



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Gebärdensprache – Voraussetzung für das Miteinander?

Einfluss der Gebärdensprache auf selbst- und fremdorientierte
verhaltensbezogene soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder

Verfasserin

Anna Maria Pölzl

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt: Psychologie

Betreuer: Ass. – Prof. Dr. Harald Werneck

Danken möchte ich meinen Eltern, die mir überhaupt das Studium ermöglicht und mich stets unterstützt haben.

Mein wissenschaftlicher Dank gilt meinem Betreuer Ass.-Prof. Dr. Werneck, der mir in meiner Arbeit viel Freiraum gelassen hat und mir fachliche Anregungen gab.

All den Instituten und Vereinen, PädagogInnen und jeder einzelnen Person, sowie allen Müttern und Kindern, die meine Untersuchung nicht nur unterstützt und verbreitet haben, sondern teilweise auch selbst daran teil genommen haben, sage ich danke.

Außerdem möchte mich vor allem bei jenen bedanken, die mir während des Schreibprozesses und den Recherchearbeiten, sowie den Höhen und Tiefen, die meine Diplomarbeit mit sich gebracht hat, zur Seite gestanden sind und mich immer wieder ermutigt haben.

DANKE.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss der Gebärdensprachfähigkeit auf die verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen von Schulkindern. Dabei wurde zwischen selbstorientierten (z.B. sich auf die Befriedigung seiner eignen Bedürfnisse zu fixieren) und den fremdorientierten (z.B. prosoziales und kooperatives Verhalten) sozialen Kompetenzen unterschieden.

102 hörbeeinträchtigte ($n = 58$) und hörende Schul Kinder ($n = 44$) im Alter von 8.0 bis 12.9 Jahren nahmen an der Untersuchung teil, dabei wurden die Kinder selbst sowie ihre Mütter ersucht, einen Fragenkatalog zu ihren sozialen Kompetenzen (SOCOMP; Perren, 2008) beantworten. Die hörbeeinträchtigte Stichprobe unterteilte sich in Native Signers (1 oder 2 Elternteile sind hörbeeinträchtigt; $n = 20$) und Late Signers (beide Elternteile sind hörend; $n = 38$). Der Einfluss der Gebärdensprache (gemessen durch das Alter beim Erlernen und die Verwendung dieser) wurde mit den sozialen Kompetenzen korreliert.

Es konnte ein signifikanter Unterschied in den sozialen Kompetenzen zwischen hörenden und hörbeeinträchtigten Schulkindern beobachtet werden. Native Signers zeigten höhere Scores in ihren sozialen Kompetenzen als Late Signers (beurteilt durch die Mütter). Diese Studie zeigt die Wichtigkeit des frühen Zugangs zur Gebärdensprache sowie die Verwendung dieser auf die Entwicklung selbstorientierter sozialer Kompetenzen des hörbeeinträchtigten Schulkindes auf. Fremdorientierte sozialer Kompetenzen sind von der Gebärdensprachfähigkeit von hörbeeinträchtigten Schulkindern unabhängig.

Abstract

This study investigated the interactive impact of sign language skills on children's social skills. A differentiation between self-oriented (e.g. to focus on someone's own goals) and other-oriented (e.g. cooperative and prosocial behaviour) social skills was made.

102 hearing-impaired ($n = 58$) and hearing ($n = 44$) children at the age of 8.0 to 12.9 participated in the study; all children and their mothers completed questionnaires on children's social skills (SOCOMP; Perren, 2008). The group of hearing impaired children was split into native signers (1 or 2 of their parent is hearing-impaired; $n = 20$) and late signers (hearing parents; $n = 38$). The influence of sign language skills (measured against age at learning and frequency of using) was correlated with the dimensions of social skills.

A significant difference between the social skills of hearing and hearing-impaired children was found. Native signers are rated higher in their social competencies than the late signers (through the mother rating). The study demonstrated the importance of learning and using sign language in early age in order to improve valid self-oriented social skills. Other-orientated social skills are not influenced by children's sign language skills.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
 I. THEORETISCHER HINTERGRUND	3
1 Hörbeeinträchtigte Schulkinder und ihre Umwelt	3
1.1 Differenzierung der Begrifflichkeiten: Gehörlos ist nicht gleich gehörlos	3
1.2 Gehörlose und Hörbeeinträchtigte in Österreich: Fakten & Zahlen	5
1.3 (Österreichische) Gebärdensprache und ihre Gemeinschaft	6
1.4 Klassifikation der kindlichen Hörbeeinträchtigung	7
1.4.1 Ursachen der Hörbeeinträchtigung	7
1.4.2 Arten der Hörbeeinträchtigung	8
1.4.3 Ausmaß der Hörbeeinträchtigung	10
1.5 Technische Hilfsmittel	11
1.5.1 Das Cochlea-Implantat (CI)	11
1.6 Spracherwerb und Kommunikation	13
1.6.1 Lautspracherwerb bei hörbeeinträchtigten und gehörlosen Kindern	13
1.6.2 Erwerb der Gebärdensprache bei hörbeeinträchtigten Kindern	15
1.6.3 Native versus Late Signers: Differenzierung nach Hörstatus der Eltern	16
1.6.4 Bilingualismus bzw. totale Kommunikation: Gebärdensprache und Lautsprache	18
1.7 Beschulung hörbeeinträchtigter Kinder in Österreich	18
2 Soziale Kompetenzen	20
2.1 Soziale Kompetenz – ein komplexes und multidimensionales Konstrukt	20
2.2 Begriffsklärung und Abgrenzung	21
2.2.1 Kompetenzen vs. Fähigkeiten und Fertigkeiten	21
2.2.2 Soziale vs. emotionale Kompetenzen	22
2.3 Dimensionen sozialer Kompetenzen	22
2.3.1 Allgemeine vs. spezifische soziale Kompetenzen unter der Anforderung der Situation	23
2.3.2 Verhaltensbezogene soziale Kompetenzen	24
2.3.2.1 Selbstorientierte soziale Kompetenzen	25
2.3.2.2 Fremdbezogene soziale Kompetenzen	25
2.3.3 Soziale Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartungen	26
2.4 Theoretische Modelle zur Erklärung sozialer Kompetenz	26
2.4.1 Drei-Ebenen-Modell der sozialen Kompetenz	27

2.5	Entwicklung sozialer Kompetenzen	28
2.5.1	Soziale Kompetenzen im Schulalter.....	29
2.5.2	Beziehungen zu Gleichaltrigen im Schulalter	30
2.5.2.1	Ablehnung durch Gleichaltrige	31
3	Einflussgrößen auf soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder	33
3.1	Einfluss der Sprache auf Peer-Beziehungen: Kommunikative Kompetenz	33
3.2	Bildungsinstitutionen und schulischer Erfolg.....	35
3.3	Beziehungen innerhalb der Familie	36
3.3.1	Eltern-Kind-Beziehung	36
3.3.1.1	Bindung und Bindungsverhalten	38
3.3.2	Geschwister als familiäres Subsystem	39
3.4	Soziale Kognitionen	39
3.4.1	Theory of Mind (ToM) und die soziale Perspektivenübernahme	40
3.4.2	Empathie.....	41
3.4.3	Sozio-moralische Entwicklung.....	42
3.5	Emotionsregulation, Emotionalität und emotionales Befinden	42
4	Forschungsstand: Soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Kinder	44
II.	EMPIRISCHER TEIL	46
5	Zielsetzung der Untersuchung	46
6	Forschungsfragen & Hypothesen	47
6.1	Hauptfragestellungen.....	47
6.2	Nebenfragestellungen	47
7	Der Untersuchungsaufbau.....	48
7.1	Untersuchungsablauf	48
7.2	Stichprobenbeziehung	49
7.3	Untersuchungsinstrumente	49
7.3.1	Soziodemographische und sozialstatistische Daten	49
7.3.2	Skala zur Erfassung der kommunikativen Kompetenz	52
7.3.3	1-Item-Messung der Beziehungsqualität.....	52
7.3.4	Skala zu Erfassung des Bindungsstils	52
7.3.5	SOCOMP - Fragebogen zur Erfassung von selbst- und fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen (Perren, 2008)	53

7.3.5.1	Selbstorientierte soziale Kompetenzen	54
7.3.5.2	Fremdorientierte soziale Kompetenzen.....	56
7.3.5.3	Positive Peerbeziehungen.....	57
7.3.6	Strenght and Difficulties Questionaire (Goodman, 1997).....	57
8	Ausführungen zur Untersuchung	58
8.1	Datenanalyse.....	58
8.2	Verwendung von Tests	58
9	Stichprobe	59
9.1	Geschlecht und Hörstatus der Kinder	59
9.2	Alter und Hörstatus der Kinder	59
9.3	Hörstatus der Eltern hörbeeinträchtigter Kinder	60
9.4	Beginn der Hörbeeinträchtigung	61
9.5	Zeitpunkt des Erwerbs der Gebärdensprache	61
9.6	Grad der Hörbeeinträchtigung und Hörhilfe	61
9.7	Verwendung der Gebärdensprache und Hörstatus der Eltern	62
9.8	Zugang zu hörbeeinträchtigten und hörenden Kindern	63
9.9	Bevorzugte Kommunikationsform	64
9.10	Familienstruktur.....	64
9.11	Geschwister	65
9.12	Klassenform.....	66
9.13	Abklärung von Komorbiditäten.....	67
10	Ergebnisse	68
10.1	Reliabilitätsanalysen der eingesetzten Skalen	68
10.1.1	Reliabilitätsanalysen der Skalen „emotionale Probleme“ (SDQ-deu) & „kommunikative Kompetenz“	68
10.1.2	Reliabilitätsanalyse der Skala „Bindungsstil“	69
10.1.3	Reliabilitätsanalysen des SOCOMP	69
10.2	Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC)	70
10.3	Beantwortung der Fragestellungen.....	72
11	Diskussion und Interpretation	85
12	Limitationen	91
	Literaturverzeichnis.....	93

Abbildungsverzeichnis	108
Tabellenverzeichnis	109
Anhang	112

Einleitung

Ohne oder mit nur kaum Hörvermögen zu leben, würde für die Mehrheit hörender Menschen eine enorme Einschränkung ihrer Lebensqualität bedeuten. Man kann sich also nicht so recht vorstellen, wie hörbeeinträchtigte Menschen sich sozial, emotional und kognitiv adäquat entwickeln beziehungsweise überhaupt ihren Alltag meistern sollen, wenn sie mit ihrer Umwelt nur schlecht verbal kommunizieren und ihre Mitmenschen nicht hören können.

Vor allem für das Kind ist eine Hörbeeinträchtigung ein gravierender Einschnitt in seine Entwicklung, was sich im Erlernen der Lautsprache und somit in der Kommunikation und Interaktion mit anderen zeigt (Hintermair, 2005). Äquivalent zur lautsprachlichen Kommunikation wäre es hörbeeinträchtigten Kindern aber möglich, sich durch Gebärdensprache auszudrücken. Spätestens durch den Eurovision-Songcontest 2015 konnte mit einer Übersetzung der InterpretInnen in österreichische sowie internationale Gebärdensprache der Augenmerk auf diese Nische der manuellen Kommunikation hörbeeinträchtigter Menschen gelegt werden. Im Vergleich zur Lautsprache wird (österreichische) Gebärdensprache aber immer noch als Notlösung angesehen, dass diese aber schon seit 2005 in Österreich eine anerkannte Sprache ist, ist weniger bekannt (Krausneker, 2006).

Untersuchungen zeigten, dass hörbeeinträchtigte Kinder im Vorschulalter vermehrt Schwierigkeiten haben, günstige Strategien zu entwickeln, um mit Gleichaltrigen in Kontakt zu treten (Most, Ingber, & Heled-Ariam, 2012; Weisel, Most, & Efron, 2005). In den vergangenen Jahren ließ sich außerdem ein gesteigertes wissenschaftliches Interesse an den emotionalen und sozialen Fähigkeiten von Kindern erkennen, zumal diese durch die stetige Globalisierung mit wachsender Erwartung der Gesellschaft an ihre Leistungen und Ressourcen konfrontiert sind (Edelstein, 2005; Humphrey et al., 2011). Für Kinder – unabhängig von ihrem Hörstatus – bilden also soziale Kompetenzen eine essentielle Basis, um Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können, sodass in weiterer Folge eine erfolgreiche Integration in ihr soziales Umfeld stattfinden kann (Krappmann, 1993; Malti & Perren, 2008; Schmidt-Denter, 2005).

Hörbeeinträchtigte Kinder zeigen im Vergleich zu ihren hörenden Altersgenossen Defizite

in ihrer sozialen Kompetenz, was schon mehrfach belegt werden konnte (z.B. Hoffman, Quittner & Cejas, 2014). Die Kommunikation zwischen Kindern und ihren Eltern bildet die Basis für ihre weitere sozial-emotionale Entwicklung und prägt in Folge ihr zukünftiges Sozialverhalten (Vaccari & Marschark, 1997). Wie steht es also um jene Kinder, welche aufgrund einer angeborenen Hörschädigung schon von Geburt an nicht in der Lage sind, sich mit ihren Eltern auf natürlichem Wege – über das Gehör – zu verständigen und nur visuell mit ihren Bezugspersonen eine Verbindung herstellen können? Hörbeeinträchtigte Kinder hörender Eltern wachsen also oft ohne sprachlichen Input auf, und erlernen ihre Muttersprache, die Gebärdensprache, erst im Vorschul- oder Schulalter (Krausneker, 2006). Hingegen konnten Studien zeigen, dass hörbeeinträchtigte Kinder, die mit ihren Eltern den Hörstatus teilen und von Geburt an einen natürlichen Zugang zur Gebärdensprache erfahren haben, eine normale Entwicklung durchlaufen (z.B. Schick, de Villiers, de Villiers & Hoffmeister, 2007).

Unter der Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstandes zielt diese Untersuchung darauf ab, erstmalig die selbst- und fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen von hörbeeinträchtigten Schulkindern unter dem Einfluss ihrer Gebärdensprachfähigkeit zu untersuchen.

Im ersten Teil dieser Arbeit findet sich eine eingehende Beschäftigung mit den theoretischen Hintergründen und Rahmenbedingungen der vorliegenden Untersuchung. Beginnend mit der ausführlichen Beschreibung der Situation hörbeeinträchtigter Schulkinder, deren Umwelt sowie Ausführungen zur Gebärdensprache und -gemeinschaft, wird anschließend auf wesentliche Definitionen und Dimensionen sozialer Kompetenzen, sowie auf die Einflussfaktoren sozialer Kompetenzen im Schulalter, insbesondere auf die der Hörbeeinträchtigten, eingegangen. Im zweiten Teil werden die Untersuchung und die Ergebnisse dieser erläutert.

I. THEORETISCHER HINTERGRUND

1 Hörbeeinträchtigte Schulkinder und ihre Umwelt

Im ersten Kapitel wird auf die Differenzierung innerhalb der Gruppe der Hörbeeinträchtigten, auf die Arten und Ursachen kindlichen Hörverlustes, auf Gebärdensprache mit- samt ihrer Kultur und den gebärdensprachlichen und lautsprachlichen Spracherwerb eingegangen, sowie die Entwicklung hörbeeinträchtigter Kinder aufgrund des Hörvermögens der Eltern sowie die derzeitige Bildungssituation in Österreich erläutert.

1.1 Differenzierung der Begrifflichkeiten: Gehörlos ist nicht gleich gehörlos

Für die Gruppe der hörbeeinträchtigten Menschen existieren viele Begrifflichkeiten, zumal sie aufgrund des Grades der Beeinträchtigung von leicht hörbeeinträchtigten bis vollkommen gehörlosen Personen reicht (Leonhardt, 2010). Schwerhörige, gehörlose, hörbeeinträchtige, CI-implantierte, hörgerätversorgte oder taube Menschen haben aber eines gemeinsam: die Minderung oder der Verlust des Gehöres (Leonhardt, 2010).

Als veraltet ist *taubstumm* zu erwähnen, jener Begriff wird vorwiegend von nicht-wissenden Hörenden verwendet, da aufgrund des Wortes *stumm* übermittelt wird, dass hörbeeinträchtige, insbesondere gehörlose, Menschen nicht sprechen können (Krausneker, 2006). Für hörbeeinträchtige Menschen stellt diese Bezeichnung einen abwertenden Terminus dar, weshalb man ihn in seiner Verwendung vermeiden sollte. Kaum eine zweite Gruppe wird so stark stigmatisiert wie die Gruppe der Hörbeeinträchtigten, insbesondere die der gehörlosen Menschen: Nach Hintermair (2005) werden Gehörlose automatisch dem „Abnormen“ zugeordnet, denn das Augenmerk scheint sich „zu reduzieren auf die Formel ‚Je weniger Lautsprache, desto weniger Mensch‘“ (S. 18). Lange Zeit bedeutete eine Hörbeeinträchtigung zu haben, behindert und abnorm zu sein, von welcher Sicht wir uns aber allmählich entfernen (Hintermair, 2005).

Mit *Schwerhörigen* assoziieren die meisten Hörenden, dass man laut und klar sprechen

muss, damit sie einen verstehen können, auch der Begriff *Hörbehinderung* zieht eine sprachliche Wertung mit sich und wird oftmals als Stigmata für Sprachlosigkeit und Behinderung in Verbindung gesetzt (Leonhardt, 2010).

Die Differenzierung von Gehörlosigkeit an sich ist von Disziplin zu Disziplin unterschiedlich. Während in der Medizin von *gehörlos* und *ertaubt* im Sinne der vorliegenden Störung des Hörorganes ausgegangen wird und eine Einstufung nach dem Hörverlust erfolgt, versuchen Sozialwissenschaften sich zunehmend auf die Beziehungen und die Situation des Individuums zu beschränken (Leonhardt, 2010). Die Verwendung von *ertaubt* und *taub* soll in keiner Weise beleidigend verstanden werden und wird in der vorliegenden Arbeit wertfrei verwendet. Vielmehr gilt es, sich auf die salutogenetische Perspektive zu stützen, und die Aufmerksamkeit auf Bedürfnisse, Ressourcen und Empowerment der betroffenen Person zu legen (Leonhardt, 2010). Die Ausübung von Selbstbestimmung ist ein zentraler Faktor in dieser Ansicht (Hintermair, 2005). Folglich meint Leonhardt (2010): „Bezogen auf Kinder bedeutet das, dass ihre Förderung nicht auf den Ausgleich oder die Kompensation des eingeschränkten oder ausgefallenen Hörens beschränkt bleiben darf, sondern eine vielseitige und umfassende Persönlichkeitsentwicklung in den Mittelpunkt gestellt werden muss“ (S. 30).

Betroffenen zufolge können sich Menschen mit Hörbeeinträchtigung – unabhängig davon, wie viel an Hörverlust vorliegt - sich selbst als *gehörlos* bezeichnen und der Gruppe der Gehörlosen zuordnen, wenn sie sich dieser kulturellen Minderheit zugehörig fühlen (Leonhardt, 2010, S. 22).

Die Begriffe *gehörlos* und *schwerhörig* sind also dem heutigen Stand der Wissenschaft nach zu hinterfragen, da die persönliche Situation des oder der Betroffenen im Vordergrund stehen soll. Außerdem sind die Auswirkungen der Hörbeeinträchtigung so verschieden, dass man Personen nur begrenzt miteinander einer Gruppe zuordnen kann, da die individuelle Situation und der persönliche Belastungsgrad zu beachten sind (Leonhardt, 2010). So werden hörbeeinträchtigte Kinder, welche in einer gehörlosen Familie aufwachsen, weniger mit Barrieren in ihrer Entwicklung konfrontiert, da sie mit ihrer Gehörlosigkeit nicht alleine sind.

Gebärdensprachig ist eine neuere Bezeichnung, die laut Krausneker (2006, S. 21)

Österreich erst seit 2003/2004 gebräuchlich ist: *GebärdensprachlerInnen* werden also aus sozio-linguistischer Perspektive und nicht aufgrund ihres Hörstatus klassifiziert, was allmählich deutlich macht, dass Sprache nicht immer nur laut ausgesprochen werden muss. Dieser Gruppe können sich auch jene zugehörig fühlen, die nicht gehörlos oder hörbeeinträchtigt sind, aber Gebärdensprache sprechen (Krausneker, 2006).

In der gesamten Arbeit wird *hörbeeinträchtigt* als Übergriff für die unterschiedlich schwerwiegenden Auswirkungen des Hörverlustes verwendet. Sollte speziell die Gruppe der Gehörlosen angesprochen werden, wird diese auch als solche benannt. Dabei soll aber keine der zuvor erwähnten Begrifflichkeiten ausgeschlossen werden.

1.2 Gehörlose und Hörbeeinträchtigte in Österreich: Fakten & Zahlen

Laut WHO (World Health Organisation, 2015a) gibt es etwa 360 Millionen Menschen¹ mit einer Hörbeeinträchtigung weltweit, was etwa 5% der Gesamtbevölkerung ausmacht.

Verlässliche Zahlen für die hörbeeinträchtigte österreichische Bevölkerung zu finden, gestaltet sich als schwieriger. In Österreich leben laut Breiter (2005, S. 27) etwa 456.000 hörbeeinträchtigte Personen, wobei davon etwa 9.000 gehörlos und auf Gebärdensprache angewiesen sind. Der Anteil der hörbeeinträchtigten Frauen und Männer liegt somit bei ungefähr 6,4% der Gesamtbevölkerung Österreichs (Breiter, 2005, S. 27). Die Plattform BIZEPS (Jarmer, 1998) geht von weiteren 10.000 bis 15.000 Personen aus, die erheblich hörbeeinträchtigt sind und sich auch mit Hörhilfe über die Lautsprache kaum verständigen können.

Die österreichische Gebärdensprache (ÖGS) ist von 10.000 hörbeeinträchtigten Menschen die Muttersprache (Standard, 2013). Nach Krausneker (2006, S. 27) wiederum machen etwa 8.000 hörbeeinträchtigte sowie gehörlose Personen und etwa 2.000 gebärdensprachkompetenten hörenden Personen den Anteil der österreichischen Gebärdensprachgemeinschaft aus.

¹ Der Hörverlust bezieht laut WHO (2015a) auf 40 Dezibel im besser hörenden Ohr Erwachsener und 30 Dezibel im besser hörenden Ohr von Kindern.

1.3 (Österreichische) Gebärdensprache und ihre Gemeinschaft

Die österreichische Gebärdensprache präsentiert eine „nicht-ethnische autochthone Minderheitensprache“ (Österreichischer Gehörlosenbund, ÖGLB; 2015), welche sich natürlich entwickelt hat und in Österreich seit 2005 nun offiziell als anerkannte Sprache dem Gesetzestext zu entnehmen ist (Krausneker, 2006; ÖGLB, 2015).

Wer nun denkt, gebärdensprach-kompetente Menschen können sich mit *der* Gebärdensprache international verständigen, der irrt: Gleichwertig zur Lautsprache wird auch bei der Gebärdensprache national unterschieden, da beide Sprachen eine gemeinsame Entwicklung durchlaufen haben. Nach dem Österreichischen Gehörlosenbund (ÖGLB; 2015) unterscheidet man weltweit etwa 100 Gebärdensprachen, selbst in der österreichischen Gebärdensprache (ÖGS) findet man verschiedene Dialekte sowie Jugendsprache. Um sich auch international verständigen zu können, wird die *British Sign Language* (BSL) oder *American Sign Language* (ASL) herangezogen, darüber hinaus existiert auch eine *International Sign Language*.

Gebärdensprachgemeinschaften sind als sprachliche Minderheit anzusehen und sollen nicht aufgrund der Hörbeeinträchtigung in die Schublade der Gruppe behinderter Menschen gedrängt werden (Krausneker, 2006): Hinter der österreichischen Gebärdensprache steht eine lange, und grausame Geschichte, da sie viele Jahre unterdrückt und nicht anerkannt wurde.

Zudem betont Krausneker (2006, S. 29ff) die unterschiedlich ausgeprägte Sozialisation und Vernetzung ihrer Umwelt, weshalb man Anhänger der Gebärdensprachgemeinschaft vier Segmenten der Gemeinschaft zuordnen kann: Das erste Segment wird von jenen Gehörlosen und Hörbeeinträchtigten gebildet, welche sich durch ein selbstbewusstes Auftreten und meist höheres Bildungsniveau beschreiben lassen. Diese Gruppe ist stolz auf ihre Gehörlosen- und Gebärdensprachkultur und beherrscht neben der österreichischen Gebärdensprache zumeist noch andere Gebärdensprachen (wie Amerikanische Gebärdensprache) und deutsche Schriftsprache einwandfrei. Zudem sind sie auch beruflich in diesem Feld tätig und fungieren oftmals als Berater oder Dolmetscher im öffentlichen Bereich. Eine weitere Gruppe bilden gut vernetzte Hörbeeinträchtigte, die sich im Alltag selbstständig zurechtfinden, aber manchmal Schwierigkeiten haben, sich mit geschriebener

Sprache mitzuteilen und mit hörenden Mitmenschen zu verständigen. Darauf folgen Betroffene des dritten Segments, welche eher wenig über Gehörlosenkultur als Sprachgemeinschaft wissen, lautsprachlich erzogen wurden und sich in ihrer deutschen Schriftsprachkompetenz schwerer tun. Oft hat das negative Konsequenzen auf ihr Berufsleben und sie sind mit Arbeitslosigkeit konfrontiert. Die Mehrheit der österreichischen Hörbeeinträchtigten macht diesen Anteil aus. Das letzte Segment bilden Menschen, welche selten Kontakt zu anderen Hörbeeinträchtigten und Gehörlosen haben und meistens abgeschieden von für sie möglichen Sozialkontakten leben. Großteils leben sie in hörenden Familien, welche nicht gebärdensprach-kompetent sind. So können die Hörbeeinträchtigten am lautsprachlichen Informationsfluss nur schlecht teilhaben. Diese Gruppe wird laut Krausneker (2006) oft voreingenommen beurteilt und als „behindert“ stigmatisiert.

1.4 Klassifikation der kindlichen Hörbeeinträchtigung

1.4.1 Ursachen der Hörbeeinträchtigung

Die Ursachen kindlicher Hörstörung kann man nach Lokalisation² (z.B. Biesalski & Collo, 1991), nach Art³ (z.B. Seidler, 1996) oder nach Eintrittszeitpunkt der Hörschädigung (z.B. Löwe, 1992; Leonhardt, 2010) einteilen, letzteres stellt die häufigste Klassifikation dar. Laut Löwe (1992, S. 13) lässt sich bei der Klassifikation nach dem Eintrittszeitpunkt zwischen zwei Gruppen differenzieren: Zur ersten zählen Kinder, die von Geburt an eine Hörbeeinträchtigung haben (hereditäre Hörschädigung) bzw. erst während des Lautspracherwerbs ertaubt sind (nicht-heritäre Hörschädigung) und die Ursache in prä-, peri- und postnatalem Erwerb liegt. Die zweite Gruppe umfasst Kinder, die ihre Hörschädigung erst nach dem Erlernen der Lautsprache durch Krankheit erworben haben und somit Lautsprache besitzen.

Nach Hintermair und Horsch (1998, S. 161) fallen in ihrer Studie ($N = 317$) nahezu drei-viertel in die Kategorie „seit Geburt“ ($n = 227$), gefolgt von durch Krankheit erworbene

² Das bedeutet, ob die Ursache der Hörbeeinträchtigung im äußeren Gehörgang, im Trommelfell, in der Paukenhöhle, der Cochlea, in den Nervenfortsätzen, in der zentralen Hörbahn oder etwa in der kortikalen Hörregion liegt (Biesalski & Collo, 1991, S.124).

³ Ob die Ursache für „therapieresistente“ Schwerhörigkeit aufgrund von Schallleitungsschwerhörigkeit oder eben Folge von sensorineuraler Schwerhörigkeit ist (Seidler, 1996).

Beeinträchtigung ($n = 51$) und es wird vermutet, dass auch die Kinder ohne Angaben ($n = 39$) womöglich zu den angeborenen Hörschäden dazugezählt werden können. Biesalski und Collo (1991) vermuten allerdings, dass die differenzierte Ursache der Hörbeeinträchtigung in 40% der Fälle nicht feststellbar ist. Leonhardt (2010, S. 63) hat eine Übersicht der Ursachen nach der Hörschädigung zusammengestellt, welche in Abbildung 1 zu betrachten sind.

Pränatale Ursachen	Perinatale Ursachen	Postnatale Ursachen
• erblich bedingte Hörschäden • zahlreiche Syndrome • Erkrankung der Mutter während der Schwangerschaft: - Röteln - Keuchhusten - Masern - Toxoplasmose - konnatale Lues - Zytomegalie - schwere Diabetes - toxische Schäden (Drogen-, Alkohol- u. Nikotinmissbrauch, Antibiotika) - Craniofaciale Anomalien (auch Kiefer-Gaumen-Spalte)	• Geburtsgewicht unter 1500g • Frühgeburt • Hypoxie • Neugeborenenasphyxie • Schädelverletzungen • Sepsis und/oder Meningitis • Neugeborenenengelbsucht	• Meningitis • Encephalitis • Zoster oticus • Dystrophie • Mumps • Masern (selten) • Scharlach (selten) • Diphtherie • bakterielle tympanogene Labyrinthitis • Lyme-Borreliose • Toxoplasmose • Lues • HIV-Infektion • Knall- und Explosionstrauma • Hörsturz • Morbus Meniere • Presbyakusis

Abbildung 1: Zusammenstellung möglicher Ursachen der Hörschädigung unterteilt nach prä-, peri- und post-natalem Erwerb (Leonhardt, 2010, S. 63).

Der Eintritt der Hörschädigung spielt bei der weiteren Entwicklung des Kindes eine erhebliche Rolle: Frühzeitiger Hörverlust im Kindesalter hat andere Konsequenzen als ein Hörverlust in späteren Entwicklungsphasen, weshalb eine Früherkennung von Hörschäden, gefolgt von umgehender Förderung und Intervention essentiell ist (Leonhardt, 2010).

1.4.2 Arten der Hörbeeinträchtigung

Aufgrund von Funktionsstörungen im Hörorgan, der Hörbahn oder des Hörzentrums kommt es zu Einschränkungen im Hören: Man unterscheidet zum einen periphere Hörschäden, zu denen die (a) *Schallleitungsschwerhörigkeit*, die (b) *sensorineurale*

Schwerhörigkeit (Schallempfindungsschwerhörigkeit), die (c) *kombinierte Schallleitungs- und Schallempfindungsschwerhörigkeit* und die *vollständige Gehörlosigkeit*⁴ zählen; und zum anderen auch Hörstörungen, wie die *auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung*, auf welche hier nicht näher eingegangen wird (Leonhardt, 2010, S. 51).

Bei der Schallleitungsschwerhörigkeit ist die Schallübertragung im äußeren Ohr und Mittelohr beschädigt (Löwe, 1992), was oft die Folge von Mittelohrentzündungen sein kann. Nach Leonhardt (2010) können Hörgeräte diese Art der Beeinträchtigung meist gut ausgleichen, da die normale Verarbeitung von Schallreizen unbeeinträchtigt funktioniert, nur in der Luftleitung zeigt sich ein Hörverlust. Folge davon ist leiseres Hören, wobei die akustischen Sprachanteile jedoch erhalten bleiben (Leonhardt, 2010).

Die sensorineurale Schwerhörigkeit oder auch Schallempfindungsschwerhörigkeit stellt eine elektrophysiologisch erklärbare Störung der Schallwellenwahrnehmung im Innenohr oder des Hörnervs dar (Löwe, 1992). Die im Innenohr auftretende Störung nennt man sensorische (cochleäre) Schwerhörigkeit und die des Hörnervs neurale (retro-cochleäre) Schwerhörigkeit (Löwe, 1992). Beide Arten können zeitgleich auftreten und sowohl prä-, peri- und postnatal erworben werden (Leonhardt, 2010). Diese Hörschädigung führt zur Beeinträchtigung der Differenzierungsfähigkeit: Die höheren Frequenzbereiche sind meist stärker betroffen, vor allem Lautsprache wird verzerrt wahrgenommen (Leonhardt, 2010).

Außerdem können die Schallleitungsschwerhörigkeit und die sensorineurale Schwerhörigkeit kombiniert auftreten: Hierbei kommt es sowohl zu Defiziten in der Luftleitung und der Knochenleitung, wobei die Schallempfindungsschwerhörigkeit bzw. sensorineurale Schwerhörigkeit die Wahrnehmung beeinträchtigt (Leonhardt, 2010).

Mit Gehörlosigkeit ist absolute Taubheit als Folge von einem schwerwiegenden Schallempfindungsschaden gemeint (Leonhardt, 2010). Zwar verfügen etwa 98% der Gehörlosen über Resthörigkeit, diese ist jedoch zu gering, um Lautsprache auf natürlichem Wege und unter Verwendung von elektronischen Hörhilfen zu erlernen (Leonhardt 2010, S. 55). Vollkommene Gehörlosigkeit ist sehr selten und tritt nur dann auf, wenn Hörzentrum oder Hörnerv zerstört sind (Leonhardt, 2010).

⁴ Vollkommene Gehörlosigkeit wird nicht als eine weitere Art der Hörbeeinträchtigung verstanden, da sie auf einem hochgradigen Schallempfindungsschaden beruht (Leonhardt, 2010).

1.4.3 Ausmaß der Hörbeeinträchtigung

Bei einer Hörbehinderung kommt es zur Verlagerung der Hörschwelle (Normalbereich: 16 bis 20.000 Hertz/Hz), Töne können somit erst bei höherer Lautstärke gehört werden (Löwe, 1992). Das Ausmaß des Hörverlustes wird in Dezibel/dB gemessen, dem Maß der notwendigen Lautstärkeerhöhung zum Sprachverstehen und der Tonwahrnehmung⁵ (Leonhardt, 2010, S. 56). Das Ausmaß der Hörschädigung wird durch das arithmetische Mittel des Hörverlustes im besseren Ohr des Hauptsprachbereiches bei 500, 1.000, 2.000 und 4.000 Hz errechnet (Leonhardt, 2010, S. 56).

Nach Leonhardt (2010, S. 56) und ergänzt durch Angaben der WHO (2015b) sowie Broesterhuizen (2000) erfolgt folgende Einteilung⁶:

(a) *Leicht schwerhörig* (20 bis 40 dB): Leicht hörbeeinträchtigte Menschen können Gesprochenes aus einem Meter Entfernung verstehen und wiederholen, Hörhilfen sind möglicherweise dennoch nötig.

(b) *Mittelgradig schwerhörig* (40 bis 60 dB): Die mittelgradig Hörbeeinträchtigten sind häufiger auf eine Hörhilfe angewiesen, vor allem bei erhöhtem Lärmpegel können die Betroffenen einem Gespräch schwer folgen. Laut Gesprochenes können sie aus einem Meter entfernt hören.

(c) *Erheblich schwerhörig* (60 bis 70 dB): Ohne Hörhilfe kann Gesprochenes in normaler Lautstärke nicht mehr vernommen werden. Betroffene können teilweise Wörter verstehen, wenn man diese ins besser hörende Ohr schreit.

(d) *extreme Schwerhörigkeit* (ab 70 bis 90 dB): Auch mit Hörgerät kann man keine Geräusche hören. Um mit Anderen kommunizieren zu können, müssen sie das Gesagte von den Lippen ablesen oder sich durch Gebärdensprache verständigen.

(e) *Resthörigkeit, Taubheit, Gehörlosigkeit* (ab 90 dB): Betroffenen ist es unmöglich, auch Geschrei zu verstehen; sie sind auf Gebärdensprache angewiesen.

⁵ Null Dezibel stellt daher die Hörschwelle normalhörender Menschen dar (Leonhardt, 2010, S. 56), bis 20 dB wird von einer minimalen bzw. keiner Beeinträchtigung ausgegangen (WHO, 2015b)

⁶ Um sich das Ausmaß der Hörstörung vorzustellen, hier Beispiele aus dem Alltag nach Leonhardt (2010, S.56): 30 dB = Rauschen von Bäumen, 40 dB = gedämpfte Unterhaltung, 60 dB = Stabsauger, 80 dB = lauter Straßenlärm, 100 dB = sehr laute Autohupe.

Das festgestellte Hörvermögen ist aber nur nachrangig zu beachten, denn zusätzlich kommt noch die individuelle Fähigkeit bzw. Möglichkeit des oder der Betroffenen, aus dem verbliebenen Höranteil Nutzen zu ziehen (Leonhardt, 2010).

