

Schlussbericht

Zur aktuellen Versorgungssituation von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz

Eine Studie im Rahmen von REVISA – Erkennung und Anerkennung von Sehbeeinträchtigungen
im (Vor-)Schulalter

Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg/Schweiz

Dagmar Orthmann Bless, Prof. tit. Dr.

Gérard Bless, Prof. Dr.

Freiburg, im August 2022

Inhaltsverzeichnis

Vorwort des Auftraggebers	4
Zusammenfassung.....	6
1. Ausgangslage und Zielstellungen.....	8
2. Untersuchungskonzept und Fragestellungen	10
3. Methode.....	12
3.1. Datenerhebungsstrategie	12
3.2. Datenerhebungsinstrumente und Durchführung der Untersuchung	13
3.3. Datenaufbereitung und Datenauswertung.....	14
4. Ergebnisse.....	15
4.1. Grundgesamtheit von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz und Vergleich von spezifisch und nicht spezifisch versorgten Kindern.....	15
4.2. Spezifische Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz	17
4.2.1. Alter, Geschlecht und Nationalität der spezifisch versorgten Kinder.....	17
4.2.2. Regionale Verteilung der spezifisch versorgten Kinder.....	18
4.2.3. Beeinträchtigungen der spezifisch versorgten Kinder	18
4.2.4. Schulische Situation sowie Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen	19
4.2.5. Zur konkreten Förderung und Unterstützung der spezifisch versorgten Kinder.....	20
4.2.6. Vergleich von Kindern mit Sehbehinderung und Kindern mit Hörsehbehinderung.....	21
4.2.7. Vergleich von Kindern mit Sehbeeinträchtigung und Kindern mit Blindheit.....	25
4.2.8. Vergleich von Kindern verschiedener Alterskohorten	30
4.3. Strukturelle Bedingungen in den Kantonen für die Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung.....	33
4.4. Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und der Versorgungssituation der Kinder.....	39
5. Diskussion.....	48
5.1. Diskussion zentraler Ergebnisse zur aktuellen Versorgungssituation von schulpflichtigen Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung	48
5.2. Diskussion zentraler Ergebnisse zu den strukturellen Bedingungen in den Kantonen.....	52
5.3. Diskussion zentraler Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und Versorgungssituation der Kinder.....	54
5.4. Methodenkritische Anmerkungen	57
6. Empfehlungen	59
7. Verzeichnisse.....	62
7.1. Tabellen	62
7.2. Abbildungen	63
7.3. Literatur	63

Anhang	65
A) Liste der auf Sehbehinderung spezialisierten Anbieter	66
B) Kodierleitfaden und Glossar für die Datenerhebung bei den spezialisierten Anbietern	67
C) Tabelle: Art der Beeinträchtigung der Kinder – Ergebnisse der Chi2-Tests für den Vergleich der sechs Alterskohorten (H1/H2, H3/H4, H5/H6, H7/H8, H0/H10 und H11)	72
D) Tabelle: Aktueller Beschulungsort und Lehrplan für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent).....	72
E) Tabelle: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent) (N= 1'562 Kinder)	73
F) Tabelle: Prozentualer Anteil (Quote) der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in den einzelnen Kantonen (Schuljahr 2020 / 2021)	74
G) Tabelle: Übersicht zu strukturellen Merkmalen in den Kantonen (N= 26 Kantone)	75

Vorwort des Auftraggebers



Schweizerischer Zentralverein
für das Blindenwesen

Der Schweizerische Zentralverein für das Blindenwesen SZBLIND ist die Dachorganisation des Sehbehindertenwesens und vereint über 65 Mitgliedsorganisationen (www.szblind.ch). Im Bereich der Forschung untersuchen wir systematisch die Phänomene, die mit Blindheit, Sehbehinderung und Taubblindheit verbunden sind. Unsere Forschungsprojekte werden in Zusammenarbeit mit renommierten Hochschulen und deren Forscherinnen und Forschern durchgeführt.

Der SZBLIND freut sich, die Ergebnisse des REVISA-Projekts zu präsentieren, die erste systematische Untersuchung zu den Bedingungen die erforderlich sind, damit ein Kind mit Seh- oder Hörsehbeeinträchtigung keine vermeidbaren lern- und entwicklungshindernden Folgen erleben muss.

Das Projekt «REVISA - Erkennung und Anerkennung von Sehbeeinträchtigungen im (Vor-) Schulalter» hat im Zeitraum von 2019 bis 2022 zwei wissenschaftliche Studien realisiert. Der Projektname leitet sich aus «Recognition of Visual Impairment in (pre-) School Age» ab.

- 1) Martina Schweizer, Peter Lienhard (2021). Risikobehaftete Entscheidungsereignisse bei der Versorgung von Kindern mit Sehbeeinträchtigung – Eine Studie im Rahmen von REVISA – Erkennung und Anerkennung von Sehbeeinträchtigungen im (Vor-) Schulalter (Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik, HfH, Zürich)
- 2) Dagmar Orthmann Bless, Gérard Bless (2022). Zur aktuellen Versorgungssituation von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz – Eine Studie im Rahmen von REVISA – Erkennung und Anerkennung von Sehbeeinträchtigungen im (Vor-) Schulalter (Universität Freiburg / Schweiz, Heilpädagogisches Institut)

Die Studie der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik untersucht die risikobehafteten Entscheidungsereignisse im Prozess der Erfassung, der spezialisierten Abklärung eines individuellen sonderpädagogischen Förderbedarfs und der Unterstützung durch Massnahmen im Kontext einer Sehbeeinträchtigung und allenfalls weiteren Beeinträchtigungen.

Die Studie der Universität Freiburg (Schweiz) untersucht die aktuelle Versorgung von schulpflichtigen Kindern mit Seh- / Hörsehbehinderungen durch spezialisierte Anbieter in der gesamten Schweiz und analysiert die strukturellen Bedingungen für die Ermittlung des Förderbedarfs, die Förderplanung und die Evaluation von Massnahmen in den Schweizer Kantonen.

Sie finden die wissenschaftlichen Berichte und die Zusatzinformationen zum Projekt REVISA auf www.szbblind.ch/forschung.

Der SZBLIND dankt den folgenden Kantonen und Fachorganisationen für die finanzielle

Unterstützung:

Kantone: Aargau (Lotteriefonds), Basel-Stadt, Genf, Glarus, Luzern, Schaffhausen, Solothurn (Lotteriefonds), Repubblica e Cantone Ticino (Fondo Graziano Papa), Thurgau (Lotteriefonds), Zürich (Lotteriefonds).

Organisationen: Centre Pédagogique pour élèves Handicapés de la Vue, Lausanne; Fondation Romande pour Sourdaveugles FRSA, Monthey; Obvita, Ostschweizerischer Blindenfürsorgeverein, St. Gallen; Sonnenberg, Heilpädagogisches Schul- und Beratungszentrum, Baar; Stiftung für blinde- und sehbehinderte Kinder und Jugendliche, Zollikofen; SZBLIND, Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen, St. Gallen; Tanne, Schweizerische Stiftung für Taubblinde, Langnau a.A.; Stiftung Visoparents, Dübendorf; Fondation la Colombe, Genf; Stiftung Heilpädagogisches Zentrum, Freiburg.

Ein spezieller Dank geht an die Expert/-innen: Nadine Alder, Zürich; Géraldine Ayer, Bern; Raphaèle Bertrand, Lausanne; Valérie Bravo, Genève; Françoise Gay-Truffer, Monthey; Angela Hepting, Chur; Christina Koch, Zürich; Katinka Probst, Baar; Susanne Reinhard, Langnau a.A.; Barbara Roux, Zürich; Daniela Schibli, Zollikofen; Romaine Schnyder, Brig; Michael von Rhein, Zürich.

Stefan Spring

Verantwortlicher Forschung

Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen SZBLIND

Zusammenfassung

Die vorliegende, im Auftrag des SZBLIND durchgeführte, empirische Studie untersuchte die aktuelle Versorgungssituation jener Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche im Schuljahr 2020 / 2021 die obligatorische Schule besuchten und ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten. Drei Fragestellungen standen im Mittelpunkt:

- 1) Analyse der aktuellen Versorgungssituation inklusive der Bestimmung der Population sowie der Art und des Umfangs der spezifischen Unterstützung
- 2) Analyse von strukturellen Bedingungen für die Ermittlung des Förderbedarfs, die Förderplanung und die Evaluation von Massnahmen in den Schweizer Kantonen
- 3) Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen und der Versorgungssituation der Kinder.

Die Ermittlung der schulpflichtigen Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erfolgte über die 15 in der Schweiz tätigen spezialisierten Anbieter sowie ergänzend über die für Sonderpädagogik verantwortlichen kantonalen Ämter. Sämtliche spezialisierten Anbieter meldeten alle Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, die zum Untersuchungszeitpunkt spezialisiert unterstützt wurden. Diesbezüglich handelt es sich somit um eine schweizweite Vollerhebung. Die Untersuchung der strukturellen Bedingungen in den Kantonen erfolgte über persönliche Interviews mit verantwortlichen Personen der kantonalen Behörden und über eine ergänzende Dokumentenanalyse. Als Erhebungsinstrumente dienten strukturierte Fragebögen inklusive elektronischer Datenerfassungsblätter sowie ein Interviewleitfaden mit Dokumentationsbogen. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden.

Es wurden schweizweit 1'639 Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche im Schuljahr 2020 / 2021 die obligatorische Schule besuchten und ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten, ermittelt. 1'571 dieser Kinder (95.8%) erhielten zum Untersuchungszeitpunkt spezifische Unterstützung von einem auf Sehbehinderung spezialisierten Anbieter. Bei den Beeinträchtigungen der Kinder im Bereich Sehen handelte es sich mehrheitlich um angeborene, okuläre Sehbeeinträchtigungen mit stabilem Verlauf, während Hörsehbehinderungen, Blindheit, erworbene Sehbehinderungen und progredienter Verlauf nur selten vorkamen. Bei etwa drei Viertel aller Kinder wurde die Diagnose bereits vor der obligatorischen Schulzeit gestellt.

Etwa die Hälfte der Population wurde in Regelklassen nach Regelschullehrplan beschult, und die andere Hälfte wurde in auf Sehbehinderung spezialisierten oder in allgemeinen Sonderschulen unterrichtet, dabei teilweise mit Lehrplananpassungen. Die sehbehinderten Kinder wurden besonders häufig durch Hilfsmittel aus dem visuellen Bereich, Low Vision Training sowie durch angepasste Lehrmittel unterstützt. Die spezifische Förderung erwies sich als umfangreich und spezifisch. Kinder mit umfangreicheren Beeinträchtigungen erhielten signifikant mehr spezifische Massnahmen als Kinder mit leichteren Beeinträchtigungen. Auch die inhaltliche Ausrichtung der konkreten Angebote korrespondierte deutlich mit der Art der Beeinträchtigung und dem damit verbundenen Unterstützungsbedarf.

In der gesamten Schweiz ist die spezifische Unterstützung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in allen drei Sektoren (frühe Hilfen, ambulante Hilfen, Schule) gesichert. Formalisierte Abklärungsverfahren, meist als komplettes

Standardisiertes Abklärungsverfahren (SAV) im Sinne des Konkordats Sonderpädagogik durchgeführt, sind das zentrale Kriterium für die Zusprache verstärkter Massnahmen. Individuelle Förderpläne und Effektkontrolle von Massnahmen sind umfassend praktizierter Standard. In bestimmten strukturellen Merkmalen unterscheiden sich die Kantone deutlich voneinander. Wir identifizierten drei Gruppen von Kantonen (Cluster) mit jeweils unterschiedlicher Struktur und Versorgungspolitik. In allen drei Clustern wurden etwa gleichviele Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung diagnostiziert und spezifisch unterstützt. Der prozentuale Anteil von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft der obligatorischen Schule betrug, unabhängig von der Strategie der kantonalen Versorgungspolitik, jeweils ca. 0.17 Prozent (= ca. 17 von 10`000). In Bezug auf die Breite des Angebotes an verschiedenen Massnahmen, die Regelmässigkeit von ambulanter Unterstützung sowie den Zeitpunkt der Diagnosestellung wurden gewisse Unterschiede zwischen den Clustern festgestellt. Aus diesen kann jedoch nicht auf Disparitäten zum Nachteil bestimmter Kinder(gruppen) geschlossen werden.

Die schulpflichtigen Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche durch spezialisierte Anbieter betreut werden, erhalten gemäss der hier durchgeführten Untersuchung differenzierte und spezifische Unterstützung. Zukünftige Forschungen sollten sich verstärkt der Frage widmen, ob alle Kinder in gleicher Weise zum frühestmöglichen Zeitpunkt Zugang zu diesem gut funktionierenden Versorgungssystem haben. Für die Praxis empfiehlt sich der Ausbau einer aktiven Informationspolitik über die Existenz und den Leistungsumfang der spezialisierten Anbieter gegenüber allen relevanten Zugangswegen zu diesem System, dabei insbesondere gegenüber Ärztinnen und Ärzten.

1. Ausgangslage und Zielstellungen

Schwerwiegende Beeinträchtigungen des Sehens im Kindes- und Jugendalter sind ein seltenes Phänomen. Exakte Prävalenzangaben gibt es jedoch kaum. Die weltweit wenigen empirischen Studien verwenden sehr unterschiedliche Definitionskriterien und methodische Vorgehensweisen (z.B. Lang & Heyl, 2021; Robert Koch-Institut, 2007). Die Prävalenz von Sehbehinderung bei Kindern und Jugendlichen scheint in Abhängigkeit von gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen sehr verschieden zu sein (Gilbert & Foster, 2001; WHO, 2021). Für die Schweiz liegen Schätzungen zur Prävalenz vor (Spring, 2019).

Unter dem Oberbegriff der Sehbehinderung werden sehr unterschiedliche Situationen zusammengefasst: solche, in denen die visuelle Wahrnehmung (stark) eingeschränkt ist (Sehbeeinträchtigung) oder gar nicht als Zugang zur Welt verfügbar ist (Blindheit). Weitere Unterscheidungskriterien betreffen z.B. den Entstehungszeitpunkt (angeborene oder erworbene Behinderung), den Verlauf (stabil oder progredient) oder die Komplexität (singulär das Sehen betreffend oder Teil einer komplexen, mehrfachen Behinderung) etc. (Walthes, 2022).

All diese Ausprägungsformen von Sehbehinderung stellen sehr spezifische und sich voneinander unterscheidende Anforderungen an die passende Lebenswelt inklusive der notwendigen pädagogischen Unterstützung und Förderung. Fehlen adäquate Unterstützungsformen oder sind sie unzureichend ausgebaut, so können die autonome Entfaltung der individuellen Kompetenzen sowie die gesellschaftliche Teilhabe beeinträchtigt werden.

Die Seltenheit des Phänomens einerseits und hohe Spezifik der erforderlichen Lern- und Lebensbedingungen andererseits begründen die Notwendigkeit von Spezialisierung: nicht jede Lehrperson kann an jedem Schulort ein sehbehindertes Kind spezifisch genug unterstützen. Benötigt werden speziell qualifizierte Fachpersonen sowie Struktureinheiten mit besonderen diagnostischen und interventionsbezogenen Ausstattungsmerkmalen, welche so organisiert sind, dass alle Kinder, die dieser bedürfen, dazu Zugang haben.

Im föderalistischen Bildungssystem der Schweiz agieren die Kantone sowohl im Bereich der Regelschule als auch im Bereich der Sonderschulung gemäss Bundesverfassung mit hoher Autonomie (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, Art. 62). Zugleich wurden mit der mehrheitlichen Annahme der beiden Konkordate «HarmoS» und «Sonderpädagogik» der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren wesentliche Eckpfeiler der Harmonisierung zwischen den Kantonen formal geregelt (EDK, 2007a; EDK, 2007b). Unter diesen Bedingungen gestalten die Kantone sonderpädagogische Angebote, darunter Angebote für Kinder und Jugendliche mit Sehbehinderungen, entsprechend ihrer jeweiligen regionalen Bedingungen (z.B. Grösse, Bevölkerungsstruktur, geografische Lage etc.) verschieden aus. So können einerseits Bildungslandschaften entstehen, die den regionalen Gegebenheiten optimal angepasst sind. Andererseits können Disparitäten in der Versorgungslage für (bestimmte) Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf nicht ausgeschlossen werden.

Die vorliegende Studie wurde im Auftrag des SZBLIND durchgeführt. Die Ausschreibung des Projektes REvisa gründete auf der Sorge um die Qualität der spezifischen Förderung und Unterstützung sämtlicher Kinder mit Sehbehinderungen oder Hörsehbehinderungen

in der Schweiz. Sie untersucht die aktuelle Versorgung von schulpflichtigen Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung durch spezialisierte Anbieter in der gesamten Schweiz und analysiert die strukturellen Bedingungen für die Ermittlung des Förderbedarfs, die Förderplanung und die Evaluation von Massnahmen in den Schweizer Kantonen. Die in dieser Untersuchung verwendeten Begriffe folgen dem Glossar, welches im Anhang B niedergelegt ist. Im folgenden Kapitel 2 werden das Untersuchungskonzept und die Fragestellungen genauer beschrieben.

2. Untersuchungskonzept und Fragestellungen

Angemessene Unterstützung für Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung ist ein komplexes, vielschichtiges Phänomen. Es ist als Konstrukt nicht direkt messbar, sondern muss unter Berücksichtigung verschiedener Marker bzw. Aspekte eingeschätzt werden.

Ein erster wichtiger Aspekt sind epidemiologische Angaben. Für die Schweiz gibt es bisher keine empirischen Daten über die Grösse der Population, ihre Zusammensetzung hinsichtlich askriptiver Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität) sowie hinsichtlich der Art der Sehbehinderung. Auch über Art und Umfang der spezifischen Unterstützung von Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung liegen bisher keine schweizweiten Daten vor. Diese Angaben zur Population sind jedoch die Grundlage für eine angemessene Einordnung des Phänomens inklusive der Einschätzung des Bedarfs an personeller und struktureller Fachkompetenz. Die Ermittlung dieser epidemiologischen Angaben ist deshalb ein erstes Ziel dieser Studie.

Eine sorgfältige Beschreibung der Population ist zudem Voraussetzung für das Erkennen von möglichen Disproportionalitäten innerhalb der Population. Sollten sich z.B. Besonderheiten in der Zusammensetzung der Population von Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung (etwa im Vergleich zur Gesamtpopulation der Kinder in der Schweiz) zeigen, welche nicht durch behinderungsspezifische Merkmale erklärbar sind, müssten diese im Zusammenhang mit der Versorgungsqualität geprüft werden.

Angaben zur Population und ihrer spezifischen Versorgung bilden auch die Grundlage für internationale und für interne Vergleiche. So können Population und Versorgungslage in der Schweiz zu internationalen Angaben bezüglich Prävalenz, spezifischen Merkmalen und Massnahmen in Beziehung gesetzt werden. Innerhalb der Schweiz können Fragen der Parität / Disparität in Bezug auf Grösse und Zusammensetzung der Population gestellt und beantwortet werden. Zentral ist auch, dass nur auf der Grundlage von validen epidemiologischen Daten die Zusammenhänge zwischen (regionalen) Versorgungsstrukturen und der Versorgungslage von Kindern geprüft werden können.

Ein zweiter wichtiger Aspekt für die Einschätzung der Versorgungsqualität sind die strukturellen Bedingungen in den Kantonen für die Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung. Hier können zunächst bestimmte kantonale Merkmale geprüft werden, welche in Bezug auf die eingangs skizzierte Bildungslandschaft der Schweiz als Qualitätsmerkmale einzuschätzen sind. Dazu gehören etwa der Beitritt zum Konkordat, die Sicherstellung der spezifischen Versorgung von Kindern mit Sehbehinderungen im Bereich der heilpädagogischen Früherziehung, im ambulanten Bereich sowie im schulischen Bereich und das Vorhandensein eines kantonalen Konzeptes Sonderpädagogik.

Des Weiteren wird die Versorgungsqualität auf kantonaler Ebene durch Merkmale des Abklärungsverfahrens, Merkmale der Förderplanung sowie Merkmale der Effektkontrolle von Massnahmen bestimmt, welche überprüft werden können. Die genannten Merkmale sind Anhaltspunkte für eine Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, ob Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung frühzeitig und systematisch erfasst werden können und eine ihrem Bedarf entsprechende Versorgung erhalten können.

Mit der Bestimmung der Population sowie der strukturellen Bedingungen in den Kantonen können dann Zusammenhänge zwischen den strukturellen Bedingungen (in den Kantonen) und der Versorgungssituation der Kinder geprüft werden. Es stellt sich die Frage, ob die Versorgungssituation von Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung unter verschiedenen strukturellen Bedingungen innerhalb der Schweiz Unterschiede aufweist. Hier können mögliche Disparitäten bezüglich der Anzahl spezialisiert betreuter Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, bezogen auf die Gesamtschülerzahl, überprüft werden, ebenso eventuelle Disproportionalitäten bezüglich des Umfangs und der Breite der konkreten Unterstützung in Abhängigkeit von regional unterschiedlichen strukturellen Bedingungen. Zudem kann untersucht werden, ob in Bezug auf die Früherkennung von Sehbehinderung / Hörsehbehinderung Zusammenhänge zu strukturellen Merkmalen bestehen. Sollten Disparitäten bzw. Disproportionalitäten in den genannten Bereichen festgestellt werden, so müssten diese kritisch diskutiert werden.

In Konsequenz dieser Überlegungen werden folgende Zielstellungen für die vorliegende REVISA-Teilstudie formuliert:

- 1) Analyse der aktuellen Versorgungssituation von schulpflichtigen Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung (schweizweite Vollerhebung zur Bestimmung der Population sowie der Art und des Umfangs der spezifischen Unterstützung)
- 2) Analyse der strukturellen Bedingungen für die Ermittlung des Förderbedarfs, die Förderplanung und die Evaluation von Massnahmen in den Schweizer Kantonen
- 3) Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und der Versorgungssituation von schulpflichtigen Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz.

3. Methode

Das gesamte Untersuchungskonzept wurde im Vorhinein der Ethikkommission des Departements für Sonderpädagogik der Universität Freiburg (Schweiz) vorgelegt und von dieser in einem standardisierten Verfahren hinsichtlich grundlegender Prinzipien verantwortungsvoller Forschung evaluiert. Die Kommission bestätigt mit Schreiben vom 28.08.2020, dass das Forschungsvorgehen den Richtlinien der Universität Freiburg, den „Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct“ der American Psychological Association sowie der „Deklaration von Helsinki“ der World Medical Association entspricht.

3.1. Datenerhebungsstrategie

Im Hinblick auf Fragestellung 1 (Aktuelle Versorgungssituation) sollten sämtliche Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erfasst werden, welche zum Untersuchungszeitpunkt die obligatorische Schule besuchen und ihren Wohnsitz in der Schweiz haben.

Dabei wurden in einem ersten Schritt alle Kinder ermittelt, welche derzeit im Zusammenhang mit ihrer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung von einem spezialisierten Anbieter unterstützt werden. Wir identifizierten 15 in der Schweiz tätige Anbieter (www.szblind/kontakte; eigene Recherchen), welche auf die Versorgung von Kindern mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung im Schulalter spezialisiert sind (vollständige Angaben dazu im Anhang A). Diese Anbieter wurden schriftlich und mündlich kontaktiert und nach der Zusage zur Teilnahme in jeweils individuellen, persönlichen Gesprächen vor Ort über das Untersuchungskonzept informiert sowie bezüglich der Datenerhebung instruiert. Wesentliche Informationen zum Forschungsprojekt inklusive Datenschutz wurden den Teilnehmenden in schriftlicher Form ausgehändigt, und Einverständniserklärungen zur Teilnahme wurden ebenfalls schriftlich eingeholt.

In einem zweiten Schritt wurden schweizweit Kinder erfasst, welche ebenfalls eine Sehbehinderung oder Hörsehbehinderung haben, zum Untersuchungszeitpunkt jedoch nicht von einem spezialisierten Anbieter unterstützt wurden. Dafür wurden sämtliche 26 kantonalen Fachstellen / Ämter, welche für Sonderpädagogik verantwortlich sind, schriftlich und mündlich kontaktiert. Diese Stellen wurden über die kantonalen Bildungsdirektionen ermittelt. Die kantonalen Verantwortungsstellen wurden nach der Zusage zur Teilnahme in jeweils individuellen, persönlichen Gesprächen über das Untersuchungskonzept informiert sowie bezüglich der Datenerhebung instruiert.

Im Hinblick auf Fragestellung 2 (Strukturelle Bedingungen in den Kantonen) wurden verschiedene Datenquellen genutzt. Zentral waren persönliche, strukturierte Interviews mit Personen in leitender Funktion aus den für die Sonderpädagogik verantwortlichen kantonalen Behörden. Zudem wurden einschlägige Dokumente, dabei vor allem Kantonale Konzepte und Verordnungen, analysiert. Der Zugang zu diesen Dokumenten erfolgte über öffentlich zugängliche Quellen (etwa über kantonale Webseiten oder über www.szh.ch). Zum Teil wurden relevante Dokumente auch direkt von den kantonalen Stellen zur Verfügung gestellt.

Für die Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen und der Versorgungssituation der Kinder (Fragestellung 3) wurden die im Zusammenhang mit den Fragestellungen 1 und 2 erhobenen Daten genutzt.

3.2. Datenerhebungsinstrumente und Durchführung der Untersuchung

Zur Bestimmung der Population von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung und ihrer spezifischen Versorgungssituation (Fragestellung 1) wurde ein strukturierter Fragebogen eingesetzt, bestehend aus einem Kodierleitfaden sowie einem elektronischen Datenerfassungsblatt.

Der Fragebogen gliedert sich inhaltlich in vier Teile. Teil I erfasst Informationen zum Kind, wie z.B. Alter, Geschlecht, Nationalität und Wohnkanton. In Teil II werden Informationen zur Beeinträchtigung / Sehbehinderung des Kindes detailliert erfasst (z.B. Sehbeeinträchtigung – Blindheit, angeborene – erworbene Sehbehinderung, Zeitpunkt der Diagnosestellung). In Teil III geht es um Ort, Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen (z.B. aktueller Beschulungsort, Umfang ambulanter Unterstützungsmassnahmen), und in Teil IV wird die konkrete Unterstützung und Förderung des Kindes spezifiziert (z.B. Low Vision Training, visuelle und nichtvisuelle Hilfsmittel). Dem Erhebungsinstrument ist ein Glossar beigefügt, welches die Verwendung der zentralen Begriffe eindeutig klärt und somit zur Validität der erhobenen Daten beiträgt. Der Kodierleitfaden mit Glossar findet sich im Anhang B.

