------------------------|------------------------|
| <i>Oberbayern</i> | |
| Ingolstadt | 114.95 % |
| München | 110.92 % |
| Südostoberbayern | 112.41 % |
| Oberland | 114.34 % |
| <i>Oberfranken</i> | |
| Oberfranken-West | 125.60 % |
| Oberfranken-Ost | 66.41 % |
| <i>Mittelfranken</i> | |
| Westmittelfranken | 118.12 % |
| Industrieregion Mittelfranken | 116.92 % |
| <i>Unterfranken</i> | |
| Bayerischer Untermain | 124.80 % |
| Würzburg | 366.26 % |
| Main-Rhön | 132.53 % |

⁷⁴ Am kleinräumigsten werden Hausarztstze gesteuert, da diese möglichst wohnortnah für die Bevölkerung erreichbar sein sollen (KVB 2022).

⁷⁵ Für die allgemeine fachärztliche Versorgung gelten Kreise beziehungsweise kreisfreie Städte als räumlicher Planungsmaßstab. Funktionale Mitversorgungsbeziehungen der Regionen werden berücksichtigt. Dementsprechend wird mitversorgten Kreisen eine geringere Arztdichte, den mitversorgenden Kreisen eine höhere Arztdichte zugebilligt. Die höhere Zahl an Ärzten in den Städten ist erforderlich, um die Bevölkerung aus dem Umland mitversorgen zu können (KVB 2022).

⁷⁶ Die spezialisierte fachärztliche Versorgung wird auf den wiederum größeren sogenannten Raumordnungsregionen beplant. Räumliches Zentrum dieser Regionen sind in der Regel eine große Stadt oder mehrere größere Städte, die dann mit dem großräumigen Umland gemeinsam betrachtet werden (KVB 2022).

⁷⁷ Der gesonderten fachärztlichen Versorgung entspricht als Planungsgebiet das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung (KVB 2022)

⁷⁸ Bei den Versorgungsgraden für Kinder- und Jugendpsychiater wird als Bevölkerungsvergleichsgröße nur die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren herangezogen.

| | |
|---------------------|----------|
| <i>Oberpfalz</i> | |
| Oberpfalz Nord | 94.87 % |
| Regensburg | 166.12 % |
| <i>Niederbayern</i> | |
| Donau-Wald | 92.50 % |
| Landshut | 165.24 % |
| <i>Schwaben</i> | |
| Augsburg | 109.77 % |
| Donau-Iller (BY) | 102.21 % |
| Allgäu | 116.36 % |

Anmerkung 50. Die bayerischen Städte Würzburg, Erlangen, Nürnberg, Regensburg, Ingolstadt, Augsburg und München gelten als „stark mitversorgende Planungsbereiche“, die in höchstem Maße den starken Mitversorgungsbedarf des Umlands kompensieren.

Die Versorgungsgrade im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiater variieren in Bayern zwischen 66.41 % im Planungsbereich Oberfranken-Ost und 366.26 % im Planungsbereich Würzburg enorm. In 15 Planungsregionen liegen die Versorgungsgrade über 100 % während lediglich drei Planungsregionen, Oberfranken, Oberpfalz-Nord und Donau-Wald die 100-Prozent-Marke unterschreiten. Die drei unterversorgten Planungsbereiche befinden sich alle im geografischen Osten Bayerns. Zwei der drei unterschreitenden Regionen befinden sich in den untersuchten Regierungsbezirken Oberpfalz (Oberpfalz-Nord) und Niederbayern (Donau-Wald).

Sowohl die Zahlen der Versorgungsstatistik als auch die Auflistung der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen in den Bezirken Niederbayern und Oberpfalz zeigen eine hohe Verdichtung des Versorgungsangebots in den Städten Regensburg, Straubing und Landshut, während die ländlichen Peripherien beider Regierungsbezirke i. d. R. nicht über wohnortnahe Versorgung mit spezialisierten Fachärzten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügen. Die vermeintlich überversorgten Städte Regensburg und Landshut sind somit eher als zwingend notwendige Versorgungszentren der, sogar statistisch, unterversorgten umgebenden Regionen zu bewerten.

Vor allem in der pandemischen Lage der vergangenen Jahre wurde medienwirksam und dringlich auf die bestehende Unterversorgung von Kindern- und Jugendlichen mit Angeboten aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie wie auch Psychotherapie verwiesen. Das Thema psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen erfuhr durch die belastenden Bedingungen während der Pandemie wesentlich mehr öffentliches Interesse. Beispielhaft hierfür sind Artikel des Bayerischen Rundfunks mit den alarmierenden Titeln wie „Dramatische Lage in Bayerns Kinder- und Jugendpsychiatrien“ (Bayerischer Rundfunk 2021), „Volle Kinder- und Jugendpsychiatrien: Ärzte schlagen Alarm“ (BR24 2021b) oder „Corona: Kinderärzte sprechen von 'Triage in Psychiatrien'“ (BR24 2021a), die sich auf den allgemeinen Versorgungsmangel mit kinder- und jugendpsychiatrischen wie auch entsprechenden psychotherapeutischen Angeboten beziehen. Die Situation von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist aufgrund der beschriebenen Spezifika, der erschwerten Diagnostik und Behandlung sowie des Nischenstatus innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie noch erheblich schwieriger einzustufen und lässt sich, aufgrund mangelnder empirischer Aussagen zum Thema, nicht anhand der Versorgungsstatistik oder der allgemeinen Diskussion vollständig aufklären.

Bezeichnenderweise wird der Terminus *Intelligenzminderung* im letzten „Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern“ aus dem Jahr 2016 lediglich einmal im Kontext Umschriebener Entwicklungsstörungen als diagnostisches Ausschlusskriterium erwähnt (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege 2016, S. 49), die Patientengruppe intelligenzgeminderter Kinder und Jugendlicher jedoch nicht weiter berücksichtigt. Prölß (2001) legt in seiner Dissertationsschrift eine „Belegungsstatistik für eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung in Bayern“ vor, in der unter anderem die Verteilung des Intelligenzniveaus von 403 männlichen Patienten aus dem Erfassungszeitraum zwischen 1985 und 1997 dargestellt wird. Der Anteil von Patienten mit einem IQ-Wert kleiner 70, beläuft sich demnach auf 2% – also 8 Patienten mit Intelligenzminderung im Zeitraum von 12 Jahren (Prölß 2001, S. 32 f.). Weitere Daten, Veröffentlichungen oder aufschlussreiche empirische Befunde konnten im Zuge der Recherche nicht aufgefunden werden⁷⁹.

6.1.4.3 Sozialpädiatrische Zentren

Sozialpädiatrische Zentren (SPZs) stellen auf der Grundlage des § 119 SGB V eine „institutionelle Sonderform ambulanter Krankenbehandlung“ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.) dar und sind auf der gesetzlichen Grundlage speziell für die Behandlung derjenigen Kinder ausgerichtet, „die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können“ (§ 119 SGB V). Somit sind die SPZs häufig auch Anlaufstelle für Eltern von Kindern mit Entwicklungsstörungen und/oder auch Intelligenzminderung und spielen ebenfalls eine zentrale Rolle bei der medizinischen Versorgung und Psychodiagnostik für Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzminderung. In Bayern bestehen insgesamt 20 SPZs, davon zwei in der Oberpfalz (SPZ Weiden, SPZ Regensburg) und drei in Niederbayern (SPZ Landshut, SPZ Passau, SPZ Deggendorf). Im Unterschied zu anderen pädiatrischen Angeboten sind folgende Merkmale für die SPZs charakteristisch:

- „Interdisziplinarität
- Hoher Anteil an psychotherapeutischen/psychosozialen und rehabilitativen Interventionen
- Einbeziehung der Familie in die Therapie als konzeptioneller Schwerpunkt
- Organmedizinisch orientierte und medizinisch-technische Interventionen nicht im Vordergrund
- Kindheitslange Betreuung bis ins Jugendalter
- Schnittstelle zwischen klinischer Pädiatrie, pädiatrischer Rehabilitation und öffentlichem Gesundheitsdienst
- Vernetzung mit nichtärztlichen Diensten in großem Umfang, Erfordernis eines hohen Organisationsaufwands“ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.)

Die SPZs verfolgen seit ihrer Entstehung ab der späten 1960er Jahre die Idee „die klinische Psychologie und die Heilpädagogik organisatorisch in das kinderheilkundliche Angebot zu integrieren“ (ebd.) und sind somit gewissermaßen ebenfalls ein Ort der Expertise für drohende oder bestehende Behinderungen und somit auch für Kinder mit Intelligenzminderungen. Die ostbayerischen SPZs bieten ausschließlich ambulante Dienste; ein stationäres Angebot in Form einer Sozialpädiatrischen Klinik existiert in Ostbayern nicht, diesbezüglich bleiben die Kinder- und Jugendpsychiatrien auch für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung einzig mögliche Anlaufstelle.

⁷⁹ Suchbegriffe ‚Belegung‘, ‚Kinderpsychiatrie‘, ‚Jugendpsychiatrie‘, ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘, ‚Intelligenzminderung‘, ‚Belegungsstatistik‘, ‚Bayern‘ in verschiedenen Kombinationen mit * und ? im Regensburger Katalog der UR und folgenden Datenbanken: pedocs, Fachportal Pädagogik, DOAB, Deutscher Bildungsserver, DSpace, SSOAR, ResearchGate, Zeitschriften Datenbank, Statistisches Bundesamt Deutschland, GENESIS-Online.

6.1.5 Zusammenfassung

Historische Zusammenhänge

- Im 19. Jahrhundert starke Verschränkung von Medizin und Heil- und Sonderpädagogik. Grundlagenwerke der Heilpädagogik mit starker medizinischer Prägung («Mediko-Pädagogik»)
- Kompetenzkonflikte hinsichtlich der Führung und Ausgestaltung des Unterstützungs- und Versorgungssystems für Menschen mit Intelligenzminderung zwischen Medizin und Pädagogik geprägt durch eine weitgehende Vormachtstellung der Medizin bis ins 20. Jahrhundert
- Enge Verbindung der medizinisch-psychiatrischen Praxis bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts / strikte wissenschaftliche Abgrenzung der Disziplinen im deutschsprachigen Raum ab der Nachkriegszeit
- Psychiatrie-Enquête von 1975 führte zu einer organisationalen Trennung der Versorgungssysteme und zum weitgehenden Übergang der Verantwortung für Menschen mit geistiger Behinderung an die Fachverbände der Behindertenhilfe / «Enthospitalisierung» aber auch Pädagogisierung psychiatrischer Phänomene im Bereich der Intelligenzminderung
- Erst in den 1990er Jahren veränderte Haltung und Anerkennung der Möglichkeit des Auftretens abgrenzbarer psychiatrischer Störungsbilder bei Intelligenzminderung

Zur psychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung

- «Schmerzliche Lücke» (Hennicke und Seidel 2010) in der Fachöffentlichkeit zum Thema und eklatanter Mangel an funktionalen Unterstützungssystemen für Betroffene bei deutlich erhöhter Vulnerabilität für psychiatrische Störungen innerhalb der Gruppe der Menschen mit Intelligenzminderung
- Hohe fachliche und methodologische Herausforderung (*underreporting, psychosocial masking, cognitive disintegration, baseline exaggeration, diagnostic overshadowing*)
- Häufig unscharfe Diagnostik und fragwürdige Aussagekraft der Diagnosen als Grundorientierung für die pädagogische Intervention

Kooperation und Beiträge der Disziplinen

- Notwendigkeit multidimensionaler und multidisziplinärer Diagnostik und des Aufbaus tragfähiger ambulanter Versorgungsstrukturen in Kooperation zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrien
- Bisher wenige Modellprojekte
- FZgEs in ihrer multiprofessionellen Organisation mit HPT und medizinisch-therapeutischen Diensten als mögliche und gewinnbringende Ressource zur Kooperation zwischen Pädagogik und Psychiatrie
- Aktuell enorme Diskrepanz zwischen fachlichem Konsens über notwendige Kooperation und der tatsächlichen Ausgestaltung der Kooperation zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe, Förderzentren, HPTs etc. und der Psychiatrie

Zur Versorgungslage in Bayern unter besonderer Berücksichtigung Ostbayerns

- Medizinisch-psychiatrische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung erfolgt durch Kinder- und Jugendmediziner*innen, SPZs, Kinder und Jugendpsychiatrie und niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater in unterschiedlichem Umfang und mit unterschiedlicher Expertise
- Stationäre Versorgung in Ostbayern nur durch Kinder- und Jugendpsychiatrien mit unterschiedlicher Berücksichtigung der Thematik Intelligenzminderung in den Klinikprofilen
- In Ostbayern existiert keine spezialisierte Klinik oder Station für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung
- Regionen Donau-Wald und Oberpfalz Nord laut KVB statistisch unterversorgt mit fachärztlichen Angeboten der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Verdichtung des allgemeinen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsangebots in den kreisfreien Städten Regensburg und Landshut (Standorte der KJP)
- SPZs als Kompetenzzentren der Diagnostik für Kinder mit Behinderung – in Ostbayern nur ambulante Versorgung ohne kinder- und jugendpsychiatrische Fachärzte

6.2 Vertiefung – Migration und Behinderung im Kontext der Heil- und Sonderpädagogik

Die theoretischen Ausführungen verweisen im Rahmen der Beschreibung der Schülerschaft unter 2.3.4 aus der Grundlagenliteratur auf das empirisch belegte Phänomen der Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen und solcher mit Migrationshintergrund an Förderschulen. Die theoretische Vertiefung beabsichtigt die detaillierte und aspektreiche Darstellung der bereits in der Forschung beschriebenen und im Kontext der vorliegenden Untersuchung relevanten Erkenntnisse zum Themenkomplex. Des Weiteren soll sie den Fokus der qualitativen Forschung ausrichten, um die Interviews und Gruppendiskussionen an den empirisch belegten Ergebnissen im Kontext der verfolgten Fragestellungen zu orientieren. Ebenso will die theoretische Vertiefung ggf. hinreichend beantwortete Phänomene identifizieren, so dass diese im weiteren Forschungsprozess nicht als Fragestellung, sondern als Ausgangslage behandelt werden.

Während der UNHCR Global Trend aus dem Jahre 2009 von weltweit 36.5 Millionen Menschen auf der Flucht ausgeht (UNHCR 2009), waren es im Jahr 2018 weltweit bereits ca. 65.3 Millionen Menschen (Hedderich 2018, S. 6; Henkel und Neuß 2018, S. 13), eine Entwicklung die sich auch nach den jüngsten verfügbaren Meldungen des UNHCR aus dem Mai 2022 weiterhin rasant beschleunigt. So sind im Mai 2022 erstmals über 100 Millionen Menschen (Süddeutsche Zeitung 2022) auf der Flucht. Zahlen, die in einem Satz aneinandergereiht plakativ wirken mögen, jedoch einen der schnellsten und weitreichendsten aktuellen sozialen Transformationsprozesse plastisch werden lassen. Die Beweggründe für Flucht finden sich in den krisenhaften Herausforderungen unserer Zeit und reichen von Krieg und Gewalt über Verfolgung, Diskriminierung und Armut bis hin zu Umweltzerstörung und den Folgen von Naturkatastrophen. „In Deutschland kommen [...] mehr als 70 Prozent der Asylsuchenden aus Kriegs- und Krisengebieten. Mehr als die Hälfte aller Menschen, die nach Deutschland geflohen sind, kommen aus Syrien, Afghanistan und Irak“ (UNO Flüchtlingshilfe Deutschland 2020).

Im betrachteten Zehnjahreszeitraum der vorliegenden Arbeit zeichnet sich ab dem Erhebungszeitpunkt 2014/15 eine deutliche Entwicklung hin zur *Internationalisierung der Schülerschaft* an den untersuchten FZgEs in unterschiedlichem Umfang ab, die sowohl die nationale als auch globale Tendenz im regionalen Bezugsrahmen widerspiegelt. Eine maßgebliche Veränderung der globalen Transformationsprozesse ist laut Aussagen der UNHCR aktuell nicht zu erwarten, da zu langandauernden Konflikten wie beispielsweise in Somalia oder Syrien immer neue kriegerische oder gewaltsame Auseinandersetzungen unterschiedlichen Ausmaßes hinzukämen, exemplarisch hierfür stehen Konflikte im Süd Sudan, Jemen, der Zentralafrikanischen Republik (Maywald 2018, S. 21 f.) oder auch der 2022 zum völkerrechtswidrigen Angriffskrieg eskalierte Konflikt in der Ukraine. Die beschriebene Entwicklung verdeutlicht eindrücklich die Notwendigkeit, sich sowohl makroskopisch den Forschungsdesideraten zu widmen als auch im Rahmen der vorliegenden Arbeit auf der Basis der verfügbaren Daten auf das Thema, trotz der forschungsmethodisch bedingten und kritisch zu reflektierenden Kategorie „Nationalität“ (siehe 3.3.1.3), einzugehen.

Die weiteren Ausführungen fokussieren spezifische Aspekte des Themenkomplexes Flucht und Migration, so werden vor allem die in der vorliegenden Studie belegte Überrepräsentanz sowie die Situation von schulpflichtigen ausländischen Kindern und Jugendlichen im Kontext von (geistiger) Behinderung

näher beleuchtet. Der beabsichtigten Komprimierung geschuldet, beanspruchen die Ausführungen somit keine Vollständigkeit, sondern versuchen vielmehr die im Kontext der Untersuchung relevanten Aspekte bisheriger Forschung zum Phänomen der Überrepräsentanz darzulegen.

Hedderich (2018) skizziert in ihrem Beitrag „Migration–Flucht–Integration“ den Forschungsstand „[...] im jungen Forschungsfeld 'Migration und Flucht im Kontext von Behinderung'“ und attestiert „gesamthft noch einen sehr hohen Forschungsbedarf“ (Hedderich 2018, S. 6 ff.), der sich vor allem durch die Migrationsbewegung ab dem Jahr 2014 intensiviert. Henkel und Neuß (2018) sehen die „Themenbereiche 'Migration und Flucht' seit 2015 als Gegenstand der Pädagogik 'drängender'“ (2018, S. 13) und gründen die Notwendigkeit einer „wissenschaftlichen wie fachlichen Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex“ (ebd.) auf einer „humanistischen Verantwortung“ (ebd.). Da der Themenkomplex im Rahmen der theoretischen Vertiefung nicht vollständig erfasst und dargelegt werden kann, liegt der Fokus im Folgenden auf der Gruppe von „Menschen mit Migrationshintergrund und einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung und/oder Sinnesbeeinträchtigung bzw. mit Komplexer Behinderung“ (Halfmann 2014, S. 30 ff.) wobei auch weniger spezifizierte Veröffentlichungen zur Darlegung der Kerndiskussionspunkte herangezogen werden.

Die Anzahl an Veröffentlichungen zum Thema Migration und Behinderung im Kontext von FZgEs ist bis zum jetzigen Zeitpunkt überschaubar und beschränkt sich weitgehend auf unterschiedliche Zeitschriftenbeiträge und Beiträge in Sammelwerken die sich den Themenspektren Kultursensibilität, Deutsch als Zweitsprache (Falkenstörfer 2019, S. 4 ff.) sowie statistischen Entwicklungen (Dworschak 2019, S. 30 ff.) widmen. Die statistische Datengrundlage zu Migration im Kontext Behinderung wird einstimmig als unzureichend bewertet (Hedderich 2018, S. 6; Dworschak 2019, S. 30), was die vertiefte regionalbezogene Auseinandersetzung im Rahmen der vorliegenden Forschung zusätzlich legitimiert. Fachdidaktische Veröffentlichungen, die wertvolle Beiträge für die Professionalisierung und Weiterentwicklung sonderpädagogischer Lehre anbieten, werden aufgrund der Forschungsfrage in der theoretischen Vertiefung vernachlässigt.

6.2.1 Zu empirischen Belegen der Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an Förderschulen

Die Überrepräsentanz von ausländischen Kindern und Jugendlichen respektive solchen mit Migrationshintergrund an deutschen Förderschulen ist bereits seit Anfang der 1990er Jahre Objekt wissenschaftlichen Interesses. Allerdings bezieht sich der Großteil der Untersuchungen maßgeblich auf Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Lernen (Diekmann 2007, S. 66 ff.; Gomolla und Radtke 2009, S. 23 ff.; Kornmann 2013, S. 70 ff.). Weitere Förderschwerpunkte werden kaum isoliert betrachtet, wobei Kemper und Weishaupt (2011) in ihrer Analyse zu bundesdeutschen Förderschulbesuchsquoten, die sowohl Förderschwerpunkte als auch nationale Zugehörigkeiten im Kontext des Förderschulbesuchs berücksichtigt, den bundesweit deutlich erhöhten Anteil ausländischer Kinder und Jugendlicher im Förderschwerpunkt gE als „beachtenswert“ (ebd., S. 425) bezeichnen.

Powell und Wagner greifen 2014 erneut die empirisch belegte Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen aus Migrationskontexten im Förderschulwesen auf und verweisen eindrücklich auf die bereits jahrzehntelang bestehende Erkenntnis über eine eklatante Benachteiligung dieser Gruppe von

Schülerinnen und Schülern im deutschen Bildungssystem, die bereits seit den Anfängen der *Integrationspädagogik* der 1970er Jahre den wissenschaftlichen Diskurs in unterschiedlicher Ausrichtung mehr oder weniger stark beschäftigt (ebd., S. 178 f).

Es zeigt sich, dass sowohl von der Klassifizierung als auch von der Überweisung an die Sonderschule bestimmte Gruppen wesentlich häufiger betroffen sind als andere und dies entlang bestimmter sozio-struktureller und kultureller Merkmale. Nach Staatsangehörigkeit, Förderschwerpunkt, aber auch Wohnort sind Schülerinnen und Schüler z. T. erheblich in sonderpädagogischen Maßnahmen überrepräsentiert. Die Brisanz dieser Befunde liegt weniger darin, dass sie neu sind. Vielmehr ist es ihre Persistenz über Jahrzehnte hinweg, trotz Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Deutschland. (Powell und Wagner 2014, S. 177)

Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten Annäherungstendenzen zwischen den Bildungsbiographien von Kindern mit und ohne Migrationshintergrund empirisch belegt wurden, ist davon auszugehen, dass es für Schüler und Schülerinnen „je nach Herkunftsland, zu Hause gesprochener Sprache, Migrationserfahrung und Integrationspolitik [...] große Disparitäten in der Benachteiligung und im Bildungserfolg“ (Powell und Wagner 2014, S. 184) gibt. Der Beitrag (ebd.) untersucht die Schnittstelle zwischen Migration und Behinderung mit der Fragestellung, inwieweit „Kulturen und Strukturen des Bildungssystems selbst“ (ebd. 185) die Überrepräsentanz von Kindern mit Migrationshintergrund an *Sonderschulen*⁸⁰ mitbedingen, anstatt die Gründe für den Bildungsweg in Attributen der nichtdeutschen Schüler und Schülerinnen zu suchen:

Eine ethnische Zugehörigkeit „nichtdeutsch“ (einschließlich unterschiedlicher Sprachkompetenz, kulturell-bedingtem Habitus usw.) wird in diesem Bildungssystem als defizitäre Eigenschaft wahrgenommen. Die Kinder werden „schulisch behindert“ (Powell 2009), klassifiziert, etikettiert und häufig segregiert. Die überproportionale Überweisung von ausländischen Kindern auf Sonderschulen kann auf stigmatisierende individuelle Merkmale, wie eben ihre ethnische Zugehörigkeit „nichtdeutsch“, zurückgeführt werden. (Powell und Wagner 2014, S. 185)

Die These systemimmanenter Exklusionsvektoren, die auf die Bildungsbiographien nichtdeutscher Schülerinnen und Schüler negativ einwirken, stützen die Autoren mit dem hohen Selektionsauftrag des deutschen Schulsystems, insbesondere darauf, dass ein Regelschulsystem nur *unreformiert* weiterarbeiten kann wie bisher, wenn Normabweichler schnell und dezidiert in ein Sondersystem überwiesen werden, weshalb das Bildungssystem „selbst mit seinen Strukturen zur Aufrechterhaltung einer ethnisch-kulturellen Ungleichheit“ (ebd.) beiträgt. Sowohl der gewählte Terminus *Normabweichler* als auch der des *Sondersystems* sind weit auslegbar und umfassen letztlich alle konstitutiven *Abweichungen* als auch Schulen jedes Förderschwerpunktes. Offen bleibt vor allem vor den klaren Zugangsvoraussetzungen zum Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, inwieweit man der generellen Aussage einen Hinweis auf die Gültigkeit an FZgEs zuschreiben kann, würde man hier, der Personenkreisbeschreibung (siehe 2.3) folgend, doch Personen mit erheblichen (intellektuellen) Behinderungen erwarten, die nicht zwingend als 'ledigliche' Normabweichung zu bewerten sind.

Auf der Grundlage von Daten des Statistischen Bundesamtes und der Kultusministerkonferenz führen Powell und Wagner den Beweis einer sukzessiv fortschreitenden schulischen Selektion von Schülerinnen und Schülern nichtdeutscher (ausländischer) Nationalität und nutzen somit methodisch eine sehr

⁸⁰ Powell und Wagner verwenden bewusst den obsoleten Terminus *Sonderschule*, „um deutlich auf die Stigmatisierung und räumliche Trennung hinzuweisen.“ (Powell und Wagner 2014, S. 177)

ähnliche Datengrundlage wie die quantitative Erhebung der vorliegenden Arbeit. Vorgelegt werden empirische und quantitative Belege für eine regressive Entwicklung der Anzahl ausländischer Schüler und Schülerinnen an allen allgemeinbildenden Schulen inklusive der *Sonderschulen*, bei gleichzeitig leichtem Rückgang des prozentualen Anteils ausländischer Schüler und Schülerinnen an der Grundgesamtheit aller Schüler und Schülerinnen der allgemeinbildenden Schulen von 2000–2010. Weiter belegt die amtliche Statistik einen „kontinuierlichen Anstieg der Sonderschulbesuchsquote ausländischer Schülerinnen und Schüler zwischen 1970 und 2005“ (ebd. S. 187), ein Trend der sich erst im Jahr 2009 durch einen leichten Rückgang der Quote bricht. Diese *Trendumkehr* wird nicht zuletzt auf die Anpassungen der Schulsysteme der Bundesländer an die Forderungen der UN-BRK nach inklusiven Schulsystemen zurückgeführt.

Merz-Atalik (2014) eruiert Zuschreibungsprozesse im Kontext der Merkmale Migration, kultureller Hintergrund und Nationalität, die in verschiedenen Studien als kausal für die Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Förderschulsystem belegt werden. Die Merkmale Migrationshintergrund, anderer (fremder) kultureller Kontext oder Nationalität aktivieren kategoriale Zuschreibungsprozesse mit hohem Effekt auf die Zuweisung eines Schülers oder einer Schülerin aus dem Regelschulwesen in ein Sondersystem (Merz-Atalik 2014, S. 167 ff.), was sie als Beleg für „eine deutliche Diskriminierung auf der Basis der Migrationsbezogenheit“ (ebd., S. 168) einstuft. Auch hier bleibt eine Einschätzung zur Gültigkeit der These im Bereich der FZgEs aus.

Zur Situation an FZgEs legt Dworschak (2012) mit SFGE I (siehe 2.4.1) empirische Ergebnisse vor und stellt bereits zu diesem Zeitpunkt für den Förderschwerpunkt gE den zweitgrößten Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen (10.1 %) nach dem Förderschwerpunkt Lernen (13.6 %) fest (2012, S. 30), während sich der Anteil von Schülern und Schülerinnen mit einem definierten Migrationshintergrund⁸¹ auf 18.3 % beläuft (ebd.). Diese Ergebnisse präsentiert Dworschak (2016) ebenfalls in einem Zeitschriftenaufsatz zur *Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung und Migrationshintergrund an bayerischen Förderschulen* (Dworschak 2016). Der Beitrag klärt vorweg die, der Studie zugrunde gelegte Definition des *Migrationshintergrundes*⁸² und verweist auf die dahingehend unzulängliche Aussagekraft der amtlichen Schulstatistik, da diese lediglich die Kategorien *ausländisch*⁸³ und *deutsch* abbildet. Bereits im Schuljahr 2009/10 konnten Ratz und Dworschak an Förderschulen (alle Förderschwerpunkte) in Bayern einen durchschnittlichen Anteil von 17.8 % von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund belegen, eine Zahl, die vor allem vor dem Hintergrund der erheblichen Akzeleration der Internationalisierung ab 2014 hohe chronistische Bedeutung gewinnt. Gleichzeitig waren die Anteile von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund an Realschulen und Gymnasien mit jeweils ca. 6 % dreifach geringer (ebd., S.35; siehe auch 2.2.3). Die Ergebnisse im Förderschwerpunkt gE weichen mit 18.3 % leicht positiv vom Durchschnitt aller Förderschwerpunkte ab, hingegen dem Durchschnitt aller Schularten von 11.7 % „ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung und Migrationshintergrund an Förderschulen mit 18.3 % deutlich erhöht“

⁸¹ In der Studie SFGE Dworschak et al. 2012 Folgt die Definition des *Migrationshintergrunds* der amtlichen Statistik und dem Bildungsbericht Bayern. Ein Migrationshintergrund wird so nach den Faktoren Staatsangehörigkeit, Aufenthaltsdauer und Muttersprache definiert

⁸² „Im schulischen Bildungsbericht für Bayern wird Migration über das Vorliegen mindestens eines der folgenden Merkmale bestimmt (ISB, 2009, S. 201):

- keine deutsche Staatsangehörigkeit
- im Ausland geboren

• überwiegend in der Familie gesprochene Sprache nicht Deutsch“ (Dworschak 2016, S. 35)

⁸³ „Als ausländisch gilt, wer keine deutsche Staatsangehörigkeit besitzt.“ (Dworschak 2016, S. 35)

(ebd., S. 39). Dworschak attestiert dem gegliederten Schulwesen in Deutschland ebenfalls eine „selektive Wirkung“ (ebd.), die sich vor allem durch die erheblichen Unterschiede des Anteils von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund an den weiterführenden Schulen gegenüber den Förder- und „grundständigen allgemeinen“ (ebd.) Schulen zeigt. Weiter belegen die Studienergebnisse bei Schülern und Schülerinnen mit geistiger Behinderung und Migrationshintergrund, im Vergleich zum Anteil der untersuchten Grundgesamtheit ohne Migrationshintergrund, sowohl „weniger gut ausgeprägte Kompetenzen im Bereich des Sprachverständnisses“ (ebd.) als auch in der Sprachproduktion, woraus sich ein „besonderer Augenmerk auf das Erlernen der deutschen Sprache“ (ebd.) ableitet, um die Gefahr „doppelte[r] Benachteiligungen“ (ebd., S. 40) zu reduzieren.

Ein bildungsstatistischer Blick auf den Themenkomplex „Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund im FgE“ (Dworschak 2019) vergleicht die statistischen Befunde vor und nach den „großen Fluchtbewegungen“ (ebd., S. 30) auf der Grundlage der verfügbaren Daten aus der Schulstatistik und dem Mikrozensus. Da die vorliegenden Daten entweder nur nach dem Kriterium *ausländisch* (amtliche Schulstatistik) oder der Definition von Migrationshintergrund des Mikrozensus⁸⁴ erhoben wurden, sind sie nicht aussagekräftig mit den Daten der SFGE I-Studie vergleichbar (siehe 2.4.1). Die auf der verfügbaren Datengrundlage möglichen Befunde belegen einen Anstieg des Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher an der Gesamtheit aller Kinder und Jugendlichen im schulpflichtigen Alter von 30 % (2014) auf 35 % (2017) sowie einen deutschlandweiten Anstieg des Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher an FZgEs von 10.1 % (2013/14) auf 12.6 % (2017/18) während sich der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an den allgemeinbildenden Schulen in Deutschland von 7.2 % (2013/14) auf 10.1 % (2017/18) noch höher entwickelte (Dworschak 2019, S. 30 f.).

Die Entwicklungen in Bayern können auf der Grundlage der Studie SFGE II (siehe auch 2.4.2) detaillierter beleuchtet werden. So waren im Schuljahr 2018/19 ausländische Kinder und Jugendliche an bayerischen Förderschulen mit einem Anteil von 14.5 % verglichen mit dem Durchschnitt aller Schularten von 10.8 % weiter überrepräsentiert. Betrachtet man die Förderschulen, konstatiert die Studie eine ungleichmäßige Verteilung ausländischer Kinder und Jugendlicher in den verschiedenen Förderschwerpunkten. Während der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen im Förderschwerpunkt emotionale und soziale Entwicklung im Schuljahr 2018/19 8.6 % beträgt, liegt er im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in Bayern bei 15.6 % (Selmayr und Dworschak 2021, S. 36), was einen dekadischen Anstieg um 5.4 %P bedeutet (Dworschak, Kannevischer et al. (Hg.) 2012 – Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, S. 34).

6.2.2 Zu Erklärungsansätzen der Überrepräsentanz

Im Rahmen des Panels *Sonder-/Förderschulproblematik und Migration* gehen Werning und Löser (2011) in einem Vortrag unter anderem auf „Erklärungsansätze für die Überrepräsentanz von Schülerinnen und Schülern mit Migrationshintergrund an Förderschulen“ (Werning und Löser 2011, S. 73) ein. Entgegen der häufig interpretativ herangezogenen *Individuums zentrierten* Ansätze, die subjektbezogenen Attribute der Schüler und Schülerinnen in den Mittelpunkt der Diskussion stellen, werden drei

⁸⁴ „Im Mikrozensus wird ein Migrationshintergrund dann erfasst, wenn eine Person selbst oder mindestens ein Elternteil von ihr die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“ (Dworschak 2019, S. 30 f)

Erklärungskategorien vorgelegt: „die *Familie*, die verschiedenen *Zuwandererkulturen* und die *Unterstützungssysteme* im Schulsystem“ (ebd., S. 73).

Als familiärer Einflussvektor wird auf den empirisch belegten, schlechteren sozioökonomischen Status von Familien, in welchen beide Elternteile nicht in Deutschland geboren wurden, verwiesen. Die „schlechteren sozioökonomischen Bedingungen“ seien neben Faktoren wie der „Erziehung in der Familie“, dem „Gebrauch der deutschen Sprache“ (ebd., S. 74) und der „Länge des Aufenthalts zusammen mit der Absicht in Deutschland zu bleiben“ (ebd., S. 73) für den Bildungserfolg der Kinder von hoher Bedeutung. Da jedoch verschiedenen Autoren zufolge (Hunger und Thränhardt 2011) „einige Immigrantengruppen mit ähnlichen Bedingungen [...] trotzdem unterschiedliche Erfolge erzielen“ (Werning und Löser 2011, S. 74) beschränken sich belastbare familiäre Erklärungsansätze *allein* auf die *Erziehung*, den *sozioökonomischen Status der Eltern* oder auch die *Länge des Aufenthalts* (ebd.).

Der zweite herangezogene Erklärungsansatz fokussiert die „*kulturellen Unterschiede der Zuwandererkulturen*“ (ebd.). Eine Erklärung, die vor allem vor dem Hintergrund ungleicher Überrepräsentanz verschiedener Zuwanderernationalitäten Gewicht erhält. Entgegen der überprüften Annahme, vor allem Kinder und Jugendliche aus dem deutschen Kulturkreis sehr unterschiedlichen Kulturen (Bsp. Türkei, arabische Staaten) hätten weniger erfolgreiche Bildungsbiographien, stellen Hunger und Thränhardt (2011) heraus, dass beispielsweise auch italienische Schüler und Schülerinnen (die hinsichtlich der Religion und einer zentral-südeuropäischen Enkulturation der deutschen Kultur vermeintlich näher sind) ein hohes Risiko zum Förderschulbesuch aufweisen. Die kulturellen Aspekte scheinen weniger auf normativ-konfessioneller Dimension zu verorten als vielmehr in, möglicherweise kulturell bedingten, Empowerment- und Selbsthilfestrategien der ethnischen Gruppen, weshalb eine „alleinig kulturalisierende Perspektive kritisch hinterfragt“ (ebd.) werden müsse.

Der Erklärungsansatz durch die *Unterstützungssysteme* pointiert in Einklang mit anderen Veröffentlichungen (Merz-Atalik 2014; Ahrandjani-Amirpur 2015) den Einfluss der Sprach- und Lesekompetenz auf den Bildungserfolg. So seien vor allem spezielle Programme zur Förderung der deutschen Sprache wirksame Maßnahmen zum Abbau von Bildungsungleichheit aufgrund lingualer Machtstrukturen.

Uçar (2011) nähert sich auf der Grundlage empirischer Daten, die sowohl die Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an Berliner Förderschulen als auch den geringeren Bildungserfolg ausländischer Schüler und Schülerinnen belegen, den Fragen, ob zum einen „ausländische Kinder im deutschen Schulsystem sonderschulbedürftig“ und ob „Sonderschulen, Schulen für Migrantenkinder“ seien? (Uçar 2011, S. 57). Als systembezogene Erklärungsansätze wird neben der sozioökonomischen Ungleichheit und erschwerten Situation für viele Familien mit Migrationshintergrund auch der grundlegende Selektionsmechanismus der deutschen Schulen herangezogen, der dazu führt, dass Lernschwierigkeiten „sozio-struktureller Natur“ (ebd.) vom Regelsystem an die Sonderschulen „abgewälzt“ werden und fälschlicherweise „sonderpädagogisiert“, 'ethnisiert' oder 'kulturalisiert' werden (ebd.).

Eine Untersuchung aus den 1990er Jahren (Uçar 1996, S. 188 ff.) greift zusätzlich noch den Aspekt der Unkenntnis ausländischer Eltern über das deutsche Sonderschulwesen auf, was sich als Erklärungsansatz dahingehend deuten lässt, dass mangelnde Systemkenntnis ebenfalls mangelnde Möglichkeit zur Einflussnahme (z. B. im Sinne eines elterlichen Widerspruchs gegen die Schulzuweisung) impliziert. Eine These, die sich auch im weiteren Sinne an die der systemimmanenten lingualen Machtstrukturen anschließen lässt.

Eine weitere aktuelle und im Kontext hervorzuhebende Studie aus dem deutschen Sprachraum, widmet sich der „Überrepräsentation von SchülerInnen mit türkischem Migrationshintergrund mit sonderpädagogischem Förderbedarf im österreichischen Schulsystem“ (Subasi Singh 2020, S. 12), deren multiperspektivische Betrachtung der gebildeten Analysekatoren einen breiten qualitativen Zugang zum Themenkomplex schafft. Subasi Singh (2020) bildet ihre Forschungsergebnisse aus Eltern-, Lehrer-, schulpyschologischer und Schulleitungsperspektive ab, wodurch sie umfassende Verständniszugänge zu den professionsspezifischen Wahrnehmungen und den jeweiligen (subjektiv) fachlichen Begründungen für die Überrepräsentanz von türkischen Schülern und Schülerinnen im sonderpädagogischen System Österreichs generiert, die sie zusammenfassend als unterschiedliche Erfahrungen jeweils gegenseitigen Misstrauens aller im Prozess beteiligter Akteure beschreibt (ebd., S. 179). In der abschließenden Diskussion werden die Kerndimensionen im Rekurs auf die Ergebnisse vorgestellt. Subasi-Singh (2020) bewertet die bestehende Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund als Gradmesser für die Entwicklung von Bildungsgleichheit: „The overrepresentation of minority groups in special education is a significant indicator of the educational equity situation of a country“ (ebd.). Während beispielsweise die befragten Eltern das österreichische sonderpädagogische System als „tool of educational inequity“ (ebd., S. 180) das von Autoritäten umgesetzt wird sehen, anerkennen zwar Lehrkräfte und Schulleitungen das Problem der Ungleichheit, sehen aber neben systemstrukturellen Gründen, wie dem Selektionsauftrag der Schulen, auch ineffiziente Lehre und Erziehungshaltungen der Eltern als kausal an (ebd., S. 180).

Die Ungleichheit hinsichtlich des gleichberechtigten Zugangs zu Bildung, unabhängig von persönlichen soziobiographischen Variablen (nicht hinsichtlich des gleichen formalen Bildungsabschlusses), hängt aus Sicht der befragten Schulpsychologen stark mit der Anwendung standardisierter Testverfahren zusammen, die keine individuelle Testung vor dem tatsächlichen persönlichen und biographischen Background der Schülerinnen und Schüler zulässt. In Einklang mit Ahrandjani-Amirpur (2016) akzentuiert auch Subasi-Singh (2020) den Faktor Sprache als eine zentrale Determinante für das Gelingen von Integration und Bildungserfolg (ebd., S. 181 ff). Sowohl verringerte Sprachkompetenz bei Kindern und Jugendlichen als auch bei deren Eltern stellen Hindernisse in der effektiven und positiven Wahrnehmung des Systems dar. Der Aspekt der Sprachkompetenz zeigt sich in der Studie besonders interdependent mit dem Grad der Integration in die kulturellen und sozialen Räume des Ankunftslandes Österreich. Vor allem die tendenziell stärkere Einbettung in die ethnische Gruppierung (hier „turkish community in Austria (S. 185)“) des Herkunftslandes wird erkenntnisreich diskutiert. Einerseits sei eine aversive Haltung sowohl gegenüber dem sonderpädagogischen System als auch gegenüber geistiger Behinderung erkennbar, die innerhalb der ethnischen Peergruppe zu tradierter Ablehnung von Sondersystemen führt, andererseits bestünde aufgrund der mangelnden sozialen Einbettung und Verbindung im Ankunftsland eine deutliche Affinität zur eigenen ethnischen Gruppe, da sie sprachliche, kulturelle, organisatorische und soziale Sicherheiten und Unterstützung bieten kann, in Konsequenz allerdings als Integrationshindernis wirkt (ebd., S. 183 ff).

Die aufgeführten Erklärungsansätze oder besser, Verständniszugänge werden im Fachdiskurs bisher maßgeblich auf den Förderschwerpunkt *Lernen* bezogen oder als tendenziell schlechtere Bildungschancen ausländischer Schüler und Schülerinnen im selektiven Regelschulsystem diskutiert und rekurren nur selten auf den Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

Jantzen (2011, S. 31) attestiert Schulen mit dem Förderschwerpunkt gE, sie würden „häufig auch zum Auffangbecken von Migrantenkindern“ und setzten in „vielen Fällen [...] genau jene Ausgrenzungsmechanismen intern fort [...] einschließlich massiver Ausgrenzung im Unterricht und sogar Ausschulung“ (ebd.). Eine provokant wirkende These, die die Notwendigkeit genauerer Betrachtung der Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen an FZgEs zusätzlich verdeutlicht und die Frage nach spezifischen Erklärungsansätzen und vermeintlich diskriminierenden Etikettierungsprozessen im Kontext Migration und Behinderung an FZgEs pointiert. Bedenkt man erneut die Personenkreisbeschreibung der Schülerschaft an FZgEs (siehe 2.3) sowie deren konstitutionelle Vorbedingungen, scheinen die beschriebenen Erklärungsansätze weit weniger trefflich, außer schulische und systemimmanente Etikettierungsprozesse bewirken eine derart massive sonderpädagogische Diagnose, die eine Empfehlung für ein Kind zur Beschulung im Förderschwerpunkt gE rechtfertigt. Die hier angedeutete wissenschaftliche Erkenntnislücke fasst Halfmann (2014) trefflich zusammen:

Das [...] wissenschaftliche Interesse an der Schülerschaft mit Migrationshintergrund und dem Förderschwerpunkt Lernen ist bei Menschen mit Migrationshintergrund und körperlicher und/oder geistiger Behinderung und/oder Sinnesbeeinträchtigung bzw. Menschen mit Komplexer Behinderung, [...], in dieser Form nicht festzustellen. Das heißt konkret: Über ihre Alltagssituation bzw. Lebenswirklichkeit und die ihrer Familien, ihre spezifischen Bedarfe und Ressourcen ist wenig bekannt. (Halfmann 2014, S. 31 f.)

Da auch die zitierten Erklärungsansätze nicht ungeprüft auf alle Schulformen und alle Förderschwerpunkte übertragen werden können, werden sie durch strukturierte Fragestellungen in der folgenden qualitativen Forschung zuvorderst mit der Intention berücksichtigt, spezifische Erklärungsansätze im Bereich FZgE zu generieren.

6.2.3 Normative Aspekte

Wansing und Westphal veröffentlichen mit ihrem Sammelband zum Themenkomplex *Behinderung und Migration* (2014) ein Übersichtswerk, das die wissenschaftlichen Perspektiven der Fachgebiete *Behinderung und Inklusion* und dem der *Sozialisation mit Schwerpunkt interkulturelle Bildung* in diskursiven Bezug zueinander setzt. Sie konstatieren bereits zum Zeitpunkt der Veröffentlichung „eine zunehmende Aufmerksamkeit der Sozialen Praxis für die Schnittstellen von Behinderung und Migration“ (Wansing und Westphal 2014, S. 9) und widmen der kontextuellen Trias von *Migration, Behinderung und schulischer Bildung* ein eigenes Kapitel. Der Beitrag *Inklusiver Unterricht und migrationsbedingte Vielfalt* (Merz-Atalik 2014) setzt sich mit der Auswirkung auf den Umgang mit Heterogenität hinsichtlich kultureller Prägungen und Behinderung auf Seiten der Lehrenden auseinander und unterstreicht die dringende Notwendigkeit im Rahmen der Lehrerbildung eine Haltung zu entwickeln, die eine höchstmögliche „Heterogenitätstoleranz“ in Bezug auf die „Heterogenitätsdimensionen Behinderung, Begabung und Leistung“ (Merz-Atalik 2014, S. 162) begünstigt. Ein kurzer Rekurs auf den menschenrechtlichen Grundsatz *von der Berücksichtigung der Vielfalt von Bedürfnissen aller Lernenden* schließt mit der Forderung nach Identifikation der Schulen mit der „Heterogenität und Vielfalt ihrer Schülerschaft“ (ebd., S. 164) woran sich ein deutliches Bekenntnis zu einer Haltung der *Transkulturalität*⁸⁵ anschließt, die askriptive

⁸⁵ Ein transkulturelles Begriffsverständnis hingegen „(...) zielt auf ein vielmaschiges und inklusives, nicht auf ein separatistisches und exklusives Verständnis von Kultur. Es intendiert eine Kultur, deren pragmatische Leistung nicht in Ausgrenzung, sondern in Integration besteht“ (Welsch 1995, S. 4). Merz-Atalik 2014, S. 165.

und separierende Differenzkategorien wie kulturelle oder nationale Zugehörigkeit zu überwinden vermag (ebd., S. 165 ff). Resümierend erklärt Merz-Atalik den Aufbau von „Haltungen und [...] Haltungskompetenzen für den Umgang mit einer durch Migration bestimmten Vielfalt und Heterogenität der Lernenden“ (Merz-Atalik 2014, S. 173) bereits in der Erstqualifizierung von Lehrenden an den Hochschulen für obligat und empfiehlt zusätzlich eine fortschreitende Reflexion sowie Selbst- und Fremdevaluation der Schulen hinsichtlich ihrer konkreten Praktiken im Umgang mit migrationsbedingter Heterogenität. Als weiterer normativ relevanter Aspekt ist im Kontext Migration und kulturell – religiöser Prägung ebenfalls die Diversität moralischer Wertvorstellungen erwähnenswert. Zwar resultieren divergierende Wertvorstellungen nicht zwingend aus der nationalen Zugehörigkeit, dennoch stehen moralische Tendenzen und Wertprägungen oft im Kontext konfessioneller Zugehörigkeiten und dem Ausprägungsgrad wertkonservativer sowie religiös – tradierter Normen, die sich in Kulturen und Herkunftsländern auch heute noch deutlich unterscheiden und gegebenenfalls in der konkreten pädagogischen Praxis Sensibilität erfordern. Der schulische Bildungsauftrag in Deutschland, der beispielsweise den Maximen demokratischer Gesellschaften, dem Grundsatz der Geschlechtergleichstellung und der freiheitlichen Persönlichkeitsentfaltung folgt, könnte aus wertkonservativer, stark religiös geprägter Perspektive zu Irritationen auf Elternseite führen. Am Beispiel der schulischen Sexualpädagogik nimmt das Bundesverfassungsgericht deutlich Stellung, entkoppelt zwar das Recht auf Sexualpädagogik von der elterlichen Zustimmung, verweist aber dennoch auf die Berücksichtigung normativer Diversität:

Das Bundesverfassungsgericht hat geregelt, dass die Sexualerziehung als fächer-übergreifender Unterricht nicht von der Zustimmung der Eltern abhängig ist, solange Schulen ihre Schülerinnen und Schüler nicht indoktrinieren und allgemein Rücksicht nehmen auf das natürliche Erziehungsrecht der Eltern; ferner muss sexuelle Bildung an Schulen offen sein für die Diversität moralischer Wertvorstellungen (Gegenfurtner und Gebhardt 2018, S. 381)

Die erwähnte Offenheit für die „Diversität moralischer Wertvorstellungen“ ist im Kontext Migration ein pädagogischer Auftrag in der Bildung und Beratung und vom beispielhaft herangezogenen Themengebiet *Sexualität* auch auf weitere Bereiche wie tradierte Rollenbilder, rechtliche Gleichstellung von Mann und Frau etc. übertragbar, die sich kulturabhängig von liberalen zentraleuropäischen Werten unterscheiden können. Hierzu sei allerdings kritisch auf extrem wertkonservative Positionen verwiesen, die sich auch im Europa des 21. Jahrhundert immer wieder in die politische und gesellschaftliche Position drängen – diesbezügliche Diversität ist sicherlich kein Phänomen, das sich auf den Kontext Migration beschränkt.

6.2.4 Zur Situation an FZgEs – qualitative Zugänge

Spezifisch für die Situation an FZgEs legt Ahrandjani-Amirpur (2015) eine qualitative Studie vor, die anhand von Interviews mit 11 arabischen Familien unterschiedlicher Herkunft und Religionszugehörigkeit, Informationen zur möglichen Ausgestaltung inklusiver Entwicklungsprozesse generiert und „vielfältige Barrieren im Hilfesystem offenbart, die den Familien und den behinderten Kindern in ihrem Streben nach gesellschaftlicher Teilhabe im Weg stehen“ (Ahrandjani-Amirpur 2015, S. 275). Durch die Anwendung biographischer Methoden entstehen ein differenzierteres Bild von und qualitative Verständniszugänge zu Familien mit Migrationshintergrund und einem behinderten Kind. In ihren theoretischen Ausführungen kritisiert sie den bisherigen Forschungsstand dahingehend, „dass es bislang an einer diffe-

renzierten Auseinandersetzung mit der Lebenssituation von Familien im Kontext von Migration und Behinderung fehlt. Stattdessen herrschen vor allem im Praxisfeld Stereotype, die die komplexe Lebenslage der Familien kaum abbilden“ (Ahrandjani-Amirpur 2015, S. 92). Eine besondere Bedeutung im Kontext erfährt die Studie durch den unmittelbaren Bezug zur Förderschule „Geistige Entwicklung“, da sie sich „den Kindern und ihren Eltern, die auf einer Förderschule beschult werden [widmet]. Dabei handelt es sich fast ausschließlich um Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung“ (Ahrandjani-Amirpur 2015, S. 102). Das Sample der Studie umfasst elf Familien mit Migrationshintergrund⁸⁶ und einem Kind mit Behinderung (ebd., S. 110). Ausführlichen Einzelfallanalysen folgt eine fallübergreifende Darstellung der Ergebnisse, die unter der Überschrift „Orientierungen im Hilfesystem“ konkrete systemische Barrieren und Ressourcen fokussiert und praxisrelevant darstellt. Komprimiert wiedergegeben leitet die Untersuchung „zentrale Orientierungen“ (ebd., S. 257) der Eltern ab. Unter anderen die *Suche nach sozialer Absicherung* und die *Suche nach Möglichkeiten der Handlungsbefähigung*, die im Folgenden kursorisch dargelegt werden.

Hinsichtlich der *Suche nach sozialer Absicherung* stellt Ahrandjani-Amirpur, trotz des immer ausdifferenzierteren soziökonomischen Status von Familien mit Migrationshintergrund, nach wie vor eine überdurchschnittliche Prägung der Familien durch Armut und einem „Leben in benachteiligten Stadtteilen“ fest. Häufig entschieden sich Mütter in Migrantenfamilien aufgrund fehlender formaler Bildungszugänge für ein „Leben als Hausfrau“ (ebd., S. 258 f). Als *migrationsspezifische Barrieren* benennt sie eine häufig schwierige sozioökonomische Situation (z. B. durch erheblichen Ressourcenverlust aufgrund der Flucht oder des Aufenthaltsstatus), die sich trotz eines verfügbaren Hilfesystems oft nur mit höchster Anstrengung ändern lässt. Gründe für die Zugangsbarrieren zum Hilfesystem seien neben Erfahrungen von offener Diskriminierung ein komplexer „Förderdschwengel“ (ebd., S. 260) aus verschiedensten Ämtern und Behörden sowie systemimmanente „linguale Machtstrukturen“ (ebd.) – also eine bürokratische Sprache, die für Nicht-Muttersprachler*innen nur sehr schwer erschließbar ist. Des Weiteren stellen normative „Bringschuldstrukturen“ von Antragstellern eine Hürde dar, die Betroffene häufig als mehr oder weniger „(bewusstes, diskriminierendes) Zurückhalten von Informationen“ (ebd., S. 261) erleben, da eine Erstberatung, die Unterstützungsmöglichkeiten und Ansprüche verschiedener Stellen zusammenfassend und sprachlich nachvollziehbar erläutert, nicht zwingend erfolgt. Eine strukturelle Barriere, die schlussfolgernd als „institutionelle Diskriminierung“ (ebd.) eruiert wird. Die Ausführungen zur Orientierungsdimension *Suche nach sozialer Absicherung* zeigen eindrücklich, dass sich „negative Effekte der auf die Befragten wirkenden Strukturkategorie *Migration* – in Form von lingualen Machtstrukturen, von Konfrontationen mit Vorurteilen, Stereotypen, Diskriminierungserfahrungen, von Fremdheit mit Institutionen sowie von rechtlichen Begrenzungen“ (ebd. S. 264) – verstärken. Die Orientierung *Suche nach Möglichkeiten der Handlungsbefähigung* interagiert von der Diagnosestellung bis zur Beantragung spezifischer Unterstützungen ebenfalls mit den omnipräsenten lingualen Machtstrukturen, die die Information über und Inanspruchnahme von Hilfeleistungen massiv erschweren und den Eltern in ihrem, teils aufopfernden Bestreben, eine gewisse Ohnmacht suggerieren (ebd., S. 264 ff). Der erheblich negative Effekt mangelnder Sprachkenntnis und somit ineffektiver bis hin zu missglückter Kommunikation wird durch die Erkenntnis über höhere Resilienz von Eltern pointiert, deren Kinder im Herkunftsland geboren

⁸⁶ sechs türkisch stämmige und fünf iranisch stämmige Familien, die zwischen den späten 1960er Jahren und 2002 nach Deutschland immigriert sind

wurden und welche so in dem ihnen bekannten Behördensystem und ihrer Muttersprache Kompetenzen im Umgang mit ihrem Kind und den Fördersystemen entwickeln konnten. Eine Expertise, die sie nach Deutschland „importieren“ (ebd., S. 268) und die ihnen hilft sich trotz mangelnder Sprachkenntnis handlungsfähig zu erleben.

6.2.5 Subjektbezogene Aspekte

Entsprechend der Kritik an obsoleten subjektzentrierten Erklärungsansätzen für die Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher wie beispielsweise deren sprachlicher Kompetenz, der Haltung zu Lernen und Bildung, mangelnde Motivation etc. werden diese im Zuge der Ausführungen nicht weiter vertieft, sondern im Folgenden eher anekdotisch auf einen aktuellen wissenschaftlichen Beitrag aus der Schweiz verwiesen, der sich dem Subjektmerkmal *Sozialkapital* von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund und einer Behinderung widmet und durch seine positiven Ergebnisse, sollten sie nicht auf das Studiendesign und die gewählte Methodik zurückzuführen sein, durchaus überrascht. Hinni (2021) veröffentlichte eine „empirische Untersuchung an der Schnittstelle zwischen Behinderung und Migration“, in welcher sie Effekte verschiedener Dimensionen auf Sozialkapitalprofile von Schweizer Jugendlichen respektive jungen Erwachsenen in einem Siebenjahreszeitraum (Lebensalter 14–21 Jahre) untersucht. Die Studie beleuchtet einerseits Effekte der Dimensionen *netzwerkbasierter Ressourcen*, *Vertrauen* und *Werte* (Hinni 2021, S. 175) und andererseits die Effekte der Variablen *Behinderung*, *Migration*, *sozioökonomischer Status* und *Geschlecht* in ihrer Wechselwirkung und Auswirkung auf die Ausbildung von Sozialkapital der Jugendlichen (ebd.). Überraschenderweise kommt die Untersuchung zu dem Ergebnis, die Dimension *Behinderung* bewirke keine augenscheinlichen Effekte auf die Ausbildung von Sozialkapital, was die Autorin unter anderem mit der These einer intensiveren pädagogischen Begleitung durch Lehrpersonen aufgrund des sonderpädagogischen Settings diskutiert, da intensivere pädagogische Settings möglicherweise den Aufbau von Selbst- und Sozialkompetenz in höherem Maße begünstigen als ein weniger intensives Setting im Regelschulbereich (ebd. S. 178 ff). Des Weiteren führt sie die „ausbleibenden Effekte“ der Dimension Behinderung auf die zugrunde gelegte Konzeption von Sozialkapital zurück. Bei einer veränderten forschungsmethodischen Herangehensweise, in der die Interaktion der Dimension *Behinderung* mit netzwerkspezifischen Dimensionen genauer untersucht werden könnte, vermutet sie aussagekräftigere Effekte (Hinni 2021, S. 179).

6.2.6 Testverfahren im Zuge der Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs im Kontext Migration und Behinderung

Uçar (1996) diskutiert in seiner Habilitationsschrift die Frage, „ob die für die deutschen Kinder normierten Intelligenztests für ausländische Kinder gleichermaßen anwendbar sein dürfen?“ (ebd., S. 159) und verweist in seiner kritischen Abhandlung bereits früh auf das Problem mangelnder Kultursensibilität normierter Testverfahren. Konkret werden in der Studie „häufig angewendete Intelligenztests“ (ebd., S. 161) nach ihrer „Kultur- und Sprachabhängigkeit“ (ebd.) mit dem Ergebnis untersucht, dass die Sprachgebundenheit der deutschen Bearbeitungen der Testverfahren nicht nur hinsichtlich eingeschränkter rezeptiver und aktiver Sprachprobleme, verursacht durch die (noch) fehlenden Deutschkenntnisse, sondern auch durch kulturelle Bezüge und Begrifflichkeiten, die nicht transkulturell verstehbar sind, ein erhebliches Problem darstellt. Des Weiteren seien Themenbegriffe sowie Bildkarten bei

einigen Sub Tests (hier HAWIK in der Bearbeitung von 1978) „den herrschenden Strukturen westlicher Gesellschaftsordnungen entwachsen“ (ebd., S. 163) und für Kinder aus abweichend ausgebildeten Kulturkreisen nicht erfolgreich bearbeitbar. Ein Beispiel aus der Diskussion konkretisiert kulturelle Faktoren bei der Bearbeitung von IQ-Test-Aufgaben äußerst plastisch. Die Aufgabenstellung war, ein Puzzle mit dem Bild eines Pferdes zusammenzusetzen:

Der Testleiter sagt: 'Guck mal, Fatma, das ist ein Pferd, das in Teile zerschnitten ist. Bitte leg die Teile so schnell zusammen, wie du kannst.' Da die Schülerin kein Deutsch konnte, musste ich ins Türkische übersetzen. Fatma hat [...] es letzten Endes doch nicht geschafft. Ich fragte sie, ob sie zu Hause ein Pferd im Dorf hätte. Sie gab die Antwort: 'Ja, natürlich haben wir ein Pferd. Aber unser Pferd ist ganz und immer im Stall, es ist nicht wie das hier, zerschnitten.' [...] Sie hat Puzzles als Kind nicht kennengelernt, während die deutschen Kinder zu Hause und im Kindergarten mit Puzzles umgehen. (Uçar 1996, S. 164)

Die kritische Betrachtung Uçars zieht sich über sprachfreie Testverfahren wie den Raven-Matrizen-Test fort, da dieser zwar ausdrücklich ein sprach- und kulturfreier Intelligenztest sei, jedoch auch hier manche Aufgaben in Deutsch verbal erläutert werden, was zu Bearbeitungsschwierigkeiten führen kann. Beispielfür einen nonverbalen Test wählt er den Mann-Zeichen-Test, der seiner Auffassung nach ebenfalls nicht kulturfrei sei:

Ein Bild zu malen, ist eine Trainingssache. Die Kinder, die keinen Zeichenunterricht kennen bzw. in armseligen Verhältnissen leben, die Ihnen kein geeignetes Material zur Verfügung stellen können, malen kein im mitteleuropäischen Maßstab 'richtiges' Bild. (Uçar 1996, S. 166)

Uçar kommt zu dem Schluss, dass die „für deutsche Kinder angewendeten Testnormen [...] bei ausländischen Kindern nur begrenzt Anwendung finden“ (ebd., S. 167) können. Sowohl verbale als auch non-verbale Testverfahren seien nicht ausreichend kultur- und sprachunabhängig, wobei eine „bloße Übersetzung“ des Tests in die Muttersprache des Kindes nicht ausreichend sei, da zum einen das Hinzuziehen eines zweiten Erwachsenen als Dolmetscher das Kind zusätzlich unter Druck setzen kann und die Tests sich auf „Begriffe und Gegenstände“ (ebd.) beziehen, die nicht zwingend im sozio-kulturellen Lebensraum der ausländischen Kinder vorkommen. Derartige psychometrische Verzerrungen im sonderpädagogischen Diagnoseprozess bestärkt Uçar auch in einem späteren Vortrag zum Themenkomplex (Uçar 2011, S. 57):

Hinsichtlich von Migrantenkindern ist das Verfahren zur Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs mit vielen Schwierigkeiten verbunden, das Verfahren ist einseitig geprägt. Die Migrantenkinder wachsen mehr oder weniger bikulturell und bilingual auf. Die sprachlichen und kulturellen Aspekte werden vor allem in der Diagnose kaum berücksichtigt. (Uçar 2011, S. 57)

Eine empirisch begründete Position, die auch Özyürek (2011, S. 42 f.) teilt, der psychometrischen Testverfahren grundsätzlich nur dann die Eignung zur „ordnungsgemäßen Ermittlung“ eines Leistungsprofils zubilligt, wenn sie „auf Kinder der mehrheitlichen Normgruppe angewandt werden“ (ebd.). Da die Testverfahren auf die jeweils innerhalb einer Gesellschaft majorisierende Normgruppe hin entwickelt und validiert sind, werden sie „bei ihrer Anwendung auf Migrantenkinder Fehlschlüsse zu Folge haben“ (ebd.). Neben der Kritik an der Aussagekraft psychometrischer Verfahren identifiziert er „Sozialisationsdefizite“ und einen schwachen sozio-ökonomischen Hintergrund als Faktoren, die den „Erwerb bildungsrelevanter Fähigkeiten und Fachbegriffe“ mitbedingen und fordert klar eine „Verbesserung der diagnostischen Verfahren“ (Özyürek 2011, S. 42 f.). Die geforderte Verbesserung der diagnostischen Verfahren

ist und blieb Objekt psychologischer Forschung, wobei aktuelle Fachveröffentlichungen nach wie vor einen Mangel an geeigneten Verfahren reklamieren:

[...], dass im deutschsprachigen Raum derzeit nur wenige Verfahren vorliegen, bei deren Entwicklung, Normierung und Dokumentation die Besonderheiten der Leistungsdiagnostik in sprachlich sowie kulturell heterogenen Populationen explizit berücksichtigt wurden. Aus der Perspektive von Praktikerinnen und Praktikern ist dies unbefriedigend, da sich diagnostische Fragen – etwa das Vorliegen von Förderbedarf bei geringen schulischen Leistungen oder von Hochbegabung – auch bei Personen stellen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist oder die in einem anderen Kulturkreis aufgewachsen sind (Haag et al. 2018, S. 165).

Renner und Scholz (2022) spezifizieren die Kritik mangelnder Aufmerksamkeit gegenüber dem Gütekriterium *Testfairness*⁸⁷ auf den Bereich der Sonderpädagogik, da der Aspekt „in vielen (sonderpädagogischen) diagnostischen Lehrbüchern nur am Rande oder gar nicht behandelt (z. B. Bühner, 2011; Bundschuh & Winkler, 2014; Tröster, 2019; Schmidt-Atzert & Amelang, 2012)“ (Renner und Scholz 2022, S. 260) wird, obwohl es sich „um einen fundamentalen Aspekt der Entwicklung und Anwendung von Testverfahren“ (ebd. S. 3) handelt, der zu einem Hauptgütekriterium der sonderpädagogischen Diagnostik erhoben werden muss.

Bis heute wurden in nur wenigen empirischen Studien besondere Aspekte der Intelligenzdiagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen untersucht, so stellt beispielsweise Joel (2018) die Faktoren Sprachkompetenz (aktiv wie rezeptiv), die Transkulturalität und Übertragbarkeit von Intelligenzkonzepten, Folgen von Traumatisierungen, Spezifika von Lernen und Lerngelegenheiten sowie kulturelle Besonderheiten (Röder et al. 2021, S. 23) als „unerlässliche Aspekte“ (ebd.) heraus.

Neben den Hauptgütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität wird in der Wissenschaft das Nebengütekriterium *Testfairness* oder auch *Cultural-Fairness* wie folgt definiert: „Die resultierenden Testwerte [dürfen] zu keiner systematischen Benachteiligung bestimmter Personen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu ethnischen, soziokulturellen oder geschlechtsspezifischen Gruppen führen“ (Moosbrugger und Kelava 2020, S. 25). Die kritische wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Gütekriterium *Cultural-Fairness* (ebd. S. 26) wurde in den vergangenen Jahrzehnten auch in der Testforschung fortgeführt und verschiedene Verfahren (weiter) entwickelt und in der Anwendung erprobt „bei denen die Lösung der Aufgaben nicht oder zumindest nicht stark an eine hohe Ausprägung kulturspezifischer sprachlicher Kompetenz gebunden ist“ (ebd.). In der jüngeren psychologischen Forschung zur *Cultural Fairness* lassen sich Veröffentlichungen finden, die spezifische Testverfahren hinsichtlich des Kriteriums der *Testfairness* gegenüber Kindern mit Migrationshintergrund analysieren (Daseking et al. 2015; Toussaint et al. 2012). Daseking (2015) untersucht die Adäquanz der Wechsler Nonverbal Scale of Ability WNV (Petermann 2014) zur Intelligenzmessung bei Kindern mit Migrationshintergrund und zieht als unabhängige Variable den Bildungsstand der jeweiligen Hauptbezugsperson der Kinder mit ein. Im Ergebnis zeigt sich „als einziger Einflussfaktor auf die Ausprägung der allgemeinen kognitiven Leistungen [...] der Bildungshintergrund der Hauptbezugsperson“ (Daseking et al. 2015, S. 249), während „der muttersprachliche Hintergrund der Kinder [...] keine bedeutsame Rolle“ (ebd.) spielt, was als deutlicher Hinweis auf den Einfluss von „Lernbedingungen und vom kognitiven Anregungsniveau in der Familie“ (Haag et al.

⁸⁷ Renner und Scholz (2022) fokussieren maßgeblich auf/durch behinderungsbedingte Voraussetzungen (Sinnesbeeinträchtigungen, motorische Beeinträchtigung der Sprachproduktion etc.) gefährdete Fairness und gehen an dieser Stelle nicht tiefer auf den Aspekt der *Cultural-Fairness* im Kontext Migration ein.

2018, S. 172) bewertet werden kann. So hatte die Variable Bildungsstand der Hauptbezugsperson ebenfalls in der Kontrollgruppe muttersprachlich deutscher Kinder und Jugendlicher signifikante Effekte auf den Gesamt IQ sowie einzelne Untertests. Entsprechend der Auffassung der Autoren würde die WNV „ihrem Anspruch als nonverbaler, kultur- und bildungsfreier bzw. -fairer Leistungstest gerecht (ebd.) und eigne sich somit zum Einsatz im sonderpädagogischen Diagnoseprozess bei Migrationshintergrund:

Da sich in den vorgelegten Analysen zur WNV gezeigt hat, dass hier nicht die andere Muttersprache, sondern eher der bildungsbezogene Hintergrund der Familie für die Gruppenunterschiede verantwortlich zeichnet, können auf der Basis individueller Testergebnisse in der WNV ebenfalls faire Schullaufbahnpfehlungen oder Platzierungsentscheidungen für Fördermaßnahmen getroffen werden (Daseking et al. 2015, S. 250).

Einer grundsätzlichen Empfehlung zur Anwendung des WNV im Kontext von Migration fügen Haag et al. (2018) einschränkend hinzu, „dass bislang nicht geprüft wurde, ob auf der Grundlage der übersetzten Testinstruktionen jeweils dasselbe Konstrukt erfasst wird. [...] Auch eine Überprüfung der Messäquivalenz für Personen mit unterschiedlichem sprachlichen und kulturellen Hintergrund steht noch aus.“ (Haag et al. 2018, S. 172).

Die ähnliche Überprüfung des SON-R 6-40, ebenfalls ein nonverbales Verfahren, kommt zu einem vergleichbaren Ergebnis. Obwohl die Ergebnisse bei Kindern mit Migrationshintergrund „in allen Untertests niedriger waren [...] und sich auch der IQ-Mittelwert der Gruppen um immerhin sieben Punkte unterschied [zuungunsten der Gruppe der Kinder mit Migrationshintergrund]“ (Toussaint et al. 2012, S. 118), „erweist sich [der SON-R 6-40] als Verfahren, das das Gütekriterium der Testfairness durch seine Sprachfreiheit erfüllt. Kinder mit Migrationshintergrund werden hinsichtlich ihrer Sprachkompetenz nicht benachteiligt“ (ebd.).

6.2.7 Zusammenfassung

Zusammenfassend wird in der einschlägigen Literatur einerseits einstimmig eine bestehende Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund an Förderschulen statistisch ergründet und belegt (siehe 2.2.3 und 2.3.4). Sie wird nicht hypothetisch diskutiert, sondern als pädagogische Ausgangslage anerkannt. Ursächlich für die bestehende Überrepräsentanz werden die Dimension soziokultureller Status, Sprache sowie die Dauer des Aufenthalts eng verknüpft mit dem Grad der Integration in die Kultur und sozialen Netze des Ankunftslandes diskutiert. Qualitative Zugänge verdeutlichen des Weiteren elterliche Gefühle der Ausgrenzung, mangelnder Wirksamkeit im Verfahren und zahlreiche Ängste und Sorgen um die Entwicklungsmöglichkeiten des Kindes. Ein weniger beachteter Aspekt ist die Aussagekraft der angewandten Testverfahren bei der Schulzuweisung, wie sie verschiedene Autoren und Autorinnen äußern. Die Forderung nach höchstmöglicher *Heterogenitätstoleranz* bei Lehrkräften und pädagogischem Personal verweist im Umkehrschluss auf den negativen Einfluss eines bestehenden Mangels eben dieser Toleranz im Regelschulsystem, welcher Aussonderungsvektoren begünstigt.

Statistische Belege

- Empirische Erkenntnisse belegen seit den 1970er Jahren die Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen im deutschen Förderschulwesen
- Untersuchungen und Erkenntnisse maßgeblich im Förderschwerpunkt Lernen. Vereinzelt Hinweise auf «beachtenswerte» Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen im FSgE
- Ebenfalls existieren statistische Hinweise und empirische Belege für die Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung
- Steigende Internationalisierungstendenzen im FgE seit der Migrationsbewegung 2014 statistisch und empirisch belegt

Erklärungsansätze

- *Familiäre Einflüsse*: empirische Belege für häufig schlechteren sozioökonomischen Status von Familien mit Migrationshintergrund; Erziehungshaltungen; Länge des Aufenthalts in Deutschland und Absicht zu bleiben;
- *Kulturelle Unterschiede der Zuwanderungskulturen*: vor allem aufgrund ungleicher Überrepräsentanz verschiedener ethnischer Gruppen diskutiert. Als singulärer Erklärungsansatz jedoch unzulänglich, da auch ethnische Gruppen mit vermeintlich zentral-europäischer Enkulturation überrepräsentiert sind.
- *Potential und Wirksamkeit vorhandener Unterstützungssysteme*: hoher Einfluss von Sprach- und Lesekompetenz der Eltern bei der (erfolgreichen) Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen; linguale Machtstrukturen; (Werning und Löser 2011, S. 73 ff.)
- *Selektionsmechanismus und Auftrag des deutschen Schulsystems*: sozio-strukturelle Lernschwierigkeiten werden «sonderpädagogisiert» (Uçar 2011, S. 57)
- *Unkenntnis der Eltern über das deutsche Schulsystem*: erschwerte bis mangelnde Einflussnahme der Eltern bei Schulzuweisung und weiteren Prozessentscheidungen
- *Professionsspezifische Perspektiven und Misstrauensverhältnis*: Zuschreibungen aufgrund professionsspezifischer Erwartungshaltungen und Fokus; Misstrauen zwischen allen im Prozess beteiligten Akteuren; (Subasi Singh 2020, S. 180)
- *Systemimmanente linguale Machtstrukturen*: Sprache als zentrale Determinante für das Gelingen von Bildungserfolg (Ahrandjani-Amirpur 2015, S. 181 ff.)
- Eklatanter Mangel an Erkenntnissen und wissenschaftlicher Auseinandersetzung mit Erklärungsansätzen für die Überrepräsentanz im Bereich geistige Entwicklung (Halfmann 2014, S. 31 f.)

Normative Aspekte

- Dringende Notwendigkeit zur Entwicklung höchstmöglicher «Heterogenitätstoleranz» (Merz-Atalik 2014, S. 162) bereits während der Lehrerbildung
- Bekenntnis und positive Haltung von Lehrkräften zu Transkulturalität in Bildungssettings
- Identifikation der Schulfamilie mit Heterogenität und Vielfalt (ebd.)
- Reflexion sowie Selbst- und Fremdevaluationen zur Bewusstseinsbildung im Umgang mit Heterogenität

Ergebnisse qualitativer Forschung im Bereich FZgE

- Geringe bis fehlende formale Bildungszugänge bei Müttern arabischer Familien aufgrund stereotyper tradierter Rollenverteilungen; «Leben als Hausfrau» (Ahrandjani-Amirpur 2015, S. 285)
- Schwierige ökonomische Situation (Ressourcenverluste aufgrund von Flucht oder des Aufenthaltsstatus) (ebd., S. 260)
- Diskriminierungserfahrungen der Eltern im Kontakt zu öffentlichen Stellen (Ämtern, Beratungsstellen, Schulen etc.) «institutionelle Diskriminierung», «linguale Machtstrukturen» (ebd.)
- Höhere Resilienz und Kompetenz der Eltern, die auf Erfahrungswerte mit Hilfssystemen aus den Herkunftsländern zurückgreifen können und diese «importieren» (ebd.)
- aversive Haltungen gegenüber Förderschulsystem und dem Phänomen geistige Behinderungen innerhalb der ethnischen Peergroup wirken sich negativ auf gelingende Inanspruchnahme des Unterstützungssystems aus

Testverfahren im Schulzuweisungsprozess / Cultural-Fairness bei der Leistungstestung

- Kultur- und Sprachabhängigkeit von gängigen Instrumenten zur Leistungstestung können die Bearbeitung des Tests für Personen mit Migrationsbiographie eklatant erschweren und somit zu psychometrischen Verzerrungen führen, die sich im (sonder-)pädagogischen Diagnoseprozess unmittelbar auf die Beschulungsempfehlung auswirken (Uçar 2011, S. 57)
- Neben der Sprache sind vor allem kulturelle Bezüge, Symboliken, Kompetenzen sowie Begrifflichkeiten nicht transkulturell (selbst nonverbale Testverfahren, die Symboliken nutzen, welche den «herrschenden Strukturen westlicher Gesellschaftsordnungen entwachsen» (Uçar 1996, S. 163) verfügen nicht über die ausreichende Testfairness)
- Sowohl verbale als auch nonverbale Testverfahren sind nicht ausreichend kultur- und sprachunabhängig – die bloße Übersetzung des Instruments in die jeweilige Muttersprache ist nicht ausreichend
- Fehlschlüsse bei der Anwendung gängiger Testverfahren bei Migrantenkindern (Özyürek 2011, S. 42 f.)
- Im deutschsprachigen Raum derzeit nur wenige ausreichend kultursensible Testverfahren (Haag et al. 2018, S. 165)
- Mangel an Aufmerksamkeit gegenüber dem Gütekriterium Testfairness in der sonderpädagogischen Literatur (Renner und Scholz 2022)
- Wissenschaftliche Aussagen zur Adäquanz von Testverfahren nur zu wenigen Testbatterien. Als culture-fair werden vor allem der WNV (Wechsler Non-verbal scale of ability) und der SON-R 6-40 empirisch belegt (Daseking et al. 2015; Toussaint et al. 2012)

7. Methode – qualitative Studie

Die Diskussion der Ergebnisse sowie die Versuche der Verbindung und Verschränkung der Ergebnisse der Stichprobenschulen geraten hinsichtlich ihrer Aussagekraft oder ihres Hypothesierungspotentials an Grenzen, die sich teils in methodischen Unterschieden herangezogener Studien begründen, teils aber auch in der begrenzten Aussagekraft quantitativer Daten für die Praxis. Der Komplexität verschiedener Phänomene geschuldet, ist im Kontext der vorgelegten Forschungsarbeit eine qualitative Validierung und letztlich die Versprachlichung möglicher Einflussvektoren auf die quantitativ nachweisbaren Transformationen unerlässlich. Aussagen, Expertenwissen und Erfahrungswerte aus der Praxis können der Interpretation und weiteren Deutung der Ergebnisse einen elementaren Beitrag leisten und die empirische Auseinandersetzung mit komplexen und multikausalen Phänomenen dahin zurückführen, wo sie höchste Relevanz erfährt – in die pädagogische Praxis. Die folgenden Forschungsschritte intendieren eine qualitative Abbildung der Wirklichkeit des Systems FZgE und der subjektiven Perspektive auf die quantitativ beschriebenen Transformationsprozesse des betrachteten Jahrzehnts.

Die qualitativen Flankierungen der quantitativen Studie bemühen sich im ersten Schritt um die Validierung und praxisnahe Interpretation forschungsrelevanter Ergebnisse der quantitativen Studie und greifen in Form von problemzentrierten und gegenstandsbezogenen Experteninterviews (Bogner et al. 2002, S. 97 f.) erläuternd die herausragenden Themenbereiche *psychiatrische Diagnosen und Diagnostik und Behandlung bei geistiger Behinderung* sowie *Internationalisierung der Schülerschaft im Kontext Migration und Behinderung* auf.

Weiter strebt der zweite Schritt der qualitativen Untersuchung die praxisnahe Verschränkung der Ergebnisse mit Erfahrungswerten und konkreten Beschreibungen der Praxis durch Schulleitungen, Leitungen Heilpädagogischer Tagesstätten und pädagogisch-psychologischem Personal gruppenübergreifender Dienste der untersuchten FZgEs an, er spielt die Ergebnisse der vorausgegangenen Forschungsschritte in die Praxis zurück um auf der Grundlage des Informationsertrags konkrete Erklärungsansätze und handlungsorientierte Ableitungen zu bilden. Der Einbezug der pädagogischen Praxis erfolgt in Form von Gruppendiskussionen mit Führungskräften aus den Bereichen Schule, Heilpädagogische Tagesstätte und heilpädagogisch-psychologischer Fachdienst der untersuchten FZgEs. Die Gruppendiskussionen werden nach aktuellen Qualitätskriterien qualitativer Forschung wissenschaftlich aufbereitet und stellen ein komplementäres, objektivierendes und diskursiv-dialogisches Methodenelement dar, das auf eine zusätzliche qualitative Validierung und Objektivierung der Ergebnisse abzielt.

7.1 Experteninterviews

Innerhalb der großen Vielfalt qualitativer Forschungsmethoden gilt die Methode des Experteninterviews im Vergleich zu anderen Interviewtechniken als ein eher randständiges Verfahren (Friebertshäuser et al. 2013, S. 457), das sich dennoch in spezifischen Forschungsfragen gewinnbringend und analytisch fruchtbar nutzen lässt. Neben Einsatzgebieten im Bereich der Evaluationsforschung können durch Experteninterviews unter anderem Informationen zu „[...] Erfahrungswissen und [...] Faustregeln, wie sie sich aus der alltäglichen Handlungsroutine [...] herauskristallisieren“ (ebd.) generiert werden.

Bogner und Littig (2002, S. 95 ff.) unterscheiden den theoretischen Ertrag von Experteninterviews grundsätzlich in „metatheoretische“ und „gegenstandsbezogene“ Aussagensysteme:

Metaphorisch gesprochen sind gegenstandsbezogene Theorien Bilder oder Gemälde eines interessierenden Gegenstands, wohingegen metatheoretische Annahmen sozusagen die Brille – [...] – darstellen, durch welche die Gemälde betrachtet werden, [...] (Bogner et al. 2002, S. 97)

Als wenig strukturiertes Erhebungsinstrument, finden Experteninterviews ihren berechtigten Einsatz in der explorativen Forschung, müssen jedoch auch kritisch unter dem Aspekt der „Wandelbarkeit von Expertenwissen“ (Helfferich 2019, S. 681) reflektiert werden. Expertenwissen unterliegt wissenschaftlichen Entwicklungsprozessen und muss hinsichtlich Aussagekraft und Gültigkeit zwingend im temporären Kontext betrachtet und bewertet werden. Die Kontextgebundenheit der Aussagen lässt sich in methodologischer Reflexion auch auf die Objektebene sowie die personale Ebene der Datengewinnung ausweiten, sie ist im Rahmen qualitativer Forschung „nicht hintergebar“ (ebd., S. 683) und wird aufgrund dessen auch in der Auswertung der Textergebnisse berücksichtigt. Gewissermaßen sei zwar von einer Loslösung des Expertenwissens von der Person auszugehen, da andere Personen mit gleicher fachlicher Qualifikation in vergleichbaren institutionellen Kontexten auch zu vergleichbaren Schlüssen und Bewertungen kommen dürften, allerdings ist diese *Verallgemeinerbarkeit* „nicht mit einer Objektivität der Meinung“ gleichzusetzen (Helfferich 2019, S. 681), da „auch in Experteninterviews subjektive Deutungen gefunden werden“ (ebd.). In der vorliegenden Forschungsarbeit leisten die Experteninterviews Beitrag zur explorativen Annäherung an komplexe und multikausale Phänomene, deren quantitative Darstellung für hinreichende Erklärungsthesen ohne den Kontext gegenstandsbezogenen Expertenwissens unzulänglich bliebe.

Meuser und Nagel (1994) beschreiben die Besonderheit des Expertenwissens in seiner Eigenart als „spezialisiertes Sonderwissen“, das „aus der praktischen Wahrnehmung von bestimmten Funktionen“ (Meuser und Nagel 1994, S. 180) resultiert. Expertenwissen ist demzufolge gebunden an eine berufliche Funktion in der eine Person eigenständig über die „[...] 'Problemlöseadäquanz' (Hitzler 1994, S. 25) seines Wissens und seiner Kompetenzen entscheiden kann“ (Kaiser 2014, S. 36) und über eine „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“ (Hitzler et al. 1994, S. 25) verfügt. Weiter gefasst kennzeichnet Experten die Verantwortung für „den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung“ oder auch ein „privilegiertes Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse“ (Meuser und Nagel 2005, S. 73). Im Kontext der vorliegenden Untersuchung gewinnt das herangezogene Expertenwissen vor allem in seiner Besonderheit des „Insiderwissens über institutionelle Abläufe“ oder auch als „Wissen über Hintergründe und Kontexte von sonst schwer zugänglichen kleinräumigeren Erfahrungsbereichen“ (Helfferich 2019, S. 681) zusätzlich an Bedeutung. Die Vorstellung der Befragten und ihre Auszeichnung als Experten zu den Fragestellungen im Sinne einer wissenschaftlichen Legitimation der Expertenauswahl für die vorliegende Untersuchung erfolgt via Fußnoteneintrag im Zuge der Auswertung der Interviews.

Die Experteninterviews selbst sind wenig strukturiert, um ein Höchstmaß an eigener Assoziation und Kommentierung des behandelten Themengebiets durch den Experten selbst zu erreichen. Ein zu enges Erhebungsinstrument würde das explorative Potential des Experteninterviews verringern. So folgen die Experteninterviews halbstrukturierenden Interviewleitfäden, die zur thematischen Orientierung dienen und im Vorfeld des Interviews zur inhaltlichen Vorbereitung auch an die Interviewten versandt werden.

Die Interviewleitfäden der beiden Experteninterviews zum Themenkomplex *Internationalisierung der Schülerschaft im Kontext Migration und Behinderung* sowie *psychiatrische Diagnosen und Diagnostik bei geistiger Behinderung* begründen ihre Struktur sowie Fragekategorien auf der Grundlage der Ergebnisse der quantitativen Studie sowie theoretischen Aspekten deduktiv. Weiterführende Gedanken, Verweise oder Ausführungen der interviewten Personen werden im Zuge der Datenauswertung induktiv berücksichtigt. Der Interviewleitfaden bemüht sich um die „Übersetzung des Forschungsproblems und [...] theoretischen Annahmen in konkrete Interviewfragen“ (Kaiser 2014, S. 52) und ist entsprechend deduktiv thematisch strukturiert.

Die Auswahl der Experten erfolgte unter den Gesichtspunkten eines fachlichen und funktionalen Expertenwissens sowie, hinsichtlich der kommunalen Bezugsebene der vorliegenden Studie, auf der Grundlage spezifischen Expertenwissens über die themenbezogen relevanten Strukturen des ostbayerischen Raums. Im Vorfeld der Interviews wurden die Expert*innen im ersten Schritt via Mail angefragt und in zusammengefasster Form über Intention, Methodik und Struktur des Forschungsvorhabens informiert. Nachdem Bereitschaft zum Interview signalisiert wurde, wurden im Zuge der Terminvereinbarung, ebenfalls via Mail, die datenschutzrechtlichen Einwilligungen, detaillierte Informationen zur Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datenlöschung sowie deren Verwendung in wissenschaftlichen Veröffentlichungen versandt. Zur Vorbereitung und Herstellung einer gemeinsamen thematischen Basis, erhielten die Expert*innen im Vorfeld sämtliche relevanten Untersuchungsergebnisse der quantitativen Studie in deskriptiver, tabellarischer Aufbereitung sowie eine komprimierte Zusammenfassung der Ergebnisdiskussion zu den jeweils relevanten Gebieten.

Die Interviews wurden persönlich geführt und in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Datenschutzes nach schriftlicher Zustimmung der Interviewten digital aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die interviewten Expert*innen unterzeichneten eine schriftliche Einwilligung zur nicht anonymisierten Auswertung und Veröffentlichung des Interviewtextes. Unmittelbar nach der Durchführung der Interviews wurden Protokollbögen angelegt, die die Rahmenbedingungen des Interviews (Ort, Zeit, Dauer, Interviewpartner*in, Kontaktmöglichkeiten) sowie stichpunktartige Hinweise zur Gesprächssituation, dem Interviewverlauf und ggf. Besonderheiten zusammenfassen (Kaiser 2014, S. 88). Sowohl die Interviewleitfäden als auch die Transkripte hängen der Studie an, die schriftlichen Einwilligungen werden gesondert archiviert. Die Auswertung des Interviewmaterials erfolgt nach den wissenschaftlichen Grundsätzen der qualitativen Inhaltsanalyse in ihrer besonderen Form als strukturierende themenanalytische Inhaltsanalyse (ebd., S. 90) in einer dreigliedrigen Vorgehensweise. Die *Zusammenfassung* des transkribierten Textmaterials auf wesentliche Aussagen dient der inhaltlichen Reduktion. Als zweiter Schritt beabsichtigt die *Explikation* zum besseren Verständnis eine theoretische und informative Rahmung von Expertenaussagen, so dass im dritten Schritt der Strukturierung einzelne Aussagen deduktiv wie induktiv gebildeten Kategorien zugeordnet werden können. Die Auswertung erfolgt unter Anwendung der Software MaxQDA⁸⁸, in welcher die inhaltlich relevanten Passagen der Interviews thematischen Kategorien zugeordnet werden, so dass eine sequentielle Analyse, die die Gesprächschronologie aufbricht, möglich wird. Die Categoriesysteme der jeweiligen Auswertung hängen im Sinne höchstmöglicher Transparenz

⁸⁸ MaxQDA ist eine Forschungssoftware zur systematischen und computergestützten qualitativen und Mixed-Methods-Datenanalyse. (MAXQDA 2022)

der Arbeit an und spiegeln sich weitgehend in der inhaltlichen Gliederung der Auswertungen der Experteninterviews.