1.5 Technische Hilfsmittel

Eine Hörhilfe oder ein Hörgerät dient dazu, Gehörtes zu verstärken, um damit den Betroffenen eine bessere Verständigung mit deren Umwelt zu ermöglichen. Sie werden dann eingesetzt, wenn chirurgische und medikamentöse Behandlungen nicht greifen (Leonhardt, 2010, S. 107). Heutzutage werden elektroakustische Hörgeräte angewendet, welche allesamt aus folgenden Bestandteilen zusammengesetzt sind (nach Leonhardt, 2010, S. 107): Das Mikrophon wandelt den akustischen Reiz in elektrische Schwingungen um, worauf der Verstärker – betrieben durch z.B. Akku, Batterie oder elektrisches Netz - das Signal verstärkt. Um die Lautstärke zu regulieren, kommt der Regler zum Einsatz. Und der Hörer wiederum wandelt die elektrischen Wellen in Schallschwingungen zurück, um vom Hörbeeinträchtigten wahrgenommen zu werden.

Man unterscheidet bei den elektroakustischen Hörgeräte individuelle Hörgeräte, welche sich in Hinter-dem-Ohr-Geräte (HdO), digitale Hörgeräte, Im-Ohr-Geräte (IdO oder IO), Taschenhörgeräte und Hörbrillen (HdO und Brille kombiniert) gliedern lassen; und Höranlagen – meist im Klassenraum eingesetzt durch Mikrophon und Verstärker - welche stationär oder mobil verwendet werden können (Leonhardt, 2010, S.108ff). Zudem soll erwähnt bleiben, dass jede Art von Hörhilfe kontinuierlicher Wartung bedarf (Leonhardt, 2010).

1.5.1 Das Cochlea-Implantat (CI)

Das in den Siebzigern entwickelte Cochlea- oder Cochlear-Implantat (CI)⁷ stellt - anders als die bereits erwähnten, äußerlich zu tragenden Hörhilfen - eine elektronische Prothese im Innenohr (Schnecke) dar und wird chirurgisch implantiert (Leonhardt, 2010; Szagun, 2001). Eingesetzt wird es bei Kindern und Erwachsenen mit einer hochgradigen bis völligen Gehörlosigkeit basierend auf einem Funktionsausfall im Innenohr (Szagun, 2001,

⁷ Definition laut Duden (2007): Cochlea = lat. für „Schnecke“. In der Literatur gleichermaßen Cochlea- oder Cochlear-Implantat bezeichnet, in dieser Arbeit wird der Begriff *Cochlea* bevorzugt.

S. 65). Für die Wirksamkeit des Implantats ist aber ein intakter Hörnerv und ein unbeeinträchtigtes zentrales Hörsystem Voraussetzung und ist wie folgt aufgebaut (Leonhardt, 2010, S. 116ff): Das eigentliche Implantat - bestehend aus Elektroden, Empfängerspule und Magnet - gleicht der Größe eines Zwei-Eurostücks und wird operativ hinter dem Ohr eingesetzt. Äußerlich, durch einen Magnet gehalten, sitzt die Sendespule hinter dem Ohr und gibt Impulse durch die intakte Haut an die implantierte Prothese. Der Teil, der hinter dem Ohr getragen wird, beinhaltet Mikrophon, Sprachprozessor und Batteriefach. Im Sprachprozessor werden die durch das Mikrophon aufgenommenen Informationen in elektrische Stimulationsmuster umgeformt und ersetzen somit die Aufgaben des Innenohrs. Nach der Operation beginnt schon im Krankenhaus die Anpassung des Sprachprozessors, Kinder durchlaufen ein Training, in dem sie spielerisch die Handhabung des Implantats erlernen. Des Weiteren erfolgt eine mehrwöchige Erprobung und Anpassung des Sprachprozessors in mehreren Sitzungen. Die Nachsorge trägt einen wesentlichen Teil zum wiedergewonnenen Hören bei, da durch eine optimale Einführung und Anpassung optimaler Nutzen gezogen werden kann (Leonhardt, 2010).

Heutzutage wird das CI vorwiegend bei prälingual ertaubten Kindern eingesetzt, um die Entwicklung der Lautsprache zu fördern (Szagun, 2001, S. 65). Meist erfolgt eine Implantation im ersten Lebensjahr, wobei eine Versorgung bis zum vierten Lebensjahr als erfolgreich anzusehen ist (Leonhardt, 2010).

Das CI hat sich in den letzten Jahren bewährt und ist zu einer der gängigsten Therapieformen von Gehörlosigkeit geworden. Von den Autoren Leonhardt (2010) und Szagun (2001) wird aber zusätzlich betont, dass die (wieder)gewonnene Hörmöglichkeit nicht mit der Wahrnehmung eines Normalhörenden vergleichbar sei, da die Information über den auditiven Kanal deutlich vermindert ist. Szagun (2001, S. 65) vergleicht den Hörstatus durch die CI-Versorgung mit dem eines leicht bis mittelgradig hörbeeinträchtigten Kindes. Auch die Risiken durch die Operation und Anästhesie, sowie die möglichen postoperativen Komplikationen sollten hinsichtlich einer CI-Implantation nicht unberücksichtigt bleiben (Ernst, Battmer & Todt, 2009). Obwohl unter guten Bedingungen durch eine Implantation bzw. auch eine Hörgerätversorgung eine Steigerung der Lebensqualität durch das verbesserte Hören und die verbesserte Lautsprache erfolgen kann (Leonhardt, 2010), sollte an dieser Stelle dennoch nicht vergessen werden, dass die

Wahrnehmung nicht mit einem normalhörenden Menschen zu vergleichen ist und Barrieren im Alltag durch das fehlende Gehör bestehen bleiben.

1.6 Spracherwerb und Kommunikation

Ob Lautsprache oder Gebärdensprache: Voraussetzung für einen unbeeinträchtigten Spracherwerb ist die adäquate kognitive Entwicklung des Kleinkindes (Grimm, 1999).

Im Mutterleib ist das Hören eine wichtige Voraussetzung für den späteren Spracherwerb des Kindes, schon im dritten bis vierten Schwangerschaftsmonat bildet sich das Gehör des Ungeborenen (Kegel, 2000). Die Stimme der Mutter wird vom Fötus wahrgenommen und von anderen unterschieden und präferiert, bereits in der vorgeburtlichen Phase wird also durch das Hören der Grundstein für die Sprachentwicklung gelegt (Kegel, 2000). Die Sprachentwicklung ist außerdem an die sogenannte sprachensible Entwicklungsphase gebunden, welche sich in etwa ab der Geburt bis hin zum dritten Lebensjahr einordnen lässt (Brügge & Mohs, 2013). Das Gehirn des Kindes ist in diesem Zeitfenster im hohen Maß sensitiv gegenüber sprachlichen Informationen (Brügge & Mohs, 2013). Von Geburt bis zur Volksschulzeit steckt das Kind in seiner Sprachentwicklung, spätestens im Alter von 13 Jahren ist die Sprachentwicklung gänzlich abgeschlossen, Defizite können danach kaum aufgeholt werden (Kiese-Himmel, 2004; Szagun, 2007).

1.6.1 Lautspracherwerb bei hörbeeinträchtigten und gehörlosen Kindern

Eine Hörbeeinträchtigung kann wie in Kapitel 1.4.1 erwähnt, in jeder Entwicklungsstufe einsetzen (Löwe, 1992). Bei prä-, peri- und postnatalem Erwerb kommt es zu umfangreicheren Beeinträchtigungen, späteres Einsetzen im Kindes- und Jugendalter bedeutet zwar, dass der (lautsprachliche) Spracherwerb abgeschlossen ist, es bestehen aber Probleme aufgrund der veränderten sozio-kommunikativen Situation (Leonhardt, 2010). Hat das Kind die Schalleitungsschwerhörigkeit aber schon von Geburt an erworben, kann es zu Auffälligkeiten in der Spontansprache führen, da es zum erschwerten Verstehen der unbetonten Teile der Sprache (wie z.B. Endsilben, Präpositionen & Konjunktionen) kommt (Leonhardt, 2010, S. 81). Deswegen rät Leonhardt (2010) zur unmittelbaren Versorgung durch ÄrztInnen und HörgerätakustikerInnen. Schalleitungsschwerhörige, welche die Lautsprache schon erworben haben und ihre Hörreste gut kombinieren und ergänzen

können, sind in ihrer Sprachauffassung kaum beeinträchtigt (Leonhardt, 2010).

Anders bei der sensorineuralen Schallempfindungsstörung: durch die Wahrnehmungsverzerrung kann es bis zum Nichtverstehen der Sprache kommen, da die Differenzierbarkeit der einzelnen Laute und Wörter deutlich gedrückt wird (Leonhardt, 2010). Eine angeborene sensorineurale Schwerhörigkeit erschwert dem Kind den Spracherwerb erheblich: Bei Extremfällen kann auch trotz therapeutischer Unterstützung eine lautsprachliche Entwicklung ausbleiben. Da das Gehör das Gesagte nicht kontrollieren kann, kommt es – je nach Grad der Hörbeeinträchtigung – zu starker Einschränkung in der Sprechweise. Gesagtes klingt oft verwaschen; Artikulationsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Dysgrammatismus und Dyslalien sind oft die Folge davon. (Leonhardt, 2010, S. 83). Der passive sowie aktive Wortschatz kann bei hörbeeinträchtigten Kindern eingeschränkt sein, aber auch dies ist wieder aufgrund der Qualität individueller Förderung, Ausmaß der Hörschädigung und des sozialen Rückhaltes von Kind zu Kind verschieden (Leonhardt, 2010). Sicherer sind sich nach Leonhardt (2010) Hörbeeinträchtigte bei Substantiven, welche Gegenstände bezeichnen; Abstraktes, wie übertragene Bedeutungen, werden schwieriger im Wortschatz gespeichert. Außerdem haben sie laut Leonhardt, 2010) Schwierigkeiten, Adverbien, Präpositionen und Konjunktionen anzuwenden und zu verstehen. Grammatikalische und syntaktische Strukturen der Lautsprache können nicht wirklich verinnerlicht werden, da sie anders als bei hörenden Kindern nur bruchhaft wahrgenommen werden und sie diese weniger aktiv anwenden (Leonhardt, 2010). Die Schwierigkeiten im lautsprachlichen Wort- und Formschatzes führen mitunter dazu, dass die Sinnhaftigkeit von Texten und Gesprochenen erschwert verstanden werden kann, nach Pöhle (1967) ist das in den vorher erwähnten Schwierigkeiten mit Beziehungsbedeutungen begründet. Der Lautspracherwerb von hörbeeinträchtigten Kindern kann nicht auf natürlichem (auditiv-imitativ) Wege erfolgen, weshalb es unbedingt logopädischer Unterstützung bedarf (Leonhardt, 2010).

Ergänzend zur Lautsprache versuchen hörbeeinträchtigte Menschen durch Lippenlesen Information aus dem Gesagten zu filtern, was nach Breiter (2005) mit hoher kognitiver Leistung verbunden ist und „kombinatorisches Denken, prüfendes Abwägen logischer Wahrscheinlichkeiten und ständiges selbsttätiges gedankliches Ergänzen von Wahrnehmungsfragmenten“ (S. 18) fordert. Trotzdem kann man nicht immer annehmen, dass

alle durch die Lautsprache übermittelten Informationen zur Gänze erfasst werden. Es wird nach Breiter (2005) davon ausgegangen, dass nur etwa ein Drittel des verbal Gesprochenen durch Lippenlesen verstanden werden kann. Das Lippenlesen dauert aber in etwa fünfmal länger als das Zeigen von Gebärden.

1.6.2 Erwerb der Gebärdensprache bei hörbeeinträchtigten Kindern

Aus der klinischen Perspektive werden hörbeeinträchtigte, insbesondere gehörlose Kinder als „sprachlos“ betrachtet, da sie keine Lautsprache besitzen (Krausneker, S. 39). Wozu Krausneker (2006) folgendes äußert: „Dass es unter Umständen eine Erstsprache gibt, die gebärdet und gesehen, das heißt: von Gehörlosen barrierefrei produziert und wahrgenommen werden kann, wurde von der Forschung oftmals einfach ignoriert oder negiert“ (S. 39). Daher bedarf es an dieser Stelle, die Notwendigkeit der Gebärdensprache zu betonen, welche im Gegensatz zur Lautsprache die natürliche Sprache gehörloser Kinder darstellt (Krausneker, 2006).

Anders als beim Lautspracherwerb ist bei hörbeeinträchtigten Kindern die visuelle *Joint Attention*⁸ von Wichtigkeit, was bedeutet, dem Kind die Umwelt durch Zeichen, Mimik, Körpersprache und -bewegungen näher zu bringen (Lieberman, Hatrak & Mayberry, 2014). Dies verlangt vor allem eine Adaption seitens der hörenden Bezugspersonen. Im Vergleich von hörbeeinträchtigten und hörenden Mutter-Kind-Dyaden fanden Lieberman et al. (2014) heraus, dass hörbeeinträchtigte Kinder das Gesicht von ihren Müttern signifikant mehr fokussierten und alle paar Sekunden ihren Blick vom Objekt zum Gesicht der Mutter wechselten, während die hörenden Kinder seltener ihre Mütter fixierten. Dies gilt vermutlich auch für alle anderen Bezugsperson-Kind-Dyaden. Der Spracherwerb von hörbeeinträchtigten Kindern, die von Geburt an in einem gebärdensprachlichen Umfeld aufwachsen, beinhaltet erwiesenermaßen die gleichen Entwicklungsschritte und sensiblen Phasen wie der Sprachlernprozess lautsprachlich und hörend aufwachsender Kinder (Masataka, 2000; Pettito & Marentette, 2001). Äquivalent zum *babbling*⁹ tritt bei

⁸ Beim Lautspracherwerb hörender Dyaden ist die sogenannte *Joint Attention* erforderlich, bei welchem die geteilte Aufmerksamkeit auf ein Objekt gemeint ist: Während sich der Sprössling auf ein Objekt fokussiert, kann die Mutter lautsprachlichen, akustischen Input geben, durch diese Interaktion ist es dem Kind möglich, seinen Wortschatz zu erweitern (Lieberman et al. 2014).

⁹ Ins Deutsche mit „Brabbeln“ oder „Lallen“ übersetzt, kennzeichnet jene Phase der vorsprachlichen Entwicklung, bei welcher Säuglinge Konsonant-Vokal-Kombinationen wiederholen, wie etwa „bababababa“ oder „nananana“ (Berk, 2005, S. 224).

hörbeeinträchtigten Kindern, welche gebärdensprachlich erzogen worden sind, *manual babbling* auf: erste Inhalte der Gebärdensprache werden durch einfache Handbewegungen, in Form von sich wiederholenden, kreisenden Bewegungen, wiedergegeben (Koester, Papoušek & Smith-Gray, 2000; Krausneker, 2006). Diese Gestiken sind von lautsprachlich erzogenen Kindern klar zu unterscheiden und kommen nur bei diesen Kindern vor. Auch die sensible Phase für Sprachrhythmik ist sowohl in der gesprochenen als auch manuellen Sprache zu finden (Pettito & Marentette, 2001).

Die Entwicklung, insbesondere die der Sprache, zeigt laut Wisch (1990) bei hörbeeinträchtigten Kindern mit Gebärdensprache als Erstsprache einen Vorsprung im Vergleich zu ihren hörbeeinträchtigten Gleichaltrigen, welche von hörenden Eltern stammen. Wisch (1990) führt dies auf die gegebene Akzeptanz des Kindes durch die hörbeeinträchtigten Eltern zurück.

Der visuelle Sprachlernprozess durch Gebärdensprache wird von Krausneker (2006) nicht bloß als optionale Alternative zum natürlichen Lautspracherwerb gesehen, sondern viel mehr liegt die Betonung darauf, dass Gebärdensprache bei hörbeeinträchtigten Kindern die Muttersprache darstellt, unabhängig davon, ob Mütter und Väter nun hörend oder selbst hörbeeinträchtigt sind. In Folge wird so die Basis für jeden weiteren Spracherwerb gelegt: „Es ist anzunehmen, dass über diese natürlich erworbene, gebärdete Erstsprache eine beliebige Lautsprache, z.B. Deutsch, wie eine Zweitsprache/Fremdsprache gesteuert erlernt werden kann“ (Krausneker 2006, S. 39).

1.6.3 Native versus Late Signers: Differenzierung nach Hörstatus der Eltern

Wie schon in Kapitel 1.6.2 von Wisch (1990) angesprochen, muss man, um die Entwicklungsverläufe hörbeeinträchtigter Kinder nachvollziehen zu können, jene differenzieren, welche hörende Eltern haben und Gebärdensprache nicht von Geburt an erlernt haben, die sogenannten *Late Signers*, und andererseits hörbeeinträchtigte Kinder, welche von hörbeeinträchtigten Eltern stammen und einen natürlichen Zugang zur Gebärdensprache erhalten haben und man als *Native Signers* bezeichnet (Masataka, 2000; Schick et al., 2007). Nur etwa 10% der von Geburt an hörbeeinträchtigten Kinder sind in dieser günstigen Lage, die Mehrheit macht den Anteil der Late Signers aus (Krausneker, 2006; Peterson, 2009).

Native Signers weisen aber, simultan zu normalhörenden Kindern, eine unbeeinträchtigte Sprachentwicklung durch Gebärdensprache auf (Masataka, 2000) und haben eine natürliche Kontrolle über alle Effekte der Gehörlosigkeit (Schick et al., 2007). Late Signers, welche die Mehrheit von hörbeeinträchtigten Kindern ausmachen, wachsen in einem exklusiven Haushalt auf und erlernen ihre Erstsprache, die Gebärdensprache, erst ab dem Kindergarten- bzw. Schuleintritt (Peterson, 2009). Wird innerhalb des familiären Umfelds keine Gebärdensprache verwendet, ist das hörbeeinträchtigte Kind separiert und aufgrund der fehlenden sprachlichen Förderung kann das zu einem beeinträchtigten Spracherwerb sowie Sprachentwicklungsstörungen führen (Krammer, 2010). Oftmals haben sie keinerlei Kontakt zu anderen hörbeeinträchtigten Kindern oder Erwachsenen, was sich nicht nur negativ auf ihre Sprachentwicklung, sondern auch auf ihre gesamte Entwicklung auswirkt (Krausneker, 2006). Nach Woolfe, Want und Siegal (2002) und Schick et al. (2007) zeigen Late Signers deshalb sprachliche Defizite, da sie sich beim Erlernen und Anwenden von Gebärdensprache und lautsprachlichem Gebärden¹⁰, aber auch beim Erlernen und Anwenden von Lautsprache schwerer tun.

Wisch (1990) fasst 12 Studien zusammen, welche sich mit den Unterschieden von hörbeeinträchtigten Kindern hinsichtlich des elterlichen Hörstatus⁹ beschäftigten und zieht folgenden Schluss: Native Signers zeigen signifikant bessere Leistungen in Mathematik (Goetzinger & Rousey, 1959; zitiert nach Wisch, 1990), einen höheren durchschnittlichen IQ (Brill, 1960; zitiert nach Wisch, 1990), einen umfangreicheren Wortschatz (Quigley & Frisina, 1961, zitiert nach Wisch, 1990), sowie bessere Lese- und Rechtschreibkompetenz und eine allgemein bessere psychosoziale Entwicklung (Stuckless & Birch, 1966; Meadow, 1968; zitiert nach Wisch, 1990) als Late Signers.

Zudem betont Krausneker (2006) die nicht klar zu definierenden Grenzen zwischen Native Signers und Late Signers: In der Praxis werden leider oftmals auch hörbeeinträchtigte Kinder aus hörbeeinträchtigten Familien wenig in ihrer Gebärdensprache gefördert, in vielen Fällen sind die hörbeeinträchtigten Bezugspersonen selbst nicht in der Lage, adäquat Gebärdensprache anzuwenden, da sie diese nie vermittelt bekommen haben.

¹⁰ Lautsprachliches Gebärden (LSG) versteht sich als gebärden-unterstützendes Sprechen, welches nicht der Grammatik und dem Syntax einer Gebärdensprache entspricht (Schick et al. 2007).

1.6.4 Bilingualismus bzw. totale Kommunikation: Gebärdensprache und Lautsprache

Da bei vielen hörbeeinträchtigten Eltern immer noch der Glaube besteht, dass Gebärdensprache als minderwertig angesehen wird, versuchen sie ihrem hörbeeinträchtigten Kind Lautsprache beizubringen (Poppendieker, 1992). Daraus erfolgt eine gemischte Kommunikationsform aus Gebärden- und Lautsprache, was aber nach Poppendieker (1992) die Entwicklung nicht weiter stört.

Hörbeeinträchtigte Kinder sind durch ihr Aufwachsen in der hörenden Welt mit zwei Sprachen konfrontiert, unabhängig vom Hörstatus oder der Gebärdensprachkompetenz der Eltern, Gericke (1998, S. 189) verwendet dafür den Begriff der *lebensweltlichen Zweisprachigkeit*. Hörbeeinträchtigte Kinder können also nicht anders, als beide Sprachen, spätestens bei der Einschulung, zu erwerben. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass es sich nicht wie beim Sprechen von zwei Lautsprachen um einen simultanen Bilingualismus handelt, da die Lautsprache – egal welcher Nation – gegensätzlich zum natürlichen Erwerb der Gebärdensprache, immer erlernt werden muss und je nach Hörschädigung sich als mehr oder weniger aufwendig gestaltet (Volterra, 1990).

1.7 Beschulung hörbeeinträchtigter Kinder in Österreich

Österreichweit gibt es sieben „Gehörlosenschulen“, jene Sonderschulen, welche speziell für hörbeeinträchtigte und gehörlose Kinder eingerichtet sind (Krausneker, 2006). Eltern können aber frei wählen, ob sie ihr Kind in integrativer/inklusive Form in der Regelschule oder in einer Sonderschule beschulen lassen (BMBF, 2015). Die Tendenz geht aber in Richtung Integration (Krausneker, 2006).

Krausneker und Schalber (2007) untersuchten anhand ihrer Studie „Sprache macht Wissen“ den Ist-Zustand des österreichischen Bildungswesens bezüglich hörbeeinträchtigter Menschen im primären, sekundären und tertiären Bereich; ihr Fokus lag auf der Verwendung der österreichischen Gebärdensprache. Verglichen zur hörenden Bevölkerung stehen hörbeeinträchtigten SchülerInnen immer noch weniger Bildungsmöglichkeiten zur Verfügung, was die Autorinnen folgendermaßen argumentieren: „Die mangelnde Chancengleichheit steht besonders im Zusammenhang mit der fehlenden

Akzeptanz von gehörlosen/hörbehinderten Personen als sprachliche und kulturelle Minderheit, mit Tendenzen der Negation von Hörbehinderung und der traditionell verdrängten Rolle von Österreichischer Gebärdensprache (ÖGS) als Bildungssprache“ (S. 1). Österreichische Gebärdensprache war zum Untersuchungszeitpunkt in keinem der bisher genannten Schulsettings im Lehrplan verankert (Krausneker & Schalber, 2007). Der schulische Unterricht ist überwiegend lautsprachlich orientiert und die Förderung durch Gebärdensprache wird nicht in Anspruch genommen. Krausneker und Schalber (2007) betonten auch den starken Normierungsdruck sowohl auf Eltern als auch ihre beeinträchtigten Kinder: Oftmals wird die Hilfe alleinig in technischen Hörhilfen gesucht, um die lautsprachlichen Kompetenzen auszubauen - die Gebärdensprache wird hier leider vermehrt abgelehnt. Seit dem Jahr 2008 ist die österreichische Gebärdensprache im Lehrplan für Sonderschulen gehörloser Kinder Bestandteil des Lehrplans und wird darin als zu erwerbende Kompetenz festgehalten (Community Integration Sonderpädagogik, CIS; 2008).

Hinsichtlich der Integration in Regelschulklassen ist zwischen Einzelintegration und Integration bzw. Inklusion mit anderen Kindern mit Förderbedarf zu unterscheiden, in dieser Arbeit wird von Inklusion im Sinne vom Besuchen der Klassen mit anderen hörbeeinträchtigten Kindern ausgegangen. Inklusion versucht nicht, ein Individuum an den Klassenverband „normalentwickelter“ Kinder anzupassen, sondern bemüht sich nach Hinz (2004) verschiedenste Dimensionen von Heterogenität gemeinsam zu betrachten. Inklusion meint in der Praxis daher den Einschluss mehrerer beeinträchtigter Kinder in einer Klasse, ohne Wertung und Vergleich. Zur Einzelintegration nimmt Krausneker (2006) folgende Stellung: „Einzelintegration gehörloser Kinder kann – besonders in ländlichen Gebieten, wo keine gleichaltrigen Gehörlosen verfügbar sind – sehr leicht direkt in die Isolation des betroffenen Kindes führen“ (S. 90).

Hörbeeinträchtigte Kinder sind außerdem nicht lernschwach oder kognitiv beeinträchtigt, was oftmals die gängige Meinung darstellt, es bedarf nur spezieller Förderung mit dem Fokus darauf, dass Deutsch als Lautsprache ihre Zweitsprache darstellt. Hörbeeinträchtigte sollten daher laut Krausneker (2006) gleichermaßen „dieselben Bildungsstandards anpeilen“ (S. 90) wie ihre hörenden Altersgenossen, um ihnen im weiteren Bildungsweg um nichts nachzustehen.

2 Soziale Kompetenzen

Im zweiten Kapitel sind Definitionen sozialer Kompetenz zusammengefasst und es wurde ein Versuch angestellt, Dimensionen zu generieren, theoretische Modelle zu erläutern und auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen, besonders auf jene im Schulalter, einzugehen.

2.1 Soziale Kompetenz – ein komplexes und multidimensionales Konstrukt

Wohl kaum ein anderes menschliches Persönlichkeitskonstrukt ist so breit gefächert und in vielen Richtungen zuhause wie das der *sozialen Kompetenz* (Kanning, 2009). Trotz der Tatsache, dass das Konzept der sozialen Kompetenz schon lange diskutiert wird, gelang es bislang nicht, sich auf eine allgemeine Definition zu einigen (z.B. Kanning, 2009; Perren, Groeben, Stadelmann & von Klitzing, 2008).¹¹ Kanning (2009), äußerte sich dazu, dass Definitionen nur soviel gemein haben, dass soziale Kompetenz „irgendetwas“ mit zwischenmenschlichen Interaktionen zu tun habe“ (S. 11). Pammer und Huemer (2004) formulieren ganz allgemein: „Soziale Kompetenz ist die Fähigkeit, eine gemeinsam erlebte Wirklichkeit fruchtbringend gemeinsam zu gestalten“ (S. 15). Ein Individuum ist dann also sozial kompetent, wenn es in der Lage ist, eine soziale Beziehung mit einem oder mehreren Anderen einzugehen und aufrecht zu erhalten, um in weiterer Folge soziale Interaktionen positiv meistern zu können (Malti & Perren, 2011).

Der entwicklungspsychologischen Ansicht nach geht man von sozialer Kompetenz im Sinne von Beziehungen zu Gleichaltrigen aus, je populärer man ist, umso bessere Qualität in seinen Peerbeziehungen¹² zeigt man (Gresham & Elliot, 1984; Malti & Perren, 2011). Limitiert ist diese Definition aber dahingehend, dass die Qualität von Peerbeziehungen nicht nur von einem selbst abhängt, sondern auch von den anderen Gleichaltrigen und dem sozialen Kontext (Malti & Perren, 2011). Der integrative Definitionsversuch von Baumgartner und Alsaker (2008) wird daher von Malti und Perren (2011) unterstützt: Soziale Kompetenz beinhaltet Emotionen, Gefühle, Gedanken, Motivation und Handlungen zu

¹¹ Nach Kanning (2009) ist das auf die unterschiedlichen Betrachtungsweisen durch die verschiedenen Disziplinen der Psychologie (z.B. entwicklungspsychologischer Ansatz vs. klinisch-psychologischer Ansatz) zurückzuführen.

¹² Als *Peers* wird die Gruppe von Gleichaltrigen bezeichnet (Schmidt-Denter, 2005).

einem Verhalten zu integrieren, um spezifische soziale Ziele zu erreichen. Diese Kompetenz umfasst also jene Verhaltensweisen und Fertigkeiten, welche ein Individuum zur Aufrechterhaltung des sozialen Zusammenseins unter der Bedingung anwendet, sowohl den interindividuellen Bedürfnissen als auch den Bedürfnissen des Interaktionspartners beziehungsweise mehreren InteraktionspartnerInnen zu entsprechen (Baumgartner & Alsaker, 2008).

Pfingsten und Hinsch (2002) postulieren, dass auf lange Sicht gesehen die Nutzung der oben beschriebenen Verhaltensweisen zu einem ausgewogenen Wechselspiel zwischen negativer und positiver Konsequenzen in Begegnungen mit Anderen führen.

2.2 Begriffsklärung und Abgrenzung

Kanning (2002) versuchte sich an einer Unterscheidung zwischen den Begriffen *soziale Kompetenz*, *soziale Intelligenz*, *emotionale Intelligenz*, *soziale Fertigkeiten* und *interpersonelle Kompetenz*, obgleich es zwangsläufig zu Überschneidungen kommt und sie untereinander nicht klar trennbar sind.

2.2.1 Kompetenzen vs. Fähigkeiten und Fertigkeiten

Wie bei Kanning (2009) erfolgt auch bei anderen AutorInnen dennoch eine Differenzierung zwischen sozialen Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten und Kompetenzen (z.B. Frey & Greif, 1997; Gresham, Elliot, Vance & Cook, 2011). Frey und Greif (1997, S. 316) zum Beispiel bezeichnen soziale Kompetenz als *Handlungskompetenzen*, soziale Fertigkeiten dienen deren Ausführung und werden als „untereinander funktional verbundene Bewegungsabfolgen“ (S. 316) und „als das ‚Verhaltensrepertoire‘ einer Person über die Verhaltensregeln“ (S. 316) bezeichnet.

Soziale Fertigkeiten sind nach Gresham et al. (2011) jene Verhaltensweisen, welche wir beim Interagieren in sozialen Situationen anwenden. Diese sogenannten *Skills* sind einfacher ausgedrückt eigene Interpretationen über die Akzeptanz des jeweiligen sozialen Verhaltens in unterschiedlichen sozialen Situationen. Sie sind erlernbar und werden durch verschiedenste Handlungen im sozialen Kontext geäußert, wie zum Beispiel beim Freundschaft finden oder dem Bedürfnis, jemandem zu helfen (Gresham et al., 2011). Damit sich aus

den sozialen Fertigkeiten die soziale Kompetenz als solche entwickelt, beinhaltet das laut Gresham et al. (2011) aber, dass das Individuum sich dieser sozialen Fertigkeiten und Verhaltensweisen bewusst ist und ebenso weiß, wie man diese im Kontext mit Anderen einsetzt. Soziale Fertigkeiten sind also spezifische Fähigkeiten in spezifischen Situationen, welche dann zu einer Beurteilung von anderen führt, ob das Verhalten nun inkompetent bzw. kompetent genug ist in der Ausführung der sozialen Aufgabe.

In ähnlicher Weise spricht Kanning (2009) von sozialer Kompetenz und sozial kompetentem Verhalten. Nach Gresham et al. (2011) und Kanning (2009) sind soziale Fertigkeiten als Teil Sozialer Kompetenzen zu sehen und nicht voneinander abgrenzbar. Soziale Kompetenz umfasst also mehrmals aufgetretenes, sozial kompetentes Verhalten und ist als Veranlagung zu verstehen, welche aber nicht immer gewährleistet, dass vom Individuum in jeder Situation sozial kompetentes Verhalten gezeigt wird (Kanning, 2009).

2.2.2 Soziale vs. emotionale Kompetenzen

Soziale und emotionale Kompetenzen sind miteinander verstrickt, was in vielen Untersuchungen belegt worden ist (z.B. Deimann, Kastner-Koller, Benka, Kainz & Schmidt, 2005; Eisenberg, 2004). Emotionale Fertigkeiten sind die Voraussetzung für verschiedene soziale Prozesse, auf welche im Kapitel 3.5 noch näher eingegangen wird. Uneinigkeit besteht auch über die Begrifflichkeit von sozialer Kompetenz und emotionaler Kompetenz, Humphrey et al. (2011) verweisen deshalb auf das Konzept der sozio-emotionalen Kompetenz von Denham (2005), welcher *emotional kompetente Fähigkeiten* und *Prosoziale/beziehungsbetreffende Fertigkeiten*¹³ unterscheidet. Humphrey et al. (2011, S. 617) verwenden überhaupt den Oberbegriff von *sozialen und emotionalen Fähigkeiten*, um die bereits erwähnten Konstrukte zu inkorporieren.

2.3 Dimensionen sozialer Kompetenzen

Soziale Kompetenz umfasst viele unterschiedliche Komponenten sozialen Miteinanders, welche in einem verzweigten Wechselspiel wirken und von AutorIn zu AutorIn variieren. Gemein haben alle Ansätze nur soviel, dass soziale Kompetenz ein multidimensionales

¹³ Dies ist eine Übersetzung aus dem Englischen nach Denham's (2005) „emotional competence skills“ und „relational/ prosocial skills“.

Konstrukt darstellt (z.B. Kanning, 2009; Pfungsten & Hinsch, 2002). Demnach sind eigentlich jene sozialen Fertigkeiten vielmehr im Plural als *soziale Kompetenzen* zu bezeichnen und sollen als Oberbegriff für alle betreffenden Fähigkeiten stehen (Kanning, 2009, S.11). In der vorliegenden Arbeit werden beide Begrifflichkeiten verwendet.

Soziale Kompetenzen stellen also eine Grundlage dar, worauf laut Pammer und Huemer (2004) „Überzeugungen, Handlungen und schließlich Fähigkeiten“ (S. 15) folgen sollen, welche man unter sozial kompetenten Verhaltensweisen zusammenfassen kann. Welche spezifischen Verhaltensweisen sind aber gemeint?

Soziale Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen sind ebenso heterogen wie die von Erwachsenen: Caldarella und Merrell (1997, S. 275ff) haben einen Versuch aufgestellt, diese durch eine Metanalyse zu kategorisieren und zu fünf wesentlichen Dimensionen zusammenzufassen, welche sich in positive Interaktionen mit Gleichaltrigen (z.B. anderen Komplimente auszusprechen bzw. Hilfe anzubieten, Führungsqualitäten und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme), Selbstmanagement & -kontrolle (z.B. seine eigenen Impulse, wie etwa Ärger zu kontrollieren und zu steuern, Kompromissbereitschaft und Organisationsfähigkeit), akademische Kompetenzen (z.B. Anweisungen der LehrerInnen befolgen bzw. um Hilfe bitten können und die Fähigkeit, Aufgaben zu erledigen), kooperative Kompetenzen (z.B. das Wissen um soziale Regeln, die Bereitschaft zu teilen und Konfliktfähigkeit) und schließlich Durchsetzungsfähigkeit beziehungsweise Selbstbehauptung (z.B. Freundschaften zu schließen, Gefühle auszudrücken oder Gespräche zu initiieren) gliedern lassen.

2.3.1 Allgemeine vs. spezifische soziale Kompetenzen unter der Anforderung der Situation

Vielmehr ist das Zeigen von sozial kompetentem Verhalten und sozialer Kompetenzen situations- sowie interaktionsabhängig und inhaltlich so verschieden, dass jede soziale Kompetenz in ihrer Umwelt eingebettet betrachtet werden muss (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Kanning, 2002). Kanning (2009) differenziert auf der Grundlage von Reschke (1995) zwei verschiedene Arten von Kompetenzen, zum einen jene, welche allgemeine Verhaltensweisen umfassen und von welchen bei jedem Menschen eine individuelle Ausprägung vorliegt. Zum anderen spezifische soziale Kompetenz, welche nur

zu erwerben sind, wenn man sie durch Erfahrung erlernt hat. Kanning (2009) betont vor allem die Spezifität im Bezug auf die unterschiedlichen Berufsgruppen, Frey und Greif (1997) unterstützen diese Differenzierung und weisen auf eine getrennte Beforschung dieser zwei Dimensionen hin, da nicht jede soziale Kompetenz auf eine andere Situation übertragbar sei. Kanning (2002) unternahm einen Versuch, die oft unterschiedlichen Ausprägungen von allgemeinen sozialen Kompetenzen in der Literatur zu einem Kompetenzkatalog zusammenzufassen, welche an dieser Stelle nur erwähnt bleibt (Kanning, 2002).

