

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Fremdbeurteilung der Lebensqualität von gehörlosen Personen mit
Mehrfachbeeinträchtigung“

Unter der Berücksichtigung der Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz

verfasst von / submitted by

Paulina Sarbinowska, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

Danksagung

Als Erstes möchte ich mich bei Herrn Univ.-Prof. Dr. Germain Weber für die Unterstützung, die Bereitschaft für die Betreuung dieser Arbeit und für seine Geduld herzlich bedanken.

Weiters möchte ich mich auch herzlich bei Herrn Dr. Johannes Fellingner für die fachliche Unterstützung und für seine Zustimmung, in den *Lebenswelten* in Pinsdorf, Schenkenfelden und Wallsee erheben zu dürfen, bedanken.

Einen großen Dank geht an jede einzelne BetreuerIn, die/der meinen Fragebogen ausgefüllt hat. Ohne ihre Unterstützung und Teilnahme wäre die Studie nicht möglich gewesen.

Herzlichen Dank an meine Tutorinnen für die Begleitung bei meiner Masterarbeit und vor allem für die Geduld und Hilfsbereitschaft. Ohne sie würde ich nicht diese Kraft für diese Arbeit haben, deren emotionaler Unterstützung mich durch die ganze Zeit geholfen hat.

Besonderen Dank ergeht an die Servicestelle GESTU – *Gehörlos erfolgreich studieren* für die Bereitstellung von GebärdensprachdolmetscherInnen und TutorInnen während dem Masterstudium und der Masterarbeit, um mir ein möglichst barrierefreies Studium zu ermöglichen.

Ein großer Dank gilt meiner Familie sowie Freunden für die Unterstützung und aufmunternden Zuspruch.

INHALTSVERZEICHNIS

THEORIE

EINLEITUNG.....	5
1 GRUNDLEGENDES ZUR HÖRBEEINTRÄCHTIGUNG.....	6
1.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG	6
1.2 ALLGEMEINE SITUATION VON GEHÖRLOSEN IN ÖSTERREICH	7
1.3 INTELLEKTUELLE BEEINTRÄCHTIGUNG.....	7
1.4 SITUATION DER GEHÖRLOSEN MIT INTELLEKTUELLER BEEINTRÄCHTIGUNG – <i>DEAFPLUS</i>	8
1.5 MEDIZINISCHE VS. SOZIOKULTURELLE PERSPEKTIVE	10
2 DEAFPLUS – GEHÖRLOSE MIT MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGUNG	11
2.1 AKTUELLE ANGEBOTE FÜR GEHÖRLOSE MIT MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGUNG IN ÖSTERREICH	12
2.2 DIE THERAPEUTISCHE WOHNGEMEINSCHAFT „LEBENSWELT“	12
3 LEBENSQUALITÄT.....	13
3.1 LEBENSQUALITÄT	13
3.2 LEBENSQUALITÄT BEI GEHÖRLOSEN PERSONEN MIT MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGUNG	16
4 KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ	16
4.1 KOMMUNIKATIONSFORMEN	16
4.2 KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ UND HERAUSFORDERUNGEN	19
4.3 KOMMUNIKATIONSKOMPETENZ ALS RESSOURCENORIENTIERUNG	20
5 ALLTAGSKOMPETENZ.....	21
5.1 ALLTAGSKOMPETENZ ALS FAKTOR FÜR LEBENSQUALITÄT	21
5.2 ALLTAGSKOMPETENZ BEI GEHÖRLOSEN PERSONEN MIT MEHRFACHBEEINTRÄCHTIGUNG	23
EMPIRIE.....	24
6 FRAGESTELLUNGEN UND HYPOTHESEN	24
7 METHODE.....	26
7.1 DURCHFÜHRUNG	26
7.2 STICHPROBENBESCHREIBUNG	27
7.3 MESSINSTRUMENTE.....	31
7.3.1 Familienlebensqualitätsfragebogen – <i>FLQ</i> (Kaspar, Krecht, Weber & Zierhut, 2008)	31
7.3.2 Instrumentelle Aktivitäten – <i>IADL</i> (Lawton und Brody, 1969).....	33
7.3.3 Kommunikativer-Kompetenz-Indikator – <i>KKI</i> (Hintermair, 2012)	33
7.3.4 Soziodemographische Daten	34
7.4 STATISTISCHE ANALYSE	35

8	ERGEBNISSE	35
8.1	INFERENZSTATISTISCHE AUSWERTUNG.....	35
8.1.1	<i>Fragestellung 1: Besteht zwischen Lebensqualität und Alltagskompetenz eine positive Korrelation?</i>	<i>36</i>
8.1.2	<i>Fragestellung 2: Besteht zwischen Lebensqualität und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?</i>	<i>36</i>
8.1.3	<i>Fragestellung 3: Besteht zwischen Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?</i>	<i>36</i>
8.2	POST-HOC ERGEBNISSE	37
8.2.1	<i>Fragestellung 4a: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität zwischen den Lebenswelten Pinsdorf und Schenkenfelden?</i>	<i>37</i>
8.2.2	<i>Fragestellung 4b: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Kommunikationskompetenz zwischen den Lebenswelten Pinsdorf und Schenkenfelden?</i>	<i>37</i>
8.2.3	<i>Fragestellung 4c: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Alltagskompetenz zwischen den Lebenswelten Pinsdorf und Schenkenfelden?</i>	<i>37</i>
8.2.4	<i>Differenzierte Analyse der Familienlebensqualitätsfragebogen (FLQ)</i>	<i>38</i>
8.2.4.1	<i>Fragestellung 5: Besteht eine Korrelation zwischen den Ebenen der Lebensqualität und Kommunikationskompetenz?</i>	<i>38</i>
9	DISKUSSIONEN.....	41
9.1	LIMITATION	44
9.2	AUSBLICK.....	45
10	LITERATURVERZEICHNIS.....	47
11	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	54
12	TABELLENVERZEICHNIS.....	54
13	ANHANG.....	55

Einleitung

„We need to give each other the space to grow, to be ourselves, to exercise our diversity. We need to give each other space so that we may both give and receive such beautiful things as ideas, openness, dignity, joy, healing and inclusion.“

(Max De Pree, 2004)

Unsere Gesellschaft weist auf dem persönlichen und sozialen Level eine große Diversität auf. Sie setzt sich aus den verschiedensten Menschengruppen zusammen, die unter anderem durch Herkunft, Geschlecht, Religion oder auch durch körperliche oder psychische Einschränkungen definiert werden. Es manifestiert sich meistens eine sogenannte Minderheit in der Mehrheitsgesellschaft. Zu den Minderheiten in unserer Gesellschaft zählen unter anderem hörbeeinträchtigte und gehörlose Menschen, die mittels der Österreichischen Gebärdensprache (ÖGS) kommunizieren. Unter dieser Minorität ordnet sich noch einmal eine kleine Gruppe, die von Hörbeeinträchtigung/Gehörlosigkeit und von einer Mehrfachbeeinträchtigungen betroffen sind. Diese Personen werden innerhalb der gehörlosen Community als *DEAFplus* (Nutt, 2019) bezeichnet. Dabei steht *DEAF* für die Identität der Gehörlosigkeit (Ladd, 2008) und *plus* für andere zusätzliche Beeinträchtigungen. Gehörlosenidentität meint in diesem Zusammenhang die kulturelle Identifikation (Ladd, 2008), bei der die Gebärdensprache als Kommunikationsmittel im Fokus steht und wesentlichen Einfluss auf das Selbstbewusstsein gehörloser Personen hat, wenn ihre Sprache von der Umgebung akzeptiert und anerkannt wurde (Fellinger et al., 2005). Zu dieser Identitätsgruppe können aber auch hörbeeinträchtigte Personen zählen, die sich auch ohne völligen Hörverlust mit der Kultur der Gehörlosen identifizieren. Die Großschreibung von *DEAF*¹ zeigt, dass die Gehörlosigkeit das übergeordnete Identitätskriterium ist, unter dem sich dann alle dazu kommenden Beeinträchtigungen unterordnen, und deshalb als *plus* in Kleinschreibung gekennzeichnet werden, während sich das „deaf“ mit kleinem „d“ auf das medizinische Modell bezieht – das Defizit, nicht hören zu können (McIlroy & Storbeck, 2011). Der Begriff *DEAFplus* ist demnach eine sozial konstruierte Selbstzuschreibung.

¹ Die Unterscheidung durch Groß- und Kleinschreibung (D/deaf) wird in dem englischsprachigen Raum oft angewendet, was im Deutschen unüblich ist.

DEAFplus bezieht sich auf verschiedene Bereiche von zusätzlichen Beeinträchtigungen. Diese können von kognitiver, sensueller, physischer oder psychischer Art sein (Nutt,2019).

In dieser folgenden Arbeit werden zuerst Definitionen und Situation dieser Population in Österreich beschrieben, und die Zielsetzung der Arbeit ist es, mittels wissenschaftlichen Daten die drei Variablen Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz von gehörlosen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung zu erheben, um einen wissenschaftlichen Relevanz für diese Population in Österreich zu schaffen. Abschließend wird reflektiert, welche weitere Vorgangsweisen für diese Population benötigt werden.

1 Grundlegendes zur Hörbeeinträchtigung

1.1 Begriffsbestimmung

In Österreich leben ca. 450.000 Menschen mit einer unterschiedlich stark ausgeprägten Hörbeeinträchtigung (Braun & Burghofer, 1995). Viele Gehörlose bzw. Personen mit Hörbeeinträchtigung, denen es trotz der Verwendung von Hörhilfen nicht möglich ist die Lautsprache akustisch zu erfassen, verwenden die Gebärdensprache als Kommunikationsmittel.

Unter Hörbeeinträchtigung versteht man verschiedene Grade von Hörverlust in Dezibel (dB), die von der World Health Organization (WHO, 2019)² in leichtgradig (Verlust von 26 – 40 dB), mittelgradig (41-60 dB), schwergradig (61 – 80 dB), oder taub (über 80 dB) eingeteilt wurde (WHO, 2019). Laut Statistik Austria (2016) beträgt die Zahl der Menschen mit schweren Hörbeeinträchtigungen (Grad der Beeinträchtigung ab 50%) in der österreichischen Bevölkerung ab 15 Jahren auf Basis der DESTATIS-Erhebung 2013 32.500 Personen (0,4% der ab 15-Jährigen) in der Kategorie „Sprach- oder Sprechstörungen, Taubheit, Schwerhörigkeit, Gleichgewichtsstörungen“. Hierzu zählen 2.800 Personen mit Gehörlosigkeit, 2.100 Personen mit Gehörlosigkeit und Störungen der intellektuellen und der Sprachentwicklung (insgesamt 4.900 Personen), sowie 26.000 Personen mit Schwerhörigkeit (Baldaszi, 2016).

² World Health Organization (2019). Grades of hearing impairment.

https://www.who.int/deafness/hearing_impairment_grades/en/ (Abrufdatum: 01.10.2019)

1.2 Allgemeine Situation von Gehörlosen in Österreich

Anders als oft angenommen, haben 83,9 % der gehörlosen Personen hörende Eltern/Familien (Gallaudet Research Institute, 2001). Daraus ergeben sich große Probleme bezüglich der Kommunikation und damit verbunden Probleme in der Bewältigung des Familienalltags. Gehörlose Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung sind noch einmal mehr von dieser Problematik betroffen.

In Österreich fehlen leider Gebärdensprachkurse, die an den Familienalltag angepasst sind und diejenigen Kurse, die es gibt, werden nicht finanziell unterstützt. Das heißt, dass es zusätzlich noch zu einer finanziellen Belastung kommt. Die fehlenden Gebärdensprachkenntnisse verunmöglichen eine ausgewogene Kommunikation im Familienumfeld und beeinträchtigt auch die Entwicklung des Kindes. Sie bilden gemeinsam mit anderen ÖGS-kompetenten Personen, wie z.B. hörende Kinder mit gehörlosen Eltern oder ÖGS-DolmetscherInnen die Gehörlosengemeinschaft in Österreich, ca. 8.000 Gehörlose und geschätzten 2000 ÖGS-kompetente Personen (Krausneker, 2006). Laut der UN - Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (2019)³, die Österreich im Oktober 2008 ratifiziert hat, haben alle Menschen die gleichen Rechte. Die Konvention beinhaltet unter anderem, dass jeder Mensch die gleichen Chancen haben soll, niemand diskriminiert werden darf und jeder in die Gesellschaft eingeschlossen werden muss.

1.3 Intellektuelle Beeinträchtigung

Laut der *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5)⁴ der American Psychiatric Association (APA) wird intellektuelle Beeinträchtigung (IB) bzw. intellektuelle Entwicklungsstörung wie folgt definiert:

Es werden wesentliche Einschränkungen der intellektuellen und adaptiven Funktionen im Bereich der konzeptionellen (z.B. Sprachverständnis, und Sprachausdruck), sozialen (z.B. interpersonelle Fähigkeiten) und alltagspraktischen (z.B. Kommunikation per Handy, Benützung der öffentlichen Verkehrsmittel) Fähigkeiten verzeichnet. Sie basiert auf einer Kombination aus Testergebnissen und Anpassungsschwierigkeiten, die mit der Notwendigkeit zur laufenden Unterstützung in den

³UN-Behindertenrechtskonvention: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/bildung-3907/>
(Abrufdatum:01.10.2019).

⁴ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM - 5):
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (Abrufdatum:01.10.2019).

Aktivitäten des täglichen Lebens einhergehen. Drei Kriterien müssen zusammentreffen (Falkai et al., 2018):

A: Störungen in intellektuellen Funktionen wie logisches Denken, Problemlösen, Planen, abstraktes Denken, Urteilsvermögen, akademisches Lernen, Lernen aus Erfahrung als Ergebnis einer Klinischen Einschätzung sowie von standardisierten individuellen Tests

B: Störungen in der Anpassungsleistung, die dazu führen, dass die Person entwicklungstechnische oder soziokulturelle Standards für persönliche Unabhängigkeit und soziale Verantwortung nicht erfüllen kann

C: Auftreten dieser intellektuellen oder adaptiven Behinderungen in der Entwicklungszeit, vor dem 18. Lebensjahr

Eine intellektuelle Beeinträchtigung kann mehrere Ursachen haben: genetische Gründe, pränatale Traumata, Infektionen oder andere Probleme während der Schwangerschaft, ein Trauma wie Sauerstoffmangel bei der Geburt, postnatale Probleme wie Krankheiten, Verletzungen oder Umweltgifte wie Bleivergiftung (Batshaw, Roizen, & Lotrecchiano, 2013). Diese Beeinträchtigung tritt in der frühen Entwicklungsphase auf und wird in vier Schweregraden klassifiziert: Leicht (F70), Mittelgradig (F71), Schwer (F72) und Schwerst (F73) (Falkai et al., 2018).

1.4 Situation der Gehörlosen mit intellektueller Beeinträchtigung – *DEAFplus*

In den letzten Jahrzehnten haben viele Studien nachgewiesen, dass das Risiko eine Hörbehinderung zu haben bei Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung erhöht ist. Dies gilt nicht nur für Menschen mit Down-Syndrom (Roizen, Wolters, Nicol, & Blondis, 1993), sondern auch für Menschen mit anderen Ursachen von intellektueller Beeinträchtigung (Evenhuis, Theunissen, Denkers, Verschuure, & Kemme, 2001).

Jeder/e fünfte gehörlose Person in Österreich ist von Mehrfachbeeinträchtigung betroffen. Im Artikel *DEAFplus* – Internationale Konferenz für gehörlose Menschen mit besonderen Bedürfnissen geht Elke Berger (2019) näher auf die Situation von *DEAFplus* betroffenen Menschen in Österreich ein:

„Fast die Hälfte der Menschen mit Lernschwierigkeiten und Mobilitätsbeeinträchtigungen leiden zudem – meist unerkannt – an einer Hörbeeinträchtigung. Viele der betroffenen Menschen haben keinen Zugang zur Gebärdensprache. Sie leben in starker sozialer Isolation in einem hörenden Umfeld (Behinderteneinrichtungen oder im familiären Umfeld). Missverständliche Kommunikation führt dann oft zu herausfordernden Verhalten und Aggression bei dieser Personengruppe. Ihre Potentiale bleiben meist ungenutzt. Die Entfaltung des Potentials gehörloser Menschen mit besonderen Bedürfnissen steht im Mittelpunkt der Arbeit von Dr. Johannes Fellingner. Fellingner Johannes hat auch vor 20 Jahren die Lebenswelt Schenkenfelden als therapeutische Wohn- und Arbeitsgemeinschaft (Wohnwelt und Arbeitswelt) für gehörlose Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigungen initiiert.“

(Berger, 2019 in Gebärdensache, S.36)

In Österreich gibt es nur wenige Institutionen, die sich damit beschäftigen die oben genannten Aspekte bei gehörlosen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung zu fördern. Eine der bekanntesten Institution, die sich diesem Thema gewidmet hat, ist das Gesundheitszentrum für Gehörlose der Barmherzigen Brüder in Linz. Durch die angeschlossene *Lebenswelt*⁵ an drei Standorten Schenkenfelden, Pinsdorf und Wallsee, wurde ein Raum für gehörlose Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung geschaffen, in dem auf deren spezielle Bedürfnisse eingegangen werden kann (Lebenswelt, 2019).

Einer amerikanischen Studie zufolge, weisen 27% der gehörlosen und schwerhörigen SchülerInnen zwischen 6 und 19 Jahren zusätzliche Beeinträchtigungen auf (Gallaudet Research Institute, 2008). Dazu gehören Lernstörungen, vormals als mentale Retardierung (geistige Behinderung) bezeichnet (9%), Entwicklungsverzögerung (5%), spezifische Lernschwierigkeiten (8%), Sehbehinderung (4%) und Autismus (2%). In Atlanta wurde bei 30% der Gehörlosen weiteres von Neuroentwicklungsstörungen und bei 26 % intellektuelle Beeinträchtigung berichtet (Van Naarden, Decoufle, & Caldwell, 1999).

Im Vergleich dazu: In Österreich wurde eine Studie im Wohnheim Institut Hartheim von Fellingner et al (2009) durchgeführt, bei welcher Menschen mit bisher nicht identifizierter dualer Sinnesbeeinträchtigung (Hör- und Sehbeeinträchtigung) und mit intellektueller Beeinträchtigung erfasst wurden. Von insgesamt 224 BewohnerInnen des Instituts Hartheim, die nach der ICD - 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) diagnostiziert wurden, hatten 96 BewohnerInnen (42,9 %) eine schwerste intellektuelle Beeinträchtigung (IB),

⁵ Lebenswelt (2019). 20 Jahre Lebenswelt - Chronik. Barmherzigen Brüder Linz.