7.1.1 Leitfaden Experteninterview I – psychiatrische Diagnosen

Der Leitfaden gliedert sich in zwei Categoriesysteme. Im ersten Teil folgt er kategorisch deduktiv der Struktur der Datenerhebung, Ergebnisdarstellung und Diskussion der quantitativen Studie. Die formulierten Fragen rekurrieren in direktem Bezug zur institutionellen Praxis der Interviewten auf die Ergebnisse und bemerkenswerte Aspekte der Ergebnisdiskussion. Die Fragestellungen dienen der Orientierung und dem thematischen Fokus während der Durchführung des Interviews, sie stellen keine strenge chronologische Vorgabe dar und müssen bei der Durchführung des Interviews weder im Wortlaut noch vollumfassend aufgegriffen werden. Beantworten sich Fragestellungen bereits in den ausführlichen Antworten der Expertin, werden diese im weiteren Interviewverlauf vernachlässigt. Während des Interviews besteht ebenfalls die Möglichkeit weiterführende Fragen, die der Leitfaden nicht berücksichtigt, zu behandeln. Der erste Abschnitt des Leitfragebogens gliedert sich nach den Kategorien der diagnostischen Indikatoren:

| |
|--|
| <p>Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Anteil an Schüler*innen mit F-Diagnosen steigt bei erheblichem Anstieg der Gesamtschülerzahlen und der Diagnosezahlen um 18 %, nehmen Sie in Ihrer Praxis an der KJP ähnliche Tendenzen steigender Diagnosezahlen wahr? • Worin sehen Sie ursächliche Zusammenhänge dieser Entwicklung? |
| <p>Anzahl psychiatrischer Diagnosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Diagnosen um 88 % zwischen 2009/10 und 2019/20 – eine enorme Entwicklung auch hinsichtlich des pro Kopf Verhältnisses 0.9 – 1.4, erlebt die kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik insgesamt einen Zuwachs an Akzeptanz und ggf. Diagnosen weniger Tabuisierung etc. • Wenn ja, wie hoch ist der Aussagegehalt statistischer Entwicklungen hinsichtlich steigender psychischer Belastungen von Kindern und Jugendlichen? • Wie würden Sie das speziell im Bereich von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderungen bewerten? |
| <p>Mehrfachdiagnosen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Worin sehen Sie die Aussagekraft und ggf. auch die Gründe für den enormen Anstieg mehrfachdiagnostizierter Kinder während Kinder mit Erst- oder Einfachdiagnosen nur 1 % ansteigen? • Welche Aussage könnte man hier im Bereich geistige Entwicklung ableiten? (hinsichtlich diverser Belastungs- und erhöhter Vulnerabilitätsmomente?) |
| <p>Verteilung der Diagnosearten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor allem Störungen aus dem Bereich der Verhaltens- und Emotionalen Störungen aber auch ASS-Diagnosen erleben einen erheblichen Zuwachs bei extremem Anstieg von Diagnosen aus UES (F8). Können Sie ähnliche Tendenzen aus Ihrer diagnostischen Praxis an der KJP bestätigen? • Worin sehen Sie die Gründe für die positiven Entwicklungstendenzen hinsichtlich der Diagnosekategorien? |
| <p>F8 – umschriebene Entwicklungsstörungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Diagnose von umschriebenen Entwicklungsstörungen (v. a. F81) im Bereich der Intelligenzminderung (Hintergrund der hohen Prävalenz innerhalb der schulischen Stichproben bei geistiger Behinderung – Verweis auf doppelte Diagnosen F73/F81) • Können F8-Diagnosen eine hinreichende und handlungsleitende Grundlage für die Indikation bestimmter therapeutischer Interventionen (Physiotherapie/Ergotherapie/Logopädie) bilden oder bilden sie lediglich den kategorialen Zugang zu Anspruch auf Leistung? |

F84 – Autismusspektrumstörungen (ASS)

- Anteil an der Gesamtzahl der Diagnosen bleibt relativ stabil, da auch die F8- und F9-Diagnosen erheblich steigen. Jedoch steigt der Anteil autistischer Kinder und Jugendlicher an den Schulen um 5 % in absoluten Zahlen – eine Verdopplung, worin sehen Sie mögliche Gründe für die Zunahme von ASS im Bereich FZgE?
- Sehen Sie Ihre Klinik als Kompetenzzentrum für die Diagnose von ASS im Bereich der Intelligenzminderung?
- Enormer Anstieg der Zahlen im Bereich FZgE, scheinbar die originäre Schulform für Kinder und Jugendliche mit ASS – sehen Sie andererseits einen Anstieg der ASS Diagnosen im Bereich der Normalbegabung, wie ihn die Literatur als Begründung für die steigenden Diagnosezahlen angibt?

F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen

- Wie bewerten Sie die Aussagekraft der Diagnosezahlen als Beleg für zunehmende pädagogische Herausforderungen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und externalisierter Symptomatik, wie sie von Kolleg*innen aus der Praxis subjektiv wahrgenommen werden?
- Entwicklung innerhalb der Subkategorien

F90 – hyperkinetische Störungen

- Wie bewerten Sie die regressive Tendenz von ADHS Diagnosen, sowohl in der allgemeinen Bevölkerung als auch an den untersuchten FZgEs? Ein abflauerender diagnostischer Trend?

Sonstige Störungen

- Obwohl die Forschung eine sehr hohe Prävalenz von Angststörungen bei geistiger Behinderung (8.7 % Sarimski 2008) als auch ASS (42–56 % bei ASS Freitag 2017) nahelegt, sind die Diagnoseanteile an den untersuchten FZgEs dekadisch relativ stabil sehr gering. Worin könnte diese Unterrepräsentanz erklärt werden?
- Wie nehmen Sie in Ihrer diagnostischen Praxis das Thema Depression bei geistiger Behinderung wahr?

Das zweite Kategorie System bezieht sich ebenfalls deduktiv auf Aussagen und Aspekte der theoretischen Auseinandersetzung mit der Thematik psychiatrische Diagnosen und Diagnostik bei geistiger Behinderung und gliedert sich in die vier Kategorien *Diagnostik*, *Kooperation zwischen Psychiatrie und Pädagogik*, *psychiatrische Versorgung bei geistiger Behinderung* und aufgrund der historischen Kontexte *Verhältnis zwischen Psychiatrie und Pädagogik*.

Psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung

- Rolle und Beiträge der einzelnen Professionen in der integrativen Diagnostik und Behandlung
- Bedeutung von psychischen Beschwerden für die Ausprägung von Verhaltensauffälligkeiten bei gB?
- Bedeutung von Symptomen und abweichende Bedeutung bei intellektueller Behinderung?
- Wie schätzen Sie die Validität der psychiatrischen Diagnosen ein, die durch Kinder- und Jugendärzte oder in einem rein ambulanten Setting ohne kommunikative Einbindung anderer Stellen als der Kernfamilie bzw. Teilen der Kernfamilie heraus erfolgt?
- Personen mit erheblichen Schwierigkeiten in der Kommunikation und interpersonellen Beziehungsgestaltung sind in hohem Maße darauf angewiesen, dass das betreuende Umfeld die Bedürfnisse und Artikulationsformen kennt und versteht (Zitat Gaese F7) – wie beeinflusst ihres Erachtens die Kommunikationsfähigkeit die Möglichkeit der Diagnostik bzw. der stationären Aufnahme?
- Wie schätzen Sie den möglichen Stellenwert der Förderzentren hinsichtlich ihrer Beiträge zur psychiatrischen Diagnostik bei geistiger Behinderung ein?
- Berücksichtigung des Themas Diagnostik bei geistiger Behinderung in der Facharztausbildung?
- Attraktivität des Themas für Ärzte?

Kooperation und Beiträge der Disziplinen (Psychiatrie / Pädagogik)

- Notwendige und wünschenswerte Kooperationsmodelle zur besseren psychiatrischen Versorgung
- Wie schätzen Sie den Wert von standardisierten Checklisten für die Ersteinschätzung von betreuenden Personen über die psychische Verfassung des Kindes- oder Jugendlichen ein? Könnte das der Validierung einer Einschätzung durch päd. Personal dienen und die fachliche Kommunikation zwischen Psychiatrie und Pädagogik verbessern?
- Pädagogisierung psychiatrischer Störungsbilder oder Psychiatrisierung pädagogischer Ausgangslagen?
- Georg Feuser formulierte 1987 im Zuge eines Tagungsvortrags zum Thema „Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie“ die provokante These: "Von einer Zusammenarbeit von Pädagogik und Psychiatrie kann derzeit im engeren Sinne nicht gesprochen werden." Wie würden Sie dieser Aussage 2021 begegnen? Ist eine strikte Trennung der Versorgungssysteme noch Realität?
- Aufgabe und Kompetenz der KJP in der Trias Pädagogik / Psychologie / Psychiatrie?

Psychiatrische Versorgungslage

- Wie würden Sie eine wünschenswerte Infrastruktur / ein Setting der Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungen bei geistiger Behinderung beschreiben?
- Existieren in ausreichender Zahl psychiatrische Angebote / Behandlungsplätze für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung und klinischer Störungsbilder in Ostbayern?
- Würden Sie dem „Mangel an externen Hilfen und Unterstützungsangeboten aus den Bereichen Medizin, Psychologie und Psychotherapie (Hennicke/Klauß 2016)“ auch heute noch bestätigen?
- Kann die Behandlung psychiatrischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung im Setting der KJP einer Bezirksklinik adäquat erfolgen?
- Wie bewerten Sie die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung mit psychotherapeutischen Angeboten?
- Wie äußert sich der Faktor heterogener Gruppenzusammensetzungen (IQ, Störungsbild, Alter etc.) hinsichtlich der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung?
- Rolle der FZgE bei der Therapie und Rehabilitation von Kindern mit psychiatrischen Störungen?
- Bei geistiger Behinderung und psychiatrischer Störung: Medikamente oder Psychotherapie?

Historische Zusammenhänge und Bezüge

- Historisch philosophisch wie wissenschaftstheoretisch gewachsene ('gewordene') hegemoniale Stellung der (Kinder- und Jugend-)Psychiatrie gegenüber der Heilpädagogik. (Sind diese Grundlegungen und Ausrichtungskonflikte aus zwei Jahrhunderten in der aktuellen Kooperation der Disziplinen noch erkennbar?)
- Erleben Sie in der psychiatrischen Praxis, dass Pädagogen den Umgang mit psychischen Störungen im pädagogischen Setting als 'fachfremd' bewerten?

7.1.2 Leitfaden Experteninterview II – Internationalisierung

Der Interviewleitfaden zum Themengebiet *Internationalisierung* orientiert sich einerseits deduktiv an den Ergebnissen der quantitativen Studie und greift Fragestellungen zur regionalen Ungleichverteilung, der transformierten Zusammensetzung der Gruppe ausländischer Schüler und Schülerinnen (SuS) hinsichtlich der geographisch kontinentalen Kategorien sowie der teilweise deutlichen Überrepräsentanz an den untersuchten Schulen auf. Weitere Fragen leiten sich theoriebasiert aus der thematischen Vertiefung ab, mit dem Ziel im Interview mögliche Zusammenhänge sowie notwendige systemische und strukturelle Bedarfe zu eruieren.

Flucht und Migration im Kontext von Behinderung

- Seit wenigen Jahren, bedingt durch globale und nationale Entwicklungen, erlangt die soziale Praxis an der Schnittstelle zwischen Migration, Flucht und Behinderung höhere Aufmerksamkeit im wissenschaftlichen Diskurs. Worin sehen Sie die Kerngebiete des Themenkomplexes?
- Krieg, Verfolgung, Naturkatastrophen, Armut – die Gründe für Flucht stellen sich vielfältig dar. Bezogen auf die Migration innerhalb Europas (v. a. europäischer Raum in Nicht-Schengen-Gebieten) – worin sehen Sie hier die Migrationsgründe und ggf. einen Zusammenhang zu Behinderung?

Überrepräsentanz ausländischer SuS an Förderschulen

- Die Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an deutschen Förderschulen befasst die Forschung seit den 1990er Jahren maßgeblich im FS Lernen und wird über die Jahrzehnte konstant im Zusammenhang mit Bildungsbenachteiligung / Bildungsungleichheit diskutiert – wie schätzen Sie die These der Doppelstigmatisierung, Doppelbenachteiligung bzw. der Umetikettierung von «ausländisch» zu «behindert» im Kontext geistiger Behinderung ein, die Powell (2009) als «schulische Behinderung» bezeichnete?
- Im SJ 2019/20 bilden europäische SuS außerhalb des Schengenraums mit 37.16 % den größten Anteil innerhalb der Gruppe ausländischer SuS. Die Gruppe setzt sich zusammen aus 40 % rumänischer, 26.5 % bulgarischer, 16.2 % kosovarischer und 7.3 % anderer Nationalitäten – worin sehen Sie mögliche Gründe für den hohen Anteil rumänischer und bulgarischer SuS mit FS gE?
- FZgEs gelten bei Eltern in aller Regel nicht als die Schule der Wahl für Ihr Kind, außer die sonderpädagogische Förderung im Bereich gE ist bereits langfristig und deutlich angezeigt (z. B. im Falle von Schwer-/Mehrfachbehinderung oder deutlicher Intelligenzminderung, Syndromen etc.). Wie schätzen Sie die Einstellung gegenüber dem System der Förderschulen bei Menschen mit Migrationsbiographie (v. a. Europa außerhalb des Schengenraums und dem Mittleren Osten) ein?

Nationalitätenunterschiede

- Sowohl in makrostatistischen Veröffentlichungen als auch in der vorliegenden Untersuchung zeigen sich einzelne Nationalitäten stärker vertreten (rumänische, kosovarische, bulgarische, syrische und irakische SuS) – jedoch in der dekadischen Betrachtung auch völlige Umkehrungen (z. B. Anteil türkischstämmiger Kinder regrediert von 13 auf 3 während der Anteil syrischer Kinder von 0 auf 25 steigt). Legt Ihres Erachtens die Forschung hierfür mögliche Gründe vor?
- Sind möglicherweise ethnische Gruppen, die «neu» in ein Aufnahmeland kommen höher von Bildungsbenachteiligung betroffen? Wenn ja, welche Faktoren begünstigen Ihres Erachtens derartige Entwicklungen?
- Wie schätzen Sie die These, kausal für die nationalen Ungleichverteilungen seien kulturelle Unterschiede, ein?

Regionale Ungleichverteilung

- Eine Erhebliche Überrepräsentanz in Bezug auf den durchschnittlichen Anteil ausländischer SuS in bayerischen FZgEs ist an drei Schulen zu konstatieren – worin liegen Ihres Erachtens mögliche Erklärungsansätze für die bestehenden, enormen regionalen Unterschiede?
- Konkrete Beispiele aus der Erhebung: SJ 2019/20 – mehr als ein Drittel (10 von 27) aller rumänischen SuS an Schule III (Straubing) / 50 % der bulgarischen SuS (9 von 18) an Schule I (Regensburg), weitere 25 % (6 von 18) an Schule V (Lkr. Kelheim) / 36 % der syrischen SuS (9 von 25) an Schule V (Lkr. Kelheim), weitere 28 % (7 von 25) an Schule I (Regensburg)

Sprache und Bildungsgleichheit

- Die Verteilung ausländischer SuS auf verschiedenen Schularten wird in der Fachliteratur unter anderem als Indikator für Bildungs(un)gleichheit diskutiert? Wie schätzen Sie die Aussagekraft zu Bildungsungleichheit bezüglich der Ergebnisse aus den untersuchten FZgEs oder auch allgemein im FS gE ein?
- Einige Autoren sprechen von einer *Umdefinition von Sprachproblemen* zu «Lernbeeinträchtigungen» (Werning 2011) Halten Sie es für möglich, dass Sprachprobleme auch bis hin zu einem (zumindest sonderpädagogisch festgestellten) Förderbedarf im Bereich der geistigen Entwicklung umdefiniert werden?
- Ahrandjani-Amirpur (2015) verdeutlicht anhand einer qualitativen Fallstudie die sprachlichen Hemmnisse für arabische Familien mit einem Kind im FS gE? Inwieweit ziehen Ihres Erachtens sprachliche Verständigungsprobleme negative Konsequenzen für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen für betroffene Familien / Systeme mit sich und wie könnte die Inanspruchnahme spezifischer Unterstützungsleistungen für betroffenen vereinfacht/verbessert werden?

Sozioökonomischer Status bei Migration und Bildungszugänge

- Die Ergebnisse der PISA Untersuchung verweisen auf tendenziell geringeren sozioökonomischen Status von Familien mit Migrationshintergrund. Ein Faktor, der zusätzlich (zumindest statistisch betrachtet) zu Effekten der Bildungsungleichheit führt. Wie würden Sie diesen Zusammenhang auf der Grundlage Ihrer Erfahrungen bewerten?

Systemstrukturelle Erklärungsansätze

- Bereits 2003 kritisiert Powell im Kontext der Überrepräsentanz ausländischer SuS im FS Lernen eine «Form institutioneller Aussonderung» – pflichten Sie dieser Zuschreibung bei und wenn ja, worin sehen Sie die immanenten Aussonderungsvektoren des mehrgliedrigen deutschen Schulsystems (v. a. im Kontext Bildung, Nationalität und Behinderung)?
- Wie schätzen Sie die Wahrnehmung des deutschen Bildungssystems von Eltern aus anderen kulturellen und gesellschaftlichen Kontexten ein? Insbesondere die Förderschulen?
- Institutionelle Diskriminierung auch im Bereich FZgEs? Halten Sie diese These für übertragbar?

Subjektbezogene ökosystemische Erklärungsansätze

- Können Ihres Erachtens auch subjektbezogenen Variablen in die Diskussion zur Überrepräsentanz mit einbezogen werden wie beispielsweise eine ineffiziente Unterstützung der SuS durch ihre Eltern, abweichende Verhaltenstoleranzen ggf. sogar geschlechtsspezifisch (Verhaltensstörungen werden bei Jungen länger toleriert und durch geschlechtsspezifische Verhaltensstereotype erklärt etc.)?
- Schätzen Sie die Haltung gegenüber Erziehung und Bildung abweichend zum europäischen Wertsystem ein? Familiensystemen (kulturell bedingt)?
- Haben Sie in Ihrer Forschung eklatante Unterschiede im Behinderungsbild und der subjektiven wie kulturellen Deutung erkennen können (z. B. Behinderung als Strafe oder auch Mystifizierungen), insbesondere bei geistiger Behinderung?

Bedeutung kultureller Faktoren hinsichtlich Bildung und Schule

- Sonderpädagogischer Förderbedarf im Bereich gE wird i. d. R. durch Leistungstestungen und die Bestimmung eines IQ Wertes festgestellt. Wie schätzen Sie die Kultursensibilität / Testfairness bei der Feststellung des schulischen Förderbedarfs auf der Grundlage Ihrer Erfahrungen ein?

Ausblick Desiderata

- Was zeichnet Ihres Erachtens eine heterogenitätstolerante und mehrdimensional inklusive Schule aus?
- Ergänzende Anmerkungen und Themen?

7.2 Gruppendiskussionen

Gruppendiskussionen als Methode der qualitativen Forschung haben ihren Ursprung in der Kritik an standardisierten Einzelbefragungen und können „als eine spezifische Form eines Gruppeninterviews bezeichnet werden“ (Lamnek und Krell 2016, S. 384). Während die Gruppendiskussion im angloamerikanischen Sprachraum bereits 1936 durch Kurt Lewin Erprobung und Anwendung als qualitative Forschungsmethode fand (ebd. S. 384), beginnt ihr Einsatz im deutschsprachigen Raum erst in den 1950er Jahren (Vogl 2019, S. 696; Loos und Schäffer 2001, S. 19). Definitorisch voneinander abgegrenzt werden die *vermittelnde* und die *ermittelnde* Gruppendiskussion. Zielt die *vermittelnde Gruppendiskussion* auf Veränderungen auf der Seite der Befragten ab, intendiert die *ermittelnde Gruppendiskussion* Informationsgewinn (Lamnek und Krell 2016, S. 388). In der vorliegenden Forschung findet die *ermittelnde* Gruppendiskussion mit der Absicht Anwendung, konkrete Informationen über mögliche Erklärungsansätze zu den – sowie die praxisrelevanten Wirkungen der – quantitativ beschriebenen Phänomene(n) zu generieren.

Ermittelnde Gruppendiskussionen können als „Gespräch einer Gruppe zu einem bestimmten Thema unter Laborbedingungen“ (Lamnek und Krell 2016, S. 391) aufgefasst werden und finden in der qualitativen Sozialforschung bei unterschiedlichsten Themen Anwendung. In der *vortheoretischen Begründung der Methode* werden gegenüber dem klassischen Einzelinterview verschiedenartige Vorteile der *Gruppendiskussion* beschrieben, die Nießen (1977) in die Kategorien „gruppenspezifische Effekte“, „größere Tiefenwirkung“ und „Ökonomieüberlegungen“ unterteilt (Nießen 1977, S. 49 ff.). In einer leichter herzustellenden „entspannten, freundlichen Atmosphäre“ (ebd., S. 49), äußern Diskussionsteilnehmer niedrigschwelliger Aspekte und Meinungen, die sie eventuell im Rahmen eines Einzelinterviews deplatziert empfinden. Zudem lenken die Teilnehmer „in der Diskussion ihre Aufmerksamkeit gegenseitig auf sonst vernachlässigte Aspekte der Themen, so dass möglicherweise ‚varied dimensions of a problem which might not be revealed in individual interviews [...]‘ (THOMSON/DEMERTH 1952, 150 [...])“ (ebd., S. 49) aufgegriffen werden können. Der *soziale Schutz* der Gruppe ermöglicht neben dem Mehr an Meinungsäußerung dagegen auch, zu bestimmten Fragestellungen der Diskussion zu schweigen, auf die im Einzelinterview vielleicht aus einem Grundgefühl der *Antwortverpflichtung* heraus auch weniger wissend reagiert würde. Die *soziale Kontrolle* der Gruppe kann indessen im Laufe der Diskussion zu Meinungskorrekturen im Sinne einer „modification of pre-existing attitudes of other present [...]“ (SCOTT 1952, 182; vgl. BELSON 1967, 26)“ (Nießen 1977, S. 50) führen. Die *größere Tiefenwirkung* meint die potentielle Aufdeckung und qualitative Erschließung *latenter Meinungen* und *emotionaler Hintergründe*, die in der Interaktion der Gruppenteilnehmer möglicherweise sichtbar werden (ebd.). Den beschriebenen Vorteilen fügt Nießen (1977, S. 50) noch den ökonomischen Vorteil, mehrere Befragte gleichzeitig zu interviewen hinzu, da dieses Verfahren bei höherem Informationsgewinn durch mehrere Teilnehmer gleichzeitig „weniger Personal- und Zeitaufwand“ (ebd., S. 51) bedeutet.

Kritische Äußerungen in den vortheoretischen Überlegungen verweisen auf die Nachteile einer schwer erreichbaren Repräsentativität der Stichprobe hinsichtlich der „Verteilung der Einzelteilnehmer“ (ebd.), wobei dieser Nachteil gerade im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit weitgehend ausgeschlossen werden kann, da die, basierend auf quantitativen Ergebnissen ausgewählten Themen, in jeder

Stichprobenschule hinsichtlich der professionellen Funktion in (nahezu) identischer Gruppenzusammensetzung und Professionskonstellation diskutiert wird.

Methodologische Grenzen des Gruppendiskussionsverfahrens werden vor allem bei der Erfassung biographischer Daten sowie subjektiver Handlungsintentionen ausgemacht, „da in der Auswertung der Interviews die Äußerungen nicht einzelnen Sprechern zugeordnet werden, sondern der Gruppe als Ganzem und die Individuen lediglich als Repräsentanten dieser Gruppe angesehen werden“ (Loos und Schäffer 2001, S. 39). Zum Zwecke der Informationsgewinnung innerhalb eines deduktiv eruierten Themenrahmens hingegen, bietet die Gruppendiskussion neben der reinen Informationsgewinnung die Ebene interpersonellen und interdependenten Agierens respektive Reagierens im Diskussionsprozess. Diese Besonderheit gruppendynamischer Prozesse verlangt von der Methode der Gruppendiskussion

Das Kollektive [...] auf zweierlei Ebenen zu erfassen. Zunächst auf der Ebene des Forschungsgegenstandes selbst. Es genügt nicht, die [...] geäußerten Meinungen und Orientierungen der Teilnehmer in ihrem thematischen Gehalt einfach zu registrieren, sondern ebenso muss deren Genese berücksichtigt werden. (Loos und Schäffer 2001, S. 38)

Im Kontext der thematisch stark deduktiv generierten Rahmenkategorien und problemzentrierten Fragestellungen auf der Grundlage der bisherigen Forschungsergebnisse, liegt zentrales Augenmerk der Diskussionen zwar auf dem Forschungsgegenstand selbst, dennoch können in der diskursanalytischen Auswertung interaktionale Prozesse der Diskussion ggf. mitberücksichtigt werden, wenn Notwendigkeit besteht dem im obigen Zitat aufgeführten Anspruch Rechnung zu tragen.

7.2.1 Stichprobe / Sample

Das adäquate Sampling der Gruppe orientiert sich am Forschungsgegenstand. Die Zusammenstellung von *Realgruppen*, „also solchen Gruppen, die auch jenseits der Erhebungssituation bestehen“ (ebd., S. 44), zeichnet sich forschungsmethodisch durch eine bestehende *gemeinsame Erfahrungsbasis* aus. So können konkrete Fragen auf den bestehenden gemeinsamen Erfahrungsraum hin ausgerichtet werden. Im Kontext der vorliegenden Arbeit ergibt sich die gemeinsame Erfahrungsbasis der Diskussteilnehmer aus deren Zugehörigkeit zum selben System – dem jeweiligen FZgE. Durch die Konstellation der Diskussionsgruppen, die zwar nicht als Vertreter *einer* Berufsgruppe, jedoch als professionelle Akteure desselben Organisationssystems (jeweilige Stichprobenschule) einzustufen sind, verfügt die Gruppe aus methodologischer Sicht über einen *konjunktiven Erfahrungsraum*.

Der *konjunktive Erfahrungsraum* wird durch Gemeinsamkeiten der Erfahrungen oder [...] *Gemeinsamkeiten der Erlebnisschichtung* [...] definiert. Diese Erlebnisse müssen nicht unbedingt gemeinsam, im Sinne von unmittelbarem Miteinander, gemacht werden, vielmehr ist es wichtig, dass die Erlebnisse in einer strukturähnlichen, in einer homologen Art und Weise gemacht werden. (Przyborski 2004, S. 48)

Gemeinsamkeiten der Erfahrungen zu den diskutierten Rahmenkategorien und Themenaspekten bestehen bei den ausgewählten Diskussionsteilnehmern auf Einzelschulebene, hier greifen die Teilnehmer auf *homologe* Erfahrungswerte zurück, da sich die Erfahrungen auf dieselbe Schülerschaft und auf dasselbe Organisationssystem beziehen. Ebenfalls ist auf der übergeordneten strukturellen Ebene, dem *System FZgE*, von konjunktiven Erfahrungswerten der Diskussteilnehmer aller Stichprobenschulen auszugehen, da sie in *strukturähnlichen* Institutionen über Praxiserfahrungen verfügen, was ebenfalls den gesprächsanalytischen Vergleich der untersuchten Schulen zueinander ermöglicht. Innerhalb der Gruppendiskussion werden Informationen über das untersuchte System repräsentiert, die analytisch

fruchtbar gemacht werden können. Der Auffassung Bohnsacks (2019, S. 378) zu Folge ist die Gruppe „somit nicht der soziale Ort der Genese und Emergenz, sondern derjenige der Artikulation [...] kollektiver Erlebnisschichtung.“ (ebd.).

Um die multiprofessionellen Perspektiven des untersuchten Systems FZgE adäquat und umfassend zu repräsentieren setzen sich die Diskussionsgruppen jeder Stichprobenschule aus der Schulleitung, ggf. der stellvertretenden Schulleitung, der Leitung der Heilpädagogischen Tagesstätte sowie ggf. einer Vertreterin oder eines Vertreters der gruppenübergreifenden Fachdienste (Psycholog*innen, Pädagog*innen, Heilpädagog*innen oder Sozialpädagog*innen) zusammen. Die Gruppenkonstellation wird an jeder Schule hinsichtlich der Professionsvertreter identisch gewählt. Somit handelt es sich um kollegiale *Realgruppen*, deren Repräsentanten aus möglichst unterschiedlicher Professionsperspektive als Teile ein und desselben Systems sowohl die für die Praxis relevanten Konsequenzen als auch die aus der Praxis ableitbaren Erklärungsansätze in der Diskussion aufgreifen.

Die retrospektive Ausrichtung der quantitativen Studie legt in der qualitativen Verschränkung der Ergebnisse mit der Praxis forschungslogisch eine entsprechend lange Berufserfahrung der Diskussionsteilnehmer im Bereich des FZgEs nahe, so dass Ergebnisse aus der betrachteten Dekade bewertet werden können. Da eine derartige konstante Besetzung aller teilnehmenden Funktionsvertreter nicht an allen Stichprobenschulen gegeben ist, bedeutete ein methodisches Beharren auf der Grundvoraussetzung zehnjähriger Berufserfahrung allerdings eine erhebliche Reduktion potentieller Diskussionsgruppen und somit den Verlust zentraler Expertise zur aktuellen Situation. Eine Vorabfrage zu beruflicher Erfahrung am FZgE bei den potentiellen Diskussionsteilnehmern ergab die Sicherheit, in jeder Diskussionsgruppe mindestens eine Vertreterin oder einen Vertreter einer Professionsgruppe befragen zu können, die/der die in der Studie betrachtete Dekade an der jeweiligen Stichprobenschule aus seiner beruflichen Praxis heraus bewerten kann. Diskussionsteilnehmer*innen, die über weniger retrospektive Erfahrungswerte verfügen, können aus ihrer Berufsperspektive wertvolle Beiträge zu aktuellen Entwicklungen, Kontexten und möglichen (zukünftigen) Herausforderungen sowie Bedarfen beitragen, so dass sie nicht aus der Diskussion ausgeschlossen werden. Jedem Diskussionstranskript wird eine pseudonymisierte Übersicht der Teilnehmer mit Informationen zu Funktion und beruflicher Erfahrung vorangestellt, so dass die Beschaffenheit des erforschten Feldes höchstmöglich transparent und nachvollziehbar wird. Weiter werden unmittelbar nach der Durchführung der Gruppendiskussionen Diskussionsprotokolle angelegt, die komprimierte Angaben zu Stimmung und Besonderheiten des Interviews für den Auswertungsprozess sichern.

7.2.2 Entwicklung der Rahmenkategorien und des Diskussionsleitfadens

Inhaltlich folgen die Gruppendiskussionen den, aus den vorausgehenden Forschungsschritten deduktiv generierten Rahmenkategorien, *Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnosen* und *Internationalisierung der Schülerschaft*. In sich strukturiert und konkretisiert werden die beiden Rahmenkategorien, ebenfalls deduktiv, durch die zur Beschreibung des jeweiligen Phänomens herangezogenen Indikatoren und Ergebnisse der quantitativen Forschung. Andererseits fokussieren sie auf der Grundlage einer systemischen Darstellung der pädagogischen wie administrativen Prozesse im interdisziplinären System der FZgEs die konkrete Praxis im Kontext der Rahmenkategorien, mit der Absicht handlungsleitende und praxisnahe Rückschlüsse für etwaige Anpassungsbedarfe des Systems abzuleiten. Die nachfolgende

Grafik stellt das interdisziplinäre System FZgE mit seinen Kernprozessen basierend auf den organisationalen Bedingungen der untersuchten Stichprobenschulen dar, weshalb die Darstellung nicht für alle FZgEs in Bayern generalisierbar ist – wobei aufgrund der üblichen organisationalen Verknüpfungen zwischen Schule und Heilpädagogischer Tagesstätte (HPT) landesweit erhebliche Ähnlichkeiten bestehen dürften. Die häufig installierte Suborganisation medizinisch-therapeutischer Fachdienste wird in der Darstellung aufgrund ihrer klaren, per ärztlichem Behandlungsplan definierten, medizinischen Funktion würdigend vernachlässigt. Innerhalb der Kernprozessdarstellung werden ausgewählte und im Kontext der Rahmenkategorien relevante Prozesse und Aufgaben den Organisationseinheiten Schule, HPT und Fachdienst zugeordnet, so dass eine antizipative Annäherung an die professionspezifische Perspektive der an den Gruppendiskussionen teilnehmenden Funktionsvertreter möglich wird. Die kohärente und beispielhafte Darstellung relevanter Aufgaben über den Verlauf der Kernprozesse hinweg soll die interdisziplinäre Kooperation der Suborganisationseinheiten des Systems FZgE verdeutlichen:

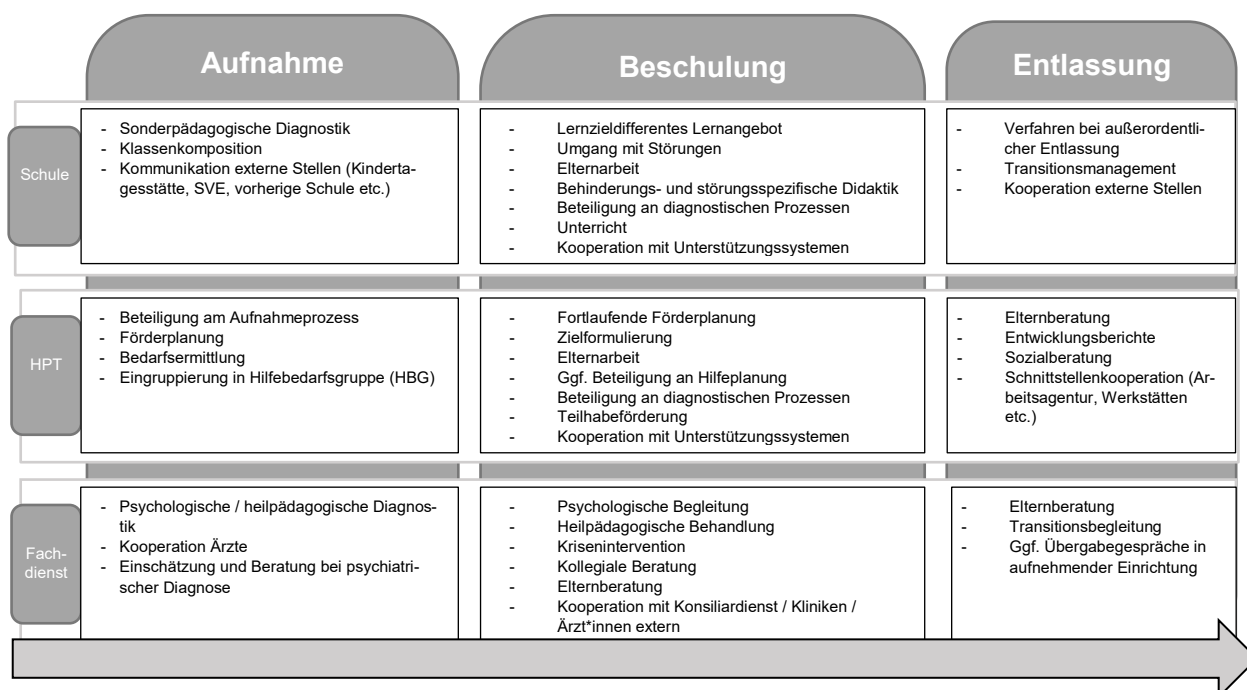


Abbildung 18. Kernprozesse der Suborganisationen am FZgE.

Die Darstellung der Kernprozesse, gegliedert nach den zentralen Organisationseinheiten, wie sie in bayerischen FZgEs aufgrund der Sondersituation der engen Verzahnung von Schule und Heilpädagogischer Tagesstätte beschrieben werden kann, soll auf die deutlichen inhaltlichen Schnittmengen der alltäglichen Arbeit der Suborganisationen verweisen und deren intensive interdisziplinäre Kooperation verbildlichen. Alle im Interview befragten Akteure des Systems FZgE bilden im Rahmen der exemplarisch dargestellten Kernprozesse eigenständige fachliche Perspektiven auf die beobachtbaren Phänomene, so dass im Zuge der Gruppendiskussionen durch die fachliche Streubreite der Interviewgruppen ein weit gefasster Blick auf die möglichen relevanten Aspekte der Rahmenkategorien generiert werden kann.

Ein Diskussionsleitfaden dient den Teilnehmer*innen zur Orientierung und Vorbereitung auf die Gruppendiskussion. Er reduziert und schärft additiv zu den vollumfänglichen schulspezifischen und schulkomparativen Ergebnisdarstellungen den Themenfokus der behandelten Rahmenkategorien. Der Diskussionsleitfaden folgt den deduktiv gebildeten Kategorien und bündelt die Quintessenz der vorangegangenen quantitativen wie qualitativen Forschungsschritte in einem 'Fragendestillat'.

Um eine möglichst praxisnahe 'Übersetzung' der Studienergebnisse zu erreichen, wurden die Ergebnisse in zehn Fragen je Rahmenkategorie formuliert und somit eine notwendige erste Komplexitätsreduktion vorgenommen. Diese Reduktion ist additiv an die ebenfalls transparente und vollumfängliche Information zu den bisherigen Studienergebnissen in Form von deskriptiven Darstellungen der quantitativen Studie als auch der textlichen Zusammenfassungen der Ergebnisse der Experteninterviews gekoppelt und somit nicht suggestiv, da es allen Teilnehmer*innen ermöglicht wurde die Fragestellungen im Kontext der Ergebnisse kritisch einzuordnen.

7.2.3 Leitfaden Gruppendiskussionen

Themenbereich psychiatrische Diagnosen

1. Wie bewerten Sie die Schülerzahlentwicklung an Ihrer Schule vor dem Kontext zunehmender inklusiver Beschulung?
2. Worin sehen Sie aus Perspektive des Systems FZgE die Zusammenhänge für den Anstieg der Diagnosezahlen?
3. Bestehen Kooperationen mit externen Netzwerkstellen (Ärzte, KJP, Kinderzentren, Kinder- und Jugendpsychiater etc.), die die Mitarbeiter des FZgEs in die Diagnostik einbeziehen?
4. Werden seitens des FZgEs (Schule und HPT) Empfehlungen für eine psychiatrische Diagnostik gegeben? Vermitteln Sie Kinder und Jugendliche an externe Stellen zur psychiatrischen Diagnostik bzw. beraten Sie deren Eltern dahingehend?
5. Wie bewerten Sie die Aussagekraft psychiatrischer Diagnosen für Ihre pädagogische Arbeit / Interventionsplanung / Förderplanung?
6. Wie nehmen Sie die Entwicklung / den zahlenmäßigen Anstieg von Kindern und Jugendlichen aus dem autistischen Spektrum wahr?
7. Der Anstieg der F9-Diagnosen (Störungen des Verhaltens und der Emotionen) könnte ein Hinweis auf einen Anstieg von Verhaltensauffälligkeiten bedeuten, es könnte aber auch sein, dass durch Sensibilisierung der Eltern und des Personals mehr Diagnosen gestellt werden, die vorher nicht gestellt worden wären. Welchen Erklärungsansatz finden Sie aus Ihrer Praxissicht plausibler?
8. Fallen im Alltag an Ihrer Schule Kinder mit internalisierter Symptomatik (als Angst, Depression, psychotische Entwicklungen etc.) als krankheitswertig auffällig auf oder tendenziell eher SuS mit externalisierter Symptomatik?
9. Würden Sie sich eine intensive Kooperation mit kinder- und jugendpsychiatrischen Stellen wünschen und wenn ja, wie sollte diese gestaltet sein? Worin sähen Sie die Vorteile einer intensiveren Zusammenarbeit zwischen Pädagogik und Psychiatrie?
10. Wie bewerten Sie die psychiatrische oder auch psychotherapeutische Versorgung für Kinder mit geistiger Behinderung in Ihrer Region?
11. Weitere Anmerkungen, Fragen, Ausblick zum Themengebiet.

Themenbereich Internationalisierung der Schülerschaft

1. Wie gestaltet sich die Kooperation mit Eltern bei der Aufnahme sowie während des gesamten Beschulungsprozesses bei ausländischen Kindern? Sehen Sie bei Einzelfällen besondere Anforderungen / Bedarfe / Herausforderungen? Können Sie Ihre Erfahrungen an negativen und/oder positiven Beispielen greifbar machen?
2. Worin bestehen Ihres Erachtens, wenn vorhanden, Hemmnisse bei der Kooperation (Sprachausdruck, Sprachverständnis, kulturelle Prägungen, Werthaltungen, Behinderungsbild etc.)?
3. Die Theorie kategorisiert das Phänomen Migration in *Fluchtmigration*, *Arbeitsmigration* sowie *Hochqualifiziertenmigration*. Treffen die beschriebenen Kategorien auf die Eltern mit Migrationsbiographie an Ihrer Schule zu? Sind die Gruppen gleichmäßig verteilt oder sehen sie bestimmte Gruppen überrepräsentiert?
4. Erleben Sie hinsichtlich der Zugehörigkeit zu einer der Kategorien Unterschiede in der Kooperation mit den Eltern oder auch unterscheidbare pädagogische Ausgangslagen und Anforderungen?
5. Verfügt Ihre Schule über kultursensible Testbatterien / Testverfahren, die bei der sonderpädagogischen Diagnostik bei Kindern mit Migrationsbiographie Anwendung finden? Haben Sie in Ihrem Kollegium Lehrkräfte, die sich dezidiert dem Aspekt interkultureller pädagogischer Arbeit widmen? Bewerten Sie bestimmte Testverfahren zur Leistungstestung für ausländische Kinder und Jugendliche als prädestiniert?
6. An verschiedenen Schulen sind Kinder bestimmter Nationalität gehäuft zu finden. Können sie für Ihre Schule mögliche regionale Gründe für die Überrepräsentanz einzelner Ethnizitäten (z. B. hoher Anteil bulgarischer Kinder und Jugendlicher) beschreiben?
7. Wie würden Sie die Ausprägung einer *professionellen kultursensiblen* Haltung in Ihrem Kollegium (Schule und HPT) bewerten? Was sind Ihres Erachtens Merkmale kultursensibler Pädagogik und Elternarbeit?
8. Welche Kompetenzen benötigen Lehrkräfte / pädagogische Fachkräfte in der Arbeit mit ausländischen SuS und deren Eltern?
9. Wie erleben Sie den Umgang mit Mehrsprachigkeit an Ihrer Schule (sowohl hinsichtlich der didaktischen Berücksichtigung in der Schule als auch in Freizeitsituationen)?
10. Verfügt Ihr FZgE über eine unterstützende Vernetzung und Kooperation mit externen Unterstützungsstellen (z. B. Migrantenselbstorganisationen, Moscheevereine, Behörden, Kulturmittlern etc.)?
11. Weitere Anmerkungen, Fragen, Ausblick zum Themengebiet.

7.2.4 Methodische Umsetzung der Gruppendiskussionen

Die Gruppendiskussionen werden an den sechs untersuchten Stichprobenschulen in störungsfreien, der Gruppengröße adäquaten Besprechungszimmern geführt. Die Durchführung der Interviews an den Stichprobenschulen bietet den Diskussionsgruppen eine vertraute, alltägliche Atmosphäre. Auf der Grundlage der festgelegten Rahmenkategorien und des Leitfadens moderiert der Autor der vorliegenden Arbeit und achtet auf die Einhaltung der Gesprächskultur, den thematischen Bezug sowie die Dauer des Interviews. Hier sollte ein zeitlicher Umfang von je 60 Minuten nicht überschritten werden. Zur Herstellung einer gemeinsamen Diskussionsbasis werden die relevanten Ergebnisse der quantitativen Studie zusammenfassend auf Einzelschulebene und im Vergleich mit den weiteren Stichprobenschulen, mit ausreichendem zeitlichen Vorlauf zu den Diskussionsterminen, an die Diskussionsteilnehmer versandt. Rückfragen zur Ergebnisdarstellung werden ggf. im Vorfeld oder auch Verlauf des Interviews beantwortet. Während der Diskussion bietet der Leitfaden Orientierung. Die moderierten Gruppendiskussionen werden als Audiodateien aufgezeichnet und nach aktuellen wissenschaftlichen Standards vollständig transkribiert.

Sämtliche datenschutzrechtlich relevanten Zustimmungen werden im Vorfeld bei den Diskussionsteilnehmern eingeholt und diese vollständig transparent über die Verarbeitung und Verwendung des Datenmaterials sowie über ihre Rechte aufgeklärt. Die Zustimmung zu Teilnahme an der Diskussion sowie

zur Aufzeichnung und Verarbeitung der Daten wird im Vorfeld der einzelnen Gruppendiskussionen von allen Teilnehmer*innen schriftlich eingeholt.

7.2.5 Inhaltsanalytische Auswertung

Die Auswertung der Gruppendiskussionen erfolgt aufgrund der thematischen Fokussierung, ihrer deduktiv angelegten Rahmenkategorien und Leitfragen sowie des klaren Bezugs zum Forschungsobjekt unter inhaltlich-thematischen Aspekten, während gruppendynamische Gesichtspunkte in der Analyse des dialogischen Textmaterials weitestgehend vernachlässigt werden (Lamnek und Krell 2016, S. 390). Die systematische, auf deduktiv angelegten Kategorien basierende Analyse des Textmaterials beabsichtigt die Reduktion und Strukturierung der generierten Informationen zu den Rahmenkategorien, so dass kontextrelevante Inhalte zusammengefasst dargestellt werden können. Ein analytischer Anspruch, dem die *inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse* (Mayring 2016, S. 114 f., 2022; Kuckartz und Rädiker 2022, S. 129 ff.) durch ihre starke Orientierung an quantitativer Methodik (Lamnek und Krell 2016, S. 483) als adäquates analytisches Verfahren zur Auswertung der Gruppendiskussionen Rechnung trägt (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 41, S. 130).

Als „Quellen für deduktive Kategorien“ (ebd., S. 72) werden die Ergebnisse der quantitativen Studie herangezogen, die sich ebenfalls auf der Ebene der Leitfragen, ergänzt durch die Ergebnisse der Experteninterviews, widerspiegeln. Im Zuge der *qualitativen Inhaltsanalyse* können Einzelaussagen den bestehenden Kategorien sowie deren Subkategorien zugeordnet werden. Um weiterführende respektive deduktiv nicht berücksichtigte Themenaspekte analytisch mit einzubeziehen, werden gegebenenfalls weitere Ordnungskategorien induktiv und „nahe am Material“ (Mayring 2016, S. 116) gebildet. Es handelt sich somit um ein „mehrstufiges Verfahren der Kategorienbildung und Codierung“ (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 129 f.).

Die Auswertung erfolgt wie bei den Experteninterviews ebenfalls unter Anwendung der Software MaxQDA; die inhaltlich relevanten Passagen der Gruppendiskussionen werden kategorisiert, was die sequentielle Analyse unabhängig von der Gesprächschronologie ermöglicht. Alle gewählten Kategorie Systeme hängen der Arbeit als *tabellarische Codeliste*⁸⁹ an und spiegeln sich in der Gliederung der inhaltsanalytischen Auswertung der Gruppendiskussionen.

Sind alle relevanten Textpassagen logisch nachvollziehbaren und ausreichend trennscharfen Kategorien, Subkategorien und Codes zugeordnet, erfolgt die Interpretation des Datenmaterials.

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet hierfür die Möglichkeit einer qualitativen Interpretation sowie additiv auch die einer deskriptiv-quantitativen Auswertung bestimmter Aussagen. Die Wahl der Interpretation und Darstellung wird entsprechend der methodologischen Umsetzbarkeit gewählt und in der Ergebnisdiskussion und Interpretation entsprechend angewandt. Quantifizierbare Aussagen werden vor allem in der zusammenfassenden Darstellung der Ergebnisse aller Einzelschulen grafisch dargestellt, nicht quantifizierbare Aussagen vorwiegend auf Einzelschulebene durch textliche Interpretation ausgewertet.

⁸⁹ MaxQDA bietet die Exportfunktion der Kategoriesysteme in Form einer tabellarischen Codeliste mit Nennungshäufigkeiten

8. Ergebnisdarstellung – qualitative Studie

8.1 Auswertung Experteninterview I

Die Auswertung des Experteninterviews mit Fr. Dr. Hohegger⁹⁰ erfolgt entsprechend der deduktiv angelegten Kategorie Systeme des Leitfragebogens (siehe 7.1.1), die im Zuge der Auswertung binnendifferenziert und um Subkategorien erweitert wurden. Die detailliertere Kategorisierung bildet sich in den Gliederungspunkten ab. Zudem werden weiterführende Aspekte des Experteninterviews durch zusätzliche, induktiv gebildete Kategorien in der Auswertung berücksichtigt. Die direkt oder indirekt zitierten Textpassagen werden nach Themenbezug zugeordnet und analytisch fruchtbar gemacht, die chronologische Reihenfolge der Aussagen wird im Sinne einer sequentiellen inhaltlichen Analyse gegebenenfalls aufgehoben.

8.1.1 Schülerinnen und Schüler mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen / Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Die Interviewte konstatiert nachdrücklich eine generelle Zunahme von kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen und sieht diese Entwicklung multikausal begründet. Sie beschreibt einen weiterhin andauernden Prozess des Abbaus von Vorbehalten gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Gesamtgesellschaft zugunsten einer fortschreitenden Entstigmatisierung des Fachs, der die individuelle wie gesellschaftliche Akzeptanz erhöht und Zugangshemmnisse zu kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten und zur Diagnostik für Eltern, das pädagogische Umfeld und/oder auch Betroffene selbst verringert, was zu einer Zunahme und letztlich Diversifizierung der vorstelligen Klientel führt (vgl. Anhang A, Pos. 8)

[...] es hat vielleicht vor zehn Jahren einfach [...] eine andere Sicht und [...] vielleicht auch eine andere Haltung zur Kinderpsychiatrie gegeben [...] das Stigma baut man halt langsam ab und [...] es werden mehr Kinder vorgestellt, die man vielleicht früher nicht vorgestellt hat oder woanders vorgestellt hat [...] es ist ein Prozess der andauert und der nach wie vor so ist, [...] gerade für Niederbayern, [...] der Zuwachs, der ist [...] entschieden in den letzten zwei Jahren zu sehen. Wir haben jetzt eine Fallzahlsteigerung von 40 % seit 2019 und das ist nicht nur pandemiebedingt, generell glaub ich ist die Entwicklung da. (Anhang A, Pos. 8)

Weiter sieht die Interviewte im zeitlichen Vergleich zur Situation vor 15 Jahren auch Einflüsse gesteigerter proaktiver Beratung durch das institutionelle pädagogische Umfeld von Kindern und Jugendlichen (hier am Beispiel des Kindergartens) hinsichtlich möglicher psychiatrischer Störungen, verbunden mit dem Rat oder der Erwartung an die Eltern, eine psychiatrische Abklärung zu initiieren.

[...] ich glaub vor zehn, fünfzehn Jahren war es nicht üblich, dass dir jemand im Kindergarten gesagt hat [...], das könnte dieses und jenes sein und man muss zur Diagnostik gehen. (Anhang A, Pos. 10)

⁹⁰ Frau Dr. Hohegger ist Chefarztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik in Landshut, der neben dem zweiten Standort in Passau drei Tageskliniken in Zwiesel, Deggendorf und Waldkirchen angegliedert sind (siehe 7.1.4.1). Frau Dr. Hohegger zeichnet für die Weiterentwicklung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Niederbayern verantwortlich, die auch die Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit (geistiger) Behinderung miteinschließt. Aufgrund des weiten Einzugsbereichs und der dezentralen Tageskliniken, verfügt Frau Dr. Hohegger über System- und Praxiskenntnisse mit hohem Regionalbezug und zeichnet sich sowohl mit ihrer Erfahrung und dem Wissen über Diagnostik und psychische Erkrankung bei geistiger Behinderung als auch durch ihre tiefen Zugänge zur psychiatrischen Infrastruktur in Ostbayern als Expertin im Kontext der Untersuchung aus.

In den vergangenen zehn Jahren nimmt die Interviewte eine entschiedene Veränderung der Ausgangslagen in den Familien, vor allem aber auf der mesosystemischen Ebene zwischen Familie und pädagogischen Institutionen, wahr. Gründe für die veränderte Situation und Erwartung und den erhöhten „Druck“ (Anhang A, Pos. 10) seitens pädagogischer Institutionen gegenüber Kindern, Jugendlichen und deren Eltern, sucht die Interviewte in veränderten Normdefinitionen, verringerter Verhaltenstoleranz bei gleichzeitig engerer Normauslegung und gesunkener Hemmung seitens des pädagogischen Personals, Eltern zu einer ärztlichen Abklärung des Verhaltens ihres Kindes zu raten respektive zu zwingen (Anhang A, Pos. 14). Diese Entwicklung sieht sie vor allem im Bereich des Kindergartens und der Elementarstufe (Anhang A, Pos. 10).

[...] ich finde gerade im Kindergartenalter und in der Grundschule ist es schon eklatant, wieviel Rückmeldungen ich vom Gegenübersystem als Elternteil kriege, ob da etwas vorliegen könnte und ob man zur Diagnostik gehen sollte oder ob man das Kind mal anschauen sollte. (Anhang A, Pos. 10)

Allerdings bewertet die Interviewte die Bereitschaft und Compliance der Eltern ihr Kind zur psychiatrischen Diagnostik vorzustellen und letztlich eine Diagnose zu erhalten als unterschiedlich ausgeprägt. Nicht alle kämen mit „einer tollen Begeisterung freiwillig“ (Anhang A, Pos. 16). In manchen Fällen böte die Diagnose Orientierung (Anhang A, Pos. 13+14) in anderen sei sie zwingende Voraussetzung für die Kinder um im jeweiligen System verbleiben zu können (Anhang A, Pos. 16).

Also nicht alle unsere Eltern kommen [...] freiwillig, [...], sondern manchmal auch tatsächlich mit dem Wissen, [...] ich kann im Schulkontext sonst nicht mit meinem Kind verbleiben oder mein Kind kann nicht in diesem Schulkontext bleiben. (Anhang A, Pos. 16)

Weitere Gründe für die Notwendigkeit und auch den Wunsch der Familien nach diagnostischer Klarheit werden einerseits pragmatisch auf einer sozialrechtlichen Ebene genannt, so eröffnen Diagnosen in manchen Fällen den Zugang zu speziellen Hilfesystemen oder auch spezifischen materiellen Unterstützungsleistungen, andererseits sei auch der Wunsch der Familien nach Klarheit und gegebenenfalls die Spezifizierung pädagogischen Handelns in Familie und Institutionen ein legitimer Grund für eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose (Anhang A, Pos. 32, Pos. 34). Auf Seiten der Eltern führt die Interviewte zusätzlich noch eine Entlastung von der selbstreflexiven und kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Erziehungshaltung vor dem Hintergrund einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose an (Anhang A, Pos. 34).

Also ich glaub für manche ist es einfach auch, [...] attraktiv zu sagen, der ist einfach so, das kann man nicht ändern und so muss man ihn lassen. (Anhang A, Pos. 34)

Neben den Begründungen des Anstiegs der Diagnosezahlen durch Perspektive, Absicht und Handeln seitens der Eltern und des institutionellen pädagogischen Umfelds, werden systemimmanente Finanzierungs- und Abrechnungszwänge zur Diagnosestellung offen angeführt, die bei erhöhter Vorstellung von Kindern und Jugendlichen in logischer Folge auch zu einem Anstieg der Diagnosezahlen führen.

Das ganze System ist nicht so aufgebaut, ähm, dass es keine Diagnosen gibt, weil Ausschluss von und keine Diagnose verrechnen schon einmal in einer Klinik wahnsinnig schwierig ist (Anhang A, Pos. 58). [...] und das trifft ja nicht nur eine Klinik, das trifft ja jeden niedergelassenen Arzt. Schwierig, na, wenn ich sechs Monate gearbeitet hab und sag am Ende, der hat nichts (lacht) also, das ist glaub ich auch eine Gesellschafts- und eine Systemursache, warum man viele Diagnosen kriegt. (Anhang A, Pos. 61)

Verrechnungs- und Abrechnungszwänge, die das Gesundheitssystem vorgibt, bedingen einerseits den Anstieg kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen mit, andererseits bieten sie den Nährboden für *diagnostische Artefakte*, da ja irgendeine kategoriale Diagnose die Konsequenz jeder Vorstellung, auf die eine Behandlung folgt, ist. Im Kontext möglicher Diagnoserevisionen oder schlichter Überprüfungen erwähnt die Interviewte wiederholt den Verrechnungszwang zur Diagnosestellung als einen möglichen Grund für die Revision oder Abänderung einer bestehenden psychiatrischen Diagnose und unterstreicht zusätzlich die Gefahr diagnostischer Artefakte (Anhang A, Pos. 81, Pos. 82) mit verringerter Aussagekraft für die pädagogische Praxis.

[...] dass man für sich nochmal entscheidet, das schließ ich aus oder das schließ ich nicht aus, das ist aber auch etwas wozu dich das Verrechnungssystem bis zu einem gewissen Grad zwingt, weil, was du nicht behandelt hast, kannst du nicht verrechnen. (Anhang A, Pos. 78)

Den allgemeinen Anstieg der Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnose und den der Diagnosezahlen selbst bewertet die Interviewte ambivalent, einerseits seien in einem verhaltenstoleranteren (Schul-)System früher mehr Kinder „noch durch den Rost gefallen“ (Anhang A, Pos. 12), die von einer kinderpsychiatrischen Behandlung hätten profitieren können, andererseits klagt sie den immer enger scheinenden Normierungsrahmen, Leistungsorientierung und erhöhte Konformitäts- bzw. Normerwartungen des pädagogischen Systems an. Zudem könne der, teilweise durch die Diagnostik entstehende Druck, bei manchen Kindern auch zu einer Verschlechterung der bestehenden Symptomatik führen.

Gut und nicht gut, ja, ähm, ich denke da sind auch viele noch durch den Rost gefallen, die man dann nicht diagnostiziert hat und nicht früh genug diagnostiziert hat. (...) Nicht gut, weil ich das Gefühl habe das ist "normal", wird immer enger gepresst. Ja, und wie muss man funktionieren, wir müssen sehr früh funktionieren, alle unsere Kinder und, ähm, dann ist schon mal die (...), der Hinweis es könnte eine Störung vorliegen, den gibt man schon sehr viel liberaler als man ihn wahrscheinlich vor zehn Jahren gegeben hat. (Anhang A, Pos. 12)

Hinsichtlich der Spezifika der Diagnostik von Menschen mit Behinderung und der empirisch begründeten Erkenntnis, Menschen mit Intelligenzminderung sind in wesentlichem Umfang vulnerabler an psychischen Störungen zu erkranken, geht die Interviewte trotz der allgemein beschriebenen Tendenz zum Anstieg der Diagnosezahlen, der erhöhten Sensibilität pädagogischer Institutionen für psychische Störungen sowie den abnehmenden Vorbehalten gegenüber der Kinder- und Jugendpsychiatrie etc. von einer verhältnismäßigen Unterrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus (Anlage A, Pos. 18).

In einer kinderpsychiatrischen Klinik ist, ähm, das G-Kind immer nur die absolute Ausnahme (...) das hat ja auch etwas mit dem zu tun, dass ein unglaubliches, ähm, Spezialwissen teilweise erfordert und dass man, wenn man kann, sagt, oh, vielleicht gibt es nochmal jemand anderen (lacht), der das anschauen kann und es gibt ja auch manchmal im SPZ oder wo auch immer, tatsächlich auch Kollegen, die nicht unbedingt kinderpsychiatrisch arbeiten oder ein kinderpsychiatrisches Fach gemacht haben, die durchaus auch eine super Diagnostik für diese Kinder bieten können. (Anlage A, Pos. 20)

Die Interviewte verweist hier deutlich auf die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZn) als Kompetenzorte für die Diagnostik bei geistiger Behinderung, obwohl sie diese aus fachärztlicher Schwerpunktsetzung nicht sind. Die Aussage impliziert eine gewisse grundsätzliche Distanzierung der KJP von der Thematik Intelligenzminderung, die möglicherweise durch historische Entwicklungen der Disziplinen Psychiatrie und

Heilpädagogik mitbedingt ist. Die psychiatrische Diagnostik bei geistiger Behinderung wird respektvoll an die kinderärztlichen Kolleg*innen abgetreten, da deren Zugang zu Kindern mit Behinderungen geschulter ist. Auf die Frage nach tatsächlichen Erfahrungen im Bereich der Diagnostik bei Intelligenzminderung an der KJP Landshut (Anhang A, Pos. 21) wird deutlich, welche Nische die stationäre oder auch ambulante diagnostische Versorgung von Kindern mit Intelligenzminderung an der KJP Landshut darstellt.

[...] fast ausschließlich in der Autismus-Ambulanz und fast ausschließlich zur Abklärung einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, ansonsten gibt es keine reguläre Vorstellung von einem G-Kind. Ja, der Rest ist schon Liaison-Dienst mit Einrichtungen oder Notvorstellungen und auch da sind die G-Kinder unglaublich unterrepräsentiert. Das sind dann massive Impulsdurchbrüche oder eine psychotische Entgleisung aber ansonsten, ich kann mich nicht erinnern. (Anlage A, Pos. 22)

8.1.2 Mehrfachdiagnosen

Die Interviewte sieht im Alltag der Kinder- und Jugendpsychiatrie ebenfalls einen Trend zur Mehrfachdiagnostik und begründet diesen mit der Ausprägungsform respektive Schwere der Symptomatik. Kinder mit Monodiagnosen seien einfacher zu behandeln, so dass dies auch niedergelassene Kinderärzte oder Hausärzte bewältigen könnten, während Kinder mit Mehrfachdiagnosen tendenziell schwerere Ausprägungen der Störungssymptomatik zeigen, weshalb ein stationärer klinisch-psychiatrischer Rahmen vorzuziehen ist (Anhang A, Pos. 8). Diese Annahme wird ebenfalls auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung übertragen, mit dem deutlichen Verweis, es handle sich bei Kindern und Jugendlichen mit Mehrfachdiagnosen in der Regel um solche mit erhöhter Ausprägung der grundlegenden Störungssymptomatik (Anhang A, Pos. 36).

Und wenn ich jetzt so an meine Tätigkeit zurückdenke in diversen Einrichtungen [...] für Kinder mit Mehrfachbeeinträchtigung oder, es sind ja fast immer Mehrfachbeeinträchtigungen, ja, dann muss man sagen, mir wurde dort weder im Liaison-Dienst noch im mobilen Dienst ein Kind mit Einfachdiagnose vorgestellt, damit kommen die Einrichtungen in der Regel selbst gut zurecht, ja, erst wenn auch in diesen Einrichtungen [Anm. A.G.: Einrichtungen der Behindertenhilfe] mehr ist als nur Autismus oder mehr ist als nur, ähm, gE oder mehr ist als, ähm, das jeweilige Syndrom, dann ist es / dann holt man sich nochmal tatsächlich den Kinderpsychiater dazu und dann ist es selten, also eine 70.1 kommt ganz selten bei mir vorbei. (Anhang A, Pos. 36)

Beschriebene Verrechnungszwänge und die scheinbar systemimmanente Diagnoseverpflichtung führen bei Kindern- und Jugendlichen mit mehrfachen stationären Klinikaufenthalten auch tendenziell zu mehr Diagnosen (Anhang A, Pos. 39, Pos. 40).

8.1.3 Verteilung der Diagnosearten

8.1.3.1 F8

Umschriebene Entwicklungsstörungen bilden trotz des diagnostischen Ausschlusskriteriums eines IQ-Werts <70 in der ICD-10 ca. zwei Drittel der gesamten F-Diagnosen an den untersuchten Förderzentren. Die Interviewte bewertet die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung auch bei Vorliegen einer Intelligenzminderung aus verschiedenen Gründen legitim und notwendig (Anhang A, Pos. 44).

[...] wenn Sie jetzt ein Kind mit [...] einem IQ von 65 anschauen und daneben viele andere auch noch, dann ist ja nicht automatisch die motorische Entwicklung mit dem auch verbunden. Also ich kann einen IQ von 65 haben und kann trotzdem eine einigermaßen ganz stabile [...] motorische Entwicklung haben, kann aber auch eine ganz schlechte motorische Entwicklung haben, also, ich kann auch durchaus da nochmal eine Entwicklungsverzögerung haben. In der Definition wird es natürlich ausgeschlossen, ich glaube weil die Entwicklung so individuell ist und weil tatsächlich bei, bei Kindern mit Intelligenzminderung, das auch immer wieder in so Etappen von sich geht (...) Ich erkläre es den Eltern manchmal ganz gern, dass ich sage, es gibt im Leben eines G-Kindes eine Zeit, wo man sagt jetzt läuft sehr viel Energie daran, dass ich meine Motorik verbessere und dann bleibe ich vielleicht mit der Sprache wieder für eine bestimmte Zeit stehen und dann schiebe ich wieder mit dem nächsten Thema an. (Anhang A, Pos. 44)

Die in der ICD-10 niedergelegte Normierung, wonach umschriebene Entwicklungsstörungen nur bei einem heterogenen Leistungsprofil auf der Grundlage eines IQ-Werts, der mindestens im Bereich der Lernbehinderung liegt, zu diagnostizieren sind, lässt sich laut der Interviewten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung nicht halten. Neben den Aspekten individueller und phasischer Entwicklung sieht sie hierfür die Gründe ebenfalls in der mangelnden Datenlage zu Kindern mit Intelligenzminderung (Anhang A, Pos. 44).

[...] ich glaube das ist das Individuelle, was schließlich dazu führt, dass man sagt, [...] wo muss ich mit fünf Jahren mit einem IQ von 70 oder mit sieben Jahren mit einem IQ von 70 stehen, oder mit noch weniger, ja mit einem IQ von 50 – ist ja ganz schwierig, dass man da wirklich normiert. [...] da haben wir wesentlich mehr Daten zu normalbegabten Kindern. (Anhang A, Pos. 44)

Während die ICD-10 eine Norm vorlegt, die sich als Norm selbstredend allgemeingültig versteht, plädiert die Interviewte bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zur Heranziehung einer „gefühlten Norm“ (Anhang A, Pos. 44), die Abweichungen innerhalb einer individuellen Entwicklung zu beschreiben versucht und somit auch die formale Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung trotz widersprüchlicher diagnostischer Kriterien rechtfertigt (Anhang A, Pos. 44). Eine „gefühlte Norm“ kenne jeder oder jede, der oder „die mit dem Patienten arbeitet“ (Anhang A, Pos. 44), so dass die Einschätzungsverantwortung sehr stark bei den Fachdisziplinen liegt, die in hohem zeitlichen Umfang und über eine längere Entwicklungsphase mit einem Kind arbeiten. Einschränkend seien das Wissen über spezielle Entwicklungslimitationen bei einzelnen Syndromen. Hier könne das erklärte therapeutische Ziel im Rahmen von umschriebenen Entwicklungsstörungen jedoch der Erhalt eines maximalen Entwicklungsniveaus sein, soll jedoch immer wieder kritisch reflektiert werden (Anlage A, Pos. 48).

Dann muss man vielleicht wirklich überlegen, wieviel braucht's und wie intensiv muss eine Therapie sein, aber bei allen Bildern, wo noch nicht definiert ist, mit dem Bild gemeinsam wirst du keine Sprachentwicklung haben oder mit der Genetik ist es dir nicht möglich, dass eine normale motorische oder einigermaßen stabile motorische Entwicklung haben wirst; (Anhang A, Pos. 48)

Nosologische Diagnosen bilden die Grundlage medizinisch-therapeutischer Intervention oder auch pädagogischer Förderpläne und Ziele und bilden in den meisten Fällen den formellen und finanziellen Zugang zu therapeutischen Leistungen der Krankenkassen und ggf. weiteren Unterstützungssystemen. Die Interviewte betrachtet auch umschriebene Entwicklungsstörungen, trotz des diagnostischen Ausschlusses, als sinnvolle und wichtige Diagnosen für die Förderung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.

Während sie die Einschätzungsverantwortung und Entscheidungskompetenz für die Sinnhaftigkeit einer therapeutischen Leistung fachlich den behandelnden Therapeuten überträgt, die ihre Expertise bestenfalls in ein multiprofessionelles Team zur gemeinsamen Entscheidungsfindung einbringen (Anhang A, Pos. 48).

Bei allen anderen Patienten finde ich es einfach auch wichtig, dass man sagt, man schaut und man fördert und man überprüft und evaluiert, und in der Regel hat man wahnsinnig engagierte in dem Bereich, die doch selbst gut sagen können, geht was oder geht nichts [...] ist einmal gut jetzt 12 Einheiten zu machen und dann eine Pause zu machen und dann wieder oder, also, einfach auch eben da im Team zu arbeiten ist eine sinnvolle Tätigkeit, weil die meisten Therapeuten können bei ihrer Tätigkeit am allerbesten selbst einschätzen, ob es jetzt zielführend ist oder ob es nicht zielführend ist. (Anhang A, Pos. 48)

Die Aussagen der Interviewten zur Abweichung von diagnostischen Normierungen der ICD-10 bei umschriebenen Entwicklungsstörungen im Bereich der Intelligenzminderung legen eine bewusste und selbstverantwortete Einschätzung individueller Entwicklungsniveaus und Profile in multiprofessionellen Teams nahe. Trotz der Häufigkeit der Diagnose fehlen valide oder standardisierte Instrumente zur Bewertung von heterogenen Entwicklungsstufen bei Intelligenzminderung, die eine präzise Beschreibung einer umschriebenen Entwicklungsstörung liefern und für die betroffene Person zielführend sind. Die Verantwortung für hoch individualisierte Diagnosen, die über die diagnostischen Kriterien hinausgehen, sowie die Beurteilung der Wirksamkeit und Sinnhaftigkeit therapeutischer Maßnahmen liegt bei Fachleuten unterschiedlicher Berufe, wobei interprofessionelle Kommunikationsstrukturen wenig systematisiert sind.

8.1.3.2 F84

Der Themenbereich *Autismusspektrumsstörung (ASS) und Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie* verknüpft die Interviewte bereits bei der allgemeinen Frage nach Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung in ihrer psychiatrischen Klinik.

Die gezielte Anmeldung eines [...] Patienten [...] mit Intelligenzminderung [...] fast ausschließlich in der Autismus-Ambulanz und fast ausschließlich zur Abklärung einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung, ansonsten gibt es keine reguläre Vorstellung von einem G-Kind. (Anlage A, Pos. 22)

Die kinder- und jugendpsychiatrische Auseinandersetzung mit dem Thema Intelligenzminderung scheint in der Praxis fast auf den Schwerpunkt ASS reduziert, was sich durch die hohe Anzahl mit Intelligenzminderung komorbider ASS und die hohe diagnostische Expertise der Kinder- und Jugendpsychiatrie bei ASS ergibt (Anhang A, Pos. 26).

[...] die leitende Oberärztin leitet ja die Autismus-Ambulanz und ist auch im niederbayerischen Netzwerk und wir haben eine zweite Kollegin, ähm, die für die stationäre Autismus-Diagnostik [...] mit ins Boot geholt wird, weil, ähm, die Kollegin aus der Ambulanz das einfach gar nicht schaffen würde, die Stationären und die Ambulanten zu machen und (...) das Elterninterview werden wahrscheinlich noch viel mehr führen können, aber gerade die Verhaltensbeobachtung und dann einzuordnen, welches Inventar nehmen wir, die ausführliche Anamnese, das macht schon Sinn, wenn das auch wirklich die machen, die es regelmäßig machen, weil es, ähm, ein bisschen eine andere Fragestellung ist als wie bei einem durchschnittlichen Patienten, der sonst so reingeht bei uns. Ja. (Anhang A, Pos. 26)

Hinsichtlich der anteilig relativ stabilen Anzahl von Kindern- und Jugendlichen mit ASS verweist die Einschätzung der Interviewten auf einen Mangel an diagnostischer Kapazität für Kinder und Jugendliche mit ASS, was sich den Auffassungen Theunissens zu einer vermeintlich hohen Dunkelziffer autistischer Kinder und Jugendlicher im Bereich der FZgEs (siehe 2.3.2.2.2) anschließt, die Begründung jedoch weniger in mangelnder diagnostischer Expertise als in mangelnder diagnostischer Kapazität sucht.

Ich würde meinen, wir hätten einen Anstieg, wenn wir die Fälle alle regelmäßig abarbeiten könnten. Also was wir hier haben ist ein unglaublicher Anstieg in der Anmeldung. Wir haben teilweise acht Monate Wartezeit bis man die reguläre Diagnostik in der Autismus-Ambulanz auch wirklich bekommt, was natürlich fatal ist, wenn man sich überlegt (...) du bräuchtest eigentlich, ähm, vielleicht die Aussage Ja oder Nein um Deine nächsten Fördermöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. (Anhang A, Pos. 28)

Vor dem Hintergrund extrem langer Wartelisten und -zeiten für die ASS-Diagnostik verweist die Interviewte auf die wichtige Rolle der SPZs, vor allem in der Versorgung der Gruppe von Vorschulkindern. Die Aussagen deuten ebenfalls auf die SPZs als Kompetenzorte für Kinder mit Intelligenzminderung hin, da sie die Zuständigkeit und Expertise der KJP eher bei „schwierigeren“ diagnostischen Ausgangslagen aufgrund normaler und homogener Begabungsprofile der zu Diagnostizierenden sieht (Anhang A, Pos. 28).

Wobei die Autismus-Diagnostik trotzdem ja breit aufgestellt wird, also auch alle SPZs haben eine Autismus-Ambulanz und machen das, so dass man zumindest in der Gruppe der Vorschulkinder eigentlich da breiter aufgestellt ist. Schwieriger [...] wird [...] die Diagnostik, wenn eine relativ [...] gute bis homogene Begabung vorliegt, so dass nicht schon vorher klar ist, ich krieg dich nicht in das normale Setting rein, ja also, die Kinder die gestartet haben in der Grundschule und wo erst nachher die Auffälligkeit so präsent wird, weil man sagt, jetzt, ähm, im Sozialverhalten doch deutliche Hinweise, dass da irgendetwas nicht passt, die sind häufiger bei uns. Die kleinen sind tatsächlich wesentlich häufiger im SPZ. (Anhang A, Pos. 28)

Auf die Frage nach möglichen Zusammenhängen, die den enormen Anstieg autistischer Kinder und Jugendlicher an den untersuchten FZgEs (Verdopplung in absoluten Fallzahlen bei relativer prozentualer Stabilität) aber auch den enormen Anstieg der Prävalenz von ASS in der Gesamtbevölkerung (siehe 2.3.2.2.2) erklären, bietet die Interviewte verschiedene Einflussvektoren an. Nicht der „Goldstandard“ (Anhang A, Pos. 30) der Diagnostik habe sich verbessert, er sei nur im vergangenen Jahrzehnt „mehr in die Breite getragen“ (ebd.) worden, was in der Konsequenz zu mehr qualifizierter Diagnostik sowie einem Zuwachs an Fällen führt. Weitere Gründe sieht sie in der Sensibilisierung des familiären wie institutionellen Umfelds von Kindern und Jugendlichen für das Thema ASS sowie einem systematisch vergrößerten und höher qualifizierten Diagnoseangebot. Weiter führt sie ebenfalls den Wert einer Diagnose mit an und eine veränderte Haltung, gerade in Bezug auf ASS. Eine frühere Haltung, eine Diagnose „nützt“ nichts im Umgang mit einer betroffenen Person, hat sich gerade bei ASS dahingehend gewandelt, dass sich aus der Diagnose spezifische und immer besser erforschte therapeutische und pädagogische Interventionsangebote ableiten lassen (Anhang A, Pos. 32), während auch der Zugang zu spezifischen Förderleistungen und Unterstützungssystemen als attraktiver Grund für eine ASS Diagnose genannt wird (Anhang A, Pos. 34).

[...] die Sensibilisierung in den unterschiedlichen Bereichen für Autismus und einfach auch zur Abklärung und [...] zur raschen Vorstellung und zum Hinweis, muss man auch diagnostizieren und muss man fördern [...] da kann auch nochmal einfach [...] viel gearbeitet werden. Ich glaub das hat sich verändert in den letzten fünf Jahren. Auch die Notwendigkeit, dass man sich mit Spezialambulanzen um das Thema annimmt und, dass man sich das Wissen aneignet, weil es ein herausforderndes Krankheitsbild ist, das wird sich sicher verändert haben, aber würde ich auch nicht in fünf Jahren sehen, sondern würde ich tatsächlich auch in einer Zehnjahresspanne sehen. Ich glaube seit fünf Jahren ist es eigentlich schon vollkommen klar, man braucht in einer Kinderpsychiatrie ein gut funktionierendes Autismus-Team, die meisten würde ich sagen, führen das seit zehn Jahren und die Notwendigkeit, weil mehr Vorstellungen kommen und weil mehr Patienten einfach auch die Betreuung brauchen, führt dazu, dass sich auch das Team natürlich mehr qualifiziert. (Anhang A, Pos. 30)

Die angegebene Zeitspanne der beschriebenen Entwicklung zeigt sich kongruent mit dem Anstieg der ASS-Fallzahlen ab dem Erhebungszeitpunkt des Schuljahrs 2014/15 von 109 Fällen zu 146 Fällen in der zweiten Hälfte der untersuchten Dekade (siehe 4.2.5.2).

8.1.3.3 F9

Die Ergebnisse der quantitativen Studie zu den Entwicklungen der Störungen des Verhaltens und der Emotionen wurde von der Interviewten nicht explizit kommentiert, dennoch können einige Aussagen direkt mit der Diagnosekategorie in Verbindung gebracht werden. Die Interviewte hält die subjektive Wahrnehmung von Lehrkräften und pädagogischem Personal an FZgEs, die Schülerklientel zeige sukzessive deutlich mehr Verhaltensauffälligkeiten, für stimmig (Anhang A, Pos. 52). Sie führt als mögliche Faktoren für den wahrgenommenen Anstieg von Verhaltensauffälligkeiten eine allgemein gestiegene Belastung an, die sie sowohl auf Seiten der Kinder und Jugendlichen als auch des Personals sieht, während sie die Diagnosen als häufige Folge dieser externen Belastungsmomente bewertet:

Ich glaube [...] diese Wahrnehmung, dass das Klientel schwieriger wird, [...] die ist stimmig und die hat aber nicht zwingend etwas mit dem Patienten selbst [...] sondern auch viel mit der rundum Belastung zu tun, ja, [...] die Beschulung ist [...] wie sie ist, ja, aber (...) ähm, die Lautstärke, die Medien, wie komm ich hin, wie bin ich rundum versorgt, sonst im System, [...] wo bin ich eingebettet, wie ist generell die Ruhe in meiner Gruppe, [...] also, auch für gE Kinder wird das Leben schneller und anders. Und auch für die Mitarbeiter wird das Leben schneller und anders und ist mehr zu leisten und ich glaube, dass viel auch darin zu sehen ist, warum die schwieriger werden, ja, und nicht unbedingt in einer Diagnose. Man setzt dann eine Diagnose drüber, wenn die vorgestellt werden. (Anhang A, Pos. 52)

[...] also ich glaub, dass die immer schwieriger werden ist nicht automatisch, dass sie immer kränker werden und deshalb mehr Störungen da sind, sondern eher, dass man andere Sachen vielleicht auch von ihnen will. (Anhang A, Pos. 54)

Im Rahmen einer Intelligenzminderungsdiagnose (F7) sieht die Interviewte die Aussagekraft von Verhaltensbeschreibungen durch die dritte Kodierungsstelle, z. B. F70.1 – die Kodierung 1 an dritter Stelle steht beispielsweise für „deutliche Verhaltensstörung“ im Rahmen der Intelligenzminderung – begrenzt, so dass im Falle massiver Verhaltensauffälligkeiten Diagnosen aus der Kategorie F9 aussagekräftiger scheinen und vor allem im Falle einer Vorstellung „drübergesetzt“ (vgl. Anhang A, Pos. 52) werden:

[...] die Chance, dass sie jemanden vorstellen und der geht [...] ohne Diagnose raus, nur aufgrund der Erklärung des Verhaltens wegen der Intelligenzminderung, die ist wahrscheinlich wirklich gering. Also, [...] was ist schon reingepackt in die F70.0 oder die F70.1, also das ist ja auch wirklich schwierig, was ist noch normal dafür und was ist nicht normal dafür. (Anhang A, Pos. 54)

Ursächlich für den zu verzeichnenden Anstieg der Fallzahlen aus der Kategorie F9 (in der Grundgesamtheit 80 Fälle im SJ 2009/10 hin zu 143 Fällen im SJ 2019/20) sieht die Interviewte neben häufigeren Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und der verringerten Verhaltenstoleranz in institutionellen Settings und der Gesamtgesellschaft auch weniger zeitliche Ressourcen zu intensiven Auseinandersetzung mit möglichen Gründen für Verhaltensauffälligkeiten:

Ich glaube einfach, dass, ähm, dass der Anstieg darin begründet wird, dass man mehr zur Vorstellung bringt und vorstellt und weniger tolerant ist gegenüber Verhalten von Kindern und weniger Zeit hat, um zu schauen, was tut sich da und was entwickelt sich da. [...] das ist auch nicht zwingend negativ, ja, aber ich bin mir noch nicht so sicher, wie oft man sich gestattet, dass man sagt, ähm, da gibt's gar keine Diagnose. (Anhang A, Pos. 56)

8.1.3.4 F90

Ein Hinweis auf die leicht regressive Tendenz der F90-Diagnosen sowohl innerhalb der allgemeinen Bevölkerung als auch in der Population der Schüler und Schülerinnen der untersuchten Schulen, findet sich in der Aussage „[...] ist eigentlich gar keine Modediagnose mehr“ (Anhang A, Pos. 12).

Und eine Mode, ist eigentlich gar keine Modediagnose mehr, aber schon an der Hauptdiagnose ADHS kann man es eigentlich gut verfolgen, dass man (...), das ist ja keine Diagnose, die sich in den letzten fünfzehn Jahren ergeben hat, ADHS hat es immer gegeben, [...]. (Anhang A, Pos. 12)

Die Interviewte scheint hier von einer stabilen Prävalenz des Störungsbildes auszugehen, die sowohl vor der häufigen Diagnose ADHS im Schulalter bestand als auch nach dem Abflauen des diagnostischen Modetrends bestehen bleibt, auch wenn die Prävalenzraten leicht regressive Tendenz zeigen. Des Weiteren verweisen die Aussagen auf eine schulische Definition des Störungsbildes – weniger die Störung selbst habe sich verändert als der Rahmen, in dessen hyperkinetische Symptome als störungsrelevant bewertet werden (Anhang A, Pos. 12, Pos. 62).

[...] da bin davon überzeugt, die hat es immer schon gegeben, ja, und in jedem Altersniveau und in jedem Begabungsniveau und da ist eher die Frage, ab wann ist ein ADHS störungsrelevant und wann ist es nicht störungsrelevant? Ja, und wann muss ich überhaupt sagen das ist ein ADHS. (Anhang A, Pos. 62)

[...] ein ADHS-Kind hat in einem früheren Schulkontext einfach besser funktionieren und besser seine Integration finden können als im heutigen Schulwesen. Ja, und daher vielleicht auch dieser Druck zur Diagnostik und die Notwendigkeit, auch bei den Eltern, ganz egal bei welchem Kind auch zur Vorstellung zu kommen und es zur Diagnostik und zur Behandlung zu geben. (Anhang A, Pos. 12)

Grundsätzlich sei die Prävalenz von hyperkinetischen Störungen „genauso im G-Bereich“ zu sehen (Anhang A, Pos. 62). Hinsichtlich des schulischen Rahmens unterscheidet die Interviewte zwischen dem leistungsorientierten Regelschulsystem und dem System FZgE, welches hinsichtlich der Störungssymptomatik „tolanter“ sei. Eine Auffassung, die zwar entgegen der nahezu verdoppelten administrativen Prävalenz von F90-Störungen an den untersuchten FZgEs steht, aber durchaus die Streubreite der Prävalenz an den untersuchten Schulen mit erklären könnte, da der Forderung nach einer diagnostischen Abklärung laut der Interviewten nicht selten seitens der Schulen Nachdruck verliehen wird und sich diesbezüglich unterschiedlich verhaltenstolerante pädagogische Systeme unterschiedlich verhalten. Ebenfalls gibt die Aussage Hinweise darauf, dass der Impuls zur psychiatrischen Abklärung, wenn nicht direkt durch Elternberatung oder Gespräche kommuniziert, auf dem Umweg eines möglichen Schulausschlusses indirekt an die Eltern herangetragen wird.

[...] ich glaube nur da ist das, was die reine ADHS-Symptomatik angeht, da ist das System [Anm A.G.: FZgE] toleranter. [...] und richtig schwierig wird's für ein ADHS-Kind, wenn lange Aufmerksamkeit, langes Stillsitzen, [...], langes Abrufen meiner Konzentrationsleistung gefordert wird, also der klassische Schulkontext und wenig Bewegungsmöglichkeit. Und in diesen engen Kontext werden die G-Kinder wieder nicht so gepresst. Die dürfen sich dann noch ein bisschen anders [...] bewegen und [...] diesen Grundsymptomen des ADHS kann man da anders entgegenkommen und drum ist [...] es da vielleicht ein bisschen liberaler. [...] In dem Moment wo eine eventuelle Schullaufbahn eine negative Kurve nimmt, weil ich es nicht unterstütze, dann muss man sich einfach auch nochmal Gedanken machen, kann das Kind vielleicht auch therapeutisch-medikamentös unterstützt werden und sollte es jetzt auch unterstützt werden. Somit ist man einfach auch in der Überlegung, gibt's ein Methylphenidat oder gibt's kein Methylphenidat [...] (Anhang A, Pos. 62)

Im Falle einer hyperkinetischen Störung bei Intelligenzminderung stellen sich neben der Ausprägung der Symptomatik auch bei den therapeutischen Methoden Unterschiede heraus. Beispielsweise kann die Wirksamkeit und somit auch die Sinnhaftigkeit einer Methylphenidat Medikation abweichend sein (Anhang A, Pos. 62).

[...] Ein G-Kind mit ADHS reagiert nicht automatisch genauso auf ein Methylphenidat wie ein nicht G-Kind und von dem her ist es vielleicht auch nochmal so, dass man sagt, ja, soll ich geben, soll ich nicht geben, tu ich ihm was Gutes damit oder tu ich ihm nicht was Gutes damit, aber in dem Moment wo es da ist und wo man das Gefühl hat man sollte es behandeln und man könnte es behandeln, gehört es sich ja eigentlich auch diagnostiziert.

Aufgrund eigener Erfahrungswerte der Interviewten zeigt sie sich bei einer medikamentösen Behandlung von hyperkinetischen Störungen bei Intelligenzminderung zurückhaltender (Anhang A, Pos. 66). Neben den allgemeinen Bedenken zur Wirksamkeit fließen in die Medikationsentscheidung Faktoren wie das Schlaf- und Essverhalten in die Abwägung zur Medikation mit ein (Anhang A, Pos. 68).

[...] ja, also ich bin deutlich zurückhaltender, weil ich einfach die Erfahrung gemacht hab, wesentlich andere, wenn dann eine andere Dosierung, gar nie so hoch, als beim nicht G-Kind und viel schwieriger zu sagen hilft's überhaupt oder hilft's nicht, ja, und eher sogar die (...) kann man mal an die, in die, den Leitlinien erst Drittempfehlungen greifen, da gibt's eher Medikamente wo man sagt, da profitieren sie jetzt vielleicht sogar mehr davon als wie jetzt vom klassischen Methylphenidat. (Anhang A, Pos. 66)

Hingegen der Annahme, eine erhöhte Fallzahl von hyperkinetischen Störungen im Bereich der FZgEs bedinge sich in einer erhöhten Vulnerabilität bei vorliegender Intelligenzminderung eine hyperkinetische Störung zu entwickeln (siehe 2.3.2.2.4), bringt die Interviewte einen weiteren möglichen Zusammenhang vor, indem sie die hohe Anzahl der F90-Diagnosen an den untersuchten FZgEs im Vergleich zur Prävalenz des Störungsbildes in der Gesamtpopulation auf möglicherweise „mitgeschleppte“ Diagnosen zurückführt, die nur in den seltensten Fällen eine Revision erfahren und sich so durch die Bildungsbiographien betroffener Kinder und Jugendlicher ziehen (Anhang A, Pos. 66). Die Aussage ist ebenfalls als ein deutlicher Hinweis auf erschwerte diagnostische Ausgangslagen bei Intelligenzminderung zu interpretieren.

Ich glaube ein Grund warum sie vielleicht auch wirklich eine relativ hohe Anzahl an ADHS-Diagnosen haben ist, weil bevor nochmal klar wird, was es ist, ja manchmal sowas im Raum steht, wo man sagt, ja was hat er denn, was zeigt er denn, ja, Unruhe und Bewegungsdrang oder was auch immer und bevor man nochmal gesagt hat, ah, vielleicht liegt's zum Beispiel auch an der Überforderung aufgrund des nicht passenden Settings mit seinem Intelligenzniveau, kann man mal ADHS auch vermuten, ja, und ich glaube sie werden einige Diagnosen haben, die sich mitgeschleppt haben, obwohl es eigentlich kein ADHS ursprünglich war, ja. (Anhang A, Pos. 66)

8.1.3.5 Sonstige Störungen

Verweise auf sonstige Störungsbilder finden sich an unterschiedlichen Stellen des Interviews und stehen in Querverbindung zu anderen Aspekten wie der Notvorstellung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, die im stationären und ambulanten Setting der Kinder- und Jugendpsychiatrie deutlich unterrepräsentiert zu sein scheinen. So sind laut der Interviewten in der Regel nur massive Störungssymptome ein Grund für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung.

[...] ansonsten gibt es keine reguläre Vorstellung von einem G-Kind. Ja, der Rest ist schon Liaison-Dienst mit Einrichtungen oder Notvorstellungen und auch da sind die G-Kinder unglaublich unterrepräsentiert. Das sind dann massive Impulsdurchbrüche oder eine psychotische Entgleisung aber ansonsten, ich kann mich nicht erinnern, dass wir schon jemals in einer Notvorstellung oder einer regulären Anmeldung die Fragestellung einer depressiven Entwicklung bei einem G-Kind gehabt hätten. (Anhang A, Pos. 22)

Die obenstehende Aussage greift exemplarisch depressive Entwicklungen als eine internalisierte psychiatrische Störung des Kindes- und Jugendalters auf. Rekurrierend auf die Forschungserkenntnisse zu häufigen komorbiden psychiatrischen Störungen bei geistiger Behinderung (siehe 2.3.2.2) verwundert in den Ergebnissen der quantitativen Untersuchung die, im Vergleich zur Gesamtpopulation der Kinder- und Jugendlichen in Deutschland, deutlich geringe Fallzahl von Angststörungen, als ein weiteres internalisiertes Störungsbild. Die Interviewte begründet diese Unterrepräsentanz schlicht und prägnant mit der Aussage: „Weil die nicht anstrengend sind“ (Anhang A, Pos. 84) und verdeutlicht damit die Tendenz eher externalisierte Symptomatik wahrzunehmen und diese zur psychiatrischen Vorstellung zu bringen und die mangelnde Sensibilität für internalisierte Störungen.

[...] vorgestellt wird immer das, was anstrengend [ist] und, wie sie sagen, die werden immer auffälliger, ja, aber die wenigsten werden vorgestellt, weil sie zurückhaltend, ängstlich, schüchtern zu wenig in Kontakt gehen. Ja, die sind ja nicht anstrengend, ja, sondern, ähm, eher sind das die Ruhigen, die man gut mitschleppen kann und die man eventuell auch gut führen kann, die werden nur dann vorgestellt, wenn die Veränderung von A nach B, wenn die Angststörung schon so massiv ist, dass sie vielleicht sogar schon an die – in die Kurve der Denkstörung kratzt, ja, und wenn man sagt ähm, ich habe gar keine Chance, dass der bei einer Gruppenaktivität mitmacht, der steigt nicht ins Auto ein oder deutlicher Rückzug oder ganz / reagiert panisch ähm, bei Veränderungen oder wenn da irgendwie was ist, dann ist es so massiv schon, dass es auch klar ist, aber die beginnende und, sag ich mal, auf einem bis mittelmäßigen Niveau existierende Angststörung, die kommt nicht zur Vorstellung, weil die nicht anstrengend ist. (Anhang A, Pos. 86)

Das beschriebene Ungleichgewicht in der Vorstellung bei externalisierten und internalisierten Störungen bedingt selbstredend eine hohe Dunkelziffer an nicht (ausreichend) wahrgenommenen Störungen, die die Befragte ebenfalls bei weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern der Gruppe *sonstige Störungen* zu erkennen glaubt.