Der strukturierte Fragebogen wurde sowohl bei den spezialisierten Anbietern als auch (in leicht modifizierter Form) bei den kantonalen Ämtern eingesetzt. Die spezialisierten Anbieter füllten das zugehörige elektronische Datenerfassungsblatt für sämtliche Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche den Populationskriterien (Schulalter, Wohnsitz Schweiz) entsprachen und von ihnen spezifisch betreut wurden, aus. Die kantonalen Ämter prüften dann zu einem späteren Zeitpunkt diese Angaben und ermittelten Kinder, welche ihnen ebenfalls als Kinder mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung bekannt sind, jedoch nicht bei den spezialisierten Anbietern erfasst wurden.

Die für die Analyse der strukturellen Bedingungen in den Kantonen (Fragestellung 2) zentralen Interviews mit Verantwortlichen aus den kantonalen Ämtern gründeten auf einem Interviewleitfaden mit zugehörigem Dokumentationsbogen. Die Interviews gliederten sich inhaltlich in vier Teile. Im ersten Teil wurde thematisiert, wie der mögliche Bedarf eines Kindes an verstärkten Massnahmen ermittelt wird (z.B. Art des verwendeten Abklärungsverfahrens, Verantwortlichkeiten bei der Bedarfsermittlung). Im zweiten Teil wurden Entscheidungsprozesse zur Festlegung von Massnahmen (z.B. Kriterien für die Zusprache von verstärkten Massnahmen, Erstellung von Förderplänen) erfasst. Teil III thematisierte die Effektkontrolle von Massnahmen (z.B. Art und Weise der Evaluation von Massnahmen, Folgeentscheidungen), und Teil IV beinhaltete Fragen zu Falldokumentationen (z.B. Art der Dossierführung). Das mündlich erhobene Datenmaterial wurde in einem Dokumentationsbogen schriftlich festgehalten.

Alle Datenerhebungsinstrumente wurden jeweils in drei Landessprachen (deutsch, französisch, italienisch) übersetzt und angewendet. Sämtliche Gespräche vor Ort in den Institutionen und alle Interviews mit den kantonalen Verantwortungsstellen wurden von den beiden Autoren dieses Berichtes selbst geführt. Die Besuche bei den spezialisierten Anbietern erfolgten im September / Oktober 2020, die entsprechenden Datenrückmeldungen der Anbieter gingen zwischen Oktober und Dezember 2020 ein. Die Interviews mit Verantwortlichen der kantonalen Ämter wurden zwischen März und Juni

2021 geführt, und die Datenrückmeldungen der Kantone gingen zwischen April und Juni 2021 ein. Sämtliche Daten betreffen somit das Schuljahr 2020 / 2021.

3.3. Datenaufbereitung und Datenauswertung

Sämtliche Daten wurden in anonymisierter Form in Datenauswertungsprogrammen (SPSS, Excel) erfasst. Die Datenauswertung erfolgte mittels deskriptiver und inferenzstatistischer Methoden. Dabei kamen, je nach Fragestellung und Art der verfügbaren Daten, verschiedene parametrische und nichtparametrische Verfahren zum Einsatz.

Gruppenvergleiche basieren auf T-Tests bzw. Varianzanalysen oder auf Chi-Quadrat-Tests. Zur Beantwortung von Fragestellung 3 wurden eine Clusteranalyse und eine logistische Regression durchgeführt. Bei der Darstellung der Ergebnisse (Kapitel 4) werden die jeweils verwendeten Verfahren konkret angegeben.

4. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der durchgeführten Untersuchung beschrieben. Die Gliederung orientiert sich dabei an den drei zentralen Fragestellungen (siehe Kap. 2). Vorangestellt werden Angaben zur Grundgesamtheit von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz sowie zu einem Vergleich von spezifisch und nicht spezifisch versorgten Kindern. Die Interpretation der Ergebnisse und eine zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen finden sich im anschliessenden Kapitel 5.

4.1. Grundgesamtheit von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz und Vergleich von spezifisch und nicht spezifisch versorgten Kindern

Gemäss Fragestellung 1 sollten alle Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erfasst werden, welche zum Untersuchungszeitpunkt die obligatorische Schule besuchten und ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten.

In einem ersten Schritt meldeten sämtliche in der Schweiz tätigen spezialisierten Anbieter (N= 15) alle Kinder, welche den Einschlusskriterien entsprachen. Diesbezüglich handelt es sich also um eine schweizweite Vollerhebung. In einem zweiten Schritt wurden die kantonalen Verantwortungsstellen gebeten, die Daten zu ergänzen und weitere Kinder zu nennen, welche den Kriterien entsprechen, aber derzeit nicht von spezialisierten Anbietern betreut werden. 19 von 26 Kantonen (76%) beteiligten sich.

Auf die genannte Weise wurden insgesamt 1'639 Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung schweizweit ermittelt. Es sind 1'571 Kinder, die zum Untersuchungszeitpunkt spezifisch betreut wurden und 68 Kinder, die aktuell nicht spezifisch betreut wurden.

Zum Stichtag 01.12.2020 waren die Kinder zwischen 4;4 und 20;1 Jahren alt. Das Durchschnittsalter betrug 10;7 Jahre (SD= 3;6). Die Gesamtgruppe setzt sich aus 727 Mädchen (44.4%) und 912 Jungen (55.6%) zusammen. 67.8 % aller Kinder (N= 1'112) haben die Schweizer Nationalität, 25.9 % (N= 425) haben eine andere Nationalität, und bei 6.2 % (N= 102) fehlen die Angaben zur Nationalität.

In Bezug auf die spezifisch versorgten Kinder handelt es sich um eine Vollerhebung in der Schweiz. In Bezug auf die nicht spezifisch versorgten Kinder wird aus den Rückmeldungen der 19 Kantone eine Hochrechnung für alle 26 Kantone erstellt. Die Grundgesamtheit von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche zum Untersuchungszeitpunkt die obligatorische Schule besuchten und ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten, wird auf 1'676 Kinder geschätzt. In Bezug auf die Gesamtschülerschaft der obligatorischen Schule, welche im Schuljahr 2020 / 2021 976'105 Schülerinnen und Schüler zählte (Bundesamt für Statistik, 2022a), beläuft sich der Anteil von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung demnach auf ca. 0.172 Prozent.

Von den insgesamt 1'639 Kindern wurden uns 1'571 Kinder von den spezialisierten Anbietern gemeldet und 68 weitere Kinder von den Kantonen. Das bedeutet, dass 95.8% der Kinder mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung zum

Untersuchungszeitpunkt durch spezialisierte Anbieter versorgt waren. 4.2% der Kinder mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung waren aktuell nicht von spezialisierten Anbietern versorgt. Dass einige Kinder aktuell nicht spezifisch versorgt werden, kann ganz verschiedene Gründe haben (z.B. ganz neue Verfügung erteilt – Versorgung beginnt in naher Zukunft; spezifische Versorgung fand in der Vergangenheit statt – derzeit besteht kein Bedarf mehr; es erfolgt eine unspezifische Versorgung, die den Bedarf des Kindes deckt, usw.). Es ist also nicht per se auf Versorgungslücken zu schliessen. Es kann des Weiteren geprüft werden, ob Kinder mit und ohne spezifische Versorgung sich in Bezug auf bestimmte Merkmale voneinander unterscheiden und ob es darunter Hinweise auf Versorgungslücken oder Disparitäten gibt.

Beide Gruppen unterscheiden sich bezüglich der Geschlechterverteilung nicht signifikant voneinander (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(1) = .916$, $p = .339$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig). Auch in Bezug auf die Nationalität ist kein signifikanter Gruppenunterschied festzustellen (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(1) = 1.889$, $p = .169$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig).

Aber es gibt signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bezüglich der besuchten Schulart (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(3) = 8.487$, $p = .037$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig). Kinder, die nicht spezifisch versorgt werden, gehen meistens entweder in eine Regelklasse (45.8%) oder in eine nicht auf Sehbehinderung spezialisierte Sonderschule (45.8%). Das trifft auf die spezifisch versorgten Kinder auch zu. Allerdings gehen die spezifisch Versorgten etwa 3-mal so häufig in eine spezialisierte Sonderschule, und die nicht spezifisch Versorgten besuchen 1.5-mal so häufig wie spezifisch Versorgte eine nicht auf Sehbehinderung spezialisierte Sonderschule (Tabelle 1). Das stützt die Vermutung, dass sehbehinderte Kinder (mit schwereren oder mehrfachen Behinderungen) recht häufig in Sondereinrichtungen unspezifisch versorgt werden. Ob es sich hierbei um Versorgungslücken bzw. Versäumnisse handelt, kann jedoch nicht geschlossen werden – es konnte ja nicht überprüft werden, ob diese Kinder in den nicht spezialisierten Sonderschulen derzeit Bedarf an einer spezifischen Versorgung haben.

Tabelle 1: Vergleich von spezifisch versorgten Kindern (N= 1'509) mit nicht spezifisch versorgten Kindern (N= 59) in Bezug auf die besuchte Schulart

Beschulungsort / Schulart	Spezifisch versorgte Kinder		Nicht spezifisch versorgte Kinder	
	N	%*	N	%*
Regelklasse	725	48.0	27	45.8
Sonderklasse in Regelschule	46	3.0	1	1.7
Spezialisierte Sonderschule	272	18.0	4	6.8
Nicht spezialisierte Sonderschule	466	30.9	27	45.8

* gültige Prozent

Betrachtet man verschiedene Alterskohorten, so weisen die jüngste und die älteste Alterskohorte (Kinder der Schulstufen H1/H2 sowie H11) einen vergleichsweise etwas höheren Anteil an Kindern ohne spezifische Versorgung auf als die anderen Alterskohorten. Dies könnte auf ein „noch nicht“ oder „nicht mehr“ der spezifischen

Versorgung bei den jüngsten und bei den ältesten Kindern der obligatorischen Schule hinweisen. Der Unterschied zwischen spezifisch und nicht spezifisch versorgten Kindern in Bezug auf die Verteilung auf Alterskohorten ist jedoch nicht signifikant (Chi²-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 2.366$, $p = .796$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig).

Die weitere Auswertung konzentriert sich nun auf die Kinder, welche zum Untersuchungszeitpunkt von spezialisierten Anbietern betreut wurden (N= 1'571). Das ist die grosse Mehrheit (95.8%) aller identifizierten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, und nur über diese Kinder liegen differenzierte Angaben zur Versorgungssituation vor. Ziel ist es, die Versorgung der Kinder möglichst genau zu beschreiben und bestimmte Gruppen von Kindern (hinsichtlich der Versorgung) miteinander zu vergleichen.

4.2. Spezifische Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz

Berichtet wird im Folgenden über die 1'571 Kinder, welche im aktuellen Schuljahr (2020 / 2021) von spezialisierten Anbietern im Zusammenhang mit einer Sehbehinderung oder Hörsehbehinderung spezifisch betreut wurden. Da sämtliche in der Schweiz tätigen spezialisierten Anbieter an der Studie teilnahmen und alle Kinder meldeten, welche den Einschlusskriterien entsprachen, handelt es sich bei der Stichprobe um die gesamte Population, somit um eine Vollerhebung. Es werden dennoch auch inferenzstatistische Verfahren zur Analyse der Population (Stichprobe) eingesetzt.

4.2.1. Alter, Geschlecht und Nationalität der spezifisch versorgten Kinder

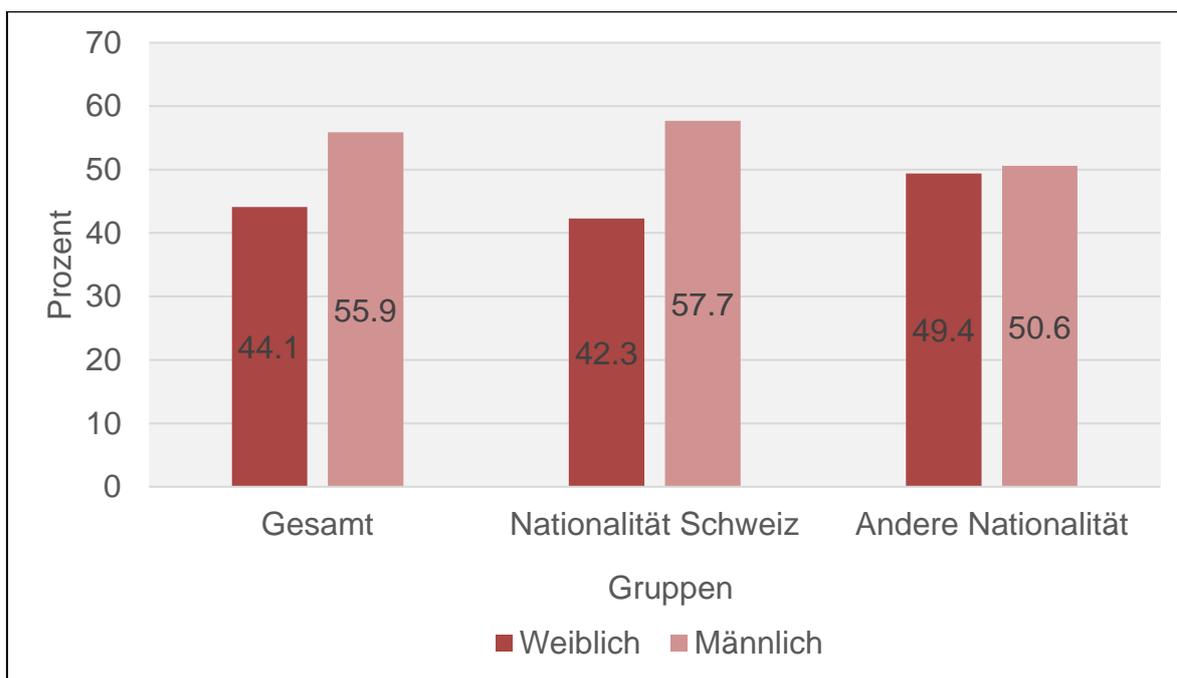
In Bezug auf das Alter liegen Angaben von N= 1'562 Kindern vor, die Angaben von N= 9 Kindern fehlen. Zum Stichtag 01.12.2020 waren die Kinder zwischen 52 und 241 Monaten alt. Das Durchschnittsalter betrug 127.1 Monate (SD= 42.60).

Die gesamte Population von N= 1'571 Kindern setzt sich aus 693 Mädchen (44.1%) und 878 Jungen (55.9%) zusammen. Der Anteil von Jungen ist damit signifikant höher als der Anteil von Mädchen (Chi²-Test bei einer Stichprobe: $p < .000$).

68.5% aller Kinder (N= 1'076) haben die Schweizer Nationalität, 25.8% (N= 405) haben eine andere Nationalität, und bei 5.7% (N= 90) fehlen die Angaben zur Nationalität.

Bezogen auf die Kinder, für die sowohl Angaben zum Geschlecht als auch zur Nationalität vorliegen (N= 1'481), ergibt sich die in Abbildung 1 dargestellte Verteilung. Die Geschlechterverteilung ist in den beiden Teilstichproben (Nationalität Schweiz versus andere Nationalität) unterschiedlich (Chi²-Test nach Pearson, exakter Test nach Fisher: $\chi^2(1) = 6.01$, $p = .016$ für die exakte Signifikanz 2-seitig; $\text{Eta} = .064$). Der Anteil von Jungen ist in der Gruppe mit Schweizer Nationalität höher als in der Gruppe mit anderer Nationalität, und umgekehrt ist der Anteil von Mädchen in der Gruppe mit Schweizer Nationalität kleiner als jener in der Gruppe mit anderer Nationalität. In der Teilgruppe der Kinder mit Schweizer Nationalität (N= 1'076) ist der Anteil von Jungen signifikant höher als der Anteil von Mädchen (Chi²-Test bei einer Stichprobe: $p < .000$). Bei Kindern mit anderer Nationalität (N= 405) hingegen ist der Anteil von Jungen und Mädchen nicht signifikant unterschiedlich (Chi²-Test bei einer Stichprobe: $p = .804$).

Abbildung 1: Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe (N= 1'481) und nach Nationalität



4.2.2. Regionale Verteilung der spezifisch versorgten Kinder

Von N= 1'556 betreuten Kindern ist bekannt, in welchem Kanton sie wohnen, von N= 15 Kindern fehlt diese Angabe. Es werden Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung aus sämtlichen 26 Kantonen (bezogen auf den Wohnkanton des Kindes) spezialisiert betreut. In den (Wohn-)Kantonen werden zwischen einem Kind (Kantone AI und UR) und 298 Kindern (Kanton BE) spezialisiert betreut, im Durchschnitt sind es 60 Kinder pro (Wohn-)Kanton. 19% der von spezialisierten Anbietern betreuten Kinder wohnten im Kanton Bern und 13.2% wohnten im Kanton Zürich. Weitere Analysen zur regionalen Verteilung, etwa in Bezug auf den Anteil von spezialisiert betreuten Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft, finden sich in Kapitel 4.4.

4.2.3. Beeinträchtigungen der spezifisch versorgten Kinder

Angaben zur Art der Beeinträchtigung der spezialisiert betreuten Kinder sind der Tabelle 2 zu entnehmen. Die grosse Mehrheit der Kinder (93.5%) hat eine Sehbehinderung, und nur 74 Kinder (4.7%) haben eine Hörsehbehinderung. Die Seh- bzw. Hörsehbehinderung ist in 54.8% der Fälle Teil einer komplexen Behinderung. Singuläre Sehbehinderungen (43.2%) sind signifikant seltener als Seh- bzw. Hörsehbehinderungen im Rahmen einer komplexen Behinderung (Chi2-Test bei einer Stichprobe: $p < .000$). Wie der Tabelle 2 zu entnehmen ist, handelt es sich zumeist um Sehbeeinträchtigungen (93.1%), während Blindheit relativ selten vorkommt (4.9%). Die allermeisten Sehbehinderungen sind angeboren (85.9%) und in Bezug auf die Verlaufsform stabil (81.3%). In mehr als der Hälfte der Fälle (59.6%) handelt es sich bei der Sehbehinderung um okulare Probleme. 17.4% der Sehbehinderungen sind cerebral bedingt, und in 18.7% der Fälle sind sowohl okulare als auch cerebrale Probleme vorhanden. In ca. drei Viertel aller Fälle (74.2%) wurde die Diagnose der Sehbehinderung / Hörsehbehinderung vor der obligatorischen Schulzeit

gestellt. Insgesamt 17.8% der Diagnosen wurden während der Kindergartenzeit oder der Primarstufe gestellt. Eine Diagnosestellung erst während der Sekundarstufe I ist die Ausnahme (1.3%). Für 6.6% aller Kinder (N= 104) konnte der Zeitpunkt der Diagnosestellung nicht ermittelt werden.

Tabelle 2: Art der Beeinträchtigung der spezifisch versorgten Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung (N= 1'571 Kinder)

Art der Behinderung / Sehbehinderung	N	%*
Art der Behinderung (1)		
Sehbehinderung	1'469	93.5
Hörsehbehinderung	74	4.7
Art der Behinderung (2)		
Singuläre Behinderung	679	43.3
Komplexe Behinderung	861	54.8
Art der Sehbehinderung (1)		
Sehbeeinträchtigung	1'463	93.1
Blindheit	77	4.9
Art der Sehbehinderung (2)		
Angeboren	1'350	85.9
Erworben	111	7.1
Art der Sehbehinderung (3)		
Stabil	1'277	81.3
Progredient	155	9.9
Art der Sehbehinderung (4)		
Okular	936	59.6
Cerebral	274	17.4
Okular und cerebral	293	18.7
Zeitpunkt der Diagnosestellung		
Vor obligatorischer Schulzeit	1'166	74.2
Kindergarten	135	8.6
Primarstufe	146	9.3
Sekundarstufe I	20	1.3

* Prozentangaben bezogen auf die Gesamtstichprobe; fehlender Anteil an 100% durch fehlende Werte verursacht

4.2.4. Schulische Situation sowie Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen

In Bezug auf den aktuellen Beschulungsort der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung liegen Informationen für 1'509 Kinder vor, die Angaben von 62 Kindern (3.9%) fehlen. Fast die Hälfte der Kinder (46.1%) besucht eine Regelklasse, und fast ein Drittel (29.7%) geht in eine nicht spezialisierte Sonderschule. Etwa jedes sechste Kind (17.3%) besucht eine auf Sehbehinderungen spezialisierte

Sonderschule (Tabelle 3).

In Bezug auf den aktuellen Lehrplan, nach dem die Kinder unterrichtet werden, liegen Informationen für 1'151 Kinder vor, die Angaben von 420 Kindern (26.7%) fehlen. Ein grosser Teil der Kinder (43.7%) wird nach dem Regellehrplan unterrichtet. Für 24.4% der Kinder gibt es hingegen umfangreiche Lehrplananpassungen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Schulische Situation spezifisch versorgter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung

Schulische Situation	N	%*
Beschulungsort / Schulart		
Regelklasse	725	46.1
Sonderklasse in Regelschule	46	2.9
Spezialisierte Sonderschule	272	17.3
Nicht spezialisierte Sonderschule	466	29.7
Lehrplan		
Regellehrplan	687	43.7
Regellehrplan ausser 1-2 Fächer	81	5.2
Regellehrplan ausser ≥ 3 Fächer	383	24.4

* Prozentangaben bezogen auf die Gesamtstichprobe; fehlender Anteil an 100% durch fehlende Werte verursacht

Die meisten Kinder (79.1%) werden durch die spezialisierten Anbieter ambulant unterstützt, dabei entweder regelmässig (36.6% der Population) oder nur bei Bedarf (42.5% der Population). Bei der regelmässigen ambulanten Betreuung liegt der durchschnittliche Umfang bei zwei Lektionen pro Woche. Dabei erhalten 26.3% der Kinder weniger als eine Lektion pro Woche, 51.9% erhalten eine bis zwei Lektionen, 13.5% erhalten 2.25 bis 4 Lektionen und 8.3% erhalten mehr als 4 Lektionen pro Woche (Höchstwert: 24 Lektionen pro Woche).

4.2.5. Zur konkreten Förderung und Unterstützung der spezifisch versorgten Kinder

Tabelle 4 gibt eine Übersicht zu den konkreten Massnahmen der Förderung und Unterstützung, welche die spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung zum Untersuchungszeitpunkt erhielten. Am häufigsten wurden die Kinder durch Hilfsmittel aus dem visuellen Bereich (68.2%), sowie durch Low Vision Training (61%) unterstützt. Auch angepasste Lehrmittel kamen mehr als der Hälfte der Kinder (54%) zugute. Hingegen wurden Hilfsmittel aus dem nichtvisuellen Bereich (23.9%), Training lebenspraktischer Fertigkeiten (13.5%) sowie Orientierungs- und Mobilitätstraining (10.4%) seltener eingesetzt. Hilfe beim Erlernen der Braille-Schrift erhielten aktuell nur 4% der Kinder.

Tabelle 4: Konkrete Massnahmen der Förderung und Unterstützung für spezialisiert versorgte Kinder (N= 1'571 Kinder) (Mehrfachnennungen)

Massnahme	N	%
Low Vision Training	959	61.0
Lebenspraktische Fertigkeiten	212	13.5
Orientierungs- und Mobilitätstraining	164	10.4
Braille	63	4.0
Hilfsmittel visueller Bereich	1'072	68.2
Hilfsmittel nichtvisueller Bereich	376	23.9
Angepasste Lehrmittel	849	54.0
Weitere Therapien oder Trainings	614	39.1

Wie eingangs erwähnt (Kapitel 1), kann eine Sehbehinderung in sehr verschiedenen Facetten auftreten, welche jeweils unterschiedliche Anforderungen an die Gestaltung der Lern- und Lebenswelt stellen. Im Folgenden werden deshalb bestimmte Teilgruppen der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung vergleichend betrachtet, und zwar: Kinder mit Sehbehinderung – Kinder mit Hörsehbehinderung, Kinder mit Sehbeeinträchtigung – Kinder mit Blindheit sowie verschiedene Alterskohorten.

4.2.6. Vergleich von Kindern mit Sehbehinderung und Kindern mit Hörsehbehinderung

In der Population der spezifisch versorgten Kinder gibt es 1'469 Kinder mit Sehbehinderung und 74 Kinder mit Hörsehbehinderung. Merkmale und Versorgungssituation beider Teilgruppen werden hier vergleichend betrachtet. Die 28 Kinder, von denen nicht bekannt ist, ob sie eine Sehbehinderung oder eine Hörsehbehinderung haben, werden nicht berücksichtigt.

Vergleich bezüglich Alter, Geschlecht, Nationalität und regionaler Verteilung

Die Teilgruppen der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung und mit Hörsehbehinderung sind in Bezug auf Alter, Geschlecht und Nationalität vergleichbar. Es gibt weder einen signifikanten Altersunterschied (T-Test bei unabhängigen Stichproben: $t(1'532) = 1.143$, $p = .253$ für die zweiseitige Signifikanz) noch einen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Geschlechterverteilung (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(1) = .437$, $p = .509$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig). Auch hinsichtlich der Nationalität bestehen zwischen beiden Teilpopulationen keine signifikanten Unterschiede (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(1) = .234$, $p = .628$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig).

Die Kinder mit Sehbehinderung kommen aus sämtlichen 26 Kantonen, und die Kinder mit Hörsehbehinderung verteilen sich auf 16 Wohnkantone (AG, BE, BL, BS, FR, GE, GR, LU, SG, SO, SZ, TG, TI, VD, VS, ZH). In den Wohnkantonen, die den höchsten Anteil an der spezialisierten Versorgung der Kinder mit Sehbehinderung haben (Bern: 19%, Zürich:

13.2%), werden auch die meisten Kinder mit Hörsehbehinderung versorgt (Bern: 27%, Zürich: 12.2%).

Vergleich bezüglich der Beeinträchtigungen der Kinder

Die vergleichende Betrachtung der Beeinträchtigungen der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung und mit Hörsehbehinderung ist in Tabelle 5 dargestellt.