<https://www.barmherzige-brueder.at/unit/20jahrelebenswelt/home/ausblick> (Abrufdatum: 01.10.2019)

99 (44, 2%) schwere IB, und 29 (12, 9 %) eine IB. Bei dieser Gruppe hatten 48 Menschen (21, 4%) eine duale Sinnesbeeinträchtigung, davon hatten 87,5 % der BewohnerInnen mit dualer Sinnesbeeinträchtigung eine schwerste IB, während 12, 5 % eine schwere IB hatten. In der Gruppe mit mittelgradiger intellektueller Beeinträchtigung fanden sich keine Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigung. Der Schweregrad der Seh- und Hörbeeinträchtigung korrelierte nicht mit dem Schweregrad der intellektuellen Beeinträchtigung, während eine höhere Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit auch von einer dualen Sinnesbeeinträchtigung betroffen zu sein assoziiert wurden (Fellinger, Holzinger, Dirmhirn, van Dijk, & Goldberg, 2009).

1.5 Medizinische vs. Soziokulturelle Perspektive

In den 90iger Jahren entwickelten die Behindertenorganisationen eine Alternative zu der jahrhundertalten medizinischen Sichtweise auf Gehörlosigkeit, die sie ausschließlich als Behinderung gesehen hat. Dadurch wurde das Potential vieler Gehörloser und anderer Menschen mit Beeinträchtigungen nicht genutzt und machte sie zu HilfsempfängerInnen. Die Behinderung läge nicht in ihnen selbst, sondern die Behinderung entstehe durch die Gesellschaft, die ihnen keine gleichberechtigte Teilhabe zugestehe und sie somit „behindere“. So entstand die soziale Perspektive von Behinderung (Oliver, 1990).

Im Gegensatz zum medizinischen Modell bedeutet das sozial-kulturelle Modell einen Paradigmenwechsel, da nicht mehr nur defizitorientiert gehandelt wird, sondern Menschen mit Beeinträchtigung als Teil der Gesellschaft und Gehörlose als Sprachminderheit gewürdigt werden. Die Heterogenität der gehörlosen Menschen, Vorteile und Privilegien der Gebärdensprache und der Gehörlosenkultur stehen hier im Vordergrund (Barnes, Mercer, & Shakespeare, 1999). Die neue Sichtweise lädt zu einem neuen Zugang der Förderung gehörloser Menschen ein, in der es darum geht, eine Perspektive auf die Fähigkeiten und Ressourcen einzunehmen, die berücksichtigt, welche Potentiale die betroffenen Personen haben, um souverän und produktiv mit den Einschränkungen umzugehen. Im Fokus steht einzusetzen, was gesund, verfügbar, und stark ist, um mit der Beeinträchtigung besser leben zu können. Wenn gehörlose Kinder schon von früh an in diese Richtung gefördert werden, scheinen sie sehr von diesen Ressourcenorientierten Konzept zu profitieren (Hintermair, 2006). Auch bei gehörlosen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bzw. Mehrfachbeeinträchtigung würde dieses Konzept sehr unterstützend wirken, weil so ihre Ressourcen bzw. Fähigkeiten gefördert werden könnten. Hinsichtlich der

Übergangsplanung von der Schulbildung im Sekundarbereich (II) zur betreuten *Lebenswelt* ist zu beachten, dass die BewohnerInnen bereits schulische Basiskenntnisse erworben haben, und somit schon eine Vielzahl von Stärken und Schwächen aufweisen, die als gute Grundlage für den Beginn der Auswahl ihrer Beschäftigung dienen können (Raymond, 2015), z.B. in Wohngemeinschaften die alltäglichen Fähigkeiten nachgehen.

2 DEAFplus – Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung

Die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft ist äußerst heterogen (Krausneker, 2006), zu ihr zählen alle Personen mit Gebärdensprachkompetenz. Wie in der Allgemeinbevölkerung gibt es auch in der Gehörlosengemeinschaft eine große gesellschaftliche Vielfalt. Man kann davon ausgehen, dass es auch Randgruppen innerhalb dieser Gemeinschaft gibt, dazu zählen unter anderem Gehörlose mit intellektueller Beeinträchtigung. Unter intellektueller Beeinträchtigung versteht man eine deutlich unterdurchschnittliche Ausbildung der geistigen Leistungsfähigkeit, sodass Anpassungs- und Verständigungsfähigkeit, zwischenmenschliche Interaktion, eigenständige Versorgung, sprachliche, emotionale, und motorische Fähigkeiten wesentlich beeinträchtigt sind (Paulitsch, 2009). Liegt also auch eine intellektuelle Beeinträchtigung neben der Hörbeeinträchtigung vor, wird die Hörbeeinträchtigung schwerwiegender, weil die Person über geringere Kompensationsmechanismen verfügt, weshalb die Behandlung von einer stärkeren Hörbeeinträchtigung ausgehen muss als bei Personen ohne intellektuelle Beeinträchtigung. Eine Hörbeeinträchtigung ist eine unsichtbare Behinderung, besonders bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, die einen Hörverlust noch nicht realisiert haben oder noch nicht in der Lage sind das Problem klar zu kommunizieren. Das Erkennen von einer Hörbeeinträchtigung hängt auch von den jeweils betreuenden Personen ab. Interpretieren sie das Verhalten der betroffenen Person in Richtung eines Hörverlusts oder werden die ausgesandten Signale als intellektuelle Beeinträchtigung verstanden, zum Beispiel inadäquate Reaktionen auf Geräusche oder das Ausbleiben von Reaktionen im Kommunikationsablauf. Hier besteht die Gefahr von Fehlinterpretationen und damit von spät diagnostizierten Hörproblemen oder intellektueller Beeinträchtigung oder beider. Deshalb wird in mehreren Studien zu diesem Thema darauf hingewiesen, wie wichtig eine frühzeitige korrekte Diagnose ist. Diese ist abhängig von der Kompetenz der diagnostizierenden Person, die über ein Basiswissen in Bezug auf Gehörlosigkeit und deren Kommunikationsmöglichkeiten verfügen muss. Wenn Erwachsene mit intellektueller Beeinträchtigung von ihrer frühen Kindheit an stark hörbeeinträchtigt waren und das nicht erkannt

wurde, kann dies zu einer Beeinträchtigung in der Entwicklung der Kommunikationsfähigkeit und der intellektuellen Entwicklung geführt haben. Diese Fehldiagnose führt zu einer höheren Abhängigkeit von den betreuenden Personen, da eine eigene Autonomie nicht ausreichend entwickelt werden kann (Meuwese-Jongejeugd, 2006).

2.1 Aktuelle Angebote für Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung in Österreich

Aus den bisher dargelegten Sachverhalten wird erkennbar, dass gehörlose Personen mit intellektueller Beeinträchtigung besonders Schwierigkeiten haben, den Übergang vom Kind zum Erwachsenen gut zu meistern, da das Erwachsenenalter neue Rollen und Verantwortlichkeiten mit sich bringt (Luft, 2015). Als Erwachsene haben es Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung sowie mit intellektueller Beeinträchtigung in der Gesellschaft nicht so leicht und werden nicht vollwertig akzeptiert und in anderen Wohnheimen für hörende Menschen mit Mehrfachbehinderung auch nicht optimal untergebracht, weil sie aufgrund starker Kommunikationsbarrieren keine Chance haben sich dort zu verständigen und somit eine große Gefahr für Isolation und Deprivation bestünde. Aus diesem Grund wurde 1999 die erste *Lebenswelt* in Schenkenfelden in Oberösterreich gegründet, die solchen Menschen einen Lebens-, Lern- und Arbeitsraum geben sollte, die auf Initiative von Dr. Johannes Fellingner zurück geht (Lebenswelt, 2019).

2.2 Die therapeutische Wohngemeinschaft „Lebenswelt“

Aufgrund des großen Bedarfes an Wohnmöglichkeiten für Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung, den Dr. Fellingner und sein Team in dem Gesundheitszentrum für Gehörlose der Barmherzigen Brüder in Linz in der täglichen Arbeit feststellen konnten, wurde die erste *Lebenswelt* Schenkenfelden gegründet. Hiermit wurde ein Lebensraum geschaffen, der sowohl von gehörlosen als auch von taubblinden Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen genutzt werden kann (Lebenswelt, 2019) Unabhängig davon, in welchem Umfeld sich die Person befindet, ist es aber für die Gehörlosen im eigenen Umfeld, also in der Gehörlosen - bzw. Gebärdensprachgemeinschaft, von großer Bedeutung gesehen, anerkannt und akzeptiert zu werden, da sie von der Mehrheitsgesellschaft ausgeschlossen sind (Kushalnagar et al., 2014). Daher wurde auch die Einrichtung *Lebenswelt*, welche aus einer Wohn- und Arbeitsgemeinschaft besteht, für diese Zielgruppe gegründet, damit sie sich dort zugehörig fühlen können. Das Kommunikationsmittel in der Einrichtung ist die Österreichische Gebärdensprache und zusätzlich die Unterstützte Kommunikation. Das Ziel der *Lebenswelt* ist eine Gemeinschaft für diese betroffenen Personen anzubieten, um ihre Lebensqualität zu verbessern (Lebenswelt, 2019) und

ihre Alltagskompetenz zu fördern. Konkret soll den gehörlosen/taubblinden, mehrfachbehinderten Menschen die Möglichkeit geboten werden, ihre Ressourcen zu stärken und weiter zu entwickeln. Sie können in der so genannten *Arbeitswelt* unterschiedlichen Aktivitäten wie töpfern, nähen, Holzarbeiten, etc. nachgehen. Außerdem soll ihnen ein Wohnbereich geboten werden, welcher selbstbestimmtes Leben zulässt. Da Schenkenfelden so erfolgreich war, wurden inzwischen noch andere *Lebenswelten* gegründet. Seit 2011 gibt es zusätzlich die *Lebenswelt* Pinsdorf und seit 2014 die *Lebenswelt* Wallsee-Sindelburg (Lebenswelt, 2019).

3 Lebensqualität

3.1 Lebensqualität

Laut Zapf (1983, zitiert nach Hennessey & Mangold, 2012) muss die Lebensqualität als eine Mischung aus den objektiven Lebensbedingungen und dem Wohlbefinden gesehen werden (Abbildung 1).

Objektive Lebensbedingungen	Wohlbefinden	
	Gut	Schlecht
Gut	Well-Being	Dissonanz
Schlecht	Adaption	Deprivation

Abbildung 1: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden
(Zapf, 1983, zitiert nach Hennessey und Mangold, 2012)

Nach diesem Modell von Zapf (1983)⁶ wäre demnach „Well-Being“ das Zusammenspiel von objektiv-gesehen guten Lebensbedingungen und positivem Wohlbefinden. Jedoch zeigt sich in der Abbildung 1, dass der Zusammenhang zwischen guten Lebensbedingungen und dem positiven Wohlbefinden kein linearer ist. Demnach besteht die Möglichkeit, dass, obwohl objektiv die Lebensbedingungen besser werden, das Wohlbefinden des Menschen dennoch niedrig ist. Dieser Zustand wird auch als Dissonanz bezeichnet. Andererseits ist auch das Gegenteil möglich: objektiv schlechte Lebensbedingungen führen dazu, dass sich der Mensch anpasst und depriviert

⁶ Das Modell wurde für diese Masterarbeit herangezogen, weil es die objektiven Lebensbedingungen und das subjektive Wohlbefinden des Individuums sehr anschaulich darstellt. Die vier verwendeten Begriffe können gut auf die Situation der Gehörlosengemeinschaft übertragen werden.

(Hennessey und Mangold, 2012). Wenn eine Person die Lebensbedingungen nicht als Bedrohung wahrnimmt, liegt das subjektive Wohlbefinden „Well-Being“ vor. Jedoch sind Lebensbedingungen nicht statisch, sondern können sich verschlechtern. In einem solchen Falle, wird angenommen, dass ein sogenannter homöostatischer Abwehrmechanismus in Kraft tritt. In diesem Sinne werden interne beziehungsweise externe Ressourcen aktualisiert, um zu verhindern, dass das Wohlbefinden, die unter Grenze des Normbereichs darstellt, fällt. Einen solchen Prozess nennt man Adaption. Nur wenn jener Punkt erreicht wird, bei welchem die kritische Schwelle miserabler Lebensbedingungen (z.B. gravierende finanzielle Probleme) unterschritten wird, nimmt das Wohlbefinden ab - die Deprivation wird erreicht. Es stellt sich die Frage, was dieser nicht lineare Zusammenhang zwischen Lebensbedingungen und Wohlbefinden bedeutet könnte. Es wird angenommen, dass neben den objektiven Lebensbedingungen verschiedene subjektive Einflussfaktoren bedeutend für die Lebensqualität sind. Zusammenfassend kann von vier globalen subjektiven Faktoren ausgegangen werden, welche auch einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensqualität von Menschen mit Beeinträchtigungen haben: Kompetenzerleben, Autonomie, soziale Eingebundenheit und Sinn (Hennessey und Mangold, 2012).

Parallel zu der Theorie von Zapf (1983, zitiert nach Hennessey und Mangold, 2012) hat sich in der Lebensqualitätsforschung die weitverbreitete Theorie von Schalock (2000) für Menschen mit IB durchgesetzt, die besagt, dass das Konzept der Lebensqualität ein grundlegendes Prinzip ist, welches ein gemeinsames Ziel für alle Umgebungen und Menschen empfiehlt. Das Ziel besteht darin die Lebensqualität zu verbessern. Der Wunsch nach einem Leben mit Qualität ist für jeden/r charakteristisch, auch für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung. Nach Schalock (2000) beziehen sich die gewünschten Lebensbedingungen einer Person auf die acht Kerndimensionen, die eine zentrale Rolle für die Lebensqualität spielen:

- **Emotionales Wohlbefinden** – erhöhte Sicherheit, stabiles und berechenbares Umfeld, positives Feedback
- **Interpersonale Beziehungen** – Freundschaften und Intimität werden gefördert, Familien unterstützt
- **Materielles Wohlbefinden** – Eigentumsrecht, Besitz, Arbeit
- **Persönliche Entwicklung** – Bildung und funktionelle Rehabilitation, unterstützte Technologien

- **Körperliches Wohlbefinden** – Gesundheitsvorsorge, Mobilität, allgemeines Wohlbefinden, Ernährung
- **Selbstbestimmung** – Wahlmöglichkeiten, persönliche Kontrolle, Entscheidungen, persönliche Ziele
- **Soziale Inklusion** – Rolle in der Gemeinschaft, Integration in die Gemeinschaft, ehrenamtliches Engagement
- **Rechte** – Privatsphäre, Stimmabgabe, rechtsstaatliche Verfahren, bürgerliche Pflichten

In den letzten zwanzig Jahren konnte ein beachtlicher Fortschritt in Bezug auf das Verständnis der signifikanten Rolle, welche das Konzept der Lebensqualität im Leben von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und der Systeme einnimmt, um im Leben besser interagieren zu können, festgestellt werden. Tatsächlich hat sich der Begriff der Lebensqualität über den Menschen hinaus ausgeweitet und wirkt sich nun auf eine gesamte Dienstleistungserbringung aus, da er als soziales Konstrukt, als verbindende Idee und integrierendes Konzept wirkt (Schalock, 2000). Im Vergleich dazu kann in Österreich noch kein solcher Fortschritt wie von Schalock für den angelsächsischen Raum beschrieben, festgestellt werden (Weber, 2018). Hier ist noch der Bedarf eines veränderten Bewusstseins bezüglich der Signifikanz der Rolle des Konzepts der Lebensqualität gegeben. Außerdem braucht es noch mehr Bemühungen einer differenzierten gesellschaftlichen Integration von gehörlosen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung bzw. Mehrfachbeeinträchtigung als Voraussetzung für eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität für die Betroffenen in Österreich.

In der Praxis haben Personen mit Mehrfachbeeinträchtigung eine eigene Wahrnehmung ihrer Gesundheit, ihres Wohlbefindens, und ihrer Lebenszufriedenheit, die von Außenstehenden als widersprüchlich erlebt wird. Dieses Phänomen wird als „Behinderungs-Paradoxon“ bezeichnet (Albrecht & Devlieger, 1999). Es besagt unter anderem, dass viele jener Personen, welche eine Behinderung aufweisen, über eine gute oder ausgezeichnete Lebensqualität berichten, obwohl das außenstehende Beobachter völlig anders beurteilen würden. Hierfür gibt es verschiedene Erklärungen. Eine Erklärung bezieht sich auf die Aussage von Albrecht und Devlieger (1999), welche meinen, dass es vor allem wichtig ist, eine Balance zwischen Körper und Geist und dem Selbst zu finden – insbesondere in Hinblick auf soziale Beziehungen und dem Umfeld. Demnach

kann man annehmen, dass solange dieses Gleichgewicht gefunden ist, die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität eine zufriedene ist.

3.2 Lebensqualität bei gehörlosen Personen mit Mehrfachbeeinträchtigung

In Österreich sind vor allem gehörlose Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung immer noch von der Gesellschaft faktisch ausgeschlossen. Damit einher geht die Einschränkung der Entwicklung ihrer Kommunikationsfähigkeit, ihrer sozialen Kompetenz und Eigenständigkeit im Sinne von Alltagskompetenzen und hat negative Folgen für die wahrgenommene Lebensqualität der Betroffenen. Etwa ein Viertel der Gehörlosen haben zusätzliche Beeinträchtigungen und daher eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass ihre Bedürfnisse hinsichtlich der psychischen Gesundheitsversorgung komplex sein können (Fellinger, Holzinger, & Pollard, 2012). Ein verbesserter Zugang zur Gesundheitsversorgung kann durch die Bereitstellung von spezialisierten Dienstleistungen mit Fachkräften erreicht werden, die für die direkte Kommunikation mit Gehörlosen ausgebildet sind (Fellinger et al., 2012) und somit eine verbesserte Lebensqualität für diese Personen erfolgen kann. Knoors & Vervloed (2003) betonen ebenfalls, dass eine duale Sinnesbeeinträchtigung, Seh- und Hörbeeinträchtigung mit zusätzlicher intellektueller Beeinträchtigung, einen enormen Einfluss auf die Lebensqualität und die kognitive und soziale Entwicklung der Betroffenen hat. Diese fehlende Orientierung im täglichen Leben muss durch soziale Netzwerke und einer starken Gemeinschaft ausgeglichen werden, um die Gehörlosen mit Mehrfachbeeinträchtigung zu unterstützen, den Stress der unbekannten Situation zu verarbeiten, die Balance zu bewahren und sie in der Tagesroutine ihrer Gemeinschaft zu verankern (Pescosolido, Wright, & Sullivan, 1995). Gleichbleibende Abläufe und Routine können Orientierung und Sicherheit geben. Schmerz und Isolation hingegen haben eine negative Auswirkung auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen (Grant & Haverkamp, 1995).

4 Kommunikationskompetenz

4.1 Kommunikationsformen

Die Kommunikationsformen von gehörlosen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können vielfältig sein: einige entwickeln Sprache (Laut-und/oder Gebärdensprache), andere brauchen Augmentative und alternative Kommunikationsformen wie Gebärden oder Bilder (Mirenda, 2015).