Ich glaube auch, dass bei der psychotischen oder schizophrenen Dekompensation eine deutliche Unterdiagnose da ist, weil, das sind so, sag ich mal, so sensitive Verhaltensänderungen manchmal nur und ein G-Kind spricht bei Zeiten einmal mit sich selbst, ähm, hat Stereotypen, verhält sich eigenartig, ähm, so dass die / bei jedem anderen Kind fällt das natürlich viel schneller auf, aber da wird das noch manchmal mit eingebaut in, ja, ist jetzt im Stress oder hat jetzt so irgendwas, aber ich glaube auch [...] da gibt's eine Unterdiagnostik. ja. (Anhang A, Pos. 88)

Ich glaube auch, dass die Depression deutlich unterrepräsentiert ist. (Anhang A, Pos. 90). Die sind einfach zurückgezogen und still und ruhig, ja, und, ähm, wenig im Kontakt aber, die werden seltenst vorgestellt. Dann, wenn sie ins Jugendlichenalter kommen und eventuell auch Selbstverletzung mehr ein Thema wird, ja, dann schon, aber die nur depressiv (...) kommt selten vorbei. (Anhang A, Pos. 92)

Ohne zwischen unterschiedlichen Begabungsformen oder Schulsystemen zu unterscheiden sieht die Interviewte eine grundsätzliche Unterrepräsentanz internalisierter Störungsbilder in der Diagnostik und der Behandlung, woraus sich ein dringender Bedarf zur Erhöhung der Sensibilität für Symptome internalisierter Störungen im familiären, vor allem aber auch institutionell pädagogischen Umfeld von Kindern und Jugendlichen ableiten lässt.

[...] wie immer in unserem System sind die internalisierten Störungen viel weniger repräsentiert als die externalisierten, ja klar, (lacht) die sprengen [...] den Rahmen, aber die dürfen nicht untergehen [...] es gibt ja trotzdem eine normale Entwicklung, [...] „normal“ im Sinne von "mit meiner Vergleichsnorm" und auch bei einem G-Kind gibt es eine Vergleichsnorm im Sinne von "auf wen geh ich zu?, wie geh ich nach außen?, mit wem geh ich in Kontakt?, mit allem was man rund um das Kind weiß, muss auch nochmal klar sein, auch da sollte man so ein Gefühl für "normal" haben und wenn ich da deutlich abweiche davon, sei es ängstlich oder sei es verstimmt oder sei es traurig, [...] dann [...] wäre es wichtig vorzustellen. Ja. (Anhang A, Pos. 94)

8.1.4 Psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung

Vor dem Hintergrund einer hohen angenommenen Dunkelziffer von internalisierten Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sowie der theoretisch vertieften, besonderen diagnostischen Voraussetzungen zur validen psychiatrischen Diagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung, wurden im Interview die Themen Diagnosesetting und diagnostische Möglichkeiten aufgegriffen. Die Interviewte beschreibt in diesem Kontext ihre Idealvorstellung des Diagnosesettings (Anhang A, Pos. 98).

Das Wunschsetting müsste sein, [...] im Lebensbereich des Kindes die Diagnostik machen zu können, [...] weil, dieses "in die Klinik bringen" so viel Veränderung und so viel Abweichung von der Alltagsstruktur ist, dass schon viele Sachen dabei sind, die sonst vielleicht nicht wären und das Wunschsetting müsste sein am Ort des Lebens oder am Ort der Existenz die Diagnostik machen zu können und vor Ort dann einfach auch wirklich Teams zu haben, die in diesen Diagnostikprozess gut involviert werden können [...] Für mich ist eben auch noch ganz wichtig zu sagen, ich kann dieses Kind in der Schule sehen und kann sagen, wie ist denn die Schulumgebung, wie ist denn die Anforderung in der Schule, wo ist der Sitzplatz, wer sitzt neben dem jeweiligen Kind, also wirklich die Zeit und die Möglichkeit zu haben, im Leben diese Diagnostik machen zu können (Anhang A, Pos. 98)

Orte des Lebens und der Existenz eines Kindes sind in der Regel die Herkunfts- oder Pflegefamilie sowie sämtliche teilstationäre und stationäre Wohnformen für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Die Interviewte verweist deutlich auf die Notwendigkeit einer engen und vertrauensvollen Kooperation von Familienmitgliedern sowie multiprofessionellem Personal in jedem institutionellen Setting, das als Ort der Existenz eines Kindes bewertet werden kann – übertragen auf das System der Behindertenhilfe und im Speziellen der Förderzentren könnten somit Internate, Wohnheime aber auch heilpädagogische Tagesstätten sein, da diese Einrichtungen für einen Großteil der Kinder und Jugendlichen mit Intelligenzminderung im schulpflichtigen Alter als außerschulische Existenzräume bewertet werden können. Die Rolle der Schule hebt die Interviewte besonders hervor, und greift weitere Einflussfaktoren für die Entwicklung psychiatrischer Auffälligkeiten auf, wie beispielsweise Aspekte der Über- oder Unterforderung oder auch Wahrnehmungsbesonderheiten (Rolle des richtigen Sitzplatzes in der

Klasse) sowie soziale Vektoren wie Sitznachbarn. Die Aussage pointiert in besonderer Praxisnähe das hohe fachliche wie diagnostische Potential von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Förderzentren als wichtige und vor allem bestehende Ressource bei der psychiatrischen Diagnostik von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Da hier ein „Wunschsetting“ (Anhang A, Pos. 98) beschrieben wird, verweist die Aussage implizit auf einen Mangel an Kooperation und bestehenden Kommunikations- wie Kooperationsstrukturen zwischen den Institutionen und den Kinder- und Jugendpsychiatrien. Zusätzlich zu systemischen Grundlagen führt die Befragte mangelnde zeitliche Kapazitäten zur intensiven und notwendigen Kooperation bei der Diagnostik an.

Egal ob man Verhaltensbeobachtungsbögen austeilen könnte oder müsste, wo man sagt ok, wer kann da gut draufschauen? Wer hat aber auch nochmal / wer hat aber auch da wirklich die Ausbildung mit, dass er einfach auch weiß, worauf er draufschauen muss und kann er das zeitlich in seinem Arbeitskontext überhaupt schaffen? [...] wenn man jetzt das Beispiel eines Liaison-Dienst oder mobilen Dienst hernimmt, wenn man in eine G-Einrichtung kommt und sagt, wunderbar, ich möchte gerne eine Diagnostik machen und ich lasse einen Packen mit 20 Fragebögen da, dann sind die ohnehin schon immer gut beschäftigt und dieses Kind braucht sehr viel, weil sonst würde es gar nicht vorgestellt werden. Also, das heißt nicht automatisch, dass ich da Entzücken hervorrufe, wenn ich zusätzliche Arbeit aufbrumme, aber die Arbeit ist ganz wichtig. (Anhang A, Pos. 98)

Die Aussage verdeutlicht systemische Zwänge und den Mangel an zeitlichen Ressourcen, da eine intensive Beteiligung an der psychiatrischen Diagnostik in den Funktionsbeschreibungen der tätigen Professionen (Lehrkräfte, Erzieher, Heilerziehungspfleger) zumeist nicht explizit berücksichtigt ist und die Bearbeitung von beispielsweise Beobachtungsbögen eine additive Arbeitsleistung zur Linienfunktion darstellt. Neben den mangelnden zeitlichen Ressourcen führt die Interviewte auch fachliche Aspekte der Diagnostik auf kinder- und jugendpsychiatrischer Seite an. Die praxisnahe Ableitung der Aussage verweist auf Synergieeffekte, die vor allem durch die bestehende Ressource in Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe und in Förderzentren als Komplexeinrichtung gewinnbringend für die Diagnostik genutzt werden könnten, da in vielen Fällen bereits multiprofessionelle Teams über mehr oder weniger lange Zeiträume mit betroffenen Kindern und Jugendlichen gearbeitet haben und der Diagnostik Kenntnisse und Erfahrungswerte beisteuern können, die sich nicht in wenigen Stunden generieren lassen.

[...] und auf der anderen Seite braucht es natürlich auch auf der kinder- und jugendpsychiatrischen Seite eine fachärztliche [...] Kompetenz, weil zuerst musst du mal die normale Kinderpsychiatrie irgendwie parat haben und dann nochmal dieses Spezialthema, ähm, Kompetenz und auch den Zeitfaktor, [...] dass du sagst, ja, ich kann dahin gehen und ich kann mir einen Patienten auch drei, vier Stunden anschauen, kann mit dem zwei Stunden in der Schule [...] und zwei Stunden in der Gruppe sitzen, damit ich mir einen Eindruck machen kann. Ich glaub [...] da würde man den Kindern wahrscheinlich am besten gerecht werden. Ja, das sind die [...] Vorschläge die rund um stationsäquivalente Behandlung gehen oder von mir aus über aufsuchende Tätigkeiten. Die Möglichkeit gibt's schon, also [...] die Kassen und das System hat die Möglichkeiten geschaffen, wir kämpfen halt wie alle, an den Personen oder an den Fachkräften dafür. (Anhang A, Pos. 98)

Obwohl grundsätzlich Möglichkeiten zur Kostendeckung einer wie beschriebenen ausführlichen Diagnostik in den verschiedenen Lebensbereichen und Existenzorten eines betroffenen Kindes oder Jugendlichen bereits seitens der Krankenkassen eingerichtet wurden, scheinen diese kaum realisierbar. Diagnostik bei Intelligenzminderung stellt innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie dem Anschein nach ein Nischendasein dar und es mangelt an kompetenten Fachärzten in diesem Bereich.

8.1.5 Kooperation und Beiträge der Disziplinen (Psychiatrie / Pädagogik)

Ausgehend von Feusers (1987) Einschätzung, „von einer Zusammenarbeit von Psychiatrie und Pädagogik kann derzeit im engeren Sinne nicht gesprochen werden“ (Feuser 1987a, S. 94), wurde die Befragte 35 Jahre später um eine zeitlich aktualisierte Einschätzung zur Kooperation zwischen Psychiatrie und (Heil-)Pädagogik gebeten, die sie mit der knappen aber dezidierten Aussage: „Da wird sich nicht viel geändert haben“ (Anhang A, Pos. 136) eröffnet. Zur Konkretisierung der ihres Erachtens fast vollständig fehlenden Kooperation führt sie vor allem den Mangel an struktureller Kooperation und systematischem Austausch in Form von verbandsorganisierten Fachtreffen an:

Wir sind glaub ich noch ferner voneinander, [...] wann berühren wir uns denn? In der / die normale Pädagogik in der Psychiatrie jetzt, nicht im G-Bereich, weil die gehört natürlich auf jeder Station, ist das, geht das Hand in Hand, aber wenn ich jetzt nur mal auf die Patienten denk', die, über die sich wir beide jetzt unterhalten haben, dann muss man sagen, da liegt ja ganz viel, wenn nicht die Hauptarbeit ausschließlich in der Pädagogik und eigentlich ist die Psychiatrie ein kurzer Randbesucher in diesem Kontext aber [...] man ist nicht gut vernetzt, man ist nicht präsent, es gibt ja nicht einmal [...] regelmäßige Fachtreffen, [...] wo wirklich beide vertreten sind, nur ganz selten. (Anhang A, Pos. 138)

Ein weiterer Aspekt der fehlenden Kooperation findet sich in der konkreten Praxis der psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, deren Verhaltensäußerungen und wie auch immer gestaltete psychische Konstitution fast ausschließlich der Pädagogik überantwortet wird und die Psychiatrie in diesem Kontext nach Auffassung der Befragten lediglich als „kurzer Randbesucher“ auftritt. Die Aussagen verweisen neben dem eklatanten Mangel an fachlicher Verständigung und Kooperation zudem auf eine isoliert agierende und wahrgenommene Heil- und Sonderpädagogik, wo hingegen die „normale Pädagogik“ (Anhang A, Pos. 138) im Klinikalltag sowohl obligat strukturell eingebunden ist als auch deren Beitrag in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen selbstverständlich und wertvoll bewertet werden. Vor allem die Stellung der Heil- und Sonderpädagogik als ausschließlich zuständige Profession für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung unterstreicht die Annahme einer Psychiatrisierung der Heil- und Sonderpädagogik (siehe 6.1.3), da diese sowohl diagnostischer als auch methodischer Kompetenzen bedarf um den Anforderungen im Umgang mit psychiatrischen Störungen im Kontext Intelligenzminderung fachlich zu begegnen, während die Psychiatrie ihren Beitrag als medizinisch-kategorial diagnostische Instanz wahrnimmt. Die Bestandsaufnahme der Befragten lässt Rückschlüsse auf die zwingende Notwendigkeit strukturierter und systematisierter Kooperation der Disziplinen sowohl im alltäglichen pädagogischen wie psychiatrischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychiatrischen Störungen als auch hinsichtlich einer systematischen Vernetzung der Disziplinen auf wissenschaftlicher und Verbandsebene zu.

Historische Verbindungen der Disziplinen (siehe 6.1.1) bildeten im Interview eine weitere thematische Brücke zur Kooperation von Psychiatrie und (Heil-)Pädagogik (Anhang A, Pos. 139). Auf eine kurze Schilderung der Auffassung Jantzens, die Medizin verfüge historisch in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen respektive Intelligenzminderung über eine „hegemoniale“ (Jantzen 1982, S. 93 f) Vormachtstellung gegenüber der Pädagogik legt die Befragte eine aktuelle Einschätzung der Beziehung beider Disziplinen im praktischen Alltag zueinander vor:

Im Alltag einer Klinik ist [...] es überhaupt keine Frage ob das [Anm. A.G.: Psychiatrie und Pädagogik] getrennt ist, das ist es nicht. [...] Die hierarchischen Ideen wird es wahrscheinlich nach wie vor in manchen Kliniken geben, ich denke die jetzige Generation an Fachärzten, [...] egal ob die auf den Stationen leitet oder tatsächlich die Kliniken leitet, die hat den Wunsch nach der dualen Führung, ja und eigentlich haben wir durch die Bank alle den Wunsch nach einer qualitativen guten Pädagogik an unserer Seite, [...] Pflege und Erziehungsdienst heißt es ja in der KJP, weil vollkommen klar ist, das sind zwei Säulen, die kann man nicht trennen. [...] wenn die eine nicht läuft, kann die andere nicht laufen, das ist undenkbar. Und [...] in den nichtklinischen Bereichen hat ja eigentlich die Psychiatrie [...] die geringere Präsenz, aber da ist es [...] ganz oft noch dieses: da kommt quasi die Präsenz und sagt an was zu machen ist, vollkommen unpassend, weil ich ja gar nicht weiß, was die anderen machen und wenn ich auch nicht verstehen kann was die anderen machen und eigentlich bin ich so angewiesen auf die Rückmeldung, was in diesem Kontext überhaupt passiert um mal zu verstehen, warum läuft es nicht, ja, also es wäre absolut wünschenswert, dass man sich da auch in dem Bereich annähert und wahrscheinlich auch ganz anders austauscht, ja. (Anhang A, Pos. 142)

Einerseits sei in der aktuellen Generation von Fachärzt*innen eine Tendenz zu Kooperation und Aufhebung hierarchischer Gefälle zwischen den Disziplinen wahrzunehmen, die mit einem Bewusstsein des wertvollen und notwendigen gegenseitig Anderen einherzugehen scheint, andererseits nimmt die Befragte die Stellung der Psychiatrie in nichtklinischen Kooperationssettings, aufgrund ihrer fachlichen Ferne und wesentlich verringerten alltäglichen Präsenz im Lebensraum von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, noch übergeordnet oder zumindest einander fern wahr, was als Hinweis auf eine wahrgenommene Arroganz der naturwissenschaftlichen Disziplin in ihrer kategorial diagnostischen Kompetenz gegenüber der Pädagogik interpretiert werden kann. Der wiederholte Wunsch nach Annäherung und Austausch unterstreicht sowohl die bestehende These fachlicher Distanz in der pädagogischen wie psychiatrischen Praxis im Kontext Intelligenzminderung als auch die Notwendigkeit systematischer Kommunikations- und Kooperationsstrukturen zur qualitativ hochwertigen und adäquaten diagnostischen, pädagogischen und therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. Nachwirkungen historischer Abgrenzungsbemühungen beider Disziplinen, die sich vor allem in der Nachkriegszeit im deutschsprachigen Raum herausstellten sieht die Befragte bis heute und schließt das Thema mit dem Wunsch nach einer integrativen und verknüpfenden Haltung in den Fachdisziplinen:

Ich glaub' es ist natürlich auch eine Ausdifferenzierung [...] auf jeder Seite [...] und der Weg ist sicherlich nicht, der hat sich nicht angenähert, das glaub ich nicht. Ja, wir haben ja auch in der Kinderpsychiatrie ganz sicher unsere Phase gehabt, wo wir gesagt haben, [...] wieviel biologische Psychiatrieentwicklung brauchen wir? Wie weit geht da jetzt unsere Forschung? Wie gehen da jetzt unsere Ströme? Also ich denke [...] da gib'ts viele, viele Richtungen, die man eingeschlagen hat und am Ende wird eine gute Richtung wahrscheinlich sein, wo man sich mit allen was dazu gehört verknüpft. (Anhang A, Pos. 144)

8.1.6 Psychiatrische Versorgungslage

Mehrfach verweisen Aussagen im Interview auf eine mangelnde psychiatrische Versorgungslage von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung sowie auf eine breite Auffassung von Zuständigkeit und Expertise zur psychiatrischen Diagnostik bei Intelligenzminderung. Eine Expertise, die die Interviewte nicht vordergründig in der KJP verortet. Im Kontext der psychiatrischen Versorgung unterstreicht sie den enormen und wertvollen Beitrag der Sozialpädiatrischen Zentren, vor allem für kleine Kinder (Anhang A, Pos. 28), sowie nicht näher definierter Kolleg*innen, die „durchaus auch eine super Diagnostik für diese Kinder bieten könnten“ (Anhang A, Pos. 20). In der KJP Landshut läge die Kompetenz

zur Diagnostik bei Intelligenzminderung bei „Einzelpersonen“ (Anhang A, Pos. 22) und sei nicht flächendeckend zu erwarten, Aussagen, die den erheblichen Mangel an notwendigem „Spezialwissen“ (Anhang A, Pos. 20) und einer nicht selbstverständlichen Kompetenzausbildung innerhalb der Facharztausbildung pointieren. Obwohl ein menschenrechtlicher Anspruch auf medizinische Versorgung (siehe 6.1) „ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen Januar 2017, S. 22 ff.) besteht, scheint die Zuständigkeit im Kontext Intelligenzminderung in der Alltagspraxis der Versorgungskliniken der Bezirke nicht selbstverständlich, vielmehr deuten die Aussagen auf Unklarheiten und eine gewisse Zufälligkeit hin, wo Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung im Falle psychiatrischer Auffälligkeiten qualitative medizinisch-psychiatrische aber auch therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen können, während die Kinder- und Jugendpsychiatrie neben niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen sowohl in ihrem Selbstverständnis als auch in der öffentlichen Wahrnehmung originäre Versorgungsorte für Kinder und Jugendliche ohne Intelligenzminderung mit psychiatrischen Störungen sind.

Kongruent mit den öffentlich debattierten Versorgungsempfängen bayerischer Kinder- und Jugendpsychiatrien (siehe 6.1.4.2) zeigen sich Aussagen zu Wartezeiten im Kontext der Autismusdiagnostik von „teilweise“ acht Monaten (Anhang A, Pos. 28). Lange Wartezeiten bei regulären Vorstellungen ziehen in der Konsequenz oft den Verlust oder die Verzögerung spezifischer Unterstützungsleistungen nach sich, da die kategoriale Diagnose sowohl Indikation als auch Grundlage für den Zugang zu den spezifischen Hilfssystemen darstellen (Anhang A, Pos. 28).

Die vorgenannten Hinweise auf etwaige Versorgungsmängel konkretisieren sich in der Antwort der Befragten auf die Frage, wie sie die Versorgungslage in Ostbayern für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung einschätze, folgendermaßen:

[...] mangelhaft ist glaub' ich noch ganz nett gesagt, ja. Das ist es. (...) es ist glaub' ich so, jedenfalls die meisten Einrichtungen, quasi fast alle in irgendeiner Art, Liaison-Dienste haben. Ob das Allgemeinmediziner oder ob das Kinder- und Jugendärzte sind oder ob das Psychiater oder Kinderpsychiater sind, ich glaube die meisten Einrichtungen im Sinne von Wohneinrichtungen haben irgendeinen Kooperationspartner. Ich persönlich kann ihnen gar nicht sagen, ob die Förderzentren alle so einen aufsuchenden Dienst haben. [...] ob es niedergelassene Kollegen gibt, die alle in den Förderzentren jeweils ihre Sprechstunde haben. Ich denke, da müsste unbedingt schon mal was drinnen sein, ja, da wäre es schon ganz wichtig, da habe ich schon eine unglaublich große Gruppe und eine unglaubliche Kompetenz an anderem Personal vor Ort, so dass man eben diese gemeinsame Diagnostik relativ schnell dann einfach auch machen kann. Aber das ist glaube so schon das Minimum, was man eigentlich haben sollte. (Anhang A, Pos. 110)

Die klare Bewertung der Versorgungslage als „mangelhaft“ konkretisiert das Fehlen verbindlicher Systeme und Strukturen der Kooperation zwischen Förderzentren und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzt*innen, unabhängig von ihrer Tätigkeit in Kliniken oder als niedergelassene Ärzt*innen. Während die Befragte in stationären Settings relativ verlässliche Versorgungsstrukturen und Kooperationen vermutet, ist ihr hinsichtlich der Kooperation zwischen Psychiatrie und ambulanten Institutionen wie z. B. Förderzentren kein vergleichbares System bekannt, obwohl sie auf die wertvollen multiprofessionellen Expertisen und Potentiale verweist, die sich aus derartiger Kooperation ergäben. Hinsichtlich der originären fachlichen Zuständigkeit für psychiatrische Diagnostik bei geistiger Behinderung geht die Befragte auch bei Liaison-Diensten und anderen Kooperationsformen zwischen Ärzt*innen und Einrichtungen der Behindertenhilfe von einem breiten Spektrum fachärztlicher Schwerpunkte aus – die psychiatrische Diagnostik bei geistiger Behinderung wird wiederholt nicht originär der Kinder- und Jugendpsychiatrie

zugeschrieben. Da die Diagnostik psychiatrischer Störungen in den meisten Fällen Initialmoment eines wie auch immer ausgestalteten therapeutischen Prozesses ist, schließt inhaltlich die Frage nach der Versorgungslage hinsichtlich therapeutischer Angebote für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung in Ostbayern an, welche die Befragte wie folgt einschätzt:

Eine der ärgsten Fragen ist: Gibt's einen Psychotherapeuten für ein G-Kind? (Anhang A, Pos.112) [...] Also (...) in meinem Team, gibt es keinen Psychotherapeuten für geistig behinderte Kinder. (Anhang A, Pos. 114)

Der Aspekt mangelnder psychiatrischer Versorgung spitzt sich nach der Einschätzung der Befragten vor allem in der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung zu. Additiv oder als Alternative zu einer medikamentösen Behandlung, die sich bei Intelligenzminderung ebenfalls außerordentlich respektive normabweichend darstellt (siehe 6.1.2) wären psychotherapeutische Angebote für Kinder- und Jugendliche dringend notwendig, welche allerdings den Aussagen der Befragten zu Folge kaum bis nicht vorhanden sind, was sie mit der Aussage „[...] ganz wenige Psychotherapeuten gibt's tatsächlich, die das machen, ganz wenige.“ (Anhang A, Pos. 116) deutlich herausstellt. Das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungsdefizit für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung betrifft die Bereiche der Diagnostik und gegebenenfalls darauffolgenden Therapien. Die Schilderungen der Befragten verweisen zusätzlich auf unklare Zuständigkeiten hinsichtlich der medizinischen Institutionen und der fachärztlichen Expertise, woraus sich zusätzliche Hinweise auf eine Verantwortungsverschiebung hin zur Pädagogik und somit der Tendenz und letztlich Notwendigkeit einer Psychiatrisierung der Pädagogik ableiten lassen.

Im Kontext dieser bestehenden Verantwortung zum pädagogischen Umgang mit psychiatrischen Störungsbildern an FZgEs und möglicherweise auch der potentiell nutzbaren Kompetenz der multiprofessionellen Teams zur Begleitung sieht die Befragte konkrete Kooperationsbedarfe zur Professionalisierung:

Ich denke [...] mit der Möglichkeit die [Anm. A.G.: Mitarbeiter an FZgEs] zu schulen, ja, und evtl. auch zu supervidieren [...], da würde man schon wahnsinnig viel abfangen. Bis zu 30 % in der Psychotherapie ist Beziehung, also das ist nicht nur die Methodenkompetenz, sondern auch tatsächlich, was biete ich Dir an und ganz oft ist ja die Beziehung schon eine wahnsinnig gute in diesen Förderzentren, d. h. auch da wäre wahrscheinlich die Möglichkeit mit einer regelmäßigen, guten, fachlichen Anleitung, egal von welchen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiatern, ähm, ich glaube da ginge schon sehr, sehr viel. (Anhang A, Pos. 120)

Der Bedarf konkretisiert sich in Bildungs- und Supervisionsangeboten zu spezifischen Störungsbildern in der Multiplikation psychiatrischer respektive psychotherapeutischer (Methoden-)Kompetenz innerhalb der multiprofessionellen Kollegien an FZgEs, die an der bestehenden Basis tragfähiger pädagogischer Beziehungen anknüpft und somit Synergien nutzt, die vor allem im Kontext *psychiatrische Störung bei Intelligenzminderung* von höchster Bedeutung zu sein scheinen. Die Befragte unterstreicht durch Ihre Aussage indirekt den hohen Wert der therapeutischen und/oder pädagogischen Begleitung betroffener Kinder und Jugendlicher in ihrem gewöhnlichen Alltag und die, im Rahmen pädagogischer Beziehungsprozesse oft langjährig gewachsene Expertise der Mitarbeiter*innen zu individuellen Bedürfnissen, Kommunikationswegen, Ressourcen etc. der Betroffenen und verweist dabei gleichzeitig auf die wachsende Verantwortung gegenüber Mitarbeitern, die den hohen pädagogischen Anforderungen bei psychiatrischer Störung bei Intelligenzminderung alltäglich begegnen müssen:

Was aber wichtig ist, wenn man diese Aufgabe, die ist ja emotional wahnsinnig fordernd [...], dann muss man einfach auch nochmal sagen, es gibt eine gute Supervision, wo ich auch [...] mit meiner emotionalen Belastung dann hin marschieren kann, ja, wo es dann nicht nur um [...] sag ich mal die Pädagogik, sondern wo es auch wirklich drum geht, dass man sagt, der macht mich wütend oder der macht mich ohnmächtig oder ich bin sehr traurig im Kontakt mit diesem Kind. Ich glaube so etwas braucht es dann schlichtweg auch. (Anhang A, Pos. 120)

Die Schilderungen der Befragten skizzieren konkrete Kooperationsmöglichkeiten und –bedarfe und verweisen damit nicht nur auf eine zukünftige, sondern auch bestehende hohe fachliche Anforderung und damit einhergehende hohe persönliche Belastungsmomente, die ihres Erachtens supervisorisch begleitet werden müssen um die Gesundheit und professionelle Leistung der Mitarbeiter*innen nicht zu gefährden. Nachdem aber gerade die enge Kooperation in der Gestalt fachlicher Fortbildungen und Supervision, die von Fachärzt*innen oder auch Psychotherapeut*innen mit einschlägigen Fachkenntnissen angeboten werden müssen, auch die Verfügbarkeit entsprechend geschulter und erfahrener Fachärzt*innen und Psychotherapeut*innen voraussetzt, drängt sich die Frage auf, ob eine ausreichende Anzahl von Personen, die derartige Fortbildungen und Supervisionen anbieten können, verfügbar wäre. Die Ausführungen zur Verankerung des Themas *Psychotherapie bei Intelligenzminderung* im Rahmen der fachärztlichen oder auch psychotherapeutischen Ausbildung verdeutlichen den Nischenstatus des Themas in beiden Disziplinen zusätzlich:

Ich habe mal im Rahmen von einer Assistenzärzterfortbildung, das Thema Psychotherapie im G-Bereich gemacht, das ist [...] in den meisten Ausbildungsinstituten [...] kein fixer Baustein für die Ausbildung der Psychotherapeuten. (Anhang A, Pos. 122) Gibt etliche, die haben das gar nicht drinnen, manche haben es als Wahlfach drinnen und manche haben es drinnen, aber das kommt auch nicht in der Ausbildung der Psychotherapeuten automatisch vor. (Anhang A, Pos. 124)

Hingegen der fehlenden Verpflichtung zur Vertiefung des Themas in der psychotherapeutischen Ausbildung ist das Thema *Intelligenzminderung* im Rahmen der fachärztlichen Ausbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie obligat, wenn auch ebenfalls nur als ein rudimentärer Bestandteil.

Da [Anm. A.G.: in der fachärztlichen Ausbildung Kinder- und Jugendpsychiatrie] wird es quasi gefordert, ja, aber auch bei uns wird es rudimentär gelehrt. [...] was gut geht ist natürlich die Abklärung von Autismus, ja, und [...] je mehr Versorgungsauftrag eine Klinik hat, desto eher gibt's natürlich die Möglichkeit, dass [...] ein Patient auch schlichtweg mal aufgenommen werden muss und aufgenommen wird mit einer geistigen Behinderung. [...] nicht automatisch auf jeder Uniklinik wird ein G-Kind behandelt. Da kannst du eine tolle wissenschaftliche Ausbildung haben und trotzdem nie ein G-Kind gesehen haben in deiner Ausbildung, ja. (Anhang A, Pos. 126)

Die mehrfach erwähnte Annahme, fachärztliche und psychotherapeutische Expertise für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sei weniger systematisch durch Curricula generiert und gesichert, sondern eher abhängig von individuellen theoretischen Vertiefungen und/oder praktischen Erfahrungswerten bestätigt sich erneut in den Schilderungen der Befragten.

8.1.7 Zusammenfassung Experteninterview I

Schülerinnen und Schüler mit und Anzahl an kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen

- Enormer Anstieg der Diagnosezahlen sind ein bisheriger und weiter andauernder Trend in der ambulanten und stationären KJP. Die Ergebnisse der quantitativen Studie zeigen sich zur Wahrnehmung des Praxisalltags der Befragten kongruent
- Als mögliche Gründe für die Entwicklung werden die Abnahme von Vorbehalten und Hemmnissen gegenüber einer kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung bei Eltern, Pädagogen aber auch in der gesamten gesellschaftlichen Wahrnehmung sowie steigende Leistungsanforderungen bei engeren Normierungsrahmen der pädagogischen Systeme (Kindergarten, Schule etc.) benannt
- Weitere Gründe für Diagnosen und den zahlenmäßigen Anstieg psychiatrischer Diagnosen sind der Zugang zu spezifischen Hilfssystemen und die Sicherung einer adäquaten Versorgung für Betroffene, die zunehmenden Forderungen der Schulen und anderer pädagogischer Institutionen nach psychiatrischer Abklärung aber auch eine gewisse Entlastung aus einer erzieherischen Verantwortung durch die Diagnosestellung sowie eine generell erhöhte Sensibilität für psychische Störungen bei Pädagogen und Eltern
- Abrechnungs- und Verrechnungssysteme sind bei ärztlicher Behandlung an Diagnosestellungen gebunden. In der Konsequenz folgt einer Behandlung / Vorstellung an der KJP i.d.R. eine Diagnose
- Annahme einer Unterrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung im Rahmen der stationären und ambulanten KJP
- Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung (Diagnostik, medizinische und/oder psychotherapeutische Behandlung) für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung ist im Versorgungssystem breiter verteilt (SPZs, niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinderärzt*innen etc.) und nicht zwingend an der KJP angesiedelt

Mehrfachdiagnosen

- Mehrfachdiagnosen können als Hinweis für erhebliche Verhaltens- und/oder Empfindensauffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen bewertet werden. Ihnen liegen in der Regel Überforderung des pädagogischen oder Familiensystems zugrunde sowie eine Symptomatologie, der das Umfeld des Kindes oder Jugendlichen nicht ohne ärztliche Unterstützung adäquat begegnen kann. Die Einschätzungen erhöhen die Bedeutung des Indikators hinsichtlich seiner Aussagekraft zu erhöhten pädagogischen Anforderungen in der Praxis der FZgEs

Verteilung der Diagnosearten

F8

- Entgegen des diagnostischen Ausschlusskriteriums (ICD-10) eines IQ-Werts <70, für umschriebene Entwicklungsstörungen, hält die Interviewte bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung eine individuelle Normierung («gefühlte Norm») zur Einschätzung etwaig abweichender Entwicklungsbereiche für notwendig
- Die Diagnose einer umschriebenen Entwicklungsstörung hält die Befragte auch bei Intelligenzminderung für legitim und hinsichtlich des Zugangs zu spezifischer therapeutischer Versorgung auch notwendig

F84

- Patient*innen mit Intelligenzminderung werden meist im Zuge der ASS-Diagnostik an der KJP vorgestellt, ansonsten ist diese Patientenklientel an der KJP deutlich unterrepräsentiert.
- Anstieg der Diagnosezahlen wäre wahrnehmbar, wenn die Diagnosekapazitäten der ASS Ambulanz ausreichen würden – derzeit lange Wartelisten trotz einer breiteren und ebenfalls hochqualifizierten Autismusdiagnostik an den SPZs

F9

- die Interviewte hält die subjektive Wahrnehmung einer «immer schwierigeren Schülerklientel» für stimmig.
- Externe Einflussfaktoren und Belastungen durch Leistungsdruck, Lautstärke, Medien etc. bewertet die Befragte als ursächlich für häufigere Verhaltensauffälligkeiten
- Die Diagnose von Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen einer F7-Diagnose sei wenig aussagekräftig, weshalb differenzierte Diagnosen der Kategorie F9 notwendig werden
- Zunahme der Fallzahlen begründet durch häufigere Vorstellung in der KJP oder anderen Ärzt*innen aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten – der Vorstellung folgt i. d. R. eine Diagnose

F90

- Abflauen der «Modediagnose» ADHS führt zu regressiver Entwicklung der Fallzahlen
- Die Prävalenz der Störung hätte sich nach Auffassung der Interviewten jedoch weder in der Vergangenheit noch aktuell verändert, sie hänge mehr von schulischen Störungsdefinitionen und unterschiedlicher Toleranz der einzelnen Systeme gegenüber spezifischen Verhaltensaüßerungen ab
- Medikamentöse Behandlung der Störung bei geistiger Behinderung gestaltet sich nach Erfahrungen der Befragten abweichend von den allgemeinen Medikationsempfehlungen
- Möglicher Grund für eine überdurchschnittliche administrative Prävalenz an den untersuchten Schulen könnte das «Mitschleppen» von ADHS Diagnosen durch die gesamte Schullaufbahn sein, da die Diagnose nur in den seltensten Fällen ärztlich revidiert würde

Fx / Sonstige Störungen

- Annahme einer deutlichen Unterrepräsentanz von Störungen der Kategorie *Sonstige Störungen*
- Vorstellung von Kindern und Jugendlichen nur bei massiven Störungssymptomen (z. B. bei Depression, Angst, psychotischen Entwicklungen etc.) aufgrund von overshadowing Effekten und mangelnder Sensibilität gegenüber Symptomen internalisierter Störungen («[...] die sind ja nicht anstrengend.» Anhang A, Pos. 86)

Psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung

- Optimales Diagnosesetting für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung sei die alltägliche Umgebung, die multiperspektivisch und interdisziplinär betrachtet wird
- Notwendig seien ausreichende zeitliche Kapazitäten zur Beobachtung in verschiedenen Lebenssituationen, Umgebungen und Anforderungssituationen
- Hohes Potential an FZgEs zur multiprofessionelle Kooperation und Diagnostik
- Umsetzung scheitert weniger an den gesetzlichen wie finanziellen Grundlagen, sondern an der Verfügbarkeit von Fachärzt*innen mit entsprechender Expertise zur psychiatrischen Diagnostik bei Intelligenzminderung

Kooperation und Beiträge der Disziplinen

- Nach Einschätzung der Interviewten bis zum aktuellen Zeitpunkt wenig bis keine Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heilpädagogik (Sonderpädagogik) auf Fachverbandsebene. Keine etablierte systematische Kooperation und Kommunikation der Disziplinen (Heil-)Pädagogik und Psychiatrie (z. B. in Form von regelmäßigen Fachtagungen)
- Deutliche Befürwortung interdisziplinärer Kooperation und systematischer Zusammenarbeit im Hinblick auf die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung

Psychiatrische Versorgungslage

- Die Interviewte bewertet die psychiatrische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung in Ostbayern als «mindestens mangelhaft»
- Kooperationen zwischen aufsuchenden Diensten, Liaison-Diensten und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen und den FZgEs werden als möglicherweise ertragreich und wünschenswert bewertet und als Minimalstandard für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung aufgeführt
- Teilweises Fehlen bzw. bestehender Mangel an verbindlichen Systemen und Strukturen zur Kooperation zwischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der KJP

8.2 Auswertung Experteninterview II

Die Auswertung des Experteninterviews mit Hr. Prof. Dr. Anderson⁹¹ erfolgt entsprechend der deduktiv angelegten Kategorie Systeme des Interviewleitfadens (siehe 7.1.2), die im Zuge der Auswertung binendifferenziert und um Subkategorien erweitert wurden. Die detailliertere Kategorisierung spiegelt sich in den Gliederungspunkten der Auswertung wider. Der Aspekt der bestehenden Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen an Förderzentren bildet die empirisch belegte Grundlage des Interviews, weshalb er hingegen der Struktur der Vertiefung (siehe 6.2) nicht in die Gliederung der Auswertung Einzug findet. Zudem werden weiterführende Aspekte des Experteninterviews durch induktiv gebildete Kategorien in der Auswertung berücksichtigt, die sich im Zuge der systematischen Auswertung des Interviewtextes ergaben. Die direkt oder indirekt zitierten Textpassagen werden nach Themenbezug zugeordnet und analytisch fruchtbar gemacht, die chronologische Reihenfolge der Aussagen wird im Sinne einer sequentiellen inhaltlichen Analyse gegebenenfalls aufgehoben.

8.2.1 Erklärungsansätze der Überrepräsentanz

Zur Herstellung einer gemeinsamen Diskussionsbasis wurden im Gespräch die tragenden Thesen der theoretischen Vertiefung (siehe 6.2) dargelegt um eine grundsätzliche Übereinstimmung des Interviewten mit dem hierzu ausgewählten theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit zu prüfen. Der Interviewte fügte seiner grundsätzlichen Zustimmung zu den herangezogenen Erklärungsansätzen (Anhang B, Pos. 80) eine wichtige und zentrale Differenzierung des Untersuchungsobjekts hinzu, die aufgrund ihrer substantiellen Auswirkung auf die Codierungssysteme und Struktur der Auswertung der Darstellung der Erklärungsansätze vorangestellt wird:

Grundsätzlich denke ich, würde ich d'accord gehen, ja. (...) [...] es ist wichtig zu unterscheiden, je nach Kategorie der Zugewanderten selbst. Also grundsätzlich eben Fluchthintergrund oder erzwungene Migration oder Arbeitsmigration oder Hochqualifizierten-Migration, welche Hintergründe sind da wichtig, verzahnt mit eigenen Bildungserfahrungen im Herkunftsland und auch im Aufnahmeland, dass diese Faktoren sich dann also stark auswirken [...] (Anhang B, Pos. 80)

Durch die Subkategorisierung der Gruppe der Menschen mit Migrationserfahrung, den Hinweis auf deren unterschiedliche Migrationsmotive sowie hoch disparate Ressourcenzugänge sowohl im Herkunfts- als auch im Aufnahmeland, bereichert der Interviewte die statistisch quantitative Darstellung des verfügbaren Merkmals *Nationalität* um eine weiterführende Diskussionsgrundlage, die die Gruppe der untersuchten Personen nach qualitativen Kriterien unterscheidet und ein differenzierteres Kategoriesystem der Diskussion über die Studienergebnisse anbietet. Der Interviewte sieht bedeutsame Unterschiede hinsichtlich der Lebensrealitäten der unterscheidbaren Gruppen von Menschen mit Migrationsbiographie, die Zugehörigkeit zur Gruppe gäbe beispielsweise wichtige Hinweise auf die Wohnsituation:

⁹¹ Prof. Dr. Anderson ist Migrationsforscher und Professor für Sozialraumorientierung und interkulturelle soziale Arbeit an der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg (OTH). Er ist engagiert im Inklusionszirkel Flucht, Migration und Behinderung der EUTB Regensburg und verfügt durch seine eigene berufliche Erfahrung, die auch eine fünfjährige Tätigkeit als Erzieher an einer Schule für schwer mehrfach behinderte Kinder (Tagesstätte Neuaubing bei München) einschließt, neben vertiefter Forschungkenntnis zum Thema Migration und Behinderung über direkte Praxiserfahrung im Kontext der Fragestellung der vorliegenden Studie. Durch seine Tätigkeit an der OTH Regensburg sind ihm ebenfalls die regionale Infrastruktur sowie regionale Spezifika Ostbayerns vertraut (Anderson), was ihn in mehrfacher Hinsicht als Experte im Kontext der vorliegenden Untersuchung auszeichnet.

[...] wie ist die Lebenssituation der Eltern [...] mit Migrationshintergrund, das ist ein großer Unterschied logischerweise, ob es sich um Arbeitsmigranten handelt oder um Menschen mit Fluchthintergrund. Und mit Fluchthintergrund, wie leben sie, leben sie in einer Gemeinschaftsunterkunft, leben sie im Ankerzentrum? Und im Grunde diese Lebenssituation einzubeziehen ist sehr wichtig. (Anhang B, Pos. 54)

Neben der Wohnsituation und den grundsätzlich anzunehmenden erschwerten sozioökonomischen Rahmenbedingungen im Falle von Fluchtmigration (siehe auch 6.2.5) sind anhand der Länge des Aufenthalts im Aufnahmeland weitere Aspekte mit zu bedenken, die sich direkt, indirekt oder auch in der Summe der Faktoren auf die positive Wahrnehmung von Systemunterstützung sowie des gesamten Bildungssystems auswirken und die beschriebenen Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund entsprechend unterschiedlich schwer betreffen. Höhere sprachliche Barrieren sowohl bei der Wahrnehmung des Unterstützungssystems als auch als Hemmnisse für Bildungserfolg sowie eine geringere Systemkenntnis bei gleichzeitig abweichender Systemerwartung können erhebliche Hinderungsfaktoren für erfolgreiche Partizipation am (Bildungs-)System darstellen:

Und die Geflüchteten, die sind noch nicht so lange hier, die haben nicht nur die größeren sprachlichen Barrieren, sondern die haben diese informellen Kenntnisse nicht, die wissen wenig, wie das System Bildung funktioniert und wenn sie [...], was bei vielen Geflüchteten der Fall sein wird, [...] noch dazu von der Bildungsbeschaffenheit oder Beschaffenheit von Bildungsstrukturen [...] ausgehen – viele werden aus Ländern kommen, in denen ein eher z. B. dirigistischer [...] Lehrstil bestimmend ist – sie werden nicht im Sinne von autonomem Lernen, wie in Mitteleuropa dann üblich, die werden nicht unbedingt in gleicher Art und Weise das Lernen lernen erlebt haben, dass man autonom das eigene Lernfeld gestalten muss, dass man eigens recherchiert, [...] aber wie soll man als selbstständig agierender und denkender Schüler arbeiten und auch dann agieren und auch dann argumentieren und auch Lehrstoff bewältigen und und und, all die Aspekte die zum Lernen lernen im weitesten Sinne dazugehören, viele Geflüchteten werden diese relativ große Hürde haben, was wollen sie eigentlich von mir? Der Lehrer soll mir sagen wo es langgeht und das tut er ja auch nicht. (Anhang B, Pos. 62)

In Abgrenzung zur Gruppe der Menschen deren Migration durch Arbeitsmotive intendiert ist, sind vor allem die Rolle der Bildungssozialisation der Eltern und deren gewonnene Systemkenntnis anzumerken. Sowohl die Kompetenz im Umgang mit Bildungsanforderungen als auch die erfahrungsbedingte Haltung gegenüber Bildung und Erfolg, was sich letztlich im formalen Bildungsabschluss der Eltern spiegelt, können durch Aufenthaltsdauer und eigene positive Erfahrung mit dem Bildungssystem entsprechend als Unterstützungsfaktoren bewertet werden. Eine Ausführung, die sich kongruent mit der empirisch belegten, relevanten Einflussvariable *Bildungsstand der Hauptbezugsperson* in der Überprüfung der cultural fairness des WNV (siehe 6.2.6) zeigt.

[...] wenn man die Gruppen dann charakterisiert, die Menschen die [...] vor dem Hintergrund der Arbeitsmigration hier sind und hier im Wesentlichen aufgewachsen sind, [...] also die Kinder und die Eltern längere Zeit hier. Die Sozialisation ist viel stärker auf Deutschland ausgerichtet gewesen, das heißt sie kennen sich formell und informell viel besser aus. Die negative Seite davon kann ja sein, wenn die Eltern hier nur niedrige und vielleicht sogar keine Bildungsabschlüsse haben, [...] die transportieren an die Kinder oft ein, ein Bild der Bildung, [...] das eigentlich von Scheitern oder von Versagen geprägt ist und auch ein resignatives Bild gegebenfalls. Gut, diejenigen in der Arbeitsmigration, die sich behauptet haben und positive Erfahrungen gemacht haben in Bezug auf Schule [...], die vermitteln nicht nur ein weniger resignatives Bild, sondern sie haben natürlich also mehr Kompetenzen im Sinne von, wie kann man sich selbst helfen, die kennen sich mit Nachhilfe besser aus, die können die Kinder selbst besser unterstützen mit Hausaufgaben oder mit Bildungsorientierung [...]. Und die Geflüchteten, die sind noch nicht so lange hier. (Anhang B, Pos. 62)

Die dritte qualitativ unterscheidbare Gruppe von Menschen mit Migrationsbiographie in Deutschland ist der Expertenauffassung folgend die Gruppe der „hochqualifizierten Zuwanderer“ (Anhang B, Pos. 62), die folgendermaßen charakterisiert wird:

Es gibt noch eine dritte Gruppe, die wir immer vergessen, [...] weil sie so wenig in Erscheinung treten, wenn also um Studien im sozialen Bereich, Gesundheitsbereich oder Bildungsbereich geht, weil sie als weniger bedürftig erscheinen, in Führungszeichen. Das ist natürlich die immer größer werdende Gruppe von gut- und hochqualifizierten Zuwanderern. Die treten weniger in Erscheinung, aber die sind natürlich auch da und können natürlich aufgrund einer ganzen Reihe von Kompetenzen die sie haben, [...] anders agieren und die treten oft dann eher in Erscheinung als diejenigen, die gleichzusetzen sind, ökonomisch, bildungsorientiert, sozial, im Sinne von Kompetenzen, mit Mittelschichtsvertretern der Mehrheitsgesellschaft [...] (Anhang B, Pos. 62)

Grundsätzlich lassen sich die Expertenaussagen zu den ursächlichen Bedingungen für die bestehende Überrepräsentanz von Kindern und Jugendlichen anderer Nationalität an FZgEs den Kategorien *systembezogene* und *subjektbezogene Erklärungsansätze* zuordnen, die inhaltlich strukturierend auf unter 6.2 vorgelegte Theorieaspekte rekurren.

Im Gespräch über systembezogene Erklärungsansätze verweist der Interviewte mehrfach auf Formen und Erfahrungen *institutioneller Diskriminierung* (siehe 6.2.4) im Aufnahmeland, die seines Erachtens eng mit der Motivation zum Spracherwerb verwoben sein können. Am Beispiel der Gastarbeitergeneration erläutert der Interviewte weitere mögliche hemmende Faktoren beim Erwerb der deutschen Sprache, wie beispielsweise die Verfügbarkeit von Deutschkursen, die fachdidaktisch „also die Sprachdidaktik im Sinne von Deutsch als Fremdsprache und Deutsch als Zweitsprache“ (Anhang B, Pos. 82), nicht ausreichend spezifiziert waren oder auch die zeitlichen Ressourcen, die für die klassische Gastarbeitergeneration aufgrund hohen Arbeitspensums eher begrenzt waren (ebd.). Die retrospektive Richtung des Beispiels gibt vor allem hinsichtlich der didaktischen Entwicklung und des Angebots von Sprachkursen Hinweise auf eine Verbesserung der Situation in den vergangenen Jahrzehnten.

[...] Diskriminierung oder einfach nicht beachtet werden oder, ja, nicht ernst genommen werden. Und das wirkt sich meines Erachtens sehr stark, das wird unterschätzt auch im Bezug auf die Fähigkeit und Bereitschaft, überhaupt sich selbst dann auch mit der deutschen Sprache auseinanderzusetzen [aus]. Man beachtet zu wenig, dass Spracherwerb affektiv bedingt ist. Beispiel: [...] Wenn noch dazu kam, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass sie in klassischem Ausländerdeutsch angesprochen worden sind, "Du fertig, raus!", [...] und das sind Erlebnisse, die man wirklich als erniedrigend empfunden hat, dann gab's dann wirklich sehr stark bei vielen Menschen die Haltung, wenn die nicht dazu ausgleichend positive Erfahrungen mit den Kollegen in der Arbeit gemacht haben und den Kolleginnen, [...] Ok, ihr geht so mit mir um, dann lern ich nur das, was ich auch brauche, muss zum / vier Frauen zu Hause, muss Einkaufen gehen können, ich muss zum Arzt, da nehme ich meinen Sohn mit und mehr braucht's nicht, wenn ihr so mit mir umgeht. Nicht ein bewusster Prozess aber sehr wohl ein affektiver Prozess, und das hat letztlich dann diese Faktoren miteinander verzahnt, die sehr stark also auf, auf die Fähigkeiten und Bereitschaft sich mit Deutsch, deutscher Sprache und deutscher Kultur auseinanderzusetzen, ähm, ausgewirkt und das wird viel zu wenig beachtet. (Anhang B, Pos. 82)

Die affektive Reaktion Betroffener auf die Erfahrung institutioneller Diskriminierung kann in Kombination mit anderen Faktoren zu einer aversiven Haltung gegenüber der Gesellschaft des Aufnahmelandes, dem deutschen System und des gesamten umgebenden Sozialraums führen (Anhang B, Pos. 83f) und mündet nach Auffassung des Interviewten nicht selten in den Vorwurf, ausländische Mitbürger und Mitbürgerinnen würden vorsätzlich Parallelgesellschaften bilden (ebd.). Die Beschreibung dieser Dynamik erinnert an die in der Theorie beschriebene These eines *gegenseitigen Misstrauens aller beteiligten Akteure* (siehe 6.2.2), welches zu einem grundlegend gespaltenen Verhältnis zueinander führt und als

elementares Integrationshemmnis wirkt. Somit erhebt der Interviewte auf der Grundlage seiner Forschung aber auch seiner langjährigen Erfahrungen im Feld einen *kultursensiblen Umgang*, zu dem auch eine respektvolle und verständliche Sprache zählt, mit Personen mit Migrationsbiographie in allen Ebenen des Systems für eine zentrale Aufgabe. Gerade durch die Entwicklungen in der vergangenen Dekade sieht Prof. Dr. Anderson sowohl positive Entwicklungen im Feld als auch im Rahmen seiner Tätigkeit an der OTH Regensburg und bestätigt deutlich die Auffassung „als guter Profi“ (Anhang B, Pos. 86) sei der Aufbau einer heterogenitätstoleranten und kultursensiblen Haltung unerlässlich.

In verschiedensten Bereichen, ja. Oder Wissen darüber vermitteln, [...] das ist in der Art und Weise wie man Gespräche führt, in der Art und Weise wie man miteinander agiert, in der Art und Weise wie man sich kundig gemacht hat, über diese prägenden Faktoren von Migranten und Migrantinnen und die irgendwie im Zuge von erzwungener Migration hier sind erst recht. Wobei man natürlich fairerweise sagen muss, in den letzten acht Jahren, sieben, acht, neun Jahren, hat sich in diversen Bereichen wirklich viel getan. Viele Kolleginnen und Kollegen in diversen Bereichen, Bildung, Verwaltung, sozialer Bereich, Gesundheitswesen, die machen sich kundig, in der Art und Weise wie sie es vorher gar nicht gemacht haben [...], das waren die engagierten Kollegen vorher, jetzt ist zum Teil verpflichtend, dass viele Menschen sich mit dem Thema auseinandersetzen. Das merk' ich an der Hochschule selbst, als Dozent, als Dozierender, ähm, die Studierenden betrachten diese, diese Bandbreite der Themen Migration/Integration nicht mehr als marginales Thema, sondern als zentrale Querschnittsaufgabe. Als guter Profi, muss man sich mit diesen Themen auseinandergesetzt haben, als ich anfang vor fünfzehn Jahren, das haben nur wenige so gedacht. (Anhang B, Pos. 85-87)

In direktem Zusammenhang mit Beratungsprozessen, die Menschen mit Migrationshintergrund auf verschiedenen Ebenen unterstützen sollten, gibt der Befragte mehrfach Hinweise auf stereotype Vorurteile – somit lässt sich die Ebene der systembezogenen Erklärungen um das Phänomen der Präokkupation erweitern. Auch wenn es sich bei Vorurteilen auch um persönliche, also subjektbezogene Merkmale handelt, werden sie zu systemischen, sobald ein Individuum im öffentlichen Auftrag im System auf der Grundlage seiner Präokkupationen handelt und Entscheidungen trifft. Der Interviewte spricht im Kontext von Behinderung von möglichen kulturellen Stereotypen und führt beispielhaft eine Art *magisches Denken* von Menschen aus bildungsfernen, traditionell und ländlich geprägten Herkunftsorten auf (Anhang B, Pos. 18), „das [von professionellen Beratern] pauschal auf andere Menschen mit einem ähnlichen Hintergrund“ (ebd.) übertragen wird und in der Konsequenz deren Verhaltensweisen, Erklärungsansätze und Lösungsstrategien abgewertet werden. Die Entwertung vollzieht sich in der Unvereinbarkeit zwischen diametral unterschiedlichen Perspektiven, der medizinisch-rationalen auf Seiten der Berater und der mystifizierend-religiösen auf Seiten der Beratenen und wirkt sich „in der ganzen Interaktion zwischen den Personen dann aus“ (Anhang B, Pos. 22):

[...] Beispiel „magisches Denken“: Um unserem Kind zu helfen, wollen wir eigentlich zu [...] einer Art "Medizinmann" hinfahren und der wird uns wirklich helfen können, natürlich auch für Profis hier, die nicht kulturell dann mitdenken, [...] da findet natürlich eine Abkanzlung dann auch statt, man kann also nicht mehr eigentlich fachlich angemessen mit diesen Familien dann umgehen. Die sind eher in ihrem magischen Denken dann verhaftet und diese Art kultureller Stereotypisierung und auch fehlende Fähigkeit des Perspektivenwechsels, was steckt dahinter? Dass diese Familien also ihre Not auf solche Lösungen und Hilfsansätze dann zurückgreifen, das kann sich dann stark auswirken. So ein Beispiel der kulturellen Zuschreibung, ja, und natürlich Denken in kulturellen Stereotypen. Wir haben das oft dann so erlebt mit Familien aus diesen Regionen, mit diesem bestimmten Hintergrund, da kommt man also gar nicht mit unseren Ansätzen voran. Ganz schwierige Sache, solche Aspekte können natürlich als ein Teil der kulturellen Stereotypisierung über die sprachliche Barriere hinaus verstärkend exkludierend wirken. (Anhang B, Pos. 18)

Neben der vermeintlich einhergehenden Erfahrung im Beratungsprozess aufgrund tradierter Erklärungsansätze für Behinderung (z. B. Gottes Strafe, Fatalismus und Schicksalsgläubigkeit) in seinem Bedürfnis nach Hilfe nicht ernst genommen zu werden, können Abwertungen der eigenen Weltsicht wiederum enorme affektive Reaktionen auslösen, die sich auf den weiteren Verlauf der gesamten Migrationsbiographie auswirken.

[...] ergänzend ein Aspekt, [...] der dann mit reinspielt in Bezug auf den Verlauf der Migrationsbiographie. [...] Welche Erfahrungen haben die Eltern gemacht, insgesamt mit der Aufnahmegesellschaft? Menschen mit niedrigen Qualifikationen werden oft die Entscheidungsinstanzen, nicht nur in der Schule, sondern in der Arbeit, also auch die Behörden mit denen sie zu tun haben, vor allem natürlich Ausländerbehörden usw. sie werden oft dann negative Erfahrungen gemacht haben und das fördert natürlich die Distanz, insgesamt, dass man sich überhaupt mit der deutschen Mehrheitsgesellschaft dann auseinandersetzt oder eben stärker diese resignative Haltung dann so einnimmt. (Anhang B, Pos. 80)

Erfahrungen von *missverstanden werden* in der Unvereinbarkeit von Weltsichten können erhebliche affektive Reaktionen bedingen und Unsicherheiten auslösen, die in negativer Konsequenz zu Rückzugs- und Isolationsreaktionen führen und basal die Integration in den Kulturkreis des Ankunftslandes erschweren. Ein Phänomen, das sich nach Auffassung des Interviewten im Zusammenspiel von kulturellen Prägungen und dem Bildungsstand von Menschen mit Migrationsbiographie zeigt und die kritisch erwähnte *Kulturalisierungsthese* (siehe 6.2.2) weniger vor dem Hintergrund potentiellen Bildungserfolgs, sondern vor der grundsätzlichen Motivation zur Integration in eine Mehrheitsgesellschaft zeigt. Jedoch wirken sich gerade Distinktionstendenzen gegenüber der Mehrheitsgesellschaft in einer latenten Ablehnung des gesamten Systems aus, so dass ebenfalls das Vertrauen in das Bildungssystem und mit ihm der Anreiz zur motivierten Mitarbeit im Bildungsprozess tangiert sein können. Vor allem aber wirken Kränkungen und das grundlegende Gefühl *unverstanden* zu sein auf das kooperative Verhalten während des Beratungs- respektive gesamten Bildungsprozesses (Compliance), was der Interviewte mit einem Beispiel aus dem Pflegebereich plastisch darstellt:

[...] also fehlende Compliance ist das Stichwort. Die Familien, Eltern, Angehörigen fühlen sich nicht verstanden, sie ziehen sich dann auch zurück. [...] Stichwort "ambulante Pflegedienste", ambulante Pflegedienste haben [...] mit einer Familie mit tradiert strukturiertem Migrationshintergrund zu tun und diese Familie übernimmt relativ viele intensive Aufgaben bei der Pflege [...] und auch da kommt dieses magische Denken zum Tragen um diese besondere Belastung [...] zu beschreiben und auch solche Wünsche, [...] andere Formen der Unterstützung dann zu finden, die nicht ins medizinische, nicht ins klassische schulmedizinische Bild [...] passen. Und in der Diskussion wird es für die Familie dann auch spürbar, werden wir mit unserer Sicht der Dinge nicht ernst genommen, [...] beenden sie [...] die Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst. Es ist eine Art *kulturelle Sprachlosigkeit* die daraus entsteht, für den Pflegedienst nicht zu erklären. "Wir haben unsere Angebote doch gemacht, wir haben alles ganz professionell erklärt, dann wollten sie auf einmal nicht mehr, die machen einfach nicht mit und die haben es dann beendet, ja, der Klient war ja weg." Das ist etwas Analoges denk' ich, diese Art von *kultureller Sprachlosigkeit*, weil die Familie in diesen tradierten Vorstellungen eigentlich geerdet oder auch verhaftet sind, [...] also sie fühlen sich missverstanden, auch nicht geachtet, und sagen, ok, dann machen wir da nicht mehr mit und so wirkt sich das dann aus [...]. (Anhang B, Pos. 32)

Die möglicherweise abweichenden Systemerwartungen bieten eine weitere Differenzierung der Kulturalisierungsthese an. Folgt man der Auffassung des Interviewten, bedingen im Kontext Schule die Antizipation der Eltern mit einem strengen und dirigistischem System zu verhandeln, wie sie es möglicherweise aus den Herkunftsländern kennen, Irritationen, da ihnen tradierte Reaktionsmuster und Verantwortungsübernahmen in der Kooperation mit einem demokratischen System nicht ausreichend bekannt

sind. Eine These die der Interviewte auch als Erklärungsansatz für die Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an Förderzentren für belastbar hält, da gerade bildungsferne Eltern mit der Erwartung eines dirigistischen Schulsystems dazu neigen könnten, Systementscheidungen widerstandslos zu akzeptieren:

[...] gerade bei denjenigen, die wenig Bildungsressourcen haben, da trifft das zu, [...] dass sie sowie wenig in Frage stellen. Die kennen also ein dirigistisches System in Bulgarien und Rumänien, dass die Schule sagt wo es langgeht und das akzeptieren sie dann genauso hier. Also gut, wenn die sagen, dass unser Kind dahin muss, dann ist es halt so. Und aufgrund der fehlenden Kenntnisse und der bisher fehlenden prägenden Erfahrung, also die Institution wird dann schon entscheiden können, gut, dann ist es halt so und wir sind nicht glücklich, aber es ist halt so und was haben wir für eine Alternative? Keine. (Anhang B, Pos. 76)

Das Beispiel verdeutlicht, dass neben einem anzunehmenden Mangel an Systemkenntnis der Eltern, also dem fehlenden Wissen über Rechte und Alternativen, möglicherweise kulturalisierte Aspekte wie die Erwartungshaltung an das System und die Definition des eigenen Einflusses sowie der eigenen Rolle in der Interaktion mit Systemvertretern ein durchaus einflussreiches Faktum im Kontext der Schulzuweisungsverfahren darstellen können und neben allen weiteren potentiellen Faktoren mitbedacht werden müssen.

Die bereits als Einflussvariable für Bildungserfolg benannte sozioökonomische Situation der Familie und letztlich des Individuums innerhalb der Familie wird vom Interviewten als eine hochrelevante eingestuft, die in Kombination mit weiteren Variablen die Schulzuweisung mitbedingt. Im Folgenden legt der Interviewte auf der Grundlage eigener Praxiserfahrungen die These vor, dass das Vorhandensein einer interdependenten Kombination einzelner Benachteiligungsfaktoren zur Zuweisung und Beschulung an einem FZgE oder vergleichbaren Schulart (z. B. FS Sehen) führen kann, obwohl Kinder und Jugendliche hinsichtlich ihrer intellektuellen Konstitution nicht zum originären Personenkreis der FZgEs gehören:

[...] aus der eigenen Biographie, also auch Beobachtungen, die ich wirklich in [...] mein Bild, [...] der Thematik [...] mit einfließen. Und zwar, da habe ich fünf Jahre in einer Schule und Tagesstätte für behinderte Kinder, schwerstbehinderte Kinder gearbeitet, [...] hab als Erzieher Gruppen gehabt und auch Gruppen geleitet und insgesamt von unserem Schülerprofil damals, das ist länger her, aber ich denk', also bestimmte Charakteristika halten da an, [...] bei den Schülern, Schülerinnen mit Migrationshintergrund fiel auf, dass wir manchmal uns gefragt haben [...] warum ist dieses Kind überhaupt in unserer Schule? Das Kind könnte in eine andere Schule gehen, mit anderen Fördermöglichkeiten, also der Grad der intellektuellen Beeinträchtigung vor allem, das ist nicht angemessen. Da hab' ich jetzt so einzelne Schüler vor Augen, die ich natürlich besonders gut kannte und mich gefragt hab, ist das wirklich eine angemessene Unterbringung? Es war das, was den Eltern vorgeschlagen worden ist und sie haben so wenig Systemkenntnisse, dass sie dem zugestimmt haben oder die Familien waren so isoliert und so überfordert, dass sie gesagt haben, besser diese Möglichkeit als gar keine. Insofern, denk ich ja, die Antwort auf Ihre Frage ist, also aus diesen persönlichen Erfahrungen aber auch das was ich sonst von meinen Recherchen dann so kenne, diese Verknüpfung von sozioökonomischer Situation und Bildungsferne und Mehrfachbenachteiligung, oder [...] Benachteiligungen, das ist sicherlich ein Faktor der dazukommt. Die fehlende Systemkenntnis und fehlende Möglichkeiten zu orientieren oder sich zur Wehr zu setzen, gegen Fehleinschätzungen, Fehleinstufungen. Das spielt, denk' ich, nicht selten eine Rolle. (Anhang B, Pos. 100)

Bereits bei der Beantwortung der offen formulierten Eingangsfrage des Experteninterviews, die nach grundsätzlich relevanten Themen im Themenkomplex Migration und Behinderung fragte, verwies der Interviewte sehr klar auf die Fragestellung, ob die diagnostischen Instrumente und Verfahren im Zuge der Schulzuweisungsverfahren respektive der sonderpädagogischen Diagnostik angemessene und valide Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund generieren können (siehe auch 6.2.6):

[...], ein Thema das relativ groß geschrieben ist meines Erachtens, ist, inwiefern [...] die Diagnostik und auch Feststellung von Behinderung und auch Förderbedarf wenig kultursensibel und zu sehr dadurch, dass es sehr stark sprachorientiert ist, [...] Fehleinschätzungen, Fehldiagnosen [...] erfolgen. Also durch Rückmeldung aus der Praxis vor allem, [...] von verschiedenen Kollegen und Kolleginnen und Institutionen, ist es mir klargeworden, dass die [...] Testverfahren um Behinderungsarten festzustellen, dass sie oft wirklich wenig kultursensibel sind, weil sie sehr stark sprachlich ausgerichtet sind. Und da hab' ich relativ viel Rückmeldung bekommen, dass diese fehlende Fähigkeit die diagnostischen Instrumente, also kultursensibel besser zu gestalten, weg von dieser Grundlage der vorhandenen Deutschkenntnisse, [...] dazu führt, dass es [...] eine Form der Exklusion gefördert wird. [...] es gibt eine fehlende Sensibilität dafür, dass man diese Instrumente weiterentwickeln muss. (Anhang B, Pos. 2)

Die These mangelnder Kultursensibilität der Testverfahren führt in der Konsequenz zur Frage nach den angemessenen Testverfahren und Testprozessen im Zuge der Schulzuweisung. Eine Frage die sich in der theoretischen Vertiefung lediglich für zwei gängige Testverfahren empirisch klären ließ. Weitere Testverfahren wurden diesbezüglich entweder nicht untersucht oder auch bereits klar kritisch und als ungeeignet zur Diagnostik im Kontext Migration (und Behinderung) bewertet, so dass die Expertenauffassung an dieser Stelle die theoretischen Annahmen durch Erfahrungswissen stützt, im zweiten Schritt auf die mangelnde Bereitschaft zur Veränderung der Situation verweist, wie sie auch Renner und Scholz (2022) kritisieren, und als eine „gravierende strukturelle Schwäche“ bewertet:

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass auch wenn man das thematisiert hat [...], in verschiedenen Kreisen, dass man da auch nicht weiter voran kommt, dass es bei dieser sprachbasierten Grundlage eigentlich geblieben ist, dass man erkannt, dass es nicht adäquat ist, dass das Ergebnis ist, dass überproportional viele [...] nicht Muttersprachler als Menschen mit Behinderung/Beeinträchtigung dadurch ermittelt werden, aber man nicht weiter gekommen ist um andere kultursensible Beurteilungsgrundlagen zu entwickeln und das scheint mir eine gravierende strukturelle Schwäche zu sein. (Anhang B, Pos. 6)

Den Aspekt diagnostischer Fehleinschätzungen, die die Grundlage für die Beschulungsentscheidung an einem FZgE sein können, verwebt der Interviewte ebenfalls im Netz interdependenter Einflussfaktoren mit der Systemkenntnis, Sprachkenntnis und Ressourcenverfügbarkeit der Eltern, sieht jedoch bis zum aktuellen Zeitpunkt wenige positive Entwicklung:

[...] Eltern, [...] die sich getraut haben die Verfahren in Frage zu stellen, also einfach genau nachgefragt haben und gesagt haben nach Testergebnissen, das gibt aber das Bild der intellektuellen Fähigkeiten meines Kindes nicht ab, das ist dadurch wirklich verfälscht und dadurch sind [...] Fachkräfte dann ins Grübeln gekommen, aber [es] kam nicht zu einer Weiterentwicklung der Kultursensibilität dadurch. (Anhang B, Pos. 10)

Eine weitere Zuspitzung erlebt die These der Fehleinschätzung in Kombination mit dem Nachdruck seitens des Regelschulsystems für Kinder und Jugendliche aufgrund mehrfacher Benachteiligungsfaktoren und daraus resultierender Verhaltenskonsequenzen, durch psychologische Testverfahren gezielt diagnostische Grundlagen zur Zuweisung in ein Fördersystem zu generieren:

[...] und nochmal komm' ich auf [...] den Faktor [...] mit den psychologischen Tests [...] und wie sie dementsprechend nicht nur wenig kultursensibel ausgerichtet sind und zu stark [...] mehrheitssprachlich und nicht nur sprachlich, sondern auch im Sinne der Wahrnehmung und sozialer Strukturalisierung sehr stark auf [...] Mehrheitskultur ausgerichtet sind, [...] als ich eine Fortbildung durchgeführt habe mit Psychologen und Psychologinnen, [...] die diese Verfahren durchgeführt haben in diversen Einrichtungen in Bayern, da war ganz eindeutig auch die Aussage, dass sie oft sich auch sehr unwohl gefühlt haben, weil es offensichtlich war, dass Kinder für die Aufnahme in solche Einrichtungen dann empfohlen worden sind, bei denen es klar war, die Regelschulen wollen sie nicht mehr haben, die stören zu sehr, ihr Verhalten stört und oft ganz offensichtlich aufgrund von fehlenden Sprachkenntnissen, weil sie einfach [...] den Unterricht nicht mitverfolgen können, dann stören sie, dann treten sie so auf und flippen aus und was es alles gibt, "da muss ja irgendeine Störung dann vorliegen, also bitte, prüfen sie das jetzt ganz genau, ich will das Kind nicht mehr sehen." Ganz plump gesagt und das [...] ist seit langem ein gängiger Mechanismus und das ist einfach auch viel zu wenig untersucht worden, die Statistiken, die man genauer untersuchen müsste, also in den Jahren von mir aus zwischen 1960 und 1990, wieviel Kinder vor welchem Hintergrund haben die Empfehlung für die Sonderschule dann auch bekommen. [...] Es gibt natürlich viel Anekdotisches dazu, ja, dass viele Lehrkräfte damals auch gesagt haben, den behalt' ich nicht in meiner Klasse, diese Art von Schüler kann ich nicht gut gebrauchen. Und dass das sehr stark auf die fehlende Sprachkenntnis zurückging, [...]. (Anhang B, Pos. 117)

Das im Zitat beschriebene *Unerwünschtsein* im Regelschulsystem schließt an die These systemimmanenter Exklusionsvektoren und dem im deutschen Regelschulsystem vermeintlich exkludierend wirkenden Attribut *nichtdeutsch* oder *ausländisch* an (siehe 6.2.1). Folgt man den Ausführungen des Interviewten, sind Schulüberweisungsverfahren nicht zwingend an die grundsätzliche valide Leistungsdiagnostik gebunden. Vielmehr verweist die Ausführung auf eine Umkehrung, so dass der Wunsch der Zuweisung an ein Förderzentrum sich in einem, zumindest Validität vorgebenden, diagnostischen Ergebnis legitimiert. Eine These, die weit skandalöseres Ausmaß hat als die noch abstrakter formulierte Annahme, Testverfahren seien aufgrund mangelnder Kultursensibilität bei Kindern anderem kulturellem Hintergrund nicht treffsicher.

8.2.2 Zur unterschiedlichen Bewertung von Herkunftsregionen

Neben dem zahlenmäßigen Anstieg der Gruppe von Schülern und Schülerinnen ausländischer Nationalität im Allgemeinen, ist vor allem die anteilige *Verschiebung* der Größe der Subgruppen nach nationaler Zugehörigkeit bemerkenswert (siehe 4.1.2 und 5.1.2). Der Interviewte bewertet die Entwicklungen als eine quantitative Bestätigung der positiven Wirkung diverser Faktoren im Zusammenhang mit der Dauer des Aufenthalts im Ankunftsland, was er am Beispiel der dekadisch enorm abnehmenden Gruppe türkischer Schüler und Schülerinnen (siehe 4.1.2) veranschaulicht:

Das war meine These auch, ja. [...] das fand ich ganz interessant an Ihren Ergebnissen [...], die Zahl der türkischen Schüler geht dann auch zurück. Das hängt mit all diesen Faktoren zusammen, Ressourcen, man kennt das System besser, also auch bei Schülern, die einen Unterstützungs- und Förderbedarf haben, man weiß dann viel eher, je länger man hier ist, es gibt andere Wege, wie kann man dafür sorgen, dass es nicht unbedingt diese Schule sein muss. Den Weg kann man dann eher gehen. Und ja, man weiß auch viel mehr natürlich von diesem negativen Stigma, viel eher, als Mitglieder der Mehrheitsgesellschaft und tut mehr, um das zu umgehen. All diese Faktoren kommen zusammen, ja. (Anhang B, Pos. 70)

Im Rückschluss nehmen die Nationalitätengruppen entsprechend der Länge ihres Aufenthalts in Deutschland als Gruppen von Schülerinnen und Schülern an den untersuchten FZgEs ab. Eine Entwicklung, die sich möglicherweise auch durch weitere Ressourcenoptionen bedingt, wie beispielsweise

eine verbesserte sozioökonomische Situation durch langjährigen Aufenthalt und Stabilisierung der Gehalts- und Arbeitsmöglichkeiten oder durch ein Gefühl des *Beheimatet-Seins*, wenn auch in einer subkulturellen Zugehörigkeit zu einer großen und gut vernetzten ethnischen Gruppe (ethnic community) innerhalb des nahen Sozialraums oder des gesamten Aufnahmelandes. Die Ergebnisse der quantitativen Studie weisen deutliche dekadische Veränderungen der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus dem Mittleren und Nahen Osten (SY, AF), Asien (IQ) sowie aus Südosteuropa (BG, KO, RO) auf, was der Interviewte durch unterschiedliche Fluchtmotive zu erklären sucht. So gibt die Herkunft aus dem Nahen und Mittleren Osten erwarteter Weise Grund zur Annahme einer Fluchtmigration. Die Bewertung der vorhandenen Bildungsmotivation, die zwar eher gegen die faktischen Entwicklungen spräche, gibt dennoch wertvolle Hinweise auf mögliche elterliche Haltungen, die, abhängig von der Fluchtmotivation und vor allem den Bildungsressourcen, dem Bildungsauftrag und des Bildungsstandes der Eltern sind:

[...] wenn [...] Menschen, die aus dem Nahen Osten kommen, die aus Krisengebieten kommen, im Grunde einen Fluchthintergrund haben, also erzwungene Migration, viel von diesen Menschen werden [...] sehr viele, relativ viele ökonomische und Bildungsressourcen haben. Viele, das wissen wir, [...] Menschen mit Fluchthintergrund, die hierherkommen, die kommen mit einer sehr starken und bewussten Bildungsorientierung um nicht zu sagen, gerade bei den unbegleiteten Minderjährigen ist das sehr deutlich, sogar ein, ein Bildungsauftrag. Sie sollen / man hat viel in diese Menschen investiert, damit sie hier herkommen, viel bezahlt, dass sie hier herkommen können (...) also ja, weil diese Bildungsorientierung sehr stark da ist, dann klar, wenn auch ein Förderbedarf besteht, viel stärker die Orientierung seitens der Eltern, ich will nicht, dass mein Kind auf eine Förderschule da auch geht, ich will, dass andere Optionen gefunden werden und diese Familien haben dann wahrscheinlich auch eher die Ressourcen um sich schneller zu orientieren um zu sehen, was es an anderen Fördermöglichkeiten dann auch gibt. Wie kann man dafür sorgen, dass das Kind anders unterstützt und gefördert wird und auch also parallel dazu diese Stigmatisierung, ich will auf gar keinen Fall, dass das Kind diese Stigmatisierung dann auch erlebt. (Anhang B, Pos. 72)

Sowohl in absoluten Zahlen als auch anteilig an der Gesamtschülerschaft der Stichprobenschulen bilden Schülerinnen und Schüler aus europäischen Ländern außerhalb des Schengenraums die größte Gruppe ausländischer Kinder und Jugendlicher. Innerhalb dieser Gruppe zeigen sich eine dekadische Verneunfachung der Anzahl rumänischer Schüler und Schülerinnen sowie ein deutlicher Anstieg der Anzahl bulgarischer Kinder und Jugendlicher, worauf der Interviewte wie folgt Bezug nimmt:

Was die Menschen aus Osteuropa betrifft, aus Bulgarien und Rumänien. Also [...] Rumänien, es gibt da in Bezug auf das Bildungs- und Qualifikationsprofil einerseits, [...] so habe ich die Statistik mitbekommen im Lauf dieses Zeitraums, also [...] seitdem Menschen aus diesen zwei Aufnahmelandern wirklich ungehinderten Zugang [...] haben, das ist seit 2007 glaub ich⁹² [...]. Da ist es interessanterweise in Bayern der Fall, dass bei den Rumänen die Menschen, die hier sind und berufstätig sind, überdurchschnittlich qualifiziert sind im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung. In München ist das der Fall und ich glaube generell in Bayern, d. h. wir haben eigentlich mit Rumänen mit Menschen zu tun, die eigentlich über relativ viele ökonomische und bildungsorientierte Ressourcen verfügen um eine ähnliche Haltung zu haben, wie gerade erst beschrieben in Bezug auf die qualifizierten Geflüchteten und wenn es dann der Fall ist, dass [...] trotzdem [...] sehr viel mehr Menschen aus Rumänien, Bulgarien [...] ihre Kinder so auf diese Schulen mit dieser Förderorientierung [...] schicken, dann ist zum einen vielleicht eine bewusste Entscheidung, dass sie dann die Möglichkeiten einer gezielten Förderung dann positiv einschätzen und es // (Anhang B, Pos. 72)

⁹² Anm. A.G.: Der Beitritt zur Europäischen Union (EU) der Staaten Rumänien und Bulgarien erfolgte zum 01.01.2007 was zu einem enormen Anstieg der europäischen Binnenmigration führte. „Der klassischen sozialwissenschaftlichen Migrationsforschung zufolge rufen vornehmlich ökonomische Unterschiede zwischen einzelnen Ländern und Regionen Wanderungsbewegungen von Menschen hervor [...]. Für die Wahl eines Ziellandes entscheiden zudem weitere Aspekte: Persönliche Bindungen in ein bestimmtes Land [...] Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit für mitziehende Partnerinnen und Partner etc.“ (Bundeszentrale für politische Bildung, 2018)

[...] ist natürlich sehr unterschiedlich je nach Behinderungsart. Oder es kann sich auch handeln [...] um, das Thema, das ich vorher sagte mit dem Qualifikationsprofil, dass Menschen mit einem bulgarischen oder rumänischen Hintergrund sich umgekehrt sehr wenig mit dem Bildungssystem dann auskennen und es dann einfach dann akzeptieren. Viel eher akzeptieren, es gibt natürlich auch nicht wenig Menschen mit geringen Qualifikationen [...] aus diesen Ländern, die hier Fuß fassen. (Anhang B, Pos. 74)

Die Ausführungen bieten somit zwei grundlegende Erklärungsansätze für die hohe Repräsentanz rumänischer und bulgarischer Kinder an den untersuchten FZgEs. Einerseits können vor dem Hintergrund hoher Qualifikationsprofile der Eltern eine tiefe Systemkenntnis und die bewusste Entscheidung für einen förderlichen Beschulungsort für ein Kind mit Behinderung angenommen werden. In diesen Fällen liegt schlussfolgernd auch das Versorgungsmotiv als Anlass für die Migration nahe, kombiniert mit besseren Chancen auf dem Arbeitsmarkt und der bestehenden unterschiedlichen Lohnniveaus zwischen Herkunfts- und Zielland. Andererseits geht der Interviewte ebenfalls von einer hohen Anzahl von Menschen aus Südosteuropa aus, deren Bildungsressourcen gering sind und deren Profile sozialwissenschaftlich gesehen eher Menschen mit Fluchtmigrationsmotiven ähneln, so dass die mangelnde Bewertungskompetenz des Schulsystems und der Schulform zu widerspruchloser Akzeptanz der Entscheidungen der Schulen, Lehrkräften etc. führt:

Die kennen also ein dirigistisches System in Bulgarien und Rumänien, dass die Schule sagt wo es langgeht und das akzeptieren sie dann genauso hier. Also gut, wenn die sagen, dass unser Kind dahin muss, dann ist es halt so. Und aufgrund der fehlenden Kenntnisse und der bisher fehlenden prägenden Erfahrung, also die Institution wird dann schon entscheiden können, gut, dann ist es halt so und wir sind nicht glücklich, [...] was haben wir für eine Alternative? Keine. Das ist vielleicht dann eher die Erklärung, vermute ich. (Anhang B, Pos. 76)

Beide angebotenen Erklärungsansätze können hypothetisch als gleichwertig betrachtet werden, so dass eine tiefere Analyse des Sachverhalts in den Gruppendiskussionen an den einzelnen Schulen erfolgt. Zur empirischen Klärung des Phänomens der Überrepräsentanz südosteuropäischer Kinder und Jugendlicher an den untersuchten FZgEs wären zukünftige Gutachtenanalysen und Befragungen der betroffenen Familien zu Migrationsmotiven denkbar.

8.2.3 Zur regionalen Ungleichverteilung ausländischer Kinder und Jugendlicher an den Stichprobenschulen

In den Ergebnissen der quantitativen Studie fallen enorm ungleiche Anteile ausländischer Schüler und Schülerinnen an den einzelnen Stichprobenschulen auf, die im Schuljahr 2019/20 zwischen 9.85 % (Lkr. Cham) und 24 % (Lkr. Kelheim) rangieren. Auf die Frage, ob der Interviewte aufgrund seiner Tätigkeit an der OTH Regensburg und seinem Regionsbezug hierfür Erklärungen anbieten können, verbleibt die Antwort eher hypothetisch und formuliert mögliche Hintergründe. Im Folgenden wird zum besseren Verständnis im Kontext des Interviewdialoges zitiert (I = Interviewer; B = Befragter):

I: Selbstverständlich war zu erwarten, dass man hier in Ballungsräumen wie Regensburg oder letztlich auch Straubing als ostbayerische Ballungszentren – das ist zwar vielleicht etwas übertrieben das so zu bezeichnen, aber – aber es ist in der Realität ja so, dass man hier erhöhte Zahlen hat. Was mich extrem verwundert hat, war dieser ganz hohe Anteil von 24 % im Landkreis Kelheim, [...] kennen Sie vielleicht die Hintergründe, warum man hier solche [...] Kumulationen finden kann in den Landkreisen, in den Städten?

B: Ich habe keine plausible / [...] keine fundierten Erklärungen. Was immer eine Rolle spielen kann ist, gerade in Netzwerken von Migranten, Migrantinnen, Zugewanderten [...], eine bestimmte Dynamik [...], wenn Einrichtungen oder Versorgungsoptionen dann bekannt sind, d. h. [...] wenn in bestimmten Kreisen [...] bekannt ist, in Kelheim, die haben da vielleicht gute Angebote, die Schule ist also dafür besonders offen und man hat da gute Erfahrungen gemacht, dass es sich dann auch rumspricht. Also [...] die Familien, bei denen es dann Thema ist, dass sie dann besser informiert sind, dass man [...] sich angesprochen fühlt und [...] diese Angebote dann wahrnimmt.

I: Sie meinen, dass die Kommunikation in der ethnischen Community dazu führt, dass man hier so Kumulationen hat?

B: Ja, genau. [...] Das könnte ein Faktor sein, das ist aber eben nur eine Vermutung. (Anhang B, Pos. 103–106)

Im weiteren Gespräch regt der Befragte weitere Untersuchung des Phänomens im Rahmen der Gruppendiskussionen an den Stichprobenschulen oder als Anschlussuntersuchung in der Analyse der Kommunikationsnetzwerke an und nennt als mögliche Kontextindikatoren die Kommunikations- und Vermittlungsnetzwerke in den Städten und Landkreisen (z. B. Jugendämter, Bezirke, Beratungsstellen, Migranten Selbsthilfe Organisationen (MSO) etc.) oder auch die spezifische Qualität der einzelnen Schulen (z. B. hohe Kompetenz der Schule im Umgang mit Mehrsprachigkeit, intensive Kooperation mit Unterstützungsstellen wie der EUTB etc.):

[...] das sind natürlich ihre Ansprechpartner, die Menschen die in der Beratung tätig sind, die dann tatsächlich vermitteln würden, inwiefern sind sie selbst da so ähnlich vernetzt mit MSOs, [...] dass tatsächlich Informationsflüsse in Kelheim besser ablaufen, dass insgesamt die soziale und Bildungsszene besser vernetzt ist. Vielleicht als analoges Beispiel: Also in Regensburg, als ich anfang vor 15 Jahren, die [...] interkulturelle Arbeit generell war nicht so sehr stark ausgeprägt, es gab so eins, zwei, drei Organisationen, das hat sich enorm entwickelt im Lauf der letzten 15 Jahre, im Sinne von interkulturell arbeitenden Initiativen, Institutionen im Bildungsbereich, im Gesundheitsbereich, im sozialen Bereich. Die sind viel, viel mehr und auch viel besser miteinander vernetzt und organisiert. Wenn Sie ein Angebot machen, wenn sie [...] interkulturell zusammenarbeiten wollen, sie wissen also mit welchen Instanzen und auch mit welchen Gremien, also Integrationsrat zum Beispiel, die dann zusammenarbeiten um Informationen zu verbreiten, um besondere Informationstage, Tage der offenen Tür, alles Mögliche zu organisieren. Und können dann dort viel besser unterschiedliche ethnische Betroffengruppen für ihr Angebot erreichen. Früher, als es solche Strukturen untereinander nicht gab, wesentlich weniger Organisationen und auch wesentlich weniger gut vernetzt, wären die Migranten und Migrantenfamilien vielmehr in der Isolation gewesen und waren sie auch. Jetzt sind die Möglichkeiten der Information und der Vernetzung viel vielfältiger und selbstverständlicher. [...] Das heißt, die Frage wäre gezielt also dann in Kelheim zu stellen, bei dem Berater, bei denjenigen, die dann tatsächlich auch zwischen den Instanzen ähm, vernetzen und Kontakte [...] haben, [...]. (Anhang B, Pos. 108)

Der Hinweis auf regional unterschiedliche Netzwerk-, Kommunikations- und Unterstützungssysteme in Kombination mit der spezifischen Kompetenz einzelner Stichprobenschulen im Umgang mit Familien und Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund stellt sich plausibel dar und wird im Zuge der Gruppendiskussion klärend mitberücksichtigt.

8.2.4 Zu aktuellen Herausforderungen und möglichen Lösungsansätzen

Während des gesamten Interviews gab es Verweis auf Problemstellungen in der Praxis und konkrete Lösungsansätze respektive Optionen oder Bedarfe, die folgend zusammenfassend in Kategorien gegliedert dargestellt werden.

8.2.4.1 Normative Aspekte

Wie bereits in der theoretischen Vertiefung zum Themenkomplex dargelegt, bedarf die positive und erfolgreiche Kooperation in jeder Dimension des Unterstützungssystems einer normativen Grundhaltung, die von hoher Heterogenitätstoleranz, Akzeptanz und Respekt geprägt ist. Eine Haltung, die am ehesten der Terminus *Kultursensibilität* als kumulierter Wert verschiedener Haltungsaspekte beschreiben kann. Der Befragte sieht vor allem in disparaten Wertvorstellungen sowie im immanenten Konflikt zwischen tradiert-mystischen und wissenschaftlichen Realitätszugängen Konfliktpotential, dem prophylaktisch einerseits Fachwissen im Bereich interkultureller Kooperation sowie andererseits eine achtsame und kultursensible Haltung entgegenwirken kann. Verdeutlicht wird diese elementare Haltung am Beispiel des zum Teil bei Menschen aus ländlichen und traditionell geprägten Regionen vorherrschende *magischen Denkens* über Behinderung (siehe 6.2.1), das in Beratungskontexten zu Missverständnissen bis hin zu schwerwiegenden Störungen im Beziehungsaufbau im Sinne einer *kulturellen Sprachlosigkeit* führen kann:

[...] Und dass es ganz entscheidend in der Interaktion ist, also wie man da reagiert, [...] es ist inhaltlich kein Problem den Familien zu sagen, oder zu erklären, warum dieser Ansatz [Anm. A.G.: hier der Wunsch nach einer Art „Medizinmann“ (Anhang B, Pos. 18)] letztlich nicht helfen wird, aber im Moment der Interaktion der Erklärung ist es ganz wichtig, dass man nicht den Hauch vom Fehlen dieses Ernstnehmens [...] zu erkennen gibt. Dass man den Eindruck vermittelt, man nimmt diese Sicht der Dinge, diesen magischen Ansatz, man nimmt das per se ernst, weil es affektiv der Familie zunächst einmal sehr viel bedeutet. Und um dieses Affektive mit einzubeziehen und es nicht sozusagen, streng rational zu sagen, "Das was sie erzählen ist Quatsch, woher haben sie das?", das gar nicht anklingen lassen, also das zunächst als Ansatz im Sinne einer Begegnung auf Augenhöhe [...] gelten lassen, die Argumente darlegen lassen und dann diese Argumente im Sinne einer seriösen Diskussion aufnehmen. [...] (Anhang B, Pos. 34)

Der Befragte bestätigt ebenfalls auf die Frage nach den zentralen Ergebnissen seiner Migrationsforschung den hohen Wert von kultursensibler und reflektierter, professioneller Haltung als eine grundlegende Kompetenz im Bereich interkultureller Arbeit und transkultureller Kommunikation. Zur Professionalisierung der Beratungsstellen und dort tätigen Professionen leitet der Befragte zur Notwendigkeit fachlichen Wissens über (Dialogform: I = Interviewer / B = Befragter):

I: Aber dann ist [...] also die oberste Erkenntnis, ja diese Offenheit und eine respektvolle Haltung und auch ein respektvoller Umgang und letztlich würde sich darin dann auch die Kultursensibilität darstellen?

B: In verschiedensten Bereichen, ja. Oder Wissen darüber vermitteln, und also die verschiedenen Aspekte, die wir angesprochen haben, das ist in der Art und Weise wie man Gespräche führt, in der Art und Weise wie man miteinander agiert, in der Art und Weise wie man sich kundig gemacht hat, über diese prägenden Faktoren von Migranten und Migrantinnen und die irgendwie im Zuge von erzwungener Migration hier sind erst recht. (Anhang B, Pos. 85-86)

Weiter sieht der Interviewte vor allem im Zeitraum der vergangenen Dekade eine positive Entwicklung und eine weitreichende Sensibilisierung der Fachdisziplinen aber auch der gesamten Gesellschaft für die Themen Migration, Integration, Interkulturalität, Transkulturalität und Kultursensibilität:

Wobei man natürlich fairer Weise sagen muss, in den letzten [...] sieben, acht, neun Jahren, hat sich in diversen Bereichen wirklich viel getan. Viele Kolleginnen und Kollegen in [...] Bildung, Verwaltung, sozialer Bereich, Gesundheitswesen, die machen sich kundig, in der Art und Weise wie sie es vorher gar nicht gemacht haben oder wie wenige, das waren die engagierten Kollegen vorher, jetzt ist zum Teil verpflichtend, dass viele Menschen sich mit dem Thema auseinandersetzen. Das merk' ich [...] selbst, als Dozent, [...] die Studierenden betrachten diese [...] Bandbreite der Themen Migration/Integration nicht mehr als marginales Thema, sondern als zentrale Querschnittsaufgabe. Als guter Profi, muss man sich mit diesen Themen auseinandergesetzt haben, [...]. (Anhang B, Pos. 86)

Die beschriebene Auseinandersetzung meint im Kontext der normativen Aspekte den reflektorischen Umgang mit Werthaltungen und Heterogenitätstoleranz. Konkrete curriculare Aspekte für die Ausbildung in einschlägigen Professionen werden nachfolgend unter 8.2.4.2 dargestellt.