2.3.2 Verhaltensbezogene soziale Kompetenzen

Ähnlich wie Kanning (2009) legen auch Perren und Malti (2008) soziale Kompetenzen auf zwei Ebenen fest: zum einen auf der intrapsychischen Ebene, wie zum Beispiel die soziale Informationsverarbeitung und zum anderen – wie Kanning (2009) - auf der Verhaltens-ebene (Perren & Malti, 2008). Auf letzterer lassen sich zunächst nach Rose-Krasnor (1997) und später von Perren und Malti (2008) zwei Bestandteile verhaltensnaher Kompetenz herauslesen. Diese setzen sich einerseits aus selbstorientierten sozialen Kompetenzen zusammen, welche jene Handlungsweisen umfassen, die notwendig sind, um in sozialen Interaktionen seine eigenen Ziele zu erreichen und ebenso fremdbezogene soziale Kompetenzen, bei welchen die Befriedigung der Bedürfnisse Anderer im Vordergrund stehen (Perren et al., 2008). Es liegt der Fokus auf diesen zwei Dimensionen, welche die Waage zwischen den eigenen Interessen und den Zielen Anderer halten und dem Individuum ermöglichen, seine Ziele abhängig von situativen Aspekt, an die Bedürfnisse der Interaktionspartner anzupassen (Malti & Perren, 2011). Kanning (2009) unterstützt diese Theorie und unterscheidet in *Durchsetzungsfähigkeit* versus *Anpassung* des Individuums an seine Umwelt¹⁴ und geht davon aus, dass sich soziale Kompetenz aus dem Kompromiss von Anpassung und Interaktion zusammensetzt.

Die vorliegende Arbeit orientiert sich an diesem Konzept der verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen von Perren (2008) mit Fokus auf diesen zwei Dimensionen, welche

¹⁴ Zusätzlich kann man nach Kanning (2009) daraus ableiten, dass der klinisch-psychologische Ansatz eher von der Durchsetzungsfähigkeit, also den selbstorientierten sozialen Kompetenzen ausgeht und der entwicklungspsychologische Ansatz die Anpassung des Individuums (fremdorientierte soziale Kompetenzen) als zentrales Thema verfolgt.

aufgrund vorhergehenden Untersuchungen mit dem SOCOMP¹⁵ (Perren, 2008) bestätigt wurden. Es konnte ein signifikanter Unterschied in der Auswirkung der beiden Dimensionen auf ihr Sozialverhalten gefunden werden, auf welche im Folgenden eingegangen wird.

2.3.2.1 Selbstorientierte soziale Kompetenzen

Selbstbezogene soziale Kompetenzen zielen also darauf ab, seine eigenen Bedürfnisse in sozialen Begegnungen zu verwirklichen (Perren, Forrester-Knauss & Alsaker, 2012; Perren et al., 2008). Das Streben nach Zugehörigkeit zu einer Gruppe ist ein fundamentales Element menschlicher Motivation (Baumeister & Lary, 1995), weshalb unter die selbstbezogene Kompetenzen jene Fertigkeiten fallen, welche dafür notwendig sind, um soziale Interaktionen zu initiieren und aufrechtzuerhalten. Dazu zählen die soziale Initiative bzw. die Durchsetzungsfähigkeit (Perren et al., 2008) des Kindes in sozialen Situationen, aber auch Grenzen gegenüber Peers setzen zu können, wenn man etwas nicht möchte (Perren et al., 2012).

Auch das Rückzugsverhalten, welches die Distanzierung von sozialen Interaktionen des Kindes meint, lässt sich hier einordnen, da das Kind in dem Fall nicht auf seine Bedürfnisse eingeht und es so zu keiner Erreichung des eigenen Ziels, nämlich das der Kontaktaufnahme mit Anderen, kommt (Perren et al., 2012). Laut Asendorpf (1990) ist asoziales Verhalten oftmals in sozialer Vermeidung und dem Rückzug aus sozialen Situationen begründet, während die Annäherung in sozialen Interaktionen für soziales Verhalten kennzeichnend ist.

2.3.2.2 Fremdbezogene soziale Kompetenzen

Fremdbezogene soziale Kompetenzen umfassen jene Verhaltensweisen, welche zum Einsatz kommen, um auf die Bedürfnisse anderer einzugehen. Dazu zählen nach Perren et al. (2008) prosoziales Verhalten, kooperatives Verhalten, aber auch aggressives, antisoziales Verhalten. Bei Letzterem wird keine Rücksicht auf andere genommen.

Das Verhalten in Form von Kooperation meint die Interaktionsform von Kindern, bei welcher sie sich gegenseitig ergänzen (Schmidt-Denter, 2005): Ab drei bis vier Jahren lässt

¹⁵ Der SOCOMP (Self and other-oriented COMpetences) ist ein Fragebogen zur Erfassung von selbst- und fremdorientierten sozialen Kompetenzen, welcher in Kapitel 7.3.5 beschrieben ist (Perren, 2008).

sich schon kooperatives Handeln im Spiel bei Kindern beobachten, welches im Verlauf der Entwicklung immer mehr zunimmt. Außerdem steht die Entwicklung des kooperativen Verhaltens in Zusammenhang mit sprachlichen und motorischen Fähigkeiten, sowie kognitiven, insbesondere sozio-kognitiven Prozessen (Schmidt-Denter, 2005). Im Schulalter kommt aufgrund der Individualförderung das Wettbewerbsverhalten hinzu, was aber durchaus nebeneinander bestehen kann (Schmidt-Denter, 2005). Prosoziales Verhalten ist ein Schlüsselement fremdbezogener sozialer Kompetenz (Perren et al., 2008), dabei handelt es sich um Verhaltensweisen, welche unter Hilfestellungen für Andere fallen, wie etwa zu teilen oder Anderen zu helfen (Malti & Perren, 2011; Schmidt-Denter, 2005). Dazu zählt auch altruistisches Handeln, selbstlose Handlungen zugunsten von Anderen zu setzen, ohne daraus einen eigenen Nutzen zu ziehen (Hogg & Vaughan, 2008).

2.3.3 Soziale Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartungen

Ob und in welcher Form sowohl die unterschiedlichen Dimensionen sozialer Kompetenzen individuell zum Einsatz kommen, ist nicht nur situationsabhängig (Kanning, 2009), sondern auch abhängig von emotionaler Erregung, von der Impulsivität der jeweiligen Person, sowie von den sozialen Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartungen (Musun-Miller, 1993). Jerusalem und Klein-Heßling (2002) stellen Selbstwirksamkeits- und Kompetenzerwartungen als wichtige Variable für das Anwenden sozialer Kompetenzen dar: Wenn ein Kind an sich selbst zweifelt, kann es kein sozial kompetentes Verhalten ausführen und tendiert dazu, soziale Situationen zu vermeiden.

2.4 Theoretische Modelle zur Erklärung sozialer Kompetenz

Ebenso schwierig wie das Generieren von allgemeingültigen Dimensionen von sozialen Kompetenzen, gestaltet sich die Beschreibung von Wirkungsweise und Verbindung der einzelnen Faktoren in einem Modell, weshalb viele AutorInnen sogar darauf verzichten und nur Kompetenzdimensionen differenzieren (Kanning, 2002). Theoretische Modelle beschreiben oft die einzelnen Faktoren sozialer Kompetenzen unabhängig voneinander, wie Rose-Krasnor (1997) in ihrem Prisma-Modell der sozialen Kompetenz zeigt. Kanning (2002) unterteilt wiederum in handlungstheoretische Ansätze (z.B. Frey & Greif, 1997), Regelkreismodelle und Kommunikationsmodelle, auf welche in dieser Arbeit nicht näher

eingegangen wird.

2.4.1 Drei-Ebenen-Modell der sozialen Kompetenz

Angelehnt an die konstruktivistische Theorie, versuchen Perren und Malti (2008; Malti & Perren, 2011) mentale Prozesse, soziales Verhalten und durch den Einfluss der psychosozialen Anpassung zu einem *Drei-Ebenen-Modell* zu integrieren, welches sich wie folgt zusammensetzt und in Abbildung 2 zu sehen ist.

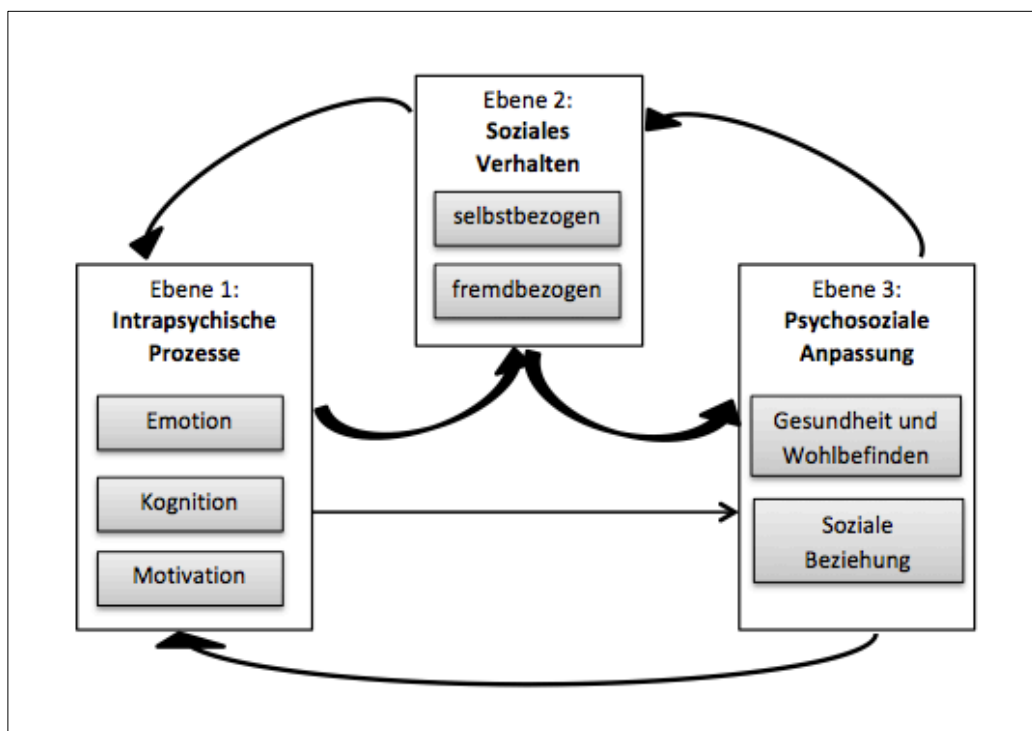


Abbildung 2: Das Drei-Ebenen-Modell sozialer Kompetenz nach Perren und Malti (2008, S. 266)

Die erste Ebene bilden verschiedene intrapsychische Prozesse, wie sozial-kognitive (soziale Informationsverarbeitung, Problemlösefähigkeit und die Fähigkeit zur Perspektivübernahme), sozial-emotionale (z.B. Empathie und Selbstbewusstsein) sowie motivationale Fähigkeiten (z.B. die Moral und das Suchen nach Zugehörigkeit). Die zweite Ebene wird von den oben definierten verhaltensbezogenen Kompetenzen gebildet und lässt sich in selbstorientiert und fremdorientiert teilen (näher beschrieben in Kapitel 2.3.2). Die Autoren sprechen von einer Balance, welche zwischen den eigenen Zielen und den Bedürfnissen anderer gehalten werden soll, weshalb sie in einer neueren Untersuchung (Malti & Perren, 2011) noch zusätzlich Konfliktlösestrategien und Verhandlungsfähigkeiten zur

zweiten Ebene hinzufügen, um sich mit einer oder mehreren Personen arrangieren zu können. Die letzte Ebene des Modells beschreibt die Auswirkungen von sozial (in)kompetentem Verhalten auf die psychosoziale Anpassung des Individuums. Darunter sind die Folgen auf das eigene Gesundheitserleben sowie das Wohlbefinden und die Konsequenzen für das soziale Gefüge von Kindern zu verstehen. Außerdem postulieren die Autoren gemäß der konstruktivistischen Perspektive, dass dieses vorliegende Modell interaktiv und dysmorph wirkt, denn alle Ebenen stehen in einer kontinuierlichen Wechselbeziehung und sind durchlässig (Perren & Malti, 2008). So werden sich Erfahrungen mit anderen Peers nicht nur auf die sozialen Beziehungen und ihre psychosoziale Anpassung auswirken, sondern auch auf die Entwicklung ihrer intrapsychischen Prozesse und das soziale Verhalten, welches sie in Zukunft zeigen werden (Malti & Perren, 2011). Zudem lassen sich zusätzlich noch der Einfluss des sozialen Umfeldes (z.B. Freunde, Familie, Schule) in Interaktion mit Persönlichkeitsfaktoren, wie Extraversion und Verträglichkeit, und des kulturellen Kontextes nennen, welche auf allen drei Ebenen des Modells einwirken (Malti & Perren, 2011). Es gibt viele Ansätze zur Erklärung der Entstehung von sozialer Kompetenz, dennoch muss man dabei immer soziale, kulturelle wie auch ökonomische Faktoren berücksichtigen, um das soziale Verhalten verschiedener Kinder und Jugendlichen zu verstehen (Humphrey et al., 2011; Malti & Perren, 2011).

2.5 Entwicklung sozialer Kompetenzen

Entwicklungspsychologisch wird der Mensch ab dem Zeitpunkt der Geburt als *soziales Wesen* bezeichnet (Schmidt-Denter, 2005, S. 11), weshalb sich Vorläuferfähigkeiten von sozialen Kompetenzen schon im Säuglingsalter erkennen lassen: Säuglinge übernehmen bereits den aktiven Part in der Kommunikation mit ihren Bezugspersonen, folglich sind die Verhaltensweisen des Neugeborenen auf das Knüpfen von sozialen Beziehungen ausgerichtet (Schmidt-Denter, 2005), damit eine adäquate Reaktion von Bezugspersonen sichergestellt wird und so eine erfolgreiche Interaktion stattfinden kann (Berk, 2005). Bereits kurz nach der Geburt kann das Neugeborene zwischen Belebtem und Unbelebtem unterscheiden und bevorzugt soziale Reize, wie die Stimme oder Gesichter von Vertrauten, vor anderen Gegenständen (Schaffer, 1984; Schmidt-Denter, 2005), was sich etwa an den Auslösern des Lächelns zeigt: Unmittelbar nach der Geburt wird es durch Erregungs-

prozesse des Gehirns ausgelöst, tritt dann aber zunehmend als Reaktion auf menschliche Gesichter (ab etwa 10 Wochen) auf. Der Säugling kann bald darauf zwischen fremden und gewohnten Gesichtern unterscheiden (ab etwa 20 Wochen) und ab der 30. Lebenswoche ist es dem Neugeborenen bereits möglich, auf unterschiedliche Gesichtsausdrücke zu reagieren (Schmidt-Denter, 2005). Nicht nur präverbale Kommunikation und das Lächeln, auch Trennungsangst, Saug- und Greifreflex, Weinen und das Nachschauen, wenn Bezugspersonen den Raum verlassen, sind alles bereits Zeichen von Sozialverhalten beim Kind (Schmidt-Denter, 2005).

Das Streben nach dem Kontakt zu Gleichaltrigen beginnt auch schon vor der Einschulung. Simoni, Herren, Kappeler und Licht (2008) konnten in ihrer Untersuchung zur frühkindlichen Entwicklung sozialer Kompetenz von neunmonatigen bis 25-monatigen Kleinkindern nachweisen, dass bereits Kleinkinder im Alter von neun Monaten gezielt nach dem Kontakt zu anderen Kindern, ähnlich häufig wie die Interaktion von anwesenden Erwachsenen, suchten.

Je älter die Kinder werden, umso eher gelingt es ihnen, soziale Problemsituationen (wie z.B. die Wut eines anderen Kindes, dessen Spielzeug weggenommen wurde) zu bewerten und in weiterer Konsequenz immer präziser werdende Handlungen setzen zu können (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002). Kleinkinder können nun die Wünsche und Gefühle anderer verstehen und zeigen soziales Regelverständnis (Schmidt-Denter, 2005). Soziale Kompetenzen sind zum Meistern von Entwicklungsaufgaben unumgänglich und in weiterer Folge sollen die frühen sozialen Kompetenzen auch in der Prävention berücksichtigt werden (Perren & Malti, 2008).

2.5.1 Soziale Kompetenzen im Schulalter

Der Übergang vom Kindergarten in die Regelschule stellt eine prägende Entwicklungsphase des Kindes dar, da es mit vielen neuen Eindrücken, zum Beispiel dem Wechsel zur leistungsorientierten Gesellschaft (Schmidt-Denter, 2005) und neuen sozialen Einflüssen konfrontiert ist und es sich erst wieder an seine ungewohnte Umgebung anpassen muss (Perren & Malti, 2008).

Auch in den sozialen Kompetenzen der mittleren Kindheit lassen sich Veränderungen

erkennen: ab dem Kindergartenalter bis zum frühen Schulalter lassen sich Alternationen in den Teilkomponenten sozialer Kompetenzen feststellen (Baumgartner & Alsaker, 2008). Fähigkeiten, welche im Kleinkindalter bis zum Kindergartenalter erworben wurden, werden nun gefestigt und werden zunehmend differenzierter (wie etwa das Problemlösen) außerdem kommen neue Fertigkeiten hinzu, unter anderem kognitive Kompetenzen (Perren & Malti, 2008). Soziale Verhaltensweisen treten zunehmend stabiler auf und es lassen sich erstmals auch Prognosen für weitere Jahre stellen (Laucht, Esser & Schmidt, 1999).

Die Schulzeit ist also von unumgänglicher Wichtigkeit für den Erwerb sozialer Kompetenzen: Kinder mit guten sozialen Kompetenzen sind für die Schulzeit besser gewappnet, denn sie schreiben signifikant bessere Noten, ebenso berichteten sie über gesteigerte Freude am Schulbesuch und hatten damit weniger Fehlstunden als Gleichaltrige (Ladd, Kochenderfer & Coleman, 1997).

2.5.2 Beziehungen zu Gleichaltrigen im Schulalter

In dieser Entwicklungsphase spielen die Beziehungen zu Gleichaltrigen eine Rolle, denn soziale Kompetenzen werden vorwiegend durch den natürlichen Kontakt zu Peers erworben und geformt (Von Salisch, 2000). Die schulische Umgebung ist also nicht nur wichtig für den Erwerb von grundlegenden Fertigkeiten, sondern auch für den Aufbau von Beziehungen, welche für das weitere soziale Verhalten verantwortlich sind und als Prädiktor herangezogen werden können (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Krappmann, 1993; Schmidt-Denter, 2003).

Schmidt-Denter (2005) verwendet den Begriff *Peer Culture*¹⁶ für das soziale Subsystem, dass in der Volksschule aufgebaut wird, wo sie unverzichtbare Kompetenzen in sozialen und kognitiven Bereichen erwerben. Zentral für die Peer Culture sind symmetrische Beziehungen zwischen den Gleichaltrigen, in welchen sie mehr oder weniger gleichberechtigt soziale Regeln, Normen und Verpflichtung erfahren und daraus lernen (Schmidt-Denter, 2005). Es entwickeln sich daraus Gruppenstrukturen mit eigener Dynamik, die unterschiedlichen Zusammenhalt aufweisen (Krappmann, 1993; Schmidt-Denter, 2005). Durch die Interaktion mit Gleichaltrigen lernt das Kind grundlegende

¹⁶ *Peer Culture* (engl.) = Kinderkultur (Schmidt-Denter, 2005).

soziale Verhaltensweisen, wie Fragen zu stellen oder aber auch anderen zuzuhören, sich in Andere hineinzusetzen und sein Verhalten an die jeweilige Situation anzupassen, oder ob es unangebracht ist, einen Witz zu machen, oder jemanden zu trösten, die Aufmerksamkeit von Peers zu erwerben, sowie soziale Regeln in ihrer Subkultur festzulegen und seine eigenen Bedürfnisse in der Gruppe durchzusetzen (Krappmann, 1993; Monopoli & Kingston, 2012).

Jerusalem und Klein-Heßling (2002) gehen davon aus, dass die Gruppenbildung auf der Basis der bereits vorhanden sozialen Kompetenzen und Selbstwirksamkeitserwartungen erfolgt, je sozial kompetenter, umso sicherer ist sich das Kind seiner Zugehörigkeit und kann sich von anderen Gruppen abgrenzen. Das Gruppenformen und somit auch das erfolgreiche Bewältigen von diesen Entwicklungsaufgaben erfordern aber natürlich auch ständige Auseinandersetzungen, Konflikte und auch Rollenkämpfen zwischen den einzelnen Kindern, wodurch sie zunehmend das Erwachsensein kennenlernen (Schmidt-Deuter, 2005).

2.5.2.1 Ablehnung durch Gleichaltrige

Auseinandersetzungen und Konflikte können neben positiven Erfahrungen auch durch Phasen gekennzeichnet sein, in denen sich Kinder nicht wohlfühlen und von Gleichaltrigen Ablehnung erfahren (Schmidt-Deuter, 2005). Dieser Umstand wird als *Mobbing* bezeichnet (z.B. Baumgartner & Alsaker, 2008) und nach Schmidt-Deuter (2005) sind dabei Vernachlässigung und Zurückweisung als zwei Ausprägungen zu nennen. Wer im Peer-System ausgegrenzt wird, ist zunehmend gefährdet, später Verhaltensauffälligkeiten zu äußern. Zurückgewiesene Kinder zeigen oft aufmüpfige, streitsüchtige Handlungsweisen und das kann bis hin zu externalisierenden Störungen und delinquenten Verhalten führen (Schmidt-Deuter, 2005). Baumgartner und Alsaker (2008) bezeichnen diese als aggressive Opfer, resultierend aus Regulationsschwierigkeiten in ihrer Aggressivität, emotionalen Reaktivität und Impulsivität. Abgelehnte und vernachlässigte Kinder, welche vermehrt die passive Opferrolle in Peer-Konflikten einnehmen, zeigen Defizite im sozialen Problemlösen (Baumgartner & Alsaker, 2008). Sie können soziale Situationen nicht richtig einschätzen und haben Schwierigkeiten beim Initiieren von Kontakten (Schmidt-Deuter, 2005). Nach Rubin, Lemare und Lollis (1992) beruht das auf der Annahme einer negativen Selbsteinschätzung. Perren et al. (2008) konnten vermehrte Ablehnung und Viktimisierung

auf Defizite in der fremdbezogenen sozialen Kompetenz von Kindern zurückführen. Von anderen Autoren (z.B. Schmidt-Deuter, 2005; Rubin et al., 1992) nicht erwähnt bleibt die Rolle des *Mobbers*/der *Mobberin*, also jene Persönlichkeiten in Peer-Interaktionen, welche ablehnendes oder zurückhaltendes Verhalten zeigen und Defizite in der sozio-moralischen Kompetenz aufweisen. Nach Gasser und Keller (2009) wurden zudem Defizite in der sozialen Perspektivenübernahme nachgewiesen. Das bedeutet also rückwirkend, dass, je mehr ein Kind an sozialen Kompetenzen verfügt, umso mehr ist es von negativen Einflüssen durch Gleichaltrige geschützt (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002). Perren et al. (2008) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass sowohl Defizite in fremd- als auch in selbstbezogenen sozialen Kompetenzen mit Problemen in Peer-Beziehungen zusammenhängen.

3 Einflussgrößen auf soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder

Um eine Einsicht in soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter und gehörloser Kinder unter dem Einfluss der Gebärdensprache zu erlangen, bedarf es einer Auflistung jener Einflussfaktoren, welche soziale Kompetenzen von Schulkindern, insbesondere die der Gruppe der Hörbeeinträchtigten, formen können.

3.1 Einfluss der Sprache auf Peer-Beziehungen: Kommunikative Kompetenz

Nach Perren und Malti (2008) und ihrem Drei-Ebenen-Modell der sozialen Kompetenz (siehe Kapitel 2.3.1) wird mit der kommunikativen Kompetenz eine weitere Facette von sozialer Kompetenz präsentiert, die zwischen der intrapsychischen und interaktionellen Ebene ihren Platz findet und somit wesentlich für den sozialen Austausch ist und sich auf das selbst- und fremdorientierte Verhalten von Kindern auswirkt.

Die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken und mit jemanden durch Kommunikation zu interagieren ist demnach eine wichtige Einflussgröße auf soziale Kompetenzen und ihre Bedeutung wurde schon mehrfach belegt (z.B. Herbert-Myers, Guttentag, Swank, Smith & Landry, 2006; Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Longoria et al., 2009; Monopoli & Kingston, 2012).

Doyle (1983) hat in früheren Untersuchungen schon darauf aufmerksam gemacht, dass eine gute Kommunikationsfähigkeit die Voraussetzung für die Akzeptanz in der Gruppe ist, außerdem muss man, um erfolgreich kommunizieren zu können, die Fähigkeit besitzen, andere zu verstehen (Gallagher, 1993). Man unterscheidet also zwei Teilaspekte der Sprache, zum einen die (a) expressive Sprache, welche die eigene Ausdrucksfähigkeit durch Lautsprache beschreibt und zum anderen die (b) rezeptive Sprache, um andere zu vernehmen (nach Holzman, 1998; zitiert nach Longoria et al., 2009). Herbert-Myers et al. (2006) haben in Ihrer Kohortenstudie von dreijährigen und später achtjährigen Kindern herausgefunden, dass der frühe Erwerb von Lautsprache nicht nur die Basis für die sprachlichen Fähigkeiten im Schulalter legt, sondern maßgeblich dafür verantwortlich ist,

ob und wie gut sie sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen folgen können und auch dafür, Kontakte zu Gleichaltrigen zu initiieren. Die Fertigkeit, sich sprachlich mitzuteilen hat also sowohl in der frühen Kindheit als auch im Schulalter Einfluss auf soziale Kompetenzen. Außerdem betonen Herbert-Myers et al. (2006) einen Zusammenhang von Sprache und Aufmerksamkeitsverhalten, was wiederum gesteigerte Verhaltensregulation garantiert und so die Kompromissbereitschaft beeinflusst. Neben der expressiven Ausdrucksfähigkeit sind auch rezeptive Fähigkeiten vonnöten, um sich in sozialen Interaktionen zu bewähren, da man nur durch adäquates Zuhören und Verstehen kommunizieren kann (Monopoli & Kingston, 2012), was im Vorfeld Longoria et al. (2009) durch ihre Untersuchung herausfanden.

Mangelndes Sprachverständnis ist häufig der Grund, warum Kinder mit sprachlichen Defiziten nicht von Gleichaltrigen in Spiele miteinbezogen werden, da sie oftmals Schwierigkeiten haben, in sozialen Situationen angemessen zu reagieren (Cohen & Mendez, 2009). Aufgrund ihrer Hörschädigung ist es gehörlosen und hörbeeinträchtigten Kindern nicht immer möglich, sich mit anderen Kindern und Erwachsenen problemlos zu unterhalten. Wie schon in Kapitel 1.3 erwähnt, haben Kinder mit Hörverlust eine unkonventionelle Aussprache, weshalb es ihnen erheblich schwerer fällt, Konversationen zu starten und aufrecht zu erhalten (Leonhardt, 2010). Hinzu kommt, dass es durch die Unklarheiten im Sprachverständnis und -ausdruck zu Missinterpretationen kommen kann (Gallagher, 1993). Diese falsch interpretierten Inhalte werden von den Peers als Konformitätsbruch verstanden. Vor allem auch die Schwierigkeiten beim Aussprechen von Namen der Gleichaltrigen lässt das hörbeeinträchtigte Kind die Rolle des Ausgeschlossenen einnehmen (Gertner, Rice & Hadley, 1994). Jene Kinder, die sprachliche Defizite aufweisen, haben also folgend Einschränkungen in ihrem Sozialverhalten (Monopoli & Kingston, 2012).

Differenzierter lässt sich die kindliche Hörbeeinträchtigung unter Einfluss des elterlichen Hörstatus' betrachten: Schon im Alter von 12 bis 18 Monaten zeigen gehörlose und hörbeeinträchtigte Kinder von hörenden Eltern deutlich retardierte Sprache im Vergleich zu Kindern mit gehörlosen Eltern (Spencer & Meadow-Orlans, 1996). Hörbeeinträchtigte Kinder in hörenden Familien erhalten also nicht jene sprachliche Förderung, welche als optimal für die sozio-emotionale Entwicklung angesehen wird (Pressman, Pipp-Siegel,

Yoshinaga-Itano & Deas, 1999). Durch hörende Eltern geht in der Eltern-Kind-Kommunikation viel verloren, da die meisten Inhalte verbal-akustisch weitergegeben werden (Spencer, 1991). Dennoch haben Schick et al. (2007) und Woolfe et al. (2002) die Vermutung, dass Late Signers eigentlich sozial aktiv seien und die Kenntnisse, die sie in der Gebärdensprache besitzen, durch soziale Interaktionen erworben haben.

Bat-Chava und Deignan (2001) untersuchten die Kommunikation und das Peerverhalten hörbeeinträchtigter Schulkinder anhand von Eltern-Interviews, in welchen diese beschrieben, dass sich die Beziehung von hörbeeinträchtigten Kindern zu hörenden Kindern qualitativ zu jener Beziehung zwischen zwei hörenden Kindern unterscheidet. Die Autoren sahen das in den Defiziten ihres sprachlichen Ausdrucks begründet. Eine gute Ausdrucksfähigkeit ist Voraussetzung, um Freundschaften zu knüpfen (Markides, 1989; Most et al., 2012). Weitere Studien haben herausgefunden, dass hörbeeinträchtigte Kinder eher dazu neigen, ihre Zeit mit hörbeeinträchtigten Peers zu verbringen (Antia, Kreimeyer & Eldredge, 1994; Most et al. 2012). Most et al. (2012) konnten das in ihrer Studie bestätigen, hörbeeinträchtigte Schulkinder hatten weniger Motivation, mit hörenden Peers zu interagieren, umso mehr wollten sie aber mit anderen hörbeeinträchtigten Kindern spielen. Hörende Kinder haben vermehrt ausgesagt, dass sie weniger mit gehörlosen Kindern befreundet sind, da sie diese schwieriger verstehen können (Most et al., 2012). Kommunikative Kompetenz ist also ein zentraler Faktor in der Gestaltung von Peer-Beziehungen und sozialen Kompetenzen, was bei gehörlosen und hörbeeinträchtigten Kindern leider nicht immer gewährleistet ist.

3.2 Bildungsinstitutionen und schulischer Erfolg

Neben dem positiven Einfluss von Peer-Beziehungen in der Schule ist auch die Lehrer-Kind-Interaktion als positive Instanz in der Entwicklung sozialer Kompetenzen zu nennen (Parke & Clarke-Stewart, 2014). LehrerInnen und ErzieherInnen tragen einen großen Teil zur Entwicklung des sozio-emotionalen Verhaltens des Kindes bei, vor allem im Vorschulalter bereiten sie die Kinder auf die folgende Schulzeit vor (Parke & Clarke-Stewart, 2014). In dieser Phase versuchen die PädagogInnen dem Kind zu helfen, seine Gefühle verbal zu äußern, indem sie ihm diese sprachlich näher bringen (Ahn, 2001).

Im Schulalter bedeutet die Hörschädigung eine Barriere für den Kontakt mit den LehrerInnen: Je gravierender die Hörbeeinträchtigung von Kindern, desto schwieriger gestaltet sich die Lehrer-Kind-Kommunikation (Antia, Sabers & Stinson, 2007) allerdings konnten Hintermair und Lepold (2010) keinen signifikanten Zusammenhang finden, betonen aber, dass das akustische (aber das durch Gebärdensprache nicht auszuschließende) Verstehen des Lehrkörpers an die Schulnoten in Mathematik und Deutsch gebunden ist. Die beiden Autoren betonen abermals die kommunikative Kompetenz von hörbeeinträchtigten Kindern, welche in Verbindung mit ihrem psychosozialen Status und dem Partizipationserleben in der Klasse steht. Antia et al. (2007) gehen in weiterer Folge auf die Bedeutung der Bildungsinstitution bezüglich Knüpfen von sozialen Beziehungen ein, außerdem heben sie Integration durch Kommunikation als einen wesentlichen Faktor für den akademischen Erfolg hervor. Monopoli und Kingston (2012) stellten einen starken Zusammenhang zwischen rezeptiven Sprachfähigkeiten und schulischen Problemen fest, was sich durch die Schwierigkeiten beim Verstehen von Aufgaben äußert. Auch Longoria et al. (2009) haben einen Zusammenhang zwischen dem sprachlichen Verstehen und besseren LehrerInnenbewertungen in der sozialen Kompetenz von SchülerInnen gefunden. Studien konnten außerdem das weniger positive soziale Erleben von einzelintegrierten hörbeeinträchtigten Kindern in hörenden Klassen, verglichen zur Inklusion, wo mehrere Kinder mit Hörverlust im Klassenverband integriert waren, nachweisen (Antia, 1985; Moores, 1991).

3.3 Beziehungen innerhalb der Familie

3.3.1 Eltern-Kind-Beziehung

Die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung beeinflusst die Entwicklung des Sozialverhaltens von Kindern maßgeblich (Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Page, Wilhelm, Gamble & Card, 2010). Das „Ur-Vertrauen“ oder „Ur-Misstrauen“ wird aufgebaut (Erikson, 1968) und ist entscheidend für die weitere Entwicklung des Selbst (Hintermair, 2005). Das Vertrauen zur Mutter stellt die Basis für reziproke Mutter-Kind-Interaktionen dar (Landry, Smith, Swank, Assel & Vellet, 2001). Das mütterliche Fürsorgeverhalten hat ab dem Zeitpunkt der Geburt Einfluss auf die soziale Entwicklung des Kindes. Die ersten Tage sind dabei für die Entwicklung dieser Kommunikationsmuster besonders prägend, da die

Mutter besonders sensibel gegenüber den Bedürfnissen des Kindes ist (Klaus & Kennell, 1976; Schmidt-Denter, 2005). Dieser Einfluss setzt sich über die Kindheit hinweg fort (Page et al., 2010). Responsivität bzw. Sensibilität und Beständigkeit der mütterlichen Zuneigung sind Indikatoren für eine gute sozial-emotionale Entwicklung (Landry, Smith & Swank, 2006). Mütter, welche angemessenes Fürsorgeverhalten zeigen, reagieren unverzüglich auf Signale des Säuglings, sind sensibler und können diese besser interpretieren (Landry et al. 2006). Page et al. (2010) bestätigen in ihrer Forschungsarbeit den Einfluss der mütterlichen Sensitivität auf das Kind und betonen zusätzlich die Rolle verbaler Stimulation, welche positiv mit kognitiver Entwicklung sowie sozial-emotionaler Entwicklung korreliert.

Hörbeeinträchtigte Kinder von hörenden Müttern stellen einen Sonderfall in ihrer Entwicklung dar: schon in der frühen Dyade wachsen Kind und Mutter zusammen, was schon durch pränatale und postnatale auditive Reize und Anregungen passiert (Vaccari & Marschark, 1997). Wenn sich gehörlose Babys von ihren Interaktionspartnern wegdrehen, trennen sie dadurch den rezeptiven Kanal – die visuelle Information – welcher am wichtigsten ist für ihre Kommunikation, wie schon in Punkt 2.3 besprochen (Lieberman et al., 2014).

Etwa ab einem Jahr lernt das Kind gehen und seine Umwelt zu erkunden, dem Kind wird es mit steigenden Alter immer wichtiger, dass man ihm seine Umwelt erklärt (Hintermair, 2005). Hier stoßen nun hörende Eltern hörbeeinträchtigter Kinder an ihre Grenzen, da sie nicht genügend gebärdensprachliche Kompetenz aufweisen.

Hintermair (2005) betont im Zusammenhang mit der psychosozialen Entwicklung hörbeeinträchtigter Kinder eher die Wichtigkeit einer adäquaten Mutter-Kind-Beziehung als das Vorhandensein von allen Sinnesorganen. Durch Studien konnte schon belegt werden, dass hörende Mütter gehörloser Kinder intrusivere, rigidere, negativere und generell weniger Reaktionen auf ihr Kind zeigten als Eltern, welche den Hörstatus mit ihrem Kind teilen (Spencer & Meadow-Orlans, 1996). Pressman et al. (1999) konnten einen Zusammenhang zwischen dem Spracherwerb gehörloser Kinder hörender Mütter und der mütterlichen Sensitivität feststellen, welche sich vor allem positiv auf den expressiven Spracherwerb auswirkte. Koester et al. (2000) erwähnen außerdem das *intuitive parenting*, da Eltern in einer ungleichen Konstellation oftmals ihrem Instinkt nach handeln. So

verwendeten hörende Mütter in der Kommunikation mit ihren hörbeeinträchtigten Säuglingen signifikant mehr rhythmische Spielchen, in denen vermehrt Gestik und gebärdensprachliches Verhalten beinhaltet waren (Koester, et al. 2000). Nach Hintermair (2005) sind diesem intuitiven Eingehen auf das andershörende Kind auch Grenzen gesetzt: das neue Kommunikationsverhalten der Mütter und Väter braucht erst Zeit, bis sich eine fließende Interaktion einstellt. Oft haben hörende Eltern nicht genug Glauben in das Entwicklungspotential ihres hörbeeinträchtigten Kindes und versuchen das Kind direkter in die Kommunikation einzubinden, wobei oft das Gegenteil erreicht wird (Wood, Wood, Griffiths & Horwath, 1986). Laut Hintermair (2005) kommt es vor allem auf das Reaktionspotential des Kindes und nicht auf die Fähigkeiten der Eltern zur Interaktion an.