Bevor entschieden wird, mit welchen Interventionen mit dem Betroffenen kommuniziert werden kann, muss eindeutig feststehen, welche Beeinträchtigung die Person zuzüglich einer Hörbeeinträchtigung hat, eine intellektuelle Beeinträchtigung oder Autismus – Spektrum – Störung oder Taubblindheit. Es müssen alle Faktoren, die die Fähigkeiten des Kindes beeinflussen, Kommunikation und Sprache zu erwerben, bekannt sein. Kommunikation und Sprache sind die Angelpunkte der professionellen Arbeit mit diesen Betroffenen. Deshalb muss der Hauptschwerpunkt für alle Betreuungspersonen in diesem Bereich genau dort liegen. Leider gibt es sehr wenig Forschung zu der Personengruppe Gehörlose mit intellektueller Beeinträchtigung, besonders Kommunikations- und Sprachinterventionsforschung wird benötigt. Kommunikation ist einer der am meisten erforschten Gebiete im Bereich der Taubblindheit, wobei Ergebnisse bisher sowohl auf systematische Anweisungen als auch auf kindzentrierte Konversationsansätze hinweisen (Bruce & Borders, 2015). Daher besteht ein dringender Forschungsbedarf nach Kommunikation, Sprache, und Lese – und Schreibkompetenz für höreingeschränkte Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen. Großteils hat sich die behinderungsübergreifende Kommunikationsforschung mit Expression und nicht mit rezeptiver Sprache oder Verständnis beschäftigt (Sevcik, 2006).

Die österreichische Gebärdensprache

Die Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) wurde im Jahre 2005 in die österreichische Bundesverfassung aufgenommen und ist somit offiziell anerkannt. In Artikel 8 B -VG (3) heißt es seit 1.September 2005: „Die Österreichische Gebärdensprache ist als eigenständige Sprache anerkannt. Das Nähere bestimmen die Gesetze.“⁷ Obwohl die Gebärdensprache anerkannt ist, und der moderne Begriff „Inklusion“ auf gesellschaftlicher und politischer Ebene schon lange wichtiger Gegenstand von Diskussionen ist, hat sich die Lebenssituation und -qualität von hörbeeinträchtigten Menschen bis heute seit der Anerkennung der ÖGS nicht wesentlich geändert. Ein immer wiederkehrendes Thema ist seit Jahren die Debatte über die Bildungssituation der Gehörlosen im Bereich der Pflichtschule im Zusammenhang mit der Anerkennung der ÖGS als Unterrichtssprache. Diese Anerkennung ist ein wichtiger Schritt in Richtung Bilingualismus (ÖGS und Deutsch als Laut -oder/und Schriftsprache), welcher die Voraussetzung für die Basiskompetenz des Spracherwerbs von gehörlosen Menschen darstellt (Krausneker, 2006) und

⁷ Die österreichische Gebärdensprache im Bundes – Verfassungsgesetz Art. 8 B-VG (3):

<https://www.jusline.at/gesetz/b-vg/paragraf/artikel8> (Abrufdatum: 01.10.2019)

so im Sinne der Inklusion die Teilhabe an der Gesellschaft ermöglicht. Besonders für hörbeeinträchtigte Personen mit Zusatzbehinderung ist die Anwendung von ÖGS bereits in der Bildung von großer Relevanz, weil sie sonst keine Möglichkeit haben, eine basale Kommunikation zu erwerben, die für ausgeprägte Kommunikationskompetenz relevant ist (Fellinger et al., 2005).

Darauf aufbauend hat die pädagogische Praxis die wichtige Aufgabe, das Kommunikationspotential und die genauen Lebensumstände jedes einzelnen gehörlosen oder schwerhörigen Kindes zu untersuchen und seine Unterstützung auf der Basis dieses Wissens so anzupassen, um die bestmögliche Kommunikationskompetenz beim Kind unabhängig von der Modalität (Laut – und/oder Gebärdensprache) zu erreichen (Hintermair, 2006).

Augmentative and Alternative Communication (AAC)

Menschen mit Behinderungen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt lautsprachlich kommunizieren können (Fossett & Mirenda, 2007; Nußbeck 2008), haben die Möglichkeit ihre alltäglichen Bedürfnisse mit unterstützter Kommunikation (UK), die im englischsprachigen Raum als Augmentative und Alternative Communication (AAC) bezeichnet wird, zu äußern. Das Kommunikationsmittel der UK, welches als Oberbegriff definiert wird, ist sehr breit gefasst, da sie eine ganze Palette von Mitteln und Techniken, die teilweise standardisierte Vorgehensweisen aufweisen, bietet. Die unterstützte Kommunikation, die sich von der natürlichen Sprache wie von der Laut- oder der Gebärdensprache unterscheidet, wird den Personen mit Beeinträchtigungen von Eltern, LehrerInnen, oder BetreuerInnen angeboten und entsprechend ihrer kognitiven und motorischen Fähigkeiten eingesetzt. Die UK ist neben der Gebärdensprache eine wertvolle zusätzliche Unterstützung, weil sie auch die Inhalte sowie Strukturen von der Gebärdensprache visuell abbildet (Nußbeck, 2008), und somit auch die Sprachrezeption erleichtert (Fossett & Mirenda, 2007). Durch dieses unterstützende Kommunikationssystem ermöglicht es den Gehörlosen mit Mehrfachbeeinträchtigung am sozialen Leben in der therapeutischen Wohngemeinschaft teilzunehmen und den Alltagsverlauf zu verfolgen, da die unterstützte Kommunikation sehr praxisorientiert aufgebaut ist (Nußbeck, 2008). Laut Fossett und Mirenda (2007) gibt es zwei Arten von UK, zum einen die *aided techniques* und zum anderen die *unaided techniques*. Zu den *aided techniques* zählen unter anderem externe Materialien wie elektronische Bildtafeln, z.B. Picture Exchange Communication System (PECS, Frost, 2002), und sowie nicht elektronische Materialien wie Bildkarten, Piktogramme oder Bildtafeln mit Gebärdensprache. PECS basiert auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien und ist nach der Anleitung laut „Manual“

systematisch nach der sechsstufigen Phase aufgebaut. Da dieses Kommunikationsmittel in den untersuchten Wohngemeinschaften keine Anwendung findet, wird hier in der Forschungsarbeit auf diese Art von Unterstützung nicht weiter eingegangen. Die *unaided techniques* sind körpereigene Kommunikationsmittel wie Gesichtsausdrücke (Mimik), Gesten, und Gebärden (Forsett & Mirenda, 2007; Nußbeck, 2008).

In allen therapeutischen Wohngemeinschaften *Lebenswelten* für Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung werden zur Unterstützung der Kommunikation und Verständnis vorwiegend nicht-elektronische und visuelle Materialien wie Bildtafeln mit Gebärdensprache, Piktogramme, Fotos von BetreuerInnen und BewohnerInnen bei den Wochentafel für die Organisation des Alltags und den Programmablauf angewendet, die begleitend auch in österreichischer Gebärdensprache mit den BetreuerInnen besprochen wird, um eine höchstmögliche Verständigung zu erreichen. Dieses Verständnis von piktoraler Darstellungen kann durch Ikonizität, Wiederholung, Vertrautheit mit dem Bezug, Darstellung ganzer Bilder, Verwendung von Farbe und spezielle Aspekte, die die Aufmerksamkeit erregen, erreicht werden (Buskermolen, Hoekman, & Aldenkamp, 2013).

4.2 Kommunikationskompetenz und Herausforderungen

Der amerikanische Kinderarzt Robert Nutt betont in seinem Vortrag beim *DEAFplus* internationale Konferenz im März 2019, dass die Kommunikation der Schlüssel zum gesellschaftlichen Handeln ist, da Werte und Regeln ausgemacht und kommuniziert werden müssen. Das gilt jedoch auch für gehörlose Menschen mit intellektuellen Behinderungen. Sehr oft wird das Recht auf Kommunikation dieser Gruppe nicht ausreichend beachtet (Berger, 2019).

The National Joint Committee for the Communication Needs of Persons With Severe Disabilities (NJC) fasste die Kommunikationsforschung, bezüglich Personen mit schwerer intellektueller Behinderung innerhalb von 20 Jahren (1987 bis 2007), zusammen (Snell et al., 2010). Die Zusammenfassung zeigte, dass in 95,7 % der Studien positive Ergebnisse in Hinblick auf die Verbesserung der expressiven Kommunikation oder Interaktion erzielt wurden und daher stellte das NJC Forderungen hinsichtlich der Kommunikationsrechte und Richtlinien für Kommunikationsinterventionen von Personen mit schweren Beeinträchtigungen (Brady et al., 2016). Dieses Dokument kann auf hörbeeinträchtigte Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen angewandt werden, die eine intellektuelle Beeinträchtigung, Autismus –

Spektrum – Störung haben, oder taubblind sind (Bruce & Borders, 2015). Es besteht eine Notwendigkeit, Interventionen, die sich als für hörbeeinträchtigte Personen geeignet erwiesen haben, für Gehörlose mit intellektuellen Beeinträchtigungen anzupassen. Ein Beispiel wäre ein regelmäßiges und wiederholtes Angebot an gebärdensprachlichen Geschichten, um den Wortschatz zu erweitern, wo dem Kind ein Begriff in Gebärdensprache und in Schriftsprache angeboten wird (Cannon, Fredrick, & Easterbrooks, 2010). Zusätzlich können Kommunikationsinterventionen, die sich für Menschen mit Beeinträchtigungen als hilfreich erwiesen haben, für verschiedene Zielgruppen der Hörbeeinträchtigten modifiziert werden. Methodologische Überlegungen sind wichtig, um die Forschung auf diesem Gebiet auf hohem Niveau zu halten (Bruce & Borders, 2015).

Da die Kommunikationskompetenz schon seit der Kindheit entwickelt wird, unabhängig davon ob es sich um eine Form von gesprochener Sprache oder Gebärdensprache handelt, erweist sie sich als prädiktiv für eine positive Kindesentwicklung (Knoors, Meuleman, & Klatter-Folmer, 2003). Wenn das Niveau der Gebärdensprache oder Lautsprache erreicht ist, treten psychosoziale Probleme nicht häufiger auf als bei normal hörenden Personen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung von Kommunikation für das psychosoziale Wohlbefinden gehörloser Personen, unabhängig davon, wie Kommunikation erfolgt oder wie groß der Hörverlust ist (Polat, 2003). Kinder mit zusätzlichen Beeinträchtigungen haben auch eindeutig mehr Probleme als Kinder, die nur gehörlos oder schwerhörig sind (Hintermair, 2000a). Daher besteht schon von Anfang an ein klarer Zusammenhang zwischen dem elterlichen Stresserlebnis und dem Hörstatus von Eltern, die Kommunikationskompetenz des gehörlosen Kindes, und dessen zusätzliche Beeinträchtigungen (Hintermair, 2004; Vaccari & Marschark, 1997). Im Erwachsenenalter können aufgrund der erlebten Stresssituationen psychische Folgen auftreten.

4.3 Kommunikationskompetenz als Ressourcenorientierung

Gehörlose erleben immer wieder Kommunikationsbarrieren im Alltagsleben, und diese Stressbelastung führt zu psychosomatischen Auswirkungen (Fellinger et al., 2005), da ihre Kommunikationskompetenz nicht ausreichend entwickelt wurde. Beschränkte Sprachentwicklung führt bei mittelgradig schwerhörigen bis vollkommen tauben Personen zu Verhaltensauffälligkeiten und die Forschung hat nachgewiesen, dass schlechte Gebärdensprach- und Lautsprachkompetenz mit psychosozialen Schwierigkeiten einhergeht (Dammeyer, 2010).

Sind die Kommunikation und die Sprachentwicklung verzögert, so führt es zu Frustrationen, die wiederum problematisches Verhalten verursachen. Interventionen wie Kommunikationstraining, visuelle tägliche Tagesablaufpläne, Routine und Strukturen sowie geplante Dialoge (Siegel & Wetherby, 2006) können Frustrationen reduzieren (Bruce & Borders, 2015). Vaccari und Marschark (1997) kommen daher zu dem Schluss, dass frühzeitige Kommunikation ein sehr wichtiger Faktor für die sozial-emotionale Entwicklung bei gehörlosen Personen ist (Vaccari & Marschark, 1997). Die Entwicklung und Förderung von Kommunikationskompetenz bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sowie mit Mehrfachbeeinträchtigung wird zu einer wertvollen Ressource. Diese Einsicht erfordert eine veränderte Sichtweise, die sich an den Stärken und Fähigkeiten der betroffenen Personen orientiert (Hintermair, 2006). Nach Vygotsky's Ansicht entwickelt sich die Sprache durch Interaktionen mit anderen, und dass Sprache ein höhergeordnetes Denken anregt (Gray, 2011). Bei gehörlosen Personen mit intellektueller Beeinträchtigung ist daher eine Kommunikationsentwicklung mit einer vertrauten Bezugsperson möglich und deshalb werden sie in der Wohngemeinschaften *Lebenswelten* auch von eigenen BetreuerInnen gefördert.

Die sozialinteraktionistische Theorie (Paul, 2009) geht davon aus, dass Kinder Information aktiv im Verlauf von Interaktion mit KommunikationspartnerInnen verarbeiten, die ihre Entwicklung prägen. Die sozialinteraktionistische Theorie ist ein Feld, wo Gehörlosigkeit und Taubblindheit untersucht werden. Nach dieser Theorie ist der Spracherwerb ein komplexes, reziprokes und dynamisches Zusammenspiel zwischen dem Kind und seinem soziolinguistischen Umfeld. Durch Interaktion mit anderen lernen die Kinder strukturelle und funktionale Aspekte von Sprache. Mit der Unterstützung erwachsener KommunikationspartnerInnen reift die Kommunikation des Kindes (Paul, 2009). Die Theorie der Sozialinteraktionismus kann auf hörbeeinträchtigte Menschen mit zusätzlichen Beeinträchtigungen angewandt werden. Sie umfasst ein transaktionales Modell der Kommunikationsentwicklung im Bereich intellektueller Beeinträchtigung, die großen Wert auf die Qualität reziproker Interaktionen legt (Warren et al., 2008).

5 Alltagskompetenz

5.1 Alltagskompetenz als Faktor für Lebensqualität

Viele Menschen mit Beeinträchtigungen haben im täglichen Leben große Schwierigkeiten (Libby, 2015) und gerade Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung haben es aufgrund der starken Kommunikationsbarriere und der geringeren Kommunikationskompetenz nochmals schwieriger. Um diese Personen nicht nochmals einzuschränken ist ein Perspektivenwechsel hinsichtlich von

Beeinträchtigungen notwendig. Das bedeutet, dass das negative Bild von Menschen mit sogenannten Behinderungen verändert werden muss. Die damit verbundene Fokussierung auf eventuelle Belastungen durch Mehraufwand im Umgang mit beeinträchtigten Personen und deren Eingeschränktheit müssen ebenso aufgehoben werden wie die sozialen Stigmatisierungen und Diskriminierungen. Eine gleichberechtigte Teilhabe, die Wahrung menschlicher Würde und die Einhaltung der Arbeits- und Menschenrechte sowie eine Förderung in Richtung selbstbestimmtes Leben muss angestrebt werden. Die Verfasserin geht davon aus, dass all diese Faktoren einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität für Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung haben und diese wiederum positiv die Alltagskompetenz beeinflusst, z.B. werden Alltagsaufgaben selbstbestimmter und selbstständiger ausgeführt. Aufgrund der gegenseitigen Beeinflussung von Alltagskompetenz und Lebensqualität wurde die Alltagskompetenz in dieser Arbeit als weiterer wichtiger Faktor betrachtet.

Der Begriff der Alltagskompetenz kann verschiedenartig definiert werden. Diehl und Marsiske (2006) argumentieren, dass das Konstrukt der Alltagskompetenz oder auch Selbstständigkeit, die zielgerichtete und erfolgreiche Auseinandersetzung mit der Umwelt beziehungsweise stressbehafteten Situationen beschreibt. Damit ist die grundlegende Bewältigung der Aktivitäten des Alltags als Mindestmaß für eine selbstständige Lebensführung gemeint.

Wahl (1998) definiert Alltagskompetenz ähnlich, bezieht den Begriff jedoch zusätzlich noch auf die Erwartungen der Umwelt. Er meint, Alltagskompetenzen sind: „physische, psychische (kognitiv-emotionale) und soziale Fertigkeiten, die in wechselhafter Verschränkung untereinander sowie im Wechselspiel mit Ressourcen und Barrieren der Umwelt zu konkretem Erleben und Verhalten in relevanten Alltagskontexten gemäß eigenen und gesellschaftlichen Erwartungen und Zielen führen“ (Wahl, 1998, S. 5).

Das wohl bekannteste Modell ist jenes von Baltes et al (2010). Genau wie oben beschrieben, besteht die Alltagskompetenz aus der effektiven Bewältigung der Alltagsanforderungen. Die Definition nach Baltes (2010) umfasst zwei grundsätzliche Komponenten. Einerseits beschreibt er die basale Alltagskompetenz („basic level of competence“, BaCo), wobei er Selbstpflegeaktivitäten und Aktivitäten, welche für das tägliche Leben unabdingbar sind, meint. Für eine erwachsene Person sollten diese Aktivitäten durchführbar sein. Die zweite Komponente ist die erweiterte Kompetenz („expanded level of competence“, ExCo), welche komplexere Freizeit- sowie soziale Aktivitäten

umfasst. Des Weiteres kann von drei Perspektiven der Alltagskompetenz ausgegangen werden: (1) die Fertigkeitenperspektive: das Engagement bei bestimmten Aktivitäten wird berücksichtigt, (2) die Mastery-Perspektive: die subjektive Bewältigung von Situationen und (3) die Adaptive Fit-Perspektive: die Übereinstimmung zwischen dem Grades an Alltagskompetenz und den Kontextgegebenheiten (Baltes, Maas, Wilms, & Borchelt, 2010)

In dieser Arbeit liegt der Fokus auf der basalen Alltagskompetenz (BaCo) sowie auf der erweiterten Kompetenz (ExCo) von Baltes et al (2010) der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Schenkenfelden, Pinsdorf und Wallsee. Die basale und erweiterte Alltagskompetenz manifestiert sich im Erleben und Verhalten eines jeden Menschen, da sie einen unmittelbaren Einfluss auf den Alltag haben (Wahl, 1998). Dementsprechend ist ihre Bedeutung für die wahrgenommene Lebensqualität unbestreitbar.