8.2.4.2 Impulse für die Aus- und Weiterbildung in sozialen Professionen

Den Ausführungen des Interviewten lassen sich konkrete Impulse zum systematischen Aufbau von Lösungskompetenzen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von pädagogischen Fachkräften entnehmen. Hinsichtlich der, aus seiner Sicht notwendigen Inhalte der Curricula, pointiert er die Bedeutung von Hintergrundwissen über mögliche Haltungen „kulturell anders Geprägter“ (Anhang B, Pos. 34):

[...] wichtig ist es [...] dass man in verschiedenen Fortbildungen, [...] von mir aus kann das auch sehr lebenspraktisch und auch plakativ sein, [...] dass sie [...] wissen, mit welchen Vorstellungen tradiert, gehen Familien also an diese Aufgabe daran und warum, also welche Situationen können entstehen, wodurch diese kulturelle Sprachlosigkeit zu einem Abbruch [...] führt. [...] also ich denke, in verschiedenen Bereichen viel Information über angstgeprägte kulturelle Vorstellungen in Bezug auf Behinderung und Beeinträchtigung, dass viel selbstverständlicher vermittelt wird, mit welchen Bildern kommen kulturell anders Geprägte (Störung durch ein Martinshorn). Ja, das ist eigentlich zum Grundverständnis in der Ausbildung in verschiedenen Bereichen, pädagogischen Bereichen und natürlich die Menschen, die psychologisch und therapeutisch dann arbeiten, [...] mit der Zielgruppe, dass sie wissen welche kulturelle Vorstellung und auch Wertevorstellung in Bezug auf "wer hilft", [...] „wer kann uns helfen?“, woher kommen diese Beeinträchtigungen, mit welchen Instanzen müssen wir uns auseinandersetzen, auch im Sinne von magischem Denken, dass man viel mehr darüber weiß und das auch ernst nimmt. Und dass es ganz entscheidend in der Interaktion ist, also wie man da reagiert [...]. (Anhang B, Pos. 34)

Im Kontext frühpädagogischer und schulischer Herausforderungen, welchen es im Zuge der zunehmenden Internationalisierung der Schülerschaft zu begegnen gilt, hebt der Interviewte analog zu den Aussagen der einschlägigen Literatur (siehe 6.2.1) die zentrale Bedeutung der Sprache und somit auch die weitreichende Aufgabe der Sprachförderung hervor, die er als gewichtigen und obligaten Inhalt der Aus- und Weiterbildung pädagogischer Fachkräfte bewertet:

Wichtig ist, dass strukturell in Bezug auf die Sprachförderung der Kinder, [...] im Elementarbereich mehr Wissen und Verständnis da ist, [...] über die Bedeutung von Mehrsprachigkeit als Ressource. Nach wie vor gibt es viele [...], gerade im Elementarbereich aber auch in der Grundschule, [...], Kinder, die mit einer anderen Muttersprache aufwachsen und auch zu Hause wenig deutsch sprechen; [...] neurowissenschaftlich und auch [...] im Sinne von Spracherwerb. Die Tatsache, dass sie die Muttersprache sprechen ist etwas Positives und wenn ich die pädagogischen Möglichkeiten habe, also vor allem im Kindergarten und im Elementarbereich, um kreativ mit Mehrsprachigkeit zu arbeiten – auf gar keinen Fall Sprechverbotel, die es nach wie vor in der Praxis auch noch gibt. Also ihr dürft ja gar nicht in eurer Muttersprache [...] sprechen, das hat eine starke affektive Wirkung in Bezug auf die Kinder [...], wenn ich in meiner Muttersprache spreche, das ist etwas Verbotenes und das wirkt natürlich direkt hemmend auf die Fähigkeit und eine affektive Disposition um die zweite Sprache dann auch zu lernen. Das heißt, [...] grundsätzlich [...] wäre es wichtig [...] über Mehrsprachigkeit und vor allem in der konkreten Anwendung Förderung von Mehrsprachigkeit: „Mit welchen Bildern kann man arbeiten?“, „Mit welchen Bilderbüchern kann man arbeiten?“, „Wie kann man die Ressourcen der Elternschaft einbeziehen?“, [...] *story telling*, also Eltern einladen, die dann [...] zweisprachig kurze Geschichten erzählen einmal in

der Woche. Es gibt [...] mittlerweile [...] unheimlich viele gute Materialien, die entwickelt worden sind, auch vom bayerischen Ministerium, der bayerische Erziehungsplan [...] im Sinne von Förderung von Mehrsprachigkeit hat enorme Schritte in den letzten zehn Jahren gemacht und die Kollegen, die im Staatsministerium für Frühpädagogik zum Beispiel solche Konzepte entwickelt haben, die bewegten sich über lange Jahre in der Wildnis, sie fanden keinen Anklang, das ist jetzt nicht mehr so, das heißt die Materialien gibt es, die pädagogischen Ansätze im Elementarbereich um Mehrsprachigkeit zu fördern sind ja stärker da. Das geht aber damit einher, sowohl im Elementarbereich als auch in der Grundschule mit einer bewusst durchdachten interkulturellen Elternarbeit; inwiefern geht man auf die Eltern zu, um sie einzubeziehen und vor allem sie darüber aufzuklären, was für Funktion hat die Sprachförderung im Elementarbereich, wie geht man da vor. (Anhang B, Pos. 52)

Hervorzuheben sind die Einschätzung der affektiven Bedeutung der Muttersprache und der Hinweis auf nach wie vor zum Einsatz gebrachte „Sprechverbote“, die den affektiven und vertrauensvollen Zugang von Kindern zu Bezugspersonen in ihrem Mesosystem (z. B. Kindergarten, Schule etc.) als auch zum vorbehaltlosen Umgang mit Zweisprachigkeit negativ beeinflussen. Positiv für die sukzessive Professionalisierung pädagogischer Fachkräfte verweist der Befragte auf die Entwicklungen hin zu einer Vertiefung interkultureller Kompetenzen und auch der Entwicklung von Methoden und Materialien zum Umgang mit Mehrsprachigkeit von Kindern im Bildungssystem am Beispiel des bayerischen Erziehungsplans. Weiter wird die zentrale Bedeutung der Kooperation mit den Eltern betont, woraus sich die Notwendigkeit zur curricularen Berücksichtigung des Themas *Interkulturelle Elternarbeit* in pädagogischen Ausbildungen und Studiengängen ableiten lässt, die der Interviewte inhaltlich konkretisiert:

Interkulturelle Elternarbeit bedeutet, dass man in der Institution Schule, Grundschule auf jeden Fall, [...] weiterführende Schulen wäre auch dann sinnvoll und auf jeden Fall im Elementarbereich, [...] dass die Kollegen in der Schule sich die Schulsozialarbeit als Vermittlungsstelle, als Verbindungsglied, wie ist die Lebenssituation der Eltern [...] mit Migrationshintergrund [...] Erstens [...] diese grundsätzliche Aufklärung, was machen wir als Schule, wie wichtig ist die Sprachvermittlung und warum, welches sind die Erwartungen. Zweitens zu zeigen, Eltern können und sollen sich einbringen können, im Sinne von Mitwirkung, im Sinne von im Elternbeirat mit dabei sein, dass den Eltern vermittelt wird, dass sie erwünscht sind, dass sie ihre eigenen Belange einbringen können. Weitere Punkte der interkulturellen Elternarbeit wären, zu schauen, inwiefern man aktive Eltern der Mehrheitsgesellschaft hat, die bereit sind dann auch mitzuwirken, nicht unbedingt im Sinne von Mentoring, aber schaffen, dass Kontakt da zu Stande kommt, [...] gerade natürlich, bei denen, die am stärksten isoliert sind, die Flüchtlinge, die in Gemeinschaftsunterkünften oder Ankerzentren leben, [...]. (Anhang B, Pos. 54)

Da aktuell an den Stichprobenschulen keine Schulsozialarbeit⁹³ existiert, was begründet in der bayerischen Sonderform der FZgEs in Kombination mit Heilpädagogischen Tagesstätten (HPTs) liegt, muss

⁹³ Der Interviewte wählt hier den Begriff Schulsozialarbeit, der im Kontext der bayerischen FZgEs einer Erklärung bedarf: Soziale Arbeit an Schulen wird in Bayern einerseits auf dem Weg der *Schulsozialpädagogik* geleistet. Schulsozialpädagog*innen werden seit dem Schuljahr 2018/19 an staatlichen Schulen eingesetzt. Hierbei handelt es sich um ein Projekt des Kultusministeriums. Bis zum Schuljahr 2023/24 sollen in Bayern 300 Stellen für Schulsozialpädagog*innen geschaffen werden, die als schulisches Personal vom Freistaat Bayern beschäftigt werden (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2021a). Bei den Einsatzschulen handelt es sich laut einer online veröffentlichten Liste aus dem Jahr 2018 ausschließlich um staatliche Grund-, Mittel-, Real-, Berufsschulen und Gymnasien (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2018). Andererseits bietet das Projekt *Jugendsozialarbeit an Schulen – JaS* des Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe als Verantwortliche für die Installation und fachliche Betreuung von JaS-Kräften, die Möglichkeit der staatlichen Refinanzierung dieser Stellen. Adressaten des JaS-Angebots sind allerdings explizit Grund-, Mittel-, Real-, Berufs- und Berufsfachschulen. Im Bereich der Förderzentren beschränkt sich die Leistung auf die Förderschwerpunkte Lernen, und emotionale und soziale Entwicklung (Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales 2021). Die fachliche Trennung besteht in der Präventionsaufgabe der Schulsozialpädagogik, die sich vor allem durch Gruppenangebote am Schulleben beteiligt, während die JaS einem Selbstverständnis der Einzelfallbegleitung folgt (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus 2018). Somit sind an (privaten) FZgEs in Bayern weder Schulsozialarbeit noch JaS installiert, was das Ministerium für Familie, Arbeit und Soziales für die JaS wie folgt begründet: Schüler*innen mit geistiger oder körperlicher Behinderung fallen in die Zuständigkeit des Bezirks und erhalten Leistungen nach SGB IX und XII. Eine Förderung durch Jugendämter und Sozialministerium könnte nur im Rahmen einer „inkluisiven Lösung“ (wie sie hochaktuell diskutiert wird) erfolgen. (Abbenhues und Abteilungsleiter der Abteilung Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche der KJF Regensburg 2022)

der Begriff äquivalent für die *Gruppenübergreifenden Dienste* (GÜD)⁹⁴ der HPTs gelesen werden, d. h. die verfügbaren sozialpädagogischen Ressourcen der GÜDs der HPTs sollten, sofern sie über entsprechende Kompetenzen verfügen, als „Vermittlungsstelle“ genutzt werden. Hieraus lässt sich ebenfalls ein Auftrag zur Förderung interkultureller Kompetenzen bei den Professionsgruppen ableiten, die potentiell in GÜDs eingesetzt werden können (i. d. R. Psycholog*innen, Heilpädagog*innen, Sozialpädagog*innen oder einschlägige pädagogische Berufsgruppen mit qualifizierter Weiterbildung). Der Aufruf zur Einbindung aktiver Eltern der Mehrheitsgesellschaft als Vermittler verdeutlicht die solidarische Mitverantwortung der gesamten Schulfamilie zur gelingenden Integration ausländischer Kinder und deren Familien im schulischen Kontext und darüber hinaus im gemeinsamen Sozialraum. Interkulturelle Elternarbeit beschränkt sich dem Befragten zu Folge nicht nur auf Mitglieder der Schulfamilie:

Und das kann man natürlich auch dann machen, wenn es nicht unbedingt die eigenen Eltern sind, die in der Einrichtung: „Welche Personen sind im Helferkreis tätig?“, die man einbeziehen kann um auch zu vermitteln und auch die Helferkreise, die Geflüchtete unterstützen, sie ansprechen, um die Eltern in die Schule zu holen, damit man über Sprachförderung und über [...] generelles Heranführen an das deutsche Bildungssystem / also stärker zu fördern. Und da vor allem kreativer und innovativer [...] denken, d. h. getrennte Lebenswelten der Migranten, Migrantinnen mitbedenken [...]. „Welche sind die vertrauten Orte oder auch Vertrauenspersonen, mit denen diese Personen zu tun haben?“, sprich: Gibt es bei den Geflüchteten, die vielleicht dezentral untergebracht sind oder auch in irgendwelchen Zentren (...) Welche sind eben die vertrauten Kontakte, zum Beispiel: „gibt es [...] eine Moschee in der Gegend, in der sie regelmäßig hingehen?“ Dann Kontakt aufnehmen also mit dem Imam, mit den Vorständen, um Kontakte anzubahnen, also wirklich die Wege suchen, [...] über die vertrauten Ortschaften, damit die Eltern besser erreicht werden können, da gehört schon sehr viel [...] Initiative zu einer [...] gut entwickelten interkulturellen Elternarbeit und das ist in den wenigsten Institutionen wirklich entwickelt, hochentwickelt, weil zu sehr diese getrennten Lebenswelten bestimmend sind. (Anhang B, Pos. 54)

Die Ausführungen verweisen auf die hohe Bedeutung von verfügbaren Netzwerkressourcen zur Unterstützung bei der Vermittlung, Beratung und Einbindung von Familien mit Migrationshintergrund in den Sozialraum, letztlich auf eine notwendige Öffnung des Systems Schule, im Speziellen zu entsprechenden Schnittstellen und Selbstvertretungsorganisationen der Bevölkerung mit Migrationsbiographie.

8.2.4.3 Netzwerkressourcen und Bedeutung des Sozialraums

Wie bereits im vorausgehenden Gliederungspunkt angedeutet, sieht der Befragte im Netzwerk und dem unmittelbaren Sozialraum der Familien mit Migrationshintergrund eine tragende Ressource für die positive Ausgestaltung interkultureller Elternarbeit, die seiner Auffassung zu Folge proaktiv seitens der Schulen genutzt und ausgeschöpft werden können. Die Initiative zum Aufbau und zur Anbahnung von Netzwerkkontakten steht nach der Auffassung des Befragten in der Verantwortung des Systems Schule:

Ich glaube das bedarf oft dann wirklich einer Vermittlung, eine vermittelnde Instanz, deswegen betone ich das so, also mit [...] Moscheevereinen zum Beispiel, Kulturvereinen oder auch Helferkreisen aus der eigenen ethnischen Gruppe, meinestwegen syrische Einwanderer seit 2015/16 verstärkt, es gibt natürlich auch syrische Initiativen [...]. Wenn man diese [...] Schlüsselpersonen [...] einbezieht, das sind diejenigen, die auch vermitteln können, aber es sind auch diejenigen, die auch dann deutlicher zeigen können, inwiefern ist die Bereitschaft [Anm. A.G.: Die Bereitschaft zur aktiven Kooperation mit der Schule] da oder wenn die Bereitschaft nicht da ist, hängt es mit fehlenden Kenntnissen zusammen? Hängt es damit zusammen, dass die sich noch nicht so trauen? Hängt es von irgendwelchen falschen Vorstellungen

⁹⁴ Die legislative Verankerung sowie die Funktionsbeschreibung, die Professionsliste und der Berechnungsweg zur Berechnung der GÜ Stundenkontingente in Relation zur Schülerzahl und vorliegender Einstufung in Hilfebedarfsgruppen finden sich in den Richtlinien für Heilpädagogische Tagesstätten, Heime und sonstige Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2017, S. 14 ff.). Die Gruppenübergreifenden Dienste werden im Rahmen der HPT durch die jeweiligen Regierungsbezirke (nicht wie beispielsweise die JaS durch die Jugendhilfe) refinanziert.

oder Widerständen ab? Und diese Schlüsselpersonen können natürlich helfen das zu überwinden, weil die diejenigen sind, die die vertrauensvollen Kontakte haben und [...] die auch dann im kulturellen Sinne übersetzen können und den Eltern sagen können: "Ihr sollt aber auch mitmachen, weil es um die Zukunft der Kinder geht und die müssen sich behaupten können in dieser [...] Institution Schule, deswegen, macht da mit!" [...] entscheidend sind damit auch diese potentiellen Vermittlungsinstanzen. Die wenigsten Eltern, vor allem, wenn sie länger hier sind, [...] werden nur allein für sich im luftleeren Raum [...] für sich denken, also bei der Schule [...] mach ich da nicht mit, sondern die sind abhängig von irgendwelchen zufälligen Informationen die sie auch bekommen, unabhängig von den mitgebrachten Vorstellungen, aber sie haben meistens innerhalb relativ kurzer Zeit irgendwelche vertraute Kontakte hier, die brauchen sie auch elementar, also meistens aus der eigenen ethnischen Gemeinschaft. Deswegen diese Vermittler, die viel zu wenig berücksichtigt werden, das nervt mich immer wieder, muss ich sagen. MSOs, [...] die Migrantenselbstorganisationen, die werden von den meisten Verwaltungen und Institutionen einfach ignoriert und [...] es ist eine sträfliche Vernachlässigung. Also immer, nicht nur in den Großstädten, sondern wirklich außerhalb, gerade außerhalb soll man auf die MSOs zugehen, die Migrantenselbstorganisationen. Wie sind sie organisiert? Wie sieht das mit den Landsleuten hier aus? Vor welchen Schwierigkeiten stehen sie? Wie sehen sie in diesem Fall die Bildungsinstitutionen? Also was für Bilder haben sie? (Anhang B, Pos. 56)

Der Befragte beklagt die mangelnde Berücksichtigung und Ausschöpfung von Netzwerkressourcen zwischen Schule und Migranten Selbstorganisationen (MSOs), während er gerade in diesen Netzwerken eine vielversprechende Grundlage zur Einflussnahme auf Haltungen und den Abbau von beiderseitigen Vorurteilen aber auch auf die Kooperationsbereitschaft der Eltern sieht. Folgt man den Annahmen des Befragten, so stehen Schulen in einer hohen Verantwortung die potentiellen Ressourcen im Netzwerk der Familien mit Migrationsbiographie kennen zu lernen, wenn möglich Kontakt zu ihnen herzustellen und diese dann einzubinden in die Vermittlung und den Beratungsprozess, was selbstverständlich aus datenschutzrechtlicher Sicht wiederum durch die Eigeninitiative und im schriftlich erklärten Einverständnis der Eltern geschehen muss. Hinsichtlich eines Verständnizugangs zu vermeintlichen kulturellen Eigenarten einer ethnischen Gruppe können die MSOs seiner Auffassung zu Folge wertvolle Aufklärungsarbeit leisten, die vor allem für die Gruppe von Menschen mit Fluchtmigrationsbiographien hohe Bedeutung bei der Integration und Kooperation mit dem deutschen Verwaltungs- und Bildungssystem hat. Auf der Grundlage eigener Erfahrungen im Kontext seiner Forschungstätigkeit, sieht der Befragte die Möglichkeit enorm positiver Effekte der Kooperation, wenngleich sie noch lange nicht zufriedenstellend und umfänglich gestaltet wird:

[...] gerade in Bezug auf Geflüchtete haben sie [Anm. A.G.: jede Form von MSOs] eine unheimlich große Bedeutung und eine ungeheure Dynamik. Meistens hat man also wenig Überblick, aber es ist wichtig, dass man sich dafür einsetzt [...] auf lokaler Ebene: Welche sind bei uns aktiv? Man kriegt das dann auch mit, in der Schule, in Bildungsinstitutionen, wo gehen unsere Schüler hin? Wo ist die Familie dann aktiv? Wer / welche [...] Personen und Initiativen unterstützen? Und sie viel stärker einbeziehen, auf sie zugehen. Das meine ich mit unkonventionellen Wegen gehen, ja. Aus der Institution raus. Man kann viel erreichen, wenn man tatsächlich diese Person, [...] diese Institution dieser Personen [...] die erste Studie die ich durchgeführt habe [...] als Migrationsforscher, also vor fast 30 Jahren [...] in der Stadt München über die muslimischen Organisationen [...], damals wusste man überhaupt nichts über die Muslime und [...] mein Auftrag war überhaupt ein Bild zu ermitteln, welche Organisationen gibt es? Welche muslimischen Moscheevereine gibt es? Wie sind sie räumlich organisiert in der Stadt? Wie ausgestattet? Und vor allem gar nicht in Bezug auf Religion sondern im Sinne der Sozial- und Bildungspolitik oder Sozial- und Bildungsherausforderung. Was machen sie? Und was wünschen sie sich in Dialogen und Zusammenarbeit mit der Stadt und was kann man da machen? Und da ist [...] mir auch wirklich klar geworden, erstens, [...] getrennte Lebenswelten und zweitens, [...], trotz einer gewissen Anfangsskepsis, [...] weil sie eigentlich so wenig Kontakte hatten mit der Mehrheitsgesellschaft und wenn dann unerfreuliche, wenn man das tatsächlich schafft in Kontakt zu treten und diesen Personen, Institutionen, Initiativen, Vereinsvorständen usw. mit Respekt begegnet und zeigt, man will eigentlich [...] von ihnen wissen, [...] wie es mit der Gemeinde aussieht,

weil man Interesse an Zusammenarbeit [...] hat [...], dass sie wirklich auch gute Arbeit leisten im Sinne ihrer Gemeinde und dass sie ihre Belange [...] und ihre Sorgen kennen und wir wollen damit Austausch haben um zu sehen, wie man da punktuell unterstützen kann. Dann können sich Türen öffnen und das geschieht immer noch viel zu wenig. (Anhang B, Pos. 60)

Der Befragte berichtet von analogen Entwicklungen und verfügbaren Netzwerkressourcen im Raum Regensburg, der ihm durch seine Lehrtätigkeit an der Ostbayerischen Technischen Hochschule ebenfalls vertraut ist und sieht darin vielfältige Chancen fruchtbarer positiver Kommunikation und Kooperation, die auf jeder Ebene Multiplikationsfunktionen erfüllen kann, auch in der Ausbildung von pädagogischen Fachkräften:

Vielleicht als analoges Beispiel: Also in Regensburg, als ich anfang vor 15 Jahren, die [...] interkulturelle Arbeit generell war nicht so sehr stark ausgeprägt, es gab so ein, zwei, drei Organisationen, das hat sich enorm entwickelt im Lauf der letzten 15 Jahre, im Sinne von interkulturell arbeitenden Initiativen, Institutionen im Bildungsbereich, im Gesundheitsbereich, im sozialen Bereich. Die sind viel, viel mehr und auch viel besser miteinander vernetzt und organisiert. Wenn Sie ein Angebot machen, wenn sie [...] interkulturell zusammenarbeiten wollen, [...] mit [...] Instanzen [...] also Integrationsrat zum Beispiel, [...] um Informationen zu verbreiten, um besondere Informationstage, Tage der offenen Tür, alles Mögliche zu organisieren ./.. Und können dann dort viel besser unterschiedliche ethnische Betroffenenengruppen für ihr Angebot erreichen. Früher, als es solche Strukturen untereinander nicht gab, wesentlich weniger Organisationen und auch wesentlich weniger gut vernetzt, wären die Migranten und Migrantenfamilien vielmehr in der Isolation gewesen und waren sie auch. Jetzt sind die Möglichkeiten der Information und der Vernetzung viel vielfältiger und selbstverständlicher. Sogar unsere Studierenden spielen dabei eine Rolle, die machen da dann Praktika und haben ihre Kontakte und geben Informationen dann auch weiter, in einer Art und Weise, wie es vor zehn, fünfzehn Jahren nicht der Fall gewesen wäre. (Anhang B, Pos. 108)

Im Sinne kultursensibler Kommunikation und Kooperation mit Eltern aber auch den MSOs selbst, wie sie vom Interviewten als die zentrale Herausforderung beschrieben wird, bedarf es einer tragenden sprachlichen Grundlage. Ausgehend vom notwendig hohen Niveau der Kommunikation stellt sich hier eine *gemeinsame Sprache* im Kooperationsprozess mit Eltern als Schlüssel zum positiven Verlauf heraus, die den systematischen Aufbau von Netzwerkstrukturen erfordert. Wiederum am Beispiel seiner eigenen Forschung im Raum München, hebt der Befragte ebenfalls die Rolle sogenannter *Kulturmittler* als Verbindungspersonen zwischen Systemvertretern und Eltern mit Migrationshintergrund hervor:

Das ist sicherlich in München / es gibt eine Sensibilität für diese Form der sprachlichen Vermittlung und ich glaube man hat also im Verlauf der letzten zwanzig Jahre ganz gute Strukturen aufgebaut, nicht nur, dass man mit Dolmetschern arbeitet, sondern wirklich im weiteren Sinne "Kulturmittlern" und dass die Kulturmittler entsprechend ausgebaut, dass die gesamte Situation berücksichtigt wird, dass man ganzheitlich versucht sich zu verständigen andererseits sind die Kulturmittler [...] an verschiedensten Institutionen angesiedelt, nicht [...] nur bei der Stadt, sondern bei den verschiedenen [...] Wohlfahrtsverbänden, also Basisinitiativen, dass sie an verschiedenen Stellen mitwirken und [...] dann auch Mitarbeiter, also Kollegen [sind]. [...]. [...] In manchen Krankenhäusern in München hat man Dolmetscherdienste der Kollegen und Kolleginnen aufgebaut, ganz sinnvoll. Die arbeiten auf ehrenamtlicher Basis, die sind keine vereidigten Dolmetscher, aber Menschen mit sehr guten Sprachkenntnissen und die bekommen entsprechende Fortbildungen und es wird auch nicht der Eindruck vermittelt, dass es um vereidigte Dolmetscher geht, sondern ein hausinterner Dolmetscherdienst, die Kolleginnen mit den entsprechenden Sprachkenntnissen, [...]. (Anhang B, Pos. 44)

Einen erheblichen Vorteil bei der Zugehörigkeit der ehrenamtlichen Kulturmittler zum jeweiligen System sieht der Interviewte im Vergleich zu externen, vereidigten Dolmetschern darin, dass die Kulturmittler ein tiefes institutionelles Wissen besitzen und auch die fachliche Dimension einer Beratungssituation

umfänglich einschätzen können, sie also in ihrer Funktion als Sprach- und Kulturmittler über Systemkenntnisse verfügen.

[...], dass die Kollegen und Kolleginnen von innerhalb kommen, die haben natürlich die informellen, strukturellen Kenntnisse, "um was geht es eigentlich in dieser Situation? Was muss man berücksichtigen?" Das ist eine ganz andere institutionelle und informelle Wissensebene. Und ich glaube, wenn es um Dolmetschen geht, diese informellen Wissensebene: Um was geht's? Welche Empfindlichkeiten sind zu berücksichtigen? Was wollen die Kollegen wirklich wissen? [...] Wovor haben sie denn auch Angst? Diese ganzen Fragen von Menschen die intern arbeiten und [...] das aus eigener Erfahrung [...] kennen, [...] das ist glaub' ich ein ganz guter Ansatz um [...] gut und vertrauensvoll die Ebene des Dolmetschens [...] voranzubringen. (Anhang B, Pos. 44)

Werden Mitarbeiter*innen mit entsprechender Sprach- und Kulturkenntnis als Kulturmittler herangezogen, besteht nach Auffassung des Interviewten aber auch die Notwendigkeit von systematischer Unterstützung, beispielsweise in Form fachlicher Fortbildungen und zeitlicher Ressourcen, nicht zuletzt aber auch die bewusste Anerkennung für die Leistungen außerhalb ihrer Linienfunktion in einer Einrichtung (Anhang B, Pos. 44). Neben der Möglichkeit systeminterne Ressourcen zu erkennen und auszuschöpfen verweist der Befragte auf institutionalisierte Angebote, die in Bayern bereits bestehen:

Was man auch sonst in Bayern kennt, [...] ich glaub es ist ein ganz gutes Angebot, das bayerische Zentrum für transkulturelle Medizin, also ein Netzwerk von Dolmetschern aus verschiedenen Ländern, [...] die zwischen fünfzig und sechzig Sprachen im medizinischen [...] und rechtlichen Bereich, [...] übersetzen vor Gericht [...], die kennen auch Bildungsstrukturen aber natürlich auch medizinische Strukturen, [...] sind dann recht erfahren, das sind dann auch ganz gute Standards, die damit aufrechterhalten werden und ich glaube, wenn die stark eingebunden sind [...] in der entsprechenden institutionellen Arbeit, dass man auch qualitativ abgesichert für gutes Dolmetschen sorgen kann.

Das Hinzuziehen und die Inanspruchnahme innerfamiliärer Sprachressourcen in Kommunikations- und Kooperationsprozessen zu nutzen lehnt der Interviewte aus fachlicher Sicht dezidiert ab, obwohl seiner Erfahrung nach in der Praxis häufig vor allem Kinder als *Spontandolmetscher* herangezogen werden:

Umgekehrt, [...], dass man in diesen [...] wie in vielen anderen Bereichen, das möglichst stark einschränkt [...] dass [...] aus der Not innerfamiliär gedolmetscht wird, das ist aus fachlichen Gründen nicht gut, aufgrund der inhaltlichen Überforderung und [...] gerade wenn die Kinder herangezogen werden, was tatsächlich nach wie vor passiert, diese Umkehrung der Familienhierarchie und dann die Belastungen, die das Kind erfährt, Dinge die es eigentlich nicht erfahren soll, das ist für die innerfamiliäre Dynamik schwierig, in Bezug auf die Rolle der Eltern usw. gerade in traditionell strukturierten Familien. Dass man wirklich deutlich vermittelt, auf breiter Front, auch wenn es problematisch ist, diese Form der Spontanübersetzung, diese Notlösung Familienangehörige heranzuziehen, gerade die jüngeren Familienangehörigen, dass man versucht das wirklich zu vermeiden. Das sind Aspekte, die da wirklich wichtig wären. (Anhang B, Pos. 44)

Aufgrund der Dringlichkeit in der Formulierung ist der Aussage ein unbedingter und akuter Aufruf an die institutionelle Praxis zu entnehmen, von der, zwar naheliegenden und oft niederschwellig zugänglichen Möglichkeit Familienmitglieder als Dolmetscher und Vermittler heranzuziehen, abzukehren und professionelle Stellen heranzuziehen respektive innerinstitutionelle Ressourcen professionell zu nutzen.

8.2.5 Weiterführende Forschungsfragen und Ausblick

Abschließend werden zusammenfassend prospektive Aussagen sowie im Kontext thematisierte Forschungsfragen dargelegt, die im Zuge der vorliegenden Dissertation nicht vertiefend berücksichtigt werden können. Da die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Themenbereich *Migration und Behinderung* in der Literatur aufgrund der Entwicklungen seit 2014 „drängender“ (Henkel und Neuß 2018)

bewertet wird – eine Einschätzung, die sich im Blick auf aktuelle Entwicklungen im Jahr 2023 wohl noch deutlicher formulieren ließe – findet der aus dem Experteninterview diesbezüglich weiter ableitbare Forschungsertrag in Form eines Ausblicks Berücksichtigung.

Der Befragte sieht die wissenschaftliche oder vor allem systematische Auseinandersetzung in Form einer Bestandsaufnahme zur Ableitung von Entwicklungsbedarfen für Institutionen und Organisationen in einem kommunalen Bezugsrahmen als notwendig und gewinnbringend. Die konkrete Frage, welche interkulturelle Kompetenzen im weiten Feld der institutionellen Behindertenarbeit vorhanden sind, sollte seiner Auffassung nach in ihrer Wirkungsinterdependenz mit konkreten Konsequenzen für individuelle Integrationsprozesse untersucht werden:

Und von daher war die Thematik Migration/Behinderung sehr stark von diesen, von den Gegebenheiten der kommunalen Angebote also auch bestimmt und auch [...] von den verschiedenen Fragestellungen, die sich daraus ergaben [...] die Themen, die für mich dann wichtig waren, war ähm, inwiefern sind die unterschiedlichen Institutionen darauf eingestellt, dass auf kultursensible Formen also der, der Betreuung, Begleitung von Menschen mit Behinderung und inwiefern kann man sagen, dass durch die Zugänge zu Angeboten der Behindertenhilfe, im Bildungsbereich und in anderen Bereichen, dass diese fehlende Kultursensibilität Konsequenzen dann auch hat. (Anhang B, Pos. 2)

Einen weiteren Hinweis auf Forschungsbedarfe gibt der Befragte in der Diskussion um die Erklärungsansätze für die Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen im deutschen Förderschulsystem in Form einer tieferen Analyse der individuellen Empfehlungen. Denkbar wären zur Erhellung des Phänomens retrospektive Studien, die beispielsweise in Form von großflächigen Gutachtenanalysen und ggf. weiteren qualitativen Forschungsschritten (z. B. Interviews mit Lehrkräften mit entsprechenden Erfahrungswerten und institutionellem Wissen, Interviews mit betroffenen Personen und Familien etc.) detaillierte Hintergründe und etwaige Korrelate zwischen den Attributen *ausländisch*, *Nationalität*, *schulische Leistung* etc. und der Beschulungsempfehlung herstellen könnten.

[...] das war, ist seit langem ein gängiger Mechanismus und das ist einfach auch viel zu wenig untersucht worden, die Statistiken, die man genauer untersuchen müsste, also in den Jahren, von mir aus zwischen 1960 und 1990, wieviel Kinder vor welchem Hintergrund haben die Empfehlung für die Sonderschule dann auch bekommen. Dass das selbstverständlich dazugehört. Es gibt natürlich viel Anekdotisches dazu, ja, dass viele Lehrkräfte damals auch gesagt haben, den behalt ich nicht in meiner Klasse, diese Art von Schüler kann ich nicht gut gebrauchen. Und dass das sehr stark auf die fehlende Sprachkenntnis zurückging, all diese Sachen. (Anhang B, Pos. 117)

Rückblickend sieht der Befragte eine positive Entwicklung der öffentlichen wie fachlichen Auseinandersetzung mit dem Themenkomplex Migration und Interkulturalität auf verschiedenen Ebenen des öffentlichen Lebens von einem *Nebenschauplatz* hin zu einem *Mainstreamthema*. Das wachsende Interesse sowie ein breiter öffentlicher Diskurs wirken sich seines Erachtens positiv auf die thematische Auseinandersetzung sowie den Umgang mit Menschen mit Migrationshintergrund aus.

Und von vielen auch nicht wirklich ernst genommen [Anm. A.G.: Themenkomplex Migration und Interkulturalität]. Das ist jetzt nicht mehr der Fall und da natürlich die Verschiebung des öffentlichen Diskurses, des öffentlichen Bewusstseins, wirkt sich im Sinne von: Welches sind die Merkmale von Professionalität in diversen Bereichen in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund? Das [...] wird alles viel seriöser betrachtet und man nimmt teil an Fortbildungen, man setzt sich damit auseinander, im Diskurs, es gibt ja verschiedene Entscheidungen, oben in der Verwaltung, dass man sich damit auseinanderzusetzen hat, und, und, und. Natürlich unendlich viele Bereiche wo dann diese [...] Verschiebung in Richtung *Mainstream* stattgefunden hat und ja, das wirkt sich entsprechend aus. (Anhang B, Pos. 88)

Fachliche Weiterentwicklungen konkretisiert der Befragte am Beispiel der Auseinandersetzung mit dem Thema *Traumatisierung im Kontext von Migration* unabhängig ob die Migration oder anderweitige traumatisierende Erfahrungen auslösende Momente darstellen:

Viele Menschen setzen sich vielmehr damit auseinander. Vielleicht gebe ich Ihnen ein konkretes Beispiel. Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiater. Kinder- und Jugendpsychiater und viele Psychologen, Psychotherapeuten. Bis 2014/15, das Verständnis von den Auswirkungen von Traumatisierung durch Flucht, [...] war sehr, sehr eingeschränkt vorhanden. Viele haben Zusatzausbildungen [...] oder Fortbildungen gemacht zum Thema Traumatisierung, [...] waren unter Umständen richtig kundige, kompetente Fachkräfte zum Thema Traumatisierung und könnten sich entsprechend kompetent mit den Patienten auseinandersetzen und auch mit ihnen arbeiten. Aber, das sag ich nochmal etwas vereinfachend, strikt monokulturell ausgerichtet, wie Traumatisierung durch Flucht aussieht und durch erzwungene Migration, haben die wenigsten wirklich Kenntnisse gehabt. Eine der vielen Auswirkungen in Fachkreisen seit 2015/16 [...], von dem Sommer der Migration war, dass die Kinder- und Jugendpsychiater, die Verhaltenstherapeuten, die niedergelassenen Psychotherapeuten*innen sich wirklich also zum ersten Mal umfassend [...] mit der Thematik beschäftigt haben. Wie kann ich also mit einem traumatisierten [...] Geflüchteten arbeiten? Muss ich unbedingt dann mit Dolmetscher arbeiten und wenn ja, in der Therapie, wie mach ich das überhaupt? Habe ich noch nie gemacht. Also welches sind die prägenden Faktoren, die die Traumatisierung dann aufführen? Welche Besonderheiten im interkulturellen Umgang muss ich dann beachten? (Anhang B, Pos. 90)

In den Hinweisen und Beispielen zeichnet sich eine Wahrnehmung der Veränderung und fachlichen Weiterentwicklung im Umgang und Diskurs mit und zu dem Thema Migration ab. Aussagen, die analog zu der Konsensmeinung sind, der Forschungsstand zum Thema sei wenig elaboriert und es bestehe vor allem seit der Migrationsbewegung ab 2014 ein hoher wissenschaftlicher Auseinandersetzungsbedarf in Form konkreter Forschungsarbeiten.

8.2.6 Zusammenfassung Experteninterview II

Systembezogene Erklärungsansätze

- Institutionelle Diskriminierung / affektive Bedingung bei Spracherwerb / Parallelgesellschaften
- Lösung: Kultursensibilität / Respekt
- Stereotype Zuschreibungen und diametrale Perspektive auf Phänomen Behinderung (z. B. rational-medizinisch vs. mystifizierend-religiös)
- Abwertung im Beratungsprozess durch Unverständnis gegenüber obsoleten mystischen Auffassungen
- Folge: Rückzugstendenzen und Abgrenzungshaltung gegenüber der deutschen Mehrheitsgesellschaft – *kulturelle Sprachlosigkeit* (Anderson)

Gruppen von Migrant*innen

- Geflüchtete: geringe sozioökonomische Ressourcen, Wohnsituation (Flüchtlingsunterkunft, Ankerzentrum etc.), hohe sprachliche Barrieren, meist kurzer Aufenthalt, mangelnde Systemkenntnis, abweichende Systemerwartung (z. B. dirigistisches Schulsystem im Herkunftsland)
- Arbeitsmigration: meist weit länger in Deutschland sozialisiert / eigener formaler Bildungsstand wichtiges Kriterium in der Unterstützung der Kinder
- Hochqualifizierten Migration: treten seltener im Kontext sozialer Fragestellungen in Erscheinung aufgrund hoher Systemkompetenz und hohen Bildungsstandards wohl aus soziologischer Sicht die der Mehrheitsgesellschaft ähnlichste Gruppe von Menschen mit Migrationsbiographie

Testverfahren

- Mangelnde Kultursensibilität der angewandten Instrumente führen möglicherweise zu Fehleinschätzungen
- Wenig Entwicklung sichtbar
- Testfehler in Kombination mit weiteren benachteiligenden Attributen (Sprachkenntnis und Systemkompetenz der Eltern) kann zu falschen Schulentscheidungen führen
- Regelschulsystem überfordert mit überforderten Kindern (nicht IQ ist ausschlaggebend, sondern Verhaltensauffälligkeiten aufgrund von Überforderung durch mangelndes Sprachverständnis)

Nationalitätenunterschiede

- Länge des Aufenthalts und weitere Kontextfaktoren (sozioökonomischer Status, Netzwerkressourcen, Systemkenntnis etc.) bewirken zahlenmäßige Veränderungen der Schüler- und Schülerinnengruppen nach nationaler Zugehörigkeit
- Bei Schüler und Schülerinnen aus dem Nahen und Mittleren Osten sowie dem Irak ist in hoher Anzahl von Fluchtmigration auszugehen
- Unterschiedliche Profile von Familien aus Osteuropa. Einerseits viele gut- bis hochqualifizierte Eltern mit klassischen Motiven der Arbeitsmigration ggf. in Kombination mit Versorgungsmotiven für ein Kind mit Behinderung
- Annahme einer entsprechend großen Anzahl von Familien aus Südosteuropa mit einem bildungsfernen Profil und anderer motivationaler Voraussetzungen zur Migration
- Anteilige Verteilung der zwei Gruppen von Migrationsfamilien aus Südosteuropa könnte nur durch Gutachtenanalysen oder qualitative Studien zu Migrationsmotiven an den Schulen genauer beleuchtet werden

Zur regionalen Ungleichverteilung

- Womöglich starker Einfluss der bestehenden Kommunikations-, Beratungs- und Unterstützungssysteme sowie der Kommunikation innerhalb der ethnic community
- Gegebenenfalls spezifische Kompetenz einzelner Schulen im Umgang mit z. B. Mehrsprachigkeit, Beratung von Familien mit Migrationshintergrund, Kommunikation und Netzwerk mit einschlägigen Unterstützungsstellen etc.
- Hinweis auf genauere Beleuchtung des Phänomens im Rahmen der Gruppendiskussionen oder Anschlussuntersuchungen

Herausforderungen und mögliche Lösungsansätze

Normative Aspekte

- Hohe Bedeutung einer kultursensiblen Haltung, die auch abweichende Realitätskonstruktionen und normative Deutungen respektvoll akzeptiert und eine Diskussion «auf Augenhöhe» ermöglicht um frühzeitigen Störungen der Kooperationsbeziehung entgegenzuwirken
- *Haltungsbildung* und *Kultursensibilität* als Querschnittsthema in pädagogischen Ausbildungen und Studiengängen mit curricularer Verankerung
- Vermittlung von Wissen über mögliche kulturalisierte Deutungsmuster und Wertüberzeugungen zum besseren Verständnis im Beratungs-, Bildungs- und Unterstützungsprozess

Impulse für die Aus- und Weiterbildung in sozialen Professionen

- Curriculare Verankerung der sowie Fortbildungsangebote zur thematischen Auseinandersetzung interkultureller Wert- und Haltungsdifferenzen, die in der interkulturellen Kooperation zu Missverständnissen bis hin zum Abbruch der Kooperation führen können
- Intensive, fachspezifische und handlungsleitende Berücksichtigung der Thematik *Umgang mit Mehrsprachigkeit* bei Kindern in allen pädagogischen Ausbildungen und Studiengängen.
- Professionalisierung der Methodik und Didaktik, die bei Mehrsprachigkeit einen positiven affektiven Umgang mit Muttersprache und der Sprache des Ankunftslandes ermöglicht
- Ausreichende Berücksichtigung der Thematik *Interkulturelle Elternarbeit* als einen wichtigen Bestandteil der Praxis
- Hervorheben der Bedeutung interdisziplinärer Kooperation im System Schule / Sozialräumliche Öffnung der Schulen durch die Kooperation aller verfügbaren Professionen und Netzwerkressourcen

Netzwerkressourcen und Bedeutung des Sozialraums

- Proaktive Kontaktaufnahme zu Schlüsselpersonen, Vereinen und jeder verfügbaren Form von Migranten Selbstorganisationen (MSOs) im Sozialraum seitens der Schulen
- Offenes Zugehen und Einbinden im regionalen Bezugsrahmen vorhandener MSOs.
- Installation und Schulung interner *Kulturmittler* zur Unterstützung der interkulturellen Kooperation mit Familien
- Abkehr von der Nutzung innerfamiliärer Dolmetscherressourcen (v. a. Kinder), wie sie in der Praxis noch häufig zu finden ist

Weiterführende Forschungsfragen und Ausblick

- Systematische und wissenschaftlich begleitete Bestandsaufnahme hinsichtlich interkultureller Kompetenzen der Institutionen der Behindertenhilfe sowie Netzwerkanalysen zur Etablierung von spezifischen Kooperationen mit MSOs
- Gutachtenanalysen zur Erhellung des Phänomens der Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an Förderschulen (ggf. Fokus FZgE)
- Erkennbare fachliche Weiterentwicklungen verschiedener sozialer Professionen hinsichtlich interkultureller Aspekte und beobachtbare Verschiebung des Themenkomplexes in den pädagogischen Mainstream

8.3 Moderierte Gruppendiskussion

Im Folgenden werden die moderierten Gruppendiskussionen wie unter 7.2.5 beschrieben ausgewertet. Der schulspezifischen Auswertung (8.3.1 – 8.3.6) folgt unter 8.3.7 eine zusammenfassend und vergleichende Auswertung des Datenmaterials aus den Gruppendiskussionen. Der schulspezifischen Auswertung werden erläuternd relevante Informationen über die Diskussionsteilnehmer (Profession, Funktion im System FZgE und Berufserfahrung) sowie statistische Informationen zum ausgewerteten Datenmaterial (Durchführungsdatum, Länge der Diskussion, Codierter Anteil am Gesamttext in %) tabellarisch vorangestellt.

8.3.1 Gruppendiskussion Schule I

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Schulleitung (SL) | Promovierte Sonderpädagogin | Rektorin (SoRin) | Sept. 2016 |
| Leitung HPT (TSL) | Dipl.-Sozialpädagogin (FH) | Tagesstättenleitung | Sept. 2020 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | Dipl.-Sozialpädagogin (FH) | Sozialpädagogischer Fachdienst | Sept. 2007 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 25.11.2022 | 1 Stunde 20 Minuten | 84 % |

8.3.1.1 Schülerzahlentwicklung

Die Diskussionsteilnehmerinnen verweisen in ihren Aussagen auf das Erwartungsparadox zur Schülerzahlentwicklung, indem sie ihre grundsätzliche Annahme, die Schülerzahlen müssten im Korrelat zu steigenden Inklusionszahlen an Förderzentren sinken (Anhang C, Pos. 2; Pos. 8), kommunizieren. Der an Schule I festgestellte dekadische Anstieg der Schülerzahlen um 19.68 % wird in der Diskussion vielschichtig beleuchtet. Die positive Bevölkerungsentwicklung im städtischen Raum Regensburg (Anhang C, Pos. 17) sowie Migrationsbewegungen (Anhang C, Pos. 2; Pos. 4; Pos. 10) werden mehrfach als mögliche Vektoren herausgestellt. Weiter formulieren die Teilnehmerinnen den möglichen Zusammenhang einer differenzierteren und veränderten pädagogischen wie medizinischen Diagnostik, die zu einer vermehrten Feststellung des sonderpädagogischen Bedarfs im Bereich geistige Entwicklung beitragen (Anhang C, Pos.19-22). Im Kontext der differenzierteren Diagnostik sieht die Schulleiterin zusätzlich die veränderte Elternhaltung gegenüber dem Förderschwerpunkt gE als Einflussfaktor, so würden Eltern durch ein hohes Maß an Informiertheit die pädagogischen wie infrastrukturellen Vorteile (Schule, HPT, Therapie in einem System) für ihr Kind am interdisziplinären System FZgE bewusster wahrnehmen, was ggf. Hemmnisse zur Einschulung am FZgE mindert (Anhang C, Pos. 24; Pos. 26; Pos. 36). Einen weiteren möglichen Einflussfaktor für die ansteigenden Schülerzahlen sehen die Diskussionsteilnehmerinnen ebenfalls in der Rückkehr von Schülern und Schülerinnen aus Einzelinklusionssettings an Regelschulen in das FZgE, die vermehrt nach der Grundschulstufe zu beobachten sei:

Und wir haben einige Kinder hier, [...] wo die Eltern erst eine inklusive Beschulung an der Regelschule wollten und die dann sagen später / Jetzt klappt das so arg in der Regelschule. Jetzt ist der Zeitpunkt da zu wechseln an unsere Schule,

weil da eben der Unterschied nicht so groß ist. Und die Kinder einfach im Sozialen besser angenommen werden, weil das ist die Herausforderung an Regelschulen, an der inklusiven Beschulung. Wenn ein Kind [...] mit Besonderheiten dort ist, dass das dann auch irgendwann ab dem jugendlichen Alter vielleicht ausgegrenzt wird. (Anhang C, Pos. 36)

Die Beschreibung der Beschulungsmotive deutet hier auf mögliche soziale Überforderungssituationen von Schülern und Schülerinnen mit dem Förderbedarf im Bereich geistige Entwicklung an den Regelschulen hin (Anhang C, Pos.36; Pos.40), so seien Ausgrenzung im Klassenverband der Regelschule oder jugendlich kompetitive Haltungen beispielhaft Gründe für die (Wieder-)Einschulung am FZgE. Da sowohl Eingangs- als auch Prozessdiagnostik im Einzelfall grundlegend für die Schulartempfehlung sind, werden diese als Vektoren in der Diskussion aufgegriffen, jedoch klar als differenziert und treffsicher bewertet, so dass nicht von einer 'Fehlversorgung' von Schülern und Schülerinnen auszugehen ist, die zu erhöhten Schülerzahlen beitragen würde (Anhang C, Pos. 24; Pos. 141).

8.3.1.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Die quantitative Erhebung belegt an Schule I einen enormen Anstieg kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen (siehe 4.2.2–4.2.5). Hierzu tragen die Diskussionsteilnehmerinnen unterschiedliche Erklärungshypothesen vor. Am Beispiel von Autismusspektrumstörungen sind ihres Erachtens die veränderte Sensibilisierung von diagnostizierenden Stellen, die differenziertere und verbesserte Diagnostik (Anhang C, Pos. 45; Pos. 57), Diagnosen in früherem Lebensalter (Anhang C, Pos. 49–57) sowie veränderte Versorgungssysteme im Sinne erleichterten Zugangs zu diagnostizierenden Stellen in ländlichen Regionen (Anhang C, Pos. 42) bei bestimmten Störungsbildern ausschlaggebend für den Anstieg der Diagnosezahlen (Anhang C, Pos. 42; Pos. 45). Weiter werden systemische und zeitgenössische gesellschaftliche Einflussfaktoren für den Anstieg psychiatrischer Störungen und Diagnosen bei Kindern und Jugendlichen wie veränderte Werthaltungen (Anhang C, Pos.197), vermehrte Stresssituationen für Kinder und Jugendliche, psychosoziale Faktoren wie belastete familiäre Umstände (Anhang C, Pos. 70; Pos. 197), häufigere Trennung der Eltern oder der subjektiv empfundene zahlenmäßige Anstieg alleinerziehender Elternteile (Anhang C, Pos. 57; Pos. 197) wie auch familiäre oder fluchtbedingte Traumatisierungen (Anhang C, Pos. 193) oder Migrationsbiographie als grundsätzlicher Vulnerabilitätsfaktor erwähnt (Anhang C, Pos. 66; Pos. 71).

8.3.1.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Die Thematik steigender Diagnosezahlen kontextualisieren die Diskussionsteilnehmerinnen mehrfach mit Autismusspektrumstörungen. Hier werden, neben den unter 8.3.1.2 aufgeführten Einflussfaktoren, aus der schulischen Perspektive bei den diagnostizierenden Stellen Spezifizierungen wahrgenommen, die als interdependent mit dem Anstieg der absoluten Fallzahlen zu bewerten seien (Anhang C, Pos. 42; Pos. 45–57). Im Bereich FZgE träten zudem Fälle von ASS in der Regel in Komorbidität mit Intelligenzminderung auf (Anhang C, Pos. 151), was spezifische Konsequenzen auf die pädagogische Herausforderung im Umgang mit dem Personenkreis (Anhang C, Pos. 151) impliziert und dahingehend eine hohe Expertise verlangt, die im Rahmen der FZgEs in allen tätigen Disziplinen als professionsimmanent vorausgesetzt wird, da es keine externe Unterstützung durch Autismus spezialisierte Mobile Sonderpädagogische Dienste (MSD-A) wie an Regelschulen gäbe. Der hohe Anteil von Schülern und Schülerinnen mit Diagnosen und Symptomatologie aus dem autistischen Spektrum (im SJ 2019/20 22.22 % an

der gesamten Schülerschaft) verändert laut Aussage der Schulleitung die pädagogische Ausgangslage in manchen Klassen und Gruppen grundsätzlich:

Wenn ich jetzt an die ein oder andere SVE-Gruppe denke, [...], ist es für die Mitarbeiter eine große Herausforderung, weil man hat nicht mehr so eine Gruppenbildung in der Klasse. Also, es ist nichts Homogenes, sondern wir sagen immer, das sind lauter Satelliten, die durch den Raum schwirren und die alle gleichzeitig an einen Tisch zu bringen nur um z. B. Brotzeit zu machen, ist manchmal schon eine Herausforderung. Also, da muss man einfach auch darüber nachdenken, wie ich so einen Tag strukturiere oder wie ich eben auch differenziere. (Anhang C, Pos. 153)

Weitere spezifische Störungskategorien werden in der Diskussion ebenfalls kurz angerissen, so sieht die Schulleiterin die enorm hohe Anzahl von Kindern und Jugendlichen mit Diagnosen der Kategorie Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) unter dem Aspekt von Mehrfachbeeinträchtigungen und im Laufe der kindlichen Entwicklung. Sie geht allerdings grundsätzlich davon aus, dass UES im Laufe der Zeit aufgrund differentialdiagnostischer Kriterien „wegfallen“ müssten (Anhang C, Pos. 139).

Die Kategorien *sonstige Störungen*, *VES* und *ADHS*, werden im Diskurs über die deutlich niedrige Zahl von Diagnosen aus dem Bereich internalisierter Störungen dahingehend thematisiert, dass Schüler und Schülerinnen mit externalisierter Störungssymptomatik „auf jeden Fall sehr viel Zeit ein [nehmen], [...], was oft einen Brandherd verursacht, den man ja wieder eindämmen muss, damit die ganze Gruppe funktioniert.“ (Anhang C, Pos. 177). Der hohe Zeitaufwand und Bedarf an personellen Kapazitäten im Umgang mit externalisierter Symptomatik wird neben dem Mangel an Kommunikationsfähigkeit mancher Schüler und Schülerinnen ursächlich für eine vermeintlich weniger intensive Alltagsauseinandersetzung mit internalisierter Symptomatik angeführt, obwohl im Kollegium nicht von einem Mangel an spezifischem Fachwissen auszugehen sei (Anhang C, Pos. 177; Pos. 180–183; Pos. 185):

Das wird auch so beschrieben von den Kollegen, [...], dass wenn jemand da ist, der natürlich jetzt so nach außen viel zeigt (schmunzelt), dass sie sagen: „Mensch, die anderen kommen immer mehr zu kurz. Oder [...], ich muss immer aufpassen, dass ich nichts übersehe“. Denn das sind so klare Aussagen, [...]. Die sind zwar sensibilisiert darauf [Anm. A.G.: auf internalisierte Störungen] und melden das dann, [...] aber, [...] wenn dann jemand den Stuhl schmeißt, dann hat er die volle Aufmerksamkeit, weil man schauen muss, dass kein Kind verletzt wird oder ähnliches. Und dann sind die anderen aus dem Fokus. Das ist so. (Anhang C, Pos. 183)

8.3.1.4 Bewertung der Kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Die Versorgungslage mit kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten erfährt hinsichtlich der grundsätzlichen Kooperationsbereitschaft zwischen Schule I, Kliniken (KJP) und niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Sozialpädiatrischen Zentren (SPZs) positive Bewertung, während die reale Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung als entwicklungsbedürftig dargestellt wird (Anhang C, Pos. 158). Betroffene Schüler und Schülerinnen befinden oder befanden sich zeitweise in verschiedenen Formen psychiatrischer Versorgung, also sowohl in ambulanter als auch stationärer Behandlung sowie in der akuten Notfallversorgung (Anhang C, Pos. 106–108). Die Anzahl der Schülerinnen und Schüler in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung wird als gering beschrieben (Anhang C, Pos. 108), da spezifische stationäre Versorgungsangebote für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung nicht ortsnah verfügbar sind, sondern lediglich in Einzelfällen

durch die spezialisierten Kliniken in Ursberg⁹⁵ (Anhang C, Po. 110) oder Würzburg⁹⁶ (Anhang C, Pos. 110–11) geleistet werden, allerdings versorgen diese Kliniken per Definition primär ihre originären Einzugsbezirke Schwaben und Franken, weshalb ein deutlicher Bedarf zur regionalen stationären Versorgung von Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung und psychischer Störung konstatiert wird (Anhang C, Pos. 158). Im Zeitraum der beruflichen Tätigkeit der Diskussionsteilnehmerinnen an Schule I kam es zu keiner Aufnahme zur stationären Behandlung von betroffenen Schülern und Schülerinnen an der KJP Regensburg (Anhang C, Pos. 169–172). Die Gruppe berichtet lediglich von der aktuellen Behandlung einer volljährigen Schülerin in der Erwachsenenpsychiatrie des Bezirksklinikums Regensburg (Anhang C, Pos. 171 – 172), die über eine kleine spezialisierte Station für Erwachsene mit Intelligenzminderung verfügt.

Möglichkeiten der ambulanten Versorgung von betroffenen Schülern und Schülerinnen bestünden grundsätzlich durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen sowie durch das örtliche SPZ, als behinderungsspezialisierte Einrichtung der Kinder- und Jugendmedizin allerdings ohne fachärztliche Versorgung aus dem Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, mit welcher Schule I in „ganz intensivem Austausch“ steht (Anhang C, Pos. 118). Einschränkend wird auf die mangelnden Zeitressourcen der niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen und die damit einhergehenden langen Wartezeiten verwiesen (Anhang C, Pos. 165). Für die Altersgruppe der Schulvorbereitenden Einrichtungen bietet die KJP Regensburg mit der Station „Tigerlilly“ ein ambulantes psychiatrisches Versorgungsangebot (Anhang C, Pos. 104).

Hinsichtlich der akuten Notfallversorgung, die beispielsweise im Falle massiver Verhaltenseskalation im schulischen Alltag notwendig würde, besteht laut Aussage der Diskussionsteilnehmerinnen die Möglichkeit zur Aufnahme in der KJP Regensburg, wobei Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung dort in den meisten Fällen „nach ein paar Stunden bzw. ein, zwei Tagen“ (Anhang C, Pos. 167) wieder entlassen würden, was eine Weiterleitung an andere Stellen notwendig mache. Formen psychotherapeutischer Versorgung für betroffene Schüler und Schülerinnen werden in der Diskussion nicht erwähnt.

8.3.1.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Es bestehen Kooperationsmodelle zwischen Schule I und einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in Form regelmäßiger Vorstellungstermine an der Schule, die pandemiebedingt ausgesetzt waren und aktuell wiederaufgebaut werden (Anhang C, Pos. 118). Im Zuge der Vorstellungen betroffener Kinder und Jugendlicher in den Räumlichkeiten der Schule werden Beobachtungen und Schilderungen von Lehrkräften, medizinisch-therapeutischem Personal und sonstigen pädagogischen Kräften aus den Bereichen Schule und HPT in die Diagnostik und fortlaufende Behandlung mit einbezogen (Anhang C, Pos. 97–99).

Die Kooperation mit dem SPZ „Kinderzentrum St. Martin“ zur Versorgung betroffener Schüler und Schülerinnen findet ihren Initialmoment im Einzelfall einerseits durch die Empfehlung des Kinderzentrums

⁹⁵ In Ursberg (Bezirk Schwaben) befindet sich das St. Camillus Krankenhaus für Menschen mit geistiger Behinderung, getragen vom Bezirk Schwaben und dem Dominikus-Ringeisen-Werk, das die Versorgung unter anderem in den Bereichen „Offene psychiatrische Abteilung“, „Beschützte psychiatrische Abteilung“, „Somatische Abteilung“ für Menschen mit Behinderungen im Raum Mittel- und Nordschwaben sicherstellt (Klinik St. Camillus.)

⁹⁶ In Würzburg (Bezirk Unterfranken) befindet sich die Klinik am Greinberg, eine Spezialklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die für die „adäquate akutstationäre Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Schwer-Mehrfachbehinderungen bei akuter psychiatrischer Erkrankung aus dem fränkischen Raum“ (Klinik am Greinberg)

zur Aufnahme eines Kindes in die SVE oder bei Kindern und Jugendlichen, die im Laufe ihrer Schulbiographie an Schule I Auffälligkeiten zeigen, die eine diagnostische Abklärung indizieren, sehr häufig (Anhang C, Pos. 123) auf der Grundlage einer Empfehlung seitens der Schule (Anhang C, Pos. 125). Die Initiative der Eltern stellt im Umkehrschluss eher die Seltenheit dar. Auch hier würden in Einzelfällen die Klassenteams in die Diagnostik und Behandlung beratend mit einbezogen (Anhang C, Pos. 101). Einen weiteren langjährig etablierten Baustein der kooperativen kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung bildet die enge Zusammenarbeit mit der KJP Regensburg:

[...] wir arbeiten seit Jahren [...] sehr eng / oder haben vor Corona sehr eng auch mit der KJP Regensburg [...] zusammengearbeitet. Wir haben über Jahre da auch ähm, ein gutes und zuverlässiges Netzwerk eben halt auch gebildet. [...] Also, ich habe mir das jetzt [...] vor unserem Gespräch dann nochmal angeschaut ähm, wie viele Meldungen unsererseits eben halt an die KJP gelaufen sind. Wir haben dann, ich glaube, mit 2009 damit richtig gut angefangen zu arbeiten und [...] es fanden schon damals auch regelmäßige Konzile bei uns statt. (Anhang C, Pos. 82)

Pandemiebedingt wurde die Kooperation in Form von Konzilen an der Schule weitgehend unterbrochen, wird aber aktuell in veränderter Form reaktiviert:

[...] Da gibt's eben halt diese Anlaufstelle. [...] Das funktioniert aktuell so, dass wir, wenn wir Fälle haben, dass wir sie weiterleiten und dann wird evtl. uns eine Ansprechperson zur Seite gestellt, die eben halt diesen Fall bearbeitet. Aber es finden leider keine regelmäßigen Konzile mehr statt. (Anhang C, Pos. 94)

Als wünschenswerte Form der Kooperation mit Kliniken, SPZs und niedergelassenen Ärzten nennen die Diskussionsteilnehmerinnen regelmäßige Konsiliararzttermine in schulischen Räumlichkeiten, die nicht nur Vorstellungen von Kindern und Jugendlichen, die bereits in Behandlung sind, umfassen, sondern auch Möglichkeiten zur Hospitation und zum Kennenlernen der Klientel (Anhang C, Pos. 164) böten. Zur Systematisierung interdisziplinärer Fallbesprechungen wird das Format eines „runden Tisches“ angeführt, zu dem ausreichend Zeit zum fallbezogenen multiperspektivischen und interprofessionellen Austausch eingeplant werden sollte (Anhang C, Pos. 165).

8.3.1.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Die Frage nach der subjektiven Wahrnehmung einer Veränderung der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Schülerklientel im untersuchten Zeitraum wird seitens der Fachdienst Mitarbeiterin deutlich mit der Aussage „[...] in meinen Augen [...] denke ich [...] definitiv, dass wird da [...] eine Steigerung haben“ (Anhang C, Pos. 191) beantwortet, eine Wahrnehmung, die die befragte Tagesstättenleiterin aus ihrer Perspektive bestätigt (Anhang C, 195). Die Schulleiterin relativiert die subjektive Wahrnehmung durch den Rekurs auf Aussagen pensionierter Kolleg*innen und erläutert zusätzlich Faktoren für eine gestiegene Wahrnehmung und vermehrte fachliche Diskussion von Verhaltensauffälligkeiten folgendermaßen:

Ja. Diese Rückmeldung [Anm. A.G.: die Verhaltensauffälligkeiten nähmen zu] gibt es schon. Ich kann mich aber auch erinnern, dass Kollegen [...], die schon länger auch im Ruhestand sind, auch immer wieder von irgendwelchen Vorfällen berichten, wenn man so ins Gespräch kommt mit denen bei Ehemaligen-Tagen, oder so. Ähm, ich kann mir vorstellen, dass wir auch mehr über solche Vorfälle auch sprechen als früher. Also beides irgendwie. Also, wir gehen mit diesen Vorfällen anders um. Die bleiben nicht in der Gruppe, die bleiben nicht verheimlicht, sondern man überlegt gemeinsam, wie man die bewältigen kann. (Anhang C, Pos. 193)

Alle subjektiven Wahrnehmungen werden durch die Diskussionsteilnehmerinnen von Erklärungshypothesen flankiert, zentral werden die Faktoren einer erhöhten Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen für Verhaltensauffälligkeiten, eine fachlich differenziertere Diskussion über Einzelfälle sowie eine Tendenz zum interkollegialen Austausch und zur transparenten Diskussion von Vorfällen genannt, die in der Summe eine tiefere und fokussierte Auseinandersetzung mit Verhaltensauffälligkeiten bedingen, was den Eindruck, die Auffälligkeiten würden quantitativ mehr, mitbedingen könnte (Anhang C, Pos. 193; 197). Weiter wird ein möglicher Zusammenhang zu vermehrten Überlastungsreaktionen von Mitarbeiter*innen, die in psychische Probleme bis hin zur Arbeitsunfähigkeit münden, genannt, der nicht ausreichend quantifiziert sei (Anhang C, Pos. 199)

8.3.1.7 Weiterführende Aspekte zu Rahmenkategorie I

In Pos. 173 verweist die Schulleiterin auf die anerkannte Notwendigkeit behinderungsspezifische Inhalte in den Curricula verschiedener (allgemein-)pädagogischer und medizinischer Berufe mehr zu etablieren (Anhang C, Pos.173), welchen bisher in den Ausbildungen von Erzieher*innen, Psycholog*innen und Mediziner*innen nur einen marginalen Stellenwert eingeräumt würde. Bedeutsam scheint ebenfalls der Verweis auf die unterschiedliche Refinanzierung von Tagesstättenleistungen für Kinder und Jugendliche mit einem psychometrischen Testergebnis IQ >70, da sich in solchen Fällen allein auf der IQ-Grenze 70 der Bezirk nicht mehr in der Verantwortung als Kostenträger sieht und wenn überhaupt eine Tagesstättenteilnahme ermöglicht wird, dann nur über die Jugendämter refinanziert auf der Grundlage des SGB VIII (Anhang C, Pos. Pos. 141 – 149). Ein Punkt, an dem systemische Schnittstellen und artifizielle Verwaltungsmarken für Finanzierungszuständigkeiten erhebliche und im Falle einer ausbleibenden Refinanzierung der Tagesstätte pädagogisch wenig nachvollziehbare Konsequenzen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit laut sonderpädagogischem Gutachten naheliegenden Teilhabeanspruch auslösen.

8.3.1.8 Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze

Zur Rahmenkategorie Internationalisierung der Schülerschaft werden in der Diskussion an Schule I diverse zentrale pädagogische Herausforderungen und konkrete praktische Lösungsansätze formuliert und skizziert. Bereits die Eingangsfrage zur Rahmenkategorie II führt auf den Aspekt sprachlicher Kommunikationserschwerisse und den merklich erhöhten Bedarf an Dolmetscherleistungen im Alltag hin (Anlage C, Pos. 205). Neben der erschwerten verbalen Kommunikation bewertet die Tagesstättenleitung bereits die Aufnahmeformulare im Sinne einer systemischen Sprachbarriere:

[...] alleine unsere Aufnahmeformulare [...], die versteht keiner, da kann man noch so versuchen in leichter Sprache zu sprechen, kurze Sätze, das mit ihnen durchzugehen, aber die müsste man eigentlich in leichter Sprache schon verfassen und in verschiedenen anderen Sprachen. Da hinken wir hinterher, [...] Das wäre das A und O, wenn Eltern was unterschreiben, dass sie verstehen was drinsteht. Ich glaube ein Teil unserer Eltern unterschreiben, obwohl sie gar nicht wissen was drinsteht. (Anhang C, Pos. 241)

Ein „Hinterherhinken“ begründe sich durch die „schleichende“ Veränderung der Schülerklientel (Anhang C, Pos. 205) und die grundsätzlich hohe Arbeitsanforderung, die als kaum zu bewältigendes „Programm“ (Anhang C, Pos. 241) beschrieben wird. Dolmetscherleistungen seien aus verschiedenen Grün-

den notwendig (Anhang C, Pos. 205; 209), so ist nicht nur das grundsätzliche Verständnis von Vertragsunterlagen, Elterninformationen und sonstigen Dokumenten problematisch, sondern auch nuancierte Aspekte sprachlicher Kommunikation wie Sensibilität und Wahrnehmung (Anhang C, Pos. 209) im Umgang mit Sprache und sprachinhärenten kulturellen Spezifika und Umgangsformen.

Dem Bedarf an Dolmetscherleistungen werden seitens der Tagesstättenleitung unmittelbar Fragen nach der Finanzierung, Akquise und Bestellung von ausgebildeten externen Dolmetschern angeschlossen (Anhang C, Pos. 205–207); Punkte, die trotz der bestehenden Herausforderungen aktuell nicht systemisch geregelt zu sein scheinen. Seitens der Schule sei das städtisch getragene Unterstützungsangebot *InMigra-KiD*⁹⁷ bereits in Einzelfällen beansprucht worden (Anhang C, Pos. 208–209), das ausgebildete, ehrenamtlich tätige Sprachmittler zur Verfügung stellt. Konkrete Lösungsansätze bilden sich durch die Internationalisierung in der Mitarbeiterschaft und die daraus resultierenden verfügbaren Sprach- und Dolmetscherkompetenzen heraus, so übernehmen verfügbare Mitarbeiter neben ihrer pädagogischen oder pflegerischen Linienfunktion in Einzelfällen die Dolmetschertätigkeit bei Elternkontakten (Anhang C, Pos. 219; 224; 231). Derartige Zusatztätigkeiten sind bisher jedoch weder in der Einsatzplanung der Mitarbeiter noch in Stundenkontingenten berücksichtigt (Anhang C, Pos. 232–233) und werden „eher zufällig“ (Anhang C, Pos. 221) und zeitlich relativ spontan (Anhang C, Pos. 224) geleistet und in Anspruch genommen, was der Tagesstättenleitung zu Folge weitere Ressourcenprobleme nach sich zieht:

Wir können ja nicht immer alle aus den Gruppen raus, nie und nimmer. Für zwei Stunden oder für eine Stunde, wo das Elterngespräch ist. Weil die ja auch die Betreuung haben, dann klafft noch mehr. (Anhang C, Pos. 231)

Neben der *intern* zufällig verfügbaren Fremdsprachkompetenzen aus dem Kollegium der Schule und der Tagesstätte berichten die Diskussionsteilnehmerinnen von Dolmetschern, die die Familien selbst organisieren, dies seien häufig „Nachbarn, die schon länger in Deutschland leben“ (Anhang C, Pos. 226) oder „die großen Kinder, die dann dolmetschen“ (Anhang C, Pos. 225), Formen der Unterstützung die hinsichtlich ihrer Professionalität kritisch eingestuft werden (Anhang C, Pos. 224). Unterstützend würden, bezogen auf Familien, die aktuell aus der Ukraine immigriert sind, immer mehr technische Hilfsmittel wie Übersetzungs-Apps verwandt (Anhang C, Pos. 228). Problematisch stelle sich neben der Gefahr von Misskommunikation und unzulänglichem gegenseitigen Verstehen ebenfalls der enorme zeitliche Mehraufwand bei Aufnahmeverfahren und der begleitenden Elternarbeit heraus (Anhang C, Pos. 237).

8.3.1.9 Interkulturelle Elternarbeit

Schule I bietet zur Förderung des Elternnetzwerks das Angebot von regelmäßigen „Elternfrühstücken“ (Anhang C, Pos. 288), das niedrigschwellig zum Austausch für Eltern organisiert wird. Die Schulleiterin hebt den interkulturellen und integrativen Wert des Essens und Kochens hervor, da gerade das von Eltern organisierte kulinarische Angebot beispielsweise beim Frühstück oder auch anderen schulischen

⁹⁷ Die Fachstelle InMigra-KiD unterstützt zugewanderte Familien bei der Entwicklung ihrer Kinder: in den Bereichen Kita, Schule und Erziehung. Hierzu arbeiten wir mit ausgewählten Bildungseinrichtungen aus Stadt und Landkreis Regensburg zusammen. InMigra-KiD ist ein Angebot der Jugend- und Familientherapeutischen Beratungsstelle der Stadt Regensburg. Die Heilpädagogischen Tagesstätten sind von der Leistung laut der Angaben auf der Homepage von InMigra-Kids Regensburg ausgeschlossen (Stadt Regensburg).

Veranstaltungen niederschwelliges Einfallstor für Kommunikation und Austausch darstelle, z. B. weil man Rezepte austauscht (Anhang C, Pos. 288). Die Elternfrühstücke und Möglichkeiten zur informellen Vernetzung wurden ebenfalls pandemiebedingt über mehr als zwei Jahre unterbrochen und laufen aktuell wieder wie präpandemisch.

Die Einbindung von engagierten Eltern mit Migrationshintergrund als *Kulturmittler* zur Thematisierung diverser kultureller und religiöser Kontexte werde vereinzelt im Unterricht angestrebt, sei jedoch bisher nicht konzeptionell formuliert (Anhang C, Pos. 247), es bestehe aber großes Interesse „der anderen Kultur näher zu kommen, sie besser zu verstehen“ (Anhang C, Pos. 250) und gemeinsam Angebote zu gestalten.

Interkulturelle Elternarbeit folge dem Grundsatz der Ganzheitlichkeit und berücksichtige Familien systemisch im Kontext ihrer Biographien und Erfahrungen (Anhang C, Pos. 74), wobei hier vor allem sprachbedingte Kommunikationserschwerisse einschränkend benannt werden (Anhang C, Pos. 75–79). Zusätzliche Unterstützung durch regionale Migrantenselbstorganisationen seien bisher nicht initiiert (Anhang C, Pos. 294 in Bezug auf Pos. 287). Zusammenfassend profitieren Eltern mit Migrationshintergrund von den konzeptionellen Ansätzen zur Elternarbeit und dem bestehenden inklusiven bzw. integrativen Potential der Schulfamilie, ohne eine konzeptionell niedergelegte spezifische interkulturelle Ausrichtung der Elternarbeit.

8.3.1.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Im Kontext der sprachlichen Verständigungsbarrieren nennen die Diskussionsteilnehmerinnen mehrfach kulturelle Aspekte, die die Elternarbeit im Aufnahme- und Beschulungsprozess beeinflussen. So können beispielsweise tradierte Geschlechterrollen in verschiedenen Kulturen zur Ablehnung der Beratung durch weibliches Personal führen, während die kulturelle Unkenntnis seitens des Systems FZgE ebenfalls reflektorisch im Sinne eines bestehenden Entwicklungspotentials aufgegriffen wird:

Wo man hingucken müsste ist dann nochmal, welche Kulturen, welche Normen und Werte prallen aufeinander. Wir haben 90 Prozent weibliches Personal, die dann Vorgaben machen. Bei manchen Kulturen ähm, stimmt das nicht überein. Die reagieren eher auf männliches Personal. Das zeigt sich alles. Ähm, und was darf man, was darf man nicht in der Kultur? Was ist verpönt? Die Kinder können sich auch nicht artikulieren. Also da ist glaube ich noch Entwicklungspotential. (Anhang C, Pos. 209)

Die praktische Auswirkung tradierter und aus zentraleuropäischer liberaler Perspektive obsoleter Rollenbilder skizziert weiterhin folgende Aussage, die ebenfalls mit einem selbstreflexiven Ansatz hinsichtlich der eigenen interkulturellen Kompetenz abschließt:

Da kommt der Vater zum Aufnahmegespräch, weil es sein muss und dann ist er einfach nicht mehr erreichbar und die Frau darf nicht, oder so. Also, ähm, da sind sehr kulturelle Unterschiede da und ich denke, da würde es uns auch helfen, wenn man mehr wüsste über die Kulturen, über die einzelnen. Aber dann ist ja auch jede Kultur anders. Ähm, es ist eine breite Herausforderung für's Personal. (Anhang C, Pos. 219)

In der Diskussion werden neben den selbstkritischen Einschätzungen Lösungsansätze skizziert, wie beispielsweise das „anzapfen“ (Anhang C, Pos. 219) von Kollegen und Kolleginnen mit Migrationshintergrund bei mangelndem Verständnis von Verhalten und Reaktionen von Eltern mit Migrationshinter-

grund. Die Information über kulturelle Spezifika und daraus resultierende Misskommunikation geschähen jedoch bisher unsystematisch und zufällig auf der Basis verfügbarer Kulturkenntnisse im Kollegium (Anhang C, 220–222).

Tradierte Geschlechterrollen wirkten ebenfalls auf die Rezeption und Reflexion schulischer und pädagogischer Inhalte, beispielsweise bei normativ zentraleuropäisch geprägter Auseinandersetzung mit Aspekten der Persönlichkeitsentwicklung und Entfaltung:

Die Selbstbestimmtheit von Mädchen, von Frauen ist oft Thema. So, was kann ich, was darf ich, wo muss ich den Papa fragen? Da ist es oft sehr unterschiedlich. Das wird gerade in der Berufsschulstufe sehr thematisiert. Ähm, wie ist das Selbstverständnis oder das Frauenbild? Und da sind sehr, sehr, sehr große Unterschiede. (Anhang C, Pos. 215)

Die kulturelle Dimension verhindert jedoch weder Bildungsteilhabe, noch wirke sie einschränkend auf die allgemeine Umsetzung der Lehrinhalte, so nähmen beispielsweise am Sexualkundeunterricht alle Schüler und Schülerinnen bis auf „ein, zwei Ausreißer“ (Anhang C, Pos. 213) teil.

Als weiteres Beispiel für kulturell bedingte Inkongruenzen zwischen Elternerwartung und der normativen wie systematischen Ausrichtung des FZgEs werden religiöse Themen benannt und am Beispiel konkretisiert:

Also, manchmal sind das schon auch religiöse Fragen. Als Beispiel: Bei einem Elternabend in der dritten Klasse wurde über die Erstkommunion gesprochen. Eine Mutter ist total [...] ausgeflippt, [...] weil sie eben [...] nicht ähm, der christlichen, katholischen Religion zugehören und sie das Gefühl hatte, sie wird da überfahren mit diesem Thema. Und gleichgeschaltet, [...]. (Anhang C, Pos. 211)

Das gewählte Beispiel wird in der Diskussion unmittelbar in den Bezug zu einer offenen und interkulturell kompetenten Schule gesetzt, die im Alltag sehr deutlich und bewusst einerseits auf den Grundsatz der Religionsfreiheit, den gegenseitigen Respekt zwischen den Konfessionsgruppen als auch auf die Berücksichtigung religiöser Praktiken achtet:

[...] Wobei wir aber bei den Kindern im Alltag schon auch Rücksicht nehmen. Also, wir fragen auch ab, wer darf an welchem Unterricht teilnehmen. Katholische Religion, evangelische Religion, Ethik. Also, das wird auch abgefragt ähm, auch bei unseren Schulfeiern, Morgenfeiern, usw. ähm, sind wir zwar christlich orientiert, [...], aber die werden so gestaltet, dass alle Religionen teilnehmen können. Wenn Eltern das wünschen, dass ihre Kinder nicht teilnehmen / Das ist auch möglich. Es wird auch [...] regelmäßig abgefragt.

8.3.1.11 Integratives⁹⁸ Potential heil- und sonderpädagogischer Settings

Eine möglicherweise erschwerte Situation der Schüler und Schülerinnen mit Migrationshintergrund wird in der Diskussion an Schule I nicht explizit thematisiert. Hinweise auf die grundsätzliche pädagogische Ausrichtung von Schule I respektive der Disziplin Heil- und Sonderpädagogik beschreiben dahingehend eine funktionale interkulturelle Pädagogik mit enormer Heterogenitätstoleranz und Heterogenitätssensibilität:

⁹⁸ Die Wahl des Begriffs „integrativ“ erfolgt bewusst zur Abgrenzung des zweifelsohne vorhandenen inklusiven Potentials der Heil- und Sonderpädagogik hingegen der Verwendung des Integrationsbegriffs zur Beschreibung des disziplinimmanenten interkulturellen Potentials im Kontext der Maxime von Heterogenitätstoleranz in heil- und sonderpädagogischen Settings

Das A und O ist aber auch der vielperspektivische Blick auf das Ganze und dass man [...] Gemeinsamkeiten [...] entdeckt und sich daran erfreut, dass man [...] Unterschiede wahrnimmt [...] und diese dann auch akzeptiert und toleriert und sie nicht zum Nachteil [...] macht, sondern, [...] dass sie [...] nicht zu Diskriminierung [...] führen und dass man geeignetes [...] in die Wege leitet um die [...] Teilhabe [...] zu ermöglichen. [...] wenn ich unsere Einrichtung betrachte, denk' ich, dass wir da aufgrund vielleicht der Sonderpädagogik [...] sehr stark sensibilisiert [...] sind, [...] vorurteilsbewusste Pädagogik, kultursensibilisierte Pädagogik, also das ist [...] bei uns schon auch sehr stark verankert, meiner Meinung nach, und [...] natürlich auch wenn wir, [...] die Religion natürlich auch unsere vertreten [...] auch eine interreligiöse Pädagogik auch leisten und leisten müssen. (Anhang C, Pos. 296)

8.3.1.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE

Verschiedene Aussagen verweisen auf sehr unterschiedliche Grundvoraussetzungen im Kontext Migration, so wird vor allem Fluchtmigration in der Diskussion mit potentieller Traumatisierung von Kindern und Eltern kontextualisiert (Anhang C, Pos. 71; 193; 247; 252):

[...] die Kinder die eben hier diesen Fluchthintergrund haben. Wir wissen nicht was die erlebt haben. Die kommen hier als Blackbox an und man merkt nur, es gibt hier [...] bestimmte Situationen, die sie ganz, ganz schwer aushalten. Also die bringen eine gewisse Traumatisierung mit (Anhang C, Pos. 71).

Die Fachdienstmitarbeiterin beschreibt differenziert potentiell traumatische Erfahrungen und die Tatsache der (Flucht-)Migration als kritisches Ereignis, mit zwar im Einzelfall unterschiedlichen, jedoch grundsätzlich massiven Belastungsmomenten unter Berücksichtigung deren Auswirkungen auf die pädagogische Praxis sowie die Notwendigkeit eines biographiesensiblen Umgangs im Rahmen interkultureller Pädagogik:

Man muss sich dessen bewusst sein, dass diese Familien über die Nacht eigentlich die Heimat verloren haben. Also, wenn wir jetzt von [...] Fluchtmigration [...] sprechen, dann sind das tatsächlich sehr traumatisierende Erlebnisse, die [...] die Familien mitbegleiten, über Nacht [...] möglicherweise auch Familienmitglieder verloren [...] dort lassen zu müssen und mit der Ungewissheit [...] was passiert. Also, das sind wahnsinnig belastende Faktoren, die die Zusammenarbeit mit den Eltern zusätzlich erschweren und da denk ich mir sind wir schon auch sehr stark gefordert [...], durch diese kulturelle Brille zu kucken und die Hintergründe [...] zu betrachten, damit wir die Entscheidungen [...] der Eltern auch besser verstehen können. (Anhang C, Pos. 252)

Neben möglicher traumatischer Erlebnisse im Herkunftsland oder während und nach der Flucht werden auch die unterschiedlichen monetären und materiellen Ressourcen im Kontext von Migration und ein resultierender sozialer Abstieg am Beispiel von Menschen, die in Sammelunterkünften leben, aufgegriffen (Anhang C, Pos. 250).

Weiter thematisieren die Diskussionsteilnehmerinnen aus ihren Erfahrungen in der pädagogischen Praxis mehrfach die Behinderung eines Kindes als mögliches Migrationsmotiv (Anhang C, Pos. 4; 237; 239; 273–274), das auch im Kontext der quantitativ ermittelten Überrepräsentanz ausländische Kinder und Jugendlicher im Vergleich zum bayernweiten Durchschnitt aber auch in Referenz zu den regionalen Bevölkerungsentwicklungsdaten, aufgegriffen wird (Anhang C, Pos. 272; 274; 276). Grundet die Migrationsentscheidung auf ein Versorgungsmotiv für ein Kind mit Behinderung seien Eltern „sehr engagiert“ (Anhang C, Pos. 239) in der Kooperation und Inanspruchnahme mit der Schule und weiteren Unterstützungssystemen. Weitere Gruppen von Migranten wie beispielsweise Arbeitsmigranten oder auch hochqualifizierte Migranten werden in der Diskussion nur in der differenzierten Abgrenzung der Fluchtmigration zu anderen Migrationshintergründen indirekt thematisiert.

8.3.1.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Hinsichtlich der These der Fehlzweisung von Schülern und Schülerinnen mit Migrationshintergrund an Förderschulen, wie sie im Förderschwerpunkt Lernen wissenschaftlich zentral diskutiert wird, sehe die Schulleiterin in Einzelfällen ähnliche Effekte:

Also die Erfahrung machen wir auch manchmal, wenn wir eben Hilferufe aus allgemeinen Schulen bekommen, aus den Deutschklassen, der kommt nicht mit usw., wo wir dann einfach hinterher feststellen, nachdem er ein halbes Jahr bei uns war, er hat einfach ein bisschen mehr Zeit gebraucht, aus welchen Gründen auch immer, nicht aus kognitiven Gründen und dann führen wir die auch wieder zurück an andere Schulen. (Anhang C, Pos. 278)

Als möglicher Grund für Fehleinschätzungen hinsichtlich eines sonderpädagogischen Förderbedarfs im Bereich Lernen wird beispielhaft die Abhängigkeit der Ergebnisse von Leistungstestungen von der testenden Person aufgeführt. So sei die Einschätzung eines Kindes durch eine Testperson aus der Sonderpädagogik manchmal abweichend von der Einschätzung einer Lehrkraft aus der allgemeinen Pädagogik, da diese „was Zeit geben betrifft weniger Geduld“ (Anhang C, Pos. 286) hätten als Sonderpädagog*innen und somit in wenigen Einzelfällen bei Normalbegabung zu Testergebnissen kommen, die eine Beschulung am FZgE indizieren (Anhang C, Pos. 284).

Speziell kultursensible Testverfahren würden an Schule I bisher nicht angewandt, in Fällen mangelnder sprachlicher Kompetenzen fände in der Regel der SON (siehe 6.2.6) in Verbindung mit dem Elternfragebogen Anwendung (Anhang C, Pos. 282), wobei ein Bewusstsein über die möglicherweise mangelnde Kultursensibilität nonverbaler Testverfahren beispielhaft verdeutlicht wird (Anhang C, 280).

8.3.1.14 Weiterführende Aspekte - Rahmenkategorie II

Die Diskussionsteilnehmerinnen greifen die Inhalte der Diskussion auf der Grundlage der quantitativen Studie als Impulse auf und konstatieren einen bestehenden Handlungsbedarf zur Professionalisierung und Systematisierung interkultureller Pädagogik und Konzeptionierung interkultureller Arbeit (Anhang C, 263; 265). Als Hinderungs- oder Verzögerungsfaktoren, sich zeitgenössischen Herausforderungen systematisch und konzeptionell anzupassen, benennen die Diskussionsteilnehmerinnen den Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen sowie die wachsende Quantität als auch Vielfalt der Anforderungen an das komplexe System FZgE (Anhang C, Pos. 265; 301).

8.3.2 Gruppendiskussion Schule II

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Schulleitung (SL) | Sonderpädagogin | Rektorin (SoRin) | Sept. 2013 |
| Leitung HPT (TSL) | Dipl.-Sozialpädagogin (FH) | Tagesstättenleitung | Sept. 2002 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | Dipl.-Psychologin | Leitung psychologischer Fachdienst | Sept. 2002 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 15.11.2022 | 1 Stunde 19 Minuten | 93 % |

8.3.2.1 Schülerzahlentwicklung

Schule II verzeichnet im Untersuchungszeitraum einen Anstieg der Anzahl von Schüler und Schülerinnen, die neben einem vorliegenden Förderbedarf im Bereich körperlich-motorische Entwicklung im Förderschwerpunkt gE beschult werden um ca. 21.5 %, der von der Schulleiterin auf der Grundlage eigener vorangegangener Erhebungen zuvorderst durch den allgemeinen Anstieg der Schülerzahlen im Raum „Regensburg und Umgebung“ (Anhang D, Pos. 5) begründet wird. Fälle von Inklusion an Regelschulen bezeichnet sie „weiterhin [als] Ausnahmefälle, eigentlich Einzelfälle“ (Anhang D, Pos. 5), so dass sich die erwartete Tendenz abnehmender Schülerzahlen durch Regelschulinklusion in der Realität nicht wiederfinde. Ebenfalls benennt sie die vermehrte „gezielte“ Entscheidung von Eltern mit einem Kind mit Behinderung für die Förderzentren, mit der bewussten Entscheidung für die bestmögliche Förderung „gerade im Zusammenhang mit herausforderndem Verhalten oder schwerer Mehrfachbehinderung“ die komplexe multiprofessionelle Leistung von Schule, Tagesstätte, heilpädagogisch und psychologischen Fachdiensten, konsiliarärztlichen Diensten und medizinisch-therapeutischen Fachdiensten in Anspruch zu nehmen (Anhang D, Pos 5; 173).

Die „Flüchtlingswellen“ (Anhang D, Pos. 7) von 2015 und aktuell die Immigration aus der Ukraine [Anm. A.G.: die sich statistisch in der vorliegenden Untersuchung nicht abbildet, da sie außerhalb des Erhebungszeitraums einsetzte], seien ein zusätzlicher Wirkfaktor für die positive Entwicklung der Anzahl der Schüler und Schülerinnen. Als weitere Hypothese zu steigenden Schülerzahlen werden von FD (Wieder-)Einschulungen am FZgE von Schülern und Schülerinnen aus der Regelschule, oftmals am Ende der Primarstufe benannt (Anhang D, Pos. 13):

[Anm. A.G.: Schüler und Schülerinnen] die an der Regelschule da erst inklusiv versucht werden zu integrieren in der Regel, gelingt das dann in der Grundschulstufe, [...] bis zum Ende und Anfang der Sekundarstufe erscheinen die bei uns, also quasi gescheiterte Inklusion. [...] manchmal konnten wir sagen das füllt eine ganze Klasse. (Anhang D, Pos. 13)

Den Terminus „gescheiterte Inklusion“ relativiert SL durch möglicherweise unterschiedliche inklusive Angebote in Primar- und Sekundarstufe (Anhang D, Pos. 14). Schüler und Schülerinnen mit alleinigem Förderschwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung, die im Regelschulsystem beschult wurden, würden im Gegensatz zu gE auch nach Abschluss der Primarstufe meist im Regelschulsystem verbleiben (Anhang D, Pos. 16). SL differenziert dahingehend weiter: „ich habe eher den Eindruck, dass die Schulen [Anm. A.G.: die weiterführenden Regelschulen] sich auch nicht so angesprochen fühlen, oder sich da nicht so stark auf den Weg gemacht haben, wie die Grundschulen“ (Anhang D, Pos. 33).