Art der Beeinträchtigung der Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung für Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'469) und Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 74)

Tabelle 5: Art der Beeinträchtigung der Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung für Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'469) und Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 74)

	Seh- behinderung		Hörseh- behinderung		Chi2	p
	N	%	N	%		
Art der Behinderung (2)						
Singuläre Behinderung	673	45.8	6	8.1	40.95	.000*
Komplexe Behinderung	791	53.8	68	91.9		
Art der Sehbehinderung (1)						
Sehbeeinträchtigung	1'406	95.7	56	75.7	62.18	.000*
Blindheit	58	3.9	18	24.3		
Art der Sehbehinderung (2)						
Angeboren	1'284	87.4	64	86.5	0.30	.814*
Erworben	107	7.3	4	5.4		
Art der Sehbehinderung (3)						
Stabil	1'220	83.0	55	74.3	1.46	.221*
Progredient	145	9.9	10	13.5		
Art der Sehbehinderung (4)						
Okular	900	61.3	35	47.3	5.29	.071**
Cerebral	258	17.6	15	20.3		
Okular und cerebral	273	18.6	20	27.0		
Zeitpunkt Diagnosestellung						
Vor obligatorischer Schulzeit	1'100	74.9	66	89.2	11.65	.009**
Kindergarten	132	9.0	2	2.7		
Primarstufe	145	9.9	1	1.4		
Sekundarstufe I	19	1.3	0	0		

* exakter Test nach Fisher, Signifikanz 2-seitig; ** asymptotische Signifikanz 2-seitig

Kinder mit Hörsehbehinderung unterscheiden sich signifikant von Kindern mit Sehbehinderung in Bezug auf die Komplexität der Behinderung. Kinder mit Hörsehbehinderung haben in den allermeisten Fällen (91.9%) eine komplexe Behinderung, während dies nur bei 46.1% der Kinder mit Sehbehinderung der Fall ist. Ebenfalls

signifikante Unterschiede zwischen beiden Teilgruppen gibt es bezüglich der Art der Sehbehinderung (1). Während bei Kindern mit Sehbehinderung der Anteil von blinden Kindern nur bei 4% liegt (alle anderen haben eine Sehbeeinträchtigung), sind bei Kindern mit Hörsehbehinderung ca. sechsmal so viele Kinder blind (24.3%). Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilpopulationen gibt es bezüglich des Zeitpunktes des Erwerbs der Behinderung und bezüglich der Stabilität der Behinderung: in beiden Gruppen sind die Behinderungen in den allermeisten Fällen angeboren und in ihrem Verlauf stabil (Tabelle 5).

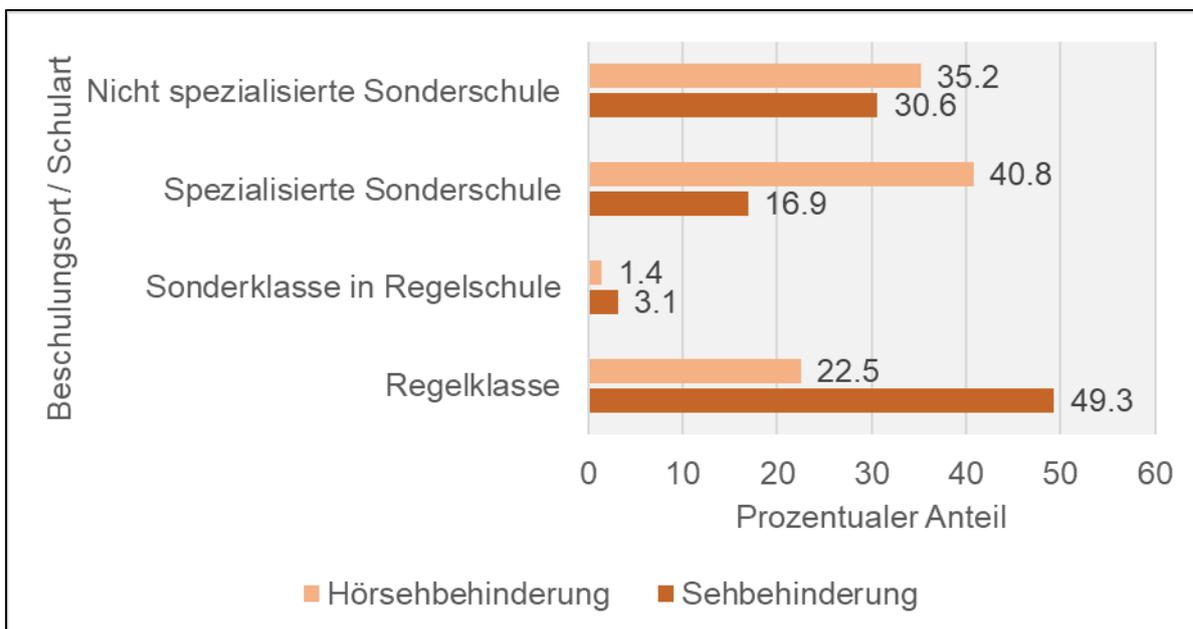
Einen signifikanten Unterschied gibt es beim Zeitpunkt der Diagnosestellung. Zwar erfolgte in beiden Teilgruppen die Diagnosestellung in den meisten Fällen bereits vor der obligatorischen Schulzeit. Bei Kindern mit Hörsehbehinderung ist jedoch der Anteil jener, die erst während der obligatorischen Schulzeit (im Kindergarten oder in der Primarschule) diagnostiziert werden (zusammen 4.3%), noch wesentlich kleiner als bei Kindern mit Sehbehinderung (dort zusammen 20.2%).

Vergleich bezüglich der Schulischen Situation sowie von Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen

Die schulische Situation der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung unterscheidet sich signifikant von jener der spezifisch versorgten Kinder mit Hörsehbehinderung (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(3) = 32.661$, $p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; $Eta = .095$). Von den Kindern mit Sehbehinderung gehen die meisten (52.4%) in eine Regelschule, dabei zumeist in eine Regelklasse (Abbildung 2). Kinder mit Hörsehbehinderung hingegen werden zumeist (76%) in einer Sonderschule beschult, dabei am häufigsten (40.8% der Teilgruppe) in einer spezialisierten Sonderschule und in 35.2% der Fälle in einer nicht spezialisierten Sonderschule. Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine auf Sehbehinderung / Hörsehbehinderung spezialisierte Sonderschule besuchen, ist bei Kindern mit Hörsehbehinderung mehr als doppelt so hoch wie bei Kindern mit Sehbehinderung (40.8% versus 16.9%). Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine Regelklasse besuchen, ist bei Kindern mit Sehbehinderung mehr als doppelt so hoch wie bei Kindern mit Hörsehbehinderung (49.3% versus 22.5%). Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine nicht spezialisierte Sonderschule besuchen, ist hingegen in beiden Teilpopulationen sehr ähnlich (Abbildung 2).

Auch hinsichtlich des aktuellen Lehrplans, nach dem die Kinder unterrichtet werden, gibt es signifikante Unterschiede zwischen beiden Teilgruppen (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(2) = 26.085$, $p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; $Eta = .134$). Kinder mit Sehbehinderung werden am häufigsten (60.8%) nach dem Regellehrplan unterrichtet. Kinder mit Hörsehbehinderung hingegen werden nur in 33.3% der Fälle nach dem Regellehrplan unterrichtet, während in 66.7% der Fälle erhebliche Anpassungen des Lehrplans (in mindestens drei Fächern) an die individuellen Kompetenzen und Bedürfnisse des Kindes notwendig sind.

Abbildung 2: Aktueller Beschulungsort / Schultart für Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'436) und für Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 71)



In beiden Teilpopulationen erhält die Mehrheit der Kinder ambulante Unterstützung. Allerdings gibt es signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Häufigkeit von ambulanten Massnahmen (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(2) = 31.20, p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; $\eta^2 = .106$). Kinder mit Sehbehinderung erhalten häufiger als Kinder mit Hörsehbehinderung ambulante Massnahmen, und zwar sowohl solche, die regelmässig stattfinden als auch solche, die bei Bedarf durchgeführt werden. Vergleicht man die Kinder mit Sehbehinderung (N= 558) und mit Hörsehbehinderung (N= 17), welche regelmässig ambulante Massnahmen erhalten, so zeigen sich folgende Ergebnisse: Kinder mit Sehbehinderung erhalten im Durchschnitt ambulante Massnahmen im Umfang von 1.98 Lektionen pro Woche (SD= 2.54) und Kinder mit Hörsehbehinderung im Umfang von 3.22 Lektionen pro Woche (SD= 3.06), somit also gut eine Lektion mehr als die Erstgenannten. Dieser Unterschied ist knapp signifikant ($t(573) = -1.96, p = .05$).

Vergleich bezüglich der konkreten Förderung und Unterstützung

Tabelle 6 gibt eine Übersicht zu den konkreten, spezifischen Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbehinderung im Vergleich zu Kindern mit Hörsehbehinderung. Low Vision Training ist in beiden Populationen eine häufig angewendete Fördermassnahme. Gleiches gilt für Hilfsmittel im visuellen Bereich und für angepasste Lehrmittel. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen sind bezüglich der Förderung Lebenspraktischer Fertigkeiten (signifikant häufiger bei Hörsehbehinderung als bei Sehbehinderung), der Hilfsmittel aus dem nichtvisuellen Bereich (signifikant häufiger bei Hörsehbehinderung) und weiterer Therapien und Trainings (signifikant häufiger bei Hörsehbehinderung) festzustellen (Tabelle 6).

Kinder mit Sehbehinderung erhalten im Durchschnitt 2.76 verschiedene spezifische Massnahmen (SD= 1.60), bei Kindern mit Hörsehbehinderung sind es 3.45 (SD= 1.84). Zwischen beiden Teilgruppen besteht damit bezüglich der Breite des spezifischen

Angebotes ein signifikanter Unterschied ($t(1'539) = -3,14; p = .002$). Kinder mit Hörsehbehinderung erhalten im Durchschnitt mehr verschiedene Massnahmen als Kinder mit Sehbehinderung.

Tabelle 6: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbehinderung (N= 1'469) und bei Kindern mit Hörsehbehinderung (N= 74). Mehrfachnennungen

	Seh- behinderung		Hörseh- behinderung		Chi2	p*
	N	%	N	%		
Low Vision Training	911	62.0	47	63.5	0.16	.923
Lebenspraktische Fertigkeiten	188	12.8	23	31.1	20.01	.000
Orientierungs- und Mobilitätstraining	151	10.3	12	16.2	2.72	.257
Braille	59	4.0	4	5.4	0.44	.800
Hilfsmittel visueller Bereich	1'028	70.0	44	59.5	3.85	.146
Hilfsmittel nichtvisueller Bereich	344	23.4	31	41.9	13.13	.001
Angepasste Lehrmittel	800	54.5	48	64.9	3.14	.208
Weitere Therapien oder Trainings	567	38.6	46	62.2	16.38	.000

* asymptotische Signifikanz 2-seitig

4.2.7. Vergleich von Kindern mit Sehbeeinträchtigung und Kindern mit Blindheit

In der Population der spezifisch versorgten Kinder gibt es 1'463 Kinder mit Sehbeeinträchtigung und 77 Kinder mit Blindheit. Merkmale und Versorgungssituation beider Teilgruppen werden hier vergleichend betrachtet. 31 Kinder, von denen nicht bekannt ist, ob sie eine Sehbeeinträchtigung haben oder blind sind, werden nicht berücksichtigt.

Vergleich bezüglich Alter, Geschlecht, Nationalität und regionaler Verteilung

Die Teilgruppen der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit sind in Bezug auf das Alter vergleichbar, es gibt keinen signifikanten Unterschied diesbezüglich (T-Test bei unabhängigen Stichproben: $t(1'529) = -1.204; p = .229$ für die Signifikanz zweiseitig).

In der Teilgruppe mit Sehbeeinträchtigung sind 43.6% Mädchen und 56.4% Jungen. In der Teilgruppe mit Blindheit sind 54.5% Mädchen und 45.5% Jungen. Es gibt also bei den Kindern mit Sehbeeinträchtigung mehr Jungen als Mädchen, und bei den Kindern mit Blindheit gibt es mehr Mädchen als Jungen. Der Unterschied zwischen beiden Teilstichproben ist signifikant (Chi2-Test nach Pearson, exakter Test nach Fisher: $\chi^2(1) = 3.55, p = .039$ für die exakte Signifikanz 1-seitig).

In der Teilpopulation mit Sehbeeinträchtigung haben 73.7% der Kinder die Schweizer Nationalität und 26.3% eine andere. In der Teilpopulation mit Blindheit haben 58.9% der

Kinder die Schweizer Nationalität und 41.1% eine andere. Hinsichtlich der Nationalität bestehen zwischen beiden Teilpopulationen signifikante Unterschiede (Chi2-Test nach Pearson, exakter Test nach Fisher: $\chi^2(1) = 7.64$, $p = .005$ für die exakte Signifikanz 1-seitig; $Eta = .073$). Bei Kindern mit Blindheit ist der Anteil von Kindern ohne Schweizer Nationalität höher als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung.

Es werden Kinder mit Sehbeeinträchtigung aus sämtlichen 26 Kantonen betreut. Die 76 spezifisch betreuten Kinder mit Blindheit verteilen sich auf 20 Wohnkantone. In den (Wohn-)Kantonen, die den höchsten Anteil an der spezialisierten Versorgung der Kinder mit Sehbehinderung insgesamt haben (Bern: 19%, Zürich: 13.2%), werden auch viele Kinder mit Blindheit versorgt (Bern: 18.2%, Zürich: 11.7%). 13% aller spezifisch versorgten Kinder mit Blindheit wohnen im Kanton SG, während dieser Kanton bei der spezifischen Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung insgesamt eine weitaus kleinere Rolle spielt (5.5%).

Vergleich bezüglich der Beeinträchtigungen

Die vergleichende Betrachtung der Beeinträchtigungen der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit ist in Tabelle 7 dargestellt.

Bei blinden Kindern kommt eine Hörsehbehinderung signifikant häufiger vor als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung. In Bezug auf die Komplexität der Behinderung besteht ein tendenzieller Unterschied zwischen beiden Gruppen: eine komplexe Behinderung ist bei blinden Kindern etwas häufiger anzutreffen als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (66.2% versus 55.3%). Ein weiterer tendenzieller Unterschied zwischen beiden Gruppen besteht beim Zeitpunkt der Diagnosestellung. Zwar erfolgte in beiden Teilpopulationen die Diagnosestellung in den meisten Fällen bereits vor der obligatorischen Schulzeit. Bei Kindern mit Blindheit ist jedoch der Anteil jener, die erst während der obligatorischen Schulzeit diagnostiziert werden (zusammen 15.7%), noch kleiner als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (dort zusammen 20.8%). Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Teilpopulationen gibt es bezüglich des Zeitpunktes des Erwerbs der Behinderung und bezüglich der Stabilität der Behinderung. In beiden Gruppen sind die Behinderungen in den allermeisten Fällen angeboren und in ihrem Verlauf stabil. Auch die Tatsache, dass es sich in den meisten Fällen um eine okuläre Beeinträchtigung handelt, ist beiden Gruppen gemeinsam (Tabelle 7).

Tabelle 7: Art der Beeinträchtigung der Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung für Kinder mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'463) und Kinder mit Blindheit (N= 77)

	Sehbeeinträchtigung		Blindheit		Chi2	p
	N	%	N	%		
Art der Behinderung (1)						
Sehbehinderung	1'406	96.2	58	76.3	62.18	.000*
Hörsehbehinderung	56	3.8	18	23.7		
Art der Behinderung (2)						
Singuläre Behinderung	652	44.7	26	33.8	3.56	.061*
Komplexe Behinderung	806	55.3	51	66.2		
Art der Sehbehinderung (2)						
Angeboren	1'279	92.5	67	89.3	1.04	.269*
Erworben	103	7.5	8	10.7		
Art der Sehbehinderung (3)						
Stabil	1'212	89.4	63	84.0	2.18	.178*
Progredient	143	10.6	12	16.0		
Art der Sehbehinderung (4)						
Okular	883	61.9	51	69.9	2.28	.320**
Cerebral	264	18.5	9	12.3		
Okular und cerebral	280	19.6	13	17.8		
Zeitpunkt Diagnosestellung						
Vor obligat. Schulzeit	1'098	79.2	64	84.2	7.21	.065**
Kindergarten	129	9.3	6	7.9		
Primarstufe	143	10.3	3	3.9		
Sekundarstufe I	17	1.2	3	3.9		

* exakter Test nach Fisher, Signifikanz 2-seitig; ** asymptotische Signifikanz 2-seitig

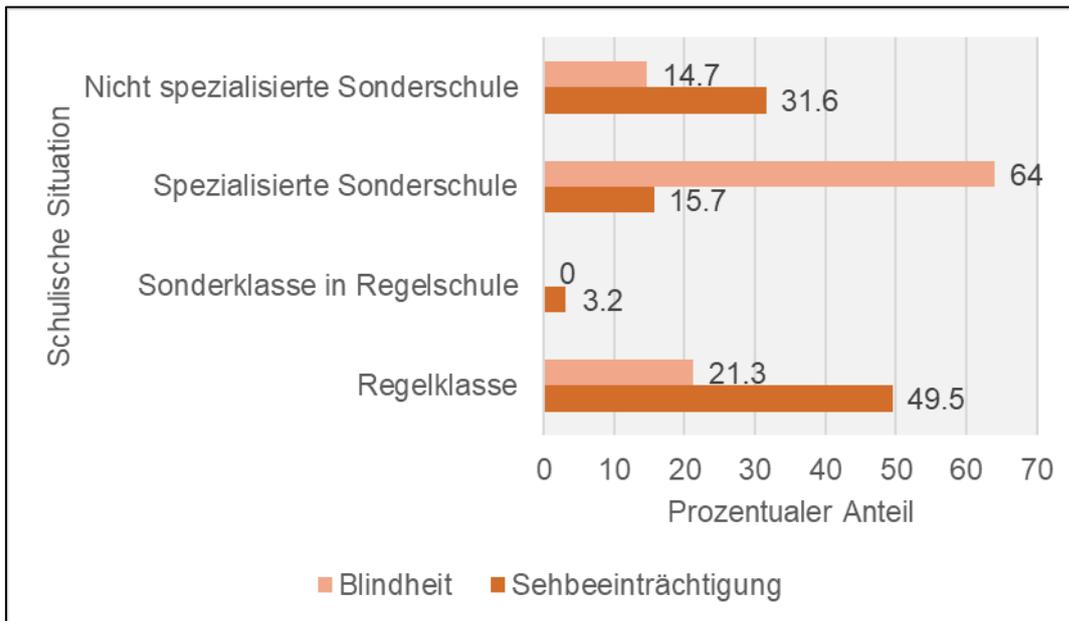
Vergleich bezüglich der schulischen Situation sowie von Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen

Zum aktuellen Beschulungsort liegen Angaben für 1'504 Kinder vor, die Angaben für 67 Kinder (4.3%) fehlen. Hinsichtlich des Lehrplans beziehen sich die Aussagen auf 1'147 Kinder, die Angaben für 424 Kinder (27%) fehlen.

Zwischen Kindern mit Sehbeeinträchtigung und Kindern mit Blindheit gibt es signifikante Unterschiede hinsichtlich der schulischen Situation (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(3) = 112.83$, $p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; $\eta = .070$). Die meisten Kinder mit Sehbeeinträchtigung (52.7%) gehen in eine Regelschule, dabei zumeist in eine Regelklasse (Abbildung 3). Blinde Kinder hingegen werden zumeist (78.7%) in einer Sonderschule beschult, dabei am häufigsten (64% der Teilgruppe) in einer spezialisierten Sonderschule und in 14.7% der Fälle in einer nicht spezialisierten Sonderschule. Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine auf Sehbehinderung spezialisierte Sonderschule besuchen, ist bei

Kindern mit Blindheit mehr als viermal so hoch wie bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (64% versus 15.7%). Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine Regelklasse besuchen, ist bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung mehr als doppelt so hoch wie bei Kindern mit Blindheit (49.5% versus 21.3%). Der prozentuale Anteil von Kindern, die eine nicht spezialisierte Sonderschule besuchen, ist hingegen bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung mehr als doppelt so hoch wie bei blinden Kindern (Abbildung 3).

Abbildung 3: Aktueller Beschulungsort / Schultart für Kinder mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'429) und für Kinder mit Blindheit (N= 75)



Auch hinsichtlich des aktuellen Lehrplans, nach dem die Kinder unterrichtet werden, gibt es signifikante Unterschiede zwischen beiden Teilpopulationen (Chi²-Test nach Pearson: $\chi^2(2) = 29.03, p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; Eta = .157). Kinder mit Sehbeeinträchtigung werden am häufigsten (61.8%) nach dem Regellehrplan unterrichtet. Blinde Kinder hingegen werden nur in 27.4% der Fälle nach dem Regellehrplan unterrichtet, während in 61.3% der Fälle erhebliche Anpassungen des Lehrplans (in mindestens 3 Fächern) an die individuellen Kompetenzen und Bedürfnisse des Kindes notwendig sind.

Zwischen Kindern mit Sehbeeinträchtigung und Kindern mit Blindheit gibt es signifikante Gruppenunterschiede bezüglich der Häufigkeit von ambulanten Massnahmen (Chi²-Test nach Pearson: $\chi^2(2) = 96.96, p < .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig; Eta = .212). Die meisten Kinder mit Sehbeeinträchtigung (83%) erhalten ambulante Massnahmen, entweder regelmässig (38.2% der Gruppe) oder bei Bedarf (44.8% der Gruppe). Bei den Kindern mit Blindheit erhalten nur 37.7% ambulante Massnahmen (20.8% regelmässig, 16.9% bei Bedarf). Kinder mit Sehbeeinträchtigung erhalten also häufiger als Kinder mit Blindheit ambulante Massnahmen, und zwar sowohl solche, die regelmässig stattfinden als auch solche, die bei Bedarf durchgeführt werden.

Vergleicht man die Kinder mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit, welche regelmässig ambulante Massnahmen erhalten (N= 559 und N= 16), so zeigen sich folgende Ergebnisse. Kinder mit Sehbeeinträchtigung erhalten im Durchschnitt ambulante Massnahmen im Umfang von 1.92 Lektionen pro Woche (SD= 2.40) und blinde Kinder im Umfang von 5.4

Lektionen pro Woche ($SD= 4.86$), somit also mehr als drei Lektionen mehr als die Erstgenannten. Dieser Unterschied ist signifikant ($t(573) = -2.85, p= .012$ für die zweiseitige Signifikanz).

Vergleich bezüglich der konkreten Förderung und Unterstützung

Eine vergleichende Übersicht zur Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit bietet Tabelle 8. Einbezogen sind 1540 Kinder, die Angaben von 31 Kindern (2%) fehlen. Die beiden Teilpopulationen unterscheiden sich in allen Aspekten der spezifischen Förderung signifikant voneinander. Kindern mit Sehbeeinträchtigung werden am häufigsten Hilfsmittel im visuellen Bereich (71.3%), Low Vision Training (63.7%) und angepasste Lehrmittel (53.7%) angeboten. Braille (1.7%), Orientierungs- und Mobilitätstraining (8.5%) und Förderung Lebenspraktischer Fertigkeiten (11.6%) werden nur selten angewandt. Bei blinden Kindern stehen hingegen neben angepassten Lehrmitteln (76.6%) vor allem Hilfsmittel im nichtvisuellen Bereich (59.7%), Orientierungs- und Mobilitätstraining (51.9%), Förderung Lebenspraktischer Fertigkeiten (50.6%) sowie weitere Therapien und Trainings (64.9%) im Mittelpunkt, während Low Vision Training (33.8%) und Hilfsmittel im visuellen Bereich (35.1%) nur bei einer Minderheit zum Einsatz kommen (Tabelle 8).

Kinder mit Sehbeeinträchtigung erhalten im Durchschnitt 2.72 verschiedene spezifische Massnahmen ($SD= 1.57$), bei Kindern mit Blindheit sind es 4.22 ($SD= 1.86$). Zwischen beiden Gruppen besteht damit ein signifikanter Unterschied bezüglich der Breite des Angebotes an spezifischen Massnahmen ($t(1'536)= -6.97, p= .000$). Kinder mit Blindheit erhalten im Durchschnitt mehr verschiedene spezifische Massnahmen als Kinder mit Sehbeeinträchtigung.

Tabelle 8: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'463) und bei Kindern mit Blindheit (N= 77). Mehrfachnennungen

Art der Förderung / Unterstützung	Sehbeeinträchtigung		Blindheit		Chi2	p*
	N	%	N	%		
Low Vision Training	932	63.7	26	33.8	28.21	.000
Lebenspraktische Fertigkeiten	169	11.6	39	50.6	95.75	.000
Orientierungs- und Mobilitätstraining	124	8.5	40	51.9	145.32	.000
Braille	25	1.7	38	49.4	423.20	.000
Hilfsmittel visueller Bereich	1043	71.3	27	35.1	45.75	.000
Hilfsmittel nichtvisueller Bereich	328	22.4	46	59.7	55.44	.000
Angepasste Lehrmittel	786	53.7	59	76.6	15.52	.000
Weitere Therapien oder Trainings	560	38.3	50	64.9	21.77	.000

* asymptotische Signifikanz 2-seitig

4.2.8. Vergleich von Kindern verschiedener Alterskohorten

Alle spezifisch versorgten Kinder wurden sechs Alterskohorten zugeordnet. Die Alterskohorten entsprechen dem regulären Alter, welches Kinder in den 11 Schulstufen der obligatorischen Schule haben. Die Zuordnung ist nicht unbedingt mit der tatsächlich besuchten Schulstufe identisch (diese wurde nicht erfasst), da Kinder jünger oder älter sein können als für die jeweilige Schulstufe vorgesehen ist. Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Population auf die sechs Alterskohorten.

Tabelle 9: Verteilung der spezifisch versorgten Kinder auf Alterskohorten (N= 1'562 Kinder)

Alterskohorte	Reguläre Schulstufe	Altersspanne in Monaten	Spezifisch versorgte Kinder	
			N	%*
H1/H2	Kindergarten	53-75	192	12.3
H3/H4	1./2. Primarstufe	76-99	302	19.3
H5/H6	3./4. Primarstufe	100-123	274	17.5
H7/H8	5./6. Primarstufe	124-147	261	16.7
H9/H10	1./2. Sekundarstufe	148-171	243	15.6
H11	3. Sekundarstufe	≥ 172	290	18.6

* gültige Prozent

Geschlecht und Nationalität in den Alterskohorten

In den Alterskohorten gibt es zwischen 40.2% und 47.8% Mädchen und entsprechend zwischen 52.2% und 59.8% Jungen. In allen sechs Alterskohorten gibt es mehr Jungen als Mädchen. Die Alterskohorten unterscheiden sich bezüglich der Geschlechterverteilung nicht signifikant voneinander (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 3.85$, $p = .572$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig).