5.2 Alltagskompetenz bei gehörlosen Personen mit Mehrfachbeeinträchtigung

Wie bereits erwähnt, hat die Alltagskompetenz einen wesentlichen Einfluss auf die wahrgenommene Lebensqualität (Wahl, 1998) der BewohnerInnen von *Lebenswelten*. Diese Annahme kann durch Heranziehung des Modells von Willis (1992) belegt werden, in dem der Fragebogen für die Instrumentellen Aktivitäten (Instrumental Activities of Daily Living, IADL) nach Lawton und Brody (1969) Verwendung findet. Darin bezieht sich Willis (1992) auf die acht IADL-Bereiche: Regelung von Finanzen, Medikamenteneinnahme, Telephonieren, Einkaufen, Mahlzeitenzubereitung, Hausarbeit, Wäsche und Überwindung von größeren Distanzen außerhalb der Wohnung. Diese acht Bereiche wurden in dieser Forschung mittels Fragebogen bei Gehörlosen mit Mehrfachbeeinträchtigung untersucht.

Wie in der folgenden Abbildung 2 sichtbar, werden dabei die so genannten Antezedenzbedingungen, das sind individuelle Faktoren wie Gesundheit, und Kognition (z.B. kognitive Leistung) und soziokulturelle Faktoren (z.B. negative Stereotypen bei Gehörlosen), unterschieden. Diese nehmen einen Einfluss auf die intraindividuellen, die sich auf physische und mentale Faktoren bezieht, und kontextuellen Komponenten, wie soziale und räumliche Faktoren (z.B. Person – Umwelt – Konstellation), die sich auf Bereiche der Alltagskompetenz auswirken. Dazu treten wiederum Mechanismen wie Attributionen, Kontrollüberzeugungen und Funktionales Verhalten auf, die auf diese Weise als Kompetenzausprägung („level of competence“) im Alltag erworben wird, und einen wesentlichen Einfluss auf psychische und physische Wohlbefinden hat.

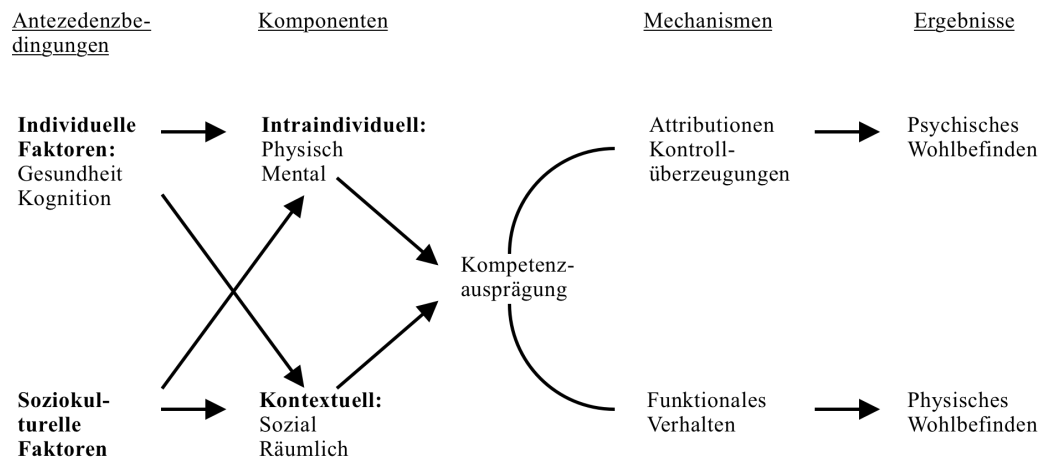


Abbildung 2: Alltagskompetenzmodell (Willis, 1992)

In Anlehnung an das Modell von Willis (1992) wurden alle drei Untersuchungsgegenstände Alltagskompetenz, Kommunikationskompetenz und Lebensqualität auch für die Forschung im Bereich Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung übernommen, um die Zusammenhänge und Auswirkungen von Alltagskompetenz als solche gut zu veranschaulichen.

Empirie

6 Fragestellungen und Hypothesen

In dieser Masterstudie wurden Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz und deren Relationen zueinander speziell bei gehörlosen Personen mit Mehrfachbeeinträchtigungen empirisch untersucht. Im Folgenden werden die diesbezüglichen Fragestellungen und Hypothesen dargestellt.

1 Besteht zwischen Lebensqualität und Alltagskompetenz eine positive Korrelation?

H0 = Es besteht keine positive Korrelation zwischen Lebensqualität und Alltagskompetenz.

H1 = Es besteht eine positive Korrelation zwischen Lebensqualität und Alltagskompetenz.

2 Besteht zwischen Lebensqualität und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?

H0 = Es besteht keine positive Korrelation zwischen Lebensqualität und Kommunikationskompetenz.

H1 = Es besteht eine positive Korrelation zwischen Lebensqualität und Kommunikationskompetenz.

3 Besteht zwischen Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?

H0 = Es besteht keine positive Korrelation zwischen Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz.

H1 = Es besteht eine positive Korrelation zwischen Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz?

4 Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz zwischen den zwei Standorten der *Lebenswelten* (Pinsdorf und Schenkenfelden)?

4a Hypothese zur Lebensqualität:

H0 = Es besteht kein Unterschied in der Lebensqualität der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

H1 = Es besteht ein Unterschied in der Lebensqualität der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

4b Hypothese zur Kommunikationskompetenz:

H0 = Es besteht kein Unterschied in der Kommunikationskompetenz der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

H1 = Es besteht ein Unterschied in der Kommunikationskompetenz der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

4c Hypothese zur Alltagskompetenz:

H0 = Es besteht kein Unterschied in der Alltagskompetenz der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

H1 = Es besteht ein Unterschied in der Alltagskompetenz der BewohnerInnen der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden.

7 Methode

7.1 Durchführung

Die vorliegende Masterarbeit untersucht die Frage der Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz von gehörlosen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sowie Mehrfachbeeinträchtigung mittels Fremdeinschätzung von Seiten der BetreuerInnen. Die Methode der Fremdeinschätzung wurde gewählt, da eine Selbsteinschätzung mit dieser Stichprobe nicht möglich wäre, weil die untersuchten Personen aufgrund ihrer intellektuellen Beeinträchtigungen nicht imstande wären die vorgelegten Fragebögen selbst auszufüllen. Die Daten der vorliegenden Studie wurden in Form von Fragebögen in dem Zeitraum Juni 2015 in den drei Standorten *Lebenswelten* Schenkenfelden, Pinsdorf und Wallsee erhoben. Die BetreuerInnen bekamen jeweils einen Fragenbogen zu den drei unterschiedlichen Untersuchungsgegenständen Alltagskompetenz, Lebensqualität und Kommunikationskompetenz vorgelegt. Der Aspekt der Alltagskompetenz wurde im Fragebogen Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton und Brody (IADL, Lawton & Brody, 1969) erfasst, die Lebensqualität im Fragebogen Familienlebensqualitätsfragebogen von Kaspar, Krecht, Zierhut und Weber (FLQ, 2008) und die Kommunikationskompetenz im Fragebogen Kommunikative-Kompetenz-Indikator (KKI, Hintermair, 2012). Zudem wurden zwei soziodemographische Fragebögen, einer für die BetreuerInnen und ein anderer für die BewohnerInnen, ausgehändigt. Von den BetreuerInnen wurden jeweils ein/e bis drei BewohnerInnen hinsichtlich der oben genannten Dimensionen eingeschätzt. Um eine adäquate Beurteilung gewährleisten zu können, wurde darauf geachtet, dass die BetreuerInnen die zu beurteilenden Person sehr gut kannten.

7.2 Stichprobenbeschreibung

BetreuerInnen

Insgesamt wurden von 38 BetreuerInnen 53 BewohnerInnen beurteilt: 16 BetreuerInnen beurteilten 18 BewohnerInnen in Pinsdorf, 17 BetreuerInnen beurteilten 28 BewohnerInnen in Schenkenfelden und 5 BetreuerInnen beurteilten 7 BewohnerInnen in Wallsee.

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der BetreuerInnen (n=38) in Prozent (%)

		Pinsdorf		Schenkenfelden		Wallsee	
		n = 16	%	n = 17	%	n = 5	%
Schulbildung	Lehre	3	18,8%	4	23,5%	1	20,0%
	Matura	3	18,8%	3	17,6%	1	20,0%
	Universität	1	6,3%	4	23,5%	1	20,0%
	Fachschule	7	43,8%	4	23,5%	2	40,0%
	Sonstiges	2	12,5%	2	11,8%	0	0,0%
Geschlecht	männlich	5	31,3%	8	47,1%	1	20,0%
	weiblich	11	68,8%	9	52,9%	4	80,0%
Aufgaben als Betreuerin	Vollbetreuung	1	6,3%	8	47,1%	3	60,0%
	Teilbetreuung	6	37,5%	9	52,9%	2	40,0%

Schulbildung

Aus Tabelle 1 ist ersichtlich, dass in allen drei Standorten die Mehrheit der BetreuerInnen die Fachschule für Sozialbetreuungsberufe besucht hat, das macht in Pinsdorf 7 von 16 Personen (43,8 %), in Wallsee 2 von 5 (40%), während in Schenkenfelden hinsichtlich der maximalen Schulbildung der BetreuerInnen sehr heterogen verteilt ist: 4 Personen (23,5 %) geben an maximal die Lehre, die Fachschule beziehungsweise die Universität besucht zu haben, 3 Personen haben maximal die Matura (17,6 %) beziehungsweise 2 Personen (11,8%) einen sonstigen Abschluss absolviert.

Geschlecht

In der Tabelle 1 wird auch die Geschlechterverteilung der BetreuerInnen der einzelnen Standorte der *Lebenswelten* Pinsdorf, Schenkenfelden und Wallsee sichtbar. In Pinsdorf sind von den Betreuungskräften 31,3% männlich und 68,8% weiblich. Schenkenfelden zeigt eine Verteilung von 47,1% männlichen Betreuern und 52,9% weiblichen Betreuerinnen. In Wallsee hingegen ist die Aufteilung der BetreuerInnen 20% männlich und 80% weiblich.

Aufgaben als BetreuerIn

Die Aufgaben in der Voll- bzw. Teilbetreuung schlüsselt sich wie folgt auf: in der Lebenswelt Pinsdorf 6,3% Vollbetreuung und 37,5 % Teilbetreuung. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass 18,8 % der BetreuerInnen diesbezüglich keine Angaben gemacht haben. Die Aufgaben in Schenkenfelden verteilen sich auf 47,1% Voll- und 52,9 % Teilbetreuung. In Wallsee sind die Aufgaben auf 60 % Vollbetreuung und 40 % Teilbetreuung aufgeteilt.

Tabelle 2: Soziodemographische Daten der BetreuerInnen (n=38) in Prozent (%)

		Pinsdorf		Schenkenfelden		Wallsee	
Muttersprache	Deutsch	11	68,8%	14	82,4%	5	100,0%
	ÖGS	3	18,8%	1	5,9%	0	0,0%
	Sonstiges	1	6,3%	1	5,9%	0	0,0%
Hörstatus	Gehörlos	4	25,0%	1	5,9%	0	0,0%
	Hörend	12	75,0%	13	76,5%	4	80,0%
	Schwerhörig	0	0,0%	2	11,8%	0	0,0%
	CI Träger	0	0,0%	1	5,9%	1	20,0%
ÖGS-Kompetenz	bis 6 Jahre alt	3	18,8%	3	17,6%	0	0,0%
	7 bis 17 Jahre alt	1	6,3%	12	70,6%	1	20,0%
	ab 18 Jahren	11	68,8%	15	88,2%	4	80,0%
Berufserfahrung (Jahre)		6,2		8,2		8,3	
Alter (Jahre)		34,3		35,3		37,8	

Muttersprache

Die BetreuerInnen in den Lebenswelten haben folgende Angaben bei der Muttersprache (Deutsch, ÖGS und Sonstige) gemacht: In Pinsdorf gaben von den BetreuerInnen 68,8 % Deutsch, 18,8 % Österreichische Gebärdensprache (ÖGS) und 6,3 % Sonstiges als Muttersprache an. In Schenkenfelden ergibt sich eine Muttersprachenaufteilung von 82,4 % Deutsch, 5,9 % ÖGS und 5,9 % Sonstiges. In Wallsee haben 100% der BetreuerInnen Deutsch als Muttersprache.

Hörstatus der BetreuerInnen

Beim Hörstatus der BetreuerInnen sind in Pinsdorf 25 % gehörlos und 75 % hörend. In Schenkenfelden sind von den Betreuungskräften 5,9 % gehörlos, 76,5 % hörend, 11,8 %

schwerhörig und 5,9% tragen ein Cochlea Implantat (CI). In Wallsee hingegen sind 80% der BetreuerInnen hörend und 20% davon tragen ein CI.

ÖGS – Kompetenz der BetreuerInnen

In der Gebärdensprachkompetenz nach der Altersstruktur des Spracherwerbs (bis 6 Jahre, 7 bis 17 Jahre, ab 18 Jahre) haben in Pinsdorf 18,8 % bis zum 6. Lebensjahr, 6,3 % zwischen dem 7. und 17. Lebensjahr und 68,8 % nach dem 18. Lebensjahr die Gebärdensprache erworben. In Schenkenfelden wurde die Gebärdensprache bis zum 6. Lebensjahr von 17,6 %, zwischen dem 7. und 17. Lebensjahr 70,6 % und nach dem 18. Lebensjahr von 88,2 % der BetreuerInnen erworben. In Wallsee haben 20% der Betreuungskräfte zwischen dem 7 und 17 Jahren und 80% ab den 18. Lebensjahre die Gebärdensprache gelernt.

Berufserfahrung & Alter

Die durchschnittliche Berufserfahrung der BetreuerInnen liegt in Pinsdorf bei 6,2 Jahren und ihr durchschnittliches Alter bei 34,3 Jahren. In Schenkenfelden liegt die durchschnittliche Berufserfahrung bei 8,2 Jahren und das durchschnittliche Alter der Betreuungskräfte bei 35,3 Jahren. In Wallsee hingegen ist das durchschnittliche Alter der BetreuerInnen bei 37,8 Jahren und die durchschnittliche Berufserfahrung bei 8,3 Jahren.

8.2.2. BewohnerInnen

Tabelle 3: Soziodemographische Daten der BewohnerInnen (n=53) in Prozent (%)

		Pinsdorf	Schenkenfelden	Wallsee
Behinderungsform	leichte IB	27,8%	32,1%	14,3%
	mittlere IB	38,9%	35,7%	57,1%
	schwere IB	11,1%	10,7%	14,3%
	Mehrfachbeeinträchtigung	5,6%	10,7%	0,0%
Geschlecht	männlich	61,1%	60,7%	57,1%
	weiblich	38,9%	39,3%	42,9%
Alter (Jahre)		38,9	52,6	33,3
Zeit in Einrichtung (Jahre)		3,2	12,1	0,9

Behinderungsformen

Die Verteilung laut der Tabelle 3 nach der Behinderungsform der BewohnerInnen der *Lebenswelten* ist folgendermaßen definiert: Leichte intellektuelle Beeinträchtigung (leichte IB), mittlere intellektuelle Beeinträchtigung (mittelgradige IB), schwere intellektuelle Beeinträchtigung (schwere IB) und Mehrfachbeeinträchtigung (zusätzlich Autismus, Demenz, oder Taubblindheit).

Geschlecht

In der Verteilung der BewohnerInnen nach Geschlecht sind in Pinsdorf 61,1 % männlich und 38,9 % weiblich. In Schenkenfelden sind 60,7 % der Bewohner männlich und 39,3 % der Bewohnerinnen weiblich. In Wallsee hingegen sind die BewohnerInnen zu 57,1 % männlich und 42,9% weiblich.

Alter & Zeit in Einrichtung

Das durchschnittliche Alter der BewohnerInnen liegt in Pinsdorf bei 38,9 Jahren und deren durchschnittliche Unterbringungszeit bei 3,2 Jahren. In Schenkenfelden liegt die durchschnittliche Zeit in der Einrichtung bei 12,2 Jahren und das durchschnittliche Alter der BewohnerInnen bei 52,6 Jahre. In Wallsee ist das durchschnittliche Alter bei 33,3 Jahren und die durchschnittliche Unterbringungszeit bei 0,9 Jahren.

Tabelle 4: Soziodemographische Daten der BewohnerInnen (n=53) in Prozent (%)

		Pinsdorf	Schenkenfelden	Wallsee
Hörstatus	Gehörlos	77,8%	82,1%	71,4%
	Schwerhörig	11,1%	7,1%	28,6%
	CI Träger	11,1%	7,1%	0,0%
	Hörend	0,0%	3,6%	0,0%
ÖGS-Kompetenz	bis 6 Jahre alt	16,7%	10,7%	14,3%
	7 bis 17 Jahre alt	50,0%	67,9%	57,1%
	ab 18 Jahren	11,1%	3,6%	0,0%
	UK	11,1%	17,9%	28,6%

Hörstatus der BewohnerInnen

Beim Hörstatus sind BewohnerInnen in Pinsdorf zu 77,8 % gehörlos, 11,1 % schwerhörig und 11,1 % tragen ein Cochlea Implantat (CI). In Schenkenfelden sind 82,1 % gehörlos, 7,1 % schwerhörig, 7,1 % tragen ein CI und 3,6 % sind hörend. In Wallsee sind 71,4 % gehörlos und 28,6 % schwerhörig.

ÖGS – Kompetenz der BewohnerInnen

In der ÖGS-Kompetenz nach der Altersstruktur des Erwerbs der Gebärdensprache haben in Pinsdorf 16,7 % der BewohnerInnen im Alter bis zu 6 Jahren, 50% zwischen dem 7. und 17. Lebensjahr und 11,1 % ab dem 18. Lebensjahr die Gebärdensprache erworben. 11,1 % der BewohnerInnen Pinsdorfs benötigen eine Unterstützte Kommunikation (UK). In Schenkenfelden haben 10,7 % bis zum 6. Lebensjahr, 67,9 % zwischen dem 7. und 17. Lebensjahr und 3,6 % ab dem 18. Lebensjahr die Gebärdensprache erworben. 17,9 % der BewohnerInnen Schenkenfeldens benötigen eine UK. In Wallsee haben 14,3 % bis zum 6. Lebensjahr und 57,1 % zwischen dem 7. und 17. Lebensjahr die Gebärdensprachkompetenz angeeignet. 28,6 % der BewohnerInnen Wallsees benötigen eine UK.