3.3.1.1 Bindung und Bindungsverhalten

Das Gelingen oder Misslingen sozialer Integration des Kindes wird von seiner Bindung zu Bezugspersonen beeinflusst (Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). Die Eltern-Kind-Beziehung wird als „Prototyp“ sozial-emotionaler Beziehungen angesehen (Reichle & Gloger-Tippelt, 2007, S. 202) und deswegen werden Beziehungserwartungen zu Gleichaltrigen sowie LehrerInnen maßgeblich durch die Bindungsrepräsentationen der Eltern beziehungsweise Bezugspersonen beeinflusst (Schmidt-Denter, 2005). Bindung und Bindungsverhalten sind nach Bowlby (1973) zu trennen: Der Begriff Bindung bezeichnet ein sozio-emotionales Beziehungssystem, welches sich auf die Eltern-Kind-Bindung bezieht, biologisch begründet ist und die beständige emotionale Qualität der Beziehung meint. Zum Bindungsverhalten gehören laut Bowlby (1973) Verhaltensweisen, welche ein Kind oder auch die Bezugspersonen im sozialen Kontext setzten (Schmidt-Denter, 2005). Hierbei wird zwischen einer sicheren Bindung, einer unsicher-vermeidenden und einer ängstlich-ambivalenten Bindung unterschieden (Juffer, Bakerman-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2008). Kinder mit sicherem Bindungsstil können offen über ihre Gefühle sprechen und erfahren Unterstützung in ihrem Umfeld (Reichle & Gloger-Tippelt, 2007). Kinder, welche unsicher gebunden sind, zeigen vermehrtes Problemverhalten im Schulalter (Gloger-Tippelt, König, Zweyer & Lahl, 2007).

Hörbeeinträchtigung stellt auch hier wieder einen Sonderfall dar: Die anfänglichen Reaktionen hörender Eltern von hörbeeinträchtigten Neugeborenen, welche oft von Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit geprägt sind, werden laut Hintermair (2005) von

vielen AutorInnen als entscheidend für die beeinträchtigte Responsivität und Sensitivität von Müttern angesehen. Die mangelnde Kommunikation – wenn beispielsweise Eltern hörbeeinträchtigter Kinder den Raum verlassen - aber auch die kontrollierende Kommunikation, da hörbeeinträchtigte Kinder anders reagieren als hörende Kinder auf lautsprachliche Reize, können die Bindung erheblich beeinflussen (Lederberg & Prezbindowski. 2000). Dennoch stehen hörbeeinträchtigte Kinder hörenden Kindern in ihrer Bindungsentwicklung laut empirischen Befunden um nichts nach, was wiederum auf das bereits erwähnte *intuitive parenting* (Koester et al., 2000) zurückzuführen ist.

3.3.2 Geschwister als familiäres Subsystem

Nachgeborenen wird oftmals ein Vorteil gegenüber erstgeborenen Geschwistern zugesprochen, was von ForscherInnen auf den verbal weniger anregenden Verhaltensstil der Einzelkinder und Erstgeborenen zurückzuführen ist, da sie weniger Erfahrungen in der Interaktion mit Geschwistern haben (Schmidt-Denter, 2005). Auch wird die begünstigte soziale Situation von jüngeren Kindern betont, da sie so Fähigkeiten wie Anpassung oder Überzeugungskraft früh einsetzen müssen (Schmidt-Denter, 2005). Zusätzlich fanden auch Untersuchungen zwischen beeinträchtigten und nicht-beeinträchtigten Kindern statt (Tröster, 2001), um zu untersuchen, was in weiterer Folge für die Situation von gehörlosen Kindern relevant sein könnte: Gesunde Geschwisterchen verhalten sich aufgrund der besonderen Situation ihrer Geschwister meist prosozialer und weniger rivalisierend (Tröster, 2001). Außerdem ist die Geschwisterbeziehung durch mehr Belastung gezeichnet, da die mütterliche Aufmerksamkeit oftmals vor allem dem beeinträchtigten Kind gilt und die Geschwisterkinder im Alltag mehr in Arbeiten und zur Verantwortung gezogen werden (Schmidt-Denter, 2005). Bedeutend für hörbeeinträchtigte Kinder ist der sprachliche Einfluss, unter welchem die Kinder durch die Kommunikation mit ihren Geschwistern stehen.

3.4 Soziale Kognitionen

Soziale Kognitionen bzw. soziales Verstehen sind, verglichen mit menschlichem Verhalten, zuverlässigere individuelle Merkmale, da sie sich nicht von äußeren Einflüssen, wie von situativen Gegebenheiten und von anderen InteraktionsteilnehmerInnen, beein-

flussen lassen (Rose-Krasnor, 1997). Sie sind notwendig, um zwischenmenschliche Interaktionen verstehen und interpretieren zu können.

3.4.1 Theory of Mind (ToM) und die soziale Perspektivenübernahme

Die Fähigkeit zu verstehen, dass Handlungen und Emotionen anderer Menschen durch mentale Vorgänge, sprich ihre Gedanken, gesteuert werden, ist für das soziale Zusammenleben und das Verstehen von Emotionen unumgänglich (Meristo et al., 2007). Diese Fähigkeit - *Theory of Mind*¹⁷ genannt – entwickelt sich normalerweise in der frühen Kindheit (Woolfe et al., 2002). Heranwachsenden, welche den Erwerb der ToM gemeistert haben, sollte es also leichter fallen, soziale Begegnungen positiv zu erleben (Baumgartner & Alsaker, 2008).

Auch hier lässt sich wieder die gebärdensprachliche Kompetenz der Kinder erwähnen, denn Konversationen mit Anderen haben Einfluss auf die Entwicklung der ToM (z.B. Meristo et al., 2007). Die Gebärdensprachkompetenz in Zusammenhang mit der Entwicklung der ToM wurde schon mehrmals untersucht (Meristo et al., 2007; Peterson, 2009; Schick et al., 2007; Tomasuolo et al., 2013; Woolfe et al., 2002). Wie schon in Punkt 1.6.1 erwähnt, haben hörende Familien Probleme, mit ihrem hörbeeinträchtigten Kind zu kommunizieren und so erleben die Kinder einen geringeren Zugang zu Gesprächen: Den Eltern und Angehörigen fällt es schwer, über Gedanken oder Gefühle mit dem eigenen Kind zu sprechen. Dadurch hat das Kind kaum Material, um zwischen mentalen Vorgängen und realen Aussagen zu unterscheiden (Peterson, 2009). Sprachlicher Einfluss durch Konversationen ist also wichtig (Meristo et al., 2007; Peterson, 2009; Schick et al., 2007; Tomasuolo et al., 2013; Woolfe et al., 2002). Vaccari und Marschark (1997) postulieren, dass auch Eltern, welche sich bemühen, Gebärdensprache zu erlernen, nie auf Muttersprachniveau schaffen werden. Vor allem nicht zu dem frühen Zeitpunkt der Entwicklung des Kindes, wo es von großer Bedeutung wäre. In den Studien, in welchen Gebärdensprache im Zusammenhang mit der ToM untersucht worden war, konnten sich folgende Ergebnisse finden lassen: Die Kompetenz in folgenden sprachlichen Fähigkeiten hatte einen Einfluss auf die ToM-Fähigkeit: Verstehen von Vokabeln (Meristo et al., 2007; Schick et al., 2007;) und allgemeinem Syntax (Meristo et al., 2007; Schick et al., 2007;

¹⁷ ToM; Theorie des Geistes

Woolfe et al., 2002), Vervollständigungsaufgaben (Schick et al., 2007), die Fähigkeit, Konversationen zu führen (Meristo et al., 2007; Peterson, 2009) und narrative Fähigkeiten (Tomasuolo et al., 2013). In den Querschnittstudien (Meristo et al., 2007; Schick et al., 2007; Tomasuolo et al., 2013; Woolfe et al., 2002) wird immer davon gesprochen, dass Late Signers im Vergleich zu Native Signers klar im Nachteil sind und ToM-Aufgaben nicht schaffen.

3.4.2 Empathie

Kognitive Prozesse sind aber nicht alleinig in sozialer Perspektivenübernahme involviert, vielmehr spielen auch emotionale Vorgänge eine Rolle. Damit ist das Einfühlungsvermögen, die Empathie, gemeint (Malti & Perren, 2001; Baumgartner & Alsaker, 2008), welche sowohl von kognitiven als auch emotionalen Abläufen geleitet wird (Baumgartner & Alsaker, 2008; Decety & Jackson, 2004). Decety, Jackson und Brunet (2007) beschreiben drei Kerndimensionen empathischen Verhaltens: Zum einen zu fühlen, wie jemand anderer fühlt, das Gefühlte zu verstehen und schließlich die Absicht, mitfühlend zu reagieren, wenn jemand Verzweiflung oder Kummer fühlt. Das hängt wiederum eng zusammen mit der Entwicklung des prosozialen Verhaltens (Petermann & Wiedebusch, 2008; Rieffe, Ketelaar & Wiefferink, 2010), auf welches 2.4.3.2 schon eingegangen wurde. Untersuchungen im Kindergartenalter haben gezeigt: Je empathischer ein Kind ist, desto besser kann es soziale Interaktionen einschätzen (Findlay, Giradi & Coplan, 2006). Die mangelnde Empathie wäre also ein Indikator für eingeschränkte soziale Kompetenzen bei hörbeeinträchtigten Kindern.

Weniger untersucht wurden bisher Heranwachsende mit Hördefizit bezüglich ihrer Empathiefähigkeit. Ketelaar, Rieffe, Wiefferink und Frijns (2013) gehen aber auch hier von einer Einschränkung aus. Hörbeeinträchtigte Kinder versuchen zum Beispiel in geringerem Ausmaß ihre eignen Emotionen zu unterdrücken, wenn es darum geht, andere nicht damit zu verletzen (Hosie, Russell & Gray, 2000). Außerdem erwarten sie weniger oft als hörende Kinder, dass sich ihre Peers auch einfühlsam gegenüber anderen verhalten (Rieffe & Terwogt, 2006). Kinder mit Hörverlust können laut Rieffe und Terwogt (2000) zwar ebenso gut wie hörende Kinder die Grundemotionen (Angst, Ärger, Fröhlichkeit bzw., Traurigkeit) dem sozialen Kontext zuordnen, doch haben sie Schwierigkeiten dabei, komplexere oder ambivalente Emotionen zu interpretieren und richtig einzuordnen. Rieffe

und Terwogt (2000) können hier auch Parallelen zu der Emotionserkennung von autistischen Kindern stellen.

3.4.3 Sozio-moralische Entwicklung

Die Entwicklung der Moral stellt ein Schlüsselement sozialer Kompetenzen in der mittleren Kindheit dar (Larson et al., 2000). Durch soziales Verstehen werden Interaktionen und die Perspektive von Mitmenschen wahrgenommen, hinzu kommt aber noch das moralische Urteil, ob jene soziale Begebenheit unseren Werten entspricht und somit als moralisch „richtig“ oder falsch“ eingestuft werden kann (Keller & Becker, 2008). Außerdem spielt bei sozialem Handeln die moralische Motivation eine Rolle, ob und wie ich nach meinen Moralvorstellungen handle. Nach Malti und Perren (2011) sind das soziale Verantwortungsbewusstsein und die Wertvorstellungen gegenüber anderen den fremdorientierten sozialen Kompetenzen zuzuordnen.

3.5 Emotionsregulation, Emotionalität und emotionales Befinden

In vielen Studien konnte die Auswirkung von Emotionen auf das Sozialverhalten belegt werden (z.B. Eisenberg, 2004). Individuelle Unterschiede in Emotionsregulation, emotionalem Befinden und Emotionalität beeinflussen Dimensionen sozialer Kompetenzen bei Schulkindern (Eisenberg, Fabes, Guthrie & Reisner, 2002).

Emotionsregulation ist ebenso wie soziale Kompetenz ein multidimensionales Konstrukt, welches durch interne regulative Prozesse unsere Emotionen und Gefühle kontrolliert, initiiert, unterdrückt oder verstärkt (Eisenberg, 2004). Wenn ich mein emotionales Verhalten aufgrund eines Reizes adaptiere, kommt Emotionsregulation zum Einsatz und wird durch die Emotionslabilität beeinflusst, welche für das Auftreten von negativen Emotionen verantwortlich ist (Monopoli & Kingston, 2012). Emotionsregulation ist auch für soziale Beziehungen bedeutsam: Emotionen werden aufgrund von Vorstellungen und Werten von Anderen in der Interaktion unterdrückt oder ausgelöst, was wiederum mit der sozialen Perspektivenübernahme zusammenhängt (Eisenberg, 2004). Kinder, welche ihre Emotionen in Peer-Interaktionen einschätzen und kontrollieren können, werden also eher als sozial kompetent eingestuft (Eisenberg, 2004; Monopoli & Kingston, 2012). Ein signifikanter Zusammenhang zwischen sozialer Kompetenz und der Emotionsregulation

konnte bereits bestätigt werden (Cohen & Mendez, 2009; Monopoli & Kingston, 2012;). Außerdem wird die Sprachfähigkeit als Mediator zwischen Emotionsregulation und sozialer Kompetenz betont (Monopoli & Kingston, 2012).

Folglich untersuchten Perren et al. (2008) den Zusammenhang zwischen emotionalen Befinden und sozialer Kompetenz: es zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Defiziten in der sozialen Kompetenz und Problemen in der emotionalen Anpassung. Emotionale Auffälligkeiten schränken die Kindern im Initiieren und Aufrechterhalten von sozialen Kontakten ein (Chen, Li, Li, Li & Liu, 2000). Es ließ sich außerdem durch die Untersuchung chinesischer Schulkinder von Chen, Cen, Li und He (2005), zwischen geringerem kooperativen Verhalten und depressiver Verstimmung sowie erhöhtem Aggressionspotential ein Zusammenhang finden. Nach Eisenberg et al. (2002) haben verschiedene negative Emotionen unterschiedliche Auswirkungen auf soziale Kompetenzen, so kann mit häufig auftretendem Ärger geringere soziale Kompetenz einhergehen, oder bei starker, andauernder Angst kann es zu Einschränkungen in sozialen Kontakten kommen.

4 Forschungsstand: Soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Kinder

Kinder mit Hörverlust sind erwiesenermaßen in ihrer sozio-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt und haben ihre Probleme damit, optimale Strategien im sozialen Umgang anzuwenden (z.B. Preisler, Tvingstedt & Ahlström, 2002). In einer Hand voll Studien konnte bereits bestätigt werden, dass hörbeeinträchtigte Kinder im Vergleich zu ihren hörenden Altersgenossen verminderte soziale Kompetenzen aufweisen (z.B. Hoffman et al., 2015; Most et al., 2012; Preisler et al. 2002). Allem voran wird das durch ihre eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit begründet: Kinder mit Hörverlust im Kindergartenalter haben Schwierigkeiten, sich adäquat auszudrücken, da sie, im Vergleich zu ihren hörenden Peers, ihre eigene Aussprache schlechter kontrollieren können (Most et al., 2012). Auch Hintermair und Leopold (2010) betonen in ihrer Studie von einzelintegrierten hörbeeinträchtigten Kindern nochmals die kommunikative Kompetenz, welche einen wesentlichen Indikator für das Wohlbefinden darstellt. Hintermair (2006) konnte außerdem Defizite in den Peerbeziehungen sowie vermehrt emotionale Probleme gegenüber hörenden Schulkindern feststellen, welche mit dem Alter der Kinder korrelieren; Fellingner, Holzinger, Sattel und Laucht (2008) konnten diese Defizite bestätigen.

Barnett, Gustafsson, Deng, Mills-Koonce und Cox (2012) vermuten bereits einen Zusammenhang zwischen den Defiziten in Laut- und Gebärdensprache und Defiziten in ihrer sozialen Kompetenz. Die Sprache als Indikator für die soziale Kompetenz könnte laut Tasker, Nowakowski und Schmidt (2010) vor allem bei hörbeeinträchtigten Kindern relevant sein. Eine erst kürzlich erschienene Studie von Hoffman et al. (2015) bestätigt die verminderte soziale Kompetenz von hörbeeinträchtigten Kleinkindern gegenüber ihren hörenden Peers, zudem bestätigen sie die kommunikative Komponente: Soziale Kompetenz korreliert in beiden Vergleichsgruppen signifikant mit dem sprachlichen Alter der Kinder.

Die vorhandenen Studien haben alle gemein, dass sie sich vor allem (mit Ausnahme von Barnett et al., 2012) auf die lautsprachliche Kompetenz von den gehörlosen und hörbeeinträchtigten Kindern im Vorschulalter konzentrieren. Hier stellt sich aber die Frage

nach der psychosozialen Situation gebärdensprachlich erzogenen Kindern: Studien konnten schon belegen, dass gehörlose Kleinkinder, welche die Gebärdensprache natürlich erworben haben, ihren Altersgenossen in ihrer Entwicklung um nichts nachstehen (z.B: Schick et al., 2007). Auch die Entwicklung der Theory of Mind von Late und Native Signers zeigte deutlich, wie sehr gehörlose und hörbeeinträchtigte Kinder hörender Eltern – und somit Nicht-Erstsprachenden - Förderungsbedarf benötigen (Meristo et al., 2007; Peterson, 2009; Schick et al., 2007; Tomasuolo et al., 2013; Woolfe et al., 2002). Viel mehr rückt die Situation jener hörbeeinträchtigten Kindern, die hörende Eltern haben, aber selbst gehörlos sind, in den Fokus dieser Arbeit: Late signers haben laut Vaccari und Marschark (1997) sowohl Probleme in der frühen Mutter-Kind-Beziehung als auch im Erwerb ihrer Muttersprache, der Gebärdensprache (Krausneker, 2006).

Immer mehr Aufmerksamkeit gelten den CI-implantierten Kindern: Ketelaar et al. (2013) haben in ihrer Untersuchung herausgefunden, dass frühimplantierte Kleinkinder altersangemessene Empathie und soziale Kompetenz zeigten. Bei jenen Kindern, bei welchen eine CI-Implantation möglich ist, sollte also eine frühe Operation laut den AutorInnen angepeilt werden, um optimale Entwicklung zu gewährleisten.

Gebärdensprache stellt also bei hörbeeinträchtigten Kindern, welche nicht ohne Hörhilfe hören können, ihre natürliche Sprache dar, in dem Fall ihre Mutter- beziehungsweise Erstsprache, auch wenn ein oder beide Elternteile hörend sind (Krausneker, 2006), umso wichtiger ist es, diese in den Fokus der Untersuchung zu setzen. Um das Ausmaß des gebärdensprachlichen Einflusses aufzeigen zu können, ist es in dieser Untersuchung ein Anliegen, das Augenmerk auf das Schulalter zu legen, in welchem der Spracherwerb bereits abgeschlossen ist (Kiesel-Himmel, 2004; Szagun, 2007).

II. EMPIRISCHER TEIL

5 Zielsetzung der Untersuchung

In dieser Arbeit sollen die verhaltensnahen sozialen Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder im Alter von acht (8;0) bis zwölf (12;9) Jahren unter Einbezug ihrer Gebärdensprachkompetenz untersucht werden.

Es werden in diesem Rahmen selbst- und fremdorientierte verhaltensbezogene Kompetenzen unterschieden und zudem die positiven Peerbeziehungen erhoben, welche für die sozialen Kompetenzen im Schulalter ausschlaggebend sind. Um diese Dimensionen zu operationalisieren, wird der SOCOMP (Perren, 2008) zur Messung herangezogen. Hierbei dienen nur die Fremdbewertung und die Selbstbewertung vom Verhalten des Kindes als Grundlage für die soziale Kompetenz, intrapsychische Prozesse können in diesem Rahmen nicht untersucht werden. Es soll geprüft werden, ob die Gebärdensprachfähigkeit - erfasst anhand der Verwendung und dem Zeitpunkt des Erlernens der Gebärdensprache - die sozialen Kompetenzen hörbeeinträchtigter Kinder beeinflusst.

Als Stichprobe werden hörbeeinträchtigte Kinder und deren Mütter herangezogen, hörende Mütter und ihre Kinder stellen die Kontrollgruppe dar. In der Gruppe der hörbeeinträchtigten Kinder wird zwischen Kindern unterschieden, welche mindestens einen hörbeeinträchtigten Elternteil (Native Signers) aufweisen und Kindern mit ausschließlich hörenden Eltern (Late Signers). Außerdem werden sowohl hörgerätversorgte als auch CI-implantierte Kinder in die Studie inkludiert.

Zudem werden die kommunikative Kompetenz (Hintermair & Lepold, 2010), emotionale Probleme (SDQ-deu; Goodman, 1997), sowie der Bindungsstil und die Beziehungsqualität zur Mutter als weitere Einflussgrößen der sozialen Kompetenzen des Kindes erhoben und herangezogen.

6 Forschungsfragen & Hypothesen

Auf Grundlage der im ersten Teil beschriebenen Theorie können daher folgende theorieabgeleitete Haupt- und Nebenfragestellungen formuliert werden:

6.1 Hauptfragestellungen

Unterscheiden sich hörbeeinträchtigte Schulkinder in den Dimensionen der verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen unter der Berücksichtigung ihrer Gebärdensprachfähigkeit von hörenden Schulkindern?

1. Unterscheiden sich hörbeeinträchtigte und hörende Schulkinder hinsichtlich ihrer verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen?
 - 1.2 Unterscheiden sich hörbeeinträchtigte Kinder in den Dimensionen ihrer verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen hinsichtlich des Hörstatus' ihrer Eltern (Native vs. Late Signers)?
2. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Verwendung der Gebärdensprache des hörbeeinträchtigten Kindes und den verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Zeitpunkt des Erlernens von Gebärdensprache und ihrer verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen?

6.2 Nebenfragestellungen

4. Unterscheiden sich hörbeeinträchtigte Schulkinder hinsichtlich des Bindungsstils und der Beziehung zur Mutter, sowie in ihren emotionalen Problemen und ihrer kommunikativen Kompetenz von hörenden Schulkindern?
 - 4.1 Unterscheiden sich hörbeeinträchtigte Schulkinder hörender und hörbeeinträchtigter Eltern (Native vs. Late Signers) hinsichtlich des Bindungsstils und der Beziehung zur Mutter, sowie in ihren emotionalen Problemen und ihrer kommunikativen Kompetenz?

7 Der Untersuchungsaufbau

Im folgenden Kapitel werden der Ablauf der Untersuchung, die Stichprobenbeziehung, sowie die Untersuchungsinstrumente näher beschrieben.

7.1 Untersuchungsablauf

Der erste Durchlauf der Datenerhebung erfolgte von Dezember 2014 bis Jänner 2015, da aber nur wenige Fragebögen der hörbeeinträchtigten Stichprobe retourniert wurden, wurde die Datenerhebungsphase bis einschließlich April 2015 ausgeweitet. Die Generierung der Daten erfolgte mittels an die Versuchs- und Kontrollgruppe gerichtete Fragebögen, bestehend aus einer Mutter- und Kinderversion (ersichtlich im Anhang).

Der Fragebogen war vorerst an die Mutter gerichtet. Um entsprechende Effekte, wie das sozial erwünschte Antwortverhalten zu vermeiden, wurde zusätzlich ein Fragebogen dem Kind vorgegeben, bei welchem die Kommunikationsform sowie der Zugang zu anderen hörenden bzw. hörbeeinträchtigten Kindern (welche auch Teil des Fragebogens für die Mutter waren) und die Kinderversion des SOCOMP (Perren, 2008) erfasst wurden.

Die Untersuchung wurde mittels Paper-Pencil-Fragebögen durchgeführt. Das Ausfüllen beider Versionen benötigte insgesamt etwa 20 bis 35 Minuten. Da nur einige Mutter-Kind-Dyaden unter Aufsicht das Erhebungsinstrument ausfüllten, erfolgte eine Einführung und Aufklärung zur Thematik des Fragebogens in beiden Versionen zu Beginn, auf der ersten Seite. Außerdem erhielt die Mutter auf der letzten Seite ihres Fragenkatalogs eine Anleitung zum korrekten Bearbeiten des Fragebogens an ihr Kind. Die Mütter wurden auch instruiert, die Fragebögen selbst zurückzugeben oder zurückzusenden. Zudem wurde noch um das Ausfüllen eines Versuchsteilnehmer-Codes gebeten, um die spätere Zuordnung zu erleichtern. Wenn mehrere Fragebögen gleichzeitig zurückgeschickt wurden, wurde darauf geachtet, dass die Mutter nach Beendigung den Fragebogen in ein Kuvert packen konnte, um die Anonymität in der Klasse bzw. Gruppe zu wahren.

7.2 Stichprobenbeziehung

Die Zielgruppe setzte sich aus hörenden und hörbeeinträchtigten Müttern und derer hörbeeinträchtigten Kinder im Alter von 8 bis 12 Jahren zusammen, die Kontrollgruppe bildeten hörende Mütter und ihre hörenden Kinder in vergleichbarem Alter. Die Erhebung erfolgte österreichweit und basierte auf der Freiwilligkeit der Mütter und deren Kindern. Die Stichprobenbeziehung ergab sich einerseits im Bekanntenkreis durch das Schneeballprinzip, andererseits wurden betreffende Institutionen und Vereine per Email oder persönlich kontaktiert, mit der Bitte, das Inventar an betreffende Eltern und Kindergruppen weiterzuleiten. Es wurde außerdem online in Selbsthilfe-Foren für betroffene Eltern nach Freiwilligen gesucht. Zusätzlich wurde die Untersuchung im März 2015 durch den Stadtschulrat Salzburg unterstützt, um eine Erhebung an der Josef-Rehrl-Schule (Gailenbachweg 3, 5020 Salzburg) durchführen zu können. Die hörende Kontrollgruppe wurde im Raum Niederösterreich und Oberösterreich durch Bekannte und Vereine erfasst. Um den Müttern im Raum Wien und Niederösterreich die Portogebühren zu ersparen, wurde als Entgegenkommen auch eine Abholung vereinbart, was vermehrt in Anspruch genommen wurde. Einige Fragebögen kamen per Email an die Verfasserin zurück, größtenteils wurden sie aber via Post retourniert.

7.3 Untersuchungsinstrumente

Neben dem SOCOMP (Perren, 2008) und den zusätzlichen Skalen zur kommunikativen Kompetenz, den emotionalen Problemen und des Bindungsstils sowie der Beziehung zum Kind, wurden alle benötigten soziodemographischen und sozialstatistischen Informationen durch einen Fragebogen an die Mutter und deren Kind erfasst. Die vorgegebenen Fragebögen beider Untersuchungsgruppen (hörende sowie hörbeeinträchtigte Kinder) waren ident.

7.3.1 Soziodemographische und sozialstatistische Daten

Der an die Mutter gerichtete Fragebogen enthielt unter anderem Fragen, um an soziodemographische und sozialstatistische Daten des Kindes und der Mutter selbst zu gelangen. Neben Geschlecht und Alter des Kindes wurde der Hörstatus der Mutter sowie des Vaters erfragt. Um keine Gruppe der hörbeeinträchtigten Gemeinschaft auszuschließen, entschied

man, sich in dieser Arbeit auf die Kategorien „hörbeeinträchtigt“, „hörbeeinträchtigt & CI-implantiert“ und „hörend“ festzulegen. Ebenso wurde der Hörstatus des Kindes anhand dieser Kategorien erhoben. Folglich musste die Mutter eines hörbeeinträchtigten Kindes den Beginn der Hörbeeinträchtigung, den Grad der Hörbeeinträchtigung, das Verwenden von einer Hörhilfe oder einem CI-Implantat (und deren Implantationsalter) angeben. Anschließend wurde die familiäre Situation durch die Frage „Bei wem wächst Ihr Kind überwiegend auf?“ geklärt und nach Geschwistern, deren Hörstatus und der Geschwisterposition des betroffenen Kindes gefragt. Um Informationen über die Gebärdensprachfähigkeit und das Kommunikationsverhalten des Kindes zu erhalten, wurde die Verwendung der Gebärdensprache von der Mutter selbst und des Kindes generiert. Folglich wurde die Mutter darum gebeten - sofern das Kind Gebärdensprache spricht – anzugeben, ob Gebärdensprache die Erstsprache darstellt. Wenn mit „Nein“ geantwortet wurde, wurde zusätzlich gefragt, ab wann das Erlernen der Gebärdensprache festzumachen war. Als Antwortkategorien standen „0 – 3 Jahre“, „4 – 8 Jahre“ und „älter als 8 Jahre“ zur Auswahl, dies entspricht den zuvor beschriebenen Stadien der Sprachentwicklung (Kapitel 1.6.1). Der Zugang zu hörenden sowie hörbeeinträchtigten Kindern und die am meisten verwendete Kommunikationsform des Kindes allgemein, in der Familie, in der Schule mit MitschülerInnen/LehrerInnen und mit seinen Freunden, angelehnt an Hintermair und Lepold (2010), erhoben. Die vorliegenden Fragen zum Zugang zu anderen Kindern und zur Kommunikationsform wurden auch an das Kind selbst gestellt. Kognitive Fähigkeiten müssen altersentsprechend ausgebildet sein, damit der Spracherwerb überhaupt möglich ist (Grimm, 1999). Um kognitive Defizite zu berücksichtigen, wurde im Rahmen der Erhebung mittels zweier Items nach dem Folgen des Regelschulunterrichts und nach eventuellem Vorhandensein von zusätzlichen Beeinträchtigungen gefragt. Hiermit wurde das Vorliegen von Ausschlusskriterien für die Untersuchung geprüft. Eine Übersicht zu den soziodemographischen und sozialstatistischen Informationen mit dem jeweiligen Antwortformat ist in Tabelle 1 angeführt.

Tabelle 1: *Soziodemographische Variablen und sozialstatistische Daten (erhoben überwiegend anhand des Fragebogens an die Mutter)*

Information	Antwortformat
Hörstatus der Eltern, des Kindes & der Geschwister	hörbeeinträchtigt hörbeeinträchtigt & CI-implantiert hörend
Beginn der Hörbeeinträchtigung	von Geburt an (angeboren) 0 – 3 Jahre (erworben) 4 – 8 Jahre (erworben) älter als 8 Jahre (erworben)
Grad der Hörbeeinträchtigung	20 bis 39 dB (Dezibel) 40 bis 59 dB 60 bis 69 dB 70 bis 89 dB 90 dB oder darüber
Hörgerät oder CI-Implantat	Ja Nein
Implantationsalter	0 – 3 Jahre 4 – 8 Jahre älter als 8 Jahre
Familie - Aufwachsen	Mutter Vater beiden Eltern sonstiges
Geschwister	1 2 3 4 mehr als 4
Geschwisterposition	Erstgeborenes mittleres Kind Letztgeborenes
Verwendung von Gebärdensprache des Kindes und der Mutter	nie selten manchmal oft immer (Hauptsprache)
Gebärdensprache - Erstsprache	Ja Nein
Erlernen der Gebärdensprache	0 – 3 Jahre 4 – 8 Jahre älter als 8 Jahre
Zugang zu hörbeeinträchtigten und hörenden Kindern	nie selten manchmal oft immer
Bevorzuge Kommunikationsform des Kindes (allgemein, Schule, mit Freunden, in der Familie)	Gebärdensprache Lautsprache beides (Totale Kommunikation)
Klassenform	Inklusion Integration ausschließlich hörende Kinder ausschließlich hörbeeinträchtigte Kinder
Regelunterricht	Ja Nein
Zusätzliche Beeinträchtigung	Ja Nein

7.3.2 Skala zur Erfassung der kommunikativen Kompetenz

Zur Erfassung der *kommunikativen Kompetenz* wird nach Hintermair, Schenk und Sarimski (2011) eine einfache Skala eingesetzt, die sich schon mehrfach bewährt hat (z.B. Hintermair, Krieger & Mayr, 2011). Die Skala besteht aus vier Items, welche mit einer fünfstufigen Ratingskala von (1) „*trifft gar nicht zu*“ bis (5) „*trifft genau zu*“ zu beantworten sind, wie Tabelle 2 zeigt.

Tabelle 2: *Items der Skala „Kommunikative Kompetenz“*

Item 1	Das Kind ist in der Lage, mir über alle Dinge, die es beschäftigen, zu erzählen.
Item 2	Das Kind ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.
Item 3	Das Kind ist in der Lage, sich anderen Menschen (außerhalb der Familie) mitzuteilen.
Item 4	Das Kind ist in der Lage, Dinge die ich/man ihm erklären oder erzählen will, zu verstehen.

7.3.3 1-Item-Messung der Beziehungsqualität

Die Beziehungsqualität zum Kind wurde durch eine 1-Item-Messung erhoben, indem die Mutter konkret um eine Einschätzung der Beziehung zu ihrem Kind gefragt wurde. Diese konnte sich durch fünf Antwortmöglichkeiten von „*sehr gut*“, „*gut*“, „*mittelmäßig*“, „*schlecht*“ und „*sehr schlecht*“ beurteilen, indem die Mutter anzugeben hatte, welche Alternative überwiegend auf sie zutrifft.

7.3.4 Skala zur Erfassung des Bindungsstils

Der Bindungsstil eines Kindes steht für die Ausprägung des Strebens nach Bindung zur Bezugsperson (Juffer, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2008). Zur Erfassung des Bindungsstils von Müttern zu ihrem Kind wurden neun Items für diese Untersuchung kreiert. Angelehnt an Juffer et al. (2008), welche empirisch belegten, dass die elterliche Feinfühligkeit den Bindungsstil ihres Kindes entscheidend prägt. Daher wurden die neun Items als Screening zum Bindungsverhalten der Kinder eingesetzt und geben Auskunft darüber, ob sie jeweils dem *sicher-gebundenen Bindungsstil*, dem *unsicher-vermeidenden Bindungsstil* oder dem *ängstlich-ambivalenten Bindungsstil* zuzuordnen sind (zu sehen in Tabelle 3). Das Antwortformat bildet eine dreistufige Likert-Skala mit (1) „*nicht*

zutreffend“ bis (3) „eindeutig zutreffend“. Item 8 und 9 waren zu rekodieren.

Tabelle 3: *Items der Skalen sicher-gebundener, unsicher-vermeidender und ängstlich-ambivalenter Bindungsstil*

Items der Skala für sicher-gebundenen Bindungsstil	
Item 1	Ich reagiere schnell und regelmäßig auf das Weinen meines Kindes, schon als mein Kind ein Säugling war.
Item 2	Ich verhalte mich stets gefühlsbetont und aufmerksam gegenüber meinem Kind.
Item 3	Ich begegne meinem Kind offen und entgegenkommend, es fühlt sich wohl bei mir.
Items der Skala für unsicher-vermeidenden Bindungsstil	
Item 4	Ich fühle mich unwohl, wenn mir mein Kind zu nahe kommt.
Item 5	Ich war schon im Säuglingsalter des Kindes eher unsicher im Umgang mit ihm und auch heute weiß ich häufig nicht, wie ich richtig mit ihm umgehen soll.
Item 6	Ich distanzieren mich häufig von meinem Kind und kümmere mich wenig bis kaum.
Items der Skala für ängstlich-ambivalenten Bindungsstil	
Item 7¹	Ich schenke meinem Kind meine ganze Aufmerksamkeit, wenn es meine Nähe sucht.
Item 8¹	Ich nehme die Bedürfnisse meines Kindes größtenteils wahr und kann gut auf diese eingehen, da ich andere Dingen hinten anstelle.
Item 9	Ich weise mein Kind oft zurück und kann ihm wenig Liebe und Zuneigung zeigen, obwohl ich es eigentlich gerne möchte und ich mein Kind liebe.

¹Item war vor der Analyse zu rekodieren.

7.3.5 SOCOMP - Fragebogen zur Erfassung von selbst- und fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen (Perren, 2008)

Zur Erfassung der *selbst- und fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen* wurde die Eltern- und Kinderversion des SOCOMP (Perren, 2008) herangezogen. Dabei handelt es sich um einen relativ neuen Fragebogen, entwickelt von der Universität Zürich in Anlehnung an bereits bewährte Inventare, wie etwa aus Items in englischsprachigen Fragebögen (z.B. Behar, 1977; Gresham & Elliot, 1990; Ladd, 1990; zitiert nach Perren, 2008, S. 2). Außerdem wurden Items aus dem *Strengths and*

Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) aus den Skalen *prosoziales Verhalten* und *Peer Probleme* übernommen. Der Fragebogen umfasst 25 Items, welche jeweils drei Hauptdimensionen – *selbstorientierte soziale Kompetenzen*, *fremdorientierte soziale Kompetenzen* sowie *positive Peerbeziehungen* - zuzuordnen sind. Selbstorientierte und fremdorientierte soziale Kompetenzen sind in zwei bis drei Subskalen gliederbar. Die Items sind alle durch eine dreistufige Likert-Skala einzuschätzen, bestehend aus (1) „*nicht zutreffend*“ bis (3) „*eindeutig zutreffend*“.

