

Selmayr, Anna; Kölbl, Sabine

Adaptives Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit Autismus-Spektrum-Störung im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung

Empirische Sonderpädagogik 17 (2025) 1, S. 19-34



Quellenangabe/ Reference:

Selmayr, Anna; Kölbl, Sabine: Adaptives Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit Autismus-Spektrum-Störung im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung - In: Empirische Sonderpädagogik 17 (2025) 1, S. 19-34 - URN: urn:nbn:de:01111-pedocs-343636 - DOI: 10.25656/01:34363; 10.2440/003-0038

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:01111-pedocs-343636>

<https://doi.org/10.25656/01:34363>

in Kooperation mit / in cooperation with:



PABST

<https://www.psychologie-aktuell.com/journale/empirische-sonderpaedagogik.html>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen sowie Abwandlungen und Bearbeitungen des Werkes bzw. Inhaltes anfertigen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. den Inhalt nicht für kommerzielle Zwecke verwenden.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and render this document accessible, make adaptations of this work or its contents accessible to the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to make commercial use of the work, provided that the work or its contents are not used for commercial purposes.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS

DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung

E-Mail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Adaptives Verhalten von Schülerinnen und Schülern mit Autismus-Spektrum-Störung im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung

Anna Selmayr¹ & Sabine Kölbl²

¹ Deutsches Jugendinstitut

² Universität Regensburg

Zusammenfassung

Die aktuellen Diagnosekriterien für eine Störung der Intelligenzentwicklung (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 11. Revision ICD-11) bzw. Intellektuellen Beeinträchtigung (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen, 5. Fassung, DSM-5) fordern obligatorisch nicht nur intellektuelle, sondern auch adaptive Kompetenzen im deutlich unterdurchschnittlichen Bereich. Dieses gleichberechtigte Doppelkriterium betont die Bedeutung adaptiven Verhaltens stärker als die Vorgängerklassifikationen ICD-10 und DSM-IV. Adaptives Verhalten setzt sich aus konzeptuellen (inkl. kommunikativen), praktischen und sozialen Fähigkeiten zusammen. Mit Einschränkungen im Bereich der Kommunikation und des Sozialverhaltens betrifft adaptives Verhalten damit zwei zentrale diagnoserelevante Aspekte einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS). So stellt sich die Frage nach systematischen Unterschieden zwischen Schülerinnen und Schülern (SuS) mit und ohne ASS innerhalb der Gruppe der SuS im sonderpädagogischen Schwerpunkt Geistige Entwicklung (SGE). Für die Darstellung des adaptiven Funktionsniveaus der SuS im SGE steht mit Vineland-3 (Sparrow et al., 2021) ein aktuelles, für den deutschsprachigen Raum normiertes Verfahren zu Verfügung. Insgesamt konnten 515 SuS, die Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung in Bayern besuchen, davon 85 mit einer ASS-Diagnose, bei den Analysen berücksichtigt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die adaptiven Kompetenzen in beiden Gruppen weit unterdurchschnittlich ausgeprägt sind. Die adaptiven Kompetenzen bei SuS mit einer ASS-Diagnose sind signifikant schwächer ausgeprägt als bei ihren Mitschülerinnen und -schülern ohne ASS-Diagnose. Die Unterschiede im Bereich der sozialen Fertigkeiten fallen am deutlichsten aus.

Schlagwörter: adaptives Verhalten, Autismus-Spektrum-Störung, Vineland-3, sonderpädagogischer Schwerpunkt Geistige Entwicklung

Adaptive behaviour of students with autism spectrum disorder in special needs schools for children and adolescents with intellectual disabilities

Summary

The current diagnostic criteria for disorders of intellectual development (International Classification of Diseases 11th revision, ICD-11) and intellectual developmental disorder (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5) require “significantly below average intellectual functioning and adaptive behaviour” (ICD-11). These two equal criteria emphasize the importance of adaptive behaviour more strongly than the previous classifications ICD-10 and DSM-IV. Adaptive behaviour is made up of conceptual (including communication), practical and social skills. With limitations in the areas of communication and social behaviour, adaptive behaviour thus concerns two central diagnosis-relevant aspects of an autism spectrum disorder (ASD). The ASD-relevant limitations in the areas of communication and social behaviour motivate the question of systematic differences between students with and without ASD within the group of students with a special educational need on intellectual development. Vineland-3 (Sparrow et al., 2021) is a current procedure standardized for German-speaking countries for the presentation of the adaptive behaviour level of pupils with a special educational focus on intellectual development. A total of 515 pupils attending a special education school with a focus on intellectual development, 85 of whom were diagnosed with ASD were included in the analyses. The results show that scores in adaptive behaviour are far below average in both groups. The adaptive skills of pupils with an ASD diagnosis are significantly weaker than those of their peers without an ASD diagnosis. The differences are most pronounced in social skills.

Keywords: adaptive behaviour, Autism Spectrum Disorder, Vineland-3, intellectual and developmental disabilities

Adaptives Verhalten gewinnt vor dem Hintergrund der Aktualisierung der medizinischen Klassifikationssysteme ICD und DSM an Bedeutung. Bisher wurde eine „Intelligenzstörung“ in der ICD-10 (F70-F79) als „ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten (...), wie Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2021), maßgeblich anhand beeinträchtigter intellektueller Fähigkeiten beschrieben. Dabei konnten „Skalen zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der jeweiligen Umgebung“ (BfArM, 2021) ergänzend herangezogen werden. Diese optionale Ergänzung zur Einschätzung der sozialen Anpassung in der ICD-10 weicht

in der deutschen Entwurfsfassung der ICD-11 einem obligatorischen Doppelkriterium. So lautet der korrespondierende Passus „bei Störungen der Intelligenzentwicklung handelt es sich um (...) Zustände, die während der Entwicklungsperiode entstehen und durch deutlich unterdurchschnittliche intellektuelle Leistungen und adaptives Verhalten gekennzeichnet sind, die etwa zwei oder mehr Standardabweichungen unter dem Mittelwert liegen“ (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2022). Diese deutlich unterdurchschnittlichen Fähigkeiten im Bereich des kognitiven und adaptiven Funktionsniveaus sind mit Inkrafttreten der ICD-11 (1.1.2022) die zentralen Merkmale einer Störung der Intelligenzentwicklung, so der aktuelle me-

dizinische Terminus gemäß ICD-11. Die Überarbeitung des DSM-IV zum DSM-5¹ verfolgt die gleiche Intention. So heißt es im DSM-5 konkret, „eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) [umfasse] (...) sowohl intellektuelle als auch adaptive Funktionsdefizite in konzeptuellen, sozialen und alltagspraktischen Bereichen“ (American Psychiatric Association [APA], 2018, S. 43). Je nach Referenzgrundlage ist in der Fachliteratur die Rede von „Intelligenzstörung bzw. -minderung“ (F70-F79, ICD-10), „Störungen der Intelligenzentwicklung“ (6A00, ICD-11), „geistiger Behinderung“ (DSM-IV, APA, 2018, S. 1107) oder „Intellektueller Beeinträchtigung (Intellektueller Entwicklungsstörung)“ (APA, 2018, S. 43). Dabei ist die „diagnostische Bezeichnung *Intellektuelle Beeinträchtigung* (...) das Äquivalent für den Begriff *Intellektuelle Entwicklungsstörung*“ in der ICD-11 (APA, 2018, S. 43). Daran wird deutlich, dass es verschiedene medizinische Bezeichnungen für diese Diagnose gibt, die sich entsprechend den jüngsten Überarbeitungen der Klassifikationssysteme wandeln. Im weiteren Text ist die Rede von „sonderpädagogischer Schwerpunkt Geistige Entwicklung (SGE)“, wenn es konkret um Schülerinnen und Schüler geht, die in diese schulrechtliche Kategorie fallen, bzw. von „Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung“ (aktuelle Diagnosebezeichnung nach ICD-11) aufgrund der Aktualität der ICD-11 und der Bedeutung der ICD für das medizinische Versorgungs- und Abrechnungssystem in Deutschland.