7.3 Messinstrumente

7.3.1 Familienlebensqualitätsfragebogen – FLQ (Kaspar, Krecht, Weber & Zierhut, 2008)

Die Lebensqualität wurde mit dem Familienlebensqualitätsfragebogen von Kaspar et al. (2008) erfasst. Diese ist die deutsche Übersetzung der Originalversion „*Family Quality of Life Survey*“ (FQOL Survey; Brown et al., 2006). Der FQOL dient der Erfassung der Lebensqualität von Familien mit Mitgliedern, welche intellektuell beeinträchtigt sind. Der Fragebogen befasst sich mit verschiedenen Aspekten wie zum Beispiel der Integration in die Gemeinschaft, dem finanziellen Wohlbefinden, Freizeit und Erholung, etc. Der FLQ wurde ausgewählt, weil es nach dem aktuellen wissenschaftlichen Stand keine Alternative gab, die die Lebensqualität bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen ähnlich differenziert erfassen kann. Die untersuchten Personen leben nicht bei ihren Familien, sondern in betreuten Wohnheimen *Lebenswelt*, weswegen die engsten Bezugspersonen die BetreuerInnen sind. Aus diesem Grund wurde für die Beantwortung der Fragestellungen der Fragebogen so angepasst, dass nicht die Familienmitglieder, sondern die BetreuerInnen die Fremdeinschätzung der Lebensqualität durchführen konnten. Es wurden nur noch die relevanten Fragen im Fragebogen belassen. Dies ist auch im Sinne der englischen Version

des FLQ, welche für eine Adaption je nach Projektvorhaben gedacht ist (Samuel, Rillotta, & Brown, 2012; Wang & Brown, 2009). Dementsprechend wurden insgesamt die folgenden Kapitel erfasst:

- Über die Personen mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung: Diagnose, Kommunikationsfähigkeiten
- Über die engere Familie: familiäre Beziehung mit der Person mit intellektueller Beeinträchtigung
- Zur Gesundheit der Person mit IB: allgemeiner Gesundheitszustand, Hürden in der Versorgung
- Finanzielles Wohlergehen: Sind Grundbedürfnisse gedeckt, wie viel muss für die Beeinträchtigung ausgegeben werden
- Beziehungen mit den Personen mit IB: Beziehungsqualität
- Unterstützung durch andere Menschen: Einbindung von Verwandten, emotionale Unterstützung
- Einfluss von Werten: Welche Werte sind wichtig, Unterstützung durch die Gemeinschaft
- Arbeit und Vorbereitung auf das Arbeitsleben: Gehen die Personen jene Arbeit nach, die sie möchten, können sie sich weiterentwickeln, werden sie gefördert
- Freizeit und Erholung: Ist die Person an familiären Erholungs- und Freizeitaktivitäten beteiligt, in welchem Ausmaß
- Beziehungen in der Gemeinschaft: Hat die Person irgendwelche Erfahrungen mit Diskriminierung, Benachteiligung und Ausgrenzung gemacht
- Gesamtlebensqualität der Person mit IB

Beim FLQ durfte maximal ein Feld angekreuzt werden (mit Ausnahme von den anfänglichen Fragen bezüglich der Diagnosen). Das Antwortformat besteht aus einer fünfstufigen Likertskala von *(1) trifft gar nicht zu bis (5) trifft sehr zu*. Die zu erreichenden Punktwerte lagen zwischen 1 = hohe Lebensqualität und 5 = niedrige Lebensqualität.

Alle negativen Items wurden umgepolt, diese inkludierten bei Kapitel 1 *Item 3* und *Item 4*, Kapitel 7 *Item 2*, und Kapitel 11 *Item 1*. Für die Auswertung wurde ein Gesamtsummenscore gebildet. Die Gütekriterien für den FQL (Kaspar et al., 2008) weist ein Cronbach α von 0,59 bis 0.85 auf.

7.3.2 Instrumentelle Aktivitäten – IADL (Lawton und Brody, 1969)

Zur Erfassung der Alltagskompetenz dient der *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL, Lawton & Brody, 1969). Es werden die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens hinsichtlich des Grades an Hilfsbedürftigkeit der Betroffenen subjektiv eingeschätzt. Insgesamt werden folgende acht instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens erfasst:

- Handy: z.B. benutzt Handy aus eigener Initiative, wählt einige bekannte Nummern, etc.
- Einkaufen: z.B. kauft selbständig die meisten Dinge ein, etc.
- Kochen: z.B. plant und kocht die nötigen Mahlzeiten selbständig, etc.
- Haushalt: z.B. führt selbständig kleine Hausarbeiten aus, etc.
- Wäsche: z.B. wäscht sämtliche eigene Wäsche, etc.
- Verkehrsmittel: z.B. benutzt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel, eigenes Auto etc.
- Medikamente: z.B. nimmt vorbereitete Medikamente korrekt, etc.
- Geldgeschäfte: z.B. erledigt täglich kleine Ausgaben, etc.

Im Anhang D (Fragebogen) befindet sich die deutschsprachige Version des IADL, welche für diese Arbeit herangezogen wird. Bei jeder Kategorie konnte mehreren Aussagen zugestimmt werden. Pro Kategorie gab es für jede Aussage Punktwerte (1 oder 0). Die höchste Punktzahl (d.h. maximal 1) pro Kategorie wurde notiert und am Ende wurde ein Summenscore über alle Items gebildet. Daher ist 8 die maximale Punktzahl, welche jemand erreichen konnte. Laut Wahl et al. (1998) weist der IADL eine zufriedenstellende Interrater-Reliabilität von 0.89 auf.

7.3.3 Kommunikativer-Kompetenz-Indikator – KKI (Hintermair, 2012)

Die Kommunikationskompetenz wurde mit der Kommunikativer – Kompetenz – Indikator (KKI, Hintermair, 2012) erhoben. Diese ist ein Screeningverfahren, welche aus vier Fragen zur aktuellen kommunikativen Situation des Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sowie Mehrfachbeeinträchtigung aus der Perspektive der BetreuerInnen, adaptiert wurde. Ursprünglich wurde es für die grobe Fremdeinschätzung durch erwachsene Bezugspersonen (z.B. KindergärtnerInnen) von hörbeeinträchtigten Kindern konstruiert. Mit den vier Fragen werden folgende wesentliche Aspekte kommunikativen Kompetenzen untersucht:

1. Der/Die Klient/in ist in der Lage, über alle Dinge, die sie beschäftigt, etwas zu erzählen
2. Der/Die Klient/in ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen

3. Der/ Die Klient/in ist in der Lage, Dinge, die man ihm/ihr erklären oder erzählen will, zu verstehen

4. Der / Die Klient/in ist in der Lage, sich anderen Menschen mitzuteilen

Beim KKI wurden die Fragen mittels einer 5-stufigen Rating-Skala beantwortet von 5 = *die Aussage trifft genau zu* bis 1 = *die Aussage trifft gar nicht zu*. Für die statistischen Berechnungen wurde ein Gesamtsummenscore gebildet. Der Kommunikative – Kompetenz - Indikator wurde als Anhang im soziodemographischen Datenblatt der BewohnerInnen (KlientInnen) eingebaut. Das KKI weist ein Cronbach α von 0,92 auf (Bippus & Sarimski, 2011, zitiert nach Manfred Hintermair, 2012). Die statistische Auswertung wird mit einem Minimumwert von 5 und Maximumwert 20 erfasst.

7.3.4 Soziodemographische Daten

Zu Beginn der Fragebogen wurden die BetreuerInnen gebeten, einige Angaben zu ihrer Person zu machen. Diese beinhalteten Geburtsdatum, Berufstätigkeit in Jahren, höchst abgeschlossene Ausbildung, Geschlecht, Muttersprache/Erstsprache, Hörstatus, die Selbsteinschätzung von ÖGS – Kompetenz (*Ich kann mich in ÖGS ausdrücken, Ich verstehe österreichische Gebärdensprache, und Wie schätzen Sie den Kommunikationsfluss / die Kommunikation in der Gebärdensprache (ÖGS) zwischen Ihnen und Ihrem/er Klienten/in ein?*) und seit wann sie gebärdensprachkompetent sind (*seit der Kindheit – bis 6 Jahren, seit der Schulzeit – 7-17 Jahren, und seit dem Erwachsenenalter – ab 18 Jahren*). Für die Selbsteinschätzung von ÖGS – Kompetenz wurde mittels einer Bewertungsskala beantwortet von 1 = *sehr gut* bis 5 = *sehr schlecht*.

Dann wurden die BetreuerInnen gebeten, Angaben zu den BewohnerInnen (damals KlientInnen genannt) zu machen, die sie am besten kannten bzw. als Hauptbetreuungsperson dem BewohnerIn zur Verfügung standen. In diesem soziodemographischen Datenblatt wurden Geburtsdatum der/die BewohnerIn, die Art der intellektuellen Beeinträchtigung, Geschlecht, Aufgabe als BetreuerIn für diese BewohnerIn (*Vollbetreuung, oder Teilbetreuung*), Hörstatus erhoben. Es wurde auch gefragt, seit wann der/die BewohnerIn gebärdensprachkompetent ist (*seit der Kindheit – bis 6 Jahren, seit der Schulzeit – 7-17 Jahren, seit dem Erwachsenenalter – ab 18 Jahren, oder der/die Klient/in benötigt unterstützte Kommunikation*) und seit wann befindet sich der/die BewohnerIn in dieser Einrichtung. In dem soziodemographischen Datenblatt für BewohnerInnen wurde auch der

Kommunikative-Kompetenz – Indikator (KKI) von Hintermair (2012) beigefügt und die BetreuerInnen kreuzten jede einzelne der vier Fragen an.

7.4 Statistische Analyse

Die soziodemographischen Daten der BetreuerInnen (Schulbildung, Geschlecht, Aufgaben als BetreuerIn, berufliche Erfahrung, Alter, Muttersprache, Hörstatus, Alter bei Erwerb der ÖGS-Kompetenz) sowie gehörlose Personen mit Mehrfachbeeinträchtigung (Behinderungsgrad, Zeit seit dem Einzug in die Einrichtung, Geschlecht, das Alter, der Hörstatus, Alter bei Erwerb der ÖGS-Kompetenz) in den Lebenswelten Schenkenfelden, Pinsdorf und Wallsee der Barmherzigen Brüder wurde mittels deskriptiver Statistik beschrieben.

Mittels *t-Tests* bzw. *Mann-Whitney U-Tests* wurde überprüft, inwiefern sich die Standorte Pinsdorf und Schenkenfelden hinsichtlich der Alltagskompetenz, der Kommunikationskompetenz und der Lebensqualität der BewohnerInnen unterscheiden. Mit Hilfe von Spearman-Korrelationen wurde analysiert, ob es einen Zusammenhang zwischen der Lebensqualität, Alltagskompetenz beziehungsweise Kommunikationskompetenz gibt. Hierfür wurden alle Daten der drei Standorte berücksichtigt. Die Prüfung der Normalverteilung der Messwerte von Familienlebensqualität, Kommunikative – Kompetenz – Indikator, und Alltagskompetenz wurden mittels Shapiro-Wilk und Kolmogorov-Smirnov-Test getestet sowie Test auf Homogenität der Varianz mittels Levene – Statistik. Eine differenzierte Analyse der Familienlebensqualität der verschiedenen Ebenen wurde in den Post – hoc Ergebnissen bezüglich eines Zusammenhangs zwischen den verschiedenen Ebenen von Lebensqualität und Kommunikationskompetenz sowie Alltagskompetenz dargestellt. Bei allen statistischen Analysen wurde, wenn nicht anders erwähnt, ein Signifikanzniveau von 5 % angenommen. Die Auswertung erfolgte mit SPSS 21.0 für Windows.

8 Ergebnisse

8.1 Inferenzstatistische Auswertung

Für die vorliegende Zusammenhangshypothese für Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz bei gehörlosen Personen mit Mehrfachbeeinträchtigung in allen drei Standorten (*Lebenswelten* Schenkenfelden, Pinsdorf und Wallsee) wurden zuerst die Voraussetzungen überprüft. Die Lebensqualität wurde mit dem adaptierten Familienlebensqualitätsfragebogen (FQL, Kaspar et al., 2008), die Alltagskompetenz mit der deutschsprachigen Version des IADL von Lawton & Brody (1969) und der

Kommunikationskompetenz mit dem Kommunikativer-Kompetenz-Indikator (KKI, Hintermair, 2012) erfasst. Die Normalverteilung der Daten sowie die Homogenität der Varianzen, die mittels Levene – Test ($p = .571$) beim FQL geprüft wurden, konnten angenommen werden, wobei sie bei der IADL nicht angenommen werden konnte, da die Voraussetzungen nicht erfüllt worden waren. Der KKI zeigte auch keine Normalverteilung an, jedoch zeigte der Levene – Test die Homogenität der Varianzen an. Daher wurden für die folgende drei Fragestellungen (1-3) eine Spearman – Korrelation für die Auswertung herangezogen.

8.1.1 Fragestellung 1: Besteht zwischen Lebensqualität und Alltagskompetenz eine positive Korrelation?

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität (FLQ, $M=71,30$, $SD= 10,63$) und der Alltagskompetenz (IADL, $M=3,26$, $SD=2,25$) gezeigt werden:
 $p=0,773$, $r = -.105$

8.1.2 Fragestellung 2: Besteht zwischen Lebensqualität und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität (FLQ, $M=71,30$, $SD= 10,63$) und der Kommunikationskompetenz (KKI, $M=13,75$, $SD=3,35$) gezeigt werden:
 $p=0,427$, $r = 0,026$

8.1.3 Fragestellung 3: Besteht zwischen Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz eine positive Korrelation?

Die Alltagskompetenz (IADL, $M=3,26$, $SD=2,25$) und Kommunikationskompetenz (KKI, $M=13,75$, $SD=3,35$) hängen signifikant zusammen $p^{***} < 0,001$. Die Korrelation kann als mittelstark angenommen werden $r=0,496$.

8.2 Post-hoc Ergebnisse

Für die Lebensqualität der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist die Entwicklung eines Umfelds, welches allen Personen einen Zugang zu Menschen, Orten, und Ressourcen ermöglicht, zentral geworden (Schalock & Verdugo, 2002).

Aus diesem Grund wurde auch untersucht, inwiefern sich die Standorte der *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden hinsichtlich der Alltagskompetenz, der Kommunikationskompetenz und der Lebensqualität der BewohnerInnen unterscheiden. Die Daten der Lebenswelt Wallsee wurden bei dieser Analyse nicht berücksichtigt, da die Stichprobengröße mit sieben Personen zu gering war.

Die Voraussetzungen für die Fragestellung 4a wurden überprüft, und eine Normalverteilung der Daten sowie Varianzhomogenität konnte angenommen werden. Für die Auswertung wurde ein *t-Test* herangezogen. Bei der Fragestellung 4b konnten keine Daten der Normalverteilung beim Kommunikationskompetenz (*Lebenswelt* Schenkenfelden) und bei 4c beim Alltagskompetenz (*Lebenswelt* Pinsdorf) angenommen werden, außer der Varianzhomogenität. Diese Daten wurden mit *Mann-Whitney –U– Test* ausgewertet.

8.2.1 Fragestellung 4a: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Lebensqualität zwischen den *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden?

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Pinsdorf und Schenkenfelden in Bezug auf die Lebensqualität festgestellt werden $t(44) = -1,01, p = .318, r = 0,15$.

8.2.2 Fragestellung 4b: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Kommunikationskompetenz zwischen den *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden?

Es konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Pinsdorf und Schenkenfelden in Bezug auf die Kommunikationskompetenz festgestellt werden $U = 239, p = .767, r = 0,044$.

8.2.3 Fragestellung 4c: Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Alltagskompetenz zwischen den *Lebenswelten* Pinsdorf und Schenkenfelden?

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Pinsdorf und Schenkenfelden in Bezug auf die Alltagskompetenz festgestellt werden $U = 351, p = .024, r = 0,333$.

8.2.4 Differenzierte Analyse der Familienlebensqualitätsfragebogen (FLQ)

Um eine differenzierte Analyse unter Berücksichtigung aller Bereiche des Familienlebensqualitätsfragebogens durchführen zu können, wurde besonders betrachtet, inwiefern die Kommunikationskompetenz und Alltagskompetenz bei gehörlosen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung korrelieren.

Die Fragestellung 1 und 2 zeigte an, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Lebensqualität und Alltagskompetenz ($p=.773$) sowie der Kommunikationskompetenz ($p=.427$) festgestellt werden konnte, deshalb wurde eine differenzierte Analyse durchgeführt. Die Fragestellung lautet wie folgt:

8.2.4.1 Fragestellung 5: Besteht eine Korrelation zwischen den Ebenen der Lebensqualität und Kommunikationskompetenz?

H0= Es besteht keine Korrelation zwischen den Ebenen der Lebensqualität und Kommunikationskompetenz?

H1= Es besteht eine Korrelation zwischen den Ebenen der Lebensqualität und Kommunikationskompetenz?

Tabelle 5: Deskriptivstatistische Kennwerte aller Ebenen des Familienlebensqualitätstfragebogen

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	SD
Gesundheit der KlientInnen	53	3,00	11,00	6,1132	2,01590
Finanzielles Wohlergehen	53	4,00	16,00	10,0377	3,16205
Beziehungen mit BewohnerInnen	53	2,00	9,00	4,3019	1,70503
Unterstützung durch andere Menschen	53	5,00	20,00	13,6604	3,75163
Einfluß von Werten	53	2,00	10,00	6,4906	1,96726
Arbeitsleben	53	1,00	4,00	1,2642	,55991
Freizeit & Erholung	53	8,00	24,00	14,8491	3,29566
Beziehungen in der Gemeinschaft	53	6,00	16,00	10,0755	2,64465
Gesamt LQ der KlientInnen	53	2,00	8,00	4,5094	1,33910
Gesamtscore FLQ	53	50,00	92,00	71,3019	10,63120
Gültige Werte (Listenweise)	53				

Es zeigte bei Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz keine Daten der Normalverteilung an, ausgenommen bei Lebensqualität. Die Datenauswertung von Kommunikationskompetenz (KKI) und Lebensqualität (FLQ) wurde mit der Spearman – Korrelation erfasst. Für diese Datenauswertung wurde die Kommunikationskompetenz in 4 Variablen (*Aktives Erzählen, Kontaktaufnahme, Passives Verstehen, und aktives Mitteilen*) unterteilt und die Lebensqualität in 10 Bereichen (*Gesamtscore der FLQ, Gesundheit der KlientInnen, Finanzielles Wohlergehen, Beziehung mit BewohnerInnen, Unterstützung durch andere Menschen, Einfluss von Werten, Arbeitsleben, Freizeit & Erholung, Beziehungen in der Gemeinschaft, und Gesamt – Lebensqualität der KlientInnen*) erfasst. Die Interpretation der Zusammenhangsstärke wird hier veranschaulicht:

Korrelationskoeffizienten (Bühl, 2008)

Wert	Interpretation
bis 0,2	sehr geringe Korrelation
bis 0,5	geringe Korrelation
bis 0,7	mittlere Korrelation
bis 0,9	hohe Korrelation
über 0,9	sehr hohe Korrelation

Tabelle 6: Kommunikationskompetenz (KKI) und Lebensqualität (FLQ)

		Gesamtscore FLQ	Gesundheit der KlientInnen	Finanzielles Wohlergehen	Beziehung mit BewohnerInnen	Unterstützung durch andere Menschen
Aktives Erzählen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	,171	,078	-,281*	-,043	,195
	Sig. (2-seitig)	,231	,588	,046	,767	,170
	N	51	51	51	51	51
Kontaktaufnahme KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,069	,033	-,120	-,414**	,023
	Sig. (2-seitig)	,630	,820	,401	,003	,872
	N	51	51	51	51	51
Passives Verstehen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,038	,125	-,274	-,023	,043
	Sig. (2-seitig)	,789	,381	,052	,875	,764
	N	51	51	51	51	51
Aktives Mitteilen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,062	,049	-,315*	-,199	,000
	Sig. (2-seitig)	,667	,735	,024	,161	1,000
	N	51	51	51	51	51

*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).