In den sechs Kohorten haben zwischen 68.5% und 76.2% der Kinder die Schweizer Nationalität, und entsprechend zwischen 23.8% und 31.5% eine andere Nationalität. Die Alterskohorten unterscheiden sich hinsichtlich der Nationalitäten nicht signifikant voneinander (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 5.74$, $p = .333$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig).

Vergleich der Alterskohorten bezüglich der Beeinträchtigungen der Kinder

Es gibt zwei signifikante Unterschiede zwischen den Alterskohorten bezüglich der Art der Beeinträchtigungen. Einer betrifft die Art der Sehbehinderung (2): angeboren – erworben (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 14.192$, $p = .014$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Hier fällt auf, dass in der ältesten Kohorte H11 der Anteil von Kindern mit erworbener Sehbehinderung (11.8%) grösser ist als in den Kohorten H1/H2, H3/H4, H7/H8 und H9/H10, wo er jeweils zwischen 4.5% und 6.7% liegt. Allerdings sind auch in H5/H6 mit 10% etwas mehr Kinder mit erworbener Sehbehinderung als in den vorgenannten vier Kohorten. Ein weiterer signifikanter Gruppenunterschied betrifft die Art

der Sehbehinderung (4): okular – cerebral (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 23.62$, $p = .009$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Hier ist besonders auffällig, dass in der Kohorte H11 der Anteil von Kindern mit (ausschliesslich) cerebraler Sehbehinderung fast doppelt so hoch ist wie in der Kohorte H9/H10.

Ein tendenzieller Unterschied besteht bei Art der Behinderung (2): singular – komplex (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 10.84$, $p = .055$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Inhaltlich fällt hier auf, dass in der ältesten Kohorte H11 der Anteil von Personen mit komplexer Behinderung (63.5%) höher ist als in den anderen fünf Kohorten (dort zwischen 51.2% und 56.2%). Kinder, die in der 3. Sekundarstufe und höher (immer noch) betreut werden, sind somit mit höherer Wahrscheinlichkeit Kinder mit komplexer(er) Behinderung.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Kohorten gibt es bezüglich des Anteils an Kindern mit Sehbehinderung versus Hörsehbehinderung, mit Sehbeeinträchtigung versus Blindheit sowie mit stabilem versus progredientem Verlauf.

Eine tabellarische Übersicht für den Vergleich der sechs Alterskohorten in Bezug auf die Arten der Beeinträchtigung der Kinder findet sich im Anhang C.

Vergleich der Alterskohorten bezüglich schulischer Situation sowie Art und Umfang der Unterstützungsmaßnahmen

Zwischen den Alterskohorten gibt es hochsignifikante Unterschiede bezüglich des Beschulungsortes / der Schulart (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 68.09$, $p = .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Während in den fünf jüngeren Kohorten jeweils die meisten Kinder in eine Regelschule gehen, dabei in den allermeisten Fällen in eine Regelklasse (Regelklasse zwischen 49.4% und 55%), werden in der ältesten Kohorte H11 nur 34.3% in einer Regelschule bzw. 31.4% in einer Regelklasse beschult. Hingegen ist in der H11 der Anteil an Kindern in einer spezialisierten Sonderschule mit 29.6% deutlich höher als in den anderen Kohorten (dort zwischen 11% und 19.4%). Auch der Anteil an Kindern, die eine nicht spezialisierte Sonderschule besuchen, ist in der H11 am grössten im Vergleich zu den anderen Kohorten.

Auch bezüglich des Lehrplanes gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Alterskohorten (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 29.97$, $p = .001$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Abweichungen vom Regellehrplan sind in der H11 wesentlich häufiger anzutreffen als in den anderen Kohorten. So wird etwa eine Lehrplananpassung in drei oder mehr Fächern für 45.2% der Schülerinnen und Schüler in H11 praktiziert, während dies in den anderen Kohorten nur zu 27% bis 35.3% der Fall ist. Insgesamt sind also die Abweichungen von der Regelbeschulung in der ältesten Kohorte häufiger anzutreffen als in den jüngeren Kohorten.

Eine tabellarische Übersicht für den Vergleich der sechs Alterskohorten in Bezug auf Beschulungsort und Lehrplan findet sich im Anhang D.

Des Weiteren unterscheiden sich die Alterskohorten signifikant bezüglich der Häufigkeit von ambulanten Massnahmen (Chi2-Test nach Pearson: $\chi^2(5) = 51.68$, $p = .000$ für die asymptotische Signifikanz 2-seitig, mit Bonferroni-Anpassung). Auch hier besteht der auffälligste Unterschied zwischen den fünf jüngeren Kohorten einerseits und der ältesten

Kohorte andererseits. Während in Kindergarten und Primarstufen jeweils mehr als 80% der Kinder ambulante Massnahmen erhalten (und auf der 1./2. Sekundarstufe knapp 80%), beträgt dieser Anteil bei den Kindern der 3. Sekundarstufe nur mehr 69.7%. Dieses Ergebnis korrespondiert mit den vorgenannten Befunden: die älteste Kohorte geht häufiger als die jüngeren Kohorten in spezialisierte und in nicht-spezialisierte Sonderschulen und erhält dort die Unterstützung.

Vergleicht man jene Kinder, welche regelmässig ambulant unterstützt werden, so zeigt sich kein Unterschied zwischen den Kohorten, was den Umfang dieser regelmässigen ambulanten Unterstützung betrifft (Anova: $F(5, 569) = .327, p = .897$). In allen Kohorten werden durchschnittlich ähnliche Mittelwerte erreicht (zwischen 1.76 und 2.19 Stunden pro Woche), und in allen sechs Kohorten weist der Umfang der ambulanten Massnahmen eine hohe Variabilität auf (zwischen ca. 1 Stunde pro Monat und ca. 100 Stunden pro Monat).

Vergleich der Alterskohorten bezüglich der konkreten Förderung und Unterstützung der Kinder

Die Alterskohorten unterscheiden sich in fünf von acht Aspekten der spezifischen Förderung signifikant voneinander, und zwar in Bezug auf die Häufigkeit von Low Vision Training, Orientierungs- und Mobilitätstraining, Hilfsmittel im visuellen Bereich, angepassten Lehrmitteln und weiteren Therapien oder Trainings.

Low Vision Training wird vor allem in den beiden jüngsten Kohorten häufig angewendet, und die Häufigkeit der Anwendung nimmt dann in den älteren Kohorten ab. Beim Orientierungs- und Mobilitätstraining ist es umgekehrt: diese Intervention wird in den jüngeren Kohorten signifikant seltener angewendet als in den älteren. Bei den visuellen Hilfsmitteln steigt der Einsatz mit dem Alter der Kinder stetig an – im Kindergarten werden diese Hilfsmittel bei 44.3% der Kinder eingesetzt, in der 3. Sekundarstufe profitieren mehr als drei Viertel der untersuchten Kinder (75.5%) davon. Auch angepasste Lehrmittel folgen einem ähnlichen Trend. Im Kindergarten (H1/H2) starten 38% der Kinder damit, und ab der H5/H6 sind es dann bis zum Ende der obligatorischen Schulzeit jeweils um die 60%.

Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Alterskohorten gibt es bezüglich des Trainings Lebenspraktischer Fertigkeiten, der Unterweisung in Braille sowie des Einsatzes von Hilfsmitteln aus dem nichtvisuellen Bereich. Diese drei Massnahmen werden in allen Alterskohorten in jeweils ähnlichem Umfang eingesetzt.

Eine tabellarische Übersicht für den Vergleich der sechs Alterskohorten in Bezug auf die konkrete Förderung und Unterstützung findet sich im Anhang E.

In Bezug auf die Breite des Angebotes an spezifischen Massnahmen gibt es ebenfalls Unterschiede zwischen Alterskohorten (Anova: $F(5, 1554) = 3.874, p = .002$). Die jüngste Kohorte (H1/H2) erhält mit durchschnittlich 2.36 Stunden pro Woche ein signifikant schmaleres Angebot an verschiedenen Massnahmen als Kinder aus den Kohorten H7/H8 (2.85 Stunden pro Woche) und H11 (3.0 Stunden pro Woche).

4.3. Strukturelle Bedingungen in den Kantonen für die Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung

Gemäss Fragestellung 2 sollten hier einerseits bestimmte kantonale Merkmale geprüft werden, welche in Bezug auf die Bildungslandschaft der Schweiz als Qualitätsmerkmale einzuschätzen sind. Zudem sollte die kantonale Vorgehensweise in Bezug auf die Abklärung des Förderbedarfs, die Förderplanung sowie die Effektkontrolle von Massnahmen analysiert werden. Diese Merkmale beeinflussen die Wahrscheinlichkeit, mit der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung frühzeitig und systematisch erfasst werden können und eine ihrem Bedarf entsprechende Versorgung erhalten können.

Die Datenerhebungen zu den strukturellen Bedingungen in den Kantonen erfolgten wie geplant anhand verschiedener Quellen. So wurden in 24 von 26 Kantonen mit den für die Sonderschulung verantwortlichen Behörden persönliche, strukturierte Interviews durchgeführt. Die Kantone AI und ZH lehnten diese Interviews ab. Für den Kanton ZH konnte ersatzweise ein Interview mit einer Person geführt werden, welche die Abläufe und die Situation im Kanton bestens kennt. Zudem wurden Kantonale Konzepte, Verordnungen und andere relevante Dokumente hinsichtlich der Fragestellung analysiert. Auf Ebene dieser Dokumentenanalyse waren auch Informationen über den Kanton ZH verfügbar.

Im Folgenden werden die kantonalen Bedingungen zunächst im Einzelnen beschrieben.

Strukturelle Merkmale der Kantone

Tabelle 10 gibt eine Übersicht zu ausgewählten Strukturmerkmalen in den einzelnen Kantonen. 16 der 26 Kantone sind dem Konkordat „Sonderpädagogik“ der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren (EDK) beigetreten, 10 nicht. In 20 der 26 Kantone liegt ein Kantonales Konzept Sonderpädagogik vor, in dem das Phänomen Sehbehinderung explizit erwähnt ist. Fünf Kantone haben ein Kantonales Konzept Sonderpädagogik ohne spezielle Erwähnung von Sehbehinderung, und in einem Kanton (AI) konnte kein Konzept Sonderpädagogik ermittelt werden. Die Hälfte der Kantone (N= 13) verfügt über einen Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Heilpädagogischen Früherziehung (HFE) auf dem kantonalen Territorium, und in 12 Kantonen gibt es einen Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten ambulanten Struktur. In fünf Kantonen befindet sich eine auf Sehbehinderung spezialisierte Sonderschule. Insgesamt haben 14 von 26 Kantonen mindestens eine auf Sehbehinderung spezialisierte Versorgungsstelle auf ihrem Territorium. 12 Kantone haben keine auf Sehbehinderung spezialisierte Struktur auf ihrem Gebiet. Eine detaillierte Übersicht dieser Merkmale für alle Kantone findet sich in Anhang G.

Tabelle 10: Ausgewählte Strukturmerkmale in den einzelnen Kantonen (N= 26 Kantone)

Merkmal	Merkmal erfüllt		Merkmal nicht erfüllt	
	N	%*	N	%*
Beitritt zum Konkordat „Sonderpädagogik“	16	61.5	10	38.5
Konzept Sonderpädagogik mit spezieller Erwähnung von Sehbehinderung	20	76.9	6	23.1
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Heilpäd. Früherziehung	13	50.0	13	50.0
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Sonderschule	5	19.2	21	80.8
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten ambulanten Struktur	12	46.2	14	53.8
Sicherung der Versorgung im Frühbereich	25	100.0	0	0
Sicherung der Versorgung im Schulbereich mit Wahlmöglichkeit	25	100.0	0	0
Sicherung der ambulanten Versorgung	25	100.0	0	0

* gültige Prozent

In allen 25 Kantonen (die Angaben aus dem Kanton AI fehlen diesbezüglich) ist, unabhängig von der Frage eines Standortes spezialisierter Strukturen auf kantonalem Gebiet, für Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung der Zugang zu einer spezifischen Versorgung gesichert. Das gilt für alle drei Versorgungsbereiche: die Heilpädagogische Früherziehung, den Schulbereich und die ambulante Versorgung. Im Schulbereich besteht dabei für Kinder in allen 25 Kantonen eine Wahlmöglichkeit zwischen integrativen Beschulungsformen und dem Besuch einer auf Sehbehinderung spezialisierten Sonderschule.

Abklärungsverfahren

In den allermeisten Kantonen (N= 19) wird zur Abklärung des Bedarfs an verstärkten Massnahmen das komplette standardisierte Abklärungsverfahren (SAV) gemäss den Empfehlungen / Vorgaben des Konkordats «Sonderpädagogik» angewendet. Zwei Kantone verwenden Teile des SAV bzw. ein an die kantonalen Bedingungen angepasstes SAV. Drei weitere Kantone setzen andere, einheitliche Verfahren ein. Für diese Alternativverfahren liegen Handreichungen vor, in denen standardisierte Ablaufpläne und

Festlegungen bezüglich der zu beteiligenden Institutionen beschrieben sind. In einem der drei Fälle sind auch die zu diagnostizierenden Bereiche festgelegt. Theoretische Hintergründe sind nicht expliziert. Somit erfüllen diese alternativen Verfahren einige der zentralen Qualitätskriterien des SAV.

In zwei Kantonen ist auf kantonaler Ebene kein einheitliches, standardisiertes Vorgehen bezüglich des Abklärungsverfahrens installiert. Einer dieser Kantone (AI) erklärt, dass Fälle des Bedarfs an verstärkten Massnahmen im Zusammenhang mit einer Sehbehinderung aufgrund der kleinen Schülerzahl im Kanton so selten vorkommen, dass dafür dann Einzelfalllösungen gesucht werden. Der andere Kanton ohne kantonal standardisiertes Abklärungsverfahren (BE) überträgt die Verantwortung für Abklärungen zwei grossen, auf Sehbehinderung spezialisierten Institutionen, welche dann ihrerseits die Abklärung nach institutionsinternen Standards durchführen.

Bezüglich der Auslösung des Abklärungsverfahrens für verstärkte Massnahmen ist das Prozedere in den Kantonen etwas unterschiedlich. Gemeinsam ist den Kantonen, dass verschiedene Personen oder Institutionen das Verfahren auslösen können, wie etwa Eltern, Fachärzte, Kinderärzte, Früherziehungsstellen, Schulische Heilpädagoginnen und andere. In einigen Kantonen gibt es Fachstellen mit zentraler Verantwortung für die Koordination und Abwicklung der Abklärung. Solche Stellen mit zentraler Verantwortung können z.B. sein: Schulpsychologischer Dienst (z.B. UR, NW), Schulleitungen (z.B. VD), sonderpädagogische Unterstützungsdienste (z.B. TI), Sonderschulinspektoren (z.B. FR, VS) oder spezielle Evaluationszellen (z.B. FR). Über diese Stellen laufen dann sämtliche Verfahrenseröffnungen, unabhängig davon, wer auf die Sehbehinderung aufmerksam geworden ist und das Verfahren in Gang setzen wollte. In anderen Kantonen gibt es diese Stellen nicht.

In allen 25 Kantonen (Angaben aus AI fehlend) werden die Eltern gemäss den Kriterien des SAV in die Bedarfsabklärung einbezogen. In den allermeisten Kantonen (N= 22) ist ein explizites Einverständnis der Eltern für eine Anmeldung zum SAV (oder dem Alternativverfahren) vorgesehen. In zwei Kantonen ist das nicht so explizit festgelegt, und für zwei Kantone fehlen die diesbezüglichen Angaben. In fast allen Kantonen (N= 24) gibt es auch im Bereich der sogenannten niedrigrschwelligigen bzw. ordentlichen Massnahmen (OM) ein vorgegebenes, einheitliches Verfahren.

In neun von 25 Kantonen ist die Institution, welche den Bedarf an verstärkten Massnahmen abklärt, auch die Stelle, welche dann die verstärkten Massnahmen anbietet. Dieses „Selbstzuweisungssystem“ wird in vier Fällen durch eine übergeordnete, kantonale Instanz kontrolliert. Die Priorisierung von Eigeninteressen der abklärenden = anbietenden Stelle kann so reguliert bzw. vermieden werden. In fünf Kantonen mit Selbstzuweisungssystem fehlt eine solche Kontrollinstanz. Die Selbstzuweisung wird von den Kantonen, welche diese praktizieren, durchaus als solche erkannt und zum Teil als „Systemfehler“ bezeichnet. Die damit verbundene Gefahr ist den betreffenden Kantonen bewusst, und der Entscheid, diese Struktur trotzdem zu wählen, wird auf zwei Ebenen begründet. Zum einen führt die hohe fachliche Kompetenz der spezialisierten Institutionen, sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im Bereich der Förderung und Unterstützung, zur Entscheidung der Kantone, diesen Institutionen eine hohe Autonomie im Prozess und bezüglich der Entscheidungen zuzugestehen. Zum anderen ist auch die Seltenheit des Phänomens Sehbehinderung / Hörsehbehinderung von dem Ausmass, das verstärkte Massnahmen erfordert, ein Argument, keine über- oder nebengeordnete

weitere Fachstelle oder Behörde in den Prozess und die Entscheidungen einzubeziehen. Hier handelt es sich somit um ein ökonomisches bzw. ressourcenbezogenes Argument.

Zusprache von Massnahmen und Förderplanung

Im Falle der Feststellung eines Bedarfs an verstärkten Massnahmen geht es im Anschluss um die Zusprache von Massnahmen und die Kriterien für diese Zusprache. Alle 25 Kantone (die Angaben aus AI fehlen) orientieren sich bei der Zusprache von Massnahmen an den Empfehlungen, die von Fachpersonen im Rahmen des Abklärungsverfahrens gegeben wurden. Das entspricht dem zentralen Zweck des SAV und ist Ausdruck einer an den individuellen Bedürfnissen des Kindes orientierten Praxis. Weitere Kriterien, wie Finanzen, personelle Ressourcen, geografische Kriterien und andere, wurden jeweils nur in Einzelfällen als (mit) ausschlaggebende Kriterien für die Zusprache verstärkter Massnahmen genannt.

Für den Umgang mit den vorhandenen (begrenzten) finanziellen und personellen Ressourcen werden in den Kantonen verschiedene Strategien angewandt. Beispielsweise werden Pauschalbudgets für Anbieter / für bestimmte Leistungen festgelegt, und die Anbieter agieren autonom im Rahmen dieser Pensen. Das spart Zeit und Geld. Dabei kommt es aber zwangsläufig auch zu Anpassungen bei den konkreten Interventionen für einzelne Kinder, welche vordergründig durch die Ressourcenbedingungen und nicht durch den Bedarf des Kindes begründet sind. Die Interviewpartner versicherten glaubhaft das hohe Verantwortungsbewusstsein der Anbieter, unter den gegebenen Bedingungen bestmögliche Passung zwischen individuellen Bedarfen und (pauschalen) Ressourcen herzustellen. Für grössere Differenzen zwischen (Pauschal-)Ressourcen und veränderlichen Bedarfen gibt es dann meist Möglichkeiten zur Beantragung von weiteren Ressourcen, die über das Pauschalbudget hinausgehen. So ist es beispielsweise im Kanton AG möglich, beim kantonalen Amt eine Anpassung des Pauschalbudgets zu beantragen, welche in der Regel auch bewilligt wird.

In Bezug auf die Festlegung konkreter Massnahmen wird in fast allen Kantonen (N= 24) folgendes Vorgehen praktiziert. Die grundsätzliche Zusprache von verstärkten Massnahmen erfolgt durch die kantonale Behörde, und die konkreten Massnahmen werden dann durch die spezialisierte Fachstelle bzw. den Anbieter der Massnahmen festgelegt. Im Kanton Zürich wird der Entscheid über sonderpädagogische Massnahmen von den Eltern, der Lehrperson und der Schulleitung gemeinsam getroffen. Fällt eine Sonderschulung in Betracht, ist die Mitwirkung und die Zustimmung der Schulpflege sowie eine schulpsychologische Abklärung erforderlich. Werden Kinder ambulant betreut, so unterbreiten Lehrpersonen, Fachpersonen und die Eltern nach erfolgter Standortbestimmung und spezialisierter Abklärung der Schulleitung einen Vorschlag. Angaben aus dem Kanton AI fehlen.

In Bezug auf die Erstellung individueller Förderpläne liegen Angaben aus 24 Kantonen vor (Angaben aus den Kantonen AI und AR fehlen). Dabei werden in 19 Kantonen immer individuelle Förderpläne erstellt, und in fünf Kantonen wird dies teilweise getan. Das Erstellen von individuellen Förderplänen gehört somit zu den umfassend praktizierten Qualitätsstandards in der Schweiz.

In allen 25 Kantonen (Angaben aus AI fehlen) werden die Eltern in den Entscheid über verstärkte Massnahmen einbezogen. In 23 Kantonen erfolgt dies in Form einer Anhörung,

somit entsprechend den Vorgaben des SAV. Zwei Kantone gehen darüber hinaus und geben Eltern eine mitentscheidende Stimme beim Entscheid über verstärkte Massnahmen.

Evaluation und Dokumentation

Zu Fragen der Evaluation und Dokumentation liegen Angaben aus 25 Kantonen vor (Angaben von AI fehlen). Alle 25 Kantone haben eine Evaluationsstrategie für verstärkte Massnahmen etabliert. Diese ist in den allermeisten Fällen (N= 22) auf kantonaler Ebene angesiedelt. In drei Kantonen liegt sie in der Verantwortung des spezialisierten Anbieters der Massnahmen.

Ebenso verhält es sich mit der Vorgehensweise bei Folgeentscheidungen (z.B. Verlängerung oder vorzeitige Beendigung von Massnahmen). Auch diesbezüglich liegen in 22 Kantonen die Entscheide auf kantonaler Ebene, während in drei Kantonen die jeweiligen Anbieter entsprechende Entscheidungen treffen. Der Einbezug der Eltern in Folgeentscheide wird in 21 Kantonen in Form der Anhörung praktiziert. In drei Kantonen haben Eltern eine mitentscheidende Stimme, und in einem Kanton werden Eltern in Folgeentscheide nicht explizit einbezogen.

In allen Kantonen werden Dossiers über alle Fälle verstärkter Massnahmen geführt. Eine elektronische Datenbank (in 20 Kantonen angelegt) gehört inzwischen zum weitverbreiteten Standard. Drei Kantone dokumentieren nur nichtelektronisch und zwei Kantone in anderer Form. Meist werden Dossiers auf verschiedenen Ebenen – Kanton, Anbieter, Schule – in jeweils der Funktion der Stelle angepasster Form nebeneinander geführt. Typisch ist, dass auf kantonaler Ebene elektronische Datenbanken mit „formalen Verlaufsdaten“ über alle Fälle (von verstärkten Massnahmen) geführt werden. Daneben haben Anbieter, wie z.B. spezialisierte Anbieter und Schulen, ihre eigenen Systeme, etwa ein sogenanntes Schülerlaufblatt in Regelschulen. Über die konkrete Fall- und Förderdokumentation bei spezialisierten Anbietern haben die kantonalen Ämter oft keine präzise Kenntnis, da die Autonomie der Fachstellen diesbezüglich hoch ist und keine spezifische Berichtspflicht besteht.

Weitere Aspekte hinsichtlich der praktizierten Verfahrensweisen

Im Verlauf der Datenerhebungen zu den strukturellen Bedingungen und den kantonalen Vorgehensweisen bei Abklärung, Förderplanung und Evaluation sind einige (weitere) Spezifika aufgefallen, die einen Einfluss auf die Versorgungsqualität haben können. Überlegungen zu drei dieser mehrfach thematisierten Aspekte werden im Folgenden kurz beschrieben.

- Unterschiedliche Verfahrensweisen bei Verstärkten Massnahmen und Ordentlichen Massnahmen

In den meisten Kantonen wird zwischen Verstärkten Massnahmen und Ordentlichen Massnahmen unterschieden. Es gibt aber Kantone, die diese Unterscheidung so nicht (mehr) treffen. Zudem sind die Definitionen, was genau unter Verstärkte Massnahmen (und unter Ordentliche Massnahmen) fällt, kantonal unterschiedlich. In manchen Kantonen sind die Verfahrensweisen bei Abklärung, Förderplanung und Evaluation im Bereich von Verstärkten Massnahmen gleich wie im Bereich von Ordentlichen Massnahmen. In anderen Kantonen wieder sind die jeweiligen Verfahrensweisen verschieden. Dann wird beispielsweise bei Verstärkten Massnahmen ein SAV durchgeführt,

während bei Ordentlichen Massnahmen ein einfacheres, weniger formalisiertes Verfahren zum Einsatz kommt. Dabei entstehen teilweise problematische Situationen, etwa dann, wenn ein SAV nur durchgeführt werden soll, wenn über eine Sonderbeschulung (in einer auf Sehbehinderung spezialisierten Einrichtung oder in einer allgemeinen Sonderschule) zu entscheiden ist. Ein solcher Entscheid kann in der Regel aber erst nach dem SAV getroffen werden. Es ist ja der Hauptzweck dieses Verfahrens, die individuelle Ausgangslage zu ermitteln und dementsprechend auf Grund dieser über Massnahmen zu entscheiden. Bei dieser Vorgehensweise wird ein zentraler Massnahmeentscheid jedoch vor der Diagnostik / Bedarfsermittlung getroffen, und es stellt sich die Frage nach den (Güte-)Kriterien dafür. Die genannte Vorgehensweise kann nur funktionieren, wenn in einem vorgelagerten (vereinfachten) Verfahren begründet abgeleitet wird, dass Sonderbeschulung eine Option sein könnte und diese Option dann in einem nachfolgenden kompletten SAV eingehender geprüft wird. In einigen Kantonen scheint dies so praktiziert zu werden (z.B. Kanton SZ), in anderen Kantonen jedoch nicht.