Für das Schulalter geht diese medizinische Diagnose üblicherweise mit der schuladministrativen Kategorie „sonderpädagogischer Schwerpunkt Geistige Entwicklung“ (SGE, Kultusministerkonferenz [KMK], 2021) einher. Auch die aktuellen KMK-Empfehlungen greifen im Rahmen einer breiten sonderpädagogischen Diagnostik zur Feststellung des Unterstützungsbedarfs diese beiden zentralen Aspekte der medi-

zinischen Klassifikationen auf (KMK, 2021, S. 17). Der diagnostische Prozess soll eine Kind-Umfeld-Analyse, das kognitive Funktionsniveau, „sowie adaptive Fähigkeiten und Fertigkeiten ebenso wie die Ergebnisse einer Intelligenzdiagnostik“ (KMK, 2021, S. 18) umfassen.

SuS im SGE sind häufiger von einer ASS betroffen als SuS ohne sonderpädagogischen Förderbedarf. Während die weltweite Prävalenz von ASS in der Bevölkerung unter Berücksichtigung geografischer, ethnischer und sozioökonomischer Faktoren bei rund einem Prozent liegt (Zeidan et al., 2022, S. 778), bei steigender Tendenz (Talentseva et al., 2023, S. 6) und bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen in etwa gleich häufig auftritt (Brugha et al., 2011; Freitag et al., 2017, S. 14), ist ein substanzieller Anteil von Kindern und Jugendlichen im Schulalter im SGE von ASS betroffen (in Bayern rund 17 %, Wagner, 2021, S. 84). Zeidan et al. stellen in einem systematischen Review zur globalen Prävalenz von ASS fest, dass bei einem durchschnittlichen Prozentsatz von 33 % der ASS-Betroffenen gleichzeitig eine Störung der Intelligenzentwicklung auftritt (Zeidan et al., 2022, S. 778). ASS und eine Störung der Intelligenzentwicklung treten also häufig gemeinsam auf. Dem Personenkreis der Menschen mit ASS und einer Störung der Intelligenzentwicklung widmen sich Wachtel et al. (2024) in einer aktuellen Publikation und machen auf eine Feststellung der Lancet Commission aus dem Jahr 2021 aufmerksam: die Lancet Commission weist darauf hin, dass der Oberbegriff ASS der enormen Heterogenität der betroffenen Menschen kaum gerecht wird, insbesondere Menschen mit einer komorbiden Störung der Intelligenzentwicklung (IQ < 50), die kaum oder nicht sprechen und lebenslang auf eine Rund-um-die-Uhr-Unterstützung bzw. Beaufsichtigung und Assistenz bei Tätigkeiten des täglichen Lebens angewiesen sind (Wachtel et al., 2024, S. 301). Sie warnt vor einer Marginalisierung die-

¹ In der Zwischenzeit ist eine neue Version des DSM-5 erschienen: DSM-5-TR. Die Aktualisierungen betreffen in erster Linie sprachliche Anpassungen.

ser Gruppe und der Gefahr einer unzureichenden Versorgung dieser Menschen, die häufig herausforderndes Verhalten zeigen (Wachtel et al., 2024, S. 308). In diesem Zusammenhang schlagen die Autor:innen die Bezeichnung „profunder Autismus“ vor. Diesen Begriff greifen Clarke et al. (2024) auf und untersuchen u.a. die Prävalenz von profundem Autismus mit einem Mixed-Methods-Design. Sie stellen für Erwachsene mit ASS in Westeuropa einen Anteil von 18 % fest, auf die die Kriterien eines profunden Autismus zutreffen (Clarke et al., 2024, S. 5).

Bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung treten diagnosegemäß substantielle Einschränkungen im adaptiven Verhalten auf (APA, 2018, S. 43; BfArM, 2021). Menschen mit ASS sind mit „Defiziten in der sozialen Kommunikation“ konfrontiert (APA, 2018, S. 64) und haben damit Schwierigkeiten in einem zentralen Bereich des adaptiven Verhaltens. So stellt sich die Frage nach Charakteristika in den adaptiven Fähigkeiten bei SuS mit ASS im SGE. Kenntnisse über die adaptiven Kompetenzen der SuS ermöglichen einerseits Rahmenbedingungen für die Entwicklung passgenauer Förderangebote für die Praxis und andererseits eine Referenz für weitere Studien, die sich mit diesem noch neuen Thema für die Sonderpädagogik befassen.

Begriffsklärung

Adaptives Verhalten

Adaptives Verhalten, das im Englischen üblicherweise als „adaptive behavior“ bezeichnet wird, ist ein psychologisches Konstrukt und wird als Sammlung konzeptueller, sozialer und praktischer Fähigkeiten definiert, die gelernt wurden und Menschen befähigen, die Anforderungen ihres alltäglichen Lebens zu erfüllen (Tassé, 2014, S. 105). Konzeptionelle Fähigkeiten umfassen Planungskompetenzen, Strategien zur Problemlösung ebenso wie Fähigkeiten in

den Kulturtechniken Lesen, Schreiben oder Rechnen. Soziale Fähigkeiten beinhalten beispielsweise die Zusammenarbeit mit anderen in Gruppen oder das Verhalten in komplexen zwischenmenschlichen Situationen. Praktische Fähigkeiten schließen Selbstfürsorge wie Hygiene, Haushaltsführung, Sicherheit und Arbeitsverhalten ein (Tassé, 2014, S. 105–106).

Autismus-Spektrum-Störung

In den aktuellen medizinischen Klassifikationssystemen hat sich die Bezeichnung Autismus-Spektrum-Störung (ASS) etabliert, um Befunden Rechnung zu tragen, die die Unterscheidung von Autismus, Asperger-Autismus und atypischer Autismus in Frage stellten (Freitag, 2021, S. 438) und um den graduellen Abstufungen in der Symptomatik Rechnung zu tragen (Freitag, 2021; Noterdaeme et al., 2017). Die medizinische Klassifikation ICD-10 beschreibt ASS als tiefgreifende Entwicklungsstörungen (F84.-, Amorosa, 2017, S. 27). Darunter fallen Störungen, die durch Auffälligkeiten in der sozialen Interaktion, der Kommunikation sowie Stereotypen im Verhalten gekennzeichnet sind (Amorosa, 2017, S. 27–28; BfArM, 2021). Die ICD-10 unterscheidet dabei bisher für Menschen mit einer Entwicklungsverzögerung zwischen frühkindlichem Autismus (F84.0), atypischem Autismus (F84.1) und Rett-Syndrom (F84.2, BfArM, 2021, s.o.). In der 11. Version der ICD, die seit Januar 2022 in Kraft getreten ist und aktuell aus lizenzrechtlichen Gründen noch nicht nutzbar ist (BfArM, 2022), wird Autismus-Spektrum-Störung (6A02) in der deutschen Entwurfsfassung, im Wesentlichen übereinstimmend mit der ICD-10, als Störung beschrieben, die durch „anhaltende Defizite in der Fähigkeit, wechselseitige soziale Interaktionen und soziale Kommunikation zu initiieren und aufrechtzuerhalten, sowie durch eine Reihe von eingeschränkten, sich wiederholenden und unflexiblen Verhaltensmustern, Interessen oder Aktivitäten, die für das Alter und den soziokulturellen Kontext der

Person eindeutig untypisch oder exzessiv sind“ (BfArM, 2022), gekennzeichnet ist. Die Unterscheidung der Subtypen weicht in der ICD-11 von der ICD-10 ab. In der ICD-11 werden Subtypen nach dem Vorliegen einer Störung der Intelligenzentwicklung und Beeinträchtigungen der Sprache unterschieden, also ASS mit Störung der Intelligenzentwicklung, mit leichtgradiger oder keiner Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.1) bzw. mit Beeinträchtigung der funktionellen Sprache (6A02.3), oder einem Fehlen der funktionellen Sprache (6A02.5).