In der Tabelle 6 ist ersichtlich, dass ein geringer negativer Zusammenhang zwischen dem Bereich *Finanzielles Wohlergehen (FLQ)* und den Variablen *Aktives Erzählen (KKI)* ($p = .046$; $r = -.281$) sowie *Aktives Mitteilen (KKI)* ($p = .024$; $r = -.315$) besteht.

Im Bereich *Beziehung mit BewohnerInnen (FLQ)* und *Kontaktaufnahme (KKI)* konnte auch ein geringer negativer Zusammenhang festgestellt werden ($p = .003$; $r = -.414$).

Tabelle 7: Kommunikationskompetenz (KKI) und Lebensqualität (FLQ)

		Einfluß von Werten	Arbeitsleben	Freizeit & Erholung	Beziehungen in der Gemeinschaft	Gesamt LQ der KlientInnen
Aktives Erzählen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,016	,022	,209	,121	,219
	Sig. (2-seitig)	,911	,877	,140	,396	,122
	N	51	51	51	51	51
Kontaktaufnahme KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,043	,031	,219	-,358**	,087
	Sig. (2-seitig)	,767	,832	,122	,010	,543
	N	51	51	51	51	51
Passives Verstehen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,115	-,014	,098	-,158	,112
	Sig. (2-seitig)	,421	,925	,494	,267	,435
	N	51	51	51	51	51
Aktives Mitteilen KlientInnen KKI	Korrelationskoeffizient	-,114	,030	,059	-,166	,268
	Sig. (2-seitig)	,428	,836	,680	,245	,057
	N	51	51	51	51	51
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).						
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).						

In der Tabelle 7 zeigt sich ein negativer geringer Zusammenhang zwischen *Beziehungen in der Gemeinschaft (FLQ)* und *Kontaktaufnahme (KKI)* ($p = .010$; $r = -.358$).

Tabelle 8: Alltagskompetenz (IADL) und Lebensqualität (FLQ)

		Gesamtscore FLQ	Gesundheit der KlientInnen	Finanzielles Wohlergehen	Beziehung mit BewohnerInnen	Unterstützung durch andere Menschen
AK Gesamtscore	Korrelationskoeffizient	-,105	-,157	-,490**	-,004	,131
	Sig. (2-seitig)	,455	,262	,000	,979	,351
	N	53	53	53	53	53
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).						
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).						

Es findet sich ein geringer negativer Zusammenhang zwischen dem Bereich *Finanzielles Wohlergehen (FLQ)* und *Alltagskompetenz (IADL)* ($p=.000$; $r= -.490$).

Tabelle 9: Alltagskompetenz (IADL) und Lebensqualität (FLQ)

		Einfluß von Werten	Arbeitsleben	Freizeit & Erholung	Beziehungen in der Gemeinschaft	Gesamt LQ der KlientInnen
AK Gesamtscore	Korrelationskoeffizient	-,063	-,010	,061	-,162	,253
	Sig. (2-seitig)	,653	,946	,665	,245	,067
	N	53	53	53	53	53
*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).						
**. Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig).						

Tabelle 9 zeigt keine weiteren signifikanten Zusammenhänge zwischen den Bereichen Lebensqualität und Alltagskompetenz.

9 Diskussionen

Das Ziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, die Lebensqualität sowie die Kommunikationskompetenz und Alltagskompetenz von gehörlosen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung in Österreich zu untersuchen, um mögliche Zusammenhänge und Unterschiede aufzuzeigen. Eine Besonderheit der Erfassung der Lebensqualität stellte die Verwendung des Familienlebensqualitätsfragebogen dar, welches neun Ebenen der Lebensqualität in diese Studie einbezieht.

Ausgangspunkt der Fragestellungen stellte, ob ein positiver Zusammenhang zwischen den Variablen Lebensqualität, Kommunikationskompetenz und Alltagskompetenz besteht.

Forschungen zeigten, dass als Voraussetzung für eine gute Lebensqualität als Erstes im intrinsischen Kontext die Selbstfürsorge gehörloser Menschen die Grundlage von Gesundheit bilden sollte. Das Konzeptmodell der Lebensqualität bei gehörlosen Menschen (*Conceptual model of QoL among deaf adults – AQoL-Deaf model*) betont im intrinsischen Kontext die Wichtigkeit der Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbstfürsorge, so dass sie in der Lage sind, ihre eigenen Kommunikationsfähigkeiten maximal zu nutzen, um sprachliche Barrieren zu überwinden und Zugang zu Informationen zu bekommen, um Herausforderungen besser bestehen zu können. Dadurch verringert sich ihre allgemeine Müdigkeit, die sich aus den Anstrengungen im Bestehen des Lebensalltags ergibt (Kushalnagar et al., 2014).

Die Fähigkeit effektiv mit anderen kommunizieren zu können ist essentiell für eine gute Lebensqualität. Menschen mit Behinderungen, das inkludiert jene mit tiefgreifenden intellektuellen Beeinträchtigungen, Autismus, Gehörlosigkeit, Blindheit und Mehrfachbeeinträchtigungen. Für diese Population kann die Kommunikation substantiell eingeschränkt sein (Snell et al., 2010).

Das Forschungsergebnis bei der differenzierten Analyse der Familienlebensqualitätsfragebogen belegt, dass ein Zusammenhang zwischen der Kommunikationskompetenz und der Lebensqualität besteht. Im Bereich der Beziehungen zwischen BewohnerInnen und Gemeinschaft zeigt sich eine negative Korrelation mit der Kontaktaufnahme der BewohnerInnen.

Kushalnagar (2014) weist darauf hin, dass eine generelle Messung der Lebensqualität, wie der *The World Health Organization Quality of Life (WHOQoL)*, nicht adäquat die spezifischen Erfahrungen von gehörlosen Erwachsenen erfasst, besonders von jenen, die frühzeitig im Leben gehörlos wurden. Aufgrund dieser Annahme wurde bei der Auswertung der Forschungsergebnisse sichtbar, dass für dieses Forschungsfeld eine qualitative Methode viel aussagekräftiger gewesen wäre, weil die vorliegenden Ergebnisse aus einer Fremdbeurteilung resultieren. Eine persönliche Befragung der ProbandInnen wäre aufgrund der körperlichen und intellektuellen Verfassung der ProbandInnen sehr zeitaufwendig gewesen und hätte ein bestehendes Vertrauensverhältnis zwischen der ForscherIn und den zu befragenden Personen vorausgesetzt. Deshalb wurde die Forschung auf die Befragung der BetreuerInnen limitiert.

Die Auswertung des Forschungsergebnisses zeigte, dass zwischen den Standorten *Lebenswelten* Schenkenfelden und Pinsdorf ein signifikanter Unterschied bei der Alltagskompetenz besteht. Die Alltagskompetenz von gehörlosen Menschen mit Mehrfachbeeinträchtigung in Pinsdorf stellte sich im Vergleich zu Schenkenfelden als gering heraus. Der Standort Schenkenfelden ist die ältesteste Einrichtung und könnte daher mehr Erfahrung aufweisen, weil die BetreuerInnen schon länger dort arbeiten. Die Berufserfahrung der BetreuerInnen am Standort Schenkenfelden beträgt im Durchschnitt 8,2 Jahre während sie in Pinsdorf bei 6,2 Jahre liegt. Es zeigt sich, daß die jahrelange Berufserfahrung der BetreuerInnen den Kommunikationsfluss zwischen den Betreuungspersonen und den BewohnerInnen in Schenkenfelden anders als in Pinsdorf ausgeprägt ist. Eine gut gelingende Kommunikation mit Betreuungspersonen unterstützt die Alltagskompetenz der BewohnerInnen deutlich.

Zahlreiche Befunde belegen, dass Persönlichkeitseigenschaften die stärksten Prädiktoren der Lebensqualität darstellen (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Relevant sind hierbei vor allem

die Selbstwirksamkeitsüberzeugungen (Bandura, 1995). In dieser Annahme kann davon ausgegangen werden, weshalb die Alltagskompetenz von besonderer Bedeutung ist, wenn gehörlose Menschen mit IB ihre Alltagskompetenz nachgehen können.

Laut der Definition nach Schalock (2000) ist das Materielle Wohlbefinden eines der Kerndimensionen der Lebensqualität. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der Bereich Finanzielles Wohlergehen die Mitteilungsbereitschaft bzw. – Fähigkeit beeinflusst. Ein geringeres finanzielles Wohlergehen zieht eine geringere Mitteilungsbereitschaft, bzw. Mitteilungsfähigkeit sowie Alltagskompetenz nach sich. Somit zeigt es sich, dass das Finanzielle Wohlbefinden und eine aktive Kommunikation für die BewohnerInnen eine Bedeutung hat. Die Studie von Kushalnagar (2014) zeigt den dringenden Bedarf für Programme und Dienstleistungen, die sich nicht nur nach intrinsischen Faktoren (z.B. Kommunikation und Umgang mit Barrieren/ Selbstverantwortung) richten, sondern auch nach extrinsischen Faktoren (z.B. das Verhalten von Menschen gegenüber Personen mit Beeinträchtigungen und Fragen des Zugangs), um die Lebensqualität von gehörlosen Menschen, inklusive Gebärdensprache, wahrzunehmen und zu verbessern. In diesem Bezug sind die *Lebenswelten* Pinsdorf, Schenkenfelden und Wallsee im Vorteil, da sie unmittelbar in den Ortschaften integriert sind. So kann das Umfeld sensibilisiert und der Umgang mit gehörlosen Menschen mit IB verbessert werden.

Es ist anzunehmen, dass Erwachsene mit einer leichten (IQ 55-70) oder mittelgradigen (IQ 35-55) Intelligenzminderung über ausreichende Kommunikationsfähigkeiten verfügen würden, um an einer Studie teilnehmen zu können, vorausgesetzt, die forschende Person hat genügend Erfahrungen im Umgang und in der Kommunikation mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung (Meuwese-Jongejeugd, Verschuure, & Evenhuis, 2007). Um eine optimale Forschung mit *DEAFplus* -Personen durchführen zu können, wäre es von großem Vorteil, wenn die forschende Person selbst gehörlos wäre oder sehr gute Gebärdensprachkompetenz besitzen würde, sodass eine optimale Kommunikation gewährleistet werden kann, um das Risiko einer Fehldiagnose bzw. Fehlinterpretation zu minimieren.

Für eine weiterführende Forschung wäre eine Vergleichsanalyse interessant, in der die ProbandInnen direkt mittels besonders auf Gebärdensprachkompetenz entwickelter Fragebögen befragt werden können, um so die Sicht der Betroffenen bezüglich ihrer Lebensqualität besser zu erfassen. Dadurch können die Bedürfnisse der Betroffenen nachhaltiger besser berücksichtigt und

die Umgebung optimaler an sie angepasst werden wie Schalock (2000) sagt, dass System dahingehend sensibilisiert und verändert werden kann.

9.1 Limitation

Da gehörlose und schwerhörige Menschen typischerweise visuelle Lerntypen sind, würden visuelle Interventionen auch besonders gut bei intellektuell beeinträchtigten Gehörlosen und Schwerhörigen eingesetzt werden können, außer bei starker Sehbehinderung. Ein Großteil der Forschung und Literatur im Bereich intellektuelle Beeinträchtigung konzentriert sich auf Alternative und Augmentative Kommunikation (Bruce & Borders, 2015), jedoch wenig auf die Gebärdensprache.

Vor 1990 konzentrierte sich die Kommunikationsforschung im Bereich Intervention mit Personen mit intellektueller Beeinträchtigung auf die Expression einer beschränkten Zahl von Gebärden oder auf die Verwendung von Gebärdensprache, wobei die Ergebnisse gemischt waren und auf eine beschränkte Verwendung von Gebärden hinwiesen (Beukelman & Mirenda, 2013). Forschung hinsichtlich der Beherrschung früher Gebärden durch gehörlose und schwerhörige Kinder mit Schwerpunkt auf Themen wie die Rolle der Gebärdenikonizität im Zusammenhang mit der Gebärdensprachbeherrschung waren erfolgreiche Schritte auf dem Weg.

Dennoch existieren keine empirischen Richtlinien bezüglich des Gebärdensprachunterrichts bei Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung oder hörbeeinträchtigten Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung. Bildliche Darstellungen können den Erwerb von Laut – oder Gebärdensprache bei hörbeeinträchtigten Kindern mit intellektueller Beeinträchtigung oder Autismus – Spektrum – Störung unterstützen (Pollack, 1997).

Die Studie von Hintermair (2000b) zeigt, welche qualitativen Einschränkungen mit der Methode der Kommunikationsform der Eltern einhergeht. Zuallererst kann die Qualität dieser Kommunikation nicht beurteilt werden, das heißt, wie gut beherrschen die Eltern Lautsprache, Schriftsprache oder Gebärdensprache, so dass es für das Sprachniveau des Kindes ausreicht. In Folge kann nicht beurteilt werden, wie angemessen die Kommunikation zwischen Kind (insbesondere aus der Sicht des Kindes) und der Eltern ist (Hintermair, 2000b). Das gleiche Problem trat bei der vorliegenden Studie auf. Auch hier lässt sich keine genaue Aussage zu der Qualität der Kommunikation zwischen BetreuerInnen und BewohnerInnen machen, da die ausgefüllten Fragebögen auf Fremdeinschätzung von Seiten der BetreuerInnen beruhen. Es ist nicht

zu beurteilen, ob die Aussagen der BetreuerInnen hinsichtlich der Beziehung zu den BewohnerInnen oder der eigenen Gebärdensprachkompetenz von den BewohnerInnen in dieser Form Bestätigung finden würden.

Kritikpunkte an der vorgenommenen Studie ergeben sich aus dem Umstand, dass die ProbandInnen nicht selbst die Fragen beantwortet haben, sondern von ihren BetreuerInnen eingeschätzt wurden. Die Fremdeinschätzung und eine eventuelle Beeinflussung der BetreuerInnen hinsichtlich sozial erwünschter Antworten, können bei der Auswertung des Forschungsergebnisses zu unkorrekten Annahmen führen.

Am Standort Wallsee zeigte sich, dass die Stichprobe zu klein war. Die Stichprobengröße war im Vorfeld nicht absehbar. Der Standort bestand zum Zeitpunkt der Studie erst ein Jahr. Der Sensibilisierungsprozess der Gemeinde war erst am Anfang. Um eine langsame Gewöhnung zu erlangen, betrug die Größe der BewohnerInnen nur sieben Personen.

Ein weiteres Problem bei der Fremdbeurteilung ist, dass die Art der Beziehung zwischen BetreuerInnen und ProbandInnen einen Einfluss auf die Beurteilung hat und diese nicht so objektiv ausfällt. So kann es passieren, dass ein/e BetreuerIn sich wünscht, dass der/die ProbandIn mehr leistet und deshalb den Fragebogen so ausfüllt, wie es sein/ihr Wunsch aber nicht die Realität ist. Die Gefahr, dass ein Bias-Fehler – Ergebnisverzerrung auftritt, ist somit sehr wahrscheinlich.

9.2 Ausblick

Angesichts der vorliegenden Forschungsergebnisse wäre eine weiterführende Forschung dahingehend interessant, die die ProbandInnen persönlich mit anderen Methoden interviewen und diese Befragungsergebnisse dann diesen Ergebnissen der BetreuerInnenbefragungen gegenüberzustellen, um zu sehen, ob sich Unterschiede in den Wahrnehmungen in Bezug auf Lebensqualität von Seiten der betroffenen Personen und den BetreuerInnen zeigt.

Mit der Auseinandersetzung diesem Forschungsfeld wurde deutlich, dass zum Themenbereich mehrfachbeeinträchtigte Menschen allgemein viel Forschung gibt, aber nicht im Bereich Gehörlose mit Mehrfachbeeinträchtigung bzw. IB. Nach intensiver Recherche zeigte sich, dass nur wenige Studien zum Thema Mehrfachbeeinträchtigung bei gehörlosen Menschen im Erwachsenenalter zu finden sind und es noch einen hohen Forschungsbedarf dahingehend gibt (Buskermolen et al., 2013).

Der Forschungsbedarf auf diesem Gebiet ist aus psychologischer Perspektive sehr hoch, da es bisher kaum wissenschaftliche Forschungsarbeiten und demzufolge auch nur wenig Fachliteratur zum Thema *DEAFplus* (Nutt, 2019) vorhanden ist. In der Recherche konnte mehr Literatur zur Forschung von gehörlosen Kindern mit Mehrfachbeeinträchtigung gefunden werden, als im Erwachsenenbereich.