Sowohl beim Mutter-Fragebogen als auch bei der Kinderversion wurden Items adaptiert, um keine der Untersuchungsgruppen auszuschließen. Beim Mutterfragebogen wurde Item 2 von „*Hört anderen zu, wenn sie sprechen*“ zu „*Hört/Schaut anderen zu, wenn sie sprechen/gebärden*“ abgeändert. In der Kinderversion wurde Item 2 von „*Ich höre zu, wenn andere Kinder etwas sagen.*“ zu „*Ich höre oder schaue zu, wenn andere Kinder etwas sagen oder gebärden.*“, Item 16 von „*Ich gehe meistens auf andere Kinder zu, um mit ihnen zu reden*“ zu „*Ich gehe meistens auf andere Kinder zu, um mit ihnen zu reden oder zu gebärden.*“, Item 17 von „*Ich sage anderen Kindern, wenn mir etwas nicht passt.*“ zu „*Ich teile es anderen Kindern mit, wenn mir etwas nicht passt.*“ und Item 22 von „*Mir fällt es leicht mit anderen Kindern zu reden.*“ zu „*Mir fällt es leicht mit anderen Kindern zu reden oder zu gebärden.*“ geändert.

Beim Rating besteht nach Bortz und Döring (2006, S. 178) die Möglichkeit, dieses an die Zielgruppe anzupassen. Daher wurde in dieser Untersuchung für die Kinderversion ein Rating mit symbolischen Skalenstufen, sogenannten Marken, gewählt, um die Antwortmöglichkeiten kindgerecht aufzubereiten (im Anhang ersichtlich).

7.3.5.1 *Selbstorientierte soziale Kompetenzen*

Die Skala der *selbstorientierten sozialen Kompetenzen* erfasst die proaktive und reaktive Durchsetzungsfähigkeit und die soziale Initiative des Kindes (Perren, 2008, S. 3). Sie umfasst 10 Items, aufgeteilt auf die Subskalen *Führungsqualitäten*, *Fähigkeiten Grenzen zu setzen* und *Soziabilität*, welche in Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7 beschrieben sind.

Tabelle 4: *Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Führungsqualitäten“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 3	Anführer in Gruppensituationen	Wenn ich mit anderen Kindern zusammen spiele, bin ich meistens der Chef.
Item 10	Organisiert und schlägt seinen Spielkameraden Spielaktivitäten vor	Wenn ich mit anderen Kindern zusammen bin, habe ich meistens die Idee, was wir spielen könnten.
Item 16	Übernimmt die Initiative, um mit anderen Kindern in das Gespräch zu kommen	Ich gehe meistens auf andere Kinder zu, um mit ihnen zu reden oder zu gebärden.

Tabelle 5: *Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Fähigkeiten Grenzen zu setzen“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 5	Widersetzt sich unpassenden Forderungen anderer	Wenn ein Kind etwas von mir möchte, was ich nicht mag, dann mache ich es nicht.
Item 12	Kann sich wehren	Ich kann mich wehren.
Item 17	Kann anderen gegenüber Grenzen setzen	Ich sage anderen Kindern, wenn mir etwas nicht passt.

Tabelle 6: *Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Soziabilität“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 6	Kontaktfreudig in Gruppensituationen	Wenn eine Gruppe von Kindern miteinander spielen, frage ich, ob ich mitspielen darf.
Item 13¹	Zieht sich vor anderen Kindern zurück	Ich ziehe mich vor anderen Kindern zurück.
Item 18¹	Schaut lieber zu, als bei Gruppenaktivitäten mitzumachen	Wenn andere Kinder zusammen spielen, schaue ich ihnen lieber zu als mitzumachen.
Item 22	Unterhält sich leicht mit Gleichaltrigen	Mir fällt es leicht mit anderen Kindern zu reden und zu gebärden.

¹Item war vor der Analyse zu rekodieren.

7.3.5.2 Fremdororientierte soziale Kompetenzen

Die Skala der *fremdororientierten sozialen Kompetenzen* erfasst das prosozial-kooperative Verhalten von den Schulkindern (Perren, 2008, S. 3) anhand 10 Items, welche in Tabelle 7 und Tabelle 8 durch die Subskalen *Prosoziales Verhalten* und *Kooperativität* aufgelistet sind.

Tabelle 7: *Fremdororientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Prosoziales Verhalten“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 4	Teilt gerne mit anderen Kindern (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte)	Ich teile normalerweise mit anderen (z.B. Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte).
Item 8	Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.
Item 11	Zeigt den anderen Kindern gegenüber Mitgefühl	Wenn ein anderes Kind ein Problem hat, tut es mir leid.
Item 20	Ist anderen Kindern gegenüber freundlich	Ich bin zu anderen Kindern nett.
Item 24	Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrige).

Tabelle 8: *Fremdororientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Kooperativität“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 2	Hört den anderen Kindern zu	Ich höre oder schaue zu, wenn andere Kinder etwas sagen oder gebärden.
Item 7	Akzeptiert die Ideen Gleichaltriger bei Gruppenaktivitäten	Wenn ein anderes Kind eine Idee hat, bin ich damit meistens einverstanden.
Item 14	Ist bereit zu warten, bis es an der Reihe ist	Es fällt mir leicht zu warten, bis ich an die Reihe komme.
Item 19	Geht in Konflikten mit Gleichaltrigen Kompromisse ein	Wenn ich mit meinen Freunden Streit habe, kann ich auch nachgeben.
Item 23	Kooperiert mit Gleichaltrigen	Wenn ich etwas mit anderen Kindern zusammen mach, schaue ich, dass jeder einmal an die Reihe kommt.

7.3.5.3 Positive Peerbeziehungen

Die dritte Dimension *Positive Peerbeziehungen* umfasst nur eine Skala und misst die Qualität der Beziehung zu den Gleichaltrigen, welche in Tabelle 9 näher ausgeführt wird.

Tabelle 9: *Items der Skala „Positive Peerbeziehungen“*

	Elternversion	Kinderversion
Item 1	Hat viele Freunde	Ich habe viele Freunde.
Item 9	Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde und Freundinnen.
Item 15	Kann Freundschaften aufrechterhalten	Ich habe für lange Zeit die gleichen Freunde.
Item 21	Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt.
Item 25	Die meisten Kindern mögen sie/ihn	Die meisten Kinder mögen mich.

7.3.6 Strength and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)

Der *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) wurde von Goodman (1997) in Großbritannien entwickelt und dient zur Erfassung von Stärken und Schwächen des Verhaltens bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 4 bis 16. Das validierte englische Original wurde bereits 1997 in eine deutsche Fassung übersetzt (SDQ-deu) und seitdem häufig verwendet. Von den insgesamt fünf Skalen wurde die Skala *emotionale Probleme* für diese Untersuchung herangezogen. Das Antwortformat bildet auch hier eine dreistufige Likert-Skala mit (1) „nicht zutreffend“ bis (3) „eindeutig zutreffend“, die einzelnen Items werden in Tabelle 10 beschrieben.

Tabelle 10: *Items der Skala „Emotionale Probleme“*

Item 26	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit
Item 27	Hat viele Sorgen, erscheint häufig betrübt
Item 28	Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig
Item 29	Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen
Item 30	Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht

8 Ausführungen zur Untersuchung

8.1 Datenanalyse

Die Daten wurde im Rahmen der Studie mit Hilfe des Statistikprogramms IBM SPSS® 21 zusammengefasst. Die beiden Versuchsgruppen wurden fortlaufend nummeriert und anonymisiert, die gewonnenen Informationen wurden anschließend deskriptiv- und inferenzstatistisch ausgewertet. Die Datenanalyse erfolgte ebenfalls mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS.

8.2 Verwendung von Tests

Folgende inferenzstatistische Verfahren fanden Verwendung und sind nach Bortz und Schuster (2010) beschrieben:

Mittels Chi-Quadrat-Test auf Basis von Kreuztabellen, wurden nominale Merkmale untersucht, um die Häufigkeitsunterschiede der erhobenen Parameter zwischen den beiden Gruppen aufzudecken; Cramer's-V wurde für die Stärke der Zusammenhänge kategoriieller Daten herangezogen. Für die inferenzstatistische Prüfung des Unterschiedes zweier Stichprobenmittelwerte wurden t-Tests für verbundene und unabhängige Stichproben angewendet, zum Vergleich nichtparametrischer Variablen unabhängiger Stichproben wurde der Mann-Whitney-U-Test berechnet. Der Levene-Test diente zur Überprüfung homogener Varianzen verschiedener Stichproben (bei t-Tests und Varianzanalysen). Für die Beurteilerübereinstimmung der Mutter-Kind-Dyaden (intervallskaliert) wurde der Intraklassenkorrelationskoeffizient (ICC) berechnet (Wirtz & Caspar, 2002). Zweifaktorielle Varianzanalysen (ANOVA) mit Messwiederholung und einem Inner- und Zwischen-subjektfaktor stellten die Methode der Wahl für den Vergleich von Kindern und sozialen Kompetenzen dar, um die Wirkung zweier unabhängiger Variablen auf mehrere abhängige Variablen zu untersuchen. Die Rangkorrelation nach Spearman wurde als parameterfreies Verfahren, da zumindest eine Voraussetzung der Produkt-Moment-Korrelation nicht gegeben war, für die Bestimmung des Zusammenhangs zweier ordinalskalierten Merkmale verwendet. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman r_s gibt Stärke und Richtung der Koinzidenz an.

9 Stichprobe

An der Untersuchung nahmen insgesamt 102 Mütter und deren 8- bis 12-jährigen Kinder teil. Von den 102 Kindern waren 58 Kinder hörbeeinträchtigt und 44 hörend. Im Folgenden werden beide Untersuchungsgruppen ausführlicher beschrieben.

9.1 Geschlecht und Hörstatus der Kinder

Von der Gesamtstichprobe waren 48 (47,1%) der 102 Kinder weiblich und 54 (52,9%) männlich (siehe Tabelle 11). Die Gruppe der hörbeeinträchtigten Kinder umfasste 28 (48,3%) weibliche und 30 (51,7%) männliche Kinder, bei den hörenden Kindern nahmen 30 Mädchen (47,1%) und 24 (54,4%) Buben teil.

Tabelle 11: Häufigkeiten und Anteilswerte – Hörstatus des Kindes und Geschlecht

Hörstatus des Kindes	Geschlecht des Kindes		Gesamtsumme
	weiblich	männlich	
hörbeeinträchtigt	28 (48,3%)	30 (51,7%)	58 (100%)
hörend	20 (45,5%)	24 (54,5%)	44 (100%)
Gesamtsumme	48 (47,1%)	54 (52,9%)	102 (100%)

Die Prüfgröße für die Kreuztabelle fiel mit $\chi^2(1) = 0.08$, $p = .777$ nicht signifikant aus; es kann in der Stichprobe kein Verteilungsunterschied des Geschlechts bezüglich des Hörstatus' beobachtet werden.

9.2 Alter und Hörstatus der Kinder

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren alle Kinder zwischen 8 und 12 Jahre alt. Die Gruppe der Hörbeeinträchtigten ($n = 58$) zeigte ein Durchschnittsalter von 10.09 Jahren und die der hörenden Gruppe ($n = 44$) ein Durchschnittsalter von 9.84 Jahren (siehe Tabelle 12). Die Prüfgröße des entsprechenden t-Tests für unabhängige Stichproben (Varianzhomogenität, geprüft mittels Levene-Test, konnte mit $p = .813$ angenommen werden) fiel mit $t(100) = 0.89$, $p = .376$ nicht signifikant aus; die beiden Kindergruppen weisen ein vergleichbares

Lebensalter auf.

Tabelle 12: Deskriptivstatistische Kennwerte: Alter der Kinder und Hörstatus

Hörstatus	Alter des Kindes					
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	Median
hörbeeinträchtigt	58	10.09	1.409	8	12	10
hörend	44	9.84	1.346	8	12	10
Gesamtsumme	102	9.98	1.379	8	12	10

9.3 Hörstatus der Eltern hörbeeinträchtigter Kinder

Um den Hörstatus der Eltern der hörbeeinträchtigten Kinder zu untersuchen, wurde eine Vierfeldertafel mit den Häufigkeiten und Anteilswerten erstellt (siehe Tabelle 13). Von den insgesamt 58 hörbeeinträchtigten Kindern hatten 20 (34,4%) zumindest einen hörbeeinträchtigten Elternteil, davon hatten 10 ausschließlich hörbeeinträchtigte Elternteile. Von 38 (65,6%) der hörbeeinträchtigten Kinder in dieser Untersuchung waren beide Elternteile hörend.

Tabelle 13: Häufigkeiten und Anteilswerte - Hörstatus der Eltern der hörbeeinträchtigten Kinder

		Hörstatus des Vaters		Gesamtsumme
		hörbeeinträchtigt	hörend	
Hörstatus der Mutter	hörbeeinträchtigt	10 (17,2%)	8 (13,8%)	18 (31,0 %)
	hörend	2 (3,4%)	38 (65,6%)	40 (69,0%)
Gesamtsumme		12 (20,6%)	46 (79,4%)	58 (100%)

Das entsprechende Zusammenhangsmaß für kategorielle Daten fiel mit Cramer's-V = .577 ($p < .001$) signifikant aus. Es kann eine Assoziation bei den Eltern dahingehend angenommen werden, dass der Hörstatus der Partner häufiger (82,8%) gleich ist, da exklusiv hörende Elternpaare (65,6%) und exklusiv hörbeeinträchtigte Elternpaare (17,2%) überwiegen.

9.4 Beginn der Hörbeeinträchtigung

Von den 58 hörbeeinträchtigten Kindern sind 32 (55,2%) von Geburt an betroffen, 16 (27,6%) sind im frühen Kindesalter bis drei Jahre erkrankt, 9 (15,5%) ab dem vierten Lebensjahr und nur ein Kind dieser Stichprobe war zum Zeitpunkt des Erwerbs älter als acht Jahre.

9.5 Zeitpunkt des Erwerbs der Gebärdensprache

Die Verteilung des Alters beim Erlernen der Gebärdensprache ist der Tabelle 14 zu entnehmen. Von den 58 Kindern der hörbeeinträchtigten Gruppe haben 19 (32,8%) laut Angaben der Eltern Gebärdensprache als Erstsprache erlernt, 31 Kinder (43,4%) erlernten die Gebärdensprache erst im Laufe der Zeit, 20 davon (64,5%) bis zum achten Lebensjahr und 11 Kinder (35,5%) danach.

Tabelle 14: Häufigkeiten und Anteilswerte – Alter zum Zeitpunkt des Erwerbs der Gebärdensprache

		Alter beim Erlernen der Gebärdensprache			Gesamtsumme
		0 – 3 Jahre	4 – 8 Jahre	> 8 Jahre	
Gebärdensprache als Erstsprache	Nein	2 (6,5%)	18 (58,1%)	11 (35,5%)	31 (53,4%)
	Ja	19 (32,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	19 (32,8%)
Gesamtsumme		21 (42,0%)	18 (36,0%)	11 (22,0%)	50 (100%)

Aufgrund der fehlenden Angaben der Eltern wird von weiteren 8 Kindern (13,9%) ausgegangen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung keine Gebärdensprache erlernt haben.

9.6 Grad der Hörbeeinträchtigung und Hörhilfe

Eine ausführliche Darstellung vom Beeinträchtigungsgrad und dem Verwenden einer Hörhilfe ist in Tabelle 15 zu finden. Unter den gültigen Fällen der hörbeeinträchtigten Gruppe ($n = 54$) stellt mit 35 (60,3%) die größte Gruppe der Kinder jene dar, die ein Hörgerät besitzen, 19 Kinder (32,9%) verfügten über ein Cochlea-Implantat und 4 (6,9%) hatten zum Erhebungszeitpunkt keine Hörhilfe, da den Angaben der Eltern zufolge ihr Grad der

Hörbeeinträchtigung zu gering ausfällt, es nicht gebraucht wird oder keine Angabe war. Von vier Kindern lagen keine Informationen über den Grad der Hörbeeinträchtigung vor.

Tabelle 15: Häufigkeiten und Anteilswerte - Grad der Hörbeeinträchtigung und Hörhilfe

		Grad der Hörbeeinträchtigung					Gesamtsumme
		20 - 39 dB	40 – 59 dB	60 – 69 dB	70 – 89 dB	90+ dB	
Art der Hörhilfe	keine	1 (1,9%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (7,45%)
	Hörgerät	0 (0,0%)	3 (5,6%)	13 (24,1%)	14 (25,9%)	2 (3,7%)	32 (59,3%)
	CI	1 (1,9%)	0 (0,0%)	1 (1,9%)	5 (9,3%)	11 (20,45)	18 (33,3%)
Gesamtsumme		2 (3,7%)	5 (9,3%)	15 (27,8%)	19 (53,2%)	13 (24,1%)	54 (100%)

9.7 Verwendung der Gebärdensprache und Hörstatus der Eltern

Bei 28 der 58 hörbeeinträchtigten Kindern gaben ihre Mütter an, dass diese nie Gebärdensprache verwenden. Es lassen sich neun Dyaden finden, welche nie gebärden, vier Dyaden verwenden immer Gebärdensprache. Eine umfassende Darstellung der ermittelten Häufigkeitskombinationen sind in Tabelle 16 zu finden.

Tabelle 16: Häufigkeiten und Anteilswerte – Verwendung von Gebärdensprache von Mutter und Kind

		Mutter – Verwendung Gebärdensprache					Gesamtsumme
		nie	selten	manchmal	oft	immer	
Kind – Verwendung Gebärdensprache	nie	9	8	8	3	0	28
	selten	0	1	2	1	0	4
	manchmal	0	2	2	2	1	7
	oft	0	0	1	7	0	8
	immer	0	0	0	7	4	11
Gesamtsumme		9	11	13	20	5	58

Um die Aufteilung der hörbeeinträchtigten Gruppe in Late und Native Signers (siehe Kapitel 1.6.3) beurteilen zu können, wurde mit Kreuztabellen der Zusammenhang vom

Hörstatus der Eltern und dem Verwenden von Gebärdensprache sowie dem Erlernen dieser (siehe Tabelle 17) dargestellt.

Tabelle 17: Häufigkeiten und Anteilswerte – Hörstatus der Eltern der hörbeeinträchtigten Stichprobe ($n = 58$) und Verwendung bzw. Erlernen der Gebärdensprache der Kinder

Hörstatus der Eltern	Kind Verwendung Gebärdensprache					Gesamtsumme
	nie	selten	manchmal	oft	immer	
hörbeeinträchtigt	0	1	1	13	5	20
hörend	9	10	12	7	0	38
Gesamtsumme	9	11	13	20	5	58

Hörstatus der Eltern	Alter Lernen Gebärdensprache				Gesamtsumme
	0 bis 3 Jahre	4 bis 8 Jahre	älter als 8 Jahre	keine Verwendung	
hörbeeinträchtigt	18	1	1	0	20
hörend	3	17	10	8	38
Gesamtsumme	21	18	11	8	58

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Verwendung der Gebärdensprache bei 25 (43,1%) Kindern mit *oft* bzw. *immer* von den Müttern angegeben wurde. Hinsichtlich des Alters beim Erlernen der Gebärdensprache wurde bei 21 (36,2%) ein früher Zeitpunkt (bis 3 Jahre) erhoben, worin 3 von 38 hörbeeinträchtigten Kindern mit hörenden Eltern enthalten sind.

9.8 Zugang zu hörbeeinträchtigten und hörenden Kindern

Das Ausmaß des Zugangs der hörbeeinträchtigten Stichprobe zu hörenden sowie hörbeeinträchtigten Kindern wurde in einem Rating durch die Mutter und das Kind erhoben. Aufgrund vieler fehlender Angaben in den Kinderratings wurden für die Untersuchung nur die Daten der Mütter herangezogen. Durch die fünfstufig skalierten Items (mit (0) „*nie*“ bis (4) „*immer*“) ergab sich ein durchschnittlicher Zugang mit $M = 2.55$ zu hörbeeinträchtigten Kindern sowie mit $M = 3.69$ zu hörenden Peers. Der Niveauunterschied des Ratings wurde mittels t-Test für verbundene Stichproben berechnet. Die Prüfgröße fiel mit $t(57) = -5.90$, ($p < .001$) signifikant aus, ein Niveauunterschied kann dahingehend angenommen werden, dass hörbeeinträchtigte Kinder wesentlich öfter

Kontaktmöglichkeiten zu hörenden Peers haben. Um den Zusammenhang der beiden Ratings beschreiben zu können, wurde darüber hinaus eine Produkt-Moment-Korrelation berechnet; der Koeffizient für den Zusammenhang fiel mit $r = .020$ ($p = .881$, zweiseitig, $n = 58$) nicht signifikant aus; es kann kein Zusammenhang angenommen werden. Die beiden Ratings verhalten sich demnach unabhängig, was darin begründet liegt, dass sich die Umgebung der hörbeeinträchtigten Kinder als variabel gestaltet.

9.9 Bevorzugte Kommunikationsform

Die Mutter und das Kind selbst wurden nach der bevorzugten Kommunikationsform (des Kindes) allgemein, im familiären Umfeld, in der Schule und im Umgang mit Freunden gefragt. Auch hier wurden aufgrund von fehlenden Angaben nur die Mutterdaten verwendet. Von den 58 hörbeeinträchtigten Kindern gaben die Mütter an, dass 3 Kinder (5,2%) Gebärdensprache, 36 Kinder (62,1%) die Lautsprache und 19 Kinder (32,8%) die totale Kommunikation (Gebärdensprache und Lautsprache werden gleichrangig verwendet) allgemein als Kommunikationsform präferieren. Zusätzlich wurden die jeweiligen Kommunikationsmuster der hörbeeinträchtigten Kinder miteinander verglichen. Dabei ließ sich feststellen, dass 9 (15,5%) ausschließlich die totale Kommunikation verwenden, 29 (44,8%) nur Lautsprache und nur ein Kind verwendet ausschließlich Gebärdensprache. 22 (37,9%) Kinder wählen ihre bevorzugte Kommunikationsform kontextabhängig. Nähere Ausführungen zu den Ausprägungen in den jeweiligen Bereichen lassen sich im Anhang finden.

9.10 Familienstruktur

Die Angaben der Mütter der gültigen Fälle ($n = 101$) zur Familienstruktur sind in Tabelle 18 dargestellt, eine Mutter hat hierzu keine Angaben gemacht. Die Mehrheit der Kinder wächst bei beiden Elternteilen auf (70,3%).

Tabelle 18: Häufigkeiten und Anteilswerte – Familienstruktur und Hörstatus des Kindes

		Kind wächst auf bei...			Gesamt
		Mutter	Vater	beiden Elternteilen	
Hörstatus des Kindes	hörbeeinträchtigt	17 (29,8%)	2 (3,5%)	38 (66,7%)	57 (100%)
	hörend	11 (25,0%)	0 (0,0%)	33 (75,0%)	44 (100%)
Gesamt		28 (27,2%)	2 (2,0%)	71 (70,3%)	101 (100%)

Die Prüfgröße für die Kreuztabelle fiel mit χ^2 (korrigiert mittels exaktem Test nach Fisher) = 1.62, $p = .524$ nicht signifikant aus; es kann kein Verteilungsunterschied der Familienstruktur bezüglich des Hörstatus’ angenommen werden.

9.11 Geschwister

Die Familiengröße, angegeben durch die Mutter, weist bei der hörenden Stichprobe eine durchschnittliche Kinderanzahl von $M = 2.32$, bei der hörbeeinträchtigten Gruppe eine durchschnittliche Kinderanzahl von $M = 2.45$ auf. Der Median beträgt in beiden Gruppen zwei. Die Prüfgröße für den U-Test nach Mann & Whitney fiel mit $U = 1214.5$ ($z = -0.45$), $p = .656$ nicht signifikant aus; die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich der Geschwisteranzahl nicht. Der U-Test wurde herangezogen, da die Kinderanzahl einer schiefen Verteilung unterliegt. Von der Gesamtstichprobe ($N = 102$) wachsen 86 mit einem Geschwisterkind auf, 16 Kinder haben keine Geschwister. Nähere Angaben zur Geschwisterposition sind in Tabelle 19 zu sehen.

Tabelle 19: Häufigkeiten und Anteilswerte – Geschwisterposition und Hörstatus des Kindes

		Geschwisterposition			Gesamt
		Erstgeborenes	mittleres Kind	Letztgeborenes	
Hörstatus des Kindes	hörbeeinträchtigt	21 (44,7%)	14 (29,8%)	12 (25,5%)	47 (100%)
	hörend	16 (41,0%)	5 (12,8%)	18 (46,2%)	39 (100%)
Gesamt		37 (43%)	19 (22,1%)	30 (34,9%)	86 (100%)

Die Prüfgröße für den Zusammenhang zwischen Hörstatus und Geschwisterposition fiel

mit $\chi^2(2) = 5.44$, $p = .066$ nicht signifikant aus; es kann in dieser Stichprobe kein besonderer Verteilungsunterschied in der Geschwisterreihenfolge bezüglich der beiden Gruppen angenommen werden.

Von der hörbeeinträchtigten Stichprobe ($n = 58$) haben insgesamt 48 Kinder Geschwister, 23 (47,9%) davon ein Geschwisterkind, wobei 17 (73,9%) davon keine Hörbeeinträchtigung aufweisen, 6 (26,1%) davon schon. 29 (60,4%) Kinder haben hörende Geschwister, 9 (18,8%) Kinder sind teilweise hörbeeinträchtigt und 10 (20,8%) der hörbeeinträchtigten Kinder haben ausschließlich Geschwister mit beeinträchtigtem Hörstatus. Die Verteilung des Hörstatus' der Geschwisterkinder ist in Tabelle 20 zu finden.

Tabelle 20: Häufigkeiten und Anteilswerte – Geschwisteranzahl und Hörstatus dieser

		Hörstatus der Geschwisterkinder			Gesamtsumme
		keine Beeinträchtigung	teilweise Beeinträchtigung	Beeinträchtigung	
Geschwisteranzahl	1 Geschwister	17	0	6	23
	2 Geschwister	9	6	2	17
	3 Geschwister	3	2	1	6
	4 Geschwister	0	1	0	1
	5 Geschwister	0	0	1	1
Gesamtsumme		29	9	10	48

9.12 Klassenform

Die Form der besuchten Klassen der hörenden sowie hörbeeinträchtigten Stichprobe ist in Tabelle 21 angeführt.

Tabelle 21: Häufigkeiten und Anteilswerte - Klassenform und Hörstatus des Kindes

		Klassenform			Gesamtsumme
		Inklusion	Integration	ausschließlich hörend	
Hörstatus des Kindes	hörbeeinträchtigt	40 (69,0%)	13 (22,4%)	5 (8,6%)	58 (100%)
	hörend	0 (0,0%)	1 (2,3%)	43 (97,7%)	54 (100%)
Gesamtsumme		40 (39,2%)	24 (13,7%)	48 (47,1%)	102 (100%)

Die Prüfgröße fiel mit $\chi^2(2) = 79.95$, $p = .001$ signifikant aus; die Art und die Form von Klassen bzw. Schultyp richten sich nach dem Hörstatus des Kindes.

9.13 Abklärung von Komorbiditäten

Aufgrund des Ausschlusskriteriums wurden keine Problematiken hinsichtlich dem Folgen des Lehrplans beobachtet. Bezüglich der zusätzlichen Beeinträchtigungen teilten vorrangig einige Mütter der hörbeeinträchtigten Stichprobe Einschränkungen mit ($n = 13$), welche im Anhang aufgelistet sind. Da die Angaben von zusätzlichen Defiziten jeweils von der Mutter stammen und kein klinischer bzw. psychologischer Befund vorliegt, wurde in dieser Untersuchung entschieden, keine der betroffenen Kinder auszuschließen.

10 Ergebnisse

10.1 Reliabilitätsanalysen der eingesetzten Skalen

Die Reliabilität beschreibt den Grad der Genauigkeit eines Messinstruments, das heißt, wie reliabel, zuverlässig und trennscharf, ein bestimmtes Merkmal gemessen wird (Kubinger, 2009). Im Folgenden werden die eingesetzten Skalen untersucht, um die Zuverlässigkeit der verwendeten Instrumente zu gewährleisten. Für ein messgenaues Verfahren wird im Allgemeinen ein Cronbach's Alpha (α) von über .80 angeführt (Bortz & Schuster, 2010). In dieser Untersuchung werden Skalen ab einem $\alpha = .50$ als noch reliabel betrachtet. Um Messfehler zu berücksichtigen, wird nach Rost (2004) zusätzlich die korrigierte Trennschärfe als „Korrelation eines Items i mit dem Testergebnis t definiert“ (S. 369) und als Item-Test-Korrelation (r_{it}) bezeichnet.

10.1.1 Reliabilitätsanalysen der Skalen „emotionale Probleme“ (SDQ-deu) & „kommunikative Kompetenz“

Die Skala *emotionale Probleme* aus dem SDQ-deu erreicht mit Cronbach's $\alpha = .818$ eine sehr zufriedenstellende Konsistenz. Auch für die 5-Item Skala *kommunikative Kompetenz* lässt sich mit $\alpha = .901$ zeigen, dass eine hohe Reliabilität vorliegt. Beide Ergebnisse zu den Reliabilitätsanalysen sind der Tabelle 22 zu entnehmen.

Tabelle 22: Reliabilitätskoeffizienten der Skalen „emotionale Probleme“ und „kommunikative Kompetenz“ nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)

Reliabilität der Skala „emotionales Befinden“				
	α	$Md r_{it}$	n	Itemanzahl
Elternversion	.818	.667	102	5
Reliabilität der Skala „kommunikative Kompetenz“				
	α	$Md r_{it}$	n	Itemanzahl
Elternversion	.901	.773	101	4

10.1.2 Reliabilitätsanalyse der Skala „Bindungsstil“

Die Konsistenzanalysen für die eigens konstruierten Skalen des Bindungsstils in Anlehnung an Juffer et al. 2008, ergaben für den *sicher-gebundenen Bindungsstil* eine noch befriedigende Reliabilität ($\alpha = .618$) und für den *unsicher-vermeidenden Bindungsstil* eine Messgenauigkeit an der untersten Grenze ($\alpha = .507$), während der *ängstlich-ambivalente Bindungsstil* innerhalb der vorliegende Stichprobe mit keiner ausreichenden Zuverlässigkeit erhoben werden konnte ($\alpha = .406$). Für die nachfolgenden Analysen sind somit nur die beiden reliablen Subskalen heranzuziehen. Die Ergebnisse zu den Reliabilitätsanalysen lassen sich der Tabelle 23 entnehmen.

Tabelle 23: Reliabilitätskoeffizient der Skala „Bindungsstil“ nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$).

Reliabilität der Skala „Bindungsstil“				
Bindungsstil	α	$Md r_{it}$	n	Itemanzahl
sicher-gebunden	.618	.516	102	3
unsicher-vermeidend	.507	.284	102	3
ängstlich-ambivalent	.406 ¹	.357	100	3

¹ Subskala ist nicht reliabel aufgrund Cronbach's $\alpha < .50$.

10.1.3 Reliabilitätsanalysen des SOCOMP

Die Skalen des SOCOMP ergaben großteils zufriedenstellende Ergebnisse, in Tabelle 24 sind die jeweiligen Reliabilitäten aufgelistet. Die Subskalen der Kinderversion *Führungsqualitäten* (Cronbachs $\alpha = .371$) und *Kooperation* (Cronbachs $\alpha = .461$) sind aufgrund eines zu niedrigen Cronbach's α nicht reliabel bzw. zu wenig konsistent. Die Trennschärfe würde sich erhöhen, wenn man Items aus der Berechnung ausschließt. Da die Subskalen aufgrund der geringen Itemanzahl relativ ungenau messen, um eine verallgemeinerbare Aussage zu treffen, ist es für die Interpretation von Vorteil, die übergeordneten Skalen *selbstorientierte* und *fremdorientierte verhaltensbezogene soziale Kompetenzen* sowie *positive Peerbeziehungen* heranzuziehen und die Subskalen für die nachfolgenden Analysen nicht zu verwenden.

Tabelle 24: Reliabilitätskoeffizient des SOCOMP nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)

Reliabilität der Skala der selbstorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen							
Skalenbezeichnung	Eltern- version α	Eltern- version $Md r_{it}$	Eltern- version n	Kind- version α	Kind- version $Md r_{it}$	Kind- version n	Item- anzahl
Führungsqualitäten	.580	.398	102	.371 ¹	.239	102	3
Fähigkeiten Grenzen zu setzen	.602	.395	101	.509	.380	102	3
Soziabilität	.754	.574	102	.616	.431	100	4
Gesamtskala	.798	.530	101	.694	.386	100	10
Reliabilität der Skala der fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen							
Skalenbezeichnung	Eltern- version α	Eltern- version $Md r_{it}$	Eltern- version n	Kind- version α	Kind- version $Md r_{it}$	Kind- version n	Item- anzahl
Prosoziales Verhalten	.725	.470	102	.601	.368	102	5
Kooperativität	.614	.377	101	.461 ¹	.243	102	5
Gesamtskala	.778	.456	101	.661	.348	102	10
Reliabilität der Skala positive Peerbeziehungen							
Skalenbezeichnung	Eltern- version α	Eltern- version $Md r_{it}$	Eltern- version n	Kind- version α	Kind- version $Md r_{it}$	Kind- version n	Item- anzahl
Positive Peerbeziehungen	.690	.409	101	.684	.466	101	5
Reliabilität des SOCOMP Gesamt (Selbst- und fremdorientierte Kompetenzen)							
Skalenbezeichnung	Eltern- version α	Eltern- version $Md r_{it}$	Eltern- version n	Kind- version α	Kind- version $Md r_{it}$	Kind- version n	Item- anzahl
SOCOMP Gesamt	.831	.426	100	.702	.314	99	25

¹ Subskala ist nicht reliabel aufgrund Cronbach's $\alpha < .50$.

10.2 Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC)

Ein weiteres Maß für die Berechnung der Beurteilerübereinstimmung stellt der Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) dar, der bei intervallskalierten Daten die Methode der Wahl ist (Wirtz & Caspar, 2002). Da das Erheben mittels desselben Frage-

bogens (SOCOMP) an die Mutter und das Kind gerichtet einen Sonderfall darstellt, wird die Übereinstimmung der einzelnen Dyaden anhand des zweifaktoriell gemischten, absoluten ICC-Koeffizienten beurteilt. In Tabelle 25 lassen sich die Ergebnisse der einzelnen Skalen und Subskalen nachlesen. Die Beurteilung der Höhe der Übereinstimmung orientiert sich an der Klassifikation nach Wirtz und Caspar (2002): Ein ICC im Bereich von 0 zeigt zufälliges Beurteilungsverhalten auf, während ein Wert von 1 eine vollkommen zuverlässige Merkmalseinschätzung durch die beiden Beurteiler bedeutet. Werte $\geq .70$ werden im Allgemeinen als Indikator für eine sehr gute Beurteiler-übereinstimmung angesehen.

Tabelle 25: Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) des SOCOMP

ICC – Intraklassen-Korrelationskoeffizient (n=58/hörbeeinträchtigt; n=44/hörend)				
SOCOMP-Skala	Hörstatus	ICC	KI (95%)	p
Gesamtskala	hörend	.630	[.313;.798]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.376	[-.018;.623]	.029
Selbstorientiert - Gesamt	hörend	.721	[.486;.848]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.629	[.369;.781]	< .001
<i>1. Soziabilität</i>	hörend	.621	[.301;.794]	.001
	hörbeeinträchtigt	.515	[.181;.713]	.001
<i>2. Führungsqualitäten</i>	hörend	.741	[.512;.861]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.620	[.357;.776]	< .001
<i>3. Grenzen setzen zu können</i>	hörend	.484	[.084;.714]	.008
	hörbeeinträchtigt	.483	[.144;.690]	.005
Fremdorientiert - Gesamt	hörend	.666	[.384;.818]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.546	[.231;.732]	.002
<i>1. Prosoziales Verhalten</i>	hörend	.437	[-.042;.694]	.034
	hörbeeinträchtigt	.576	[.285;.748]	.001
<i>2. Kooperativität</i>	hörend	.659	[.372;.814]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.504	[.157;.708]	.005
Positive Peerbeziehungen	hörend	.723	[.495;.848]	< .001
	hörbeeinträchtigt	.506	[.175;.706]	.002

Alle ICC-Koeffizienten erreichen ein signifikantes Niveau, wobei das Ausmaß unterschiedlich ausfällt: Vergleicht man die Gruppen hörender und hörbeeinträchtigter Kinder, lässt sich tendenziell eine niedrigere Übereinstimmung bei den Dyaden von

hörbeeinträchtigten Kindern feststellen, sowohl im Gesamtscore als auch bei den fremd- und selbstorientierten Gesamtwerten samt Subskalen (*Soziabilität, Führungsqualitäten, Kooperativität, Positive Peerbeziehungen*). Vor allem in der Skala *positive Peerbeziehungen* scheint die Übereinstimmung bei der hörbeeinträchtigten Stichprobe im Vergleich zu den hörenden Dyaden weniger ausgeprägt zu sein. Lediglich in der Subskala *Grenzen setzen zu können* findet sich ein beinahe gleicher ICC mit einem minimalen höheren Ergebnis in der hörenden Stichprobe, betrachtet man aber die Subskala *Prosoziales Verhalten*, liegt hingegen bei der hörbeeinträchtigten Stichprobe eine höhere Übereinstimmung gegenüber der hörenden Vergleichsgruppe vor.