Das DSM-5 verortet ASS unter den „Störungen der neuronalen und mentalen Entwicklung“ (APA, 2018, S. 15) und führt fünf Hauptmerkmale auf (APA, 2018, S. 64–65):

1. Anhaltende Defizite in der sozialen Kommunikation und sozialen Interaktion über verschiedene Kontexte hinweg
2. Eingeschränkte, repetitive Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten
3. Die Symptome müssen bereits in der frühen Entwicklungsphase vorliegen.
4. Die Symptome verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
5. Diese Störungen können nicht besser durch eine Intellektuelle Beeinträchtigung (Intellektuelle Entwicklungsstörung) oder eine Allgemeine Entwicklungsverzögerung erklärt werden.

Als Zusatzcodierungen kommen Schweregradindikatoren (1-3), „mit oder ohne Begleitende Intellektuelle Beeinträchtigung“ sowie „mit oder ohne Begleitende Sprachliche Beeinträchtigung“ infrage (APA, 2018, S. 66–67).

Somit umfassen die Diagnosekriterien für eine ASS gemäß ICD-10, ICD-11 und DSM-5 übereinstimmend Defizite in sozial-kommunikativen und interaktiven Fähigkeiten, die direkt mit adaptiven Fähigkeiten assoziiert sind.

Forschungsstand

Der Forschungsstand zum vorliegenden Thema kann einerseits aus der Perspektive von Untersuchungen zu adaptiven Kompetenzen mit Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und andererseits aus der Perspektive von Studien, die sich mit adaptiven Fähigkeiten von Menschen mit ASS befassen, in den Blick genommen werden. Eine bisher noch kleine Anzahl von Studien fokussiert die Schnittmenge der beiden Personenkreise und steuert erste Ergebnisse zu adaptiven Fähigkeiten von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und ASS bei. Zunächst werden die Ergebnisse von Studien, die sich schwerpunktmäßig mit adaptivem Verhalten bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung befassen, vorgestellt.

Eine große Schweizer Untersuchung von Müller et al. (2020) mit 1107 Kindern und Jugendlichen zwischen vier und 19 Jahren ($M = 11.28$; $SD = 3.76$ Jahre), die eine spezialisierte „heilpädagogische Schule“ besuchten, stellt mit der deutschen Evaluationsfassung der Lehrkräfteversion des Adaptive Behavior Assessment System-3 (ABAS-3, Bienstein et al., 2017) insgesamt deutlich unterdurchschnittliche adaptive Fähigkeiten im Vergleich zur US-Referenzstichprobe fest. So zeigen „90.3% der Schülerinnen und Schüler Alltagskompetenzen zwischen sehr tief und unterdurchschnittlich“ (Müller et al., 2020, S. 357). Postler und Sarimski (2017) untersuchen an einer kleinen Stichprobe ($N = 36$) von Kindern im Grundschulalter zwischen sechs und 12 Jahren ($M = 10;2$, $SD = 1,6$ Jahre) mit Hilfe der Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (VABS, Sparrow et al., 2005) die adaptiven Kompetenzen von SuS im SGE. Der mittlere Gesamtwert adaptiven Verhaltens liegt bei 67.55 ($SD = 12.02$) im niedrigen Bereich (Postler & Sarimski, 2017, S. 391).

Selmayr und Dworschak stellen für die praktische Domäne adaptiver Kompetenzen bei SuS im SGE ein Abflachen im altersge-

müssen Zugewinn an adaptiven Fähigkeiten fest. D.h., dass es Jugendlichen im Vergleich zu Kindern weniger gut gelingt, die Testanforderungen des ABAS-3 (Bienstein et al., 2017) zu beantworten. Dabei wurden die Fertigkeitsbereiche Selbstfürsorge, Verhalten zu Hause, Gesundheit und Sicherheit sowie Verhalten in der Öffentlichkeit exemplarisch mithilfe des ABAS-3 (Bienstein et al., 2017, s.o.) analysiert. Insgesamt verfügt mehr als die Hälfte der SuS über sehr niedrige Kompetenzen in der praktischen Domäne adaptiven Verhaltens (Selmayr & Dworschak, 2021, S. 207). Weitere Forschungsbemühungen zu adaptivem Verhalten des Personenkreises Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung betreffen syndromspezifische Forschungsfragen, vor allem zu Menschen mit Down-Syndrom (u.a. Dressler et al., 2010, S. 673).

Neben diesen Studien, die sich schwerpunktmäßig mit der Beschreibung adaptiver Kompetenzen von Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung befassen, existieren einige Befunde zum adaptiven Verhalten von Menschen mit ASS. Meyer et al. analysierten die Entwicklungsverläufe von 186 Menschen mit ASS im Alter von eins bis 33 Jahren ($M = 9.79$, $SD = 5.1$) mithilfe von Vorgängerversionen der Vineland-3 (VABS und Vineland Social Maturity Scale) und kommen zu übereinstimmenden Ergebnissen. Sie stellen für den Personenkreis der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit ASS als übergreifendes Muster fest, dass es über alle IQ-Gruppen hinweg ein typisches Muster gibt: in der frühen Kindheit nehmen die adaptiven Kompetenzen der Kinder zu, im Jugend- und Erwachsenenalter kommt es zu einer Plateaubildung (Meyer et al., 2018, S. 2870).

Kraijers (2000) Zusammenschau an Studien zum adaptiven Verhalten von intellektuell beeinträchtigten Menschen mit und ohne ASS gibt ebenso wie die Untersuchung von Matson et al. (2009) Hinweise darauf, dass Menschen mit ASS signifikant schlechtere Gesamtwerte erreichen als Menschen ohne ASS (Kraijer, 2000; Matson

& Shoemaker, 2009). Lecavalier et al. fassen zusammen, dass Studien zu Unterschieden und Gemeinsamkeiten hinsichtlich des adaptiven Verhaltens bei ASS und einer Störung der Intelligenzentwicklung darauf hindeuten, dass Menschen mit ASS und einer Störung der Intelligenzentwicklung deutlich stärker in ihren adaptiven Kompetenzen eingeschränkt sind als Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung ohne zusätzliche ASS (Lecavalier et al., 2011, S. 47). Kraijer präzisiert, dass vor allem die Werte in den sozialen Fertigkeiten, gefolgt von Kommunikation (Kraijer, 2000, S. 45) bei Menschen mit ASS und einer Störung der Intelligenzentwicklung signifikant niedriger ausfallen als bei Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung ohne ASS, wobei bei den (alltags-) praktischen Fähigkeiten keine signifikanten Unterschiede gefunden wurden. Mougá et al. bestätigen, dass vor allem der Bereich der sozialen Fertigkeiten bei Kindern im Schulalter mit ASS schwach ausgeprägt ist (Mougá et al., 2015, S. 1005).

Der Forschungsstand zeigt, dass das Konstrukt adaptives Verhalten v.a. im deutschsprachigen Raum noch wenig erforscht ist. Die bisherigen Studien stützen sich auf Verfahren, die sich in der Erprobungsphase befinden (ABAS-3) oder ohne deutsche Normierung aus dem Englischen übertragen wurden (VABS-2). Außerdem deutet der Forschungsstand darauf hin, dass Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und ASS über schwächer ausgeprägte adaptive Fähigkeiten verfügen, als Menschen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung ohne ASS. Diese Unterschiede scheinen sich insbesondere auf die Bereiche soziale Fertigkeiten und Kommunikation zu beziehen.