10 Literaturverzeichnis

- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: High quality of life against all odds. *Social science & medicine*, 48(8), 977–988.
- Baldaszi, E. (2016). *Menschen mit Beeinträchtigungen—Ergebnisse der Mikrozensus—Zusatzfragen 4. Quartal 2015, Statistik Austria*. 59. (Wien).
- Baltes, M. M., Maas, I., Wilms, H. U., & Borchelt, M. (2010). Alltagskompetenz im Alter: Theoretische Überlegungen und empirische Befunde. In U. Lindenberger & J. A. M. Delius (Hrsg.), *Die Berliner Altersstudie* (3., erw. Aufl, S. 525–542). Berlin: Akad.-Verl.
- Bandura, A. (Hrsg.). (1995). *Self-efficacy in changing societies*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring disability: A sociological introduction*. Malden, Mass: Polity Press
- Batshaw, M. L., Roizen, N. J., & Lotrecchiano, G. R. (Hrsg.). (2013). *Children with disabilities* (7th ed). Baltimore: Paul H. Brookes Pub.
- Berger, E. (2019). DEAFplus—Internationale Konferenz für gehörlose Menschen mit besonderen Bedürfnissen. *GebärdenSache*, (1), 36–37.
- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative and alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs* (4th ed). Baltimore: Paul H. Brookes Pub.
- Brady, N. C., Bruce, S., Goldman, A., Erickson, K., Mineo, B., Ogletree, B. T., ... Wilkinson, K. (2016). Communication Services and Supports for Individuals With Severe Disabilities: Guidance for Assessment and Intervention. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 121(2), 121–138. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-121.2.121>
- Braun, J., & Burghofer, B. (1995). *Gehörlose Menschen in Österreich ihre Lebens- und Arbeitssituation*. Linz: ISW.
- Brown, I., Brown, R. I., Baum, N. T., Isaacs, B. J., Myerscough, T., Neikrug, S., Roth, D., Shearer, J., & Wang, M. (2006). *Family Quality of Life Survey: Main caregivers of people with intellectual or developmental disabilities*. Toronto, ON, Canada: Surrey Place Centre.
- Bruce, S. M., & Borders, C. (2015). Communication and Language in Learners Who Are Deaf and Hard of Hearing With Disabilities: Theories, Research, and Practice. *American*

- Annals of the Deaf*, 160(4), 368–384. <https://doi.org/10.1353/aad.2015.0035>
- Bühl, A. (2008). *SPSS 16: Einführung in die moderne Datenanalyse* (11., überarbeitete und erweiterte Auflage). München Boston San Francisco: Pearson Studium.
- Buskermolen, M., Hoekman, J., & Aldenkamp, A. P. (2013). Assessing Challenging Behaviour in People with Hearing Impairments and Profound Intellectual Disabilities: The Development of an Individual Behaviour Observation and Recording Scale. *International Journal on Mental Health and Deafness*, 3(1), 11.
- Cannon, J. E., Fredrick, L. D., & Easterbrooks, S. R. (2010). Vocabulary Instruction Through Books Read in American Sign Language for English-Language Learners With Hearing Loss. *Communication Disorders Quarterly*, 31(2), 98–112. <https://doi.org/10.1177/1525740109332832>
- Dammeyer, J. (2010). Psychosocial Development in a Danish Population of Children With Cochlear Implants and Deaf and Hard-of-Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 15(1), 50–58. <https://doi.org/10.1093/deafed/enp024>
- De Pree, M. (2004). *Leadership is an art*. New York: Currency.
- Diehl, M., & Marsiske, M. (2005). Alltagskompetenz und Alltagsproblemlösen im mittleren und höheren Erwachsenenalter. *Entwicklungspsychologie des mittleren und höheren Erwachsenenalters*. Göttingen: Hogrefe, Verl.für Psychologie
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302.
- Evenhuis, H. M., Theunissen, M., Denkers, I., Verschuure, H., & Kemme, H. (2001). Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(5), 457–464. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2788.2001.00350.x>
- Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., ... American Psychiatric Association (Hrsg.). (2018). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®* (2. korrigierte Auflage, deutsche Ausgabe). Göttingen: Hogrefe.
- Fellinger, Holzinger, D., Dirmhirn, A., van Dijk, J., & Goldberg, D. (2009). Failure to detect deaf-blindness in a population of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(10), 874–881. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2009.01205.x>

- Fellinger, Holzinger, D., Dobner, U., Gerich, J., Lehner, R., Lenz, G., & Goldberg, D. (2005). Mental distress and quality of life in a deaf population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(9), 737–742. <https://doi.org/10.1007/s00127-005-0936-8>
- Fellinger, J., Holzinger, D., & Pollard, R. (2012). Mental health of deaf people. *The Lancet*, 379(9820), 1037–1044. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61143-4)
- Fossett, B., & Mirenda, P. (2007). Augmentative and Alternative Communication. In S. L. Odom (Hrsg.), *Handbook of developmental disabilities* (Pbk. ed, S. 330–348). New York: Guilford Press.
- Frost, L. (2002). *The picture exchange communication system training manual* (2nd ed). Newark, DE: Pyramid Educational Products.
- Gallaudet Research Institute. (2001). *Regional and national summary report of data from the 1999-2000 Annual Survey of Deaf and Hard of Hearing Children and Youth.pdf*.
Abgerufen von
https://research.gallaudet.edu/Demographics/2000_National_Summary.pdf
- Gallaudet Research Institute. (2008). *Regional and national summary report of data from the 2007-08 annual survey of deaf and hard of hearing children and youth.pdf*. Abgerufen von https://research.gallaudet.edu/Demographics/2008_National_Summary.pdf
- Grant, L. D., & Haverkamp, B. E. (1995). A Cognitive-Behavioral Approach to Chronic Pain Management. *Journal of Counseling & Development*, 74(1), 25–32.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1995.tb01818.x>
- Gray, P. (2011). *Psychology* (6th ed). New York: Worth Publishers.
- Hennessey, R., & Mangold, R. (2012). *Das Konzept Lebensqualität. Der Arbeit mit Menschen mit Behinderung Leben geben*. 18(3), 27–33. (Bern).
- Hintermair, M. (2006). Parental Resources, Parental Stress, and Socioemotional Development of Deaf and Hard of Hearing Children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 11(4), 493–513. <https://doi.org/10.1093/deafed/enl005>
- Hintermair, M. (2000a). Hearing impaired children with additional disabilities and related aspects of parental stress. Results of a study carried out by the University of Education in Heidelberg.pdf. *Exceptional Children*, 66(3), 327–332.
- Hintermair, M. (2000b). Hearing Impairment, Social Networks, and Coping: The Need for Families with Hearing-Impaired Children to Relate to Other Parents and to Hearing-Impaired Adults. *American Annals of the Deaf*, 145(1), 41–53.

<https://doi.org/10.1353/aad.2012.0244>

- Hintermair, M. (2004). Sense of Coherence: A Relevant Resource in the Coping Process of Mothers of Deaf and Hard-of-Hearing Children? *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9(1), 15–26. <https://doi.org/10.1093/deafed/enh005>
- Hintermair, M. (2012). Der Kommunikative-Kompetenz-Indikator (KKI) als Screening bei hörgeschädigten Kindern und Jugendlichen. Eine zusammenfassende Analyse vorliegender empirischer Befunde. *HörgeschädigtenPädagogik*, (66(6)), 226–231.
- Kaspar, C., Krecht, M., Weber, G., & Zierhut, A. (2008). Familienlebensqualität (FLQ) - Version B: Fragebogen für Hauptbetreuungspersonen von Menschen mit einer intellektuellen und/oder entwicklungsbedingten Behinderung. Wien, Österreich: Universität Wien, Fakultät für Psychologie
- Knoors, H., Meuleman, J., & Klatte-Folmer, J. (2003). Parents' and Teachers' Evaluations of the Communicative Abilities of Deaf Children. *American Annals of the Deaf*, 148(4), 287–294. <https://doi.org/10.1353/aad.2003.0027>
- Knoors, H., & Vervloed, M. P. J. (2003). Educational Programming for Deaf Children with Multiple Disabilities. In M. Marschark & P. E. Spencer (Hrsg.), *Oxford Handbook of Deaf Studies, Language and Education* (S. 82–94). New York: Oxford University Press.
- Krausneker, V. (2006). *Taubstumm bis gebärdensprachig: Die österreichische Gebärdensprachgemeinschaft aus soziolinguistischer Perspektive* (D. Larcher, Hrsg.). Meran: Alpha Beta.
- Kushalnagar, P., McKee, M., Smith, S. R., Hopper, M., Kavin, D., & Atcherson, S. R. (2014). Conceptual model for quality of life among adults with congenital or early deafness. *Disability and Health Journal*, 7(3), 350–355. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2014.04.001>
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self - maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.
- Ladd, P. (2008). *Was ist Deafhood? Gehörlosenkultur im Aufbruch* (M. Meyer, Übers.). Seedorf: Signum.
- Libby, K. (2015). Intellectual Disability. In M. R. Kerins (Hrsg.), *Child and adolescent communication disorders: Organic and neurogenic bases*. San Diego, CA: Plural Publishing.
- Luft, P. (2015). Transition Services for DHH Adolescents and Young Adults With Disabilities: Challenges and Theoretical Frameworks. *American Annals of the Deaf*, 160(4), 395–414.

<https://doi.org/10.1353/aad.2015.0028>

McIlroy, G., & Storbeck, C. (2011). Development of Deaf Identity: An Ethnographic Study. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 16(4), 494–511.

<https://doi.org/10.1093/deafed/enr017>

Meuwese-Jongejeugd, A. (2006). *Hearing impairment in adults with an intellectual disability: Epidemiology and rehabilitation*. Erasmus Universiteit Rotterdam.

Meuwese-Jongejeugd, A., Verschuure, H., & Evenhuis, H. M. (2007). Hearing aids: Expectations and satisfaction of people with an intellectual disability, a descriptive pilot study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 913–922. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00952.x>

Mirenda, P. (2015). Considerations in Developing and Acquiring Communication Aids. In J. Downing, A. Hanreddy, & K. D. Peckham-Hardin (Hrsg.), *Teaching communication skills to students with severe disabilities* (Third edition, S. 137–162). Baltimore: Brookes Publishing.

Nußbeck, S. (2008). Unterstützte Kommunikation. In M. Fingerle & S. Ellinger (Hrsg.), *Sonderpädagogische Förderprogramme im Vergleich: Orientierungshilfen für die Praxis* (S. 214–232). Stuttgart: Kohlhammer.

Nutt, R. (2019). *Die Wichtigkeit der Gehörlosenidentität für den DEAFplus-Personenkreis*. Power Point gehalten auf der DEAFplus Internationale Konferenz - Entfaltung des Potentials gehörloser Menschen mit besonderen Bedürfnissen, Linz. Abgerufen von <https://www.barmherzige-brueder.at/dl/tLslJmoJmkmJqx4KJKJmMJklmn/Nutt.pdf>

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement: A sociological approach*. New York: St. Martin's Press.

Paul, P. V. (2009). *Language and deafness* (4th ed). Sudbury, Mass: Jones and Bartlett.

Paulitsch, K. (2009). *Grundlagen der ICD-10-Diagnostik* (1. Aufl). Wien: facultas.wuv.

Pescosolido, B. A., Wright, E. R., & Sullivan, P. W. (1995). Communities of care: A theoretical perspective on case management models in mental health. In G. L. Albrecht (Hrsg.), *Advances in medical sociology* (S. 37–39). Greenwich: Jai Press.

Polat, F. (2003). Factors Affecting Psychosocial Adjustment of Deaf Students. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(3), 325–339. <https://doi.org/10.1093/deafed/eng018>

Pollack, B. J. (1997). *Educating children who are deaf or hard of hearing: Additional Learning Problems* (ERIC Digest No. 548). Abgerufen von

- <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED414666.pdf>
- Raymond, E. B. (2015). *Learners with mild disabilities* (Fifth edition). Boston: Pearson Education.
- Roizen, N. J., Wolters, C., Nicol, T., & Blondis, T. A. (1993). Hearing loss in children with Down syndrome. *The Journal of Pediatrics*, 123(1), S9–S12.
[https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)81588-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)81588-4)
- Samuel, P. S., Rillotta, F., & Brown, I. (2012). Review: The development of family quality of life concepts and measures: FQOL concepts and measures. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01486.x>
- Schalock, R. L. (2000). Three Decades of Quality of Life. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 15(2), 116–127.
<https://doi.org/10.1177/108835760001500207>
- Schalock, R. L., & Verdugo, M. Á. (2002). *Handbook on quality of life for human service practitioners*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Sevcik, R. A. (2006). Comprehension: An overlooked component in augmented language development. *Disability and Rehabilitation*, 28(3), 159–167.
<https://doi.org/10.1080/09638280500077804>
- Siegel, E., & Wetherby, A. (2006). Nonsymbolic communication. In M. E. Snell & F. Brown (Hrsg.), *Instruction of students with severe disabilities* (6th ed). Upper Saddle River, N.J: Pearson/Merrill/Prentice Hall.
- Snell, M. E., Brady, N., McLean, L., Ogletree, B. T., Siegel, E., Sylvester, L., ... Sevcik, R. (2010). Twenty Years of Communication Intervention Research With Individuals Who Have Severe Intellectual and Developmental Disabilities. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(5), 364–380.
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-115-5.364>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01597.x>
- Van Naarden, K., Decoufle, P., & Caldwell, K. (1999). Prevalence and Characteristics of Children With Serious Hearing Impairment in Metropolitan Atlanta, 1991-1993. *PEDIATRICS*, 103(3), 570–575. <https://doi.org/10.1542/peds.103.3.570>
- Wahl, H.-W. (1998). Alltagskompetenz: Ein Konstrukt auf der Suche nach einer Identität.

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31(4), 243–249.

<https://doi.org/10.1007/s003910050040>

- Wang, M., & Brown, R. (2009). Family Quality of Life: A Framework for Policy and Social Service Provisions to Support Families of Children With Disabilities. *Journal of Family Social Work*, 12(2), 144–167. <https://doi.org/10.1080/10522150902874842>
- Warren, S. F., Fey, M. E., Finestack, L. H., Brady, N. C., Bredin-Oja, S. L., & Fleming, K. K. (2008). A Randomized Trial of Longitudinal Effects of Low-Intensity Responsivity Education/Prelinguistic Milieu Teaching. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(2), 451–470. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/033\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/033))
- Weber, G. (2018). Altern mit intellektueller Beeinträchtigung—Eine Frage der Lebensqualität. In Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.), *Faire Chancen gesund zu altern. Beiträge zur Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit älterer Menschen*. S. 132-146.
- Willis, S. L. (1992). Cognition and Everyday Competence. In K. W. Schaie (Hrsg.), *Annual review of gerontology and geriatrics. Volume 11, 1991* (Bd. 11, S. 80–109). Abgerufen von <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=689608>

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden (Zapf, 1983, zitiert nach Hennessey und Mangold, 2012)	13
Abbildung 2: Alltagskompetenzmodell (Willis, 1992)	24

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Daten der BetreuerInnen (n=38) in Prozent (%).....	27
Tabelle 2: Soziodemographische Daten der BetreuerInnen (n=38) in Prozent (%).....	28
Tabelle 3: Soziodemographische Daten der BewohnerInnen (n=53) in Prozent (%)	29
Tabelle 4: Soziodemographische Daten der BewohnerInnen (n=53) in Prozent (%)	30
Tabelle 5: Deskriptivstatistische Kennwerte aller Ebenen des Familienlebensqualitätstfragebogen	38
Tabelle 6: Kommunikationskompetenz (KKI) und Lebensqualität (FLQ)).....	39
Tabelle 7: Kommunikationskompetenz (KKI) und Lebensqualität (FLQ)	40
Tabelle 8: Alltagskompetenz (IADL) und Lebensqualität (FLQ).....	40
Tabelle 9: Alltagskompetenz (IADL) und Lebensqualität (FLQ).....	41

13 Anhang

A) Abstract – Deutsch

Theoretischer Hintergrund:

Allgemein hat sich gezeigt, dass die Lebensqualität von verschiedenen Variablen wie der Kommunikationskompetenz sowie Alltagskompetenz abhängt. In Österreich gibt es mit den so genannten „Lebenswelten“ drei Institutionen, die sich auf die Unterstützung von gehörlosen Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen spezialisiert haben und so die vorliegende Untersuchung der Frage ermöglichen, welche der vorgenannten Faktoren besonders entscheidend für eine zufriedenstellende Lebensqualität von gehörlosen Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen sind.

Methoden:

Im Rahmen dieser Masterarbeit füllten die Hauptbetreuungspersonen der 53 TeilnehmerInnen der drei „Lebenswelten“ in Wallsee, Schenkenfelden und Pinsdorf eine Reihe von psychologischen Fragebögen aus. Die Fragebögen umfassten den Fragebogen zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ), den Fragebogen zu instrumentellen Alltagsaktivitäten (IADL), den Kommunikationskompetenzindikator (KKI) und ein soziodemographisches Datenblatt. Das Ziel bestand dabei herauszufinden, ob Lebensqualität, Kommunikation- und Alltagskompetenz in dieser exklusiven Probe zusammenhängen und in welchem Ausmaß sich diese Variablen zwischen den Institutionen unterscheiden. Eine statistische Analyse, die einen t-Test, einen Mann-Whitney-U-Test und von Spearman-Korrelationen umfasste, wurde unter Verwendung von SPSS Statistics 22 für Windows durchgeführt.

Ergebnisse:

Insgesamt wurden keine Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich Lebensqualität, Kommunikation und Alltagskompetenz festgestellt. Es gab jedoch eine Tendenz dahingehend, dass die Alltagskompetenz von Personen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in Schenkenfelden höher waren als in Pinsdorf. Korrelationen wiesen auf einen Zusammenhang zwischen Kommunikations- und Alltagskompetenz, nicht aber zwischen den anderen hin.

Schlussfolgerung:

Die vorliegenden Daten ermöglichen zwar nicht notwendigerweise eine präzise Schlussfolgerung über den Zusammenhang zwischen Lebensqualität, Alltagskompetenz und Kommunikationskompetenz, einige Korrelationen wiesen jedoch auf eine entscheidende Rolle der Kommunikationskompetenz in dieser komplexen Wechselbeziehung hin. Sowohl für die

untersuchten Testpersonen als auch für ihre Betreuungspersonen ist daher der Erwerb der Gebärdensprache ein wichtiger Grundstein für eine gute Lebensqualität.

Schlüsselwörter:

Lebensqualität, Alltagskompetenz, Kommunikationskompetenz, Gebärdensprache, intellektuelle Beeinträchtigung, DEAFplus

Abstract – English

Theoretical Background:

In general, it has been found that quality of life is dependent on various variables such as communicative competence as well as daily living skills. In Austria the so called “Lebenswelten” constitute three institutions that have specialized on supporting deaf persons with ID, enabling the current study to investigate which of the aforementioned factors are especially vital for a satisfying quality of life in deaf persons with ID.

Methods:

In this master thesis, for the 53 participants of the three “Lebenswelten” in Wallsee, Schenkenfelden and Pinsdorf different psychological questionnaires were filled out by their key-caregivers. The questionnaires included the FLQ (Family Quality of Life Questionnaire), IADL (Instrumental Activities of Daily Living), KKI (Communication Competence Indicator) and a sociodemographic data sheet. The aim was to find out whether in this exclusive sample quality of life, communication and daily living competence are correlated and to what extent these variables differ between the institutions. Statistical analysis, which consisted of t-test, Mann-Whitney U-test and Spearman correlations, were carried out using SPSS Statistics 22 for Windows.

Results:

In total, no group differences were revealed regarding quality of life, communication and daily living competence. However, there was a tendency that the daily living competence of the deaf persons with Intellectual Disability (ID) are higher in Schenkenfelden when compared to Pinsdorf. Correlations indicated a relationship between the communication and daily living competence, but not between the others.

Conclusion:

While the current data does not necessarily allow for a precise conclusion on the relationship between quality of life, daily living and communication competence, correlations pointed toward a crucial role of the communication competence in this complex interrelation. Hence, for the

investigated sample as well as their caregivers the sign language acquisition is an important headstone for a good quality of life.