10.3 Beantwortung der Fragestellungen

Um hörbeeinträchtigte Kinder und hörende Kinder hinsichtlich ihrer verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen (SOCOMP) zu vergleichen und die Unterschiedlichkeit zu prüfen, wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung unter Berücksichtigung des Zwischensubjektfaktors *Hörstatus des Kindes* (hörend vs. hörbeeinträchtigt) und des Innersubjektfaktors *Dyade* (Mutter – Kind) berechnet. Für eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit Inner- und Zwischensubjektfaktor können neben der Beurteilung der Haupteffekte auch Wechselwirkungen geprüft werden, weshalb insgesamt drei F-Tests vorliegen. Die Voraussetzung für eine zweifaktorielle Varianzanalyse wurden geprüft: Die Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene-Test untersucht und konnte angenommen werden ($p > .05$). Für die Normalverteilung der Messwerte in den beiden Untersuchungsgruppen mit $n = 58$ (hörbeeinträchtigte Kinder) und $n = 44$ (hörende Kinder) gilt das starke Gesetz der großen Zahlen; auf Grundlage der Gültigkeit des zentralen Grenzwerttheorems kann diese Verteilungsform der Daten angenommen werden, da die Stichprobenumfänge größer als 30 sind (Bortz & Döring, 2005, S. 411). Somit sind die Prämissen für eine Varianzanalyse erfüllt. Die Tabelle 26 zeigt die deskriptiv-statistischen Ausprägungen der Mutter-Kind-Dyaden bezüglich des kindlichen Hörstatus’.

Tabelle 26: Deskriptivstatistische Kennwerte (*M*, *SD*) der sozialen Kompetenzen (SOCOMP, (1) nicht zutreffend bis (3) zutreffend) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' des Kindes

	Hörstatus des Kindes	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Mutter	hörbeeinträchtigt	2.46	.24	58
	hörend	2.63	.21	44
	Gesamtsumme	2.54	.25	102
Kind	hörbeeinträchtigt	2.55	.19	58
	hörend	2.65	.15	44
	Gesamtsumme	2.59	.18	102

Die Prüfgröße für die Wechselwirkung aus *Dyade* x *Hörstatus des Kindes* fiel mit $F(1, 100) = 2.61$, $p = .109$, nicht signifikant aus; es kann keine signifikante Interaktion angenommen werden. Somit können die Haupteffekte ohne Einschränkung interpretiert werden. Der Zwischensubjektfaktor *Hörstatus des Kindes* fiel mit $F(1, 100) = 15.76$, $p < .001$, ($\eta^2_p = .136$) signifikant aus, was bereits einen mittelgroßen bis deutlichen Effekt anzeigt. Die hörenden Kinder und ihre Mütter gaben höhere Ratings im SOCOMP an als die hörbeeinträchtigten Dyaden. Für den Innersubjektfaktor *Dyade* konnte mit $F(1, 100) = 4.67$, $p = .033$ ($\eta^2_p = .045$) ein signifikanter Effekt beobachtet werden. Um diese Signifikanz bezüglich des Unterschieds im Gesamtwert des SOCOMPs zwischen Müttern und Kindern interpretieren zu können, wurden diese zusätzlich mittels t-Test für verbundene Stichproben, getrennt nach Hörstatus, ausgewertet. Bei der hörbeeinträchtigten Stichprobe sind die Bewertungen mit $t(57) = -2.56$, $p = .013$ signifikant unterschiedlich, die Kinder stufen sich nicht so beeinträchtigt ein wie ihre Mütter. Hörende Dyaden sind mit $t(43) = -0.45$, $p = .657$ nicht signifikant: Kinder und Mütter unterscheiden sich in ihrer Bewertung nicht. Die Kinder mit Hörbeeinträchtigung selbst schätzen ihre sozialen Kompetenzen besser ein als ihre Mütter, wie das Wechselwirkungsdiagramm in Abbildung 3 zeigt. Insgesamt liegt bei hörenden Dyaden die Einschätzung der sozialen Kompetenzen höher.

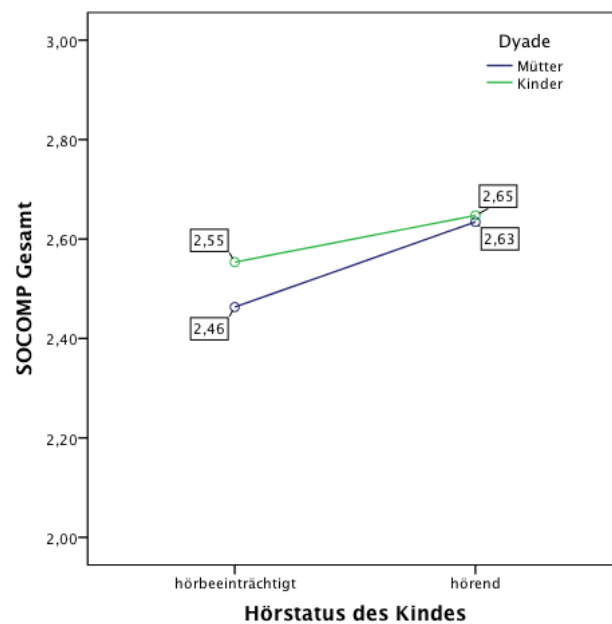


Abbildung 3: Wechselwirkungsdiagramm: Hörstatus des Kindes & Bewertungen der Dyaden (Mütter und Kinder) der gesamten sozialen Kompetenzen (SOCOMP Gesamt)

Um in der Gruppe der hörbeeinträchtigten Kinder die sozialen Kompetenzen unter Einfluss des elterlichen Hörstatus' zu untersuchen, wurden jene unterschieden, welche mindestens einen hörbeeinträchtigten Elternteil (Native Signers) aufwiesen, sowie jene Kinder, welche von hörenden Eltern stammen (Late Signers). Hierzu wurde eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung unter der Berücksichtigung des Zwischen-subjektfaktors *Hörstatus der Eltern* und des Innersubjektfaktors *Dyade* (Mutter – Kind) berechnet. Die hörende Vergleichsgruppe wurde in dieser Analyse nicht einbezogen. In Tabelle 27 finden sich die entsprechenden deskriptivstatistischen Werte.

Tabelle 27: Deskriptivstatistische Kennwerte (*M*, *SD*) der sozialen Kompetenzen (SOCOMP, (1) nicht zutreffend bis (3) zutreffend) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' der Eltern

	Hörstatus der Eltern	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
SOCOMP Gesamt - Mutter	hörbeeinträchtigt	2.57	.20	20
	hörend	2.41	.27	38
	Gesamtsumme	2.46	.24	58
SOCOMP Gesamt - Kind	hörbeeinträchtigt	2.58	.17	20
	hörend	2.54	.20	38
	Gesamtsumme	2.55	.19	58

Die Prüfgröße für den Wechselwirkungseffekt aus *Dyade* x *Hörstatus der Eltern* fiel mit $F(1, 56) = 2.97, p = .090, (\eta^2_p = .050)$ tendenziell signifikant aus, d.h. es kann ein Trend zu einer Wechselwirkung angenommen werden. Somit sind die Haupteffekte differenziert zu beurteilen. Der Haupteffekt des *Hörstatus der Eltern* fiel mit $F(1, 56) = 4.67, p = .035, (\eta^2_p = .077)$ signifikant aus, womit ein mittelgroßer Effekt zwischen hörenden und gehörlosen Eltern angezeigt wird. Der Innersubjektfaktor der *Dyade* im SOCOMP fiel mit $F(1, 56) = 3.78, p = .057, (\eta^2_p = .063)$ tendenziell signifikant aus. Es kann ein tendenzieller Unterschied zwischen Müttern und Kindern angenommen werden. Das zugehörige Wechselwirkungsdiagramm ist in Abbildung 4 zu sehen.

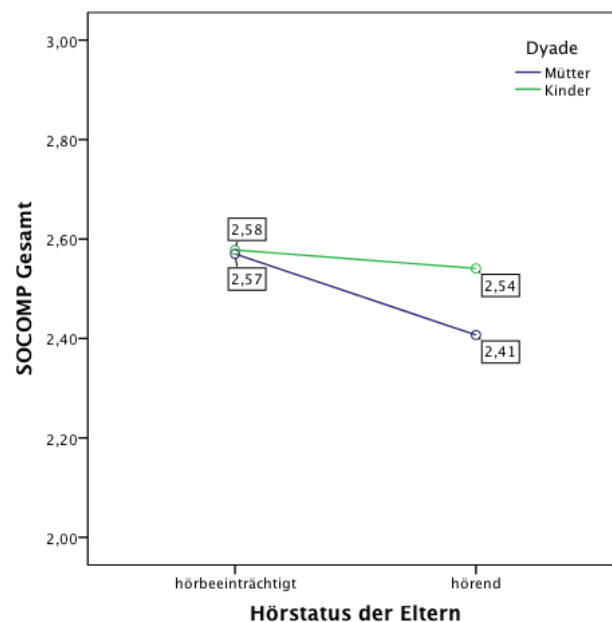


Abbildung 4: Wechselwirkungsdiagramm – hörbeeinträchtigte Kinder: Hörstatus der Eltern & Bewertungen der Dyaden (Mütter und Kinder) der gesamten sozialen Kompetenzen (SOCOMP Gesamt)

Um die Haupteffekte korrekt interpretieren zu können, wurden nachfolgend t-Tests für abhängige Stichproben berechnet, wobei ein Trennen zwischen hörenden und hörbeeinträchtigten Eltern notwendig war, um den Unterschied in den Dyaden zu untersuchen. Für die hörbeeinträchtigten Elternpaare (ein oder beide Elternteile sind hörbeeinträchtigt) fiel das Ergebnis mit $t(19) = -0.22, p = .829$ nicht signifikant aus; es kann kein Unterschied in der Beurteilung der sozialen Kompetenzen von Kindern und Müttern festgestellt werden. Dem gegenüber konnte bei hörenden Eltern eine signifikante Diskrepanz mit $t(37) = -2.72, p = .010$ beobachtet werden; hörende Mütter schätzen ihre Kinder betroffener ein. Zusätz-

lich wurde für diesen Unterschied die standardisierte Effektgröße mit $d = 0.44$ berechnet, was einen kleinen bis knapp mittelgroßen Effekt gemäß der Effektklassifikation (Cohen, 1988) darstellt.

Der SOCOMP lässt sich in drei Dimensionen teilen: die verhaltensnahen Kompetenzen - unterteilt in *selbstorientierte* und *fremdorientierte soziale Kompetenzen* - und *positive Peerbeziehungen*. Um diese drei Dimensionen in der hörbeeinträchtigten Gruppe bezüglich des elterlichen Hörstatus' näher zu untersuchen, wurde dreimalig eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung unter der Berücksichtigung des Zwischensubjektfaktors *Hörstatus der Eltern* und des Innersubjektfaktors *Dyade* (Mutter – Kind) in den jeweiligen Dimensionen mit jeweils drei F-Tests berechnet. In Tabelle 28 sind die deskriptivstatistischen Kennwerte aufgelistet.

Tabelle 28: Deskriptivstatistische Kennwerte (M , SD) der sozialen Kompetenzen (Dimensionen des SOCOMP, (1) „nicht zutreffend“ bis (3) „zutreffend“) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' der Eltern

Dimension des SOCOMPs	Hörstatus der Eltern	M	SD	n
Positive Peerbeziehungen - Mütter	hörbeeinträchtigt	2.64	.22	20
	hörend	2.54	.36	38
	Gesamtsumme	2.58	.32	58
Positive Peerbeziehungen - Kinder	hörbeeinträchtigt	2.68	.29	20
	hörend	2.74	.28	38
	Gesamtsumme	2.72	.29	58
Selbstorientierte soziale Kompetenzen - Mütter	hörbeeinträchtigt	2.39	.29	20
	hörend	2.18	.40	38
	Gesamtsumme	2.25	.38	58
Selbstorientierte soziale Kompetenzen - Kinder	hörbeeinträchtigt	2.45	.22	20
	hörend	2.34	.33	38
	Gesamtsumme	2.38	.30	58
Fremdorientierte soziale Kompetenzen – Mütter	hörbeeinträchtigt	2.72	.22	20
	hörend	2.57	.33	38
	Gesamtsumme	2.62	.30	58
Fremdorientierte soziale Kompetenzen - Kinder	hörbeeinträchtigt	2.66	.23	20
	hörend	2.63	.27	38
	Gesamtsumme	2.65	.25	58

In der Skala *selbstorientierte soziale Kompetenzen*, beurteilt durch die Kinder, liegt eine Varianzheterogenität vor, die Kinder der hörbeeinträchtigten und hörenden Eltern unterscheiden sich in der Streuung ($p = .027$). Die Varianzanalyse reagiert robust

gegenüber der Verletzung der Homogenität bei in etwa gleich großen Stichprobenumfängen. Bei der Dimension *selbstorientierte soziale Kompetenzen* liegt ein nicht signifikanter Wechselwirkungseffekt aus *Dyade* x *Hörstatus der Eltern* mit $F(1, 56) = 1.38$, $p = .264$ vor (Abbildung 5). Der Unterschied zwischen den Mütter- und Kinderbeurteilungen ist nicht eindeutig, somit ist eine uneingeschränkte Interpretation der Haupteffekte nicht möglich. Für den Haupteffekt *Dyade* mit $F(1, 56) = 5.45$, $p = .023$ ($\eta^2_p = .089$) ergab sich ein mittlerer Effekt. Der Zwischensubjektfaktor *Hörstatus der Eltern* fiel mit $F(1, 56) = 4.04$, $p = .049$ ($\eta^2_p = .067$) knapp signifikant aus. Die Einschätzung der Kinder scheint sich immer oberhalb jener der Mutter zu bewegen, unabhängig des elterlichen Hörstatus'. Im Gesamten beurteilen sich hörbeeinträchtigte Dyaden besser als die Dyaden mit hörenden Eltern.

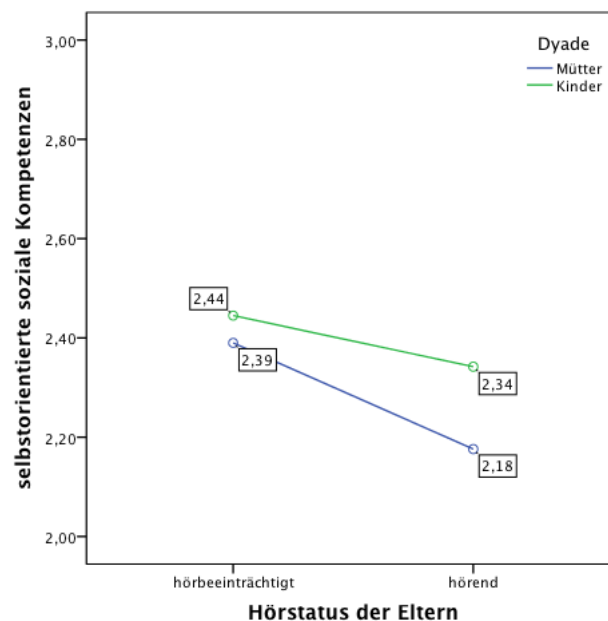


Abbildung 5: Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich ihrer selbstorientierten sozialen Kompetenzen (SOCOMP)

Bei der Skala *fremdorientierte soziale Kompetenzen* fiel die Wechselwirkung *Dyade* x *Hörstatus der Eltern* mit $F(1, 56) = 2.11$, $p = .152$ ($\eta^2_p = .036$) nicht signifikant aus. Das Wechselwirkungsdiagramm ist in Abbildung 6 zu sehen. Um nun den nicht signifikanten Haupteffekt der *Dyade* mit $F(1, 56) = 0.03$, $p = .870$ und den nicht signifikanten Haupteffekt aus dem Zwischensubjektfaktor *Hörstatus der Eltern* mit $F(1, 56) = 1.69$, $p = .199$ korrekt interpretieren zu können, ist es notwendig, die einzelnen Verhältnisse

näher zu betrachten, da zwar die Wechselwirkung nicht signifikant ist, der Verlauf der Graphen (Abbildung 6) es dennoch nahe legt.

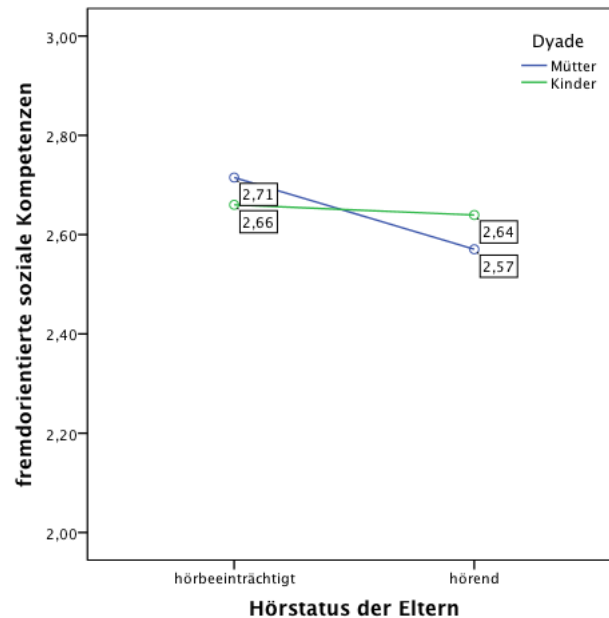


Abbildung 6: Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich der fremdorientierten sozialen Kompetenzen (SOCOMP)

Aufgrund der Unterschiede in der Mutterbewertung von hörenden und hörbeeinträchtigten Eltern wurden zwei t-Tests für unabhängige Stichproben berechnet. Der Unterschied zwischen hörenden und hörbeeinträchtigten Eltern ist mit $t(56) = 1.77, p = .083$ tendenziell signifikant, hörende Mütter gaben tendenziell niedrigere Einschätzungen der fremdorientierten sozialen Kompetenzen ihrer Kindes an. Die Kinder unterschieden sich mit $t(56) = .290, p = .773$ nicht signifikant.

Für die Skala *positive Peerbeziehungen* lässt die Wechselwirkung *Dyade x Hörstatus der Eltern* mit der Prüfgröße $F(1, 56) = 2.94, p = .092$ ($\eta^2_p = .050$) eine tendenzielle, aber nicht signifikante Interaktion feststellen, die Haupteffekte sind folglich differenziert zu interpretieren. Der Haupteffekt der *Dyade* ist mit der Prüfgröße $F(1, 56) = 6.65, p = .013$ ($\eta^2_p = .106$) signifikant. Für den *Hörstatus der Eltern* lässt sich jedoch kein signifikanter Haupteffekt mit $F(1, 56) = 0.07, p = .793$ feststellen. Das Wechselwirkungsdiagramm ist der Abbildung 7 zu entnehmen.

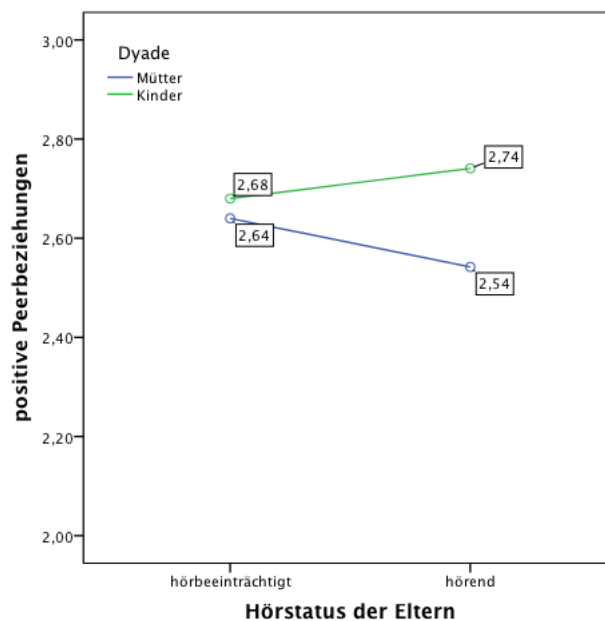


Abbildung 7: Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich ihrer positiven Peerbeziehungen (SOCOMP)

Um die Wechselwirkung differenziert deuten zu können, sind nachfolgend t-Tests für unabhängige Stichproben zu berechnen. Bei Müttern und Kindern der hörbeeinträchtigten Dyaden ist der Unterschied ihrer Beurteilung mit $t(19) = -0.75$, $p = .464$ nicht signifikant. Dem gegenüber kann für hörende Mütter angenommen werden, dass sie sich in der Beurteilung ihres hörbeeinträchtigten Kindes mit $t(37) = -3.27$, $p = .002$ unterscheiden. Die entsprechende, standardisierte Effektgröße mit $d = 0.53$ lässt auf einen mittelgroßen Unterschied schließen (Cohen, 1988).

Um folglich den Einfluss der Verwendung der Gebärdensprache des hörbeeinträchtigten Kindes auf seine sozialen Kompetenzen zu untersuchen, wird der Korrelationskoeffizient der Spearman'schen Rangkorrelation (aufgrund der schiefen Verteilung) zwischen der Verwendung der Gebärdensprache und den SOCOMP-Komponenten berechnet. Hierbei wurden das Mutter- und Kind-Rating getrennt analysiert und in weiterer Folge miteinander verglichen. Für die Gesamtskala des SOCOMPs, beurteilt durch die hörbeeinträchtigten Kinder selbst, ergab sich ein mittlerer positiver Zusammenhang mit $r_s = .380$ ($p = .003$, zweiseitig, $n = 58$). Dies deutet darauf hin, dass die häufige Verwendung der Gebärdensprache mit den sozialen Kompetenzen einhergeht. Dieses Ergebnis konnte mit $r_s = .368$

($p = .004$, zweiseitig, $n = 58$) in der Mutterbeurteilung bestätigt werden. Betrachtet man die einzelnen Dimensionen differenziert, lässt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den *selbstorientierten sozialen Kompetenzen* (Kinder) und der Verwendung der Gebärdensprache mit $r_s = .372$ ($p = .004$, zweiseitig, $n = 58$) beobachten, während für die *positiven Peerbeziehungen* (Kinder) der Zusammenhang nur noch tendenziell signifikant ist mit der Prüfgröße $r_s = .245$ ($p = .064$, zweiseitig, $n = 58$). In gar keinem Zusammenhang mit $r_s = .021$ ($p = .873$, zweiseitig, $n = 58$) stehen hingegen die *fremdorientierten sozialen Kompetenzen* (Kinder) und die Verwendung der Gebärdensprache. Dem gegenüber ist die Beurteilung der Mutter in den einzelnen SOCOMP-Komponenten zu nennen, welche sich auch mit den Ergebnissen der Kinderversion decken: der Zusammenhang von der Verwendung der Gebärdensprache des Kindes und den *selbstorientierten sozialen Kompetenzen* (Mütter) ist mit $r_s = .311$ ($p = .018$, zweiseitig, $n = 58$) signifikant, der Zusammenhang mit den fremdorientierten sozialen Kompetenzen (Mütter) ist mit $r_s = .036$ ($p = .790$, zweiseitig, $n = 58$) nicht signifikant, während ein tendenzieller Zusammenhang zu den *positiven Peerbeziehungen* (Mütter) mit $r_s = .296$ ($p = .024$, zweiseitig, $n = 58$) signifikant ausfällt. Die Verwendung der Gebärdensprache ergibt bei der Beurteilung des Kindes und der Mutter also die gleichen Zusammenhänge; Kinder mit höheren selbstorientierten sozialen Kompetenzen scheinen die Gebärdensprache auch öfter zu verwenden, während Kinder mit höherer Ausprägung in ihren fremdorientierten sozialen Kompetenzen eher weniger von der Verwendung abhängig sind. Für positive Peerbeziehungen scheint ein schwacher Zusammenhang zwischen den sozialen Kompetenzen und der Verwendung der Gebärdensprache vorzuliegen.

Das Erlernen der Gebärdensprache liegt in einem 4-stufigen Kategoriensystem vor (*0 - 3 Jahre, 4 - 8 Jahre, älter als 8 und keine Verwendung*). Aufgrund des Beantwortungsformats bedeutet ein niedriger Wert im Rating ein bereits langes Erlernen, was vermuten lässt, dass die Zusammenhänge vom Zeitpunkt des Erlernens der Gebärdensprache und den Mütter- und Kinderbewertungen des SOCOMPs negativ korrelieren werden. Auch hier ist die Spearman'sche Rangkorrelation die Methode der Wahl, wieder wurde zwischen den Mütter- und Kinderbewertungen unterschieden. Es liegt ein mittlerer signifikanter Zusammenhang von der Gesamtskala des SOCOMPs (Mutter) und dem Alter beim Erlernen der Gebärdensprache mit $r_s = -.292$ ($p = .026$, zweiseitig, $n = 58$) vor, ein ähnlicher Zusammenhang mit $r_s = -.274$ ($p = .038$, zweiseitig, $n = 58$) lässt sich für den

SOCOMP bewertet durch das Kind feststellen. Das Alter beim Erlernen der Gebärdensprache korreliert mit den sozialen Kompetenzen des Kindes, je früher sie erlernt wird, desto besser scheint sich das auf die sozialen Kompetenzen auszuwirken. Ein signifikanter Zusammenhang liegt zwischen den *selbstorientierten sozialen Kompetenzen* und dem Erlernen mit der Mütterbeurteilung $r_s = -.267$ ($p = .043$, zweiseitig, $n = 58$) und mit $r_s = -.310$ ($p = .018$, zweiseitig, $n = 58$) beurteilt durch die hörbeeinträchtigten Kinder von hörenden und hörbeeinträchtigten Eltern. Kein signifikanter Zusammenhang lässt sich sowohl bei den *fremdorientierten sozialen Kompetenzen* mit $r_s = -.039$ ($p = .772$, zweiseitig, $n = 58$) im Mütterrating und mit $r_s = -.004$ ($p = .977$, zweiseitig, $n = 58$) im Kinderrating feststellen, als auch bei den *positiven Peerbeziehungen* und dem Zeitpunkt des Erlernens der Gebärdensprache mit $r_s = -.125$ ($p = .350$, zweiseitig, $n = 58$) (Mutter) und $r_s = -.013$ ($p = .921$, zweiseitig, $n = 58$) (Kinder).

Da die Korrelationen vom Verwenden sowie Erlernen der Gebärdensprache zu den sozialen Kompetenzen in ähnlicher Weise vorliegen, belegen diese Ergebnisse einen Zusammenhang zwischen dem Verwenden und dem Erlernen. Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung in Tabelle 29, lässt sich daraus schließen, dass die Mehrheit der Kinder, die Gebärdensprache im frühen Kindesalter erlernt haben, diese nach wie vor auch *oft* bis *immer* verwenden. Der Zeitpunkt des Erlernens der Gebärdensprache und die Verwendung dieser hängen demnach eng zusammen. Je früher man die Gebärdensprache erlernt, umso häufiger verwendet man sie auch.

Tabelle 29: Häufigkeiten und Anteilswerte – Verwendung der Gebärdensprache des Kindes und Alter beim Erlernen dieser

		Kind - Verwendung Gebärdensprache					Gesamtsumme
		nie	selten	manchmal	oft	immer	
Alter beim Erlernen der Gebärdensprache	0 bis 3 Jahre	0	0	1	15	5	21
	4 bis 8 Jahre	0	7	9	2	0	18
	älter als 8 Jahre	1	4	3	3	0	11
	keine Verwendung	8	0	0	0	0	8
Gesamtsumme		9	11	13	20	5	58

Um die Ergebnisse der Hauptfragestellungen korrekt interpretieren zu können, wurden zusätzlich noch Nebenfragestellungen formuliert. Daher wurden der *Bindungsstil* und die *Beziehungsqualität* von Müttern zu deren Kindern, sowie *emotionale Probleme* und die

kommunikative Kompetenz, sowohl zwischen den hörenden und hörbeeinträchtigten Kindern, als auch innerhalb der hörbeeinträchtigten Untersuchungsgruppe (Late vs. Native Signers) verglichen. Zunächst wurden die hörende und die hörbeeinträchtigte Gruppe hinsichtlich der oben genannten Skalen unterschieden.

Da die Beziehung zum Kind in beiden Untersuchungsgruppen anhand einer 1-Item-Messung erhoben wurde und in fast allen Fällen die Mütter eine relativ hohe Bewertung angaben, wird aufgrund der schiefen Verteilung ein U-Test nach Mann & Whitney herangezogen. Die Prüfgröße fiel mit $U = 1068.0$ ($z = -2.36$), $p = .019$ signifikant aus; es kann ein Unterschied dahingehend angenommen werden, dass Mütter von hörenden Kindern eine höhere Beziehungsqualität zu ihrem Kind angaben als die Mütter der hörbeeinträchtigten Vergleichsgruppe.

Die drei Bindungsstile wurden durch auf Reliabilität geprüfte, intervallskalierte Items erfasst, weshalb t-Tests berechnet werden. In Ergänzung wird der *ängstlich-ambivalente Bindungsstil* nicht für den Vergleich herangezogen, da diese Skala nicht ausreichend konsistent genug war (siehe Kapitel 10.1.3). Die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p < .001$ nicht angenommen werden) für den *sicher-gebundenen Bindungsstil* fiel mit $t(88.56) = -3.64$, $p < .001$ signifikant aus, Mütter von hörenden Kindern beurteilten ihr Kind sicherer gebunden als Mütter von hörbeeinträchtigten Kindern. Die Prüfgröße für den *unsicher-vermeidenden Bindungsstil* (Varianzhomogenität konnte mit $p = .116$ angenommen werden) fiel mit $t(100) = 1.16$, $p = .250$ nicht signifikant aus; Mütter von hörenden und hörbeeinträchtigten Kindern beurteilten ihre Kinder hinsichtlich des unsicher-vermeidenden Bindungsstils nicht unterschiedlich.

Für die Skala *emotionalen Probleme* fiel die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p = .097$ angenommen werden) mit $t(100) = 1.82$, $p = .072$ ($d = 0.36$) tendenziell signifikant aus, es kann ein Trend dahingehend erwartet werden, dass hörbeeinträchtigte Kinder eine höhere Ausprägung aufweisen, was auf emotionale Probleme hindeutet.

Die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p < .001$ nicht angenommen werden) für die Skala *kommunikative Kompetenz* fiel mit $t(82.69) = -4.60$, $p < .001$ ($d = 0.93$) signifikant aus; es kann daher festgestellt werden, dass hörende Kinder höhere kommunikative Kompetenz im Vergleich zur ihren hörbeeinträchtigten AltersgenossInnen

aufweisen. Deskriptivstatistische Normwerte zur *Beziehung* sowie zum *Bindungsstil*, den Skalen *emotionale Probleme* und *kommunikative Kompetenz* von hörbeeinträchtigten und hörenden Kindern, finden sich in Tabelle 30.

Tabelle 30: Deskriptivstatistische Kennwerte (*M*, *SD*) der Mutter-Kind-Beziehung (mit (1) „sehr schlecht“ bis (5) „sehr gut“), der sicher-gebundene und unsicher-vermeidende Bindungsstil (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“), emotionale Probleme (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“) und kommunikative Kompetenz (mit (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft genau zu“) in Abhängigkeit des Hörstatus' des Kindes

	Hörstatus des Kindes	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>
Mutter-Kind-Beziehung	hörbeeinträchtigt	4.76	.51	58
	hörend	4.96	.21	44
	Gesamtsumme	4.84	.42	102
Sicher-gebundener Bindungsstil	hörbeeinträchtigt	2.67	.42	58
	hörend	2.89	.21	44
	Gesamtsumme	2.76	.36	102
Unsicher-vermeidender Bindungsstil	hörbeeinträchtigt	1.13	.27	58
	hörend	1.07	.28	44
	Gesamtsumme	1.10	.28	102
Emotionale Probleme	hörbeeinträchtigt	1.49	.52	58
	hörend	1.32	.39	44
	Gesamtsumme	1.42	.47	102
Kommunikative Kompetenz	hörbeeinträchtigt	4.26	.86	58
	hörend	4.84	.37	43
	Gesamtsumme	4.51	.75	101

Anmerkung: Der ängstlich-ambivalente Bindungsstil wurde aufgrund mangelnder Reliabilität nicht für den Vergleich herangezogen.

Um in der Gruppe der hörbeeinträchtigten Kinder differenzieren zu können, wurde je nach elterlichem Hörstatus unterschieden (Late vs. Native Signers), die Gruppe der hörenden Kinder wurde in folgende Analysen nicht miteinbezogen.

Hinsichtlich der *Mutter-Kind-Beziehung* konnte mit der Prüfgröße $U = 372.0$ ($z = -0.19$), $p = .853$ ein nicht signifikanter Unterschied ermittelt werden. Die Bewertungen der Mütter unterschieden sich in den beiden Versuchsgruppen nicht voneinander. Die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p = .605$ angenommen werden) fiel für den *sicher-gebundenen Bindungsstil* mit $t(56) = -0.14$, $p = .888$ nicht signifikant aus; unabhängig vom elterlichen Hörstatus sind die beiden Gruppen in ihrem sicher-gebundenen Bindungsstil vergleichbar. Die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p = .175$ angenommen werden) für den *unsicher-vermeidenden Bindungsstil* fiel mit $t(56) = -0.65$, $p = .518$ nicht signifikant aus; auch dieser Bindungsstil ist von Müttern von Late und Native Signers

vergleichbar.

Die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p = .031$ nicht angenommen werden) für die Skala *emotionale Probleme* fiel mit $t(55.45) = -3.49$, $p < .001$ ($d = 0.97$) signifikant aus. Es kann ein deutlicher Unterschied zwischen der emotionalen Belastung von Late und Native Signers angenommen werden. Hörende Mütter von hörbeeinträchtigten Kindern schätzen ihr Kind in seiner Emotionalität beeinträchtigt ein. Hingegen fällt in der *kommunikativen Kompetenz* die Prüfgröße (Varianzhomogenität konnte mit $p = .137$ angenommen werden) mit $t(56) = 1.21$, $p = .231$ ($d = 0.33$) nicht signifikant aus; dort schätzen die Mütter ihre hörbeeinträchtigten Kinder nicht unterschiedlich ein.

Tabelle 31: Deskriptivstatistische Kennwerte (M , SD) in der Mutter-Kind-Beziehung (mit (1) „sehr schlecht“ bis (5) „sehr gut“), der sicher-gebundene und unsicher-vermeidende Bindungsstil (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“), emotionale Probleme (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“) und kommunikative Kompetenz (mit (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft genau zu“) in Abhängigkeit des Hörstatus' der Eltern

	Hörstatus der Eltern	M	SD	n
Mutter-Kind-Beziehung	hörbeeinträchtigt	4.80	.41	20
	hörend	4.74	.56	38
	Gesamtsumme	4.76	.51	58
Sicher-gebundener Bindungsstil	hörbeeinträchtigt	2.65	.40	20
	hörend	2.67	.44	38
	Gesamtsumme	2.76	.36	58
Unsicher-vermeidender Bindungsstil	hörbeeinträchtigt	1.10	.19	20
	hörend	1.15	.31	38
	Gesamtsumme	1.13	.27	58
Emotionale Probleme	hörbeeinträchtigt	1.23	.32	20
	hörend	1.63	.56	38
	Gesamtsumme	1.49	.52	58
Kommunikative Kompetenz	hörbeeinträchtigt	4.45	.70	20
	hörend	4.16	.92	38
	Gesamtsumme	4.26	.86	58

Anmerkung: Der ängstlich-ambivalente Bindungsstil wurde aufgrund mangelnder Reliabilität nicht für den Vergleich herangezogen.

11 Diskussion und Interpretation

Ziel dieser Untersuchung war es, verhaltensbezogene selbst- und fremdorientierte soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder unter Einfluss ihrer Gebärdensprachfähigkeit zu ermitteln. Um Aussagen bezüglich ihrer verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen treffen zu können, wurden anhand von 102 Dyaden, davon 58 hörbeeinträchtigte und 44 hörende Kinder, mittels SOCOMP (Perren, 2008) die selbstorientierten sozialen Kompetenzen, fremdorientierten sozialen Kompetenzen sowie positiven Peerbeziehungen erhoben und mit ihren sozialstatistischen Daten verglichen.