– Hohe Autonomie der spezialisierten Institutionen

Oft wird den spezialisierten Institutionen eine hohe Autonomie im Prozess der Bedarfsabklärung und der spezifischen Unterstützung zuerkannt, unabhängig davon, ob eine Selbstzuweisungsstruktur praktiziert wird oder nicht. Dies wird (nachvollziehbar) mit der Expertise und fachlichen Kompetenz der spezialisierten Anbieter begründet. Ein Nebeneffekt dieser hohen Autonomie der Anbieter ist, dass dadurch die kantonale Behörde zuweilen über bestimmte Merkmale der Verfahren nicht mehr gut Bescheid weiss, eben weil das in der Autonomie der Fachstelle liegt. Das betrifft beispielsweise die Art und Weise, wie Eltern in die Bedarfsabklärung einbezogen werden, ebenso die Art und Weise der Evaluation von Massnahmen. Auch die Dossierführung (das fachliche Dossier betreffend) und das Rechtsverhältnis von Eltern und Fachstelle werden oftmals ohne Kenntnis und Einfluss der kantonalen Behörde gestaltet. Es stellt sich die Frage, ob in diesen Fällen die kantonale Behörde ihre übergreifende Funktion, bestehend z.B. in Gesamtverantwortung und Kontrolle, immer vollständig wahrnehmen kann.

– Reichweite und Verfügbarkeit ambulanter Dienste

Es stellt sich die Frage, ob die Leistungen spezialisierter ambulanter Dienste für alle Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung gleichermassen verfügbar sind. Beispielsweise darf der Visiopädagogische Dienst (VPD) im Kanton Solothurn seine Leistungen – so die kantonalen Vorgaben – nur in den eigenen Strukturen und in Regelschulen anbieten. In Heilpädagogischen Schulen hingegen wird nur Beratung und Abklärung angeboten. Damit ist der weitere Verlauf der Betreuung und Unterstützung von Kindern mit Sehbehinderung in hohem Masse von Verhalten und Expertise der an den Heilpädagogischen Schulen tätigen Lehrpersonen / Heilpädagoginnen abhängig. Diese in der Regel nicht speziell im Bereich Sehbehinderung qualifizierten Fachpersonen müssen den spezifischen Bedarf an (weiterer) Unterstützung bemerken und eigenaktiv spezialisierte Hilfen bei Anbietern (oder bei den kantonalen Verantwortungsstellen) organisieren. Um diese mögliche Bruchstelle bestmöglich auszugleichen, setzen spezialisierte Anbieter, wie etwa der Visiopädagogische Dienst im Kanton Solothurn, beispielsweise auf regelmässige Bekanntmachung ihrer Dienste in allen Schulen.

4.4. Analyse von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und der Versorgungssituation der Kinder

Innerhalb der dritten Hauptfragestellung dieser Studie werden Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und der Versorgungssituation der Kinder untersucht. Im Kern soll dabei geprüft werden, ob es in Abhängigkeit von bestimmten strukturellen Bedingungen Unterschiede in der Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung gibt, welche nicht durch Merkmale der Kinder selbst erklärbar sind und somit auf Unzulänglichkeiten bzw. Disparitäten in der Versorgungslage hinweisen könnten.

In Auseinandersetzung mit Fragestellung 2 (siehe Kapitel 4.3) wurde festgestellt, dass bestimmte strukturelle und organisatorische Merkmale, welche Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung sind, in allen Kantonen erfüllt werden. Das betrifft insbesondere die Tatsache, dass in allen Kantonen die spezialisierten frühen Hilfen, eine spezialisierte ambulante Versorgung sowie eine spezialisierte schulische Versorgung mit Wahlmöglichkeit zwischen spezialisierter Sonderschule und spezifischer integrierter Förderung für alle Kinder vorgehalten werden. Dennoch unterscheiden sich die Kantone ja hinsichtlich wesentlicher strukturell-organisatorischer Merkmale voneinander. Dabei ist die jeweilige kantonale Situation durch ein Konglomerat aus verschiedenen Einzelmerkmalen gekennzeichnet. Da die Einzelmerkmale erst in ihrem Zusammenwirken die strukturelle Gesamtsituation ausmachen, müssen diese Einzelmerkmale auch zusammen betrachtet werden. Eine solche Möglichkeit bietet sich im Rahmen einer Clusteranalyse (statistisches Verfahren).

Im Folgenden werden zunächst die Anlage der Clusteranalyse und die dementsprechende Clusterlösung erläutert. Daran schliessen sich inhaltliche Analysen zu drei spezifischen Fragestellungen an, welche sich alle mit möglichen Unterschieden zwischen Kantonen hinsichtlich der Versorgungslage für Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung auseinandersetzen.

Anlage der Clusteranalyse und Clusterlösung

Mittels Clusteranalyse können Kantone anhand einer Auswahl von Merkmalen gruppiert werden. Es entstehen sogenannte Cluster (= Gruppen von Kantonen), die jeweils eine bestimmte Kombination von Merkmalen aufweisen und sich diesbezüglich von den anderen Clustern unterscheiden.

Die in die Clusteranalyse einzubeziehenden Merkmale (= Variablen) sollten alle ein strukturelles Moment abbilden, welches von den Kantonen aktiv gestaltet bzw. beeinflusst werden kann und nicht bereits (geografisch) vorgegeben ist (wie etwa die Grösse des Kantons und die Schülerzahl). Das Messniveau der Variablen sollte kategorial und binär (Merkmal vorhanden – Merkmal nicht vorhanden) sein. Es sollte sich zudem um disjunkte, d.h. sich inhaltlich nicht überschneidende Merkmale handeln, deren Ausprägung zwischen den Kantonen variiert.

Gemäss diesen Vorgaben wurden neun Variablen (vergleiche Tabelle 12) in die

Clusteranalyse einbezogen. Für die Gesamtgruppe aller 25 Kantone (AI nicht einbezogen) wurde sodann eine Clusteranalyse mit den methodischen Einstellungen: ohne Vorgabe, Verlinkung zwischen den Gruppen und quadrierte euklidische Distanz für binäre Daten durchgeführt. Auf diese Weise wurde eine 3-Cluster-Lösung ermittelt. Das bedeutet, es gibt drei Gruppen von Kantonen mit einer jeweils bestimmten, voneinander unterscheidbaren Kombination von strukturellen Merkmalen. Die Aufteilung der Kantone auf die drei Cluster ist der Tabelle 11 zu entnehmen. Die Beschreibung der Cluster anhand der einbezogenen Merkmale ist in Tabelle 12 sowie in Abbildung 4 dargestellt.

Tabelle 11: Aufteilung der 25 Kantone auf 3 Cluster anhand von 9 binären Variablen

Cluster 1 (N= 12)	Cluster 2 (N= 10)	Cluster 3 (N= 3)
AR, BS, FR, GL, JU, NE, NW, OW, SH, SZ, UR, VS	AG, BE, BL, GE, GR, SG, SO, TG, TI, VD	LU, ZG, ZH

Cluster 1 vereint insgesamt 12 Kantone. Es handelt sich um kleine und mittlere Kantone (Schülerzahlen unter 10'000 bzw. zwischen 10'000 bis unter 50'000), die auf dem eigenen Territorium nicht über spezialisierte Strukturen (Standorte von Anbietern) im Bereich Sehbehinderung / Hörsehbehinderung verfügen. Diese Kantone haben alle ein Kantonales Konzept Sonderpädagogik erarbeitet, in welchem der Bereich Sehbehinderung explizit erwähnt ist. Sie führen fast immer ein komplettes SAV durch, haben sich fast immer dem Konkordat angeschlossen und arbeiten fast immer nach dem Vieraugenprinzip. (Das Vieraugenprinzip gilt als erfüllt, wenn entweder die abklärende Stelle und der Anbieter verstärkter Massnahmen nicht identisch sind oder wenn bei Identität beider Stellen eine weitere Kontrollinstanz vorhanden ist.) In diesem Cluster 1 hat zudem der Kanton meist eine herausragende Stellung sowohl bei der Massnahmebewilligung als auch bei der Finanzierung der Verstärkten Massnahmen (Tabelle 12, Abbildung 4).

In Cluster 2 sind 10 Kantone zusammengefasst, und zu Cluster 3 gehören 3 Kantone. Den Clustern 2 und 3 ist gemeinsam, dass sie mittlere und grosse Kantone vereinen, die alle auf ihren Terrains über spezialisierte Strukturen für den Bereich Sehbehinderung verfügen. Zudem sind in diesen beiden Clustern bei jeweils etwa 2/3 der Kantone Kantonale Konzepte Sonderpädagogik mit expliziter Erwähnung des Bereiches Sehbehinderung vorhanden. Unterschiede zwischen den Clustern 2 und 3 gibt es hinsichtlich Konkordatsbeitritt, SAV und Vieraugenprinzip (Tabelle 12, Abbildung 4).

In Cluster 2 werden meist das Vieraugenprinzip und ein komplettes SAV angewandt, aber die meisten dieser Kantone sind nicht dem Konkordat beigetreten. Alle Kantone aus Cluster 3 arbeiten nach dem Vieraugenprinzip, und die meisten sind auch dem Konkordat beigetreten. Aber nur einer von drei Kantonen wendet das komplette SAV an.

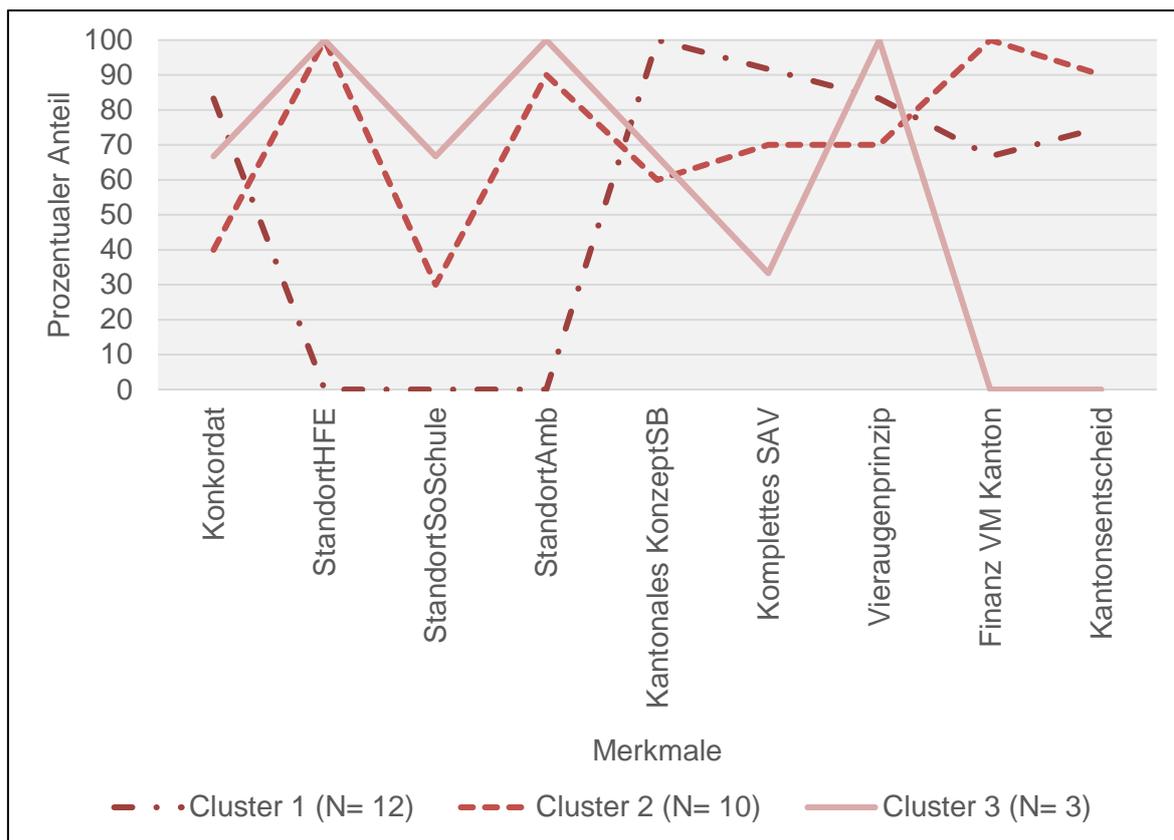
Tabelle 12: Charakterisierung der 3 Cluster anhand von 9 strukturellen Merkmalen sowie anhand der Grösse der Kantone (nicht in Clusteranalyse einbezogen)

Variable	Cluster 1 (N= 12)		Cluster 2 (N= 10)		Cluster 3 (N= 3)	
	N*	%	N*	%	N*	%
Beitritt des Kantons zum Konkordat	10	83.3	4	40.0	2	66.7
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Heilp. Früherziehung	0	0	10	100.0	3	100.0
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Sonderschule	0	0	3	30.0	2	66.7
Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten ambulanten Struktur	0	0	9	90.0	3	100.0
Kantonales Konzept Sonderpädagogik mit Erwähnung der Sehbehinderung	12	100.0	6	60.0	2	66.7
Komplettes SAV gemäss Konkordat	11	91.7	7	70.0	1	33.3
Vieraugenprinzip	10	83.3	7	70.0	3	100.0
Kanton ist Hauptfinanzierer verstärkter Massnahmen	8	66.7	10	100.0	0	0
Zuständigkeit des Kantons bei Massnahmebewilligungen	9	75.0	9	90.0	0	0
Grösse des Kantons						
klein (<10'000 Schulkinder)	7	58.3	0	0	0	0
mittel (10'000 – 50'000 Schulkinder)	5	41.7	5	50.0	2	66.7
gross (>50'000 Schulkinder)	0	0	5	50.0	1	33.3

* jeweils Häufigkeit und prozentualer Anteil, zu welchem das entsprechende Merkmal vorhanden ist

Die deutlichsten Unterschiede zwischen den Clustern 2 und 3 bestehen allerdings hinsichtlich kantonaler Finanzierung und Verantwortung für Massnahmeentscheide. In allen 10 Kantonen aus Cluster 2 ist der Kanton Hauptfinanzierer der Verstärkten Massnahmen, und in 9 von 10 Fällen ist der Kanton auch verantwortlich für Massnahmeentscheide. In keinem der 3 Kantone aus Cluster 3 hingegen entscheidet vornehmlich der Kanton über die Bewilligung der Massnahmen, und in keinem Fall ist hier der Kanton Hauptfinanzierer der Verstärkten Massnahmen (Tabelle 12, Abbildung 4).

Abbildung 4: 3-Cluster-Lösung unter Einbezug von 9 binären Variablen



Prüfung von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen und Aspekten der Versorgung

Die Prüfung von Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen und Versorgungssituation erfolgt anhand von drei zentralen Merkmalen von Versorgungsqualität. Zum einen geht es um die Anzahl spezialisiert betreuter Kinder, bezogen auf den Anteil an der Gesamtschülerzahl. Zum zweiten werden Umfang und Breite der konkreten Unterstützung betrachtet, und zum dritten wird der Zeitpunkt der Diagnosestellung (Früherkennung) untersucht. Auf allen drei Ebenen sollte es keine Unterschiede zwischen den Clustern geben. Sollten jedoch Disparitäten bzw. Disproportionalitäten zwischen den Clustern identifiziert werden, so ist zu prüfen, ob es sich dabei um Hinweise auf mögliche Einbußen in der Versorgungsqualität unter bestimmten strukturellen Bedingungen handelt.

- Anzahl spezialisiert betreuter Kinder im Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Kantone

Es wurde zunächst pro Kanton der prozentuale Anteil spezialisiert betreuter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft bestimmt (= Quote). Diese Quoten lagen zwischen 0.026 und 0.394 (Tabelle 13). Das heisst, es wurden im Schuljahr 2020 / 2021 zwischen 2.6 auf 10'000 Kinder (Kanton UR) und 39 auf 10'000 Kinder (Kanton GR) mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in den Kantonen identifiziert. Die durchschnittliche Quote schweizweit lag bei 0.179, also bei etwa 18 auf 10'000 Kinder (Tabelle 13). Das bedeutet, dass der Anteil von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in allen Kantonen klein war, wobei es jedoch deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kantonen gab. Eine

Übersicht zu den Quoten in allen Kantonen findet sich im Anhang F.

Tabelle 13 zeigt auch die Quoten in den drei Clustern. Diese liegen zwischen ca. 17 auf 10'000 (Cluster 3) und ca. 20 auf 10'000 (Cluster 2) Kindern. Die Unterschiede zwischen den Clustern sind deskriptiv als klein einzuschätzen. Eine Prüfung auf mögliche Unterschiede zwischen den drei Clustern mittels Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben ergab, dass zwischen den Clustern keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Quote spezialisiert betreuter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft bestanden ($\chi^2(2) = .308$; $p = .857$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig).

Tabelle 13: Prozentualer Anteil (Quote) spezialisiert betreuter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft, in der Gesamtpopulation und in den 3 Clustern

Cluster	N Kantone	M Quote	SD Quote	Min Quote	Max Quote
Cluster 1	12	0.178	0.104	0.026	0.354
Cluster 2	10	0.196	0.090	0.118	0.394
Cluster 3	3	0.168	0.043	0.119	0.168
Gesamt	25	0.179	0.092	0.026	0.394

- Umfang und Breite der spezifischen Massnahmen im Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Kantone

Bei der Befragung der spezialisierten Anbieter wurde nach acht verschiedenen spezifischen Massnahmen gefragt, welche Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erhalten könnten: Low Vision Training, Training Lebenspraktischer Fertigkeiten, Orientierungs- und Mobilitätstraining, Braille, Hilfsmittel aus dem visuellen Bereich, Hilfsmittel aus dem nichtvisuellen Bereich, angepasste Lehrmittel sowie weitere Therapien oder Trainings (vgl. Kap. 4.2.5).

Hier wurde nun zunächst geprüft, ob die Breite des Angebotes pro Kind in den drei Clustern verschieden war.

Die spezifisch betreuten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erhielten zum Untersuchungszeitpunkt zwischen null und acht spezifische Massnahmen, im Durchschnitt waren es 2.76 verschiedene Massnahmen pro Kind (Tabelle 14). Mittels ANOVA wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den Clustern bezüglich der Breite des Angebotes festgestellt ($F(2) = 17.935$; $p < .001$). Die anschliessende Prüfung von möglichen Unterschieden zwischen den einzelnen Clustern (Post hoc, Bonferroni-Anpassung) ergab signifikante Unterschiede zwischen allen drei Clustern. Die geringste Breite des Angebotes ($M = 2.29$) liegt in Cluster 1 vor, dort erhielten die Kinder auch höchstens sechs verschiedene Angebote. In Cluster 2 ($M = 2.76$) war die Breite des Angebots signifikant höher als in Cluster 1 ($p < .001$). Und in Cluster 3 ($M = 3.11$) war die Breite des Angebots wiederum signifikant höher als in Cluster 2 ($p = .002$) (Tabelle 14).

Tabelle 14: Breite des Angebotes an spezifischen Massnahmen in der Gesamtgruppe und in den drei Clustern – deskriptive Statistiken und Anova Post hoc Tests

Cluster	N Kinder	Breite des Angebotes				Post hoc
		M	SD	Min	Max	
Cluster 1	246	2.29	1.463	0	6	1 < 2 < 3
Cluster 2	985	2.76	1.707	0	8	
Cluster 3	322	3.11	1.501	0	8	
Gesamt	1'553	2.76	1.647	0	8	

Sodann wurde geprüft, ob die Anzahl ambulanter Stunden pro Woche in den drei Clustern verschieden war. Diese Analyse bezieht sich auf die 574 Kinder, welche regelmässige ambulante Unterstützung erhielten. Die 574 Kinder erhielten pro Woche zwischen 0.1 und 24 Stunden spezifische ambulante Unterstützung. Im Durchschnitt waren es ca. 2 Stunden pro Woche (Tabelle 15). Die deskriptive Auswertung zeigt sehr ähnliche Ergebnisse in den drei Clustern: in allen drei Clustern liegen die Mittelwerte um 2 Stunden pro Woche. Die Prüfung mittels ANOVA ergab, dass keine signifikanten Unterschiede zwischen den Clustern vorlagen ($F(2) = 0.191$; $p = .826$). Kinder, die regelmässig ambulante Unterstützung erhielten, bekamen diese in allen Clustern in gleichem Umfang.

Tabelle 15: Anzahl ambulanter Stunden pro Woche in der Gesamtgruppe und in den drei Clustern – deskriptive Statistiken und Anova Post hoc Tests

Cluster	N Kinder	Ambulante Stunden pro Woche				Post hoc
		M	SD	Min	Max	
Cluster 1	123	1.90	2.122	0.25	15	1 = 2 = 3
Cluster 2	341	2.06	2.907	0.15	24	
Cluster 3	110	2.04	1.733	0.1	8	
Gesamt	574	2.02	2.559	0.1	24	

Insgesamt erhielten zum Untersuchungszeitpunkt $N = 1'227$ Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung ambulante Unterstützung. Von diesen wurden $N = 574$ Kinder (46.8%) regelmässig und $N = 653$ Kinder (53.2%) nur bei Bedarf ambulant unterstützt.

Es stellt sich hier die Frage, ob der Anteil ambulant unterstützter Kinder, welche diese Unterstützung regelmässig erhielten, in den drei Clustern verschieden ist. Während in Cluster 1 deutlich mehr als die Hälfte (57.5%) der ambulant unterstützten Kinder diese Hilfe regelmässig erhielten, waren es in den anderen beiden Clustern deutlich weniger als die Hälfte, nämlich 43.6% in Cluster 2 und 47.6% in Cluster 3. Die Unterschiede zwischen den Clustern sind signifikant ($\chi^2(2) = 13.06$; $p = .001$ für die asymptotische Signifikanz zweiseitig). Gemäss Post hoc Analysen (Bonferroni-Anpassung) unterscheidet sich dabei das Cluster 1 signifikant von Cluster 2. In Cluster 1 ist der Anteil von Kindern, die regelmässig ambulant unterstützt werden, signifikant höher als in Cluster 2. Cluster 1 und

3 sowie Cluster 2 und 3 unterscheiden sich hingegen nicht signifikant voneinander.

- Zeitpunkt der Diagnosestellung im Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Kantone

Auch die frühe Erkennung einer Sehbehinderung ist ein Merkmal von Versorgungsqualität. Hier stellt sich zunächst die Frage, ob der Anteil von Kindern, bei welchen eine Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erst während der obligatorischen Schulzeit diagnostiziert wurde, in den drei Clustern verschieden ist.

Die Analyse bezieht sich auf 1'459 Kinder, für die der Diagnosezeitraum bekannt ist, von 96 Kindern (6.2%) fehlt diese Angabe. Deskriptiv ist festzustellen, dass der Anteil von Kindern, welche die Diagnose Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, für die Gesamtgruppe bei 20.3% lag (vgl. auch Kap. 4.2.3). Dieser Anteil ist in den einzelnen Clustern unterschiedlich und reicht von 17.0% in Cluster 2 bis zu 28.7% in Cluster 1 (Tabelle 16). Der Unterschied zwischen den Clustern ist signifikant: ($\chi^2(2) = 18.16, p = .000$). Gemäss Post hoc Analysen (Bonferroni-Anpassung) unterscheidet sich dabei das Cluster 2 signifikant von den Clustern 1 und 3. In Cluster 2 ist der Anteil von Kindern, die die Diagnose Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, signifikant kleiner als in den Clustern 1 und 3. Die Cluster 1 und 3 unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($\chi^2(1) = 1.63; p = .230$, exakter Test nach Fisher, Signifikanz zweiseitig).

In einem früheren Analyseschritt wurde festgestellt, dass der Zeitpunkt der Diagnosestellung mit zwei Merkmalen der Behinderung in signifikanten Zusammenhängen steht, nämlich: Bei Kindern mit Sehbehinderung ist der Anteil von Kindern, die eine Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, signifikant höher als bei Kindern mit Hörsehbehinderung (22.2% versus 4.3%, $p < .001$). Und bei Kindern mit angeborener Sehbehinderung ist der Anteil von Kindern, die eine Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, signifikant kleiner als bei Kindern mit erworbener Sehbehinderung (20.8% versus 49%, $p < .001$) (vgl. Kap. 4.2.3).

Es stellt sich nun die Frage, ob es (die für die Gesamtgruppe festgestellten) Clusterunterschiede gibt, wenn diese beiden Aspekte der Art der Behinderung kontrolliert werden. Das geschieht zunächst mittels Analysen bei aufgeteiltem Datensatz.

Tabelle 16: Prozentualer Anteil von Kindern, welche die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten – Clusterunterschiede in Bezug auf verschiedene Gruppen von Kindern

Diagnose erst während obligatorischer Schulzeit	Cluster 1		Cluster 2		Cluster 3		χ ² (2)	P*
	N	%	N	%	N	%		
Alle Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung (N= 1'459)	64	28.7b	157	17.0a	75	23.8b	18.16	.000
Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'388)	63	29.3b	154	17.7a	74	24.4b	16.80	.000
Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 69)	0	0	2	4.0	1	8.3	-	-
Kinder mit angeborener Sehbehinderung (N= 1'301)	37	20.6a,b	123	14.9a	70	23.6b	12.62	.002
Kinder mit erworbener Sehbehinderung (N= 95)	11	68.8	28	43.1	5	35.7	4.15	.126

* asymptotische Signifikanz zweiseitig

a,b die Buchstaben geben Teilgruppen an, die sich nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Untersucht man nur die 1'388 Kinder mit Sehbehinderung (und nicht jene mit Hörsehbehinderung), so ist für diese folgendes festzustellen. Deskriptiv zeigt sich, dass der Anteil von Kindern, welche die Diagnose Sehbehinderung erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, für die gesamte Gruppe der Kinder mit Sehbehinderung bei 21% lag. Dieser Anteil ist in den einzelnen Clustern unterschiedlich und reicht von 17.7% in Cluster 2 bis zu 29.3% in Cluster 1. (Tabelle 16). Der Unterschied zwischen den Clustern ist signifikant ($\chi^2(2) = 16.80$; $p = .000$). Gemäss Post hoc Analysen (Bonferroni-Anpassung) unterscheidet sich dabei das Cluster 2 signifikant von den Clustern 1 und 3. In Cluster 2 ist der Anteil von Kindern, die die Diagnose Sehbehinderung erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, signifikant kleiner als in den Clustern 1 und 3. Die Cluster 1 und 3 unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Untersucht man die kleine Gruppe der Kinder mit Hörsehbehinderung, so zeigen sich folgende Ergebnisse (Tabelle 16). Insgesamt erhielten nur drei von 69 Kindern mit Hörsehbehinderung (4.3%) ihre Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit. Das sind zwei Kinder aus Cluster 2 und ein Kind aus Cluster 3. Aufgrund dieser kleinen Fallzahlen ist es nicht sinnvoll, Signifikanzprüfungen anzuwenden.