Forschungsfragen

Für den deutschsprachigen Raum fehlen aktuelle Studien zum adaptiven Verhalten von Kindern und Jugendlichen im SGE allgemein und insbesondere für Kinder und Ju-

gendliche mit einer zusätzlichen ASS-Diagnose. Diese Forschungslücke soll mit der Beantwortung folgender Forschungsfragen bearbeitet werden:

Unterscheidet sich die Gruppe der SuS im SGE *mit* ASS von der Gruppe der SuS im SGE *ohne* ASS ...

- a. ... im Gesamtwert adaptiven Verhaltens (GAV)?
- b. ... in der Skala Kommunikation?
- c. ... in der Skala Soziale Fertigkeiten?
- d. ... in der Skala Alltagsfertigkeiten?

Methode

Die Methode zur Bearbeitung dieser Forschungsfragen wird im Folgenden anhand des Erhebungsdesigns, des Erhebungsinstruments, der Stichprobe und der Beschreibung der Datenanalyse erläutert.

Erhebungsdesign

Die Daten wurden von April bis Juni 2023 an allen elf Förderzentren mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung als Vollerhebung in Niederbayern, einem bayerischen Regierungsbezirk², als Fragebogenstudie erhoben. Zehn dieser Schulen liegen in einem Stadtgebiet, eine ist einem Landkreis zugeordnet. Insgesamt wurden 1600 Fragebögen, incl. eines kleinen Puffers, für die Schülerinnen und Schüler, die eine dieser Schulen zum Erhebungszeitpunkt besuchten, an die Schulen verschickt. 734 Fragebögen wurden bearbeitet und zurückgesendet, das entspricht einem Rücklauf von 45,8 %. Da für die Auswertung des Vineland-3 hohe Anforderungen bezüglich der Vollständigkeit bestehen und kein einziges Item ausgelassen werden darf, konnten 515 vollständige Fragebögen für Kinder und Jugendliche, die die Schule zwischen ab dem 1. Schulbesuchsjahr besuchen und

der Altersgrenze von höchstens 18;11 Jahre bei der Auswertung berücksichtigt werden. Zur Teilnahme eingeladen wurden die Lehrkräfte mit Klassenleitungsverantwortung aller Schulstufen. Die Beurteilung der Kinder und Jugendlichen durch die Lehrkräfte erfolgte nach einer informierten Einwilligung durch die Erziehungsberechtigten bzw. ab dem vollendeten 14. Lebensjahr auch durch die Jugendlichen selbst. Die ausfüllenden Lehrkräfte wurden vom Projektteam im Umgang mit dem Fragebogen Vineland-3 geschult. Neben umfangreichem schriftlichem Informationsmaterial, wurden ein Webinar und ein Video-Tutorial angeboten. Die Studie wurde von der zuständigen Schulaufsichtsbehörde (Regierung von Niederbayern) genehmigt, dabei wurde, neben datenschutzrechtlichen Aspekten, auch das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse geprüft.

Erhebungsinstrument

Die Daten wurden mit den Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition (Vineland-3, Sparrow et al., 2021) erhoben. Die Grundlage dieses Instruments sind Überarbeitungen und Weiterentwicklungen der 1953 von Edgar Doll publizierten Vineland Social Maturity Scales (VSMS, Doll, 1953) bzw. den nachfolgenden Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow et al., 1985; Sparrow et al., 2005).

Die Vineland-3 sind ein multidimensionales Fremdbeurteilungsverfahren zur standardisierten Erhebung des adaptiven Funktionsniveaus von Kindern und Jugendlichen im Alter von 3;0 bis 18;11 Jahren (Lehrerform) bzw. 21;11 Jahren (Elternform). Von jeder Form ist je eine Kurz- und eine Langform verfügbar, die sich hinsichtlich der Anzahl der zu beantwortenden Items und Auswertungsmöglichkeiten unterscheiden (Irblich et al., 2023, S. 6). Für die vorliegende Untersuchung wurde aus forschungs-

² In Bayern gibt es sieben Regierungsbezirke. Regierungsbezirke sind als Mittelbehörde unterhalb der Staatsministerien und oberhalb der kommunalen Ämter angesiedelt. Regierungsbezirke üben u.a. die Schulaufsicht für die Förderzentren in ihrem Gebiet aus, Bayerische Staatsregierung (o. J.)

ökonomischen Gründen der Fragebogen für Lehrkräfte in der Kurzform eingesetzt. Die Lehrkräfte beurteilen getroffene Aussagen (z. B. „Sagt den eigenen Vornamen oder Spitznamen“) auf einer 3-stufigen Skala (2 = *normalerweise oder oft*, 1 = *manchmal* oder 0 = *nie*). Bei Unsicherheiten kann die Antwort als „geschätzt“ markiert werden. Insgesamt müssen in der Kurzform je 32 Items für die Skalen Kommunikation, Alltagsfertigkeiten und Soziale Fertigkeiten beantwortet werden. In der Kurzform werden nur die drei genannten Skalen unterschieden, innerhalb dieser Skalen können in der Kurzform der Vineland-3 keine Subskalen analysiert werden. Die Benennung der Skalen weicht teilweise von den Bezeichnungen der Domänen in der Definition von Tassé (s.o.) und der DSM-5 ab. Die Vineland-3-Skala Alltagsfertigkeiten entspricht der Domäne Praktische Fertigkeiten, genauso stimmt die Skala Soziale Fertigkeiten der Vineland-3 mit der Domäne Soziale Fertigkeiten des theoretischen Konstrukts überein. Die Domäne Konzeptuelle Fertigkeiten wird allerdings in der Vineland-3-Kernskala Kommunikation etwas anders abgebildet und umgeformt. Hier beschränkt sich das Verfahren auf Lesen, Schreiben, Sprachverständnis und Mitteilungsvermögen und ordnet, anders als z. B. das DSM-5, den Umgang mit Zahlen der Skala Alltagsfertigkeiten zu (Irblich, 2022, S. 765), ohne dass das Manual dafür eine Begründung bietet. Die addierten Rohwertsummen der einzelnen Skalen werden in Normwerte (Mittelwert 100, Standardabweichung 15, Kon-

fidenzintervalle mit 85%, 90% und 95%) übertragen, die Summe der Skalennormwerte wiederum in einen Gesamtwert Adaptiven Verhaltens (GAV; $M = 100$, $SD = 15$, 85%-, 90%- und 95%-Konfidenzintervalle, ausführlich Irblich et al., 2023, S. 22). In der Kurzform lassen sich standardisierte Werte für die drei Skalen und der GAV errechnen. Sparrow et al. empfehlen für die GAV-Skalenwerte die Interpretation aus Tabelle 1. In der vorliegenden Analyse werden ausschließlich alterskorrigierte Standardwerte analysiert bzw. verglichen.

Im Hinblick auf die Gütekriterien geben Sparrow et al. an, dass die interne Konsistenz des verwendeten Lehrerfragebogens als „gut bis exzellent“ (Sparrow et al., 2021, S. 130) bewertet werden kann (Kommunikation: .87, Alltagsfertigkeiten: .86, Soziale Fertigkeiten: .90), der Mittelwert der Gesamtstichprobe (Normstichprobe) liegt bei der hier verwendeten Form über alle Altersstufen und Skalen bei .94 (Sparrow et al., 2021, S. 130), was einem „exzellenten“ Wert entspricht (Sparrow et al., 2021, S. 130).