In dieser Untersuchung konnten bereits bestehende Erkenntnisse hinsichtlich der Gegenüberstellung von sozialen Kompetenzen hörender und hörbeeinträchtigter Kleinkinder (z.B. Barnett et al., 2012; Hoffman et al., 2015; Preisler et al., 2002) bestätigt werden: Hörbeeinträchtigte Schulkinder zeigen im Vergleich zu hörenden Peers signifikante Defizite in ihren sozialen Kompetenzen auf.

Erstmalig wurden verhaltensbezogene soziale Kompetenzen von hörbeeinträchtigten Schulkindern anhand von Mutter- und Kinderratings untersucht. Hörende Dyaden schätzten sich im Vergleich zu Dyaden mit einem hörbeeinträchtigten Kind nicht nur besser ein, die Mutter- und Kinderbeurteilungen unterscheiden sich auch nicht voneinander. Hörbeeinträchtigte Kinder hingegen beurteilen sich selbst als sozial kompetenter als ihre Mütter, worauf in der weiteren Unterscheidung anhand des elterlichen Hörstatus' näher eingegangen wird.

Die ungleiche Verteilung in dieser Stichprobe der hörbeeinträchtigten Kinder mit hörbeeinträchtigten und hörenden Eltern lässt die zuvor theoretische Vermutung bestätigen, dass die Minderheit (etwa nur 10% der hörbeeinträchtigten Population) hörbeeinträchtigte Eltern hat (Krausneker, 2006). Hörbeeinträchtigte Kinder aus Familien mit zumindest einem hörbeeinträchtigten Elternteil (Native Signers) scheinen laut den Angaben der Mütter in ihren verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen weniger beeinträchtigt zu sein als jene aus einer hörenden Familie. Bezieht man die Ergebnisse nun auf das Erlernen der Gebärdensprache und geht man davon aus, dass jene Kinder mit hörbeeinträchtigten Elternteilen in einem gebärdensprachlichen Umfeld aufwuchsen, könnte man an dieser Stelle die Vermutung eines Vorteils in sozialen Kompetenzen von Native

Signers gegenüber Late Signers (z.B. Schick et al., 2007) bestätigen .

Neu ist hier allerdings, dass sich Kinder selbst mittels Rating einschätzen durften und es zu keinem Unterschied in der Selbstbeurteilung zwischen Late und Native Signers gekommen ist. Dies lässt die Vermutung offen, dass hörende Elternpaare ihr hörbeeinträchtigtes Kind in ihren sozialen Verhaltensweisen signifikant niedriger einstufen, da sie aufgrund der kindlichen Beeinträchtigung dazu tendieren, dem Kind weniger zuzutrauen. Wisch (1990) betonte in diesem Zusammenhang die Vorteile von Native Signers aufgrund der bestehenden Akzeptanz von hörbeeinträchtigten Eltern, die (mehr oder weniger vorhanden) bei der Bewertung der hörbeeinträchtigten sowie hörenden Elternpaare ihres hörbeeinträchtigten Kindes zum Tragen kommen könnte. In Diskrepanz dazu steht die Selbstbewertung der Kinder: Kinder, welche nicht Gebärdensprache als Erstsprache erlernt haben, scheinen sich also nicht weniger sozial umgänglich als ihre gebärdensprachlich erzogenen AltersgenossInnen einzuschätzen. Dies bestätigt, was Schick et al. (2007) und Woolfe et al. (2002) bereits in ihren Untersuchungen vermutet haben.

Aufgrund der Diskrepanz bedarf es einer näheren Betrachtung der drei gemessenen Faktoren der sozialen Kompetenzen. Die verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen lassen sich in zwei Komponenten gliedern: Unabhängig vom Hörstatus der Eltern zeigten hörbeeinträchtigte Kinder höhere fremdorientierte als selbstorientierte soziale Kompetenzen. Hierzu lässt sich auf der Grundlage von Perren et al. (2008) rückschließen, dass sich hörbeeinträchtigte Kinder - angesichts ihrer Einschränkung - eher auf andere verlassen und mit anderen zu kooperieren bzw. ihre Bedürfnisse an die der Peers anpassen, anstatt selbst soziale Interaktionen zu initiieren.

Die Einschätzungen der hörbeeinträchtigten Kinder scheinen sich auch in ihren *selbst-orientierten sozialen Kompetenzen* – unabhängig vom elterlichen Hörstatus – oberhalb der Mutterbeurteilungen zu bewegen. Native Signers zeigen auch hier wieder einen tendenziellen Vorteil gegenüber den Late Signers. Hörbeeinträchtigte Kinder mit hörenden Eltern scheinen sich bezüglich ihrer selbstorientierten sozialen Kompetenzen weniger zuzutrauen. Native Signers zeigen demnach eher selbstbestimmtes Verhalten in Interaktionen als Late Signers und können eher als InitiatorInnen in sozialen Begegnungen beschrieben werden. Selbstorientierte soziale Kompetenzen stehen im positiven Zusammenhang mit der Verwendung und dem Erlernen der Gebärdensprache, je häufiger

und früher diese erlernt bzw. verwendet wird, desto bessere selbstorientierte soziale Kompetenzen resultieren daraus. Gebärdensprache könnte hier als Indikator für selbstorientierte soziale Kompetenzen genannt werden und möglicherweise dem hörbeeinträchtigten Kind mehr Sicherheit und Selbstvertrauen geben, um auf Peers zuzugehen. Dies deckt sich auch mit der Ansicht von Jerusalem und Klein-Heßling (2002), welche davon ausgehen, dass sozial kompetentes Verhalten nur ausgeführt werden kann, wenn das Kind nicht an sich selbst zweifelt.

Auch bei *fremdorientierten sozialen Kompetenzen* deutet sich ein Vorteil der Native Signers gegenüber den Late Signers an: Late Signers zeigen tendenziell niedrigere Ergebnisse als Native Signers. Hörbeeinträchtigte Kinder mit hörenden Eltern zeigen also tendenziell weniger kooperative und prosoziale Verhaltensweisen als Kinder, welche ihren verminderten Hörstatus mit einem oder beiden ihrer Eltern teilen. Studien konnten schon bestätigen, dass Late Signers im Vergleich zu Native Signers vermehrt Probleme mit der sozialen Perspektivenübernahme, begründet durch Defizite in ihrer Gebärdensprachfähigkeit haben (Meristo et al. 2007; Schick et al. 2007; Tomasuolo et al. 2013; Woolfe et al. 2002). Zwischen den fremdbezogenen sozialen Kompetenzen und dem Verwenden sowie Erlernen der Gebärdensprache von hörbeeinträchtigten Schulkindern lässt sich aber kein Zusammenhang finden. Fremdorientierte soziale Kompetenzen scheinen also nicht vom Beherrschen der Gebärdensprache abhängig zu sein.

Defizite in fremd- oder selbstorientierten sozialen Kompetenzen hängen eng mit Problemen in Peerbeziehungen zusammen (Perren, 2008), welche im Schulalter von zentraler Wichtigkeit sind. Bezüglich der Einschätzungen in der Skala *positive Peerbeziehungen* lassen sich in der Selbsteinschätzung zwischen Late und Native Signers keine signifikante Unterschiede finden. Hörende Mütter unterschätzen aber die positiven Peerbeziehungen im Vergleich zur Einstufung des hörbeeinträchtigten Kindes, was sich mit den beurteilten Defiziten der hörenden Mütter in den Dimensionen der verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen deckt.

Es konnte kein Zusammenhang zwischen dem Status der Peerbeziehungen und dem Zeitpunkt des Erlernens der Gebärdensprache gefunden werden, hingegen ließ sich eine tendenzielle positive Korrelation zwischen positiven Peerbeziehungen und der Verwendung von Gebärdensprache bei der Kinder- und Mütterbeurteilung feststellen. Die

Verwendung der Gebärdensprache könnte also auch hier ein Indikator für das positive Erleben von Peerbeziehungen der hörbeeinträchtigten Kinder im Schulalter sein.

Die hörbeeinträchtigten Kinder dieser Stichprobe haben signifikant mehr Umgang mit hörenden Kindern als mit hörbeeinträchtigten. Dies steht im Gegensatz zu bisherigen Studienergebnissen, welche von einer Präferenz von Kindern für Freunde mit gleichem Hörstatus ausgehen (Antia et al. 1994; Most et al. 2012). Die Mehrheit der Kinder (44,8%) verwendet ausschließlich Lautsprache als bevorzugte Kommunikationsform in allen Bereichen, was damit begründet werden kann, dass sie fast ausschließlich hörende Freunde haben.

In dieser Untersuchung konnte auch ein signifikanter Unterschied in der Mutter-Kind-Beziehung festgestellt werden: Mütter der hörenden Dyaden gaben eine höhere Beziehungsqualität als Mütter der hörbeeinträchtigten Dyaden an. Unterscheidet man die hörbeeinträchtige Gruppe wiederum nach dem elterlichen Hörstatus, konnten die bisher in der Theorie gefundenen Unterschiede (Spencer & Meadow-Orleans, 1996) in der Mutter-Kind-Beziehung bestätigt werden. Koester et al. (2010) betonten in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der mütterlichen Sensitivität, welche auch bei hörenden Müttern von hörbeeinträchtigten Kindern intuitiv gezeigt wird. Bezüglich des Bindungsstils konnte festgehalten werden, dass Mütter von hörenden Kindern ihr Kind sicherer gebunden einschätzten. Im unsicher-vermeidenden Bindungsstil konnten keine Unterschiede gefunden werden. Vergleichbar in beiden Bindungsstilen seien Late als auch Native Signers.

Hörbeeinträchtige Kinder sind nicht nur bezüglich ihrer sozialen Kompetenzen gegenüber ihren hörenden Peers im Nachteil, sondern zeigen auch vermehrt emotionale Auffälligkeiten. Hintermair (2006) und Fellingner et al. (2008) kamen zu den gleichen Ergebnissen. In der Gruppe der Hörbeeinträchtigten lassen sich vermehrt emotionale Probleme seitens der Late Signers finden. Emotionale Auffälligkeiten hängen nach Perren et al. (2008) mit Defiziten in ihren sozialen Kompetenzen zusammen, außerdem haben sie Probleme im Initiieren und Aufrechterhalten von sozialen Kontakten, was sich in Defiziten der selbstorientierten sozialen Kompetenzen widerspiegelt.

Sprache stellt eine der wichtigsten Einflussgrößen auf soziale Kompetenzen dar (z.B.

Herbert-Myers et al., 2006; Jerusalem & Klein-Heßling, 2002; Longoria et al. 2009; Monopoli & Kingston, 2012) und konnte nun auch für Gebärdensprache nachgewiesen werden. Das Verwenden und Gebrauchen von Gebärdensprache scheint also einen positiven Einfluss auf verhaltensbezogene soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter Schulkinder zu haben. Vielmehr scheint das weitreichende Konsequenzen für ihr allgemeines Wohlbefinden zu haben.

Es lässt sich in dieser Untersuchung ein Trend hinsichtlich der Bewertungen der Mütter und Kinder festhalten: Dyaden mit gleichem Hörstatus, seien es ausschließlich hörende oder hörbeeinträchtigte Dyaden mit einem oder zwei hörbeeinträchtigten Elternteilen, ähneln sich in ihrer Bewertung der sozialen Kompetenzen. Dies kann mit dem besseren Einfühlen in die Situation des Kindes begründet werden.

Eine Rolle bei sozialen Kompetenzen spielt die kommunikative Kompetenz (Hintermair & Lepold, 2010; Perren & Malti, 2008). Hörbeeinträchtigte Kinder zeigen eine niedrigere kommunikative Kompetenz als ihre hörenden Peers, Late Signers und Native Signers unterscheiden sich diesbezüglich aber nicht. Eine Förderung der kommunikativen Kompetenz, egal ob in der Lautsprache, der Gebärdensprache oder von Bilingualität, sollte auch im Schulalter im Hinblick auf das soziale Verhalten von (hörbeeinträchtigten) Kindern berücksichtigt werden.

Obwohl CI-implantierte und hörgerätversorgte Kinder in die Untersuchung mit eingebunden wurden, lässt sich trotzdem ein signifikanter Unterschied in den sozialen Kompetenzen – bewertet durch die Mütter - zwischen Late und Native Signers finden. Auch wenn Studien die unbeeinträchtigte soziale Kompetenz von früh CI-Implantierten Kindern bestätigt haben (z.B. Ketelaar et al., 2013), sollte dennoch die Förderung durch Gebärdensprache nicht vernachlässigt werden, auch wenn ein Hörgerät oder ein CI-Implantat vorliegt. Leonhardt (2010) und Sazgun (2006) weisen darauf hin, dass der Hörstatus des Kindes nicht mit dem eines normalhörenden Kindes verglichen werden kann, weshalb auch bei implantierten Kindern nicht davon ausgegangen werden kann, dass keine Einschränkungen in ihrer verbalen Kommunikation vorliegen. Die Rolle von gebärdensprachlicher Kommunikation bei CI-implantierten Kindern hat Forschungsbedarf.

Die vorliegende Untersuchung legt nahe, dass die präventive Elternarbeit bereits im

Kleinkindalter zu fördern ist. Die Ergebnisse bestätigen, dass hörende Mütter von hörbeeinträchtigten Kindern das Entwicklungspotential hinsichtlich sozialer Kompetenzen unterschätzen, und ihnen weniger soziale Verhaltensweisen zumuten als die Kinder sich selbst. Wie schon in der Literatur aufgegriffen, bedarf es früher Intervention, um die Eltern-Kind-Beziehung zu sichern (z.B. Yoshinaga-Itano, 2003), vor allem wenn man keinen gemeinsamen Hörstatus teilt. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die offene Haltung von hörenden Müttern gegenüber ihrem hörbeeinträchtigten Kind (Hintermair, 2005; Krausneker, 2006). Auch wenn hörende Mütter Gebärdensprache anfänglich nicht beherrschen, tragen Akzeptanz gegenüber anderen Kommunikationsformen und Zuneigung der eigenen Mutter erheblich dazu bei, dass sich das Kind geborgen fühlt.

Ob nun ein Kind mit Hörverlust ausschließlich lautsprachlich, gebärdensprachlich oder bilingual aufwachsen soll, darüber scheiden sich die fachlichen Meinungen sowie elterlichen Ansichten. Aufgrund von Fortschritten in Medizin und Technik haben hörbeeinträchtige Heranwachsende die Chance, durch eine Hörhilfe, sei sie implantiert oder nicht, wieder hören zu können und nicht nur Lebensqualität zurückzugewinnen, sondern auch durch gezielte Förderung ihr Entwicklungspotential auszuschöpfen. Hier soll noch einmal mehr die - neben der medizinischen Versorgung - zusätzlich bestehende Möglichkeit der Entwicklungsförderung durch Gebärdensprache erwähnt sein.

12 Limitationen

Aufgrund der österreichweiten Stichprobenrekrutierung teils im Bekanntenkreis, teils anonym und durch Institute, erwies sich die Stichprobe als heterogen. Dennoch basierte die Teilnahme an der Untersuchung auf Freiwilligkeit, weshalb vermutlich nur jene Mutter-Kind-Dyaden partizipiert haben, welche auch Interesse am Forschungsthema zeigten.

Durch sorgsame Planung ist es in dieser Untersuchung gelungen, die TeilnehmerInnen der hörenden als auch hörbeeinträchtigten Gruppe von Kindern so zu wählen, dass Alter und Geschlecht der Stichprobe keine Störvariablen darstellten.

Die Tatsache, dass Mutter und Kind den Fragebogen größtenteils alleine bearbeitet haben, lässt das Kontrollieren der Untersuchungsbedingungen nicht zu. Limitationen ergeben sich auch aus der geringen Stichprobengröße der hörbeeinträchtigten Schulkinder, welche für die Gemeinschaft der Hörbeeinträchtigten nicht repräsentativ genug sind. Außerdem sollte für das Erfassen von Informationen hörbeeinträchtigter Stichproben ein/e Gebärdensprach-DolmetscherIn eingesetzt werden, damit keine Informationen aufgrund von Un- oder Missverständnissen verloren gehen.

Weder sozio-ökonomische Situation der Familien noch kultureller Hintergrund wurden erhoben, was im Ausblick auf weitere Untersuchung bestimmt Relevanz in der Entwicklung von sozialen Kompetenzen trägt und schon von Perren (2008) angemerkt wurde. Für weitere Untersuchungen kann auch bezüglich der Komorbiditäten etwas festgehalten werden: Wenn Komorbiditäten erhoben werden sollen, ist es von Vorteil, ein begleitendes psychologisches oder medizinisches Gutachten heranzuziehen, da bei dieser Untersuchung nur Anmerkungen der Eltern vorliegen.

Als eine der wenigen Untersuchungen wurde in der vorliegenden Arbeit nicht nur durch Fremdbeurteilung erhoben, sondern auch durch Ratings des Kindes selbst ergänzend erhoben. Die Aufmerksamkeit soll grundsätzlich darauf gerichtet werden, dass Selbst- und Fremdbeurteilungen differenziert zu betrachten sind, da wie in dieser Untersuchung nicht nur Überschneidungen, sondern auch Unterschiede in der Beurteilung einer Person, in diesem Fall des Kindes, auftreten.

Obwohl für den Zusammenhang von Sprache und sozialen Kompetenzen hörbeeinträchtigter Kinder Studien vorliegen und sie allesamt den Beweis von beeinträchtigten sozialen Kompetenzen aufzeigen (z.B. Barnett et al. 2012), konnte bis jetzt keine der Studien – einschließlich dieser Untersuchung - potentielle Mechanismen oder Bestandteile in der Lautsprache sowie Gebärdensprache darlegen, welche für die sozialen Kompetenzen förderlich sind.

Literaturverzeichnis

- Ahn, H. J. (2005). Child care teachers' strategies in children's socialization of emotion. *Early Child Development and Care*, 175 (1), 49-61.
- Antia, S. (1985). Social integration of hearing-impaired children: Fact or fiction? *The Volta Review*, 87 (6), 279-289.
- Antia, S. D., Kreimeyer, K. H. & Eldredge, N. (1994). Promoting social interaction between young children with hearing impairments and their peers. *Exceptional Children*, 60, 262-275.
- Antia, S. D., Sabers, D. L. & Stinson, M. S. (2007). Validity and reliability of the classroom participation questionnaire with deaf and hard of hearing students in public schools. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 12 (2), 158-171.
- Asendorpf, J. B. (1990). Beyond social withdrawal: Shyness, unsociability, and peer avoidance. *Human development*, 33 (4-5), 250-259.
- Barnett, M. A., Gustafsson, H., Deng, M., Mills-Koonce, W. R. & Cox, M. (2012). Bidirectional associations among sensitive parenting, language development, and social competence. *Infant and child development*, 21 (4), 374-393.
- Bat-Chava, Y. & Deignan, E. (2001). Peer relationships of children with cochlear implants. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 6, 186-199.
- Baumeister, R. F. & Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological bulletin*, 117 (3), 497-529.
- Baumgartner, A. & Alsaker, F. D. (2008). Soziale Kompetenz von mobbinginvolvierten Kindern. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen. Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten* (S. 70-88). Stuttgart: Kohlhammer.

- Berk, L. E. (2005). *Entwicklungspsychologie* (3., aktualisierte Aufl.). München: Pearson Studium.
- Biesalski, P. & Collo, D. (1991). *Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten im Kindesalter*. Thieme: Stuttgart/New York.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Lehrbuch mit Online-Materialien*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Breiter, M. (2005). *Muttersprache Gebärdensprache. Vita – Studie zur Lebens- und Berufssituation gehörloser Frauen in Wien*. Wien und Mühlheim a. d. Ruhr: Guthman-Peterson.
- Broesterhuizen, M. (2000). *Teilleistungsstörungen bei hochgradig hörgeschädigten Kindern*. Heidelberg: Median-Verlag von Killisch-Horn.
- Brügge, W. & Mohs, K. (2013). *So lernen Kinder sprechen: Normale und die gestörte Sprachentwicklung*. Hamm: Ernst Reinhardt Verlag.
- Bundesministerium für Bildung und Frauen, BMBF. (2015). *Sonderpädagogik*. Zugriff am 17.6.2015 unter <https://www.bmbf.gv.at/schulen/bw/abs/sp.html>
- Caldarella, P. & Merrell, K. W. (1997). Common dimensions of social skills of children and adolescents: A taxonomy of positive behaviors. *School Psychology Review*, 26, 264-278.
- Chen, X., Li, D., Li, Z., Li, B. & Liu, M. (2000). Sociable and prosocial dimensions of social competence in Chinese children: Common and unique contributions to social, academic and psychological adjustment. *Developmental Psychology*, 36, 302–314.

- Chen, X., Cen, G., Li, D. & He, Y. (2005). Social functioning and adjustment in Chinese children: The imprint of historical time. *Child development*, 76 (1), 182-195.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (3rd ed.). New York: Academic Press.
- Cohen, J. & Mendez, J. (2009). Emotion regulation, language ability, and the stability of preschool children's peer play behavior. *Early Education and Development*, 20, 1016–1037.
- Community Integration Sonderpädagogik, CIS. (2008). *Lehrplan der Sonderschule für gehörlose Kinder. Bundesgesetzblatt II, Nr. 137, Anlage C2*. Zugriff am 30.06.2015 unter http://www.cisonline.at/fileadmin/kategorien/BGBl_II__Nr_137_Anlage_C_2.pdf
- Decety, J. & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 3, 71-100.
- Decety, J., Jackson, P. L. & Brunet, E. (2007). The cognitive neuropsychology of empathy. *Empathy in mental illness*, 4, 239-744.
- Deimann, P., Kastner-Koller, U., Benka, M., Kainz, S. & Schmidt, H. (2005). Mütter als Entwicklungsdiagnostikerinnen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 37 (3), 122-233.
- Denham, S. A. (2005). *Assessing social-emotional development in children from a longitudinal perspective for the National Children's Study: Social-emotional compendium of measures*. Columbus, OH: Battelle Memorial Institute.
- Doyle, A. (1983). Friends, acquaintances and strangers: The influence of familiarity and ethnolinguistic background in social interaction. In K. Rubin & H. Ross (Eds.), *Peer relationships and social skills in childhood* (pp. 229–252). New York: Springer-Verlag.

- Duden (2007). *Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe. das Standardwerk für Fachleute und Laien; der aktuelle Stand der medizinischen Terminologie* (8., überarbeitete Aufl.). Brockhaus: Mannheim.
- Edelstein, W. (2005). The rise of right-wing culture among German youth: The effects of social transformation, identity construction, and context. In D. B. Pillemer & S. H. White (Eds.), *Developmental psychology and social change* (pp. 314-351). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eisenberg, N. (2004). Effortful control: Relations with emotion regulation, adjustment, and socialization in childhood. In K. Vohls & R. Baumeister (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 263–283). New York, NY: Guilford Press.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2002). The role of emotionality and regulation: Their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Ernst, A., Battmer, R. & Todt, I. (2009). *Cochlear Implant heute*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Fellinger, J., Holzinger, D., Sattel, H. & Laucht, M. (2008) Mental health and quality of life in deaf pupils. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 17 (7), 414 – 423
- Findlay, L. C., Girardi, A. & Coplan, R. J. (2006). Links between empathy, social behavior, and social understanding in early childhood. *Early Childhood Research Quarterly*, 21, 347-359.
- Frey, D. & Greif, S. (1997). *Sozialpsychologie. Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen*. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union (PVU).
- Gallagher, T. M. (1993). Language skill and the development of social competence in school-age children. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 24 (4), 199-205.

- Gasser, L. & Keller, M. (2009). Are the competent the morally good? Perspective taking and moral motivation of children involved in bullying. *Social development, 18* (4), 798–816.
- Gericke, W. (1998). „Lebensweltliche Zweisprachigkeit“ am Beispiel Gehörloser in Schweden *Das Zeichen, 44*, 188-203.
- Gertner, B. L., Rice, M. L. & Hadley, P. A. (1994). Influence of communicative competence on peer preferences in a preschool class-room. *Journal of Speech and Hearing Research, 37*, 913–923.
- Gloger-Tippelt, G., König, L., Zweyer, K. & Lahl, O. (2007). Bindung und Problemverhalten bei fünf und sechs Jahre alten Kindern. *Kindheit und Entwicklung, 16* (4), 209-219.
- Goodman, R. (1997) The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38*, 581-586.
- Gresham, F. M. & Elliott, S. N. (1984). Assessment and classification of children's social skills: A review of methods and issues. *School Psychology Review, 13*, 292-301.
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J. & Cook, C.R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly, 26* (1), 27-44.
- Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe.
- Groeben, M., Perren, S., Stadelmann, S. & von Klitzing, K. (2011). Emotional symptoms from kindergarten to middle childhood: associations with self- and other-oriented social skills. *European child & adolescent psychiatry, 20* (1), 3-15.
- Herbert-Myers, H., Guttentag, C. L., Swank, P. R., Smith, K. E. & Landry, S. H. (2006). The importance of language, social, and behavioral skills across early and later childhood as predictors of social competence with peers. *Applied Developmental Science, 10* (4), 174-187.

- Hintermair, M. (2005). *Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen*. Heidelberg: „Edition S“.
- Hintermair, M. (2006). Sozial-emotionale Probleme hörgeschädigter Kinder - erste Ergebnisse mit der deutschen Version des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-D). *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (1), 49-61.
- Hintermair, M. & Horsch, U. (1998). *Hörschädigung als kritisches Lebensereignis. Aspekte der Belastung und Bewältigung von Eltern hörgeschädigter Kinder*. Heidelberg: Julius Groos.
- Hintermair, M., Krieger, L. & Mayr, T. (2011). Positive Entwicklung, Resilienz und Kommunikation hörgeschädigter Kinder im Kindergartenalter. Eine Studie mit dem Beobachtungsbogen PERIK. *Frühförderung interdisziplinär*, 30, 82-93.
- Hintermair, M. & Lepold, L. (2010). Partizipationserleben hörgeschädigter Kinder in der allgemeinen Schule – Eine Studie mit der deutschen Version des Classroom Participation Questionnaire (CPQ-D). *Empirische Sonderpädagogik*, 2 (1), 40-63.
- Hintermair, M., Schenk, A. & Sarimski, K. (2011). Exekutive Funktionen, kommunikative Kompetenz und Verhaltensauffälligkeiten bei hörgeschädigten Kindern. Eine explorative Studie mit Schülern einer schulischen Einrichtung für Hörgeschädigte. *Empirische Sonderpädagogik*, 2, 83-104.
- Hinz, A. (2004). Vom sonderpädagogischen Verständnis der Integration zum integrationspädagogischen Verständnis der Inklusion?! In I. Schnell & A. Sander (Hrsg.), *Inklusive Pädagogik* (S. 41-74). Bad Heilbrunn: Klinkhardt
- Hoffman, M. F., Quittner, A. L. & Cajas, I. (2015). Comparisons of social competence in young children with and without hearing Loss: A dynamic systems framework. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 20 (2), 115-124
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2008) *Social Psychology* (5th ed.). London: Pearson Studium

- Hosie, J. A., Russell, P. A. & Gray, C. D. (2000). Knowledge of display rules in prelingually deaf children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 389-398.
- Humphrey, N., Kalambouka, A., Wigelsworth, M., Lendrum, A., Deighton, J. & Wolpert, M. (2011). Measures of Social and Emotional Skills for Children and Young People. A Systematic Review. *Educational and Psychological Measurement*, 71 (4), 617-637.
- Jarmer, H. (1998). *Gehörlose Menschen in Österreich. Plattform BIZEPS*. Zugriff am 18.11.14 unter <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=485>
- Jerusalem, M. & Klein-Heßling, J. (2002). Soziale Kompetenz. Entwicklungstrends und Förderung in der Schule. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 164-174.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van Ijzendoorn, M. H., (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. London: Lawrence Erlbaum/Taylor & Francis.
- Kanning, U. P., (2002). Soziale Kompetenz – Definition, Strukturen und Prozesse. *Zeitschrift für Psychologie*, 210 (4), 154-163.
- Kanning, U. P. (2009). *Diagnostik sozialer Kompetenzen* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe .
- Kegel, G. (2000). *Entwicklung von Sprache und Kognition*. Zugriff am 15.04.2015 unter http://www.psycholinguistik.uni-muenchen.de/publ/entw_sprach_kogn.html
- Keller, M. & Becker, G. (2008). Ein handlungstheoretischer Ansatz zur Entwicklung sozio-moralischer Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten* (S. 108-123). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ketelaar, L., Rieffe, C., Wieferink, C. H. Frijns, J. H. M. (2013). Social competence and empathy in young children with cochlear implants and with normal hearing. *The Laryngoscope*, 123, 518-523.

- Kiese-Himmel, C. (2004). Sprache im Kindesalter: ein universelles Instrument. In: A. Schwavan (Hrsg.), *Bildung und Erziehung* (S. 45-63). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kennell, J. H. & Klaus, M. H. (1984). Mother-infant bonding: Weighing the evidence. *Developmental Review*, 4 (3), 275-282.
- Koester, L. S., Papoušek, H. & Smith-Gray, S. (2000). Intuitive parenting, communication and interaction with deaf infants. In P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and school* (pp. 55-71). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Krammer, K. (2010). Ich höre, was du nicht hörst! Gehörlose Eltern – hörendes Kind. *Das Zeichen*, 24 (85), 209 – 301.
- Krappmann, L. (1993). Kinderkultur als institutionalisierte Entwicklungsaufgabe. In M. Markefka & B. Nauck (Hrsg.), *Handbuch der Kindheitsforschung* (S. 365-376). Neuwied: Luchterhand.
- Krausneker, V. (2006). *Taubstumm bis gebärdensprachig: die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive*. In D. Larcher (Hrsg.). Klagenfurt: Drava Verlag.
- Krausneker, V. & Schalber, K. (2007). *Sprache Macht Wissen. Zur Situation gehörloser und hörbehinderter SchülerInnen, Studierender & ihrer LehrerInnen sowie zur Österreichischen Gebärdensprache in Schule und Universität Wien*. Abschlussbericht des Forschungsprojektes 2006/07. Wien: Universität Wien.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ladd, G. W., Kochenderfer, B. J. & Coleman, C. C. (1997). Classroom peer acceptance, friendship, and victimization: Distinct relational systems that contribute uniquely to children's school adjustment? *Child Development*, 68, 1181–1197.

- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A. & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?. *Developmental psychology*, 37 (3), 387-403.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive parenting: establishing early foundations for social, communication, and independent problem-solving skills. *Developmental psychology*, 42 (4), 627-642.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American psychologist*, 55 (1), 170-183.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1999). Was wird aus Risikokindern? Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie im Überblick. In G. Opp, M. Fingerle & A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 71-93). München: Reinhardt.
- Lederberg, A. R. & Prezbindowski, A.K. (2000). Impact of child deafness on mother-toddler interaction: Strengths and weaknesses. In P. E. Spencer, C. J. Erting & M. Marschark (Eds.), *The deaf child in the family and school* (S. 73-92). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leonhardt, A. (2010). *Einführung in die Hörgeschädigtenpädagogik* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Lieberman, A. M., Hatrak, M. & Mayberry, R. I. (2014). Learning to look for language: Development of joint attention in young deaf children. *Language Learning and Development*, 10 (1), 19-35.
- Longoria, A., Q., Page, M. C., Hubbs-Tait, L. & Kennison, S. M. (2009). Relationship between kindergarten children's language ability and social competence. *Early Child Development and Care*, 179, 919-929.
- Löwe, A. (1992). *Früherfassung, Früherkennung, Früherziehung hörgeschädigter Kinder* (3. Aufl.). Berlin: Marhold.

- Malti, T., & Perren, S. (2011). Social competence. In B. Brown & M. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 2, pp. 332-340). Maryland Heights, MO: Elsevier.
- Markides, A. (1989). Integration: The speech intelligibility, friendship and associations of hearing impaired children in secondary schools. *Journal of British Association of teacher of the Deaf*, 13, 63-72.
- Marschark, M. (1997). Psychological development of deaf children. Oxford: University Press.
- Masataka, Nobuo (2000). The role of modality and Input in the earliest stage of language acquisition: Studies of Japanese sign language. In C. Chamberlain, J. P. Morford & R. I. Mayberry (Eds.), *Language acquisition by eye* (p. 3-24). London: Lawrence Erlbaum Associate.
- Meristo, M., Falkman, K. W., Hjelmquist, E., Tedoldi, M., Surian, L., & Siegal, M. (2007). Language access and theory of mind reasoning: evidence from deaf children in bilingual and oralist environments. *Developmental Psychology*, 43 (5), 1156–1169.
- Monopoli, W. J. & Kingston, S. (2012). The relationships among language ability, emotion regulation and social competence in second-grade students. *International Journal of Behavioral Development*, 36 (5), 398-404.
- Moore, D. F. (1991). *Dissemination of a model to create least restrictive environments for deaf students*. Center for Studies in Education and Human Development, Gallaudet Research Institute: Gallaudet University.
- Most, T., Ingber, S. & Heled-Ariam, E. (2012). Social competence, sense of loneliness, and speech intelligibility of young children with hearing loss in individual inclusion and group inclusion. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17 (2), 259–272.
- Musun-Miller, L. (1993). Social acceptance and social problem-solving in preschool children. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 14, 59–70.

- Österreichischer Gehörlosenbund, ÖGLB (2015). *Gebärdensprache*. Zugriff am 16.3. 2015 unter <http://www.oeglb.at/gebaerdensprache/>
- Page, M., Wilhelm, M. S., Gamble, W. C. & Card, N. A. (2010). A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social-emotional and cognitive development. *Infant Behavior & Development*, 33, 101-110.
- Pammer, H. & Huemer, A. (2004). *Soziale Kompetenz für Praktiker. Sich selber kennen, Beziehungen sinnvoll gestalten*. Wien: Linde Verlag.
- Parke, R. D. & Clarke-Stewart, A. (2014). *Social development* (2nd ed.). Danvers, MA: John Wiley and Sons.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (2., überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Peterson, C. C. (2009). The development of social-cognitive and communication skills in children born deaf. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, 475–483.
- Pettito, L. A. & Marentette, P. F. (1991). Babbling in the manual mode: Evidence for the ontogeny of language. *Science*, 251, 1493-1496.
- Perren, S. (2008). *SOCOMP (Self- and other-oriented social Competences). Ein Fragebogen zur Erfassung von selbst- und fremdorientierten verhaltensbezogenen sozialen Kompetenzen. Manual*. Zürich: Jacobs Center for Productive Youth Development, Universität Zürich.
- Perren, S., Forrester-Knauss, C. & Alsaker, F. D. (2012). Self- and other-oriented social skills: Differential associations with children's mental health and bullying roles. *Journal for Educational Research Online/Journal für Bildungsforschung Online*, 4 (1), 99-123.
- Perren, S., Groeben, M., Stadelmann, S. & von Klitzing, K. (2008). Selbst- und fremdbezogene soziale Kompetenzen: Auswirkungen auf das emotionale Befinden. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen*:

- Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten* (S. 89–107). Stuttgart: Kohlhammer.
- Perren, S. & Malti, T. (2008). Soziale Kompetenz entwickeln: Synthese und Ausblick. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten* (S. 265-274). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pfingsten, U. & Hinsch, R. (2002). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union (PVU).
- Pöhle, K.-H. (1967). Zur Spezifik der Sinneserfassung bei schwerhörigen Kindern. *Die Sonderschule*, 14 (1), 13-55.
- Poppendieker, R. (1992). *Freies Schreiben und Gebärden: Voraussetzungen und Bedingungen des Erwerbs von Schreibkompetenz durch gehörlose Kinder*. Hamburg: Signum.
- Preisler, G., Tvingstedt, A. L. & Ahlström, M. (2002). A psychosocial follow-up study of deaf preschool children using cochlear implants. *Child: care, health and development*, 28 (5), 403-418.
- Pressman, L. J., Pipp-Siegel, S., Yoshinaga-Itano, C. & Deas, A. (1999). Maternal Sensitivity predicts language gain in preschool children who are deaf and hard of hearing. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 4 (4), 295-304.
- Reichle, B. & Gloger-Tippelt, G. (2007). Familiäre Kontexte und sozial-emotionale Entwicklung. *Kindheit und Entwicklung*, 16 (4), 199-208.
- Reschke, K. (1995). Soziale Kompetenz entwickeln – Ressourcen entdecken helfen. Interventive Forschung auf der Basis des Kompetenzmodells von Vorweg & Schröder (1980). In J. Margraf, J. & K. Rudolf (Hrsg.), *Training sozialer Kompetenz* (S. 205-228). Baltmannsweiler: Röttger-Schneider.
- Rieffe, C. & Terwogt, M. M. (2000). Deaf children's understanding of emotions: Desires take precedence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (5), 601-608.