8.3.2.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

In der Diskussion über die Entwicklung der Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen an Schule II werden trotz quantifizierter Negativtendenz an Schule II facettenreich Gründe für die zwar abnehmende, aber grundsätzlich hohe Anzahl psychiatrischer Diagnosen in der Schülerschaft diskutiert. Für eine Regressionstendenz innerhalb der Gruppe der Kinder mit Förderbedarf gE wird das Vorhandensein von – und die schulische Absprache mit – Schule I, dem städtischen FZgE angeführt, so seien bei einer Aufnahme von gE-Schülern und -Schülerinnen an Schule II immer motorische Aspekte

vordergründig (Anhang D, Pos. 38), weshalb Schüler und Schülerinnen mit psychiatrischen Störungsbildern tendenziell eher Schule I besuchen. Die Gründe für unter 8.3.2.1 beschriebene 'Quereinstiege' aus dem Regelschulsystem lägen ebenfalls häufig in psychiatrischen Sekundärstörungen (Anhang D, Pos. 30), was sich merklich auf die Anzahl der F-Diagnosen auswirke, strittig bleibt, wie trefflich diese Hypothese für den untersuchten Bereich der gE-Schüler und -Schülerinnen sei, da Quereinstiege eher im Kognitionsniveau Lernbehinderung bis Normalbegabung zu beobachten wären, ausgenommen der Schüler und Schülerinnen, die aus Tandemklassen zurück an Schule II kehren (Anhang D, Pos. 17–26). Als weiterer möglicher Einflussfaktor, der zur dekadischen Abnahme der Anzahl der F-Diagnosen an Schule II führt, wird die Zunahme von „Schüler*innen mit komplexen Behinderungen“ aufgeführt, bei welchen „körperliche, motorische Diagnosen“ vordergründig sind „und auch gar nicht so F-Diagnosen gestellt werden“ (Anhang D, Pos. 41; 43). SL verweist erläuternd auf eine mögliche Dunkelziffer klinisch relevanter psychiatrischer Störungsbilder im Kontext schwerer Behinderungsformen aufgrund diagnostischer Unschärfe:

[...] wo ich behaupten würde, [...] diese Diagnosen wären vielleicht da, aber die werden nicht in Erwägung gezogen dann auch, also ich glaub, dass wenn so ein Kind mit einer schweren Mehrfachbehinderung, das nicht spricht usw., dass von ärztlicher Sicht nicht unbedingt davon ausgegangen wird, dass hier vielleicht eine psychiatrische Diagnose da ist. (Anhang D, Pos. 45)

Hinsichtlich der Datenbasis zu medizinischen Diagnosen der Schüler und Schülerinnen an Schule II könnte eine statistische Verschärfung durch regelmäßig aktualisierte Verwaltungsdaten im Untersuchungszeitraum für die Reduktion der Gesamtzahl der Diagnosen mit ursächlich sein, da durch regelmäßige Aktualisierung der Stammdatensätze in der Verwaltung weniger revidierte oder obsolete F-Diagnosen durch die Bildungsbiographie in der Verwaltung 'mitgeschleppt' würden (Anhang D, Pos. 120–126).

8.3.2.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Der Anteil von 10.2 % an der gesamten Schülerschaft im Bereich gE am FZkmE löst in der Diskussion Verwunderung aus, da einerseits ADHS als Kontraindikation für die Aufnahme an Schule II bewertet (Anhang D, Pos. 203) und andererseits die Annahme, ADHS würde eher im Bereich der Normalbegabung diagnostiziert (Anhang D, Pos. 208) formuliert werden. Durch die vermeintliche Verortung der Diagnose im Bereich der Normalbegabung differenziert sich die Diskussion dahingehend, die Schülerschaft am FZkmE sei hinsichtlich der kognitiven Leistungen sehr heterogen, so dass die Durchlässigkeit zwischen den verschiedenen schulischen Lernniveaus beispielsweise 'Umstufungen' von Kindern im Grenzbereich zwischen Förderschwerpunkt Lernen und Förderschwerpunkt gE an derselben Schule ermöglicht und somit für die hohe Anzahl der ADHS Diagnosen im Bereich gE mitverantwortlich sein könnten (Anhang D, Pos. 211).

Die dekadische Entwicklung zeigt einen moderaten Anstieg von ASS-Diagnosen an Schule II, der in erster Linie durch die fachliche Spezialisierung im Zuge eines Einrichtungsversuchs mit dem ISB der 2012 begann (Anhang D, Pos. 152; 162) und der daraus resultierenden Anfragepraxis zur Schulaufnahme von Kindern und Jugendlichen aus dem autistischen Spektrum durch die diagnostizierenden Stellen (Anhang D, Pos. 154) und dem weiteren Autismus spezifischen Netzwerken der Region begründet wird. Schüler und Schülerinnen seien in nahezu allen Klassen von Schule II beschult (Anhang D,

Pos. 157) und würden durch ein spezialisiertes, interdisziplinäres 'Autismusteam' von der Aufnahme an eng fachlich begleitet, was nach Auffassung von FD in hohem Maße „emotionaler Sekundärstörung“ im Kontext Autismus vorbeuge (Anhang D, Pos. 157). Im Kontext von ASS wird ebenfalls auf den direkten Einfluss der Diagnose auf die pädagogische und methodische Praxis verwiesen (Anhang D, Pos. 130), die sich beispielhaft in einer fast flächendeckenden Anwendung von Verhaltensplänen und diversen Methoden unterstützter Kommunikation zeige (Anhang D, Pos. 137), die sich gleichzeitig positiv auf die Kommunikations- und Orientierungskompetenz aller Kinder an Schule II auswirke (Anhang D, Pos. 137; 139; 143; 146; 147) und präventiv bezüglich der Entwicklung von Sekundärstörungen sei.

Umschriebene Entwicklungsstörungen (UES) sind in den Ergebnissen von Schule II im Stichprobenvergleich deutlich weniger zu verzeichnen; eine Tendenz für die das häufige Vorliegen von Syndromdiagnosen, welche diverse Entwicklungsstörungen und Verzögerungen implizieren, begründend herangezogen wird (Anhang D, Pos. 105), weiter seien sowohl eine differenzierte Eingangsdagnostik als auch differenziertere Verlaufsdagnostik, die ggf. UES-Diagnosen revidiert, ein möglicher Einflussfaktor für den zahlenmäßigen Rückgang von UES-Diagnosen (Anhang D, Pos. 126).

Den deutlichen Anstieg und die im Stichprobenvergleich augenscheinliche Häufung von Diagnosen der Kategorie *sonstige Störungen* sieht FD im Zusammenhang mit der hohen Anzahl an 'Quereinsteigern' und verweist gleichzeitig auf die positiven Entwicklungsverläufe betroffener Schüler*innen im Setting von Schule II:

[...] mir fallen natürlich die Quereinsteiger am meisten auf, weil die dann zu uns kommen, [...] also wir kriegen ja schwer gestörte Jugendliche auch in der Anfrage, [...] wo wir einen Anstieg haben, [...] mit Angststörungen, mit Panikstörung, mit sozialer Phobie, [...] mit Zwangsstörungen und wir haben da einen Ansatz, in der sich da wirklich vieles wieder legt, mit was die angemeldet werden und wie sich die dann integrieren können, wie sich die äußern können, wie die ihre soziale Phobie ablegen können, wie die Panikstörungen zurückgehen. Also das muss man schon auch irgendwo als Behandlungserfolg sehen, [...]. (Anhang D, Pos. 170)

Erwähnte Behandlungserfolge verdeutlicht FD am plastischen Beispiel, das die soziale Dimension in inklusiven Settings an Regelschulen der entlastenden Situation an Schule II gegenüberstellt:

Da haben wir einen Jugendlichen, der wirklich eine massive psychiatrische Diagnose hat, bei Eingang, [...], dann findet er eine Freundin aus dem geistig behinderten Bereich und dann stehen sie da und (lacht) und ähm, freuen sich miteinander Händchen zu halten und das heißt, es ist so eine Pseudo-Normalität bei uns unter der Überschrift "Behinderung" – und da haben die einen Raum, sich normal in ihrer Entwicklung, in ihrer pubertären Entwicklung zu ähm, entwickeln [...]. Das hast du in einer inklusiven Klasse weniger, weil da bist du immer die "etwas andere", die man zwar wertschätzt und mitnimmt, da bin ich vielleicht jetzt ketzerisch, aber hier wird niemand mitgenommen, jeder bekommt seinen Platz, jeder wird da abgeholt wo die Förderung notwendig ist und auch immer so ein Stück über die Grenze gefordert, also nicht nur behütet und unterstützt, sondern auch gefordert, so dass das Maximale an Fähigkeiten, bei den geistig Behinderten wie bei den Normalbegabten, so dass das Maximale an Entwicklung möglich ist, aber eben auch diese Sozialfähigkeiten, die die hier so ausleben können. Und ja, also wir haben eigentlich nicht den Eindruck, wenn die dann in die normale Welt rauskommen, in die Arbeitswelt, in die Anlernwelt, dass die dann einen Kulturschock haben, sondern da geht der Übergang in die normalen Anforderungen der Welt eigentlich fließend. (Anhang D, Pos. 173)

Ebenfalls wird im Kontext der *sonstigen Störungen* auf den sensiblen diagnostischen Blick der Mitarbeiter an Schule II verwiesen, die durch einen personell sehr gut ausgestatteten und übergreifend tätigen psychologischen und heilpädagogischen Fachdienst unterstützt und gefördert würde (Anhang D, Pos.

229–230). Störungen des Verhaltens und der Emotionen (VES) wurden in der Diskussion an Schule II von den Diskussionsteilnehmerinnen nicht explizit thematisiert.

8.3.2.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung wird deutlich mit den Worten „schlecht“ (Anhang D, Pos. 239; 240), „schwierig“ (Anhang D., Pos. 240), „richtig schlecht“ (Anhang D, Pos. 242) sowie „absolut defizitär“ (Anhang D., Pos. 245) umschrieben. Alle drei Diskussionsteilnehmerinnen geben an, die KJP Regensburg melde regelmäßig zurück, dass „die Kinder oft nicht in das Setting bei ihnen passen“ (Anhang D, Pos. 241). Trotzdem die defizitäre Versorgungslage bereits in Fachtagungen seit 2016 thematisiert wurde (Anhang D, Pos. 246), verblieben im Einzelfall nur spezielle Kliniken wie „Würzburg“ (ebd.):

[...] da waren ja auch schon mal große Tagungen usw., aber da merkt man eigentlich keine große Veränderung, als damals noch groß gesagt wurde die KJP Regensburg nimmt auch Schüler mit geistiger Behinderung. Nein, das stellen wir leider nicht fest, da es immer noch und immer mal wieder ein Kriterium ist: 'Nein, ähm, da können wir jetzt nichts machen, da haben wir nicht die Kapazitäten dafür, da haben wir nicht die Ausbildung dafür, für diese Diagnostik.' (Anhang D, Pos. 246)

Drastischer stellt FD die mangelnde Versorgungslage für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung im Raum Regensburg dar, die in Konsequenz dazu führe, dass massive psychiatrische Störungen unbehandelt blieben:

Also, wir haben Schüler im geistig behinderten Bereich, die jugendlich sind, die Mehrfachdiagnosen im psychiatrischen Bereich haben, die unbedingt eine stationäre Behandlung bräuchten und die nicht aufgenommen werden, mit der Begründung, die würden nicht in der Station in die Gruppe passen, die würden untergehen, heißt es dann. Wahrscheinlich stimmt's, wenn die da, mit den ganzen Gymnasialmädels (lacht), die die unterbuttern würden, aber diese Schüler bleiben unbehandelt. (Anhang D, Pos. 247)

Um den Mangel an psychiatrischer Versorgung zu kompensieren, würden pädagogische Hilfen wie Individualbegleitungen und Schulbegleitungen durch die Jugendämter und Bezirke geleistet (Anhang D, Pos. 251), um den massiven psychiatrischen Phänomenen mit pädagogischen Mitteln und erhöhten personeller Ressourcen zu begegnen (Anhang D, Pos. 253).

8.3.2.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Schule II kooperiert mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, der sich gegenüber der Vorstellung von Schülern und Schülerinnen mit Intelligenzminderung zwar offen zeige, seine Kompetenz in der spezifischen Diagnostik bei Intelligenzminderung sei jedoch nicht einzuschätzen (Anhang D, Pos. 92). Die Kooperation erfolge in Form von konsiliarärztlichen Sprechstunden in den Räumlichkeiten der Schule unter Einbezug aller relevanten Bezugspersonen der betroffenen Kinder und Jugendlichen und den Betroffenen selbst; so werde in der Diagnostik und fortlaufenden Behandlung die Expertise des interdisziplinären Kollegiums an Schule II umfassend mit einbezogen (Anhang D, Pos. 94). Initialmoment zur Vorstellung beim Konsiliararzt sei in den meisten Fällen eine Empfehlung seitens des psychologischen Fachdienstes an die Eltern bei als klinisch relevant empfundenen Auffälligkeiten in Unterricht und/oder Tagesstätte (Anhang D, Pos. 66–67).

Eine Schnittstelle zu Frühförderung und den Sozialpädiatrischen Zentren ergebe sich maßgeblich im Prozess der Schulempfehlung und sonderpädagogischen Diagnostik, da die genannten Stellen Eltern und Kindern Empfehlungen für den Schulbesuch nahelegen und somit in vielen Fällen die Sorgeberechtigten die diagnostischen Ergebnisse der vorbehandelnden Stellen zum Aufnahmeprozess zur Verfügung stellen (Anhang D, Pos. 117).

Kooperationen mit der KJP Regensburg ergäben sich aufgrund des anscheinend bestehenden Ausschlusskriteriums einer Intelligenzminderung zur Behandlung nicht systematisiert, da dort weder stationär noch ambulant Kinder mit Intelligenzminderung behandelt würden und sich somit keine Schnittstelle ergäbe (Anhang D, Pos. 222; 237).

8.3.2.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Einen Hinweis auf eine, entgegen der quantitativ belegten Abnahme psychiatrischer Diagnosen, subjektiv wahrgenommene Steigerung der Belastung in der pädagogischen Praxis gibt die Überraschung über die Ergebnisse (Anhang D, Pos. 75). Der Subjektivität der Bewertung der Entwicklung der Schülerschaft hinsichtlich vermehrt auftretendem herausfordernden Verhaltens begegnen die Diskussions Teilnehmerinnen mit versuchtem Faktenbezug, so sei der, im Stichprobenvergleich „bestausgebaute [Anm. A.G.: psychologische und heilpädagogische] Fachdienst [...] „gut beschäftigt“ (Anhang D, Pos. 75), was als Indiz für eine Problemkonzentration und Steigerung der Fallzahlen gedeutet wird. Als weiteren möglichen Gradmesser für veränderte pädagogische Herausforderungen fügen die Diskussions Teilnehmerinnen den enormen Anstieg der Anzahl der Schul- und Individualbegleitungen an Schule II im untersuchten Zeitraum an (Anhang D, Pos. 255–269), obwohl pädagogische Überlegungen eher zu einer Reduktion des additiven Personals tendieren:

[...] und die Anzahl steigt zunehmend, obwohl wir wirklich da auch stark vorher schauen, braucht's das wirklich? Wir uns, Fachdienst, Tagesstätte, Schule zusammensetzen und auch versuchen nicht mehr als drei Schulbegleiter in einer Klasse zu haben und auch oftmals Maßnahmekombinationen, also zwei Kinder ein Schulbegleiter, [...] als Lösung finden, obwohl es tatsächlich mehr bräuchte. (Anhang D, Pos. 270)

Sekundärinformationen aus der Mitarbeiterschaft verwiesen auf eine gestiegene Belastung im pädagogischen Alltag, maßgeblich durch die steigende Anzahl psychiatrischer Störungsbilder sowie den Rückgang an primär pflegerischen Tätigkeiten (Anhang D, Pos. 275; 277):

[...] vor allem das pädagogische Personal, das "direkt an der Front" [...], in der Klasse bei den Kindern ist. Denen wird das durchaus bewusst, auch Mitarbeitern, die schon lange da arbeiten, die das eben gewöhnt sind oder [...] früher mal [...] ganz andere Bedingungen oder Arbeitsweisen da vorgefunden haben. Und die sind jetzt viel, viel mehr gefordert. Und sehen sich da schon viel mehr belastet auch. (Anhang D, Pos. 272)

8.3.2.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

In der Diskussion über die subjektive Wahrnehmung der Veränderung der Schülerschaft merkt FD etwas scherzhaft die gestiegene Kompetenz der Mitarbeiterschaft im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten sowie die personell gut ausgebaute Ressource psychologischer und heilpädagogischer Fachdienst an, deren kompetente Arbeit möglicherweise Einfluss auf den Rückgang der Diagnosezahlen an Schule II habe (Anhang D, Pos. 278–279). Als weiterführender Aspekt der Diskussion ist ebenfalls der Hinweis auf die Aussagekraft der Anzahl der Kinder mit Schulbegleitungen festzuhalten (Anhang D, Pos. 255–

261). Der Einsatz einer Schulbegleitung sei häufig durch massiv herausforderndes Verhalten von Schülern und Schülerinnen begründet und beschieden (Anhang D, Pos. 261) – selbst im Förderschwerpunkt kmE träten pflegerische Aspekte beim Einsatz von Schulbegleitungen in den Hintergrund (Anhang D, Pos. 262).

8.3.2.8 Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze

Zu Beginn der diskursiven Auseinandersetzung mit der Internationalisierung der Schülerklientel an Schule II zeigt sich bei allen Diskussionsteilnehmerinnen Verwunderung über die moderate Entwicklung, die die quantitative Studie belegt (Anhang D, Pos. 291–306), da die Zunahme ausländischer Schüler und Schülerinnen im untersuchten Zeitraum subjektiv drastischer wahrgenommen wurde. Entscheidend für diese Wahrnehmung könnte die isolierte Betrachtung des gE-Bereichs an Schule II in der Studie sein, während in der alltäglichen Praxis zusätzlich der anteilig größere kmE-Bereich wahrgenommen wird, so dass die direkte Zuweisung von ausländischen Schülern und Schülerinnen mit dem primären Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an Schule I als möglicher Grund für die moderaten Zahlen im gE-Bereich von Schule II vorgebracht werden (Anhang D, Pos. 306). Auf die Frage nach spürbar veränderten Herausforderungen wird auf die „schwieriger“ gewordenen Elternarbeit verwiesen (Anhang D, Pos. 328):

[...] weil du fast zu jedem Gespräch Dolmetscher brauchst, nicht schnell mal [...] telefonieren oder Mitteilungen ins Mitteilungsheft schreiben, was bei uns einfach gang und gäbe ist, das macht das alles aufwendiger, dann Ansprechpartner zu haben, die wieder übersetzen können oder jemanden bei Elterngesprächen und Aufnahmegesprächen dabei zu haben, der immer übersetzen kann. (Anhang D, Pos. 328)

SL verweist auf den Vorteil als „Stadtschule“ auf das Netzwerkangebot *InMigraKids*, über welches für schulische Gespräche kostenlose ehrenamtliche Dolmetscher angefordert werden könnten (Anhang D, Pos. 329), was für Schulen im ländlichen Raum wesentlich schwieriger sei. Die Leistung von *InMigraKids* wird vor allem im Kontext der Migrationsbewegung aus dem Mittleren und Nahen Osten ab 2014 als „sehr gut“ mit geringer Vorlaufzeit vor geplanten Elterngesprächen bewertet (ebd.).

Neben der erhöhten kommunikativen und sprachlichen Anforderung der Elternarbeit beobachtete SL ebenfalls einen „unterschiedlichen Umgang [...] mit dem System Schule, oder was Schulpflicht ist [...]“ (Anhang D, Pos. 333) seitens einzelner Sorgeberechtigter und grenzt ihre Wahrnehmung nachfolgend auf den „Osteuropäischen Bereich“ (ebd.) ein. Weitere Erläuterungen verdichten die Aussage dahingehend, dass Eltern, deren Kindern im Herkunftsland keine Beschulung zugestanden wurde, sich eine verpflichtende Teilnahme am Unterricht im Zusammenhang mit einem Kind mit Intelligenzminderung manchmal anfangs nur schwer vorstellen könnten (Anhang D, Pos. 334), was vereinzelt zu einer abweichenden Auslegung der Schulpflicht führe.

Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung, die erst nach dem in Deutschland regulären Schuleintrittsalter eine Schule besuchen, werden als eine Herausforderung beschrieben, aus der dringlicher Handlungsbedarf zur Einführung von *DaZ*⁹⁹-Stunden im Bereich der FZgEs resultiere, die bisher nur an bayerischen Grund- und Mittelschulen vergeben würden (Anhang D, Pos. 335). Lehrkräfte, die über ein

⁹⁹ Schülerinnen und Schüler mit nichtdeutscher Muttersprache werden auf breiter Basis in der deutschen Sprache gefördert. Alle Maßnahmen basieren auf dem seit 01.08.2017 gültigen LehrplanPLUS für das Fach Deutsch als Zweitsprache, der für alle weiterführenden Schularten gilt und neueste didaktisch-methodische Erkenntnisse aus dem Zweitspracherwerb berücksichtigt. (Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus)

DaZ-Weiterbildung verfügen, könnten zwar ihre dahingehende Expertise innerhalb des Förderstundenkontingents anbieten, eine DaZ-fokussierte Ausgestaltung des Lernbereichs Sprache obliege aber den einzelnen Klassenleitungen (Anhang D, Pos. 337) – eine systematische Implementierung des Aspekts DaZ gäbe es aktuell noch nicht (Anhang D, Pos. 338–339), wäre aber auf positiven Erfahrungswerten basierend notwendig (Anhang D, Pos. 381). Ebenfalls würden die Kollegien der Schule und der heilpädagogischen Tagesstätte auf bestehende Fortbildungsangebote zu verschiedenen Aspekten interkultureller Pädagogik hingewiesen, „aber das Interesse war dann gar nicht so groß“ (Anhang D, Pos. 341). Didaktische Ansätze zum Umgang mit Mehrsprachigkeit seien im schulischen Alltag ohne den Status des Außergewöhnlichen integriert:

[...] die versuchen es [Anm. A.G.: DaZ und interkulturelle Inhalte] einfach im Alltag irgendwie zu integrieren, [...] gerade auch im gE-Bereich weiß ich ein paar Klassen, die das regelmäßig als Thema haben, [...] wo kommen die unterschiedlichen Kinder her, Mehrsprachigkeit, mei, das ist irgendwie bei uns so Alltag. (Anhang D, Pos. 345) [...] deswegen macht man sich gar keine Gedanken drum. (Anhang D, Pos. 347)

Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund stellen an Schule II teilweise eine verfügbare Fremdsprachenressource dar. Beispielweise würde eine syrisch-stämmige Schulbegleiterin bei einem syrischen Kind eingesetzt, die im Alltag und bei Elterngesprächen im Bedarf auch übersetzt (Anhang D, Pos. 349). Das so relativ zufällig entstehende interne Dolmetschersystem sei „manchmal [...] die letzte Hilfe“ (Anhang D, Pos. 350) und berge zusätzlich den Vorteil eines verständigenden kulturellen Zugangs zu Familien mit Migrationsbiographie (Anhang D, Pos. 351).

Auch unterschiedliche religiöse Hintergründe seien weder im Kollegium, noch innerhalb der Schülerschaft problematisch, alle „fügen sich ein“ (Anhang D, Pos. 360), muslimische Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen würden häufig auch Kindern und Jugendlichen mit dem gleichen religiösen Hintergrund zugeordnet (Anhang D, Pos. 360).

8.3.2.9 Interkulturelle Elternarbeit

Die interkulturelle Elternarbeit wird unmittelbar beim Übergang der Diskussion zur Rahmenkategorie Internationalisierung erwähnt und als „schwieriger geworden“ beschrieben (Anhang D, Pos. 328). Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit Migrationsbiographie erfüllten an Schule II im Alltag und speziell auch im Kontext Elternarbeit Leistungen im Sinne von Kulturmittler*innen (Anhang D, Pos. 353–356). Der Umgang mit Internationalität wird von SL trotz der erheblichen Entwicklungen der Anzahl ausländischer Kinder und Jugendlicher und des formulierten subjektiven Empfindens, nicht problematisch wahrgenommen:

Und ich denke auch in der Elternarbeit [...] wird oft so die negative Seite gesagt, dass Eltern dann da schwierig sind und dann da nicht mitmachen, aber ich denke vielmals erleben wir auch, dass Eltern von Kindern, die vorher nicht in einer Einrichtung waren, in Schulen, die dann so dankbar sind und da wirklich hoch zufrieden sind und auch da aktiv in der Zusammenarbeit sind. [...] ich habe eigentlich nicht den Eindruck, dass wir durch unterschiedliche Nationalitäten so viele Probleme haben. (Anhang D, Pos. 357)

Ein zeitlicher Mehraufwand in der Elternarbeit wird durch die notwendige Hinzuziehung von internen oder externen Dolmetschern und gegebenenfalls auch der geringeren Kenntnis der Eltern über das deutsche Bildungssystem und dessen Ebenen (Anhang D, Pos. 343) erläutert. Die positive inhaltliche

und pädagogische Zusammenarbeit in interkulturellen Kontexten führen die Diskussionsteilnehmerinnen auf die methodologisch implizite hohe Individualisierung der Beratung und Hilfen zurück (Anhang D, Pos. 348; 370), die per se eine hohe Heterogenitätstoleranz bergen, so dass „diese Unterschiedlichkeit [...] in der Nationalität auch irgendwo [...] normal“ (Anhang D, Pos. 370) wahrgenommen wird.

8.3.2.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Eine ebenfalls zunehmende Internationalisierung des Kollegiums der Schule und der Heilpädagogischen Tagesstätten bewirke durch die Multiplikation und Kommunikation verschiedener „kultureller Backgrounds“ (Anhang D, Pos. 351) zusätzlich eine interkulturelle „Offenheit“ (ebd.) in den Klassenteams. Somit werden intern vorhandene Ressourcen im Sinne einer Kulturvermittlung zufällig ausgeschöpft, während eine aktive Vernetzung mit Migrantenselbstorganisationen bisher „gar nicht“ (Anhang D, Pos. 372) aktiv verfolgt wird; SL gehe davon aus, dass „das in den Klassen läuft, [...], irgendwelche Themen, oder innerhalb des Religionsunterrichts, dass es da Austausch gibt“ (Anhang D, Pos. 375). Mehrfach vertieft wird der hohe Wert gelingender Kommunikation, auch im Kontext Migration, worauf im Detail unter 8.3.2.11 eingegangen wird.

8.3.2.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

Neben der bereits aufgeführten hohen Individualisierung der pädagogischen Methodik und der Beratungs- und Kooperationszugänge heben die Diskussionsteilnehmerinnen mehrfach den grundsätzlich hohen Wert der an Schule II flächendeckend implementierten nonverbalen Kommunikationsmethoden im Kontext der Internationalität hervor (Anhang D, Pos. 137; 139; 143; 146; 149; 233):

[...] es wird fast in jeder Klasse mit Verhaltensplänen, mit unterstützter Kommunikation gearbeitet, also es ist wirklich über den kmE Förderschwerpunkt weit hinausgewachsen und also heute war ich in einer SVE Gruppe, da ist für jedes Kind, auch für nicht-sprechende, Wahnsinn, die kommen dann mit ihrem Plan daher und deuten da drauf, das eine heißt: 'ich hab' Therapie', das andere heißt: 'ich mach Einzelarbeit', also wirklich so kleine, die noch nicht reden können. Das andere heißt: 'heute mach ich Mappe', das andere heißt: [...] 'Morgenkreis'. Also, die kommen mit ihrem Plan und deuten hin und wissen was das bedeutet, also damit ist schon ein hohes Maß an Kommunikation möglich [...], also im Grunde genommen wird jedes Kind [...] (Anhang D, Pos. 137) in irgendeiner Form kommunikativ erreicht (Anhang D, Pos. 139).

Der Umgang mit Mehrsprachigkeit sei durch den Einsatz verschiedener Methoden unterstützter Kommunikation und einem hohen Maß an Visualisierung innerhalb der pädagogischen Praxis wenig problembehaftet. Kinder mit fehlenden Deutschkenntnissen oder limitierter Lautsprache profitierten gleichermaßen.

8.3.2.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE

In der Diskussion an Schule II kommt es zum beispielhaften Vergleich der Migrantenfamilien, die im Zuge der Migrationsbewegung ab 2014/15 aus dem Nahen und Mittleren Osten vor Krieg und Verfolgung geflohen sind und der aktuell in hoher Anzahl fliehenden Menschen aus der Ukraine. Die Fluchtmotive werden zwar gleichwertig betrachtet, die Erfahrungen in der Elternarbeit vorsichtig differenziert, so seien in der Arbeit mit Menschen aus der Ukraine mittlerweile Übersetzungs-Apps die gängige Dolmetscher-Unterstützung in der Elternarbeit (Anhang D, Pos. 383). TSL erlebe die Kooperation mit ukrainischen Menschen „dankbarer“ (Anhang D, Pos. 387) und bezeichnet diese als „aktiver in der Mitarbeit“

(Anhang D, Pos. 389), was SL weiter hypothetisch mit dem „vertrauteren Kulturkreis“ in Verbindung bringt:

[...] weil es einfach für die ukrainischen Menschen selber ein vertrauterer Kulturkreis ist also, weil, man geht ja davon aus / also damals Syrien das ist einfach / ich mein technisch waren die auch, die haben auch alle mit Handys usw. aber ich mein es ist einfach ein anderer Kulturkreis, andere Vorerfahrungen, die da sind und da ähm, nochmal eine ganz andere Umstellung als ähm, von der Ukraine nach Deutschland zu kommen, vom, vom gesellschaftlichen Leben her, als jetzt von Syrien nach Deutschland. (Anhang D, Pos. 390)

Zusätzlich würden die unterschiedlichen Ankunftsbedingungen und die deutlich veränderte Willkommenskultur klare Auswirkungen auf die Elternarbeit haben – Menschen aus der Ukraine hätten vielfach guten familiären sowie sozialen Anschluss in Deutschland, während der Großteil irakischer und syrischer weiterhin in Aufnahmeeinrichtungen oder Ankerzentren untergebracht würden und dort über Jahre verbleiben müssten (Anhang D, Pos. 390). Ein deutlicher Verweis des Einflusses sozialer wie sozioökonomischer Ressourcen als Gelingensbedingungen für Integration:

[...] da ist es ja auffällig, dass da nur Mütter mit ihren Kindern da sind, das sind Mütter mit ihren Kindern und in Syrien waren es oft die ganzen Familien [...] / da haben wir ja auch Akademikerfamilien gehabt, aber die dann erst einmal so dagestanden sind, ja, und das ist schon ein Unterschied, [...]. (Anhang D, Pos. 392)

SL beschreibt im Vergleich der beiden Herkunftsgruppen ebenfalls zum Teil eine „fordernde“ Haltung ukrainischer Mütter, da möglicherweise das deutsche Bildungssystem dem ukrainischen mehr ähnelt respektive die Systemkenntnis der Eltern höher zu beurteilen ist und somit eine gewisse Systemerwartung entsteht, die in manchen Fällen auch zum gezielten Ansteuern der FZgEs führe (Anhang D, Pos. 394). Weitere Fluchtmotive und Aspekte verschiedener Migrantengruppen werden in der Diskussion nicht aufgegriffen.

8.3.2.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Schule II bietet aufgrund des kmE Förderschwerpunkt Unterricht nach drei Lehrplänen in jeweils, bezüglich der kognitiven Leistungskapazitäten, relativ homogenen Klassenverbänden an, was die Durchlässigkeit im Falle einer unklaren Erstdiagnostik vereinfacht, da intern relativ flexibel verschiedene Beschulungsversuche durchgeführt werden können. Hinsichtlich der Testung verweisen die Diskussions Teilnehmerinnen auf eine unklare Diagnoselage bei fehlender deutscher Sprachkenntnis oder expressiver Sprache, den sie in der Eingangsdiagnostik nicht zuletzt durch die Anwendung nonverbaler Tests mitberücksichtigen (Anhang D, Pos. 307–310). Anwendung finden der SON und WIN-V (Anhang D, Pos. 377), die vor allem im Zusammenhang mit einer hochfrequenten jährlichen Prozessdiagnostik zu aussagekräftigen Ergebnissen führten. SL berichtet von Fällen, deren Schulbiographie auf der Grundlage der Eingangsdiagnostik im Förderschwerpunkt gE begann, im Laufe der Entwicklung aber Umstellungen erfolgten:

[...] was in der Sonderpädagogik ist, dass man jedes Jahr ja wieder schaut, [...], wie ist der Förderbedarf und dass da einfach eine sehr genaue Beobachtung da ist und dass vielleicht dann mal nach einem Jahr nochmal eine Testung stattfindet, wenn mehr Spracherwerb da ist, dass man dann nochmal draufschaut, [...] das ist jetzt das kmE-spezifische, dass wir die Möglichkeit haben, die Kinder ja innerhalb des Hauses auch zu verschieben, [...], wir haben Kinder gehabt, [...] die haben im gE-Bereich angefangen, waren eine Zeit lang da und dann hat man gesagt, [...] kann man auch versuchen die in den Bereich Lernen dann zu nehmen. Also [...] das passiert schon auch bei Kindern [...] nichtdeutscher

Herkunft, [...] dass man da erstmal ausprobiert, dass man schaut, wo kriegt man die am besten vom Sozialen her auch unter, und dass man dann innerhalb der Schullaufbahn wechselt. (Anhang D, Pos. 377)

Mögliche diagnostische Abweichungen und Lehrplanzuordnungen hält SL im Grenzbereich zwischen Intelligenzminderung und Lernbehinderung für realistisch, eine Fehleinschätzung, die zur Beschulung eines kognitiv normalbegabten Kindes im Förderschwerpunkt gE führe, hielte sie für unwahrscheinlich (Anhang D, Pos. 379). Spezifische kultursensible Verfahren würden nicht in der Diagnostik an Schule II angewandt.

8.3.2.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Vor allem die Hinweise auf den hohen integrativen Wert unterstützter Kommunikation im Kontext möglicher Sprachbarrieren aufgrund der Migrationsbiographie können zusätzlich als weiterführender Aspekt aufgegriffen werden, da laut der Wahrnehmung und Beschreibungen der Diskussionsteilnehmerinnen die Integration nicht deutschsprechender Kinder in Unterricht und Gruppenalltag zu keinen erwähnenswerten Herausforderungen führt. In diesem Kontext ist der angeführte Mangel an DaZ-Stunden im Bereich gE erwähnenswert, da die Kombination einer integrativen, kommunikationsfördernden Kultur, wie sie an Schule II vorläge die Integrationsprozesse möglicherweise noch beschleunigen könnte.

8.3.3 Gruppendiskussion Schule III

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|------------------|
| Schulleitung (SL) | Sonderpädagoge | Rektor (SoR) | Sept. 2000 |
| Leitung HPT (TSL) | Dipl.-Pädagogin (Univ.) | Tagesstättenleitung | Sept. 2009 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | Dipl.-Psychologin | Leitung psychologischer Fachdienst | Sept. 2018 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|--------------------|----------------------|-------------------------|
| 23.11.2022 | 1 Stunde | 96 % |

8.3.3.1 Schülerzahlentwicklung

Den erheblichen, dekadischen Anstieg der Schülerzahlen an Schule III kontextualisiert SL mit dem zu Beginn der Dekade allgemein befürchteten Rückgang der Schülerzahlen an Förderzentren, bedingt durch das Elternwahlrecht und den erwarteten Trend zunehmender Möglichkeiten inklusiver Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung an Regelschulen. Seiner Auffassung nach führten die legislativen Entwicklungen auf der Grundlage der UN-BRK sowie die inklusiven Entwicklungen des BayEUG (siehe 2.2.1) zu einem kurzzeitigen Rückgang der Schülerzahlen, der sich aufgrund unzureichender Rahmenbedingungen an den Regelschulen im Laufe der Dekade umkehrte (Anhang E, Pos. 6):

[...] in der Realität hat sich dann gezeigt, dass die Inklusion [...] sich nie so durchgesetzt hat, aufgrund der Rahmenbedingungen an den Regelschulen [...], ich sage mal, wir sind zwei, drei Jahre durch so ein kleines Tal geschritten und dann sind die Zahlen wieder stabil gestiegen. (Anhang E, Pos. 6)

Weiter würden sich Eltern bewusst für die Beschulung ihres Kindes am FZgE entscheiden, da sie individualisierte Pädagogik und Förderung „sehr schätzen“ (Anhang E, Pos. 6). Neben dem Zuwachs an Kindern „von Arbeitsmigranten mit hohem Förderbedarf“ (ebd.) führe der „allgemeine Bevölkerungszuwachs durch viele Migrationen, durch Arbeitsmigration“ (ebd.) ebenfalls zu vollen Grund- und Hauptschulklassen, was sich zusätzlich negativ auf das inklusive Absorbationspotential des Regelschulsystems auswirke. Die besondere Entwicklung der Stadt Straubing sowie dessen Umland begründe sich in den attraktiven Arbeitsmöglichkeiten bei großen Automobilherstellern (Anhang E, Pos. 7) sowie der saisonal hohen Nachfrage nach Erntehelfern in der Landwirtschaft der 'Gäubodenregion' (Anhang E, Pos. 99). Im Blick auf regionale Einzelinklusionsmaßnahmen geben die Diskussionsteilnehmer*innen an, es seien eher Kinder und Jugendliche mit wenig auffälligem respektive herausfordernden Verhaltensweisen in Regelschulen integriert (Anhang E, Pos. 18–20), Kinder, „die halt auffälliges Verhalten zeigen, weil sie mit der Gesamtsituation überfordert sind, die kommen ganz schnell wieder zurück“ (Anhang E, Pos. 20), was auch an Schule III auf das Phänomen von 'Quereisteigern' verweist (Anhang E, Pos. 22), Fälle die FD auf den starken Wunsch einzelner Eltern nach inklusiver Beschulung zurückführt, welche der Entwicklung des Kindes nicht zuträglich sei (Anhang E, Pos. 21).

8.3.3.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Die Zunahme der Schüler und Schülerinnen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen, die sich an Schule III im dekadischen Verlauf prozentual zwar moderat (+11 %), im Blick auf die absoluten Zahlen (+64) deutlich abzeichnet, wird von den Diskussionsteilnehmer*innen in der alltäglichen Praxis deutlich wahrgenommen. Die Diskussion über gesamtgesellschaftliche Einflussvektoren bewegt sich von der angenommenen abnehmenden Erziehungskompetenz (Anhang E, Pos. 29–31) von Sorgeberechtigten hin zu einer wahrnehmbaren Tendenz medialer Verwahrlosung von Kindern und Jugendlichen, welche sich massiv auf deren Entwicklung und die Ausbildung psychiatrischer Symptomatik auswirke, was beispielhaft verdeutlicht wird:

[...] das haben wir letzte Woche in der Schulleitertagung besprochen, mit den FzgE-Schulleitern, dass es für uns schon ein eindeutiger Kausalzusammenhang dahingehend besteht, dass die Kinder permanent mit Handys, Tablets, Computern, Fernsehern regelrecht ruhig gestellt werden und keinerlei Sozialkontakte mehr zu Hause stattfinden, [...], wir haben eine Familie, die haben vier Kinder bei uns im Vorschulbereich, ähm, und die Eltern haben im Gespräch eigentlich einen sehr vernünftigen Eindruck gemacht, [...], Mensch, wie kann das denn sein, dass die vier Kinder mit Förderbedarf haben? Auch vor dem Hintergrund, dass da kein genetischer Defekt vorliegt? Jetzt hatte ich ein Telefonat mit einem Mitarbeiter des Jugendamtes, der geschockt war, [...], so etwas hat er schon lange nicht mehr gesehen: vier Kinder, kein einziges Spielzeug zu Hause, jedes Kind wird mit einem elektronischen Mediengerät ruhiggestellt, die sind total hospitalisiert. (Anhang E, Pos. 31)

TSL verweist im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen zudem auf den steigenden Wunsch der Eltern nach Hausaufgaben im gE-Bereich, welcher ihres Erachtens exemplarisch für steigende Leistungserwartungen im FzgE-Bereich stehen. Gesamtgesellschaftliche Leistungsorientierung, die möglicherweise auch im Förderschwerpunkt gE zu gestiegenen Leistungsanforderungen führt, die in ihrer Konsequenz zu Überforderung mancher Schüler und Schülerinnen und sekundär zu Verhaltensauffälligkeiten respektive psychiatrisch relevanter Symptomatik führten (Anhang E, Pos. 28).

Ebenfalls seien, vor allem bei Kindern mit massiven Verhaltensauffälligkeiten, möglicherweise niedrigere Hemmungen zur psychiatrischen Vorstellung sowie der Wunsch der Schule und der Eltern nach

einer medizinischen Diagnose mit der Hoffnung auf konkrete medikamentöse, therapeutische und pädagogisch-methodische Unterstützungsleistung Gründe für die Zunahme der Diagnosen (Anhang E, Pos. 40).

8.3.3.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Konkrete Aussagen zu spezifischen Störungsbildern beschränken sich in der Diskussion auf ASS. Alle Diskussionsteilnehmer*innen nehmen einen deutlichen Zuwachs an ASS-Diagnosen und eine veränderte wie deutlich gewachsene pädagogische Herausforderung in deren Zusammenhang wahr. Obwohl sich der prozentuale Anteil autistischer Kinder und Jugendlicher im dekadischen Rückblick sehr stabil zeigt, scheint das Störungsbild die Diskussion und die Wahrnehmung (Anhang E, Pos. 82) der Diskussionsteilnehmer zu dominieren:

Sie haben jetzt nur, [...] die nachhaltig gesicherten Diagnosen mit aufgenommen? Weil wir natürlich vor allem im SVE Bereich oftmals hören 'starker Verdacht auf Autismus', 'starker Verdacht auf Autismus', 'starker Verdacht auf Autismus', also wir kriegen momentan fast ausschließlich in der SVE nur noch Kinder mit Verdacht auf Autismus vorgestellt, wo wir dann oftmals nach einem halben, dreiviertel Jahr feststellen, dass es nicht Autismus ist, das mag sein. (Anhang E, Pos. 80)

Neben der subjektiv empfundenen Überrepräsentanz von ASS innerhalb der Schülerschaft hätten sich auch die pädagogischen Anforderungen im Laufe des Untersuchungszeitraums wahrnehmbar verändert (Anhang E, Pos. 85–89):

Ich wenn mir jetzt einfach meine Zeit herhole, wo ich in Schule III angefangen habe 2004, und die Autisten hab' ich da noch nicht so präsent oder herausfordernd wahrgenommen, formulieren wir es vielleicht anders, und wenn ich das jetzt sehe, ein Autist fordert, Autist braucht / das Team braucht eine ganz andere Unterstützung, die Autisten sind im Moment [...] arbeitsintensiver //. (Anhang E, Pos. 85)

In Einzelfällen ginge die Schule zu Formen der Hausbeschulung über, da selbst- und fremdgefährdendes Potential einzelner Schüler und Schülerinnen mit Autismus aufgrund der Gefährdung von Mitschüler*innen und drohender Überlastung der Mitarbeiter*innen nicht mehr in der Klassensituation verantwortbar sei (Anhang E, Pos. 62–64; 68). Im Kontext ASS verweist SL daher auf die Dringlichkeit einer gesicherten medizinischen Diagnose zu adäquaten Interventionsplanung und Entwicklung autismus-spezifischer pädagogischer Settings (Anhang E, Pos. 40). Kritisch wird auch im Kontext ASS der mediale Einfluss bis hin zu Fällen von Medienverwahrlosung angemerkt, die vermeintlich zur Ausbildung autistisch anmutender Symptomatik führen könne:

Medienverwahrlosung, und oftmals fällt es uns dann auch auf, dass wir Kinder bekommen, [...] mit einer Diagnose Autismusspektrumstörung und die kommen auch entsprechend zu uns, und wenn die dann ein halbes, dreiviertel Jahr bei uns gefördert werden, wenn die dann Sozialkontakte haben, dann sieht man auf einmal nicht mehr viel von diesen autistischen Störungen. Also es hängt unseres Erachtens wirklich mit diesem wahnsinnig hohen Medienkonsum zusammen mit, ja, mit diesen vielfältigen elektronischen Einflüssen ähm, die die kleinen Kinder aber auch die Jugendlichen letztendlich heillos überfordern. (Anhang E, Pos. 33)

FD erwähnt die handlungsleitende Bedeutung psychiatrischer Diagnosen vor allem bei symptomatisch überschneidenden Störungsbildern wie ASS oder Bindungsstörung, die in psychologische und pädagogischer Konsequenz fast diametrale Interventionsstrategien erfordern (Anhang E, Pos. 75).

8.3.3.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungslage wird differenziert zwischen ambulanter Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und der Möglichkeiten stationärer Versorgung diskutiert. Versorgungsangebote niedergelassener Kinder- und Jugendpsychiater sowie der SPZs Deggendorf und Regensburg bestünden, seien aber durch lange Wartezeiten gekennzeichnet (Anhang E, Pos. 55), so dass es „wahnsinnig schwer“ (Anhang E, Pos. 55) wäre, „einen Platz für ein Kind zu bekommen, wenn akuter Bedarf ist. [...], weil wir nicht wissen, wo wir unsere Kinder da unterbringen können und wer unsere Kinder nimmt, aber allein dieses ambulante ist wirklich schwer.“ (Anhang E, Pos. 55)

Gerade die Notfallversorgung wird sowohl im Kontext ambulanter als auch stationärer Angebote als 'schwierig' bis 'katastrophal' beschrieben. Verfügbare Möglichkeiten der stationären Unterbringung von Kindern- und Jugendlichen mit Intelligenzminderung werden weiter verschärfend als „absolute Katastrophe“ (Anhang E, Pos. 50) geschildert, da die KJP Landshut „unsere Kinder nicht auf[nimmt]“ (ebd.), was am folgendem Beispiel aus der Praxis verdeutlicht wird:

Und wenn wir einen Notfall haben, bis wir in Landshut ankommen, schlafen die, also, wenn wir wirklich eine psychiatrische Auffälligkeit hier in Straubing haben, und man versucht dann über Krankenwagen oder über Rettungsdienst dann einzuweisen, weil man sonst nicht hinkommt, dann fahren sie mal von Straubing nach Landshut und dann schauen sie mal was mit einem Kind oder Jugendlichen passiert, der getobt hat und fährt dann eine dreiviertel Stunde Auto. Der schläft ein und kommt dann ruhig und zufrieden und ganz brav in Landshut an (lacht). (Anhang E, Pos. 51)

Weitere Beispiele aus der Praxis verweisen auch über die psychiatrische Notfallversorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung hinaus auf enorme Versorgungsdefizite, die in Einzelfällen die Beschulung von Kindern und Jugendlichen im Klassenverband unmöglich werden lassen, was SL am Beispiel einer überdauernden psychiatrischen Störung eines Jugendlichen mit ASS- und ausgeprägter Aggressionssymptomatik darlegt, dessen Beschulung mit Unterstützung durch die Klassenlehrkraft und den MSD über längeren Zeitraum durch die Erziehungsberechtigten zu Hause erfolgt:

Katastrophe. Wir haben jetzt einen Fall, das ist ein Schüler in einer großen MS-Klasse, [...] / ein autistischer Jugendlicher ähm, der letztes Schuljahr, [...] mit stark psychotischem Verhalten aufgefallen ist [...] / wo wir mit den Eltern tatsächlich hervorragend kooperieren und der ist dann medikamentös eingestellt worden und dann ging's wieder hervorragend [...] und jetzt nach den Sommerferien kam er und gleich in der zweiten Schulwoche mussten wir mit den Eltern reden. Ich hab' gesagt, passen sie auf, der Bursch ist einen Meter neunzig groß, der wiegt 100 Kilo und der zeigt sehr aggressives Verhalten, das geht nicht. Die Eltern haben das eingesehen, der ihnen bekannte Psychiater konnte ihnen nicht weiterhelfen, ähm, sie waren dann im Kontakt mit der KJP in Landshut ähm, die nichts gemacht haben und die warten noch jetzt, Ende November, auf einen Termin in Regensburg. Jetzt noch. [...], da steht ein zweites Medikament im Raum, das aber nur von Regensburg verschrieben werden kann, [...] und der Vater sagt, bevor wir dieses zweite Medikament nicht ausprobiert haben, macht das keinen Sinn, meinen Sohn wieder in die Schule zu schicken. Also wir reden hier von einem Zeitraum, [...] von über zwei Monaten und der Termin hat immer noch nicht stattgefunden. (Anhang E, Pos. 57)

Die Ausführungen geben neben der mangelhaften Versorgungslage ebenfalls Hinweise auf die enorme Herausforderung in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung, da, auch wenn eine psychiatrische Versorgung angebahnt werden konnte, „selbst der Psychiater oftmals den Kindern nicht helfen kann“ (Anhang E, Pos. 66), was in der Konsequenz zur Pädagogisierung psychiat-

rischer Störungen führt, da die Systeme der Eingliederungshilfe die mangelnde medizinische Versorgung auch im Falle massiver psychiatrischer Symptomatik kompensieren. Als einzige Möglichkeit zur stationären Unterbringung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung wird an Schule III „Würzburg“ erwähnt (Anhang E, Pos. 95), wo allerdings „jetzt“ auch nur noch fränkische Kinder und Jugendliche aufgenommen würden, weshalb nachdrücklich der Bedarf an einer „Notaufnahme“ (Anhang E, Pos. 93) oder eines „Akutkrankenhauses“ (Anhang E, Pos. 95) zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung aus Niederbayern formuliert wird.

8.3.3.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Schule III kooperiert „sehr, sehr gut und sehr eng“ (Anhang E, Pos. 42) mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater, der regelmäßig zu Konsiliarterminen die Räumlichkeiten der Schule nutzt und in gemeinsamen Gesprächsrunden mit Lehrkräften, dem psychologischen Fachdienst, den Sorgeberechtigten sowie dem Personal der HPT einen engen Austausch im Rahmen der Diagnostik und der weiteren Behandlung pflegt (Anhang E, Pos. 42). Ebenfalls würden bedarfsgerecht und wohnortnah Versorgungsangebote wie beispielsweise die SPZs in Landshut, Deggendorf und Regensburg seitens des FZgE an die Eltern vermittelt und der Kontaktaufbau unterstützt.

Die Kooperation mit den behandelnden SPZs wird in der Diskussion als intensiv beschrieben und reicht von persönlichen Fallbesprechungen hin zum Austausch und der Bearbeitung standardisierter Verhaltensskalen, die zu einer umfassenden und interdisziplinären Diagnostik und Behandlung beitragen (Anhang E, Pos. 42–47). Hingegen der positiven Kooperation im Bereich der ambulanten Versorgung seien keine kooperativen Modelle mit der KJP Landshut oder Regensburg installiert, die bisherigen Kooperationsansätze werden resignativ negativ beschrieben, was sich in Aussagen wie „Landshut nimmt unsere Kinder nicht“ (Anhang E, Pos. 50) oder „ja, dem fehlt doch nichts, nehmt sie wieder mit“ (Anhang E, Pos. 53) offenbart. Wie bereits unter 8.3.3.4 angerissen bestünde aus Sicht der Diskussionsteilnehmer*innen ein enormer Bedarf an Möglichkeiten der Notfallversorgung in Kombination mit interdisziplinärem Austausch, ein Kooperationswunsch, der in erster Linie an die Bezirkskliniken respektive die KJPs adressiert sei (Anhang E, Pos. 93).

8.3.3.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

FD konstatiert retrospektiv einen deutlichen Zuwachs an herausforderndem Verhalten in der Schülerschaft von Schule III (Anhang E, Pos. 27), ein Eindruck, der sich mit den Aussagen von TSL deckt, die Kinder- und Jugendliche mit ASS heute als „arbeitsintensiver“ (Anhang E, Pos. 85) wahrnimmt als zu Beginn ihrer Tätigkeit am FZgE im Jahre 2004, was SL in seinen Aussagen vorsichtig bestätigt (Anhang E, Pos. 89). Eine mögliche Veränderung der Schülerklientel hinsichtlich ihrer Verhaltensauffälligkeiten wird an Schule III im Kontext des steigenden Medienkonsums bei gleichzeitig abnehmender erzieherischer Kompetenz der Sorgeberechtigten in der Eingangsdiskussion aufgegriffen (Anhang E, Pos. 31–33), welche zunehmend zu Verhaltensauffälligkeiten führe.

8.3.3.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

Über die Themen des Diskussionsleitfadens hinaus, verweist TSL auf den Aspekt der Mitarbeitergesundheit, der vermeintlich als Marker für gestiegene Anforderungen und Belastungsmomente in der Praxis herangezogen werden kann (Anhang E, Pos. 73). Als weiterführend kann ebenfalls der Verweis auf die infrastrukturelle Problematik des Flächenbezirks Niederbayern bewertet werden, da die Schilderungen in der Diskussion neben dem Aspekt einer bestehenden psychiatrischen Unterversorgung auch die komplizierte Erreichbarkeit zentraler Anlaufstellen (z. B. KJP Landshut) skizzieren, die es sowohl den FZgEs als auch den Eltern deutlich erschwert, kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Anspruch zu nehmen.

8.3.3.8 Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze

Die Internationalisierung der Schülerschaft, die sich an Schule III moderat und unter dem bayerischen Durchschnitt für die Förderschulen zeigt, wird in der Diskussion untrennbar mit der Internationalisierung der Mitarbeiterschaft aufgegriffen, die sich hinsichtlich des konstruktiven und lösungsorientierten Umgangs mit Mehrsprachigkeit und ggf. Sprachbarrieren als Ressource darstellt. So hätten Schule und HPT „aus Not“ (Anhang E, Pos. 122) ein funktionales internes Dolmetschersystem entwickelt, das auf einer Abfrage am schwarzen Brett innerhalb der Kollegien basiert, wer über welche sprachlichen Ressourcen zur Unterstützung der Elternarbeit mit Migrantenfamilien verfügt (Anhang E, Pos. 112). Ausschlaggebend für die Implementierung eines internen Dolmetschersystems waren Kommunikationsprobleme in Elterngesprächen beim Aufnahmeprozess sowie in der fortlaufenden Elternarbeit, welchen durch staatliche oder öffentliche Angebote nicht ausreichend begegnet werden konnte:

[...], wenn man dann wieder mit Händen und Füßen in einem Elterngespräch drinsitzt und dann versucht über die Stadt Straubing einen Dolmetscher zu kriegen, dass man das als offizielles System nutzt und es geht wieder nicht, oder man schreibt in ein Mitteilungsheft etwas hinein und es kommt nichts zurück, weil die Eltern es nicht verstehen, ja dann sucht man sich einen Mitarbeiter, der in einer anderen Sprache erstmal das Mitteilungsheft schreibt (Anhang E, Pos. 126) [...] oder mal anruft und das Problem erklärt. Und dann hat sich das, ich denke über die Lehrerkonferenz entwickelt, irgendwann gabs mal den Aushang: Wer spricht welche Sprache? (Anhang E, Pos. 128)

Das interne Dolmetschersystem sei derzeit soweit funktional, dass eine weitere Anfrage von äußeren Diensten oder Netzwerkpartnern bisher nicht mehr notwendig geworden wäre (Anhang E, Pos. 130). Da Lehrkräfte und Mitarbeiter*innen mit Fremdsprachkompetenzen die Dolmetscherleistungen neben ihrer Linienfunktion übernehmen, würden spontane und unkomplizierte Vertretungsmöglichkeiten eingerichtet um die entsprechenden Personen zur Begleitung der Elterngespräche freizustellen (Anhang E, Pos. 128). SL verweist auf bestehende externe Netzwerkressourcen wie Familienzentren oder Familien und Freunde aus dem ethnischen Umfeld der Eltern, die hilfsbereit die Elternarbeit als Dolmetscher zusätzlich unterstützen würden, konstatiert aber dennoch oftmals „deutlich eingeschränkte“ Kommunikationsmöglichkeiten (Anhang E, Pos. 131). Ebenfalls übernahmen oft „die älteren Geschwister“ die Dolmetscherfunktion in Aufnahmegesprächen oder beim Elternkontakt (Anhang E, Pos. 132). Im Kontext der Herausforderungen werden die Aspekte religiöser Unterschiede sowie divergente tradierte Rollenmuster angeschnitten. Während sich beispielsweise religiöse Esskultur berücksichtigen und die alternative Betreuung von Schülern anderer Religionszugehörigkeit und Schülern ohne konfessionellem

Hintergrund während christlicher Schulveranstaltungen organisatorisch gut bewältigen ließen (Anhang E, Pos. 114), würde gegenüber obsoleten tradierten Rollenbildern klar Position bezogen: „Aber wenn natürlich vielleicht Jungs eher die Frau nicht für voll nehmen können, dann muss man da natürlich schon auch eingreifen, also wir können nicht alles hinnehmen“. (Anhang E, Pos. 119)

Kulturelle Aspekte würden kaum Konfliktpotential in der Beratung der Eltern oder bei der Beschulung der Kinder und Jugendlichen bergen, einschränkend bewertet SL allerdings die häufig geringe schulische Vorbildung von Kindern und Jugendlichen aus Südosteuropa oder auch dem Nahen Osten (Anhang E, Pos. 134), die seines Erachtens in manchen Fällen initial für die Zuweisung in schulische Sondersysteme sei.

8.3.3.9 Interkulturelle Elternarbeit

Spezifische Formen interkultureller Elternarbeit werden in der Diskussion nicht thematisiert. Grundsätzlich verweisen die Beiträge auf eine kultursensible, verstehende und subjektzentrierte Kultur der Elternarbeit, unabhängig von Migrationshintergründen oder ethnischer Zugehörigkeit:

[...], wenn ich Elterngespräche führe, ich interessiere mich einfach für die Familien, ich interessiere mich für die Menschen und ich frag' da schon immer nach und in der Regel kommen die Eltern wegen der Arbeit, also es ist unglaublich wie viele Menschen wegen den besseren Arbeitsmöglichkeiten ihr Heimatland verlassen, ihre Familie verlassen, die Freunde verlassen, sämtliche Strukturen aufgeben, weil sie wissen, dass sie hier gut leben können, weil sie hier Geld verdienen können und dann auch ihre Kinder gut versorgt wissen. (Anhang E, Pos. 101)

Die Implementierung eines funktionalen internen Dolmetschersystems sowie die Offenheit, Migrantenfamilien mit Unterstützung aus ihrer ethnischen Gemeinschaft zu beraten und begleiten, verweisen auf eine intrinsische Kompetenz zur interkulturellen Arbeit an Schule III.

8.3.3.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

TSL greift im Kontext Migration und Behinderung den Aspekt der Funktion von Sprache in pädagogischen Prozessen auf; so sei die Ansprache eines Kindes in der Muttersprache in krisenhaften Situationen oder während der Gewöhnungsphase an das neue pädagogische Umfeld im Ankunftsland notwendig, könne aber nicht dauerhaft die Regel sein (Anhang E, Pos. 154). Der Umgang mit Mehrsprachigkeit sei weder im Kontext Schule noch im Kontext HPT systematisiert (Anhang E, Pos. 158–160; 162). Hilfreich sei der differenzierte heil- und sonderpädagogische Blick auf die Ressourcen eines Kindes und die Abgrenzung von sprachlichen oder behinderungsbedingten Verständnisschwierigkeiten (Anhang E, Pos. 170). Sonderpädagogische Methoden der Sprachförderung sowie der nahezu flächendeckende Einsatz von Bildkarten, Symbolen und Visualisierung von Abläufen, wie sie originär in der methodischen Annäherung an autistische Lebenswelten entwickelt wurden, unterstützen die Kommunikationsfähigkeit und Ausdrucksmöglichkeit (Anhang E, Pos. 165) von Kindern mit Migrationshintergrund und bahnten langsam und didaktisch adäquat ein Erlernen der deutschen Sprache an (Anhang E, Pos. 162). Ausgewiesene Stundenkontingente für DaZ stünden im gE-Bereich nicht zur Verfügung, so dass die gesamte schulische Sprachförderung „im normalen Unterrichtsverlauf passieren“ (Anhang E, Pos. 169) müsse.

8.3.3.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

Das enorme integrative Potential des FZgEs wird im Zusammenhang mit Überforderung von Schülern und Schülerinnen aus dem Nahen und Mittleren Osten skizziert, so seien manche Kinder und Jugendliche mit wenig vorausgegangener formeller Schulbildung im Herkunftsland oft in Deutschklassen „heillos überfordert“, was in manchen Fällen über die Zuweisung von Kindern und Jugendlichen an ein SFZ bis hin zur Beschulung im FzgE führe:

Und was wir auch bemerken, das ist jetzt gerade bei den zugezogenen Menschen aus Nahost, aus Syrien, aus Iran, aus Afghanistan, ähm, dass die oftmals ohne Schulbildung oder mit sehr, sehr schlechter Schulbildung zu uns kommen, hier in Deutschland in den Deutschklassen heillos überfordert sind, die SFZs sagen, ja Moment mal, der ist 13 Jahre alt und kann noch nicht einmal bis Hundert rechnen, wir können den auch nicht brauchen, dann ist der natürlich knapp unter 70 und dann landen diese Kinder [...] in unserem Setting, mit den sehr kleinen Klassen, mit viel Personal, machen diese Kinder, diese Jugendlichen, gerade aus Syrien manchmal hervorragende, sehr, sehr schnelle Fortschritte, ähm, und wir merken auf der einen Seite sind sie falsch bei uns, weil die nach drei vier Jahren argumentieren, mit uns diskutieren, auf einem Niveau, wie ich das jetzt, sag ich mal von Regelkindern nicht immer kenne, auf der anderen Seite sind sie trotzdem richtig. Weil nur durch unser Setting mit dieser individuellen, intensiven Förderung machen sie diese Fortschritte, also die sind vorher in den Deutschklassen gnadenlos gescheitert und bei uns machen die auf einmal Fortschritte und lernen in zwei drei Jahren die deutsche Sprache, können auf einmal flüssig lesen und bewegen sich in einem gesicherten Zahlenraum bis Tausend und fangen an schriftlich zu addieren und schriftlich zu subtrahieren oder multiplizieren. Wo man sich dann wirklich überlegt, ok, wo kann denn der Weg dann weitergehen oder wie können wir dann die Schüler auch wieder weiter bringen? (Anhang E, Pos. 134)

Laut der beispielhaften Ausführungen böten neben den beschriebenen integrativen Aspekten unterstützter Kommunikation (siehe 8.3.3.10) vor allem strukturelle Bedingungen wie kleine Klassen und ein hoher Personalschlüssel integrative Möglichkeiten (Anhang E, Pos. 153), die weit über die Möglichkeiten im Regelsystem hinausgehen und positiv auf die Lernfortschritte und Entwicklungsmöglichkeiten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationsbiographie wirken können.

8.3.3.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE

Die Frage nach regionalbezogenen Erklärungsansätzen für die hohe Anzahl von Schülerinnen und Schülern aus Südosteuropa wird unmittelbar mit Migrationsmotiven diskutiert (Anhang E, Pos. 99–101). So sei gerade die Gäubodenregion Straubing durch vielfältige handarbeitsbasierte Landwirtschaft traditionell ein Anziehungspunkt für Erntehelfer. Hier hätte sich im Laufe der Jahrzehnte die maßgebliche Herkunft der Hilfsarbeiter von Polen immer mehr nach Südosteuropa, also Rumänien und Bulgarien, verschoben, was zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl rumänischer und bulgarischer Kinder und Jugendlicher an Schule III beigetragen habe. Arbeitsmigration scheint in der Region das Hauptmotiv darzustellen, wobei SL auf Beispiele verweist, die neben dem Arbeitsmotiv durchaus offen ein Versorgungsmotiv für ihr Kind mit Behinderung kommunizieren (Anhang E, Pos. 101):

Und von den rumänischen Kindern und Jugendlichen, [...] 14/15 in dem Schuljahr kam der erste, [...], wo die Eltern [...] aufgrund von der Arbeit doch nach Europa, [...] sind aber bewusst eben auch, das haben die Eltern damals gesagt, nach Deutschland, weil hier die Förderung besser ist. Das allererste rumänische Kind, da haben sich die Eltern bewusst Deutschland ausgesucht, aufgrund der Behinderung ihres Kindes. (Anhang E, Pos. 100)

Aspekte von Fluchtmigration oder Hochqualifiziertenmigration wurden in der Diskussion an Schule III nicht direkt thematisiert.

8.3.3.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Die Dynamik eines selektiven und leistungsorientierten Schulsystems führt nach Erfahrung der Diskussionsteilnehmer*innen bis hin zu einer vermeintlichen Fehlzuweisung von Kindern und Jugendlichen an das FZgE, was auch im Kontext valider und kultursensibler Diagnostik aufgegriffen wurde. Gängige Testverfahren wie der KAB-C oder der nonverbale SON seien nach Auffassung von SL zwar passend für Kinder aus Südosteuropa, Kinder aus dem Nahen Osten bedürfen allerdings anderer Verfahren, da die kulturelle Normierung der Testverfahren zu Ergebnisverzerrungen führen könne (Anhang E, Pos. 136). Eine explizite fachliche Auseinandersetzung mit kultursensiblen Testverfahren geschehe derzeit im Kollegium an Schule III noch nicht, wird aber von SL als „spannend“ bewertet (Anhang E, Pos. 136).

8.3.3.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Als weiterführender Aspekt zur Rahmenkategorie ist die Diskussion über die Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund am FZgE ohne die Indikation Intelligenzminderung. Schule III formuliert einen Zwiespalt zwischen der Passgenauigkeit des Settings FZgE für Kinder und Jugendliche mit fehlender und mangelhafter schulischer Vorbildung vor allem aus Südosteuropa und dem Nahen Osten und der Durchlässigkeit des Systems auf dem Weg zurück in das Regelschulsystem oder den ersten Arbeitsmarkt (Anhang E, Pos. 134). Die Beispiele verdeutlichen die kritische Abwägung zwischen akutem pädagogischem Interesse und intensiver Förderung zu Ungunsten späterer beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten aufgrund von stigmatisierenden Effekten der Beschulung am FZgE.

8.3.4 Gruppendiskussion Schule IV

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|
| Schulleitung (SL) | Sonderpädagogin | Rektorin (SoR) | Sept. 2019 |
| Stv. Schulleitung (stv. SL) | Sonderpädagogin | Konrektorin (SKRin) | Sept. 2007 |
| Leitung HPT (TSL) | Dipl.-Pädagogin (Univ.) | Tagesstättenleitung | Sept. 2006 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | Dipl.-Psychologin | Psychologischer Fachdienst | Sept. 2015 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|--------------------|----------------------|-------------------------|
| 29.11.2022 | 1 Stunde | 90 % |

8.3.4.1 Schülerzahlentwicklung

Der erhebliche dekadische Anstieg der Schülerzahlen an Schule IV wird von den Diskussionsteilnehmerinnen multikausal beleuchtet. Formen inklusiver Beschulung von Kindern mit dem Förderschwerpunkt gE wären zwar im Landkreis Cham experimentell umgesetzt worden, führten aber langfristig nicht zur Inklusion der betroffenen Kinder und Jugendlichen im Regelschulsystem; so sei „die Schere dann zu weit auseinandergesprungen“ (Anhang F, Pos. 2), was zu einer hohen Zahl an Quereinsteigern in der Sekundarstufe führte und sich somit auf die positive Entwicklung der Schülerzahlen auswirkte. Quereinsteiger oder Rückkehrer kämen nicht aus Formen der Einzelinklusion – „Die Einzelinklusion, die sind einfach nicht, die gibt's einfach nicht“ (Anhang F, Pos. 190) – sondern eher aus reformpädagogischen

Schulen oder bei Grenzgängern zwischen FS Lernen und gE aus den staatlichen SFZs. Weiter werden „unglaubliche Zuzüge [...] aufgrund von Flüchtlingswellen“ als mögliche Einflussvektoren benannt (Anhang F, Pos. 2). Trotz intensiver Bemühungen der politisch Verantwortlichen sei die Inklusion an Regelschulen nicht nennenswert entwickelt worden, während die Pandemie zusätzlich hemmend auf die Entwicklung inklusiver Settings wirkte, wodurch ein weiterer Anstieg der Schülerzahlen (der in der quantitativen Erhebung nicht mehr erfasst ist) am FZgE zu verzeichnen gewesen wäre (Anhang F, Pos. 3–9). Die Haltung der Eltern im ländlichen Raum sei weit weniger progressiv und inklusionsgewandt als die städtische Elternklientel, so dass selbst der Aufbau erster Partnerklassen hohe „Überredenskunst“ bedurfte (Anhang F, Pos. 12). Eltern würden das „All-Inclusive“-Angebot (Anhang F, Pos. 13) des FZgEs sehr schätzen und sähen ihre Kinder im FZgE gut versorgt (Anhang F, Pos. 15). Weiter könnte auch der große Anteil an Eltern, die eine Landwirtschaft betreiben, ein Grund für die Bevorzugung zentraler Versorgung der Kinder am FZgE sein, da im dünn besiedelten Landkreis häufig weite Fahrwege zurückgelegt werden müssten um passende inklusive Angebote wahrzunehmen (Anhang F, Pos. 16). Hingegen der großen Nachfrage nach Tandemklassen in städtischen Regionen verzeichnet Schule IV bisher keine Elternwünsche nach derartigen Schulkonzepten, so bestehe im Landkreis Cham auch bis heute keine Schule mit dem Schulprofil Inklusion (Anhang F, Pos. 197).

8.3.4.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Hinsichtlich der dekadischen positiven Entwicklung der Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnosen an Schule IV um 32 %P sehen die Diskussionsteilnehmerinnen im Vergleich zur Situation vor zehn Jahren einen deutlich wachsenden Wunsch der Eltern nach Klarheit über möglicherweise vorliegende Störungsbilder, was zu einer gestiegenen Motivation zur Vorstellung der Kinder bei diagnostizierenden Stellen führe (Anhang F, Pos. 44). Diagnosen wirkten für manche Eltern entlastend und stellten ggf. das Einfallstor zu spezifischen Hilfeleistungen dar (Anhang F, Pos. 48), zudem sei als positiver Effekt der Inklusionsbemühungen ein Abbau von Hemmnissen seitens der Eltern zu beobachten, mit ihren Kindern in die Öffentlichkeit zu gehen oder auch medizinische Unterstützungssysteme in Anspruch zu nehmen (Anhang F, Pos. 51).

Gesamtgesellschaftliche Aspekte wie zunehmender intensiver Medienkonsum (Anhang F, Pos. 40), krisenhafte gesellschaftliche Entwicklungen, die auch in ihrer medialen Brechung auf die Befindlichkeit von Kindern und Jugendlichen wirkten (Anhang F, Pos. 35) oder durch Berufstätigkeit beider Elternteile verringerte zeitliche Ressourcen für die Erziehung (Anhang F, Pos. 40) werden ergänzend als mögliche Gründe für den Anstieg psychiatrischer Störungen im Kinder und Jugendalter aufgegriffen, während auch die erhöhte Sensibilisierung des Personals für psychiatrisch relevante Symptome bei Kindern und Jugendlichen (Anhang F, Pos. 42) sowie eine verbesserte und differenziertere medizinische Diagnostik (Anhang F, Pos. 31–32) angeführt werden.

8.3.4.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Der markant geringe Wert von 'nur' einer gesicherten ADHS-Diagnose im Schuljahr 2019/20 wird auf die unklare Diagnostik im Kontext von Intelligenzminderung zurückgeführt (Anhang F, Pos. 56), so würden häufig zwar „Tendenzen“ zu einem Störungsbild kommuniziert, aber sehr selten klare Diagnosen gestellt (Anhang F, Pos. 53; 55), während zu Beginn der untersuchten Dekade noch ein starker „Fokus“

auf ADHS-Diagnostik gewesen wäre, der zu mehr Diagnosen führte (Anhang F, Pos. 43). ASS-Diagnosen seien zeitgenössisch vor allem bei jüngeren Schülerinnen und Schülern „im Vordergrund“ (Anhang F, Pos. 54), wobei auch hier oftmals von medizinischer Seite eher von „Tendenzen“ gesprochen wird (Anhang F, Pos. 55) und keine gesicherte Diagnose gestellt würde. Eine vergleichsweise hohe Anzahl von UES-Diagnosen korreliere möglicherweise mit der Art der diagnostizierenden Stellen, aufgrund von mangelnder kinder- und jugendpsychiatrischer Versorgung seien in den meisten Fällen niedergelassene Kinder und Jugendmediziner die diagnostizierenden Experten, welche anders als psychiatrische Fachärzte eher zur Diagnose von Entwicklungsstörungen tendierten (Anhang F, Pos. 145–147; 158). Erschrocken und irritiert berichten die Diskussionsteilnehmerinnen im Zusammenhang mit spezifischer psychiatrischer Diagnostik von sehr unterschiedlicher ärztlicher Expertise im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung:

SL: Ja, da gibt es sehr große fachliche Unterschiede auch, also die das teilweise, ich denke an den Herrn [...] / also das war ganz schlimm, der dann einem Kind dann attestiert hat: "Ach, was will man das denn bilden, das hat doch eh bloß Blasen im Hirn". Das war ein Arzt, Aussage eines Arztes. [...]

I: Eine zeitaktuelle Aussage eines Arztes? [...]

SL: Ja, vor zwei, drei Jahren, vor der Pandemie war das, [...] (Anhang F, Pos. 147–151)

Kleine Klassengrößen und hohe personelle Ressourcen würden den FZgEs in der Wahrnehmung, Sensibilität und pädagogisch-psychologischen Begleitung bei internalisierten Störungsbildern (die unter *sonstige Störungen* erfasst wurden) weitaus mehr Möglichkeiten bieten als beispielsweise die Strukturen in Regelschulen oder SFZs (Anhang F, Pos. 200). TSL bezeichnet das FZgE dahingehend als „Wolke der Glückseligkeit“, da man sowohl Kindern und Jugendlichen mit externalisierter als auch internalisierter Symptomatik gerecht werden könne (Anhang F, Pos. 201).

Wir nehmen die leisen Kinder schon wahr, mich hat es nur überrascht [...] also, jetzt nicht speziell für geistige Behinderung, sondern allgemein, dass es da so viele stille, stille Leider dabei sind, was gar nicht wahrgenommen wird in der Gesamtgesellschaft oder in Regeleinrichtungen, weil man es nicht wahrnehmen kann. Das hat mich etwas schockiert, also, ziemlich schockiert eigentlich, [...], man spricht immer über die Systemsprenger, das sind die kleinen wilden, ähm, die alles kreuz und quer schlagen und laut sind, [...] und die, die sich leise zurückziehen, die übersieht man gerne und da glaub ich braucht man einfach noch eine gute Balance um, um Beides sehen zu können. Hier bei uns haben wir einfach die Klassengrößen, dass wir beides wahrnehmen dürfen, also das ist wirklich unser Glück jetzt am FZgE, dass wir eine Klassengröße haben und wenn alle Stellen besetzt wären, eine schöne personelle Ausstattung, so dass man jedem Einzelnen gerecht werden kann und trotzdem ein Gruppen- und Klassengefühl zu haben; [...] (Anhang F, Pos. 199)

8.3.4.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

In der Diskussion wird ein bestehender Bedarf an Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung konstatiert, vor allem „Flüchtlingskinder oder Migrationskinder, die oft aus dem Herkunftsland keine wirkliche Diagnose hatten und sehr auffällig“ sind, hätten aktuell hohe Bedarfe (Anhang F, Pos. 100). Bestehende Notfallversorgungsangebote wie beispielsweise „Notfallnummern“ seien allerdings „halt nicht für gE“ (Anhang F, Pos. 101; 113). Die Diskrepanz zwischen einem hohen bestehenden Bedarf und dem fehlenden Versorgungsangebot sei „einfach ein Problem“ (Anhang F, Pos.

103), das in Konsequenz zur Pädagogisierung psychiatrischer Symptome führe, dem man damit begegne, einrichtungsintern „zusammen zu helfen“ (Anhang F, Pos. 106–111). Methodisch böte dem interdisziplinären Team DEKIM®¹⁰⁰ eine effektive Handlungsgrundlage in Fällen akuter Eskalation oder Dekompensation einzelner Schüler oder Schülerinnen (Anhang F, Pos. 112; 116). Der Mangel an medizinischer Versorgung würde jedoch auch durch eine intensive Kooperation und Kommunikation mit den Sorgeberechtigten kompensiert, was sich durch die ländliche Struktur des Einzugsgebiets mehr ergäbe als im städtischen Kontext (Anhang F, Pos. 117).

Die stationäre psychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung wird als „schwierig“ (Anhang F, Pos. 77) bewertet und die Wartezeiten bis zur stationären Aufnahme seien „unendlich lang“ (Anhang F, Pos. 79). Netzwerkkontakte zu einer nahegelegenen Außenstelle der KJP Regensburg führten dazu, „dass man aus unendlich lang nur noch lang macht“ (Anhang F, Pos. 79). Im Widerspruch zur grundsätzlichen Möglichkeit sozialraumnaher stationärer Versorgung berichten die Diskussionsteilnehmerinnen, dass die Außenstelle der KJP Regensburg und auch die KJP in Regensburg keine expliziten Plätze für Kinder mit Intelligenzminderung böte (Anhang F, Pos. 87) und die bisher wenigen stationär behandelten Schüler und Schülerinnen in „Würzburg“ aufgenommen wurden (Anhang F, Pos. 89). Weitere Angebote ambulanter Versorgung böten vor allem niedergelassene Kinderärzte sowie die SPZs in Deggendorf und Regensburg (Anhang F, Pos. 79), wobei auch hier erhebliche Wartezeiten von ca. einem Kalenderjahr zu erwarten wären (Anhang F, Pos. 80–81). Niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen stünden im Einzugsgebiet von Schule IV nicht für die ambulante Versorgung der Schüler und Schülerinnen zur Verfügung (Anhang F, Pos. 83–84).

8.3.4.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Häufig entwickelten sich Netzwerkkontakte bei der Diagnostik und laufenden Behandlung mit den SPZs, da an Schule IV ebenfalls eine Frühförderstelle angegliedert ist, die sich in Kooperation mit der Schule und der HPT um diagnostische Abklärung vor bildungsbiographischen Transitionsmomenten bemüht (Anhang F, Pos. 65), wobei die Schilderungen einen kritischen Blick auf die Kooperation zwischen Schule, HPT und den diagnostizierenden SPZs werfen:

Also ich war damals schon Jahre vorher, also da war ich auch in St. Martin [Anm. A.G.: SPZ Regensburg] mit einem Schüler, ähm, das hat keinen interessiert, dass da die Klassenleiterin mit dabei ist, um vielleicht noch nähere Infos zu geben, ich habe da im Wartezimmer gewartet. Also das, ja, da mach ich niemandem einen Vorwurf, aber da könnte man doch noch ein bisschen andere Sichtweisen geben als jetzt von der Mutter gekommen sind. (Anhang F, Pos. 136)

Präpandemisch bestand eine konsiliarärztliche Kooperation mit der Außenstelle der KJP Regensburg. In regelmäßigen „viertel-, halbjährlichen Abständen“ hätten Konsiliararzttermine in den Räumlichkeiten des FZgEs stattgefunden, bei welchen Kinder vorgestellt wurden und ein interdisziplinärer und multiperspektivischer Austausch möglich war – das Kooperationsmodell sei allerdings durch die Folgen der Pandemie „zunichte gemacht“ worden (Anhang F, Pos. 72). Die konsiliarärztliche Kooperation hätte

¹⁰⁰ DEKIM® unterstützt die Mitarbeiter:innen der Behindertenhilfe, Menschen mit geistiger Behinderung einfühlsam durch akute Krisensituationen zu begleiten und gemeinsam präventive Maßnahmen der Krisenvermeidung zu erarbeiten. Das Konzept enthält neben entwicklungspsychologischen, neuropsychologischen, (heil-)pädagogischen und medizinisch-psychiatrischen Erkenntnissen auch Elemente aus der Kampfkunst KiBADO, die hauptsächlich Elemente der asiatischen Kampfkünste AIKIDO, Jiu-Jitsu und Kyusho miteinbezieht. (Schanze)

aber nur marginale Auswirkungen auf die langen Wartezeiten bis zum Vorstellungstermin bewirken können und wird als „theoretischer“ Vorteil dargestellt (Anhang F, 74–75). Weitere positiv bewertete, aber wenig systematisierte Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Ärzten beschränken sich auf Einzelfälle und auf Praxen für Kinder- und Jugendmedizin (Anhang F, Pos. 158), Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen bestünden nicht.

Als wünschenswert formulieren die Diskussionsteilnehmerinnen „eine weit ausgebaute Unterstützung“ und „Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin[nen]“ (Anhang F, Pos. 122) sowie eine fachliche Spezialisierung auf die enorm heterogene Klientel Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung (Anhang F, Pos. 123–125). Weiter wird der Bedarf an stationären Versorgungsangeboten erneut aufgegriffen:

Ja, schon eine weit ausgebaute Unterstützung, ein Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin, ähm, ich weiß nicht, ich habe schon den Eindruck, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie da schnell an Grenzen gerät mit Kindern mit Schwerpunkt gE, also mit Medikation dann auch, ähm, eben arbeitet, aber nicht die Kapazität hat, uns da weiter zu unterstützen, dass man sie aufnimmt, eben jetzt stationär und noch weiter abklärt, das fehlt eigentlich, [...]. (Anhang F, Pos. 122)

8.3.4.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Eine Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Schülerklientel wird wahrgenommen: „es gibt einfach mehr Kinder und Jugendliche, die [...] auffälliger sind“ (Anhang F, Pos. 35), aber im gesamtgesellschaftlichen Kontext diskutiert, so dass die Zunahme an psychischen Belastungen und Verhaltensauffälligkeiten in der Diskussion nicht als spezifische Entwicklung im Bereich der FZgEs sondern global angenommen wird. Andere Aussagen verweisen mehrfach auf positive Entwicklungsverläufe von Kindern und Jugendlichen, die mit schwerwiegenden psychiatrischen Diagnosen und massiven Verhaltensweisen an Schule IV aufgenommen wurden, dann aber entgegen der anfänglichen Erwartung sehr positive Entwicklungsverläufe zeigten (Anhang F, Pos. 175; 179–180), was eine Wahrnehmung spiegelt, die zwar einerseits dem Anstieg an Diagnosen zustimmt, jedoch nicht zwingend eine grundsätzliche Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Schülerklientel feststellt.

8.3.4.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

Die ohnehin sehr mangelhaft bewertete medizinisch-psychiatrische Versorgungslage verschärfe sich an der Schnittstelle zur Erwachsenenpsychiatrie. Mit dem 18. Geburtstag eines Jugendlichen endet formal die medizinische Zuständigkeit der Kinder- und Jugendmediziner, die gerade im ländlichen Raum von Schule IV maßgebliche Experten für die Schüler und Schülerinnen mit Intelligenzminderung sind, wodurch mit dem Eintritt ins Erwachsenenalter in manchen Fällen ein Versorgungsvakuum drohe:

Vor allem wollte ich noch sagen, was wirklich fehlt. Ich bin viel in der Berufsschulstufe eben eingesetzt, die alle dann gesagt haben, mit 18 ist dann nicht mehr der Kinderarzt der Ansprechpartner. Da hatten wir dann doch jemanden, der ein bisschen mehr auf geistige Behinderung spezialisiert war und dann fällt das weg und die dürfen da nicht mehr hin, und es war für viele ganz, ganz schwierig da jemanden zu finden, also, ja. (Anhang F, Pos. 144)

Ein Aspekt der vor allem vor dem infrastrukturellen Hintergrund von Schule IV sehr gewichtig für die weitere Diskussion der bestmöglichen Versorgung von Kinder und Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen mit Intelligenzminderung scheint und neben der ambulanten auch die klinisch-stationäre Versorgung betrifft:

Also wir hatten jetzt gerade erst aktuell einen Fall, der ist einen Tag vorher 18 geworden, musste dann mit dem Rettungshubschrauber eben weggebracht werden, weil er aus dem Anfall nicht mehr rauskam, dann hat es geheißen, ja Hedwigs-Klinik [Anm. A.G.: Kinderklinik in Regensburg] nicht mehr, nein, er ist ja schon jetzt 18, die hätten den gekannt, die hätten gewusst was los ist, weil er einfach öfter schon dort war. Das ist er aber in eine andere Klinik gebracht worden, wo keiner den schon irgendwie jemals gesehen hat, ja, das ist halt schon auch für die Eltern schwierig. (Anhang F, Pos. 152)

8.3.4.8 Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze

Die Diskussion zur Internationalisierung der Schülerschaft, die sich an Schule IV mit einem Anteil von 10 % ausländischer Schülerinnen und Schüler im Schuljahr 2019/20 deutlich unter dem bayerischen Durchschnitt von ca. 16 % an FZgEs darstellt, beginnt mit Aussagen zur Notwendigkeit intensiver Anamnesegespräche im Aufnahmeverfahren, die eine Verortung des Kindes hinsichtlich der Entwicklung, speziell aber auch der etwaigen Vorerfahrungen im Herkunftsland oder Erfahrungen während der Migration bzw. Flucht ermöglichen (Anhang F, Pos. 211–221). Umfassende anamnestische Daten seien für die pädagogische Praxis unabdingbar, um beispielsweise Reaktionen von traumatisierten Kindern einzuordnen und hinsichtlich der Alltagsgestaltung den individuellen Voraussetzungen und Befindlichkeiten gerecht zu werden (Anhang F, Pos. 234):

Bei den intensivst behinderten Kindern, die nicht laufen können, nicht selbstständig auf Toilette gehen, die gewickelt werden, denen das Essen eingegeben wird, merkt man wenig bis kaum einen Unterschied zu intensivst behinderten Kindern, [...] die jetzt hier aufgewachsen sind [...], also vom Verhalten her, also da ist kein / eigentlich kein Unterschied bemerkbar, während bei denen, die relativ selbstständig sind, schon das Auslösen eines kleinen Alarms. Was die anderen nicht in Panik versetzt, versetzt die zum Beispiel in hellste Panik schon. (Anhang F, Pos. 214)

Einige Kinder und Jugendliche aus dem südosteuropäischen Raum hätten negative Schulerfahrungen bis hin zum Erleben körperlicher Gewalt, was seitens der Eltern häufig anfängliches Misstrauen gegenüber dem Schulsystem auslöst, was sich in Elternfragen wie „Wird mein Kind hier auch geschlagen?“ zeigt (Anhang F, Pos. 216–217). Ebenso wird von Kindern und Jugendlichen berichtet, welchen im Herkunftsland keinerlei schulische Bildung zuteilwurde, was zu herausfordernden Beschulungssituationen führen könne (Anhang F, Pos. 220–221).

Im Kontext der intensiven Informationsgespräche und anamnestischen Gespräche werden Kommunikationsprobleme thematisiert, die an Schule IV maßgeblich durch die Nutzung von Übersetzungsprogrammen (Anhang F, Pos. 228) oder auch den Einbezug fremdsprachlicher Mitarbeiter*innen in die Elternberatung bestmöglich gelöst würden (Anhang F, Pos. 229). Externe Netzwerke wie beispielsweise *InMigraKids*, wie im städtischen Raum Regensburg, stünden an Schule IV nicht zur Verfügung (Anhang F, Pos. 227). Weiter wäre die Qualität der Übersetzung durch Dolmetscher, die Familien selbst organisieren, eher kritisch zu bewerten, da das Niveau der Übersetzung häufig nicht den differenzierten Gesprächsinhalten gerecht würde (Anhang F, Pos. 230).

Zusammenfassend wird die Herausforderung von den Diskussionsteilnehmerinnen als bewältigbar beschrieben: „Ich glaube wir sind mit der Situation gewachsen. Wir wachsen da einfach mit rein“. (Anhang F, Pos. 236). Ein strukturiertes System zur Inanspruchnahme von Dolmetscherleistungen oder ein systematischer Aufbau eines internen Dolmetschersystems seien bisher trotz höherem zeitlichem und personellem Aufwand gerade im Aufnahmeprozess nicht notwendig:

Irgendwie kriegen wir es immer hin, es dauert manchmal unwahrscheinlich lange, also auch so eine Aufnahme beispielsweise, ähm, wo wir dann bis zu zwei Stunden zusammensitzen, bis wir dann alle Daten und Fakten und alles

erklärt haben, ähm, was bei allen gut funktioniert ist tatsächlich Handy, weil sie dann viel über Bilder zeigen, und das ist für uns dann auch wieder hilfreich zu sehen, wie war es damals, wo ich herkomme, also das erklärt dann auch wieder vieles ohne dass man die Worte benutzen muss. (Anhang F, Pos. 231)

Mitarbeiter*innen mit Fremdsprachenkenntnis werden, wenn möglich bei Aufnahmegesprächen, Elterngesprächen oder auch zur Kommunikation im laufenden pädagogischen Prozess mit eingebunden und für derartige Tätigkeiten neben ihrer Linienfunktion freigestellt (Anhang F, Pos. 294–302). Ebenfalls spielen die intern verfügbaren Dolmetscher*innen eine zentrale Rolle bei der Deeskalation im Krisenfall (Anhang F, Pos. 303)

Spezifika religiöser Praktiken würden berücksichtigt, was am Beispiel eines syrischen Jungen, der einen Gebetsteppich zur Einhaltung der Gebetszeiten mit in die Schule brachte (Anhang F, Pos. 204) oder am Beispiel einer Essensauswahl, die religiöse Regeln berücksichtigt (Anhang F, Pos. 241), verdeutlicht wird.

8.3.4.9 Interkulturelle Elternarbeit

Über die unter 8.3.4.8 beschriebenen Aspekte einer individualisierten und kultursensiblen Information, Beratung und Begleitung der einzelnen Familien hinaus, bemüht sich Schule IV sowohl um intensive Kommunikation zwischen FZgE und Eltern als auch um eine integrative Elternarbeit im Sinne einer toleranten und inklusiven Schulfamilie, die sich beispielsweise in regelmäßigen Elterntreffs gestaltet, die gerade von Familien mit Migrationshintergrund gerne und regelmäßig wahrgenommen werden (Anhang F, Pos. 253):

Ich weiß, weil hier darf seit diesem Schuljahr der Elterntreff wieder stattfinden, der ist einmal im Monat, werden die Eltern eingeladen zum gegenseitigen Austausch mit einem netten Impuls. Das hat vor der Pandemie regelmäßig stattgefunden und beim letzten waren mehrere nicht deutschsprechende Eltern da und das war ein total netter Austausch, weil auch die Eltern untereinander mit Hand und Fuß in der Vorstellungsrunde gesprochen haben und, und sich austauschen. Das war sehr interessant und wird auch angenommen von den Eltern. Ja. (Anhang F, Pos. 245)

8.3.4.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Grundlegend für die individualisierte und kultursensible Pädagogik an Schule IV seien die Verständniszugänge durch ausführliche anamnestiche Informationen sowie die Inklusion der gesamten Familie (Anhang F, Pos. 224–225; 234). Gerade negative Erfahrungen mit dem Schul- und Betreuungssystem in den Herkunftsländern erfordern eine kultursensible und kommunikative Elternarbeit und Pädagogik, um Übergänge positiv zu gestalten (Anhang F, Pos. 249) und eine Vertrauensbasis in der pädagogischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern aufzubauen (Anhang F, Pos. 247). An Schule IV folgt man in der interkulturellen Pädagogik dem Prinzip des kooperativen Einbezugs der Eltern sowie vollständiger Transparenz hinsichtlich der eigenen pädagogischen Arbeit:

[...] viel Austausch, telefonieren oder Bilder schicken, wie gesagt, wenn ich mein Kind zu Hause habe und es ist 12 und ich füttere es immer noch wie ein Baby und wir machen es nicht, da war die Mama dann schon sehr entsetzt und dann haben wir sie halt auch 3, 4, 5, 6, 10-mal eingeladen um zu beobachten, wie wir eine Essenssituation gestalten. Der sitzt nach zwei Jahren jetzt alleine am Tisch und kann seinen Löffel selber halten, das ist voll schön. Er hat an Lebensqualität dadurch ja auch wiedergewonnen und die Mama ist dadurch, jetzt auch, weil sie es erleben durfte, konnte, musste vielleicht auch (lacht) entspannter. (Anhang F, Pos. 251)

Aufgrund des geübten Umgangs mit Kindern und Jugendlichen ohne aktive Sprache, seien gerade Kinder und Jugendliche, die nicht über (ausreichende) Deutschkenntnisse verfügen, schnell und unkompliziert durch Methoden der unterstützten Kommunikation in die Alltagskommunikation eingebunden (Anhang F, Pos. 265); gezielte Vergabe von DaZ-Stunden im Förderstundenkontingent seien bisher nicht angedacht (Anhang F, Pos. 270–271). Kontakte zu externen Unterstützungsnetzwerken oder Migrantenselbstorganisationen bestünden zwar in Einzelfällen, seien aber nicht systematisiert (Anhang F, Pos. 282–288).