Die Test-Retest-Reliabilität liegt nur für die US-amerikanische Version der Vineland-3 vor, hier machen Sparrow et al. für den GAV sowie die Skalen „exzellente“ Werte geltend (Sparrow et al., 2021, S. 133). Vineland-3 ist ausdrücklich für die Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung und ASS geeignet (Sparrow et al., 2021, S. 24). Der eingesetzte Lehrerfragebogen wurde im Zeitraum von 2018 bis 2020 in Deutschland an einer repräsentativen Bevölkerungs-

Tabelle 1
Interpretation Skalenwerte GAV (Sparrow et al., 2021, S. 76)

Skalenwert GAV	Interpretation
130 – 140	hohes adaptives Niveau
115 – 129	moderat erhöhtes adaptives Niveau
86 – 114	adäquates adaptives Niveau
71 – 85	moderat niedriges adaptives Niveau
20 – 70	niedriges adaptives Niveau

Anmerkung. GAV = Gesamtwert adaptiven Verhaltens

stichprobe normiert (Sparrow et al., 2021, S. 104).

Zusätzlich zu dem Vineland-3-Bogen beantworteten die Lehrkräfte für die vorliegende Studie ergänzende Fragen, u.a. zu schulbiografischen Aspekten und gaben an, ob für die Schülerin oder den Schüler eine fachärztliche ASS-Diagnose gemäß F84.0 bzw. F84.1 (ICD-10) oder eines der häufigsten genetischen Syndrome im Zusammenhang mit Störung der Intelligenzentwicklung (Angelman-, Cri-du-Chat-, Down-, Fragiles-X-, Prader-Willi-, Rett-, Williams-Beuren-Syndrom; Sarimski, 2014) vorliegt.

Stichprobe

Für die vorliegende Auswertung wurden SuS zwischen dem ersten und 12. Schulbesuchsjahr bis zum Alter von 18;11 Jahren (max. Testalter) berücksichtigt. Es wurden nur Beobachtungen eingeschlossen, für die eine gültige Angabe zur Frage nach einer ASS-Diagnose vorliegt. Es liegen für $N = 515$ SuS Daten vor, davon haben 85 SuS eine ASS-Diagnose (16.5 %).

Die Altersstruktur der Stichprobe geht aus Tabelle 2 hervor, die Vergleichsgruppen unterscheiden sich nicht bezüglich des Alters im Mittelwert.

Drei Viertel der Stichprobe (75.5 %, $n = 458$) besuchen eine separative schulische Organisationsform, d.h. eine Klasse am Förderzentrum, rund ein Viertel wird in einer Partnerklasse unterrichtet. Von den SuS ohne ASS werden 19.7 % von einer Schul-

begleitung unterstützt ($n = 406$), bei den SuS mit ASS werden 53,1 % schulbegleitet ($n = 81$). Die Verteilung der SuS auf die Schulstufen ist für ein schulisches Sample erwartungskonform, 40,4 % der SuS besuchen die Grundschulstufe (1. –4. Schulbesuchsjahr), 43,7 % die Mittelschulstufe (5. –9. Schulbesuchsjahr) und 15,9 % der Stichprobe sind SuS der Berufsschulstufe (10.-12. Schulbesuchsjahr). Für 20 % der SuS ohne ASS ($n = 431$) liegt eine Angabe zur ärztlichen Diagnose im Zusammenhang mit der Störung der Intelligenzentwicklung vor. Davon ist das Down-Syndrom die häufigste Einzeldiagnose mit 64 Fällen, alle anderen abgefragten Syndrome treten vereinzelt in der Stichprobe auf.

Auswertung

Die Vineland-3-Fragebögen wurden mithilfe der Auswertungssoftware Q-global (Pearson Deutschland, 2024) ausgewertet, somit konnten Fehler bei der Ermittlung der Standardwerte auf ein Minimum reduziert werden. Zur weiteren Verarbeitung der Daten wurden die Standardwerte der Vineland-3 (GAV sowie die drei Skalen Kommunikation, soziale Fertigkeiten und Alltagsfertigkeiten) in die Statistiksoftware IBM SPSS (29.0) übertragen. Die Standardwerte haben metrisches Skalenniveau und zur Berechnung der Mittelwertsunterschiede werden, den Empfehlungen von Kubinger et al. (2009) folgend, Welch-Tests (festgelegtes Signifikanzniveau von 0.01) berechnet, die unabhängig von

Tabelle 2
Altersstruktur der Stichprobe, in Jahren

	N	Min	Max	M	SD	t-Test
Alter	515	6	18	12,26	3,39	
SuS ohne ASS	430	6	18	12,41	3,32	$t(513) = 2,36, p = .02$
SuS mit ASS	85	6	18	11,48	3,66	

Anmerkung. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, SuS = Schülerinnen und Schüler, ASS = Autismus-Spektrum-Störung

der Varianzhomogenität, *t*-Tests „überlegen“ sind (Kubinger et al., 2009, S. 27). Alle Forschungsfragen beziehen sich auf mögliche Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, da der Forschungsstand nicht für alle Skalen gerichtete Hypothesen zulässt. Um die Bedeutung der statistisch signifikanten Unterschiede zu beurteilen, wird die Effektstärke Cohen’s *d* (Cohen, 1988) angegeben und interpretiert (siehe Tabelle 3).

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Auf deskriptiver Ebene zeigt sich, dass die Maxima der Standardwerte beider Vergleichsgruppen über die Skalen deutlich variieren. Sie liegen für die Gruppe der SuS ohne ASS-Diagnose im Bereich eines hohen (Kommunikation), bzw. (knapp) moderat erhöhten (GAV, Soziale Fertigkeiten), bzw. adäquaten Niveaus (Alltagsfertigkeiten) adaptiver Fähigkeiten. Die Maxima der Standardwerte sind in der Gruppe der SuS mit ASS-Diagnose in allen Skalen (teilweise deutlich) niedriger im Bereich „moderat niedriges adaptives Niveau“. Alle betrachteten Mittelwerte sind deutlich unterdurchschnittlich. Die SuS im SGE ohne ASS-Diagnose haben in der Skala GAV einen Mittelwert von 46.44. Dieser Wert entspricht etwa dem Mittelwert in der Skala Kommunikation (45.31), einen unwesentlich höheren Mittelwert zeigen die SuS im SGE ohne ASS-Diagnose in der Skala Alltagsfertigkeiten (48.44). Die Standardabweichungen variieren innerhalb der Grup-

pe der SuS im SGE ohne ASS-Diagnose über die Skalen kaum.

Die SuS im SGE mit ASS-Diagnose haben in der Skala GAV einen Mittelwert von 32.01, in der Skala Kommunikation beträgt er 35.15, in der Skala Alltagsfertigkeiten 40.55 und in der Skala Soziale Fertigkeiten 29.67. Die Alltagsfertigkeiten sind in Relation zu den anderen Skalen bei den SuS mit ASS stärker ausgeprägt, die sozialen Fertigkeiten sind im Vergleich zu den anderen Skalen schwächer ausgeprägt. In Bezug auf die Streuung der Werte in den Skalen zeigt sich eine deutlich geringere Streuung bei SuS im SGE mit ASS-Diagnose im Bereich sozialer Fähigkeiten (*SD* = 16.71) im Vergleich zur Skala Alltagsfertigkeiten (*SD* = 20.16). Die Mittelwerte der SuS im SGE mit ASS-Diagnose sind in allen Skalen niedriger als die Mittelwerte der SuS im SGE ohne ASS-Diagnose.

Bei der Überprüfung der Mittelwertsunterschiede wird deutlich, dass sich die beiden Vergleichsgruppen teilweise statistisch signifikant unterscheiden.

Gesamtwert Adaptiven Verhaltens: Die in beiden Vergleichsgruppen schwach ausgeprägten GAV-Mittelwerte unterscheiden sich statistisch signifikant, *t*(149.05) = 7.36, *p* < .000, *d* = .72. Die Effektstärke Cohen’s *d* (.072) weist auf einen mittleren bis großen Effekt (Cohen, 1988) hin.