- Rieffe, C. & Terwogt, M. M. (2006). Anger communication in deaf children. *Cognition and emotion*, 20 (8), 1261-1273.
- Rieffe, C., Ketelaar, L. & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and individual differences*, 49 (5), 362-367.
- Rose-Krasnor, L. (1997). The nature of social competence: A theoretical review. *Social Development*, 6, 111-612.
- Rost, J. (2004). *Lehrbuch Testtheorie-Testkonstruktion* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Huber.
- Rubin, K. H., Lemare, L. J. & Lollis, S. (1992). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coi (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 217-249). Cambridge: University Press.
- Salisch, M. von (2000). Zum Einfluss von Gleichaltrigen (Peers) und Freunden auf die Persönlichkeitsentwicklung. In M. Amelang (Hrsg.), *Determinanten individueller Unterschiede* (Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich C, Theorie und Forschung, Serie VIII, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung, Bd. 4, S.345-405). Göttingen: Hogrefe.
- Schaffer, H. R. (1984). *The children's entry into a social world*. London: Academic Press.
- Schick, B., de Villiers, P., de Villiers, J., & Hoffmeister, R. (2007). Language and theory of mind: a study of deaf children. *Child Development*, 78 (2), 376-96.
- Schmidt-Denter, U. (2005). *Soziale Beziehungen im Lebenslauf*. (4. Aufl.). Weinheim: Beltz PVU.
- Seidler, H. (1996). *Schwerhörigkeit: Ursachen, Diagnostik, Therapie, Hörgeräteversorgung*. Heidelberg: Kaden.
- Simoni, H., Herren, J., Kappeler, S. & Licht, B. (2008). Frühe soziale Kompetenz unter Kindern. In T. Malti & S. Perren (Hrsg.), *Soziale Kompetenz bei Kindern und*

Jugendlichen: Entwicklungsprozesse und Förderungsmöglichkeiten (S. 15-34). Stuttgart: Kohlhammer.

Spencer, P. E. (1991). Mother-infant communication at twelve and eighteen months. In K. P. Meadow-Orlans, R. H. MacTurk, P. E. Spencer & L. S. Koester (Eds.), *Interaction and support: Mothers and deaf infants*. Washington, DC: Gallaudet University.

Spencer, P. E. & Meadow-Orlans, K. P. (1996). Play language and maternal responsiveness: A longitudinal study of deaf and hearing infants. *Child Development*, 67, 3176-3191.

Standard (2013). *Gehörlose fordern Unterricht in Gebärdensprache an Schulen und Unis*. Zugriff am 16.2.2015 unter <http://derstandard.at/1361240534033/Gehoerlose-fordern-Unterricht-in-Gebaerdensprache-an-Schulen-und-Universitaeten>

Szagun, G. (2001). *Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören*. Weinheim: Beltz PVU.

Szagun G. (2007). Langsam gleich gestört? Variabilität und Normalität im frühen Spracherwerb. *Forum Logopädie*, 21(3), 20–25.

Tasker, S. L., Nowakowski, M. E. & Schmidt, L. A. (2010). Joint attention and social competence in deaf children with cochlear implants. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 22 (5), 509-532.

Tomasuolo, E., Valeri, G., Di Renzo, A., Pasqualetti, P. & Volterra, V. (2013). Deaf children attending different school environments: sign language abilities and theory of mind. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18 (1), 12–29.

Tröster, H. (2001). Die Beziehung zwischen behinderten und nichtbehinderten Geschwistern. Ein Überblick über den Forschungsstand. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 33 (1), 2-19.

- Vaccari, C. & Marschark, M. (1997). Communication between parents and deaf children: Implications for social-emotional development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (7), 793–801.
- Volterra, V. (1990, March). Gebärdenspracherwerb und Bilingualismus. In *Gebärdensprache in Forschung und Praxis. Vorträge vom Internationalen Kongreß "Gebärdensprache in Forschung und Praxis" - Hamburg* (S. 23-25). Hamburg: Signum.
- Weisel, A., Most, T., & Efron, C. (2005). Initiations of social interactions by young hearing impaired preschoolers. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 10 (2), 161–70.
- Wirtz, M. A. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Wisch, F.-H. (1990). *Lautsprache und Gebärdensprache. Die Wende zur Zweisprachigkeit in Erziehung und Bildung Gehörloser*. Hamburg: Signum.
- Wood, D., Wood, H., Griffiths, A. & Horwath, I. (1986). *Teaching and talking with deaf children*, New York: Wiley.
- Woolfe, T., Want, S. C., & Siegal, M. (2002). Signposts to development: theory of mind in deaf children. *Child Development*, 73(3), 768–78.
- World Health Organization, WHO. (2015a). *Deafness and hearing loss*. Zugriff am 17.06.2015 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs300/en/>
- World Health Organization, WHO. (2015b). *Prevention of blindness and deafness. Grades of Hearing impairment*. Zugriff am 17.06.2015 unter http://www.who.int/pbd/deafness/hearing_impairment_grades/en/

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Zusammenstellung möglicher Ursachen der Hörschädigung unterteilt nach prä-, peri- und postnatalem Erwerb (Leonhardt, 2010, S. 63).....	8
<i>Abbildung 2:</i> Das Drei-Ebenen-Modell sozialer Kompetenz nach Perren und Malti (2008, S. 266).....	27
<i>Abbildung 3:</i> Wechselwirkungsdiagramm: Hörstatus des Kindes & Bewertungen der Dyaden (Mütter und Kinder) der gesamten sozialen Kompetenzen (SOCOMP Gesamt).....	74
<i>Abbildung 4:</i> Wechselwirkungsdiagramm – hörbeeinträchtigte Kinder: Hörstatus der Eltern & Bewertungen der Dyaden (Mütter und Kinder) der gesamten sozialen Kompetenzen (SOCOMP Gesamt).....	75
<i>Abbildung 5:</i> Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich ihrer selbstorientierten sozialen Kompetenzen (SOCOMP)	77
<i>Abbildung 6:</i> Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich der fremdorientierten sozialen Kompetenzen (SOCOMP)	78
<i>Abbildung 7:</i> Wechselwirkungsdiagramm des Hörstatus der Eltern und den Angaben der Kinder und Mütter hinsichtlich ihrer positiven Peerbeziehungen (SOCOMP).....	79

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Soziodemographische Variablen und sozialstatistische Daten (erhoben überwiegend anhand des Fragebogens an die Mutter)</i>	51
Tabelle 2: <i>Items der Skala „Kommunikative Kompetenz“</i>	52
Tabelle 3: <i>Items der Skalen sicher-gebundener, unsicher-vermeidender und ängstlich- ambivalenter Bindungsstil</i>	53
Tabelle 4: <i>Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Führungsqualitäten“</i>	55
Tabelle 5: <i>Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Fähigkeiten Grenzen zu setzen“</i>	55
Tabelle 6: <i>Selbstorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Soziabilität“</i>	55
Tabelle 7: <i>Fremdorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Prosoziales Verhalten“</i>	56
Tabelle 8: <i>Fremdorientierte soziale Kompetenzen: Items der Subskala „Kooperativität“</i>	56
Tabelle 9: <i>Items der Skala „Positive Peerbeziehungen“</i>	57
Tabelle 10: <i>Items der Skala „Emotionale Probleme“</i>	57
Tabelle 11: <i>Häufigkeiten und Anteilswerte – Hörstatus des Kindes und Geschlecht</i>	59
Tabelle 12: <i>Deskriptivstatistische Kennwerte: Alter der Kinder und Hörstatus</i>	60
Tabelle 13: <i>Häufigkeiten und Anteilswerte - Hörstatus der Eltern der hörbeeinträchtigten Kinder</i>	60
Tabelle 14: <i>Häufigkeiten und Anteilswerte – Alter zum Zeitpunkt des Erwerbs der Gebärdensprache</i>	61

Tabelle 15: Häufigkeiten und Anteilswerte - Grad der Hörbeeinträchtigung und Hörhilfe	62
Tabelle 16: Häufigkeiten und Anteilswerte – Verwendung von Gebärdensprache von Mutter und Kind	62
Tabelle 17: Häufigkeiten und Anteilswerte – Hörstatus der Eltern der hörbeeinträchtigten Stichprobe (n = 58) und Verwendung bzw. Erlernen der Gebärdensprache der Kinder	63
Tabelle 18: Häufigkeiten und Anteilswerte – Familienstruktur und Hörstatus des Kindes	65
Tabelle 19: Häufigkeiten und Anteilswerte – Geschwisterposition und Hörstatus des Kindes	65
Tabelle 20: Häufigkeiten und Anteilswerte – Geschwisteranzahl und Hörstatus dieser	66
Tabelle 21: Häufigkeiten und Anteilswerte - Klassenform und Hörstatus des Kindes.....	66
Tabelle 22: Reliabilitätskoeffizienten der Skalen „emotionale Probleme“ und „kommunikative Kompetenz“ nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)	68
Tabelle 23: Reliabilitätskoeffizient der Skala "Bindungsstil" nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$).	69
Tabelle 24: Reliabilitätskoeffizient des SOCOMP nach Cronbach's Alpha (α) und Median der korrigierten Trennschärfe ($Md r_{it}$)	70
Tabelle 25: Intraklassen-Korrelationskoeffizient (ICC) des SOCOMP	71
Tabelle 26: Deskriptivstatistische Kennwerte (M, SD) der sozialen Kompetenzen (SOCOMP, (1) nicht zutreffend bis (3) zutreffend) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' des Kindes	73
Tabelle 27: Deskriptivstatistische Kennwerte (M, SD) der sozialen Kompetenzen (SOCOMP, (1) nicht zutreffend bis (3) zutreffend) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' der Eltern	74

Tabelle 28: Deskriptivstatistische Kennwerte (M, SD) der sozialen Kompetenzen (Dimensionen des SOCOMP, (1) „nicht zutreffend“ bis (3) „zutreffend“) in Abhängigkeit der Mutter-Kind-Dyade und des Hörstatus' der Eltern	76
Tabelle 29: Häufigkeiten und Anteilswerte – Verwendung der Gebärdensprache des Kindes und Alter beim Erlernen dieser	81
Tabelle 30: Deskriptivstatistische Kennwerte (M, SD) der Mutter-Kind-Beziehung (mit (1) „sehr schlecht“ bis (5) „sehr gut“), der sicher-gebundene und unsicher-vermeidende Bindungsstil (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“), emotionale Probleme (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“) und kommunikative Kompetenz (mit (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft genau zu“) in Abhängigkeit des Hörstatus' des Kindes..	83
Tabelle 31: Deskriptivstatistische Kennwerte (M, SD) in der Mutter-Kind-Beziehung (mit (1) „sehr schlecht“ bis (5) „sehr gut“), der sicher-gebundene und unsicher- vermeidende Bindungsstil (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“), emotionale Probleme (mit (1) „trifft nicht zu“ bis (3) „trifft zu“) und kommunikative Kompetenz (mit (1) „trifft gar nicht zu“ bis (5) „trifft genau zu“) in Abhängigkeit des Hörstatus' der Eltern.....	84

Anhang

- A) Fragebogen (Mutter & Kind)
- B) Einverständniserklärung Stadtschulrat Salzburg
- C) Kommunikationsmuster bei hörbeeinträchtigten Kindern
- D) Komorbiditäten der hörbeeinträchtigten Stichprobe
- E) Curriculum vitae

A) Fragebogen (Mutter & Kind)



universität
wien

Ihre Mithilfe ist gefragt! Fragebogen für meine Diplomarbeit

Mein Name ist Anna M. Pölzl und ich studiere Psychologie an der Universität Wien. Derzeit arbeite ich an meiner Diplomarbeit im Bereich Entwicklungspsychologie unter der Betreuung von Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck, welche sich mit gehörlosen Kindern und sozialen Kompetenzen beschäftigt.

Das Thema „Gehörlosigkeit“ ist nicht zuletzt ein persönliches Anliegen, da ich durch meine Arbeit als Sozialpädagogin viel Zeit mit gehörlosen Kindern verbringen durfte und sich daraus auch das Interesse ergab, mich wissenschaftlich damit auseinanderzusetzen.

Da ich meine Diplomarbeit auch empirisch umsetze, möchte ich mich hiermit an Sie wenden und bitte um Ihre Mithilfe, indem Sie mir den folgenden Fragebogen ausfüllen. Sofern Ihr Kind zwischen **8 – 12 Jahren** alt und entweder **hörbeeinträchtigt, gehörlos** und/oder **CI-implantiert** bzw. **hörgerätversorgt** ist. Der Fragebogen besteht aus 2 Teilen: Zum einen aus einem Teil für die Mutter, zum anderen aus einem Teil für das Kind, welche Sie gemeinsam mit mir bzw. alleine mit Ihrem Kind ausfüllen werden.

Der Fragebogen nimmt mit der Kinder-Version ca. 20 - 35 Minuten in Anspruch.

Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können. Selbst wenn Sie nicht ganz sicher sind, oder Ihnen eine Frage merkwürdig erscheint, kreuzen Sie bitte die auf Sie zutreffende Antwortmöglichkeit an. Versuchen Sie die Fragen bitte wahrheitsgemäß auszufüllen, es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Außerdem werden alle Angaben anonymisiert und nicht weiter gegeben.

Sofern nichts anderes ausgemacht ist, senden Sie den Fragebogen bitte bis spätestens **Ende April 2015** an mich () retour. Sollten Sie weitere Fragen haben, können Sie mich gerne unter der Emailadresse  kontaktieren.

Damit ich Ihren Fragebogen später auch zuordnen kann und die Anonymität gleichzeitig gewahrt bleibt, bitte ich Sie Ihren Fragebogen mit einem Code zu versehen. Tragen sie dazu bitte folgendes im Feld „Code“ ein:

Bitte nehmen Sie die letzten zwei Buchstaben des Vornamens Ihres Kindes, die Zahl des Geburtsmonats Ihres Kindes und die letzten zwei Buchstaben des Nachnamens Ihres Kindes und fügen Sie dies zu einem Code zusammen.

Als Beispiel:

Anna Maria Pölzl, geboren am 29.05.1990

Code: na05zl

Code: _ _ _ _ _

Fragebogen – MUTTER

Alter des Kindes: _____ Geschlecht des Kindes: ☐ w ☐ m

HÖRSTATUS DER ELTERN

Wie beschreiben Sie ihren (Mutter) Hörstatus?

☐ hörbeeinträchtigt ☐ hörbeeinträchtigt & CI-implantiert ☐ hörend

Wie beschreiben Sie den Hörstatus des Vaters?

☐ hörbeeinträchtigt ☐ hörbeeinträchtigt & CI-implantiert ☐ hörend

HÖRSTATUS DES KINDES

Wie beschreiben Sie den Hörstatus Ihres Kindes?

☐ hörbeeinträchtigt ☐ hörbeeinträchtigt & CI-implantiert ☐ hörend

Wenn Ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung aufweist, ab wann können Sie den Beginn der Beeinträchtigung zuordnen?

- ☐ von Geburt an (angeboren)
- ☐ 0 – 3 Jahre (erworben)
- ☐ 4 – 8 Jahre (erworben)
- ☐ älter als 8 Jahre (erworben)

Wenn Ihr Kind eine Hörbeeinträchtigung aufweist, welcher Grad der Hörschädigung liegt vor?

- ☐ 20 bis 39 dB (Dezibel)
- ☐ 40 bis 59 dB
- ☐ 60 bis 69 dB
- ☐ 70 bis 89 dB
- ☐ 90 dB oder darüber

Besitzt ihr Kind ein Hörhilfe?

☐ Ja ☐ Nein

Hat Ihr Kind ein Cochlear-Implantat?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ihr Kind ein Cochlear-Implantat besitzt, in welchem Lebensjahr wurde es implantiert?

- ☐ 0 – 3 Jahre
- ☐ 4 – 8 Jahre
- ☐ älter als 8 Jahre

FAMILIÄRE SITUATION

Bei wem wächst Ihr Kind überwiegend auf?

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beiden Eltern ☐ Sonstige: _____

Anzahl der Geschwister (Auch Halbgeschwister, wenn es mit denen aufgewachsen ist.)

- ☐ keine ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ mehr als 4

Wenn Geschwister vorhanden, Geschwisterposition des Kindes:

- ☐ Erstgeborenes ☐ mittleres Kind ☐ Letztgeborenes

Hörstatus der Geschwister (Mehrfachnennungen sind erlaubt):

- ☐ hörbeeinträchtigt
☐ hörbeeinträchtigt & CI-implantiert
☐ hörend

VERWENDUNG VON GEBÄRDENSPRACHE & KOMMUNIKATION

Ich verwende Gebärdensprache:

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer (Hauptsprache)

Mein Kind verwendet Gebärdensprache:

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer (Hauptsprache)

Wenn Ihr Kind Gebärdensprache spricht, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Mein Kind spricht Gebärdensprache von Anfang an (Muttersprache):

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Nein“, wann hat Ihr Kind angefangen, Gebärdensprache zu lernen?

- ☐ 0 – 3 Jahre
☐ 4 – 8 Jahre
☐ älter als 8 Jahre

Zugang zu anderen hörbeeinträchtigten Kindern:

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Zugang zu anderen hörenden Kindern:

- ☐ nie ☐ selten ☐ manchmal ☐ oft ☐ immer

Bevorzugte Kommunikationsform in der Familie:

- ☐ Gebärdensprache
- ☐ Lautsprache (gesprochene Sprache)
- ☐ beides (Totale Kommunikation)

Häufigste verwendete Kommunikationsform des Kindes:

- ☐ Gebärdensprache
- ☐ Lautsprache (gesprochene Sprache)
- ☐ beides (Totale Kommunikation)

Häufigste verwendete Kommunikationsform des Kindes mit Freunden:

- ☐ Gebärdensprache
- ☐ Lautsprache (gesprochene Sprache)
- ☐ beides (Totale Kommunikation)

Häufigste verwendete Kommunikationsform des Kindes in der Schule:

- ☐ Gebärdensprache
- ☐ Lautsprache (gesprochene Sprache)
- ☐ beides (Totale Kommunikation)

Wie sehr treffen folgende vier Aussagen auf die Kommunikation Ihres Kindes zu? Kreuzen Sie bitte an.

1 = „Nicht zutreffend“ 5 = „Eindeutig zutreffend“

1.	Das Kind ist in der Lage, mir über alle Dinge, die es beschäftigen, zu erzählen.	1	2	3	4	5
2.	Das Kind ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.	1	2	3	4	5
3.	Das Kind ist in der Lage, sich anderen Menschen (außerhalb der Familie) mitzuteilen.	1	2	3	4	5
4.	Das Kind ist in der Lage, Dinge die ich/man ihm erklären oder erzählen will, zu verstehen.	1	2	3	4	5

SCHULISCHE SITUATION

Klassenform (bezieht sich nur auf die Hörstörung - nicht auf andere Beeinträchtigungen)

- ☐ Mein Kind besucht eine Klasse mit hörenden und mehreren hörbeeinträchtigten Kindern (Inklusion)
- ☐ Mein Kind besucht eine Klasse mit hörenden und ist das einzige hörbeeinträchtigte Kind (Integration)
- ☐ Mein Kind besucht eine Klasse mit ausschließlich hörenden Kindern.
- ☐ Mein Kind besucht eine Klasse mit ausschließlich hörbeeinträchtigten Kindern.

Mein Kind kann dem Regelunterricht folgen und erzielt positive Noten:

- ☐ Ja ☐ Nein

Mein Kind weist eine zusätzliche Beeinträchtigung auf:

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn „Ja“, bitte hier näher angeben: _____

BEZIEHUNG ZUM KIND

Wie schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem Kind ein? Bitte kreuzen Sie eine Alternative an.

- ☐ Ich habe überwiegend eine sehr gute Beziehung zu meinem Kind.
- ☐ Ich habe überwiegend eine gute Beziehung zu meinem Kind.
- ☐ Ich habe überwiegend eine mittelmäßige Beziehung zu meinem Kind.
- ☐ Ich habe überwiegend eine schlechte Beziehung zu meinem Kind.
- ☐ Ich habe überwiegend eine sehr schlechte Beziehung zu meinem Kind.

Kreuzen Sie bitte bei den folgenden neun Aussagen an, wie sehr diese auf die Beziehung zu Ihrem Kind zutreffen.

1 = „Nicht zutreffend“

2 = „Teilweise zutreffend“

3 = „Eindeutig zutreffend“

1.a	Ich reagiere schnell und regelmäßig auf das Weinen meines Kindes, schon als mein Kind ein Säugling war.	1	2	3
2.a	Ich verhalte mich stets gefühlsbetont und aufmerksam gegenüber meinem Kind.	1	2	3
3.a	Ich begegne meinem Kind offen und entgegenkommend, es fühlt sich wohl bei mir.	1	2	3

4.b	Ich fühle mich unwohl, wenn mir mein Kind zu nahe kommt.	1	2	3
5.b	Ich war schon im Säuglingsalter des Kindes eher unsicher im Umgang mit ihm und auch heute weiß ich häufig nicht, wie ich richtig mit ihm umgehen soll.	1	2	3
6.b	Ich distanzriere mich häufig von meinem Kind und kümmere mich wenig bis kaum.	1	2	3

7.c*	Ich schenke meinem Kind meine ganze Aufmerksamkeit, wenn es meine Nähe sucht.	1	2	3
8.c*	Ich nehme die Bedürfnisse meines Kindes Großteils wahr und kann gut auf diese eingehen, da ich andere Dingen hinten anstelle.	1	2	3
9.c	Ich weise mein Kind oft zurück und kann ihm wenig Liebe und Zuneigung zeigen, obwohl ich es eigentlich gerne möchte und ich mein Kind liebe.	1	2	3

VERHALTEN DES KINDES

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Verhalten Ihres Kindes.

Kreuzen Sie bitte an, was am ehesten auf Ihr Kind zutrifft: „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn sie nicht ganz sicher sind, oder Ihnen eine Frage merkwürdig erscheint. Berücksichtigen Sie bei Ihrer Antwort bitte das Verhalten Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten.

1 = „Nicht zutreffend“

2 = „Teilweise zutreffend“

3 = „Eindeutig zutreffend“

1.	Hat viele Freunde	1	2	3
2.	Hört/Schaut den anderen Kindern zu, wenn sie sprechen/gebärden	1	2	3
3.	Anführer/in in Gruppensituationen	1	2	3
4.	Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	1	2	3
5.	Widersetzt sich unpassenden Forderungen anderer	1	2	3
6.	Kontaktfreudig in Gruppensituationen	1	2	3
7.	Akzeptiert die Ideen Gleichaltriger bei Gruppenaktivitäten	1	2	3
8.	Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	1	2	3

9.	Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	1	2	3
10.	Organisiert und schlägt seinen Spielkameraden Spielaktivitäten vor	1	2	3
11.	Zeigt den anderen Kindern gegenüber Mitgefühl	1	2	3
12.	Kann sich wehren	1	2	3
13.	Zieht sich vor anderen Kindern zurück	1	2	3
14.	Ist bereit zu warten, bis es an der Reihe ist	1	2	3
15.	Kann Freundschaften aufrecht erhalten	1	2	3
16.	Übernimmt die Initiative, um mit anderen Kindern ins Gespräch zu kommen	1	2	3
17.	Kann anderen gegenüber Grenzen setzen	1	2	3
18.	Schaut lieber zu, als bei Gruppenaktivitäten mitzumachen	1	2	3
19.	Geht in Konflikten mit Gleichaltrigen Kompromisse ein	1	2	3
20.	Ist anderen Kindern gegenüber freundlich	1	2	3
21.	Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	1	2	3
22.	Unterhält sich leicht mit Gleichaltrigen	1	2	3
23.	Kooperiert mit Gleichaltrigen	1	2	3
24.	Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	1	2	3
25.	Die meisten Kinder mögen ihn/sie	1	2	3
26.	Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	1	2	3
27.	Hat viele Sorgen, erscheint häufig betrübt	1	2	3
28.	Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	1	2	3
29.	Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	1	2	3
30.	Hat viele Ängste, fürchtet sich leicht	1	2	3

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Auf der nächsten Seite beginnt nun der Fragebogen, den Sie bitte von Ihrem Kind ausfüllen lassen.

*Ihr Kind soll die folgenden Fragen - so gut es geht - **ALLEINE** bearbeiten.*

Neben den Antwortmöglichkeiten befindet sich eine ausführlichere Beschreibung. Wenn es möglich ist, versuchen Sie darauf zu achten, dass Ihr Kind diesen Fragebogen ungestört ausfüllt, vielleicht vor oder nach dem Erledigen von den Hausübungen.

Ich würde Sie bitten, dennoch in der Nähe Ihres Kindes zu bleiben, damit es sich an Sie wenden kann, falls Ihrem Kind etwas unklar ist und es Hilfe braucht. Dabei ist darauf zu achten, dass Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter nur anleiten, damit er/sie die Fragen auch richtig versteht. Versuchen Sie bitte das Kind nicht zu einer Antwort zu drängen, sondern es soll die Fragen so selbstständig wie möglich beantworten.

Abschließend kontrollieren Sie bitte noch einmal, ob Ihr Kind tatsächlich bei jeder Frage etwas angekreuzt und nichts übersehen hat.

Bitte blättern Sie um!

Fragebogen – KIND

Hallo!

Mein Name ist Anna und ich brauche **DEINE HILFE** für die Abschlussarbeit meines Studiums.

Bitte versuche die folgenden Seiten so gut es geht zu bearbeiten. Es ist nicht schwer, und es geht nur darum, dass du das ankreuzt, was auch wirklich auf dich zutrifft. Es gibt kein „Richtig“ oder „Falsch“ wie in der Schule. Wenn du etwas nicht verstehst, kannst du auch gerne einen Erwachsenen um Hilfe fragen.

😊 **UND SCHON GEHT'S LOS!** 😊

Jetzt siehst du hier **6 Fragen** mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Versuche diese genau durchzulesen und kreuze **eine Antwort** an, welche auf dich am besten zutrifft.

1. Wie oft verbringst du deine Zeit mit hörenden Kindern?

- ☐ Nie (Ich verbringe nie Zeit mit hörenden Kindern.)
- ☐ Selten (Ich verbringe selten meine Zeit mit hörenden Kindern.)
- ☐ Manchmal (Ab und zu verbringe ich Zeit mit hörenden Kindern.)
- ☐ Oft (Oft verbringe ich meine Zeit mit hörenden Kindern.)
- ☐ Immer (Ich verbringe nur mit hörenden Kindern meine Zeit.)

2. Wie oft verbringst du deine Zeit mit hörbeeinträchtigten Kindern?

- ☐ Nie (Ich verbringe nie Zeit mit hörbeeinträchtigten Kindern.)
- ☐ Selten (Ich verbringe selten meine Zeit mit hörbeeinträchtigten Kindern.)
- ☐ Manchmal (Ab und zu verbringe ich Zeit mit hörbeeinträchtigten Kindern.)
- ☐ Oft (Oft verbringe ich meine Zeit mit hörbeeinträchtigten Kindern.)
- ☐ Immer (Ich verbringe nur mit hörbeeinträchtigten Kindern meine Zeit.)

3. Was wendest du überwiegend an, um mit anderen Menschen zu sprechen?

- ☐ ...Gebärdensprache (Meistens verwende ich Gebärdensprache.)
- ☐ ...Lautsprache (Meistens verwende ich die gesprochene Sprache.)
- ☐ ...beides (Ich spreche Lautsprache und Gebärdensprache gleich oft.)

4. Ich unterhalte mich mit Freunden in meiner Freizeit meistens in...

- ☐ ...Gebärdensprache (Meistens verwende ich Gebärdensprache, wenn ich mit meinen Freunden spreche.)
- ☐ ...Lautsprache (Meistens verwende ich die gesprochene Sprache, wenn ich mit meinen Freunden spreche)
- ☐ ...beides (Ich spreche Lautsprache und Gebärdensprache gleich oft mit meinen Freunden.)

5. Ich unterhalte mich mit meiner Familie (und Geschwistern) meistens in...

- ☐ ...Gebärdensprache (Meistens verwende ich Gebärdensprache, wenn ich mit meiner Familie spreche.)
- ☐ ...Lautsprache (Meistens verwende ich die gesprochene Sprache, wenn ich mit meiner Familie spreche.)
- ☐ ...beides (Ich spreche Lautsprache und Gebärdensprache gleich oft mit meiner Familie.)

6. Ich unterhalte mich in der Schule mit MitschülerInnen und LehrerInnen meistens in...

- ☐ ...Gebärdensprache (Meistens verwende ich Gebärdensprache, wenn ich mit LehrerInnen oder MitschülerInnen spreche.)
- ☐ ...Lautsprache (Meistens verwende ich die gesprochene Sprache, wenn ich mit mit LehrerInnen oder MitschülerInnen spreche)
- ☐ ...Beides (Ich spreche Lautsprache und Gebärdensprache gleich oft mit LehrerInnen oder MitschülerInnen.

SUPER, JETZT HAST DU ES GLEICH GESCHAFFT!

Jetzt hast du hier wieder einige Aussagen stehen. Versuche den Smiley anzukreuzen,
welcher auf dich zutrifft:



STIMMT NICHT



STIMMT MANCHMAL



STIMMT

		Stimmt nicht	Stimmt manchmal	Stimmt
1.	Ich habe viele Freunde.			
2.	Ich höre oder schaue zu, wenn andere etwas sagen oder gebärden.			
3.	Wenn ich mit anderen Kindern zusammen spiele, bin ich der Chef.			
4.	Ich teile normalerweise mit anderen (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte, ...).			
5.	Wenn ein anderes Kind etwas von mir möchte, was ich nicht mag, dann mache ich es nicht.			

6.	Wenn eine Gruppe von Kindern miteinander spielen, frage ich, ob ich mitspielen darf.			
7.	Wenn ein anderes Kind eine Idee hat, bin ich damit meistens einverstanden.			
8.	Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind.			
9.	Ich habe einen oder mehrere gute Freunde und Freundinnen.			
10.	Wenn ich mit anderen Kindern zusammen bin, habe ich meistens die Idee, was wir spielen könnten.			
11.	Wenn ein anderes Kind ein Problem hat, tut es mir leid.			
12.	Ich kann mich wehren.			
13.	Ich ziehe mich vor anderen Kindern zurück.			

14.	Es fällt mir leicht zu warten, bis ich an der Reihe bin.			
15.	Ich habe für lange Zeit die gleichen Freunde.			
16.	Ich gehe meistens auf andere Kinder zu, um mit Ihnen zu reden oder zu gebärden.			
17.	Ich teile es anderen Kindern mit, wenn mir etwas nicht passt.			
18.	Wenn andere Kinder zusammen spielen, schaue ich ihnen lieber zu als mitzumachen.			
19.	Wenn ich mit meinen Freunden Streit habe, kann ich auch nachgeben.			
20.	Ich bin zu anderen Kindern nett.			
21.	Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt			

22.	Mir fällt es leicht, mit anderen Kindern zu reden oder zu gebärden.			
23.	Wenn ich etwas mit anderen Kindern zusammen mache, schaue ich, dass jeder mal an die Reihe kommt.			
24.	Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen).			
25.	Die meisten Kinder mögen mich.			

😊 ENDE 😊

DANKE für deine Mithilfe!
Wenn du fertig bist, wende dich an einen Erwachsenen.

B) Genehmigung der wissenschaftlichen Untersuchung




Landesschulrat
für Salzburg
Mozartplatz 10, Postfach 530, A-5010 Salzburg
www.lsr-sbg.gv.at
DVR: 0103012
Bearbeiterin: AD Birgit Enzensberger
Tel.: 0662 8083 2060 | Fax: 0662 8083 2199
E-Mail: birgit.enzenberger@lsr-sbg.gv.at

Frau
Anna Maria Pölzl
Alberichgasse 3/2
1150 Wien

per E-Mail: anna.poezl@gmx.net

Zahl: 7151/0018-AP/2015

Wissenschaftliche Untersuchung - Genehmigung

Sehr geehrte Frau Pölzl!

Auf Grund Ihres Ansuchens vom 24. Februar 2015 genehmigt der Landesschulrat für Salzburg eine wissenschaftliche Untersuchung für Ihr Forschungsprojekt zum Thema „Einfluss der Gebärdensprache auf selbst- und fremdbezogene soziale Kompetenzen hörbeeinträchtigter und gehörloser Kinder“ am Zentrum für Sinnesbehinderte/Josef-Rehr-Schule unter folgenden Bedingungen:

1. Die Untersuchung kann nur mit nachweislichem Einverständnis der Direktion, der betreffenden Lehrer/innen sowie der Erziehungsberechtigten genehmigt werden.
2. Die Untersuchung darf nur außerhalb der regulären Unterrichtszeit durchgeführt werden. Dabei ist der Grundsatz der Freiwilligkeit voll zu beachten.
3. Die Anonymität der Beteiligten ist in jeder Hinsicht zu wahren (Bestimmungen des DSG BGBl. Nr. 565/1978, i.d.g.F.).
4. Das Ansuchen ist mit einer Verwaltungsabgabe von 14,30 Euro unter Bezug auf o.a. Zahl zu vergebühren. Der Betrag ist auf das Konto des Landesschulrates für Salzburg, IBAN: AT68 0100 0000 0540 0007, BIC: BUNDATWW, bei der BAWAK P.S.K. unter Angabe des Verwendungszweckes „WU 7151/0018-AP/2015“ einzuzahlen.
5. Nach Abschluss Ihrer Arbeit legen Sie bitte das Ergebnis Ihrer Befragung kostenlos unter Bezug auf o.a. Zahl der vorliegenden Genehmigung dem Landesschulrat für Salzburg vor. (die Vorlage kann auch als pdf.-Datei erfolgen).
6. Sie werden ersucht, unter Berufung auf die vorstehende Genehmigung den direkten Kontakt mit der Schule aufzunehmen und die näheren Einzelheiten einvernehmlich festzulegen.

Salzburg, am 19. März 2015
Für den Amtsführenden Präsidenten:
gez. Birgit Enzensberger

C) Kommunikationsmuster bei hörbeeinträchtigten Kindern

- 1.....Gebärdensprache
 2.....Lautsprache
 3.....Totale Kommunikation

BEVORZUGTE KOMM- UNIKATION	Kommunikations- form allgemein	Kommunikations- form in der Familie	Kommunikations- form mit Freunden	Kommunikations- form in der Schule
Totale Kommunikation	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
	3	3	3	3
Kontext- abhängige Kommunikation	3	3	2	3
	3	3	2	2
	3	3	2	2
	3	3	2	2
	3	2	3	3
	3	2	3	3
	3	2	3	1
	3	2	2	2
	3	1	3	3
	3	1	3	3
	2	3	2	3
	2	3	2	3
	2	3	2	2
	2	2	3	3
	2	2	3	3
	2	2	3	3
	2	2	2	3
	2	2	2	3
	2	2	2	3
Lautsprache	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2

Lautsprache	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
	2	2	2	2
Kontext- abhängige Kommunikation	1	3	3	1
Gebärdensprache	1	1	1	1

D) Komorbiditäten der hörbeeinträchtigten Stichprobe

Davon sind einige Beeinträchtigungen Mehrfachnennungen, von den 58 hörbeeinträchtigten Kindern weisen 13 (22,41%) Kinder eine zusätzliche Beeinträchtigung laut den Eltern auf.

Brille	5
Dyskalkulie	3
Entwicklungsverzögerung	2
Sprachentwicklungsstörung	3
Legasthenie	3
Teilleistungsschwäche	1

E) Curriculum vitae

Vor- und Zuname: Anna Maria Pölzl

Staatsbürgerschaft: Österreich

Ausbildung:

2013
Auslandssemester von Jänner - Juli an der Universität
Leiden, Rapenburg 70, Niederlande

seit 2009
Psychologische Fakultät Universität Wien, Liebiggasse 5,
1010 Wien

2004 – 2009
Bundesbildungsanstalt für Sozialpädagogik, Dr.-Theodor-
Körner-Str. 8, 3100 St. Pölten

**Berufliche
Erfahrungen/Praktika:**

**Universitätsklinik für Kinder- und
Jugendheilkunde – Neuroonkologie**
Währingergürtel 18-20, 1090 Wien;
Pflichtpraktikum im Ausmaß von 12 Wochen/ 20
Std.; Dezember 2013 - Februar 2014

BIG - Bundesinstitut für Gehörlosenbildung
Maygasse 25, 1130 Wien; halbe Lehrverpflichtung als
Zweitpädagogin; Jänner 2011 – September 2012

Origo Gesundheitszentren– Sowhat, Ibos & Salvia
Gerstnerstraße 5, 1150 Wien; Praktikum im Ausmaß
von 6 Wochen, September/Oktobre 2012

PSD Psychosozialer Dienst - Caritas St.Pölten
3100 St. Pölten; Praktikum im Ausmaß von 4
Wochen, August - September 2011