8.3.4.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

In der Diskussion wird mehrfach auf die Möglichkeiten nicht-sprachlicher Kommunikation verwiesen, die in der pädagogischen Arbeit mit nicht-sprechenden Kindern und Jugendlichen begründet, eine starke Tradition in heil- und sonderpädagogischen Setting hat. Die Diskussionsteilnehmerinnen beschreiben eine Kultur hoher Heterogenitätstoleranz und methodische Zugänge zu Kindern und Jugendlichen, die Sprachfreiheit und somit die Möglichkeit effektiver Kommunikation auch mit nicht deutschsprechenden Kindern, Jugendlichen und Eltern ermöglichen (Anhang F, Pos. 259–268). Formen mimischer Kommunikation, aber auch die verschiedenen methodischen Ansätze unterstützter Kommunikation, ermöglichen nicht nur eine schnelle kommunikative Einbindung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern, sondern wären auch dem schnellen Erlernen der deutschen Sprache zuträglich: „Ich glaube die, die sprachlich sind, die kommen da ziemlich schnell rein, also das merkt man, dass die ziemlich schnell Deutsch können, einfache Sätze verstehen.“ (Anhang F, Pos. 260)

8.3.4.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven im Kontext FZgE

An Schule IV wird in der Diskussion hauptsächlich von Flüchtlingskindern oder Migranten gesprochen. Differenzierungen hinsichtlich der Migrationsmotive werden vor allem auf der Ebene der individuellen Beratung und anamnestischen Erhebung thematisiert. Es bestünde eine hohe Sensibilität gegenüber Kindern mit Fluchterfahrungen aus Kriegsgebieten, die sich vor allem in der Planung und Ausgestaltung des individualisierten Settings als auch der pädagogischen Arbeit abzeichnen (Anhang F, Pos. 212). Differenzierende Aussagen über die Motive und möglicherweise an Schule IV vertretenen Migrantengruppen finden sich in der Diskussion nicht, obwohl der Anteil von Kindern und Jugendlichen aus Kriegsgebieten gegenüber dem Anteil an Kindern und Jugendlichen aus Südosteuropa im untersuchten Zeitraum wesentlich kleiner ausfällt.

8.3.4.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Aspekte kultursensibler Testverfahren wurden in der Diskussion an Schule IV nicht aufgegriffen, was an der tendenziell schwerer behinderten Schülerklientel an Schule IV liegen kann, da standardisierte Testverfahren auch in Fällen von Schwer-/Mehrfachbehinderung kaum Anwendung finden.

8.3.4.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Als weiterführender Aspekt der Diskussion kann die besondere Situation von Schule IV in einem peripheren infrastrukturellen Einzugsgebiet bewertet werden, da deutlich wird, dass externe Unterstüt-

zungssysteme eher städtisch orientiert oder verankert sind und notwendige Leistungen in strukturschwachen peripheren Regionen, sowohl seitens des Systems FZgE als auch seitens der Eltern deutlich schwieriger in Anspruch genommen werden können.

8.3.5 Gruppendiskussion Schule V

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------------|-------------------------|
| Schulleitung (SL) | Sonderpädagoge | Rektor (SoR) | Sept. 2000 |
| Stv. Schulleitung (Stv. SL) | Sonderpädagogin | Konrektor (SKR) | Sept. 2015 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | Dipl.-Psychologin | Psychologischer Fachdienst | Sept. 2017 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 30.11.2022 | 1 Stunde 5 Minuten | 88 % |

8.3.5.1 Schülerzahlentwicklung

Die Schülerzahlentwicklung an Schule V zeigt sich abweichend zu den restlichen Stichprobenschulen zwischen den Erhebungspunkten 2009/10 und 2014/15 um ca. 15 %P abnehmend, bis sie im Schuljahr 2019/20 wieder den Wert von 2009/10 erreicht. Eine Entwicklung, die zu Beginn der Diskussion mit möglichen Wirkungen inklusiver Beschulungsangebote in der Region diskutiert wurde, die aber laut SL und Stv. SL in der Region eher gering waren (Anhang G, Pos. 2; 6), so dass sie nur am Rande als ursächliche Bedingung für die Abnahme der Schülerzahlen in der ersten Hälfte der untersuchten Dekade bewertet werden. In der Wahrnehmung der Diskussionsteilnehmer*innen erlebt die Region Kelheim hohes Bevölkerungswachstum, aufgrund der attraktiven infrastrukturellen Lage, der Anbindung an Regensburg und dem reichen Arbeitsmarkt, der auch hohe Zuzüge von Migranten mitbedingte (Anhang G, Pos. 3–4; 14). Im Bereich der SVE würde eher eine Zunahme an Aufnahmen zu verzeichnen sein, da die Inklusionserfolge „rückläufig“ (Anhang G, Pos. 6) wären und „die Kindergärten das oft auch nicht schaffen“ (Anhang G, Pos. 8). Ebenfalls sei eine veränderte Elternhaltung zu beobachten, da es weit weniger Eltern mit einer „stark ideologischen Haltung“ gäbe, die sich kompromisslos für die Regelbeschulung ihres Kindes mit Behinderung einsetzten (Anhang G, Pos. 9). Entgegen der Haltung „mein Kind wird keine Förderschule besuchen“, wie sie zu Beginn der untersuchten Dekade häufiger anzutreffen war, schätzten die Eltern das „rundum sorglos Angebot“ (Anhang G, Pos. 10) an den multiprofessionellen FZgEs mit Schule, HPT und Therapieangeboten. Auch Quereinstiege von Kindern und Jugendlichen, die in der Primarstufe inklusiv an Regelschulen beschult wurden, wären aufgrund der Erfahrungen der Eltern, die „Grundschulen sind auch überfordert mit der Inklusion“ (Anhang G, Pos. 12), ein Faktor, der zum erneuten Anstieg der Schülerzahlen zum Schuljahr 2019/20 führte.

8.3.5.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

In der Diskussion über die positive Entwicklung (Zunahme um 25 % Schüler und Schülerinnen mit F-Diagnose) der Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen an Schule V werden einleitend von FD mögliche zentrale Wirkfaktoren komprimiert und stichhaltig dargelegt:

Ja, ich habe mir generell einfach die Frage gestellt, wenn man sich die Zahlen anschaut, ob sich jetzt die Schülerschaft verändert hat in Hinblick auf die psychiatrischen Krankheiten oder ob sich einfach die Diagnostik, die Methodik in der Diagnostik verändert hat. [...] Ich würde eher meinen, dass die Eltern sensibilisiert sind, stärker und einfach auch mit der Diagnose geistige Behinderung alleine nicht zufrieden sind und einfach auch eine genauere Erklärung möchten, warum ihr Kind so ist, wie es ist und einfach auch diagnostische Schritte mehr verfolgen, möglicherweise als das früher der Fall war und zum anderen sich auch die Methoden [...] verbessert haben, jetzt auch beim Autismus eben, mit dem ADOS und dem ADI-R,¹⁰¹ wo man dann einfach auch nochmal sich genauer mit dem Kind befasst als das vielleicht vor einigen Jahren der Fall war. (Anhang G, Pos. 19)

Bestätigend erweitert SL die Argumentation durch eine ebenfalls erhöhte Sensibilität für Störungsbilder bei Lehrkräften und HPT-Mitarbeiter*innen sowie ein personell ausgebauter psychologischer Fachdienst, der über spezifische Expertise bei der Einschätzung von Verhaltensweisen und klinisch relevanter Symptomatik im Kontext von Intelligenzminderung verfüge (Anhang G, Pos. 22). Obwohl eine veränderte Offenheit seitens mancher Eltern für die Inanspruchnahme psychiatrischer Diagnostik und Behandlung beobachtet werde (Anhang G, Pos. 20–22), sei eine vermehrte Tendenz der Eltern, aufgrund abnehmender Hemmnisse Kinder und Jugendliche einer diagnostizierenden Stelle vorzustellen, nicht generell wahrnehmbar:

[...] es gibt eben diesen Teil der Elternschaft, die sehr daran interessiert ist, möglichst genau informiert zu sein, was jetzt beim Kind vorliegt, aber in einzelnen Fällen haben wir es auch immer wieder, dass ja, Eltern die weiterführende Diagnostik, die einfach sehr hilfreich wäre um die Methodik wie gesagt intern anzupassen, ähm, dass sie das einfach nicht genauer angeschaut haben wollen. (Anhang G, Pos. 69)

Motivation zur Vorstellung eines Kindes zur psychiatrischen Diagnostik sei möglicherweise die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen, beispielsweise die Installation und Finanzierung einer Schulbegleitung im Kontext Autismus (Anhang G, Pos. 85). Im weiteren Verlauf der Diskussion werden ergänzend gesamtgesellschaftliche Einflussvektoren für steigende Diagnosezahlen herangezogen, wie beispielsweise mehr alleinerziehende Elternteile oder auch die allgemein veränderten Wert- und Normsysteme, die veränderte Lebensstrukturen mit wenig tradiertem Handlungswissen mit sich bringen (Anhang G, Pos. 112–114).

8.3.5.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Im Zuge der Diskussion über psychiatrische Störungsbilder fokussiert die Diskussion mehrfach die Thematik ASS. Neben der wahrgenommenen Sensibilisierung der Eltern, der Lehrkräfte und der HPT-Mitarbeiter*innen und einer differenzierteren medizinisch-psychologischen Diagnostik für ASS, würden autistische Störungen in der pädagogischen Praxis trotz eines dekadisch moderaten Anstiegs von ca. 4 % von Schülern und Schülerinnen mit ASS in Relation zur Gesamtschülerschaft überdeutlich wahrgenommen (Anhang G, Pos. 87–89). Das von den Ergebnissen der quantitativen Studie abweichende Gefühl der Diskussionsteilnehmer*innen begründe sich möglicherweise in der Präsenz des Themas Autismus vor allem bei der Neuaufnahme von Schülern und Schülerinnen im SVE oder Primarbereich, da deren Verhaltensweisen seitens der Pädagogen dem autistischen Spektrum zugeordnet würden, jedoch noch keine gesicherten Diagnosen vorlägen (Anhang G, Pos. 89). Auf die dadurch möglicherweise bestehende Dunkelziffer an ASS-Fällen in der Einrichtung reagiert FD argumentativ mit der Hypothese, dass

¹⁰¹ Der ADOS Test ist eine diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen, der in Kombination mit dem ADI-R, einem diagnostischen Interview, das an Eltern und enge Bezugspersonen adressiert ist, differenzierte und valide Diagnoseergebnisse leistet. (Autismus Hamburg e.V.)

die verfeinerte Diagnostik sowie ein weiter gefasster Autismusbegriff, wie ihn DSM und ICD vorlegen, zu einer grundsätzlich erhöhten Prävalenz der Störung führen könnte, da Kinder, welchen früher *autistische Züge* zugeschrieben worden wären, aktuell diagnostisch dem autistischen Spektrum zugeordnet würden (Anhang G, Pos. 96).

Explizit geht die Diskussion auch auf die hohe Anzahl der UES-Diagnosen ein, die im Kontext Intelligenzminderung „nicht angemessen“ (Anhang G, Pos. 77) seien und aufgrund der diagnostischen Praxis in der vorliegenden Fülle als diagnostische Artefakte beschrieben werden:

Es ist oftmals so, dass vor allem bei jüngeren Kindern die F70-Diagnose ja noch nicht gegeben wird, wenn sie unter sechs Jahren sind und dann wird im diagnostischen Bereich eher mit den F8-Diagnosen gearbeitet und wenn ähm, das Kind dann mehrere Jahre nicht mehr vorgestellt wird, dann steht das mit der F8-Diagnose [...] in den Akten und das Kind hätte eigentlich schon eine F70 gekriegt. (Anhang G, Pos. 75)

Eine These die durch die Annahme von Stv. SL, mindestens 95 % der Kinder und Jugendlichen an Schule V würden im IQ-Bereich <70 zu verorten sein (Anhang G, Pos. 78), gestützt wird. Die Annahme des Interviewers, die Diagnosen würden im biographischen Prozess wenig genau geprüft und nur selten revidiert, da vor allem UES-Diagnosen in jährlich aktualisierten Behandlungsplänen der Krankenkassen zu finden waren, was ein Hinweis auf einen Systemfehler bedeute, wird seitens FD bestätigt (Anhang G, Pos. 82–83).

Die verhältnismäßig geringen Fallzahlen sonstiger Störungen führt FD hypothetisch auf die intensivere fachliche Thematisierung, methodische Ausrichtung sowie stärkere Wahrnehmung externalisierter Störungen zurück (Anhang G, Pos. 128), während die Bewertung, psychologische Begleitung und ggf. notwendige Vermittlung von betroffenen Kindern und Jugendlichen an externe Stelle eher eine spezifische Aufgabe des psychologischen Fachdienstes sei, da im Umgang mit internalisierter Symptomatik größere Unsicherheit bestünde und zur Einschätzung oftmals eine differenzierte psychologische Perspektive notwendig sei (Anhang G, Pos. 128). Zudem sei es möglich, dass aufgrund der hohen Energiebündelung des pädagogischen Personals für Fälle mit externalisierter Symptomatik weniger Ressourcen für Kinder und Jugendliche mit internalisierter Störungssymptomatik zur Verfügung stünden (Anhang G, Pos. 132).

8.3.5.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Gute Möglichkeiten einer Notfallversorgung für Kinder und Jugendliche an Schule V bestünde vor allem für diejenigen Schüler und Schülerinnen, die im angegliederten Wohnbereich (Internat und stationärer Heimbereich) untergebracht sind (Anhang G, Pos.45–47). Einschränkend beschreibt SL, dass in den Kinder- und Jugendpsychiatrien Landshut und Regensburg „manchmal“ (Anhang G, Pos. 45) trotz massiver Auffälligkeiten „keine Diagnosen gestellt wurden oder eher ein pädagogisches Problem“ (Anhang G, Pos. 45) attestiert wurde. Zudem sei die zuständige KJP Landshut vor allem wegen der Entfernung in absoluten Notfällen schwierig zu erreichen (ebd.).

Stationäre Behandlung von Schülern und Schülerinnen hätte lediglich in Einzelfällen und mit nachdrücklicher Unterstützung eines niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiaters, der Schule V konsiliarisch betreut, bewirkt werden können; dann meistens in der KJP Regensburg (Anhang G, Pos. 49). Den Ausführungen schließt sich die Schilderung der Erfahrung an, dass Schüler, die stationär aufgenommen wurden mit dem Verweis auf „pädagogische Probleme“, die nicht im psychiatrischen Sinne relevant

seien, „ganz schnell wieder entlassen wurden“ (Anhang G, Pos. 52), was die Lehrkräfte und Mitarbeiterinnen aus HPT und dem angegliederten Wohnbereich in „hilflose“ Positionen im Umgang mit den massiv auffälligen Schülern und Schülerinnen brachte (ebd.). Hierbei handele es sich vor allem um „extrem verhaltensauffällige Schüler“ (Anhang G, Pos. 61), „die dann teilweise auf eine Mitarbeiterin (Anhang G, Pos. 61) [...] körperlich losgegangen sind“ (Anhang G, Pos. 63) und interne Strukturen zum adäquaten Umgang mit der Symptomatik fehlten. FD reflektiert das teilweise Nichtzustandekommen einer psychiatrischen Behandlung auch mit der Erfahrung, dass „die Eltern einfach den ersten Schritt nicht machen wollen“ (Anhang G, Pos. 66).

Einen Mangel an Angeboten psychotherapeutischer Versorgung für Kinder und Jugendliche sieht FD nicht beschränkt auf Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung, sondern als allgemeines regionales Problem, konstatiert aber Offenheit bei manchen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen gegenüber der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung:

[...] generell ist die Versorgung für diese Kinder und Jugendlichen [...] eher schwierig in unserer Region und das trifft nicht-behinderte wie behinderte Kinder eigentlich gleichermaßen. Es wird ja im [...] psychotherapeutischen Bereich ja auch nicht differenziert, ob das Kind jetzt geistig behindert ist oder nicht, also, das sind einfach die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und da ist es einfach schwierig ein Kind unterzubringen. Und ähm, wir haben schon auch einige, die auch offen sind, eben auch geistig behinderte Kinder zu behandeln (Anhang G, Pos. 71)

8.3.5.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

FD gibt an, im Bedarfsfall Eltern und Sorgeberechtigten die ihres Erachtens passende Stelle zur Diagnostik und Behandlung vorzuschlagen. Die Optionen reichten von der Behandlung im SPZ Regensburg über niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater bis hin zu den KJPs Landshut und Regensburg, wobei keine strukturierte und vertraglich gesicherte Kooperation zu diesen Stellen bestünde (Anhang G, Pos. 24). Eine Ärztin des SPZs Regensburg käme relativ regelmäßig „ins Haus“ (Anhang G, Pos. 24), was aber nicht als stetige Kooperation bezeichnet werden könne und vor allem Fälle physischer Befunde betreffe und somit häufig durch die medizinisch-therapeutischen Dienste an Schule V begleitet würde (Anhang G, Pos. 24–26).

Präpandemisch hätten regelmäßige Konzile mit Ärzt*innen der KJP Landshut stattgefunden, während Vertreter*innen der KJP Regensburg im Bedarfsfall konsiliarische Termine in den Räumlichkeiten der Schule anboten, bei welchen auch Lehrkräfte und pädagogisches Personal der HPT sowie Mitarbeiter*innen des psychologischen Fachdienstes hinzugezogen wurden; diese Kooperationen seien allerdings durch die Auswirkungen der Pandemie weitgehend eingeschlafen (Anhang G, Pos. 29). Als zukünftig wünschenswert werden einerseits die Wiederbelebung der konsiliarischen Dienste der KJP Landshut und bestenfalls die Einrichtung einer sozialraumnahen Institutsambulanz beschrieben, die eine Vorstellung und interdisziplinäre Besprechung betroffener Kinder und Jugendlicher in regelmäßigen Abständen ermöglichen könnten (Anhang G, Pos. 65).

8.3.5.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Vor allem im Bereich der SVE und Primarstufe würden die Kinder „in den letzten Jahren schwieriger“ (Anhang G, Pos. 111):

[...] wir hatten im Eingangsbereich sehr viele Kinder, wo man einfach auch nicht wusste, wie wir damit umgehen sollen, mit den Störungen, und haben da eine extra Gruppe gebildet, wo man einfach besondere Voraussetzungen geschaffen hat, damit wir mit dieser Schülerschaft umgehen können. Das haben wir die letzten sieben, acht Jahre vorher so extrem nicht gehabt. Also ist das glaub' ich schon eine Veränderung und es kommen auch für diese Gruppe immer mehr Schüler nach im SVE Bereich, / wo man einfach uns schwer tun mit dem herkömmlichen System die Schüler zu beschulen (Anhang G, Pos. 111)

SL reflektiert seine subjektive Wahrnehmung der Entwicklung äußerst differenziert und verweist auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Belastungsempfinden und der tatsächlichen Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten mit größeren Klassenstärken als noch vor zehn Jahren, wobei er dieses Argument durch die damals noch nicht vorhandene Unterstützung durch Schulbegleitungen relativiert (Anhang G, Pos. 112). So bestünden durch die bessere personelle Ausstattung mehr Differenzierungsmöglichkeiten, die kompensierend wirkten. In der Retrospektive seien auch in früheren Zeiten Fälle massiver Verhaltensauffälligkeiten zu verzeichnen gewesen, die möglicherweise in der Vergangenheit andere subjektive Bewertungen erfuhren:

Also ich hatte in meiner Laufbahn auch immer schwierige Schüler gehabt. Ich kann jetzt nicht definitiv sagen, dass es nach meinem subjektiven Empfinden jetzt, [...], dass es total viel mehr schwieriges Verhalten gibt. Was sich natürlich geändert hat, ähm, die gesellschaftlichen Veränderungen, die Kommunikation mit Eltern mit Migrationshintergrund, dann, es gibt mehr Familien wo nur ein Elternteil da ist, und sich ums Kind kümmert, also da gibt es natürlich auch Veränderungen, die auch in das Schulleben hier mit reinspielen, aber ich kann jetzt [...] nicht definitiv sagen, die Schülerschaft ist [...] sehr viel schwieriger geworden, [...]. Aber ich kann es nicht sagen und vieles ist schwer vergleichbar, weil es [...] eine andere Situation damals war als es jetzt ist. Also ich kann mich noch erinnern an meine Zeiten, da hatte ich auch schon große Klassen gehabt und da war noch gar keine Schulbegleitung da. Man hätte schon eine gebraucht für die und die Schüler, aber diese Schüler gab es dann schon auch, wo mehr Unterstützung gebraucht hätten zur Teilhabe. (Anhang G, Pos. 112)

FD verweist auf die reale Möglichkeit durch methodisch konzeptionelle Veränderungen im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten, Eskalation und Dekompensation auch das subjektive Belastungsempfinden von Mitarbeiter*innen zu beeinflussen. So wäre sie in ihrem ersten Tätigkeitsjahr in „sehr, sehr viele“ (Anhang G, Pos. 117) Fälle von herausforderndem Verhalten eingebunden gewesen, was sich in den vergangenen Jahren sukzessive durch eine methodische Stärkung und Qualifizierung der Lehrkräfte und des HPT-Personals reduzierte. So würden spezifische Maßnahmen Wirkung zeigen und die Kompetenz der Kollegien im Umgang mit Verhaltensauffälligkeiten verbessert (Anhang G, Pos. 117; 120). Stv. SL verweist ergänzend auf eine differenziertere Abwägung der Schule und der HPT bei der Aufnahme von Schülern und Schülerinnen. So seien in vergangenen Zeiten „mehr verhaltensauffällige Schüler oder Schüler mit herausforderndem Verhalten im Haus aufgenommen [worden], wie es momentan ist.“ (Anhang G, Pos. 109), was in der Wirkung zur Abnahme von Situationen pädagogischer Überforderung führe. Zusammenfassend konstatiert SL: „Trotzdem gibt es immer wieder Schüler, wo wir natürlich auch an unsere Grenzen kommen und ähm, aber die hat es immer gegeben. (Anhang G, Pos. 125).

8.3.5.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

Als weiterführender Aspekt der Diskussion zu Rahmenkategorie I ist das Korrelat zwischen subjektivem Belastungsempfinden und dem Stand der Qualifizierung im Umgang mit herausforderndem Verhalten

zu bewerten, da es weder eine Zunahme von Verhaltensauffälligkeiten negiert, noch eine resignative Haltung der Hilflosigkeit in veränderten pädagogischen Ausgangslagen impliziert. An diesem Punkt der Diskussion öffnen sich kulturoptimistische Zugänge zum konstruktiven Umgang mit veränderten pädagogischen Ausgangslagen und einer dynamischen fachlichen Reaktion, die dem zunehmenden Überforderungsempfinden auf Seiten von Lehrkräften und pädagogischem Personal entgegenwirken kann. Zusammenfassend verweist SL ebenfalls auf die Möglichkeit einer veränderten Mitarbeiterschaft. In früheren Zeiten wäre die „Toleranz schwieriges Verhalten in der Klasse auszuhalten“ (Anhang G, Pos. 219) höher gewesen, „jetzt wird auch schneller nach Hilfe und Unterstützung gerufen“ (ebd.).

8.3.5.8 Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze

Der Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen erlebte in der untersuchten Dekade an Schule V eine Vervierfachung von 5.15 % im Schuljahr 2009/10 hin zu 21.65 % im Schuljahr 2019/20, was die Diskussionsenteilnehmer*innen einhellig mit einem gestiegenen Aufwand in ihrer alltäglichen pädagogischen Praxis verbinden. Zentral seien die erschwerte und aufwändigere Kommunikation mit Eltern in Form von Gesprächen, Übermittlung von Alltagsinformationen im pädagogischen Prozess oder auch bei Elternbriefen (Anhang G, Pos. 134). Weiter würden sich teilweise kulturelle Unterschiede hinsichtlich der Bedeutung von Schule und divergierende Werthaltungen in der Praxis als relevant herausstellen (Anhang G, Pos. 134). Eine exemplarische Falldarstellung skizziert die Mehranforderungen praxisnah:

[...] jetzt fällt mir ein Schüler gerade ein, aktuell, dass in Deutschland eine Schulpflicht besteht, dass man in die Schule gehen muss, ähm, das ist jetzt bei einem Jungen, der aus einem anderen Land kommt, so dieses Verständnis der Eltern nicht da, [...], dass er doch zur Schule geht, auch dieses Angebot nutzt ähm, und eben tagtäglich zur Schule kommt, was er nicht macht. Dann natürlich auch bei einem Schüler dieses, [...] Männer-Frauen-Bild, dass er sich nicht nur was von Männern sagen lässt, sondern auch von Frauen, das spielt eine Rolle, was haben wir noch für Punkte? Ja, halt auch manchmal unser ganzes Netzwerk, dass das auch eine Hilfe für die Eltern und Kinder ist, dann auch mit der Behinderung das Beste draus zu machen. Diese Hilfen halt auch zu nutzen. (Anhang G, Pos. 136)

Bezugnehmend auf die sprachlichen Kommunikationserschwerisse in der Elternarbeit würden zunehmend Mitarbeiter*innen mit Fremdsprachkenntnissen in die Elternarbeit als Dolmetscher*innen eingebunden (Anhang G, Pos. 192), was als enorm hilfreiche und zwingend notwendige interne Ressource bewertet wird (Anhang G, Pos. 193–196). Das interne Dolmetschersystem sei eher zufällig und nicht systematisch organisiert, man wisse über die Sprachkompetenzen und Herkunftsländer der Mitarbeiter*innen, so dass diese gezielt angefragt und für Termine freigestellt würden (Anhang G, Pos. 198). Neben der Funktion als Dolmetscher erfüllten in einzelnen Fällen Mitarbeiter*innen auch eine kulturmitelnde Funktion:

Und manchmal, also in ein, zwei Fällen, ist auch neben dem klassischen Dolmetscher [...] nochmal gut, dass einer aus dem anderen Kulturkreis kommt und auch der mehr mit unseren Werten und Haltungen vertraut ist, [...], ich denke an eine arabische Familie, da auch nochmal der selber da herkommt, aber sich schon mehr mit der Welt hier auseinandergesetzt hat, auch [...] diese Werte und Haltungen bei uns nochmal erklärt, [...], das hab ich gemerkt [...], dass das von Vorteil ist, wenn das jemand, der selber einen Migrationshintergrund hat, dass das bei manchen Eltern dann eher ankommt, wenn er das nochmal erklärt. (Anhang G, Pos. 198)

Externe Unterstützungsleistungen zur interkulturell Beratung und Elternarbeit seien hingegen nur schwer aktivierbar. Unterstützung über Stellen des Landkreises konnten trotz proaktiver Bemühungen

seitens der Schule nicht in Anspruch genommen werden, so dass „wir uns irgendwann auch damit zufriedengegeben haben“ (Anhang G, Pos. 205), jedoch trotzdem ein deutlicher Bedarf an Dolmetscher- und Kulturmittlerleistungen bestünde (Anhang G, Pos. 206).

Migrantenselbstorganisationen oder ehrenamtliche Helferkreise würden in einzelnen Fällen hinzugezogen, wobei die Kooperation bei weitem nicht den Status eines verlässlichen Netzwerks hätte (Anhang G, Pos. 208).

8.3.5.9 Interkulturelle Elternarbeit

Über die unter 8.3.5.8 beschriebenen Aspekte der interkulturellen Elternarbeit hinaus wurden in der Diskussion keine weiteren spezifischen Aussagen zu interkultureller Elternarbeit getätigt, weiter seien auch keine speziellen Kontakte oder Kooperationen entstanden, was auf die Frage nach Elterntreffs oder dem Einbezug von Eltern mit Migrationshintergrund in die pädagogische Arbeit selbstkritisch reflektiert wird:

Nein, aber es wäre gut, natürlich wieder Datenschutz und das alles ähm, mitberücksichtigend, aber das könnte man mehr ausbauen, als wir es machen. (Anhang G, Pos. 213)

8.3.5.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Im Kontext interkultureller Pädagogik verweisen SL und Stv. SL auf die ersten Versuche aus dem Stundenkontingent der mobilen Reserve (Anhang G, Pos. 190) *DaZ*-Stunden anzubieten. *DaZ* wurde so im Schuljahr 2021/22 aufgrund der hohen Nachfrage aus den Klassen mit insgesamt vier Stunden klassenübergreifend angeboten, wobei diese in Fällen von hohem Personalausfall aufgrund von krankheitswellen „die Stunden [sind], die leider als erstes ausfallen.“ (Anhang G, Pos. 188). Grundlegend verfüge die Sonderpädagogik im Förderschwerpunkt gE über eine hohe immanente Kompetenz, um fremdsprachige Schüler*innen beim Erlernen der deutschen Sprache zu unterstützen, wobei darüber hinaus ein Mehrbedarf an spezifischer Sprachförderung formuliert wird:

[...] wir haben eh immer wieder ähm, Begriffsbildung usw. gehört ja zu unserem Konzept, sehr kleinschrittig vorzugehen, Begriffe zu klären, da ist es natürlich ein bisschen schon mit eingebettet, ähm, natürlich wäre es gut, wenn es dann noch individuelle Sprachförderung gäbe. Das wäre wirklich gut, aber das haben wir ja sonst außer dem Genannten eher weniger. (Anhang G, Pos. 191)

8.3.5.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

Die integrativen Potentiale heil- und sonderpädagogischer Settings wie dem FZgE werden in der Diskussion im Zusammenhang mit ausländischen Kindern und Jugendlichen im 'Grenzbereich' zwischen den Förderschwerpunkten gE und Lernen aufgegriffen, so seien „bei Schülern, die so an der Grenze sind [...] zwischen den beiden Bereichen L [FS Lernen] und G [FS gE]“ (Anhang G, Pos. 153) unterstützende Ressourcen in der Familie von hoher Bedeutung:

[...] ist einfach auch die Unterstützung im familiären Raum sehr wichtig [...] und das spielt möglicherweise schon eine Rolle bei Kindern mit Migrationshintergrund, wenn ich ähm, halt, wenn die Eltern dann auch die Sprache nicht gut können und die Unterstützung für schulische Belange nicht gegeben werden kann. (Anhang G, Pos. 153)

Als klaren Vorteil der Beschulung von Kindern mit Migrationshintergrund am FZgE gegenüber anderen Schulformen geben die Diskussionsteilnehmer*innen die Möglichkeiten individueller Förderung in „kleineren Gruppen“ (Anhang G, Pos. 177–178) an und verweisen auf „umfängliche erzieherische Aspekt[e]“ (Anhang G, Pos. 180) die möglicherweise zur Kompensation mangelnder familiärer Unterstützung beitragen:

[...] dann nochmal der umfänglichere erzieherische Aspekt, sich um diese Kinder kümmern und natürlich je kleiner, je individueller, desto mehr kann man dann doch auch wieder auf die kulturellen Unterschiede eingehen, das würde ich sagen. Viele Ansprechpartner in den Klassen, also nicht nur die Lehrkräfte, sondern auch die Kinderpfleger und ähm, Erzieher am Nachmittag, da sind natürlich mehr persönliches Engagement, mehr erzieherisches Wirken ist da vielleicht auch möglich als in einer Klasse mit 15–20 Kindern. (Anhang G, Pos. 180)

Zum Teil würden aus den genannten Gründen auch Schüler und Schülerinnen seitens der KJP an das FZgE Schule V empfohlen. Da nicht nur die Begabung im Sinne eines psychometrischen Testergebnisses, sondern auch die bisherige schulische Laufbahn mitberücksichtigt werden müssen:

[...] und dann kommt ja auch noch die Schulleistung dazu, dass die Kinder bei uns in der fünften Klasse starten mit ähm, Schulleistungen, [...], die im L-Bereich dann auch keine Chance mehr haben, weil sie von den Schulleistungen dann auch so weit weg sind, [...], die im Zahlenraum bis Zehn rechnen, dann im L-Bereich einfach heillos überfordert sind und auch nicht die Begabung haben, das aufzuholen. (Anhang G, Pos. 155)

Durchlässigkeit in andere Schulformen bestünde gerade in der spezifischen Situation von Schule V, die eng und hochfrequent mit dem örtlichen SFZ kooperiert, so dass Kinder und Jugendliche im 'Grenzbe-
reich' unkompliziert zum Probeunterricht und ggf. langfristig an das SFZ wechseln können (Anhang G, Pos. 152; 175). Einzelne Kinder könnten nach intensiver Förderung somit immer wieder mit Erfolg an das SFZ überwiesen werden (Anhang G, Pos. 175). Stehen weiterhin erzieherische Aspekte und eine intensive Förderung im Vordergrund, würden die Kinder und Jugendlichen aus pädagogischer Überlegung weiterhin am FZgE unterrichtet (Anhang G, Pos. 175).

8.3.5.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven

Der herausragend hohe Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen an Schule V von 22.2 % lenkt die Diskussion auf regionalspezifische Einflussfaktoren, die Hinweise auf erhöhte Zuwanderung in den Landkreis Kelheim aus europäischen Herkunftsländern geben. So seien viele türkische und bulgarische Zuwanderer in Mainburg wohnhaft (Anhang G, Pos. 144), während sich im „Bereich Neustadt-Mauern [...] eher aus dem russischen Bereich [...] niedergelassen haben“ (Anhang G, Pos. 146; 148), in Abensberg seien hingegen mehr albanische Familien zugezogen, was als Hinweis auf Familiennachzüge oder Zuzüge von Bekannten in die Nähe einer bestehenden ethnischen Gemeinschaft gedeutet werden kann (Anhang G, Pos. 148). Bezugnehmend auf die Überrepräsentanz einzelner Nationalitäten an Schule V wird hypothetisch und nachvollziehbar ein Versorgungsmotiv zur Migration diskutiert und auf eklatante Unterschiede hinsichtlich der Hilfesysteme im Herkunfts- und Ankunftsland verwiesen:

Also [...] vereinzelt entstand der Eindruck bei einzelnen Familien, gerade wenn ich an Rumänien [...] denke, die im Heimatland überhaupt keine Hilfe gehabt haben, die einfach die Migration auch ausgesucht haben, um mehr Hilfe für ihre Kinder zu haben. Also da fallen mir jetzt zwei, drei Familien ein, die aus dem rumänischen Raum gekommen sind, wo die Kinder schwerst-mehrfachbehindert sind und bei uns auch eine Schulbegleitung haben. Und die aber im Heimatland überhaupt keine Form der Beschulung oder Unterstützung auch gehabt haben. (Anhang G, Pos. 140)

Differenzierungen hinsichtlich verschiedener Gruppen von Migranten, wie Arbeitsmigranten, Fluchtmigranten oder hochqualifizierte werden in der Diskussion nicht vollzogen.

8.3.5.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Mögliche Verzerrungen von Testergebnissen aufgrund mangelnder Sprach- und Kultursensibilität der angewandten Verfahren werden unterschiedlich bewertet. SL sieht vor allem in der multiperspektivischen Eingangsdiagnostik, an der „viele Leute“ (Anhang G, Pos. 150) beteiligt sind, ein Korrektiv, das zu ausführlichen Diskussionen und Abwägungen im Einzelfall über den adäquaten Beschulungsort führt und somit das Risiko einer pädagogischen Fehleinschätzung minimiert (Anhang G, Pos. 150). Zusätzlich sichere die Prozessdiagnostik die Angemessenheit der Beschulung am FZgE (Anhang G, Pos. 168). Ein möglicherweise problematischer Mangel an der Kultursensibilität gängiger Testverfahren wird jedoch nicht ausgeschlossen, so seien Verfahren wie der SON „ja trotzdem nicht kulturfrei“ (Anhang G, Pos. 164), was in Einzelfällen zu schwierigen Bewertungen führe:

Aber gerade die Zuordnung zum Förderschwerpunkt ist natürlich manchmal schwierig. Die Schüler sind, ich beschreib das jetzt einfach aus der Praxis, die [...] kommen an einer Mittelschule an, werden da überprüft oder kommen da nicht zurecht, werden dann überprüft vom MSD-L, es wird ein sprachfreier, nicht kulturfreier Test gemacht, es kommt ein IQ unter 70 raus, es kommt dann die Schulleistung noch mit dazu, [...] dann wird unser MSD eingeschaltet, der richtige Förderschwerpunkt ist einfach nicht der L-Bereich, die können einfach nicht im L-Bereich mit den jetzigen Strukturen gefördert werden und dann werden die dem Förderschwerpunkt G zugeordnet. Also so erfolgt es in der Praxis, ähm, (...) ob die Zuordnung mit [...] mehr diagnostischem Hintergrund wirklich richtig ist, ist vielleicht zu diskutieren. (Anhang G, Pos. 173)

Die fachliche Diskussion über die Notwendigkeit kultursensibler Testverfahren würde im Kollegium eher „ganz am Rande“ (Anhang G, Pos. 166) geführt. Grundsätzlich besteht bei den Diskussionsteilnehmer*innen Konsens über die Richtigkeit der sonderpädagogischen Förderung für die Schüler und Schülerinnen an Schule V (Anhang G, Pos. 138). Das Maß an Durchlässigkeit sowie Anschlussfähigkeit an den ersten Arbeitsmarkt nach abgeschlossener Schulbildung am FZgE wird hingegen unterschiedlich bewertet. So sieht SL nach Schulabschluss nicht mehr zwingend den Weg in eine Werkstätte für Menschen mit Behinderung, sondern durchaus Anschlussfähigkeit an den allgemeinen Arbeitsmarkt (Anhang G, Pos. 182) während Stv. SL die Realität etwas kritischer bewertet:

Wobei das Thema Ausbildung schon ein schwieriges Thema ist, weil wir versuchen Schüler, die einigermaßen, die wir in Ausbildung sehen, oder wenn wir eine Perspektive für eine Ausbildung sehen, eigentlich schon frühzeitig in den L-Bereich zu schieben, [...] weil in Ausbildung aus unserem Bereich, das ist schon selten. Sehr schwierig. In eine richtige Ausbildung, also, wenn dann Richtung Anlerntätigkeit [...] (Anhang G, Pos. 184).

Positiv wird die längere Begleitung auf den Weg in den Arbeitsmarkt bewertet, da die Schüler und Schülerinnen „einfach länger betreut sind durch die Berufsschulstufe“ als in Regelschulen oder dem SFZ (Anhang G, Pos. 186)

8.3.5.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Die Diskussion über Internationalisierung wurde an manchen Stellen mit hoher Vorsicht geführt, als stehe sie unter dem Generalverdacht stereotype und xenophobe Tendenzen zu bergen – ein Aspekt der sich sprachlich in vielen Relativierungen, Rückversicherungen und betont vorsichtigen Formulierun-

gen abzeichnet. Gerade die wissenschaftliche Form der Auseinandersetzung war darauf bedacht, sachlich und ohne jede Askriptionstendenz Erkenntnisse über schulische und pädagogische Realitäten zu generieren, stößt aber gerade am Beispiel von Schule V in der Diskussion auf Tabuisierung und eine gewisse Unsicherheit. Als weiterführender Aspekt ist deshalb für zukünftige oder differenzierte Untersuchungen zur Internationalisierung und speziell den regionalen Wirkgrößen eine vorurteilsfreie Form zu finden.

8.3.6 Gruppendiskussion Schule VI

| Teilnehmer (Kürzel) | Qualifikation | Funktion im FZgE | Am FZgE tätig ab |
|---------------------------------------|----------------------------|--|------------------|
| Schulleitung (SL) | Sonderpädagogin | Rektorin (SoRin) | Sept. 1999 |
| Leitung HPT (TSL) | Dipl.-Sozialpädagogin (FH) | Tagesstättenleitung | Sept. 2004 |
| Gruppenübergreifender Fachdienst (FD) | M.A. Pädagogin | Leitung pädagogisch-psychologischer Fachdienst | Sept. 2006 |

| Durchführungsdatum | Länge der Diskussion | Gesamttext codiert in % |
|--------------------|----------------------|-------------------------|
| 30.11.2022 | 1 Stunde 10 Minuten | 92 % |

8.3.6.1 Schülerzahlentwicklung

Mit dem einleitenden Verweis auf die leicht regressive Tendenz der Schülerzahlen in der untersuchten Dekade und der damit verbundenen Fragestellung, ob diese Entwicklung mit der steigenden Anzahl einzelinkludierter Kinder und Jugendlicher im Zusammenhang steht, bestätigt SL einen vorübergehend spürbaren Rückgang von Anmeldungen im SVE-Bereich, da „viele Eltern“ Regelkindergärten bevorzugten, was „sich jetzt auch schon wieder korrigier[e]“ (Anhang H, Pos. 5) und aktuell wieder „viel mehr SVE-Anmeldungen“ (ebd.) zu beobachten seien. Gleichzeitig hätte die Entwicklung in den letzten Jahren eine Wende genommen, so dass im aktuellen Schuljahr 2022/23 wieder ein „Höchststand“ (ebd.) [Anm. A.G.: die Schülerzahl 2022/23 hat den Ausgangswert von 2009/10 wieder erreicht] zu verzeichnen sei:

[...] wir haben heuer fünf Grundschulstufenklassen, im Vergleich zu bisher lange Jahre nur drei, also im Grunde haben wir da nur zwei mehr, dafür oben eine abgebaut, also im Endeffekt in der Summe eine Klasse mehr. Also mehr Schüler, tatsächlich wieder viel mehr Schüler im Haus. (Anhang H, Pos. 7)

Entgegen der oben angenommenen Wirkung inklusiver Angebote wird der mögliche Zusammenhang, Inklusionsbestrebungen hätte zu einer Reduktion der Schülerzahlen am FZgE beigetragen, mit einem Verweis auf *Quereinstiege* von Schülern und Schülerinnen am FZgE, deutlich relativiert:

[...] ich glaube wirklich nicht, dass das mit der Inklusion zu tun hat, [...] mir sind sehr wenige Kinder mit einer geistigen Behinderung bekannt, die inklusiv beschult wurden in dieser Zeit, ähm, zwei bis drei, die kamen dann nach der Grundschulzeit sowieso zu uns, also, oder wir haben sie dann in der Inklusionszeit meist über den MSD begleitet, also kennen wir die [...] Kinder und die würden bei uns [...] irgendwie auftauchen oder wären aufgetaucht. Von daher ist es eine ganz eine geringe Zahl, die tatsächlich inklusiv beschult wurde. Also ich glaube nicht, dass das der Hauptgrund war. (Anhang H, Pos. 13)

Als weiterer Aspekt sei die schulische *Überversorgung* im Landkreis Rottal-Inn und die damit einhergehende Praxis einer konkurrierenden Anwerbung von Schülern und Schülerinnen zu sehen, die im Verlauf der Dekade bis zum aktuellen Zeitpunkt mitunter eine steigende Anzahl von *Quereinsteiger*innen* bewirke:

[...] ein Grund war einfach, dass wir drei Schulen im Landkreis haben, die auch um Schüler werben, [...] zwei große SFZs und die Montessorischule und das war so eine Zeit in der jeder um Schüler geworben hat und die haben damals sehr offensiv auch aufgenommen, auch G-Kinder. Mittlerweile hat sich das korrigiert, weil wir uns besser verständigt haben, auch die Unterschiede besser kommunizieren und Kinder wieder eher zu uns beraten werden. Darauf führ ich auch diesen Anstieg wieder zurück, aber auch dieses Tal eben, weil es damals sehr, also da sind sehr viele eingeschult worden, die dann viel später zu uns gekommen sind, aber lange Zeit einfach im SFZ waren und Montessori Schule [...].
(Anhang H, Pos. 13)

Ebenfalls stelle SL eine Haltungsänderung der Eltern und Sorgeberechtigten fest, die „wieder viel bereitwilliger kommen oder sich schon vorher auseinandergesetzt haben, gut beraten kommen und sagen: 'Ich will hier eine Aufnahme.'“ (Anhang H, Pos. 15). Der „Höhepunkt der Inklusion“ sei bereits überschritten, aufgrund „negativer Erfahrungen“ der Kinder, Eltern und Sorgeberechtigten in inklusiven Regelschulsettings. Pointiert wird die wahrgenommene Entwicklung durch Erfahrungsberichte von Eltern, die sich und ihre Kinder in den Regelkindergärten „auch nicht immer gut betreut“ (Anhang H, Pos. 22) fühlten und durch kritische Gedanken, fachliche Beratung und „dieses gute Hinschauen“ (ebd.) wo Inklusion „überhaupt möglich“ (ebd.) sei, den Unterschied zu einem FZgE wieder „klarer“ sähen. Eltern, die inklusive Modelle wünschten, würden zunehmend die Partnerklassen-Angebote der FZgEs wählen (ebd.). Da im Landkreis Rottal-Inn in der betrachteten Dekade ein deutlicher Rückgang der Anzahl der Kinder und Jugendlichen zwischen 5 und 20 Jahren zu verzeichnen war, bestätigen die Diskussionsteilnehmerinnen die Annahme, es müsse mehr Kinder und Jugendliche geben, die dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung zugeordnet werden. Gründe hierfür seien möglicherweise eine verbesserte sowie differenzierte Diagnostik im Grenzbereich zwischen dem Förderschwerpunkt Lernen und gE (Anhang H, Pos. 28).

Als weitere Einflussgrößen auf die aktuell positive Entwicklung der Schülerzahlen werden „Zuzüge“ (Anhang H, Pos. 28) kinderreicher Familien (Anhang H, Pos. 40) und ein möglicher Anstieg der Anzahl von Kindern mit Behinderung innerhalb der Gruppe schulpflichtiger Kinder und Jugendlicher (Anhang H, Pos. 31) sowie eine Zunahme an Kindern mit Schwer-Mehrfachbehinderungen im SVE-Bereich, die sich in der verbesserten medizinischen Versorgung und mit ihr einhergehender erhöhter Überlebenschancen begründe (Anhang H, Pos. 36), benannt.

8.3.6.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Im Vergleich zu den anderen Stichprobenschulen erweist sich die Entwicklung der Diagnosezahlen an Schule VI in der dekadischen Entwicklung auffällig stabil, was die Diskussion über die Entwicklung auszeichnet. Die vermeintlich geringe Positiventwicklung der Diagnosezahlen wird in erster Linie mit einem Versorgungsmangel kontextualisiert (Anhang H, Pos. 141–145), der unter 8.3.6.4 detaillierter beleuchtet wird. Die subjektive Wahrnehmung von FD als Krisenbegleiterin verweist auf einen Anstieg psychiatrisch relevanter Verhaltensäußerungen von Schülern und Schülerinnen, die aufgrund der mangelnden psychiatrischen Versorgung in vielen Fällen ohne medizinische Diagnostik und somit auch ohne Diagnosestellung bleiben (Anhang H, Pos. 170):

[...] dadurch dass ich Krisenbegleiter bin, hab ich so ein bisschen mehr den Fokus drauf, aber die Kinder die mir jetzt auf einen Schlag einfallen sind, naja, fast dreimal so viel wie vor noch vier Jahren (lacht), wo das Verhalten dahingehend ist, dass man sagt, oh, mit unseren Mitteln, wir sind eine Schule, eine Tagesstätte, wir haben da / eine therapeutische Intervention wäre nötig, Es ist eine unklare Diagnostik, die medikamentöse Versorgung wackelt, ist unklar, bis nicht besprochen, ähm, da gibt es durchaus Bedarf, ja. Und dann gibt es aber auch Kinder, die verhaltenmäßig nicht auffällig sind in die übergreifige Richtung, wenn ich jetzt da z. B. an die XX denke, da deutet das Verhalten ja doch immer wieder hin, dass da wechselnde Persönlichkeiten am Start sind, die sich versammeln, und da findet auch keine Diagnostik statt, obwohl das Mädchen jetzt und gegenüber nicht übergreifig ist. (Anhang H, Pos. 170)

Die Diskussionsteilnehmerinnen geben an, dass in vielen Fällen dem Verdacht auf eine psychiatrisch relevante Störung nicht medizinisch nachgegangen wird (ebd.), obwohl in derartigen Fällen eine medizinische Diagnose für die pädagogische Praxis handlungsleitend sein könnte.

8.3.6.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Die, verglichen mit Diagnosen aus anderen Störungskategorien, herausragende Zunahme von ASS-Diagnosen an Schule VI erklären die Diskussionsteilnehmerinnen durch eine vermeintlich höhere Expertise hinsichtlich ASS auch bei Kinder- und Jugendmedizinern (Anhang H, Pos. 213) oder den häufig diagnostizierenden SPZs (Anhang H, Pos. 210–212), so dass eine Diagnosestellung nicht mehr zwingend eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung voraussetze (Anhang H, Pos. 204). Zudem sei einerseits eine höhere Akzeptanz der Diagnose bei Eltern – „[...] dass es vielleicht auch nicht mehr so schlimm ist wenn, 'ich hab' einen Autisten, ich hab ein Kind das ist Autist'.“ (Anhang H, Pos. 204, 207, 214, 217) – und andererseits eine gestiegene Sensibilität für und vielfältigeres Wissen über ASS-Symptome im Kollegium der Schule und HPT wahrzunehmen (Anhang H, Pos. 205, 208), welche in der Folge zu vermehrter Thematisierung von ASS und somit auch zu mehr Diagnosen führen könnten. SL beobachtet weiter eine frühere Diagnosestellung:

Was mir schon auffällt, dass die Diagnosen früher gestellt werden, also auch bei den Kleinen, ich bin ja schon so lang hier. [...] also, wenn ich überhaupt so weit zurückdenken kann [...], aber, ich kann mich wirklich nicht erinnern, dass früher schon in einer SVE oder in einer ersten Klasse jemand kam, mit der Diagnostik Autismus. Gut, jetzt bin ich 15 Jahre in der Leitung, [...], aber jetzt so die letzten ja, acht bis zehn Jahre schon, dass tatsächlich auch bei der Einschulung diese Diagnostik schon über die Frühförderung angeleiert schon irgendwo, vielleicht noch nicht final irgendwo abgeschlossen ist, aber dass schon ähm, das im Raum steht, dass wir Kinder aufnehmen, wo klar ist, die haben, gehören vermutlich zur Autismusspektrumstörung (Anhang H, Pos. 208)

Weiter böte die Diagnose-ASS manchen Eltern mehr Sicherheit im Umgang mit ihrem Kind, wie auch möglicherweise Entlastung hinsichtlich der Zweifel an der eigenen Erziehungskompetenz (Anhang H, Pos. 218). Die vermehrte mediale Brechung des Störungsbildes führe außerdem bei manchen Eltern zu stereotypen Annahmen wie „Ah, die sind super intelligent“ (Anhang H, Pos. 222), was die Attraktivität einer ASS-Diagnose gegenüber der Zuschreibung *geistige Behinderung* oder anderer psychiatrischer Diagnosen zusätzlich erhöhe (Anhang H, Pos. 223–227) und somit explizit die Motivation der Eltern zur diagnostischen Abklärung auf ASS erhöhe.

Sonstige Störungen werden kurz im Kontrast zu externalisierter Verhaltenssymptomatik aufgegriffen, deren unterdurchschnittliches Auftreten in Form psychiatrischer Diagnostik jedoch in den allgemeinen Zusammenhang mangelnder Versorgung gestellt (Anhang H, Pos. 195–200, 203).

8.3.6.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Eine Diskussionsteilnehmerin reagiert auf die Frage nach möglichen Kontakten zur psychiatrisch-diagnostischen Abklärung mit Lachen (Anhang H, Pos. 141), während die Versorgungslage von den anderen Diskussionsteilnehmerinnen spontan und einstimmig als „schlecht“ (Anhang H, Pos. 143–144) bewertet wird. Die negative Bewertung konkretisiert sich durch die Beschreibung und Wahrnehmung des vorhandenen Systems:

Das ist vielleicht auch ein Grund für diese mangelnden Diagnosen, [...], wir fühlen uns da nicht gut versorgt. Ist so, wir haben da die SPZs als Satelliten schon so, also Landshut, Passau, Altötting und ähm, je nachdem wo Eltern sich hinwenden, springen wir mit auf oder raten vielleicht auch mal, aber ansonsten, natürlich hat man oft Kontakt mit dem behandelnden Arzt, Kinder- und Jugendpsychiater dort im SPZ, aber es ist mühsam, also es ist nichts (Anhang H, Pos. 145)

Das SPZ Altötting [Anm. A.G.: Bezirk Oberbayern] verfüge über kinder- und jugendpsychiatrische Fachärzte, ansonsten „gibt's ja keine kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung bei uns“ (Anhang H, Pos. 147). Die infrastrukturelle Besonderheit peripherer und dünn besiedelter ländlicher Räume spiegelt sich in der Beschreibung einer oft schwer zugänglichen ambulanten Versorgung am Beispiel der SPZs im Einzugsbereich von Schule VI:

Wir haben so das Gefühl auch, also einfach eine ambulante Versorgung ist nicht gut, ist nicht gegeben und das ist halt natürlich auch mit sozial schwächeren Familien / diese Wege auf sich zu nehmen, nach Passau, nach Altötting, oft schwierig, weil man gar nicht ein Fahrzeug hat, öffentliche Verkehrsmittel ähm, funktioniert nach Passau, ja, mit ungefähr mindestens zwei Stunden Zugfahrt, ähm, nach Altötting öffentlich würde ich sagen gar nicht, wenn dann irgendwie mit dem Bus. (Anhang H, Pos. 148)

Sowohl die stationäre als auch ambulante Versorgung von Schülern und Schülerinnen von Schule VI durch die KJP Landshut sei vor allem aufgrund der Sondersituation in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung erschwert, was sich in der stichpunktartigen Beschreibung der Reaktionen des KJP Personals bei Vorstellungen von Kindern mit Intelligenzminderung „das ist ja geistig behindert [...], dann sind wir auch nicht die Profis“ (Anhang H, Pos. 152) verdeutlicht. In der Praxis führe die beschriebene Haltung der Klinik zu Situationen, in welchen Kinder und Jugendliche selbst in Notfällen medizinisch unversorgt blieben:

Die schicken die heim. Also das ist so, dass man tatsächlich manchmal Kinder, [...] außer Rand und Band haben oder am Ende unserer ja, Expertise sind und dann tatsächlich auch über den Notarzt zum Beispiel, wenn es ganz dramatisch ist [...] und die das Kind dann doch auch nach Landshut bringen, natürlich auch mit Information Eltern hinterher usw., // (Anhang H, Pos. 154) [...] und die sind in drei Stunden wieder da. Weil sie sagen, sie sind nicht zuständig. (Anhang H, Pos. 156)

TSL verweist auf die allgemeine Unsicherheit in der medizinisch-psychiatrischen Diagnostik und Behandlung bei Intelligenzminderung und zusätzlich auf die knappen personellen und zeitlichen Ressourcen der Kliniken und SPZs, wodurch lange Wartezeiten bis zur Vorstellung eines Kindes die Regel seien (Anhang H, Pos. 159). Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater war im Untersuchungszeitraum nicht gegeben, verändere sich jedoch möglicherweise durch eine aktuell [Anm. A.G.: Informationsstand Dezember 2022] eröffnete Praxis im Einzugsgebiet von Schule VI, die Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung auf ihrer Homepage explizit als Adressaten der Versorgung erwähnt (Anhang H, Pos. 159–161). Zusammenfassend wird ein hoher bestehender Bedarf an

stationärer, ambulanter als auch Notfallversorgung bei aktuell wahrgenommener „Nullversorgung“ (Anhang H, Pos. 165) bestätigt (Anhang H, Pos. 166). Die ambulante Versorgung würde maßgeblich durch die SPZs geleistet und nicht durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater*innen oder die KJP (Anhang H, Pos. 167–168).

8.3.6.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

An Schule VI bestünden keine etablierten Kooperationsmodelle mit KJP, SPZ oder niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern. Vor allem im Bereich der Diagnostik gebe es immer wieder Kontakt zu den SPZs im Einzugsgebiet (Anhang H, Pos. 159), die Diskussionsteilnehmerinnen hätten jedoch „noch nicht das Gefühl, dass die sagen, mit geistig behinderten Kindern kennen wir uns aus.“ (ebd.). Kontakte zur KJP Landshut bestünden nur bei Bedarf im Notfall, werden allerdings als wenig kooperativ und zielführend beschrieben (Anhang H, Pos. 152–158). Kooperationsmodelle mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern bestanden bisher nicht und könnten sich eventuell aktuell durch eine Praxiseröffnung in Pfarrkirchen 2022 ergeben (Anhang H, Pos. 161). Die mangelnde Versorgung und Kooperation führt zu der zusammenfassenden Bewertung: „Jetzt aktuell und bisher haben wir eigentlich das Gefühl gehabt, diese Kinder mit geistiger Behinderung werden nicht so professionell und fachkundig behandelt, wie es nötig wäre.“ (Anhang H, Pos. 161).

Wünschenswert seien der regelmäßige und persönliche Austausch zwischen Schule VI und einer Konsiliarärztin/einem Konsiliararzt, der/die die Klientel der Schülerinnen und Schüler kennt respektive sich derer, durch Hospitationen und Austausch mit den Kollegien an Schule VI, fachlich nähert (Anhang H, Pos. 176). Die bisher eher losen Kontakte zu behandelnden Ärzten wären durch ein *Schularztmodell* optimierbar, vor allem Zeiten für gemeinsame multiprofessionelle Fallbesprechungen und geklärte Zuständigkeiten verfügten über Potential für gelingende Kooperation (Anhang H, Pos. 179). Im Zuge der idealtypischen Beschreibung möglicher Kooperationsmodelle verweist TSL ebenfalls auf die wertvollen Ressourcen der FZgEs und ihrer interdisziplinären Teams, die beispielsweise motiviert und mit hohem Engagement aus ihrer qualifizierten pädagogischen Perspektive standardisierte Fragebögen im Arbeitsalltag bearbeiten könnten (Anhang H, Pos. 184-185). Die abschließende Schilderung einer gelungenen Kooperation per Videokonferenz in einem Einzelfall rundet die Beschreibung der Wunschvorstellung einer Kooperation zwischen Eltern, Ärzten, Folgeeinrichtungen und FZgE bildlich ab:

[...] Videokonferenz waren wirklich Eltern, Dr. XX vom SPZ Altötting, Schule, [...] auch die potentiell neu aufnehmende Einrichtung, also das Heim mit dabei und das war richtig gut, also das war für uns entlastend, weil man einfach mal nicht immer so kämpfen muss, unsere Sichtweise, unsere Erfahrungen so alleine dastehen [...] und das war für uns das erste Mal so, dass es auch ein Ergebnis und einen Plan und eine Perspektive für den jungen Mann am Ende rausgekommen ist und wir auch entlastet waren und gesagt haben, wir haben eigentlich alles richtig gemacht, mit unseren ganzen Schritten, die man da initiiert hat. Aber uns wäre wohler gewesen, wenn wir früher so eine Begleitung gehabt hätten, weil man immer so alleine dasteht, wir sind ja keine Psychiater oder Therapeuten, [...], man hat ja auch immer noch andere Kinder auch in der Klasse, man hat dann sehr viel Kraft und Zeit, [...], für so schwierige Kinder oder Kinder mit solchen Diagnosen und manche Wochen ist das so übermächtig, wenn irgendetwas passiert ist, wenn Übergriffe waren oder wenn die Probleme in der Klasse so groß werden, dass schon die anderen in der Klasse hinten runterfallen, ja, und da wäre das schon halt entlastend, wenn man einmal so einen Fachmann, Fachfrau im Hintergrund hätte, die einen dann auch bestärkt oder sagt: Jetzt bin ich zuständig. (Anhang H, Pos. 190)

Die Schilderung verweist auf einen bewussten und professionell reflektierten Umgang mit Kompetenzgrenzen, die sich qua Profession der Beteiligten ergeben und führt den idealtypischen Wunsch nach Kooperation auf die grundlegende Intention der Arbeit aller Beteiligten – die Verbesserung der Situation von betroffenen Kindern und Jugendlichen sowie die Ermöglichung langfristiger Perspektiven – zurück.

8.3.6.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Einen subjektiven Eindruck einer hinsichtlich der Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten veränderten Schülerschaft äußert in der Diskussion an Schule VI lediglich FD:

Also wenn ich jetzt, gut jetzt, dadurch dass ich Krisenbegleiter bin, hab ich so ein bisschen mehr den Fokus drauf, aber die Kinder, die mir jetzt auf einen Schlag einfallen sind, naja, fast dreimal so viel wie vor noch vier Jahren (lacht) wo das Verhalten dahingehend ist, dass man sagt, oh, mit unseren Mitteln, wir sind eine Schule, eine Tagesstätte, wir haben da / eine therapeutische Intervention wäre nötig, es ist eine unklare Diagnostik, die medikamentöse Versorgung wackelt, ist unklar, bis nicht besprochen. (Anhang H, Pos. 170)

Weitere Hinweise auf eine Veränderung der Schülerschaft hinsichtlich herausfordernder Verhaltensweisen, wie beispielsweise die Wahrnehmung, es gäbe zunehmend Anmeldungen von Kindern und Jugendlichen mit ASS, wurden in den vorausgehenden Punkten bereits mitbehandelt.

8.3.6.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

Weiterführend verweist TSL im Kontext von psychiatrischer Symptomatik und/oder massiver Verhaltensauffälligkeit auf die bestehende Ungleichheit in der personellen Versorgung der Schüler in den zwar eng verknüpften aber organisatorisch autonom geführten und gesondert finanzierten Systemen Schule und HPT:

Mei, dass wir natürlich schon merken, mit den Herausforderungen, die die Schüler oft mitbringen, [...] am Vormittag man das oft noch gut oder besser händeln kann, [...], aber wenn dann der Schulgong geht, die Zweitkräfte gehen, die Lehrer gehen, die Schulbegleitungen gehen und dann der Wechsel ist, einfach auch, wenn es dieselben Personen sind, die Gruppenleitung, eine Zweitkraft, vielleicht noch eine [...] Drittkraft, [...], die Kinder aber die gleichen bleiben. Also diese fehlende personelle Unterstützung, gerade für besondere Kinder, sei es jetzt Autisten oder Kinder, die ansonsten ein besonders herausforderndes Verhalten zeigen, das macht es halt einfach dann in den Tagesstättenbereichen nochmal schwieriger als in der Schule. (Anhang H, Pos. 232)

Das beschriebene Ungleichgewicht führe in der Praxis der HPTs dazu, dass Kindern mit besonderen Verhaltensäußerungen oftmals kein HPT-Platz angeboten werden könne, da die personellen Kapazitäten den Herausforderungen nicht entsprächen (Anhang H, Pos. 235). Gerade der Ausschluss aus oder die Nichtaufnahme in die HPT stellten Eltern von Kindern mit enorm herausfordernden Verhaltensweisen vor Betreuungsschwierigkeiten (Anhang H, Pos. 236). Sowohl SL als auch TSL heben die Bedeutung der Verzahnung von Schule und HPT und die daraus resultierenden Vorteile wie personelle Kontinuität in den Klassenteams oder auch die Synchronisierung pädagogischer Interventionsstrategien im Einzelfall als wertvoll hervor (Anhang H, Pos. 238–243).

8.3.6.8 Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze

Im Kontext Zuwanderung verweisen die Diskussionsteilnehmerinnen auf „sehr groß[e]“ Sprachbarrieren (Anhang H, Pos. 42, 52), die sich einerseits in der alltäglichen Kommunikation zwischen Gruppen bzw.

Klassen und Sorgeberechtigten (Anhang H, Pos. 50) zeigen, da zum Teil „einfachste Dinge nicht kommuniziert werden können“ (ebd.), andererseits auch in der Aneignung von Systemkenntnissen seitens der Sorgeberechtigten: „[...] manche Eltern haben gar nicht den Begriff davon, wie komplex unsere Schulversorgung eigentlich gestaltet ist und das Verständnis von Diagnostik und Einschulung und Zusammenarbeit, das ist oft schwer zu erwerben [...]“ (Anhang H, Pos. 42). Schule VI greife zur Lösung bestehender Kommunikationserschwerisse teilweise auf fremdsprachliche Ressourcen in den Kollegien der Schule und HPT zurück (Anhang H, Pos. 52) oder versuche „über den Landkreis“ (ebd.) ehrenamtlich tätige Dolmetscher zu Rate zu ziehen, was jedoch „ein bisschen umständlicher“ (ebd.) und „langfristig terminiert“ werden müsse, im Kontext alltäglicher Kommunikation also weniger Bedeutung erlange. Mit dem zusätzlichen Verweis auf im Einzelfall fehlende Schriftsprachlichkeit (Anhang H, Pos. 42, 53), verdeutlichen sich Schwierigkeiten der alltäglichen Kommunikation zwischen Personal und Sorgeberechtigten:

[...] dann sind das ja auch oft Kinderpflegerinnen, die dann alleine sich dort um dieses Kind kümmern und wenn dann dazu noch eine Sprachbarriere entsteht, da hab' ich jetzt gerade zwei Fälle im Kopf, beide Male afrikanischer Hintergrund, da sprechen die Eltern quasi ganz gebrochen Englisch, ähm, in einem Fall ist kein Lesen vorhanden, auch bei der Mutter. Und eine Kinderpflegerin hat halt selbst auch nicht so ein flüssiges Englisch parat, dass es ihr leicht fällt auf Englisch mit jemand anderem fremdsprachlich und mit einem anderen Dialekt Englisch spricht. Also, das ist schon alles sehr holprig und das sind dann auch, ähm, Themen wie Termine zu kommunizieren, wenn man weiß, derjenige macht aber den Brief nicht auf oder so und kann den Brief nicht lesen – schwierig. (Anhang H, Pos. 53)

Als weitere Ressource stünden vereinzelt Dolmetscher zur Verfügung, die von den Familien selbst organisiert würden, wobei die Qualität derartiger Dolmetscherleistung schwer einzuschätzen sei und zum Teil unklar bliebe, „ob das dem Gespräch zuträglich ist“ (Anhang H, Pos. 53). Neben der Alltagskommunikation erschwere sich auch Kommunikation über pädagogische Fragestellungen oder fachliche Inhalte, wie sie beispielsweise in Lernentwicklungsgesprächen oder thematisch fokussierten Elterngesprächen nötig wird (Anhang H, Pos. 55):

[...] man will ja auch wissen, was war vorher mit dem Kind, wo gab es Probleme, Fortschritte, was macht es gern, wie kann man ansetzen, das ist einfach so schwierig, diese pädagogischen Themen, die, die, ich weiß auch nicht, das ist wirklich sehr, sehr schwierig und da finden wir auch kaum Dolmetscher, die dann für so etwas zur Verfügung stehen. (Anhang H, Pos. 55)

Bezogen auf pädagogische Gespräche, die zum Teil kritische oder „schwierige“ Themenaspekte und Fragestellungen aufgreifen, die das Kind und die Sorgeberechtigten betreffen, habe SL bessere Erfahrungen mit externen und neutralen Dolmetscher*innen gemacht (Anhang H, Pos. 55), da unklar bleibt, ob Dolmetscher*innen, die von den Familien selbst organisiert werden, nicht von den behandelten Themen affektiv betroffen wären und in Folge dessen tendenziös übersetzten (ebd.). Ebenso sei es manchen Mitarbeitern „oft peinlich oder unangenehm“ (ebd.) sensible Themen mit Sorgeberechtigten zu verhandeln. Thematisch sensible Termine müssten aufgrund der zeitaufwändigen Bestellung eines externen Dolmetscherangebots mit ausreichend zeitlichem Vorlauf organisiert werden und könnten nicht im akuten Bedarfsfall relativ zeitnah erfolgen.

Weitere Ressourcen biete das digitale Schulverwaltungsprogramm an Schule VI, das vor allem für Elternbriefe über eine Übersetzungsfunktion in verschiedenste Sprachen verfüge oder auch die vom Kul-

tusministerium angebotenen standardisierten Elternbriefe in verschiedenen Sprachen, so dass Kerninformationen auch für Eltern aller Nationalitäten in schriftlicher Form übermittelt werden können (Anhang H, Pos. 70). Zusätzlich habe das Kollegium im Laufe der Jahre in verschiedene Sprachen übersetzte Elternbriefe gesammelt und als Kopiervorlage für alle Mitarbeiter*innen zugänglich abgelegt (Anhang H, Pos. 72).

Unterschiedliche Bildungseinstellungen oder Vorerfahrungen mit Schulsystemen in den Herkunftsländern werden in der Diskussion eher in Nebensätzen thematisiert. So sei häufig Erstaunen bei den Eltern zu beobachten, wenn diese im Informationsgespräch detaillierte Informationen über die Schule und den Unterricht am FZgE erhielten:

Die stehen oft staunend vor uns, bei der Erstberatung, was bei uns möglich ist, was ein so ein Haus schon bietet. Also das sind so Kleinigkeiten wie nur ein Schwimmbad, also das ist schon immer so Huch, Schwimmbad, die gehen da tatsächlich Schwimmen? Und ähm, so, ja der Unterricht, dieser strukturierte Unterricht, das kennen auch nicht alle, ähm, auch Schulpflicht kennen nicht alle und eine ernstgenommene Schulpflicht, also am Papier gibt's das schon in vielen Ländern für unsere Schüler, aber dass man tatsächlich auch davon ausgeht, die kommen, also das ist schon neu für viele Eltern, aber sie lernen das sehr schnell und akzeptieren das auch sehr schnell, da habe ich jetzt eigentlich weniger Probleme, muss ich sagen. (Anhang H, Pos. 81)

Problematischer werden Fälle geschildert, in welchen Eltern aufgrund der Invisibilität einer Intelligenzminderung mit ihren Kindern im deutschen Schulsystem vorerst „falsch angedockt“ (Anhang H, Pos. 81) wären, da die Akzeptanz gegenüber einem schulischen Sondersystem nicht per se vorhanden ist und eine Phase der Behinderungsakzeptanz der Compliance gegenüber der Sonderbeschulung eintreten würde (ebd.).

8.3.6.9 Interkulturelle Elternarbeit

In der Diskussion werden die Herausforderung der interkulturellen Elternarbeit maßgeblich im Kontext von Sprachbarrieren thematisiert. SL verweist auf mögliche negative Konsequenzen für die Kommunikation und Elternhaltung in der weiteren Bildungsbiographie der Kinder, wenn zwischen Schule und Sorgeberechtigten keine ausreichende Kommunikationsbasis aufgebaut werden kann:

Was ich da merke, [...], wenn man nicht einen guten Dolmetscher immer bei der Hand hat, dass sich die Eltern eigentlich zurückziehen. Das Kind ist aufgenommen und wenn es läuft, dann läuft's halt mit, es ist da, die haben sehr viel Vertrauen zu uns, glaub ich, oder gar nicht die Möglichkeit, Misstrauen oder Kritik [...] zu fragen, oder geben sich dann einfach damit zufrieden, dass es einfach abgeholt wird, hier unterrichtet und betreut wird, wieder heimgebracht wird und das Kind auch zu Hause anscheinend dann so berichtet, dass es passt, dass es ihm gut geht, das Kind einen ausgeglichenen Eindruck macht, also das, man muss dann eher von uns aus immer aktiv auf die Eltern zugehen, also ganz selten, dass die von sich mal nachfragen. Auch, was macht er denn in der Schule, weil ich denke, ein Schüler kann ja nicht so umfassend berichten, gerade unsere Schüler, da sind deutsche Eltern viel aktiver, intensiver an uns dran, wollen alles wissen, das fehlt mir leider ein bisschen, sag' ich, ich würde ganz gern mehr informieren, wie gut sich die integrieren, gerade wenn ich an die Ukrainer denke, das ist wirklich, das war so einfach mit denen oder ist auch so einfach und das würde ich den Eltern ganz gerne sagen. Das glückt mir jetzt nur in einem Fall, weil die Englisch sprechen. (Anhang H, Pos. 77)

Die Beschreibung verdeutlicht die Notwendigkeit einer proaktiven Kontaktaufnahme zu den Sorgeberechtigten seitens des Systems Schule sowie die besondere Bedeutung der Elternkommunikation (Anhang H, Pos. 77, 135) an FZgEs, da die Kommunikationsfähigkeiten der Kinder und Jugendlichen häufig

behinderungsbedingt limitiert seien und die Kommunikation über Alltägliches für die pädagogische Arbeit als hoch relevant bewertet wird (Anhang H, Pos. 137–139).

Durch den Elternbeirat wurde für Eltern, die Unterstützung benötigen, ein Netzwerk initiiert, das neben verschiedenen Problemlagen auch in Fällen sprachlicher oder kultureller Verständigungshemmnisse Unterstützung bot, das allerdings durch die Auswirkungen der Pandemie an Struktur und Wirksamkeit eingebüßt hätte (Anhang H, Pos. 119). Die Integration ausländischer Eltern in die Schulfamilie würde allerdings „gar kein Problem“ darstellen, so seien auch Eltern ausländischer Nationalität Teil des Elternbeirats (ebd.) und würden sich zu großen Teilen auch aktiv in der Schulfamilie engagieren. Die Formen des Engagements reichten von der Mitwirkung bei Schulfesten (Anhang H, Pos. 120–121) bis zur gegenseitigen Unterstützung im Netzwerk des Elternbeirats. Die Diskussionsteilnehmerinnen nehmen die Integration ausländischer Eltern in schulische Strukturen unproblematisch wahr (Anhang H, Pos. 124) und sähen neben der Herausforderung Sprachbarrieren (Anhang H, Pos. 135) zu überwinden wenig Unterschied zwischen der tradierten Elternarbeit und angewandten Formen interkultureller Elternarbeit (Anhang H, Pos. 127–128).

8.3.6.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Im Zusammenhang interkultureller pädagogischer Ansätze an Schule VI berichtet SL von der unterrichtlichen Behandlung kultureller Aspekte und den Themen Multikulturalität und Wertpluralität im Sachunterricht und vor allem in Ethik (Anhang H, Pos. 119). Der Einbezug externer Organisationen oder Ressourcen wie Migrantenselbstorganisationen oder Eltern in der Funktion von Kulturmittlern wird eher im Kontext interkultureller Elternarbeit berücksichtigt (Anhang H, Pos. 130), aber in der Diskussion nicht als Ressource für interkulturelle pädagogische Ansätze erwähnt.

8.3.6.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

Als disziplinimmanente Integrationsressource werden an Schule VI die fast flächendeckend angewandten Methoden unterstützter und sprachfreier Kommunikation erwähnt (Anhang H, Pos. 50). So seien Methoden, die nicht-sprechenden Kindern kommunikative Interaktion mit ihrer sozialen Umgebung ermöglichten, auch für Kinder wenig oder fehlenden Deutschkenntnissen oft ein sehr niedrigschwelliger Einstieg in die sozialen Bezüge im Klassen- und Gruppenverband (Anhang H, Pos. 50). Kindern und Jugendlichen würden hinsichtlich der sozialen Integration in die Klassenverbände so sehr schnell befähigt sich mitzuteilen, was als wertvolle Basis zum motivierten Lernen der deutschen Sprache verstanden wird (ebd.).

8.3.6.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven

Den größten Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an Schule VI bildet die Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus dem europäischen Schengenraum, wobei innerhalb dieser Gruppe fünf von elf Schüler*innen österreichischer Nationalität sind, was sich durch die Grenznähe des Schulorts erklärt (Anhang H, Pos. 56). Einzelne Eltern aus dem Schengenraum, vor allem Polen und Tschechien, gäben in Aufnahmegesprächen an, aufgrund der besseren schulischen aber auch nachschulischen Versorgung ihres Kindes mit Behinderung ihren Arbeits- und Lebensmittelpunkt nach Deutschland verlagert

zu haben (Anhang H, Pos. 44). Trotz des Vorhandenseins von Ankerzentren (Anhang H, Pos. 99) beläuft sich 2019/20 der Anteil von Kindern und Jugendlichen aus dem Nahen und Mittleren Osten auf drei Schüler*innen, so dass das Thema Fluchtmigration in der Diskussion kaum Berücksichtigung findet (Anhang H, Pos. 104). Gewisse Kumulationen von Nationalitäten werden hypothetisch durch große Arbeitgeber in der Region und auch die Standortempfehlungen von Mitgliedern der ethnischen Gemeinschaft erklärt (Anhang H, Pos. 113). Eine weitere Differenzierung von Migrantengruppen erfolgt in der Diskussion nicht.

8.3.6.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

SL formuliert ihr Bewusstsein über den Mangel an kultursensiblen Testverfahren (Anhang H, Pos. 83) und verweist auf ein „Rantasten“ (Anhang H, Pos. 85) an Möglichkeiten kultursensibler Leistungstestung, die sich an Schule VI maßgeblich durch die Anwendung des SON ergäbe. Ein Diskussionsthema im Kollegium sei die Frage nach Kultursensibilität der Testverfahren dennoch nicht, was sich auch in der nicht vorhandenen Nachfrage nach spezifischen Fortbildungsangeboten widerspiegeln (Anhang H, Pos. 89). Am Beispiel ukrainischer Kinder und Jugendliche verweist SL ebenfalls auf den relativ „großen“ (Anhang H, Pos. 89) Spielraum seitens der Regierung, die nicht zwingend eine IQ-Testung verlangt, sondern Vertrauen auf die „informelle Beobachtung des Kindes“ (Anhang H, Pos. 91) und die Expertise der diagnostizierenden Lehrkräfte setze, in dem sie „glauben [...], dass das der richtige Förderschwerpunkt ist“ (ebd.). Wäre die erste Einschätzung im Laufe der Bildungsbiographie in Frage zu stellen, würde Schule VI „reagieren“ (ebd.), was auf die Durchlässigkeit des Schulsystems und die Möglichkeit eines Schularwechsels hindeutet.

8.3.6.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Weiterführend kann aus der Diskussion auf den Aspekt der Anerkennung ausländischer Diagnosestellungen hinsichtlich der Beschulungsform verwiesen werden, soweit solche vorhanden sind. Wobei dieser Aspekt vor allem im Zusammenhang mit Herkunftsländern aus dem Schengenraum sowie der Ukraine diskutiert wurde, da er nur zum Tragen kommt, wenn Kinder und Jugendliche aus einem – zumindest in irgendeiner Form – ähnlich strukturierten Schulsystem nach Deutschland kommen.

8.3.7 Vergleichende Gesamtanalyse Schule I – VI

In der vergleichenden Gesamtanalyse werden Aussagen aus den Stichprobenschulen zusammengefasst um komprimiert kongruente und ggf. abweichende Hypothesen und Erklärungsansätze für die jeweiligen Themenaspekte darzustellen. Die Zusammenfassung erfolgt je nach Themengebiet in geeigneter Darstellungsform.

8.3.7.1 Schülerzahlentwicklung

Die Erklärungsansätze und Hypothesen hinsichtlich der dekadisch allgemein positiven Entwicklung der Schülerzahlen an den untersuchten Stichprobenschulen werden paraphrasiert tabellarisch und nach Häufigkeit ihrer Nennung in den Interviews dargestellt. Die Nennungen werden durch „X“ unter der Nummer der jeweiligen Stichprobenschule gekennzeichnet und zusätzlich schattiert:

Tabelle 51.

Hypothesen und Erklärungsansätze für steigende Schülerzahlen

| | I | II | III | IV | V | VI |
|--|---|----|-----|----|---|----|
| Migrationsbewegung und Zuzüge ausländischer SuS | X | X | X | X | X | X |
| Nach anfänglicher «Inklusionseuphorie» veränderte positive Haltung der Sorgeberechtigten gegenüber FZgE – gezielte Entscheidung für FZgE | X | X | X | X | X | X |
| «Quereinstiege» von SuS aus inklusiven Schulsettings – Rückkehr von SuS an das FZgE nach Kindergarten und/oder Primarstufe | X | X | X | X | X | X |
| Inklusive Angebote an Regelschulen in der Region sind gering und führen nicht zu einer Reduktion der Schülerzahlen am FZgE | | X | X | X | X | X |
| Allgemeines Bevölkerungswachstum in der Region | X | X | X | X | X | |
| Periphere ländliche Infrastruktur erschwert den Zugang zu inklusiven Angeboten an Regelschulen (Vorteile der Busbeförderung und Betreuung am FZgE) | | | | X | | |

Anmerkung 51. I – VI: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Hypothese/des Erklärungsansatzes. Die Erklärungsansätze in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

8.3.7.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Aufgrund der unterschiedlichen Entwicklungstendenzen an den Stichprobenschulen werden die Ergebnisse in den Gruppierungen *Schulen mit steigender Entwicklungen der Diagnosezahlen* (betrifft Schule I, III, IV, V) und *Schulen mit regressiven/statischen Entwicklungen der Diagnosezahlen* (Betrifft Schule II, VI) dargestellt. Einzelnennungen von Hypothesen und Erklärungsansätzen werden zusammenfassend tabellarisch gelistet.

Tabelle 52.

Hypothesen und Erklärungsansätze für steigende Diagnosezahlen

| | I | III | IV | V |
|---|---|-----|----|---|
| Erhöhte psychosoziale Belastungen für Kinder und Jugendliche (mediale Einflüsse, Leistungserwartungen, familiäre Belastungen, veränderte Werthaltungen etc) | X | X | X | X |
| Erhöhte Sensibilisierung des Personals (Schule und HPT) für Symptome psychiatrischer Störungen als Initiafaktor für die Einleitung diagnostischer Prozesse | X | X | | X |
| Differenziertere und verbesserte psychiatrische Diagnostik | X | | X | X |
| Niedrigere Hemmung seitens der Sorgeberechtigten gegenüber der Inanspruchnahme psychiatrischer Diagnostik | | X | X | |
| Gesicherte Diagnosen als Zugang zu spezifischen Unterstützungsleistungen | | X | | X |
| Wunsch der Sorgeberechtigten nach Klarheit und Hoffnung auf spezifische medikamentöse wie methodische Interventionsoptionen | | X | X | |

| Hypothesen und Erklärungsansätze für steigende Diagnosezahlen - Einzelnennungen | I | III | IV | V |
|---|----------|------------|-----------|----------|
| Diagnosen in früherem Lebensalter | X | | | |
| Verbesserter Zugang zu diagnostizierenden Stellen im ländlichen Raum | X | | | |
| Gesamtgesellschaftlicher Anstieg psychiatrischer Diagnosen (Korrelat Wirkung) | X | | | |
| Traumatisierungen im Kontext Flucht und Migration | X | | | |
| Erhöhte Leistungserwartungen in der Schulart FZgE (Sekundärstörungen durch Überforderung) | | X | | |
| Verbesserte personelle Ausstattung psychologischer Fachdienste der HPT, die psychiatrische Diagnostik empfehlen und begleiten | | | | X |

Anmerkung 52. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Hypothese/des Erklärungsansatzes. Die Erklärungsansätze in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

Tabelle 53.

Hypothesen und Erklärungsansätze für sinkende/statische Diagnosezahlen

| | II | VI |
|--|-----------|-----------|
| Weniger Diagnosen durch verbesserte Verwaltung medizinischer Diagnosen (stetige Aktenaktualisierung) | X | |
| Primärer FS kmE – SuS mit Intelligenzminderung und psychiatrischer Symptomatik würden tendenziell an Schule I verwiesen | X | |
| Mangel an kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten (dadurch bedingt weniger gesicherte medizinische Diagnosen) | | X |
| Möglichen psychiatrischen Störungsbildern wurde nicht diagnostisch nachgegangen aufgrund mangelnder Motivation der Sorgeberechtigten | | X |

Anmerkung 53. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Hypothese/des Erklärungsansatzes. Die Erklärungsansätze in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

8.3.7.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Dargestellt werden die Häufigkeit der Nennung der jeweiligen Störungskategorien in den Diskussionen an den Stichprobenschulen, Doppelnennungen in den Interviews werden nicht berücksichtigt:

Tabelle 54.

Nennungshäufigkeit spezifischer Störungskategorien in der Diskussion

| | I | II | III | IV | V | VI |
|----------|---|----|-----|----|---|----|
| F90 | | X | | X | | |
| F9 | | | | | | |
| F84 | X | X | X | X | X | X |
| F8 | X | X | | X | X | |
| Sonstige | | X | | | X | |

Anmerkung 54. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Störungskategorie.

8.3.7.4 Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Die Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage wird im Folgenden unter Berücksichtigung häufiger Nennung einzelner Aspekte tabellarisch dargestellt und durch eine Word Cloud, die den Wortlaut der ersten und allgemeinen Bewertungen der Versorgungslage aus allen Interviews aufgreift, abgerundet:

Tabelle 55.

Thematisierte Aspekte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung

| | I | II | III | IV | V | VI |
|--|---|----|-----|----|---|----|
| Stationäre Angebote (KJP Landshut/Regensburg) nicht oder äußerst selten für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung | X | X | X | X | X | X |
| Ambulante Versorgung maßgeblich über SPZ (ohne kinder- und jugendpsychiatrische Fachärzte) | X | | X | X | | X |
| Stationäre psychiatrische Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung nur in Spezialkliniken Würzburg (4-fach-Nennung) / Ursberg (2-fach-Nennung) | X | X | X | X | | |
| Tendenz zur Pädagogisierung psychiatrischer Probleme aufgrund mangelnder Versorgung | | X | | X | X | |
| Schüler und Schülerinnen, die im Notfall in die KJP eingeliefert werden, werden dort nicht stationär aufgenommen und meist unmittelbar wieder entlassen | X | | | | X | |

Weitere Aspekte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung – Einzelnennungen

Extrem lange Wartezeiten bei ambulanter Vorstellung sowohl in SPZs als auch bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen (bis zu einem Jahr)

Unsicherheit bei Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Intelligenzminderung

Anmerkung 55. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Störungskategorie. Aspekte in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.



Abbildung 19. Word Cloud – Wortlaut der Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage aus den Gruppendiskussionen

8.3.7.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Bestehende und wünschenswerte Kooperationsmodelle werden im Folgenden schulspezifisch und tabellarisch komprimiert gegenübergestellt. Einige Kooperationsmodelle bestanden zwar im Untersuchungszeitraum, wurden jedoch den Aussagen der Diskussionsteilnehmer*innen zur Folge, durch die Einschränkungen während der Corona-Pandemie in Jahren 2020–2022 abgebrochen und aktuell nicht reaktiviert, weshalb sie mit der Klammererläuterung *präpandemisch* gekennzeichnet sind:

Tabelle 56.

Gegenüberstellung bestehender und wünschenswerter Kooperationsmodelle

| Schule | Bestehende Kooperationen | Wünschenswerte Kooperationen |
|--------|--|---|
| I | <p>Regelmäßige Konzile mit einem niedergelassen Kinder- und Jugendpsychiater in den Räumlichkeiten der Schule unter Einbezug der Eltern und Mitarbeiterinnen aller Professionen am FZgE</p> <p>Enge Zusammenarbeit mit der KJP Regensburg mit regelmäßigen Konzilen (präpandemisch)</p> | <p>Regelmäßige Konzile mit zusätzlichen Zeitkapazitäten der behandelnden Ärzt*innen für Hospitationen in den Klassen, um die Klientel Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung kennen zu lernen</p> <p>Interdisziplinäre Fallbesprechungen mit Ärzten in Form eines <i>Runden Tisches</i> zur Abstimmung der pädagogischen und therapeutischen Interventionsstrategien</p> |
| II | <p>Konzile mit einem niedergelassen Kinder- und Jugendpsychiater in den Räumlichkeiten der Schule in die fallspezifisch Mitarbeiter*innen der Schule, des psychologischen Fachdienstes, der HPT, der medizinisch therapeutischen Fachdienste an Schule II sowie Eltern und betroffene Kinder und Jugendliche einbezogen werden</p> | |

| | | |
|-----|---|--|
| III | <p>„Sehr gute und enge Kooperation“ (Anhang E, Pos.42) in Form regelmäßiger Konsiliartermine mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater in den Räumlichkeiten der Schule unter Einbezug der Eltern, psychologischer, heilpädagogischer und medizinisch-therapeutischer Fachdienste, der Schule sowie Mitarbeiter*innen aller Professionen am FZgE</p> <p>Vereinzelt fallbezogene Kooperation mit SPZs in Form gemeinsamer Bearbeitung standardisierter Verhaltensskalen und interdisziplinärer Fallbesprechungen</p> | <p>Intensive Kooperation mit KJP Landshut und Möglichkeiten bei notwendiger stationärer Behandlung unter Einbezug der Expertise der Mitarbeiter*innen des FZgE</p> |
| IV | <p>Konsiliarische Kooperation mit Ärzt*innen der KJP Außenstelle Weiden in den Räumlichkeiten des FZgEs (präpandemisch)</p> | <p>«Weit ausgebaute Unterstützung, feste Ansprechpartner» (Anhang F, Pos. 122) in der KJP und fachliche Spezialisierung seitens der Mediziner auf die Klientel <i>Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung</i></p> |
| V | <p>Vereinzelte lose Kontakte zu relevanten medizinischen und diagnostischen Stellen in der Einzugsregion</p> <p>Regelmäßige Konzile mit Ärzten der KJP Landshut (präpandemisch)</p> | <p>Wiederbelebung der Kooperation mit der KJP</p> <p>Einrichtung einer Institutsambulanz im Lkr. Kelheim (aufgrund weiter Entfernung zur zuständigen KJP Landshut), die regelmäßige Vorstellung von Kindern und Jugendlichen sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen ermöglichen würde</p> |
| VI | <p>Lose und fallbezogene Kontakte zu SPZ</p> <p>KJP Landshut nur im Notfall</p> | <p>Regelmäßige Konzile in den Räumlichkeiten der Schule mit einem Arzt, der die Klientel der Schule kennt und sich fachlich spezialisiert auf gB</p> <p>Schularztmodell, das die Ausschöpfung der Ressourcen am FZgE bei Diagnostik und Behandlung ermöglicht</p> |

Anmerkung 56. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. Die Beschreibungen wurden zur tabellarischen Darstellung komprimiert und paraphrasiert.