Kommunikation: Der Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen in der Skala Kommunikation ist statistisch signifikant, *t*(131,30) = -460, *p* < .000, *d* = .50. Cohen’s *d* weist auf einen mittleren Effekt (Cohen, 1988) dieses Unterschiedes hin.

Tabelle 3
Interpretation Cohens` *d* (Cohen, 1988)

<i>d</i>	Effekt
0,2	klein
0,5	mittel
0,7	groß

Tabelle 4
Deskriptive Statistik und Mittelwertsunterschiede SuS ohne ASS-Diagnose und SuS mit ASS-Diagnose

Skala	SuS ohne ASS (n = 430)				SuS mit ASS (n = 85)				t-Test
	Min	Max	M	SD	Min	Max	M	SD	
GAV	20	115	46.44	20.67	20	79	32.01	15.58	$t(149.05) = 7.36,$ $p < .000,$ $d = .72$
KOM	20	140	45.31	20.70	20	89	35.15	18.11	$t(131.30) = -460,$ $p < .000,$ $d = .50$
AF	20	105	48.44	22.53	20	102	40.55	20.16	$n.s.$
SF	20	115	56.00	24.83	20	95	29.67	16.71	$t(167.13) = -12.12,$ $p < .000, d = .84$

Anmerkungen. SuS = Schülerinnen und Schüler, ASS = fachärztliche ASS-Diagnose, GAV = Gesamtwert adaptiven Verhaltens, KOM = Kommunikation, AF = Alltagsfertigkeiten, SF = Soziale Fertigkeiten

Alltagsfertigkeiten: Der Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen in der Skala Alltagsfertigkeiten ist nicht statistisch signifikant, $t(129.06) = -320, p < .05$.

Soziale Fertigkeiten: Der Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen in der Skala Soziale Fertigkeiten ist statistisch signifikant, $t(167.13) = -12.12, p < .000, d = .84$. Cohens´s d weist auf einen großen Effekt (Cohen, 1988) dieses Unterschiedes hin.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die beiden Vergleichsgruppen hinsichtlich des GAV unterscheiden. Im Hinblick auf die Skalen bestehen diese Unterschiede im Bereich der Kommunikation und der sozialen Fertigkeiten, nicht jedoch im Bereich der Alltagsfertigkeiten.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob sich SuS im SGE mit einer ASS-Diagnose von SuS ohne ASS-Diagnose hinsichtlich des adaptiven Verhaltens unterscheiden. Auf der Grundlage der vorliegenden Analysen zeigt sich, dass sich die beiden Vergleichsgruppen hinsichtlich der adaptiven Fähigkeiten unterscheiden. Die adaptiven Fähigkeiten der SuS im SGE mit ASS-Diagnose sind sowohl für den GAV als auch in den Skalen Kommunikation und Soziale Fertigkeiten weniger stark ausgeprägt als in der Vergleichsgruppe. Die Gruppe der 85 SuS mit ASS-Diagnose in der Stichprobe weist durchweg geringere Mittelwerte auf als die Gruppe ihrer Mitschülerinnen und Mitschüler ohne ASS-Diagnose (Tabelle 4), ein statistisch signifikanter Unterschied besteht bei den beiden Skalen Kommunikation und Soziale Fertigkeiten, in der Skala Alltagsfertigkeiten gibt es keinen statistisch

signifikanten Unterschied zwischen den SuS im SGE mit ASS und den SuS im SGE ohne ASS.

Dabei liegen die verglichenen Mittelwerte alle im Bereich eines „niedrigen adaptiven Niveaus“ (Tabelle 1). Der GAV der SuS im SGE mit ASS-Diagnose liegt mehr als vier Standardabweichungen (= 15, Sparrow et al., 2021, S. 116) unterhalb des Mittelwerts, der GAV der SuS im SGE ohne ASS-Diagnose liegt mehr als drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts. Diese insgesamt schwach ausgeprägten adaptiven Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen im SGE sind an die Befunde von Müller et al. (2020) anschlussfähig. Die Studie von Postler und Sarimski (2017) stellte mit einer Vorgängerversion der hier eingesetzten Version der Vineland (VABS-2, s.o.) einen etwas höheren Mittelwert beim Gesamtwert adaptiven Verhaltens fest, der auch zwei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts liegt. Die Ergebnisse bestätigen die bisher vorliegenden Befunde zu Menschen mit ASS (Kraijer, 2000; Matson & Shoemaker, 2009) dahingehend, dass Menschen mit ASS-Diagnose über geringere adaptive Fähigkeiten verfügen als Menschen ohne ASS-Diagnose. Beim Vergleich der Effektstärken fällt die große Diskrepanz bei den sozialen Fertigkeiten, gefolgt von den substanziellen Unterschieden im Bereich der Kommunikation besonders auf. Diese Ergebnisse stimmen mit denen von Kraijer überein (Kraijer, 2000) und sind insofern erwartungskonform, dass Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion und Kommunikation diagnoserrelevante Kriterien einer ASS sind (s.o., APA, 2018, S. 64–65).

Limitationen

Hinsichtlich der Erhebung und des Instruments Vineland-3 sind einige Limitationen zu erwähnen, die bei der Beurteilung der Aussagekraft der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen. Die Lehrkräfte nahmen für ihre SuS eine Fremdeinschätzung vor. Wie Müller et al. betonen, ist nur ein kleiner Teil

der Kinder und Jugendlichen mit einer Störung der Intelligenzentwicklung für Selbsteinschätzungen zugänglich und die oftmals bestehenden Kommunikations- und Verhaltensprobleme würden zu einem „erheblichen Informationsverlust“ (Müller et al., 2020, S. 352) führen.

In beiden Vergleichsgruppen liegt das Minimum in allen Skalen bei 20, die Mittelwerte sind alle im deutlich unterdurchschnittlichen Bereich und die Verteilung der Standardwerte ist insgesamt rechtsschief. D.h. das Verfahren Vineland-3 ist für die Einschätzung von Kindern und Jugendlichen mit einem schwach ausgeprägten adaptiven Funktionsniveau nicht ausreichend sensitiv. Das muss auch beim Zustandekommen der Mittelwerte berücksichtigt werden. Effekte dieser Art, die durch eine geringe Sensitivität des Instruments bei schwach ausgeprägten adaptiven Kompetenzen auftreten, kommen bei dieser Zielgruppe in ähnlicher Weise auch mit anderen Verfahren vor (ABAS-3, Müller et al., 2020) und werden in der Literatur beschrieben (u. a. Irblich et al., 2023). Das Instrument beansprucht die genaue Messung der adaptiven Fähigkeiten auch bei jüngeren Kindern. Trotzdem zeigt die Analyse der Normwertskalen Bodeneffekte bei jüngeren Kindern, die vor allem bei der Kurzform auftreten (Irblich et al., 2023, S. 12) und so eine differenzierte Abbildung der Fähigkeiten in diesem Bereich verhindern. Psychometrische Bedenken ergeben sich zudem aus den fehlenden faktorenanalytischen Studien zur deutschsprachigen Vineland-3, um die Teststruktur mit den drei Skalen zu bestätigen (Irblich et al., 2023).

Bei der Interpretation der Ergebnisse muss zudem berücksichtigt werden, dass die für den schulischen Kontext besonders relevanten Kulturtechniken Lesen/Schreiben (Kommunikation) sowie Umgang mit Zahlen (Alltagsfertigkeiten) in zwei verschiedenen Skalen repräsentiert werden. Die Ergebnisse veranschaulichen die Notwendigkeit von geeigneten Verfahren zur Erfassung schwach ausgeprägter adaptiver

Fähigkeiten, die Werte unterhalb von zwei Standardabweichungen präzise messen, um Unterschiede valide beurteilen zu können.