Es werden nun noch die 1'301 Kinder mit angeborener Sehbehinderung und die 95 Kinder mit erworbener Sehbehinderung getrennt betrachtet (Tabelle 16).

Der Anteil von Kindern mit angeborener Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, lag für die gesamte Gruppe bei 17.7%. Dieser Anteil ist in den einzelnen Clustern unterschiedlich und reicht von 14.9% in Cluster 2 bis zu 23.6% in Cluster 3. Der Unterschied zwischen den Clustern ist

signifikant: ($\chi^2(2) = 12.62$; $p = .002$). Gemäss Post hoc Analysen (Bonferroni-Anpassung) unterscheidet sich dabei das Cluster 2 signifikant vom Cluster 3. In Cluster 2 ist der Anteil von Kindern, die die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, signifikant kleiner als in Cluster 3. Cluster 1 unterscheidet sich weder von Cluster 2 noch von Cluster 3.

Bei den 95 Kindern mit erworbener Sehbehinderung / Hörsehbehinderung lag der Anteil von Kindern, welche die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, bei insgesamt 46.3%. Dieser Anteil ist in den einzelnen Clustern unterschiedlich und reicht von 35.7% in Cluster 3 bis zu 68.8% in Cluster 1. Trotz dieser deskriptiv erheblich erscheinenden Unterschiede war keine signifikante Differenz zwischen den Clustern festzustellen ($\chi^2(2) = 4.15$; $p = .126$). Das liegt sicher (zum Teil) an den kleinen Stichprobengrössen.

Alternativ zu den Analysen mit aufgeteilten Datensätzen wurde eine Logistische Regression durchgeführt. Bei dieser wurden sowohl die Merkmale der Beeinträchtigung (Sehbehinderung – Hörsehbehinderung, singuläre Behinderung – komplexe Behinderung, Sehbeeinträchtigung – Blindheit, angeborene – erworbene Behinderung, stabiler – progredienter Verlauf sowie okulare – cerebrale Beeinträchtigung) als auch die Clusterzugehörigkeit als Prädiktorvariablen für den Zeitpunkt der Diagnosestellung berücksichtigt. Die Ergebnisse der Logistischen Regression bestätigen die berichteten Resultate: Auf Ebene der Merkmale der Behinderung beeinflussen die Merkmale Sehbehinderung versus Hörsehbehinderung sowie angeborene versus erworbene Behinderung den Diagnosezeitpunkt. Und für Kinder aus dem Cluster 2 ist gegenüber den Kindern aus den Clustern 1 und 3 die Wahrscheinlichkeit, eine Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit zu erhalten, geringer – auch unter Kontrolle der Merkmale der Behinderung.

5. Diskussion

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie entlang der drei zentralen Fragestellungen diskutiert. Daran schliesst sich eine methodenkritische Betrachtung von Stärken und Grenzen der durchgeführten Untersuchung an.

5.1. Diskussion zentraler Ergebnisse zur aktuellen Versorgungssituation von schulpflichtigen Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung

Grösse und Zusammensetzung der Population

Mittels einer schweizweiten Vollerhebung bei sämtlichen auf Sehbehinderung spezialisierten Anbietern sowie einer ergänzenden Datenerhebung bei kantonalen Verantwortungsstellen wurden insgesamt 1'639 Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche im Schuljahr 2020 / 2021 die obligatorische Schule besuchten und ihren Wohnsitz in der Schweiz hatten, ermittelt. Der Anteil von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft beträgt damit ca. 0.172 Prozent.

Die Population der schulpflichtigen Kinder mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung ist damit als relativ klein, ihr Anteil an der Gesamtschülerschaft als recht gering einzuschätzen. Eine direkte Vergleichbarkeit unserer Daten mit Prävalenzangaben aus anderen Ländern ist leider nicht gegeben. Gründe dafür liegen in sehr verschiedenen Kriterien für die Definition der Population oder in nicht vergleichbaren Populationen sowie in unterschiedlichen, teilweise auch nicht genau nachvollziehbaren Messmethoden. Es kann vorsichtig eingeschätzt werden, dass die hier für die Schweiz ermittelten Prävalenzdaten von der Grössenordnung her vergleichbar sind mit Angaben aus anderen europäischen Ländern (z.B. Lang Heyl, 2021; Robert Koch Institut, 2017; Kocur & Resnikoff, 2002; Glatz et al., 2022; Teoh et al., 2021).

Die Tatsache, dass die Gruppe von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung von dem Ausmass, in dem spezifische Unterstützung benötigt wird, so klein ist, kann positiv bewertet werden. Sie ist auch Ausdruck günstiger Lebensbedingungen in der Schweiz. Die Abhängigkeit der Prävalenz von Sehbehinderung im Kindesalter von sozioökonomischen Bedingungen eines Landes wurde mehrfach belegt (z.B. Gilbert & Foster, 2001; Solebo, Teoh & Rahi, 2017).

Zwischen den einzelnen Kantonen differieren die Anteile von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft (Quote) deutlich zwischen .026% und .394%. So ist beispielsweise im Kanton Bern bei 26 von 10'000 Kindern eine Sehbehinderung / Hörsehbehinderung bekannt, und im Kanton Zürich ist das nur bei 12 von 10'000 Kindern der Fall. Dabei handelt es sich in beiden Fällen um einen bevölkerungsreichen Kanton, und die Ausstattung mit spezialisierten Anbietern im Bereich Sehbehinderung kann als vergleichbar bezeichnet werden. Dieser Unterschied in den Quoten zwischen den beiden Kantonen kann als Disparität bewertet werden. Möglicherweise sind unterschiedliche kantonale Entscheidungsstrukturen für diese Differenzen verantwortlich. Merkmale der Kinder jedenfalls können diese

Quotenunterschiede nicht erklären. Dennoch sollten insgesamt die kantonalen Unterschiede bezüglich des Anteils von Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft nicht überbewertet werden. Die sehr kleine Population der sehbehinderten Kinder sowie die sehr unterschiedlichen Schülerzahlen in den Kantonen erklären teilweise diese Unterschiede. In sehr kleinen Kantonen würde beispielsweise eine Veränderung von nur einem oder zwei Kindern die Quote bereits verdoppeln.

In der Gesamtpopulation der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung war der Anteil von Jungen signifikant höher als der Anteil von Mädchen. Diese Geschlechterverteilung ist erwartungsgemäss. Eine Überrepräsentation von Jungen findet sich in ähnlicher Weise immer wieder in Populationen von Kindern mit Sehbehinderungen (z.B. Theo et al., 2021; Glatz et al., 2022; von Rhein, 2021) wie auch bei Kindern mit anderen Behinderungen und Beeinträchtigungen (z.B. Schildmann, 2006; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2017). Sie wird unter anderem durch eine höhere Vulnerabilität des männlichen Geschlechts erklärt. Aus der Schweizer Bildungsstatistik geht beispielsweise hervor, dass während der obligatorischen Schulzeit die Jungen sowohl in Sonderklassen als auch in Sonderschulklassen, bei verstärkten Massnahmen sowie bei Lernzielanpassungen gegenüber Mädchen deutlich übervertreten sind (Bundesamt für Statistik, 2022b).

Allerdings ermittelten wir eine erwartungswidrige Geschlechterverteilung bei Kindern mit Blindheit. In dieser Teilgruppe war der Anteil von Jungen mit 45.5% nicht höher als jener der Mädchen (54.5%) und damit anders als in der Gesamtpopulation der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung und anders als in der Gruppe der Kinder mit Sehbeeinträchtigung. Andere Studien ermittelten auch bei Kindern mit Blindheit eine Übervertretung des männlichen Geschlechts (Bourne et al., 2021; Glatz et al., 2022).

Von den 1'571 spezifisch versorgten Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung hatten 68.5% die Schweizer Nationalität und 25.8% eine andere Nationalität (bei 5.7% fehlten die Angaben). Damit entspricht die Geschlechterverteilung in dieser Population weitgehend jener in der Gesamtschülerschaft der obligatorischen Schule (72.7% Schweizer Nationalität, 27.3% andere Nationalität) (eigene Berechnungen auf der Grundlage der Bildungsstatistik 2021 des Bundesamtes für Statistik).

Auffällig ist der Befund, dass die Geschlechterverteilung je nach Nationalität signifikant unterschiedlich war. In der Gruppe der Kinder mit anderer Nationalität war der Anteil von Jungen nicht – wie in der Gruppe der Kinder mit Schweizer Nationalität – höher als jener der Mädchen. Eine Erklärung für diese erwartungswidrige Geschlechterverteilung bei Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung mit anderer Nationalität kann mit den verfügbaren Daten nicht gegeben werden. Es könnte sich sowohl um eine vergleichsweise häufigere Versorgung von Mädchen mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung als auch um eine vergleichsweise seltenere Versorgung von Jungen mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung bei dieser Teilpopulation im Vergleich zu Kindern mit Schweizer Nationalität handeln.

Auch zwischen Kindern mit Sehbehinderung und mit Blindheit gab es einen Unterschied hinsichtlich der Nationalität, der so nicht zu erwarten war. Bei Kindern mit Blindheit war der Anteil von Kindern ohne Schweizer Nationalität mit 41.1% signifikant höher als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (26.3%). Im Vergleich zur Gesamtschülerschaft der

obligatorischen Schule sind damit unter den blinden Kindern deutlich mehr Kinder mit anderer Nationalität. Die Besonderheiten bei der Teilgruppe blinder Kinder hinsichtlich der Geschlechterverteilung und der Nationalität sollten in weiteren Studien überprüft werden.

Beeinträchtigungen der Kinder

In der vorliegenden Studie konnten die individuellen Merkmale der spezifisch versorgten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung und deren Versorgung detailliert beschrieben werden. Dies bietet eine wichtige Basis für die Gestaltung der Lern- und Lebensbedingungen sowie eine entsprechende Planung von personellen und strukturellen Ressourcen. Bei den in der Schweiz spezifisch versorgten Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung handelt es sich mehrheitlich um Kinder mit angeborenen, okularen Sehbeeinträchtigungen mit stabilem Verlauf. Hörsehbehinderungen, Blindheit, erworbene Sehbehinderungen und progredienter Verlauf kommen hingegen selten (jeweils unter 10% der Fälle) vor. In insgesamt 43.3% der Fälle handelt es sich um eine singuläre Behinderung im Bereich des Sehens und in 54.8% der Fälle um eine Sehbehinderung im Rahmen einer komplexen Behinderung. Die Zusammensetzung der Stichprobe kann als erwartungsgemäss bezeichnet werden. In sämtlichen Populationen von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen kommen leichtere Ausprägungen von Beeinträchtigungen wesentlich häufiger vor als schwere Formen (z.B. Schildmann, 2006). Die ermittelte Zusammensetzung der Population in Bezug auf die Formen der Sehbehinderung ist ein weiteres Indiz dafür, dass offenbar keine Teilgruppe vergessen oder besonders unterversorgt wird.

Versorgungslage

95.8% der identifizierten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung wurden zum Untersuchungszeitpunkt von spezialisierten Anbietern versorgt. Die Gruppen der versorgten und nicht spezifisch versorgten Kinder unterschieden sich bezüglich Geschlechterverteilung und Nationalitäten nicht voneinander. Es bestand keine erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit einem bestimmten Geschlecht oder einer bestimmten Nationalität eher zu einer der beiden Gruppen zu gehören. Die hohe Versorgungsquote und die Vergleichbarkeit der Gruppen von versorgten und nicht versorgten Kindern hinsichtlich askriptiver Merkmale sind positiv zu bewerten.

Die schulische Situation der spezifisch versorgten Kinder war individuell verschieden. Etwa die Hälfte der Population wurde in Regelklassen nach Regelschullehrplan beschult, und die andere Hälfte wurde in auf Sehbehinderung spezialisierten oder in nicht spezialisierten Sonderschulen gefördert, dabei teilweise nach besonderen Lehrplänen. Die meisten Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung (79.1%) erhielten – regelmässig oder bei Bedarf – ambulante Unterstützung durch spezialisierte Anbieter.

Die schulische Situation korrespondiert offenbar gut mit den verschiedenen Arten der Behinderung der Kinder. So wurden deutliche Unterschiede zwischen Kindern mit Sehbehinderung und mit Hörsehbehinderung in Bezug auf die schulische Situation festgestellt, und ebenso auch zwischen Kindern mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit. Die Gruppen mit komplexerer Behinderung (Hörsehbehinderung, Blindheit) wurden signifikant häufiger in einer spezialisierten Sonderschule unterrichtet als die Gruppen mit leichter Behinderung (Sehbehinderung, Sehbeeinträchtigung), welche ihrerseits signifikant häufiger eine Regelschule besuchten. Auch Lehrplananpassungen

wurden in Abhängigkeit von Art und Schwere der Behinderung unterschiedlich häufig vorgenommen, dabei häufiger bei Kindern mit Hörsehbehinderung im Vergleich zu Kindern mit Sehbehinderung und häufiger bei blinden Kindern im Vergleich zu Kindern mit Sehbeeinträchtigungen. Im Gegenzug erhielten Kinder mit leichteren Formen von Sehbehinderung häufiger ambulante Unterstützung als Kinder mit ausgeprägterer Behinderung. Von den Kindern, die regelmässig ambulante Unterstützung erhielten, bekamen jene mit komplexeren Beeinträchtigungen (Hörsehbehinderung im Vergleich zu Sehbehinderung sowie Blindheit im Vergleich zu Sehbeeinträchtigung) durchschnittlich mehr Lektionen pro Woche als jene mit leichteren Beeinträchtigungen. Es konnte also abgebildet werden, dass die schulische Situation sich dem unterschiedlichen Bedarf der verschiedenen Kinder(gruppen) anpasst – das ist ein Qualitätsmerkmal.

Konkrete Förderung und Unterstützung

Besonders häufig wurden die Kinder durch Hilfsmittel aus dem visuellen Bereich, durch Low Vision Training sowie angepasste Lehrmittel unterstützt. Die konkrete Förderung erwies sich dabei als umfangreich und spezifisch. Im Durchschnitt erhielten die Kinder zum Untersuchungszeitpunkt 2.76 verschiedene spezifische Angebote. Kinder mit komplexeren Beeinträchtigungen (Hörsehbehinderung versus Sehbehinderung sowie Blindheit versus Sehbeeinträchtigung) erhielten signifikant mehr spezifische Massnahmen als Kinder mit leichteren Behinderungen. Auch die inhaltliche Ausrichtung der konkreten Massnahmen korrespondierte deutlich mit der Art der Beeinträchtigung und mit veränderlichen Bedarfen in verschiedenen Entwicklungsstadien (Alterskohorten). Zwischen Teilgruppen bestanden signifikante Unterschiede in der Häufigkeit bestimmter spezifischer Massnahmen. Beispielsweise wurden das Training Lebenspraktischer Fertigkeiten und Hilfsmittel aus dem nichtvisuellen Bereich signifikant häufiger bei Kindern mit Hörsehbehinderung als bei Kindern mit Sehbehinderung eingesetzt. Kindern mit Sehbeeinträchtigung und Kindern mit Blindheit wurden alle acht spezifischen Massnahmen unterschiedlich häufig angeboten. Und auch zwischen Alterskohorten wurden inhaltliche Unterschiede in der Art und Weise der konkreten Förderung festgestellt.

Diese Unterschiede zwischen Gruppen von Kindern in Bezug auf die konkrete Förderung sind insgesamt als Ausdruck der Anpassung von Interventionen an unterschiedliche Bedarfe wertzuschätzen. Sie werden der Tatsache gerecht, dass bei Kindern mit Sehbehinderung der Zugang zur Welt je nach Ausprägung der Behinderung anders erfolgt (Walther, 2022).

Diagnosestellung

Ca. drei Viertel aller Kinder erhielten die Diagnose bereits vor der obligatorischen Schulzeit. Nur in Ausnahmefällen wurde die Diagnose erst während der Sekundarstufe gestellt. Zudem stellten wir fest, dass der Diagnosezeitpunkt mit bestimmten Merkmalen der Beeinträchtigung in Zusammenhang steht. Bei Kindern mit Hörsehbehinderung war der Anteil der Kinder, die ihre Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, noch signifikant kleiner als bei Kindern mit Sehbehinderung. Im Vergleich von Kindern mit Sehbeeinträchtigung und mit Blindheit gab es eine gleichgerichtete Tendenz. Bei Kindern mit Blindheit war der Anteil von Diagnosestellungen erst während der obligatorischen Schulzeit noch kleiner als bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung. Bei komplexeren Behinderungen erfolgte die Diagnosestellung somit in besonders vielen

Fällen sehr früh. Das lässt sich mit der grösseren Offensichtlichkeit einer komplexeren Behinderung gut erklären.

Insgesamt ist einzuschätzen, dass bei sehr vielen Kindern die Diagnose zu einem biografisch frühen Zeitpunkt gestellt wurde. Das ist eine notwendige Voraussetzung für eine frühzeitige, spezifische Unterstützung der Kinder und damit als positiv zu bewerten.

5.2. Diskussion zentraler Ergebnisse zu den strukturellen Bedingungen in den Kantonen

Die vorliegende Studie prüfte Strukturbedingungen in den Kantonen sowie kantonale Vorgehensweisen bei der Abklärung von Förderbedarf, Förderplanung und Evaluation von Massnahmen.

Strukturmerkmale

Zentral ist zunächst die Tatsache, dass in allen 26 Kantonen die spezifische Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung durch Fachpersonen, welche auf Sehbehinderung spezialisiert sind, sichergestellt ist. Das gilt für alle drei untersuchten Bereiche: für die frühen Hilfen (Heilpädagogische Früherziehung), die ambulanten Hilfen sowie für die Schule und wird unabhängig vom Vorhandensein eines Standortes einer auf Sehbehinderung spezialisierten Institution auf dem Territorium des Kantons realisiert. Im schulischen Bereich sind dabei in der gesamten Schweiz beide Optionen – Sonderbeschulung und integrierte Beschulung – zugänglich. Damit ist eine wesentliche Basis für die regionale Gleichstellung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung vorhanden.

In Bezug auf weitere strukturelle Merkmale unterscheiden sich die Kantone. Die Tatsache, dass es nur in fünf Kantonen eine auf Sehbehinderung / Hörsehbehinderung spezialisierte Sonderschule gibt und in jeweils (knapp) der Hälfte der Kantone eine spezialisierte Heilpädagogische Früherziehung und / oder ambulante Struktur, korrespondiert gut mit der Prävalenz von Sehbehinderung / Hörsehbehinderung. Es wäre angesichts der verhältnismässig kleinen Gruppe von Kindern, die spezifischer Hilfen bedürfen, nicht angemessen, in allen Kantonen spezialisierte Strukturen für Kinder vorzuhalten. Ob in jedem einzelnen Kanton bzw. in Bezug auf jede Wohnregion von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung eine dem Bedarf entsprechende personelle und institutionelle Infrastruktur vorgehalten wird, konnte hier nicht überprüft werden.

Die Mehrheit der Kantone hat sich mit dem Beitritt zum Konkordat (N= 16 Kantone) und einem Konzept Sonderpädagogik mit spezieller Erwähnung von Sehbehinderung (N= 20 Kantone) auch formal zur Einhaltung umfangreicher Qualitätsstandards bei der Versorgung von Kindern mit sonderpädagogischem Förderbedarf verpflichtet. Dass einige Kantone dies nicht taten, ist Ausdruck der kantonalen Autonomie im Bereich von Bildungsentscheiden. Die Studie zeigt, dass bestimmte Qualitätsstandards, die im Konkordat niedergelegt sind, auch von Kantonen eingehalten werden, die diesem nicht beigetreten sind. Das Fehlen von explizit auf Sehbehinderung hinweisenden Konzepten Sonderpädagogik ist in bestimmten Fällen im Zusammenspiel von regionalen Gegebenheiten und der Seltenheit des Phänomens Sehbehinderung bei Kindern nachvollziehbar.

Abklärungsverfahren

Bis auf einen Kanton, welcher aufgrund sehr kleiner Schülerzahlen auf Einzelfalllösungen setzt, werden in allen Kantonen formalisierte Abklärungsverfahren eingesetzt, dabei in 19 Kantonen ein komplettes SAV gemäss den Vorgaben des Konkordats. Auch Kantone, welche nicht dem Konkordat beigetreten sind, orientieren sich grossenteils an bestimmten Vorgaben des SAV. Damit sind in fast allen Kantonen zentrale Standards erfüllt. Der Einbezug von Eltern in die Abklärung (wie auch in den Entscheid über Massnahmen, die Förderplanung und die Effektkontrolle), welcher die Interessen und Rechte dieser Personengruppe respektiert, ist in fast allen Kantonen gewährleistet.

Bei Abweichungen von einem kompletten SAV ist davon auszugehen, dass weniger explizite Regeln für die Durchführung der Abklärungsverfahren vorhanden sind. Unter solchen Bedingungen fällt den Akteuren eine höhere Eigenverantwortung zu, und die Qualität der Verfahren ist stärker von den Kompetenzen einzelner Personen (Entscheider) abhängig. Das ganze Verfahren wird anfälliger für Qualitätseinbussen.

Positiv zu bewerten ist die Tatsache, dass in allen Kantonen verschiedene Personen und Institutionen ein Abklärungsverfahren auslösen können. Diese Variabilität in den Zugangswegen zu Abklärung (und Unterstützung) erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Sehbehinderungen bei Kindern (frühzeitig) erkannt werden.

Zusprache von Massnahmen und Förderplanung

Die Zusprache von (verstärkten) Massnahmen, so das Ergebnis dieser Studie, ist eindeutig an den Empfehlungen des SAV, damit an den Bedürfnissen des einzelnen Kindes orientierte Praxis. Im Spannungsfeld von begrenzten und im Vorhinein zu budgetierenden Ressourcen einerseits und individuellen, variierenden Bedarfen einer nicht im Vorhinein bekannten Anzahl von Kindern andererseits, finden sich offenbar flexible Lösungen. Diese Flexibilität (und Grosszügigkeit) der Kantone ist wertzuschätzen. Individuelle Förderpläne werden in der grossen Mehrzahl der Kantone (N= 19) immer, in den anderen Kantonen teilweise erstellt. Auch dieser Qualitätsstandard wird also umfassend praktiziert.

Evaluation und Dokumentation

Nach eigenen Aussagen ist in allen Kantonen eine Evaluationsstrategie für verstärkte Massnahmen etabliert. Diese wird in den einzelnen Kantonen auf unterschiedliche Weise ausgestaltet. Ob es dabei Qualitätsunterschiede gibt, konnte hier nicht untersucht werden. In Bezug auf die Dokumentation gehören in fast allen Kantonen eine elektronische Datenbank sowie eine Dossierführung auf verschiedenen Ebenen (Kanton, Anbieter von Massnahmen, Schulen) zum Standard. Eine spezifische inhaltliche Berichtspflicht von Anbietern und Schulen gegenüber kantonalen Verantwortungsstellen besteht meist nicht.

Weitere Aspekte

Die folgenden Aspekte in Bezug auf die praktizierten Verfahrensweisen bei Abklärung, Förderplanung und Evaluation wurden nicht explizit und geplant untersucht, sind jedoch während der Datenerhebungen aufgefallen.

Es besteht eine hohe Autonomie der spezialisierten Institutionen bei allen Teilprozessen der Abklärung und Unterstützung. Diese ist teilweise verknüpft mit

Selbstzuweisungsmechanismen, die darin bestehen, dass abklärende und ausführende Stellen identisch sind und keine weitere Kontrollinstanz etabliert ist. In dieser Studie konnten keine Nachteile für Kinder, die in Kantonen mit diesen Bedingungen wohnen, gegenüber Kindern aus anderen Regionen identifiziert werden.

Des Weiteren wurden kantonal unterschiedliche Verfahrensweisen beim Umgang mit Massnahmen verschiedener Intensität festgestellt. Die Kantone vertreten hinsichtlich der Unterscheidung von verstärkten und ordentlichen Massnahmen unterschiedliche Positionen. Manche Kantone unterscheiden zwischen beiden, andere nicht. Zudem sind die inhaltlichen Definitionen von ordentlichen Massnahmen und verstärkten Massnahmen kantonal verschieden. Dadurch kann es zu Ungereimtheiten in der Vorgehensweise bei der Abklärung und Zusprache von Massnahmen kommen (beschrieben in Kap. 4.3). Diese Problematik wird bei den Empfehlungen (Kapitel 6) nochmals aufgegriffen.

Ein weiterer Aspekt betrifft die Reichweite bzw. Verfügbarkeit von Diensten spezialisierter Anbieter. Offenbar sind nicht alle ambulanten Dienstleistungen von spezialisierten Anbietern in allen Schulsituationen flächendeckend verfügbar. Es scheint so, dass teilweise in Heilpädagogischen Schulen, welche nicht auf Sehbehinderung spezialisiert sind, nur bestimmte Dienstleistungen (Beratung und Abklärung) spezialisierter Anbieter verfügbar sind, die Unterstützung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung jedoch durch nicht spezialisierte Heilpädagogen vor Ort geleistet werden muss. Dieser Aspekt sollte weiter untersucht werden. Zudem sollten Vorkehrungen getroffen werden, damit dies für Kinder mit Sehbehinderung in diesen Schulen nicht nachteilig ist im Vergleich zu Kindern in anderen Schulformen (siehe auch Kapitel 6).

5.3. Diskussion zentraler Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen strukturellen Bedingungen in den Kantonen und Versorgungssituation der Kinder

Im Rahmen der dritten Fragestellung wurde geprüft, ob in Abhängigkeit von strukturellen Bedingungen in den Kantonen Unterschiede in der Versorgung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung feststellbar sind, welche auf Disparitäten in der Versorgungslage hinweisen. Mittels Clusteranalyse war es möglich, die strukturelle Gesamtsituation in den einzelnen Kantonen mit Merkmalen der Versorgung von Kindern in Zusammenhang zu bringen.