Keywords:

Quality of life, daily living competence, communication competence, sign language, intellectual disability, DEAFplus

C) Soziodemographisches Datenblatt - KlientInnen

Anonymisierungsnummer des/der Klienten/Klientin (erster Buchstabe Vorname, erster Buchstabe Nachname, Nummer, Buchstabe: A, B, etc.):																															
Geburtsdatum des Klienten:																															
Bitte beschreiben Sie die Arten der intellektuellen Beeinträchtigung des/der Klienten/Klientin:																															
Geschlecht des/der Klienten/Klientin:	☐ Männlich ☐ Weiblich																														
Was sind Ihre Aufgaben als Betreuer/in für diese/n Klienten/Klientin?																															
Seit wann befindet sich der/die Klient/in in dieser Einrichtung?																															
Bitte kreuzen Sie an. Der/Die Klient/in ist																															
☐ Gehörlos ☐ Hörend ☐ Schwerhörig ☐ Ein/e CI-Träger/In																															
Bitte geben Sie Ihre Einschätzung:																															
Seit wann ist der/die Klient/in gebärdensprachkompetent?																															
☐ Seit der Kindheit (bis 6 Jahren) ☐ Seit der Schulzeit (7-17 Jahren) ☐ Seit dem Erwachsenenalter (ab 18 Jahren) ☐ Der/Die Klient/in benötigt unterstützte Kommunikation (UK)																															
Kommunikationskompetenz (ÖGS) des/der Klientens/Klientin:																															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>trifft genau zu [5]</th> <th>trifft zu [4]</th> <th>trifft teilweise zu [3]</th> <th>trifft eher nicht zu [2]</th> <th>trifft gar nicht zu [1]</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Der/ Die Klient/in ist in der Lage, über alle Dinge, die sie beschäftigen, etwas zu erzählen.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Der / Die Klient/in ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Der / Die Klient/in ist in der Lage, Dinge, die man ihr erklären oder erzählen will, zu verstehen.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Der / Die Klient/in ist in der Lage, sich anderen Menschen mitzuteilen.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		trifft genau zu [5]	trifft zu [4]	trifft teilweise zu [3]	trifft eher nicht zu [2]	trifft gar nicht zu [1]	1. Der/ Die Klient/in ist in der Lage, über alle Dinge, die sie beschäftigen, etwas zu erzählen .						2. Der / Die Klient/in ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.						3. Der / Die Klient/in ist in der Lage, Dinge, die man ihr erklären oder erzählen will, zu verstehen .						4. Der / Die Klient/in ist in der Lage, sich anderen Menschen mitzuteilen.					
	trifft genau zu [5]	trifft zu [4]	trifft teilweise zu [3]	trifft eher nicht zu [2]	trifft gar nicht zu [1]																										
1. Der/ Die Klient/in ist in der Lage, über alle Dinge, die sie beschäftigen, etwas zu erzählen .																															
2. Der / Die Klient/in ist in der Lage, zu anderen Menschen Kontakt aufzunehmen.																															
3. Der / Die Klient/in ist in der Lage, Dinge, die man ihr erklären oder erzählen will, zu verstehen .																															
4. Der / Die Klient/in ist in der Lage, sich anderen Menschen mitzuteilen.																															

D) FRAGEBOGEN

Universität Wien
Fakultät für Psychologie

Liebiggasse 5
1010 Wien

Juni, 2015

Liebe Studienteilnehmerin,
Lieber Studienteilnehmer,

diese Studie wird im Rahmen meiner Diplomarbeit an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien durchgeführt.

Mein Name ist Paulina Sarbinowska und ich untersuche die Lebensqualität bei gehörlosen Personen mit intellektueller Beeinträchtigung aus Sicht der BetreuerInnen und lege dazu einen Fragebogen vor. Die Personen mit Behinderung selbst werden in dieser Umfrage nicht befragt, sondern nur die Hauptbetreuungspersonen.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 15-30 Minuten dauern. Ihre Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis.

Wenn Sie einmal unsicher sind, welche Antworten zutreffen, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Bitte beantworten Sie alle Fragen. Nur wenn alles ausgefüllt ist, kann der Fragebogen verwendet werden.

Ihre Angaben werden anonym verarbeitet und nicht an andere weitergegeben.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Instruktionen zum Ausfüllen des FLQ-Fragebogens

Wer beantwortet die Fragen des Fragebogens?

Der *Familienlebensqualität-Fragebogen* wird von der Hauptbetreuungsperson der Person mit intellektueller und/oder entwicklungsbedingter Beeinträchtigung ausgefüllt. Die Hauptbetreuungsperson kann ein Betreuer oder eine Betreuerin aus der Wohnwelt oder der Arbeitswelt sein. Der Fragebogen ist **nicht** von der Person mit intellektueller und/oder entwicklungsbedingter Beeinträchtigung auszufüllen.

Beim Ausfüllen des Fragebogens

1. Bitte beantworten Sie jede Frage so ausführlich wie möglich.
Schreiben Sie zusätzliche Informationen oder Kommentare, die uns helfen können Ihre Situation besser zu verstehen, in den Platz zwischen den Fragen.
2. Wenn eine Frage auf Sie nicht zutrifft, sagen Sie es und erklären Sie warum.
3. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ungefähr 20 min.

1. ÜBER DIE PERSON(EN) MIT INTELLEKTUELLER/ENTWICKLUNGSBEDINGTER BEEINTRÄCHTIGUNG

1. Im Folgenden finden Sie einige Diagnosen bzw. Ursachen aufgelistet, die mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung einhergehen können. Bitte kreuzen Sie jene Felder an, die für die Person mit intellektueller Beeinträchtigung zutreffen.

☐	Intellektuelle Beeinträchtigung (Ursache unbekannt)
☐	Autismus Spektrum Störung
☐	Tiefgreifende Entwicklungsstörung
☐	Gehörlosigkeit
☐	Doppeldiagnose (Intellektuelle Beeinträchtigung und psychische Störung)
☐	Sehbehinderung
☐	Motorische Beeinträchtigung
☐	Andere (Bitte genauer beschreiben) _____

- 2. Häufig liegen bei Menschen mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung auch weitere Umstände vor, durch die sie beeinträchtigt werden können. Bitte kreuzen Sie jene an, die für die Person mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung zutreffen.**

☐	Verhaltensprobleme
☐	Emotions-/Ausdrucks-/Angststörungen
☐	Schwere psychische Beschwerden (Schizophrenie oder andere Formen von Psychosen)
☐	Generelle Probleme mit der motorischen Kontrolle/Koordination
☐	Epilepsie
☐	Alzheimer oder andere Demenzerkrankungen
☐	Schwerwiegende Sehbehinderung
☐	Schwerwiegende Hörbehinderung
☐	Sensorische Integrationsstörungen
☐	Sprech- oder Sprachprobleme
☐	Futter-oder Essprobleme (künstliche Ernährung, Allergien, Überempfindlichkeit auf bestimmte Nahrungsmittel, etc.)
☐	Herzprobleme
☐	Asthma oder Atembeschwerden
☐	Magen-Darm-/Verdauungsprobleme
☐	Andere (Bitte genauer beschreiben)_____

- 3. Wie hoch schätzen Sie den Grad an Unterstützung ein, den Ihr/e Klient/in mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung aufgrund seiner Behinderung benötigt?**

☐	benötigt keine Unterstützung
☐	benötigt nur in wenigen Lebensbereichen Unterstützung
☐	benötigt in einigen Lebensbereichen Unterstützung
☐	benötigt in vielen, aber nicht in allen Lebensbereichen Unterstützung
☐	benötigt in beinahe allen Lebensbereichen Unterstützung

- 4. Wie hoch schätzen Sie den Grad an Kommunikationsfähigkeiten von Ihrem Klienten mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung?**

☐	kann über eine große Anzahl von Themen sinnvoll Auskunft geben
☐	kann über eine begrenzte Anzahl von Themen sinnvoll Auskunft geben
☐	kann über Bedürfnisse und einige Gedanken Auskunft geben
☐	kann über Grundbedürfnisse und Wünsche Auskunft geben
☐	sinnvolle Kommunikation nur in sehr geringen Maß möglich

2. ÜBER DIE ENGERE FAMILIE

1. Welche/-s Familienmitglied/-er ist/sind am meisten am täglichen Leben mit dem Klienten mit intellektueller/entwicklungsbedingter Beeinträchtigung beteiligt?
(Bitte ankreuzen)

☐	Mutter
☐	Vater
☐	Mutter und Vater
☐	Geschwister
☐	Eltern und Geschwister
☐	Eltern und andere Familienmitglieder
☐	Geschwister und andere Familienmitglieder
☐	Andere Familienmitglieder (z. B. Großeltern, Tante, Kusine)

3. ZUR GESUNDHEIT IHRES KLIENTEN

1. Wie wichtig ist Gesundheit an sich für die Lebensqualität Ihren Klienten?

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

2. Hat die Wohnwelt/Arbeitswelt die Möglichkeiten die Gesundheitsbedürfnisse des Klienten in dessen (Wohn-)Umgebung abzudecken?

☐	sehr viele
☐	Viele
☐	ein paar, einige
☐	Wenige
☐	fast keine

3. Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit der Gesundheit Ihres Klienten?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufriedennoch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

4. FINANZIELLES WOHLERGEHEN

In diesem Abschnitt werden Sie gebeten sich Gedanken darüber zu machen, wie Ihre Klienten finanziell zu Rande kommen.

1. Wie wichtig ist finanzielles Wohlergehen für die Lebensqualität Ihres Klienten?

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

2. Hat Ihr Klient Möglichkeiten genug Geld zu verdienen um die Dinge zu machen, die er möchte?

☐	sehr viele
☐	Viele
☐	ein paar, einige
☐	Wenige
☐	fast keine

3. Ist der Klient bestrebt seine momentane finanzielle Lage aufrecht zu erhalten oder zu verbessern?

☐	Sehr
☐	ziemlich viel
☐	Etwas
☐	Wenig
☐	so gut wie gar nicht

4. Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit der finanziellen Lage Ihres Klienten?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

5. BEZIEHUNGEN MIT DEN KLIENTEN

In diesem Abschnitt sollen Sie den generellen Umgangston und die generelle Stimmung, die für gewöhnlich in der Wohnwelt/Arbeitswelt herrschen, betrachten.

1. Wie wichtig sind gute Beziehungen für die Lebensqualität Ihres Klienten?

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

2. Hat Ihr Klient Möglichkeiten zu einem guten Klima beizutragen oder dieses zu verbessern?

☐	sehr viele
☐	Viele
☐	ein paar, einige
☐	Wenige
☐	fast keine

6. UNTERSTÜTZUNG DURCH ANDERE MENSCHEN

Manchmal bekommen Klienten praktische und emotionale Unterstützung von anderen Menschen, wie zum Beispiel von Verwandten, Freunden, Nachbarn und anderen. In diesem Abschnitt bitten wir Sie sich Gedanken über die Unterstützung des Klienten durch andere Menschen zu machen.

1a. Wie sehr helfen Verwandte Ihres Klienten bei der Erledigung praktischer Dinge, wie zum Beispiel bei Einkäufen zu helfen?

☐	Sehr
☐	Ziemlich
☐	Etwas
☐	ein wenig
☐	so gut wie gar nicht

1b. Wie viele Stunden insgesamt pro Wochen/Monat machen die Verwandten das?

_____ Stunden pro Woche
_____ Stunden pro Monat

2a. Wie sehr wird Ihr Klient durch Verwandte emotional unterstützt, wie zum Beispiel, dass diese mit ihm reden, zuhören oder aufmuntern?

☐	Sehr
☐	Ziemlich
☐	Etwas
☐	ein wenig
☐	so gut wie gar nicht

2b. Wie viele Stunden insgesamt pro Wochen/Monat machen die Verwandten das?

_____ Stunden pro Woche
 _____ Stunden pro Monat

3. Wie würden Sie das *persönliche* Sozialleben des Klienten außerhalb der Wohnwelt/Arbeitswelt beschreiben (Bitte kreuzen Sie das Passende an)

☐	es ist so, wie er es gerne hätte
☐	etwas weniger, wie er es gerne hätte
☐	sehr viel schlechter, als er es gerne hätte

4. Wie wichtig ist praktische und emotionale Unterstützung, die der Klient von anderen Menschen bekommt für dessen Lebensqualität? Ausgenommen sind Unterstützungen von Wohnwelt und Arbeitswelt.

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

5. Alles in Allem, wie zufrieden ist ihr Klient mit der praktischen und emotionalen Unterstützung durch andere Menschen?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	unzufrieden verschlechtern
☐	sehr unzufrieden

7. EINFLUSS VON WERTEN

Wertvorstellungen prägen unser Leben. Viele Menschen erfahren durch ihre persönlichen Werte Halt und Erfüllung. Solche Werte entstehen meist aus unseren persönlichen Verhaltensregeln (Umgangsformen, moralischen Vorstellungen,...), unseren religiösen oder spirituellen Überzeugungen, sowie aus unserem ethnisch-kulturellen Umfeld. Für die meisten Menschen setzen sich die Wertvorstellungen aus Einflüssen all dieser Bereiche zusammen.

In diesem Abschnitt bitten wir Sie anzugeben inwieweit Ihr Klient von persönlichen, religiösen, spirituellen sowie kulturellen Werten beeinflusst wird und wie sich das auf den Klienten als Ganzes auswirkt.

1. Aus welchen Bereichen stammen die Werte Ihres/Ihrer KlientIn?

☐	Persönlich
☐	Religiös
☐	Spirituell
☐	Kulturell

2. In welchem Ausmaß helfen dem Klient persönliche, religiöse oder spirituelle Werte dabei die Behinderung zu akzeptieren und damit umzugehen?

☐	sehr stark
☐	Größtenteils
☐	zum Teil
☐	ein wenig
☐	so gut wie gar nicht
☐	Wir haben keine starken persönlichen, spirituellen oder kulturellen Werte

3. Alles in Allem, wie zufrieden sind sie mit dem Ausmaß in dem persönliche, religiöse, spirituelle bzw. kulturelle Werte zur Lebensqualität Ihres Klienten beitragen?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

8. ARBEIT UND VORBEREITUNG AUF DAS ARBEITSLEBEN

Das Leben eines erwachsenen Menschen ist zu einem Gutteil durch seine Arbeit bestimmt. Vergleichbar damit gehört es zur Kindheit – und zum Erwachsenwerden – Zeit mit Lernen zu verbringen.

1. Geht ihr Klient einer täglichen Aktivität nach die er/sie machen MÖCHTE?

☐	JA
☐	Etwas
☐	NEIN
☐	trifft nicht zu

1a. Wenn NEIN, warum nicht?

9. FREIZEIT UND ERHOLUNG

In diesem Abschnitt bitten wir Sie die Freizeitaktivitäten und das Erholungsverhalten ihres Klienten als Ganzes zu betrachten.

1. Welche Aktivitäten werden von Ihren Klienten gemeinsam (also in Gruppen zu zwei oder mehr Personen) im Bereich Freizeit und Erholung unternommen?

Mit welchen Personen gemeinsam (z.B. Mitbewohner, Betreuer, Arbeitskollegen, etc.)	Aktivitäten die Sie gemeinsam unternehmen

2. Welche Aktivitäten werden von Ihrem Klienten in Bezug auf Freizeit und Erholung individuell (also alleine) unternommen?

Aktivitäten die er/sie alleine unternimmt	

3. Wie wichtig sind Freizeit-und Erholungsaktivitäten für die Lebensqualität Ihres Klienten?

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

4. Bemüht sich Ihr Klient an Freizeit-und Erholungsaktivitäten teilzunehmen?

☐	Sehr
☐	ziemlich viel
☐	Etwas
☐	Wenig
☐	so gut wie gar nicht

5. Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit den Freizeit-und Erholungsaktivitäten Ihres Klienten?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

10. BEZIEHUNGEN IN DER GEMEINSCHAFT

Gemeinschaft entsteht über Beziehungen mit und Kontakten zu anderen Menschen.

- 1. Hat Ihr Klient irgendeine Art von Diskriminierung, Benachteiligung oder Ausgrenzung in der Lebenswelt oder Arbeitswelt erlebt?**

☐	JA
☐	NEIN

- 1a. Wenn JA, welche?**

- 2. Gefällt dem Klienten das Leben in dieser Gemeinde?**

☐	JA
☐	Etwas
☐	NEIN

- 3. Wie wichtig ist es für die Lebensqualität Ihres Klienten, dass er Kontakte zu Menschen in ihrer Gemeinschaft hat?**

☐	sehr wichtig
☐	ziemlich wichtig
☐	etwas wichtig
☐	kaum wichtig
☐	fast gar nicht wichtig

- 4. Bemüht sich der Klient Kontakte zu Menschen in Ihrer Gemeinschaft zu pflegen?**

☐	Sehr
☐	ziemlich viel
☐	Etwas
☐	Wenig
☐	so gut wie gar nicht

5. Alles in Allem, wie zufrieden sind Sie mit den Kontakten Ihres Klienten zu Menschen in ihrer Gemeinschaft?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

11. GESAMTLEBENSQUALITÄT DES KLIENTEN

1. Wie würden Sie, insgesamt gesehen, die Lebensqualität Ihres Klienten beschreiben?

☐	Ausgezeichnet
☐	sehr gut
☐	Gut
☐	Ausreichend
☐	schlecht

2. Wie zufrieden sind Sie, insgesamt gesehen, mit der Lebensqualität Ihres Klienten?

☐	sehr zufrieden
☐	Zufrieden
☐	weder zufrieden noch unzufrieden
☐	Unzufrieden
☐	sehr unzufrieden

3. Zum Abschluss: Welche Dinge glauben Sie, könnten die Lebensqualität Ihres Klienten verbessern?

Alltagskompetenz

Funktion

Handy

Benutzt das Handy aus eigener Initiative	0
Wählt einige bekannte Nummern	0
Nimmt ab, wählt aber nicht selbständig (SMS)	0
Benutzt das Handy gar nicht mehr	0

Einkaufen

Kauft selbständig die meisten Dinge ein	0
Macht wenige Einkäufe	0
Benötigt beim Einkaufen Begleitung	0
Kann nicht einkaufen	0

Kochen

Plant und kocht die nötigen Mahlzeiten selbständig	0
Kocht nötige Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch Dritte	0
Kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	0
Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0

Haushalt

Hält Haushalt in Ordnung bzw. benötigt Assistenz bei schweren Arbeiten	0
Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	0
Kann kleine Hausarbeiten ausführen, aber nicht die Wohnung reinhalten	0
Benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	0
Kann keine täglichen Arbeiten im Haushalt mehr ausführen	0

Wäsche

Wäscht sämtliche eigene Wäsche	0
Wäscht kleine Sachen	0
Gesamte Wäsche muss fremdorganisiert werden	0

Verkehrsmittel

Benutzt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel, eigenes Auto	0
Bestellt und benutzt das Taxi, aber keine öffentlichen Verkehrsmittel	0
Benutzt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	0
In beschränktem Umfang Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	0
Benutzt überhaupt keine Verkehrsmittel mehr	0

Medikamente

Nimmt Medikamente selbständig zur richtigen Zeit in richtiger Dosierung	0
Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	0
Kann Medikamente nicht mehr korrekt einnehmen	

Geldgeschäfte

Regelt Geldgeschäfte selbständig (Budget/Überweisungen/Gang zur Bank)	0
Erledigt täglich kleine Ausgaben; benötigt Hilfe bei Bankgeschäften	0
Kann nicht mehr mit Geld umgehen	