Die dichotome Gruppenbildung anhand des Merkmals „ASS-Diagnose“ ist zwar geeignet um die Forschungsfragen zu bearbeiten, wird aber der heterogenen Zielgruppe kaum gerecht.

Der Einfluss individueller Merkmale wie z. B. einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf die adaptiven Fähigkeiten junger Kinder mit ASS ist belegt (Carpenter et al., 2022), konnte aber bei der vorliegenden Studie nicht berücksichtigt werden. Genauso wie Geschlechterunterschiede, die im Zusammenhang mit der ASS-Symptomatik relevant sind und ebenfalls nicht berücksichtigt werden konnten. Diese fehlenden Informationen zu den Kindern und Jugendlichen limitieren die Aussagekraft des Vergleichs und müssen bei der Interpretation berücksichtigt werden: Es können keine Aussagen bezüglich der Bedeutung von Komorbiditäten und Geschlecht getroffen werden.

Die Beurteilung der adaptiven Fähigkeiten der SuS erfolgte durch die Lehrkräfte, eine komplementäre Einschätzung durch die Eltern fehlt. Durch die datenschutzkonforme Anonymisierung aller Angaben können die Vineland-3-Bögen keinen Klassen bzw. Lehrkräften zugeordnet werden, sodass möglicherweise verzerrende Antworttendenzen einzelner Lehrkräfte bei der Auswertung nicht berücksichtigt werden konnten. Die Lehrkräfte wurden über eine Webinar-Aufzeichnung und einen Leitfaden bei der Handhabung des Beurteilungsbogens unterstützt, ob die Beantwortung aller Items auf der Grundlage dieser Informationen regelkonform erfolgte, kann dennoch nicht beurteilt werden. Vor allem, wenn die Schülerin bzw. der Schüler Methoden der Unterstützten Kommunikation nutzt, besteht ein „beträchtlicher Ermessensspielraum“ (Irblich et al., 2023, S. 19) bei der Beantwortung der Items. Ab wann wird ein Item als selbstständig gelöst betrachtet, welchen Einfluss gesteht man den Schul-

begleitungen zu, insbesondere beim eigenständigen Initiieren von Handlungen usw. Diese Einzelfallentscheidungen seitens der ausfüllenden Lehrkräfte konnten im Vorfeld nur bedingt beeinflusst werden und wirken auf das Ergebnis ein.

Praktische Implikationen

Die insgesamt schwach ausgeprägten adaptiven Kompetenzen aller SuS im SGE betonen die Notwendigkeit für adäquate Förderansätze allgemein und für SuS mit ASS-Diagnose ganz besonders. Die Bedeutung adaptiver Kompetenzen speziell für Menschen mit ASS liegt darin, dass sie als Schlüssel für ein funktionsfähiges Handeln im Alltag gesehen werden können (Carpenter et al., 2022). Darin liegen Ansätze für kurz- bis mittelfristige Förderpläne und Förderziele, die sich bis in die Berufswelt und ins Erwachsenenalter erstrecken. Die Kenntnis um (ASS-)spezifische Profile, Stärken und Schwächen unterstützt diese sonderpädagogische Kernaufgabe. Die Förderung adaptiver Fähigkeiten fördert Unabhängigkeit im Alltag und somit die Selbstbestimmung (Hahn, 1994; Klauß, 2008; Weingärtner, 2009) der Menschen mit Einschränkungen in diesem Bereich.

Offene Forschungsfragen betreffen u.a. die bislang noch nicht geklärte faktorenanalytische Überprüfung des Konstrukts adaptives Verhalten.

Fazit

Aus den Analysen geht ein substanzieller Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen hervor. Diese Unterschiede gilt es noch genauer zu analysieren, bzw. mit weiteren geeigneten Verfahren zu überprüfen, z.B. mithilfe des ABAS-3, sobald die Normierung abgeschlossen und der Test für den deutschsprachigen Raum verfügbar ist. Analysen zu syndromspezifischen Profilen für die Gruppe der SuS im SGE stehen ebenso noch aus. Auch der Einfluss individueller Merkmale wie z. B. einer Aufmerksamkeits-

defizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) auf die adaptiven Fähigkeiten junger Kinder mit ASS ist belegt (Carpenter et al., 2022), und sollte noch genauer analysiert werden.

Literatur

- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2018). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5® (2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe). Hogrefe.
- Amorosa, H. (2017). Klassifikation und Epidemiologie. In N. Michele, K. Ullrich & A. Enders (Hrsg.), *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS)* (S. 26–50). Kohlhammer Verlag.
- Bayerische Staatsregierung. (o. J.). Der Freistaat. <https://www.bayern.de/der-freistaat/>
- Bienstein, P., Döpfner, M. & Sinzig, J. (2017). ABAS-3: Fragebogen zu den Alltagskompetenzen. (Deutsche Evaluationsfassung) Englische Fassung: Patti L. Harrison & Thomas Oakland. TU Dortmund.
- Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R. & Meltzer, H. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of general psychiatry*, 68(5), 459–465. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.38>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2021). ICD-10-GM Version 2024: Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, [Version 2024]. <https://klassifikationen.bfarm.de/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2024/index.htm>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). ICD-11 [Entwurfsfassung]. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/uebersetzung/_node.html
- Carpenter, K., Davis, N., Spanos, M., Carpenter, K. L. H., Davis, N. O., Sabatos-DeVito, M., Aiello, R., Baranek, G. T., Compton, S. N., Egger, H. L., Franz, L., Kim, S.-J., King, B. H., Kolevzon, A., McDougle, C. J., Sanders, K., Veenstra-VanderWeele, J., Sikich, L., Kollins, S. H. & Dawson, G. (2022). Adaptive Behavior in Young Autistic Children: Associations with Irritability and ADHD Symptoms. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05753-2>
- Clarke, E. B., McCauley, J. B., Lutz, A., Gotelli, M., Sheinkopf, S. J. & Lord, C. (2024). Understanding profound autism: implications for stigma and supports. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1287096. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1287096>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. Aufl.). Taylor and Francis.
- Doll, E. A. (1953). The measurement of social competence: A manual for the Vineland Social Maturity Scale. Educational Test Bureau Educational Publishers. <https://doi.org/10.1037/11349-000>
- Dressler, A., Perelli, V., Feucht, M. & Bargagna, S. (2010). Adaptive behaviour in Down syndrome: a cross-sectional study from childhood to adulthood. *Wiener klinische Wochenschrift*, 122(23-24), 673–680. <https://doi.org/10.1007/s00508-010-1504-0>
- Freitag, C. M. (2021). Von den tiefgreifenden Entwicklungsstörungen in ICD-10 zur Autismus-Spektrum-Störung in ICD-11 [From pervasive developmental disorders in ICD-10 to Autism Spectrum Disorder in ICD-11]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 49(6), 437–441. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000774>
- Freitag, C. M., Kitzerow, J., Medda, J., Soll, S. & Cholemker, H. (2017). *Autismus-Spektrum-Störungen* (1. Auflage). Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie: Band 24. Hogrefe.
- Hahn, M. (1994). Selbstbestimmung im Leben, auch für Menschen mit geistiger Behinderung. *Geistige Behinderung*, 33(2), 81–94.
- Irblich, D. (2022). Neuere Testverfahren: Vineland-3. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 71(8), 763–777. <https://doi.org/10.13109/prkk.2022.71.8.763>
- Irblich, D., Kölbl, S. & Scholz, M. (2023). Verfahrensinformation zu den Vineland-3. Deutsche Fassung der Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition (unter Mitarbeit von Gerolf Renner, Dia-Inform Verfahrensinformationen 012-01). <https://phbl-opus.phlb.de/frontdoor/index/index/searchtype/collection/id/16235/docId/960/start/0/rows/10>
- Klauß, T. (2008). Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Be-