Clusterlösung zur Gruppierung von Kantonen

Es wurden drei Gruppen von Kantonen identifiziert, welche sich in ihrer strukturellen Gesamtsituation voneinander unterscheiden. In Cluster 1 sind 12 kleine und mittlere Kantone ohne Standorte von spezialisierten Anbietern. Sie verfügen alle über ein Kantonales Konzept Sonderpädagogik mit expliziter Erwähnung von Sehbehinderung. Fast alle führen ein komplettes SAV durch, haben sich dem Konkordat angeschlossen und arbeiten nach dem Vieraugenprinzip. Der Kanton hat meist eine herausragende Stellung sowohl bei der Bewilligung als auch bei der Finanzierung verstärkter Massnahmen. Es handelt sich also um eine Situation mit vergleichsweise stark ausgeprägten kantonalen Regelungen und Vorgaben. Damit schaffen sich diese Kantone die strukturellen Voraussetzungen für die Ausschöpfung eigener fachlicher Kompetenzen (ausserhalb spezialisierter Strukturen) auf eigenem Terrain sowie für die Nutzung spezifischer Strukturen in benachbarten Kantonen. Das Fehlen von spezialisierten Strukturen auf

eigenem Terrain kann so ausgeglichen werden.

Cluster 2 vereint fünf mittlere und fünf grosse Standortkantone. Alle haben auf ihrem Territorium eine auf Sehbehinderung / Hörsehbehinderung spezialisierte Früherziehungsstelle, mit einer Ausnahme auch eine spezialisierte ambulante Struktur und in drei Fällen eine spezialisierte Sonderschule. Sie verfügen oft über ein kantonales Konzept, ein komplettes SAV und das Vieraugenprinzip. Die meisten sind jedoch nicht dem Konkordat beigetreten. In allen 10 Kantonen ist der Kanton Hauptfinanzierer der verstärkten Massnahmen und (mit einer Ausnahme) auch zuständig für die Bewilligung von Massnahmen. Die kantonale Versorgungspolitik setzt hier wohl auf ausgeprägte kantonale Verantwortung in Kombination mit fachlicher Kompetenz und Verantwortung spezialisierter Anbieter. Die Kantonshoheit scheint Vorrang vor einer gesamtschweizerischen Strategie (Konkordat) zu haben.

In Cluster 3 sind ein grosser und zwei mittlere Standortkantone. Sie verfügen alle drei über eine spezialisierte Heilpädagogische Früherziehungsstelle, eine spezialisierte ambulante Struktur und in zwei Fällen über eine spezialisierte Sonderschule. Das Vieraugenprinzip wird immer angewandt, Konkordatsbeitritt und Kantonales Konzept Sonderpädagogik finden sich in zwei der drei Kantone, und das komplette SAV wird nur in einem Fall angewandt. Die Hauptfinanzierung von verstärkten Massnahmen sowie die Zuständigkeit für die Bewilligung von Massnahmen liegen nicht beim Kanton. Die kantonale Situation in Cluster 3 scheint somit durch hohe Autonomie und Verantwortung von spezialisierten Strukturen geprägt zu sein, welche kaum durch kantonale Vorgaben flankiert ist.

Es handelt sich also insgesamt um drei verschiedene, unterscheidbare Strategien in der Versorgungspolitik. Diese scheinen auf die nicht bzw. schwer veränderbaren Gegebenheiten, nämlich Grösse des Kantons bzw. Schülerzahl im Kanton und Verfügbarkeit von spezialisierten Strukturen auf eigenem Terrain, abgestimmt zu sein.

Zusammenhänge zwischen strukturellen Bedingungen und Versorgungssituation

Es wurde für drei zentrale Merkmale von Versorgungsqualität geprüft, ob diese mit den drei verschiedenen strukturellen Gegebenheiten bzw. Strategien in der Versorgungspolitik (Clustern) in Zusammenhang stehen.

Es wurde festgestellt, dass der prozentuale Anteil (= Quote) spezialisiert betreuter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in allen drei Clustern vergleichbar war ($p = .857$). Das bedeutet, dass mit verschiedenen Strategien in der Versorgungspolitik gleichviele Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung identifiziert und spezifisch versorgt wurden. Die Wahrscheinlichkeit, als Kind mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung erkannt zu werden und spezielle Förderung zu erhalten, ist unter verschiedenen strukturellen Bedingungen gleich hoch. Das ist ein wichtiger Befund und ein zentrales Qualitätsmerkmal.

Zum zweiten wurden Umfang und Breite der spezifischen Massnahmen geprüft. In der Breite des Angebotes an spezifischen Massnahmen wurden signifikante Unterschiede zwischen allen drei Clustern festgestellt (Cluster 1 < Cluster 2 < Cluster 3).

Unter den Bedingungen von hoher Autonomie der im Kanton stationierten spezialisierten Anbieter bei gleichzeitig gering ausgeprägten kantonalen Vorgaben (= Cluster 3) erhalten

die Kinder das breiteste Angebot (= durchschnittlich höchste Anzahl verschiedener Interventionen). Das Angebot ist am wenigsten breit in Cluster 1, damit in jenen kleinen und mittleren Kantonen ohne Standorte spezialisierter Anbieter auf eigenem Territorium. Die Unterschiede in der Breite des Angebotes sind bei Betrachtung der jeweiligen strukturellen Bedingungen nachvollziehbar. Sind Standorte spezialisierter Anbieter mit einem Team von Fachpersonen (mit jeweils speziellen Qualifikationen) vor Ort (Cluster 2 und 3 im Vergleich zu Cluster 1), ist es leichter, ein breites Angebot an Massnahmen vorzuhalten. Bei besonders hoher personeller, finanzieller und fachlicher Autonomie der spezialisierten Anbieter (Cluster 3) ist es nochmals leichter und naheliegender, ein breites, flexibles Massnahmenpaket anzubieten, als wenn die Kantone bei Finanzierung und Bewilligung von Massnahmen eine zentrale Position einnehmen (Cluster 2).

Mit der Feststellung von Unterschieden in der Breite des Angebotes ist keine Bewertung dieser Unterschiede zu verbinden. Ein breiteres Angebot ist nicht automatisch ein besseres Angebot. Es könnte sein, dass bei Vorhandensein von Strukturen und deren hoher Autonomie Kindern auch (ergänzend) zusätzliche Massnahmen angeboten werden, weil Anbieter ihre Kapazitäten auslasten oder Synergien ausnutzen wollen. Es könnten (bei Verfügbarkeit von Strukturen und speziell qualifiziertem Personal) auch Massnahmen angeboten werden, derer das Kind nicht bedarf. Es sei darauf hingewiesen, dass hier nicht die Passung des jeweiligen Angebotes mit dem aktuellen Bedarf des einzelnen Kindes geprüft werden konnte.

Als weiterer Aspekt von Umfang und Breite der konkreten Unterstützung wurde geprüft, ob von den ambulant unterstützten Kindern jener Anteil, der diese Unterstützung regelmässig erhält, in den drei Clustern verschieden ist. In Cluster 1 gab es mit 57.5% den höchsten Anteil von ambulant unterstützten Kindern, welche die ambulante Unterstützung regelmässig erhielten. Der Unterschied zu Cluster 2 (43.3%) war dabei signifikant. In den kleinen und mittleren Kantonen ohne Standorte, aber mit stark ausgeprägten kantonalen Regelungen und Vorgaben und Konkordatsbeitritt, wurde die ambulante Unterstützung also häufiger regelmässig angeboten als in mittleren und grossen Standortkantonen mit ausgeprägter kantonomer Hoheit ohne Konkordatsbeitritt. Was den wöchentlichen Umfang der regelmässigen ambulanten Unterstützung betrifft, gab es hingegen keine Unterschiede zwischen den Clustern.

Die höhere Regelmässigkeit bei der ambulanten Unterstützung kann in gewisser Weise als Ausgleich zu einer geringeren Breite des Angebotes aufgefasst werden. Die kleinen und mittleren Kantone ohne eigene Anbieter, aber mit gut funktionierenden kantonalen Strukturen, setzen auf Kontinuität in der Unterstützung der Kinder, und letztlich kommt den (regelmässig) ambulant unterstützten Kindern in allen drei Clustern ja ein vergleichbarer Umfang von Förderung pro Woche zugute.

Da auch die frühe Erkennung einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung ein Merkmal von Versorgungsqualität ist, wurden diesbezüglich ebenfalls Zusammenhänge zu strukturellen Bedingungen überprüft. Hier zeigte sich ein offener Vorteil bei jenen Bedingungen, die in Cluster 2 vorliegen. In Cluster 2 war der Anteil von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche bereits vor der obligatorischen Schulzeit diagnostiziert wurden, signifikant grösser als in den beiden anderen Clustern. Die Kombination aus spezialisierten Standorten vor Ort und einer klaren Führungsposition des Kantons bei Bewilligung und Finanzierung von Massnahmen scheint für die frühe Erkennung günstig zu sein. In den Kantonen ohne spezialisierte Strukturen (Cluster 1) war

der Anteil von Kindern, welche die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten, mit 28.7% am höchsten. Es kann vermutet werden, dass hier insbesondere die nicht vorhandenen spezialisierten Strukturen im Frühbereich und im ambulanten Bereich in einigen Fällen von Nachteil sind. Für potenzielle Zuweiser zum spezifischen System (z.B. Kinderärzte, Fachärzte) sind die Möglichkeiten spezifischer Abklärung vielleicht weniger sichtbar und präsent, wenn eine grössere geografische und kantonpolitische Distanz zu diesen Anbietern besteht.

Es wird aber nochmals darauf hingewiesen, dass der Anteil von Kindern, die ihre Diagnose bereits vor der obligatorischen Schulzeit erhielten, in der Gesamtpopulation doch als erfreulich hoch einzuschätzen ist.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass alle gemessenen Indikatoren in ihrer Gesamtheit für eine sehr günstige Versorgungssituation bei Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz sprechen. Die erwartungsgemässe Grösse und Zusammensetzung der Population, die sehr hohe Versorgungsquote bei den identifizierten Kindern, eine ausgeprägte Korrespondenz zwischen verschiedenen Ausprägungsformen von Sehbehinderung und entsprechend unterschiedlichem Bedarf von Teilgruppen einerseits und verschiedenen Ausgestaltungen der insgesamt umfangreichen spezifischen Förderung und Unterstützung andererseits sind als besondere Qualitätsmerkmale festgestellt worden. In der gesamten Schweiz ist die spezifische Unterstützung in allen drei Sektoren (frühe Hilfen, Ambulanz, Schule) sichergestellt, wobei formalisierte Abklärungsverfahren als zentrales Kriterium für die Zusprache von Massnahmen sowie Förderpläne und Effektkontrolle umfassend praktizierte Standards sind. Unter verschiedenen strukturellen Bedingungen werden etwa gleichviele Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung identifiziert und spezifisch versorgt. Je nach Strategie in der kantonalen Versorgungspolitik gibt es zwar gewisse Unterschiede in der Art und Weise der spezifischen Versorgung von Kindern (Breite des Angebotes, Regelmässigkeit ambulanter Unterstützung, Zeitpunkt der Diagnosestellung). Aus diesen kann jedoch nicht auf Disparitäten zum Nachteil bestimmter Kinder(gruppen) geschlossen werden.

5.4. Methodenkritische Anmerkungen

Ergänzend zur inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse erfolgt hier eine Betrachtung der methodischen Stärken und Limitationen der durchgeführten Studie.

Die vorliegende Studie wurde schweizweit in den drei wichtigsten Landessprachen realisiert. In Bezug auf die Population von Kindern der obligatorischen Schule mit Wohnsitz in der Schweiz, welche im Zusammenhang mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung spezifisch versorgt wurden, handelt es sich um eine schweizweite Vollerhebung. Es konnte ein umfangreicher, weitgehend vollständiger Datensatz von hoher Validität angelegt werden. Die Strategie der direkten, persönlichen Kontaktaufnahme zu sämtlichen spezialisierten Anbietern sowie den Kantonalen Verantwortungsstellen in allen 26 Kantonen hat sich ausgezahlt. Sie fand ihren Niederschlag in hohem Commitment der Gesprächspartner sowie der zuverlässigen, fast lückenlosen Datenlieferung.

Mit der vorliegenden Studie sind erstmals für die Schweiz empirische Daten über Kinder und Jugendliche mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung unter exakt definierten Bedingungen erhoben worden. So wurden zum ersten Mal Umfang und Zusammensetzung

der identifizierten Population genau gemessen. Dabei ist eine grosse Fülle von Daten aufbereitet worden, und zwar sowohl in Bezug auf askriptive Merkmale der Population als auch bezüglich der Art der Beeinträchtigungen sowie der Art und des Umfangs der spezifischen Unterstützung. So kann das Phänomen der Sehbehinderung im Kindes- und Jugendalter präziser eingeschätzt werden, etwa in Bezug auf den Bedarf an personellen und finanziellen Ressourcen. Auch internationale Vergleiche sind auf dieser neuen empirischen Datenbasis möglich.

Die erhobenen Daten zeichnen sich durch hohe Validität aus. Das präzise Untersuchungskonzept, einschliesslich genau explizierter Einschlusskriterien und genauer Bestimmung zentraler Begriffe, wurde allen Teilnehmenden persönlich erklärt sowie schriftlich zur Verfügung gestellt. Damit konnten inhaltliche Missverständnisse vermieden werden, und es erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, dass die Datenrückmeldungen vollständig und korrekt ausfielen. Zur Validität trug auch bei, dass sämtliche Gespräche mit den spezialisierten Anbietern und alle Interviews mit den kantonalen Verantwortungsstellen von den beiden Forschenden selbst durchgeführt wurden.

Folgende methodische Limitationen sind zu beachten. Die Qualität bzw. Angemessenheit der Förderung und Unterstützung von Kindern mit besonderem Bedarf ist ein nicht direkt messbares Konstrukt, für das keine Normen oder direkte quantitativ bestimmbare Masse existieren. Somit wurde die Qualität der Förderung und Unterstützung von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in dieser Studie (nur) indirekt anhand verschiedener Merkmale erschlossen und nach bestem Wissen und Gewissen der Forschenden eingeschätzt. Die verwendeten Merkmale bzw. Masse wurden dabei (theoretisch) begründet ausgewählt. Es ist aber nicht davon auszugehen, dass diese vollständig sind. Es gibt sicher weitere Aspekte, die man hätte berücksichtigen können.

Während die derzeitige Funktionsweise des Systems der spezifischen Förderung und Unterstützung detailliert beschrieben und analysiert werden konnte, liefert die Studie nur wenige Kenntnisse zum Zugang zu diesem spezifischen Unterstützungssystem. So konnte zwar indirekt anhand der Kombination mehrerer Indikatoren die Wahrscheinlichkeit geprüft werden, ob Kinder frühzeitig erkannt und sodann ihren Bedürfnissen gemäss unterstützt wurden. Kinder, welche vielleicht ebenfalls eine Sehbehinderung / Hörsehbehinderung von dem Ausmass haben, welches eine spezifische Unterstützung erfordert, die aber nicht als solche erkannt wurden und bisher keinen Zugang zu dem spezifischen Hilfesystem erhalten haben, konnten mit dem angewendeten Untersuchungskonzept nicht aufgespürt werden.

Zudem konnten die Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung, welche aktuell spezifisch unterstützt werden, als Population sowie auf der Ebene von Teilgruppen (z.B. Sehbehinderung versus Hörsehbehinderung; Sehbeeinträchtigung versus Blindheit) detailliert beschrieben und verglichen werden. Über das einzelne Kind kann die Studie jedoch keine Aussagen treffen. Es war nicht möglich zu prüfen, ob im jeweiligen Einzelfall die Art und Weise der konkreten Unterstützung genau den aktuellen Bedürfnissen dieses Kindes entsprach oder nicht. Es ist auch nicht möglich zu sagen, ob ein konkretes Kind so rechtzeitig diagnostiziert wurde, wie es in diesem individuellen Fall möglich war.

Bei der Verwendung der Ergebnisse dieser Studie in Forschung und Praxis sowie bei der Auseinandersetzung mit den resultierenden Empfehlungen (Kapitel 6) müssen die genannten methodischen Limitationen beachtet werden.

6. Empfehlungen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie lassen sich Empfehlungen zu vier Aspekten ableiten.

Zugang zum System der spezifischen Förderung und Unterstützung

Die spezifische Versorgung von schulpflichtigen Kindern mit bekannter Sehbehinderung / Hörsehbehinderung durch spezialisierte Anbieter ist gemäss der hier durchgeführten Studie ein gut funktionierendes System. Ob alle Kinder, die dieser spezifischen Unterstützung bedürfen, derzeit (in gleicher Weise) Zugang dazu haben, ist jedoch nicht ganz sicher. Die vorliegende Studie ermittelte Hinweise dafür, dass in den Kantonen, die nicht über spezialisierte Strukturen auf eigenem Terrain verfügen, der Anteil von Kindern, die erst während der obligatorischen Schulzeit diagnostiziert wurden, höher war als in Kantonen mit spezialisierten Strukturen. Die andere REVISA-Teilstudie (Schweizer & Lienhard, 2021) zeigte auf, dass es Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung gibt, welche spät und nur über Umwege identifiziert und somit unterstützt werden konnten. Wie viele Kinder davon betroffen sind, war nicht zu ermitteln.

Im Bereich der Forschung plädieren wir deshalb für empirische Untersuchungen zur Thematik des Zugangs zum System der spezifischen Förderung bei Sehbehinderung / Hörsehbehinderung im Kindesalter. Die Untersuchungen sollten alle zentralen Zugangswege, nämlich Kinderärzte, Fachärztinnen, allgemeine Frühförderstellen sowie Kindertagesstätten und Schulen, beachten. Forschungsfragen sollten die Bekanntheit von spezifischen Unterstützungsmöglichkeiten, die Kenntnis der konkreten Einrichtungen sowie die Bekanntheit des Leistungsumfanges der Einrichtungen betreffen. Auch Untersuchungen zum Vertrauen in die spezifische Kompetenz der spezialisierten Anbieter sind lohnenswert.

Für die Praxis empfiehlt sich der Ausbau der bereits etablierten Strategie einiger spezifischer Anbieter, eigenaktiv über die eigene Institution und deren Angebot zu informieren. Diese Strategie sollte auf alle spezifischen Anbieter ausgeweitet werden. Die Kommunikation von Best Practice im Feld wäre hilfreich, dies zügig und mit überschaubarem Aufwand umzusetzen. Dabei sollte eine regelmässige Informationspolitik nicht nur in Schulen, sondern gegenüber allen oben genannten Zugangswegen etabliert werden, dabei insbesondere auch bei Ärztinnen und Ärzten. Schweizweite Informationskampagnen über das spezifische Angebot spezialisierter Anbieter, zum Beispiel koordiniert über den SZBLIND, könnten dieses wichtige Anliegen unterstützen.

Weiteres Potential für eine Optimierung des Zugangs zum System der spezifischen Förderung und Unterstützung sehen wir in den kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen sowie in den schulärztlichen Untersuchungen. Es sollte zunächst geprüft werden, inwieweit diese Untersuchungsreihen schweizweit etabliert sind, wann und von wem diese angeboten werden und in welchem Ausmass diese die gesamte Population der Vorschulkinder erreichen. Zudem sollte festgestellt werden, welchen Stellenwert das Sehen innerhalb dieser Untersuchungen derzeit einnimmt. Auf der Basis einer solchen fundierten Recherche könnten dann Konzepte mit Empfehlungen für die frühe Erkennung von Sehbehinderungen bei Kindern im Rahmen von kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen und von schulärztlichen Untersuchungen erarbeitet werden.

Ordentliche und verstärkte Massnahmen

Wir empfehlen, über die Unterscheidung zwischen ordentlichen und verstärkten Massnahmen nachzudenken. Wie beschrieben, gibt es diesbezüglich zwischen den Kantonen Unterschiede. In einigen Kantonen wird zwischen beiden Massnahmen unterschieden, in anderen nicht, und die Kriterien für die inhaltliche Bestimmung beider Massnahmen sind verschieden. In der Praxis entstehen aus der Unterscheidung beider Massnahmen insbesondere dann Schwierigkeiten, wenn die Vorgehensweisen in den beiden Bereichen unterschiedlich sind. Es kommt teilweise zur Vorwegnahme von Entscheidungen (= Vor-Urteilen), obwohl die Lern- und Lebenssituation eines Kindes noch gar nicht in ihrer Komplexität untersucht wurde.

Die Problematik besteht auch darin, dass es sich bei einer Unterscheidung zwischen ordentlichen und verstärkten Massnahmen um eine Setzung im Sinne einer Dichotomisierung handelt. Die individuelle Ausprägung einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung bildet jedoch ein Kontinuum von gering bis umfassend / komplex. Gleiches gilt auch für den damit korrespondierenden Bedarf an spezifischer Unterstützung. Auch dieser ist auf einem Kontinuum angesiedelt und nicht in natürlicher Weise zweizuteilen. Das würde dafürsprechen, die Unterscheidung zwischen ordentlichen und verstärkten Massnahmen aufzugeben. Allerdings wäre es auch nicht sinnvoll, in jedem Fall ein sehr aufwändiges, langdauerndes, ressourcenintensives Abklärungsverfahren unter Einbezug der Eltern und verschiedener Fachpersonen anzustrengen. Bei geringfügigen Schwierigkeiten sollte dem entsprechend geringen, vorübergehenden Unterstützungsbedarf auf unkomplizierte Weise entsprochen werden können. Aus unserer Sicht könnte die Lösung in einem gestuften Vorgehen bestehen. Dieses sollte in allen Fällen mit einem einfachen, dennoch standardisierten Screening beginnen. Daran sollte sich dann im Falle bestimmter, vorher festgelegter Kriterien, entweder direkt eine Förderplanung (im Sinne ordentlicher Massnahmen) oder eine umfassendere Abklärung mittels des SAV anschliessen.

Wir gehen davon aus, dass in einigen Kantonen bereits ein Vorgehen implementiert ist, welches diesen Empfehlungen entspricht oder nahekommt. Ein kantonaler Austausch könnte Erfahrungen im Sinne von Best Practice überkantonale zur Verfügung stellen.

Reichweite und Verfügbarkeit von Diensten spezialisierter Anbieter

In der vorliegenden Studie wurde festgestellt, dass nicht alle Dienstleistungen spezialisierter Anbieter in allen Situationen gleichermassen verfügbar sind. Konkret wurde berichtet, dass teilweise in allgemeinen Sonderschulen zwar Abklärung und Beratung durch spezialisierte Institutionen angeboten wird, die konkrete Förderung und Unterstützung der Kinder dann aber durch Heilpädagoginnen vor Ort zu leisten ist.

Eine solche Vorgehensweise schont personelle und finanzielle Ressourcen. Für das Kind kann es zudem angenehm sein, von einer vertrauten Lehrperson unterstützt zu werden und sich nicht auf verschiedene oder unbekannte Personen einstellen zu müssen. Die Vertrautheit der Lehrperson mit den Lern- und Lebensbedingungen des Kindes kann ein weiterer Pluspunkt sein. Neben diesen Vorteilen birgt eine derartige Delegation von Förderung und Unterstützung aber auch Gefahren. Aus Delegation kann leicht ballistisches Handeln werden. Letzteres liegt vor, wenn Massnahmen empfohlen, deren Umsetzung und Wirksamkeit aber nicht weiter verfolgt werden. Neben der mangelnden

Effektkontrolle könnten auch fehlende sehbehinderungsspezifische Qualifikationen der Lehrpersonen zu Qualitätseinbußen bei der Förderung und Unterstützung der Kinder führen.

Um die genannten Probleme zu vermeiden, sollten sich alle beteiligten Akteure der folgenden Punkte bewusst sein. Die Gesamtverantwortung für die Förderung und Unterstützung des Kindes muss während des gesamten Prozesses bei der auf Sehbehinderung spezialisierten Fachperson bleiben. Diese sollte die Massnahmen nicht nur festlegen bzw. empfehlen, sondern auch deren Umsetzung regelmässig überprüfen. Zu den Aufgaben der speziell qualifizierten Fachperson gehören auch die Anleitung der Lehrperson in Bezug auf besondere Massnahmen sowie die Beratung der Lehrperson. Letztere ist nicht nur zu Beginn der Kooperation notwendig, sondern sie sollte den gesamten Prozess begleiten. Im Falle von komplexen Problematiken sollte immer auch die Option bestehen, dass die Förderung zeitweise oder teilweise direkt durch die spezialisierten Fachpersonen geleistet wird.

Besonderheiten in der Zusammensetzung der identifizierten Population

Wie berichtet, wurden in der vorliegenden Studie zwei Besonderheiten in der Zusammensetzung der Stichprobe bzw. Population festgestellt, welche derzeit nicht zufriedenstellend erklärt werden können. Es handelt sich zum einen um die unterschiedliche Geschlechterverteilung je nach Nationalität. Zum anderen betrifft es die Geschlechterverteilung sowie die Zusammensetzung nach Nationalität bei Kindern mit Blindheit, welche jeweils nicht den erwarteten Verteilungen entsprechen. Die diesbezüglichen Befunde dieser Studie sollten durch weitere Studien geprüft werden. Mittels Literaturrecherche sollte zudem weiter nach Erklärungen gesucht werden.