8.3.7.6 Subjektive Bewertungen zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Die subjektiven Einschätzungen zum Anstieg von Verhaltensauffälligkeiten innerhalb der Schülerklientel umfassen absolute Bewertungen wie:

- „[...] definitiv, dass wird da [...] eine Steigerung haben.“ (Anhang C, Pos. 191)
- „[...], herausforderndes Verhalten wurde definitiv mehr.“ (Anhang E, Pos. 27)
- „[...] es gibt einfach mehr Kinder und Jugendliche, die [...] auffälliger sind.“ (Anhang F, Pos. 35)
- „[...] subjektiv, dass wir viel mehr dahaben, also in der Qualität der Störung. Dass gerade Kinder im Eingangsbereich in den letzten Jahren schwieriger sind.“ (Anhang G, Pos. 111)
- „[...] naja, fast dreimal so viel wie vor noch vier Jahren“ (Anhang H, Pos. 170)

werden aber in der Diskussion sehr reflektiert und kritisch durch die Annahme, es bestanden auch früher Verhaltensauffälligkeiten, relativiert. Argumentativ reichen die Relativierungen von der Hypothese, durch die transparente und hochfrequente Kommunikation und Thematisierung von Verhaltensauffälligkeiten würden diese eher in den Fokus der Wahrnehmung gerückt, hin zu einer vermeintlich veränderten Belastbarkeit von Mitarbeiter*innen in Schule und HPT. Weiter wird auf mögliche aussagekräftige Kennzahlen wie die Anzahl an Schulbegleitungen oder die Anzahl an Mitarbeiter*innen, die aufgrund von Überlastung arbeitsunfähig gemeldet sind, verwiesen – wobei auch deren Aussagekraft als hypothetisch diskutiert wird. Zusammenfassend wird in keiner Diskussion klare Stellung bezogen und wenn, dann zumeist die absoluten Aussagen einzelner Diskussionsteilnehmer*innen durch Argumente anderer Teilnehmer*innen weitgehend relativiert.

8.3.7.7 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie I

Tabelle 57.

Darstellung weiterführender Aspekte – Rahmenkategorie I

| Schule | Weiterführende Aspekte zu Rahmenkategorie I - komprimiert |
|---------------|---|
| I | Notwendigkeit behinderungsspezifische Inhalte in den Curricula verschiedener (allgemein-)pädagogischer und medizinischer Berufe obligat zu etablieren (Anhang C, Pos.173) Keine Refinanzierung von Tagesstättenleistungen bei Kindern und Jugendlichen mit IQ>70 aufgrund artifizierlicher Zuständigkeitsgrenzen zwischen Eingliederungshilfe (Kostenträger Bezirk) und Jugendhilfe (Kostenträger zuständiges Jugendamt) (Anhang C, Pos. 141 – 149) |
| II | Mögliche Aussagekraft der Kennzahl <i>Anzahl der Kinder mit Schulbegleitungen</i> (Anhang D, Pos. 255–261) hinsichtlich der Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten |
| III | Mitarbeitergesundheit als möglicher Marker für gestiegene Anforderungen und Belastungsmomente in der Praxis (Anhang E, Pos. 73) und infrastrukturelle Problematik des Flächenbezirks Niederbayern, da neben psychiatrischer Unterversorgung auch die komplizierte Erreichbarkeit zentraler Anlaufstellen (z. B. KJP Landshut) es sowohl den FZgEs als auch den Eltern deutlich erschwert, kinder- und jugendpsychiatrische Hilfen in Anspruch zu nehmen |
| IV | Die medizinisch–psychiatrische Versorgungslage erschwere sich an der Schnittstelle zur Erwachsenenpsychiatrie. Mit dem 18. Geburtstag eines Jugendlichen endet formal die medizinische Zuständigkeit der Kinder- und Jugendmediziner, wodurch in manchen Fällen vor allem in peripheren, infrastrukturell schwachen Regionen ein Versorgungsvakuum drohe |
| V | Korrelat zwischen subjektivem Belastungsempfinden von Mitarbeiter*innen und dem Stand der Qualifizierung im Umgang mit herausforderndem Verhalten |
| VI | Bestehende Ungleichheit in der personellen Versorgung der Schüler in den zwar eng verknüpften, aber organisatorisch autonom geführten und gesondert finanzierten Systemen Schule und HPT, die teilweise zu Ausschluss von Kindern mit erheblichen Verhaltensauffälligkeiten aus dem System HPT führt |

Anmerkung 57. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. Die Beschreibungen wurden zur tabellarischen Darstellung komprimiert und paraphrasiert.

8.3.7.8 Internationalisierung – Herausforderungen und Lösungsansätze

Tabelle 58.

Herausforderungen durch die Internationalisierung der Schülerschaft

| | <i>I</i> | <i>II</i> | <i>III</i> | <i>IV</i> | <i>V</i> | <i>VI</i> |
|---|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| Sprachbarrieren und Kommunikationsprobleme zwischen Sorgeberechtigten und FZgE im Aufnahmeprozess, bei der Beratung und in der alltäglichen Kommunikation | X | X | X | X | X | X |
| Wenige oder fehlende systematische externe Unterstützung in Form von Dolmetscherleistungen (Angebot durch Städte, Kommunen, NGOs etc.) | X | X | X | X | X | |
| Nur zufällige Verfügbarkeit von Fremdsprachenkompetenzen im Kollegium (deckt nicht alle Sprachen ab) | X | | X | X | X | |
| Qualität von Dolmetscherleistungen, die die Familien selbst aus dem Bekanntenkreis, der Nachbarschaft oder der eigenen Familie organisieren (Befangenheit, tendenziöse Übersetzung, Euphemisierung bei kritischen Gesprächen, Sprachkompetenz etc.) | X | | X | X | | X |
| Erschwerte pädagogische Ausgangslage und mangelnde schulische Vorbildung bei SuS, welchen im Herkunftsland wenig oder keine Beschulung zugestanden wurde (häufig SuS aus Südosteuropa) | | X | X | X | X | |
| Dolmetscher- oder Kulturmittlerleistungen von Mitarbeiter*innen nicht im Stundenkontingent berücksichtigt (erschwerter Einsatzplanung und Vertretungsorganisation) | X | | X | | | |
| Kulturelle Differenzen (Umgangsformen, tradierte Rollenbilder etc.) | X | | X | | | |

Herausforderungen durch die Internationalisierung der Schülerschaft – Einzelnennungen

| |
|---|
| Systemische Sprachbarrieren (Aufnahmeformulare, Vertragsunterlagen, schriftliche Elterninformationen etc.) |
| Dringlicher Bedarf an DaZ-Stunden, die bisher im Bereich gE nicht eingeplant sind |
| Misstrauen von Eltern mit negativen Erfahrungen im Schulsystem des Herkunftslandes (Wird mein Kind hier auch geschlagen?) |
| Gestiegener Aufwand in der alltäglichen pädagogischen Praxis (Kommunikation mit Sorgeberechtigten erfordert wesentlich mehr zeitliche Ressourcen) |
| Mangelnde Systemkenntnis der Sorgeberechtigten (kein Bewusstsein über die Komplexität des deutschen Bildungssystems) |
| Zum Teil keine Schriftsprachlichkeit bei Sorgeberechtigten vorhanden (Alphabetisierung) |
| Fachliche Notwendigkeit externer Dolmetscher in kritischen Gesprächen mit Sorgeberechtigten aufgrund der nötigen Neutralität und gesicherter Qualität der Übersetzung |

Anmerkung 58. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Störungskategorie. Aspekte in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

Tabelle 59.

Lösungsansätze aus der Praxis

| | <i>I</i> | <i>II</i> | <i>III</i> | <i>IV</i> | <i>V</i> | <i>VI</i> |
|--|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|
| Dolmetscherleistungen von Mitarbeiter*innen aus Schule und HPT neben ihrer Linienfunktion | X | X | X | X | X | X |
| Dolmetscher*innen, die die Familien selbst organisieren (Freunde, Nachbarschaft, aus der Familie etc.) | X | | X | X | | X |
| Technische Hilfsmittel (Übersetzungsapps, Übersetzungshilfe für Elternbriefe im Schulverwaltungsprogramm etc.) | X | | | X | | X |
| Hohe Heterogenitätstoleranz und Akzeptanz verschiedener konfessioneller und kultureller Wertsysteme sowie religiöser Praktiken (Bsp.: Gebetsteppich, Berücksichtigung religiöser Esskulturen im Speiseplan etc.) | | X | X | X | | |
| Würdigen und Nutzen der Ressourcen einer ebenfalls internationalisierten Mitarbeiter-schaft / Kultur der Vielfalt als Bereicherung | | | X | | X | X |
| Mitarbeiter*innen mit Migrationsbiographie aus Schule und HPT als Kulturmittler | | X | | | X | |
| (Ältere/jüngere) Geschwister der SuS übersetzen | X | | X | | | |
| InMigraKids (Unterstützung von Migrantenfamilien durch Beratungsstelle der Stadt Regensburg) | X | X | | | | |

Lösungsansätze aus der Praxis – Einzelnennungen

Intensive und umfassende Anamnesegespräche um Vorerfahrungen und ggf. relevante Erfahrungen im Kontext Flucht zu eruieren (Traumatisierungen)

Klares Bekenntnis zu westlichen Werten und der Gleichstellung von Mann und Frau

Im Einzelfall Einbezug von ehrenamtlichen Helferkreisen der Heimatgemeinden von Sorgeberechtigten

Beantragung von Dolmetscherleistungen über den Landkreis (ROT), jedoch verbunden mit Antragsaufwand, längeren Wartezeiten und langfristiger Terminierung von Elterngesprächen (keine Spontanhilfe im Krisen- oder Notfall)

Nutzung von Standardelternbriefen des Kultusministeriums, die in verschiedene Sprachen übersetzt vorliegen

Anmerkung 59. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Störungskategorie. Aspekte in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

8.3.7.9 Interkulturelle Elternarbeit

An keiner der Stichprobenschulen wird *interkulturelle Elternarbeit* explizit methodisch verfolgt. Die Einbindung von Eltern mit Migrationsbiographie in schulische Veranstaltungen oder im Unterricht als Kulturmittler (z. B. Vorstellen konfessionsspezifischer Tradition im Ethikunterricht) erfolgt den Ausführungen zu Folge in seltenen Einzelfällen und wird dann auch nur von einzelnen Lehrkräften im Rahmen ihres Unterrichts initiiert. Zusammengefasst nehmen sich alle Stichprobenschulen als heterogenitätstolerante Systeme mit hohem immanenten Inklusions- und Integrationspotential wahr, so dass Eltern mit Migrationsbiographie von den bestehenden Strukturen und niedrigschwelligen Angeboten (z. B. Eltern Café, Elternfrühstück, Schulfesten, Elternbeiratsnetzwerk etc.) profitieren würden.

Hinsichtlich der Beratung und Begleitung von Familien verweisen die Aussagen auf das, in der Heil- und Sonderpädagogik, traditionell hohe Maß an individualisierter Methodik und das Prinzip der Ganzheitlichkeit, welche grundsätzlich eine Kultur der Vielfalt unterstützen.

8.3.7.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Ähnlich der *interkulturellen Elternarbeit* wird an keiner der Stichprobenschulen *interkulturelle Pädagogik* explizit diskutiert oder methodisch umgesetzt. Die beschriebenen Aspekte interkultureller Pädagogik beziehen sich auf einzelne Thematisierungen kultureller Diversität im Sachkundeunterricht oder in Ethik. Weit verbreitet angewandte Methoden unterstützter Kommunikation würden Kinder und Jugendliche mit Migrationsbiographie und mangelnden oder fehlenden Deutschkenntnissen eine schnelle kommunikative Teilhabe am Klassenverband und im Unterricht ermöglichen. Häufig wird im Kontext interkultureller Pädagogik auf DaZ, für das im Bereich gE keine Stundenkontingente vorgesehen sind, da Sprachförderung originärer Bestandteil der Sonderpädagogik im Förderschwerpunkt gE ist. Keine der Schulen verfolgt gezielt und systematisch interkulturelle Konzeptionen für Unterricht und HPT-Alltag.

8.3.7.11 Integratives Potential der Heil- und Sonderpädagogik

Das integrative Potential des heil- und sonderpädagogischen Settings an den untersuchten Stichprobenschulen kann in stichpunktartiger Paraphrasierung der Kernargumente zusammenfassend dargestellt werden, da sie an allen Stichproben zwar unterschiedlich pointiert, aber im Konsens ähnlich diskutiert werden:

- Heil- und sonderpädagogisches Setting bietet per se einen Raum der Heterogenitätstoleranz, Vielfalt und Akzeptanz, so dass das Attribut ausländisch keinen Exklusionsfaktor darstelle.
- Flächendeckend implementiertes System nonverbaler und unterstützter Kommunikation als disziplinimmanente Integrationsressource, da Sprache im Kontext Behinderung nicht als zwingende Kommunikationsvoraussetzung verstanden wird.
- Effektive Kommunikation trotz Sprachfreiheit (auch aufgrund fehlender Sprachkenntnisse) befördert niedrigschwellig die schnelle soziale Integration im Klassen-/Gruppenverband.
- Verschiedenen methodischen Ansätze unterstützter Kommunikation seien ebenfalls dem schnellen Erlernen der deutschen Sprache zuträglich.
- Strukturelle Bedingungen (kleine Klassen, Betreuungsschlüssel) bergen im Vergleich zu anderen Schularten hohes integratives Potential.

8.3.7.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven

Tabelle 60.

Aussagen zu Differenzierungen von Migrantengruppen und Migrationsmotiven

| Schule | Komprimierte tabellarische Zusammenfassung diskutierter Aspekte |
|--------|--|
| I | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilität für mögliche Traumatisierungen und adäquater traumapädagogischer Intervention bei Fällen von Fluchtmigration (ab Aufnahmeverfahren und während des Beschulungsprozesses) • Bewusstsein über die multifaktorielle Belastung (emotional, sozial, sozioökonomisch), die Fluchtmigration bewirken kann, als Grundlage für individualisierte und ganzheitliche Beratung und Kooperation • Gründet die Migrationsentscheidung auf ein Versorgungsmotiv für ein Kind mit Behinderung, seien Eltern „sehr engagiert“ (Anhang C, Pos. 239) in der Kooperation und Inanspruchnahme mit der Schule und weiteren Unterstützungssystemen |
| II | <ul style="list-style-type: none"> • Auswirkungen der Integrationspolitik im Vergleich zwischen Fluchtmigrierten aus dem Nahen Osten und der Ukraine. Unsicherer Aufenthaltsstatus und der Verlust sozioökonomischer Ressourcen sowie die langandauernde Unterbringung in Ankerzentren wirkten sich in der Summe negativ auf die Kommunikation und Kooperation mit Sorgeberechtigten aus |
| III | <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Anzahl südosteuropäischer Kinder und Jugendlicher an Schule II womöglich bedingt durch die hohe Arbeitsmigration in die Gäubodenregion (traditionell hohe Anzahl an Erntehelfern aus südosteuropäischen Ländern) • Arbeitsmigration in Einzelfällen in offen kommunizierter Kombination mit Versorgungsmotiv für Kind mit Behinderung |
| IV | <ul style="list-style-type: none"> • Hohe Sensibilität gegenüber Kindern mit Fluchterfahrungen aus Kriegsgebieten, die sich vor allem in der Planung und Ausgestaltung des individualisierten Settings als auch der pädagogischen Arbeit abzeichnen |
| V | <ul style="list-style-type: none"> • Offen kommunizierte Versorgungsmotive gründen häufig auf eklatanten Unterschieden hinsichtlich der Hilfesysteme für Kinder mit Behinderungen im Herkunfts- und Ankunftsland |
| VI | <ul style="list-style-type: none"> • Teils offen kommunizierte Versorgungsmotive von Familien aus dem europäischen Schengenraum aufgrund verbesserter Versorgung und langfristiger Perspektive (z. B. Werkstatt für Menschen mit Behinderung) • Migrationsbewegung 2014/15 aus dem Nahen Osten zeichnet sich an Schule VI nicht erheblich in der Zusammensetzung der Schülerschaft ab |

Anmerkung 60. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen.

8.3.7.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Tabelle 61.

Aussagen zu kultursensiblen Testverfahren

| Schule | Komprimierte tabellarische Zusammenfassung diskutierter Aspekte |
|--------|---|
| I | <ul style="list-style-type: none"> • Teilweise widerlegten sich erste psychometrische Einschätzungen während der Beschulung am FZgE und betroffene Kinder würden in passende FS oder ins Regelsystem zurückgeführt • Einschätzung eines Kindes durch eine Testperson aus der Sonderpädagogik manchmal abweichend von der Einschätzung einer Lehrkraft aus der allgemeinen Pädagogik aufgrund entsprechend kultursensibler Testdurchführung • i. d. R. SON in Kombination mit Elternfragebogen als kultursensibles Diagnostikum |
| II | <ul style="list-style-type: none"> • diagnostische Berücksichtigung fehlender oder mangelnder deutscher Sprachkenntnis • jährliche Prozessdiagnostik zur Überprüfung der Adäquanz des FS und ggf. Anpassung (hohe hausinterne Durchlässigkeit aufgrund der drei Lehrpläne im FZgE) • mögliche psychometrische Fehleinschätzung bei ausländischen Kindern und Jugendlichen im Grenzbereich zwischen FS L und FS gE • i. d. R. SON und WIN-V als diagnostische Instrumente im Kontext Migration |
| III | <ul style="list-style-type: none"> • vermeintliche Fehlzusweisung von Kindern und Jugendlichen an das FZgE seien aufgrund systemischer Einflussfaktoren vorstellbar • K-ABC und SON passend für Kinder und Jugendliche aus dem kontinentaleuropäischen Ausland jedoch nicht aussagekräftig für Kinder und Jugendliche aus dem Nahen Osten • Bisher wenig bis keine fachliche Diskussion oder Auseinandersetzung im Kollegium |
| IV | <ul style="list-style-type: none"> • Keine konkreten Diskussionsbeiträge zum Thema |
| V | <ul style="list-style-type: none"> • Gefahr der Fehleinschätzung aufgrund wenig kultursensibler Testverfahren vor allem durch multiperspektivische und interdisziplinäre Diagnostik korrigiert • Interdisziplinäre Diskussion der Beschulungsempfehlung minimiert Risiko von Fehlzusweisungen • Diskussion über Kultursensibilität psychometrischer Verfahren wird im Kollegium bisher „nur ganz am Rande“ (Anhang G, Pos. 166) geführt • SON sei zwar sprach- aber nicht kulturfrei |
| VI | <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstsein über Mangel an kultursensiblen Verfahren • Wäre die erste Einschätzung im Laufe der Bildungsbiographie in Frage zu stellen, würde Schule VI „reagieren“ • i. d. R. SON |

Anmerkung 61. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen.

8.3.7.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Tabelle 62.

Tabellarische Zusammenfassung weiterführender Aspekte – Rahmenkategorie II

| Schule | Weiterführende Aspekte zu Rahmenkategorie II - komprimiert |
|---------------|---|
| I | Mangel an zeitlichen und personellen Ressourcen sowie die wachsende Quantität als auch Vielfalt der Anforderungen an das komplexe System FZgE (Anhang C, Pos. 265; 301) erschweren die intensive Auseinandersetzung mit zeitgenössischen Entwicklungen (hier Professionalisierung interkultureller Ansätze in Beratung und Unterricht) |
| II | Mangel an DaZ-Stunden im Bereich gE erwähnenswert, da die Kombination einer integrativen, kommunikationsfördernden Kultur, wie sie an Schule II vorläge die Integrationsprozesse möglicherweise noch beschleunigen könnte. |
| III | Beschulung von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund am FZgE ohne die Indikation Intelligenzmin-derung. Zwiespalt zwischen der Passgenauigkeit des Settings FZgE für Kinder und Jugendliche mit fehlender und mangelhafter schulischer Vorbildung vor allem aus Südosteuropa und dem Nahen Osten und der Durchlässigkeit des Systems auf dem Weg zurück in das Regelschulsystem oder den ersten Arbeitsmarkt (Anhang E, Pos. 134). |
| IV | Besondere Situation von Schule IV, in einem peripheren infrastrukturellen Einzugsgebiet bewertet zu werden, da deutlich wird, das externe Unterstützungssysteme eher städtisch orientiert oder verankert sind und notwendige Leistungen in strukturschwachen peripheren Region, sowohl seitens des Systems FZgE als auch seitens der Eltern deutlich schwieriger in Anspruch genommen werden können. |
| V | Die Diskussion über Internationalisierung wurde an manchen Stellen mit hoher Vorsicht geführt, als stehe sie unter dem Generalverdacht stereotype und xenophobe Tendenzen zu bergen – ein Aspekt der sich sprachlich in vielen Relativierungen, Rückversicherungen und betont vorsichtigen Formulierungen abzeichnet. Gerade die wissen-schaftliche Form der Auseinandersetzung war darauf bedacht, sachlich und ohne jede Askriptionstendenz Er-kenntnisse über schulische und pädagogische Realitäten zu generieren, stößt aber gerade am Beispiel von Schule V in der Diskussion auf Tabuisierung und eine gewisse Unsicherheit, weshalb für zukünftige oder differenzierte Untersuchungen zur Internationalisierung und speziell den regionalen Wirkgrößen eine vorurteilsfreie Form zu finden ist. |
| VI | Sinnhaftigkeit und Möglichkeit der Anerkennung ausländischer Diagnosestellungen hinsichtlich der Beschulungs-form, wenn Kinder und Jugendliche aus einem zumindest in irgendeiner Form ähnlich strukturierten Schulsystem nach Deutschland kommen. |

Anmerkung 62. Römische Ziffern: Nummern der Stichprobenschulen. X: Nennung der Störungskategorie. Aspekte in der Tabelle wurden zusammenfassend paraphrasiert – sie entsprechen den Nennungen in den einzelnen Gruppendiskussionen inhaltlich, nicht im Wortlaut.

9. Diskussion – qualitative Studie

9.1 Schülerzahlentwicklung

Steigende Schülerzahlen an FZgEs, wie sie als bayernweites Phänomen statistisch belegt sind (siehe Tabelle 4), drängen vor dem Hintergrund der zahlenmäßig regressiven Entwicklung der Gruppe der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen im betrachteten Zeitraum die Frage nach möglichen Erklärungsansätzen auf. Die inklusionsbezogene Deutung der tendenziell abnehmenden Anzahl von Förderschüler*innen (alle Förderschwerpunkte – siehe Tabelle 3) lässt sich auf den Bereich der FZgEs nicht übertragen, weder ist statistisch ein Rückgang der Schülerzahlen an bayerischen FZgEs zu verzeichnen noch bestätigen die Diskussionsteilnehmer spürbare Effekte der regionalen Inklusionsbemühungen auf die Schülerzahlen an den Stichprobenschulen.

Bereits im Kontext der Schülerzahlentwicklung werden in den Gruppendiskussionen Flucht und Migration als Argumente für steigende Schülerzahlen an allen FZgEs herangezogen, was zusätzlich die explizite Berücksichtigung des Indikators *Nationalität* in der vorliegenden Arbeit legitimiert, da, wirkt er sich in der Wahrnehmung der Diskussionsteilnehmer so deutlich auf den Anstieg der Schülerzahlen aus, zumindest ein Hinweis generiert werden konnte, dass Zusammenhänge zwischen Flucht, Migration und der Diagnose eines sonderpädagogischen Förderbedarfs nicht nur im bereits intensiver beleuchteten Förderschwerpunkt Lernen, sondern auch im Förderschwerpunkt gE bestehen, die unter 9.8–9.13 detaillierter diskutiert werden.

In der Wahrnehmung fast aller Diskussionsteilnehmer*innen hat die allgemein positive Bevölkerungsentwicklung in der untersuchten Region, wie sie das BBSR angibt, direkten Einfluss auf die positive Entwicklung der Schülerzahlen, was sich aber statistisch durch die Abnahme des schulpflichtigen Bevölkerungsanteils in allen Landkreisen widerlegen lässt. Lediglich in den städtischen Regionen, vor allem in Regensburg, könnte dieses Argument rechnerisch stimmig sein, da aber die städtischen Schulen ebenfalls einen großen Teil an Schüler und Schülerinnen aus den umgebenden Landkreisen versorgen, überzeugt es auch hier nicht vollumfänglich. Vielmehr deuten die statistischen Entwicklungen auf eine real gewachsene Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Förderbedarf im Bereich gE in der untersuchten Region hin.

Entgegen der Annahme, die Möglichkeiten inklusiver Beschulung von Kindern mit Behinderungen auf der Grundlage des elterlichen Wahlrechts, würden sich negativ auf die Anzahl der Schüler und Schülerinnen an FZgEs auswirken, verweisen die Diskussionsbeiträge auf stagnierte bis rückläufige inklusive Entwicklungen, in erster Linie der Einzelinklusion im Regelschulsetting. Besonders die mehrfach beschriebene Veränderung elterlicher Haltungen bezüglich der Schulwahl gibt Hinweis auf bestehende und andauernde Schwierigkeiten in der Umsetzung der Inklusion von Kindern mit Förderbedarf gE an (ostbayerischen) Regelschulen. Innerhalb der Diskussionen wurden wiederholt negative Erfahrungen von Eltern, deren Kinder mit Intelligenzminderung inklusiv an Regelschulen beschult waren, sowie ein in Konsequenz wachsendes Bewusstsein für die Qualität und das umfassende Leistungsspektrum der FZgEs mit den verzahnten Suborganisationen Schule, HPT und medizinisch-therapeutischen Diensten als ausschlaggebend für den dezidierten Wunsch der Eltern nach einer Beschulung am FZgE angeführt. Einen weiteren deutlichen Hinweis auf unzulänglich ausgeprägte inklusive Strukturen und Kompetenzen sowie nötige Ressourcen an Regelschulen, stellt die durchgängige Erwähnung der *Quereinsteiger* oder

– provokant formuliert – *Inklusionsrückkehrer* im späteren Verlauf der Bildungsbiographie dar. Regionalspezifisch verweisen die qualitativen Beiträge durchweg auf lediglich geringe inklusive Angebote an Regelschulen für Kinder im Förderschwerpunkt gE, wozu vermeintlich auch die gut ausgebauten Partnerklassen der FZgEs an Regelschulen (deren Schüler*innen statistisch als *nicht inkludiert* gelten, weil sie weiterhin Schüler*innen der FZgEs sind) beitragen, da sie den Eltern eine echte Alternative zur Regelschulinklusion anbieten und vermeintlich auch die Nachfrage an Regelschulen mindern. Zusammenfassend vermitteln die Aussagen der Befragten den Eindruck, eine gewisse anfängliche Inklusions-euphorie hätte nicht zu funktionalen Modellen an Regelschulen in Ostbayern geführt, sondern die Erfahrungen der Eltern mit Inklusion an Regelschulen zu einer verstärkt positiven Haltung gegenüber den vermeintlich exklusiven Förderzentren – eine Tendenz, die zwar an mancher Stelle zwischen inklusionsprogressiveren Haltungen im städtischen Raum und eher konservativen im ländlichen Raum differenziert und dennoch übereinstimmend beschrieben wird. Die Aussagen der Diskussionsteilnehmer*innen zeigen sich somit kongruent mit den statistischen Entwicklungen und unterfüttern diese mit Erklärungsansätzen aus der konkreten schulischen Praxis.

Auf der Grundlage der quantitativen wie qualitativen Forschungsergebnisse ist von einem wenig inklusiv ausgerichteten Regelschulwesen (für Schülerinnen und Schüler mit Förderbedarf gE) in Ostbayern auszugehen. Weiter scheinen die FZgEs von Eltern in ihrer spezifischen Kompetenz im Umgang mit und der Beschulung von Kindern mit Intelligenzminderung positiv wahrgenommen zu werden, was vor allem im Kontext der scharfen Kritik an den *exklusiven* und *segregierenden* Organisationen der Förderzentren verwundert. Regional zeigen sich Entwicklungen, die schwer in Einklang mit der dezidierten Haltung des Deutschen Instituts für Menschenrechte zu bringen sind, die „Aufrechterhaltung separierender Strukturen [sei] nicht UN-BRK konform“ (Deutsches Institut für Menschenrechte 2017, S. 3) und Hollenbach-Biehles (2020) Auffassung einer „Entfernung“ von inklusiven Zielen (siehe 1.1) bestätigen. Die Diskussionsteilnehmer*innen beschreiben Erfahrungen von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern in unzulänglich inklusiven Regelschulsettings, die eine bewusste Wahl scheinbar separierender Strukturen mitbedingen. Ein Sachverhalt, der sich am ehesten in der paradoxen Koexistenz von Exklusion und Inklusion diskutieren lässt. Paradox dahingehend, dass gerade die Heil- und Sonderpädagogik, die „sich in paternalistischer Weise mit Menschen mit Behinderung befasst“ (Rensinghoff 2015, S. 286) auch diejenige ist, die in der Praxis die Grundlage für Inklusion legt. Solange also die inklusiven Strukturen in Regelschulen die Teilhabemöglichkeiten, die Bildungserfolge und somit auch die Lebensqualität von Kindern mit Intelligenzminderung nicht ausreichend positiv beeinflussen können, ziehen Eltern und Sorgeberechtigte zur bestmöglichen gesellschaftlichen Inklusion ihrer Kinder scheinbar die Möglichkeit der *bewussten Exklusion* im Sinne einer hochspezifizierten und somit *exklusiven* pädagogischen Versorgung der *inklusive deklarierten* Form vor. Selbstverständlich liegt im Falle der Sampleauswahl (Mitarbeiter*innen an FZgEs) die berechtigte Kritik einer tendenziösen und *pro exklusiven* Haltung der Diskussionsteilnehmer*innen nahe, ebenfalls sind die Erfahrungsberichte der Eltern und eine veränderte Haltung gegenüber der Inklusion subjektive Bewertungen, aber als solche faktisch und müssen in der Diskussion um die Grenzen der Inklusion als Beschreibungen der Wirklichkeit einbezogen werden. Da die Entwicklungen der Schülerzahlen an Förderschulen als statistischer Beleg für inklusive (Miss-)Erfolge nicht aussagekräftig sind, bedarf es zur differenzierten Diskussion und Bewertung additiv vielfältige qualitative Beiträge. Weiterführende Forschungszugänge könnten beispielsweise Fallstudien mit Kindern

und Jugendlichen sein, die hier als *Quereinsteiger* bezeichnet werden, um Datensätze zu generieren, die Aufschluss über die tatsächlichen Hemmnisse gelingender Inklusion bieten, da hierin auf der Basis realer Erfahrungswerte von betroffenen Kindern, Jugendlichen, Eltern und Lehrern sowohl die als exklusiv als auch die als inklusiv bezeichneten Settings im direkten Kontrast und ihrer Beziehung zueinander analysiert werden können.

9.2 Entwicklung kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen

Der Indikator *kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen* muss zuvorderst in seiner Aussage für etwaige qualitative Veränderungen der Schülerschaft kritisch diskutiert werden. Sowohl die Expertenmeinung als auch die Aussagen aus den Gruppendiskussionen zeichnen komplexe Zusammenhänge, die nur in der Summe und Verschränkung Erklärungsansätze für den massiven Anstieg der Diagnosezahlen anbieten. Neben dem statistischen Fakt, der Anstieg der Anzahl kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen sei ein gesamtgesellschaftliches Phänomen, lassen die theoretischen Vorannahmen einer wesentlich erhöhten Vulnerabilität für psychiatrische Störungen bei Intelligenzminderung gegenüber der Mehrheitsgesellschaft wesentlich erhöhte Fallzahlen in der Stichprobe erwarten. Als interdependente Erklärungsansätze für den enormen dekadischen Anstieg lassen sich zusammenfassend (1.) der allgemeinen Anstieg von Belastungsfaktoren in einer leistungsorientierten und dynamisch beschleunigten Gesellschaft, die von abstrakten psychosozialen Belastungen bis hin zu konkreten Vektoren wie schädlichem Medienkonsum reichen, (2.) die einhellig formulierte Annahme abnehmender Hemmnisse zur Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfen (Enttabuisierung) und (3.) die steigende Sensibilität gegenüber psychiatrisch relevanter Symptomatik, bei Eltern, Lehrkräften und pädagogischem Personal festhalten. Konsens zwischen Expertenmeinung und Gruppendiskussionsteilnehmer*innen besteht (4.) ebenfalls über den Einflussfaktor differenzierterer und verbesserter Diagnostik, was vor allem am Beispiel ASS nachvollzogen wird.

Zu den beschriebenen *exogenen* Faktoren werden zusätzlich Hinweise auf *endogene* Faktoren, die innerhalb der Systeme *Schule* und *medizinische Versorgung* gründen und wirken, formuliert – Verweise auf höhere Leistungsanforderungen an Schüler und Schülerinnen durch höhere Leistungserwartungen auf Seiten der Sorgeberechtigten oder auch allgemein engere *Normierungen des Akzeptablen*, die sich in der Expertinnenmeinung aber auch in den Retrospektiven erfahrener Diskussionsteilnehmer*innen spiegeln. Aufgrund der komplexen Zusammenhänge und der forschungsmethodischen Schwierigkeit den genannten Faktoren eine quantifizierbare Gewichtung zu geben, bleibt die Aussagekraft des Indikators als belastbarer Hinweis auf eine qualitative Veränderung der Schülerschaft empirisch unzulänglich.

Alleine die abnehmende Hemmnis zur Vorstellung in der Psychiatrie respektive bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater*innen führt schlussfolgernd bereits zu einem Anstieg der Diagnosezahlen, da System- und vor allem Abrechnungszwänge auf Seiten der Ärzte eine Diagnose erforderlich machen. So wirkt sich die Enttabuisierung psychiatrischer Hilfen schon erheblich zahlenmäßig auf die Diagnosen aus, während sich dahinter nicht zwingend eine veränderte Qualität psychiatrisch relevanter Symptomatik verbirgt, sondern durchaus auch Verhaltensäußerungen, die vor oder zu Beginn des Erhebungszeitraums nicht zur Vorstellung gebracht worden sind. Zusätzliche Verzerrungen können durch die erschwerte psychiatrische Diagnostik bei Intelligenzminderung entstehen, so dass im Laufe der

Schulbiographie Betroffener möglicherweise mehrfach Diagnosen von unterschiedlicher Stelle vergeben werden, während selten bis nie eine Korrektur oder Revision bestehender Diagnosen erfolgt und diese in den Akten und Behandlungsplänen durch die ärztlichen Verordnungen von den Krankenkassen *fortgeschrieben* werden. Auch der pragmatische Zweck von Diagnosen als Zugang zu spezifischen Hilfssystemen und Leistungen verringert die Aussagekraft des Indikators, da beispielsweise die Diagnose einer *UES der motorischen Funktionen* Verordnungs- und Abrechnungsgrundlage für Physiotherapie, eine *allgemeine UES* für Ergotherapie und eine *UES der Sprache und des Sprechens* für logopädische Hilfen sein kann und vermeintlich weniger die systematische Beschreibung einer Bedingungskonstitution im Vordergrund steht. Je detaillierter man auf das System blickt, umso mehr verliert der – nur vordergründig valide, weil nosologisch und operationalisiert diagnostiziert vermutete – Indikator seinen angenommenen Wert als Kennzahl für eine qualitative Veränderung der Schülerschaft. Vielmehr spiegeln sich in den generierten Datensätzen sowie den Diskussionen normative Veränderungen und zum Teil auch systemische Artefakte, die kritisch zu betrachten sind.

Die qualitativen Flankierungen der quantitativen Ergebnisse zeigen trotz kritischer Bewertung des Indikators nennenswerte Tendenzen. So zeichnet sich in den Schilderungen der Diskussionsteilnehmer*innen sowie in den Ausführungen der Expertin eine fokussierte und rasante Professionalisierung der Diagnostik und methodische Entwicklung der Pädagogik bei ASS ab. Der Anstieg der Fallzahlen kann auf dieser Grundlage auch an die Annahme Theunissens, es bestehe innerhalb der Gruppe von Kindern mit geistiger Behinderung eine sehr hohe Dunkelziffer (Theunissen und Sagrauske 2019, S. 124) an ASS-Fällen, die bisher nicht oder falsch diagnostiziert wurden, angeknüpft werden.

Die häufige Thematisierung psychosozialer Belastung durch Flucht und Migration stellt einen weiteren Bezugspunkt der Rahmenkategorien der qualitativen Studie heraus. Neben gesamtgesellschaftlichen Belastungen wird im Zusammenhang des Anstiegs kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen mehrfach Flucht- und Migrationserfahrung als Vulnerabilitätsfaktor für die Ausbildung psychiatrischer Symptomatik benannt, so dass die beiden Rahmenkategorien inhaltlich zu überlappen scheinen und die Belastung durch Flucht und Migration in der Wahrnehmung der Befragten nicht lediglich eine Randerscheinung ist, sondern ein relativ alltäglicher Bestandteil der pädagogischen Arbeit zu sein scheint.

Der Wert kinder- und jugendpsychiatrischer Diagnosen in der pädagogischen Praxis wird von den Diskussionsteilnehmer*innen tendenziell hoch eingeschätzt – einerseits bieten Diagnosen Orientierung in der Interventionsplanung und der Unterrichts- und Alltagsgestaltung, andererseits führen sie in ihrer negativen Konsequenz zu Zuschreibungen oder einer Haltung des Unveränderbaren, wenn sie als konstituierende und statische Merkmale eines Individuums verstanden werden. Die Erkenntnis ökonomischer respektive systemischer Anreize, aber auch die systemischen Zwänge, Diagnosen zu erstellen, lassen die handlungsleitende Aussagekraft für die pädagogische Praxis dagegen etwas fragwürdiger zurück. Psychiatrische Diagnosen können auf Seite der Pädagogik nicht unkritisch für die Ausgestaltung und Zielsetzung der Arbeit verwandt werden, wenn sie auf der Grundlage konfligierender oder zumindest nicht zwingend zusammenhängender Intentionen gestellt wurden. Provokant formuliert impliziert der Abrechnungszweck noch keine pädagogische Ableitung. Diagnostischen Artefakten könnte am ehesten durch interdisziplinäre, kooperative Diagnostik und den multiperspektivischen Austausch über die Zusammenhänge zwischen Diagnose und pädagogischer Praxis begegnet werden. Somit sind aus der komplex bedingten Datenlage neben einem fachlichen und kritischen Umgang mit diagnostischen

Feststellungen in erster Linie die Systematisierung der kooperativen Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Störungsbilder abzuleiten, um treffliche und handlungsleitende Diagnosen in der Verantwortung für die Betroffenen zu eruieren, um in enger Verzahnung mit der multiprofessionellen pädagogischen Praxis methodische Konsequenzen in Einklang mit den Anforderungen der spezifischen Störungen herauszuarbeiten.

9.3 Aussagen zu spezifischen Störungsbildern

Obwohl durch die Subgruppierungen der diagnostischen Indikatoren bereits im Vorfeld der qualitativen Forschungsschritte eine Komprimierung und Vereinfachung der Störungskategorien vollzogen wurde, dominieren scheinbar nur einzelne psychiatrische Störungsbilder die Diskussion in der pädagogischen Praxis. ASS stellt sich als die einzige psychiatrische Störung heraus, die an allen Schulen in der Diskussion ausführlich und häufig auch exemplarisch für psychiatrische Störungen thematisiert wird. Gerade im betrachteten Zeitraum entwickelte sich die ASS-Diagnostik, was ursächlich für den Anstieg der (absoluten) Fallzahlen gesehen werden kann. Parallel erlebt auch die Pädagogik bei ASS eine enorme Entwicklung vor allem auf der Ebene konkreter methodischer Ansätze. Dieses Phänomen zeigt sich ebenfalls in der vorwiegenden Thematisierung von ASS, einem Störungsbild, das im Mainstream der pädagogischen Praxis und der methodischen Diskussion der Schulen angekommen zu sein scheint. Aus der enormen methodischen Professionalisierung der Kollegien in der Pädagogik bei ASS resultieren arbeitsintensive und aufwändige alltägliche Handlungen, die sich sowohl in der Didaktik aber auch in der Gestaltung des Umfelds und der sozialen Formen des Unterrichts und der Nachmittagsangebote niederlegen. Im Gegensatz zu den allgemeinen Entwicklungen der psychiatrischen Diagnosen lassen sich aus der hohen Fallzahl von ASS-Kindern und Jugendlichen konkret erhöhte pädagogische Anforderungen für Lehrkräfte und weiteres pädagogisches Personal ableiten, da die methodischen Herangehensweisen detailreich und zeitintensiv umzusetzen sind.

Weitere Störungskategorien werden nur randständig thematisiert, wobei den Kollegien hinsichtlich der Sensibilität für psychiatrisch relevantes Verhalten seitens der Schul- und Tagesstättenleitungen hohe Kompetenz zugeschrieben wird. Störungen der Kategorie F9, die per definitionem deutliche Hinweise auf herausfordernde Verhaltensäußerungen geben können und somit belastbarere Hinweise auf eine dahingehende Veränderung der Schülerklientel böten, werden an keiner der Stichprobenschulen explizit in der Diskussion aufgegriffen – sie scheinen bisher nicht im Fokus der pädagogischen Diskussion über psychiatrisch relevante Symptomatik zu stehen. Ihre Thematisierung erfolgt eher indirekt, da die enorme Unterrepräsentanz sonstiger und vor allem *internalisierter* Störungen in der Erhebung mehrfach mit dem pädagogischen Mehraufwand für *externalisierte* Verhaltensweisen begründet wird. Selbst ADHS, als ein Störungsbild, das über Jahre intensiv auch aus pädagogischer Perspektive behandelt wurde, findet in der Diskussion wenig explizite Berücksichtigung. Die marginale Thematisierung der beiden Kategorien F9 und F90 als (größtenteils) deutlich externalisierte Störungen, steht im Widerspruch zu der subjektiven Empfindung einer immer schwieriger werdenden Schülerklientel, was möglicherweise in der unscharfen Diagnostik bei Intelligenzminderung aber auch wenig vertieften Kenntnissen über das weite Feld der Störungen des Verhaltens und der Emotionen begründet ist. Wenn Diagnosen ihren Zweck als handlungsleitende medizinische Orientierungen für pädagogische Interventions-

planung erfüllen sollen, bedarf es vertiefter Kenntnisse und einer intensiveren Verschränkung der pädagogischen Arbeit mit der psychiatrischen Behandlung im Sinne kooperativer Interventionsplanungen, Fallbesprechungen sowie dem gegenseitigen voneinander Lernen in systematisiertem fachlichen Austausch, was laut der Expertinnenmeinung bisher nur in wenigen Fachtagungen umgesetzt wird. Der kontinuierliche interdisziplinäre Austausch böte ein Einfallstor für konkrete, fallbezogene Kooperation mit hohen Synergieeffekten und Erkenntnisgewinn für Vertreter aller involvierter Disziplinen.

9.4 Bewertung der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungslage

Die psychiatrische Versorgungslage für Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung in Ostbayern wird seitens der Expertin bereits als „mindestens mangelhaft“ bezeichnet, während die Diskussionssteilnehmer*innen, vermutlich auch aufgrund ihrer direkten und teils affektiven Betroffenheit in der pädagogischen Praxis, weit drastischere Formulierung wählen. Eine Bewertung, die sich auf der Ebene der Gruppendiskussionen in plastischen Beispielen darstellt und dahingehend drängenden Handlungsbedarf pointiert, wenn man die menschenrechtliche Verpflichtung nach UN-BRK Art. 25 auf „das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen Januar 2017, S. 22) als Handlungsverpflichtung aller Systemebenen annimmt.

Vor allem die *stationäre* Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung ist in Ostbayern nicht gesichert, vielmehr zeichnen die Schilderungen in den Gruppendiskussionen ein Bild der *Diskriminierung aufgrund von Behinderung*. Diese Diskriminierung zeigt sich strukturell in der mangelnden Verfügbarkeit stationärer Angebote und in der mehrfach beschriebenen Haltung der Bezirkskliniken gegenüber der Klientel, Kinder und Jugendliche mit Intelligenzminderung können entweder nicht im Stationssetting aufgenommen werden und/oder würden nach kürzester Zeit wieder entlassen. Eine Einschätzung, die sich auch durch die Expertinnenmeinung bestätigt. Tendenziell scheinen hier psychiatrisch relevante Auffälligkeiten pädagogisiert und in einem fast historisch gewachsenen (Selbst-)Verständnis der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Verantwortung in vielen Fällen an die Pädagogik abgegeben zu werden. Entscheidungen, die in ihrer Konsequenz zu einer enormen Erhöhung der Anforderungen in der pädagogischen Praxis der FZgEs führen und massive Auswirkungen auf betroffene Kinder und Jugendliche haben, die bis hin zur vorübergehenden Verwehrung und indirekten Infragestellung des Schulrechts reichen. In der Diskussion wird im Kontext stationärer Angebote mehrmals auf die Spezialkliniken in Schwaben und Unterfranken verwiesen, die in Einzelfällen als letzte Option für eine stationäre Unterbringung verbleiben. Kliniken, die weit entfernt von den Wohnorten der betroffenen Schüler und Schülerinnen in Ostbayern liegen, was für die Familien zusätzliche organisationale oder auch emotionale Belastungen mit sich bringt. Die Problemlage ist ebenfalls komplex, da die bestehende unterrespektive Nichtversorgung von Menschen mit Intelligenzminderung zwar in der Fachwelt anerkannt zu sein scheint (siehe 6.1.4), das Feld allerdings eine fachliche Nische darstellt, die, folgt man der Einschätzung der Expertin, seitens der Ärzteschaft personell sehr schwer zu füllen ist.

Deutlich wird das Gefühl der pädagogisch Verantwortlichen mit den alltäglichen Herausforderungen und vor allem im Notfall weitgehend allein gelassen zu sein, worauf in der Praxis kompensierend mit zunehmender Professionalisierung des pädagogischen Personals reagiert wird. Die Entwicklung spezifischer pädagogischer Kompetenzen im Umgang mit psychiatrischen Störungen und Verhaltenseskalation

scheint unerlässlich und wird aktiv gefördert, was jedoch auch eine offensichtliche Mehrbelastung der pädagogischen Systeme mitbedingt, da sowohl zeitliche als personelle Ressourcen benötigt werden, die an anderer Stelle fehlen.

Die ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung wird zwar deutlich besser aber dennoch unzureichend beschrieben. Ambulante Angebote werden nur zum Teil von kinder- und jugendpsychiatrischen Fachärzten geleistet, neben diesen spielen vor allem die SPZs als behinderungsspezifizierte Institutionen der Kinder und Jugendmedizin mit ebenfalls hoher psychiatrischer Kompetenz eine tragende Rolle in der Versorgung. Beide Versorgungsangebote kennzeichnen extrem lange Wartezeiten bis zur Erstvorstellung sowie infrastrukturell bedingte Zugangshemmnisse, wie beispielsweise die äußerst schwierige Erreichbarkeit durch den öffentlichen Nahverkehr in den untersuchten Flächenbezirken und deren ländlichen Peripherien. Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte übernehmen vor allem in den peripheren Regionen Ostbayerns eine tragende Rolle in der Erstdiagnostik und Behandlung von Kindern mit Behinderung, wobei deren psychiatrische Expertise bei Intelligenzminderung in der Diskussion zum Teil deutlich in Frage gestellt wird. Dies wirkt vor dem Hintergrund der fachärztlichen Spezifizierung sowie der bereits in der kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztausbildung lediglich marginalen Thematisierung des Phänomens psychiatrische Störung bei Intelligenzminderung nachvollziehbar. Die Vielzahl an kinderärztlichen Diagnosen kann weiter ein Einflussfaktor für die hohe Anzahl an F8-Diagnosen sein, da UES in der frühen kindlichen Entwicklung häufig eine naheliegende Beschreibung bieten, Zugang zu therapeutischen Leistungen darstellen und möglicherweise, bedingt durch den Versorgungsmangel an spezifischen kinder- und jugendpsychiatrischen Angeboten in der Biographie der Betroffenen, weitgehend ungeprüft fortgeschrieben werden, obwohl sie bei global verminderten Leistungsprofilen im Laufe der Zeit an handlungsleitender Aussagekraft einbüßen und differentialdiagnostisch bei Intelligenzminderung ausgeschlossen sind, auch wenn die Expertin hier zu einer weiteren Auslegung tendiert (siehe 8.1.3.1).

Hochproblematisch stellt sich vor allem in den peripheren Regionen die Notfallversorgung im Falle von Verhaltens Eskalation oder anderen krisenhaften Situationen heraus, in welchen die Gefahr von Selbst- und/oder Fremdgefährdung besteht, was den Bedarf eines engeren Versorgungsnetzes mit ambulanten Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterstreicht. Da die wohnortnahe Notfallversorgung für einen Großteil der betroffenen Kinder und Jugendlichen in den Flächenbezirken Oberpfalz und Niederbayern mit ihren zentralen KJPn in Regensburg und Landshut trotz der Erweiterungen des Angebots durch Institutsambulanzen nicht gesichert ist, fällt eine hohe Verantwortung in der Krisenversorgung und Erstintervention auf die pädagogischen Systeme oder auch die Sorgeberechtigten zurück.

9.5 Kooperationsmodelle und Kooperationsansätze

Zeichnet sich bei der Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage ein eher düsteres Bild, bietet die Bestandsaufnahme der bestehenden Kooperationsmodelle zwischen den Stichprobenschulen und Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Grundlage für eine optimistischere Einschätzung. An fünf der sechs Schulen bestehen mehr oder weniger systematisierte *Konsiliarmodelle* mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern in unterschiedlicher Intensität und Frequenz. Schule I unterhält als städtische Schule in Regensburg eine enge Zusammenarbeit mit der KJP in Form ambulanter Versorgung, in die fallbezogen die multiprofessionellen Perspektiven der schulischen und

pädagogischen Mitarbeiter*innen im Diagnose- und Behandlungsprozess einbezogen werden. Ein ähnliches aber loserer Konzept findet sich an Schule IV im peripheren Landkreis Cham in Kooperation mit der Weidener Außenstelle der KJP Regensburg. Bestehende Modelle ähneln sich in der Form von ärztlichen Terminen betroffener Kinder in den Räumlichkeiten der Schulen, in die fallbezogen die Kinder und Jugendlichen selbst, Vertreter der involvierten Professionsgruppen sowie die Sorgeberechtigten eingebunden werden.

Initial für die Vorstellung können Elternwünsche aber auch der Rat der Schule an die Sorgeberechtigten sein, ihr Kind fachärztlich untersuchen zu lassen. Ein Ansatz, der zumindest eine Synchronisierung der Interventionsplanung zulässt und im Grunde auch von hoher Interdisziplinarität geprägt zu sein scheint. Die Vorstellungen der Kinder und Jugendlichen finden in äußerst unterschiedlicher Frequenz statt, werden aber seitens der Schulen grundsätzlich positiv bewertet. Die aufgezeigten Kooperationsmodelle scheinen jedoch bei weitem nicht den Bedarf an kinder- und jugendpsychiatrischer Unterstützung zu decken, vielmehr stellen sie sinnvolle Grundlage für die Intensivierung der Kooperation dar, die sich in den Beschreibungen wünschenswerter Modelle spiegelt. Bestehende Kooperationen sind in ihrer Wirksamkeit vor allem durch den Mangel an zeitlichen Ressourcen, den Mangel an spezialisierten Ärzt*innen, einer hohen personellen Fluktuation (v. a. bei Kooperationsmodellen mit Kliniken), der Frequenz der Termine, der Verbindlichkeit sowie der Möglichkeit eines intensiven Austauschs über behinderungsspezifische Aspekte eingeschränkt. Schule VI im peripheren Raum Rottal-Inn verfügt bisher über keinerlei systematisierte Kooperation mit Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Im Experteninterview schildert die Befragte einen weiterhin bestehenden eklatanten Mangel an Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Heil- und Sonderpädagogik auf Verbandsebene. Auf der Ebene der konkreten schulischen Praxis sieht sie zwar ebenfalls die fast flächendeckend bestehenden Kooperationsmodelle der Schulen, bezeichnet hier jedoch die Psychiatrie als „kurzen Randbesucher“ (Anhang A, Pos. 138) im System FZgE. Eine Äußerung, die das Gefühl des Mangels an Kooperation und Unterstützung, welches sich in den Beschreibungen der Wunschmodelle seitens der Schulen widerspiegelt, pointiert. Die Kooperationen bestehen, werden jedoch nicht als kontinuierliche und im Bedarfsfall verfügbare Ressource wahrgenommen – sie beschränken sich weitgehend auf die Momente der Anwesenheit des Arztes oder der Ärztin in den Räumlichkeiten der Schule. Die Wunschformulierungen geben konkrete Hinweise auf systemstrukturelle Entwicklungsmöglichkeiten und den Ausbau sowie die weitere Systematisierung der Kooperation zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und den FZgEs als Kompetenzzentren für Kinder- und Jugendliche mit Intelligenzminderung. Die organisationale Verzahnung mit der HPT bietet die Ressourcen der gruppenübergreifenden Fachdienste, welche mitunter durch Psycholog*innen besetzt sind. Somit ist neben sonderpädagogischen, erzieherischen und heilerzieherischen Kräften eine Profession institutionell eingebettet, die die Schnittstelle zwischen Pädagogik und Medizin an den FZgEs bildet. Dies stellt gegenüber dem Regelschulwesen, welches nur in geringem Stundenumfang über schulpsychologische Ressourcen verfügt, einen deutlichen Vorteil dar. Gerade die multiprofessionelle Perspektive der FZgEs kann so als wertvoller und gewinnbringender Beitrag zur Diagnostik und Behandlung kinder- und jugendpsychiatrischer Störungen bewertet werden und muss aufgrund des Nischendaseins der Thematik in der Medizin proaktiv von Seiten der FZgEs implementiert und sukzessive ausgebaut werden.

9.6 Subjektive Bewertung zur Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten

Subjektive Wahrnehmungen einer Veränderung der Schülerklientel an FZgEs hinsichtlich gesteigener pädagogischer Anforderungen, wie sie Kolleg*innen aus der Praxis immer wieder äußern, stellen einen der Ausgangsimpulse der Untersuchung dar. Sowohl die quantitative als auch die qualitative Untersuchung unterstützen die differenzierte Diskussion dieser Wahrnehmungen. Die quantitativen Daten belegen insgesamt deutliche Anstiege der Anzahl psychiatrischer Diagnosen innerhalb der Schülerschaft, welche aufgrund der dargestellten Multikausalität nicht als direkte Hinweise auf eine Veränderung der Schülerschaft bewertet werden können (siehe 9.2).

Obwohl einzelne Wahrnehmungen sehr dezidiert eine sukzessive Häufung von herausfordernden Verhaltensäußerungen, psychiatrisch relevanter Symptomatik und psychiatrischer Störung an den untersuchten FZgEs formulieren, besteht innerhalb der Befragtengruppe eine äußerst differenzierte und selbstreflektierte Sicht auf ebendiese Wahrnehmungen. Mitberücksichtigt werden verzerrende Faktoren wie beispielsweise die Fokussierung von herausforderndem Verhalten in der pädagogischen Diskussion. Wo Sensibilität und Raum für fachlichen Austausch über Phänomene wächst, rücken Themen auch mehr in das Zentrum der subjektiven Wahrnehmung. So kann durchaus die professionelle Auseinandersetzung mit und die konkrete Benennung von Phänomenen (z. B. ASS) die subjektive Wahrnehmung kanalisieren und Erlebnisse, die zuvor, im diffusen Licht der Unkenntnis, unspezifisch in die Alltagserfahrung integriert wurden, in der subjektiven Deutung explizieren, was in Folge zu veränderten Rückschlüssen und Bewertungen führt. Die Anmerkung der Expertin, die veränderten zeitgenössischen gesamtgesellschaftlichen Bedingungen und Belastungen betreffen Kinder und Jugendliche im Förderschwerpunkt gE unvermindert, kann ebenso auf die Mitarbeiterschaft in pädagogischen Institutionen ausgeweitet werden. Sie verstärkt womöglich Gefühle der Be- und vereinzelt auch Überlastung. Fraglich bleibt aus wissenschaftlicher Perspektive, ob belastbare Kennzahlen zu erheben sind, die in monokausalem Bezug als Beleg für eine Erhöhung der Anforderungen an Mitarbeiter*innen der FZgEs heranziehbar sind. Denkbar wären, neben den hier verwandten Indikatoren, Zahlen wie die Entwicklung der Anzahl der Schulbegleitungen, die Analyse der Häufigkeiten von Hilfebedarfsgruppen auf Seiten der Schüler und Schülerinnen, auf Seiten der Mitarbeiter*innen eine Analyse von Belastungsanzeigen, Arbeitsunfähigkeitsstatistiken (wenn datenschutzrechtlich umsetzbar in Verbindung mit den medizinischen Begründungen) oder auch vertiefte und breite, professionsdifferenzierte qualitative Untersuchungen der subjektiven Wahrnehmungen sowie weitere Indikatoren, die im Bezug zu Verhalten, Verhaltensbewertung sowie Schüler*innen und Mitarbeitergesundheit stehen. Gemein bliebe der Aussagekraft dieser Kennzahlen jedoch ihre komplexe Multikausalität, die sich immer aus systemischen, strukturellen, organisationalen aber auch individuellen Vektoren heraus bedingt. So bleiben Beiträge, wie in der vorliegenden Forschung generiert, vermeintliche Hinweise und unvollständige Beleuchtungen von Phänomenen, die sich aus einem globalen, gesamtgesellschaftlichen und zeitgenössischen Bedingungsgefüge heraus dynamisch ergeben und vermutlich nie als gesamter Komplex unter eindeutiger Kausalklä rung empirisch zu beschreiben sind. Zusammenfassend stellt das subjektive Belastungsempfinden eine von vielen möglichen Variablen dar, die dynamische Entwicklungen und Veränderungen (mit-)beschreibt, aber nicht abschließend objektivier- oder quantifizierbar ist. Sowohl die zeitgenössischen Anforderungen für die Kinder und Jugendlichen, deren Familien als auch der Mitarbeiterschaft bilden sich in den

qualitativen Daten ab und können als berechtigte und erhellende Beiträge für die Diskussion über die Weiterentwicklung und Veränderung der Systeme als auch der dadurch steigenden Anforderungen aufgegriffen werden.

9.7 Weiterführende Aspekte - Rahmenkategorie I

Die weiterführenden Aspekte der Gruppendiskussionen (siehe 8.3.7.7) verweisen auf Schnittstellenprobleme, mögliche Forschungszugänge als auch Untersuchungsobjekte und pointieren die komplexen Anforderungen und Bezüge zwischen Anteilseignern im System der FZgEs.

Der Verweis auf die Schnittstellenproblematik hinsichtlich des Übergangs aus der Verantwortung der Kinder- und Jugendmedizin zur Erwachsenenmedizin scheint vor allem in einer ohnehin mangelhaften Versorgungslage von großer Tragweite, ist jedoch vorwiegend an die medizinischen Versorgungssysteme adressiert und kann an dieser Stelle nur betont und kommuniziert werden.

Als weiterer bedeutsamer Aspekt ist die ungleiche personelle Ausstattung der HPTs gegenüber den Schulen hervorzuheben, der vor allem aufgrund der unterschiedlichen Aufsichtsbehörden und der Kostenträger Spannungspotential birgt, welches sich vielfältig in der Praxis zeigt. Neben den unterschiedlichen personellen Voraussetzungen führt beispielsweise die Grenze der Finanzierungszuständigkeit von Teilhabeleistungen zu pädagogisch nur schwer nachvollziehbaren Entscheidungen hinsichtlich der Aufnahme eines Kindes oder Jugendlichen in die HPT. Aufgrund der unterschiedlichen pädagogischen Spielräume bei der Schulzuweisung und der Refinanzierung eines HPT-Platzes verursachen Testergebnisse mit $IQ > 70$ in der Praxis Komplikationen, da die Bezirke als originäre Kostenträger von Teilhabeleistungen sowohl in Niederbayern als auch der Oberpfalz die Zuständigkeitsgrenze für die Refinanzierung in Kooperationsvereinbarungen auf einen IQ-Wert von 70 festlegen, d. h. ein Kind oder Jugendlicher im IQ-Bereich > 70 verliert den Anspruch auf eine Refinanzierung der Tagesstätte und kann nur in begründeten Fällen auf der Basis des SGB VIII durch die Jugendämter finanziert werden (Abbenhues 2023). Eine pädagogisch mehr als fragwürdige Grenzsetzung, die als reine Verwaltungsmarke in Einzelfällen dazu führt, dass Schüler und Schülerinnen der FZgEs nicht vom eng verzahnten pädagogischen System profitieren und deren Versorgung außerhalb der reinen Schulzeiten nicht gesichert ist, obwohl sie aus pädagogischen Erwägungen klar und bewusst dem Förderschwerpunkt gE zugeordnet sind, was in der Regel einen konkreten Bedarf an Teilhabeunterstützung impliziert. Eine systemische Hürde, die sich vielleicht durch die Reform des SGB VIII auflösen lässt, an dieser Stelle aber zumindest in die weiterführende Diskussion eingebracht werden muss, da die äußerst wirksame und pädagogisch wertvolle Verzahnung von Schule und HPT so in manchen Fällen auf der Grundlage einer artifiziellen und pädagogisch traditionell äußerst kritisch diskutierten Grenze (siehe 2.3.2) in Frage steht. Ebenfalls schließt die ICD eine strikte Zuschreibung von Intelligenzminderungsdiagnosen anhand des IQ-Werts aus (siehe 2.3.2.1). Somit steht die vorherrschende Grenzziehung zur Kostenträgerzuständigkeit in vollständigem Widerspruch zu pädagogischen, psychologischen und medizinischen Definitionen von Intelligenzminderung. Eine Anerkennung sonderpädagogischer Gutachten (ggf. mit Empfehlungen zur Aufnahme in die HPT) auf Seiten der Kostenträger würde Synergien nutzen, ganzheitliche pädagogische Perspektiven anerkennen und nicht ein weiteres und obsoletes defektorientiertes Klassifikationsmodell in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung aufrufen.

Im Kontext der Diskussion sei abschließend auf die spannende Frage nach dem Korrelat zwischen subjektivem Belastungsempfinden und dem Grad der formalen, methodischen und professionellen Ausbildung verwiesen, da dieser Aspekt optimistisch und lösungsorientiert den Wert einer flexiblen und kontinuierlichen Anpassung pädagogischer Professionalität und organisationaler Strukturen auf dynamische Entwicklungen und Herausforderungen in besonderer Weise unterstreicht.

9.8 Internationalisierung – Herausforderung und Lösungsansätze

Ohne einzelne Ergebnisse erneut detailliert aufzugreifen, kann von einem, je nach Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an der jeweiligen Schule, enormen zeitlichen wie organisatorischem Mehraufwand in der pädagogischen Praxis durch den Transformationsaspekt Internationalisierung ausgegangen werden, der sich vorwiegend im höherem Beratungs- und Begleitungsbedarf der Familien im Aufnahmeverfahren und während der Beschulung eines Kindes begründet.

Die Bestellung von externen Dolmetscher*innen, der Aufbau eines internen Dolmetschersystems, das Hinzuziehen interner Dolmetscher*innen, die Organisation der Vertretung für Mitarbeiter*innen, die neben ihrer Linienfunktion Dolmetschertätigkeiten übernehmen, der teils erhebliche Mehraufwand in der alltäglichen Elternkommunikation sowie viele weitere Detailspekte lassen diesen erhöhten zeitlichen und organisationalen Mehraufwand plastisch werden, der bisher dergestalt in keinem der Subsysteme der FZgEs als nötige (zusätzliche) Ressource personell, zeitlich und finanziell berücksichtigt ist – derzeit also additiv aus den bestehenden Ressourcen heraus geleistet wird. Grundsätzlich nehmen die Stichprobenschulen die Herausforderungen aus einer vorurteilsfreien und heterogenitätstoleranten Grundhaltung an, ohne die Entwicklungen zu problematisieren. Vielmehr werden lösungsorientierte und kreative Ansätze beschrieben um, aus den verfügbaren Ressourcen schöpfend, eine bestmögliche Versorgung der Kinder und deren Familien sicherzustellen. Die professionsinhärente diversitäts- und heterogenitätstolerante Grundhaltung der Heil- und Sonderpädagogik scheint den FZgEs gegenüber weniger wertgeleiteten Arbeitsfeldern dahingehend einen Vorteil zu bieten, als dass sie traditionell hochgradig fallbezogen und individualisiert arbeiten und, der Maxime der Ganzheitlichkeit folgend, über eine hohe Sensibilität für komplexe systemische Wirkfaktoren verfügen.

An allen untersuchten FZgEs sind, wenn auch „aus der Not heraus“, mehr oder weniger systematisch organisierte Dolmetschersysteme entstanden, die in ihrer Grundrichtung der Expertenempfehlung entsprechen. So zeichnen sich Mitarbeiter*innen mit Migrationsbiographie, die über Fremdsprachen- und kulturelle Kenntnisse (ihrer jeweiligen Herkunftskultur) verfügen, als Dolmetscher*innen aus, da sie häufig sehr gut in der Lage sind, die systemischen Spezifika des Arbeitsfeldes FZgE, zu erfassen, zu erläutern und in zweiter Wirkung auch kultursensibel im Sinne von Kulturmittlern in der Elternarbeit zu kommunizieren. Problematisch ist dieses System der internen Selbsthilfe nicht ob seiner hohen Subsidiarität und Eigenverantwortlichkeit der Institutionen, sondern hinsichtlich des bisher unberücksichtigten Mehraufwands. Zeitliche und organisatorische Mehrbelastungen müssen quantifiziert werden, um Leistungen in der personellen Ausstattung und Refinanzierung argumentieren zu können und auf politischer Ebene einzufordern – derzeit stellen sie eine Zusatzleistung dar, die im ungünstigen Fall zu einer schlechteren Versorgung der Kinder und Jugendlichen führen kann.

Mehrfach erwähnte technische Hilfsmittel wie Übersetzungsprogramme bieten zwar hilfreiche Unterstützung, müssen allerdings bezüglich ihrer Datenschutzkonformität durch Fachleute vor der Anwendung kritisch geprüft werden.

Die beschriebene Entwicklung kann durchaus als ein belastbarer Hinweis auf gestiegene pädagogische Anforderungen bewertet werden. Weiter birgt das interne Dolmetschersystem den Nachteil seiner Zufälligkeit, d. h. es können zwar die Kinder und Familien gut beraten und im Beschulungsprozess begleitet werden, deren Muttersprache *zufällig* im Kollegium *gesprochen* wird – ist das nicht der Fall, kann auch die Beratung und Begleitung nicht in vergleichbarer Form erfolgen, was die Gefahr zufälliger Ungleichbehandlung von Familien birgt. Externe Unterstützungssysteme wurden nur im städtischen Raum Regensburg zufriedenstellend hinzugezogen, in den ländlichen Regionen und Peripherien Ostbayerns stehen weder den Schulen noch den HPTs befriedigende Unterstützungsleistungen zur Verfügung.

Ein weiterer hervorzuhebender Aspekt im Kontext sprachlicher Diskriminierung ist die Lesbar- und Verständlichkeit etwaiger Formulare. Vor dem Hintergrund der quantitativ beschriebenen Entwicklung besteht die Notwendigkeit barrierefreier oder auch mehrsprachig vorhandener Dokumente wie beispielsweise des Schulvertrags, um systemische Diskriminierungsvektoren abzubauen, was in Anerkennung der sukzessiven Internationalisierung der Gesamtgesellschaft eine zukünftige Selbstverpflichtung aller öffentlichen Stellen, und so auch der FZgEs sein sollte. Da Diskussionsbeiträge an einigen Stichprobenschulen auf die Hinzuziehung von Familienmitgliedern, insbesondere von Geschwisterkindern zur Übersetzung verweisen, ist diesbezüglich ein Mangel an Erfahrung und interkulturell pädagogischem Wissen zu konstatieren. Die Expertenmeinung spricht sich kenntnisreich begründet explizit gegen diese zwar naheliegenden, aber fachlich abzulehnende Lösung aus. Derart elementare Erkenntnisse der interkulturellen Forschung sowie der interkulturellen Pädagogik müssen durch die Schulleitungen oder ggf. übergeordnete Stellen wie den Aufsichtsbehörden oder Trägern als Standards an Schulen implementiert werden.

Hinweise auf kulturelle Unterschiede, die zu Misskommunikation oder Missverständnissen führen, bilden vor allem die mehrfach erwähnte *abweichende Auffassung der Schulpflicht* oder auch die erschwerte Beschulung und Integration in das Schulsystem von Kindern und Jugendlichen, welchen in ihrem Herkunftsland der Schulbesuch verwehrt wurde, worin sich die Heterogenität der inklusiven Standards in den Herkunftsländern spiegelt, aber zum Teil auch die Initialmomente für die Beschulung ausländischer Kinder und Jugendlicher im Sondersystem gründen.

Religionsheterogenität scheint in keiner der untersuchten Schulen in privater katholischer Trägerschaft problematisch zu sein. Flächendeckend wird versucht ggf. religiöse Praktiken zu ermöglichen und konfessionell bedingte Speisegebote zu berücksichtigen, um nicht zuletzt dadurch eine diversitätstolerante Kultur der Vielfalt an den Schulen auszuformen, die eine hohe integrative Wirkung entfaltet.

Zusammenfassend zeichnen die Aussagen der Gruppendiskussionen ein Bild der adäquaten und verantwortungsvollen Reaktion auf die Herausforderungen im Kontext Internationalisierung in heil- und sonderpädagogischen Settings. Die Anforderungen scheinen sukzessive und flexibel bewältigt zu werden, was nicht über die Notwendigkeit systematischer Ableitungen hinwegtäuschen darf. Die Schulen benötigen Unterstützung und Ressourcen, beispielsweise zum Aufbau funktionaler interner Dolmetschersysteme und Netzwerke zu externen Unterstützungsleistungen (wenn beispielsweise Sprachen

nicht über das vorhandene Kollegium abgedeckt werden können). Weiter besteht ein noch zu quantifizierender Bedarf an personellen und zeitlichen Ressourcen, um den Anforderungen professionell und ohne Einbußen an anderer Stelle der Institution, zu begegnen.

9.9 Interkulturelle Elternarbeit

Über die förderliche heterogenitäts- und diversitätstolerante Kultur an den untersuchten FZgEs hinaus, die bis dato maßgeblich auf der praktischen Umsetzung professionsinhärenter Werte gründet, ist die interkulturelle Elternarbeit an keiner der untersuchten Schulen explizit konzeptualisiert. Dies mag sich durch die krisenhaften Entwicklungen der zweiten Hälfte des vergangenen und der ersten des aktuellen Jahrzehnts mit erklären. Folgt man den Ausführungen und Diskussionsbeiträgen, wurde die Internationalisierung der Schülerschaft in der Praxis als „schleichender“ (Anhang C, Pos. 205) Prozess wahrgenommen, dem sich die Systeme funktional und sukzessive anpassten, ohne ihre Lösungsstrategien zu verschriftlichen, zu systematisieren oder zu konzeptualisieren. Gerade die besonderen sozialen Bedingungen, ausgelöst durch die Corona-Pandemie, brachten viele tradierte Institutionen und Veranstaltungen der Elternarbeit über einen längeren Zeitraum zum Erliegen. Davon unabhängig verweisen die Ergebnisse auf eine offene und tolerante Kultur der gesamten Schulfamilie, die es Eltern nicht deutscher Herkunft erleichtert soziale Kontakte zu knüpfen und in der Schulfamilie mitzuwirken. Das Attribut *ausländisch* wird an keiner der Schulen als ein Diskriminierungsfaktor wahrgenommen, im Gegenteil eher als weitgehend bedeutungsloses Merkmal von vielen, dass in einer individualisierten und ganzheitlich orientierten Pädagogik nur wenig im negativen oder positiven Sinn zum Tragen kommt. Dennoch scheint vor allem im Hinblick auf die negativen Konsequenzen einer Desintegration ausländischer Familien, die bis zur Isolation und dem völligen Kontaktabbruch zum System FZgE führen kann, die Explikation und Implementierung professioneller Konzepte zur interkulturellen Elternarbeit unerlässlich.

9.10 Aspekte interkultureller Pädagogik

Aufgrund der Forschungsfrage und des Studiendesigns wurden methodisch didaktische Ansätze, die vor allem den unterrichtlichen Umgang mit Interkulturalität betreffen, nur am Rande in den Interviews und Diskussionen thematisiert. Die daraus resultierende Reduktion der Analyse interkultureller pädagogischer Kompetenz an den Schulen muss kritisch angemerkt werden, um dem Vorwurf einer bewussten Vernachlässigung der Situation ausländischer Kinder und Jugendlicher im pädagogischen Alltag vorzugreifen. Trotz dieser Auslassung der methodisch-didaktischen Perspektiven im Kontext *Internationalisierung*, beschreiben die Ergebnisse deutlich die integrationsförderlichen, systemimmanenten Voraussetzungen an FZgEs. Vor allem Formen nonverbaler Kommunikation, wie sie fast flächendeckend in der pädagogischen Praxis mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung Anwendung finden, bieten auch für Schülerinnen und Schüler nichtdeutscher Muttersprache hohes Unterstützungspotential hinsichtlich der Sprachaneignung und sozialen Integration in den Klassen- und Gruppenverbänden. Bildkarten- und Symbolsysteme ermöglichen in der schulischen Umgebung und den Räumlichkeiten der HPTs eine schnelle Orientierung auch ohne vertiefte (Schrift-) Sprachkenntnis. Die methodische Umsetzung diverser Formen unterstützter oder nonverbaler Kommunikation fördern per se das Erlernen der deutschen Sprache, die grundsätzliche Sprechfähigkeit vorausgesetzt. Obwohl die FZgEs nach eigener Beschreibung diesbezüglich über eine hohe und elaborierte Kompetenz verfügen, wird mehrfach

auf den Mangel an expliziten Stundenkontingenten für DaZ verwiesen, der im Förderschwerpunkt gE vor allem durch die Verankerung der Sprachentwicklung in allen Unterrichtsfächern legitimiert wird, so dass hier das spezielle Angebot von Deutschunterricht für Kinder und Jugendliche ausländischer Nationalität nicht von Nöten sei. Eine Argumentation, der die Aussagen der Gruppendiskussionen mehrfach entschieden widersprechen. Die Praktiker*innen vor Ort erachten die Verfügbarkeit entsprechender fachlicher wie zeitlicher Ressourcen für DaZ auch im Bereich der FZgEs als notwendig und gewinnbringend, was unter anderem die enorme bestehende Heterogenität intellektueller Konstitution der Schülerklientel nachvollziehbar macht – vor allem vor der Hypothese, zum Teil sei der Mangel an Beschulung im Herkunftsland und der Mangel an sprachlicher wie kulturtechnischer Kompetenz initial für die Schulzuweisung an ein FZgE. Beschriebene Fälle von Kindern und Jugendlichen, die nach einer Zeit der intensiven Förderung (v. a. der Sprache als Basiskompetenz zur Aneignung von Kulturtechniken) durchaus nach anderen Lehrplänen unterrichtet werden können, unterstreichen diese Notwendigkeit um der Gefahr einer schulischen Stigmatisierung im Sinne einer systemischen Diskriminierung vorzubeugen. Einen weiteren diskussionsrelevanten Gesichtspunkt stellen die Differenzen dar, die sich in der unterrichtlichen Behandlung kulturell abweichend bewerteter Themengebiete wie beispielsweise Persönlichkeitsentwicklung oder auch Sexualität und Aufklärung zeigen können (siehe 6.2.3). Die Wertvermittlung, die im Lehrplan Plus gE elementarer Bestandteil des Bildungs- und Erziehungsauftrags ist („Wertorientierung in einer demokratischen Gesellschaft“ (ISB 2019)), steht vor der Herausforderung vorhandener Wertpluralität, die am Beispiel tradierter Geschlechterrollen oder auch dem Recht und der Freiheit auf Geschlechtergleichheit und demokratische Partizipation in allen für das Subjekt relevanten Lebensbereichen deutlich werden. Eine Herausforderung, die nur unter intensiver Einbindung und Information der Eltern erfolgreich bewältigt werden kann (auch wenn es bezogen auf das Beispiel Sexualkundeunterricht rechtlich nicht der Elterneinwilligung bedarf), was ebenfalls in einer anzustrebenden Konzeptualisierung interkultureller Elternarbeit Berücksichtigung finden sollte. Neben der grundsätzlich heterogenitätstoleranten und kultursensiblen Haltung verpflichten sich die Systeme freiheitlich-demokratische Werte zu thematisieren und bestenfalls zu vermitteln, was nur mit Unterstützung der Familiensysteme nachhaltig gelingen kann. Eine diesbezügliche, professionelle Kooperation mit den Familien erfordert eine hohe interkulturelle Kompetenz seitens der Lehrkräfte und des pädagogischen Personals, die gezielt durch Fortbildungsangebote gestärkt werden kann.

Formen der Kooperation mit Migrantenselbstorganisationen (MSOs) bestehen bisher an keiner der Stichprobenschulen. Eine Ressource, auf die die Expertenmeinung ausdrücklich verweist, die in der institutionellen Praxis aber bisher kaum in Betracht gezogen wurde. Die Öffnung und der Aufbau von vertrauensvollen und tragfähigen Kontakten und Kooperationsbeziehungen zu MSOs böte in vielerlei Hinsicht Unterstützungs- und Integrationspotential (Dolmetscherleistungen, Kulturmittler, Abbau von Vorurteilen, Diskussion kultureller Differenzen etc.) und könnte zukünftig in der Ausgestaltung und Konzeptualisierung der interkulturellen Pädagogik an FZgEs mitbedacht werden.

9.11 Integratives Potential heil- und sonderpädagogischer Settings

Die Ergebnisse verweisen vor allem im Kontrast zur Praxis und der Struktur an Deutschklassen oder Regelschulen auf ein hohes integratives Potential der FZgEs, das sich am deutlichsten sowohl an der mehrfach erwähnten flächendeckenden Implementierung sprachfreier Systeme als auch in der personellen Ausstattung und den Klassengrößen an FZgEs festmachen lässt. Gerade bei Kindern und Jugendlichen im psychometrischen Grenzbereich zwischen geistiger Behinderung und Lernbehinderung lassen sich aus den kontrastierenden Beschreibungen und den Aussagen, Regelschulen würden zum Teil Kinder und Jugendliche aufgrund von Überlastung, mangelnder Ressourcen oder auch mangelnder methodisch-didaktischer Kenntnis hinsichtlich lernzieldifferenter oder auch mehrsprachsensibler Ausgestaltung des Unterrichts bereitwillig an Sondersysteme übergeben, Erfordernisse zur besseren Ausstattung des Regelsystems ableiten. Die Frage, in welchem Umfang und welcher Häufigkeit Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Herkunft und der vorausgegangenen Bildungsbiographie in Sondersysteme überwiesen werden, ist im Zuge der vorliegenden Studie nicht zu beantworten. Die vorgelegten Ergebnisse können lediglich den Hinweis geben, dass das Phänomen schulischer Stigmatisierung und systemischer Diskriminierung nicht beschränkt auf den Bereich des Förderschwerpunkts Lernen ist. Darauf verweisen einerseits die zum Teil erhebliche Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher an einzelnen Stichprobenschulen, andererseits die in den Gruppendiskussionen skizzierten Fälle von Kindern und Jugendlichen, die nicht aufgrund einer eindeutigen Intelligenzminderung am FZgE beschult werden müssten, sondern eher aus weiteren pädagogischen Überlegungen heraus dort die richtige und notwendige Unterstützung erfahren.

Die bisherige Forschung hat sich dem Thema Überrepräsentanz ausländischer Kinder und Jugendlicher im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung noch nicht vertieft zugewandt. Hilfreiche Untersuchungen könnten Gutachtenanalysen oder Langzeitfallstudien bieten. Zusammenfassend kann einerseits das disziplinimmanente hohe integrative Potential der FZgEs herausgestellt sowie ein drängender Forschungsbedarf zur empirischen Beleuchtung des Phänomens der Überrepräsentanz konstatiert werden, da sich hinter den Schilderungen und Ergebnissen durchaus Fälle von *schulischer* oder *systemischer Behinderung* ausländischer Kinder und Jugendlicher vermuten lassen, die vor allem vor dem Hintergrund einer eingeschränkten Durchlässigkeit des Förderschwerpunkts in das Regelsystem gravierende Auswirkungen auf die gesamte Biographie von Betroffenen haben können.

9.12 Differenzierungen zu Migrantengruppen und Migrationsmotiven

Im Einklang mit den Expertenaussagen besteht an den Schulen eine ausgeprägte Sensibilität für biographische, psychologische und soziökonomische Wirkungen von Flucht und Migration, die für eine gelingende Kooperation mit den Familiensystemen von hoher Bedeutung sind und in ihrer Summe eine ausgeprägt kultursensible Haltung mitbedingen. Umfängliche kultur- und biographiesensible Anamnesegespräche bilden die belastbare und differenzierte Grundlage heil- und sonderpädagogischer (Prozess-)Diagnostik im Aufnahmeverfahren und während des Beschulungszeitraums. Die fachlichen Einschätzungen der Gruppendiskussionsteilnehmer berücksichtigen aspektreich mögliche Folgen von Flucht und Migration (Traumatisierung, Verlust soziökonomischer und sozialer Ressourcen etc.) und deuten auf einen äußerst professionellen Umgang mit Menschen mit Migrationserfahrung hin, auch wenn er noch nicht im Sinne klarer interkultureller Konzepte niedergelegt ist.

Fälle von Hochqualifiziertenmigration wurden an keiner der untersuchten Stichprobenschulen beschrieben. Die Falldarstellungen und Ausführungen bezogen sich vor allem auf Flucht- und Arbeitsmigration. Dies deckt sich mit der Expertenaussage, hochqualifizierte Migrantenfamilien seien nicht in der Art und Weise auffallend, in ihrem Habitus und ihrer Sozialisation der Mehrheitsgesellschaft am ähnlichsten und deshalb auch in der Diskussion wenig präsent.

Ähnlich der Erkenntnisse zur Überrepräsentanz ausländischer Schüler und Schülerinnen an einigen untersuchten Schulen, zeigen die Ergebnisse zu unterschiedlichen Migrationsmotiven und Gruppen von Migranten lediglich Tendenzen auf, die in einer politischen Landschaft mit zunehmend xenophoben Kräften nicht unbeschwert thematisiert oder diskutiert werden können. Selbstverpflichtend ist sich die vorliegende Arbeit der Gefahr einer Stigmatisierung oder der Genese von Vorurteilen gegenüber Gruppen von Migranten gewahr und dennoch wäre es wenig lösungsorientiert eine quantitativ fassbare Transformation nur mit äußerster Vorsicht zu analysieren. Die Diskussion um Migrationsmotive und Migrantengruppen war seitens der Diskussionsteilnehmer*innen zum Teil von augenscheinlicher Zurückhaltung und Unsicherheit der Formulierung geprägt – manche konkreten regionalen Entwicklungen und vor allem die subjektiven Deutungen der Diskussionsteilnehmer*innen wurden erst ‚off record‘ formuliert, weshalb sie für die Analyse nicht verfügbar sind.

Diese Tatsache kann jedoch für sich selbst stehend der Diskussion zusätzliche wertvolle Hinweise zum Sachverhalt beisteuern und ist grundlegend für die Ausführungen. Die Diskussionen konnten vor allem in Bezug auf Familien mit einem Kind mit Behinderung nennenswerte Informationen generieren und bestätigen weniger *individuelle Vorteilsnahme* oder gar den Vorwurf des *Sozialtourismus* durch Migration, wie er leider völlig undifferenziert und polemisch sogar in der jungen politischen Diskussion in Deutschland formuliert wurde¹⁰², als aus humanistischer und menschen- und sozialrechtlicher Perspektive legitime Entscheidungen von betroffenen Familien. Menschen mit Migrationsbiographie haben unterschiedliche, aber in aller Regel gravierende Beweggründe ihre Heimat, ihr soziales Umfeld und Familienmitglieder zu verlassen.

Entgegen der Erwartung, die Fluchtmigration ab 2014 würde sich vor allem positiv auf den Anteil von Kindern und Jugendlichen aus dem Nahen Osten auswirken, stellen sich die Ergebnisse hinsichtlich der Aufteilung der Nationalitätenzugehörigkeit dar. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus dem Nahen Osten ist im Schuljahr 2009/10 mit 14 Schülerinnen und Schülern quasi identisch mit der Gruppe der Schülerinnen und Schüler aus europäischen Ländern außerhalb des Schengenraums (15 SuS). Obwohl Ostbayern zu Zeiten der Migrationsbewegung ab 2014 für eine sehr große Anzahl Geflüchteter aus dem Nahen Osten erste Anlaufstelle war, bilden im weiteren dekadischen Verlauf Schüler und Schülerinnen aus Ost- und Südosteuropa die anteilig größte Gruppe ausländischer Kinder und Jugendlicher. Beide Gruppen entwickeln sich zum Schuljahr 2019/20 zahlenmäßig deutlich positiv (Naher und Mittlerer Osten auf 45 SuS), die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus Südosteuropa aber wesentlichlicher (auf 68 SuS). Eine Entwicklung, die mitunter im industriellen und landwirtschaftlichen Arbeitsmarkt Ostbayerns begründet sein mag, der industriellen Arbeitskräften – und in der Gäubodenregion sowie der Holledau auch Erntehelfer*innen – in großer Zahl Anstellungsmöglichkeiten bietet. Die Ergebnisse verlangen daher Relativierung durch Beiträge aus anderen Regionen Bayerns oder der Bundesrepublik.

¹⁰² Im September 2022 beklagte Friedrich Merz (MdB) im Kontext der Migrations- und Fluchtbewegung aus der Ukraine Sozialtourismus (Tagesschau)

Aussagen aus den Gruppendiskussionen folgend, spielen in Einzelfällen Beweggründe für die Migration eine Rolle, die in direktem Zusammenhang mit der Versorgung eines Kindes mit Behinderung stehen – sie werden im gesamten Text mit dem Bemühen um wissenschaftliche Neutralität als *Versorgungsmotive* bezeichnet. Beispiele, die weniger auf wie auch immer definierten *Sozialtourismus* verweisen, sondern eher das Problem und die Tatsache einer erheblich heterogenen Qualität der Versorgung von Menschen mit Behinderung in anderen (kontinental-)europäischen Ländern in den Fokus der Diskussion rücken und zum Teil sprachlos machen. So plakativ die Aussagen von Eltern „Wird mein Kind hier auch geschlagen?“ auf den ersten Blick wirken, so sind sie trotzdem Bestandteile einer pädagogischen Wirklichkeit in ein und demselben europäischen Werte- und Sozialraum, der sich in Beispielen aus den Gruppendiskussionen heterogener darstellt als man es in den 20er Jahren des 21. Jahrhunderts erwarten möchte. Vor dem Hintergrund der hier generierten Hinweise sind weitere Forschungsfragen und Bemühungen zu entwickeln. Neben legislativen Grundlegungen zur sozialpolitischen Entwicklung der betroffenen Länder, können intraeuropäische Kooperationsprojekte und Austauschprogramme an Universitäten oder auf der Ebene der Fachverbände Beitrag zur Verbesserung der Situation von Menschen mit Behinderungen leisten. Eine Forderung die makroskopisch auch im Artikel 32 Abs. 1 b und c der UN-BRK grundgelegt ist, der explizit auf den „[...] Austausch und die Weitergabe von Informationen, Erfahrungen, Ausbildungsprogrammen und vorbildlichen Praktiken“ sowie „die Forschungszusammenarbeit und den Zugang zu wissenschaftlichen [...] Kenntnissen [...]“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen Januar 2017, S. 28) verweist. Auf der organisationalen Ebene der Schulen wären als konkreter Beitrag zur internationalen Zusammenarbeit beispielsweise Partnerschaften mit ausländischen Schulen oder Einrichtungen der Behindertenhilfe denkbar, um der menschenrechtlichen Forderung in der Praxis Rechnung zu tragen.

9.13 Kultursensible Testverfahren und Schulzuweisung

Folgt man den Beiträgen aus den Gruppendiskussionen, bestätigt sich in Einzelfällen die Annahme des Experten, diagnostische Verzerrungen aufgrund mangelnder schulischer und kultureller Vorkenntnisse oder deutscher Sprachkenntnis können zu Schulzuweisungen normalbegabter Kinder und Jugendlicher in den Förderschwerpunkt gE führen. Durchgängig zeigt sich allerdings das fachliche Bewusstsein der Diskussionsteilnehmer*innen über die Möglichkeit kulturell bedingter Verzerrungen der Testergebnisse bei Anwendung gängiger sprachbasierter psychometrischer Verfahren. Die Sonderpädagogik verfügt per se über eine sensiblere Ausgestaltung der Testsituation sowie ein Wissen über weitere ergebnisbeeinflussende Faktoren neben dem Merkmal der intellektuellen Leistungsfähigkeit. Ebenfalls werden in Einzelfällen theoriekonform pädagogische Motive und Argumente wie psychosoziale Belastungen, unzureichende elterliche Unterstützung oder die schulische Vorbildung im Kontext Migration als entscheidend für die Aufnahme im FZgE angegeben. Dennoch geben alle befragten Schulleitungen an, keiner ihrer Schüler oder Schülerinnen sei fehlerhaft dem System FZgE zugewiesen oder falsch beschult – ebenso wird auf die laufende Prozessdiagnostik und auf die grundsätzliche Durchlässigkeit des Systems verwiesen, die Fälle falscher Zuweisung regelmäßig aufdecken würden.

Anzumerken ist weiter die scheinbar geringe fachliche Auseinandersetzung mit dem Aspekt der Kultursensibilität in den Lehrerkollegien. Es bestünde zwar eine grundsätzliche Bewusstheit über das Phänomen der Ergebnisverzerrung auch bei sprachfreien Testverfahren – eine dezidierte fachliche Diskussion

oder Weiterentwicklung in Form von Fortbildungen sei aber nicht zu beobachten. Das Thema Kultursensibilität wird auch in Hinblick auf zukünftige Entwicklungen immer mehr an Bedeutung gewinnen, weshalb die derzeitig unterentwickelte fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema an den Stichprobenschulen überrascht.

Aufgrund der häufigen Notwendigkeit sprachfreier Verfahren im Kontext geistiger und Schwer–Mehrfachbehinderung konnte der Einsatz des SON 6-40 sowie des WIN-V, deren Kultursensibilität bereits empirisch belegt ist (siehe 6.2.6) positiv als Standard an den untersuchten Stichprobenschulen ermittelt werden.

9.14 Weiterführende Aspekte – Rahmenkategorie II

Die weiterführenden Aspekte stehen zum Teil in hohem Querbezug zu den bereits diskutierten Punkten und werden deshalb hier nicht mehr eigens aufgegriffen. Allerdings gibt die relativ globale Aussage aus Schule I, die Anforderungen im komplexen System FZgE würden höher und vielfältiger, einen Hinweis auf die zeitgenössischen und erhöhten Anforderungen an das gesamte System und somit an die einzelnen Mitarbeiter*innen aller Professionen. Die Äußerungen, die Klientel an den FZgEs werde ‚immer schwieriger‘, sind nicht monokausal belegbar, während das subjektive Belastungsempfinden der Einzelnen auch im Kontext einer veränderten und in dynamischen Transformationsprozessen befindlichen Gesamtgesellschaft stehen – sie also nicht als lediglich individuelles Belastungsempfinden abgetan werden können, sondern einen realen Aspekt der Beschreibung der aktuellen Wirklichkeit an FZgEs darstellen.