- hinderung. In E. Fischer (Hrsg.), *Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung: Sichtweisen - Theorien - aktuelle Herausforderungen* (2., überarb. Aufl., S. 92–136). ATHENA-Verl.
- Kraijer, D. (2000). Review of Adaptive Behavior Studies in Mentally Retarded Persons with Autism / Pervasive Developmental Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(1), 39–47. <https://doi.org/10.1023/A:1005460027636>
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t-Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60(1), 26–27. <https://doi.org/10.1026/0033-3042.60.1.26>
- Kultusministerkonferenz. (2021). *Empfehlungen zur schulischen Bildung, Beratung und Unterstützung von Kindern und Jugendlichen im sonderpädagogischen Schwerpunkt geistige Entwicklung*. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/pdf/PresseUndAktuelles/2021/Empfehlung_Geistige_Entwicklung.pdf
- Lecavalier, L., Snow, A. V. & Norris, M. (2011). Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability. In J. L. Matson & P. Sturmey (Hrsg.), *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (S. 37–51). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-8065-6_4
- Matson, J. L., Rivet, T. T., Fodstad, J. C., Dempsey, T. & Boisjoli, J. A. (2009). Examination of adaptive behavior differences in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1317–1325. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.05.008>
- Matson, J. L. & Shoemaker, M. (2009). Intellectual disability and its relationship to autism spectrum disorders. *Research in developmental disabilities*, 30(6), 1107–1114. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.06.003>
- Meyer, A. T., Powell, P. S., Butera, N., Klinger, M. R. & Klinger, L. G. (2018). Brief Report: Developmental Trajectories of Adaptive Behavior in Children and Adolescents with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(8), 2870–2878. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3538-5>
- Mouga, S., Almeida, J., Café, C., Duque, F. & Oliveira, G. (2015). Adaptive profiles in autism and other neurodevelopmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 45(4), 1001–1012. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2256-x>
- Müller, C. M., Amstad, M., Begert, T., Egger, S., Nenniger, G., Schoop-Kasteler, N. & Hofmann, V. (2020). Die Schülerschaft an Schulen für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung: Hintergrundmerkmale, Alltagskompetenzen, Verhaltensprobleme. *Empirische Sonderpädagogik*(4), 347–368.
- Noterdaeme, M., Ullrich, K. & Enders, A. (Hrsg.). (2017). *Autismus-Spektrum-Störungen (ASS): Ein integratives Lehrbuch für die Praxis* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Verlag W. Kohlhammer.
- Pearson Deutschland. (2024). Q-global. Pearson Deutschland GmbH.
- Postler, J. & Sarimski, K. (2017). Adaptive Kompetenzen von Schülern im Förderschwerpunkt Geistige Entwicklung an verschiedenen Bildungsorten. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, 68(8), 387–396.
- Sarimski, K. (2014). *Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome* (4., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe.
- Selmayr, A. & Dworschak, W. (2021). *Praktische Alltagskompetenzen*. In D. Baumann, W. Dworschak, M. Kroschewski, C. Ratz, A. Selmayr & M. Wagner (Hrsg.), *Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II)* (S. 201–216). Athena wbv.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A. & Cicchetti, D. V. (1985). *The Vineland adaptive behavior scales: VABS*. American Guidance Service.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Balla, D. A. (2005). *Vineland adaptive behavior scales: Second Edition: Vineland II*. Pearson Assessments.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. & Saulnier, C. A. (2021). *Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition: Vineland-3*. (Deutsche Fassung). Pearson.
- Talantseva, O. I., Romanova, R. S., Shurdova, E. M., Dolgorukova, T. A., Sologub, P. S., Titova, O. S., Kleeva, D. F. & Grigorenko, E. L. (2023). The global prevalence of autism spectrum disorder: A three-level meta-analysis. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1071181. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1071181>
- Tassé, M. J. (2014). Adaptive Behavior. In M. L. Wehmeyer (Hrsg.), *The Oxford handbook of positive psychology and disability* (S. 105–115). Ox-

ford Univ. Press.

Wachtel, L. E., Escher, J., Halladay, A., Lutz, A., Satriale, G. M., Westover, A. & Lopez-Arvizu, C. (2024). Profound Autism: An Imperative Diagnosis. *Pediatric clinics of North America*, 71(2), 301–313. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2023.12.005>

Wagner, M. (2021). Diagnosen. In D. Baumann, W. Dworschak, M. Kroschewski, C. Ratz, A. Selmayr & M. Wagner (Hrsg.), *Schülerschaft mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung II (SFGE II)* (S. 79–88). Athena wbv.

Weingärtner, C. (2009). *Schwer geistig behindert und selbstbestimmt: Eine Orientierung für die Praxis* (2., überarb. Aufl.). Lambertus-Verlag.

Zeidan, J., Fombonne, E., Scora, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A. & Elabbagh, M. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism research : official journal of the International Society for Autism Research*, 15(5), 778–790. <https://doi.org/10.1002/aur.2696>

Autorinnen- und Autorenhinweis

 Anna Selmayr
<https://orcid.org/0000-0001-9312-3955>

 Sabine Kölbl
<https://orcid.org/0009-0006-5444-1161>

Korrespondenzadresse
Anna Selmayr
Deutsches Jugendinstitut
Nockherstr. 2, D-81541 München
selmayr@dji.de

Erstmals eingereicht: 22.03.2024
Überarbeitung eingereicht: 13.12.2024
Angenommen: 27.01.2025

Offene Daten	Die Daten können leider nicht verfügbar gemacht werden, es liegt seitens der Schulaufsichtsbehörde keine Genehmigung für die Veröffentlichung der Daten vor.
Offener Code	Bei Fragen zur Auswertungssyntax können sich Interessierte bei den Autorinnen melden.
Offene Materialien	Der Fragebogen Vineland Adaptive Behavior Scales – Third Edition (Vineland-3) ist im Pearson-Verlag erschienen und kann dort erworben werden. Die ergänzenden Fragen, die von den Autorinnen für die Bearbeitung der Fragestellung ergänzt wurden, sind in der Publikation beschrieben.
Präregistrierung	Nein, die vorliegende Studie wurde nicht präregistriert.
Votum Ethikkommission	Die Studie wurde von der zuständigen Schulaufsichtsbehörde genehmigt, dabei wurde, neben datenschutzrechtlichen Aspekten, das wissenschaftliche Erkenntnisinteresse geprüft.
Finanzielle und weitere sachliche Unterstützung	Das Projekt wurde von Prof. Wolfgang Dworschak (Lehrstuhl für Pädagogik bei geistiger Behinderung einschließlich inklusiver Pädagogik an der Uni Regensburg) initiiert und aus Eigenmitteln gefördert, der Pearson-Verlag gewährte einen Forschungsrabatt auf die Fragebögen. Eine studentische Hilfskraft unterstützte das Projektteam beim Versand der Fragebögen und bei der Dateneingabe. Die Hilfskraft wurde sowohl aus Mitteln des Lehrstuhls sowie Mitteln der Frauenförderung der Fakultät für Humanwissenschaften an der Universität Regensburg finanziert.
Autorenschaft	Die Autorinnen erstellten den Artikel gemeinsam und standen während der Planung der Studie, der Datenerhebung, der Datenaufbereitung, Datenauswertung und Anfertigung des Manuskripts in engem Austausch. SK war schwerpunktmäßig für die theoretische Begründung der Fragestellung zuständig. AS war schwerpunktmäßig für die Datenauswertung und die Einarbeitung der Gutachten zuständig.
KI und generative Modelle	Zur Übersetzung der deutschen Zusammenfassung ins Englische wurde DeepL genutzt.