7. Verzeichnisse

7.1. Tabellen

Tabelle 1: Vergleich von spezifisch versorgten Kindern (N= 1'509) mit nicht spezifisch versorgten Kindern (N= 59) in Bezug auf die besuchte Schulart.....	16
Tabelle 2: Art der Beeinträchtigung der spezifisch versorgten Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung (N= 1'571 Kinder)	19
Tabelle 3: Schulische Situation spezifisch versorgter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung	20
Tabelle 4: Konkrete Massnahmen der Förderung und Unterstützung für spezialisiert versorgte Kinder (N= 1'571 Kinder) (Mehrfachnennungen)	21
Tabelle 5: Art der Beeinträchtigung der Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung für Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'469) und Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 74)	22
Tabelle 6: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbehinderung (N= 1'469) und bei Kindern mit Hörsehbehinderung (N= 74). Mehrfachnennungen.....	25
Tabelle 7: Art der Beeinträchtigung der Kinder und Zeitpunkt der Diagnosestellung für Kinder mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'463) und Kinder mit Blindheit (N= 77)	27
Tabelle 8: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung bei Kindern mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'463) und bei Kindern mit Blindheit (N= 77). Mehrfachnennungen.....	29
Tabelle 9: Verteilung der spezifisch versorgten Kinder auf Alterskohorten (N= 1'562 Kinder)	30
Tabelle 10: Ausgewählte Strukturmerkmale in den einzelnen Kantonen (N= 26 Kantone)	34
Tabelle 11: Aufteilung der 25 Kantone auf 3 Cluster anhand von 9 binären Variablen.....	40
Tabelle 12: Charakterisierung der 3 Cluster anhand von 9 strukturellen Merkmalen sowie anhand der Grösse der Kantone (nicht in Clusteranalyse einbezogen)	41
Tabelle 13: Prozentualer Anteil (Quote) spezialisiert betreuter Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft, in der Gesamtpopulation und in den 3 Clustern	43
Tabelle 14: Breite des Angebotes an spezifischen Massnahmen in der Gesamtgruppe und in den drei Clustern – deskriptive Statistiken und Anova Post hoc Tests	44
Tabelle 15: Anzahl ambulanter Stunden pro Woche in der Gesamtgruppe und in den drei Clustern – deskriptive Statistiken und Anova Post hoc Tests	44
Tabelle 16: Prozentualer Anteil von Kindern, welche die Diagnose erst während der obligatorischen Schulzeit erhielten – Clusterunterschiede in Bezug auf verschiedene Gruppen von Kindern.....	46

7.2. Abbildungen

Abbildung 1: Geschlechterverteilung in der Gesamtstichprobe (N= 1'481) und nach Nationalität.....	18
Abbildung 2: Aktueller Beschulungsort / Schulart für Kinder mit Sehbehinderung (N= 1'436) und für Kinder mit Hörsehbehinderung (N= 71).....	24
Abbildung 3: Aktueller Beschulungsort / Schulart für Kinder mit Sehbeeinträchtigung (N= 1'429) und für Kinder mit Blindheit (N= 75).....	28
Abbildung 4: 3-Cluster-Lösung unter Einbezug von 9 binären Variablen.....	42

7.3. Literatur

- Bourne, R. R. A., Steinmetz, J. D., Flaxman, S., Briant, P. S., Taylor, H. R., Resnikoff, S., Casson, R. J., Abdoli, A., Abu-Gharbieh, E., Afshin, A., Ahmadieh, H., Akalu, Y., Alamneh, A. A., Alemayehu, W., Alfaar, A. S., Alipour, V., Anbesu, E. W., Androudi, S., Arabloo, J., ... Vos, T. (2021). Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: An analysis for the Global Burden of Disease Study. *The Lancet Global Health*, 9(2), e130–e143. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30425-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30425-3)
- Bundesamt für Statistik (2022a). Bildungsstatistik 2021. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft.html>
- Bundesamt für Statistik (2022b). Lernende der Sonderpädagogik – Basistabellen 2021/22. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bildung-wissenschaft/personen-ausbildung/obligatorische-schule/sonderpaedagogik.assetdetail.21285137.html>
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (Fassung 2022). [https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de. \(02.05.2022\)](https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1999/404/de. (02.05.2022))
- Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2017). Jungen – das männliche Geschlecht als Entwicklungsrisiko (Pressemitteilung), [https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemitteilungen-jungen-2017.pdf \(27.05.2022\)](https://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-pressemitteilungen-jungen-2017.pdf (27.05.2022)).
- EDK (2007a). Interkantonale Vereinbarung über die Harmonisierung der obligatorischen Schule (HarmoS-Konkordat) vom 14. Juni 2007. [https://www.edk.ch/de/themen/harmos \(06.04.2022\)](https://www.edk.ch/de/themen/harmos (06.04.2022)).
- EDK (2007b). Interkantonale Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Bereich der Sonderpädagogik vom 25. Oktober 2007. [https://www.edk.ch/de/themen/sonderpaedagogik \(06.04.2022\)](https://www.edk.ch/de/themen/sonderpaedagogik (06.04.2022)).
- Gilbert, C., & Foster A. (2001). Childhood blindness in the context of VISION 2020 – The Right to Sight. *Bulletin of the World Health Organization*. WHO.
- Glatz, M., Riedl, R., Glatz, W., Schneider, M., Wedrich, A., Bolz, M., & Strauss, R. W. (2022). Blindness and visual impairment in Central Europe. *PLoS ONE*, 17(1 January 2022). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0261897>

- Kocur, I., & Resnikoff, S. (2002). Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *British Journal of Ophthalmology*, 86, 716-722.
- Lang, M., & Heyl, V. (2021). *Pädagogik bei Blindheit und Sehbehinderung*. Kohlhammer.
- Maritzen, A., & Kamps, N. (2013). *Rehabilitation bei Sehbehinderung und Blindheit*. Springer.
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2007). *GBE-Themenheft Blindheit und Sehbehinderung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis*. RKI Berlin.
- Schildmann, U. (2006). Verhältnisse zwischen Behinderung und Geschlecht in der Lebensspanne. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete VHN*, 1, 13-24.
- Schweizer, M., & Lienhard, P. (2021). *Schlussbericht - Risikobehaftete Entscheidungsereignisse bei der Versorgung von Kindern mit Sehbeeinträchtigung*. <https://www.szblind.ch/fuer-fachpersonen/forschung/aktuell-revisa-studie> (06.04.2022).
- Solebo, A., Teoh, L., & Rahi, J. (2017). Epidemiology of childhood blindness. *ADC review Epi blindness*. <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2016-31032>
- Spring, S. (2019). *Sehbehinderung, Blindheit und Hörsehbehinderung: Entwicklung in der Schweiz – Eine Publikation zur Frage: «Wie viele sehbehinderte, blinde und hörsehbehinderte Menschen gibt es in der Schweiz?» Berechnungen 2019*. Schweizerischer Zentralverein für das Blindenwesen (SZBLIND).
- Stevens, G., White, R., Flaxman, S., Price, H., Jonas, J., Keeffe, J., Leasher, J., Naidoo, K., Pesudovs, K., Resnikoff, S., Taylor, H., & Bourne, R. (2013). Global Prevalence of Vision Impairment and Blindness. Magnitude and Temporal Trends, 1990-2010. *Ophthalmology*, 120(12), 3277-3284. <https://doi.org/10.1016/j.ophta.2013.05.025>
- Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik SZH (2018). *Beitrittskantone und/oder Konzept/Gesetz (Stand 9. Februar 2018)*. <https://www.szh.ch/themen-der-heil-und-sonderpaedagogik/recht-und-finanzierung/kantonale-konzepte> (06.04.2022).
- Teoh, L. J., Solebo, A. L., Rahi, J. S., Morton, C., Allen, L., McPhee, D., Brennan, R., Pennefather, P., Kattakayan, C., Ramm, L., Abbott, J., Parulekar, M., Robertson, H., Butler, L., Thomas, M., Lipshen, G., Pilling, R., Bradbury, J., Markham, R., ... Falzon, K. (2021). Visual impairment, severe visual impairment, and blindness in children in Britain (BCVIS2): a national observational study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(3), 190–200. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30366-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30366-7)
- Von Rhein, M. (2021). *Frühe sehbehindertenpädagogische Intervention bei Kindern im Vorschulalter – Retrospektive Auswertung einer Vollerhebung im Kanton Zürich*. <https://www.szblind.ch/fuer-fachpersonen/forschung/forschungsberichte> (25.05.2022).
- Walthes, R. (2022, 4. Aktualisierte Auflage). *Einführung in die Pädagogik bei Blindheit und Sehbeeinträchtigung*. UTB.
- WHO (2021). *Blindness and Visual Impairment*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment> (03.05.2022).

Anhang

- A) Liste der auf Sehbehinderung spezialisierten Anbieter
- B) Kodierleitfaden und Glossar für die Datenerhebung bei den spezialisierten Anbietern
- C) Tabelle: Art der Beeinträchtigung der Kinder – Ergebnisse der Chi²-Tests für den Vergleich der sechs Alterskohorten (H1/H2, H3/H4, H5/H6, H7/H8, H0/H10 und H11)
- D) Tabelle: Aktueller Beschulungsort und Lehrplan für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent)
- E) Tabelle: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent) (N= 1'562 Kinder)
- F) Tabelle: Prozentualer Anteil (Quote) der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in den einzelnen Kantonen (Schuljahr 2020 / 2021)
- G) Tabelle: Übersicht zu strukturellen Merkmalen in den Kantonen

A) Liste der auf Sehbehinderung spezialisierten Anbieter

- **AG:** Landenhof, Zentrum und Schweizer Schule für Schwerhörige, Landenhofweg 25, 5035 Unterentfelden, www.landenhof.ch
- **BE:** Stiftung für blinde und sehbehinderte Kinder und Jugendliche, Kirchlindachstrasse 49, 3052 Zollikofen, www.blindenschule.ch
- **BL:** TSM Schulzentrum für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen, Baselstrasse 43, 4142 Münchenstein, www.tsm-schulzentrum.ch
- **GE:** Centre d'appui pour handicapés de la vue (CCDV), Chemin des Vignes 1, 1209 Genève
- **GR:** HPD Heilpädagogischer Dienst Graubünden, HFE-Team, Aquasanastrasse 12, 7000 Chur, www.hpd-gr.ch
- **LU:** Visiopädagogischer Dienst, Maihofstrasse 95c, 6006 Luzern, www.ffs.lu.ch
- **SG:** Low Vision, Zentrum für sehbehinderte Kinder und Jugendliche, Obere Weidegg 4, 9230 Flawil und Döltschihalde 27, 8055 Zürich, www.lowvisionzentrum.ch
- **SG:** Obvita, Sehberatung für Kinder und Jugendliche, Bruggwaldstrasse 45, 9009 St. Gallen, www.obvita.ch
- **SO:** Visiopädagogischer Dienst des Kantons Solothurn, ZKSK-Zentrum für körper- und sehbehinderte Kinder, Solothurnstrasse 42, 4702 Oensingen, www.zksk.ch
- **TI:** Unitas – Servizio giovani, via San Gottardo 49, 6598 Tenero, www.unitas.ch
- **VD:** Centre pédagogique pour handicapés de la vue, Avenue de France 30, 1002 Lausanne, www.ophtalmique.ch
- **ZG:** Sonnenberg, Heilpädagogisches Schul- und Beratungszentrum, Landhausstrasse 20, 6340 Baar, www.sonnenberg-baar.ch
- **ZH:** Schule für Sehbehinderte der Stadt Zürich, Eugen-Huber-Strasse 6, 8048 Zürich, www.stadt-zuerich.ch/sfs
- **ZH:** Schweizerische Stiftung für Taubblinde «Tanne», Zentrum für hörsehbehinderte, mehrfachbehinderte Menschen, Alte Dorfstrasse 3b, 8135 Langnau am Albis, www.tanne.ch
- **ZH:** Stiftung visoparents, Tagesschule für blinde, seh- und mehrfachbehinderte Kinder, Regensbergstrasse 121, 8050 Zürich, www.visoparents.ch

B) Kodierleitfaden und Glossar für die Datenerhebung bei den spezialisierten Anbietern



UNIVERSITÉ DE FRIBOURG
UNIVERSITÄT FREIBURG



Schweizerischer Zentralverein
für das Blindenwesen

Untersuchung zur aktuellen Versorgungssituation von Kindern mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung in der Schweiz

Sehr geehrte Damen und Herren,
das Heilpädagogische Institut der Universität Freiburg (Schweiz) führt unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Gérard Bless eine Untersuchung zur aktuellen Versorgungssituation von Kindern mit Sehbehinderung und mit Hörsehbehinderung in der Schweiz durch. Diese Untersuchung ist Teil des Projektes „REVISA – Recognition Visual Impairment in School Age“, welches vom Schweizerischen Zentralverein für das Blindenwesen (SZBLIND) beauftragt wurde. Die Finanzierung erfolgt durch den SZBLIND, deren Trägerschaft, Stiftungen und mehrere Kantone.

Die Untersuchung wird schweizweit durchgeführt und richtet sich u.a. an Anbieter, welche auf die Unterstützung von Kindern mit Sehbehinderung und / oder Hörsehbehinderung spezialisiert sind. Einer dieser spezialisierten Anbieter sind Sie.

Die Untersuchung bezieht sich auf **Kinder mit Sehbehinderung oder Hörsehbehinderung**, welche zum Erhebungszeitpunkt **die obligatorische Schule besuchen** und ihren **Wohnsitz in der Schweiz** haben. Bitte erfassen Sie die Daten für **jedes einzelne Kind**, welches von Ihnen unterstützt wird und diesen Kriterien entspricht.

Für die Datenerhebung gibt es einen **Kodierleitfaden** und ein **Datenerfassungsblatt**. Der Kodierleitfaden enthält Erläuterungen und Anweisungen zur Beantwortung der einzelnen Fragen (Items) sowie ein Glossar mit wichtigen Begriffen. Im elektronischen Datenerfassungsblatt können Sie die Antworten zu den Fragen (Angaben für jedes einzelne Kind) eintragen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Geburtsdaten der Kinder werden nach einem Abgleich mit kantonalen Informationen gelöscht und nicht bei uns gespeichert.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail oder telefonisch an uns.

Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Prof. Dr. Gérard Bless & Prof. tit. Dr. Dagmar Orthmann Bless
Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg
Petrus-Kanisius-Gasse 21
1700 Freiburg
gerard.bless@unifr.ch, 026 300 77 28
dagmar.orthmann@unifr.ch, 026 300 77 13

Glossar

Sehbehinderung: Oberbegriff für Sehbeeinträchtigungen und Blindheit.

Sehbeeinträchtigung: Art der Sehbehinderung, bei der die visuelle Wahrnehmung eingeschränkt, aber in Grenzen vorhanden ist. Die Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt kann auf Visualität Bezug nehmen. Der (pädagogische) Zugang zur Welt kommt über das Sehen.

Blindheit: Art der Sehbehinderung, bei der visuelle Wahrnehmung nicht zur Verfügung steht. Die Auseinandersetzung mit der materiellen und sozialen Umwelt kann nicht auf Visualität Bezug nehmen. Der (pädagogische) Zugang zur Welt muss über Bewegung, Taktilität und Auditives kommen.

Hörsehbehinderung: Es liegen eine Sehbehinderung und eine Hörbehinderung vor.

Singuläre Beeinträchtigung im Bereich Sehen: Es liegt nur eine Behinderung im Bereich Sehen vor. In allen anderen Entwicklungsbereichen liegt keine Behinderung vor (z.B. keine geistige und keine körperliche Behinderung).

Komplexe Beeinträchtigung in Verbindung mit einer Sehbehinderung / Hörsehbehinderung: Neben der Sehbehinderung / Hörsehbehinderung liegen Beeinträchtigungen auch in anderen Entwicklungsbereichen vor (z.B. Cerebralparese, Schwermehrfachbehinderung, Lernbehinderung).

Obligatorische Schule: Kindergarten bis einschliesslich Sekundarstufe I (H1 bis H11).

Sonderklasse in der Regelschule: eine besondere Klasse in der Regelschule für Kinder mit besonderem Förderbedarf; darunter: Einführungsklasse, Klasse für Fremdsprachige, andere Sonderklasse (z.B. frühere Kleinklasse).

Spezialisierte Sonderschule: eine auf Sehbehinderung spezialisierte Sonderschule.

Nicht-spezialisierte Sonderschule: eine Sonderschule für Schülerinnen und Schüler mit Behinderungen verschiedener Art, wie z.B. geistige Behinderung, Körperbehinderung, starke Verhaltensauffälligkeiten.

Lektion: eine Interventionseinheit (Förderung, Unterricht, Beratung, Training oder Therapie), meist von 45-50 Minuten Dauer.

Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen besteht aus 4 Teilen. Diese sind zur besseren Orientierung im Datenerfassungsblatt mit unterschiedlichen Farben gekennzeichnet:

Teil I: Informationen zum Kind Spalten A bis H im Datenblatt
Teil II: Informationen zur Beeinträchtigung / zur Sehbehinderung des Kindes Spalten I bis X im Datenblatt
Teil III: Informationen zu Ort, Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen Spalten Y bis AG im Datenblatt
Teil IV: Informationen zur konkreten Unterstützung und Förderung des Kindes Spalten AH bis AO im Datenblatt

Vorgehen

Bitte lesen Sie die Anweisungen für die 4 Teile des Fragebogens aufmerksam durch. Beantworten Sie dann alle Fragen für jedes einzelne Kind, welches von Ihnen betreut wird und den oben genannten Kriterien entspricht. Tragen Sie bitte die Antworten direkt im Datenerfassungsblatt ein. Pro Kind wird eine Zeile ausgefüllt.

<p>Teil I: Informationen zum Kind Dieser Teil enthält einige allgemeine Angaben zum Kind. Bitte füllen Sie die Daten entsprechend der unten aufgeführten Kodieranweisungen für die einzelnen Items ein.</p>		
Spalte	Item	Kodieranweisung / Definitionen / Erläuterungen
A	(interne Leerspalte)	Bitte tragen Sie hier nichts ein
B	AHV-Nummer	Bitte tragen Sie die AHV-Nummer des Kindes im Format xxx.xxxx.xxxx.xx ein
C	Geburtsdatum	Bitte tragen Sie das Geburtsdatum des Kindes im Format TT.MM.JJJJ ein
D-E	Geschlecht	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.
F-G	Nationalität	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.
H	Wohnkanton	Bitte geben Sie das offizielle Kürzel des Kantons an, in dem das Kind wohnt. (Bsp: ZH)

Teil II: Informationen zur Beeinträchtigung / zur Sehbehinderung des Kindes

Dieser Teil dient der Beschreibung der vorliegenden Beeinträchtigung des Kindes anhand mehrerer Aspekte. Damit lassen sich Situationen unterscheiden, die nach Walthes (2013) sehr unterschiedliche Anforderungen an die Umwelt stellen.

Bitte kreuzen Sie bei jedem Aspekt das jeweils Zutreffende an.

Spalte	Item	Kodieranweisung / Definitionen / Erläuterungen
I-J	Art der Behinderung (1) Sehbehinderung - Hörsehbehinderung	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. (Glossar)
K-L	Art der Behinderung (2) singulär - komplex	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. (Glossar)
M-N	Art der Sehbehinderung (1) Sehbeeinträchtigung - Blindheit	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. (Glossar)
O-P	Art der Sehbehinderung (2) angeboren - erworben	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.
Q-R	Art der Sehbehinderung (3) stabil - progredient	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.
S-T	Art der Sehbehinderung (4) okular - cerebral	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. (Glossar)
U-X	Zeitpunkt der Diagnosestellung für die Sehbehinderung	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

Teil III: Informationen zu Ort, Art und Umfang der Unterstützungsmassnahmen

Dieser Teil enthält Informationen zu den aktuellen, spezifisch auf die Sehbehinderung / Hörsehbehinderung bezogenen Massnahmen. Es geht um die Art und Weise der Beschulung sowie den Umfang ambulanter Massnahmen.

Y-AB	aktueller Beschulungsort / Schulart	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an. (Glossar) Sollte ein Kind verschiedene Schulorte besuchen (z.B. Teilintegration), geben Sie bitte den Ort an, an
------	---	--

		dem das Kind die meiste Zeit verbringt.
AC- AE	Aktueller Lehrplan / Unterricht	Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.
AF- AG	Umfang der Massnahme (nur für ambulante Massnahmen)	Nur auszufüllen, wenn das Kind von Ihnen ambulant betreut wird. Wenn die ambulanten Massnahmen regelmässig durchgeführt werden, geben Sie bitte in Spalte AF die Anzahl Lektionen pro Woche an. Wenn die ambulanten Massnahmen nur bei Bedarf durchgeführt werden (z.B. sog. „Beratungskind“), dann setzen Sie bitte in Spalte AG ein Kreuz.

Teil IV: Informationen zur konkreten, aktuellen Unterstützung und Förderung des Kindes

Dieser Teil dient der Beschreibung der konkreten Inhalte der Förderung und Unterstützung des Kindes. Bitte kreuzen Sie alle Massnahmen an, welche Sie diesem Kind derzeit anbieten. Angebote, die das Kind von anderen Anbietern erhält, werden nicht berücksichtigt. Angebote, die das Kind früher von Ihnen erhalten hat, aber jetzt nicht mehr, werden nicht berücksichtigt.

AH	Low Vision Training	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AI	LPF (Lebenspraktische Fertigkeiten)	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AJ	Orientierungs- und Mobilitätstraining (O+M Unterricht)	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AK	Braille	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AL	Hilfsmittel visueller Bereich (optisch, nicht- optisch, elektronisch) (z.B. Lupen, Bildschirmlesegeräte, PC mit Sprachausgabe, Leuchten, Leseputz)	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AM	Nicht-visuelle Hilfsmittel (z.B. Farberkennungsgeräte, Waage mit Sprachausgabe, Mobilitätshilfen)	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.

AN	Angepasste Lehrmittel im allgemeinen Unterricht	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.
AO	Weitere therapeutische oder Trainingsangebote in den Bereichen Sprache / Kommunikation, Bewegung, Verhalten (z.B. Logopädie, Unterstützte Kommunikation, Ergotherapie, Psychomotorik, Psychotherapie)	Bitte ankreuzen, falls zutreffend.

C) Tabelle: Art der Beeinträchtigung der Kinder – Ergebnisse der Chi2-Tests für den Vergleich der sechs Alterskohorten (H1/H2, H3/H4, H5/H6, H7/H8, H9/H10 und H11)

Art der Behinderung / Sehbehinderung	Chi2	P*
Art der Behinderung (1): Sehbehinderung – Hörsehbehinderung	5.61	.346
Art der Behinderung (2): Singulär – Komplex	10.84	.055
Art der Sehbehinderung (1): Sehbeeinträchtigung – Blindheit	4.77	.444
Art der Sehbehinderung (2): Angeboren – Erworben	14.19	.014
Art der Sehbehinderung (3): Stabil – Progredient	6.34	.275
Art der Sehbehinderung (4): Okular – Cerebral – Okular und Cerebral	23.62	.009

* asymptotische Signifikanz 2-seitig; Bonferroni-Anpassung

D) Tabelle: Aktueller Beschulungsort und Lehrplan für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent)

Schulische Situation	H1/ H2	H3/ H4	H5/ H6	H7/ H8	H9/ H10	H11	Chi2	P*
Beschulungsort								
Regelschule	50.0	49.5	54.9	55.0	49.4	31.4	68.09	.000
Sonderklasse in Regelschule	4.1	4.8	2.7	1.9	2.1	2.9		
Spezialisierte Sonderschule	11.0	12.1	15.9	18.2	19.4	29.6		

Nicht-spezialisierte Sonderschule	34.89	33.6	26.5	24.8	29.1	36.1		
Lehrplan								
Regellehrplan	68.1	61.4	59.8	63.5	57.9	49.5	29.70	.001
Regellehrplan ausser 1-2 Fächer	2.2	5.4	11.0	9.5	6.8	5.3		
Regellehrplan ausser ≥ 3 Fächer	29.6	33.2	30.1	27.0	35.3	45.2		

* asymptotische Signifikanz 2-seitig

E) Tabelle: Häufigkeit spezifischer Massnahmen der Förderung und Unterstützung für Kinder in sechs Alterskohorten (Angaben in Prozent) (N= 1'562 Kinder)

Art der Förderung / Unterstützung	H1/ H2	H3/ H4	H5/ H6	H7/ H8	H9/ H10	H11	Chi2	P*
Low Vision Training	67.7	68.2	61.3	61.7	53.1	54.8	24.73	.006
Lebenspraktische Fertigkeiten	15.1	10.6	12.4	12.6	15.2	16.2	8.73	.558
Orientierungs- und Mobilitätstraining	7.8	6.3	9.5	14.2	10.3	14.5	19.41	.035
Braille	1.6	2.0	4.0	5.4	6.2	4.8	14.10	.169
Hilfsmittel visueller Bereich	44.3	64.2	71.9	73.2	74.5	75.5	72.98	.000
Hilfsmittel nicht-visueller Bereich	22.4	24.2	23.7	21.5	23.9	27.2	6.27	.792
Angepasste Lehrmittel	38.0	49.7	56.9	62.1	55.6	58.6	35.87	.000
Weitere Therapien oder Trainings	39.6	40.7	38.0	34.9	32.5	47.2	18.60	.046

* asymptotische Signifikanz 2-seitig

F) Tabelle: Prozentualer Anteil (Quote) der Kinder mit Sehbehinderung / Hörsehbehinderung an der Gesamtschülerschaft in den einzelnen Kantonen (Schuljahr 2020 / 2021)

Kanton	Quote	Kanton	Quote	Kanton	Quote
AI	.054	TI	.139	OW	.119
AG	.148	VD	.126	SH	.067
BE	.264	AR	.289	SZ	.188
BL	.239	BS	.231	UR	.026
GE	.118	FR	.111	VS	.167
GR	.394	GL	.354	LU	.190
SG	.154	JU	.200	ZG	.195
SO	.252	NE	.073	ZH	.119
TG	.123	NW	.310		

G) Tabelle: Übersicht zu strukturellen Merkmalen in den Kantonen (N= 26 Kantone)

Kanton	Merkmale							
	A	B	C	D	E	F	G	H
AG			X		X	X	X	X
AI						k.A.	k.A.	k.A.
AR	X	X				X	X	X
BE			X	X	X	X	X	X
BL	X	X	X	X	X	X	X	X
BS	X	X				X	X	X
FR	X	X				X	X	X
GE	X	X	X		X	X	X	X
GL	X	X				X	X	X
GR		X	X		X	X	X	X
JU	X	X				X	X	X
LU	X	X	X		X	X	X	X
NE	X	X				X	X	X
NW		X				X	X	X
OW	X	X				X	X	X
SG		X	X		X	X	X	X
SH	X	X				X	X	X
SO			X		X	X	X	X
SZ		X				X	X	X
TG		X	X			X	X	X
TI	X		X		X	X	X	X
UR	X	X				X	X	X
VD	X	X	X	X	X	X	X	X
VS	X	X				X	X	X
ZG		X	X	X	X	X	X	X
ZH	X		X	X	X	X	X	X

Legende:

Merkmal A: Beitritt zum Konkordat „Sonderpädagogik“

Merkmal B: Konzept Sonderpädagogik mit spezieller Erwähnung von Sehbehinderung

Merkmal C: Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Heilpädagogischen Früherziehung

Merkmal D: Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten Sonderschule

Merkmal E: Standort einer auf Sehbehinderung spezialisierten ambulanten Struktur

Merkmal F: Sicherung der spezialisierten Versorgung im Frühbereich

Merkmal G: Sicherung der spezialisierten Versorgung im Schulbereich mit Wahlmöglichkeit

Merkmal H: Sicherung der spezialisierten ambulanten Versorgung

Ein «x» bezeichnet das Vorhandensein des entsprechenden Merkmals. «k.A.» bedeutet, dass keine Informationen zu diesem Merkmal erhoben werden konnten.

Weitere inhaltliche Erläuterungen zu den Merkmalen finden sich in Kapitel 4.3.