10. Ausblick und systemstrukturelle Ableitungen

Die vorliegende Forschungsarbeit bezieht sich auf den fachlich bedeutsamen Zeitraum des ersten Jahrzehnts seit Ratifizierung der UN-BRK und der durch sie international anerkannten Explikation grundsätzlicher Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen. Durch einschneidende globale Ereignisse wie die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2022 oder welt- und sicherheitspolitisch gravierende Umbrüche wie der russische Krieg gegen die Ukraine, der in Konsequenz zu einer Reorganisation der globalpolitischen Ost-West-Dichotomie führte und zivilisatorische wie menschenrechtliche Errungenschaften der vergangenen Jahrzehnte in Frage stellt und zunichte macht, verdeutlichen sich die Geschwindigkeit gesellschaftlicher Entwicklung sowie die Fragilität globaler Strukturen und weitgehend stabil geglaubter internationaler, ethischer und menschenrechtlicher Abkommen.

Aus heutiger Sicht blickt diese Studie in eine Vergangenheit, die sich vermeintlich deutlich von der Welt nach oder während der beschriebenen Krisen unterscheidet. Die Formulierung eines trefflichen Ausblicks ist dadurch erschwert – aber trotz aller Veränderung können die Untersuchungsergebnisse ihren mikroskopischen Beitrag zur Anpassung an zeitaktuelle Entwicklungen leisten.

Unsere Gesellschaft steht seit jeher vor der Herausforderung, dynamischen regionalen und globalen Entwicklungen flexibel und, wenn nötig, kompensierend Rechnung zu tragen. Makroskopische und übergeordnete Transformationen spiegeln und operationalisieren sich immer auf der Ebene des Mikroskopischen. Auch in der eng fokussierten Betrachtung eines Segments des bayerischen Schulsystems, der FZgEs, konkretisieren sich somit Anzeichen und Auswirkungen einer akzelerierten und transformierenden Welt.

In der Untersuchung bildet sich eine optimistische und lösungsorientierte wie lösungsfähige Grundtendenz der untersuchten Systeme ab, was Anlass zur Hoffnung auf eine hochgradig selbstverantwortete, verantwortungsbewusste und dynamische Anpassung im Sinne einer systemischen Adaption gibt, die die Mitarbeiter*innen aller Professionen an den FZgEs tagtäglich leisten. Ihre Gültigkeit beanspruchen die Ergebnisse sachlogisch nur für den untersuchten Zeitraum, dennoch kann ihre Aussagekraft ausblickend aus folgenden Gründen bedeutsam sein: (1.) Auch im Jahre 2023, das Jahr der Fertigstellung der vorliegenden Forschungsarbeit, konnte kein Rückgang der Schülerzahlen an den untersuchten FZgEs verzeichnet werden, im Gegenteil setzte sich die Tendenz steigender Schülerzahlen weiter fort, nicht zuletzt durch Schülerinnen und Schüler aus der Ukraine. (2.) Bedingt durch die zwischenzeitliche gesellschaftliche Ausnahmesituation der Corona-Pandemie der Jahre 2020 bis 2022, rückten die Themen psychische Belastungen, psychische Störungen sowie psychiatrische Leistungen und bestehende Versorgungsmängel weiter in den Mainstream der gesundheitspolitischen Diskussion und erreichen auch medial eine immer breitere Öffentlichkeit. (3.) Migration und Flucht sind trauriger Weise auch im dritten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts keine ausschleichenden Phänomene, sondern haben sich bereits während der Bearbeitungszeit der vorliegenden Studie zum Teil drastisch verschärft. Nicht zuletzt durch die völkerrechtswidrige Eskalation des Russland-Ukraine-Konflikts büßen die fokussierten Kernthemen und Rahmenkategorien der vorliegenden Studie vorerst also nicht an Aktualität ein und mit ihnen die abgeleiteten systemischen Anpassungsempfehlungen und Lösungsansätze.

In der Analyse der Indikatoren und des qualitativen Datenmaterials konkretisieren sich die Wirkungen makroskopischer Entwicklungen auf die mikroskopische Ebene der schulischen Praxis an FZgEs in Ostbayern, so dass in der Diskussion der qualitativen Ergebnisse, wo möglich, systemische und organisationale Empfehlungen formuliert werden konnten um den eruierten zeitaktuellen Anforderungen lösungsorientiert zu begegnen. Die abschließend komprimierte zusammenfassende Darstellung gliedert sich in drei Kategorien: *Ableitungen aus Ergebnissen (1.) zur Schülerzahlentwicklung, (2.) zu Rahmenkategorie I und (3.) zu Rahmenkategorie II*

Ableitungen aus Ergebnissen zu Schülerzahlentwicklungen

- Erhalt und Ausbau des FZgEs Sektors aufgrund der steigenden Schülerzahlen und der realen Entwicklung inklusiver Regelschulangebote in Ostbayern (betrifft Schulgebäude, pädagogisches Personal sowie sonderpädagogisches Lehrpersonal)
- Ausbau funktionaler inklusiver Schulsettings für Kinder und Jugendliche aus dem Förderschwerpunkt gE
- Statistische Bereinigung der Integrationsquote durch Hinzunahme der Schüler und Schülerinnen, die in Partnerklassen an Regelschulen unterrichtet werden
- Forschungsbedarf zu Inklusionshemmnissen (z. B. qualitative Fallstudien mit *Quereinsteigern* und *Inklusionsrückkehrern*, empirische Befunde zur Veränderung der elterlichen Haltung gegenüber Inklusion etc.)

Ableitungen aus Ergebnissen zu Rahmenkategorie I

- Ausbau und Entwicklung von Kooperationsmodellen zwischen FZgE und Kinder- und Jugendpsychiatrie unter effektiverer Ausschöpfung der vorhandenen Expertise zur Diagnostik und Behandlung auf beiden Seiten
- Abbau des Versorgungsmangels und Einbezug spezifischer curricularer Inhalte zum Thema Menschen mit geistiger Behinderung in medizinischen und pädagogischen Ausbildungen
- Proaktive Gestaltung der Kooperation seitens der Schulen mit sozialraumnahen Vertretern der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Breitere und differenzierte Sensibilität für störungsrelevante Symptomatik durch Fortbildungen (v. a. zu internalisierten Störungen sowie VES)
- Aufbau von sozialraumnahen Institutsambulanzen mit dem Schwerpunkt Diagnostik und Behandlung bei geistiger Behinderung
- Eklatante Versorgungslücke bei Notfallversorgung und stationärer Unterbringung für Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung schließen

Ableitungen aus Ergebnissen zu Rahmenkategorie II

- Professionelle Stärkung und Nachqualifikation zu zeitgenössischen Anforderungen systematisieren
- Proaktiver Aufbau von Netzwerken und tragfähigen Kooperationsbeziehungen mit MSOs oder Vertretern ethnischer Gemeinschaften proaktiv durch die Schulen
- Kompetenzaufbau hinsichtlich kultursensibler Testverfahren (kultursensible Weiterentwicklung psychometrischer Verfahren, kultursensible Ausgestaltung der Testsituationen und umfassendes Problembewusstsein etc.)
- Barrierefreie und mehrsprachige Informationsunterlagen (Verträge, Elterninfos etc.)
- Konzeptuelle Explikation der Methoden und Ansätze interkultureller Elternarbeit (Dolmetersystem, Elterntreffs, Infoblätter Unterrichtsinhalte wie z. B. Sexualität, christliche Feste, Persönlichkeitsentwicklung, Geschlechtergleichheit etc.)
- Konzeptuelle Explikation der Methoden und Ansätze der Pädagogik bei Mehrsprachigkeit
- Internationale Zusammenarbeit und Kooperationsprogramme auf universitärer und schulischer Ebene sowie auf der Ebene der Fachverbände der Behindertenhilfe
- Konzeptualisierung interkultureller Pädagogik und interkultureller Elternarbeit an den einzelnen Schulen
- Systematisierung der internen Dolmetersysteme
- Verfügbarkeit von DaZ Stunden im Bereich FZgE
- Fortbildungsangebote zu Wertpluralität und interkultureller Kommunikation

Literaturverzeichnis

Abbenhues, Bertin (2023): Austausch zu Komplikationen bei der Kostenübernahme. Regensburg, 13.03.2023. mündlich an Alexander Gotthardt.

Abbenhues, Bertin; Abteilungsleiter der Abteilung Teilhabeleistungen für Kinder und Jugendliche der KJF Regensburg (2022): Förderung von JaS an FZgEs. Regensburg, 17.10.2022. schriftliche Mitteilung / Kopie einer Mail an Alexander Gotthardt.

Ahrandjani-Amirpur, Donja (2015): Migrationsbedingt behindert? Dissertation (Kultur und soziale Praxis).

Ahrbeck, Bernd (2011): Der Umgang mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer (Praxiswissen Bildung).

Alim, Nadja; Paschos, Dimitrios; Hearn, Michael (2013): Principles of Clinical Assessment. In: Elias Tsakanikos und Jane McCarthy (Hg.): Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy. Dordrecht: Springer (Autism and Child Psychopathology Series), S. 23–42.

Aman, Michael G.; Pejeau, Carrie; Osborne, Patricia; Rojahn, Johannes; Handen, Benjamin (1996): Four-year follow-up of children with low intelligence and ADHD. In: *Research in Developmental Disabilities* (17), Artikel 6, S. 417–432.

American Association on Mental Retardation (2002): Mental retardation. Definition, classification, and systems of supports. 10. ed. Washington, D.C: American Assoc. on Mental Retardation.

Amorosa, H. (2006): Störungen der Sprache und des Sprechens. In: Hans-Christoph Steinhausen und Nicole Achermann (Hg.): Schule und psychische Störungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 189–195.

Anderson, Philip: Biografie. Online verfügbar unter <http://www.philip-anderson.de/html/bio.htm>, zuletzt geprüft am 04.10.2022.

Apel, Hans Jürgen; Liedtke, Max (Hg.) (1997): Geschichte der Schule in Bayern. Von 1918 bis 1990. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt (Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens, in vier Bänden / in Verb. mit Hans Jürgen Apel ... hrsg. von Max Liedtke ; Bd. 3).

Apitzsch, Gisela (1994): Schulen für Lernbehinderte - Schulen für Migrantenkinder? Zur Veränderung der SchülerInnenpopulation an Schulen fuer Lernbehinderte in der Bundesrepublik Deutschland und der Frage nach daraus erwachsenden Konsequenzen. In: *Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)* 63 (2), S. 354–357.

Asperger, H. (1952): Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen, Richter und Fürsorgerinnen. Wien: Springer.

Auernheimer, Georg (Hg.) (2010): Schief lagen im Bildungssystem. Die Benachteiligung der Migrantenkinder. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Interkulturelle Studien, 16).

Autismus Hamburg e.V.: Diagnostische Beobachtungsskala für autistische Störungen (ADOS). Online verfügbar unter <https://www.autismushamburg.de/adi-r-test/>, zuletzt geprüft am 14.04.2023.

Bach, Heinz (Hg.) (1979): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Carl Marhold.

Bach, Heinz; Muth, Jakob (Hg.) (1974): Geistigbehinderte unter pädagogischem Aspekt. Deutscher Bildungsrat. 1. Aufl. Stuttgart: Klett (Gutachten und Studien der Bildungskommission / Deutscher Bildungsrat, 34).

Bachmann, Sandra (2012): Die Situation von Eltern chronisch kranker Kinder. Dissertation. Unter Mitarbeit von Wilfried Schnepf. 1. Auflage. Universität Witten (Pflegeforschung, Kinderkrankenpflege).

Baio, J.; Wiggins, L.; Christensen, DL.; et al. (2018): Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years. Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2014 (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network). Online verfügbar unter https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm?s_cid=ss6706a1_w.

Bauer, Ullrich; Büscher, Andreas (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Gesundheit und Gesellschaft).

Baumann, Dominika; Dworschak, Wolfgang; Kroschewski, Miriam; Ratz, Christoph; Selmayr, Anna-Maria; Wagner, Michael (Hg.) (2021): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFG II). W. Bertelsmann Verlag. Bielefeld: Athenabv (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Band 42).

Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2019): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Springer eBook Collection).

Baxter, A. J.; Brugha, T. S.; Erskine, H. E.; Scheurer, R. W.; Vos, T.; Scott, J. G. (2015): The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. In: *Psychological medicine* 45 (3), S. 601–613. DOI: 10.1017/S003329171400172X.

Bayerische Staatskanzlei (1965): Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt. Gesetz über die Errichtung und den Betrieb von Sonderschulen. München. Online verfügbar unter <https://www.verkuendung-bayern.de/files/gvbl/1965/07/gvbl-1965-07.pdf>, zuletzt geprüft am 03.08.2021.

Bayerische Staatsregierung (2020a): Demografie Leitfaden - Entwicklung der Schülerzahlen. Hg. v. Bayerische Staatsregierung. Online verfügbar unter <http://www.demografie-leitfaden-bayern.de/schulversorgung/entwicklung-der-schuelerzahlen/>, zuletzt geprüft am 10.09.2021.

Bayerische Staatsregierung (2020b): Bayerische Schulen im Schuljahr 2010/11. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth.

Bayerischer Rundfunk (2021): Dramatische Lage in Bayerns Kinder- und Jugendpsychiatrien. Unter Mitarbeit von Kathrin Bohlmann. Hg. v. BR24. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/bayern/die-lage-in-kinder-und-jugendpsychiatrien-verschaerft-sich,Sq48miN>, zuletzt geprüft am 04.05.2022.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2011a): Bayerische Schulen im Schuljahr 2010/11. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Stand: Herbst 2010. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2011b): Volksschulen zur sonderpädagogischen Förderung und Schulen für Kranke in Bayern. Stand: 1. Oktober 2010. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/b1200c_201000_6643.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2015a): Förderzentren und Schulen für Kranke in Bayern. Stand: 1. Oktober 2014. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/b1200c_201400_62639.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2015b): Bayerische Schulen im Schuljahr 2014/15. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Stand: Herbst 2014. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2017): Bayerische Schulen im Schuljahr 2016/17. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München (B I/II 1 j 2016).

Bayerisches Landesamt für Statistik (2018): Bayerische Schulen im Schuljahr 2017/18. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München (B I/II 1 j 2017).

Bayerisches Landesamt für Statistik (2019): Bayerische Schulen. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München (B I/II 1 j 2018).

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020a): Ausländische Schüler und Lehrkräfte in Bayern. Stand: Oktober 2019. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/veroeffentlichungen/statistische_berichte/b0200c_201900.pdf, zuletzt geprüft am 09.06.2021.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020b): Regierungsbezirk Niederbayern 092. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/statistik_kommunal/2019/092.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020c): Regierungsbezirk Oberpfalz 093. Eine Auswahl wichtiger statistischer Daten. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/mam/produkte/statistik_kommunal/2019/093.pdf, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020d): Förderzentren und Schulen für Kranke in Bayern. Stand: Oktober 2019. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020e): Bayerische Schulen. Eckzahlen sämtlicher Schularten nach kreisfreien Städten und Landkreisen. Hg. v. Bayerisches Landesamt für Statistik. München (B I/II 1 j 2019).

Bayerisches Landesamt für Statistik (2022a): Bevölkerung: Bayern, Bevölkerung, Altersgruppen, ausgewählte Staatsangehörigkeiten (TOP 50), Jahr 2019. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=1&levelid=1658135713764&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-032s&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 18.07.2022.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2022b): Bevölkerung: Bayern, Bevölkerung, Geschlecht und Altersgruppen, Staatsangehörigkeiten (gruppiert nach Kontinenten), Jahr. Bayerisches Landesamt für Statistik. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1658137268331&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-033s&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 18.07.2022.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2023): Genesis online. Bevölkerung: Kreise, Altersgruppen. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1679578299339&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12411-006z&auswahltext=&nummer=3&variable=3&name=KREISE&nummer=4&variable=4&name=AGR116&nummer=6&variable=6&name=GES&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 23.03.2023.

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2017): Richtlinien für Heilpädagogische Tagesstätten, Heime und sonstige Einrichtungen für Kinder und Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung. Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration. vom 1. Juli 2017, Az. IV4/6417.01-1/26. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. München. Online verfügbar unter https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_inet/wohnen/3.8.4.1_richtlinein_fur_heilpad._170701_2162-a_heimrichtlinien.pdf, zuletzt geprüft am 12.10.2022.

Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales: Heilpädagogische Tagesstätten. Für Kinder, Jugendliche und junge Volljährige mit Behinderung. Online verfügbar unter <https://www.stmas.bayern.de/inklusives-leben/heilpaedagogik/index.php>, zuletzt geprüft am 04.08.2021.

Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (2021): BayMBI. 2021 Nr.265 - Richtlinie zur Förderung der Jugendsozialarbeit an Schulen - JaS. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (BayMBI., Nr.265).

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (2016): Bericht zur psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Bayern. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. München. Online verfügbar unter [https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/F13B788D490947DDC1257FD300458F45/\\$file/Bericht%20zur%20psychischen%20Gesundheit%20bei%20Ki%20und%20Ju%20in%20Bayern_StMGP_2016.pdf](https://www.ptk-bayern.de/ptk/web.nsf/gfx/F13B788D490947DDC1257FD300458F45/$file/Bericht%20zur%20psychischen%20Gesundheit%20bei%20Ki%20und%20Ju%20in%20Bayern_StMGP_2016.pdf), zuletzt geprüft am 05.05.2022.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus: Deutschförderung an bayerischen Grund- und Mittelschulen. Online verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/ministerium/schule-und-ausbildung/foerderung/sprachfoerderung.html>, zuletzt geprüft am 27.03.2023.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2006): Die Kooperationsklasse. München. Online verfügbar unter https://www.km.bayern.de/download/2168_gesamtdokument.pdf, zuletzt geprüft am 21.07.2021.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2013): Inklusion durch eine Vielzahl schulischer Angebote. München.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2015): Bayern ist bei der Inklusion auf einem guten Weg. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Online verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/lehrer/meldung/3746/bayern-ist-bei-der-inklusion-auf-einem-guten-weg.html>.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2018): Schulsozialarbeit an Bayerns Schulen. 60 neue Stellen für Schulsozialpädagogen zum Schuljahr 2018/19. Online verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/lehrer/meldung/6119/60-neue-stellen-fuer-schulsozialpaedagogen-zum-schuljahr-20182019.html>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2021a): Schulsozialpädagogik. Online verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/eltern/schule-und-familie/schulsozialpaedagogik.html>, zuletzt geprüft am 17.10.2022.

Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus (2021b): regionalisierte Schüler- und Absolventenprognose 2021. Modellrechnung bis zum Jahr 2035. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. München (Bildungsstatistik).

BBSR: Raumsystem, Regionstypen. Online verfügbar unter https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/raumentwicklung/raumsystem-regionstypen/_node.html, zuletzt geprüft am 28.10.2021.

BBSR (2017): Wachsende/schrumpfende Gemeinden. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/downloads/downloadsReferenz2.html>.

BBSR (2019): Laufende Raumb Beobachtung - Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html?nn=2544954>, zuletzt geprüft am 12.05.2021.

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Januar 2017): UN-Behindertenrechtskonvention. UN-BRK, vom Januar 2017. Fundstelle: <https://www.behindertenbeauftragte.de>. Online verfügbar unter https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt geprüft am 30.03.2021.

Beck, Iris (2002): Gesundheit und Wohlbefinden von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung und ihrer Familien in Deutschland. soziale und strukturelle Dimension. In: Horst Hackauf (Hg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. München: Verl. Dt. Jugendinst (Materialien zum elften Kinder- und Jugendbericht, / Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) ; Bd. 4), S. 175–316.

Bezirk Niederbayern Gesundheitseinrichtungen: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Online verfügbar unter <https://www.bkh-landshut.de/kinderjugendklinik/>, zuletzt geprüft am 02.05.2022.

Biewer, G.; Koenig, O. (2019): Personenkreis. In: Holger Schäfer (Hg.): Handbuch Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen - Spezifika - Fachorientierung - Lernfelder. Weinheim: Beltz (Pädagogik), S. 35–44.

Bleidick, Ulrich (2009): Allgemeine Behindertenpädagogik. 1. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Studententexte zur Geschichte der Behindertenpädagogik, 1).

Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (2002): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich.

Bogner, Alexander (Hg.) (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss.

Bohnsack, Ralf (2019): Gruppendiskussion. In: Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 13. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628), S. 369–384.

Borchert, Johann (1996): Pädagogisch-therapeutische Interventionen bei sonderpädagogischem Förderbedarf. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Borchert, Johann (Hg.) (2007): Einführung in die Sonderpädagogik. München: Oldenbourg (Hand- und Lehrbücher der Pädagogik).

BR24 (2021a): Corona: Kinderärzte sprechen von ‚Triage in Psychiatrien‘. Hg. v. Bayerischer Rundfunk. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/wissen/corona-kinderaerzte-sprechen-von-triage-in-psychiatrien,SXIVV5H>, zuletzt geprüft am 05.05.2022.

BR24 (2021b): Volle Kinder- und Jugendpsychiatrien: Ärzte schlagen Alarm. zu wenig Plätze in bayerischen Kinder- und Jugendpsychiatrien. Unter Mitarbeit von Katrin Bohlmann. Hg. v. Bayerischer Rundfunk. Online verfügbar unter <https://www.br.de/nachrichten/bayern/volle-kinder-und-jugendpsychiatrien-aerzte-schlagen-alarm,SYdJESz>, zuletzt geprüft am 05.05.2022.

Bradl, Christian (1987): Das Bild Geistigbehinderter in der Geschichte der Psychiatrie. "Idiotisch, asozial, zu keiner Entwicklung fähig und in Anstalten zu bewahren". In: Walther Dreher (Hg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 125–153.

Brodesser, Ellen (2015): Kinder aus zugewanderten Familien in Förderschulen. Dissertation. 1. Auflage.

Buchinger, Hubert (1997a): Niederbayern. In: Max Liedtke und Hans Jürgen Apel (Hg.): Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens. In vier Bänden. IV. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 88–98.

Buchinger, Hubert (1997b): Regionalgeschichtliche Ergänzungen: Niederbayern. Schulen in der NS-Zeit. In: Max Liedtke und Hans Jürgen Apel (Hg.): Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens. In vier Bänden, IV. IV. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 250–262.

Buchinger, Hubert (1997c): Regionalgeschichtliche Ergänzungen - Niederbayern. In: Hans Jürgen Apel und Max Liedtke (Hg.): Geschichte der Schule in Bayern. Von 1918 bis 1990, II. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt (Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens, in vier Bänden / in Verb. mit Hans Jürgen Apel ... hrsg. von Max Liedtke ; Bd. 3), S. 148–164.

Buchinger, Hubert (1997d): Regionalgeschichtliche Ergänzungen - Niederbayern. In: Hans Jürgen Apel und Max Liedtke (Hg.): Geschichte der Schule in Bayern. Von 1918 bis 1990, III. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt (Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens, in vier Bänden / in Verb. mit Hans Jürgen Apel ... hrsg. von Max Liedtke ; Bd. 3), S. 250–262.

Budde, Juergen (2017): Inklusion - Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE).

Büker, Christa (2008): Leben mit einem behinderten Kind. Betroffene Familien in sozial benachteiligter Lebenslage. In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Gesundheit und Gesellschaft), S. 282–300.

Bundes Psychotherapeuten Kammer (2020): Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Online verfügbar unter <https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2020/10/BPTK-Faktenblatt-Psychische-Erkrankungen-bei-Kinder-und-Jugendlichen.pdf>, zuletzt geprüft am 31.01.2022.

Bundesamt für Bildung und Forschung (2019): Anteil der ausländischen Schüler/-innen an allgemeinbildenden Schulen nach ausgewählten Schularten (2019). Berlin. Online verfügbar unter <https://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/B23.html>.

Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2012): Analysen Bau.Stadt.Raum. Raumabgrenzungen und Raumtypen des BBSR. Band 6. Unter Mitarbeit von Milbert und Krischausky. Hg. v. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Bonn.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Elfter Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94598/92135291ed6ca273285998211782bfa1/prm-18653-broschure-elfter-kinder-und-j-data.pdf>, zuletzt geprüft am 01.09.2021.

Bundeszentrale für politische Bildung: Migrationshintergrund. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/nachschlagen/lexika/270615/migrationshintergrund>, zuletzt geprüft am 18.05.2021.

Bundschuh, Konrad (2010): Allgemeine Heilpädagogik. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer (Heil- und Sonderpädagogik).

Cloerkes, Günther (Hg.) (2003): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter (Edition S, 1).

Cloerkes, Günther; Felkendorff, Kai; Markowetz, Reinhard (2007): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 3., neu bearb. und erw. Aufl. Heidelberg: Winter (Edition S).

Czerny, A. (1908): Der Arzt als Erzieher des Kindes. Vorlesungen. Leipzig: Deuticke.

Daseking, Monika; Werpup-Stüwe, Lina; Wienert, Lisa Marie; Menke, Barbara M.; Petermann, Franz; Waldmann, Hans-Christian (2015): Sprachfreie Intelligenzdiagnostik bei Kindern mit Migrationshintergrund. In: *Kindheit und Entwicklung* (24 (4)), S. 243–251. DOI: 10.1026/0942-5403/a000180.

Degener, Theresia (2009): Welche legislativen Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nationale Implementierung der UN-Behindertenrechtskonvention in Bund und Ländern. In: *behindertenrecht* 2009 (2), 34ff.

Destatis: Genesis Online. Online verfügbar unter <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?operation=abrufabelleBearbeiten&levelindex=2&levelid=1623151669028&auswahloperation=abrufabelleAuspraegungAuswaehlen&auswahlverzeichnis=ordnungsstruktur&auswahlziel=werteabruf&code=12521-0040&auswahltext=&werteabruf=Werteabruf#abreadcrumb>, zuletzt geprüft am 08.06.2021.

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.) 2005 – Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch.

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.: Sozialpädiatrische Zentren. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. Online verfügbar unter <https://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>, zuletzt geprüft am 05.05.2022.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2017): Inklusive Bildung ist ein Menschenrecht. Warum es die inklusive Schule für alle geben muss. Berlin. Online verfügbar unter https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Position_10_Inklusive_Bildung.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2021.

Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. 18. Aufl., vollst. überarb. und erw. Neuausg., [1. Aufl. der Neuausg.]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo Rowohlts Enzyklopädie, 55678).

Dietze, Torsten (2019): Die Entwicklung des Sonderschulwesens in den westdeutschen Ländern. Empfehlungen und Organisationsbedingungen. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Dilling, Horst; Freyberger, Harald J. (2019): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Mit Glossar und diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR. 9., aktualisierte Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäss ICD-10-GM (German Modification) 2019. Bern: Hogrefe.

Döbert, H.; Klieme, E. (2010): Indikatoren gestützte Bildungsberichterstattung. In: Rudolf Tippelt und Bernhard Schmidt (Hg.): Handbuch Bildungsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 317–336.

Dosen, Anton (1989): Diagnosis and Treatment of Mental Illness in Mentally Retarded Children: A Developmental Model. In: *Child Psychiatry and Human Development* 20 (1), S. 73–84.

Dr. Markus Wolfer (2021): Anzahl der staatlichen Förderschulen in Niederbayern. Landshut/Regensburg, 27.05.2021. E-Mail an Alexander Gotthardt. E-Mail.

Dreher, Walther (Hg.) (1987): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Dünkel, Frieder; Ewert, Stefan; Geng, Bernd; Harrendorf, Stefan: Peripherisierung ländlicher Räume, S. 107–140. DOI: 10.1007/978-3-658-15118-8_5.

Dworschak, Wolfgang: Bildungsbiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In: Dworschak, Kannewischer et al. (Hg.) 2012 – Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, S. 49–75.

Dworschak, Wolfgang (2017a): Bildungsstatistik und Inklusion. eine kritische Betrachtung. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* (68), S. 31–43.

Dworschak, Wolfgang (2017b): Schulische Inklusion - Eine Frage des richtigen Labels?! Für Grautöne in einer schwarz-weißen Bildungsstatistik. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* (68), S. 404–413.

Dworschak, Wolfgang (2012): Einschätzung von Verhalten bei Schülern mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In: Wolfgang Dworschak, Sybille Kannewischer, Christoph Ratz und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE). Eine empirische Studie. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 25), S. 149–164.

Dworschak, Wolfgang (2015): Zur Bedeutung von Kontextfaktoren im Hinblick auf den Erhalt einer Schulbegleitung. Eine empirische Analyse im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung an bayerischen Förderschulen. In: *Empirische Sonderpädagogik* 2015 (1), S. 56–72.

Dworschak, Wolfgang (2016): Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung und Migrationshintergrund. Überrepräsentation an Förderschulen in Bayern. In: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 22 (1), S. 34–40.

Dworschak, Wolfgang (2019): Schülerinnen und Schüler mit Migrationshintergrund am FgE. Lernen konkret 3/2019. Online verfügbar unter https://c.wgr.de/ff/onlineanhaenge/files/html5_preview/c497da2a0a7d225dcab844bafdb1013b4cdaaf7db927f397ef59b15a812fae08/index.html?sp=true, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

Dworschak, Wolfgang; Kannewischer, Sybille; Ratz, Christoph; Wagner, Michael (Hg.) (2012): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE). Eine empirische Studie. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 25).

Dworschak, Wolfgang; Kölbl, Sabine; et al. (2021): Die Villa wird noch renoviert. Der Lehrstuhl für Pädagogik bei geistiger Behinderung einschließlich inklusiver Pädagogik an der Universität Regensburg nimmt seine Arbeit auf. In: *Spuren (vds Bayern)* (2), S. 12–20.

Dworschak, Wolfgang; Ratz, Christoph (2012): Soziobiografische Aspekte der Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In: Wolfgang Dworschak, Sybille Kannewischer, Christoph Ratz und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE). Eine empirische Studie. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 25), S. 27–48.

Dworschak, Wolfgang; Selmayr, Anna-Maria (2021): Bildungsbiographische Aspekte. In: Dominika Baumann, Wolfgang Dworschak, Miriam Kroschewski, Christoph Ratz, Anna-Maria Selmayr und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II). Bielefeld: Athenabv (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Band 42), S. 57–78.

Dworschak, Kannewischer et al. (Hg.) 2012 – Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung.

Dykens, Elisabeth M.; Hodapp, Robert (2001): Research in Mental Retardation: Toward an Etiologic Approach. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, pp. 49±71, 2001, 2001 (Vol. 42, No. 1), S. 49–71.

Ebenbeck, Nikola; Rieser, Jakob; Gebhardt, Markus (2023): Das sonderpädagogische Fördersystem und die schulische Inklusion in Bayern zwischen 2010 und 2020. Eine räumlich-strukturelle Analyse auf Basis statistischer Daten. Preprint.

Eckert, Andreas (2012): Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind. 2., unveränderte Aufl. Hamburg: Kovač (Schriftenreihe Heilpädagogik in Forschung und Praxis, 2).

Ehret, Anna M.; Berking, Matthias (2013): DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? In: *Verhaltenstherapie* 23, 2013 (4), S. 258–266.

Einfeld, S. L.; Tonge, B. L.: Observations on the use of the ICD-10 Guide for Mental Retardation. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 1999 (43/5), S. 408–412.

Ellger-Rüttgardt, Sieglind (2008): Geschichte der Sonderpädagogik. Eine Einführung ; mit 12 Tabellen. München: Reinhardt (UTB Sonderpädagogik, 8362).

Emerson, E. (2003): Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. In: *Journal of intellectual disability research : JIDR* 47 (Pt 1), S. 51–58. DOI: 10.1046/j.1365-2788.2003.00464.x.

Falkai, Peter; Wittchen, Hans-Ulrich (2020): Diagnostische Kriterien DSM-5. Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mitherausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig. 2., korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Falkenstörfer, Sophia (2019): Migration und Behinderung. Lernen konkret Ausgabe 3/2019. Online verfügbar unter https://c.wgr.de/f/onlineanhaenge/files/html5_pre-view/fc081ed6357971363a3fecc5125d579972a5a903dfb3052e566e1839806ac78f/index.html?sp=true, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (2017): Einleitung: Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. In: Heiner Fangerau, Sascha Topp und Klaus Schepker (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin: Springer, S. 2–11.

Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hg.) (2017): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Berlin: Springer.

Feuser, Georg (1987a): Thesen zu den Stichworten 'Pädagogik, Heil- und Sonderpädagogik und Psychiatrie'. In: Walther Dreher (Hg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 93–106.

Feuser, Georg (1987b): Zum Verhältnis von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie. In: Walther Dreher (Hg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 74–92.

Fischer, Erhard (Hg.) (2008): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen - Theorien - aktuelle Herausforderungen. 2., überarb. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 8).

Fischer, Erhard (2016): (Wie) Kann dem Bildungs- und Erziehungsbedarf von Kindern und Jugendlichen mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung im gemeinsamen Unterricht ausreichend begegnet werden? In: Erhard Fischer und Reinhard Markowetz (Hg.): Inklusion im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Inklusion in Schule und Gesellschaft, / hrsg. von Erhard Fischer ... ; Band 6), S. 74–133.

Fischer, Erhard; Markowetz, Reinhard (Hg.) (2016): Inklusion im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Inklusion in Schule und Gesellschaft, / hrsg. von Erhard Fischer ... ; Band 6).

Fitz-Gibbon, C.; Tymms, P. (2002): Technical and ethical Issues in Indicator Systems. Doing Things right and doing wrong Things. (Educational Policy Analysis Archives 10, 6). Online verfügbar unter <https://epaa.asu.edu/ojs/article/viewFile/285/411>, zuletzt geprüft am 21.05.2021.

Fletcher, Rober J. (2008): Diagnostic Manual for Persons with Intellectual Disabilities (DM-ID). eine Einführung. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 30–31.

Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.) (2019): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 13. Auflage, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: rowohlt's enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag (rororo Rowohlt's Enzyklopädie, 55628).

Flierl, Christine; Gschwendner, Karl (1997): Oberpfalz. In: Max Liedtke und Hans Jürgen Apel (Hg.): Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens. In vier Bänden, IV. IV. Bad Heibrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 99–107.

Förderverein Mathilde-Eller e.V.: Mathilde Eller. Online verfügbar unter <https://mathilde-eller.de/mathilde-eller-2/>, zuletzt geprüft am 03.08.2021.

Fornfeld, Barbara (2020): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. Mit 29 Abbildungen, 14 Tabellen und 69 Übungsaufgaben. 6. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (UTB Sonderpädagogik, 8431).

Freitag, Christine M.; Kitzerow, Janina; Medda, Juliane; Soll, Sophie; Cholemkery, Hannah (2017): Autismus-Spektrum-Störungen. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 24).

Friebertshäuser, Barbara; Langer, Antje; Prengel, Annedore; Boller, Heike (Hg.) (2013): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 4., durchges. Aufl. Weinheim, München, Basel: Beltz Juventa (Handbuch).

Fuchs, Martin; Karwautz, Andreas (2017): Epidemiologie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen : Eine narrative Übersichtsarbeit unter Berücksichtigung österreichischer Daten. In: *Neuropsychiatrie : Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation : Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 31 (3), S. 96–102. DOI: 10.1007/s40211-017-0238-x.

Gaese, Franziska (2008): Intelligenzminderung (F7). In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 131–144.

Gebhardt, Markus; Scheer, David; Schurig, Michael (Hg.) (2022): Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung. Version 1.0: Universität Regensburg.

Gegenfurtner, Andreas; Gebhardt, Markus (2018): Sex Education of Diversity An Overview of empirical Findings. In: *Zeitschrift für Pädagogik* 64 (3), S. 379–393.

Georgens, J. D.; Deinhardt, H. M. (1861): Die Heilpädagogik: mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten. Zwölf Vorträge zur Einleitung und Begründung einer heilpädagogischen Gesamtwissenschaft: Fleischer (Die Heilpädagogik: mit besonderer Berücksichtigung der Idiotie und der Idiotenanstalten. Zwölf Vorträge zur Einleitung und Begründung einer heilpädagogischen Gesamtwissenschaft). Online verfügbar unter <https://books.google.de/books?id=5jFNAAAAcAAJ>.

Gomolla, Mechthild; Radtke, Frank-Olaf (2009): Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gontard, Alexander von (2013): Genetische und biologische Grundlagen. In: Gerhard Neuhäuser (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 24–41.

Gresch, Cornelia; Kuhl, Poldi; Grosche, Michael; Sälzer, Christine; Stanat, Petra (Hg.) (2020): Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen: Einblicke und Entwicklungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH.

Gstach, Johannes (2015): Kretinismus und Blödsinn. Zur fachlich-wissenschaftlichen Entdeckung und Konstruktion von Phänomenen der geistig-mentalen Auffälligkeit zwischen 1780 und 1900 und deren Bedeutung für Fragen der Erziehung und Behandlung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt (Klinkhardt Forschung).

Haag, Nicole; Heppt, Birgit; Schipolowski, Stefan (2018): Leistungsstanddiagnostik. In: Débora B. Maehler, Alexandra Shajek und Heinz Ulrich Brinkmann (Hg.): Diagnostik bei Migrantinnen und Migranten. Ein Handbuch. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe, S. 150–193.

Hackauf, Horst (Hg.) (2002): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht; Deutsches Jugendinstitut. München: Verl. Dt. Jugendinst (Materialien zum elften Kinder- und Jugendbericht, / Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.); Bd. 4).

Hahn, Martin (1987): Zum Verhältnis von Geistigbehindertepädagogik und Psychiatrie. In: Walther Dreher (Hg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 50–73.

Halfmann, Julia (2014): Migration und Behinderung. Orientierungswissen für die Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer (Basis Material geistige Behinderung - Lernschwierigkeiten).

Hedderich, Ingeborg (2018): Migration-Flucht-Integration. Kenntnisstand und Herausforderungen. In: *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik* 24 (1), S. 6–12. Online verfügbar unter www.szh-csps.ch/z2018-01-01, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

Heimlich, Ulrich; Kahlert, Joachim; Lelgemann, Reinhard; Fischer, Erhard (2016): Inklusives Schulsystem. Analysen, Befunde, Empfehlungen zum bayerischen Weg. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt (Klinkhardt Forschung).

Helfferich, Cornelia (2019): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Springer eBook Collection), S. 669–686.

Henkel, Jennifer; Neuß, Norbert (Hg.) (2018): Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen. Pädagogische Perspektiven für die Schule und Jugendhilfe. W. Kohlhammer GmbH. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Hennicke, Klaus; Klauß, Theo (Hg.) (2016): Verhaltensauffälligkeiten bei Schüler(inne)n mit Intelligenzminderung. Eine Herausforderung für Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bundesvereinigung Lebenshilfe; Tagung Problemverhalten bei Schülern mit Geistiger Behinderung. 1. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Hennicke, Klaus; Klauß, Theo (2016): Zur Einführung - Verhaltensauffälligkeiten von intelligenzgeminderten Schüler(inne)n als Herausforderung für Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Klaus Hennicke und Theo Klauß (Hg.): Verhaltensauffälligkeiten bei Schüler(inne)n mit Intelligenzminderung. Eine Herausforderung für Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 7–17.

Hennicke, Klaus; Seidel, Michael (Hg.) (2010): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Hess, Doris; Ruland, Michael; Meyer, Maurice; Steinwede, Jacob (2019): Schulische Inklusion. Untersuchung zu Einstellungen zu schulischer Inklusion und Wirkungen im Bildungsverlauf. Hg. v. Aktion Mensch e.V., Die Zeit und infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (Hrsg.).

Hinni, Chantal (2021): Sozialkapital intersektional. Dissertation / Dissertation (Bildungsforschung, Band 11).

Hinz, Andreas: Von der Integration zur Inklusion - terminologisches Spiel oder konzeptionelle Weiterentwicklung? In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 2002 (Vol. 53 (9)), S. 354–361.

Hitzler, Ronald; Honer, Anne; Maeder, Christoph (Hg.) (1994): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag (Springer eBook Collection Business and Economics).

Hollenbach-Biele, Nicole; Klemm, Klaus; Bertelsmann Stiftung (2020): Inklusive Bildung zwischen Licht und Schatten: BStift - Bertelsmann Stiftung.

Höss, Herbert (1979): Primar- und Sekundarbereich I. In: Heinz Bach (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Carl Marhold, S. 88–113.

Hunger, U.; Thränhardt, D. (2011): Vom "katholischen Arbeitermädchen vom Lande" zum "italienischen Gastarbeiterjungen aus dem Bayerischen Wald". zu den neuen Disparitäten im deutschen Bildungssystem. In: Zeynel Korkmaz, Engin Kunter und Ozan Daghan (Hg.): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl., S. 51–61.

intersoft consulting: Datenschutz Grundverordnung (DGSVO). Hg. v. intersoft consulting. Online verfügbar unter <https://dsgvo-gesetz.de/art-91-dsgvo/>, zuletzt geprüft am 26.10.2021.

ISB: Inklusion und Schule. Kooperationsklassen. Online verfügbar unter http://www.inklusion.schule.bayern.de/schule_entwickeln/formen-gem-lernen/koopklassen/, zuletzt geprüft am 07.06.2021.

ISB (2003). Online verfügbar unter <https://www.isb.bayern.de/download/9272/vorwort.pdf>.

ISB (2019): LehrplanPLUS - Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Online verfügbar unter <https://www.lehrplanplus.bayern.de/sixcms/media.php/119/LehrplanPLUS%20F%C3%B6rderschule%20-%20F%C3%B6rderschwerpunkt%20geistige%20Entwicklung%20-%20Juni%202019.pdf>, zuletzt geprüft am 11.08.2021.

Jantzen, Wolfgang (1974): Sozialisation und Behinderung. Studien zu sozialwissenschaftlichen Grundfragen der Behindertenpädagogik. Giessen: Focus-Verlag (Argumentationen, Bd. 12).

Jantzen, Wolfgang (1982): Sozialgeschichte des Behindertenbetreuungswesens. München: DJI Verl. Deutsches Jugendinst (DJI Materialien. Reihe: Integration behinderter Kinder).

Jantzen, Wolfgang (2002): Identitätsentwicklung und pädagogische Situation behinderter Kinder und Jugendlicher. In: Horst Hackauf (Hg.): Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen. München: Verl. Dt. Jugendinst (Materialien zum elften Kinder- und Jugendbericht, / Sachverständigenkommission Elfter Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.); Bd. 4), S. 317–394.

Jantzen, Wolfgang (2011): Eine Schule für alle ist möglich. In: Zeynel Korkmaz, Engin Kunter und Ozan Daghan (Hg.): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl., S. 29–36.

Jantzen, Wolfgang (2020): Geschichte, Pädagogik und Psychologie der geistigen Behinderung. Berlin: Lehmanns Media GmbH - Verlag (ICHS International Cultural-Historical Human Sciences, 58).

Joel, Torsten (2018): Intelligenzdiagnostik mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 69 (5), S. 196–206.

Kaiser, Robert (2014): Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Kannewischer, Sybille; Wagner, Michael: Diagnosen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. In: Dworschak, Kannewischer et al. (Hg.) 2012 – Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung, S. 77–86.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) (Januar / 2022): Versorgungsatlas Kinder- und Jugendpsychiater. Darstellung der regionalen Versorgungssituation sowie der Altersstruktur in Bayern. Hg. v. KVB. München. Online verfügbar unter <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Versorgung/KVB-Versorgungsatlas-Kinder-und-Jugendpsychiater.pdf>.

Kastl, Jörg Michael (2017): Einführung in die Soziologie der Behinderung. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Kastl, Jörg Michael; Felkendorff, Kai (Hg.) (2014): Behinderung, Soziologie und gesellschaftliche Erfahrung. Im Gespräch mit Günther Cloerkes. Wiesbaden: Springer VS.

Kemper, Thomas; Weishaupt, Horst (2011): Zur Bildungsbeteiligung ausländischer Schüler an Förderschulen - unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Staatsangehörigkeit (62), S. 419–431. DOI: 10.25656/01:6056.

Kittmann, Norbert (2008): Bedeutung pädagogischer Arbeit. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 241–247.

Klauß, Theo; Hockenberger, Marline; Janz, Frauke (2016): Welches Verhalten von Schüler(inne)n im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung erleben Lehrer(innen) als auffällig, problematisch und belastend? In: Klaus Hennicke und Theo Klauß (Hg.): Verhaltensauffälligkeiten bei Schüler(inne)n mit Intelligenzminderung. Eine Herausforderung für Pädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 18–38.

Klehm, Johann (2009): Schulische Integration - historische Aspekte und aktuelle Entwicklungen in Bayern. Eine empirische Studie zum Modell der Außenklasse. Zugl.: München, Univ., Diss., 2009. Hamburg: Kovač (Schriftenreihe Integrationspädagogik in Forschung und Praxis, 5).

Klemm, Klaus (2013): Inklusion in Deutschland. eine bildungsstatistische Analyse. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Klemm, Klaus (2015): Inklusion in Deutschland. Daten und Fakten. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Klemm, Klaus (2018): Unterwegs zur inklusiven Schule. Lagebericht 2018 aus bildungsstatistischer Perspektive. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.

Klinik am Greinberg: Klinik am Greinberg - Spezialklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Online verfügbar unter <https://www.bezirk-unterfranken.de/einrichtungen/wuerzburg/klinik-am-greinberg/11402.Klinik-am-Greinberg---Spezialklinik-fuer-Kinder--und-Jugendpsychiatrie-Psychosomatik-und-Psychotherapie.html>, zuletzt geprüft am 15.03.2023.

Klinik St. Camillus: Stationäre Versorgungsangebote. Online verfügbar unter <http://www.krankenhaus-st-camillus.de/klinik-krankenhaus-st-camillus-ursberg.html>, zuletzt geprüft am 15.03.2023.

Kölm, Jenny; Mahler, Nicole; Gresch, Cornelia (2020): Die Bedeutung der Klassenzusammensetzung für das Vorliegen einer Diagnose eines sonderpädagogischen Förderbedarfs Lernen bei Schüler*innen mit Zuwanderungshintergrund. In: Cornelia Gresch, Poldi Kuhl, Michael Grosche, Christine Sälzer und Petra Stanat (Hg.): Schüler*innen mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Schulleistungserhebungen: Einblicke und Entwicklungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien GmbH, S. 263–292.

Korkmaz, Zeynel; Kunter, Engin; Daghan, Ozan (Hg.) (2011): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Universität Duisburg-Essen; Panel Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl.

Kornmann, Reimer (2010): Die Überrepräsentation ausländischer Kinder und Die Überrepräsentation ausländischer Kinder und Jugendlicher in Sonderschulen mit dem Schwerpunkt Lernen. In: Georg Auernheimer (Hg.): Schief lagen im Bildungssystem. Die Benachteiligung der Migrantenkinder. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss (Interkulturelle Studien, 16), S. 71–85.

Kornmann, Reimer (Hg.) (2013): Die Überrepräsentation ausländischer Kinder und Jugendlicher in Sonderschulen mit dem Schwerpunkt Lernen.

Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).

Kultusministerkonferenz (20.10.2011): Inklusive Bildung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen in Schulen. Fundstelle: https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf. Online verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/2011/2011_10_20-Inklusive-Bildung.pdf.

KVB (2022): Bedarfsplanung. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>, zuletzt geprüft am 26.04.2022.

Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Lebenshilfe Landesverband Bayern: Wir über uns. Online verfügbar unter <https://www.lebenshilfe-bayern.de/wir-ueber-uns/>, zuletzt geprüft am 02.08.2021.

Legenbauer, T. (2020): Komorbidität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Online verfügbar unter https://www.springermedizin.de/emedpedia/psychiatrie-und-psychotherapie-des-kindes-und-jugendalters/komorbiditaet-in-der-kinder-und-jugendpsychiatrie-und-psychotherapie?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-49289-5_66, zuletzt geprüft am 31.01.2022.

Lehmkuhl, G. (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. In: A. Warnke, G. Lehmkuhl und (Red.) (Hg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 94–95.

Lempp, Reinhart (1987): Pädagogik, Heilpädagogik und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Kinder und Jugendliche zwischen Psychiatrie und Pädagogik. In: Walther Dreher (Hg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 107–124.

Liedtke, Max; Apel, Hans Jürgen (Hg.) (1997): Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens. In vier Bänden. IV. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt.

Lindmeier, Bettina; Lindmeier, Christian (2019): Historische Linien der schulischen Geistigbehindertenpädagogik. In: Holger Schäfer (Hg.): Handbuch Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen - Spezifika - Fachorientierung - Lernfelder. Weinheim: Beltz (Pädagogik), S. 25–34.

Lingg, A.; Theunissen, G. (1993): Psychische Störungen bei Geistigbehinderten. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Lingg, Albert; Theunissen, Georg (2018): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 7., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus (Behindertenhilfe).

LMU: Geschichte. Online verfügbar unter https://www.edu.lmu.de/esE/ueber_uns/geschichte/index.html, zuletzt geprüft am 04.08.2021.

Loos, Peter; Schäffer, Burkhard (2001): Das Gruppendiskussionsverfahren. Theoretische Grundlagen und empirische Anwendung. Opladen: Leske + Budrich (Qualitative Sozialforschung, 5).

Loose, Ingo: Aktion T4 Die "Euthanasie"-Verbrechen im Nationalsozialismus 1933 bis 1945. Online verfügbar unter <https://www.gedenkort-t4.eu/de/wissen/aktion-t4>, zuletzt geprüft am 02.08.2021.

Macha, T. (2010): Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre (ET 6-6). Online verfügbar unter http://www.entwicklungsdiagnostik.de/et_6-6.html, zuletzt aktualisiert am 2010, zuletzt geprüft am 24.01.2022.

Macha, Thorsten; Petermann, Franz (2021): Intelligenzminderung. Hg. v. Markus Antonius Wirtz. Hogrefe Verlag / Dorsch. Online verfügbar unter <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/intelligenzminderung>, zuletzt geprüft am 26.07.2021.

Macha, Thorsten; Proske, Annette; Petermann, Franz: Validität von Entwicklungstests. In: , Bd. 14, S. 150–162.

Maehler, Débora B.; Shajek, Alexandra; Brinkmann, Heinz Ulrich (Hg.) (2018): Diagnostik bei Migrantinnen und Migranten. Ein Handbuch. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Manas K. Akmatov; Holstiege, Jakob; Hering, Ramona; Schulz, Mandy; Steffen, Annika; Bätzing, Jörg (2018): Ambulante Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) - Teil 3 – Identifizierung raumzeitlicher Cluster der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009 bis 2016, zuletzt aktualisiert am 2018.

Markowetz, Reinhard (2008): Geistige Behinderung in soziologischer Perspektive. In: Erhard Fischer (Hg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen - Theorien - aktuelle Herausforderungen. 2., überarb. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 8), S. 238–291.

Maschke, Michael (2003): Die sozioökonomische Lage behinderter Menschen in Deutschland. In: Günther Cloerkes (Hg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter (Edition S, 1), S. 165–182.

Maulik, Pallab K.; Harbour, Catherine K.; McCarthy, Jane (2013): Epidemiology. In: Elias Tsakanikos und Jane McCarthy (Hg.): Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy. Dordrecht: Springer (Autism and Child Psychopathology Series), S. 9–21.

MAXQDA (2022): MAXQDA. Online verfügbar unter <https://www.maxqda.de/maxqda-startseite-4-2>, zuletzt geprüft am 20.10.2022.

Mayring, Philipp (2016): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik).

Mayring, Philipp (2022): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 13. Neuauflage. Weinheim: Julius Beltz GmbH & Co. KG.

Maywald, Jörg (2018): Zwischen Trauma und Resilienz. Zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland. In: Jennifer Henkel und Norbert Neuß (Hg.): Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen. Pädagogische Perspektiven für die Schule und Jugendhilfe. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 21–53.

medbo: Kinder- und Jugendpsychiatriezentrum Regensburg. Online verfügbar unter <https://www.medbo.de/kliniken-heime/kinder-jugendpsychiatrie/regensburg/?L=0>, zuletzt geprüft am 02.05.2022.

Mehler-Wex, C.; Warnke, A. (2008): Medizinische Gesichtspunkte bei geistiger Behinderung. In: Erhard Fischer (Hg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen - Theorien - aktuelle Herausforderungen. 2., überarb. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 8), S. 169–183.

Meinel, Gotthard (Hg.) (2015): Flächennutzungsmonitoring VII. Boden, Flächenmangement, Analysen und Szenarien ; [7. Dresdner Flächennutzungssymposium ... am 6. - 7. Mai 2015 im DORMERO Hotel Königshof Dresden. Dresdner Flächennutzungssymposium. Berlin: Rhombos-Verlag (IÖR Schriften, 67).

Meir, Stefan; Sabellek, Christoph (2008): Diagnoseinstrumente für Menschen mit Intelligenzminderung. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 32–36.

Merz-Atalik, Kerstin (2014): Inklusiver Unterricht und migrationsbedingte Vielfalt. In: Gudrun Wansing und Manuela Westphal (Hg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer VS, S. 159–175.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (1994): Expertenwissen und Experteninterview. In: Ronald Hitzler, Anne Honer und Christoph Maeder (Hg.): Expertenwissen. Die institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit. Wiesbaden: Vieweg+Teubner Verlag (Springer eBook Collection Business and Economics), S. 180–192.

Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Alexander Bogner (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwiss, S. 71–93.

Meyer, Dorothea (1973): Erforschung und Therapie der Oligophrenien in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Berlin-Charlottenburg: Marhold (Texte und Beiträge zur Geschichte der Sonderpädagogik).

Meyer, H. (1983): Geistigbehindertenpädagogik. In: Světluš Solarová (Hg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer, S. 84–119.

Milbert, Antonia (2015): Raumabgrenzung - Methodik und Entwicklung der BBSR-Typen. In: Gotthard Meinel (Hg.): Flächennutzungsmonitoring VII. Boden, Flächenmangement, Analysen und Szenarien ; [7. Dresdner Flächennutzungssymposium ... am 6. - 7. Mai 2015 im DORMERO Hotel Königshof Dresden. Berlin: Rhombos-Verlag (IÖR Schriften, 67), S. 173–179.

Mißling, Sven; Ückert, Oliver (2015): Das Recht auf inklusive Bildung in der Schule. Stand der Umsetzung von Art. 24 UN-BRK in der deutschen Schulgesetzgebung nach fünf Jahren. In: *Recht der Jugend und des Bildungswesens (RdJB)* 62 (1), S. 63–78.

Möckel, Andreas (1988): Geschichte der Heilpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).

Moosbrugger, Helfried; Kelava, Augustin (Hg.) (2020): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Springer-Verlag GmbH. 3., vollständig neu bearbeitete, erweiterte und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Lehrbuch).

Moss, Steve; Hurley, Anne Desnoyers (2013): Integrating Assessment Instruments within the Diagnostic Process. In: Elias Tsakanikos und Jane McCarthy (Hg.): Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy. Dordrecht: Springer (Autism and Child Psychopathology Series), S. 43–61.

Mühl, Heinz (1969): Notwendigkeit und Möglichkeit der Erziehung geistig behinderter Kinder. Schriften zur Sonderpädagogik. Bad Godesberg: Verlag Dürrsche Buchhandlung.

Mühl, Heinz (2008): Entwicklung und Standort der Geistigbehindertenpädagogik innerhalb der (Sonder-)Pädagogik. In: Erhard Fischer (Hg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen - Theorien - aktuelle Herausforderungen. 2., überarb. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 8), S. 45–68.

Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Mit einem synoptischen Vergleich von ICD-10 mit DSM-IV (2012). 6., korrigierte Aufl. Bern: Huber.

Neuhäuser, Gerhard (Hg.) (2013): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Neuhäuser, Gerhard; Steinhausen, Hans-Christoph (Hg.) (1990): Geistige Behinderung. Grundlagen, Klinische Symptome, Behandlung und Rehabilitation. 3., überarb. und erw. Aufl. 2003. Stuttgart: Kohlhammer.

Nießen, Manfred (1977): Gruppendiskussion. Interpretative Methodologie, Methodenbegründung, Anwendung. München: Fink.

Nußbeck, Susanne (2008): Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung. In: Susanne Nußbeck, Adrienne Biermann und Heidemarie Adam (Hg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe (Handbuch Sonderpädagogik, / Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Johann Borchert und Prof. Dr. Herbert Goetze ; Band 4), S. 5–17.

Nußbeck, Susanne; Biermann, Adrienne; Adam, Heidemarie (Hg.) (2008): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe (Handbuch Sonderpädagogik, / Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Johann Borchert und Prof. Dr. Herbert Goetze ; Band 4).

Özyürek, Memeth (2011): Die Lernschwäche als potentielle Ursache bei diagnostischer Komplikation bei Migrantenkindern und die Lösungsansätze. In: Zeynel Korkmaz, Engin Kunter und Ozan Daghan (Hg.): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl., S. 39–44.

Petermann, Franz (2014): Wechsler nonverbal scale of ability. Manual zur Durchführung und Auswertung. Frankfurt, M.: Pearson.

Petry, Detlef; Bradl, Christian (1999): Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Geistigbehindertenhilfe. Projekte und Konzepte. Bonn: Psychiatrie-Verl.

Powell, Justin; Wagner, Sandra (2001): Daten und Fakten zu Migrantenjugendlichen an Sonderschulen in der Bundesrepublik Deutschland.

Powell, Justin J. W.; Wagner, Sandra J. (2014): An der Schnittstelle Ethnie und Behinderung benachteiligt. In: Gudrun Wansing und Manuela Westphal (Hg.): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer VS, S. 177–199.

Pröhl, Olaf (2001): Belegungsstatistik für eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilung in Bayern. Dissertation. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München, München. Medizinische Fakultät.

Przyborski, Aglaja (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH (Lehrbuch).

Ratz, Christoph; Dworschak, Wolfgang (2012): Zur Anlage der Studie SFGE. In: Wolfgang Dworschak, Sybille Kannewischer, Christoph Ratz und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE). Eine empirische Studie. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 25), S. 9–26.

Regierung der Oberpfalz (2021): Verzeichnis der Oberpfälzer Förderschulen beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Online verfügbar unter <https://regierung.oberpfalz.bayern.de/service/schulen/verzeichnisse/index.html>, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Regierung von Niederbayern (2020a): Strukturdaten 20. Standort Niederbayern. Hg. v. Industrie- und Handelskammer für Niederbayern in Passau, Handwerkskammer Niederbayern-Oberpfalz, Regierung von Niederbayern, Bezirk Niederbayern und Niederbayern Forum e.V. Passau, Landshut. Online verfügbar unter https://www.regierung.niederbayern.bayern.de/media/niederbayern/zahlen_statistiken_karten/strukturdaten2020.pdf, zuletzt geprüft am 08.06.2021.

Regierung von Niederbayern (2020b): Verzeichnis der Förderschulen in Niederbayern. Volksschulen zur sonderpädagogischen Förderung und Schulen für Kranke. Online verfügbar unter https://www.regierung.niederbayern.bayern.de/media/aufgabenbereiche/4/foes/foes_verzeichnis_foerderschwerpunkte.pdf, zuletzt aktualisiert am Oktober 2020, zuletzt geprüft am 26.05.2021.

Renner, G.; Scholz, M. (2022): Fair oder nicht fair, das ist hier die Frage! Die Sicherung der Testfairness als Aufgabe der sonderpädagogischen Diagnostik. In: Markus Gebhardt, David Scheer und Michael Schurig (Hg.): Handbuch der sonderpädagogischen Diagnostik. Grundlagen und Konzepte der Statusdiagnostik, Prozessdiagnostik und Förderplanung. Version 1.0: Universität Regensburg.

Rensinghoff, Carsten (Hg.) (2015): Inklusion als gesellschaftliche Herausforderung – Paradoxien und Perspektiven (2015).

Rexroth, Christian A. (Hg.) (2011a): Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. Entwicklungen - Gegenwart - Perspektiven ; Festschrift zum 65. Geburtstag von Dr. Martin Linder. Unter Mitarbeit von Martin Linder und Martin Lindner. Göttingen: V & R Unipress.

Rexroth, Christian A. (2011b): Entstehung und Entwicklung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Oberpfalz. In: Christian A. Rexroth (Hg.): Die klinische Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bayern. Entwicklungen - Gegenwart - Perspektiven ; Festschrift zum 65. Geburtstag von Dr. Martin Linder. Unter Mitarbeit von Martin Linder und Martin Lindner. Göttingen: V & R Unipress, S. 115–203.

Röder, Mandy; Guderjahn, Lena; Fingerle, Michael; Büttner, Gerhard (2021): Diagnostik im Kontext von Fluchterfahrungen. Eine kritische Betrachtung [sic!] dynamischen Testens. In: *Empirische Sonderpädagogik* (1), S. 21–33. Online verfügbar unter https://www.pedocs.de/volltexte/2021/23569/pdf/ESP_2021_1_Roeder_et_al_Diagnostik_im_Kontext.pdf.

Sarimski, Klaus (2005): Psychische Störungen bei behinderten Kindern und Jugendlichen. Göttingen, Bern: Hogrefe Verl. für Psychologie.

Sarimski, Klaus (2006): Geistige Behinderung. In: Hans-Christoph Steinhausen und Nicole Achermann (Hg.): Schule und psychische Störungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 119–132.

Sarimski, Klaus (2011): Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen - Prävalenz und Prävention. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 60 (7), S. 510–526.

Sarimski, Klaus; Steinhausen, Hans-Christoph (2008): Psychische Störungen bei geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, 11).

Schäfer, Holger (Hg.) (2019): Handbuch Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen - Spezifika - Fachorientierung - Lernfelder. Weinheim: Beltz (Pädagogik).

Schäfer, Holger; Mohr, Lars (Hg.) (2018): Psychische Störungen im Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen und Handlungsoptionen in Schule und Unterricht. Unter Mitarbeit von Trudy Aebischer. Julius Beltz GmbH & Co. KG. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik).

Schanze, Christian: DEKIM. Online verfügbar unter <https://fobiport.de/fortbildungen/dekim/>, zuletzt geprüft am 13.04.2023.

- Schanze, Christian (2008a): Diagnostik und Einschätzung von Verhaltensauffälligkeiten (F7). In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 145–157.
- Schanze, Christian (2008b): Intelligenzminderung und psychische Störung. Grundlagen, Epidemiologie, Erklärungsansätze. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 15–24.
- Schanze, Christian (Hg.) (2008): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer.
- Schanze, Christian; Schmitt, R. (2008): Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 261–266.
- Scheer, David; Melzer, Conny (2020): Trendanalyse der KMK-Statistiken zur Sonderpädagogischen Förderung 1994 bis 2019. In: *Zeitschrift für Heilpädagogik* 71, S. 575–591.
- Schmaderer, Franz-Otto (1997): Geschichte der Lehrerbildung in Bayern. In: Max Liedtke und Hans Jürgen Apel (Hg.): Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens. In vier Bänden, IV. IV. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt, S. 407–530.
- Schmidt, Holger (2008a): Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 25–27.
- Schmidt, Holger (2008b): Tauglichkeit internationaler Diagnosesysteme. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 28–29.
- Schuppener, Saskia (2007): Geistig- und Schwermehrfachbehinderungen. In: Johann Borchert (Hg.): Einführung in die Sonderpädagogik. München: Oldenbourg (Hand- und Lehrbücher der Pädagogik), S. 111–148.
- Schuppener, Saskia; Schlichting, Helga; Goldbach, Anne; Hauser, Mandy (2021): Pädagogik bei zugeschriebener geistiger Behinderung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer (Kompendium Behindertenpädagogik).
- Seidel, M. (2005): Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit Ein neues Mitglied der Familie WHO-Klassifikationen. In: *Der Nervenarzt* 76 (1), 79-90; quiz 91-2. DOI: 10.1007/s00115-004-1855-8.
- Seidel, Michael: Stationär-psychiatrische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. ein spannungsgeladenes Thema. In: Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.) 2005 – Die stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch, Bd. 10, S. 4–11.
- Seidel, Michael (2008): Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland: Statistik, Lebenswelten, Hilfesysteme und Sozialrecht. In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 5–12.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2020a): Dokumentation Nr. 224 - März 2020. Schüler, Klassen, Lehrer und Absolventen der Schulen 2009 bis 2018. Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/Statistik/Dokumentationen/Dok224_SKL2018.pdf, zuletzt geprüft am 20.09.2021.
- Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (2020b): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2009-2018. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz. Hg. v. Kultusministerkonferenz. Berlin (Dokumentation Nr. 223).

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2010): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik. Berlin.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2012): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik. Berlin.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2014): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2016): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik. Berlin.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2020): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik. Berlin.

Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik (2021): Sonderpädagogische Förderung in Förderschulen (Sonderschulen). Hg. v. Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik. Berlin.

Selmayr, Anna-Maria; Dworschak, Wolfgang (2021): Soziobiographische Aspekte. In: Dominika Baumann, Wolfgang Dworschak, Miriam Kroschewski, Christoph Ratz, Anna-Maria Selmayr und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II). Bielefeld: Athenawbv (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Band 42), S. 35–56.

Sinzig, J.; Lehmkuhl, G. (2006): Intelligenzminderung. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 74 (8), 469-82; quiz 483-7. DOI: 10.1055/s-2005-919067.

Solarová, Světluše (Hg.) (1983): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.

Speck, Otto (1979): Geschichte. In: Heinz Bach (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Geistigbehinderten. Berlin: Carl Marhold, S. 57–72.

Speck, Otto (1997): Sonderschulen. In: Hans Jürgen Apel und Max Liedtke (Hg.): Geschichte der Schule in Bayern. Von 1918 bis 1990, Bd. 3. Bad Heilbrunn/Obb.: Klinkhardt (Handbuch der Geschichte des bayerischen Bildungswesens, in vier Bänden / in Verb. mit Hans Jürgen Apel ... hrsg. von Max Liedtke ; Bd. 3), S. 914–924.

Speck, Otto (2003): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung ; 7 Tabellen. 5., neu bearb. Aufl. München: Reinhardt.

Speck, Otto (2010): Schulische Inklusion aus heilpädagogischer Sicht. Rhetorik und Realität ; mit 9 Tabellen. München: Reinhardt.

Speck, Otto (2018): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. 13., aktualisierte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Speck, Otto (2019): Dilemma Inklusion. Wie Schule allen Kindern gerecht werden kann. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Stadt Regensburg: Fachstelle InMIgra-Kid. Fachstelle für die Integration von Migrantenkindern ind Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.regensburg.de/rathaus/aemteruebersicht/direktorium-2/jugend-und-familie/jugend-und-familientherapeutische-beratungsstelle/fachstelle-inmigra-kid>, zuletzt geprüft am 22.03.2023.

Stadt Regensburg - Abteilung Statistik (2020): Informationen, Zahlen und Publikationen der Abteilung Statistik. Hg. v. Stadt Regensburg. Regensburg. Online verfügbar unter <https://www.regensburg.de/buergerservice/statistik>, zuletzt geprüft am 01.06.2021.

Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (1994): Empfehlungen zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland. Online verfügbar unter https://www.kmk.org/fileadmin/veroeffentlichungen_beschluesse/1994/1994_05_06-Empfehl-Sonderpaedagogische-Foerderung.pdf, zuletzt geprüft am 15.07.2021.

statista (2019): Prävalenz ausgewählter Angststörungen unter Kindern und Jugendlichen in Deutschland nach Geschlecht 2017. Hg. v. statista. Köln. Online verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1085642/umfrage/praevaleanz-von-angststoerungen-unter-kindern-in-deutschland/#:~:text=Pr%C3%A4valenz%20von%20Angstst%C3%B6rungen%20unter%20Kindern%20in%20Deutschland%202017.,Jugendlichen%20auf%20durchschnittlich%202%2C1%20F%C3%A4lle%20je%201.000%20Kinder.>, zuletzt geprüft am 08.02.2022.

Statistisches Bundesamt (2020): Pressemitteilung Nr. 090 vom 12. März 2020. Destatis. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_090_211.html, zuletzt geprüft am 13.10.2021.

Statistisches Bundesamt - Zweigstelle Bonn (2021): Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Statistik der schwerbehinderten Menschen (gestaltbar). Hg. v. Statistisches Bundesamt - Zweigstelle Bonn. Bonn. Online verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_orientation?p_uid=gastd&p_aid=86131414&p_sprache=D&p_help=2&p_in-dnr=215&p_ansnr=63510612&p_version=2&D.000=1&D.002=2&D.003=2&D.004=3&D.624=3&D.100=3, zuletzt geprüft am 21.06.2021.

Stawski, Mike (2008): Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-98). In: Christian Schanze (Hg.): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzmindering. 1., unveränd. Nachdr. Stuttgart: Schattauer, S. 171–179.

Steinbach, Anja; Nauck, Bernhard (2004): Intergenerationale Transmission von kulturellem Kapital in Migrantenfamilien. zur Erklärung von ethnischen Unterschieden im deutschen Bildungssystem. In: *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft* 7 (1), S. 20–32.

Steinhausen, Hans-Christoph; Achermann, Nicole (Hg.) (2006): Schule und psychische Störungen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Steinhausen, Hans-Christoph; Häßler, Frank; Sarimski, Klaus (2013): Psychische Störungen und Verhaltensprobleme. In: Gerhard Neuhäuser (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, S. 141–171.

Subasi Singh, Seyda (2020): Overrepresentation of immigrants in special education. A grounded theory study on the case of Austria = Die Überrepräsentation von MigrantInnen in der Sonderpädagogik : eine Grounded Theory Studie am Beispiel Österreich. Dissertation. Bad Heilbrunn: Verlag JuliusKlinkhardt (klinkhardt forschung Inklusion, Behinderung, Gesellschaft. Bildungs- und sozialwissenschaftliche Beiträge).

Süddeutsche Zeitung (2022): UN melden erstmals mehr als 100 Millionen Geflüchtete weltweit. In: *Süddeutsche Zeitung*, 13.05.2022. Online verfügbar unter UN melden erstmals mehr als 100 Millionen Geflüchtete weltweit, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

Tagesschau: Merz beklagt "Sozialtourismus". Online verfügbar unter <https://www.tagesschau.de/inland/merz-ukraine-fluechtlinge-deutschland-101.html>, zuletzt geprüft am 02.06.2023.

Tegge, Dana (2020): Inklusion als schulischer Transformationsprozess. Möglichkeiten und Grenzen der indikatoren gestützten Darstellung des Gemeinsamen Lernens auf kommunaler und Einzelschulebene. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt (klinkhardt forschung. Interdisziplinäre Beiträge zur Inklusionsforschung).

Theunissen, Georg; Sagrauske, Mieke (2019): Pädagogik bei Autismus. Eine Einführung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Tippelt, Rudolf; Schmidt, Bernhard (Hg.) (2010): Handbuch Bildungsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Toussaint, Anne; Heinze, Lisa; Lipsius, Maike; Petermann, Franz (2012): Zur Aussagekraft des SON-R 6-40 bei Kindern mit Hörbeeinträchtigung und Kindern mit Migrationshintergrund. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* (61 (2)), S. 108–121. Online verfügbar unter <http://hdl.handle.net/20.500.11780/3715>, zuletzt geprüft am 03.08.2022.

Tsakanikos, Elias; McCarthy, Jane (Hg.) (2013): Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy. Dordrecht: Springer (Autism and Child Psychopathology Series).

Uçar, Ali (1996): Benachteiligt: ausländische Kinder in der deutschen Sonderschule. Eine empirische Untersuchung zur Lage der türkischen Kinder in der Schule für Lernbehinderte. Zugl.: Berlin, Techn. Univ., Habil.-Schr., 1995. Baltmannsweiler: Schneider-Verl. Hohengehren.

Uçar, Ali (2011): Migration und Behinderung aus Sicht der Betroffenen. Zur Sonderschulproblematik von Kindern mit Migrationshintergrund. In: Zeynel Korkmaz, Engin Kunter und Ozan Daghan (Hg.): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl., S. 46–67.

UNHCR (2009): UNHCR 2009 Global Trends report: selected graphs. Online verfügbar unter <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/4c7bb5f66/unhcr-2009-global-trends-report-selected-graphs.html>, zuletzt geprüft am 23.05.2022.

UNO Flüchtlingshilfe Deutschland (2020): Fluchtursachen. Hg. v. UNO Flüchtlingshilfe Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/informieren/fluchtursachen/krieg-und-gewalt>, zuletzt geprüft am 01.06.2022.

van Gennep, Ad (2010): Eine heilpädagogische Perspektive psychosozialer Verhaltensprobleme bei Menschen mit einer intellektuellen Behinderung. In: Klaus Hennicke und Michael Seidel (Hg.): Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 32–40.

Verband Sonderpädagogik e.V. Online verfügbar unter <https://verband-sonderpaedagogik.de/>, zuletzt geprüft am 11.08.2021.

Vogl, Susanne (2019): Gruppendiskussion. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Springer eBook Collection), S. 695–700.

Wachsen und Schrumpfen von Kreisen 2011-2016 (2018). Bonn: BBSR. Online verfügbar unter <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raubeobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/wachsend-schrumpfend-kreise/wachsend-schrumpfend-kreise.html>, zuletzt geprüft am 25.05.2021.

Wacker, Elisabeth (2008): Soziologische Ansätze. Behinderung als soziale Konstruktion. In: Susanne Nußbeck, Adrienne Biermann und Heidemarie Adam (Hg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe (Handbuch Sonderpädagogik, / Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Johann Borchert und Prof. Dr. Herbert Goetze ; Band 4), S. 115–158.

Wagner, J. Sandra; Powell, Justin J.W. (2003): Ethnisch-kulturelle Ungleichheit im deutschen Bildungssystem. Zur Überrepräsentanz von Migrantenjugendlichen an Sonderschulen. In: Günther Cloerkes (Hg.): Wie man behindert wird. Texte zur Konstruktion einer sozialen Rolle und zur Lebenssituation betroffener Menschen. Heidelberg: Winter (Edition S, 1), S. 183–208.

Wagner, Michael (2021a): Diagnosen. In: Dominika Baumann, Wolfgang Dworschak, Miriam Kroschewski, Christoph Ratz, Anna-Maria Selmayr und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II). Bielefeld: Athenawbv (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Band 42), S. 79–88.

Wagner, Michael (2021b): Intelligenzminderung. In: Dominika Baumann, Wolfgang Dworschak, Miriam Kroschewski, Christoph Ratz, Anna-Maria Selmayr und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II). Bielefeld: Athenawbv (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Band 42), S. 161–170.

Wagner, Michael; Kannevischer, Sybille (2012): Einschätzungen der Schwere der Behinderung. In: Wolfgang Dworschak, Sybille Kannevischer, Christoph Ratz und Michael Wagner (Hg.): Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (SFGE). Eine empirische Studie. 1. Aufl. Oberhausen: Athena (Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, 25), S. 87–98.

Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hg.) (2014): Behinderung und Migration. Inklusion, Diversität, Intersektionalität. Wiesbaden: Springer VS.

Warnke, A.; Lehmkühl, G.; (Red.) (Hg.) (2003): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien. 3. Aufl. Stuttgart: Schattauer.

Weltgesundheitsorganisation (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl., unter Berücks. der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014. Bern: Huber.

Weltgesundheitsorganisation (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) klinisch-diagnostische Leitlinien. 10. Auflage, unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe Verlag.

Werning, Rolf; Löser, Jessica (2011): Die Schülerschaft mit Migrationshintergrund in Deutschland und ihr Verhältnis zur Sonderpädagogik. In: Zeynel Korkmaz, Engin Kunter und Ozan Daghan (Hg.): Sonder-, Förderschulproblematik und Migration. Vorträge und Präsentationen des Panels Sonder-, Förderschulproblematik und Migration vom 13. Februar 2010 an der Universität Duisburg-Essen. Unter Mitarbeit von Zeynel Korkmaz. Düsseldorf: Die-Gaste-Verl., S. 70–78.

Whitaker, Simon; Read, Stephen (2006): The Prevalence of Psychiatric Disorders among People with Intellectual Disabilities: An Analysis of the Literature. In: *J Appl Res Int Dis* 19 (4), S. 330–345. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2006.00293.x.

WHO: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Online verfügbar unter <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>, zuletzt geprüft am 06.08.2021.

WHO - Regionalbüro für Europa: Definition des Begriffs "geistige Behinderung". Weltgesundheitsorganisation. Kopenhagen. Online verfügbar unter <https://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, zuletzt geprüft am 08.02.2022.

Wiedebusch, Silvia; Seelhorst, Christina (2014): Bewältigungsreaktionen der Eltern von Kindern mit Entwicklungsverzögerungen. In: *Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* (3), S. 212–220.

Williams, Harald; Connor, Frances P.; Brewer, Jennie (1971): Das geistig behinderte Kind in der Sonderschule. 2., unveränd. Aufl. Berlin-Charlottenburg: Marhold (Die Sonderpädagogik des Auslandes).

Wissenschaftlicher Beirat "Inklusion" (2012): Profilbildung inklusive Schule. ein Leitfaden für die Praxis. Unter Mitarbeit von E. Fischer, U. Heilmlich, J. Kahlert und R. Lelgemann. Hg. v. Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. München. Online verfügbar unter <https://www.km.bayern.de/lehrer/meldung/1802/inklusion-in-der-schulischen-praxis-neuer-leitfaden-vorgestellt.html>, zuletzt geprüft am 20.07.2021.

Xenitidis, Kiriakos; Maltezos, Stefanos; Asherson, Philip (2013): Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). In: Elias Tsakanikos und Jane McCarthy (Hg.): *Handbook of Psychopathology in Intellectual Disability. Research, Practice, and Policy*. Dordrecht: Springer (Autism and Child Psychopathology Series), S. 227–235.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) (2018): Diagnoseprävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert?tab=6&uid=93&cHash=9c61260678fc310373813733ac92224e>, zuletzt geprüft am 11.11.2021.

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (KV) (2020): Versorgungsmonitor Ambulante Kinder- und Jugendmedizin. Online verfügbar unter <https://www.zi.de/presse/presseinformationen/19-mai-2020>, zuletzt geprüft am 31.01.2022.

Ziemen, Kerstin (2008): Familien mit behinderten Kindern und Jugendlichen. In: Susanne Nußbeck, Adrienne Biermann und Heidemarie Adam (Hg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto, Cambridge, MA, Amsterdam, Kopenhagen: Hogrefe (Handbuch Sonderpädagogik, / Herausgeber der Reihe: Prof. Dr. Johann Borchert und Prof. Dr. Herbert Goetze ; Band 4), S. 398–407.

Ziemen, Kerstin (2019): Elternberatung. In: Holger Schäfer (Hg.): Handbuch Förderschwerpunkt geistige Entwicklung. Grundlagen - Spezifika - Fachorientierung - Lernfelder. Weinheim: Beltz (Pädagogik), S. 360–367.

Tabellenverzeichnis

| | |
|--|----|
| Tabelle 1. Tabellarische Übersicht der FZgEs in Ostbayern mit Angabe der Gründungsjahre | 24 |
| Tabelle 2. Dekadische Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen in Bayern nach Förderschwerpunkten | 31 |
| Tabelle 3. Schülerzahlentwicklung in Bayern mit anteiliger Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen | 32 |
| Tabelle 4. Schülerzahlentwicklung nach Förderschwerpunkten und Regierungsbezirken von 2016/17 bis 2020/21 | 33 |
| Tabelle 5. Dekadische Entwicklung der Schülerzahlen im Förderschwerpunkt gE (bayernweit) nach Sachaufwandsträger | 35 |
| Tabelle 6. Prozentualer Anteil der Schüler*innen mit Förderschwerpunkt gE unabhängig von der besuchten Schulart an der bundesweiten Gesamtschülerzahl – administrative Prävalenz..... | 36 |
| Tabelle 7. Anteil der Schüler mit FSgE an FZgEs und allgemeinen Schulen an der bayerischen Gesamtschülerzahl – administrative Prävalenz | 36 |
| Tabelle 8. Dekadische Entwicklung Anteil ausländischer Schüler*innen an bayerischen Schulen / Förderschwerpunkte und Regelschulen im Vergleich..... | 39 |
| Tabelle 9. Anteil der Schüler und Schülerinnen an FZgEs an der Gesamtschülerzahl und der Gesamtzahl der Schüler und Schülerinnen an Förderschulen in der Oberpfalz und Niederbayern..... | 41 |
| Tabelle 10. Bevölkerungsentwicklung differenziert nach Altersgruppen..... | 43 |
| Tabelle 11. Anzahl der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zwischen 5 und 20 Jahren in untersuchten Kreisen und Städten sowie dem Landkreis Schwandorf..... | 44 |
| Tabelle 12. Anzahl der Förderschulen aller Förderschwerpunkte und dekadische Entwicklung der Schülerzahlen an Förderschulen in Ostbayern..... | 44 |
| Tabelle 13. Zuordnung privater und öffentlicher Förderschulen in der Oberpfalz und Niederbayern nach Förderschwerpunkten..... | 45 |
| Tabelle 14. Anteil der ausländischen Bevölkerung und der Population der 5- bis 20-Jährigen im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in den Einzugsgebieten der untersuchten Schulen | 48 |
| Tabelle 15. Risikofaktoren für die Entwicklung geistiger Behinderungen nach Luckasson | 52 |
| Tabelle 16. IQ-Wert Gruppen zur Diagnose von Intelligenzminderungen nach ICD-10 (Weltgesundheitsorganisation 2015)..... | 56 |
| Tabelle 17. Auszüge aus der Übersicht beeinträchtigter Anpassungsfähigkeiten nach der zehnten Auflage der AAMR | 57 |
| Tabelle 18. Stichprobenauswahl mit Zuordnung zu Kreistypisierungen BBSR..... | 82 |
| Tabelle 19. Typisierung der Stichprobenkreise als wachsende / schrumpfende Kreisregionen nach BBSR..... | 83 |
| Tabelle 20. Tabellarische Darstellung der Grundgesamtheiten nach Schulen und Erhebungspunkten | 85 |
| Tabelle 21. Subkategorisierung der Indikatorengruppe psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter | 89 |
| Tabelle 22. Entwicklung der Schülerzahlen an den Stichprobenschulen im Erhebungszeitraum..... | 93 |
| Tabelle 23. Anteil der Schüler und Schülerinnen nicht deutscher Staatsbürgerschaft an den Stichprobenschulen | 94 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 24. Dekadische Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an den untersuchten FZgEs in geographisch, kontinentaler Zuordnung | 95 |
| Tabelle 25. Geschlechterverhältnis schulgenau und in Gesamtsumme der Stichprobe nach Erhebungspunkten | 97 |
| Tabelle 26. Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2009/10..... | 98 |
| Tabelle 27. Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2014/15..... | 98 |
| Tabelle 28. Intelligenzniveaus schulgenau und gesamt – Schuljahr 2019/20..... | 98 |
| Tabelle 29. Anzahl der Schüler und Schülerinnen mit F-Diagnosen (außer F7)..... | 100 |
| Tabelle 30. Übersicht der Kategorie k.A. | 100 |
| Tabelle 31. Verhältnis der Anzahl psychiatrischer Diagnosen zur Grundgesamtheit der Schüler und Schülerinnen..... | 101 |
| Tabelle 32. Anteil der Schüler und Schülerinnen mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen ($F \geq 2$) an der Grundgesamtheit | 102 |
| Tabelle 33. Dekadische Entwicklung der Diagnosezahlen nach Störungskategorie..... | 103 |
| Tabelle 34. Anzahl der Diagnosen Kategorie F8 – umschriebene Entwicklungsstörungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen..... | 104 |
| Tabelle 35. Anzahl der Diagnosen Kategorie F84 – Autismusspektrumstörungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen | 104 |
| Tabelle 36. Anzahl der Diagnosen Kategorie F84 – Autismusspektrumstörungen in Relation zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler..... | 105 |
| Tabelle 37. Anzahl der Diagnosen Kategorie F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen..... | 106 |
| Tabelle 38. Detailauflistung der absoluten Häufigkeiten der Subkategorien Diagnosegruppe F9..... | 107 |
| Tabelle 39. Anzahl der Diagnosen Kategorie F90 – hyperkinetische Störungen in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen | 109 |
| Tabelle 40. Anzahl der Diagnosen Kategorie F90 – hyperkinetische Störungen in Relation zur Gesamtzahl der Schülerinnen und Schüler..... | 109 |
| Tabelle 41. Anzahl der Diagnosen Kategorie Fso – sonstige kinder- und jugendpsychiatrische Störungen (außer F7) in Relation zur Gesamtzahl der F-Diagnosen..... | 110 |
| Tabelle 42. Detailübersicht Sonstige Störungen mit Kodierung, Bezeichnung und absoluten Fallzahlen | 111 |
| Tabelle 43. Ausgewählte Nationalitäten nach Anzahl unter besonderer Berücksichtigung des Anteils der unter 18-Jährigen an der Gesamtpopulation unter 18-Jähriger in Bayern sowie der Gesamtschülerschaft der untersuchten Schulen im Schuljahr 2019/20 | 115 |
| Tabelle 44. Anteil der ausländischen Bevölkerung im Jahr 2019 in den Kreisregionen der untersuchten Schulen in Gegenüberstellung zum prozentualen Anteil ausländischer Schüler*innen im Schuljahr 2019/20..... | 117 |
| Tabelle 45. Durchschnittlicher Anteil ausländischer Schüler und Schülerinnen nach den Kategorien des bayerischen Landesamtes für Statistik (BLfS) in Gegenüberstellung der Ergebnisse der jeweiligen Stichprobenschulen der Einzugsgebiete | 119 |

| | |
|--|-----|
| Tabelle 46. Anteilige Häufigkeiten psychiatrischer Störungskategorien bei Kindern und Jugendlichen an der Gesamtzahl psychiatrischer Störungen..... | 124 |
| Tabelle 47. Diagnoseprävalenz umschriebener Entwicklungsstörungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung differenziert auf Einzugskreise der Stichprobenschulen..... | 125 |
| Tabelle 48. Diagnoseprävalenz Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und der Jugend bezogen auf die Gesamtbevölkerung differenziert auf Einzugskreise der Stichprobenschulen..... | 127 |
| Tabelle 49. Prävalenzraten ADHS der Einzugsgebiete der untersuchten Schulen..... | 129 |
| Tabelle 50. Versorgungsgrade der Planungsregionen der KVB nach Regierungsbezirken | 148 |
| Tabelle 51. Hypothesen und Erklärungsansätze für steigende Schülerzahlen | 282 |
| Tabelle 52. Hypothesen und Erklärungsansätze für steigende Diagnosezahlen | 282 |
| Tabelle 53. Hypothesen und Erklärungsansätze für sinkende/statische Diagnosezahlen | 283 |
| Tabelle 54. Nennungshäufigkeit spezifischer Störungskategorien in der Diskussion | 284 |
| Tabelle 55. Thematisierte Aspekte der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung..... | 284 |
| Tabelle 56. Gegenüberstellung bestehender und wünschenswerter Kooperationsmodelle | 285 |
| Tabelle 57. Darstellung weiterführender Aspekte – Rahmenkategorie I..... | 287 |
| Tabelle 58. Herausforderungen durch die Internationalisierung der Schülerschaft..... | 288 |
| Tabelle 59. Lösungsansätze aus der Praxis | 289 |
| Tabelle 60. Aussagen zu Differenzierungen von Migrantengruppen und Migrationsmotiven..... | 291 |
| Tabelle 61. Aussagen zu kultursensiblen Testverfahren..... | 292 |
| Tabelle 62. Tabellarische Zusammenfassung weiterführender Aspekte – Rahmenkategorie II..... | 293 |
| Abbildungsverzeichnis | |
| Abbildung 1. Quoten bzw. Anteile im Zeitverlauf (Hollenbach-Biele; Klemm et al. 2020, S. 10). Entwicklung der Exklusionsquoten in Deutschland - nach Förderschwerpunkten. (Hollenbach-Biele; Klemm et al. 2020, S. 12) | 28 |
| Abbildung 2. (Scheer; Melzer 2020, S. 583) | 29 |
| Abbildung 3. Schülerzahlentwicklungen in bayerischen Förderzentren nach Förderschwerpunkten 2016/17 bis 2020/21..... | 34 |
| Abbildung 4. Schülerzahlentwicklung im FSgE nach Regierungsbezirken Bayern 2016/17 bis 2020/21 | 34 |
| Abbildung 5. Bundesweite Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach FS. FS: Förderschwerpunkt, gE: geistige Entwicklung, n.n. ohne zugeordnetem Förderschwerpunkt (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2010, 2012, 2014, 2016, 2020, 2021) | 38 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 6. Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler an Förderschulen nach FS in Bayern. (Sekretariat der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland IVC/Statistik 2010, 2012, 2014, 2016, 2020, 2021)..... | 40 |
| Abbildung 7. karte-kreise-wachsend-schrumpfend-2017.gif (Wachsen und Schrumpfen von Kreisen 2011-2016 2018)..... | 41 |
| Abbildung 8. Entwicklung der Schülerzahlen an den Förderschulen in der Oberpfalz differenziert nach Förderschwerpunkten. kmE: körperlich motorische Entwicklung, gE: geistige Entwicklung, eusE: emotionale und soziale Entwicklung, n.n.: ohne zugeordneten Förderschwerpunkt. (Datengrundlage: Bayerisches Landesamt für Statistik. Sonderübermittlung der Auswertung durch Herrn MDL Norbert Dünkel)..... | 46 |
| Abbildung 9. Entwicklung der Schülerzahlen an den Förderschulen in Niederbayern differenziert nach Förderschwerpunkten. kmE: körperlich motorische Entwicklung, gE: geistige Entwicklung, eusE: emotionale und soziale Entwicklung, n.n.: ohne zugeordneten Förderschwerpunkt. (Datengrundlage: Bayerisches Landesamt für Statistik. Sonderübermittlung der Auswertung durch Herrn MDL Norbert Dünkel)..... | 46 |
| Abbildung 10. Trianguläres Grundverständnis von geistiger Behinderung (Schuppener 2007, S. 115) Die drei dargestellten Aspekte sind für Geistige Behinderungen konstitutiv. | 68 |
| Abbildung 11. Bayern nach Regierungsbezirken und Kartografische Detailübersicht der FZgE Standorte in Ostbayern (Standorte der Stichprobenschulen; Standorte der weiteren FZgEs; Einzugsgebiete der Stichprobenschulen); Quelle Kartenmaterial: Geobasisdaten: Bayerische Vermessungsverwaltung Nr. 2305-007710 | 84 |
| Abbildung 12. Grafische Überblicksdarstellung der dekadischen Entwicklung des Anteils ausländischer Schülerinnen und Schüler (Summer aller Stichprobenschulen) in geographischer, kontinentaler Zuordnung..... | 96 |
| Abbildung 13. Entwicklungen der Intelligenzniveaus in der Stichprobensumme. N.m.: nicht messbar, k.A.: keine Angabe. | 99 |
| Abbildung 14. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2009/10..... | 108 |
| Abbildung 15. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2014/15..... | 108 |
| Abbildung 16. Darstellung der anteiligen Häufigkeiten der Subkategorien innerhalb der Grundgesamtheit der Diagnosen F9 im SJ 2019/20..... | 108 |
| Abbildung 17. Ausländische Kinder und Jugendliche zwischen 5 und 20 Jahren im Vergleich zum Anteil ausländischer Schülerinnen und Schüler an den Stichprobenschulen. Die durchgezogenen Linien zeichnen die Entwicklung der Anzahl ausländischer Schüler*innen an den untersuchten Schulen nach, die gestrichelten Linien die Entwicklung des Anteils ausländischer Kinder und Jugendlicher ($\hat{=} N_{5-20}$ / Tabelle 14) in den Kreisfreien Städten und Einzugslandkreisen..... | 118 |
| Abbildung 18. Kernprozesse der Suborganisationen am FZgE..... | 180 |
| Abbildung 19. Word Cloud – Wortlaut der Bewertung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungslage aus den Gruppendiskussionen | 285 |